LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

1853

PARIS
AUX BUREAUX DE LA GAZETTE DES HOPITAUX
RUE DES SAINTS-PÈRES, 40.

1853

TABLE DES MATIERES

DE LA GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES. — 1853.

A

B

C

D

E

F

G

H

I

J

K

L

M

N

O

P

R

S

T

U

V

Y

Z

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

NOMS DES AUTEURS

DONT LES TRAVAUX ONT ÉTÉ PUBLIÉS DANS LA GAZETTE DES HOPITAUX EN 1853.

NOMS DES AUTEURS DONT LES TRAVAUX ONT ÉTÉ PUBLIÉS DANS LA GAZETTE DES HOPITAUX EN 1853.

Paris. — Imprimé par Plon frères, rue de Vaugirard,

N° 1. — MARDI 4 JANVIER 1853. (26e ANNÉE.) N° 1. — MARDI 4 JANVIER 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Pays	Durée	Prix
Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	Trois mois	8 fr. 50 c.
	Six mois	16 »
	Un an	30 »
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	Trois mois	9 fr.
	Six mois	17
	Un an	33
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	Trois mois	10 fr.
	Six mois	20
	Un an	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

PARIS, LE 3 JANVIER 1853.

De l'hygiène des enfants

DEPUIS LA NAISSANCE JUSQU'A L'ÉPOQUE DU SEVRAGE.

(Premier article.)

Le sujet dont nous nous proposons d'entretenir nos lecteurs nous a semblé digne sous tous les rapports d'être traité avec quelques développements. Il présente pour le jeune praticien tant d'intérêt, il est la source de si graves préoccupations, d'embarras si grands, qui eux-mêmes peuvent avoir pour son avenir et pour celui de l'enfant des conséquences si importantes, qu'on nous permettra d'insister d'une façon toute particulière sur un certain nombre de questions. Bien que ces dernières soient connues, et que nous n'ayons pas la prétention de rien apprendre de nouveau, leur étude, parfois, se trouve un peu négligée et exige des recherches auxquelles il n'est pas toujours possible de se livrer. Il suffira, du reste, d'énoncer les questions que nous allons aborder pour en faire comprendre toute la valeur et pour faire excuser certains détails dans ce qu'ils pourraient présenter de trop spécial :

1° A quels caractères peut-on reconnaître les qualités d'un bon lait?

2° Quelles sont les causes susceptibles de modifier la sécrétion laiteuse?

3° Est-il possible de décider si une femme présente les conditions propres à en faire une bonne nourrice?

4° Quelles sont les règles à suivre pendant l'allaitement?

5° A quel genre d'allaitement, en dehors de celui fourni par la mère, doit-on donner la préférence?

6° A quelle époque convient-il de sevrer?

7° Comment faudra-t-il régler les soins, autres que la nourriture, que réclame l'enfant, tels que l'habillement, la propreté, les promenades, le sommeil, etc. ?

Reprenons maintenant chacune de ces questions pour les discuter avec soin.

1° A quels caractères peut-on reconnaître les qualités d'un lait de bonne nature?

Le lait est, de tous les liquides, celui qui se rapproche le plus du sang. « Il résume, dit M. Béclard dans sa thèse, les qualités d'un aliment complet et préparé à l'avance. » Comme le sang, il se divise, par le repos, en deux parties; l'une solide, formée de grains arrondis, brillants, transparents comme des perles (globules butyrma), d'un centième de millimètre de diamètre environ, et qui constituent le seul élément solide d'un lait pur et sans mélange; l'autre liquide, qui tient en dissolution une matière azotée et coagulable (le caséum), du sucre de lait et des sels.

La composition du lait de femme est d'ailleurs très variable, ainsi que l'avaient déjà constaté Parmentier et Deyme. Cependant c'est généralement la proportion des globules qui en indique la force et la richesse. Toutefois il ne faut pas encore accorder à ce signe une valeur absolue. L'élévation considérable du chiffre des globules s'observe dans les maladies en général, et surtout dans les affections chroniques; elle constitue alors une véritable altération du lait, et peut devenir la cause, ainsi que le fait justement remarquer M. Bouchut, d'indigestions et même d'entérites plus ou moins graves.

Ce n'est, du reste, qu'après la fièvre de lait que ce liquide commence à prendre ses caractères véritables. Jusque-là il présente seulement les qualités du colostrum. Ce dernier diffère du lait proprement dit en ce qu'il est beaucoup plus séreux, qu'il renferme une moindre proportion de globules, qu'il contient des corps granuleux qui disparaissent vers le neuvième jour après l'accouchement, et que M. Godez a vus persister jusqu'au quinzième et même au vingtième. Voici, du reste, ce que M. Béclard a écrit dans sa thèse (*De l'hygiène de la première enfance*) sur cette transition importante :

« Le lait que sécrètent les mamelles à la fin de la grossesse et dans les premiers jours de l'accouchement n'offre ni les caractères physiques, ni les caractères chimiques qu'il présentera plus tard. Ce premier lait, désigné sous le nom de colostrum, offre un aspect jaunâtre; il renferme peu de caséum, peu de beurre; mais, en revanche, de l'albumine. Aussi ce lait ne se coagule pas par les acides, et il se prend souvent par la chaleur. La plupart des globules sont irréguliers, souvent accolés ensemble par petites masses. Le colostrum ne se transforme pas en lait parfait immédiatement après l'accouchement. Les traces du colostrum diminuent graduellement, de manière à disparaître à peu près à la fin du premier mois; cependant il n'est pas rare de les rencontrer encore à une époque plus éloignée; mais sa présence rend alors en général le lait pauvre et insuffisant. »

2° Quelles sont les causes susceptibles de modifier la sécrétion laiteuse?

Bien que cette sécrétion soit liée d'une manière constante aux fonctions génératrices, on l'a vue s'établir sous la seule influence d'excitations dirigées sur le mamelon. C'est ainsi qu'une servante, mentionnée par Belloc, pour calmer un enfant, lui présenta le sein et détermina ainsi vers cet organe un afflux laiteux. A côté de ce fait nous placerons le cas bien autrement curieux d'une Anglaise chez laquelle, sous l'influence de la succion, le lait reparut plus de treize ans après le dernier enfant, et celui qu'a rapporté M. Audibert (*Gazette médicale*, 1841) d'une femme qui n'avait pas eu d'enfants depuis vingt-sept ans, et qui put nourrir non-seulement un premier, mais encore un second enfant de sa propre fille.

A la suite des faits précédents, qu'on nous permette d'en citer deux autres qui nous ont paru également curieux. Le premier, relatif à la durée de la lactation, est celui d'une femme dont parle M. Cazeaux. La sécrétion se prolongea pendant quarante-sept ans, et put fournir à l'allaitement de quatorze enfants, dont six appartenant à cette femme. Dans le second, rapporté par Haller, la femme donnait chaque jour trois litres de lait de plus qu'il n'en fallait à son enfant.

Parmi les causes susceptibles de modifier la quantité et la qualité de la sécrétion laiteuse, on a rangé la nature des aliments. Cependant, dit M. Boussingault, elle n'exerce pas une influence bien marquée sur la quantité et la constitution chimique du lait, si les animaux reçoivent les équivalents nutritifs de ces divers aliments. » Telle n'est pas l'opinion de M. Cazeaux, qui rapporte avoir vu une nourrice dont le lait était notablement plus abondant quand elle avait mangé plusieurs fois de la purée de lentilles.

Il est d'autres conditions qui exercent une action incontestable.

La santé de la nourrice. Plus haut déjà nous avons signalé l'augmentation du nombre des globules dans les maladies. Tout le monde sait que, pourvu qu'une affection morbide se prolonge, le lait diminue et finit par se tarir.

Les affections morales. J'ai souvent été étonné, dit M. Cazeaux, après avoir choisi des nourrices dont le lait était très abondant, de voir avec quelle promptitude la sécrétion laiteuse se tarit quelques jours après qu'elles ont abandonné leur enfant pour prendre un nourrisson étranger; et plusieurs que j'avais renvoyées uniquement parce qu'elles n'avaient plus de lait revenaient quelques jours après et offraient des conditions excellentes.

Les fonctions génitales. La menstruation, qui ne s'établit ordinairement qu'après la lactation, peut reparaître néanmoins pendant son cours; elle diminue et altère le produit de la sécrétion laiteuse. Aussi faut-il se hâter d'enlever l'enfant à une nourrice dont les règles ont reparu. La grossesse agit dans le même sens, mais plus fortement encore; elle doit donc être considérée comme tout à fait incompatible avec un bon allaitement. Relativement aux rapports sexuels, permis par les uns, défendus par les autres, nous laissons la parole à M. Cazeaux :

« Les rapports sexuels me semblent par eux-mêmes peu dangereux, à moins qu'ils ne soient renouvelés trop fréquemment ou avec trop d'ardeur; car alors ils pourraient agir comme toute affection morale un peu vive. Ils peuvent sans doute être l'origine d'une grossesse qu'on doit surtout éviter, et c'est pour cela qu'on les interdit aux nourrices mercenaires. La chose est beaucoup plus difficile pour les mères qui allaitent elles-mêmes leurs enfants. Car, d'une part, il est certaines constitutions qui pourraient souffrir d'une privation complète, et, d'autre part, il est certaines exigences conjugales qu'il est impossible de ne pas satisfaire. Une grande prudence et une grande réserve doivent donc seulement être imposées. »

CH. B.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. NONAT.

Diabète albumineux (maladie de Bright.) — Traitement par les toniques. — Amélioration très marquée.

Quoique une maladie soit presque fréquente et puisse être observée un assez bon nombre de fois chaque année dans les services de médecine, elle offre cependant de l'intérêt quand elle ne l'est pas plus que la maladie de Bright, et quand surtout la thérapeutique appliquée à cette affection est si variée et par conséquent si peu efficace. Il n'y a pas de maladies en effet, pour le dire en passant, qui exercent plus la sagacité des médecins, qui leur torturent l'esprit de plus de manières que celles sur lesquelles nos moyens médicamenteux ont le moins d'action. Voyez, par exemple, l'érysipèle; quel arsenal pharmaceutique n'a-t-on pas déployé pour le combattre, pour l'entraver, et même pour le *juguler*? Heureux, dans ces cas, les pauvres patients qui tombent sous la main d'un sage praticien, raisonnable et prudent, qui ne met pas en jeu une médication plus nuisible que la maladie elle-même !

La maladie de Bright, pour en revenir à notre sujet, est, on le sait, une altération *sui generis* du rein, altération qui donne lieu à une sécrétion anomale d'albumine dans les urines. Divers noms ont été donnés à cette affection : M. Rayer l'appelle néphrite albumineuse; M. Martin-Solon, albuminurie; M. Gendrin, diabète albumineux, et c'est ce dernier nom que nous adopterons de préférence. Ce n'est pas, en effet, une inflammation dans quelque cas que ce soit; à la suite de bien des maladies, on peut rendre de l'albumine dans les urines sans avoir une altération organique du rein constituant la maladie qu'a décrite Bright : à la suite d'une simple application de vésicatoire, ce fait a été souvent observé, comme on le voit dans la thèse inaugurale de M. Saunois.

Le nom de diabète (du grec διαβαινειν, passer à travers), qui donne à l'esprit une idée portant avec elle l'action de cribler, a été appliqué à une maladie organique caractérisée par une émission abondante d'urine chargée de glucose; pourquoi, en y ajoutant l'épithète d'albumineux, ne caractériserait-on pas une maladie analogue, organique, qui ne différerait de la première, sous le rapport des urines, que par la substance en dissolution, qui serait la partie coagulable du sang, l'albumine, en un mot, au lieu d'être de la matière sucrée analogue au sucre de raisin? Ainsi, quand nous dirons le diabète albumineux, ce sera la maladie décrite par Bright en 1827 que nous voudrons désigner.

Hippocrate, Galien, Cœlius-Aurelianus relatent les altérations des reins comme causes d'hydropisies. Ambroise Paré (dans son livre VIII *des tumeurs contre nature*, chapitre XI) n'admet comme cause d'hydropisie que l'altération du foie; mais celle-ci peut être « survenue par communication du vice d'une autre partie supérieure ou inférieure. Comme quand une partie avec laquelle le foye a connexion est vexée d'intempérature grandement froide, conséquemment le foye en refroidit. Et si c'est à cause des poulmons, du diaphragme, *des reins*, le mal est aisément apporté et reçu ès parties gibbeuses d'iceluy par les rameaux de la veine cave, qui issent et respondent à cet endroit. »

A la fin du siècle dernier, Morgagni décrivait dans son immortelle *Anatomie pathologique* les altérations du rein dans le troisième degré de la maladie. En 1770, Cotugno, le même qui découvrit le liquide céphalo-rachidien, observa l'albumine dans les urines. Trente ans après, Cruikshanck divisa les hydropisie selon que les urines étaient coagulables ou non. Enfin Bright créa cette maladie, et fit voir positivement quelle elle était. Mais ce n'est pas au point de vue de la découverte de la maladie et des travaux qu'elle a suggérés que nous avons rédigé cette note, mais bien

plutôt au point de vue thérapeutique, que l'on ne saurait trop recommander à l'époque où nous sommes, car l'esprit médical tend trop à s'en écarter pour se lancer dans les tours de force d'anatomie pathologique annoncée à l'avance.

Ocxipa (Maxime), âgé de cinquante-neuf ans, scieur de long, né à Moscou, est entré le 3 novembre 1852 dans le service de M. Nonat, et se trouve couché au n° 51 de la salle Saint-Paul.

Cet homme, né en Russie, d'une constitution peu robuste, est à Paris depuis 1815, époque à laquelle il est arrivé, faisant partie de l'armée des alliés qui envahit la France.

Quoiqu'il n'ait pas fait dans sa jeunesse de maladie grave, il n'était pas d'une forte santé, et la guerre à laquelle il participa comme cavalier lui fit éprouver de grandes fatigues.

En 1813, il reçut dans la jambe, au-dessous du creux poplité, un peu en dedans, une blessure qu'il attribue à un biscayen, et à la suite de laquelle il fut forcé de garder le repos pendant deux mois. Cette plaie, dont on voit encore maintenant une grande cicatrice, a toujours été sensible depuis lors, surtout aux approches des variations atmosphériques; elle ne s'est jamais rouverte.

Resté à Ménilmontant comme domestique, il y fit un séjour de deux ans dans de bonnes conditions hygiéniques, et quitta pour entrer chez un fabricant de produits chimiques, où il était employé à la fabrication de l'acide azotique. Les vapeurs nitreuses n'eurent sur lui aucune mauvaise influence, et il jouit d'une excellente santé pendant cinq ans que dura son métier.

A cette époque, c'est-à-dire en 1822, il changea d'état, et alla chez un fabricant de poteries d'étain, y travailla six ans à couler des pièces et à les finir par la lime. Il était bien logé, dit-il, et avait une bonne nourriture. Cependant il commença bientôt à ressentir des maux de tête à la suite de ses travaux à la grande chaleur et au milieu de la poussière métallique continuellement mêlée à l'air qu'il respirait. Il toussa un peu, ses forces se déprimèrent, il maigrit, et ses chairs décolorées prirent une teinte pâle et plombée. Depuis assez longtemps il avait perdu l'appétit; les digestions se faisaient mal, et il avait peine à se soutenir sur ses jambes. Il arrêta son travail et resta couché quinze jours, tenant la diète et employant pour tout moyen thérapeutique une tisane qu'il n'a pu spécifier, et que son patron lui faisait boire.

Après quinze jours de maladie il se releva, recouvra la santé, et reprit son travail, qu'il a continué encore pendant dix-huit mois sans éprouver aucun dérangement dans la santé.

Enfin en 1828 il abandonna la fabrication de la poterie d'étain pour prendre la profession de scieur de long, qu'il exerce encore maintenant et qui est beaucoup plus lucrative. Son habitation était sèche et aérée, sa nourriture était bonne; aussi son état habituel de santé était bon.

En 1832, lorsque la première épidémie de choléra sévissait à Paris, il se fit faire une saignée comme moyen prophylactique.

Il y a environ onze ans qu'il a changé de logement pour venir là où il demeure maintenant, rue des Noyers, n° 11. Son habitation n'est pas humide, mais elle donne sur la cour étroite et sombre d'un aubergiste qui élève des lapins en assez grand nombre. L'air lui arrive en quantité insuffisante, encore est-il la plupart du temps altéré par les mauvaises odeurs de cuisine et le voisinage des animaux, qui se fait sentir d'une manière désagréable surtout pendant l'été.

Depuis douze ou quatorze ans cet homme a l'habitude de boire de l'absinthe tous les matins, outre l'eau-de-vie qu'il ne manquait pas de prendre de temps en temps. Néanmoins il resta encore sans ressentir aucune altération dans sa santé jusqu'en 1848.

A cette époque, les événements politiques, qui arrêtèrent les travaux, firent peser sur les ouvriers une gêne dont se ressentit fortement notre malade. Il fut obligé de vivre avec économie, et souvent ne pouvait se procurer une alimentation suffisante. Il n'était donc pas dans des conditions hygiéniques qui pussent favoriser les fonctions plastiques, éloigner les causes d'affaiblissement dans la nutrition et les cachexies consécutives.

Il y a un peu plus de quatre mois (le 18 août), dit-il, il commença à s'apercevoir d'un dérangement dans sa santé; il ressentit des perturbations du côté du tube digestif; il perdit l'appétit, éprouva des coliques, de la diarrhée, un malaise général, et remarqua pour la première fois que la quantité d'urine qu'il rendait dépassait de beaucoup celle des liquides qu'il absorbait comme boisson; et de plus, que ses jambes commençaient à enfler.

Il continua néanmoins son travail pendant quatre jours encore, mais fut dans l'impossibilité d'aller plus loin, et se coucha le 22 du même mois. Ses pieds et ses jambes étaient œdématiés; du liquide commença à paraître dans la cavité abdominale, et il éprouvait de l'oppression.

Le médecin appelé lui ordonna une tisane qu'il ne peut spécifier, de l'huile de ricin pendant quatre jours de suite, et pendant trois autres jours de l'eau de Sedlitz.

Les urines continuèrent à être plus abondantes que les boissons ingérées: elles ne furent pas examinées. Il n'y eut aucun soulagement. Au contraire, le scrotum s'œdématia, ainsi que la verge, et le malade fut obligé d'entrer à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Charles.

Pendant les trois premiers jours il fut prescrit une bouteille d'eau de Sedlitz et une bouteille d'eau de Vichy; puis, pendant une quinzaine de jours, il prit trois fois par jour un petit paquet de rhubarbe dont il ne peut indiquer la quantité, mais qui produisait chez lui un effet purgatif.

L'amélioration fut peu notable; le ventre se dégonfla un peu, mais les autres accidents continuèrent comme par le passé. Le malade, sorti de l'hôpital, resta encore chez lui pendant trois semaines, et le médecin qui l'avait soigné d'abord lui fit reprendre de l'huile de ricin pendant trois jours et la même tisane que la première fois, mais sans aucun effet marqué pour la guérison. C'est alors que cet homme entra à l'hôpital de la Pitié, le 3 novembre.

Il présentait de l'œdème des membres inférieurs et des parties génitales à un assez haut degré; la face était bouffie, infiltrée, et la cavité du péritoine contenait une assez grande quantité de liquide. Les accidents du côté du tube digestif avaient continué; l'oppression existait encore, et à l'examen de la poitrine on trouvait de l'épanchement dans les deux cavités pleurales.

Les urines étaient toujours très abondantes, surpassaient en quantité les boissons, et leur examen donna une assez grande quantité d'albumine. Voici le procédé employé pour la mesurer:

Une éprouvette à pied, graduée et divisée en 100 degrés équivalant chacun à un demi-centimètre cube, est remplie d'urine jusqu'au numéro 80; on ajoute de l'acide nitrique jusqu'au numéro 90, et le tout étant laissé en repos, l'albumine coagulée se précipite au fond du vase, où elle se réunit. Au premier examen elle donna 9 degrés.

Pour tout traitement, M. Nonat employa la médication tonique. Le malade fut mis à l'eau vineuse pour tisane; chaque jour il prenait 100 grammes de vin de Bagnols et mangeait deux portions en viande rôtie, exclusivement, sans légume aucun; 4 portions de vin.

Ce régime fut continué pendant une quinzaine de jours, au bout desquels une portion de pain fut ajoutée.

Le 12 décembre, 150 grammes de vin de Bagnols furent prescrits, et le 16 décembre le malade fut mis à quatre portions.

Au bout de huit jours, le malade éprouva du mieux, l'oppression diminua sensiblement, l'œdème était moins considérable; les urines, examinées de nouveau, donnèrent un degré de moins dans l'épaisseur de la couche d'albumine, qui diminua de plus en plus, au point qu'aujourd'hui elle n'est plus guère que d'un degré et demi. Tous les accidents cessèrent; la résorption de la sérosité anormalement épanchée est complète depuis environ vingt jours; le malade sent renaître ses forces et se trouve dans un état de bien-être qu'il n'avait pas éprouvé depuis longtemps.

Tout fait espérer, d'après la marche de cette maladie, que ce premier succès obtenu sera continué, et, sur 26 ou 27 cas que M. Nonat a déjà traités de cette manière, il a eu, dit-il, 15 ou 16 guérisons. Mais ces guérisons sans doute n'étaient que temporaires, comme le sera certainement celle de ce malade. Le diabète albumineux a pour point de départ une altération organique survenue à la suite de causes qu'il nous est, en général, impossible d'apprécier d'une manière exacte, et une altération organique agit sur la structure, la composition intime des parties constituantes d'un organe. Les fonctions qu'il était appelé à remplir à l'état normal sont perverties; pour le rein, le crible, qui ne devait laisser passer que l'urine et les molécules qu'elle doit tenir en dissolution, laisse passer la portion coagulable du sang; c'est une déperdition continue pour l'organisme; c'est pour lui la source d'un épuisement graduel qui le jettera dans la cachexie si cette cause de débilité n'est compensée d'un autre côté par une assimilation assez active.

C'est le but que s'est proposé M. Nonat en employant le régime tonique dont nous avons parlé plus haut: il a voulu relever et entretenir les fonctions plastiques pour réparer la brèche faite à l'organisme par l'excrétion qui se fait à chaque instant d'une partie constituante du sang. Une alimentation substantielle et réparatrice sous un petit volume comme celle que produisent les substances azotées, en y ajoutant des principes susceptibles d'exciter l'estomac sans fatigue pour le malade, est le genre de médication le plus propre à l'amélioration des accidents de cette maladie jusqu'alors inguérissable; car il ne faut pas la confondre avec la néphrite aiguë donnant lieu également à une albuminurie. Le malade doit aussi être éloigné des lieux sombres, humides ou malsains dans lesquels il a contracté son affection; il doit abandonner le régime de vie débilitant et l'abus des liqueurs fortes, surtout des liqueurs excitantes à un aussi haut degré que l'absinthe et plus encore le genièvre, à l'usage immodéré duquel M. Gendrin ne serait pas éloigné d'attribuer en partie les cas si fréquents de diabète albumineux dans la classe pauvre de la Grande-Bretagne.

Il y a loin de ce régime, le plus généralement adopté aujourd'hui par les médecins vraiment expérimentés, à celui que cet homme avait suivi pendant quelque temps, régime tout débilitant, comme des purgatifs répétés outre mesure. Je sais bien que certains médecins d'une haute valeur les ont conseillés; Grégory employait les sels de potasse, Bright conseillait entre autres drastiques l'élatérium, qu'il donnait jusqu'à la dose de 3 grammes, dose qu'il faudrait avoir grand soin de ne pas prescrire en France, car dans les pays froids et humides comme l'Angleterre on sait que les purgatifs agissent moins activement.

Des topiques stimulants sur la peau, tels que frictions; les bains sulfureux, en excitant la circulation capillaire, agissent médiatement sur la circulation générale, qu'ils activent un peu et favorisent ainsi les fonctions plastiques.

Il faut bien se garder de traiter cette maladie par des émissions sanguines, qui sont en général prescrites par suite du peu de connaissance de la maladie ou des idées d'une doctrine que nous croyons erronée; elles débilitent les malades et ne pourraient qu'activer outre mesure la sécrétion albumineuse ou l'éclosion de quelque maladie intercurrente à laquelle est toujours si exposé un organisme affaibli et cachexié. Le diabète albumineux n'est pas du reste le résultat d'une phlegmasie, mais seulement d'une hypérémie, qui, surexcitant les fonctions sécrétoires de la glande, y détermine une perturbation; et, d'après une règle générale, dans l'organisme toute sécrétion exagérée dans un organe et qui se prolonge au delà des limites physiologiques possibles a pour résultat d'entraîner dans l'organe un état d'atrophie: c'est ce que nous voyons à chaque pas dans la pathologie. Dans la cirrhose, c'est après une hypersécrétion de bile contenant de l'albumine et donnant des diarrhées abondantes que se montre l'atrophie du foie. A la suite de ces diarrhées séreuses si abondantes qui accompagnent les tubercules pulmonaires, on trouve les tuniques intestinales amincies et les follicules mucipares devenus très petits. A la suite de lactations prolongées, ne voit-on pas les seins des nourrices s'atrophier? Tout le monde, enfin, connaît ce mot populaire qu'un individu a tant pleuré qu'il ne peut plus trouver de larmes; là encore est une atrophie à la suite d'hypersécrétion: pourquoi n'en serait-il pas de même des reins? Quant à la cause primitive déterminante, elle nous échappe comme dans toutes les maladies possibles, et c'est tant que durera cette impénétrable à nos regards que la thérapeutique sera si pauvre en résultats et si variée pour chaque maladie, forcée qu'elle sera d'obéir aux caprices de tant de médecins expérimentateurs ou systématiques.

MALADIES DES YEUX. — M. DESMARRES.

De l'exophthalmos produit par l'hypertrophie du tissu cellulo-adipeux de l'orbite.

J'ai fait une remarque curieuse dans un assez grand nombre de cas d'exophthalmos symptomatique de l'hypertrophie du tissu cellulo-adipeux de l'orbite, c'est que cette maladie est en coïncidence avec un goître assez prononcé.

Cette maladie se distingue de la plupart des autres espèces de tumeurs par son développement régulier autour du globe oculaire; sa mollesse, capable de simuler la sensation de fluctuation; son absence de douleurs, et le manque d'altération consécutive des téguments. — Dans cette affection, l'exophthalmos est ordinairement direct, et il s'accroît moins rapidement que dans les autres espèces; aucune tumeur ne s'aperçoit entre l'œil et le pourtour orbitaire; la base des paupières ou pourtour cutané de l'orbite est bombé et poussé en avant par l'aponévrose orbitaire, qui est elle-même soulevée par la masse cellulaire; les paupières sont quelquefois légèrement œdématiées et un peu vascularisées par la compression qui existe dans l'orbite.

Si l'on presse l'œil avec les doigts de manière à le refouler dans l'orbite, on voit saillir la paupière d'une façon plus ou moins marquée, et dans cet endroit, lorsqu'on le touche avec attention et le plus profondément possible, on ne parvient à sentir absolument rien autre chose qu'une masse molle, informe, fuyant devant le doigt qui la presse et ne donnant, en définitive, aucune sensation bien nette. On parvient, dans quelques cas encore peu avancés, à glisser les doigts entre l'œil et l'orbite, et l'on ne sent ni bosselures, ni duretés, mais seulement cette masse fuyante que l'on croit toujours saisir, et qui échappe d'autant mieux que la pression exercée sur la peau de la paupière tend celle-ci et empêche le doigt d'aller plus loin.

Lorsqu'on regarde attentivement un malade atteint de cette affection, on remarque, comme premier symptôme, que la paupière supérieure ne s'abaisse plus, comme dans l'état physiologique, sur la partie supérieure de la cornée, lorsque l'œil regarde horizontalement; au contraire, la cornée reste découverte en totalité, ce qui donne à la physionomie quelque chose de hagard fort désagréable à voir. A un degré un peu plus avancé encore, le malade a les yeux de l'homme en fureur, et cela établit un contraste choquant avec la tranquillité du reste de la physionomie.

L'œil, chez la plupart des malades, se meut dans tous les sens avec une grande facilité; cependant, dans plusieurs cas, j'ai vu une impossibilité complète de le diriger en haut, et, plus tard, j'ai constaté aussi que les mouvements se limitaient en bas et même dans tous les sens.

Tel est le cas suivant, que j'ai observé avec un confrère de Paris sur une dame encore en traitement.

Exophthalmos double par hypertrophie du tissu cellulaire de l'orbite, avec mouvements de l'œil limités en haut et plus tard en bas.

Les yeux sont saillants, les cornées découvertes d'une ligne et demie à deux lignes dans leur partie supérieure, la vue bonne, les pupilles très mobiles. Les yeux se dirigent dans tous les sens vers l'objet, sauf en haut; en bas aussi, les mouvements sont un peu limités; on ne sent aucune tumeur proprement dite dans l'orbite.

Dans les premiers temps que je vis cette dame, c'est-à-dire dans le courant du printemps de l'année dernière, les yeux étaient beaucoup plus proéminents, les paupières injectées, les conjonctives un peu rouges. Tous ces symptômes se sont améliorés sans disparaître complétement. Le médecin jugea convenable d'appliquer un séton, et nous prescrivîmes l'iodure de potassium à haute dose, que la malade n'a pas cessé de prendre. Je remarquai pendant le traitement que l'œil gauche était presque toujours rouge et larmoyant, et je finis par reconnaître que la paupière inférieure, en partie paralysée, ne le recouvrait pas pendant la nuit. Je m'occupai de cette affection de la septième paire, et des bandelettes de taffetas d'Angleterre guérirent bientôt l'injection qui menaçait l'œil. Ces bandelettes ne sont plus nécessaires aujourd'hui.

La dame dont il s'agit est forte, bien réglée; elle avait été atteinte autrefois d'une myélite.

Cette maladie frappe ordinairement les deux yeux à la fois; pourtant je l'ai observée sur un seul œil; mais alors c'est tout à fait au début et les symptômes sont fort peu marqués. En voici un exemple:

Exophthalmos droit par hypertrophie du tissu cellulaire de l'orbite. Coïncidence avec un goître très marqué.

Mlle B..., trente ans, demoiselle de magasin, 25, rue Dauphine, se présente à ma clinique le 29 septembre 1852. Elle est atteinte d'un exophthalmos encore peu marqué, et du côté droit seulement: sa paupière supérieure est relevée un peu au-dessus de la cornée, qui reste à découvert lorsque la malade regarde horizontalement. Les mouvements des deux yeux sont parfaits, la vue est bonne; je ne sens aucune tumeur dans l'orbite.

La malade est atteinte d'un goître et de palpitations de cœur.

Le traitement par les onctions iodurées et par l'iodure de potassium à l'intérieur a amené en trois mois une légère amélioration. L'œil est incontestablement moins saillant au 22 décembre; la cornée n'est plus découverte quand la malade regarde devant elle; les mouvements et la vision sont libres, comme au début de l'affection.

Demours cite un fait semblable sur une jeune fille de seize ans.

Le diagnostic est quelquefois très obscur, surtout si l'exophthalmie n'est pas très intense. Dans ce cas, on a pu prendre l'exophthalmie symptomatique de l'hypertrophie pour une hydrophthalmie; mais dans cette dernière affection il existe le plus souvent une voussure particulière de la cornée avec dépression et tremblotement de l'iris, une teinte bleue de la sclérotique, un agrandissement du globe et d'autres symptômes qu'on ne rencontre pas dans l'hypertrophie.

Le diagnostic sera encore plus difficile s'il existe une tumeur

l'un petit volume située au sommet de l'orbite et qui repousserait e tissu cellulaire en avant. Mais dans ce cas on observerait quelquefois une compression des nerfs et des vaisseaux, et par suite une nodification dans les fonctions oculaires ou bien une modification rganique appréciable.

On a dit que la paralysie de tous les muscles de l'œil pouvait roduire un exorbitisme qui différait peu de celui dont nous parons; il me semble cependant que l'absence de locomotion ocuaire, qui n'existe pas en général dans les cas d'hypertrophie, doit tre un caractère différentiel assez tranché pour empêcher cette onfusion.

Cette hypertrophie pourrait aussi se confondre avec une tumeur pomateuse; mais dans cette dernière affection la tumeur est génélement plus circonscrite; elle est bosselée, mobile et donne lieu un exophthalmos oblique et marche plus rapidement.

La durée de cette affection est généralement très longue; le plus uvent même elle suit la marche et la durée des maladies dont elle t congénère, sinon symptomatique. Quelquefois cependant elle este stationnaire, et d'autres fois elle se guérit spontanément ou à aide de certaines médications; dans quelques cas malheureux elle mpromet l'œil en totalité, comme dans le cas suivant :

ypertrophie du tissu cellulaire des orbites. — Exorbitisme considérable et progressif à droite. — Cornée découverte s'enflammant. — Destruction totale de l'œil et du tissu cellulaire par un phlegmon. — Coïncidence avec un goître volumineux.

Une pauvre vieille femme d'environ soixante ans se présente à a clinique, il y a quatre ou cinq ans, pour un affaiblissement de vue. Je constate qu'elle est atteinte d'un commencement de taractes lenticulaires dures avec un exophthalmos double assez arqué, que je considère comme le résultat d'une hypertrophie du su cellulaire de l'orbite.

Cette femme présente un goître assez considérable, qu'elle rte depuis sa jeunesse; elle est maigre, chétive, pauvre et se urrit mal.

Elle continue de venir me voir tous les quinze jours ou tous les ois pour ses yeux.

En février 1852, je la vois comme à l'ordinaire; mais cette fois e à l'œil droit rouge, plus saillant que de coutume, et je remare, en outre, que la cornée n'est plus protégée par les paupières, ntre lesquelles l'œil est poussé. Il n'y a pas de douleur dans l'œil dans l'orbite; l'organe, refoulé en arrière, ne fuit plus sous la ession; tout me fait craindre une issue funeste et prochaine.

Je prescris une légère compression, le rapprochement des paueres par du taffetas d'Angleterre, des moyens généraux; mais t cela en vain. La cornée, en effet, s'enflamme, s'ulcère, le stallin opaque et les milieux de l'œil s'échappent, et un phlegn terrible s'empare de tout ce qui reste dans la cavité orbitaire. En avril, la suppuration continuait encore un peu, l'orbite était ièrement vide et les paupières enfoncées.

Du côté gauche, l'état est demeuré le même.

Le pronostic doit être, dans certains cas, très réservé, à cause doute dans lequel on est touchant la véritable nature de la tuur. Dans d'autres, cependant, il sera aisé de se prononcer, et dire que cette affection n'a pas de gravité immédiate pour l'indu, mais qu'elle peut en avoir une pour la vision.

Les causes de l'hypertrophie du tissu cellulaire de l'orbite sont chaines ou éloignées; on pourrait dire plus exactement qu'elles t inconnues.

Les premières sont très obscures, les seules dignes d'être mennées sont les violences extérieures; les secondes comprennent hme et les hypertrophies du cœur.

Ainsi que je l'ai dit plus haut, je l'ai vue en coïncidence avec le re; mais je ne vois, bien entendu, dans l'hypertrophie du corps roïde, rien qui explique celle qui nous occupe.

Chez les asthmatiques, cette affection est habituellement généée dans les deux yeux; aussi les malades ont-ils, avec le dévepement variqueux des lèvres, une expression toute particulière.

Dans l'hypertrophie générale de l'orbite, les médications sont éralement peu efficaces. Localement, j'emploie une compreslégère, qui a donné de bons résultats entre les mains de Dutren et de Demours; puis, le traitement résolutif général et l, tel que l'iodure de potassium à l'intérieur et en frictions. vésicatoires volants péri-orbitaires ont aussi été suivis de suc. Enfin, on pourra s'adresser à la cause générale, telle que l'hyrophie du cœur, l'asthme, etc., de manière à affaiblir, sinon uérir, ces maladies.

On devra faire une grande attention de reconnaître si les yeux complétement couverts par les paupières pendant le sommeil, les cornées pourraient s'enflammer, et la vue serait compro. L'occlusion des yeux, pendant la nuit, avec le taffetas d'Anerre, devrait être recommandée, dans ce cas, comme nous ns fait plusieurs fois avec avantage, et entre autres sur la madont il est question plus haut.

CLINIQUE DÉPARTEMENTALE.

d-bot-varus déterminé par une anomalie de l'articulation u premier métatarsien avec la phalange correspondante. pération. Succès immédiat,

Par le docteur Lambert, de Montigny-sur-Aube.

epuis un mois j'avais reçu plusieurs lettres de Saint-Maurice, Langres, dans lesquelles on m'entretenait avec beaucoup de citude d'un enfant affecté d'une infirmité qui semblait diviser ollège chirurgical orthopédique de Langres.

Malgré mon refus, la personne qui s'intéressait au jeune malade sta, et fixa même le jour où je pourrais conférer avec le médequi avait mérité sa préférence. Je fus fidèle au rendez-vous, et li dernier, 27 décembre, malgré une distance de plus de 80 mètres, j'étais près du malade, amené lui-même de trois lieues loin que Saint-Maurice.

On me présenta un enfant de cinq ans, d'une bonne mine, un blond, à fibres molles, n'offrant rien dans sa démarche qui pût d'emblée révéler son infirmité. L'ayant fait marcher en sens divers, je remarquai avec quelque peu d'attention un adduction exagérée du pied gauche, à chaque progression, une titubation sensible; il y a quelques glandes mobiles sous le maxillaire. L'enfant a bon appétit, habite une chambre saine, bien aérée; il est bien nourri, appartient à une famille aisée, qui veut tout faire pour lui assurer une santé parfaite.

J'enlevai la large chaussure que portait le petit malade, et je trouvai d'abord le gros orteil qui présentait un angle de 45 degrés. A partir de la moitié de la seconde phalange, on aperçoit un appendice cutané, membraneux, au centre duquel existe un point noir qui simule un rudiment d'ongle. Malgré une attention minutieuse, je ne trouve aucune trace de tissu cicatriciel. Au centre, le toucher perçoit une dureté analogue à la forme et à la densité des os sésamoïdes. Cette membrane, qui rappelle les digitations du tissu des palmigrades, est évidemment le rudiment d'un orteil supplémentaire que la matrone du village a respecté; elle s'étend jusqu'au milieu de l'aponévrose plantaire, qu'elle tend fortement, et laisse passer dans son épaisseur, à sa base, le tendon du long fléchisseur du gros orteil. L'insertion inférieure de ce muscle semble se faire par l'épanouissement de ses fibres, et sur l'appendice mentionné, et sur la partie latérale et interne de la seconde phalange.

Cela posé, il est facile de saisir les conséquences de l'anomalie que je viens de décrire. Evidemment l'antagonisme entre les extenseurs et les fléchisseurs, les adducteurs et les abducteurs n'est plus équilibré; les fléchisseurs ont la prédominance. Il faut que les abducteurs conséquemment fléchissent; c'est ce qui est arrivé en effet, car la voûte plantaire présente une concavité de 3 centimètres et demi, tandis qu'elle n'est que de deux de l'autre côté: abduction permanente, rotation en dehors, convexité exagérée. Cependant le tendon d'Achille n'est pas raccourci sensiblement. Il est établi pour moi que l'enfant est menacé d'un pied-bot, d'autant plus compliqué que le gros orteil sera basculé en haut et rendra la progression d'autant plus difficile.

La cause ainsi comprise, j'exposai mon opinion au grand-père du malade, à M. Richard Rouillaux, maire de Corgiruon, et à son oncle, M. le curé de Saint-Maurice, chez lequel je me trouvais en présence du petit malade. Je proposai donc, pour remédier à ces déviations du pied de l'enfant, de couper la bride, l'astriction produite par la corde du fléchisseur, puis la division de l'aponévrose plantaire dans toute sa largeur au milieu de la voûte plantaire. Le docteur Gillot, étant arrivé, examina à son tour le malade, et, sauf quelques légères variations, exprima le même avis.

Il fut alors procédé à l'opération, et mon confrère me prouva une fois de plus que la chirurgie lui rendra l'illustration que les événements lui ont enlevée dans quelques esprits vulgaires. Immédiatement le pied put être ramené dans l'abduction normale; le gros orteil put être ramené à la ligne droite avec quelques efforts; la voûte plantaire s'affaissa, l'astragale et le tarse s'abaissèrent, et les parents de pleurer de joie. Une hygiène convenable fut prescrite.

Il fallait alors un appareil pour maintenir les rapports articulaires rétablis par l'opération; l'enfant fut amené le mardi 28 chez M. Barthelmy, coutelier distingué de Langres, et, toutes les indications et les mensurations bien arrêtées, il dut s'occuper à l'instant même de le confectionner.

Les plaies furent cicatrisées par première intention, et l'enfant n'éprouvait aucune douleur vingt-quatre heures après l'opération.

Si je livre ce fait à la publicité, c'est parce que, lors de mon départ de Langres, on m'avoua que plusieurs médecins avaient très sérieusement proposé l'amputation du gros orteil et du premier os du métatarse : évidemment le pied-bot dans cette hypothèse serait devenu varus-équin, la progression presque impossible et l'enfant mutilé sans profit.

Maintenant, que deviendra l'appendice membraniforme dont j'ai parlé? Le bon sens répond à cette question : ou il se développera en proportion de l'accroissement du pied, et alors un coup de bistouri en déharrassera le malade; ou il restera stationnaire, et alors il conservera sans danger la minime gêne qu'elle produira.

Quel appareil avons-nous adopté? Aucun de ceux décrits dans l'*Armentarium orthopédique;* c'est à l'inspiration du moment que nous avons fait appel; c'est, si l'on veut, le campaga antique, l'ancienne chaussure des empereurs modifiée par mon habile et savant confrère Gillot et moi.

J'en ai puisé l'indication dans le journal des cordonniers à la date du 1er mars 1851; c'est à cette excellente publication que j'invite mes lecteurs à en faire l'appréciation, s'ils ne croient pas que tout est dit dans le monde orthopédique sur les chaussures qui conviennent aux différentes infirmités des organes de la progression.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Emploi de la gutta-percha dans le traitement des luxations et des fractures;

Par M. le docteur Lesueur, de Vimoutiers (Orne).

Dans un cas de luxation de la clavicule en avant, qu'il n'avait pu contenir par un bandage ordinaire, M. Lesueur a eu l'idée de se servir d'un véritable plastron en gutta-percha de plusieurs centimètres d'épaisseur, qui, se moulant sur la partie supérieure de la poitrine et sur les épaules, devait offrir en se solidifiant un puissant moyen de contention. Ce moyen réussit. La gutta-percha ramollie et appliquée sur la peau y adhère sensiblement. C'était là une première condition de fixité d'une utilité incontestable. Cette propriété adhésive devait encore rendre un autre service. Après avoir moulé son plastron de gutta-percha sur les parties indiquées, M. Lesueur réappliqua son premier bandage. Les tours de bande passant sur la gutta-percha y prirent un point de fixité remarquable qui acheva de consolider l'appareil, au point que, pendant sa durée, pas un tour de bande ne se dérangea, grâce à une immobilité complète recommandée dans les premiers jours.

Ce succès dans une luxation que l'on s'accorde à regarder comme très difficile à maintenir réduite engagea M. Lesueur à étendre l'application de la gutta-percha à deux cas de fractures de la clavicule et à deux cas de fractures de la rotule.

Les fractures de la clavicule ont été maintenues réduites avec un large plastron de gutta-percha et le bandage de Desault. Dans les deux cas de fracture transversale de la rotule, M. Lesueur a employé l'appareil de Boyer; il n'y a ajouté que les gâteaux de gutta-percha ramollie, dont l'un est appliqué sur le fragment supérieur de la rotule, en forme de croissant, et l'autre est appliqué en sens opposé sur le fragment inférieur. Puis à l'aide de courroies fixées dans les charnières supérieures pour le gâteau inférieur, dans les charnières inférieures pour le gâteau supérieur, on rapproche l'un de l'autre ces deux gâteaux, qui entraînent avec eux les deux fragments sur lesquels ils se sont empreints.

Pour serrer ces courroies, il faut attendre que la gutta-percha ait pris une certaine solidité. Dans l'appareil de Boyer, les courroies glissent sur la peau et se relâchent très facilement. Avec la gitta-percha, les courroies se trouvent si bien fixées que leur relâchement ne peut être dû qu'à la laxité de leur tissu.

(*Revue médico-chirurg.*)

Pommade urticante de M. Blatin.

M. le docteur Blatin a communiqué à la Société médico-chirurgicale de Paris la formule d'une pommade qu'il propose de substituer à la pommade d'Autenrieth et à l'huile de croton-tiglium pour produire une dérivation cutanée.

Cette pommade est composée d'axonge dans laquelle on incorpore par simple mélange, sans trituration, les soies épineuses du *pois à gratter* (dolichos pruricus de Linnée) à la dose de 50 centigrammes pour 30 grammes de graisse. Son action est immédiate; elle produit une sensation analogue à celle qu'excite le contact des orties. Le malade est obligé de frictionner pendant dix, quinze à vingt minutes la partie que le médicament a touchée. Pendant la friction, la chaleur brûlante et le prurit s'apaisent et disparaissent complétement en moins d'une demi-heure. La peau se couvre ordinairement de papules blanches et plates qui ne tardent pas à s'effacer et devient le siége d'une chaleur incommode.

L'urtication produite par les soies épineuses de dolichos prurien n'est due qu'à l'introduction de ces soies dans nos tissus. Des essais variés ont démontré qu'elle ne dépendait d'aucune matière soluble de nature irritante. La dose de pommade à employer pour chaque friction est de 50 à 60 centigrammes. M. Blatin pense qu'en associant à la pommade diverses substances médicamenteuses, et entre autres des sels solubles, de l'hydrochlorate de morphine, on les fera facilement pénétrer dans le tissu de la peau, comme s'ils avaient été inoculés avec une aiguille ou une lancette.

Dans les essais qu'il a tentés de cette médication, aucun malade n'a éprouvé d'inconvénients; les enfants eux-mêmes les supportent facilement. La main qui fait la friction n'en ressent pas l'effet. Quant aux indications, ce sont précisément les mêmes qui déterminent le praticien à recourir à la pommade stibiée ou à l'huile de croton.

CAS D'ONANISME DANS LE CHEVAL;

Par M. Blanc, vétérinaire à Marseille.

Un cheval était sujet à des éjaculations fréquentes de liquide spermatique, qu'il déterminait volontairement en se frottant contre le ventre le membre fortement tendu et mis en contact, par une érection extrême, avec la paroi inférieure de l'abdomen; il lui suffisait alors d'imprimer à son corps voussé en contre-haut des mouvements rapides, identiques à ceux qui accompagnent l'acte du coït, et l'éjaculation avait lieu. Pour remédier à ce vice essentiel, qui énervait considérablement son cheval, le propriétaire consentit à le faire châtrer, sur la proposition de M. Blanc.

L'opération répondit aux résultats prévus. L'animal récupéra ses forces après la guérison de la castration, et put faire un bon service.

M. Blanc parle, dans la note qu'il a rédigée sur ce fait pratique assez rare, d'un *relâchement* du cordon qui se serait produit du côté gauche, sous l'influence d'un mouvement très violent que l'animal aurait fait au moment où l'opérateur séparait de ses enveloppes le testicule *découvert*, relâchement qui fut suivi du développement d'un champignon.

Ce relâchement dont parle M. Blanc n'était probablement que le résultat de la déchirure de l'espèce de médiastin postérieur formé dans la gaîne vaginale par l'adossement des feuillets séreux entre lesquels les parties composantes du cordon sont renfermées. M. Blanc dut pratiquer l'opération du champignon quinze jours après l'opération primitive. L'animal guérit bien, malgré cette complication. (*Recueil de médecine vétérinaire pratique.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 22 décembre. — Présidence de M. Guersant.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Correspondance.

M. le professeur Frédéric Jæger, de Vienne, écrit une lettre de remerciments à l'occcasion de sa nomination comme membre associé étranger.

Cette lettre sera déposée aux archives.

— La Société reçoit le 35e volume des *Medico-chirurgical transactions.*

M. Giraldès est chargé d'en rendre compte.

— L'ordre du jour appelle à voter sur les conclusions du rapport de M. Larrey sur les travaux de M. le professeur Burggraeve, de Gand.

M. le professeur Burggraeve est nommé membre correspondant.

— M. le Président met ensuite aux voix les conclusions du rapport de M. Robert sur la candidature de M. Verneuil.

M. Verneuil, ayant réuni la majorité des suffrages, est nommé membre titulaire.

M. Larrey présente à la Société un militaire chez lequel il a pratiqué pour la troisième fois dans un court espace de temps l'extirpation de tumeurs fibro-plastiques développées au niveau de la hanche.

M. Forget demande si la cicatrice était fermée lorsque cette récidive a eu lieu.

M. Larrey répond que le travail de cicatrisation était entièrement terminé.

M. Lebert, à ce sujet, fait remarquer que la première tumeur datait de l'enfance du malade; que, bien que ce soit pour la troisième fois que M. Larrey revient à l'opération, l'état général de la santé est satisfaisant, qu'il n'y a pas d'engorgement des ganglions lymphatiques de l'aine, bien que cette région en soit très abondamment pourvue. J'attache beaucoup d'importance à ce point.

— M. Morel-Lavallée présente une jeune femme opérée par M. Gerdy pour une tumeur du maxillaire supérieur. Il donnera plus tard quelques détails sur les antécédents de la malade et sur le procédé particulier suivi dans cette circonstance.

Ablation d'une tumeur cancroïde de la lèvre inférieure et de la partie inférieure gauche de la face, suivie d'une opération autoplastique par glissement, d'un lambeau emprunté aux régions sus-hyoïdienne et sous-maxillaire.

M. Cusco, chirurgien du bureau central, présente à la Société le malade qu'il a opéré, et donne les détails suivants :

Cet homme, âgé de quarante-huit ans, était affecté d'un cancroïde énorme de la lèvre inférieure. La tumeur, stationnaire pendant plusieurs années, avait pris depuis quelques mois un développement considérable. Irritée, soit par l'action de la pipe, dont le malade faisait un usage continuel, soit par les topiques caustiques qu'on y avait appliqués, elle s'était ulcérée en plusieurs points et avait envahi les trois quarts de la lèvre, le menton, une partie de la joue, de la muqueuse buccale et du périoste. L'os maxillaire lui-même était altéré superficiellement. En outre, deux engorgements ganglionaires volumineux existaient dans la région sus-hyoïdienne, sur la ligne médiane et dans le voisinage de la glande sous-maxillaire.

L'opération, pratiquée le 12 octobre 1852, s'est composée de deux temps distincts : l'ablation et la réparation autoplastique.

Trois incisions circonscrivirent la tumeur : une verticale, sur sa limite droite, descendant du bord libre de la lèvre à 1 centimètre et demi de la commissure jusqu'au menton; une horizontale, le long du bord inférieur du maxillaire jusqu'au masséter gauche; une troisième, oblique, allant de la commissure gauche à la rencontre de la précédente.

La masse morbide étant rapidement détachée, l'os maxillaire dut être ruginé fortement et cautérisé au fer rouge en différents points. Les quatre incisions furent enlevées.

Après une perte de substance aussi considérable, la réparation offrait quelque difficulté. J'aurais voulu pouvoir prendre mon lambeau à droite à l'aide de deux incisions parallèles, partant, l'une de la commissure, l'autre du menton et longeant le bord inférieur du maxillaire. Ce lambeau aurait eu le double avantage de se trouver doublé intérieurement par la muqueuse et d'être pris aussi loin que possible du siége du mal. Mais, d'une part, j'aurais eu beaucoup de peine, tout en tiraillant beaucoup, à réunir ce lambeau au côté opposé. D'une autre part, la présence des engorgements sous-maxillaires me décida à suivre un autre procédé.

Prolongeant ma première incision verticale jusqu'à l'os hyoïde, je disséquai un lambeau triangulaire qui mit à nu toute la région sous-maxillaire gauche et me permit d'enlever tous les ganglions indurés; puis, relevant ce lambeau jusqu'à la hauteur du bord libre de la lèvre, je le fixai à droite et à gauche par la suture entortillée.

Les suites de l'opération furent simples; mais le sommet du lambeau se sphacéla précisément dans la portion qui devait servir à clore la bouche.

Aujourd'hui une échancrure médiane, profonde, laisse écouler continuellement la salive et gêne l'exercice de la parole. Il serait facile par une opération secondaire de remédier à ces inconvénients; mais, le malade voulant retourner dans son pays, on a songé à le munir d'une lèvre artificielle. Cet appareil a été exécuté en caoutchouc vulcanisé par M. Luër, qui a tiré très habilement parti de l'élasticité de la substance, soit pour prendre un point d'appui sur l'os maxillaire par une pression douce et très supportable, soit pour adapter d'une manière absolue le pourtour de la lèvre factice aux sinuosités de la peau.

Cet appareil mis en place s'oppose parfaitement à l'écoulement de la salive; en outre, il rend facile et distincte la prononciation de toutes les consonnes *labiales;* enfin, il diminue notablement la difformité apparente.

Un mot sur l'examen microscopique de la tumeur, que j'ai étudiée avec mon interne M. Dufour, très versé dans ce genre de recherches. Partout nous avons trouvé l'élément constitutif des tumeurs dites *cancroïdes*, savoir, les cellules épithéliales. Mais ce qui nous a frappés, c'est que ces cellules diffèrent notablement des cellules épithéliales normales des membranes muqueuses.

Leurs noyaux sont plus grands, elliptiques, à contours nettement accusés et rappellent involontairement l'aspect des noyaux cancéreux. Comme ceux-ci, souvent ils existent libres et présentent un ou deux grands nucléoles très brillants. Enfin, leur diamètre, ordinairement moindre, atteint parfois les dimensions des noyaux du cancer.

Peut-être existe-t-il entre le cancroïde et le cancer une étroite parenté qu'on cherche en vain à se dissimuler aujourd'hui, et qu'il faudra reconnaître de nouveau quand on aura épuisé l'étude de leurs dissemblances.

Quant aux ganglions engorgés de la région sous-maxillaire, ils ne renfermaient, à ma grande satisfaction, aucun élément épithélial.

— M. Chassaignac lit, au nom d'une commission composée de MM. Danyau et Larrey, un rapport sur un travail de M. Broca ayant pour objet quelques difformités des orteils déterminées par l'action des chaussures.

M. Larrey. Je regrette que M. Broca, qui avait l'intention de faire un travail sur ce sujet, n'ait pas demandé quelques renseignements à des personnes qui auraient pu lui en fournir de très curieux; les chirurgiens militaires, qui ont occasion de voir dans les conseils de révision des déformations des orteils tellement prononcées qu'elles deviennent la cause d'exemption, auraient pu, je crois, lui fournir des matériaux fort utiles pour son mémoire.

M. Cloquet. J'ai écouté avec beaucoup d'attention le rapport de M. Chassaignac sur le travail de M. Broca, et à ce sujet je dirai qu'il faut un peu se garder d'accepter comme une règle naturelle ce que les artistes ont pu faire dans la représentation de la nature; assez souvent ils acceptent des formes de convention; c'est ce qui a eu lieu pour le deuxième orteil; là il y a eu évidemment un allongement de convention.

Comme l'a très bien fait remarquer l'auteur du travail, la chaussure a une grande influence sur la forme du pied et des orteils, et des chaussures trop étroites ou mal faites peuvent amener des déformations très prononcées : il suffira pour s'en convaincre d'examiner les pieds des peuples qui ne portent pas de chaussures; jamais ils ne présentent de semblables déformations. Quant à l'hypertrophie du premier métatarsien, elle ne peut causer que de légères déviations du gros orteil : il eût été à désirer aussi, puisque M. Broca avait traité des causes des déviations des orteils, qu'il eût parlé de l'influence goutteuse.

M. Robert. Comme le disait tout à l'heure notre honorable collègue, je crois qu'il ne faut pas trop accepter comme une règle ce que font les artistes. Camper avait peut-être trop sacrifié aux arts, et, sous ce rapport, on ne doit pas non plus s'en tenir à ce qu'il a dit de la longueur du deuxième orteil relativement au premier. J'ajouterai que dans les déviations des orteils, ce n'est pas tant la chaussure qui agit que les extenseurs dorsaux, qui très souvent finissent par devenir abducteurs.

J'aurais désiré aussi que la commission entrât dans quelques détails sur le traitement à suivre dans ces déviations, il y avait là quelques lacunes à remplir.

M. Chassaignac. Vous avez pu remarquer que le travail de M. Broca est surtout anatomique, qu'il repose comme base principale sur la dissection d'un certain nombre de pieds difformes. Or vous savez aussi bien que moi combien il est rare de pouvoir faire la dissection d'un pied altéré par la goutte. Cette affection se présente en effet si rarement chez les malades des hôpitaux, que l'on n'a presque jamais l'occasion de faire l'autopsie de sujets goutteux. Si la question thérapeutique n'a pas été traitée, cela tient à ce que le mémoire de M. Broca n'est que la première partie d'un travail dans lequel il n'a pas dit jusqu'à présent la moindre chose ayant trait à cette question.

M. Marjolin. Que Camper ait été à même d'apprécier le talent des artistes de l'antiquité, il n'y a pas là une grande faute. Quant à dire qu'il les a copiés, personne ne pourrait l'affirmer; il est plus probable cependant qu'il copiait fidèlement la nature, et en cela il a eu sur beaucoup d'autres le grand avantage de savoir représenter avec esprit et talent tout ce qu'il observait. Je ne prétends pas dire ici que l'excédance de longueur du second orteil soit la règle normale. Il faudrait, pour établir ce fait, faire un assez bon nombre de recherches pour établir la proportion, et surtout choisir des pieds bien conformés.

Frappé de quelques observations de M. Broca sur la déviation du gros orteil, je voulus les vérifier, et en faisant ces recherches je fus frappé du rapport presque constant qui existe entre la conformation du pied et de la main, entre la forme des doigts et celle des orteils. Trois ou quatre fois j'ai renouvelé mes recherches, et j'ai pu me convaincre de ce fait, facile, du reste, à vérifier. J'ai vu alors qu'assez souvent il arrivait que tous les orteils avaient une longueur à peu près égale. Dans ce cas ils sont courts : bien souvent la déformation du gros orteil et du premier métatarsien dépend bien moins de la chaussure que de la marche ou de la station prolongées, et une déformation analogue se remarque dans les mains des hommes qui se livrent à de rudes travaux.

J'ajouterai aussi, en terminant, que bien plus souvent certaines déformations des orteils dépendent bien plutôt d'affections rhumatismales ou goutteuses.

M. Chassaignac. Les rapports d'analogie établis par notre collègue entre la conformation des mains et des pieds sur un même sujet nous paraît offrir un intérêt réel; mais nous n'hésitons pas à déclarer que cette analogie de conformation n'existe pas dans toutes les classes de sujets, et que certaines femmes remarquables par la perfection de la main ont au contraire le pied tout à fait déformé par la pression exagérée des chaussures.

M. Gerdy. Camper s'est beaucoup servi des antiques dans ses études. Nul doute que les statuaires de l'antiquité n'aient fait preuve d'un grand talent; mais ils avaient des formes conventionnelles. Il y a peu de statues antiques qui ne présentent des fautes d'anatomie. Dans eurs statues de femmes, ces fautes sont plus rares; ils se sont plus rapprochés de la nature.

Maintenant, pour en revenir aux déviations du gros orteil, il y a beaucoup de causes qu'on ignore. On prétend toujours que les rétractions se font dans les tendons ou dans les muscles. Mais à part les cas de M. Bouvier, de muscles convertis en tissu graisseux, il n'en est rien; ce sont les gaînes fibreuses, les ligaments latéraux qui se déforment le plus habituellement à la suite d'inflammation de la synoviale. Il arrive là ce qui se passe dans les inflammations de la synoviale du genou, le tissu fibreux qui environne l'articulation est frappé d'insensibilité, et pour peu que l'orteil soit porté dans l'abduction, cette déviation augmente par suite de la rétraction des tissus fibreux latéraux; l'extenseur de l'orteil devient abducteur, en le redressant par suite de la direction des gaînes qui forment une poulie de renvoi. C'est dans le tissu cellulaire et le tissu fibreux environnants que se passe toute l'action. J'ai publié une observation, recueillie par M. Jarjavay, d'un individu qui, étant resté pendant trois heures couché sur du sable nouvellement tiré du lit de la Seine, la main sous la tête, avait eu une flexion des doigts.

M. Chassaignac. Sans discuter les doctrines de l'honorable professeur touchant la rétraction musculaire, nous ferons remarquer que le rôle des tendons dans les déviations, quel qu'en soit le mécanisme, est hors de toute contestation, puisqu'il suffit de la section de certaines cordes tendineuses pour faire cesser au moment même l'attitude vicieuse des parties déformées.

M. Jarjavay. Parmi les causes qui ont été signalées relativement à la déviation en dehors du gros orteil, il me semble qu'il en a été omis une qui me paraît devoir être prise en considération.

On sait que l'axe du pied est oblique en avant et en dehors, que les orteils s'articulent avec le pied suivant une ligne oblique en dehors et en arrière : il en résulte, ce qui est bien connu, que les orteils, en s'étendant sur le pied, se portent obliquement en arrière, en haut et en dehors, de même que l'avant-bras en se fléchissant sur le bras se place obliquement en dedans de ce dernier.

Or il est un moment de la marche où le poids du corps appuie sur l'ensemble des orteils ainsi portés obliquement en dehors : c'est celui où le talon est détaché du sol. Sans orteils ou avant-pied, nous ne pourrions pas faire de pas très étendus.

Si donc les orteils sont obliquement portés en haut et en dehors pendant un moment de la marche, et si le poids du corps porte à ce moment sur eux, il est évident que ce poids doit encore tendre à dévier en dehors les orteils et notamment le premier sur lequel le pied transporte en grande partie ce même poids.

Je vois là, dans la disposition naturelle de la ligne articulaire, dans la direction de l'axe du pied et dans le mode d'extension des orteils une cause prédisposante qui agit bien plus que la rétraction musculaire.

L'action du muscle adducteur du gros orteil combat cette tendance à sa projection en dehors par le poids du corps. Cela est si vrai qu'après une marche forcée on ressent de la douleur et de l'engourdissement au bord interne de la plante du pied au niveau du corps charnu du muscle.

M. Chassaignac. Les remarques de M. Jarjavay sur le mécanisme des articulations métatarso-phalangiennes nous paraissent pleines de justesse, mais si on leur accordait les conséquences que l'auteur de ces remarques leur attribue, on serait forcément conduit à penser qu'il suffit de l'exercice physiologique des fonctions du pied pour y produire des difformités que l'observation ne constate pas.

M. Jarjavay. Notre honorable collègue a dit tout à l'heure que la déformation du pied était plus fréquente chez les femmes que chez les hommes, et que, si mon observation était juste, nous devrions tous avoir le gros orteil dévié. Je saisis avec empressement cette observation relative à la plus grande fréquence de la déviation du gros orteil chez la femme; elle est d'accord avec l'existence de la cause prédisposante que j'ai signalée, car, chez la femme, le poids du corps appuie encore plus sur le côté interne du pied et par conséquent sur le gros orteil que chez l'homme, à cause du projettement en dedans du genou. D'ailleurs, l'objection de M. Chassaignac ne peut pas avoir une grande valeur pour renverser ma manière de voir, attendu que l'existence de la cause que je signale comme prédisposante ne peut, à cause de son caractère, entraîner nécessairement la lésion. Il faut une cause déterminante, et je pense que de longues marches peuvent amener ce résultat. Voilà comment j'arrive à penser, avec M. Marjolin, que l'affection dont il s'agit ne se trouve guère que chez les personnes qui travaillent et marchent beaucoup.

Le secrétaire de la Société, Marjolin.

Chronique et nouvelles.

M. Alquié, médecin-inspecteur, directeur de l'Ecole d'application de la médecine militaire, est nommé directeur de l'Ecole spéciale de médecine et de pharmacie militaires.

M. Larrey, médecin principal de 1re classe, professeur à l'Ecole d'application de la médecine militaire, est nommé sous-directeur à l'Ecole spéciale de médecine et de pharmacie militaires.

M. Godelier, médecin principal de 2e classe à la division de Constantine, est nommé professeur de clinique médicale à l'Ecole spéciale de médecine et de pharmacie militaires.

— MM. Belhomme et Lebert se portent candidats dans la section d'anatomie pathologique à l'Académie de médecine.

— Par décret du 26 décembre 1852, ont été nommés dans l'ordre de la Légion-d'Honneur :

Au grade d'officier : MM. Murville, médecin principal de 1re classe à l'hôpital militaire de Lille; Lacauchie, médecin principal de 1re classe à l'hôpital militaire du Roule.

Au grade de chevalier : MM. Capron, médecin-major de 2e classe au 10 chasseurs; Germont, médecin-major de 2e classe au 2e chasseurs d'Afrique; Dunays, médecin-major de 2e classe au 33e de ligne; Faseuille, médecin-major de 2e classe au 4e chasseurs d'Afrique; Colmant, médecin-major de 2e classe aux hôpitaux de la division d'Alger; Delaunay, médecin aide-major de 1re classe à l'hôpital de Lyon; Colan, médecin aide-major de 2e classe aux hôpitaux de la division de Constantine; Fernet, médecin aide-major de 1re classe à l'hôpital de Saint-Omer; Moulinier, médecin aide-major de 1re classe au régiment des guides; Chevreau, médecin aide-major de 1re classe à la compagnie de gendarmerie de la Seine; Schaeffer, médecin aide-major de 1re classe à la garde de Paris; Woirhaye, médecin-major de 2e classe au 8e chasseurs.

MM. Cardaillac, pharmacien aide-major de 1re classe à l'hôpital de Versailles; Dupuis, pharmacien-major de 2e classe aux hôpitaux de la division d'Oran; Baudelicque, pharmacien-major de 1re classe aux hôpitaux de la division d'Oran.

MM. Lacoste, vétérinaire principal, membre et secrétaire de la commission d'hygiène hippique; Lesaint, vétérinaire de 1re classe au 8e chasseurs; Pernet, vétérinaire de 2e classe au 4e chasseurs d'Afrique; et Betringer, vétérinaire de 2e classe au 3e escadron du train des percs d'artillerie.

— Le banquet des internes dont nous avions annoncé le projet a eu lieu le 30 décembre chez les Frères Provençaux, sous la présidence de M. Bérard. Cette réunion a été très nombreuse et très animée; la plus franche cordialité y a régné. Plusieurs discours ont été prononcés et chaleureusement applaudis, ceux, entre autres, de MM. Bérard et Ricord. Parmi les toasts, on a remarqué ceux de M. Bauchet, interne de la Charité : *A l'union des internes!* de M. Michon : *Les anciens internes aux nouveaux, union et bonne confraternité!* et de M. Garreau, interne de première année : *Au nom des internes nouvellement élus, aux succès de ceux que nous remplaçons, à la santé de tous nos aînés!*

M. le professeur Martins, représentant de la Faculté de Montpellier, a prononcé également quelques paroles bien senties et qui ont provoqué de vifs applaudissements.

— La Société de médecine et de chirurgie pratiques de Montpellier vient d'instituer un prix de 300 fr. qui sera décerné, dans le cours du mois de janvier 1854, à l'auteur du meilleur mémoire sur la question suivante :

« Déterminer par l'analyse des faits et par des recherches expérimentales l'étiologie du rachitisme. »

Tous les mémoires doivent être adressés *franco*, avant le 1er décembre 1853, à M. le docteur Girbal, secrétaire particulier de la Société.

— M. le docteur Pajot commencera son cours d'accouchement le lundi 3 janvier 1853, à onze heures du matin, rue des Poitevins, 4.

Les conférences cliniques sur le diagnostic de la grossesse commenceront dans le courant du mois.

Bulletin bibliographique.

Traité d'anatomie descriptive, par J. Cruveilhier, professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital de la Charité, officier de la Légion-d'Honneur, président perpétuel de la Société anatomique, membre de l'Académie de médecine, etc. Troisième édition, revue, corrigée et augmentée. Le tome III vient de paraître. Prix, 7 fr. Le quatrième volume est sous presse et paraîtra en janvier 1852. — L'ouvrage de M. Cruveilhier est considéré à juste titre comme le meilleur des traités classiques d'anatomie; c'est en quelque sorte le bréviaire de tous les anatomistes. Cette *troisième édition*, dans laquelle M. Cruveilhier a introduit des améliorations importantes, formera quatre forts volumes in-8°. Le premier volume comprend un discours sur l'histoire de l'anatomie, l'ostéologie, l'arthrologie, et les dents; le deuxième volume a pour objet la myologie, la description du cœur, et l'artériologie; le troisième comprend la description des veines, des vaisseaux lymphatiques, et la splanchnologie; le quatrième et dernier, les organes des sens, le cerveau, les nerfs, et une description de l'œuf humain. — A Paris, chez Labbé, place de l'Ecole-de-Médecine, 23.

Traité de la vieillesse, hygiénique, médical et philosophique, ou Recherches sur l'état physiologique, les facultés morales, les maladies de l'âge avancé, et sur les moyens les plus sûrs, les mieux expérimentés, de soutenir et de prolonger l'activité vitale à cette époque de l'existence; par le docteur J.-H. Réveillé-Parise, membre de l'Académie nationale de médecine. Un volume in-8° de 500 pages; prix, 7 fr. — A Paris, chez J.-B. Baillière, libraire, rue Hautefeuille, 19.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 2. — JEUDI 6 JANVIER 1853. (26e ANNÉE.) N° 2. — JEUDI 6 JANVIER 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE. — Trois mois. . . . 8 fr. 50 c. Six mois. . . . 16 » Un an. . . . . 30 »

GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES. — Trois mois. . . . . 9 fr. Six mois. . . . . 17 Un an. 33

ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR. — Trois mois. . . . . 10 fr. Six mois. . . . . . 20 Un an. 38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

PARIS, LE 5 JANVIER 1853.

Séance de l'Académie de Médecine.

Nous sortons d'une belle et mémorable séance, et nous écrivons sous le coup d'une profonde émotion : ceux qui nous liront jusqu'au bout ne nous accuseront pas d'un excès d'impressionnabilité, et voudront bien en même temps excuser ce dernier mot, qui n'est pas encore du goût de l'Académie française, malgré son incontestable utilité.

Nous ne commencerons pas ce compte-rendu par le commencement, auquel nous reviendrons plus tard, et nous prendrons la séance au moment où M. Orfila est monté à la tribune.

Le président avait annoncé une communication très importante du savant illustre qui, ajoutant un brillant rayon à l'auréole scientifique de la France, créait, il y a tantôt trente-cinq ans, la toxicologie. Que de travaux depuis cette époque ! que de luttes acharnées ! et quelle puissante organisation, quel robuste esprit, quelle activité, quelle passion pour la science et pour la vérité il a fallu à M. Orfila ! Mais revenons à la séance académique : il sera temps tout à l'heure de rendre hommage à l'ancien doyen, et au reste l'acte qu'il a accompli nous laissera peu à dire, parlant assez haut par lui-même.

L'assemblée était nombreuse et visiblement préoccupée de ce qu'elle allait entendre. C'est alors que M. Orfila a lu sa lettre au président de l'Académie, dans laquelle il annonce qu'il fait don à cette Compagnie d'une rente annuelle de 1,000 fr. pour l'institution d'un prix de 2,000 fr. à décerner tous les deux ans à l'auteur du meilleur mémoire sur un sujet de médecine légale (notamment de toxicologie). Témoin, comme l'a si bien dit M. Bérard prenant la parole après M. Orfila, des difficultés que suscite souvent l'interprétation des dispositions formulées par les fondateurs de prix, l'honorable donateur a pris les plus grandes précautions pour éviter de pareilles difficultés ; et en vérité il semble avoir tout prévu, comme il a tout exprimé avec cette admirable clarté qui est un des traits caractéristiques de son esprit.

La rente de 1,000 fr. servie à l'Académie de médecine n'est qu'une faible partie des dons faits par M. Orfila, qui s'élèvent au chiffre de 121,000 fr.; plus une rente viagère de 100 fr. au gardien du Musée Orfila, et une rente annuelle de 1,000 fr. que le donateur destine, sa vie durant, à l'établissement d'un musée micrographique et à l'acquisition de pièces anatomiques : en résumé, c'est un capital de plus de 140,000 fr. que M. Orfila distrait de sa fortune, au profit de la science, de l'enseignement et de la profession !

Qu'un homme dispose par testament d'une partie de son bien, soit pour servir au progrès des lettres ou des sciences, soit pour doter ou créer des établissements philanthropiques, cela est beau et digne d'éloges ; mais ses héritiers seuls courent risque d'en souffrir. Il en est tout autrement quand un homme se dépouille de son vivant ; ici le sacrifice est personnel, et fait le plus grand honneur à l'esprit élevé qui en a conçu la pensée, à la volonté généreuse et forte qui l'a accompli. Il faut bien le reconnaître aussi : lorsqu'un chef de famille prend une semblable détermination, il n'est pas seul à la prendre, en sorte qu'une partie de l'honneur qui lui en revient doit rejaillir à ses côtés.

Nous donnons aujourd'hui l'exposé de M. Orfila et sa lettre à l'Académie, datée, comme on le verra, du 1er janvier de cette année. Ce sont de belles étrennes : le présent et l'avenir les rendront en gloire !

Dire qu'en descendant de la tribune l'orateur a été accueilli par d'unanimes applaudissements, ce ne sera pas certes surprendre le lecteur : légitime ovation à laquelle M. Orfila s'est empressé de se dérober.

M. Bérard a trouvé de nobles paroles pour célébrer l'acte de son collègue. Il a rappelé que l'Académie, depuis 1820, a eu les prémices des travaux, des découvertes de M. Orfila, travaux et découvertes si nombreux et si importants en ce qui touche la médecine légale en général, et la toxicologie en particulier. Il a dit que, par le prix qu'il venait de fonder, M. Orfila avait porté au comble la gratitude de la compagnie ; qu'il ne suffisait pas, en cette occurrence, de la banale formule des remercîments. « Nous avons, a-t-il ajouté, des tables sur lesquelles sont gravés les noms des bienfaiteurs de l'Académie. Je propose d'y inscrire le nom de M. Orfila. » Une acclamation a répondu à cette proposition, au lieu d'un vote, que la savante compagnie a écarté comme inutile. « Ne craignons pas, a repris M. Bérard avec un esprit, un à-propos dont il a donné maintes preuves dans cette séance, ne craignons pas d'établir un précédent dangereux ; l'abus est plus à désirer qu'à craindre. » Et là-dessus l'Académie de rire, et le président de s'asseoir ; ce qui a fait que M. Roux s'est levé. L'honorable chirurgien a eu raison. Il a proposé qu'une députation de l'Académie fût chargée d'aller remercier M. Orfila. C'était aussi la pensée de M. Bérard, qui avait seulement oublié de la formuler. L'Académie a souscrit à la proposition de M. Roux. Le bureau et la commission administrative porteront au savant donateur l'expression de la reconnaissance de la compagnie. Est-ce tout ? Non. Il nous a semblé, à nous dont le cœur (un cœur de journaliste !) battait à l'unisson de l'émotion générale, que le corps médical tout entier devait un témoignage à M. Orfila. Une souscription serait ouverte ; une grande réunion, une fête de famille s'ensuivrait ; pour le reste on aviserait. Nous avons communiqué aussitôt cette idée à un confrère éminent de la presse médicale, qui l'a accueillie avec empressement. Une commission va être organisée, et nos lecteurs sauront bientôt ce qui aura été décidé.

Voilà une belle couronne à une belle vie, dirions-nous, si cette vie féconde n'était encore dans toute sa puissance et dans toute son activité, car M. Orfila est entré vivant et fort dans la postérité.

Ah ! nous ne voudrions pas rappeler de fâcheux souvenirs ; et pourtant nous terminerons (car il faut en finir) par une adjuration. Oui, si pour les amis de M. Orfila, c'est-à-dire pour l'immense majorité des médecins, le moment est venu de se réjouir et de s'enorgueillir, pour ceux qui ont pu le méconnaître, le moment est venu aussi de répudier leurs erreurs et de réparer leurs torts. Aussi bien la sympathie est plus facile à porter que la haine. Allons ! un bon mouvement ! que les mains et les cœurs s'ouvrent, que les traces du passé soient effacées !

Revenons maintenant au commencement de la séance. M. Bérard, le nouveau président, qui occupait pour la première fois le fauteuil, a adressé à l'Académie une allocution pleine de charme. Impossible de mieux penser, de mieux dire. On n'a pas plus d'esprit et de grâce. L'idéal des fonctions d'un président d'académie, tel qu'il a été exposé par le célèbre physiologiste, est un petit chef-d'œuvre de raison et de goût.

M. Bérard, comme on sait, est entré à l'Académie en qualité de doyen de la Faculté, au lieu d'y être appelé par les suffrages de la compagnie, qui, certes, ne lui eussent pas manqué. Dans son élection de président, il a vu la ratification par ses collègues d'une nomination à laquelle ils n'avaient pu prendre part, et il faut avouer que l'Académie, en l'élevant à la présidence, a fait un acte de très bon goût. Cela a été dit par M. Bérard avec une exquise délicatesse, et tout le monde a applaudi lorsqu'il s'est écrié : « Et moi aussi, maintenant, je suis de l'Académie ! » Il a terminé en annonçant qu'il s'efforcerait de résoudre un problème insoluble partout ailleurs, celui de gouverner une société par elle-même. Si nous ne craignions d'épuiser en une seule fois les formules de l'éloge, nous dirions comment M. Bérard a rendu compte des visites officielles faites le 1er janvier par la députation de l'Académie, le bureau en tête. Aux Tuileries, au ministère de l'intérieur, au ministère de l'instruction publique, l'accueil a été très flatteur pour la compagnie. Dans ce dernier ministère, il a été question de l'uniforme quelque peu mesquin de MM. les académiciens, qui en seront quittes pour un voyage en Californie ; ils auront désormais la baguette d'or. Là aussi M. le secrétaire perpétuel a fait sa petite moisson. « Je ne veux la mort de personne, a dit le maître du lieu ; mais dans tous les cas, MM. les membres de l'Académie ne peuvent mourir en de meilleures mains que celles de M. Dubois. » Allusion au récent éloge de Boyer.

—Le reste de la séance a été rempli par la lecture d'un rapport de M. Collineau et par celle d'un mémoire de M. Scipion Pinel, que nous nous réservons d'examiner à l'occasion du rapport qui sera fait sur ce travail.

Le rapport de M. Collineau a pour objet des recherches de M. Moreau (de Tours) sur l'hérédité, en tant que cause prédominante de l'idiotie et de l'imbécillité. Le rapporteur, tout en accordant de justes éloges au travail de M. Moreau, a combattu son opinion sur la part, à son avis beaucoup trop considérable, faite à l'hérédité dans la production de ces déplorables infirmités de l'esprit humain. M. Collineau est fort sceptique à cet égard, trop selon nous, et aussi suivant M. Baillarger, qui a avancé que l'hérédité est la cause la plus efficace, la plus générale de l'idiotie et de l'imbécillité, comme de l'aliénation mentale sous toutes les formes. M. Collineau a prétendu que l'hypothèse de M. Moreau serait fondée si les idiots et les imbéciles naissaient généralement de parents eux-mêmes idiots ou imbéciles, ce qui n'est pas : à quoi M. Baillarger a répondu qu'il n'est pas du tout nécessaire que les ascendants soient idiots ; il suffit qu'ils soient bornés. Nous pourrions citer, en preuve, un fait qui s'est offert à notre observation : celui de deux enfants imbéciles, hors d'état de remplir un office social quelconque, et qui sont nés de père et de mère faibles d'esprit, mais non pas dénués d'intelligence à ce point qu'ils ne pussent vivre de la vie commune tant bien que mal. Cette discussion n'a pas été sans intérêt ; mais elle a été écourtée et au-dessous de l'importance du sujet ; M. Baillarger aurait dû insister pour qu'elle fût renvoyée à la séance suivante. Espérons qu'une occasion prochaine se présentera d'examiner cette grande question étiologique de l'hérédité et qu'on ne la laissera pas échapper. La science y gagnerait une ample moisson de faits particuliers, car il n'y a guère de membres de l'Académie qui n'en aient quelques-uns par devers eux, et chacun s'empresserait de fournir son contingent. M. DE C.

DON D'UNE SOMME DE 121,000 FRANCS
fait à divers établissements publics en 1853

PAR M. ORFILA.

Je n'attends pas, suivant l'usage généralement reçu, que mon décès ait eu lieu pour donner, par une clause testamentaire, la somme de 121,000 fr., dont j'ai cru devoir disposer en faveur de plusieurs établissements publics. Deux motifs m'ont décidé à agir ainsi : il est d'abord avantageux de mettre le plus tôt possible ces établissements à même de jouir des dons que je leur fais ; d'un autre côté, je n'ai pas cru ma présence inutile pour aplanir certaines difficultés qui pourraient surgir au moment de l'exécution de mes projets, et peut-être pour modifier ceux-ci, dans le cas où la nécessité m'en serait démontrée.

Je ne chercherai pas à justifier longuement les raisons qui m'ont porté à donner la préférence aux institutions que j'ai choisies ; il me suffit de dire :

1° Qu'en mettant à la disposition de l'État une somme de 60,000 fr. destinée à l'achèvement du Musée Orfila, j'ai voulu doter la France d'un monument scientifique qui n'aura pas son pareil, et ajouter aux nombreuses preuves de sympathie et de dévouement que j'ai données aux étudiants en médecine un témoignage de ma vive reconnaissance pour l'accueil si flatteur que pendant trente-quatre ans ils n'ont cessé de faire à mes paroles en les écoutant religieusement et avec une persévérance dont il serait difficile de citer plus d'un exemple. Aussi, et pour que l'on ne se méprenne pas sur le motif de cette fondation, je veux que l'inscription suivante soit placée dans la salle principale du Musée :

AUX ÉTUDIANTS EN MÉDECINE.

J'ai fondé ce Musée en 1845,
dans l'intérêt des études,
et uniquement pour vous être utile.
ORFILA.

2° Qu'en instituant en faveur du surveillant Stablo une rente viagère de 100 fr., j'ai voulu récompenser les services rendus au Musée avec un zèle et une intelligence qui ne sauraient être surpassés.

3° Qu'en fondant deux prix, l'un à l'Académie de médecine, et l'autre à l'École de pharmacie de Paris, sur des sujets qui ont occupé toute ma vie, je n'ai d'autre ambition que celle de servir la science à laquelle je suis constamment resté fidèle, sans chercher à en être distrait par la politique.

4° Qu'en donnant à deux Écoles préparatoires de médecine de France, celles de Bordeaux et d'Angers, une faible preuve de l'intérêt que je leur porte, je persiste dans la pensée que l'enseignement des établissements de cet ordre, organisé sur ma proposition et d'après les bases que j'ai posées en 1837 (1), est excessivement fructueux et continuera de l'être, tant qu'on suivra rigoureusement les principes que j'ai établis.

5° Qu'en dotant l'Association des médecins du département de la Seine d'une rente de 400 fr. trois pour cent, je n'ai eu d'autre but que de venir en aide aux confrères de ce département qui ne sont pas heureux et à leurs familles. Cette association, reconnue aujourd'hui comme institution d'utilité publique, et que je suis fier d'avoir fondée en 1833, est une œuvre de philanthropie et de moralisation. En effet, indépendamment des misères qu'elle soulage, elle prouve aux hommes de notre profession qu'en se conduisant honorablement ils peuvent compter sur son appui et sur sa protection, toutes les fois qu'ils les réclameront dans un intérêt public ou privé.

6° Qu'en allouant tous les ans, ma vie durant, une somme de 1,000 francs pour meubler la galerie nouvelle et pour établir un musée de micrographie, j'ai eu principalement pour but d'enrichir le Musée Orfila d'un grand nombre de ces pièces que le docteur Sucquet prépare avec un talent qui n'a pas encore été égalé, et de doter la science d'un ensemble suffisant d'objets microscopiques propres à montrer la structure intime de nos tissus, et dont les élèves pourront se faire une idée exacte à l'aide de plusieurs microscopes placés devant les pièces.

Je serai grandement récompensé si mon exemple trouve des imitateurs. ORFILA.

Paris, ce 1er janvier 1853.

Détail des dons.

1° A l'État, pour achever le Musée Orfila.	60,000 fr.
2° A l'Académie de médecine, pour fonder un prix de 2,000 fr., une inscription de 1,000 fr. de rente 3 pour 100. . . . . 3° A l'Ecole de pharmacie de Paris, pour fonder un prix de 1,000 fr., une inscription de 500 fr. de rente 3 pour 100. . . . . 4° A l'Association des médecins du département de la Seine, une inscription de 400 fr. de rente 3 pour 100. . . . . Les 1,900 fr. de rente 3 pour 100 affectés au payement des n. 2, 3 et 4, ayant été achetés à 84 fr., donnent une somme de 53,200 fr.	53,200
5° A l'École préparatoire de médecine de Bordeaux. .	1,000
6° A l'École préparatoire de médecine d'Angers	2,200
7° A l'État, pour frais de mutation, etc.	4,600
Total.	121,000 fr.

(1) Voir mon rapport dans le Bulletin universitaire de 1837, t. VI, p. 172.

Nota. — Indépendamment de la somme de 121,000 francs, je m'engage à donner tous les ans, ma vie durant, 1,000 francs pour payer des préparations anatomiques, et à servir au surveillant Stablo une rente viagère de 400 fr.

Paris, le 1er janvier 1853.

A M. le président de l'Académie de médecine.

Monsieur et cher collègue,

J'ai reçu de l'Académie de nombreux témoignages d'estime et de sympathie, dont je ne perdrai jamais le souvenir. Je viens aujourd'hui lui donner une preuve de ma reconnaissance en instituant un prix de 2,000 francs, qui sera décerné tous les deux ans, et pour la première fois en 1855; à cet effet, je mets à sa disposition une inscription de 1,000 francs de rente trois pour cent, représentant une somme de vingt-huit mille francs (à 84 fr., prix d'achat).

Les prix qui seront donnés aux séances publiques de 1855 et de 1857 porteront sur une question de toxicologie; celui qui correspondra à 1859 aura pour objet une question puisée dans une des autres branches de la médecine légale. En 1861 et en 1863, les prix seront décernés pour un sujet de toxicologie; tandis que, pour 1865, la question aura dû être choisie parmi celles qui sont du ressort des autres parties de la médecine légale. On appliquera ensuite le principe que je viens de poser, c'est-à-dire que, dans une période de six années, deux fois le sujet du prix sera une question toxicologique, et une fois une question de médecine légale, anatomique, physiologique, médicale, chirurgicale, ou obstétricale. Toutefois, il y aura lieu de se départir de cet ordre rigoureux et de procéder autrement, ainsi que je l'indiquerai bientôt, lorsqu'un prix n'aura pas été adjugé, et que la question aura été de nouveau mise au concours.

Si, après 1901, l'Académie pense qu'il y a plus d'avantage à remplacer la question médico-légale par un des sujets de la *seconde catégorie*, dont je vais parler, elle sera libre de le faire.

Le prix de 2,000 francs ne pourra jamais être partagé; s'il n'est pas donné, la même question sera mise au concours, et le prix sera alors de 4,000 francs; si cette seconde fois le prix n'était pas encore décerné, la même question serait proposée pour la troisième fois, et le prix serait de 6,000 fr. Si, malgré ces ajournements, la question n'était pas convenablement résolue, et que le prix ne fût pas adjugé, la somme de six mille francs serait versée dans la caisse de l'Association des médecins du département de la Seine, que j'ai fondée en 1833.

Ces remises successives d'une question, *quelle qu'elle soit*, auront nécessairement pour conséquence une modification dans la nature des sujets qui devront être proposés: ainsi, lorsque la question ajournée sera du ressort de la toxicologie, la remise à six ans entraînera, pour cette fois *seulement*, la suppression de la question médico-légale; tout comme si la question ajournée concernait cette dernière science, il y aurait forcément, pendant quatre ans, suppression d'un sujet toxicologique.

La commission nommée pour juger les prix de toxicologie sera composée de cinq membres, dont deux appartiendront à la section de chimie, un à la section de pharmacie, un à la section de pathologie externe et un à la section de médecine légale. Pour juger les prix des autres branches de la médecine légale, la commission sera composée de deux membres pris dans la section de médecine légale, de deux choisis dans une des sections de chirurgie, et d'un appartenant à la section d'anatomie. Toutefois, s'il s'agit d'une question obstétricale, deux membres pris dans la section d'accouchements remplaceront les deux chirurgiens. Pour toutes les questions autres que celles de toxicologie et de médecine légale, dont il sera fait mention plus bas, l'Académie choisira cinq commissaires dans son sein.

Permettez-moi de vous indiquer maintenant, monsieur le président, un certain nombre de questions toxicologiques que je désire mettre au concours à peu près dans l'ordre qui suit. Elles sont de deux catégories.

Première catégorie.

Recherches sur le chloroforme, sur les champignons, sur la cantharidine et les cantharides, sur la codéine, sur l'hyosciamine et la jusquiame, sur l'aconitine et l'aconit, sur la vératrine, la sabadilline, l'ellébore noir et le varaire blanc, sur l'atropine et l'*atropa belladona*, sur la daturine et le *datura stramonium*, sur la digitaline et la digitale, sur le laurier-rose, sur la strychnine, la brucine et la noix vomique, sur la picrotoxine et la coque du Levant, et sur le venin de la vipère.

Chacune de ces questions devra être envisagée sous les points de vue de la physiologie, de la pathologie, de l'anatomie pathologique, de la thérapeutique et de la médecine légale. Ainsi, que deviennent ces poisons après avoir été absorbés; dans quels organes séjournent-ils; à quelle époque sont-ils éliminés et par quelles voies; quels troubles amènent-ils dans les fonctions; quels sont les symptômes et les lésions organiques qu'ils provoquent; quelle est leur action sur les fluides de l'économie animale, et en particulier sur le sang; quel mode de traitement doit-on préférer pour combattre leurs effets; enfin, et ceci est le plus important, quelle est la marche à suivre pour déceler ces toxiques *avant la mort*, soit dans les matières vomies ou dans celles qui ont été rendues par les selles, soit dans l'urine et dans d'autres liquides excrétés, ainsi que dans le sang? *Après la mort*, la recherche médico-légale de ces toxiques devra avoir lieu dans le canal digestif, dans les divers organes, dans l'urine et dans le sang; il faudra également indiquer l'époque de l'inhumation passé laquelle il n'est plus possible de les déceler.

Des expériences nouvelles seront tentées sur les contre-poisons des toxiques minéraux et végétaux. Peut-on, par exemple, poursuivre ces toxiques jusque dans le sang et dans les organes où ils ont été portés par absorption, en faisant usage d'un agent chimique qui les rende inertes ou beaucoup moins actifs? S'il en est ainsi, comme je le pense, la science verra son domaine s'étendre utilement, puisqu'elle se borne aujourd'hui à attaquer les substances vénéneuses contenues encore dans le canal digestif, et qu'elle n'agit avec quelque succès que dans les *cas rares* où le contre-poison est administré *peu de temps* après l'ingestion du toxique.

Seconde catégorie.

Il est encore une série de questions qui, suivant moi, se rattachent à la toxicologie, et que j'aurais bien voulu avoir le temps d'élucider. Ces questions, d'un ordre très élevé, extrêmement difficiles à résoudre, *ne devront être mises au concours* qu'après celles ou du moins qu'après la plupart de celles de la première catégorie, et lorsque déjà les expérimentateurs auront appris à surmonter les obstacles contre lesquels ils auront eu à lutter pour déceler les principes organiques végétaux et animaux.

Voici, monsieur le président, toute ma pensée à cet égard. Je dis depuis trente ans, dans mes cours, que les fièvres intermittentes, la fièvre typhoïde, les phlegmasies éruptives contagieuses, la dyssenterie, la péritonite puerpérale, le choléra, la diphthérite, etc., sont des maladies spécifiques occasionnées par un toxique qui s'est développé dans l'économie animale, ou qui a été introduit du dehors dans les voies respiratoires, pour être ultérieurement mêlé au sang. Je suis tellement convaincu de la vérité de cette assertion, que je ne balance pas à demander à l'Académie de proposer plusieurs sujets de prix sur des questions de cette nature.

Il est bien entendu que les recherches relatives aux problèmes de cette catégorie devront comprendre tout ce que j'ai déjà dit sur l'absorption, les symptômes, les lésions de tissu, l'élimination, le traitement, etc., des toxiques végétaux et animaux de la première catégorie.

Si les concurrents se trouvent dans l'impossibilité de résoudre de pareilles questions, il n'en résultera pas moins un progrès réel par suite des travaux intéressants auxquels ils auront dû se livrer. On ne saurait assez encourager de semblables recherches; aussi ferai-je une exception pour les toxiques de cette nature en autorisant l'Académie à donner à celui des concurrents qui aura le plus approché du but une somme de 1,000 fr. ou une médaille en or de cette valeur. Dans le cas où cet encouragement serait accordé, et que la question remise au concours serait convenablement résolue, le prix, au lieu d'être de quatre ou de six mille francs, ne serait plus que de trois, de quatre ou de cinq mille francs, suivant le nombre d'encouragements qui auraient été décernés.

Si, après avoir mis au concours trois ou quatre des questions de cette catégorie, l'Académie voyait qu'à raison des difficultés du sujet les résultats ne répondaient pas à mon attente, je la laisse libre de continuer à proposer des questions du même ordre ou de choisir un problème d'*hygiène publique*.

Il est bien entendu que l'Académie désignera telle question qui lui conviendra après avoir épuisé, dans les limites que je viens d'indiquer, les diverses séries de questions qui font partie de mon programme.

Recevez, monsieur et cher collègue, l'assurance de ma considération distinguée et de mes sentiments affectueux. ORFILA.

NOTE POUR SERVIR A L'HISTOIRE

du charbon chez les animaux et chez l'homme.

Par M. le Dr ANCELON, médecin de l'hôpital de Dieuze (Meurthe).

I. DU CHARBON CHEZ LES ANIMAUX.

Les animaux que l'homme a su plier à la servitude pour les faire servir à ses propres usages ont été dans tous les temps exposés aux maladies septiques et charbonneuses. Il est hors de doute que ces maladies, dont les causes paludéennes sont établies par des autorités respectables (Suétone, Hartman, Barrier, Chabert, Dorfeuil, Gilbet), règnent enzootiquement ou épizootiquement dans le cours des années sèches et brûlantes, mais seulement lorsque celles-ci ont été précédées d'années pluvieuses, humides et désolées par de fréquentes inondations.

§ 1. Avant d'aller plus loin, il faut bien préciser ce que l'on entend par maladies charbonneuses.

On doit comprendre sous ce titre un groupe naturel d'affections morbides qui a pour caractère l'apparition sur quelques points de l'économie d'une, rarement de plusieurs tumeurs gangréneuses, développées spontanément ou par contagion, et attaquant surtout la rate, le foie, les ganglions du mésentère, les glandes lymphatiques, le tissu cellulaire et la peau. Ces tumeurs sont tantôt précédées, tantôt suivies d'accidents généraux de nature ataxique ou adynamique.

La fréquence relative de ces états pathologiques dans les diverses espèces d'animaux est en rapport exact avec les qualités du sang, suivant qu'il est plus ou moins animalisé. Après l'homme, le chien, le renard et le porc tiendraient la place la plus favorable, puis viendraient le cheval, la chèvre et le mouton. Quant aux grands ruminants, ils semblent être plus particulièrement destinés à devenir la proie des affections septiques et charbonneuses; aussi doit-on les placer au dernier degré de l'échelle.

La fièvre charbonneuse et le charbon symptomatique sont toujours enzootiques ou épizootiques. Les charbons essentiels et sporadiques peuvent être considérés comme des maladies régnantes. Toutes ces affections, quels qu'en soient la forme et le mode de manifestation, sont essentiellement contagieuses, et se communiquent d'une espèce à l'autre avec une redoutable facilité. Suivant quelques médecins vétérinaires qui se sont occupés de la contagion, il existerait deux sortes de virus; l'un, fixe, qu'ils placent dans le sang et les autres humeurs; l'autre, volatil (un virus qui se volatilise comme un miasme paraît chose fort étrange; on ne connaît guère jusqu'aujourd'hui que le virus de la variole qui semble doué de cette funeste propriété), qui s'échappe de la peau. La sphère d'activité du premier est fort restreinte. Quant au second, l'existence n'en est rien moins que démontrée.

Durant le cours des enzooties et des épizooties, des phénomènes généraux communs à toutes les espèces appellent l'attention des observateurs sur les animaux qui vont être atteints ou qui le sont déjà. Disons tout de suite que la toux suffocante observée au début, dans quelques épizooties charbonneuses, n'appartient pas seulement à ces maladies; elle est commune à beaucoup d'autres affections épizootiques. Il en est de même de l'exaltation générale ou partielle de la sensibilité et de la chaleur que le toucher peut faire apprécier à la région spinale.

§ 2. *Phénomènes généraux de l'incubation.* — La plupart des animaux ont conservé toutes les apparences de la santé; bon nombre même semblent doués de plus d'embonpoint que les autres; mais le poil, loin d'être doux, uni, brillant comme dans l'état de santé, se montre dur, sec, hérissé. La peau, fine, souple, bien détachée dans le premier cas, est dans le second fort épaisse et tellement adhérente aux chairs, qu'on ne peut l'en détacher que très difficilement. Elle crépite comme du parchemin entre les doigts qui la froissent.

Est-il bien vrai que, quelque temps avant l'invasion de la fièvre charbonneuse, le toucher perçoive sous la peau de petites tumeurs aplaties et souvent assez multipliées pour offrir une surface raboteuse à la main qui les parcourt? Nous verrons, à propos du charbon chez le cheval, ce que l'on doit penser de ce phénomène.

Il est bien certain que les animaux déjà contaminés éprouvent une sorte de terreur panique insolite. A la vue du moindre objet, de leur ombre même, ils courent comme s'ils étaient égarés.

Phénomènes généraux de l'invasion. — Quand l'invasion a lieu, indépendamment des phénomènes déjà signalés et qui prennent de l'accroissement, le nez devient moins humide, et la sérosité qui découle des naseaux disparaît bientôt complétement. Il y a de la tristesse, du dégoût. La rumination devient plus rare et s'interrompt. Oreilles et cornes sont alternativement froides et brûlantes; le pouls est petit, profond, accéléré. Toutes les parties du corps éprouvent un frisson considérable; les yeux sont rouges, enflammés, larmoyants; il y a des froissements, des grincements de dents.

Des tumeurs se montrent plus ou moins de bonne heure sur différents points du corps, et celles de l'intérieur de la bouche se couvrent de phlyctènes, qui, en se déchirant, laissent échapper un liquide de nature septique et corrosive, dont les ravages se font sentir au loin dans l'économie. Souvent la maladie se termine par des diarrhées colliquatives, séreuses ou sanguinolentes, dont la fétidité est insupportable.

§ 3. Les variétés de charbon qui attaquent le cheval, le mulet et l'âne, et qui se font remarquer par leur plus grande fréquence, sont, en première ligne, la fièvre charbonneuse, le charbon à la gorge; vient ensuite le charbon qui se déclare sur quelque autre partie du corps, telle que le poitrail, les flancs, les mamelles, etc., enfin celui que l'on croit être le résultat d'une piqûre d'insecte. Si l'inoculation du virus a lieu, l'insecte l'a puisé ailleurs, si le solipède était dans un état typhoémique, la piqûre n'est qu'une cause occasionnelle.

Toutes ces maladies, quelle qu'en soit la forme, semblent avoir pour principe générateur un état particulier, une viciation primitive du sang, qu'un examen attentif, rigoureux peut, dans quelques cas, déterminer à une époque voisine de l'invasion. En effet, si la fièvre charbonneuse a déjà fait dans une écurie quelques victimes, on remarque, par une légère saignée exploratrice pratiquée aux chevaux qui paraissent encore sains et chez lesquels toutes les fonctions marchent encore régulièrement, que le fluide sanguin, de couleur foncée, est poisseux, presque noir, et sort difficilement de la veine convenablement ouverte. La lame d'acier poli qui a servi à pratiquer la saignée, tachée en brun par le sang, en est promptement oxydée. Le coagulum se fait difficilement, et la séparation du caillot blanc d'avec le noir s'effectue rarement. Pour que les caractères anormaux du liquide vital se fassent remarquer, il faut qu'un ferment septique ait agi pendant longtemps sur les animaux qui servent aux expériences.

Toutes les fois qu'une tumeur charbonneuse, toujours unique chez les solipèdes et chez le chien, se développe spontanément sur une partie du corps, elle a pour noyau un paquet de ganglions lymphatiques; ainsi on en observe à l'entrée du thorax, au poitrail, aux flancs, aux mamelles, dans la région parotidienne, près du coude, en arrière de l'épaule et sous cette partie, enfin à la région inguinale.

Dans la fièvre charbonneuse, où il n'existe aucune intumescence externe, c'est la rate, c'est le foie, ce sont les gros vaisseaux et les ganglions mésentériques qui sont affectés.

Il n'en est plus ainsi quand le charbon a été inoculé. La tumeur occupe un point quelconque de la surface du corps; mais on remarque en même temps qu'elle s'étend avec une préférence marquée vers les régions occupées par des agglomérations lymphatiques, lesquelles s'affectent à leur tour.

a. *Du charbon essentiel.* — Rarement on est appelé en temps utile pour constater les phénomènes initiaux de ce genre de tumeurs; presque toujours la main des empiriques et des charlatans est venue en altérer la forme et en fausser le développement.

Chez le cheval, le mulet et l'âne, le charbon essentiel se montre d'abord sous la forme d'une petite tumeur irrégulière, dure, résistante, fort adhérente par la base et ordinairement très douloureuse à la pression. Le volume de la tumeur varie depuis la grosseur d'une fève de marais jusqu'à celle d'une grosse noix: a-t-elle à son centre une ouverture capillaire qui répond à un filament considéré comme bourbillon, ce n'est plus le charbon, c'est l'anthrax; il y a d'ailleurs peu de différence entre l'une et l'autre variété quant aux suites à redouter et au traitement à mettre en œuvre.

Il faut souvent moins d'une heure pour élever le plus petit noyau charbonneux à une intumescence de 15 ou 20 centimètres de diamètre; alors la rapidité du mal, qui va toujours croissant, le propage dans le tissu cellulaire sous-cutané et emprisonne l'animal dans une roideur dont rien ne saurait le tirer. Arrivé à ce degré de roideur qui le rend immobile, le cheval succombe aussitôt que la tuméfaction a pu atteindre la gorge.

Les phénomènes généraux suivent les progrès de la tumeur. On voit paraître les symptômes d'irritation, d'anxiété aussitôt que la tumeur atteint un diamètre un peu considérable: les uns et les autres arrivent souvent au bout d'une heure à leur maximum d'intensité. Il existe un trouble considérable de la circulation; le pouls, quoique développé d'abord, est mou et bat avec une vitesse incroyable. Cet état d'irritation s'abaisse dès que la gangrène commence à poindre; alors le pouls, lent, misérable, intermittent, devient insensible; l'œil est abattu, les forces sont anéanties; puis des convulsions terminent la scène.

b. *Du charbon symptomatique.* — Ici les symptômes généraux se montrent les premiers. Ils consistent principalement en des troubles de la digestion, troubles d'autant plus apparents que l'invasion du mal est plus voisine de l'heure du dernier repas de l'animal: tension de l'abdomen, suspension de la digestion; urines rares, supprimées, déjections arrêtées; pouls concentré; puis frissons bientôt suivis de chaleur extrême, de soulèvement, de fréquence des battements artériels. Quand cet état a duré de six à quarante heures, il semble amendé par l'éruption d'une tumeur charbonneuse sur l'un des points de la surface déjà indiquée. Alors l'animal est moins souffrant pendant quelques heures; il cherche à manger, surtout à boire; mais cette amélioration apparente est de peu de durée si l'on ne se hâte de recourir à une médication énergique et appropriée à la maladie: l'animal, dont l'anxiété se reproduit, s'affaisse sous le poids d'une prostration extrême, et succombe bientôt à tous les accidents d'une gangrène qui marche avec rapidité.

Il est des cas fort rares où les fluides amassés dans la tumeur, se faisant jour à travers la peau, retardent l'instant de la catastrophe. Souvent on a pris pour le vertigo ou pour l'hydrophobie des symp-

tômes de frénésie déterminés par la position de la tumeur, qui avait pour siége l'arrière-bouche, la gorge ou le larynx.

c. *De la fièvre charbonneuse.* — Il y a entre la fièvre charbonneuse et le charbon symptomatique cette différence :

1° Que la première est toujours épizootique, tandis que le second est ordinairement enzootique et peut être parfois sporadique;

2° Que les accidents, plus intenses dès le début dans celle-là, marchent avec une rapidité infiniment plus grande que dans celui-ci ;

3° Que les tumeurs charbonneuses, toujours extérieures dans l'un, restent invariablement fixées aux viscères dans l'autre.

Souvent le cheval est foudroyé par la fièvre charbonneuse, dans le sillon même qu'il traçait, sans avoir offert aucun symptôme précurseur. C'est ici que la saignée exploratrice dont il a été question plus haut est d'un avantage incontestable ; c'est une ressource d'autant plus précieuse que le délai le plus long accordé par la redoutable maladie ne dépasse jamais deux heures. Quand l'animal n'est pas foudroyé, il donne des signes d'agitation extraordinaire ; il paraît étourdi, égaré; il lève et baisse la tête, se secoue, se tourmente, hennit; les yeux, d'un rouge amarante, sortent de leurs orbites; enfin il chancelle, tombe et meurt dans les convulsions les plus violentes.

d. On a confondu avec le charbon une maladie qui suit assez fréquemment la rhino-bronchite du cheval à son déclin, lorsqu'on a soumis l'animal au régime du vert ou à un régime blanc trop prolongé. Cet état pathologique se manifeste extérieurement par l'évolution rapide et multiple de tumeurs plus ou moins volumineuses, situées dans le tissu cellulaire sous-cutané ; tumeurs de nature sanguine, qui envahissent plus tard les membres, la région du ventre et la tête. Il est à croire que ces tumeurs n'ont été confondues avec le charbon qu'en raison de leur apparition soudaine, de la nature typhoémique du sang et de l'état ecchymotique des muqueuses nasale et bronchique. Toute grave qu'elle paraisse, cette maladie cède promptement aux toniques fixes, à l'acétate d'ammoniaque pris à l'intérieur, à un régime alimentaire substantiel, sans qu'il soit nécessaire de recourir à un traitement externe. Comme on le voit, il n'existe entre l'affection qui nous occupe et le charbon que des rapports fort éloignés: celui-ci, dans son développement, est toujours unique quant au nombre des tumeurs, tandis que dans l'autre maladie l'intumescence est multiple.

§ 4. Tout ce qui vient d'être dit à propos du charbon en général, du charbon essentiel, du charbon symptomatique et de la fièvre charbonneuse est applicable en tous points à la race bovine, si ce n'est toutefois que chez les grands ruminants les tumeurs, toujours considérables, sont infiniment moins douloureuses que dans les autres espèces ; et pour avoir un tableau complet, il suffit d'ajouter ici ce qui est relatif au *sang de rate*.

On désigne par le nom de *sang de rate*, dans nos contrées, une affection charbonneuse, plutôt sporadique qu'enzootique, qui tue les grands ruminants souvent en moins de trois heures, plus rarement en 48 heures.

Subitement les bêtes jeunes et sanguines sont prises, au milieu de la plus brillante santé, d'une agitation effrayante ; elles se couchent en regardant leurs flancs, se relèvent d'une manière effarée; elles cherchent à rompre les liens qui les attachent ; appliquent leurs extrémités antérieures contre les murs de leurs étables comme pour exécuter un mouvement d'ascension, respirent bruyamment, beuglent, tombent et expirent dans un état convulsif analogue à celui que produit la strychnine chez le chien.

Cette redoutable maladie marche avec plus de lenteur chez les animaux vieux et débilités; elle revêt parfois un caractère de rémittence qui pourrait faire prendre le change à un œil peu exercé; mais l'expulsion de gaz fétides, la teinte amarante des conjonctives richement injectées et la faiblesse qui persiste, suivies bientôt de grincements de dents, d'agitation des flancs, de respiration bruyante et embarrassée, de mouvements désordonnés et de convulsions, ne laissent plus aucune incertitude sur le caractère et l'issue de cette cruelle affection, contre laquelle jusqu'ici toutes les puissances de l'art ont échoué.

Le sang de rate en a quelquefois imposé par la lenteur de sa marche et par une sorte de bénignité; de là, l'erreur des vétérinaires qui ont confondu cette forme particulière de maladie charbonneuse avec la fièvre typhoïde, impossible chez les grands ruminants.

MÉMOIRE SUR L'OPHTHALMIE SOUS-CONJONCTIVALE ;

Par le chevalier F.-A. D'AMMON, médecin de S. M. le roi de Saxe.

J'ai quelquefois rencontré une variété d'inflammation oculaire qui a singulièrement excité mon attention, et qui a mis à l'épreuve ma patience médicale, tant à cause de la particularité de l'ensemble de ses phénomènes qu'en raison de sa marche lente et des métamorphoses auxquelles elle donne naissance dans la conjonctive de la sclérotique, et même dans cette dernière membrane. Cette phlegmasie oculaire est l'ophthalmie sous-conjonctivale, c'est-à-dire l'inflammation du tissu que l'on rencontre entre la surface antérieure de la sclérotique et la surface postérieure de sa conjonctive.

Il est donc ici question d'une inflammation interstitielle qui s'étend, par sympathie, à la face antérieure de la sclérotique et à la face postérieure de la conjonctive qui recouvre cette membrane.

Elle est le plus ordinairement partielle, limitée à une étendue peu considérable. C'est lorsqu'elle s'est présentée sous cet aspect que je lui ai reconnu tout d'abord les caractères d'une inflammation interstitielle. J'ai constaté alors, à la partie interne ou externe du globe, plutôt vers la sclérotique que vers la cornée, dans la direction du muscle droit interne ou de l'externe, l'existence d'une tuméfaction inflammatoire bornée à une petite partie, un tiers de pouce de diamètre environ, offrant une forme tantôt arrondie, tantôt ovalaire. Le plus souvent, les malades n'avaient pas fait attention à leur mal, et l'avaient abandonné à lui-même; ou bien, le traitement, dont les effets sont toujours lents, n'avait pas été suivi d'un succès assez prompt, et ils avaient cessé toute médication, jusqu'à ce que, sous l'influence d'une cause occasionnelle, d'un changement de température, d'un écart de régime, l'affection s'était accrue rapidement. Il pouvait en arriver de même par l'inflammation venant de nouveau s'emparer du siége qu'elle avait autrefois occupé, ou par l'extension du processus inflammatoire qui avait été limité jusqu'alors.

Dans cette inflammation sous-conjonctivale partielle, la rougeur est, dans la plupart des cas, de couleur sombre. La conjonctive, élevée au-dessus de son niveau ordinaire, infiltrée de sérosité, présente dans ses couches supérieures un point demi-transparent qui ressemble à une petite vessie, que les personnes qui entourent le malade considèrent assez souvent comme une espèce d'excroissance de la conjonctive. Ce dernier phénomène manque pourtant quelquefois. Si on abaisse la paupière et qu'on touche avec le doigt, à travers le voile membraneux, cette production due à l'inflammation de ce point, elle paraît dure, et si on y exerce une certaine pression, elle s'élève rapidement, et la rougeur disparaît pendant quelques secondes dans l'endroit qui a été comprimé, qui devient blanchâtre ; il se remplit néanmoins bientôt de sang, qui afflue de tous côtés vers le centre, qui reste blanchâtre. Le point blanc, qui est constitué par la membrane sous-conjonctivale modifiée par l'inflammation, et qui, sous l'impression du doigt, paraît privée de sang pendant un moment, offre une élévation notable et un peu de dureté. Quand on les soumet à cet examen, les malades se plaignent le plus souvent d'éprouver une douleur assez intense; ils portent vivement la tête en arrière et jettent même parfois des cris.

Le siége de l'inflammation est douloureux dans la plupart des cas, principalement pendant la nuit. Un rayon de soleil ou la vive clarté d'une bougie, l'usage d'aliments ou de boissons excitants, augmentent la sensation douloureuse que la plupart de ces malades désignent par le nom de picotements, de douleur occupant souvent le fond de l'orbite.

Je l'ai rencontrée parfois, mais plus rarement, à la partie supérieure ou inférieure de la sclérotique, dans la direction des muscles droits supérieur ou inférieur; dans un cas, le mal avait envahi les trois quarts de la surface de la sclérotique ; la portion située à l'angle interne de l'œil en était seule exempte.

D'autres fois, l'ophthalmie sous-conjonctivale débute dans la partie où un ptérygion membraneux (*pinguecula*) fait saillie et se développe à la surface externe de la sclérotique dans la portion conjonctivale de cette membrane. Dans ces cas, les vaisseaux variqueux qui rampent au-dessous et autour du ptérygion semblent donner lieu à la prédisposition à l'ophthalmie sous-conjonctivale. Ces faits permettent de reconnaître que le siége de cette affection est bien réellement sous la conjonctive, et à l'examen à la loupe on distingue un grand nombre de petits vaisseaux bien distincts, s'entrelaçant les uns dans les autres, qui forment en s'unissant des petits pelotons, et qui sont développés sous la conjonctive scléroticale, qui est un peu tendue, soulevée, brillante et à demi transparente ; les vaisseaux propres de la sclérotique sont plus veineux, allongés, et au-dessus d'eux se voient les petits vaisseaux de la membrane sous-conjonctivale, qui s'entrelacent entre eux. Le ptérygion est ici soulevé par les vaisseaux qui sont placés exactement derrière lui, et le point sur lequel il repose, et qui a une couleur d'un rouge foncé, lui donne un aspect réellement *frappant*. On voit bien clairement alors sous le ptérygion et à ses bords des vaisseaux de nouvelle formation, très fins et placés sous la conjonctive, et entre ces derniers un exsudat plus graisseux qui conserve la demi-transparence.

J'ai vu deux fois dans ces six dernières années l'ophthalmie sous-conjonctivale envahir les deux yeux à la fois et occuper toute la surface sous-conjonctivale, s'étendant de l'anneau conjonctival dans toutes les directions et profondément en arrière.

Ces cas mettent parfaitement en lumière le siége, la nature, la marche et l'importance de l'affection dont il s'agit ici. Le mal offre alors l'aspect d'une forte ecchymose de la conjonctive; seulement la transparence est plus grande.

En les examinant avec attention, les globes oculaires paraissent plus proéminents que d'ordinaire, parce que la conjonctive scléroticale est un peu soulevée par la partie enflammée qui se trouve derrière elle. Autour de la cornée, tout près de l'anneau conjonctival, la conjonctive scléroticale est soulevée, et la cornée paraît enchâssée plus profondément; elle diffère toutefois d'une conjonctive ecchymotique en ce qu'elle est moins molle, moins élevée et d'une couleur plus foncée; et, son point d'attache n'existant plus dans des conditions normales, elle retombe en arrière jusqu'au milieu de la sclérotique, recouvrant une grande quantité de vaisseaux entrelacés et réunis en pelotons. La conjonctive paraît çà et là graisseuse; elle ne sécrète que fort peu d'un liquide qui est plutôt de nature lymphatique que purulent.

Si l'on examine au moyen de la loupe un œil affecté de cette maladie, on voit clairement un grand nombre de pelotons formés par des vaisseaux fins et entrelacés qui sont réunis sous forme d'une exsudation lymphatique, graisseuse et demi-transparente. Ces vaisseaux sont situés entre la sclérotique et la conjonctive. Cette dernière est transparente, et à l'aide de la loupe on voit à travers cette membrane la nouvelle formation vasculaire, et, à l'endroit où elle disparaît vers l'angle interne de l'œil, on aperçoit le plus souvent l'exsudat lymphatico-graisseux, qui est peu considérable. Il est facile de reconnaître la différence qui existe entre ces vaisseaux sous-conjonctivaux de nouvelle formation et les vaisseaux de la conjonctive. Ceux-ci sont dans un plan plus rapproché de l'observateur, car ils se trouvent dans la conjonctive, qui a été soulevée par le tissu cellulaire interstitiel enflammé, et qui est ainsi devenue transparente; ils sont d'un calibre plus fort, ont une autre forme et une couleur d'un rouge pâle. Ceux-là, au contraire, sont plus petits, plus sinueux, de nature plus artérielle, ont une couleur plus claire et sont situés plus profondément. Les vaisseaux de la conjonctive sont pour la plupart des veines dans lesquelles le sang s'accumule, ce qui donne lieu aux sinuosités qu'elles présentent.

J'ai observé une fois l'ophthalmie sous-conjonctivale développée le long de l'insertion des muscles droits supérieur et inférieur; les points où s'insèrent les muscles droits externe et interne étaient exempts de l'affection.

Dans les cas où la partie de la membrane sous-conjonctivale qui avoisine immédiatement l'anneau conjonctival est atteinte de cette ophthalmie, et lorsque celle-ci n'est que partiellement développée, son influence se fait bientôt sentir sur cette dernière partie, qu est tiraillée, plus large, plus aplatie; vu de côté, l'anneau ressemble alors à un corps falciforme, non transparent, qui se serait logé sur le bord de la cornée. Ce changement pathologique de l'anneau conjonctival est dû à une exsudation qui se fait dans son tissu, et en amène l'hypertrophie. Ce changement constitue un signe caractéristique de l'ophthalmie sous-conjonctivale, et mérite qu'on s'en occupe attentivement, afin de l'apprécier plus intimement. Il s'y forme ensuite aussi de petites ulcérations; mais celles-ci ne se manifestent le plus souvent qu'après une durée plus longue, fréquemment de plusieurs mois. Pendant que se développe cette métamorphose de l'anneau conjonctival (que j'ai observée au côté inférieur, externe, moyen et supérieur de la cornée), les vaisseaux normaux de la conjonctive éprouvent de plus en plus un mouvement rétrograde. Ils diminuent de volume, les pelotons s'aplatissent, la tension de la conjonctive disparaît, son épaisseur devient moindre; elle s'affaisse. On voit encore pendant longtemps sous cette membrane une coloration d'un rouge sale, et son aspect est d'apparence graisseuse. Parfois, et après plusieurs mois, j'ai observé aux mêmes endroits une coloration bleuâtre de la sclérotique, qui était la suite d'un amincissement partiel que, dans ce point, cette membrane offrait dans ses couches superficielles. Là aussi une portion de l'anneau conjonctival était atrophiée.

Dans un cas où l'ophthalmie sous-conjonctivale partielle avait son siége dans la partie supérieure de cet anneau, elle l'avait formellement miné, et soulevé de son point d'attache sur la cornée, de sorte qu'il formait presque une tumeur falciforme renversée, traversée de vaisseaux, dont le côté convexe était dirigé en bas, et le côté concave en haut. Il en résultait naturellement que la cornée était d'un bleu clair ou d'un blanc bleuâtre et demi-transparente dans sa partie supérieure et dans son revêtement épithélial. Dans un autre cas, un tiers de l'anneau conjonctival était exactement semblable à une tumeur formant une ligne droite, qui était placée à l'endroit où avait existé cet anneau, mais qui siégeait un peu plus profondément. Naturellement, une partie de la cornée était opaque.

Plusieurs fois j'ai constaté que l'ophthalmie sous-conjonctivale n'attaquait que peu l'anneau conjonctival, tandis que la coupe de la sclérotique sous-jacente, dans son point de réunion avec la cornée, était principalement affectée, ce qui, comme on le sait, provient de ce que la cornée est enchâssée obliquement dans le bord sclérotical, comme un verre de montre dans la rainure qui le reçoit. Quelques yeux, ceux par exemple dans lesquels la cornée est un peu plus développée qu'habituellement, ont le bord de la sclérotique un peu proéminent; il en résulte que dans la partie la plus supérieure du point de jonction de la sclérotique et de la cornée, la première présente une petite protubérance annulaire. Chez les individus qui offrent cette disposition, l'ophthalmie sous-conjonctivale donne lieu au boursouflement de cette membrane dans sa couche superficielle; elle forme un renflement et soulève un peu l'anneau conjonctival, qui est infiltré et épaissi. Ce n'est que peu à peu que cette inflammation, qui appartient plutôt au bord de la sclérotique qu'à la membrane sous-conjonctivale, prend un cours rétrograde. Mais l'anneau de la conjonctive reste souvent pendant très longtemps épaissi et plus large que dans l'état normal, ce qui donne à la cornée, sur laquelle il paraît comme imprimé, un aspect mat particulier.

L'ophthalmie sous-conjonctivale a une marche très chronique. Elle dure des mois plutôt que des semaines. Elle a une grande tendance à récidiver. L'inflammation partielle donne lieu le plus souvent à un exsudat séro-adipeux développé en faible quantité, qui passe très rarement à la suppuration, et qui est déposé entre les deux membranes et y est ordinairement résorbé avec rapidité; parfois aussi il s'ouvre une issue à l'extérieur en perforant la conjonctive. L'abcès ainsi ouvert guérit lentement et détermine très facilement des adhérences entre la conjonctive et la sclérotique; parfois aussi il produit des taches mélanotiques.

L'ophthalmie ous-conjonctivale ne rétrograde que très lentement, et est presque toujours suivie d'un amincissement de la conjonctive et de la sclérotique ; cette dernière membrane prend alors un aspect plus bleuâtre qu'à l'état normal. Quelquefois il se forme entre la conjonctive et la sclérotique des taches mélanotiques, que l'on distingue à travers la conjonctive sous l'aspect de taches noirâtres à côté desquelles on reconnaît la sclérotique, d'une teinte bleuâtre et amincie.

Les métamorphoses que subit l'anneau conjonctival ont déjà été décrites en détail.

Lorsque j'ai rencontré l'ophthalmie sous-conjonctivale complète, et que tout l'intervalle compris entre la sclérotique et la conjonctive était affecté, la marche rétrograde de la maladie a été encore plus lente et sa terminaison a eu lieu, dans la plupart des cas, par atrophie, c'est-à-dire par l'amincissement de la sclérotique et de son revêtement conjonctival ; ce genre de terminaison paraît appartenir spécialement à l'inflammation interstitielle dont il est ici question. Voici quel est alors l'état de la sclérotique et de la conjonctive qui la recouvre :

La conjonctive est amincie, très transparente, traversée de quelques vaisseaux d'un rouge bleuâtre, qui ont une direction d'avant en arrière, plutôt droite que flexueuse. Ces vaisseaux manquent dans certains points, parce qu'ils pénètrent directement de la conjonctive dans le tissu même de la sclérotique ; ils la traversent positivement; parfois, avant d'y pénétrer, ils présentent quelques flexuosités. La sclérotique semble plus bleuâtre qu'à l'ordinaire, surtout aux endroits qui se rapprochent de l'insertion des muscles et près de son point de jonction avec la cornée. Cette coloration bleuâtre est régulière; nulle part on ne rencontre ces quelques élévations qui se manifestent dans le staphylome sclérotical. La sclérotique est unie, amincie, bleuâtre. Je l'ai trouvée dans cet état, pour autant qu'on puisse l'apercevoir, dans les cas où l'ophthalmie conjonctivale avait été générale. Mais j'ai aussi rencontré la coloration bleuâtre lorsque l'ophthalmie n'avait été que partielle. La conjonctive est en outre très exactement tendue sur la sclérotique, ne présente que peu de vaisseaux et paraît être très mince. Quand il existait un ptérygion, cette production éprouvait le plus souvent un amincissement considérable, sans pourtant diminuer d'étendue.

L'œil conserve pendant très longtemps une grande sensibilité,

une espèce de *crainte du mouvement*. Les malades éprouvent aussi dans les yeux un sentiment de froid et d'incertitude de la vue, ce qui dépend sans doute de l'affection des muscles, qui conservent, comme on peut l'observer, une certaine atonie caractérisée principalement par ce fait que les malades ne sont pas en état de fixer pendant longtemps les yeux sur les objets.

La plupart du temps, j'ai rencontré cette ophthalmie chez les individus présentant la prédominance du système veineux; chez ceux qui font abus de la bière, des spiritueux, du vin; chez ceux prédisposés à l'adipose avec complication rhumatismale; chez les femmes grosses; chez celles non mariées qui présentent des anomalies dans la menstruation; et enfin chez les individus scrofuleux, bouffis, où elle se montre pendant la jeunesse et dans un âge plus avancé. Presque toujours un refroidissement a agi comme cause occasionnelle.

La maladie étant partielle à son début, elle est alors négligée et méconnue; arrivée à un certain degré, elle est très tenace, et c'est une véritable croix pour les malades et les médecins. Cela tient à sa nature vasculeuse, qui fait qu'elle se termine très rarement par le passage à la suppuration, mais le plus souvent par une rétrocession lente et par l'atrophie partielle des tissus organiques voisins, et principalement de la couche supérieure de la sclérotique et de sa conjonctive.

Dans le traitement de l'ophthalmie sous-conjonctivale, j'ai toujours porté mon attention sur l'idiosyncrasie du malade, et c'est aux moyens purgatifs, résolutifs que j'ai reconnu le plus d'efficacité, parce que chez la plupart des malades il y avait stase des vaisseaux abdominaux. Dans un cas, l'emploi de ces moyens dut être continué pendant plusieurs mois, et après la guérison obtenue par cette méthode, j'ai encore dû faire prendre les eaux de *Kissingen, source-Ragotzi.*

Je n'ai jamais eu recours aux purgatifs drastiques, mais j'ai fait usage pendant longtemps des sels neutres avec l'extrait de gramen dans une décoction de séné, quelquefois aussi de sénéga; cette dernière cependant avec précaution; toutefois, quand elle était bien indiquée, elle était très utile avec les adjuvants que nous venons d'énumérer. Il faut aussi considérer comme un excellent moyen l'eau amère de *Friedreichshaller*, qui doit être continuée pendant plusieurs semaines, et qui est bien supportée; on ne saurait trop la recommander.

Dans quelques autres cas, surtout dès la première apparition de la maladie, j'ai retiré de bons résultats de l'usage du sulfate de potasse, que je faisais prendre chaque jour à la dose de 2 à 3 gros dans 6 à 8 onces d'émulsion d'amandes douces. Ce moyen mérite une attention toute particulière.

Comme moyen local, je n'ai retiré d'utilité que des sachets d'herbes non excitantes appendus devant l'œil malade. Les collyres, les pommades sont toujours nuisibles, surtout dans le principe, parce qu'ils réveillent l'irritation; le collyre au nitrate d'argent, même à dose très faible, exerce toujours cet effet.

Pour diminuer la tension que le malade éprouve dans l'œil, j'ai fait porter pendant la nuit un léger sachet aromatique composé de poudre de belladone et de farine de lin, à la dose de 2 à 3 gros de la première sur une once de la dernière.

Les dérivatifs, quelle que soit leur nature, ne m'ont paru avoir aucune utilité. Les bains de pieds agissent comme calmants. Dans un cas, les bains de pieds de Scott contribuèrent à la guérison; chez ce dernier malade il existait une affection du foie, et le système veineux était très développé.

Pendant et après la cure, il est tout à fait indispensable que le malade ne se serve de l'œil qu'avec de très grands ménagements.

Un moyen que j'ai reconnu avantageux pour assurer la cure consiste à instiller avec précaution quelques gouttes de teinture d'opium, principalement quand l'œil conserve un état de fatigue et de sécheresse, et dans les cas où l'anneau conjonctival n'a subi aucune modification dans sa texture. Lorsque le contraire avait eu lieu, et que le parenchyme de cette partie était boursouflé et le siége d'ulcères, d'exsudats, ou que des vaisseaux de nouvelle formation s'y étaient développés, j'ai retiré de bons effets d'une solution de nitrate d'argent (1 grain par once); employée en instillations une ou deux fois par jour, cette solution a hâté la guérison.

Le boursouflement disparaît alors graduellement; les vaisseaux nouvellement développés diminuent de volume, se contractent, s'effacent insensiblement; les ulcérations guérissent plus promptement.

J'ai eu pour but dans les lignes qui précèdent d'attirer l'attention des médecins sur l'inflammation du tissu placé entre la sclérotique et sa conjonctive. Cette maladie se rencontre assez fréquemment; je ne sache pas toutefois qu'elle ait été jusqu'à ce jour, au point de vue de sa localisation, l'objet de considérations anatomiques comme celles que je viens de présenter. Je ne connais de travaux se rapportant en quelque sorte à ce sujet que ceux de M. Rau sur la syndesmite variqueuse (analysés par M. Fallot dans les *Annales d'oculistique*, t. XIII, p. 40-45), et de M. Warnatz, sous le même titre, dans le *Journal für chirurgie und Augenheilkunde*, t. XXXIV, p. 422. Les communications sur cette maladie seraient reçues avec reconnaissance, surtout si elles avaient pour but l'exposition de recherches anatomo-pathologiques, qui manquent absolument jusqu'à ce jour. (*Ann. d'oculistique.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 4 janvier 1853. — Présidence de M. Bérard.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Epidémies.

M. le ministre de l'intérieur et du commerce transmet :

1° Deux rapports de M. le docteur Campmas, médecin en chef de l'hôpital militaire de Baréges (Hautes-Pyrénées), sur les malades qui ont fait usage des eaux minérales de cette localité pendant la saison de 1852;

2° Un rapport de M. le docteur Lemoine, médecin des épidémies de l'arrondissement de Château-Chinon, sur l'épidémie de scarlatine angineuse maligne qui a régné dans la commune d'Arleuf pendant le mois de juillet dernier;

3° Un rapport de M. le docteur Marée, médecin des épidémies de l'arrondissement de Mende, sur une épidémie de variole et de suette miliaire qui a régné dans la commune de Mende depuis le mois d'avril jusqu'au mois d'août dernier;

4° Un rapport de M. Motte, médecin des épidémies de l'arrondissement des Andelys, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Fontenay, canton d'Ecos (Eure), pendant les mois de juin, juillet, août, septembre et octobre 1852.

Remèdes secrets.

Le même ministre transmet plusieurs lettres ou notes relatives à des remèdes secrets sur la valeur desquels il demande l'avis de l'Académie.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Causes du goître endémique dans le Jura.

M. Germain, de Salins, adresse un mémoire sur les causes du goître endémique au bas du Revermont occidental de la première chaîne du Jura, dans le département de ce nom, et sur les moyens préservatifs et curatifs de cette maladie. (Commission du goître et du crétinisme.)

Chauffage des eaux minérales.

MM. de Puisaye, inspecteur adjoint des eaux d'Enghien, et Lecomte adressent de nouvelles observations au sujet de la question de priorité soulevée entre eux et M. Bouland, relativement aux procédés de chauffage introduits dans l'établissement d'Enghien.

— M. Bérard, en prenant possession du fauteuil de la présidence, prononce une courte allocution pour remercier l'Académie des suffrages qui ont donné une nouvelle sanction à son admission au sein de l'Académie, faite, comme on le sait, dans des circonstances particulières. Cette allocution, pleine d'esprit et de bon goût, est couverte par les applaudissements de l'assemblée.

M. Bérard rend compte ensuite des visites faites par une députation de l'Académie à S. M. l'Empereur et aux ministres de l'instruction publique et de l'intérieur. Il termine en proposant d'adresser des remercîments à M. Mélier, président sortant, et aux deux membres du conseil d'administration dont les fonctions sont périmées. L'Académie vote par acclamation.

— M. Orfila a la parole pour une communication. (Voir plus haut.)

— A la suite de cette lecture et sur la proposition de M. le président, l'Académie décide par acclamation que le nom de M. Orfila sera inscrit parmi les noms des bienfaiteurs de l'Académie sur les tables de marbre placées dans le vestibule.

— M. Bouchardat lit une série de rapports sur des remèdes secrets.

Causes prédisposantes héréditaires de l'idiotie et de l'imbécillité.

M. Collineau lit, au nom d'une commission, un rapport sur un mémoire de M. Moreau (de Tours) relatif aux causes prédisposantes héréditaires de l'idiotie et de l'imbécillité, dont nous avons déjà publié un résumé.

Conclusions : dépôt aux archives et remercîments à l'auteur. — Adopté.

Considérations rétrospectives sur quelques points du traitement de la folie.

M. Scipion Pinel lit un mémoire sur ce travail.

L'auteur résume son mémoire dans les conclusions suivantes :

1° Le traitement moral de la folie n'a pas le caractère de nouveauté qu'on a voulu lui attribuer;

2° Ce traitement a des exigences d'à-propos et de sagacité qui sont plus rigoureuses encore quand elles se lient aux événements politiques;

3° Dans le traitement physique, les douleurs prolongées et les affections violentes sont toujours dangereuses : 1° en raison de la désorganisation qu'elles produisent dans le cerveau; 2° en raison des congestions pulmonaires et intestinales qui en sont la suite, et qui se terminent si souvent par des phthisies et par des entérites mortelles;

4° Ces sortes de douches sont formellement réprouvées par Pinel et par Esquirol;

5° Georges les proscrit surtout dans la période aiguë de la manie, à cause de la paralysie qu'elles occasionnent promptement;

6° Enfin le traitement des maladies aiguës ou chroniques du cerveau doit être basé désormais autant sur la connaissance des fonctions spéciales des divers centres nerveux qui entrent dans la composition de cet organe, que sur l'action déterminée des agents thérapeutiques qui modifient ces centres, et encore plus sur les combinaisons si variées des dérivatifs directs.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 3 janvier 1853. — Présidence de M. Piobert.

L'Académie a procédé dans cette séance au renouvellement partiel de son bureau.

M. de Jussieu, vice-président pour 1852, passe président;

M. Combes, membre de la section de mécanique, a été nommé vice-président pour l'année 1853.

— L'Académie a procédé ensuite au scrutin pour la nomination d'un membre dans la section de botanique en remplacement de M. Richard.

La section présentait la liste de candidature suivante :

En première ligne, *ex æquo*, et par ordre alphabétique, M. Camille Montagne et M. P. René Tulasne.

En seconde ligne, *ex æquo*, et par ordre alphabétique, M. Duchartre et M. Trécul.

Le scrutin a donné sur 58 votants :

A M. Montagne. . . . . 56 voix.
A M. Tulasne. 2

En conséquence, M. Montagne a été proclamé membre de l'Académie.

Des enduits imperméables appliqués sur la peau pour combattre les inflammations locales.

M. Fourcault adresse une note sur des enduits imperméables appliqués sur la peau pour combattre les inflammations locales chez l'homme et les animaux domestiques.

L'auteur informe dans cette note qu'il a combattu, à l'aide des enduits imperméables que M. Robert-Latour emploie depuis quelque temps avec succès pour arrêter les progrès de l'inflammation, la péritonite des brûlures à différents degrés, des rhumatismes articulaires, des érysipèles et d'autres inflammations ou irritations de la peau.

Une inflammation grave et rebelle du foie a disparu rapidement par une application de *collodion* étendue sur l'hypocondre droit et sur la partie correspondante des parois abdominales.

En général, pour obtenir les résultats les plus prompts, les plus favorables de ce nouveau procédé, cette préparation agglutinative doit être appliquée sur une large surface, et il convient de remplir avec beaucoup de soin les fissures formées par cet enduit en se desséchant.

M. Fourcault rapporte le fait suivant : Je fus appelé, il y a environ vingt jours, pour donner des soins à un maçon qui venait d'avoir le pied écrasé par une pierre. Le lendemain, l'articulation tibio-tarsienne avait acquis un volume considérable; l'engorgement inflammatoire s'était rapidement étendu au pied et à la jambe; des phlyctènes, des ecchymoses autour des malléoles et sur ces parties annonçaient la déchirure des vaisseaux; l'épanchement du sang dans le tissu cellulaire et une rougeur vive, de la douleur dans tout le membre indiquaient les progrès de l'inflammation. Dans cet état, craignant la gangrène, je ne cherchai point à explorer les parties; je me bornai à pratiquer une large saignée et à placer le membre sur un plan incliné, de manière à élever le plus possible le pied et la jambe, en prescrivant des irrigations froides continuelles.

Le troisième jour de l'accident la tension douloureuse de l'articulation et du pied avait un peu diminué. Néanmoins, la tuméfaction excessive des parties m'inspirait toujours de vives inquiétudes. Je me décidai alors à recouvrir tout le membre malade, jusqu'au genou, d'une couche de collodion.

L'effet de cet enduit ne se fit pas attendre. Le lendemain et les jours suivants le gonflement, la chaleur, la douleur diminuèrent rapidement. Les fluides épanchés furent promptement résorbés; les phlyctènes et les ecchymoses disparurent; les saillies osseuses se montrèrent; la peau recouverte de collodion, n'étant plus distendue, était ridée, sillonnée profondément par suite de la diminution prompte de l'engorgement du tissu cellulaire; enfin le blessé retrouva le sommeil dès la première nuit qui suivit cette application.

Aujourd'hui, vingtième jour de l'accident, le gonflement a entièrement disparu; la luxation du pied, dont il avait d'abord été impossible de constater l'existence, a été réduite et maintenue par les moyens contentifs ordinaires.

Dans les cas où les chirurgiens éloignés des grands centres de population ne pourraient pas se procurer du collodion convenablement préparé, M. Fourcault pense qu'ils pourraient le remplacer par de l'argile plastique, dont il a fait un fréquent usage dans les expériences sur les animaux. Cette substance, adhérant à la peau, servirait à la fois d'enduit et de moyen contentif dans les fractures. Mais il faudrait avoir le soin de prévenir le dessèchement de cette couche argileuse en l'environnant d'un linge imbibé d'eau froide.

Catalepsie compliquée de somnambulisme naturel.

M. Puel informe l'Académie qu'il a en ce moment à soigner une personne atteinte de catalepsie compliquée de somnambulisme naturel. Il désirerait qu'une commission de l'Académie pût constater ce fait singulier.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

L'abondance des matières, l'importance et l'étendue de la séance de l'Académie de médecine nous forcent à renvoyer au prochain numéro le compte-rendu et l'appréciation du discours d'ouverture de M. Trousseau, qui a eu lieu le 4 janvier, comme nous l'avions annoncé.

— La Société de médecine de Paris vient de renouveler son bureau pour 1853 :

M. Camus, vice-président pour l'année 1852, devient, aux termes du règlement, président pour l'année 1853;

M. Brierre de Boismont est nommé vice-président;

MM. Costilhes et Braive, secrétaires des procès-verbaux;

M. Boys de Loury est réélu secrétaire général;

Trésorier, M. Guibourt;

Membres du conseil d'administration, MM. Robert-Latour et Requin.

M. Devergie est nommé membre honoraire, ses fonctions de membre du conseil de salubrité l'empêchant d'assister aux séances ordinaires.

Dans le courant de l'année, MM. les docteurs Braive, Guibourt et Dechambre ont été nommés membres titulaires; le titre de correspondant a été donné à MM. Dauvergue, de Maniosque et Millet, de Tours.

La Société a perdu un de ses membres, M. Deslandes, mort le 14 février 1852.

— La *Gazette médicale de Strasbourg* donne le résultat des examens faits par le jury médical, durant la session de 1852, dans la circonscription de la Faculté de médecine de Strasbourg, qui comprend dix-sept départements. Les examens ont eu lieu à Colmar, Besançon, Lyon, Metz et Châlons.

	examinés	reçus	ajournés
Officiers de santé	33	16	17
Pharmaciens	41	28	16
Sages-femmes	160	151	9

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 3. — SAMEDI 8 JANVIER 1853. (26e ANNÉE.) N° 3. — SAMEDI 8 JANVIER 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, en face de l'Académie de médecine.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Pays	Trois mois	Six mois	Un an
PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE.	8 fr. 50 c.	16 »	30 »
GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES.	9 fr.	17	33
ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR.	10 fr.	20	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Entrée en matière. — Discours d'ouverture de M. Trousseau. — Observation d'hématologie pathologique. — Epidémie de fièvre typhoïde.

Nous recommençons à donner aujourd'hui à cette *Revue clinique hebdomadaire* l'importance qu'elle avait il y a quelques années.

On sait quel doit être le caractère de cette *Revue*. « Dans les cliniques journalières, avons-nous dit (numéro du 30 décembre 1852), les faits seront présentés avec toutes leurs circonstances ; la *Revue* donnera les détails curieux qu'on saisit pour ainsi dire au passage et qui seraient trop souvent perdus pour le public ; les aperçus, les préceptes qui naissent dans l'esprit des maîtres, et qui n'auraient pour confident que le cahier de notes des élèves ; les réflexions qu'inspire la pratique multiple et variée des hôpitaux à l'observateur attentif, impartial et désintéressé. » Telle sera donc notre tâche. Sans sortir de ce cadre, toutes les fois qu'à l'occasion d'un fait particulier, une question neuve ou peu étudiée, peu connue se présentera, nous l'examinerons brièvement, mais complétement autant que possible. Ainsi, M. Rayer a dans ses salles une fille affectée d'une paralysie du muscle grand dentelé et de quelques autres muscles scapulaires ; c'est là précisément une de ces affections rares, encore peu connues, auxquelles nous venons de faire allusion : ce sera donc le sujet d'une de nos *Revues*, quand l'observation sera complète. Pareillement il y a dans le même service une paraplégique qui offre au plus haut degré d'évidence la distinction de la sensibilité tactile et de la sensibilité à la douleur : ce nous sera une occasion de reprendre et d'analyser en temps convenable les ingénieuses recherches de M. Beau sur ce point intéressant de pathologie. Nous n'éviterons pas non plus les questions doctrinales quand il s'en présentera : on le verra tout à l'heure au sujet du discours de M. Trousseau.

Quand il nous arrivera de recourir à l'obligeance de MM. les internes pour obtenir quelque renseignement, nous aurons soin de réserver, par une mention expresse, les droits de ces laborieux disciples, pépinière où se recrute l'élite de la profession.

Quant à l'esprit qui nous animera, voici ce que nous pouvons dire : affranchi de tout lien hiérarchique, ne demandant rien à personne, n'attendant rien de personne ; en un mot, pleinement libres, nous sommes dans les meilleures conditions pour servir la vérité, autant qu'il nous est donné de la connaître ; ce qui ne veut pas dire que nous profiterons de l'occasion pour être désobligeants envers les personnes. On ne sert pas la vérité en la rendant désagréable. Sincérité, urbanité, telle sera notre règle.

Maintenant, entrons en matière.

M. Trousseau a ouvert son cours de clinique médicale à l'Hôtel-Dieu le 4 de ce mois. L'amphithéâtre ne suffisait pas à la foule des médecins et des élèves. Un honorable professeur de la Faculté de médecine de Montpellier, M. Dupré, assistait à la séance.

M. Trousseau a commencé par rendre hommage à son prédécesseur, M. Chomel, qui, dans toute sa force, dans toute la plénitude de son talent, s'est éloigné de l'enseignement, au grand détriment des études. M. Chomel avait une grande autorité ; son discours était facile, abondant, particulièrement substantiel, sans recherche, sans éclat, simple avec distinction ; clair, précis, catégorique ; écartant l'hypothèse et les hautes considérations doctrinales ; n'admettant que les données positives et immédiates de l'observation ; orné souvent, mais sans affectation ni surcharge, de citations qui annonçaient l'amour et la familiarité des classiques ; pour tout dire en peu de mots, les leçons de M. Chomel étaient essentiellement pratiques ; il excellait à décrire les symptômes, à les analyser, à les grouper et à établir le diagnostic différentiel ou par élimination.

M. Chomel, dans le diagnostic, procédait anatomiquement, ce qui a conduit M. Trousseau, par une transition naturelle, à parler de l'*anatomisme*. Mais il y a deux *anatomismes* ; l'*anatomisme* dans le diagnostic, qui est excellent, et l'*anatomisme* dans la pathogénie, qui est une conception étroite et imparfaite. L'*anatomisme* dans le diagnostic est une méthode ; l'*anatomisme* dans la pathogénie est un système, une doctrine, et le plus mesquin des systèmes, la plus pauvre des doctrines ; car il exclut : premièrement, la considération des forces, c'est-à-dire la notion de la résistance vitale tant à la thérapeutique qu'à la maladie ; secondement, la considération des humeurs, c'est-à-dire la notion des diathèses.

La maladie est un accident local, une *affection*, compris entre deux états généraux ; l'un antérieur et supérieur, dont l'affection locale est une manifestation, et que nous appelons une diathèse ; l'autre, ultérieur et subordonné, qui est un effet de l'état local ou de l'affection, sur l'organisme. Cette définition écarte les prétendues maladies chirurgicales, c'est-à-dire les lésions traumatiques, lesquelles excluent la diathèse, et restent des *affections*, à moins qu'elles ne rencontrent un état diathésique dans l'économie, auquel cas elles peuvent s'élever au degré de la maladie. Mais, en elles-mêmes, elles ne sont pas des maladies. Il y a des affections chirurgicales. Il n'y a pas de maladies chirurgicales. Lorsque l'anatomisme s'applique, dans les maladies, à bien déterminer l'accident local qui se trouve au point d'intersection des deux états généraux, il fait ce qu'il doit faire, et l'on ne saurait lui accorder trop d'attention et d'importance. Lorsqu'il a la prétention de borner la maladie à ce qu'il voit, à ce qu'il entend, à ce qu'il touche, il ramène à ses proportions, et rétrécit déplorablement l'idée de maladie ; il mérite alors toutes les rigueurs de la critique. Voilà, ce nous semble, comment il faudrait exposer la question, avec plus de développements bien entendu, pour montrer aux élèves ce qu'il y a d'excellent et d'imparfait, d'utile et de dangereux, dans ce qu'on a appelé l'anatomisme.

Nous ne suivrons pas plus longtemps M. Trousseau dans son discours d'ouverture. On trouvera ce discours dans nos colonnes. Ce qui nous reste à dire, c'est que l'honorable professeur a été écouté avec un légitime intérêt et avec une satisfaction dont il a recueilli les marques à diverses reprises.

—Nous avons un compte à régler avec M. Hérard, et nous allons nous acquitter ici, pour ne pas rester plus longtemps son débiteur. On se rappelle l'observation importante d'hématologie pathologique que ce jeune médecin plein de distinction a communiquée récemment à l'Académie de médecine. La voici en résumé :

Un homme jeune et robuste, ayant eu depuis peu un érysipèle sans gravité, prend un bain froid ; il éprouve aussitôt divers accidents, et au bout de quelques jours il succombe, ayant présenté des phénomènes hémorrhagiques multiples. Il meurt subitement, peu d'instants après avoir été saigné. Le sang tiré de la veine ne contenait pas un atôme de fibrine. Impossible du moins de déceler par le battage prolongé la plus faible trace de l'élément spontanément coagulable. Ainsi la fibrine disparaît en entier dans la masse lorsqu'on chauffe le sang avant la formation du caillot, jusqu'au point de coagulation de l'albumine. Cette observation, qui, à notre connaissance, n'a point sa pareille, doit être examinée de deux points de vue.

Premièrement, du point de vue pathogénique. Il n'est pas douteux que les phénomènes hémorrhagiques ne doivent être rapportés à la fluidité extrême du sang, due elle-même à la déperdition totale de la fibrine. Mais la fibrine, comment a-t-elle disparu ? Faut-il supposer que le froid du bain (on ne dit pas si le malade était en sueur) a arrêté la production de la fibrine, laquelle, suivant les recherches de M. Marchal (de Calvi), augmente par la chaleur ; ce qui peut faire supposer que la chaleur est nécessaire à sa formation, et ce qui corrobore l'opinion que la fibrine se produit aux dépens de l'albumine. Question obscure qu'il faut se borner à poser.

Secondement, du point de vue thérapeutique. Le malade a succombé tout à coup, quelques minutes après avoir perdu 250 grammes de sang par une saignée du bras, qui au moment même paraissait le soulager. M. Hérard, qui avait réuni en consultation les médecins de la Pitié (c'est dans cet hôpital que le cas s'est présenté), et qui avait pris leur avis avant de faire pratiquer la déplétion sanguine, s'est demandé si la perte de sang n'avait pas été pour beaucoup dans la funeste et subite issue de la maladie. Cela n'est pas impossible ; mais, en raison, la saignée était indiquée. Effectivement, trois circonstances favorisent les hémorrhagies dites spontanées :

1° La fluidité du sang ;

2° La pression latérale de la colonne sanguine sur les parois des vaisseaux ;

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité des maladies vénériennes, avec planches gravées et coloriées ; par M. VIDAL (de Cassis), chirurgien de l'hôpital du Midi.

Si nous nous contentions pour juger de l'opportunité du livre de M. Vidal de jeter un coup d'œil sur les richesses que possède la science en fait de traités des maladies vénériennes, nous pourrions, dès maintenant et sans plus ample examen, reconnaître que cette nouvelle production n'était pas indispensable. Mais la question ne saurait être ainsi posée. Une récente discussion, qui pendant plusieurs séances a pris tous les instants de l'Académie de médecine, discussion dont le retentissement a été immense, a démontré que si la science médicale en syphiliographie avait fait de véritables progrès, il restait dans l'édifice quelque chose à faire d'important.

Le livre que nous analysons doit être élémentaire. « Mon intention, dit M. Vidal, est d'écrire surtout dans l'intérêt de ceux qui ne savent pas, et qui n'ont pas beaucoup de temps pour apprendre. » Aussi avec un tel programme a-t-il dû passer légèrement sur l'étude des divers systèmes qui ont régné en syphiliographie.

Sa division est simple ; pour lui les accidents syphilitiques peuvent être classés en deux grandes divisions ; les uns sont primitifs, et les autres consécutifs. Il rejette ainsi la classification adoptée par M. Ricord, qui désigne tous les accidents de la vérole en primitifs, consécutifs et tertiaires.

La première partie du livre est consacrée à l'étude des maladies vénériennes primitives, la seconde aux maladies vénériennes consécutives.

Dans une troisième partie sont exposées les maladies vénériennes des nouveau-nés, et en dernier lieu, comme quatrième partie, nous trouvons la prophylaxie des maladies vénériennes.

En outre de ces divisions fondamentales, M. Vidal fait précéder son Traité d'un article consacré à l'étude des notions préliminaires. Nous en recommandons spécialement la lecture.

Après avoir successivement retracé l'histoire des maladies vénériennes, l'histoire des virus, les procédés d'observations, etc., l'auteur aborde l'importante question de l'expérimentation. Il repousse les lois établies par M. Ricord sur l'infaillibilité des résultats fournis par l'inoculation.

La transmission de la syphilis aux animaux, qui pourrait peut-être rendre de grands services pour l'expérimentation, avait d'abord été considérée et jugée comme impossible ; mais on a dû revenir sur ce premier jugement, et les expériences de MM. Auzias, Langlebert et Diday paraissent juger la question. Hâtons-nous de le dire, les quelques succès obtenus restent sans application, et c'est, quant à présent, un champ bien stérile pour les résultats scientifiques ; et si les animaux ont bien de véritables chancres, ces chancres s'éteignent sur place, sans retentissement sur l'économie. Aussi eut-on l'idée d'imaginer une théorie de transplantation, que nous croyons abandonnée.

L'inoculation ne produisant rien d'utile sur les animaux, on dut recourir à l'inoculation sur le malade lui-même. Ce fut, comme le fit observer M. Velpeau, le point de départ de la syphilisation. Cette doctrine, M. Vidal l'expose avec calme et la juge froidement. Il repousse la syphilis préventive, et considère comme encore non jugée la syphilisation curative.

M. Vidal termine les notions préliminaires par un chapitre d'historique important sur la transmissibilité des accidents secondaires. Vient enfin la section première relative aux *maladies vénériennes dites primitives*. Ces maladies sont, pour M. Vidal, les diverses espèces de blennorrhagie, les accidents qui peuvent être considérés comme conséquence de la blennorrhagie, tels que la blennorrhée, l'urétrorrhagie, l'orchite, la cystite, l'ophthalmie, l'arthrite, etc., le chancre, le bubon, les végétations, et enfin les *pustules muqueuses*. Ainsi l'auteur ajoute aux accidents primitifs la pustule muqueuse.

Sur l'influence de la blennorrhagie comme cause d'infection générale, M. Vidal adopte à peu près complétement l'opinion de M. Baumès. La blennorrhagie virulente peut parfaitement exister sans que rien prouve que sa virulence soit due à la présence du chancre. On sait en effet combien sont rares les faits qui pourraient permettre de considérer comme infectantes les seules blennorrhagies compliquées de chancre dans l'intérieur du canal. Les deux observations citées à l'appui de cette opinion ne sauraient suffire à édifier une doctrine inattaquable.

M. Vidal a peu de goût pour le traitement abortif de la blennorrhagie, parce que, dit-il, cette méthode n'est applicable qu'au début, et le plus souvent le médecin n'assiste pas à la première période de la maladie.

Nous ne partageons pas absolument cette manière de voir de l'auteur, tout en reconnaissant avec lui le danger d'un traitement énergique, comme celui de M. Debeney, par exemple. Il existe une vive inflammation. Nous pensons néanmoins qu'on peut, dans beaucoup de cas, guérir les malades quand l'écoulement existe déjà abondant et que le canal est douloureux et tendu ; et si, en agissant ainsi, on n'obtient pas toujours la guérison complète, on substitue au moins à la période inflammatoire un écoulement indolore et peu abondant, ce qui rend la position des malades bien plus supportable et ce qui leur permet de continuer leurs habitudes.

On lira avec intérêt les détails précis donnés sur les principales méthodes de traitement proposées par MM. Ricord, Debeney, Venot, Puche, etc.

A propos de l'orchite blennorrhagique, M. Vidal expose la méthode qu'il a préconisée contre l'orchite parenchymateuse, à savoir, le débridement du testicule. Nous n'avons jamais eu l'occasion de voir pratiquer cette opération, qui au premier abord doit paraître d'une certaine gravité ; M. Vidal l'a au contraire appliquée très fréquemment, et il a toujours eu à s'en louer. On verra, du reste (page 77), les réponses de l'auteur aux diverses objections qui lui ont été adressées.

A l'article *Blennorrhagie chez la femme* sont exposées les recherches propres à l'auteur sur les injections intra-utérines. C'est là aussi une question nouvelle. M. Vidal a fait de nombreuses expériences sur le cadavre ; il en donne les détails avec le plus grand soin.

Vient ensuite l'histoire du chancre. Les phases d'évolution du chancre ont été divisées en trois périodes : une période pustuleuse, une période ulcéreuse et une période cicatricielle. Ces périodes se retrouvent bien marquées dans les cas d'inoculations expérimentales, mais ne sont pas aussi sensibles dans les inoculations physiologiques. Ainsi, la première période, suivant M. Vidal, n'existerait presque jamais ; le chancre se formerait donc d'emblée.

Ici se présentent deux questions de la plus haute importance : Y a-

3° L'impulsion du cœur.

La troisième de ces circonstances se confondant avec la seconde, qui est, en outre, corrélative à la masse totale du sang.

Or, une seule saignée, surtout une petite saignée, ne pouvait aucunement affecter la fibrine de manière à augmenter la fluidité du sang; et, au contraire, elle devait diminuer les deux autres circonstances, savoir: l'impulsion du cœur et la pression latérale du sang sur les parois des vaisseaux. Donc, l'indication de la saignée était rationnelle, et l'art n'a rien à se reprocher.

M. Hérard a fait remarquer avec raison que ce cas est favorable à l'opinion qui attribue les accidents hémorrhagiques du scorbut à la diminution de la fibrine; et cependant, a-t-il ajouté, on ne peut révoquer en doute les observations de MM. Becquerel et Fauvel, de M. Andral lui-même, qui contredisent cette opinion. En effet, M. Andral avait supposé que la fibrine était diminuée dans le scorbut; et un premier cas qui s'était présenté à lui avait confirmé cette induction. Mais de nouveaux faits survinrent, dans lesquels la fibrine fut trouvée en proportion normale, ou même sensiblement augmentée, la diathèse scorbutique étant d'ailleurs manifeste. M. Andral, de son côté, s'empressa de publier un fait du même genre. Que penser, au milieu de ces données contradictoires? Un fait dont nous avons été témoin dans le service de M. Marchal au Val-de-Grâce l'a conduit à proposer une explication susceptible peut-être de ramener les faits, contradictoires en apparence, à une signification identique: c'était celui d'un scorbutique qui avait une infiltration sanguine considérable de l'une des jambes, laquelle était très dure, très chaude, très douloureuse. Dans le sang de cet homme, la proportion de fibrine était augmentée; mais il y avait une inflammation, l'inflammation de la jambe, qui ne céda qu'aux applications de sangsues. Or, le propre de l'inflammation est d'augmenter la fibrine. Il se peut donc que, dans le scorbut, comme dans la fièvre typhoïde, la fibrine, diminuée par le fait du scorbut ou de la fièvre typhoïde, augmente accidentellement par suite de l'intervention de l'élément inflammatoire, soit que, dans le scorbut en particulier, l'inflammation se rattache à un phénomène hémorrhagique, soit qu'elle se produise intercurremment.

— A en juger par l'Hôtel-Dieu, l'épidémie de fièvre typhoïde actuellement régnante offrirait des caractères très graves. Nous rechercherons ce qui se passe à cet égard dans les autres hôpitaux.

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

Ouverture du cours de clinique médicale.

(Première leçon.)

M. Trousseau a ouvert le 4 janvier, à huit heures, son cours de clinique médicale. Nous publions l'analyse de ce discours et en conservons autant que possible le sens, l'esprit et l'originalité.

Successeur de M. Chomel, a dit M. Trousseau, je devrais suivre l'exemple de mes prédécesseurs en faisant son éloge; mais, Dieu merci, M. Chomel n'est pas mort, et les motifs honorables et dignes de ses sentiments élevés qui l'ont déterminé à donner sa démission de professeur de clinique interne, et à vous priver ainsi des utiles leçons que vous puisiez chaque jour dans son enseignement, ces motifs, nous les respectons, et nous croyons qu'il est plus convenable de ne pas en parler ici. Néanmoins, je crois devoir entrer avec vous dans quelques explications sur la manière dont je compte remplir les nouvelles fonctions qui me sont confiées, et sur la marche que je me propose de suivre dans mon enseignement. En effet, ami et admirateur du talent de M. Chomel, qui peut être considéré comme représentant l'École de Paris, je ne suis cependant pas son élève, et ma marche sera un peu différente de la sienne. Je crois, messieurs, vous devoir ces explications, afin que vous sachiez si, dorénavant, vous devez reprendre le chemin de l'Hôtel-Dieu ou vous diriger ailleurs. (On rit.)

Au commencement de ce siècle, Corvisart, par ses recherches anatomo-pathologiques et le parti qu'il sut en tirer au profit de la science, donna une nouvelle direction à la médecine; mais il ne croyait pas, et désirait fort peu sans doute, lui voir prendre l'extension qu'elle prit par la suite; et cependant, messieurs, il devait en être ainsi. En effet, l'anatomie pathologique formant en quelque sorte une nouvelle science à part, science qui exige du travail, sans doute, mais qui est cependant facile à apprendre; il en est résulté qu'en l'incorporant à la médecine, des hommes studieux, mais trop zélés, exagérés, en ont fait la base, la fondation de toute la médecine, et dès lors ont négligé les symptômes généraux pour la lésion locale. Les sectateurs de cette doctrine, très nombreux aujourd'hui, peuvent former une première catégorie des successeurs de Corvisart, et nous les appellerons, comme ils s'intitulent eux-mêmes, les anatomo-pathologistes. Pour eux, la pneumonie n'est plus une maladie, c'est une lésion locale, manière de voir qui présente de grands inconvénients sous le point de vue de la thérapeutique.

Dans une deuxième catégorie, nous trouvons les partisans d'un autre système conduisant à des données tout aussi absurdes. En effet, ceux-ci, procédant comme dans les sciences exactes, font des tableaux de chiffres, des additions, et prennent des moyennes numériques; or, messieurs, il est bien facile de vous démontrer le peu de valeur de ces moyennes.

A l'hôpital des Enfants, voulant m'assurer de l'époque à laquelle se faisait la dentition, j'étais arrivé, d'après mes calculs statistiques, au terme moyen de sept mois. Eh bien, dans ce même moment, sur les nombreux enfants que j'avais dans mes salles, pas un seul ayant cet âge n'avait de dents. (On rit.)

Tout à l'heure nous avons cité la pneumonie à propos des anatomo-pathologistes. Eh bien! voyons quelles indications vont nous donner les numéristes sur la thérapeutique de cette maladie.

Voici leur manière de procéder:

Un certain nombre de malades ont été soumis à un même traitement, soit 20; sur ces 20, 4 sont morts, 16 ont guéri. Voici donc une moyenne de quatre guérisons sur cinq. Le même nombre de malades soumis à un autre mode de traitement a donné une moyenne de 1 mort sur 4. Le premier traitement a paru plus avantageux; on s'en est emparé, et on l'a appliqué indistinctement à tous les cas. Il est cependant bien facile de démontrer toute la fausseté de données pareilles; car pour appliquer à vos cinq malades un traitement identique, il faut nécessairement qu'ils se trouvent tous les cinq dans les mêmes conditions; or, s'ils étaient dans ce cas, comment se fait-il que le même mode de traitement appliqué aux quatre premiers ait laissé succomber le cinquième. Ce raisonnement est sans réplique.

On a voulu, messieurs, et à tort, selon moi, faire de la médecine une science; il en est résulté que ceux qui avaient beaucoup travaillé et beaucoup appris se sont crus de grands médecins, et tout infatués de leur savoir, ont cru pouvoir se passer des auteurs anciens, les regardant comme des ignorants. C'est là, messieurs, le danger, l'écueil, résultat d'une fausse direction, auquel ont résisté des hommes d'élite, et qui a laissé succomber beaucoup de jeunes médecins. Non, messieurs, la médecine n'est pas une science; non, nous ne sommes pas des savants, nous sommes des *artistes;* car auprès du malade c'est l'inspiration du moment qui doit nous guider.

Et quand je dis l'inspiration du moment, messieurs, je ne veux pas parler de cette inspiration soudaine des sibyles qui rendaient des oracles; je ne prétends pas qu'un homme placé pour la première fois au milieu d'une salle d'hôpital va s'écrier: A tel numéro, tel diagnostic, tel traitement, et ainsi de suite pour les autres; non, messieurs, telle n'est pas ma pensée, ce serait une folie; mais c'est en nous guidant sur l'expérience de nos maîtres, en puisant dans les sages préceptes des Stoll, des Sydenham, en les reliant aux découvertes nouvelles seulement dans ce qu'elles ont d'utile; c'est établis solidement sur de pareils fondements que nous pourrons au lit du malade puiser dans notre propre inspiration, inspiration toute instantanée et *absente* de calculs numériques, des indications thérapeutiques sûres et véritablement utiles. Vous le voyez donc bien, messieurs, nous ne sommes pas des savants, nous sommes des artistes.

Aujourd'hui, on fait de l'art très vite, très facilement et à très bon marché. Allez visiter les boudoirs, les salons du Marais, vous y verrez des fleurs, des fruits admirablement reproduits, à couleur vermeille et engageante: eh bien! messieurs, il a fallu trois jours pour devenir apte à produire et pour exécuter ces chefs-d'œuvre! trois jours de travail suffisent, et le premier venu peut en faire autant!

Que de misérables rapins, qui à force de charbonner les murs d'un atelier et de les remplir des charges de leurs patrons et de leurs camarades, se croient un jour illustres et s'imaginent faire de l'art en reproduisant en ignobles croûtes les chefs-d'œuvre des grands maîtres! Quelle distance entre le modèle et la copie! N'imitons pas, messieurs, ces hommes stupides; car, à bout de vanité et de chefs-d'œuvre, ils terminent par où ils auraient dû commencer en décorant de guirlandes de saucisses et de marbrures de tranches de cervelas la boutique d'un charcutier! (Rire général.)

Cherchez des inspirations élevées dans la nature, que vous devez prendre pour guide; les exemples ne vous feront pas défaut, et les déductions que vous en tirerez seront bien plus vraies. Voyez ce petit insecte, le cinips: il vient déposer ses œufs toujours à un même endroit en perçant les bourgeons, les feuilles du chêne; l'œuf éclos, la larve se développe, s'échappe de prison et prend son vol pour courir à d'autres amours (on rit); mais le bourgeon a changé de nature et est devenu un puissant agent thérapeutique, la noix de Galles; sur dix, vingt noix de Galles qui contiendront toutes les mêmes principes, le tannin et l'acide gallique, croyez-vous que ces éléments soient dans toutes en proportions identiques? Eh! mon Dieu, non! Je vous ai cité l'exemple, à vous de tirer les déductions.

Ces indications thérapeutiques dont je vous parlais tout à l'heure, vous devez les tirer des cas en apparence les plus simples. Voyez ce nez rouge: que vous dit-il? Rien. Eh! messieurs, il nous dit tout! Toute la science, tout l'art est dans ce nez rouge: il est rouge parce qu'il subit l'impression momentanée du froid, parce qu'il est soumis à une réaction. Voyez au contraire ce chaufournier, ce vitrier vigoureux sans cesse soumis à l'action d'un feu ardent, épouvantable; sa figure est pâle, son teint décoloré.

Vous êtes consulté pour une femme faible, délicate; vous conseillez les eaux, et sur le revers de la consultation vous ajoutez: A moins qu'il n'entre mieux dans les convenances de la malade de prendre les bains de mer. Cette prescription paraît contradictoire; eh bien! qu'arrive-t-il? A la première immersion, un sentiment de prurit, de chaleur se développe chez elle, sa peau rougit; elle subit l'influence excitante du froid: c'est mon *nez rouge!* Un deuxième bain est pris; l'influence tonifiante s'accroît, et successivement à mesure que le nombre des bains augmente. Sous cette influence, l'accomplissement des fonctions vitales, lent et chétif auparavant, s'active et prend une vigueur jusque-là inconnue. Une dérivation salutaire s'est opérée, et la jeune femme, de retour à Paris, va désormais braver les pluies, les brouillards de l'automne, elle qui auparavant osait à peine sortir, ouvrir sa fenêtre par les mauvais temps, et qui faisait une maladie chaque fois que son nez avait rougi sous l'influence d'un air un peu vif. Le même effet aurait été produit par les eaux minérales.

Quelle marche suivrons nous, messieurs, dans les études que nous allons entreprendre ensemble?

Professeur de thérapeutique avant d'être professeur de pathologie, j'avoue qu'il me serait difficile d'oublier ma première profession; c'est assez vous dire qu'en fait de méthodes, c'est à la méthode expérimentale que je donnerai la préférence.

Je dis expérimentale, et ce mot a besoin d'explication.

Est-ce à dire que, médecin des pauvres, j'irai impunément et d'une manière infâme me livrer à des expériences sur un lit de misère et de douleur, espérant l'impunité en cas d'insuccès, et me fiant au peu de retentissement de la mansarde dans la rue?

Est-ce à dire que, placé à la tête d'un service d'hôpital et ayant sous ma puissance un nombre considérable de pauvres malades, oublieux de mon honneur et de toutes les lois de l'humanité, j'irai entreprendre des expériences dans l'espoir d'une fortune si je réussis, et qui coûteront la vie à un pauvre diable si j'échoue. Un médecin qui se conduirait ainsi serait un misérable, et je dois ajouter qu'il ne m'est jamais arrivé de faire d'essais thérapeuti-

---

t-il incubation? L'infection générale suit-elle nécessairement la production du chancre?

Ces deux questions ont été résolues d'une manière absolue par M. Ricord; pour ce chirurgien, le pus virulent appliqué sur un point de nos tissus a une action instantanée qui reste locale trois, quatre, cinq et même six jours, puisque si l'on détruit alors l'ulcération par le caustique il n'y a pas d'infection générale possible.

Pour admettre cette instantanéité de développement du chancre, M, Ricord a invoqué les résultats obtenus par l'expérimentation: mais, selon M. Vidal, il n'y a pas similitude entre ces deux modes de production du chancre. Dans l'inoculation par la plaie qu'on pratique à la peau, on crée une surface nouvelle, une surface traumatique et des phénomènes qui appartiennent d'abord au traumatisme; les manifestations du virus ne viennent qu'après. Il y a donc d'abord la lésion physique, puis la lésion spécifique. Bien plus, ajoute encore M. Vidal, il peut exister un temps d'arrêt entre ces deux lésions, et cet arrêt peut être de plusieurs jours.

Pour admettre, du reste, l'incubation, en outre des faits qui paraissent l'établir d'une manière positive, faits observés par beaucoup de praticiens, et dont quelques-uns ont été publiés, on a pu juger par analogie. Ainsi, la plupart des virus séjournent dans l'économie pendant un certain temps sans manifestation extérieure.

Pourquoi, dit M. Vidal, le virus syphilitique n'en ferait-il pas autant?

Toute cette partie, que nous ne faisons qu'indiquer, est très bien traitée par M. Vidal; des planches remarquablement bien faites facilitent l'étude du chancre. Nous signalons l'intéressante observation, avec reproduction de la pièce pathologique, relative à un chancre du méat avec perforation de la vessie.

Dans le traitement, M. Vidal devait nécessairement repousser la méthode abortive comme moyen de prévenir l'infection.

Quant au bubon, M. Vidal admet, contre l'opinion de M. Ricord, son développement d'emblée, partageant sur ce point les opinions de MM. Gibert, Lagneau, Cazenave, Baumès, etc...

Après avoir traité des végétations syphilitiques, M. Vidal aborde l'histoire de la pustule muqueuse; le diagnostic si difficile de cette affection est exposé avec soin. Puis vient la question de contagion et d'inoculation.

L'expérimentation avait été faite déjà depuis longtemps par Wallace pour démontrer la transmissibilité par inoculation de cet accident, et cette voie expérimentale n'avait pas été suivie d'abord en France; mais des observations positives ont été relevées depuis lors, et les faits de MM. Vidal, Bouley et Waller, de Prague, ne peuvent laisser subsister aucun doute.

La pustule plate ferme donc, comme nous l'avons dit, la liste des accidents que M. Vidal nomme primitifs; nous arrivons maintenant aux accidents secondaires.

Un premier chapitre est consacré à des considérations générales sur ces accidents; l'auteur passe successivement en revue leurs caractères, l'époque et l'ordre de leur apparition, leur étiologie, etc., et enfin leur thérapeutique. Le deuxième chapitre est consacré à l'étude des maladies vénériennes en particulier.

Nous signalerons rapidement les faits principaux sans nous y appesantir, l'espace nous manquant pour donner plus d'étendue à notre analyse.

L'époque de l'apparition des accidents secondaires ne saurait être limitée; en général, elle ne dépasse pas beaucoup la durée de trois mois; cependant des faits incontestables démontrent que l'infection peut exister bien plus longtemps sans donner lieu à des manifestations caractéristiques.

M. Vidal soulève la question de la transmissibilité des accidents secondaires par l'inoculation du sang des vérolés. Il cite à ce propos les expériences de Waller, dont il partage les croyances, et il en arrive à cette question: Peut-on avoir plusieurs fois la vérole? question qu'il résout par l'affirmative, repoussant ainsi toute idée de vaccination préventive; puis il arrive à la thérapeutique.

Toute cette partie du livre sera consultée avec fruit par les praticiens; l'auteur fait l'histoire complète de toutes les médications usitées contre les affections vénériennes, et trace avec soin les règles à suivre dans leurs applications.

Vient ensuite l'histoire des syphilides; dans cette partie du livre, qui a été longuement développée par M. Vidal, se trouvent rapportés les faits d'inoculation de l'ecthyma syphilitique. M. Vidal est le premier en France qui ait prouvé que l'accident dit secondaire se transmettait non-seulement par contagion, mais par inoculation expérimentale; on trouve avec toutes ses péripéties l'observation de M. B....., qui fut depuis le point de départ d'expériences entreprises par MM. Cazenave, Puche, Richet, etc.

Après avoir successivement exposé les maladies des dépendances de la peau, des membranes muqueuses, des yeux, des testicules, etc., etc., etc., M. Vidal aborde la question de la syphilis des enfants nouveau-nés.

Les manifestations de l'infection générale peuvent être apparentes dès la naissance de l'enfant ou ne se montrer que quelques semaines après. Les altérations peuvent porter sur tous les organes des enfants, et nous avons même publié une observation remarquable de carie du tibia sur un enfant nouveau-né présentant des pustules sur toute la surface du corps; ce malheureux enfant a vécu une semaine.

M. Vidal rapporte dans un chapitre d'anatomie pathologique tous ces faits intéressants; il signale cette singulière affection du thymus sur laquelle insiste M. P. Dubois, affection que nous avons retrouvée constamment lorsque nous rencontrions le pemphigus.

Nous n'avons malheureusement pas la possibilité de nous étendre sur cette partie de l'ouvrage, pas plus que sur le dernier chapitre consacré à la prophylaxie.

Nous dirons seulement que M. Vidal rapporte avec soin le résultat des travaux de tous, et qu'il nous a paru aussi complet que possible.

Après avoir exposé les différentes mesures hygiéniques prises avec succès dans des pays voisins, l'auteur termine en promettant plus tard un traité sur cette matière.

En résumé, le livre que nous venons d'analyser nous a paru tenir les promesses faites par l'auteur. C'est un ouvrage élémentaire, et dans lequel cependant ne sont point négligées les questions scientifiques pures. Comme nous le disions, M. Vidal a emprunté à tous les chirurgiens, à tous les travailleurs, et toujours il rend à chacun ce qui lui appartient. Riche de ses propres recherches, il a pu donner à son travail l'intérêt qui s'attache aux productions originales, et plusieurs parties du livre deviendront sans doute le point de départ de nouvelles discussions intéressantes.

Nous ne terminerons pas sans adresser aussi des éloges à l'éditeur, M. Masson, pour le luxe qu'il a mis et dans les planches et dans l'impression du volume de M. Vidal.

E. L.

ques à l'hôpital ou sur le pauvre. Toujours j'ai commencé sur mes clients en ville, et des clients hauts placés.

Mais à côté d'une conduite que tout médecin humain et consciencieux doit flétrir, il en est une autre qui doit être suivie.

Un malade se présente à vous dans les conditions suivantes : On a employé tous les moyens ; vous-même avez fait ce que vous avez pu. Tout a été inutile ; votre malade va succomber ; une seule lueur d'espoir s'offre à vous ; vous espérez le sauver, si l'idée que vous avez conçue est mise à exécution. Pénétré de la situation de votre malade et de l'utilité de votre moyen, l'abandonnerez-vous uniquement parce qu'il n'a pas été mis à exécution, et que vous n'en connaissez pas expérimentalement les effets ? Mais votre malade va mourir ; quelques minutes encore, et il est mort ; il n'y a pas de temps à perdre. Croyez-vous, messieurs, qu'un médecin, en pareil cas, ne doive pas tout tenter pour sauver un semblable agonisant ?

Est-ce à dire qu'il faut, dans les cas moins urgents, renoncer à la méthode expérimentale ? Non certes ; mais il faut y recourir avec prudence, avec sagesse. L'hydrocèle est une maladie simple, peu dangereuse ; attendez-vous que la tumeur ait fait des progrès et englouti, pour ainsi dire, les bourses et le pénis, pour en venir au traitement palliatif ou curatif ? Non, vous avez recours au trocart, aux injections. Et cependant, dans les hydropisies de l'ovaire, on condamnait les malheureuses malades à laisser croître leur tumeur jusqu'à prendre des proportions énormes !... Qu'a fait M. Bonnet ? Il a eu l'idée de faire comme pour l'hydrocèle ; il a ponctionné le sac hydropique, il y a fait pénétrer des injections iodées, et il est arrivé à obtenir des faits nombreux de guérison.

Ainsi donc, méthode expérimentale, prudente, honnête et j'ajouterai même *hypothétique* ; oui, hypothétique. Eh ! messieurs, dans la plupart des circonstances de la vie, n'est-ce pas par hypothèse que nous raisonnons ? Tenez, vous êtes seul le soir dans votre chambre, on vient gratter à votre serrure ; est-ce un ami, est-ce un voleur ? Vous formez votre hypothèse ; vous allez ouvrir, et vous confirmez votre jugement.

Permettez-moi, en terminant, de vous citer et de mettre sous vos yeux l'exemple admirable de M. Bretonneau, mon premier maître. Tout jeune encore, il se livrait avec ardeur à l'étude des sciences naturelles. Mme Dupin dont parle J.-J. Rousseau, femme au jugement sain, lui disait : « Mon ami, je vois avec plaisir les efforts que vous faites, car retenez ceci : ce n'est pas la science qui forme le véritable savoir ; mais ce qu'on ne sait pas nuit à ce qu'on sait. » Sans prendre ce conseil à la lettre, profitons-en cependant dans ce qu'il a de vrai. M. Bretonneau continua ses études. Officier de santé dans le fond d'un petit village, la gloire et la renommée vinrent le tirer de son obscurité ; c'est que M. Bretonneau, messieurs, n'est pas seulement un homme de science, un érudit. Raphaël ne devait pas à la seule inspiration ses chefs-d'œuvre. Dans ses cartons étaient des esquisses innombrables, dues à un travail opiniâtre et de tous les jours ; et quand il nous retraçait les figures admirables de ses vierges, dont les modèles étaient dans les campagnes de Rome, ses inspirations, en apparence instantanées, étaient le fruit de ses veilles, de ses travaux précédents. De même pour Véronèse et tous les grands maîtres ; de même pour M. Bretonneau, qui, lui aussi, est un artiste. Plein de zèle et d'ardeur, vous le voyez, encore courbé sous les glaces de la vieillesse, vous étonner par des découvertes telles que la trachéotomie dans le croup, et persister dans son ardent amour pour le progrès et le bien de l'humanité ; amour qui, chez le médecin honorable, doit être l'*ultimum moriens*. (Applaudissements prolongés.)

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. Nélaton.

Rétrécissement de l'œsophage. Traitement par la dilatation.

Un malade de trente-six ans environ, entré dans notre service il y a quelques jours se plaignant d'une simple fatigue, nous a consulté pour une affection plus grave dont il est atteint. Il raconte qu'il y a un an il vit se développer à la partie supérieure droite du cou une tumeur qui grossit lentement, devint assez volumineuse, et que son médecin, après y avoir constaté la fluctuation, ouvrit à l'aide de la potasse caustique. Le pus fut évacué ; l'ouverture, après être restée fistuleuse pendant deux mois environ, se ferma.

Quelque temps après, développement d'une nouvelle tumeur à la partie inférieure gauche du cou, en dehors du faisceau claviculaire du sterno-mastoïdien, au-dessus de la clavicule et de l'artère sous-clavière ; peu à peu le sommet de la nouvelle tumeur rougit, et cette fois le malade s'opéra lui-même à l'aide d'un canif, et, à son étonnement, l'ouverture donna issue à un jet de gaz avec sifflement accompagné d'une très petite quantité de pus. Peu à peu la tumeur s'affaissa ; mais l'ouverture, restée fistuleuse encore quelque temps, donna issue à de nouvelles productions gazeuses accompagnées de quelques gouttes de liquide.

A dater de cette époque, le malade éprouva une nouvelle série de symptômes, et la déglutition devint plus difficile. Les liquides étaient avalés facilement ; mais les aliments solides, et surtout la viande, exigeaient des efforts et des manœuvres longs et pénibles, accompagnés souvent du rejet du bol alimentaire qui ne pouvait franchir l'obstacle, dont le malade assigne lui-même le siége un peu au-dessus de la fourchette sternale.

Ces symptômes, qui sont ceux du rétrécissement de l'œsophage, nous engagèrent à pratiquer le cathétérisme, afin de nous assurer du lieu précis du rétrécissement. Une baleine, portant à son extrémité un petit renflement d'ivoire de 8 millimètres de diamètre transversal, fut introduit dans le pharynx et dans l'œsophage, et rencontra l'obstacle un peu au-dessus de l'extrémité supérieure du sternum. Le siége du rétrécissement étant connu, nous introduisîmes une nouvelle sonde à boule d'ivoire d'un diamètre plus considérable, 5 centimètres. Cette boule put franchir l'obstacle comme la première, mais cependant avec plus de difficulté.

A l'extérieur, en palpant avec l'extrémité des doigts introduits entre le faisceau sternal du sterno-mastoïdien et la trachée et appuyant jusqu'à la rencontre de la colonne cervicale, nous pûmes facilement reconnaître à gauche une tumeur située en arrière de la trachée, en dedans du sterno-mastoïdien.

En même temps, j'ai pu constater un fait important, l'altération des parois de l'œsophage ; la difficulté de la déglutition n'était donc pas due à une tumeur développée derrière le conduit œsophagien et à une pression de dehors en dedans de ce conduit, mais bien à un rétrécissement organique. De plus, en faisant exécuter au malade des mouvements de déglutition et la main appliquée sur la tumeur, j'ai senti son mouvement d'élévation correspondant exactement à celui de l'œsophage ; la tumeur fait donc corps avec ce conduit.

Il est difficile de se rendre compte des phénomènes pathologiques qui se sont accomplis successivement chez ce malade. Y a-t-il corrélation entre les tumeurs droite et gauche et entre ces tumeurs et la tumeur œsophagienne ? Je ne le pense pas, car les accumulations de liquides, les fusées purulentes seraient venues former dépôt à la partie inférieure de la région en suivant la direction des gaînes fibreuses qui s'opposent au passage d'un côté à l'autre.

La tumeur du côté gauche a présenté ce phénomène particulier, la présence et l'accumulation de l'air, et plusieurs explications peuvent se présenter à l'esprit.

1° L'air peut provenir du poumon perforé par une fente tuberculeuse et communiquant avec le tissu cellulaire extérieur à l'aide d'ouvertures restées fistuleuses. Ce n'est pas le cas, puisque notre malade ne présente aucun symptôme d'affection tuberculeuse.

2° Un abcès se forme au voisinage de la trachée, la perfore en arrière dans sa partie membraneuse ; il se forme un trajet fistuleux qui donne passage à l'air à chaque inspiration ; mais ces phénomènes ne s'accomplissent pas sans donner lieu à des accidents graves de suffocation ; or rien de semblable n'a eu lieu chez notre malade.

3° Une ulcération se développe dans les parois de l'œsophage, amène une perforation consécutive ; le liquide alimentaire entretient un trajet fistuleux et vient peu à peu se rassembler en foyer au voisinage de la fistule, et l'air avalé à chaque effort de déglutition suit le liquide et forme ainsi une accumulation de gaz au voisinage de l'œsophage. C'est là l'explication du phénomène que nous avons constaté chez notre malade.

Notre malade exécute, du reste, facilement, sans aucune douleur, les mouvements du cou. Il n'est donc pas permis de penser à l'existence d'une tumeur blanche des vertèbres cervicales. L'absence complète d'antécédents syphilitiques empêche également de reporter son mal à une cause de cette nature.

En l'absence de toute cause appréciable, nous traiterons uniquement la lésion organique par la dilatation, absolument comme pour les rétrécissements du canal de l'urètre, avec cette différence que le contact de la sonde œsophagienne ne sera pas prolongé comme celui des bougies urétrales, car on comprend qu'il pourrait en résulter des accidents graves. Peu à peu, du reste, le gosier du malade s'habituera au contact de la sonde ; et sans espérer le débarrasser complétement, car la récidive est presque assurée comme dans les rétrécissements de l'urètre, nous croyons, par une dilatation graduée, amener une amélioration notable à son état. Nous reviendrons sur ce malade.

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. Barrier.

Corps étranger (étui) introduit dans la vessie. — Extraction suivie de guérison.

On a publié jusqu'à ce jour des faits assez nombreux d'introduction de corps étrangers dans la vessie. Bouts de sonde, bougies, lentilles, fèves, épingles, épis de blé, cure-dents, porte-plumes, mèches de charpie, etc... Voilà des objets très divers trouvés dans ce réservoir, où ils étaient parvenus, les uns par accident, les autres par suite de manœuvres que je ne veux point apprécier ici.

A cette série de faits, j'en ajoute un où il s'agit d'un étui. La nature de l'objet introduit et le procédé suivi pour son extraction m'ont paru assez intéressants pour m'engager à le publier.

C. F..., âgée de trente ans, née à Beaujeu, entre à l'Hôtel-Dieu dans la soirée du 17 octobre 1852. Elle occupe le lit n° 8 de la salle Sainte-Marthe (service de M. Barrier). Elle est grande, bien constituée, d'un tempérament mixte. Elle n'est pas mariée. La menstruation a toujours été chez elle très irrégulière. Elle raconte qu'elle a été surprise dans la rue, il y a huit jours, par une hémorrhagie utérine accompagnée de fortes coliques ; elle s'est réfugiée dans une allée, et a voulu pratiquer le tamponnement avec un étui de bois enveloppé d'un linge qu'elle avait dans sa poche. Le sang a cessé de couler ; mais, lorsqu'elle a retiré le linge, elle n'a plus retrouvé son étui. Depuis lors elle a éprouvé des douleurs à l'hypogastre et aux lombes, de la pesanteur au périnée ; l'urine s'est écoulée constamment et goutte à goutte. La malade a remarqué qu'elle urinait du sang les premiers jours.

Ce n'est qu'après avoir souffert en secret pendant toute une semaine qu'elle s'est décidée à venir à l'Hôtel-Dieu de Lyon. Aujourd'hui tous ces symptômes persistent encore ; seulement l'urine, qui était sanguinolente au début, est maintenant franchement catarrhale. La malade suppose que son étui est resté dans la *nature*. On l'interroge vainement pour savoir si elle l'a introduit dans le vagin ou dans l'urètre. Elle répond à toutes les questions qu'elle l'a mis dans la *nature*, et que, du reste, elle ne sait pas du tout comment les femmes sont faites.

On procède alors à l'exploration. Le doigt introduit dans le vagin n'y rencontre aucun corps étranger ; mais on sent à travers sa paroi supérieure un objet dur, assez volumineux, peu mobile, qui ne peut être que dans la vessie. Le cathétérisme direct y fait reconnaître en effet la présence d'un corps étranger. On prescrit : potion calmante, cataplasme sur l'hypogastre, bains de siége, et on laisse la malade se reposer un peu des fatigues du voyage.

Le 19, la malade, amenée dans la salle d'opérations, est couchée sur le bord d'un lit. Les cuisses, fléchies sur le bassin, sont maintenues dans l'abduction par des aides. M. Barrier, introduisant le doigt dans le vagin, reconnaît de nouveau la présence dans la vessie d'un corps allongé, dont il ne peut préciser par ce moyen ni la longueur ni le diamètre. Il pousse alors dans la vessie une injection d'huile, qui ressort en grande partie sur les côtés de la sonde.

Un lithotriteur, immédiatement introduit, rencontre le corps étranger, le saisit à plusieurs reprises, mais ne peut l'amener au dehors. On le saisit aussi avec la pince à deux branches de Hunter, mais inutilement. Enfin M. Barrier, remarquant avec quelle facilité les instruments ont franchi le canal, essaye d'introduire le doigt auriculaire, puis l'indicateur gauche, qui pénètre assez facilement jusque dans la cavité vésicale. Il sent très bien l'étui, et s'assure que sa direction est transversale, l'extrémité droite un peu plus rapprochée du col vésical que la gauche. Alors il introduit l'indicateur droit dans le vagin ; et, en combinant l'action de ses deux doigts sur l'extrémité droite de l'étui, il l'amène à l'orifice interne du canal, où il s'engage aisément, poussé à son autre extrémité par les contractions de la vessie. Dans ce moment, il eût été facile de le saisir avec la pince à trois branches et de l'extraire promptement ; mais l'opérateur, prévenu d'avance qu'il est plein d'aiguilles et craignant qu'il ne s'ouvre, le laisse cheminer de lui-même tout en le poussant par derrière avec l'indicateur droit. Enfin, il peut être saisi au delà du point d'union des deux pièces et complétement extrait.

On reconnaît alors un étui de palissandre parfaitement cylindrique et terminé à ses extrémités par des surfaces planes. Sa longueur est de 85 millimètres, sa circonférence de 45. On ne l'ouvre qu'avec peine, ce qui tient sans doute au gonflement du bois produit par l'humidité. (Cette circonstance rendait heureusement son ouverture plus difficile pendant l'opération.) Il contient 9 aiguilles toutes rouillées.

Immédiatement après l'opération, la malade se sent plus légère. Elle continue la prescription du premier jour.

Le 20, les douleurs accusées le jour de son entrée sont beaucoup plus faibles, plus sourdes. Elles ne deviennent vives que pendant la miction, qui a lieu environ toutes les heures.

Le 30 octobre, les douleurs ont cessé presque complétement, mais la miction est toujours fréquente et les urines catarrhales. La malade s'en va malgré les instances de M. Barrier pour la retenir jusqu'à sa complète guérison.

Nous trouvons dans ce fait des circonstances assez remarquables pour nous arrêter un moment. Et d'abord, comment l'introduction a-t-elle eu lieu ? Il est évident qu'elle n'aurait pu se faire à travers un urètre réduit à son calibre normal. Mais ici l'urètre, comme on l'a vu dans les détails de l'extraction, laissait pénétrer facilement le doigt indicateur. Il était donc énormément dilaté, et la dilatation à ce degré serait sans antécédent connu, si on ne la supposait produite artificiellement par l'introduction progressive de dilatateurs dont la nature nous importe peu. Si on l'interprète ainsi, ce fait se range à côté de ceux de Flamand et de Meyer. Le premier a rencontré un urètre qui permettait l'introduction du doigt ; Meyer, un autre qui avait fini par permettre le coït.

Ensuite, l'étui destiné au vagin s'est-il égaré par mégarde dans l'urètre, ou a-t-il été sciemment introduit dans ce canal ? Les dénégations de la malade et son ignorance affectée vis-à-vis de ce qu'elle appelle la *nature* ne nous permettent pas d'avoir là-dessus plus de renseignements que sur les causes de la dilatation urétrale. C'est peut-être le cas de répéter ce que dit Montaigne dans ses *Essais* : « Il n'est ni folie, ni rêverie que ne produisent les esprits mal embesognés et déréglés dans le vaste champ des imaginations. »

Quoi qu'il en soit, la dilatation de l'urètre a été d'un grand secours pour l'extraction. Les divers instruments ne pouvaient saisir l'étui que par sa partie moyenne, ses extrémités restant appliquées contre les parois vésicales fortement contractées sur elles. Au contraire, l'action des doigts rendait les manœuvres plus faciles et plus sûres.

Il serait peut-être utile que dans des cas analogues on facilitât l'application de ce procédé par la dilatation préalable du canal, lorsque rien ne presse d'agir et que le corps introduit ne peut être d'ailleurs ni extrait par les instruments, ni réduit en fragments capables eux-mêmes d'être extraits sans danger.

J. Morel, interne.

(*Gaz. méd. de Lyon.*)

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Hémoptysie. Emploi de la térébenthine.

Une longue expérience a appris au docteur Lange (de Kœnigsberg) que l'essence de térébenthine agit plus promptement dans le traitement de l'hémoptysie que les divers moyens qu'on leur oppose d'ordinaire contre cette affection, tels que le tannin, l'ergotine, l'acétate de plomb, le sulfate et le chlorhydrate de fer, l'alun, les applications froides sur les parties génitales et le thorax, le sel de cuisine, l'application de sangsues sur le sternum, etc. On sait que l'efficacité de la térébenthine dans le traitement de l'hémoptysie avait déjà été reconnue par Copland, H. Wilshire et d'autres.

Ce qui a conduit le docteur Lange à user largement de la térébenthine dans l'affection dont il s'agit, c'est que cette substance, employée par lui dans un grand nombre de blennorrhées pulmonaires et de dilatations bronchiques existant chez des phthisiques, a eu pour effet non-seulement d'amender les affections intercurrentes contre lesquelles elle était dirigée, mais encore celui de diminuer chez ces malades la fréquence des hémorrhagies pulmonaires. Nous venons de dire que le docteur Lange fait un large emploi de la térébenthine : il l'emploie, en effet, dans l'iritis, la maladie maculée de Werlhof, l'hémorrhagie utérine, la tympanite, le typhus, la fièvre puerpérale, diverses névralgies, les rhumatismes chroniques, les hydropisies, l'aménorrhée, la blennorrhée urétrale et vésicale, etc. Les inconvénients reprochés à l'emploi de l'essence de térébenthine, tels que faiblesses, vomissements, céphalalgies, etc., ne s'observent d'ordinaire que lorsqu'on force la dose du médicament en le donnant, par exemple, à la dose de 1 gros à 1 gros par jour. (*Ann. de méd. de Roulers.*)

Dyssenteries, diarrhées chroniques ; emploi des lavements iodés.

On connaît l'efficacité des lavements au nitrate d'argent dans ces

maladies; M. Eimer assure, dans le *Henle's zeitschr.*, que les lavements iodés préparés de la manière suivante possèdent une efficacité au moins aussi marquée :

Iode de . . . . 0,25 à 0,50
Iodure de potassium. . . . q. s.

pour la dissolution dans

Eau distillée. . . . . . 30 à 90 grammes.

Pour un lavement que l'on renouvelle deux fois dans les vingt-quatre heures et plus rarement trois et quatre fois. S'il y a du ténesme et si le malade a peine à garder son lavement, on l'additionne de 10 à 15 gouttes de teinture d'opium, et on remplace l'eau par un véhicule mucilagineux.

Savon d'huile de ricin.

Suivant Stümcke, la saponification de l'huile de ricin par les alcalis se fait avec une grande facilité. Cette huile fournit avec la sonde, entre autres, un savon blanc et dur qui, administré sous forme pilulaire, constitue un remède laxatif des plus commodes.

DON D'UNE SOMME DE 121,000 FRANCS

fait à divers établissements publics en 1853

PAR M. ORFILA (1).

Paris, le 1er janvier 1853.

A M. le directeur de l'Ecole spéciale de pharmacie de Paris.

Monsieur le directeur et cher collègue,

Examinateur depuis trente-deux ans à l'École spéciale de pharmacie de Paris, j'ai été à même d'apprécier le mérite distingué et le zèle honorable de ses professeurs, ainsi que l'aptitude remarquable de la plupartt des candidats qui avaient assidûment suivi leurs cours. Je garderai toute ma vie un souvenir précieux des bons rapports qui n'ont jamais cessé d'exister entre vous, vos collègues et moi, et je m'estime heureux aujourd'hui de pouvoir donner une preuve du désir qui m'anime de contribuer quelque peu à rehausser l'éclat d'un établissement qui fait tant d'honneur à la France, et dont vous êtes le digne directeur.

Je mets à votre disposition une inscription de 500 fr. de rente 3 pour 100, destinée à fonder un prix de 1,000 fr., qui sera décerné tous les deux ans, à dater de la séance de rentrée de l'année 1856. Cette inscription représente une somme de 14,000 fr. (à 84 fr., prix d'achat).

Ce prix ne pourra jamais être partagé. S'il n'est pas donné, la même question sera mise au concours, et le prix sera alors de 2,000 fr.; si cette seconde fois le prix n'était pas encore décerné, la même question serait proposée pour la troisième fois, et le prix serait de 3,000 fr. Si, malgré ces ajournements, la question n'était pas convenablement résolue et que le prix ne fût pas adjugé, la somme de 3,000 fr. serait versée dans la caisse de l'Association des médecins du département de la Seine, que j'ai fondée en 1833.

Qu'il me soit permis d'indiquer sommairement, monsieur le directeur, un certain nombre de questions qui me *paraissent* devoir être proposées les premières.

1° Extraire des médicaments composés les plus importants tous les principes immédiats ou toutes autres substances actives qui en font partie. Il ne faut pas croire que, parce que l'on aura retiré d'un médicament un alcaloïde ou tout autre corps doué d'une certaine activité, la science ait dit son dernier mot. En effet, la substance extraite du médicament composé peut bien rendre raison d'un certain nombre d'effets thérapeutiques de ce médicament, mais souvent plusieurs autres effets dépendent de matières non encore isolées. Il importe d'être bien fixé à cet égard, afin de compléter tout ce qui se rattache à l'action des médicaments composés sur l'économie animale, et à la part que prennent dans cette action les divers éléments actifs qu'ils renferment. Cette question fournira, vous n'en doutez pas, un bon nombre de sujets de prix.

2° Déterminer, par l'expérience, quelles sont les substances des divers règnes qui ne doivent jamais être réunies dans une même formule, parce qu'elles se décomposent mutuellement et que les produits qui en résultent sont complétement inertes. Dire, par contre, quelles sont les substances qui, tout en se combinant et même en se décomposant, donnent naissance à des médicaments doués d'une certaine activité et partant utiles à la médecine. Indiquer le genre d'altération qu'éprouvent ces diverses substances, et la nature des nouveaux composés qui se sont formés.

3° Exposer les procédés propres à faire connaître certaines sophistications qui n'ont pas encore été l'objet d'études sérieuses.

4° Voir quelles modifications éprouvent à la longue certains médicaments végétaux et animaux de la part de la chaleur, de la lumière, de l'air sec et humide, etc., et dire si les produits qui résultent de l'altération de ces médicaments pourraient occasionner des accidents dans le cas où ces médicaments seraient employés en médecine.

5° Analyser la salive, l'urine, la sueur, dans les principales maladies aiguës dites spécifiques, afin de constater les changements qu'ont pu éprouver ces liquides; joindre à cette étude celle de l'air expiré.

6° Rechercher si, chez les femmes en couches, le lait abandonne en partie les vaisseaux galactophores pour se porter ailleurs, et notamment si, dans ces maladies dites laiteuses, auxquelles sont quelquefois en proie les femmes récemment accouchées, le lait a été réellement transporté dans l'urine, dans certaines cavités séreuses, etc.

7° Soumettre à l'analyse les eaux minérales encore peu connues, et reprendre l'étude de celles qui jouissent d'une grande célébrité, afin de savoir si on n'y décèlerait pas quelques nouvelles substances actives. Si le problème posé par l'Académie de médecine en 1851, à l'occasion du prix Capuron, n'a pas reçu une solution satisfaisante, on le remettra au concours.

Telles sont, monsieur le directeur, les questions qu'il importe d'élucider. Les besoins de la science vous porteront, je n'en doute pas, à en proposer d'autres, soit avant, soit après celles qui viennent d'être indiquées; je m'en rapporte, à cet égard, à la sagacité de MM. les professeurs, dont j'accepte d'avance les programmes, quels qu'ils soient.

Agréez, monsieur le directeur et cher collègue, l'assurance de ma considération distinguée et de mes sentiments affectueux.

ORFILA.

Cette lettre est suivie de quatre autres lettres : la première adressée à MM. les membres de la commission de l'Association des médecins de la Seine, où, après avoir retracé en peu de mots le bien qu'a fait cette Association, fondée en 1833, M. Orfila rappelle que, d'après une disposition insérée dans ses deux lettres à l'Académie et à l'Ecole de pharmacie, les sommes affectées aux deux prix qu'il fonde seront versées dans la caisse de l'Association toutes les fois que ces prix n'auront pas été décernés après deux remises successives au concours des questions proposées.

La deuxième lettre est adressée à M. le directeur de l'Ecole préparatoire de médecine de Bordeaux, et lui annonce qu'il met à sa disposition 1,000 fr. destinés à acheter 10 tables en fonte pour remplacer celles en bois, qui offrent l'inconvénient d'exhaler une odeur fétide.

La troisième lettre est à l'adresse de M. le directeur de l'Ecole préparatoire de médecine d'Angers, auquel il annonce l'envoi *franco* d'une collection de pièces d'anatomie pathologique choisie dans le magnifique Musée Thibert.

La quatrième lettre, enfin, est adressée à M. Stablo, surveillant du Musée Orfila, et lui annonce comme témoignage de reconnaissance la rente de 100 fr. qu'il a fondée pour lui.

Ces différents dons ont été annoncés en ces termes dans cinq lettres adressées à M. le ministre de l'instruction publique et des cultes :

« J'ai adressé aujourd'hui, dit M. Orfila, à M. le ministre, cinq lettres.

» Par la *première*, je fais connaître mes divers dons en faveur de plusieurs établissements publics (121,000 fr.).

» Par la *deuxième*, je mets à la disposition de l'État une somme de 60,000 fr., destinée à achever le Musée Orfila. (Anatomie comparée.)

» Par la *troisième*, j'annonce que je fais hommage à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Bordeaux d'une somme de 1,000 fr., pour l'acquisition de tables de dissection en fonte.

» Par la *quatrième*, j'instruis M. le ministre du don que je fais à l'École d'Angers d'une collection de pièces d'anatomie pathologique, choisie dans le Musée Thibert.

Par la *cinquième*, j'offre une somme de 1,000 fr. par an, ma vie durant, pour établir un musée micrographique propre à donner aux étudiants une idée exacte de la structure de nos tissus, et pour aider à la préparation de pièces d'anatomie (viscères, muscles, etc.), d'après l'admirable procédé du docteur Sucquet.

» Je n'ai pas cru devoir publier ces lettres. ORFILA.

» Paris, ce 1er janvier 1853. »

(1) Voir le numéro précédent.

Modifications dans le règlement du concours pour le bureau central des hôpitaux.

Les modifications suivantes ont été adoptées par le conseil de l'assistance publique sur le rapport de M. Horteloup :

Article 1er. Les membres des jurys des concours sont tirés au sort par le directeur, soit en séance de conseil de surveillance, soit en présence de deux de ses membres, délégués à cet effet.

Art. 2. Dans le cas prévu par l'article 104 du règlement sur le service de santé, où des candidats proposeraient des récusations, le directeur prononcera, après avoir pris l'avis des deux membres désignés en l'article précédent.

En cas de divergence d'opinion entre le directeur et les deux membres du conseil, il en serait déféré au préfet de la Seine.

Art. 3. Le jury de chaque concours est formé quinze jours avant l'ouverture, après que les listes d'inscription des candidats ont été closes.

Art. 4. Les jurys des concours pour la nomination des membres du bureau central sont composés, lorsque le nombre des places à donner n'excède pas deux, pour les places de médecins, de quatre médecins titulaires, un chirurgien titulaire, un médecin suppléant, un chirurgien suppléant.

Pour des places de chirurgiens, de quatre chirurgiens titulaires, un médecin titulaire, un médecin suppléant, un chirurgien suppléant.

Toutes les fois que le concours aura pour objet la nomination à *plus de deux places*, le nombre des membres titulaires du jury sera augmenté d'un médecin et d'un chirurgien par chaque place au-dessus de deux.

Si des membres titulaires d'un jury viennent à se trouver dans l'impossibilité de continuer leurs fonctions, le jury sera complété par les membres suppléants, qui resteront disponibles, sans distinction de médecin ou de chirurgien.

Art. 5. Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration de l'assistance publique quinze jours au moins avant l'ouverture du concours.

Ne sera pas admis à s'inscrire tout candidat qui se présentera après l'époque fixée pour la clôture des listes dont le jour sera indiqué aux affiches.

Art. 6. Les médecins et chirurgiens qui se présentent au concours pour les places du Bureau central doivent réunir les conditions suivantes, savoir :

Pour les places de médecin :

Trente ans accomplis et quatre années de doctorat;

Et pour les chirurgiens :

Vingt-sept ans accomplis et quatre années de doctorat;

Néanmoins, le temps du doctorat et l'âge seront réduits de deux années pour les candidats qui justifient de quatre années entières passées dans les hôpitaux et hospices de Paris en qualité d'internes.

Les candidats qui auront obtenu soit la médaille d'or, soit l'accessit, soit une mention au concours des prix des internes de 3e et 4e année, ne seront tenus d'être reçus docteurs que depuis un an.

Aucun candidat ne pourra se présenter au concours après cinquante-cinq ans pour les places de médecin, et cinquante ans pour celles de chirurgien.

Art. 7. Les épreuves d'admissibilité pour les médecins consisteront :

1° En une composition écrite, pour laquelle il sera accordé au candidat trois heures au plus;

2° En une épreuve clinique sur un seul malade. Il sera accordé au candidat dix minutes pour examiner le malade, et quinze minutes pour développer oralement devant le jury son opinion sur ce malade.

L'épreuve définitive pour les médecins consistera en une épreuve clinique sur deux malades.

Il sera accordé au candidat vingt minutes pour l'examen des deux malades, et trente minutes pour la dissertation orale devant le jury.

Art. 8. Les épreuves d'admissibilité pour les chirurgiens consisteront :

1° En une composition écrite, pour laquelle il sera accordé trois heures au plus;

2° En une épreuve clinique sur un malade. Il sera accordé au candidat dix minutes pour examiner le malade, et quinze minutes pour sa dissertation orale.

Les épreuves définitives se composeront :

1° D'une épreuve clinique sur deux malades. Il sera accordé vingt minutes pour l'examen des deux malades, et trente minutes pour la dissertation orale devant le jury;

2° De deux opérations sur le cadavre.

Dans les épreuves cliniques de la première série, soit en médecine, soit en chirurgie, quatre candidats devront être entendus à chaque séance.

Aux épreuves cliniques de la seconde série, le nombre des candidats à entendre ne sera que de deux.

Art. 9. A la fin de chaque séance, le jury classera les concurrents qui auront paru devant lui suivant les succès qu'ils auront obtenus.

Le jugement définitif portera sur l'ensemble des épreuves, y compris celles qui auront été jugées comme épreuves d'admissibilité.

Art. 10. Les candidats admis aux concours ouverts pour les places du Bureau central avant la promulgation du présent règlement seront dispensés, pour les concours suivants, des formalités et des conditions exigées par l'article 4.

Art. 11. Toutes les dispositions du règlement sur le service de santé auxquelles il n'est pas dérogé par celles qui précèdent continueront à recevoir leur exécution.

Par décret de l'Empereur en date du 5 janvier, ont été nommés membres du conseil impérial de l'instruction publique pour l'année 1853 :

MM.
Elie de Beaumont, membre du Sénat;
Poinsot, membre du Sénat;
Delangle, membre du Sénat;
Baroche, président du conseil d'Etat;
Bonjean, président de la section de l'intérieur et de l'instruction publique et des cultes au conseil d'Etat;
Denjoy, conseiller d'Etat;
Monseigneur le cardinal-archevêque de Reims;
Monseigneur l'archevêque de Paris;
Monseigneur l'archevêque de Tours;
Monseigneur l'évêque d'Arras;
Monseigneur l'évêque de Troyes;
Le pasteur Rodolphe Cuvier, président de l'église consistoriale de la confession d'Augsbourg;
Le pasteur Juillerat, président de l'église consistoriale de la communion réformée;
Franck, vice-président du consistoire central israélite;
Troplong, premier président de la cour de cassation;
Le comte Portalis, premier président honoraire de la même cour;
Rocher, conseiller à la même cour;
Le baron Thénard, membre de l'Institut;
Saint-Marc Girardin, membre de l'Institut;
De Saulcy, membre de l'Institut;
Le général Morin, membre de l'Institut;
Lélut, membre de l'Institut;
Giraud, inspecteur général de l'enseignement supérieur;
Ravaisson, inspecteur général de l'enseignement supérieur;
Nisard, inspecteur général de l'enseignement supérieur;
Dumas, inspecteur général de l'enseignement supérieur;
Leverrier, inspecteur général de l'enseignement supérieur;
Brongniart, inspecteur général de l'enseignement supérieur;
Laferrière, inspecteur général de l'enseignement supérieur;
Dutrey, inspecteur général de l'instruction secondaire;
Labrouste, chef de l'institution libre de Sainte-Barbe, à Paris;
L'abbé Labbé, chef d'institution libre à Yvetot (Seine-Inférieure).

— M. Dumas est nommé de nouveau vice-président du conseil impérial de l'instruction publique.

M. Nisard est nommé de nouveau secrétaire dudit conseil.

— Par arrêté du ministre de l'instruction publique en date du 5 janvier, le conseil impérial de l'instruction publique est convoqué le lundi 17 janvier courant, pour une session ordinaire d'un mois.

Commission pour l'organisation de la démonstration du corps médical en faveur de M. Orfila.

Cette commission se compose de :

MM. Bérard, inspecteur général des études médicales;
P. Dubois, doyen de la Faculté de médecine de Paris;
Dubois (d'Amiens), secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine;
Bussy, directeur de l'Ecole de pharmacie de Paris;
Le directeur de l'Ecole préparatoire d'Angers;
Le directeur de l'Ecole préparatoire de Bordeaux;
Alquié, inspecteur, membre du conseil de santé, directeur de l'école du Val-de-Grâce;
Perdrix, secrétaire général de l'Association des médecins de Paris;
Horteloup, membre du conseil de l'assistance publique;
Ségalas, membre du conseil municipal de Paris;
Guérin, membre de l'Académie de médecine;
A. Latour, docteur-médecin;
Marchal (de Calvi), agrégé à la Faculté de médecine;
X..., élève interne;
X..., élève externe;
X..., élève de l'Ecole pratique.
(Ces trois membres ne sont pas encore connus).
Amette, secrétaire trésorier de la Faculté de médecine.

La commission se réunira dimanche à deux heures, à la Faculté de médecine. MM. les membres de la commission sont priés de considérer le présent avis comme une invitation de vouloir bien se rendre à cette séance.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Par décret de l'Empereur en date du 31 décembre, M. le docteur Conneau a été nommé premier médecin de S. M. et chef du service de santé de sa maison.

—Par décret du 31 décembre, ont été promus dans l'ordre de la Légion-d'Honneur :

Au grade de commandeur : M. Quoy, inspecteur général du service de santé.

Au grade d'officier : MM. Levicaire, second médecin en chef de la marine; Senard, chirurgien de 1re classe, adjoint à l'inspection générale du service de santé.

— Le prix de la formule de la patente du médecin fait partie de la contribution des patentes et doit être acquitté en même temps que le premier douzième de cette contribution (art. 26 de la loi du 25 avril 1844); les docteurs en médecine qui ont été assujettis à la contribution des patentes par la loi du 15 mai 1850, sont donc tenus d'acquitter le prix de la formule de la patente. (Décret du 25 décembre 1852.)

LE GÉRANT.

Paris. — Typographie de PLON frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 4. — MARDI 10 JANVIER 1853. (26e ANNÉE.) N° 4. — MARDI 10 JANVIER 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE.	Trois mois. . . .	8 fr. 50 c.
	Six mois. . . .	16 »
	Un an.	30 »
GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES.	Trois mois.	9 fr.
	Six mois.	17
	Un an.	33
ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR.	Trois mois.	10 fr.
	Six mois.	20
	Un an.	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

A NOS LECTEURS.

Un grand nombre de nos abonnés, en nous adressant le prix de leur renouvellement, nous signalent un fait que nous nous abstenons de qualifier ici. Ils nous préviennent qu'ils reçoivent sous des bandes calquées sur celles de la GAZETTE *une feuille à laquelle ils ne sont pas abonnés, et qui est signée par une personne très récemment encore attachée à la rédaction de notre journal.*

Nous remercions sincèrement nos confrères de cet avis bienveillant. De notre côté, nous croyons devoir leur dire que nous avons demandé aux tribunaux la répression du fait qu'ils nous signalent et de l'acte par lequel on s'est procuré la liste contenant les noms et les adresses de nos abonnés.

Nous attendrons désormais avec confiance et en gardant une réserve que tous les honnêtes gens apprécieront, la décision que nous sollicitons de la justice.

PARIS, LE 10 JANVIER 1853.

De l'hygiène des enfants

DEPUIS LA NAISSANCE JUSQU'A L'ÉPOQUE DU SEVRAGE.

(Deuxième article.)

3° Est-il possible de décider si une femme présente les conditions propres à faire une bonne nourrice ?

Voilà une des questions qui sont le plus fréquemment adressées au médecin et dont la solution, en même temps qu'elle offre une extrême difficulté, engage le plus sa responsabilité : aussi ne saurait-il, avant d'y répondre, s'entourer de trop de lumières, soumettre la personne pour laquelle on le consulte à des examens trop minutieux et trop répétés.

Deux écueils sont également à éviter : l'excès d'exigence ou de facilité. Il faut craindre surtout de tomber dans le dernier excès à l'égard des mères dont l'allaitement présente de tels avantages qu'ils peuvent compenser bien des inconvénients. Tous les hommes spéciaux s'entendent sur ce point. M. Donné, dans son livre intitulé : *Conseils sur la manière d'élever les enfants*, a parfaitement résumé l'opinion générale.

« Si, dit-il, on ne devait accorder la faculté de nourrir qu'aux mères douées d'une force et d'une santé aussi robustes que celles qu'on recherche dans les nourrices étrangères, il faudrait à peu près renoncer à voir les femmes du monde allaiter jamais leurs enfants, car il est très rare de rencontrer ces conditions dans les femmes habitant les grandes villes et surtout parmi celles de quelques classes de la société ; mais il y a tant de compensations à leur infériorité sous ce rapport relativement aux nourrices étrangères qu'il est bon de mettre une certaine mesure dans les exigences et de ne pas pousser la sévérité à l'excès.

» Si donc il n'existe dans la famille de la mère ni chez elle-même aucune affection dartreuse ou scrofuleuse, si on ne redoute aucune disposition à la phthisie pulmonaire, si le tempérament n'est pas trop lymphatique, s'il n'y a aucune tendance à quelque maladie chronique, que la mère soit douée d'une force moyenne et d'un embonpoint ordinaire, que l'appétit soit bon et que les fonctions digestives s'exécutent bien, que les forces se réparent convenablement par la nourriture et par le sommeil, que le lait soit de bonne nature et en suffisante quantité, non-seulement l'allaitement maternel peut être permis, mais il doit être conseillé, encouragé, et la meilleure nourrice sera dans ce cas la mère elle-même. »

Tels sont les principes généraux sur lesquels le médecin doit baser sa réponse. On comprend qu'il est un certain nombre de considérations spéciales dont il devra tenir le plus grand compte au double point de vue de la mère et de l'enfant.

Après ou avant même l'examen de l'état général, on devra s'assurer de la possibilité de l'allaitement, de la quantité suffisante et de la bonne qualité du lait. Quoique nous ayons déjà traité ces questions, nous demandons la permission de revenir sur certains points qui méritent d'être signalés d'une façon toute particulière.

Le développement des mamelles ne suffit pas habituellement pour apprécier la valeur de leur sécrétion, car le volume peut tenir plutôt à la graisse qu'à la glande elle-même. Pour fournir à une bonne lactation, les mamelles doivent être, selon Desormeaux, d'une grosseur moyenne et parsemées de veines bleuâtres. Quoiqu'on ait prétendu que quand elles étaient coniques, comme celles des chèvres, elles donnaient une grande quantité de lait, ce sont, somme toute, les mamelles hémisphériques qui offrent le plus de garanties au point de vue de la question qui nous occupe.

Mais ces caractères physiques et extérieurs sont loin d'avoir toute la valeur que certains auteurs leur accordent. D'un autre côté, l'examen direct laisse encore parfois quelques incertitudes sur la valeur absolue de ce liquide : aussi pour les nourrices étrangères juge-t-on, en partie du moins, de la sécrétion laiteuse par l'état de l'enfant qui y a été soumis. Pour une mère, on ne saurait avoir recours à un pareil moyen ; il faut donc s'en tenir à l'inspection du lait. Voici les caractères que Desormeaux lui assigne chez une bonne nourrice :

« Les inégalités de l'aréole doivent être assez prononcées ; le mamelon, d'une longueur convenable pour être facilement saisi par l'enfant, pas trop volumineux, érectile et bien perméable, ce dont on s'assure en demandant à la femme d'en tirer dans une cuiller. Le lait doit être d'un beau blanc tirant un peu sur le bleu, d'une saveur douce et sucrée, sans odeur, d'une consistance telle, qu'en en mettant une goutte sur une surface polie, comme celle de l'ongle, d'une cuiller de métal ou d'un vase de porcelaine, elle coule en formant une queue un peu allongée et laissant une légère trace blanchâtre. »

On peut encore, pour s'assurer de la richesse du lait, avoir recours au lactomètre de M. Donné, éprouvette divisée en 100 parties. On le remplit de lait qu'on laisse reposer pendant vingt-quatre heures, et qui se sépare en deux portions. La supérieure, qui forme la crème, est due à la réunion des globules laiteux. D'après de nombreuses expériences, M. Donné a constaté que le lait de femme de bonne nature donne 3 parties de crème sur 100.

Parfois la brièveté du mamelon peut être un obstacle insurmontable à l'allaitement. On a indiqué plusieurs moyens pour y remédier. De tous, celui auquel on doit donner la préférence, c'est la succion répétée du mamelon par une grande personne.

Quelques accidents s'opposent à la continuation d'une nourriture qui avait été commencée dans les meilleures conditions. C'est d'abord la suppression du lait, ou agalactie, à laquelle Desormeaux assigne, entre autres causes, le tempérament nerveux, la pléthore, la maigreur extrême, les évacuations excessives, la leucorrhée, les excès vénériens et les passions tristes.

Et, puisque nous venons de parler de cette affection, nous dirons de suite tout ce qui s'y rapporte pour n'y pas revenir à propos des nourrices chez lesquelles elle est souvent dissimulée par intérêt.

« L'agalactie totale, dit M. Cazeaux, est, en général, assez facile à constater. Le premier et le meilleur signe est l'amaigrissement de l'enfant, ou au moins son arrêt de développement. En examinant les seins de la mère, on les trouvera flasques et mous, alors même que l'enfant n'aura pas teté depuis longtemps. L'enfant est constamment affamé ; le sein ne calme pas ses cris ; il abandonne à chaque instant le mamelon, et quelquefois même il le repousse avec colère, comme furieux de n'y avoir rien trouvé. »

Relativement aux moyens de remédier à cet accident, nous partageons l'opinion de M. Cazeaux, qui accorde peu de confiance aux médicaments en général, et en particulier à l'anis, au fenouil et aux lentilles, dont Desormeaux s'est plu à vanter l'efficacité.

La galactirrhée, ou sécrétion trop abondante du lait, est un autre accident qui peut s'opposer à l'allaitement. En effet, en même temps qu'il augmente la quantité du lait, il rend parfois ce dernier clair, séreux, et lui fait perdre en richesse ce qu'il a gagné en abondance. Il en résulte pour la mère une sorte de diabète mammaire, comme l'appelle si justement M. Cazeaux. Ainsi, pour peu que la sécrétion se prolonge de la même manière, il survient une faiblesse générale, du défaut d'appétit, des douleurs et des tiraillements dans la poitrine et dans le dos, puis enfin les signes de la phthisie des nourrices, comme la désignait Morton, qui au bout d'un certain temps enlève les malades.

Si un lait pauvre et séreux exerce une influence fâcheuse sur la santé de l'enfant, un lait trop riche et trop abondant présente aussi d'incontestables inconvénients. Nous avons vu plusieurs enfants nouveau-nés qui se trouvaient mal d'une nourriture trop substantielle, et chez lesquels, ainsi que cela a été assez souvent constaté, il s'était produit des entérites assez graves, qu'un changement de régime a suffi pour guérir.

A côté de ces accidents généraux ou fonctionnels, nous devons placer toutes les affections qui surviennent au mamelon et qui peuvent devenir des obstacles passagers ou permanents à l'allaitement. Telles sont les différentes formes de l'ulcération : érosions, excoriations, gerçures, fissures et crevasses. Le point de départ de toutes ces lésions paraît être l'inflammation de la peau du mamelon, dont M. Deluze a étudié le mécanisme et qu'il expose ainsi dans sa thèse inaugurale :

« L'enfant saisit le mamelon, qu'il place dans une gouttière formée par sa langue et le palais, de sorte que, lorsqu'il exerce la succion, tous ses efforts aboutissent à l'extrémité du mamelon vers lequel les fluides affluent ; celui-ci, ne reposant sur rien, se crève : aussi, après la succion, on voit une petite strie sanguine en cet endroit. Dans quelques cas, la succion détermine seulement un soulèvement de l'épiderme, une ampoule, un suçon, au-dessous duquel on voit une petite ecchymose : soit sous l'influence d'une succion nouvelle, soit spontanément, l'épiderme soulevé se dessèche ou tombe, et l'excoriation est produite. »

On comprend que nous ne pouvons insister sur les caractères de ces différentes lésions, sur leurs symptômes et en particulier sur les douleurs si vives qu'elles causent aux femmes, et enfin sur les accidents qu'elles peuvent produire chez l'enfant.

Nous nous bornerons à indiquer rapidement les moyens qui dans ces derniers temps ont été conseillés pour les prévenir ou les guérir.

Comme moyen prophylactique, MM. P. Dubois et Cazeaux conseillent, pendant le dernier mois de la grossesse, des frictions avec une pommade astringente, la suivante, par exemple :

Tannin.	4 grammes.
Axonge.	30 —

Mais quand la femme commence à nourrir, le meilleur moyen de la préserver de ces accidents, c'est de faire laver le mamelon avec une éponge fine dès que l'enfant a teté. M. Trousseau fait observer que la salive de l'enfant est acide et que, s'il reste un peu de caséum, cela suffit pour amener des excoriations.

Quand malheureusement ces dernières commencent à se produire, il faut laver le mamelon avec de l'eau tiède d'abord, puis avec une légère solution de nitrate d'argent. On a bien conseillé, si ce moyen ne suffisait pas, l'emploi de la pommade suivante :

Précipité blanc.	20 centigrammes.
Axonge.	10 à 15 grammes.

Mais il peut résulter des accidents chez l'enfant par suite de l'absorption de la pommade mercurielle : aussi doit-on en surveiller l'usage avec le plus grand soin.

« Dans ma pratique, dit M. Cazeaux, j'ai employé, et, je dois le dire, souvent avec avantage, une solution dont je ne connais pas la composition, mais qu'on appelle *eau de Mme Delacour*, et qui se vend dans la rue Coquillière. On fait avec cette eau des lotions dès que l'enfant a teté, et l'on coiffe le mamelon avec une espèce de chapeau en plomb. *Peut-être* est-ce à cette dernière précaution que cette eau doit une partie de ses succès. »

Récemment M. Startin (de Londres) a préconisé contre les excoriations et les gerçures du mamelon des préparations dont la glicérine, ou principe doux des huiles, fait la base. En voici les principales formules :

Gomme adragante pure.	8 à 15 grammes
Eau de chaux.	120 —
Eau distillée de rose.	100 —
Glycérine purifiée.	30 —

M. S. A. Faire une gelée molle qu'on peut employer en onctions ou embrocations.

Contre les fissures du mamelon, il se sert du liquide suivant :

Biborate de soude.	2 à 4 grammes.
Glycérine purifiée.	15 —
Eau distillée de rose.	225 —

Notons, en terminant, que tous ces moyens seront favorisés par l'emploi des bouts de sein artificiels. CH. B.

L'importance de la discussion qui a eu lieu à la séance de la Société de chirurgie du 28 décembre 1852, nous engage à en donner le compte-rendu *in extenso* dans un numéro supplémentaire.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. GENDRIN.

Leçons cliniques sur la péricardite. — Diagnostic et pronostic (1).

On peut appliquer à l'inflammation du péricarde une réflexion qui est encore vraie pour la plupart des autres inflammations ; elle ne constitue pas à elle seule la maladie qu'il s'agit de combattre, elle représente une phlegmasie, c'est-à-dire une maladie qui ne se réduit pas à l'affection locale dont elle tire sa dénomination. Un homme est atteint de péricardite à la suite d'un coup qui a porté sur la région du cœur, un autre à la suite d'un rhumatisme qui décroît ou disparaît en même temps que l'inflammation péricardiaque fait des progrès. Si l'on se bornait à dire que ces deux malades ont une péricardite, on ne donnerait évidemment qu'une expression imparfaite de la vérité.

La péricardite n'est donc pour nous qu'une lésion locale dominante. Lorsqu'elle se manifeste, elle entraîne, en vertu de son siége, dans un appareil qui concourt à l'accomplissement de la circulation, des conséquences d'une haute gravité, et acquiert ainsi

(1) Suite. — Voir les numéros des 23, 30 octobre; 23 novembre; 11 et 25 décembre 1852.

une grande importance; mais si le médecin doit se préoccuper des dangers immédiats auxquels elle expose le malade, il doit aussi, d'un autre côté, rechercher les conditions pathologiques primordiales dont elle est la conséquence.

Aujourd'hui que le diagnostic de l'affection qui nous occupe est mieux établi qu'il y a cinquante ans, nous sommes convaincu qu'un grand nombre de cas de péricardite se terminent d'une manière funeste, parce que la plupart des praticiens laissent trop facilement absorber leur attention par la lésion locale, et ne tiennent pas un compte suffisant des circonstances au milieu desquelles la maladie a pris naissance.

Le diagnostic de la pericardite ressort de l'ensemble des symptômes dont nous avons plus haut tracé le tableau. Nous nous contenterons de résumer ici ceux d'entre ces symptômes que signale en quelque sorte d'elle-même leur valeur séméiologique.

Au premier rang nous placerons la matité de la région précordiale; elle s'élève de bas en haut; son extension en largeur a lieu vers le côté gauche de la poitrine.

L'impossibilité pour le malade de conserver la position horizontale dès que l'inflammation acquiert une certaine acuité, plus tard, a nécessité de garder la position assise et d'incliner le tronc en avant et à gauche, sont autant de traits caractéristiques.

Aux phénomènes précédents, si on ajoute la résonnance égophonique de la voix dans toute l'étendue de la région précordiale devenue mate, l'existence d'un mouvement fébrile assez intense, le défaut de rapport entre l'impulsion tumultueuse et énergique des battements du cœur et la faiblesse des diastoles artérielles qui tendent à se resserrer de plus en plus, on aura une réunion de signes qui ne laisseront aucun doute sur la nature de la maladie.

Le degré de la douleur qui se fait sentir au côté gauche de l'appendice xyphoïde, l'agrandissement transversal de la matité précordiale, permettent d'apprécier la quantité de liquide par laquelle est occupée la cavité péricardiaque.

Les symptômes qui peuvent servir à établir le diagnostic de la péricardite chronique se réduisent à peu près exclusivement à la nécessité où se trouve le malade de tenir le corps penché en avant et à la matité qui correspond aux limites du péricarde distendu par la présence de l'épanchement. La matité est absolue; elle diffère de celle qui appartient aux hypertrophies considérables du cœur par le mode de son développement. Contrairement en effet à ce qui arrive pour cette dernière, elle commence toujours par se montrer dans les parties les plus déclives.

Pour établir un diagnostic précis, pour apprécier les qualités et les conditions de l'état morbide, il importe de savoir comment et pourquoi est survenue la péricardite, à quelles circonstances originelles elle se rapporte. On arrive à cette connaissance par la considération de l'état général du malade. Lorsqu'on a affaire à une personne qui est naturellement pâle et faible, ou qui se trouve sous l'influence d'une affection nettement déterminée, telle, par exemple, qu'un diabète albumineux, qu'une lésion chronique du cœur, du foie ou de l'estomac, on constate un épanchement dont l'étendue ne fournit pas la mesure exacte de l'état pathologique de la membrane séreuse. La disposition générale du malade a évidemment exagéré l'intensité des manifestations locales.

Il en est de même dans les péricardites rhumatismales, les épanchements dont elles s'accompagnent sont toujours beaucoup plus considérables que ne le comporte le degré d'intensité de l'inflammation de la séreuse péricardiaque. Dans de telles conjonctures, un examen attentif fera découvrir du côté des membres des douleurs erratiques qui ont coïncidé avec un mouvement fébrile; du côté des articulations, des lésions mobiles et fugaces; il apprendra l'existence antérieure d'affections rhumatismales; en un mot, il dévoilera la prédominance d'un état morbide général dans lequel la péricardite n'occupe qu'un rang secondaire.

Il est admis de faire pour certaines maladies, et pour la péricardite en particulier, ce qu'on a appelé le diagnostic différentiel de la maladie. Ici le diagnostic différentiel, ou, pour mieux dire, le diagnostic comparatif, repose tout entier sur la comparaison de la péricardite avec la pleurésie d'une part, avec la pneumonie de l'autre.

Il est difficile de confondre la péricardite avec la pleurésie, lorsque l'on sait que les épanchements propres à la dernière de ces deux affections gagnent les parties les plus déclives de la cavité pleurale, et commencent nécessairement à se montrer à la partie postérieure de la poitrine; leur niveau s'élève peu à peu. A un moment donné ils peuvent arriver à recouvrir le bord antérieur du poumon gauche, ainsi que le péricarde. Il convient alors de rechercher si la pleurésie n'est pas compliquée de péricardite. Quand on trouve une douleur de côté située au-dessous et en dehors du sein gauche, quand on constate l'absence des palpitations, de douleurs au bord gauche de l'appendice xyphoïde, de dyspnée et d'oppression portées à un haut degré, on est conduit à exclure l'idée d'une péricardite.

Lorsque le péricarde et la plèvre sont pris en même temps, le diagnostic doit avoir exclusivement pour objet de savoir laquelle des affections existantes a précédé l'autre. Les circonstances commémoratives puisées dans les différentes périodes de la maladie permettront de résoudre le problème.

La confusion est aisée à éviter dans les cas de pleurésies locales aussi bien que dans ceux de pneumonies et de pleuro-pneumonies, que ces maladies soient d'ailleurs ou ne soient pas sous la dépendance d'une lésion tuberculeuse. L'existence de palpitations ne suffirait pas pour faire conclure à la réalité d'une péricardite, si en même temps ne coexistait une suffocation assez prononcée pour jeter les malades dans l'anxiété et les contraindre à s'asseoir sur leur séant. Du reste, en ce qui concerne particulièrement la pneumonie, il est des signes qui appartiennent en propre à cette affection, et qu'on ne rencontre jamais dans la péricardite. Nous nous bornerons à indiquer le souffle tubaire, le ronchus crépitant, et l'état semi-cachectique qu'entraînent toujours avec elles les inflammations franches du parenchyme pulmonaire, état semi-cachectique qui se décèle par la coloration spéciale des pommettes et par la teinte jaunâtre de la peau et des conjonctives.

Le bruit de frottement périphérique est le partage exclusif de la péricardite; il sert à la distinguer des maladies du cœur.

Quant aux bruits profonds que l'on perçoit toutes les fois qu'un épanchement abondant ou que des fausses membranes nombreuses et épaisses sont renfermés à l'intérieur de la poche péricardiaque, on ne les confondra pas avec les bruits de la chlorose ou ceux que font naître les lésions des grosses artères; ils résultent, comme nous l'avons dit, de changements survenus dans les rapports naturels de l'axe du cœur avec l'axe des vaisseaux qui partent de la base des ventricules; ils constituent un phénomène secondaire, qui du reste manque dans la plupart des péricardites, et surtout des péricardites légères.

La péricardite, soit parce qu'elle peut devenir immédiatement et rapidement une cause de mort, soit parce qu'elle peut entraîner à sa suite, lors même qu'elle arrive à la guérison, des accidents consécutifs dont la terminaison doit être funeste, implique en général un pronostic d'une haute gravité.

Toutes les fois que le mouvement fébrile s'annonce avec une grande violence, que des accidents nerveux épigénétiques s'ajoutent aux symptômes ordinaires de l'affection, qu'une douleur précordiale très aiguë soumet le malade aux cruelles angoisses d'une insomnie continue et d'une suffocation à chaque instant imminente; toutes les fois que, dans un espace de temps limité, un vaste épanchement a envahi et distendu la poche péricardiaque, que des diastoles artérielles de plus en plus faibles et resserrées coïncident avec des mouvements tumultueux et désordonnés du cœur, le dénoûment fatal de la maladie est presque impossible à conjurer. C'est dans des cas de ce genre que Sénac n'hésitait pas à porter sans restriction sur l'issue de la péricardite un jugement défavorable, jugement défavorable qu'on retrouve nettement formulé dans les écrits de Van-Swiéten.

Le pronostic perd de sa gravité lorsque les phénomènes morbides ont une intensité modérée; il en est de même lorsque la péricardite revêt cette forme latente ou presque latente, dont l'existence assez commune est attestée par le résultat des investigations nécroscopiques.

Parmi les signes fâcheux de la maladie, il en est un qui doit plus particulièrement fixer notre attention: nous voulons parler de l'abondance de l'épanchement; quand elle est portée très loin et qu'en vertu d'une disposition générale de l'économie elle tend à persévérer indéfiniment en quelque sorte, elle met en péril les jours du malade, qui, s'il résiste aux accidents aigus, est destiné à succomber aux accidents chroniques ou subchroniques de la péricardite. Le cœur, gêné dans son action par la pression immédiate du liquide épanché qui réagit sur toute l'étendue de sa surface, par la pression médiate de la colonne d'air qui entre dans le poumon, suffit incomplétement aux besoins de la circulation, dont l'imperfection et le ralentissement progressivement croissants finissent par causer la mort. Si on vient à ouvrir le cadavre, on trouve des rides à la superficie du cœur, et dans l'intérieur des cavités ventriculaires des caillots fibrineux que leur degré de solidité démontre avoir été déposés pendant la vie. Le poumon est le siége d'un engouement qui sans nul doute a contribué à avancer le terme de l'existence.

La péricardite peut avoir des suites qu'il importe d'apprécier pour assigner au pronostic de la maladie sa véritable valeur.

Considérons un homme chez lequel l'inflammation de la membrane péricardiaque, après avoir présenté une marche facile et régulière, s'est terminée d'une manière favorable: la matité de la région précordiale a repris les limites qu'elle occupe dans l'état de santé, le poumon gauche s'est de nouveau placé au-devant du péricarde, les souffrances permanentes qui se faisaient sentir dans la portion de la poitrine correspondant au cœur ont disparu, la pression exercée au niveau de l'appendice xyphoïde a cessé d'être douloureuse. Mais d'un autre côté le malade, sans qu'il y ait d'ailleurs aucun indice du retour de la péricardite, est tombé dans un état tel, qu'il ne peut se livrer à aucun exercice musculaire sans éprouver aussitôt des palpitations plus ou moins intenses.

Cet état, dont la durée varie entre quelques semaines et plusieurs mois, au point de vue pronostique a une signification que feront comprendre les détails dans lesquels nous allons entrer.

Lorsque l'inflammation est terminée, au sein des fausses membranes rudimentaires, qui soudent entre elles les parois opposées du péricarde, s'établit un travail d'organisation en vertu duquel les vaisseaux capillaires rétro-péricardiaques s'allongent peu à peu et pénètrent jusque dans l'intérieur de la matière amorphe épanchée pendant le cours de la phlogose; ce travail d'organisation, qui a pour objet la conversion des fausses membranes en tissu cellulaire, entretient à la surface du péricarde et à la périphérie du cœur une activité insolite des fonctions plastiques, dont la persistance exagère l'irritabilité de l'organe central de la circulation et détermine sous l'influence de la moindre cause la manifestation de douleurs et de palpitations. Il y a là un état pathologique réel dont l'importance mérite d'être signalée avec soin: il s'efface peu à peu lorsque le malade est placé dans de bonnes conditions hygiéniques, et cesse définitivement à l'époque où les produits d'organisation ont disparu par voie de résorption et d'atrophie.

Il arrive un moment où les fausses membranes acquièrent une certaine solidité; elles opposent alors aux mouvements du cœur une gêne mécanique dont le repos, joint à une médication convenable, peut prévenir les effets fâcheux; cependant, lorsque l'état morbide que crée leur présence se prolonge au delà de certaines limites, on voit dans quelques circonstances se déclarer les accidents propres à l'hypertrophie du cœur.

C'est ainsi que des malades, qui ont échappé aux dangers d'une péricardite et qui n'ont conservé de leur maladie d'autres traces que des phénomènes d'activité anormale de la circulation après un intervalle d'un ou deux ans, se présentent au médecin atteints de symptômes plus ou moins alarmants: on trouve chez eux des battements de cœur énergiques; il leur est impossible de se livrer à un effort quelconque, de gravir un plan incliné, de parler avec animation sans qu'aussitôt se fassent sentir de violentes palpitations; la matité de la région précordiale est agrandie en étendue et en intensité; le bord antérieur du poumon gauche est refoulé en dehors; un bruit de frottement périphérique se fait entendre; la main appliquée sur la poitrine sent la pointe du cœur rouler à la manière d'une sphère dont les différents points viendraient tour à tour se presser contre la paroi thoracique. Il n'existe aucun indice de lésion organique du côté des valvules ou des grosses artères.

Il ressort de ce qui précède que l'hypertrophie du cœur, avec les troubles physiologiques qu'elle entraîne, est une des conséquences possibles de la péricardite; elle entre donc naturellement au nombre des éléments sur lesquels doit être basé le pronostic de cette grave affection.

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

Fièvre typhoïde. — Constitution épidémique.

Dans la période de temps écoulée entre les années 1848 et 1851, les fièvres putrides observées à Paris ont présenté un caractère de bénignité qui a dû étonner à juste titre les médecins étrangers et ceux de province, témoins de la gravité des épidémies typhoïdes qu'ils observaient dans leurs localités. Cette bénignité particulière, due aux émotions politiques de ces dernières années, et principalement à l'absence du caractère épidémique qui augmente leur gravité, a été relatée dans un grand nombre d'écrits qui ont paru dans les journaux de médecine où certains praticiens ont fait éclater une vive satisfaction sur leurs résultats cliniques. Il y a dix-huit mois, à la Société de médecine des hôpitaux, l'un de nous, attribuant ses succès à sa nouvelle médication, a pu croire un instant qu'elle allait primer toutes les autres; mais l'illusion ne fut pas longue, et chacun de nous, interrogé, put apporter des résultats aussi favorables, et, somme toute, il fut évident que, si nous perdions peu de malades, c'était à la bénignité de la constitution épidémique, et non pas au traitement de tel ou tel, qu'il fallait l'attribuer. Mais depuis trois mois les choses paraissent avoir bien changé.

Dans les premiers jours de mon arrivée à l'Hôtel-Dieu, je vis succomber dans mon service, et d'une manière presque soudaine, trois ou quatre malades atteints de fièvre typhoïde, et convaincu de la nécessité pour un médecin de tâter la constitution médicale actuelle et de suivre l'impulsion qu'elle nous donne, j'accusai mon inexpérience; mais la religieuse du service me dit que, deux nuits avant mon arrivée, cinq malades atteints de la même maladie avaient été ensevelis par elle. La maladie avait donc pris subitement un haut caractère de gravité.

Un fait important à connaître en ce qu'il peut aider à juger la constitution épidémique actuelle, c'est que les accidents thoraciques prennent dès le début une gravité tout à fait insolite, et, au lieu de ces pneumonies hypostatiques qui ne se révèlent que par l'absence du bruit respiratoire, on observe des pneumonies caractérisées par le râle crépitant et le souffle tubaire.

Phlegmatia alba dolens.

Nous croyons devoir publier le peu de mots qu'a dit M. Trousseau sur cette maladie importante, que nous désirerions voir ce professeur traiter d'une manière plus complète.

Nous avons actuellement dans nos salles une femme âgée atteinte d'un carcinome utérin très avancé et arrivée au dernier degré de la cachexie cancéreuse. Cette malade s'est plaint tout d'un coup, il y a six jours, d'une douleur dans la jambe gauche, douleur vive quand on presse sur le trajet de la saphène interne depuis le mollet jusqu'au pli de l'aine et accompagnée d'œdème considérable du membre avec gonflement des veines superficielles. Ce cortége de symptômes dénote une phlegmatia alba dolens.

Lorsqu'il y a trente ans, les vaisseaux lymphatiques étaient de mode, on donnait à cette affection le nom de lymphangite; dénomination vicieuse et erronée, comme il est facile de le démontrer. En effet, lorsque les malades succombent après avoir présenté pendant quelques jours les symptômes que nous venons d'énumérer, on trouve, à l'autopsie, les veines profondes du membre oblitérées, en même temps que les veines superficielles restées perméables sont gonflées; et si la maladie a duré longtemps, on peut constater qu'il existe des adhérences solides entre la portion fibrineuse des caillots et les parois de la veine, un épaississement de ces parois, et, dans certains cas, une véritable suppuration de la veine. Il est donc impossible de nier que la phlébite ne soit la lésion principale; phlébite simple, adhésive ou suppurative, phlébite puerpérale chez les femmes en couches.

Observez dans les services de médecine et de chirurgie les sujets atteints de maladies graves, telles que le cancer, la phthisie tuberculeuse, ceux minés par une suppuration abondante succédant à une plaie, à une brûlure considérable, vous verrez ces malades, arrivés au dernier degré de la cachexie cancéreuse ou tuberculeuse, épuisés par une suppuration abondante, présenter quelques jours avant la mort un œdème considérable des membres, et à l'autopsie vous constatez l'existence de la phlébite.

La *phlegmatia alba dolens* se développe avec d'autant plus de facilité, que l'économie est plus profondément infectée par la résorption des produits morbides de mauvais caractère, et la rapidité de l'infection est en raison de l'étendue des surfaces suppurantes et de leur activité d'absorption. A ce titre l'utérus dans l'état puerpéral, le poumon chez les phthisiques, les ulcérations intestinales peuvent être considérés comme les causes qui déterminent le plus fréquemment la *phlegmatia alba dolens*.

La *phlegmatia alba dolens* en elle-même n'est pas une maladie sérieuse, mais elle est l'expression d'un état sérieux de l'économie, ce qui n'est pas la même chose; et la preuve, c'est que lorsqu'elle survient au début d'une phthisie tuberculeuse, cinq ou six jours suffisent pour voir disparaître la douleur et le gonflement. En terminant, je dois dire un mot d'une médication assez ordinaire, qui consiste à appliquer un bandage compressif sur le membre œdématié. Un traitement pareil augmente le mal. En effet, il ne reste au service de la circulation veineuse du membre que les veines superficielles (les veines profondes étant oblitérées), et le bandage en les comprimant détruit la seule voie qui lui reste ouverte.

NOTE POUR SERVIR A L'HISTOIRE

du charbon chez les animaux et chez l'homme. (1)

Par M. le Dr Ancelon, médecin de l'hôpital de Dieuze (Meurthe).

II. DU CHARBON DANS L'ESPÈCE HUMAINE.

§ 1. Avec Pline le naturaliste, avec Thomassin, Enaux et Chaussier, Boyer, avec Bayle surtout, je pense que les maladies charbonneuses ne sont pas ordinairement le résultat de la contagion : la cause en est le plus souvent commune et générale : ici nous les considérons comme endémiques et subordonnées à une influence toute locale que nous rapportons à nos marais. Le soc qui déchire, dans le courant de mars, d'avril, quelquefois de mai, le sol limoneux de nos étangs desséchés chaque trois années et où gisent et sont enfouies de fortes couches de débris végétaux, d'insectes et de poissons abandonnés à l'empire des lois physiques, nous prépare pour l'été, surtout s'il est un peu chaud et sec, une ample moisson de maladies charbonneuses. Il semble que la haute température des mois de juillet, d'août, quelquefois de septembre, soit seule favorable au développement et à l'action des effluves septiques; je n'ai pas remarqué que ce genre d'effluve agisse d'une manière générale dans le cours des autres mois de l'année, mais j'ai acquis la certitude qu'il atteint l'espèce humaine très facilement dans les grandes chaleurs de l'été, sans que l'organisme ait eu besoin d'être préparé par les péripéties d'une année humide et pluvieuse, comme cela est rigoureusement nécessaire pour le bétail.

Malheur aux patients surpris par des inflammations phlegmoneuses dans le cours des mois que je viens de noter; celles-ci, dans le voisinage des marais, prennent promptement le caractère charbonneux et finissent souvent de la manière la plus funeste. J'ai vu plus d'une fois la pneumonie se terminer par la gangrène.

Presque toujours les malades atteints, sans cause apparente, de tumeurs charbonneuses, désireux d'en expliquer l'origine, prétendent devoir leur accident à la piqûre d'une mouche particulière qu'ils décrivent suivant l'état actuel de leur imagination. J'admettrais jusqu'à un certain point l'inoculation pratiquée par des taons, par des mouches ordinaires, par des cousins, au moyen de leurs appendices buccaux préalablement souillés de matière contagieuse; mais j'avoue ne plus pouvoir comprendre la transmission par l'aiguillon d'une guêpe ou d'une abeille, ainsi que quelques auteurs l'ont prétendu. Sans vouloir nier complétement ce mode de communication (que, malgré les investigations les plus minutieuses, je n'ai jamais pu constater (2)), je pense que, le plus généralement, les nombreux charbons qu'il m'a été donné d'observer avaient pour point de départ une intoxication paludéenne ; la période triennale dans laquelle ils apparaissent affectant toujours les mêmes localités, les symptômes qui les accompagnent, la rapidité de leur marche et le plus souvent le point de la surface qu'occupe la tumeur, enfin l'absence de toute épizootie septique ont été autant de motifs pour fixer mon opinion à ce sujet.

Quelque nosographe, préoccupé de l'idée que les affections charbonneuses sont toujours communiquées des animaux à *l'homme* par contagion, se mit un jour en devoir de faire une énumération des professions exposées à ces maladies ; alors tous les nosographes, sans se mettre en peine des nombreuses affections charbonneuses dont la contagion ne saurait expliquer l'existence, de répéter après lui : Les bergers, les pâtres, les laboureurs, les maréchaux, les vétérinaires, les bouchers, les tanneurs, les mégissiers, les matelassiers, les cardeurs de laine, qui ont des contacts si fréquents avec les animaux vivants, les animaux morts ou leurs dépouilles, sont atteints de préférence; puis ils ont prétendu expliquer par les mêmes raisons pourquoi la pustule maligne occupe *presque* constamment des parties découvertes. Mais quand ces sortes de maladies ont régné dans des contrées marécageuses où elles sont endémiques, attaquant les hommes de toutes les professions, sans toucher aux animaux domestiques (parce que quelques-unes des conditions nécessaires à l'intoxication de ceux-ci manquaient : années pluvieuses, inondations, etc., ayant précédé la chaleur et la sécheresse), on a mieux aimé torturer ou nier les faits authentiques que de consentir à admettre une cause paludéenne évidente; même embarras, lorsque l'on a rencontré la pustule maligne sur les points de la surface du corps les mieux protégés par les vêtements.

Tout en faisant mes réserves, je sais néanmoins admettre et reconnaître les effets de la contagion partout où on les rencontre. Ainsi, j'ai vu souvent un bœuf surmené communiquer à l'homme une maladie charbonneuse dont rien n'indiquait qu'il fût lui-même affecté; je pourrais, entre une infinité d'autres, citer l'exemple d'un marcaire qui contracta le charbon pour avoir introduit sa main *excoriée* dans la bouche d'une génisse atteinte d'angine simple; plusieurs femmes d'un village situé sur les bords des marais de la Seille (Blanchéglise, où les affections charbonneuses se montrent fréquemment) ont été simultanément prises de maladie charbonneuse après avoir dépecé une génisse morte de cette affection, tandis que les autres membres des familles de ces femmes ont pu se nourrir impunément de la viande contaminée, mais modifiée par la cuisson; un cultivateur de la même commune a failli succomber à une grave lymphangite pour s'être légèrement blessé au petit doigt avec le couteau dont il venait de faire usage pour ouvrir l'estomac d'un jeune taureau météorisé. Un boucher de Dieuze est mort, non point d'une tumeur de la langue, mais d'un anthrax multiple (1) précédé et accompagné d'accidents généraux, pour avoir eu l'imprudence de tenir quelques instants dans sa bouche le couteau encore humide avec lequel il dépouillait une brebis charbonneuse. Voilà l'exception, tandis que l'intoxication paludéenne est la règle.

(1) Suite — Voir le numéro du 6 janvier.

(2) Dans le courant du mois d'août 1831, je me promenais aves un de mes clients dans son jardin, qui est situé sur le bord d'un ruisseau marécageux, lorsque tout à coup il s'écria en portant la main à son coude gauche : « Je viens d'être piqué » par une mauvaise mouche ! » Je m'emparai de l'extrémité ouverte de la manche du promeneur afin d'empêcher l'insecte de s'échapper, et nous rentrâmes immédiatement pour nous livrer à des recherches dont nous étions l'un et l'autre curieux de connaître le résultat; mais ce fut en vain, nous ne trouvâmes absolument rien. Cependant l'insecte n'avait pu sortir, et encore moins, quel qu'il fût, atteindre par l'extérieur la peau à travers le triple vêtement du promeneur : habit de lasting, chemise de toile, gilet de flanelle de santé à manches. D'ailleurs, la petite tache rose, gaufrée, qui siégeait à la partie la plus saillante de l'olécrane, et qui devint plus tard une pustule maligne, ne présentait aucune trace de piqûre.

§ 2. La maladie charbonneuse se présente à nous le plus souvent sous les trois formes suivantes : anthrax, pustule maligne, charbon.

I. *De l'anthrax.* — Je crois devoir refuser à la réunion de deux ou plusieurs furoncles confondus en un seul la qualification d'anthrax pour la conserver à l'affection charbonneuse, qu'elle a toujours été destinée à désigner. Quoique ces deux espèces de tumeurs soient le produit constant d'une cause interne, il n'y a de commun entre elles que leur siége anatomique et leur valeur comme symptôme d'un état morbide spécial : l'évolution du furoncle doublé, triplé, etc., se lie à un état phlegmasique, saburral du tube digestif; celle de l'anthrax, à une intoxication générale.

L'anthrax est, suivant une expression déjà ancienne, mais fort exacte, une tumeur perpendiculaire de la peau, toujours précédée et accompagnée d'accidents généraux de nature typhoémique. Il débute, sur les points de la surface où il prend naissance, par une démangeaison extraordinaire, bientôt suivie d'un bouton conique, dur, brûlant et douloureux, dont le sommet s'élève rapidement au-dessus de la peau et dont la base s'élargit dans le tissu cellulaire sous-cutané ; la couleur, qui en est d'un bleu noir au centre, diminue d'intensité et passe successivement au lila clair, à mesure que l'on approche de la circonférence; si on l'incise profondément, à cette période, avant l'apparition des phlyctènes, qui se fait attendre ordinairement quatre à cinq jours, on remarque que la tranche en est d'un bleu noirâtre et renferme un bourbillon blanc-mat, fort dur, fort étroit, plongeant dans le tissu cellulaire sous-cutané. Cette sorte de tumeur, ordinairement multiple, dépasse rarement les dimensions d'un œuf de poule et ne s'entoure jamais du gonflement extraordinaire que l'on remarque dans les autres variétés carbonculeuses ; ce n'est que vers le cinquième ou le sixième jour que toute différence entre l'anthrax et celles-ci disparaît.

2. *De la pustule maligne.* — De toutes les maladies charbonneuses, la pustule maligne serait peut-être, à mon avis, la seule qui dût souvent son origine à la contagion; que le virus, appliqué à la peau saine et recouverte de son épiderme, provienne de débris solides ou liquides d'animaux morts ou vivants atteints de charbon, ou seulement de grands ruminants surmenés, les résultats sont les mêmes, et tout se passe comme dans l'empoisonnement par les effluves paludéens, moins toutefois les symptômes précurseurs et la rapidité de la marche.

J'ai peu de chose à ajouter ici à la description donnée par les auteurs. Seulement, ayant pu observer la pustule maligne au début, j'ai toujours remarqué qu'elle se manifestait par une petite plaque presque lenticulaire de 2 ou 3 millimètres, gaufrée, d'un rose plus foncé que la peau, dont elle dépasse à peine le niveau, et à coup sûr beaucoup moins que la piqûre convexe du cousin, mais au centre de laquelle je n'ai jamais pu découvrir les traces d'une piqûre d'insecte. La démangeaison et la cuisson en sont intolérables, et à mesure que la lésion locale fait des progrès, un cercle de phlyctènes de plus en plus livides et volumineuses en circonscrit la charbonneuse étendue. J'ai vu, en août 1842, chez un jeune maçon de vingt ans, la plaque charbonneuse d'une pustule siégeant à l'épiglotte atteindre en peu d'heures un diamètre de 7 centimètres.

On s'est demandé pourquoi la marche de la pustule maligne, parfois lente, se précipite d'autres fois avec une effrayante rapidité. Pour résoudre cette question, on s'en est pris aux idiosyncrasies, on a accusé les ardeurs de l'été et les froids rigoureux de l'hiver; mais l'observation, loin de sanctionner cette manière de voir, nous enseigne que les progrès de la pustule maligne se traînent ou se précipitent suivant que l'affection est le résultat du contact de substances et d'animaux suspects ou de l'empoisonnement par les voies respiratoires.

3. *Du charbon malin.* — Le charbon malin doit être divisé en essentiel, ou local externe, et en symptomatique, ou général interne. Le premier doit être considéré comme une maladie accidentelle, le second comme une maladie régnante, endémique, et souvent épidémique.

a. Le charbon essentiel, état morbide tout local, est toujours la conséquence de l'application immédiate du virus sur la *peau dénudée*, circonstance qui le différencie déjà de la pustule maligne.

Il débute sur la *partie excoriée* par un point sec, noir de charbon, indolent, entouré de pustules pleines de sérosité, livides et disséminées sur une large auréole rouge-foncé, fort douloureuse, sans gonflement élastique, comme dans la pustule maligne. Ce dernier est remplacé par un cercle jaune-verdâtre, sillonné de quelques sugillations violacées. Quels que soient l'époque du développement et le volume de la tumeur, on sent au palper qu'elle est assez mobile tant qu'elle n'a pas atteint les parties profondes, qu'elle affecte une forme semi-ovoïde dont la surface plane correspond à la peau, et que la température en est fort au-dessous de la température générale du sujet. Quand le mal est très avancé, qu'il a gagné les muscles et jusqu'aux os (ce qui n'arrive jamais dans la pustule maligne, dont la dernière limite est le tissu cellulaire sous-cutané), toute mobilité disparaît. La couleur noir-foncé, la sécheresse de l'eschare contrastent singulièrement avec la transparence, la couleur verdâtre, l'humidité de la gangrène qui suit la pustule maligne.

Les phénomènes généraux, qui sont les mêmes que pour l'anthrax et la pustule maligne, se manifestent assez tard; les plus saillants sont toujours, dans l'ordre de leur apparition, l'agitation, le brisement des membres, les nausées, les vomissements, les lipothymies, accompagnées de la teinte ecchimotique de la face. Le pouls est petit, misérable, précipité; les urines rares, rouges, fétides; la soif inextinguible, surtout après la catastrophe.

b. Durant les quelques jours de chaleurs tropicales qui sévissent dans le cours de certains étés de notre zone, on voit des malades foudroyés par des accidents que l'on attribue tantôt à un accès de fièvre pernicieuse, tantôt à une affection typhoïde sidérante, tantôt enfin à la fièvre charbonneuse. Cette incertitude dans le diagnostic vient de ce que ces trois genres de maladies, je l'ai démontré ailleurs (*Gazette des Hôpitaux* du 10 novembre 1852), reconnaissent pour cause commune l'effluve des marais, et de ce que le phénomène essentiel, pathognomonique, la tumeur charbonneuse, ne fait pas toujours éruption au dehors. Cependant, les violents frissons qui signalent le début des pyrexies pernicieuses et l'insulte typhoïde ne se trouvent jamais au nombre des phénomènes initiaux du charbon symptomatique, ou fièvre charbonneuse. A part cette circonstance, tout se passe, du reste, de la même manière dans ces trois affections : dépression, faiblesse générale, alternative de frissons et de sueurs; tendance aux lipothymies, plus prononcée dans l'affection charbonneuse; respiration anxieuse, haleine fétide; langue sèche, aride, rose à son limbe; peu de soif d'abord; nausées, vomituritions, fréquents borborygmes, ventre ordinairement indolent; diarrhée fétide, appartenant à la seule affection charbonneuse; urines rouges, rares, boueuses; tremblement, céphalalgie sus-orbitaire; agitation continuelle; traits altérés, délire, pressentiment d'une fin prochaine; pouls petit, serré, fréquent.

Quand le mal doit se traduire au dehors par l'éruption d'une tumeur caractéristique, on voit, à partir de la première heure de l'apparition des phénomènes généraux jusqu'à la vingt-quatrième environ, se développer sur la surface cutanée quelques phlyctènes livides reposant dans l'aire d'une base violette, mal circonscrite par une large auréole rouge-foncé et douloureuse. Là se reproduit, se développe la tumeur charbonneuse, qui, marchant rapidement en profondeur et en étendue, prolonge ses vergeons violets à travers la circonférence de l'auréole inflammatoire, qu'elle refoule en soulevant de nouvelles phlyctènes. A mesure qu'elle s'étend, le centre, qui en est transformé en une véritable eschare, devient froid et insensible. La douleur, caractérisée par un sentiment de compression, de brûlure, de déchirement, suit la ligne irrégulièrement tracée par la circonférence.

La mort arrive quelquefois instantanément, souvent en deux ou trois heures, en vingt-quatre heures, et le plus ordinairement après le troisième jour.

(1) Il y avait une tumeur à la partie moyenne de la région deltoïdienne et deux autres vis-à-vis la partie la plus saillante du biceps brachial du côté gauche.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 28 décembre 1852. — Présidence de M. Guersant.

Lecture et adoption du procès-verbal.

M. Vidal (de Cassis) fait hommage à la Société de son *Traité des maladies vénériennes.*

J'ai voulu, dit l'auteur, concentrer dans un seul volume les faits, les idées, les pratiques qui constituent la spécialité médicale appelée syphiliographie. C'est vous dire que j'ai beaucoup emprunté aux autres et que je dois de la reconnaissance à plusieurs de mes collègues de la Société de chirurgie. Ce résumé a surtout été entrepris au point de vue directement pratique et dans l'intérêt des jeunes médecins. J'ai donc été très fertile en détails et très sobre de théories.

Cependant je ne pouvais éviter de toucher à certains points de doctrine qui ont été agités dans ces derniers temps et dont l'examen a d'abord été fait par votre compagnie : je veux parler de la *syphilisation* et de la *transmissibilité des accidents secondaires.*

Pour la syphilisation, je suis arrivé par la voie scientifique et historique à une conclusion concordant avec la protestation qui a été inspirée à la Société par le bon sens et les véritables intérêts de l'humanité, dont M. Cullerier a été l'organe chaleureux. Pour ce qui est de la transmissibilité des accidents secondaires, je crois l'avoir résolue dans le sens affirmatif. Mais je suis loin de penser que mes arguments suffiront pour convaincre tous mes confrères. J'ai donc consigné dans mon livre toutes les observations relatives à cette grande question; elles sont complètes et authentiques; on pourra en prendre connaissance et les comparer avec celles qu'on croit pouvoir leur opposer. Alors, avec liberté d'esprit et indépendance, on pourra se faire une opinion, ce qui vaut toujours mieux que d'accepter une opinion toute faite.

La division du livre est simple :

1° *Maladies vénériennes dites primitives;*

2° *Maladies vénériennes dites consécutives.*

Voilà les deux principales sections; viennent ensuite deux autres sections :

3° *Maladies vénériennes des nouveau-nés (syphilis infantile);*

4° *Prophylaxie des maladies vénériennes.*

Je vous le répète, écrivant pour les jeunes intelligences et voulant représenter tous les syphiliographes, j'ai beaucoup exposé, beaucoup décrit; si mes jugements étaient erronés, on trouverait dans mon livre même de quoi les redresser, car on pourrait y lire les auteurs que je me suis vu obligé de critiquer.

M. le Président remercie M. Vidal au nom de la Société.

— M. le professeur Buggraeve, de Gand, récemment nommé membre correspondant étranger, adresse une lettre de remercîments.

— M. le docteur Decès, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Reims, a la parole pour la lecture d'un mémoire ayant pour titre : *Nouveau traitement des adhérences anormales et des brides cicatricielles.* (Commission : MM. Lenoir, Guersant, Jarjavay).

Rapport de M. Larrey sur les travaux de M. J.-B. Duval, ancien membre de l'Académie royale de chirurgie.

La Société de chirurgie a reçu récemment un ouvrage déjà bien ancien qui lui a été remis de la part de l'auteur par notre honorable secrétaire, et dont elle m'a chargé de lui rendre compte. Mon empressement à remplir cette tâche vous témoigne, messieurs, qu'il s'agit presque d'un rapport d'urgence.

Et cependant, nous devons le dire, ce n'est ni l'importance, ni la nouveauté de l'œuvre qui méritent votre attention. Il est question simplement d'un mémoire intitulé : *Des accidents de l'extraction des dents*, publié en 1802. Peu de mots suffiront pour vous faire connaître le mémoire avant de vous rappeler le nom de l'auteur. Il divise en quatre sections les accidents de l'extraction des dents, à savoir :

1° Les accidents qui n'appartiennent qu'aux dents;

2° Les accidents qui dépendent de la lésion des parties molles ou des parties dures voisines des dents;

3° Les dérangements de la santé produits par l'extraction des dents;

4° Les maladies secondaires de la bouche.

La science toute spéciale répandue dans cet opuscule le distingue tout d'abord, et l'ensemble des connaissances en médecine et en

chirurgie s'y fait remarquer ensuite, en s'appuyant sur une érudition de bon aloi et sur une pratique exercée. C'est ainsi que l'auteur signale et précise la plupart des accidents susceptibles de dépendre souvent de l'extraction des dents, tels que les fractures des alvéoles; celles du sinus maxillaire et la déchirure de sa membrane propre, d'où les maladies consécutives de ce sinus, les abcès, les ulcères, les tumeurs ou les kystes, la carie, la nécrose, etc.; ou bien certains accidents plus rares, tels que la luxation de la mâchoire, les hémorrhagies alvéolaires, les tumeurs des gencives dites épulies, etc.

En ajoutant que toute cette science condensée dans un petit livre est aussi l'expression d'un sentiment honnête qui ne veut point se parer du savoir des autres; en disant enfin que l'auteur, en possession de ses propres recherches et en droit de les faire valoir, s'efforce pour ainsi dire d'en attribuer le mérite à ses devanciers, nous aurons assez démontré la valeur morale d'un ouvrage dont le titre n'a qu'une valeur technique.

Et à la suite de ce mémoire, messieurs, ou bien avant comme après sa publication, je pourrais vous rappeler d'autres travaux du même auteur écrits dans cet esprit-là. Voici l'indication sommaire de plusieurs de ceux qui ont trait à la même spécialité :

Des *Réflexions sur l'odontalgie considérée dans ses rapports avec d'autres maladies* ne sont que l'analyse critique d'un mémoire de Coffinière sur ce sujet; mais il est intéressant de savoir que ces observations ont été lues à la Société de médecine de Paris en l'an XI de l'ancienne République.

Des propositions sur les fistules dentaires précédées d'observations sur la consomption de la racine des dents avec l'état des os de la mâchoire dans ces maladies forment, au contraire, un travail d'une valeur réelle. Les observations sont extraites d'un rapport de Chaussier et de Laënnec, et ce rapport est un éloge des recherches de l'auteur sur les fistules dentaires. Ce mémoire a, en effet, un mérite original qui n'a pas vieilli, malgré sa date ancienne aussi, en démontrant par l'analyse et par le raisonnement la nécessité (souvent méconnue) d'extraire les dents malades qui occasionnent et entretiennent certaines fistules de la joue.

Une *Notice historique sur la vie et les ouvrages de Jourdain* est une appréciation savante des travaux de ce spécialiste, qui avait étendu ses recherches sur les maladies des dents à l'étude des maladies des différentes parties de la bouche et particulièrement à celles des os maxillaires. Les éloges délicats que l'auteur de la Notice adresse au savoir et au caractère de Jourdain sont un témoignage d'estime reversible sur lui-même.

Le *Dentiste de la jeunesse* renferme sous ce titre sans conséquence, non-seulement d'utiles conseils sur l'hygiène de la bouche, selon les époques de la dentition, mais encore d'intéressantes recherches historiques sur tout ce que la littérature ancienne a pu fournir à l'auteur de citations justes à l'appui de ses idées.

Dans une brochure qui a pour titre : *Commentaire médical sur l'épitaphe de Canacée, insérée dans les épigrammes de Martial*, l'auteur fait preuve encore d'une grande érudition appliquée au diagnostic d'une maladie indéterminée de la bouche, à laquelle avait succombé un enfant de la famille des Eolides. Après avoir discuté au point de vue médico-chirurgical les diverses opinions admissibles sur la nature de cette maladie, il en conclut logiquement qu'elle devait être charbonneuse.

Un mémoire intitulé : *De l'arrangement des secondes dents, ou de la méthode naturelle de diriger la seconde dentition*, est l'examen critique d'un livre sur la même question; et cette critique s'appuie sur la triple garantie de l'anatomie, de la physiologie et de la pathologie, pour démontrer l'insuffisance de cet ouvrage.

Des observations pratiques sur la sensibilité des substances dures des dents, lues à l'Académie de médecine, et extraites du tome II de ses mémoires, forment un ensemble ou une série de propositions que l'on pourrait appeler aphorismes, tant la longue expérience de l'auteur s'y révèle avec autorité.

On peut en dire autant de ses *Observations anatomiques sur l'ivoire, pour servir à l'étude de l'organisation des dents*; observations qu'il a lues encore à l'Académie de médecine, en soumettant à son examen, comme pièces à l'appui, plus de trente fragments de défenses ou autres préparations anatomiques.

Un savant *Mémoire* (publié en 1812) *sur l'ouverture externe du canal maxillaire, pour servir à la démonstration de l'accroissement de la mâchoire inférieure*, mérite d'être mentionné aussi.

Ajoutons à cette simple nomenclature, que l'auteur a publiée dans le tome XXII du *Journal de médecine* pour l'année 1811, d'intéressantes *Observations sur les entamures et les fractures des dents*.

La science lui doit de plus de curieuses *Observations sur quelques affections douloureuses de la face*, insérées dans le tome XXXIII de la *Bibliothèque médicale*.

A cette série de travaux, qui n'ont, pour la plupart, il est vrai, que le même genre de spécialité, il faut joindre enfin un travail qui a de beaucoup précédé en date tous ceux-là, et qui en diffère essentiellement par le caractère général du sujet.

Il s'agit d'une *Thèse latine d'anatomie et de chirurgie sur l'anévrisme variqueux*, soutenue en 1786 à l'Ecole royale des chirurgiens, sous la présidence de Chopart, et dédiée à Delaporte, conseiller de l'Académie royale de chirurgie.

Ne semble-t-il pas, messieurs, à entendre cette date si éloignée de nous, et ces noms depuis si longtemps inscrits dans l'histoire de l'art, ne semble-t-il pas que cette dissertation soit une œuvre posthume, comme si ce simple rapport n'était lui-même qu'une revue rétrospective?

La thèse dont j'ai l'honneur de vous rendre compte ne mérite pas seulement votre intérêt par son origine, elle a aussi une valeur réelle par la nature même du sujet; car elle a précédé tous les travaux publiés en France sur l'anévrisme variqueux.

L'auteur s'attache, dès le commencement de son travail, à citer dignement les recherches anatomiques de Hunter; et il a fait preuve de connaissances précises, lorsqu'après avoir défini l'anévrisme en général, il étudie l'anévrisme variqueux en particulier, et en expose les formes, le mécanisme, la fréquence et les signes. Il se fonde sur l'observation de Hunter, de Cleghorn et de Chopart, qui seuls encore avaient rencontré (en Angleterre) et bien apprécié cette variété d'anévrisme; il déduit de là les principales données du diagnostic, et démontre toute la gravité du pronostic en établissant pour indication du traitement que l'on peut tenter de guérir l'anévrisme variqueux par la compression, secondée par le régime, les émissions sanguines et les soins accessoires. Un hommage à Guattani pour l'emploi de cette méthode complète dignement cette thèse intéressante à bien des titres.

Mais ce n'est plus ce travail seulement ni aucun autre que nous devons apprécier, messieurs, c'est le nom de l'auteur que nous devons honorer, et qu'un sentiment de réserve m'a fait taire jusqu'ici, pour qu'il me fût permis de le louer auprès de vous. Celui qui porte ce nom-là existe depuis près d'un siècle, et malgré son grand âge il n'a cessé de conserver pour la science une ardeur juvénile; car il est aujourd'hui encore l'un des membres les plus assidus de l'Académie de médecine, comme il était autrefois l'un des plus zélés, l'un des plus actifs de l'ancien Collége et de l'ancienne Académie de chirurgie. Survivant seul, depuis de longues années, à tous les membres de cette illustre Académie, notre vénérable confrère serait heureux de rajeunir son passé en venant prendre place dans cette enceinte; et, déjà uni par des liens de famille à un nom honoré, aimé de nous tous, il unirait encore par sa présence la nouvelle Société de chirurgie à l'ancienne Académie, en nous transmettant ses bonnes traditions. Celui-là enfin est du petit nombre de ces hommes qui amassent la considération à mesure qu'ils avancent en âge, parce que leur caractère, encore plus que leur savoir, leur assure l'estime publique.

J'ai l'honneur de vous proposer, messieurs, pour conclusion de ce rapport, de nommer M. J.-R. Duval membre honoraire de la Société de chirurgie.

Sur le rapport et la proposition de M. Larrey, M. J.-R. Duval est nommé par acclamation membre honoraire.

— M. LE PRÉSIDENT met ensuite aux voix les conclusions du rapport fait par M. Chassaignac sur les travaux de M. Broca.

M. Broca, ayant réuni la majorité des suffrages, est nommé membre titulaire.

Sur les tumeurs fibro-plastiques. — Discussion.

L'ordre du jour appelle la discussion du mémoire de M. Lebert sur les tumeurs fibro-plastiques.

M. MARJOLIN. Si nous devons nous réjouir toutes les fois qu'un nouveau moyen d'investigation vient éclairer la science si difficile du diagnostic, à plus forte raison devons-nous ressentir une grande joie, lorsqu'à l'aide de ce même moyen nous pouvons dire avec certitude que parmi les maladies réputées jusqu'ici incurables il en est qui cessent de l'être du moment qu'à des signes bien tranchés on peut les différencier de celles avec lesquelles elles avaient été jusqu'à présent confondues.

Dans ces derniers temps, l'application de la physique et de la chimie au diagnostic de certaines affections a eu des conséquences bien précieuses; le microscope surtout a joué un grand rôle. On conçoit avec quelle ardeur, quel zèle, quel entraînement ceux qui se sont livrés à cette étude ont poursuivi leurs recherches lorsqu'ils ont cru trouver comme récompense de leurs travaux cette magnifique conséquence, que le cancer allait, sinon disparaître, au moins devenir plus rare; désormais on allait pouvoir compter avec ce terrible ennemi, et dire : Il y a une autre affection qui ressemble au cancer, mais sa curabilité étant la règle à l'avenir, on pourra, grâce à l'habileté, à la hardiesse des chirurgiens, poursuivre le mal jusque dans ses dernières limites, sans crainte de voir le malade succomber épuisé de douleur. On pourra, grâce à l'autoplastie, régénérer, modifier tellement ces tissus, que la récidive même sur place ne sera plus que l'exception. Quelle découverte, quel pas immense fait en avant, et combien cette pensée consolante a dû encourager les efforts de ceux qui se livraient à ces savantes et minutieuses recherches!

Comme vous tous, j'ai écouté avec une attention soutenue ce travail sérieux et plein de conviction que nous a lu notre honorable collègue M. Lebert; comme vous peut-être j'aurais voulu partager les convictions de l'auteur et dire : Voici donc une affection dont on est maître. A l'avenir, nous pouvons retrancher du groupe des cancers, non-seulement les ulcères rongeants du nez, des lèvres, de la face, en un mot toutes les tumeurs épithéliales ou épidermiques, mais même les tumeurs qui d'habitude siégent dans les organes glandulaires, dans le tissu musculaire, dans le tissu osseux et dans les organes génitaux; en un mot, toute la série des tumeurs fibro-plastiques.

Malheureusement, malgré tout le talent avec lequel ces idées ont été présentées et tous les arguments accumulés en leur faveur, je ne puis partager les opinions de notre savant collègue, non que je repousse le microscope; loin de là, je crois que c'est un instrument d'un usage très précieux; mais il faut en tirer des conséquences justes, et peut-être M. Lebert s'est-il laissé entraîner à tirer de ses recherches des conséquences qui ne sont pas entièrement d'accord avec les faits cliniques.

Tout d'abord nous avons été étonné de voir rassemblées en quelque sorte dans une même famille des affections dont l'origine et les suites sont si différentes. Que, sous l'influence d'une inflammation, il survienne une hypertrophie du tissu fibro-plastique, rien de plus naturel; mais que ce tissu ait la moindre analogie avec le tissu fibro-plastique spontané, c'est ce que l'on est en droit de contester.

En effet, il nous sera bien difficile d'admettre qu'entre les engorgements inflammatoires chroniques, spontanés ou traumatiques, et susceptibles de résolution, il n'y ait pas une différence essentielle qui les sépare d'une autre nature d'engorgement réfractaire à tous les résolutifs, susceptible de récidiver après son extirpation et pouvant infecter toute l'économie. Il est évident qu'il y a là une différence capitale; mais de ce que le microscope ne démontre pas ici de caractères différentiels entre les parties constituantes, cela ne suffit pas pour admettre presque leur identité.

Qu'une femme à la suite d'une couche ou d'une contusion du sein ait un engorgement chronique qu'elle néglige, irez-vous l'assimiler à une tumeur du sein, qui peut récidiver après son extirpation? Non certes. Irez-vous encore assimiler une de ces orchites chroniques dont les exemples sont si fréquents à une dégénérescence du testicule qui peut entraîner la mort du malade malgré l'extirpation de l'organe? Encore une fois, non. Il vous suffira de soumettre ces malades à un régime convenable; le traitement, à la vérité, sera long; mais avec du soin et de la persévérance vous arriverez à la résolution; tandis que dans l'affection qui nous occupe la seule amélioration que vous obtiendrez, ce sera d'isoler la partie dégénérée et de diminuer l'engorgement des tissus environnants; en un mot, vous réduirez la maladie à sa plus simple expression, vous aurez rendu l'opération plus facile.

Vous me direz peut-être : Mais habituellement les tumeurs fibro-plastiques du sein ou du testicule succèdent à des inflammations réitérées, à une cause traumatique? C'est possible. Comme généralement nous voulons tout expliquer, nous nous emparons de tout ce qui peut ressembler à une cause, et nous en tirons quelquefois des conséquences peu justes. De ce qu'un individu lymphatique, après une entorse, une chute, a une tumeur blanche du pied, on ne peut pas dire que les chutes, les entorses, sont constamment l'origine des tumeurs blanches. Non, il y avait une prédisposition innée. Sous la cause occasionnelle la plus légère, la maladie intérieure qui était cachée s'est montrée. C'est, pour me servir de l'expression de M. Lebert, le premier reflet d'une diathèse générale.

Nous n'admettrons donc pas qu'il puisse y avoir la moindre analogie entre l'hypertrophie purement inflammatoire et les tissus de formation spontanée qui, récidivant sur place après une opération, offrent tant de ressemblance avec cette affection désignée par Boyer et tant d'autres sous le nom de squirrhe, et qui ne me paraît autre chose qu'une période d'état ou une variété de cancer. J'ai relu dans ces derniers temps avec beaucoup de soin tout ce qui avait été écrit par cet illustre maître sur le squirrhe, et maintes fois j'ai été frappé des rapprochements qui existaient entre ce tissu et celui que notre honorable collègue a désigné sous le nom de tissu fibro-plastique.

Boyer n'avait pas employé le microscope; mais son expérience lui avait démontré que parmi les tumeurs désignées sous le nom de squirrhe ou de cancer, les unes s'accroissent très lentement, tandis que les autres font de rapides progrès; parfois les douleurs sont nulles, tandis que d'autres fois elles sont incessantes, continues. Il avait aussi remarqué que dans les cancers du nez et de la lèvre la guérison était possible; mais il avait ajouté en terminant que, malgré les opérations les mieux faites, c'est-à-dire celles où on avait tranché jusque dans les tissus sains, il y avait eu non-seulement des récidives locales, mais de véritables diathèses cancéreuses qui avaient fait périr les malades. Ainsi donc il avait déjà fait la part pour cette variété ou ce degré du cancer.

Mais déjà j'entends dire : Nous ne pouvons admettre comme véritable cancer que les tissus dans lesquels le microscope nous démontre l'existence de la cellule cancéreuse. D'accord; mais lorsque je dis : Je crois au microscope, ce n'est pour moi qu'un instrument de précision; il me fait voir jusqu'aux moindres atomes; il centuple la puissance de l'œil; mais pour le praticien cela ne suffit pas. Du moment que vous avouez que le chancre induré, examiné au microscope, ne diffère pas du tissu que vous enlevez sur un trajet fistuleux ou sur une plaie en voie de cicatrisation, vous avouez votre faiblesse. Il y a un inconnu que vous n'avez pu saisir, un inconnu qui échappe à vos sens, aidés de toutes les puissances de l'art, et cet inconnu, c'est la nature même du mal.

D'ailleurs, qui vous dit que ce tissu ne se transformera pas? Pour les micrographes, le ganglion lymphatique engorgé n'est que du tissu fibro-plastique. Voyez-le plus tard, il est devenu tuberculeux; il s'est ramolli, a suppuré. Par combien de transformations n'a-t-il pas passé avant d'arriver à cette dernière période!

Il en est de nos tissus comme de certains végétaux, ils sont sujets à des lois de transformation normales ou pathologiques; les premières commencent à être connues, les autres sont beaucoup plus obscures. Examinez un pois lorsqu'il se forme; le microscope ne vous donne que les éléments de texture végétale; plus tard vous y découvrez les éléments du sucre, et en dernier lieu ceux-ci sont remplacés par de la fécule. Eh bien! ce que le microscope vous démontre, le goût ne l'avait-il pas fait sentir?

Comment, lorsque nous voyons tous les jours dans la nature de semblables modifications se faire sous nos yeux, nous voulons refuser à un produit morbide la faculté de se transformer aussi! mais pour nier cette faculté, il faudrait que ce tissu délétère, qui par un singulier rapprochement porte le nom de deux parties essentielles à notre organisation, ne présentât jamais dans ses molécules cette conformation qui est regardée comme le type du cancer; mais il n'en est pas ainsi, les observations sont là pour prouver le contraire, et plus tard, si vous suivez avec soin les malades que vous aurez opérés pour des tumeurs fibro-plastiques, bien certainement vous serez à même de constater cette dégénérescence. Malheureusement il n'est pas toujours facile de suivre un malade, ou bien lorsqu'on le peut, et que la maladie est au-dessus des ressources de l'art, il arrive souvent qu'on lui conseille les fondants, l'air de la campagne; car on n'aime pas généralement à se trouver vis-à-vis d'une affection contre laquelle on se sent impuissant.

Ce que notre honorable collègue a voulu établir avant tout, c'est qu'entre le tissu fibro-plastique et le cancer il existe une différence essentielle. Examinons par quels points ces deux tissus diffèrent : Est-ce par les signes extérieurs? Non. Vous les connaissez tous, ils sont les mêmes. Est-ce par le siége de prédilection ou l'âge dans lequel se développe la maladie? Mais ce sont les mêmes organes qui sont envahis dans la même proportion, et c'est encore au même âge que les deux affections apparaissent toutes deux montrant la même irrégularité dans leur marche, toutes deux parfois indolentes ou donnant lieu à des douleurs dont le caractère est névralgique. Les tumeurs fibro-plastiques sont-elles à l'abri des ulcérations, des hémorrhagies? Nullement. Agissant comme le cancer à l'égard des organes voisins, elles les déplacent, les envahissent, les déprimment ou les détruisent; puis enfin, après avoir récidivé trois, quatre, cinq fois sur place comme le cancer, elles vous tuent comme lui; seulement le microscope vous démontre que la molécule intégrante n'a pas la même forme. Il y avait un caractère important qui pouvait servir à établir la différence entre le tissu fibro-plastique et le cancer, et je suis étonné que notre honorable collègue, qui a fait des recherches statistiques si intéressantes dans les auteurs et nous a, en outre, communiqué bon nombre d'observations personnelles, n'en ait fait aucune mention. Je veux parler de l'hérédité; eh bien, ce caractère qui va devenir un nouveau lien de famille entre les deux affections, Boyer nous en donne un exemple dans cette observation si curieuse d'une femme amputée de la cuisse pour un spina ventosa et un ostéosarcome du fémur. Cette observation se trouve consignée dans le tome III de ses œuvres chirurgicales. Pour Boyer, l'ostéosarcome était de nature à récidiver. Outre l'énorme tumeur qui nécessita l'amputation de la cuisse, la malade portait des tumeurs indolentes à la partie supérieure de l'humérus gauche et à la partie supérieure du tibia droit; elle fut amputée en 1810, et en 1828 elle jouissait encore d'une excellente santé.

Maintenant, ce qui est tout aussi extraordinaire que la persistance de la guérison dans un cas semblable, c'est que le père, les frères, sœurs, neveux et enfants de cette femme portaient tous depuis leur enfance des tubercules osseux situés sur la face externe des côtes ou à la partie supérieure de la face interne du tibia.

De ce fait je conclus que, si c'était du cancer, une guérison de dix-huit ans doit avoir une certaine valeur en chirurgie, et qu'il y a bien des tumeurs fibro-plastiques qui récidivent plus promptement.

Si maintenant, d'après les progrès de l'anatomie pathologique, nous devons ranger les ostéosarcomes dans les affections fibro-plastiques, il faudra bien convenir que l'affection est héréditaire comme l'affection cancéreuse; de là un nouveau caractère d'analogie.

Un fait aussi exceptionnel, me direz-vous, malgré toute l'autorité du chirurgien qui l'a recueilli, ne suffit pas pour établir une règle. Soit, je le veux bien; mais alors, pour arriver à élucider la question, il est un moyen bien simple. Reprenez les observations sur lesquelles vous avez basé vos statistiques, voyez si on a fait mention de la santé des parents des personnes opérées de tumeurs fibro-plastiques; si parmi elles il en est dont les parents ont succombé à des affections cancéreuses, j'avoue que j'aurai bien peur pour celles qui n'avaient que des tumeurs fibro-plastiques. C'est un fait que nous pourrons même vérifier assez promptement, au fur et à mesure qu'au sein de la Société on aura occasion de pratiquer des ablations de tumeurs fibro-plastiques.

Voici un fait que j'ai eu occasion d'observer chez deux person-

SUPPLÉMENT.

nes à peu près du même âge : l'une, qui avait conservé à l'extérieur toutes les apparences d'une santé excellente, à tel point que personne ne se doutait de son état, est morte ayant la poitrine dévorée par un épouvantable cancer. A la même époque, sa sœur portait dans un sein une petite tumeur isolée, mobile, douloureuse; depuis quelques années on l'a extirpée, et il n'y a pas encore de récidive. Croyez-vous que, lors même que le microscope m'eût démontré qu'il n'y avait que du tissu fibro-plastique, toutes mes craintes seraient dissipées ? Nullement.

Nous avons entendu signaler comme un des caractères particuliers aux tumeurs fibro-plastiques la marche lente et souvent la conservation de la santé; mais tout le monde sait qu'il y a des cancers bien reconnus, même au microscope, qui ont mis nombre d'années à marcher, qui sont restés stationnaires une fois arrivés à une certaine période, et qui n'ont influé en rien sur l'état général de la santé : il suffit de visiter des établissements d'incurables pour s'en convaincre.

J'en dirai autant de la douleur.

Il y a un caractère auquel les partisans de cette nouvelle classification semblent attacher une grande importance; c'est que, le plus habituellement, la maladie ne récidive que sur place, et que, lors même que les malades succombent, on ne trouve qu'une tumeur unique.

Messieurs, je me contenterai, pour répondre à ce point, de faire un appel à vos souvenirs. Vous n'avez certes que vu trop d'opérations de cancer; où la récidive s'est-elle reproduite? Presque constamment sur place, et j'ajouterai que l'infection ou la cachexie cancéreuse est tellement l'exception, qu'elle ne compte pas pour un dixième dans le nombre des malades opérés ou non opérés. Ensuite, pour que ce caractère eût une certaine valeur, il faudrait qu'il fût constant, et notre collègue nous a dit lui-même que, chez un malade qui avait subi l'amputation du testicule pour une dégénérescence fibro-plastique, la maladie avait récidivé.

Il est pourtant difficile de trouver un organe plus isolé, plus circonscrit; il n'y avait pas là à craindre de laisser l'opération imparfaite.

Je cite ce cas; mais je pourrais citer d'autres faits du même genre.

Parlerez-vous du temps que met l'affection fibro-plastique à récidiver ? Mais elle va aussi vite, peut-être même plus vite que le cancer. Rappelez-vous un peu les deux faits présentés par MM. Larrey et Chassaignac; en quinze mois trois récidives chez l'un, et, chez l'autre, il y a eu quatre ou cinq opérations dans le même espace de temps. Cependant l'opération avait été largement faite; elle avait été conduite dans ce but que, si on enlevait tout ce qui était malade, la guérison serait la règle. Avec une pareille pensée, comme vous devez le comprendre, on suit son ennemi partout; on coupe en chair vive, puisqu'il n'y a de salut qu'à ce prix, et cependant vous avez vu à quoi cela avait abouti, à recommencer comme dans le cancer, jusqu'à ce qu'un jour on ne puisse plus rien oser. Si d'habitude la maladie marche lentement, il faut convenir que parfois il y a aussi des exceptions bien cruelles.

Examinez ce que deviendront les malades que vous avez opérés pour des tumeurs fibro-plastiques du maxillaire supérieur; faites-en le dénombrement dans quelques années, et vous verrez ce qui aura survécu. Est-ce à dire, pour cela, que je croie qu'il faille reculer devant des opérations qui peuvent diminuer les souffrances pendant un certain temps ou prolonger l'existence pendant des années ? Non certes.

Puisque notre honorable confrère s'était livré à des recherches statistiques, il aurait dû nous dire quelle était la proportion des tumeurs fibro-plastiques par rapport au cancer; il doit y avoir une proportion intéressante et facile à connaître, puisque la règle, pour les tumeurs fibro-plastiques, c'est la curabilité.

J'arrive maintenant à l'application du microscope comme moyen de diagnostic, car c'est là un point bien essentiel. Vous savez tous combien on éprouve d'embarras pour assigner à une tumeur, à une ulcération son véritable caractère; il y a deux écueils à éviter : ou faire une opération inutile, c'est-à-dire enlever une tumeur susceptible de résolution; ou perdre un temps bien précieux en remèdes généraux ou locaux. Si le microscope peut *à priori* nous faire reconnaître le véritable caractère de la maladie, il aura rendu un immense service.

Pour connaître les caractères d'une tumeur, bien souvent on pratique une ponction exploratrice : tantôt on amène du sang, de la sanie; quelquefois il ne sort rien qu'un peu de sérosité. Avons-nous là des éléments suffisants pour les micrographes ? Non. Je ne parle pas des ulcérations, là il est toujours facile d'obtenir une partie suffisante du tissu pour l'examiner; je parle des tumeurs du sein, du sinus maxillaire, du testicule, de celles où il serait bien important de connaître tous les éléments, car il en est qui, étant reconnues cancéreuses, seraient bien certainement abandonnées. Or, dans ces cas. je dis qu'une ponction exploratrice aidée du microscope ne sera pas plus profitable pour le diagnostic qu'elle ne l'était autrefois, se fût-on servi d'un trocart perforé pouvant ramener des parcelles de tissu à diverses profondeurs, absolument comme dans le sondage des terrains.

Pour que l'analyse microscopique ait de la valeur, il faut qu'elle porte sur une partie assez considérable de tissus, absolument comme l'analyse chimique d'un échantillon de minerai; car, de même que tel échantillon rendra peu ou point de métal, de même telle partie d'une tumeur pourra ne contenir que très peu ou même point de cellules cancéreuses.

Comme exemple de cette proposition, je citerai le fait suivant :

Le 5 février 1845, M. Lenoir présentait à la Société une tumeur du sein pesant une livre et demie qu'il avait enlevée le matin même sous le sein droit d'une femme; la tumeur était isolée de la glande mammaire; elle était d'un tissu grisâtre, résistant, offrant à son intérieur une multitude de petites loges qui contenaient un liquide visqueux et jaunâtre, assez semblable à celui qu'on exprime par la pression de la glande prostate hypertrophiée. La nature mal défini e de cette tumeur fit naître la pensée de la soumettre à l'examen mi croscopique.

M. Huguier en soumit une partie à un observateur habile, à M. Mandl, et il trouva que la substance d'un blanc grisâtre qui était au centre de la tumeur était formée de cellules renfermant des globules cancéreux qui contenaient eux-mêmes un liquide au centre duquel se trouvaient des granulations; tandis que la substance blanche qui était à la superficie de la tumeur était composée de globules arrondis, légèrement transparents à leur centre, et qui lui semblèrent composés de globules mammaires.

M. Nélaton, de son côté, soumit une autre portion de la tumeur à un autre micrographe non moins habile, à M. Lebert, qui trouva que sous de faibles grossissements la tumeur offrait un aspect lobulé à lobules multiples et arrondis, ayant tout à fait l'aspect du tissu glandulaire.

D'autres préparations microscopiques n'aboutirent qu'à démontrer qu'il s'agissait d'une hypertrophie de la glande mammaire et du tissu cellulaire; mais nulle part il n'y avait trace d'affection cancéreuse.

Que conclure de ce fait? qu'il peut y avoir des dissidences très marquées entre des hommes également habiles? Nullement. Il faut en conclure qu'une portion de la tumeur était riche en cellules cancéreuses et que dans l'autre il y avait absence complète.

Qu'aurait-on obtenu avec une ponction exploratrice? Aucun renseignement.

Nous devons donc dire : les ponctions exploratrices faites dans le but de s'éclairer à l'aide du microscope sont loin d'avoir une grande importance, elles restent ce qu'elles étaient avant, bonnes pour juger si une tumeur est liquide ou solide, remplie de pus, de sang ou d'hydatides; mais le peu de tissus qu'on ramène avec le trocart n'est pas un élément suffisant pour en tirer une conclusion décisive, et n'oublions pas en passant de dire que les ponctions exploratrices sont loin d'être innocentes. Ce n'est donc que lorsque la tumeur est enlevée qu'on peut déterminer exactement sa nature, lorsqu'on l'a examinée en entier.

Ainsi, même en admettant que le microscope soit un moyen infaillible dans la grande majorité des cas, ce n'est qu'*a posteriori* qu'il établit le point le plus essentiel : le diagnostic.

Ce serait encore beaucoup si, au moins, il nous restait comme consolation, la certitude d'avoir délivré entièrement un malade d'une épouvantable maladie; mais il n'en est rien; car, à part la différence de forme moléculaire, vous avez vu que tous les caractères de la maladie sont essentiellement les mêmes. On peut les mettre sur deux lignes presque *ex æquo* sans crainte de se tromper, et je crois qu'en saine pratique il ne faut pas attacher une aussi grande importance à une simple différence de conformation moléculaire.

D'après ce qui précède, je me demande si on ne pourrait pas supposer que dans quelques-unes de ces affections désignées sous le nom de tumeurs fibro-plastiques il y a une période d'état caractérisée par un état moléculaire, très reconnaissable à l'aide du microscope, mais susceptible plus tard, par suite d'un travail dont nous ne connaissons pas encore les lois, de subir des transformations qui lui font perdre ces apparences physiques qui étaient son seul caractère. Il est possible que ce ne soit pas là le dénoûment de la question, mais, lorsqu'on voit dans certains végétaux, non-seulement l'aspect, la couleur, la saveur et d'autres caractères changer, il est permis de se demander si bon nombre de tumeurs fibro-plastiques ne seraient que des cancers à l'état de crudité. Certes, il y a une bien grande différence entre l'engorgement lymphatique des ganglions du cou, le tubercule à l'état de crudité qui s'y développe et l'abcès froid qui en est la terminaison; et, cependant, le tout n'est qu'une seule et même affection à des périodes diverses.

Ou enfin, si le tissu fibro-plastique n'est jamais susceptible de présenter la cellule cancéreuse, c'est une variété de cancer qui a une autre texture.

La pathologie permettant comme la botanique de grouper ensemble certaines affections, et d'en faire, si je puis le dire, des familles naturelles, je n'aurais été nullement étonné d'entendre dire que dans les affections cancéreuses il y en avait de plusieurs genres, de plusieurs variétés, toutes distinguées par des caractères propres, faciles à saisir; que de toutes ces variétés la moins pernicieuse était celle qu'on désignait sous le nom de tissu fibro-plastique, à cause de la prédominance de l'élément fibro-plastique pendant un certain temps, et de la rareté de la cellule cancéreuse. J'aurais accepté cette variété de cancer, comme je crois qu'il y a un cancer de la peau nommé cancer épithélial, à cause de la prédominance du tissu épithélial. C'eût été une variété moins dangereuse de cancer, comme dans les champignons vénéneux il y en a dont les propriétés sont plus ou moins malfaisantes.

En résumé, quels sont donc les avantages du tissu fibro-plastique? Rien ne nous démontre qu'on n'en hérite pas; il récidive sur place comme le cancer, car vous m'accorderez bien que le plus habituellement le cancer bien reconnu ne récidive que sur place : assez souvent il ne cause que des douleurs passagères; mais vous avez aussi des cancers indolents malgré leur volume, l'étendue de leur surface. Le tissu fibro-plastique se borne-t-il à un seul tissu? Non, comme je le disais tout à l'heure; semblable au cancer, il envahit tous nos tissus dans la même proportion et aux mêmes époques de la vie; il s'ulcère, donne lieu à des hémorrhagies, et enfin, de l'aveu même des micrographes, il peut constituer une infection. Enfin, est-il lui-même à l'abri de la dégénérescence cancéreuse? Nullement; il y en a des exemples, et, comme dans tous les systèmes absolus, il faut toujours une réserve qui vous met à l'abri de tous les arguments; vous avez à la fin la série des tumeurs malignes, et, il faut l'avouer, elles sont tout aussi pernicieuses que le plus mauvais des cancers.

J'admettrai volontiers qu'avant que la cellule cancéreuse soit visible au microscope, il faut que la maladie passe par une série de transformations qu'il est trèsimportant de connaître, car si le chirurgien est assez heureux pour opérer lorsque les tissus ne présentent encore que l'élément fibro-plastique, il a peu de chances pour prévenir l'infection générale et n'avoir de récidive que sur place, et dans une époque d'autant plus éloignée que la maladie aura été plus complétement enlevée.

Peut-être qu'envisagée de cette manière, la doctrine de notre savant collègue eût rencontré moins d'opposition, et elle eût présenté pour le malade comme pour le chirurgien un côté consolant, à savoir : que de tous les cancers, celui qui a la marche la plus lente, les suites les moins funestes, c'est celui où domine l'élément fibro-plastique.

Et en admettant même cette conclusion, il n'en restera pas moins vrai, de l'aveu même des micrographes, que l'élément fibro-plastique est dans l'état pathologique un des éléments les plus dangereux qui puissent se développer dans notre économie.

M. Lebert répond à M. Marjolin. Mon honorable collègue M. Marjolin vient de vous exposer dans une argumentation écrite ses objections contre les doctrines que j'ai eu l'honneur de défendre devant la Société. Si je préfère répondre immédiatement, je sens que j'ai besoin de l'indulgence de la Société pour cette réplique tout improvisée.

Avant tout, j'éprouve le besoin de remercier M. Marjolin pour la bienveillance personnelle qui règne dans son argumentation. Pour ma part, je me tiendrai sur le même terrain, et si dans la chaleur de l'improvisation quelques paroles un peu vives m'échappaient, je prierai mon honorable collègue de ne point y voir une intention personnelle.

Dans tout le courant du travail que j'ai lu devant la Société, j'ai cherché à ne taire aucune des conséquences fâcheuses que pouvaient quelquefois entraîner les tumeurs fibro-plastiques, mais malgré cela, je suis arrivé à tracer d'une manière nette et précise des différences fondamentales entre les productions fibro-plastiques et le cancer, tant sous le rapport anatomique, aidé du microscope, que sous celui de l'observation clinique et de la thérapeutique.

Je ferai ici une remarque préliminaire à laquelle j'attache une grande importance, c'est que j'ai été obligé de fonder la plupart de mes doctrines sur un grand nombre d'observations que j'ai recueillies moi-même depuis un certain nombre d'années, tant dans les hôpitaux que dans ma pratique. J'ai bien souvent déploré les lacunes, sous ce rapport, que j'ai rencontrées à chaque pas en lisant les auteurs. Partout beaucoup d'assertions, partout des doctrines, mais les preuves et les pièces justificatives, je les ai vainement cherchées dans la plupart des publications faites sur le cancer et les maladies confondues avec lui. L'anatomie pathologique des tumeurs y est généralement mal faite. On se contentait d'indiquer quelques caractères physiques; à peine jette-t-on un coup d'œil sur une coupe fraîche. Quant à la texture, il en est à peine question, ce qui n'empêche pas les auteurs de porter un jugement net sur la nature des tissus accidentels. On est ainsi resté assez généralement au-dessous même du degré de prévision que l'œil nu peut fournir pour leur détermination. Mais là où j'ai le reproche le plus grave à formuler contre les travaux de la chirurgie moderne, par rapport aux humeurs, c'est dans l'observation clinique, au lit du malade. On ne saurait imaginer combien les observations véritablement bien faites et complètes sous ce rapport sont rares dans la science, et, s'il est indispensable pour arriver à des doctrines d'avoir par devers soi un grand nombre de faits bien observés et bien analysés, il est avant tout essentiel de commencer par avoi: de bonnes unités de faits et d'avoir noté pour chaque cas particulier tous les détails de la santé antérieure des malades, des renseignements sur celle des parents, une description minutieuse du développement du mal local et de ses caractères physiques, un examen clinique ensuite de tous les organes du corps, puis la marche ultérieure. Une opération étant devenue nécessaire, pas un détail essentiel ne doit manquer dans les rapports de la tumeur avec les tissus et les organes du voisinage, dans son aspect et dans sa structure. L'examen microscopique ne saurais jamais marquer, sans que l'on s'expose à tomber dans une omission regrettable. Quelques essais chimiques doivent compléter ces études physiques. Le malade enfin vient-il à mourir, il faut examiner à l'autopsie tous les organes du corps avec le plus grand soin.

N'ayant point trouvé la science faite d'après ces principes, mais ayant de mon côté toujours suivi cette manière d'observer, grâce en partie aux préceptes de mon savant maître et ami M. Louis, et aux études physiologiques auxquelles je me suis toujours livré, je ne devais fonder mes opinions que sur les détails que mes propres observations renfermaient. Attaquer les doctrines contradictoires, non basées sur l'analyse des faits, était dès ce moment non-seulement permis, mais devenait pour moi un devoir sacré.

Je puis dire aujourd'hui qu'après avoir travaillé longtemps dans cette direction, il n'y a nullement désaccord entre l'anatomie pathologique et la clinique; et soyez bien persuadés que chaque fois que vous rencontrerez des différences constantes entre deux tissus morbides, c'est qu'avec quelque attention vous découvrirez toujours aussi une différence de marche et de mode d'être pathologique.

Vous vous étonnez de ce que le tissu fibro-plastique se rencontre dans des conditions si diverses. A mon tour je ne comprends pas cet étonnement. Ne vous ai-je pas dit que le tissu fibro-plastique n'était autre chose que du tissu cellulaire ou connectif en voie de formation, et que les tumeurs fibro-plastiques renfermaient exactement les mêmes éléments que le tissu connectif de l'embryon? Qu'y a-t-il donc d'extraordinaire qu'un tissu qui est une variété du tissu cellulaire, qui est le plus répandu dans l'économie, se montre dans des localités différentes? Le contraire serait inexplicable. Et ici je dois insister sur un des points les plus essentiels de la différence qui existe entre le tissu fibro-plastique et le tissu cancéreux. Tandis que le premier se montre déjà pendant la vie embryonale, puis dans l'organisme, à l'état de développement complet, ensuite dans les produits de l'inflammation, de l'hypertrophie, et enfin dans des productions autogènes; tandis qu'il est, en un mot, omœomorphe; le cancer, au contraire, est un tissu toujours étranger à l'économie, en un mot, toujours hétéromorphe. Ce fait, qui m'avait fait une si profonde impression dès mes premiers travaux anatomiques, et auquel j'étais arrivé pendant que je recueillais encore mes matériaux, je l'ai retrouvé plus tard dans les œuvres des meilleurs anatomo-pathologistes, des Laënnec, des Lobstein, des Carswell.

La différence de gravité entre le tissu fibro-plastique d'origine inflammatoire et celui des tumeurs n'est pas aussi tranchée comme elle apparaît au pemier abord. Bien des testicules doivent être extirpés par suite de l'organisation définitive de ce tissu dans leur trame, lors même que l'inflammation chronique en a été le seul point de départ. Quant aux arthrites chroniques, elles guérissent lorsque ce tissu passe à l'état fibreux; mais, malheureusement, ce n'est pas l'état le plus fréquent; souvent, au contraire, le tissu fibro-plastique qui constitue cette masse lardacée autour des articulations, que tous les chirurgiens reconnaissent avec crainte, s'organise pour son propre compte, et si bien que l'amputation seule débarrasse le malade de la source de ses souffrances. D'un autre côté, les tumeurs fibro-plastiques essentielles peuvent aussi bien se flétrir et disparaître comme le tissu fibro-plastique d'origine phlegmasique, dont on trouve la preuve dans l'histoire de la kéloïde, pour laquelle je l'ai observé. Ce fait a été signalé et fort bien décrit aussi par M. Firmin, dans sa thèse inaugurale sur la kéloïde.

Pour ce point de doctrine, comme, du reste, je ne crains pas de le dire, pour beaucoup d'autres, M. Marjolin n'a opposé à mes analyses de faits que des impressions pratiques manquant de base, en ce sens qu'il n'a produit aucune espèce de pièce justificative ni de statistique raisonnée tirée de sa propre expérience, ou, pour m'exprimer plus sobrement, tirée de ses notes.

Quant aux faits appartenant à d'autres, il faut avouer qu'il n'a pas été heureux dans son choix. Passons en revue plusieurs de ces faits, et voyons quelle sera leur place dans cette discussion, après une analyse complète.

L'observation d'un cancer à marche lente, héréditaire dans une famille, que M. Marjolin a tirée de l'ouvrage de Boyer, se rapporte à une pièce qui est conservée dans le musée Dupuytren. C'est une tumeur cartilagineuse pure et simple, un enchondrome, comme peuvent l'attester mes honorables collègues MM. Lenoir, Houel et Follin. Les tumeurs dures que plusieurs membres de cette famille portaient aux orteils se rapportent admirablement bien aussi à l'histoire de l'enchondrome. M. Marjolin a donc prouvé la thèse contraire, l'hérédité d'une tumeur non cancéreuse; et ce fait doit être élagué complétement de la discussion.

Le second fait est celui d'une hypertrophie de la mamelle, enlevée par M. Lenoir en 1845. M. Marjolin raconte qu'une portion de la tumeur avait été envoyée à M. Mandl, qui y avait trouvé les éléments du cancer, tandis que, de mon côté, j'avais trouvé les éléments de la mamelle à l'état hypertrophique. Je reviendrai tout à l'heure sur le procédé employé à mon égard à cette occasion. Je vais d'abord édifier la Société sur la valeur scientifique de ce fait, qui, du reste, a déjà fait de ma part le sujet d'une longue lettre,

insérée en 1845 dans la *Gazette médicale*, et qui se trouve reproduite très au long dans ma *Physiologie pathologique*. Il s'agit d'une femme, jeune encore, âgée de 32 ans, offrant toutes les apparences d'une fort belle santé, qui, dans l'espace de douze ans, a vu se se développer cette tumeur du sein qui, pendant les derniers temps, était devenue douloureuse. Absence de tout retentissement ganglionnaire, absence de tout trouble fonctionnel, conservation des forces et de l'embonpoint; en un mot, mal local s'il en fut jamais. L'extirpation faite, on envoie quelques parcelles à M. Mandl, qui ne s'est jamais occupé d'anatomie pathologique avec suite. De mon côté, je reçois la tumeur tout entière, qui était très-volumineuse et qui pesait 650 grammes, et je n'y trouve absolument d'autres éléments que ceux d'une hypertrophie. Eh bien! depuis huit ans bientôt que l'opération a été pratiquée, la malade continue à être exempte de toute récidive et à se porter parfaitement bien, d'après les renseignements de M. Lenoir lui-même.

Qu'il me soit permis de dire à présent un mot sur ce mode de procéder. On envoie souvent à plusieurs personnes qui s'occupent d'études microscopiques quelques parcelles d'une tumeur, et on dit malignement : « Pour le microscope il y en aura toujours assez. » C'est une manière de faire détestable. On a l'air de vouloir faire faire à des savants un assaut de spadassins; on a bien plutôt l'intention de leur tendre des piéges que de vouloir s'éclairer. Je déclare une telle manière de faire comme tout à fait au-dessous de la dignité de la science.

Je dois même, à cette occasion, protester d'une manière énergique contre la dénomination de micrographe. Nous tous qui nous occupons ici de ce précieux et incomparable instrument, qui est une des plus grandes merveilles qu'ait enfantées l'esprit humain, nous sommes médecins et pathologistes avant tout. Notre but à tous est de guérir ou de soulager les souffrances de ceux qui nous honorent de leur confiance, et si, après avoir fait une étude anatomique aussi complète que l'œil nu peut le faire, nous nous adressons à cet admirable œil perfectionné que l'on appelle microscope, nous cherchons des ressources dans les sciences naturelles que la pathologie pure ne nous offrait point. On n'a pas besoin d'inventer un nom particulier pour cela. Ce nom me paraît tout aussi peu convenable que celui d'urographe que l'on appliquerait aux médecins qui étudieraient les urines par les réactifs chimiques, ou celui de coprographe, nom pompeux sous lequel on désignerait l'homme qui serait curieux de savoir de quoi sont composées les matières fécales dans la dyssenterie ou la fièvre typhoïde.

Nous arrivons à un des points importants de la discussion. Malgré toutes les preuves accumulées dans le mémoire que j'ai eu l'honneur de lire devant la Société sur les différences fondamentales qui existent entre les tumeurs fibro-plastiques et le cancer, M. Marjolin se refuse à les reconnaître, et il dit que, parce que dans l'une et dans l'autre la récidive peut avoir lieu et la généralisation survenir, la mort même en être la terminaison, il y a identité entre les deux affections. Je rappellerai brièvement cependant toutes ces différences fondamentales. Comme tissu, nous l'avons vu, le fibro-plastique est une reproduction d'éléments normaux; tandis que le cancer est un élément hétéromorphe. Comme dépôt local, la tumeur fibro-plastique se comporte de la même façon que les tumeurs fibreuses, graisseuses et autres productions homœomorphes, c'est-à-dire qu'elle écarte les tissus voisins sans se les assimiler, tandis que le cancer les fait disparaître par un véritable travail de substitution. Comme marche et développement local, les tumeurs fibro-plastiques ne s'ulcèrent que rarement et dans des conditions seulement où toute espèce de tumeur subirait la même altération. C'est lorsque l'emploi imprudent des caustiques en a dénudé la surface, ou lorsque, devenues très volumineuses, elles ont usé les téguments qui les recouvraient. Dans le cancer l'ulcération est, au contraire, une propension naturelle bien autrement fréquente. Dans les tumeurs fibro-plastiques l'absence de retentissement sur les ganglions lymphatiques voisins est la règle, et vous en avez vu de beaux exemples chez les malades présentés encore récemment par MM. Chassaignac et Larrey. Dans le cancer le retentissement ganglionaire est un fait aussi commun pour les tumeurs de la surface que pour celles situées dans la profondeur des organes.

Quant à l'infection générale par des dépôts secondaires, M. Marjolin prétend qu'elle n'a lieu pour le cancer que dans le dixième des cas. Erreur profonde! De simples souvenirs ne sauraient lutter ici contre une statistique qui est le résultat d'observations péniblement recueillies pendant 11 ans, au nombre de 467 pour le cancer bien confirmé seul. La moyenne totale des infections a été, d'après mes recherches, presque les trois cinquièmes (0,56), et elle a oscillé, selon les divers organes, entre le tiers et les quatre cinquièmes.

Pour les tumeurs fibro-plastiques, au contraire, nous n'avons pu recueillir dans toute la science, malgré les recherches bibliographiques les plus soigneusement faites, que six cas en tout, et nous n'allons évidemment pas trop loin en signalant ce fait comme tout à fait rare et exceptionnel. M. Marjolin ne voit pas ces différences, mais pour nous, qui sommes ami du positif, nous ne partagerions l'avis de notre honorable collègue sur l'identité que lorsqu'il aurait démontré l'identité entre 56 pour cent d'un côté et 1 à 3 pour cent de l'autre.

Tout le monde sait à quel point la santé générale est profondément troublée lorsqu'une affection cancéreuse a duré depuis un certain temps, tandis que tous les observateurs sont frappés de l'intégrité de la santé générale dans les tumeurs fibro-plastiques, même opiniâtres à la récidive. La durée totale des affections cancéreuses varie en moyenne entre 27 et 42 mois; elle n'est que de 13 et de 16 mois pour les cancers de l'utérus et de l'estomac. Pour les tumeurs fibro-plastiques au contraire, elle est bien plus souvent de 5 à 10, même 15 et 20 ans que de courte durée, et celle de 1 à 3 ans est la rare exception. Cette grande chronicité, comme durée moyenne, constitue encore incontestablement une profonde différence. L'âge, dans le cancer, est différent également de celui des tumeurs fibro-plastiques. Rare avant 30 ans, le cancer commence à se montrer plus souvent entre 40 et 50, atteint son maximum entre 40 et 60, et après 60 ans il est plus fréquent encore qu'avant 40 ans. Les tumeurs fibro-plastiques se rencontrent à tout âge, mais elles sont plus fréquentes entre 35 et 50 ans, ce qui, d'après nos recherches statistiques, est du reste le cas pour presque tous les produits accidentels.

Une des grandes objections de notre honorable collègue est l'opiniâtreté des récidives; mais ici je ferai ressortir deux points qui démontrent toute la différence qui existe entre les deux affections. Je dirai à cette occasion que, loin d'encourir le reproche d'avoir inutilement multiplié les divisions en anatomie pathologique, je crois avoir contribué au contraire à rendre la pratique plus saine, plus active, plus consolante et à arracher à la mort un certain nombre de victimes que le chirurgien, découragé par les terribles insuccès des opérations multipliées dans le véritable cancer, abandonnerait peut-être à leur malheureux sort, sans ces notions précises auxquelles je cherche à acquérir aujourd'hui le droit de domicile dans la science.

La récidive, dans le cancer, est non-seulement locale, mais souvent éloignée. Aucune règle fixe n'existe à cet égard, elle est constamment locale dans les tumeurs fibro-plastiques, sans compter que j'ai péremptoirement démontré que dans un bon nombre de cas elle tient à des opérations incomplètes. Comparez, d'un autre côté, dans quelles circonstances vous faites une deuxième, une troisième, une quatrième opération à un homme atteint d'une tumeur fibro-plastique avec le tableau des malades que vous opérez pour des récidives cancéreuses.

Vous avez tous présent à l'esprit le fait de ce conducteur d'omnibus auquel M. Chassaignac a enlevé cinq fois depuis quatre ans des tumeurs fibro-plastiques, toujours à la même place, sur la région thoracique, près de l'aisselle. Eh bien! chez cet homme jamais aucun retentissement sur les ganglions du voisinage, jamais aucun trouble de la santé générale n'a eu lieu. Aujourd'hui encore il fait son pénible service de conducteur d'omnibus, pour lequel, vous le savez, il faut être debout pendant 16 heures sur 24, exposé à toutes les intempéries des saisons, prêtant une attention constante aux personnes qui approchent, qui montent ou qui descendent de voiture. Quant à l'aspect extérieur de cet homme, son œil est vif, son teint est bon, ses muscles sont forts, son embonpoint naturel; en un mot, rien ne manque pour prouver que chez lui il ne s'agit que d'un mal local. Fouillez, d'un autre côté, dans vos souvenirs pour vous rappeler dans quelles circonstances vous avez fait des secondes et troisièmes opérations de cancer du sein. Ces malheureuses femmes, qui la première fois présentaient encore une santé passable, offrent à l'époque des opérations ultérieures, un teint pâle, l'œil terne, un affaissement général, un dépérissement progressif. A cette malheureuse femme à laquelle vous avez enlevé une première fois une tumeur cancéreuse du col utérin, vous la voyez, à l'époque de la récidive, pâlie et affaiblie par les pertes, avec un écoulement fétide, avec des douleurs insupportables dans le bassin, les lombes et les cuisses, en proie à une agitation et une insomnie que l'opium ne fait cesser que d'une manière trop passagère. Ce triste tableau, qui pour nous tous est un souvenir, n'est certainement pas exagéré. Je rappellerai ici un fait qui m'a vivement impressionné. C'est la mortalité proportiellement bien plus grande dans les hôpitaux pour l'opération des tumeurs cancéreuses, en comparaison avec celles faites pour les autres tumeurs. Il meurt, d'après mes relevés statistiques, qui sont en tout point d'accord avec ceux de mon ami M. Broca, un sixième des malades opérés du cancer du sein, tandis que la mort est la rare exception chez les femmes auxquelles on enlève des tumeurs hypertrophiques du même organe et quelquefois pourtant leurs dimensions sont bien considérables.

On m'objecte, comme obstacle à ma différentiation, la diathèse, fibro-plastique général, que l'on voit quelquefois survenir. Mais ici encore je ferai observer à mon honorable collègue que la pathologie humaine et plus encore la pathologie comparée nous offrent de nombreux exemples de maladies diathétiques qui sont aussi différentes que possible du cancer. Chez l'homme, nous connaissons sous ce rapport la diathèse tuberculeuse; nous voyons quelquefois des ganglions lymphatiques, des glandes sébacées s'hypertrophier en grand nombre, des tumeurs fibreuses et graisseuses apparaître sur un grand nombre de points du corps à la fois. J'ai eu l'honneur de communiquer à la Société de chirurgie, dans mon travail sur le névrome, dix-sept observations de véritable diathèse névromateuse et des milliers de ces tumeurs étaient répandues sur le trajet de tous les nerfs de l'économie. Mais pour bien comprendre la nature des tissus morbides et celle des diathèses, la pathologie comparée est bien autrement utile encore que celle de l'homme, étudiée isolément.

Voici d'abord quelques données sur une forme d'ostéosarcome fibro-plastique que l'on observe surtout chez le bœuf, plus rarement chez le cheval, et qui offre tout à fait les caractères des tumeurs fibro-plastiques chez l'homme. Ce mal siége surtout aux mâchoires, auxquelles il donne de telles dimensions que l'on a donné à cette affection le nom de « haut de graisse. » Malgré les dimensions considérables, le prix de ces animaux n'en est point diminué; leur santé générale n'en souffre point et ils arrivent au terme naturel de leur existence. Les tumeurs fibro-plastiques sont connues chez le cheval, chez le bœuf, chez le chien; on rencontre quelquefois des tumeurs multiples sous la peau, mais sans que les organes internes en soient atteints et sans que la marche et la durée de la vie en soient influencées. Chez le cheval la maladie appelée verrues est constituée également par une multitude de tumeurs fibro-plastiques qui siégent dans la peau et le tissu cellulaire sous-cutané; mais jamais l'animal n'en meurt. Le tissu de ces tumeurs est ferme, d'un blanc jaunâtre et ne contient point de suc trouble; en un mot, la structure anatomique et la marche clinique démontrent que la diathèse fibro-plastique chez les animaux est complétement différente de la diathèse cancéreuse.

La mélanose est également une affection diathésique très-répandue chez les chevaux blancs. Anatomiquement, elle offre l'absence de la cellule cancéreuse, et chimiquement elle présente cela d'important qu'elle permet à ces chevaux de vivre aussi longtemps que ceux qui n'en ont pas, et qu'elle ne produit d'accidents graves que lorsque la localisation a lieu de façon à intercepter quelque fonction essentielle à l'entretien de la vie. Il n'existe point chez les animaux de cachexie mélanique, tandis qu'au contraire, elle accompagne constamment les maladies cancéreuses à leur dernière période.

La diathèse graisseuse s'observe chez le chien, le cheval et le bœuf. Ce sont des tumeurs multiples de toutes les parties du corps, soit extérieures, soit que leur siége ait lieu dans les cavités internes, surtout dans le tissu sous-péritonéal et sous-pleural. Lorsque cette diathèse existe, l'excision est suivie de la reproduction locale, et pourtant ces tumeurs offrent indubitablement les caractères du lipome ordinaire.

Chez le chien, il existe une prédisposition particulière à rendre toute espèce de maladie diathésique. Il est ainsi des polypes, souvent multiples à la fois dans les fosses nasales et dans le vagin. Lorsqu'une mamelle s'hypertrophie, presque toutes suivent le même travail morbide; il en est de même enfin des enchondromes de la mamelle, fréquents chez ces animaux. Voilà donc bien des exemples de diathèses chez l'homme et chez les animaux, dont l'existence ne saurait être révoquée en doute, et que l'on ne saurait confondre avec le cancer sans tomber dans les doctrines les plus paradoxales. Je dois ajouter qu'une partie de ces renseignements m'ont été fournis par un de nos vétérinaires les plus distingués, M. Leblanc père, et que M. Follin et moi nous avons pu vérifier la plupart des détails de ces faits.

On a dit que l'acceptation du terme de cancer, telle qu'on la trouve dans Boyer, était bien plus satisfaisante que celle que nous donnent les travaux récents sur la matière. Sans compter les descriptions fort incomplètes de ce grand écrivain, on trouve chez lui des contradictions flagrantes. C'est ainsi qu'il insiste sur l'incurabilité du cancer du sein, sur sa nature squirrheuse ou encéphaloïde, tandis qu'il nie ce tissu dans le cancer ulcéré de la face, auquel il donne en outre, pour caractère, sa curabilité fréquente. C'est qu'en qualité de bon praticien, il avait été frappé de ces différences; mais ses recherches étant incomplètes, il n'a su les formuler en doctrines. M. Marjolin a dit que le cancroïde de la lèvre inférieure produisait aussi bien l'infection cancéreuse que le véritable cancer. Or ce fait n'est pas exact; c'est un mal local grave qui, par ulcération, peut détruire les tissus voisins, et qui peut atteindre les glandes lymphatiques voisines; mais jamais je n'ai rencontré un fait d'infection de l'économie par suite d'un cancroïde de la lèvre. L'ulcération parvient, du reste, comme nous l'avons déjà vu, dans toute espèce de tumeur, ainsi que l'hémorrhagie lorsqu'un vaste ulcère existe. On oublie trop facilement que les tumeurs ordinairement les plus benignes, composées d'un tissu évidemment non cancéreux, peuvent affecter, dans certaines circonstances, une marche très-grave, sans que l'on soit pour cela en droit de les assimiler avec le cancer. J'ai vu, il y a à peine un an, à la Société anatomique, une tumeur cartilagineuse qui s'était développée promptement, qui avait brisé plusieurs côtes, dans laquelle des cavités s'étaient creusées, dont l'une ulcérée fournissait tous les jours plusieurs onces d'un liquide trouble. Eh bien, de l'avis de tous ceux qui ont étudié cette tumeur après la mort, il n'y avait pas d'autres éléments que ceux du cartilage. Nous trouvons dans les Mélanges de chirurgie étrangère, l'observation d'un lipome énorme du dos opéré par J.-P. Maunoir et avec plein succès. Cependant, avant l'opération, les grandes dimensions du produit morbide, l'ulcération de la surface, le mauvais état du malade, présentaient évidemment quelque ressemblance avec ce que nous observons dans les tumeurs cancéreuses. C'est à cette occasion que je dois parler d'une opinion émise par notre honorable collègue sur la transformation des tissus, et leur possibilité de dégénérer. Or, c'est une hypothèse aujourd'hui complétement abandonnne, combattue non-seulement par ceux que vous appelez les micrographes, mais aussi par un homme dont vous ne contesterez pas la grande autorité en anatomie pathologique, par M. Cruveilhier, qui n'a cessé de combaire cette manière de voir depuis trente ans. Par conséquent, pour faire revivre une pareille doctrine, il faut commencer par démontrer sa réalité.

Je vous ai déjà dit plus haut ce que je pensais de la manière vicieuse d'user du microscope dans les cliniques, en envoyant des petites parcelles à droite et à gauche. Je dois vous dire en quelques mots quel est, selon moi, le véritable but de cet instrument. Lorsqu'après un examen consciencieux au lit du malade, après une dissection soigneusement faite, on veut se rendre compte de la structure moléculaire des produits des maladies, et je distingue plus que personne le produit de l'essence morbide, lorsqu'on veut être éclairé sur la pathogénie avant d'aborder la question grave de la thérapeutique, on se trouve arrêté par l'imperfection de nos sens. C'est ici que les sciences naturelles nous viennant en aide bien à propos. Cette substance, dont vous n'avez pu définir que les caractères les plus grossiers, sur la nature de laquelle il vous reste des doutes si nombreux, la chimie vous fait connaître ses principes immédiats constituants, le microscope vous démontre quelle est sa composition morphologique.

Vous comparez ensuite les résultats obtenus par ce précieux instrument avec ce que les autres méthodes d'investigation vous ont appris incontestablement, votre jugement devient plus sûr, plus élevé, plus philosophique, lorsqu'à des sens imparfaits vous avez pu substituer des sens perfectionnés et des méthodes rigoureuses. Lorsqu'on a fait ainsi de la science pendant longtemps, on arrive à mieux comprendre toute la phénoménologie d'une affection morbide et à poser ainsi un diagnostic mieux et plus rationnellement établi. Le microscope servira ainsi un jour, comme l'a si spirituellement dit mon ami M. Broca, à pouvoir presque se passer du microscope. Lorsqu'on ne fait pas un usage exclusif et absolu des notions que nous fournit le microscope, lorsqu'on ne l'envisage que comme complément des autres méthodes, il doit nécessairement épurer et rajeunir toute la pathologie. De plus en plus nous suivrons ainsi les méthodes exactes des naturalistes, et il arrivera à la pathologie de progresser d'une manière non interrompue, comme l'on fait, par exemple, nos doctrines sur le magnétisme terrestre et sur le galvanisme, progrès que nous ne saurions assez admirer si nous comparons les doctrines galvaniques de nos jours avec les éléments de cette grande et mémorable discussion entre Volta et Galvani, qui a pourtant été le point de départ des notions modernes.

Le but du microscope est donc d'éclairer la pathologie et la thérapeutique, en confrontant ses résultats avec ceux des autres voies, d'observer et de remplacer de plus en plus en médecine les vues de l'esprit et les impressions vagues par les procédés exacts des naturalistes.

Vous avez cru pouvoir reprocher au microscope de ne pas toujours éclairer le chirurgien qui s'adresse à lui pour se rendre compte de la nature de quelque parcelle extraite par une ponction exploratrice. Je dois dire à cette occasion que les ponctions exploratrices en effet ne fournissent pas toujours des résultats précis, parce qu'on peut tomber dans une cavité séreuse, dans une collection sanguine, dans une substance étrangère à la masse principale d'une tumeur. Je dirai de plus que j'ai vu plusieurs fois des tumeurs s'enflammer après des ponctions exploratrices. Il faut donc les pratiquer avec réserve, mais la cause du microscope n'y est pas pour cela en jeu. Quant au diagnostic microscopique avant une opération, c'est surtout dans les excroissances de la peau et des membranes muqueuses qu'il m'a rendu souvent de grands services. L'expérience m'a en effet démontré que l'on pouvait en enlever des parties suffisamment étendues pour permettre d'être fixé sur la nature des productions accidentelles, et le choix de l'opération est ensuite notablement influencé du résultat de cette exploration. Mais je vous le répète, tous ces petits services que le microscope peut nous rendre ne constituent qu'un mérite accessoire. Son but véritable est bien autrement élevé et philosophique, celui d'être une des colonnes de sustentation du vaste édifice de la pathogénie.

Je pourrais relever encore bien des objections dans l'argumentation de M. Marjolin, mais je craindrais d'abuser des moments de la Société à l'attention de laquelle je viens déjà de faire un appel presque indiscret.

M. Marjolin. Je répondrai en peu de mots à M. Lebert, car les questions de ce genre ne peuvent s'éclairer, non par des discussions sans fin, mais par des faits qui n'ont de valeur qu'avec la sanction du temps.

Les arguments que notre honorable collègue a développés étant les mêmes que ceux qu'il a exposés dans son savant mémoire, je serai obligé de reproduire les mêmes réponses sans apporter le moindre jour sur la question et en conservant les mêmes convictions.

Néanmoins comme il y a quelques points qui sembleraient faire présumer que M. Lebert s'est mépris sur le sens de mes objec-

tions et comme d'autre part, la discussion s'étant singulièrement étendue, il y a des propositions qui ne peuvent rester sans réplique, je dirai : J'ai suivi dans ma réponse la marche que M. Lebert a suivie dans la méthode des naturalistes; j'ai mis constamment en parallèle la marche, les caractères extérieurs, les symptômes et la terminaison des tumeurs fibro-plastiques et des tumeurs cancéreuses, et constamment j'ai été frappé non-seulement de l'analogie, mais souvent de l'exacte ressemblance qui existait entre les deux affections, et alors j'ai été amené à cette conclusion que, si ces deux genres de maladies n'étaient pas identiquement les mêmes, il y avait de tels liens de ressemblance qu'il fallait les ranger dans la même famille, sauf plus tard, lorsque l'expérience l'aura bien démontré, à établir quels sont dans cette famille les genres les plus funestes pour notre économie.

Mais pour arriver à cette conclusion il ne suffit pas des faits qui datent pour ainsi dire de la veille, il faut que ces mêmes faits, qui nous sont présentés aujourd'hui, soient vérifiés dans plusieurs années, et alors on verra quelle est la proportion exacte entre le nombre des tumeurs fibro-plastiques et le nombre des cancers, entre les guérisons durables et les terminaisons fâcheuses; on verra enfin si les individus qui ont présenté des tumeurs fibro-plastiques sont exempts d'une infection fibro-plastique et si cet état n'est qu'une exception. On pourra enfin s'assurer que jamais l'affection fibro-plastique n'arrive à cet état moléculaire qui semble constituer le caractère essentiel du cancer.

Opposer aujourd'hui des faits n'avancerait à rien, notre collègue nous dirait : Si vous n'avez pas employé au commencement comme à la fin de la maladie le microscope, je n'en puis tenir aucun compte, vos observations sont incomplètes : nous acceptons encore cette objection, car au milieu de tant de faits du même genre qui sont sans cesse soumis à notre examen, je crois qu'il y a possibilité d'arriver à une conclusion plus pratique que celle que nous a présentée M. Lebert. Je dirai ensuite que ce n'est pas à notre âge qu'on peut dire : Voici le résultat de ma pratique; il faut pour cela un plus long espace de temps, il faut avoir vu, comme de vieux praticiens, passer dans ses mains plusieurs générations et pouvoir dire : J'ai connu la grand'mère qui se mourait d'un cancer, j'ai opéré sa fille d'une maladie semblable, et dans la troisième génération je retrouve encore la même affection. Voilà ce qui s'est dit du cancer, nous verrons plus tard ce qu'on dira des tumeurs fibro-plastiques. Mais lorsque l'observation est aussi jeune, quelque bien observés que soient les faits, pour vous prononcer, attendez que le temps ait dit son dernier mot. Autrement nous pourrons dire à notre tour que l'observation est incomplète.

Oui, j'avais droit de dire que si le tissu fibro-plastique offre dans ses atomes une différence perceptible au microscope, il n'en est pas moins une maladie presque aussi terrible que le cancer, puisqu'il récidive avec tant de promptitude, que dans l'espace de quinze mois deux malades qui nous avaient été présentés avaient été opérés, l'un cinq fois par M. Chassaignac et l'autre trois fois par M. Larrey; vous me dites : Mais leur état actuel de santé est parfait, ils ont repris leurs travaux; c'est vrai, mais attendez un peu, attendez seulement quinze mois.

Comme vous, je le répète, je désire bien vivement que la proportion des cancers diminua, et puisque la curabilité des tumeurs fibro-plastiques est la règle, vous aurez rendu un éminent service en dirigeant les recherches des praticiens vers ce but; mais, quant à présent, lorsque je vois une maladie offrir dans l'obscurité de son développement, dans sa marche, dans sa manière d'être, dans sa tendance à la récidive, et finalement dans une véritable infection qui, jusqu'à présent, n'est pour vous que l'exception, je suis en droit de dire à la maladie : Si tu n'es pas le cancer tu es de sa famille, car, comme lui, tu parais dès l'enfance, tu as les mêmes formes, tu t'ulcères, tu causes des hémorrhagies, souvent d'atroces douleurs, tu récidives; en un mot, si tu n'as pas la même forme de molécule, tu n'en es pas moins unie par des caractères qui font de toi, sinon une maladie identique, au moins une maladie analogue.

Notre honorable collègue ne veut pas que la tumeur dont parle Boyer soit une tumeur cancéreuse. Qu'ai-je dit dans ma réponse? J'ai dit : Si la tumeur est cancéreuse, une guérison de dix-huit ans doit avoir une certaine valeur; si au contraire la tumeur est fibro-plastique, j'en tire cette conséquence qu'elle peut être héréditaire. Restera maintenant à savoir dans quelle catégorie on doit classer les enchondromes, puisque c'est à ce dernier genre qu'elle semble appartenir.

Dire maintenant avec notre collègue que parce que certains détails ne se trouvent pas mentionnés par des auteurs consciencieux, il faut regarder comme non avenu tout ce qui a été fait sur les tumeurs, c'est une proposition qui n'est pas acceptable. Comment! tout ce que J.-L. Petit, Boyer, Dupuytren, et tant d'autres praticiens célèbres nous ont transmis sur les tumeurs, il faudrait l'oublier? tant de précieuses traditions seraient perdues? Non. Si dans leurs observations il s'est trouvé parfois des lacunes regrettables, il y a aussi un tel cachet de vérité, qu'elles constituent à elles seules une tradition qu'il faut conserver religieusement, car à elles seules elles résument toutes les données cliniques. Oui, comme le disait tout à l'heure M. Lebert, il arrive trop souvent que des observations pèchent par des oublis. C'est vrai; j'en ai eu la preuve en relevant les procès-verbaux de la Société; mais de là à vouloir refaire tout ce qui a été fait par des hommes que nous devons nous efforcer d'imiter, il y a là une différence dans la manière d'envisager les faits qu'on ne peut laisser passer sans réplique.

Dans la discussion notre collègue semble s'être ému de ce que je m'étais servi du mot de micrographe, j'avoue que j'en ai été étonné, ce terme était tout aussi naturel que si j'avais eu à parler des anatomo-pathologistes; remplaçant une périphrase par un mot, je désignais ceux qui ont appliqué le microscope à l'étude de l'anatomie pathologique, et notre collègue aurait bien tort de vouloir ici repousser un titre auquel il a tant de droits par l'importance de ses recherches micrographiques.

Quant à penser que j'envisage le microscope comme un instrument inutile, c'est une erreur, car dans tous les cas où j'ai eu des tumeurs à enlever, je les ai toujours fait examiner, soit par M. Lebert, soit par d'autres personnes habituées à l'emploi de cet instrument; et très souvent j'ai eu soin de prendre le dessin des figures; la seule différence, c'est que les conclusions que j'ai tirées de son emploi sont moins absolues, et que je ne me suis pas pressé de publier ces observations.

Un autre point que je ne veux pas laisser passer inaperçu, c'est une remarque de M. Lebert sur l'emploi du microscope dans la clinique; notre honorable collègue s'est tellement mépris sur ma manière de voir, que je le prierais de relire ce que j'ai écrit. Lorsque deux personnes envoient séparément à deux observateurs consciencieux deux échantillons d'une même pièce, ce n'est pas pour élever un conflit, c'est pour donner plus de poids aux recherches, et quelquefois aussi dans la crainte qu'une pièce ne soit perdue; j'ai eu bien soin dans ma phrase de faire sentir que ce n'était pas un conflit. Une plaisanterie qui serait tout au plus permise dans l'intimité devient un fait indigne de gens qui se respectent. Ce n'est pas de cette manière que la science procède. Ma conclusion était celle-ci : Pour arriver à une analyse certaine, il est important d'avoir toute la tumeur, car il est possible que telle portion renferme de l'élément cancéreux, tandis que telle autre en est entièrement dépourvue; et ceci m'amenait tout naturellement à demander quelle pouvait être l'utilité du microscope dans le diagnostic à priori, et quelle pouvait être dans ce but l'utilité des ponctions exploratrices, ayant bien soin de signaler les dangers de ces ponctions exploratrices.

M. Lebert. Il me serait impossible d'entrer de nouveau dans les longs détails qui ont fait le sujet de mon argumentation de tout à l'heure. Ma conviction est qu'une discussion ultérieure ne saurait être fructueuse qu'autant qu'on opposerait l'analyse de faits nombreux à ceux sur lesquels je me suis appuyé pour arriver à mes résultats généraux.

M. Roux présente une tumeur qu'il a enlevée chez un malade, dont il avait entretenu la Société dans une des précédentes séances; cette tumeur attenait à l'humérus. Cette pièce, quant à son aspect, ressemble tout à fait à une tumeur colloïde. (Plus tard cette observation sera publiée dans son entier.) M. Roux prie M. Lebert de vouloir bien examiner cette tumeur avec le microscope pour en rendre compte à la Société.

M. Forget. Avant que M. Lebert communique le résultat de ses recherches, je prierai M. Roux de vouloir bien dire quelle est son opinion sur la nature de cette tumeur. Est-elle ou non de nature cancéreuse?

M. Roux. J'avoue qu'aujourd'hui il est assez difficile de se prononcer, mais cependant, d'après la marche, les symptômes et l'aspect de la tumeur, je crois qu'elle est de nature fongueuse, mais qu'elle n'est pas de nature à récidiver.

Le secrétaire de la Société, Marjolin.

ENGORGEMENT DES AMYGDALES.

Corps étrangers. Excision.

Mlle X..., âgée de 17 ans, d'un tempéramment lymphatique et d'une assez bonne constitution, a été réglée de bonne heure et sujette à quelques accidents chlorotiques qui ont réclamé l'emploi des préparations ferrugineuses. Dans le courant de 1850, je donnai le conseil d'exciser les amygdales qui étaient le siége de vives et fréquentes inflammations, et restaient considérablement hypertrophiées. On chercha par d'autres traitements à éviter cette opération, dont les parents s'exagéraient la douleur et le danger. J'avais perdu complétement la malade de vue, lorsque M. le docteur Rapou me demanda de pratiquer une excision si redoutée et depuis si longtemps nécessaire.

Le 8 décembre, assisté de M. Lardet, interne des hôpitaux, j'enlevai l'amygdale gauche qui était la plus volumineuse et la plus saillante, à l'aide de l'instrument de Fahnestock, modifié par M. Velpeau. La droite fut détachée au moyen de petites pinces de Museux et d'un bistouri à long manche, à lame mousse et étroite. Cette opération, qui fut de courte durée et singulièrement facilitée par l'emploi du mors en bois, imaginé par M. Bonnet, ne présenta aucune difficulté. Quel fut mon étonnement en dégageant l'amygdale gauche de la petite fourchette à deux dents qui la fixait, de la trouver transpercée d'avant en arrière, par un os pointu, assez lisse, de 20 millimètres de longueur, qui s'était engagé à travers une des lacunes muqueuses que présente ce corps glanduliforme! L'amygdale ainsi traversée, était volumineuse et ressemblait assez bien (qu'on me passe la comparaison) à un rognon à la brochette. La malade qui, avant l'opération, nous avait parlé d'un os ou d'une portion d'os de poulet qui lui serait resté au gosier, se rappela, d'une manière positive, que l'avant-veille à dîner, mâchant et avalant rapidement du poulet, elle avait éprouvé et conservé depuis lors la sensation d'un corps étranger fixé dans l'arrière-gorge. Il avait été impossible de le retrouver, malgré les recherches les plus attentives : le reste s'expliquait naturellement.

Les suites de l'opération ont été des plus simples, l'écoulement sanguin a été modéré, l'inflammation très légère, et aujourd'hui 24 décembre Mlle X... ne redoute plus ces terribles et fréquentes angines, et n'éprouve plus la sensation pénible que lui causait le corps dur et aigu qui s'était fixé dans le gosier.

(Gazette médicale de Lyon).

APOPLEXIE DE LA LUETTE;

Par le docteur Garin, de la Côte-Saint-André (Isère).

Le 17 septembre 1850, le nommé Marmillon, de la côte Saint-André, hameau du Bois, vint à ma consultation accompagné de sa femme. Celle-ci, âgée d'environ trente-deux ans, bien réglée, mère de plusieurs enfants, parlant d'un timbre rauque guttural, se trouvait à garder des vaches dans un pré, par un temps humide, en compagnie de son mari, lorsque tout à coup sa face devient vultueuse, injectée, turgescente; elle porte les mains à la bouche, au cou, fait des efforts inutiles pour respirer; elle rejette, par vomiturition, quelques gorgées de pâte chymeuse, et fait entendre alors un râle strident; enfin elle tombe suffoquée, et ses derniers mouvements sont pour montrer sa bouche.

Aux clameurs du mari, les voisins accourent. On présume que de la matière des vomissements s'est introduite dans le larynx. Afin de provoquer l'expulsion de ces matières, on va pour titiller la luette; mais, à la grande surprise des assistants, cet organe apparaît du volume d'une grosse noix, arrondi, distendu, rouge, luisant, tombant sur l'ouverture de la glotte.

Sans retard, et comme d'inspiration, une personne fait à la tumeur une ponction à l'aide de ses ciseaux de couturière. Du sang rouge sort par la plaie; en un instant la luette s'est vidée du liquide qu'elle contenait. Des efforts de toux se manifestent, la respiration reparaît et la malade n'éprouve plus bientôt qu'un corps incommode sur la base de la langue.

C'est afin de remédier à cet inconvénient que l'on vient me consulter. L'on me rapporte ce qui vient de se passer, c'est-à-dire ce que j'ai brièvement raconté.

L'inspection de la luette me montra sa pointe noirâtre, racornie, comme frappée de mortification, phénomènes dont rendaient compte la distension et l'infiltration qu'avaient éprouvées les tissus. Le corps de l'organe était allongé; sa base était saine, aussi bien que les régions circonvoisines.

Je réséquai la luette et n'en ai plus entendu parler.

Ce fait est remarquable, parce qu'il pourrait facilement donner le change en faisant soupçonner un corps étranger dans les voies aériennes ou la présence d'un accès de maladie interne.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

De l'emploi thérapeutique de l'huile de pieds de bœuf à la place de l'huile de foie de morue;

Par Radcliffe Hall.

Dans tous les cas, dit l'auteur, où l'huile de foie de morue ne convient pas habituellement, j'ai trouvé que l'huile de pieds de bœuf est susceptible de la remplacer avantageusement. Prise de la même manière, à la même dose et avec les mêmes précautions que celle-ci, elle n'avertit pas le malade de sa présence une fois qu'il l'a avalée. Au début, elle agit ordinairement d'une manière très douce sur le tube intestinal, ramollissant les matières intestinales et rétablissant la régularité des évacuations plutôt qu'augmentant leur fréquence. Dans quelques cas de diarrhée chronique, où j'ai administré cette huile associée au tannin ou à l'acide nitrique et à l'opium, le dévoiement a diminué sous son influence. Dans d'autres cas de diarrhée, elle m'a paru au contraire en augmenter l'abondance. Les douleurs ressenties par les phthisiques dans la poitrine se sont généralement calmées; le râle sous-crépitant du sommet des poumons a disparu, en même temps que nous constations dans l'état général cette amélioration qui suit l'administration de l'huile de foie de morue lorsqu'elle est bien supportée.

L'huile de pieds de bœuf m'a aussi rendu des services dans la bronchite simple sans tubercules, après la première période; je m'en suis servi également avec avantage pour faire cesser des constipations habituelles, pour calmer l'irritation des hémorrhoïdes, et d'une manière générale, pour améliorer l'état de certains enfants qui, sans cause manifeste, et malgré un régime convenable, restaient maigres et délicats.

L'action laxative de l'huile de pieds de bœuf est assez incertaine. Habituellement, ainsi que nous l'avons dit, elle n'a d'abord qu'une très faible action sur l'intestin, dont elle régularise seulement les fonctions; mais quelquefois il n'y a rien de pareil, et il faut y joindre les vrais laxatifs. D'un autre côté, chez les jeunes enfants et chez quelques adultes dont le ventre est assez irritable, on observe assez souvent un peu de dévoiement lorsque l'huile a été administrée seule pendant quelques jours. Dans aucun cas je ne l'ai vue irriter la membrane muqueuse ni produire de coliques. S'il n'y a pas de diarrhée, l'huile régularise seulement les garde-robes, et rien de plus; s'il y a de la diarrhée, ou seulement un peu de tendance à la diarrhée, ce n'est pas une raison pour ne pas donner l'huile; il suffit de lui associer un astringent convenable, pour qu'on puisse l'administrer avec avantage dans l'immense majorité des cas.

L'huile de foie de morue détermine, dans quelques cas, une éruption herpétique autour de la bouche, du reste assez insignifiante, et de la douleur vers la langue. Je n'ai jamais rien observé de pareil avec l'huile de pieds de bœuf.

Chez les bouchers, elle est mélangée de trop d'impuretés; chez beaucoup de droguistes, elle est mêlée avec de l'huile de noix, et chez un plus grand nombre encore, elle est tellement raffinée, qu'elle est presque entièrement dépouillée de sa stéarine. Sous cette forme si pure, j'ai remarqué qu'elle répugne à l'estomac. Dans cette huile, comme dans l'huile de foie de morue, et probablement aussi dans les autres huiles animales, la présence d'une grande proportion de stéarine rend l'huile plus facile à digérer. L'huile de pieds de bœuf dont il faut faire choix est donc celle qui est seulement débarrassée des particules étrangères, qui est d'un jaune tirant sur le brun, opaque et chargée de stéarine, semblable à du miel assez épais.

En terminant, je dirai que, pour assurer le succès du traitement, il faut s'astreindre aux trois conditions principales suivantes : 1° faire choix d'une huile de pieds de bœuf véritable, mais non épurée; 2° commencer par de petites doses, une petite cuillerée deux fois par jour, et n'augmenter que par degré; 3° enfin ne jamais prendre l'huile à jeun, mais seulement lorsqu'il y a des aliments dans l'estomac. *(Revue médico-chirurgicale.)*

Du Traitement à appliquer aux gourmes,

par M. de Rivas.

« Lorsque les gourmes sont à l'état aigu, je les laisse suivre leur cours, me contentant d'en surveiller la marche et de soigner les accidents qu'elles peuvent déterminer. Mais, dès qu'elles passent à l'état chronique, je procède immédiatement à leur traitement, quels que soient le temps de leur durée, la santé de l'enfant et l'abondance de la suppuration.

» Les moyens que j'ai mis en usage avec le plus de succès contre l'état général sont : un régime nutritif, les toniques, les purgatifs et les bains.

» Les agents locaux sont : les lotions, les pommades et les caustiques.

» Le premier soin dont je me préoccupe, lorsque je procède au traitement des gourmes du cuir chevelu, surtout de l'impétigo et de l'eczéma impétigineux, c'est de ramollir et de faire disparaître les croûtes. Ce résultat, je l'obtiens au moyen de cataplasmes de farine de graines de lin ou de fécule de pommes de terre. Je remande qu'ils soient épais, humides et pas trop chauds. Ces cataplasmes sont appliqués pendant cinq ou six matins; quelquefois pendant plus longtemps, selon le besoin; ils sont maintenus sur la tête pendant deux heures; puis après qu'ils ont été enlevés, la tête est lavée avec de l'eau de savon tiède, et essuyée avec soin. Dès que les croûtes sont enlevées, on ne se sert plus de cataplasmes, qui

répugnent toujours aux enfants, mais on continue le lavage de la tête pendant toute la durée du traitement. Une fois que la surface malade est nettoyée des exsudations qui pourraient nuire à l'action des topiques, alors je fais usage de lotions alcalines, surtout contre le pityriasis. Et, contrairement à l'avis de M. Cazenave, qui admet qu'en général, et presque sans exception, les corps gras sont inutiles quand ils ne sont pas nuisibles dans le traitement de l'impétigo, je me suis parfaitement trouvé de l'emploi des pommades dans le traitement des gourmes et surtout de l'impétigo. J'ai obtenu de bons résultats de la pommade suivante :

Emery.

Goudron. . . . . 1 partie.
Axonge. . . . . 3 —
Mêlez.

REVUE TOXICOLOGIQUE.

Empoisonnement par les amandes de noyaux d'abricots; guérison;

Par M. MOURE, pharmacien à Bordeaux.

Au mois d'août dernier, une mère éplorée apporta dans ma pharmacie son fils âgé de deux ou trois en criant : Mon enfant a une attaque de vers; donnez-lui quelque chose, il se meurt!...

Sans me donner le temps d'examiner le petit malade, je m'empressai de lui faire prendre une cuillerée de potion vermifuge; mais, en l'avalant, il revint pour un instant d'un profond assoupissement, ouvrit les yeux, cria et retomba bientôt dans le coma. D'après ces signes, je jugeai que les vers n'étaient pas l'ennemi que j'avais à combattre; j'examinai cet enfant avec attention, et je remarquai que sa bouche avait l'odeur de l'acide cyanhydrique, cela me donna des soupçons; je questionnai les parents et j'appris qu'il avait mangé quelques amandes d'abricots, qu'un moment après l'ingestion de ces amandes, l'enfant avait eu des convulsions, qu'il était ensuite tombé dans l'état où je le voyais, qu'effrayés et le croyant en proie à une attaque de vers, ils avaient couru chez moi.

Ces détails confirmèrent mes craintes, et je m'empressai d'administrer par cuillerées à bouche une potion composée de 5 centigrammes de tartre stibié, 12 gouttes d'ammoniaque liquide, 60 grammes d'eau distillée et 10 grammes de sirop.

Cet enfant ne tarda pas à vomir copieusement.

Pendant que le vomitif faisait son effet, j'appliquai des synapismes aux mollets et j'engageai les parents à aller chercher leur médecin. Au bout d'une demi-heure, j'étais assisté de l'habile docteur Bermond, qui, après l'effet du vomitif, fit placer l'enfant au lit et lui fit appliquer sur la tête et le front des compresses imbibées d'eau froide chlorurée qu'on changea toutes les dix minutes pendant toute la nuit; notre jeune malade resta dans l'abattement jusqu'au lendemain, où il était dans un état satisfaisant; le surlendemain il était guéri.

J'ignore si les amandes étaient d'abricots-pêches ou autres, mais, d'après les matières vomies, j'estime que l'enfant pouvait en avoir avalé de dix à douze.

Suffocation produite par l'acide sulfurique, mort rapide,

Par le docteur W.-W. GALL.

L'intérêt particulier de cette observation réside dans cette circonstance singulière, que l'acide sulfurique a tué par son action sur les voies respiratoires, sans toucher les organes digestifs.

Une femme fut trouvée morte dans sa chambre; elle était assise sur une chaise, la tête renversée en arrière, appuyée sur le lit, et légèrement penchée sur l'épaule droite. La bouche était pleine de mucosités tenaces, les lèvres, les dents, les gencives portaient la trace d'une corrosion par un acide. La main droite placée en travers du corps tenait une petite fiole sur laquelle était écrit : *acide sulfurique* (poison). Il en restait environ une demi-drachme. La mort datait déjà de quelque temps; les extrémités étaient froides. Or, voici ce qui fut constaté à l'autopsie.

Sa langue était contractée, l'épiglotte corrodée et réduite à une languette triangulaire dentelée sur les bords. Les cordes vocales étaient détruites, particulièrement la droite. Il en était de même de la muqueuse trachéale, et l'on voyait les cartilages comme disséqués. L'acide avait pénétré dans les deux poumons, attaqué profondément le parenchyme, perforé la plèvre gauche, détruit le feuillet costal, et rongé les côtes sous-jacentes.

On voyait une couche de sulfate de chaux à la surface du poumon; la crosse de l'aorte, la veine cave supérieure, les veines brachio-céphaliques contenaient des caillots ayant l'apparence du cirage desséché. Dans l'estomac et l'œsophage il n'y avait pas une trace d'acide. L'épithélium de la muqueuse était entier, et l'estomac ne contenait que du mucus.

Nous ne croyons pas qu'il existe de cas semblable dans la science. On sait bien que l'impression instantanément produite sur la langue par le caustique détermine quelquefois une contraction du pharynx qui empêche la déglutition, et l'on a vu des individus succomber aux progrès de l'inflammation et de la tuméfaction de la muqueuse pharyngienne et des amygdales, sans qu'une seule goutte d'acide eût pénétré dans l'estomac; mais on n'a pas constaté alors que la liqueur avait passé dans les bronches. L'étendue des désordres décrits par M. Gall est telle qu'elle excite la suprise, mais le fait de la corrosion des voies respiratoires et de l'immunité des voies digestives ne peut être révoqué en doute. Un accès de toux avait-il soulevé l'épiglotte et attiré la liqueur dans la trachée? C'est probable, et l'acide aura ensuite coulé de proche en proche jusqu'aux parties profondes en les corrodant successivement.

(*Journal de Chimie médicale.*)

Commission pour l'organisation d'une manifestation du corps médical en faveur de M. Orfila.

La commission, sous la présidence de M. Bérard, inspecteur général de l'enseignement supérieur, s'est réunie dimanche à la Faculté de médecine, et a décidé qu'une souscription serait immédiatement ouverte aux bureaux de M. Amette, secrétaire trésorier de la Faculté, et dans tous les bureaux de tous les journaux de médecine et de pharmacie.

Le produit de cette souscription est destiné à offrir à M. Orfila une médaille qui consacre et perpétue le souvenir de l'acte de haute libéralité que ce célèbre professeur vient d'accomplir en faveur des études et de la profession médicale.

La souscription sera close le 15 mars.

Nous donnerons dans notre prochain numéro une première liste des souscripteurs qui se sont déjà fait inscrire à notre bureau.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Nous avons annoncé que par décret de l'Empereur, du 31 décembre 1852, M. le docteur Conneau a été nommé premier médecin de S. M., et chef du service de santé de sa maison.

Voici, si nous sommes bien informés, la composition complète de la maison médicale de l'Empereur :

Médecins : 8,000 fr. de traitement.

MM. Andral et Rayer.

Chirurgiens : 8,000 fr. de traitement.

MM. Jobert (de Lamballe) et H. Larrey.

Médecins et chirurgiens consultants : 6,000 fr. de traitement.

MM. Bégin, Bérard, Bouillaud, J. Cloquet, Gaultier de Claubry, Michel Lévy, Louis et Velpeau.

Médecins et chirurgiens par quartiers : 6,000 fr. de traitement.

MM. Arnal, Boulu, L. Corvisart, Delaroque, Fleury, Longet, Tenain et Vernois.

— M. le docteur Fiard, connu par ses travaux sur la vaccine, récompensés par l'Académie des sciences et l'Académie de médecine, vient de mourir subitement à Paris.

— *Nécrologie.* — Voici les pertes éprouvées par les corps savants pendant l'année qui vient de s'écouler :

Dizé, chimiste, membre de l'Académie de médecine; Gannal-Girard, ancien directeur de l'Ecole d'Alfort; de Haldat, docteur-médecin, correspondant de l'Institut à Nancy; Récamier, docteur-médecin; Réveillé-Parise, de l'Académie de médecine; J.-A. Rochoux, ex-médecin de Bicêtre, de l'Académie de médecine; F. Vidalin, médecin et archéologue.

Anglais. — Vincent, chirurgien; Thomas Toloden, chimiste; le docteur Dalrymph, oculiste.

Allemands. — André Buchoner, chimiste; Stieffel, professeur à l'Université de Munich.

Russes. — Le baron de Langsdorf, naturaliste.

Suédois. — Wilhem Sninger, géologue.

— M. le docteur Auzoux, auteur de l'anatomie clastique, commencera le dimanche 16 janvier, à 1 heure, son cours d'anatomie humaine et comparée; ce cours sera continué les dimanches suivants à la même heure.

— *Maladies des sangsues.* — *Prix de* 25,000 *francs.* — On lit dans un journal de Tarbes (Hautes-Pyrénées) : « Le commerce des sangsues a une certaine importance dans notre département. Il n'est donc pas sans intérêt de donner de la publicité au fait suivant : M. Pratil, médecin, qui vient de mourir, a laissé, par son testament, une somme de vingt-cinq mille francs, destinée à être donnée en prix à celui qui trouvera un remède à la maladie dont les sangsues sont généralement affectées. On sait que cette maladie détruit tous les ans plus d'un tiers de ces animaux. »

CORRESPONDANCE.

A M. le Rédacteur de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Monsieur,

Permettez-moi de faire un appel à votre justice habituelle pour réclamer contre quelques expressions qui me touchent dans le mémoire de M. Bonnafont, que vous avez publié dans votre numéro du 28 décembre 1852 et qui a pour titre : *Observation d'un bec-de-lièvre double très compliqué.*

Voici d'abord comment M. Bonnafont juge à propos de me faire intervenir dans sa rédaction :

« Malheureusement M. Sévestre, le médecin accoucheur, ne partageait pas l'avis de l'opération, car il assurait qu'on ne pouvait rien » faire à cet enfant et que toute opération aurait inévitablement des » *résultats funestes.* »

Telle est la rédaction de M. Bonnafont, mais voici la vérité du fait; permettez-moi, monsieur le Rédacteur, de la rétablir brièvement.

Je n'ai point partagé d'abord l'opinion de mes confrères quant à l'exécution immédiate de l'opération; j'ai demandé qu'elle fût retardée de quelques jours, et j'ai raconté le *résultat funeste* survenu dans ma pratique et dans un cas tout analogue. J'ai émis mon opinion avec la liberté qui appartient à un médecin consulté, et je ne crois pas que le mot *malheureusement*, dont se sert à propos de cet avis M. Bonnafont, soit une expression tout à fait juste et convenable.

Quant à assurer aux parents qu'il n'y eût rien à faire à un enfant qui vient au monde avec un bec-de-lièvre, je ne crois pas non plus que M. Bonnafont puisse attribuer cette opinion à un praticien qui aurait, comme moi, trente ans d'expérience comme médecin accoucheur.

Je sais, grâce à Dieu, tout comme M. Bonnafont, qu'un bec-de-lièvre doit être opéré, mais j'ai mes idées sur l'opportunité de l'opération; et le succès de l'opération, en cette circonstance, ne les a pas beaucoup modifiées, et je tiens à ce que l'enfant qui doit subir cette opération ait plus de douze jours, et un grand nombre d'accoucheurs, sachant les difficultés qu'on éprouve à nourrir les enfants les premiers jours de leur naissance, seront très probablement de mon avis.

Quant aux *résultats funestes* dont j'ai parlé plus haut, je n'en ai fait mention qu'en citant le cas d'un enfant que j'avais vu mourir à la suite d'une opération faite trop tôt, et n'entendais nullement parler de l'enfant qui faisait l'objet de notre opinion.

J'aurais désiré être mieux compris dans ma pensée par M. Bonnafont; c'est pourquoi je n'ai pu résister au besoin de réclamer contre des expressions que j'eusse souhaitées plus justes de sa part.

Recevez, etc. SÉVESTRE, D.-M.-P.

Paris, 5 janvier 1853.

ERRATUM. — Dans le numéro du 8 janvier, discours d'ouverture de la clinique de M. Trousseau, page 11, alinéa troisième, question des injections iodées dans les hydropisies de l'ovaire, on a imprimé par erreur le nom de M. *Bonnet*; c'est M. *Boinet* qu'il faut lire.

LE GÉRANT.

Paris. — Typographie de PLON frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE.	Trois mois. . . . 8 fr. 50 c. Six mois. . . . 16 » Un an. . . . . 30 »	
GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES.	Trois mois. . . . . 9 fr. Six mois. . . . . 17 Un an. 33	
ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR.	Trois mois. . . . . 10 fr. Six mois. . . . . 20 Un an. 38	

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

PARIS, LE 12 JANVIER 1853.

Séances des Académies.

Après la lecture de la correspondance, M. Bérard a informé l'Académie que, suivant la décision prise dans la dernière séance, le bureau, accompagné de plusieurs membres, s'est rendu chez M. Orfila pour le remercier de sa libéralité envers la Compagnie. M. Orfila, ayant aussitôt demandé la parole, s'est exprimé en ces termes : « Ma reconnaissance envers l'Académie ne peut » être égalée que par mon respect pour ce corps illus- » tre. Un semblable témoignage de la part d'une pa- » reille assemblée est un titre de gloire pour ma famille » et pour moi. Je ne croyais pas avoir assez fait pour » mériter un tel honneur. Recevez-en, messieurs, mes » remercîments, trop faiblement exprimés sans doute, » mais vivement et profondément sentis. » Ces simples et dignes paroles ont été suivies de marques générales d'approbation.

— Le consciencieux rapport de M. Guibourt sur un cas d'égagropile observé dans l'espèce humaine a donné lieu, nous ne dirons pas à une discussion, car il n'y a pas eu contradiction ; mais à une série de communications intéressantes. M. Delafond, notamment, a fait, pièces en main, une exposition très nette de la question des égagropiles, considérés successivement chez le bœuf, chez le mouton, enfin chez le cheval ; il a été conduit à penser que les égagropiles sont de même nature chez l'homme et chez le cheval, c'est-à-dire constitués par une agglomération de poils du caryopse de la graine d'avoine, tandis que chez les animaux des espèces bovine et ovine, ils sont formés par les propres poils de ces animaux, lesquels se servent de leur langue pour se gratter eux-mêmes ou les uns les autres, étant, d'une part, très sujets à la maladie pédiculaire, qui s'accompagne de vives démangeaisons, et de l'autre, très friands de la matière grasse et salée, sécrétée à la surface de leur peau.

Les égagropiles du veau sont remarquables par la régularité suivant laquelle les poils sont disposés à leur surface, comme dans un manchon, suivant l'exacte comparaison de M. Delafond. M. Guibourt a fait remarquer que dans les égagropiles du bœuf, les poils, au contraire, sont entremêlés sans ordre. Cette différence s'expliquerait et par les mouvements plus énergiques auxquels les égagropiles sont soumis dans l'estomac de l'animal adulte (c'est ordinairement dans la caillette qu'on les trouve), et parce que, dans les organes gastriques du veau, qui ne se nourrit que de lait, ils ne sont pas en rapport de frottement avec des matières alimentaires solides. La couleur des égagropiles pileux varie suivant la robe de l'animal qui a fourni les poils dont ils sont formés. Les poils s'usent à la longue par l'effet du frottement, ou peuvent s'user ; alors la surface de l'égagropile est polie ; de plus, elle tend à s'incruster de matières muqueuses et de matières salines. La production, quand elle a subi cette incrustation, prend le nom d'égagropile concret ou encroûté.

Chez le cheval, les égagropiles se distinguent non-seulement par leur composition, mais aussi par leur siége. Ce n'est plus dans l'estomac qu'on les trouve généralement : ils occupent ordinairement le gros intestin, surtout la portion flottante du côlon. Le phosphate ammoniaco-magnésien étant abondant dans l'intestin du cheval, il se dépose quelquefois en couches plus ou moins épaisses à la surface de l'égagropile, qu'on désigne alors sous le nom d'égagropile calculeux, et qui tient le milieu entre l'égagropile proprement dit et le calcul intestinal. Il existe un de ces égagropiles mixtes dans la collection soumise à l'examen de l'Académie par M. Delafond.

Quelques-uns des égagropiles qui ont passé sous nos yeux à la séance de l'Académie ont pour noyau une portion de dent, un morceau de plomb, un fragment de silex, un clou, etc.

Dans les moutons, les égagropiles sont de petit volume ; chez le bœuf et le cheval on en voit d'aussi gros que la tête d'un fœtus à terme. M. Delafond en a montré un de cette dimension. Quand il y en a plusieurs, ils peuvent être à facettes. S'il n'y en a qu'un, sa forme est généralement sphérique ou ovoïde, mais il peut être plus ou moins aplati.

Il est à remarquer qu'en traitant des égagropiles, on n'a point parlé de la chèvre sauvage, qui a pourtant donné son nom à ces productions (αἰξ, chèvre ; ἄγριος, sauvage ; πῖλος, pelote).

Ce qui résulte, au point de vue de l'anthropo-pathologie, des faits et des considérations présentés à l'Académie, c'est que dans l'espèce humaine l'égagropile est dû à l'usage alimentaire de l'avoine. On doit considérer comme une simple exception le fait d'un égagropile formé chez un homme qui avait l'habitude de mâcher du bois de réglisse ; exemple rappelé par M. Laugier, et rapporté par son père dans le tome Ier des *Mémoires de l'Académie*. L'égagropile chez l'homme est commun en Ecosse et plus encore en Irlande, d'après M. J. Cloquet, qui a très ingénieusement rapproché des égagropiles ces sortes de pelotes feutrées, bien connues des habitants des bords de la mer, et qui sont formées par les poils des racines des plantes sous-marines.

Espérons que, comme l'a dit M. Delafond, les progrès de la civilisation rendront les égagropiles humains de plus en plus rares, en sorte que la question se limitera un jour à la pathologie comparée.

M. Bérard a rappelé, avec sa lucidité habituelle, comment le génie de Hunter avait trouvé la preuve du mouvement giratoire de l'estomac dans la disposition des poils tournés uniformément du même côté, dans quelques égagropiles que l'immortel observateur avait eus entre les mains. Les expériences, et notamment les remarques faites par le docteur Beaumont sur son Canadien, ont donné raison à Hunter.

On a paru trouver hors de propos que M. Caventou eût parlé des bézoards à l'occasion des égagropiles. Mais sans aucun doute cette dénomination arabe de bézoard a été appliquée à de véritables égagropiles ; témoin la définition suivante, que nous empruntons au *Dictionnaire des sciences médicales* : « BÉZOARD..., espèce de calcul que l'on rencontre dans l'estomac, dans la vésicule du fiel..., *mais surtout dans les intestins de plusieurs ruminants.* » Il y a plus, on a donné le nom de *bézoards d'Allemagne* aux égagropiles. Enfin le bézoard *oriental* lui-même, que l'on trouve dans le quatrième estomac de la gazelle des Indes (*antilope cervicapra*), est-il bien différent de l'égagropile de l'espèce bovine? Eu égard à cette incertitude, à cette confusion, il aurait été à désirer que l'on prît occasion précisément des remarques de M. Caventou pour chercher à établir une classification exacte des diverses concrétions qui peuvent se former dans le tube gastro-intestinal chez l'homme et chez les animaux. C'est un travail à faire.

— M. Serres (d'Alais) a entretenu l'Académie du phosphène, curieux et important phénomène qu'il étudie avec ardeur depuis quatre ans. Malheureusement l'orateur, dominé par la crainte de fatiguer l'attention de l'assemblée, a parlé très vite, et il a été difficile de le suivre. Le président l'a engagé à rédiger un travail. Nous lui donnerons un autre conseil, celui d'exposer ses idées sur le phosphène à l'Ecole pratique. Qu'il fasse deux leçons, qu'il en fasse trois ou davantage, mais qu'il soit complet. Pour très bien dire, M. Serres n'a qu'à ne pas se presser ; il fera comprendre la question, et rendra par là un véritable service, si, en outre, il divise bien sa matière, en procédant du simple au composé, en ne

FEUILLETON.

DE LA MANIE PUERPÉRALE.

C'est à l'occasion d'un procès tout récent, et qui par sa nature et par la position de l'accusé a eu un certain retentissement, que cette forme de l'aliénation mentale s'est trouvée signalée à l'attention des médecins.

« Quoiqu'on ait beaucoup écrit sur les maladies auxquelles sont exposées les nouvelles accouchées et sur les ravages du lait détourné de ses organes sécréteurs, les accoucheurs et les médecins qui ont traité les maladies des femmes parlent peu des aliénations mentales qui éclatent après l'accouchement, pendant ou après l'allaitement. »

Cette phrase qu'Esquirol écrivait en 1819 s'applique encore parfaitement à l'état de nos connaissances sur cette maladie. Son étude, qui offrirait tant d'intérêt au double point de vue de la pathologie spéciale des nouvelles accouchées et de la médecine légale, a été singulièrement négligée par la plupart des auteurs. Elle pourrait être cependant la source de précieuses indications thérapeutiques et servir à éclairer la justice sur la nature morale de certains actes criminels commis par les femmes en couches.

Aussi est-ce l'importance que cette forme de l'aliénation encore si mal connue nous a paru présenter qui nous engage à résumer pour nos lecteurs le peu qu'on sait à cet égard. Et commençons d'abord par rappeler les principales circonstances du cas auquel nous avons déjà fait allusion.

Pendant les derniers mois de la grossesse, la dame en question, Mme B..., avait offert les signes d'une exaltation assez vive. L'accouchement fut heureux et aucun accident ne survint pendant les quinze jours qui le suivirent. Mais le 15 septembre, Mme B..., qui était accouchée le 2 du même mois, se leva pour le baptême de son enfant, prit froid et fut obligée de se remettre au lit en proie à une inflammation grave. Puis enfin, après un temps qui n'est pas spécifié dans l'instruction, mais qui ne paraît pas avoir été long, l'aliénation, imminente déjà depuis plusieurs mois, se déclara tout à fait.

L'agitation devint très vive le 30 septembre ; il y eut de l'exaltation religieuse, qui se calma momentanément sous l'influence de la conversion de la malade, mais qui reparut bientôt avec une nouvelle violence et lui fit repousser ses parents comme hérétiques.

Le 1er octobre, les mêmes scènes se renouvelèrent. Dans un accès de folie furieuse, Mme B... se jeta sur deux de ses proches pour les déchirer de ses ongles. La raison, d'après un témoignage, lui revenait par instants et lui rendait toute sa connaissance.

Le soir, elle fit venir son mari, lui adressa quelques reproches et l'engagea à changer de religion ; puis, par une brusque transition, elle lui dit en lui montrant le nouveau-né : Aimez-vous cet enfant? Cet enfant n'est pas à vous, il est de votre ami intime. — Si je croyais cela, répondit B..., je tuerais cet enfant. Aussitôt alors Mme B..., qui paraît avoir donné toutes ces explications avec beaucoup de calme, reprise d'une exaltation furieuse, s'écria en s'adressant à sa sœur : Reine d'Angleterre, chassez cet homme!

Un peu plus tard, le docteur Campbell étant venu la voir, elle le reçut bien d'abord, lui tint néanmoins des propos un peu inconsidérés et finit par le chasser en criant : Voilà le diable ! L'exaltation se prolongea encore quelque temps et obligea de la faire entrer dans une maison de santé.

Dans le cas précédent, dont nous n'avons rapporté que les circonstances relatives à l'aliénation, l'état mental de Mme B... n'a eu aucune influence sur le jugement qui a été rendu. D'autres témoignages étant venu, confirmer celui de Mme B..., à tort ou à raison M. B..., se croyant déshonoré, a trouvé dans ce fait son excuse. Mais supposons que les témoignages étrangers aient manqué : les paroles de la femme auraient acquis une tout autre importance. On conçoit qu'il eût pu être essentiel de s'assurer de son état mental.

Eh bien ! consulté à cet égard le médecin aurait dû tenir compte des faits suivants, que pour la plupart nous empruntons à l'excellent mémoire d'Esquirol sur le sujet qui nous occupe.

L'aliénation est beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit à la suite des couches, pendant et surtout après l'allaitement. En quelques années, Esquirol en observa 92 cas sur 1,100, et de ces 92 60 se produisirent dans les deux seules années de 1812 et 1813 sur 600 femmes aliénées, ce qui donne une proportion d'un dixième.

Si parmi les causes prédisposantes on a signalé l'hérédité, la susceptibilité de la femme et des accès de folie antérieurs, ce sont les écarts de régime, principalement l'action du froid humide et surtout les affections morales qui en déterminent le développement. En effet, sur les 92 cas cités l'influence de ces dernières a été constatée quarante-six fois.

L'aliénation ou le délire se déclarent plutôt immédiatement à la suite des couches qu'à une époque un peu éloignée. L'ébranlement du système nerveux, dû à l'intensité des douleurs ou à la durée du travail, circonstance que M. Cazeaux a signalée, en est parfois la seule cause. Le délire peut être passager, revêtir une forme très grave et porter même la mère, ainsi que l'on n'en a que trop d'exemples, à commettre un infanticide que rien ne permettait de prévoir. Tel était le cas de cette fille dont parle Esquirol : elle n'avait point caché sa grossesse ; elle fit faire une layette ; la veille de l'accouchement, elle se montra à tout le monde. Pendant la nuit, elle accoucha, et le lendemain l'enfant fut trouvé dans les latrines mutilé de vingt et un coup de ciseaux. Cette fille avoua son crime et n'en témoigna aucun regret. « Je n'ai pas fait de mal, répétait-elle ; ils ne peuvent me rien faire. »

Si la folie est plus commune après l'accouchement, elle persiste moins longtemps d'ordinaire. La guérison est fréquente ; elle a été obtenue 55 fois sur 92 cas, et 38 dans le courant des six mois qui ont suivi le début du mal.

La fréquence de cette sorte d'aliénation paraît varier aux différentes époques, selon les classes de la société. Parmi les femmes riches ou

sous-entendant rien, en parlant comme si les auditeurs n'avaient absolument aucune notion du sujet. Nous assisterions aux démonstrations de M. Serres, et nos lecteurs en sauraient quelque chose.

— M. Maisonneuve a présenté, à la fin de la séance, une jeune malade sur laquelle il a pratiqué l'amputation sous-astragalienne, en taillant un lambeau dorsal. Le moignon est très régulier; l'astragale ayant basculé en avant et en bas, le raccourcissement est corrigé en partie. Quoique le moignon soit douloureux à la pression exercée avec la main, la jeune amputée peut marcher sans bottine particulière et faire d'assez longues courses.

L'amputation sous-astragalienne, proposée par M. de Lignerolles, a été faite sur le vivant, pour la première fois, par M. Malgaigne. C'est donc une de ces nombreuses amputations partielles du pied dont la chirurgie française a enrichi la médecine opératoire.

A l'Académie des sciences, une communication importante a été faite par M. Rayer. L'honorable M. Pravaz (de Lyon), dont on connaît le zèle et l'activité, se livre depuis quelque temps à des expériences sur les animaux, tendant à obtenir la coagulation du sang dans les artères au moyen d'injections avec quelques gouttes de perchlorure de fer au maximum de concentration.

On trouvera au compte-rendu de la séance les détails du procédé employé par M. Pravaz, plus l'indication des succès qu'il en a obtenus, et qui peuvent faire présager d'heureuses applications chez l'homme dans les cas d'anévrisme ou d'autres maladies des vaisseaux artériels.

Cette communication intéressante est consignée dans une lettre adressée par M. Lallemand, qui a été témoin de ces expériences, ce qui leur donne un caractère de plus d'authenticité.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. NÉLATON.

Polype fibreux de la base du crâne. Considérations générales.

Un jeune homme de vingt ans, d'une constitution assez bonne en apparence, d'un embonpoint médiocre, accuse depuis longtemps déjà une disposition qui le rend sujet à contracter de fréquents coryzas, deux ou trois par mois. Il y a un an, il a ressenti pour la première fois les symptômes de la maladie qu'on constate actuellement chez lui. Ainsi, vers le mois de décembre 1851, le timbre de sa voix a subi une altération notable, sa respiration est devenue gênée; ces accidents ont été combattus par des lotions alumineuses dans les fosses nasales, sans amélioration sensible. A cette époque, un médecin constata la présence d'un polype des fosses nasales, et fit dans l'espace de quatre mois vingt-quatre tentatives d'arrachement, tentatives qui durent être énergiques, car, au dire du malade, il se servait d'instruments très forts.

Le peu de succès de ces opérations décida le malade à venir à Paris, où il entra dans le service de M. Velpeau le 17 juillet 1852.

Le 22 septembre, M. Velpeau tenta l'arrachement du polype par la bouche; en octobre, il pratiqua dans la même semaine deux opérations, un arrachement et une excision. Les fosses nasales parurent devenir plus libres; mais bientôt la tumeur se reproduisit, donna lieu à de nouveaux accidents, et le malade, ennuyé de son état, chercha d'autres conseils: c'est alors qu'il me fut adressé.

Ces renseignements obtenus, je procédai à l'examen.

Je constatai d'abord une déformation de la face; le côté droit est plus volumineux, et l'œil droit est légèrement repoussé de l'orbite. Le malade placé au jour, la tête relevée, on voit, à trois centimètres de l'orifice antérieur de la narine droite, une tumeur arrondie, d'un rouge-brun. La bouche ouverte, il est facile de constater la projection en avant du voile du palais, la convexité antérieure de la voûte palatine et le raccourcissement consécutif du diamètre antéro-postérieur de la bouche. En saisissant l'extrémité de la luette à l'aide d'une pince et soulevant le voile du palais, on aperçoit en arrière un corps arrondi du volume d'un œuf de pigeon.

L'existence du polype constatée, voyons quels sont ses rapports avec les parties voisines et quel est son point d'insertion.

Le doigt introduit dans la bouche, et porté entre la face postérieure ou supérieure du voile du palais et la face antérieure de la tumeur, ne sent en ce point aucune adhérence. L'exploration faite de la même manière sur la face postérieure de la tumeur (exploration plus difficile en ce qu'elle doit être plus rapide, à cause des efforts de vomissement qu'elle provoque) ne permet au doigt de remonter que jusqu'au niveau de l'arc antérieur de l'atlas, où l'on rencontre un cul-de-sac formé par l'adhérence de la tumeur à la première vertèbre cervicale. Or l'expérience démontre que les polypes fibreux prennent naissance d'une manière presque constante dans le point de la base du crâne qui correspond au cul-de-sac pharyngien, dans l'épaisseur de la membrane fibreuse périostique qui recouvre l'apophyse basilaire et la face inférieure de la base du sphénoïde; le cas actuel ne fait pas exception à la règle.

Le siége de la tumeur déterminé, voyons si elle envoie des prolongements dans les cavités voisines. Pour la cavité nasale, cela est facile à constater; et d'après la disposition de ces cavités et le voisinage du point d'origine de la tumeur, il ne saurait guère en être autrement. Sur les parties latérales du pharynx, en un point situé entre les muscles styliens, pharyngo-staphylin et les attaches du ptérygoïdien interne, la muqueuse pharyngienne est libre et sépare seule la cavité pharyngienne du fond de la fosse zygomatique, et le polype, éprouvant peu de résistance en ce point, peut faire saillie et venir s'étendre dans cette fosse. En palpant avec soin le long du bord inférieur de l'apophyse zygomatique, nous n'avons constaté que la présence d'une petite tumeur dont la mobilité pendant l'état de contraction du masséter nous a fait reconnaître un ganglion lymphatique engorgé. Quant au prolongement de la tumeur à travers le trou sphéno-palatin, la compression douloureuse qui en résulte sur les cordons nerveux peut seule le faire présumer; ici rien de pareil.

L'envahissement du sinus maxillaire par la tumeur s'accompagne de déformation caractéristique de la face; la paroi antérieure de ce sinus, soulevée, donne lieu à une projection de la face en avant, à l'exorbitis, conséquence du refoulement en dehors de la paroi interne de l'orbite. Chez notre malade, si on se borne à l'examen superficiel, la déformation existe, il est vrai; mais si on se livre à une exploration profonde, on constate que la paroi antérieure du sinus maxillaire n'offre pas de projection en avant; que la paroi interne de l'orbite offre, il est vrai, un léger soulèvement, mais qui n'est pas en rapport avec le degré d'exorbitis; que l'épaisseur des joues n'est pas égale des deux côtés, celle du côté droit étant beaucoup plus épaisse que celle du côté gauche. Le défaut de symétrie perd dès lors son importance à nos yeux, et nous sommes autorisé à conclure que le polype n'envoie pas de prolongements dans les cavités de la face.

Quel mode de traitement emploierons-nous?

L'arrachement, le broiement ont été pratiqués vingt-quatre fois; M. Velpeau a tenté l'excision, et le mal s'est reproduit.

D'un autre côté, le malade ne vivra pas avec son mal, et l'expérience le démontre; je n'ai pas dans ma mémoire une seule observation de polype des fosses nasales chez des adultes ou des vieillards; on ne vit donc pas vieux avec de semblables tumeurs.

Si le malade s'adresse à la chirurgie, il peut arriver ou bien qu'il meure des suites de l'opération, ce qui est rare heureusement; qu'il guérisse, terminaison presque aussi rare que la première; ou bien, et c'est ce qui arrive presque constamment, le polype se reforme promptement aux dépens des portions de sa racine qui n'ont pas été enlevées, et le nombre des récidives égale le nombre des tentatives.

Chez d'autres malades, ceux qui gardent leur mal, la tumeur prend un volume considérable, se gangrène; à la chute des eschares, il s'en écoule un suintement continu de liquide sanieux qui, se mêlant aux aliments, donne lieu à une intoxication lente et à un dépérissement graduel. La mort peut également arriver par asphyxie. D'autres meurent épuisés par des hémorrhagies abondantes.

Le siége de la tumeur et son mode d'implantation indiquent suffisamment les difficultés qui s'opposent à son extraction complète. En effet, mes observations m'ont démontré que ces tumeurs, qui font corps avec le périoste de la base du crâne, se développent par un pédicule formé de fibres à direction perpendiculaire à leur surface d'implantation, de sorte qu'elles sont suspendues à la voûte du pharynx et des fosses nasales par des milliers de fibres très résistantes perpendiculaires à la direction des os. Et, contrairement à l'opinion de Levret, qui pensait que le pédicule tombait en entier avec la tumeur à la suite de l'application de la ligature (ce qui est vrai pour les tumeurs fibreuses développées dans d'autres régions), dans les polypes des fosses nasales la reproduction a lieu par la portion de racine qui est restée implantée aux os après la section opérée par la ligature.

Dans la thèse de M. Bautrel, on trouve l'observation d'un malade opéré vingt-cinq fois par Dupuytren; après chaque opération, la liberté des fosses nasales était obtenue momentanément; à peine quelques jours s'étaient-ils écoulés, la tumeur remplissait de nouveau les narines et faisait même issue au dehors.

La guérison radicale est donc l'exception; elle peut cependant être obtenue quand le pédicule est étroit et que, fortement saisi, le mouvement de torsion a donné lieu à l'arrachement complet de la racine; lorsque la tumeur est implantée sur des lamelles osseuses fragiles et que celles-ci ont pu être atteintes et excisées à l'aide de ciseaux recourbés.

En 1848, un jeune homme se plaignant d'épistaxis abondantes me fut adressé. M. Marotte, mon collègue dans les hôpitaux, avait reconnu l'existence d'une tumeur des fosses nasales.

En examinant avec soin, je constatai la projection en avant du voile du palais; les fosses nasales laissaient apercevoir, à 2 centimètres en arrière, la partie antérieure d'une tumeur que je reconnus prendre implantation à la base du crâne. Ses racines prenaient naissance dans toute l'étendue de la face inférieure de l'apophyse basilaire, sur la face inférieure du sphénoïde et sur la face interne de l'apophyse ptérygoïde droite. J'étais convaincu que, l'insertion se faisant sur une étendue aussi considérable, les procédés opératoires ordinaires n'empêcheraient pas la reproduction. Déjà en 1847 M. Flaubert fils, de Rouen, eut recours dans un cas de cette espèce à l'amputation du maxillaire supérieur, afin d'enlever autant que possible toutes les adhérences du polype, et cette opération fut suivie de succès.

Peu de temps après, un chirurgien de Louvain pratiqua une opération analogue dans ces mêmes circonstances; ici l'observation n'a pas été complétée, et nous ignorons si la guérison s'est maintenue.

Quoique ces faits ne me fussent pas inconnus, je pensai qu'une opération plus simple pouvait atteindre le même but, et je conçus l'idée de la résection de la voûte palatine.

Quelques tentatives faites déjà par d'autres chirurgiens, et en particulier par M. Manne, chirurgien d'Avignon, qui le premier eut la pensée de fendre le voile du palais, m'avaient mis sur la voie, et je me décidai à mettre ma pensée à exécution. C'est en décembre 1848 que je pratiquai pour la première fois cette opération.

La luette saisie avec une pince et le voile du palais tendu, je le divisai complétement sur la ligne médiane, et prolongeant mon incision sur la voûte palatine jusqu'à 2 centimètres environ de l'arcade dentaire, je coupai toute l'épaisseur de la membrane fibro-muqueuse à l'aide d'un bistouri à forte lame. Une deuxième incision dirigée transversalement à l'extrémité antérieure de la première, me donna deux lambeaux latéraux, que je décollai à l'aide de la spatule dans une étendue suffisante sur les parties latérales de la voûte palatine, et l'os dénudé, je fis, à l'aide d'un perforateur, deux trous, situés l'un à l'extrémité droite, l'autre à l'extrémité gauche de mon incision transversale. J'enfonçai dans chacun de ces trous le mors de la pince de Liston, et agissant comme avec des ciseaux, je divisai d'un seul coup toute l'étendue de la voûte palatine comprise entre les deux mors de la pince. En même temps que la division de cette partie de la voûte palatine est obtenue, celle-ci éclate également dans ses parties latérales; de sorte que toute la voûte osseuse, sauf la partie qui correspond aux arcades dentaires, est enlevée d'un seul coup. Les esquilles sont enlevées avec soin, et les bords de la solution de continuité sont régularisés à l'aide du bistouri.

Cette extraction me mit sous les yeux et à la portée de la main toute la surface d'implantation du polype.

Les choses laissées en l'état, à la visite du lendemain je trouvai les deux moitiés de la membrane palatine rapprochées, et celles correspondantes du voile du palais réunies. Je détruisis cette réunion une première fois, une seconde fois le lendemain; ensuite elle ne se reforma plus.

Dans l'intervalle, le malade eut une péricardite, fut traité et guéri par M. Grisolle, et je pus me livrer à un nouvel examen.

La face inférieure de la base du crâne était recouverte par une couche fibreuse, reste des attaches du polype. Je ruginai fortement, afin d'enlever les dernières parcelles adhérentes, et je portai sur la surface le caustique de Vienne solidifié. J'allai plus loin. Je portai le cautère actuel dans les points où la destruction paraissait incomplète, et afin d'obtenir une modification des parties molles attenant aux limites de la tumeur. Ces manœuvres prirent un espace de temps assez considérable, trois mois environ; puis j'observai encore mon malade pendant quatre mois. Enfin, au bout de ce temps, ne voyant pas de traces de récidive, je me décidai à pratiquer la staphyloraphie. Les bords ravivés furent réunis; et aujourd'hui, après quatre années d'intervalle, j'ai encore occasion de revoir de temps à autre mon malade employé dans une maison de commerce de Paris; il n'a jamais éprouvé la moindre incommodité capable de faire soupçonner la repullulation, et pour toute difformité il lui reste à la partie postérieure de la voûte palatine un trou, une petite fente de 6 à 7 millimètres de diamètre antéro-postérieur sur 2 millimètres de diamètre transversal.

A la suite d'une extraction aussi considérable, comment se fait-il que la perte de substance soit si peu étendue?

C'est que les deux membranes périostiques sont conservées et mises en contact aussitôt après l'opération. En effet on a pris soin, à l'aide d'une spatule, de décoller la membrane palatine dans une étendue suffisante; d'un autre côté, quand la voûte osseuse éclate, la membrane de Schneider reste intacte, les deux membranes périostiques ménagées sécrètent rapidement les produits nécessaires à la reproduction osseuse, et la voûte osseuse palatine est reproduite avec rapidité.

On a dit, à l'appui de l'opinion qui donne la préférence à l'amputation du maxillaire supérieur, que par cette opération on se ménageait une voie plus large pour arriver à la racine du polype, à la base du crâne. Or, soit que l'on opère par amputation du maxillaire ou par extraction de la voûte, on laisse toujours au fond un rétrécissement dû à la présence des apophyses ptérygoïdes, et derrière ce rétrécissement la tumeur présente ordinairement des adhérences qui doivent être détruites, et dont l'accès n'est pas rendu plus facile par l'amputation du maxillaire. De plus, après l'opération, si on veut obtenir une cure radicale, il est nécessaire que les choses restent pendant un certain temps en l'état, il faut chaque jour ruginer, porter le caustique sur la surface qui donnait implantation au polype, et cela ne se fait pas facilement après l'amputation du maxillaire. Enfin la mutilation qui succède à cette opération qui prive un homme jeune encore d'organes importants de la mastication, comparée au peu d'étendue de la perte de substance qui succède à la résection de la voûte palatine, doit également faire préférer cette dernière opération.

M. Nélaton devait extraire le polype le lundi 10 janvier. L'opération est renvoyée à quelques jours, par suite d'un état de malaise du malade qui fait le sujet de l'observation. Nous rendrons compte de l'opération et de ses suites.

NOTE POUR SERVIR A L'HISTOIRE

du charbon chez les animaux et chez l'homme. (1)

Par M. le Dr ANCELON, médecin de l'hôpital de Dieuze (Meurthe).

III. DU TRAITEMENT DES MALADIES CHARBONNEUSES.

§ 1. La prophylaxie de ces affections rentre complétement dans

(1) Fin. — Voir les numéros des 6 et 11 janvier.

aisées, elle se déclare de préférence après l'accouchement ou pendant l'allaitement; chez les femmes pauvres, après le sevrage.

La folie peut revêtir les trois formes de démence, de monomanie et de manie. Ces 92 cas déjà cités se répartiraient ainsi:

Démences.	8
Lypémanies ou monomanies. . . .	35
Manies.	49

Comme fait assez curieux de lypémanie, nous signalerons l'observation de monomanie instinctive homicide publié en 1821 par M. le docteur Mende, dans les *Annales de Henke*. Dans ce cas, il s'agit d'une nourrice qui fut prise, à la suite de quelques coliques, d'un désir très vif de couper le cou de son nourrisson. Ce penchant se renouvela à plusieurs reprises, obséda l'esprit de cette femme au point de l'obliger de fuir l'enfant, et disparut enfin au bout de quelques jours sans être suivi d'accidents d'aliénation mentale, qui ne s'étaient pas non plus manifestés auparavant. L'allaitement, ajoute l'auteur de l'observation, avait sensiblement fatigué cette femme; elle en convint, et déclara même qu'elle ne se replacerait plus comme nourrice.

Tenant compte des faits que nous venons de résumer rapidement, le médecin consulté sur l'état mental de Mme B... n'aurait pas hésité à se prononcer pour l'existence chez elle d'une manie puerpérale. Relativement à la valeur de certains aveux (en supposant, bien entendu, qu'ils n'eussent pas été corroborés par d'autres témoignages), il eût dû rester dans le doute, en faisant observer toutefois qu'ils s'étaient produits entre deux accès de folie furieuse; peut-être, malgré le calme apparent, pendant une exaltation assez grande de l'intelligence, et que cette exaltation porte souvent de préférence sur les sentiments affectueux et sur les relations sexuelles.

le domaine de l'hygiène publique, de la police sanitaire et de l'hygiène privée.

La première, qui a pour mission spéciale de s'opposer, dans les limites de sa puissance, à l'invasion des épidémies, des maladies populaires, de détruire les foyers des endémies, doit s'occuper sérieusement du dessèchement des marais, des eaux stagnantes, malgré les spécieux prétextes dont on en entoure la déplorable conservation.

La seconde, chargée de la propreté, de l'assainissement de la voirie, de la surveillance des abattoirs et des animaux qu'on y introduit, doit ordonner l'enfouissement à des profondeurs convenables et déterminées des cadavres d'animaux morts du charbon ou toute autre maladie.

Enfin, la troisième enseigne à éviter le contact médiat ou immédiat avec les grands ruminants surmenés, avec les animaux contaminés, vivants ou morts, et avec leurs débris, qu'il faut détruire; à n'en approcher qu'avec la plus extrême circonspection; à laver avec du savon, et mieux avec de la soude, toutes les parties qui ont pu être souillées; à lotionner et à cautériser immédiatement toutes les excoriations exposées à un contact suspect.

Gardons-nous de laisser croire aux gens du monde, aux habitants de la campagne surtout, appelés à panser des animaux malades, que l'on se préserve de l'action des virus en s'enduisant les mains d'un corps gras. Les huiles, le beurre, l'axonge, conseillés d'après des vues théoriques que l'expérience vient chaque jour démentir, dissolvent, étendent les matières animales qui contiennent l'atome virulent et en facilitent l'absorption.

§ 2. La thérapeutique s'est ployée aux vicissitudes théoriques de l'école beaucoup plus qu'elle ne s'est appliquée à saisir les indications fournies par chacune des variétés de la maladie charbonneuse; et, il faut bien l'avouer, de tous les procédés curatifs, le traitement antiphlogistique a été le plus désastreux. Que des observateurs légers, peu sévères ou entraînés par une erreur de diagnostic aient sacrifié aux idées décevantes de la médecine dite physiologique, en recourant à la saignée, cela se conçoit jusqu'à un un certain point; mais que des expérimentateurs comme Levret aient conseillé ce moyen dans le but de *soustraire à la masse du sang une certaine quantité de virus*, c'est une inconséquence dont il est difficile de se rendre compte, surtout quand on se rappelle que toutes les expériences relatives à la contagion, à l'inoculation, à l'insertion des virus, ont conduit à conclure que ceux-ci agissent toujours en raison de leur qualité, jamais en raison de leur quantité, à quelque dose qu'on la réduise.

En règle générale, les évacuations sanguines doivent être bannies du traitement des maladies charbonneuses.

Dans presque tous les auteurs qui se sont occupés de ces maladies, je retrouve la phrase suivante, pour ainsi dire stéréotypée : « Il faut recourir à l'émétique toutes les fois qu'il y a des » nausées, des vomissements, que la bouche est pâteuse et la lan- » gue saburrale. »

Quelle est donc l'affection charbonneuse qui n'est pas accompagnée de nausées, d'empâtement de la bouche, etc.? C'est là encore une de ces indications bannales et arbitraires mises en avant par la vieille école humorale. Que, dans des cas exceptionnels, chez des sujets lymphatiques, mais point trop affaiblis, on ait produit une secousse salutaire ou provoqué une transpiration difficile, au moyen du tartre stibié, personne ne le contestera; mais ni l'expérience, ni la statistique ne consentiront à sanctionner les succès attribués si largement à l'emploi de l'émétique. Je ne crois devoir faire mention ici des purgatifs que pour les proscrire comme dangereux.

Pour combattre victorieusement l'action du virus carbonculeux, il n'est peut-être pas de meilleur moyen que l'ammoniaque, rangé par les Italiens dans la classe des hyposthénisants vasculocardiaques; il va jusqu'aux dernières limites du cône artériel soulever la vie près de s'éteindre; une sueur éliminatrice, un retour de quelque peu de chaleur autour de l'auréole gangréneuse en signalent l'action bienfaisante. Mais toute amélioration se borne à un effort impuissant et fugace quand un énergique traitement local n'est pas venu préparer les voies à l'ammoniaque, en fixant et en circonscrivant le poison dans une eschare caduque loin des centres de la vie compromise. C'est dans l'accomplissement ou dans l'oubli de ce précepte qu'il faut chercher le secret des éloges outrés ou du blâme déraisonnable prodigués en différentes époques à l'ammoniaque. Il faut savoir encore que ce médicament n'agit pas à des doses infinitésimales, et qu'il doit être manié avec une certaine hardiesse. Je le fais prendre ordinairement à la dose de 5 à 6 gouttes dans un demi-verre de vin généreux, dans une petite tasse d'infusion aromatique toutes les heures, jusqu'à ce que j'aie obtenu une amélioration sensible.

Ce que je viens de dire de l'ammoniaque est applicable aux autres toniques, tels que le camphre, le quinquina, que je place d'ailleurs fort au-dessous de la première. Une alimentation analeptique employée avec prudence, afin de ne point charger l'estomac quand l'appétit existe encore, concourra utilement, avec l'administration des toniques, à rendre les malades à la santé.

Il n'y a de distinction à établir dans le traitement externe des maladies charbonneuses qui se traduisent au dehors par quelque éruption caractéristique que relativement à l'étendue de celle-ci.

La cautérisation seule, une cautérisation énergique, hardie, peut soustraire au danger pressant les malheureux atteints du charbon par cause externe; et elle n'est pas moins indispensable dans les cas de charbon par cause interne.

Lorsque j'ai à détruire une grande surface, j'ai recours à l'action combinée du fer rouge et des incisions, suivant la pratique des médecins vétérinaires, imitée par Lisfranc, et plus tard par M. Denonvilliers, dans une circonstance fort grave. Lorsqu'au contraire j'ai à détruire une eschare d'étendue médiocre, je préfère le beurre d'antimoine concret. Dans le premier cas, je circonscris la tumeur charbonneuse, entre le mort et le vif, d'une incision circulaire; je la sillonne en différents sens, et souvent je l'écortique; après quoi je promène le cautère rougi à blanc dans les sillons préalablement tracés. Dans le second cas, avec un cylindre de diachylon ramolli, de 5 à 6 millimètres d'épaisseur, je trace autour de la tumeur un cercle complet, puis j'en couvre la surface inscrite dans le cercle de beurre d'antimoine concret, qui agit sûrement et promptement.

Si, au bout de vingt-quatre heures, de nouvelles phlyctènes n'ont pas reparu, si la partie redevenue chaude prend le caractère franchement inflammatoire, en même temps que le gonflement élastique s'arrête et rétrograde, le but a été atteint; il n'y a plus qu'à favoriser la chute de l'eschare et le dégorgement des parties par suppuration au moyen d'un digestif simple, de cataplasmes émollients et d'une extrême propreté. Dans le cas contraire, si les phénomènes généraux persistent et que les accidents locaux reviennent, il faut recourir à une nouvelle et plus énergique application du cautère.

A l'exemple de Gilbert, qui publia en l'an III un excellent travail sur les maladies charbonneuses du bétail, et qui comptait peu sur la médication interne, il faut, dans la fièvre charbonneuse sans éruption, déterminer vers quelque point de la surface cutanée un mouvement fluxionnaire au moyen d'un caustique puissant; c'est la seule pratique qui offre quelque chance de salut.

PARALYSIE DE LA PAUPIÈRE SUPÉRIEURE GAUCHE,

suite de la masturbation;

Par le docteur Mavel, d'Ambert (Puy-de-Dôme).

Eliza ... est âgée de treize ans, grande, grêle, pâle; elle souffre parfois de maux d'estomac.

Au commencement du mois d'août dernier il lui survint sans cause connue une kératite ulcéreuse gauche avec photophobie. Le traitement consista en collyres au nitrate d'argent d'abord, au sulfate de zinc un peu plus tard; quelques purgatifs furent administrés; mais jamais il n'y eut d'applications émollientes sur les paupières, et l'œil fut uniquement recouvert d'un simple bandeau. Après plusieurs alternatives d'amélioration et de recrudescence, la kératite fut guérie au commencement de septembre.

Jusqu'au 26 septembre, rien de nouveau n'avait apparu; mais, dès ce jour, il arrive parfois que la jeune malade ne peut soulever la paupière gauche supérieure, elle est obligée de la soulever avec les doigts.

Enfin, le 10 octobre, la paralysie de la paupière paraît complète; on la soulève facilement, mais elle retombe par son propre poids. Pendant tout le temps qu'a duré cette paralysie, l'œil n'a point été dévié en dehors; il a conservé constamment tous ses mouvements.

Le père de la jeune malade attribue cette maladie à des refroidissements qu'aurait éprouvés son enfant en se baignant dans une rivière pendant les mois de juin et juillet.

Le traitement consiste en liniments volatils et cantharidés autour de l'orbite, en purgatifs variés; la strychnine est administrée par la méthode endermique jusqu'à la dose successivement croissante de 25 milligrammes matin et soir. Tous ces moyens sont restés sans succès.

Enfin, le 1er novembre, en soulevant la paupière supérieure, je suis frappé de la place qu'occupe la pupille; elle n'est plus au centre de l'iris, mais elle est transportée en haut et en dedans. Ce même phénomène se remarque sur l'œil droit. Me rappelant alors la signification que M. Pétrequin attribue à ce déplacement de la pupille, j'obtiens de l'enfant l'aveu qu'elle se livre à la funeste habitude de la masturbation et la promesse de s'en corriger. Elle tint parole, et ne tarda pas à être récompensée de sa meilleure conduite.

Le 4, la pupille est déjà placée plus près du centre de l'iris, et quand avec la main on a relevé la paupière, celle-ci reste soulevée jusqu'au premier clignotement.

Le 9, la malade peut ouvrir elle-même son œil et tenir la paupière soulevée. Dès ce jour la guérison est complète. Eliza a pris de l'embonpoint; les joues se sont colorées, et tout fait espérer qu'avec la cessation de la masturbation la maladie ne reparaîtra plus.

Si l'aphorisme *Sublatâ causâ, tollitur effectus* est vrai, nul doute que la masturbation n'ait été la cause de la maladie; car après avoir résisté à une médication qui paraissait rationnelle, la maladie a cessé d'elle-même en neuf jours par la cessation seule de la cause.

D'autre part, j'ai été heureux de la découverte de M. Pétrequin; car, sans elle, je doute fort que j'eusse pu guérir cette maladie, ne pensant qu'à un principe rhumatismal qui très probablement n'existait pas.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

De la magnésie considérée dans ses applications.

Par M. Emile Mouchon, pharmacien, président de la Société de pharmacie de Lyon.

M. Mouchon vient de publier sur ce sujet un mémoire intéressant dans la *Gazette médicale de Lyon*; nous lui empruntons les deux formules suivantes :

Sirop de copahu par la magnésie.

Baume de copahu pur.	125,00
Magnésie calcinée.	2,00
Sirop de gomme arabique.	1,875,00
Essence de menthe poivrée.	2,00

Après avoir trituré ensemble pendant dix minutes le copahu et l'oxyde magnésique, on incorpore successivement l'huile essentielle et le sirop en triturant sans interruption jusqu'à parfaite union. Douze heures après, on introduit le sirop dans les vases qui doivent le contenir.

On obtient ainsi un produit qui a l'aspect du sirop d'orgeat et qui est loin d'inspirer le dégoût qui naît infailliblement de l'usage du copahu, bien qu'il produise parfois de ces retours pénibles, de ces éructations dont on ne peut pas toujours se défendre après l'emploi de cette trop fameuse oléo-résine.

L'oléule de menthe joue là le rôle de correctif au grand avantage du sens olfactif et des voies digestives, ce qui explique sans doute l'espèce de tolérance que montre assez souvent l'estomac pour ce sirop.

Pour ce qui est de l'action médicale de ce saccharolé, je crois pouvoir avancer qu'elle est conforme à ce qu'on peut attendre du copahu lui-même.

Sirop d'huile de ricin par la magnésie.

En combinant ensemble 48 grammes de sirop d'orgeat ou de sirop de lait, 16 d'huile de ricin récente et 20 centigrammes seulement de magnésie calcinée, on peut constituer un sirop de ricin pour les enfants du premier âge et même pour ceux du second, d'autant plus qu'il est facile de le rendre plus agréable par l'addition d'une goutte d'essence de menthe, de citron, d'amandes, etc.

Il les purge assez bien à la dose de 30 ou de 60 grammes sans leur inspirer le moindre dégoût.

Il ne faudrait pas confondre le sirop d'huile de ricin avec celui de semences qui figure dans ma monographie sous le nom de sirop de ricin, ce dernier étant plutôt un éméto-cathartique qu'un minoratif proprement dit, bien qu'il puisse trouver sa place parmi les évacuants intestinaux pour les personnes que la nature a douées d'une forte constitution.

Du traitement à appliquer aux gourmes;

Par M. de Rivaz.

La pommade d'Émery (*voir* le numéro précédent) n'est pas la seule que M. de Rivaz emploie avec succès; il se sert également des formules suivantes, dont il indique l'application :

Cazenave.

Sous-carbonate de potasse.	2 gram.
Cérat de Galien.	30 —

F. S. A.

Cyanure de mercure.	50 centigr.
Axonge.	30 gram.

Mêlez.

Mais la pommade avec laquelle j'ai obtenu les succès les plus nombreux et les plus surprenants par leur rapidité, c'est celle au turbith nitreux; en voici la formule :

Mialhe.

Axonge.	40 gram.
Turbith nitreux.	2 —
Extrait thébaïque.	1 —

Mêlez.

Je fais faire avec cette préparation deux onctions par jour aux enfants atteints de gourmes.

Cette pommade m'a encore parfaitement réussi dans ces eczéma, ordinairement si tenaces, qui surviennent aux femmes à l'époque où elles cessent d'être réglées. Outre son action sur les maladies cutanées, elle tue les poux et détruit leurs lentes, ce qui est certes un grand mérite, lorsque l'on songe à la multitude de ces animaux qui pullulent dans les cheveux et sous les squames des malheureux enfants; de telle sorte que les parents ne peuvent les garantir de cette vermine, et qu'elle excite une démangeaison qui vient rendre plus pénible la présence des gourmes.

Enfin, lorsque tous les moyens que je viens d'exposer ont échoué, ce qui arrive rarement, je procède à la cautérisation des plaques au moyen de la solution suivante :

Potasse caustique.	10 gram.
Eau distillée.	100 —

(*Journal de la Loire-Inférieure.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 11 janvier 1853. — Présidence de M. Bérard.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Source d'Hammam dans la province de Constantine.

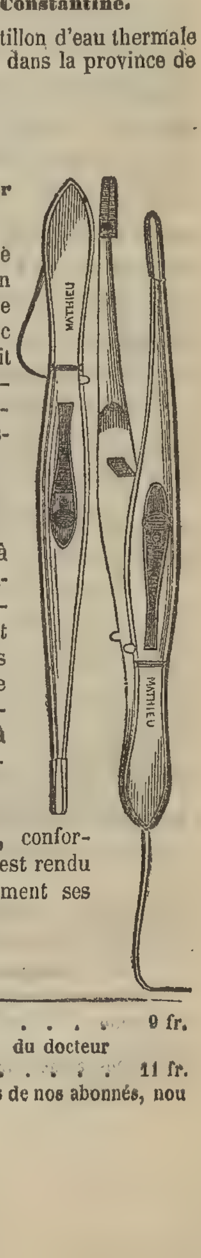
M. le ministre de la guerre transmet un échantillon d'eau thermale provenant des sources d'Hammam, près de Sétif, dans la province de Constantine. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Ligature de la carotide primitive droite pour un anévrisme de la face.

M. Benoit, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Montpellier, adresse une observation relative à un cas de tumeur anévrismale de l'artère faciale droite, ayant de larges communications avec de nombreux vaisseaux artériels voisins. M. Benoit ayant eu recours sans résultat à la galvano-puncture, a pratiqué la ligature de la carotide primitive, qui a été suivie d'un succès complet. (Commissaires, MM. Laugier et Larrey.)

Pince à tenaculum.



M. Mathieu présente à l'Académie une pince à *tenaculum* (1) qu'il vient d'exécuter d'après les indications de M. Le Roy-d'Etiolles. Il y trouve l'avantage de réunir deux instruments en un seul, et de diminuer le nombre des pièces contenues dans la trousse des chirurgiens (*v.* fig.). Sur la même pince peuvent s'adapter simultanément le ténaculum et le céne mobile de M. Bacheley, destiné à rendre plus facile et plus sûre la ligature des artères profondes.

— M. le Président fait part à l'Académie que, conformément à sa décision, le conseil d'administration s'est rendu auprès de M. Orfila pour lui adresser officiellement ses remerciments.

M. Orfila se lève et remercie l'Académie.

(1) Pince à ténaculum. . . . . 9 fr.
Pince à cône mobile pour les ligatures profondes, du docteur Bacheley. . . . . 11 fr.
Suivant le désir qui nous a été exprimé par plusieurs de nos abonnés, nou

Concrétions fibreuses intestinales chez une femme.

M. Guibourt lit en son nom et celui de MM. Jolly et Delafond un rapport relatif à une observation de concrétions fibreuses intestinales, par MM. Claret et Lagillardaie, médecins à Vannes.

« Jeanne-Louise Donio, de Loudeac (Côtes-du-Nord), âgée de trente-trois ans et d'une constitution délicate, est entrée en décembre 1850 à l'hôpital de Vannes (Morbihan), atteinte d'une sorte de dyssenterie. Au bout de trois jours, elle annonça qu'elle avait à l'anus quelque chose de dur qu'elle ne pouvait rendre. M. Claret, médecin de l'hôpital, constata alors la présence dans le rectum d'un corps dur, arrondi et mobile, qu'il ne put parvenir à extraire. M. Lagillardaie, chargé du service chirurgical, ne fut pas plus heureux d'abord; mais à l'aide d'un instrument à deux branches disposé comme un forceps, qui lui fut remis par M. Claret, M. Lagillardaie parvint à saisir le corps dur et à l'extraire, non sans avoir fait une déchirure à la marge de l'anus.

» La malade, placée dans le service de chirurgie, éprouva pendant plusieurs jours de vives douleurs et des selles involontaires. Peu après, elle ressentit de nouveau la présence d'un autre corps dur à l'orifice de l'anus; l'extraction en fut faite à l'aide du même instrument.

» La malade a quitté l'hôpital dans les premiers jours de février 1851, se trouvant parfaitement rétablie.

» Après quelques réflexions générales sur le peu de fréquence des calculs intestinaux chez l'espèce humaine, les auteurs du mémoire rappellent que le docteur Marcet a examiné un calcul intestinal recueilli en Écosse, lequel était composé d'une matière veloutée alternant avec des couches de phosphate de chaux et de phosphate ammoniaco-magnésien; il a été reconnu que la matière veloutée était formée des fibrilles qui sont implantées à la surface du caryopse de l'avoine, dont le peuple fait sa nourriture ordinaire en Écosse.

» MM. Claret et Lagillardaie font remarquer que la fille Donio faisait elle-même habituellement usage de bouillie d'avoine, et que les concrétions qu'elle a rendues sont composées de fibres feutrées comme celle examinée par le docteur Marcet, ce qui établit une analogie frappante entre les deux observations.

» L'une de ces concrétions, celle que M. le rapporteur désigne sous le n° 1, d'une forme arrondie, mais irrégulière, pèse 44 gr. 5. Sa surface est couverte en partie d'un enduit noir, luisant, paraissant être de la matière fécale desséchée. Les parties non couvertes de cet enduit ont l'aspect d'un feutre très fin, tondu très ras. La masse, ayant été coupée en deux à l'aide d'une scie, a présenté au centre un noyau de prune, et tout autour une masse homogène ayant la même apparence d'un feutre brunâtre très fin. On y découvre de faibles indices de couches concentriques, et çà et là quelques parties plus compactes, composées de la même substance feutrée, mais plus imprégnée de matière fécale. Toute la masse exhale d'ailleurs une odeur fécale repoussante. Les fibres dont elle se compose, vues à la loupe, sont enchevêtrées les unes dans les autres dans tous les sens, ainsi que cela a lieu dans les égagropiles de mouton et de bœuf; mais non dans ceux du veau, qui sont régulièrement couchés en tournoyant dans un même sens tout autour de l'axe de la concrétion.

» La concrétion n° 2, de forme plus allongée, pèse 27 gr. 5. Au centre de cette concrétion se trouvait, comme dans la première, un noyau de prune entier, recouvert immédiatement par une couche très mince de matière verdâtre. Le reste de la masse était feutré et d'une couleur d'agaric de chêne.

» Il est très probable, dit M. le rapporteur, que l'usage de l'avoine pour la nourriture du cheval n'est pas étranger à la fréquence des concrétions intestinales chez ce quadrupède. L'exemple de la fille Donio, venant à la suite de beaucoup de faits semblables, prouve aussi que l'avoine, imparfaitement dépouillée de son tégument poilu, peut devenir très nuisible à l'homme; d'où M. le rapporteur conclut, pour ce qui regarde l'espèce humaine, qu'il est très utile de recommander aux habitants des contrées où l'avoine sert à leur nourriture, de n'employer pour cet usage que de la farine préparée avec de l'avoine préalablement et exactement privée de ses poils et de sa pellicule extérieure; de l'avoine mise, en un mot, à l'état de gruau de Bretagne. »

La commission propose de remercier MM. Claret et Lagillardaie de leur intéressante communication, et émet le vœu que la principale des concrétions envoyées par eux soit déposée en leur nom dans un des musées pathologiques.

M. Delafond complète les observations contenues dans le rapport par quelques considérations sur l'origine et le mode de formation des égagropiles. Il résulte des explications données par M. Delafond que ces sortes de concrétions ont tantôt pour origine les poils ou fibrilles implantés au caryopse de l'avoine dont se nourrissent quelques animaux, tantôt la laine ou les poils de leur propre pelure qu'ils avalent en se grattant avec leur langue. Ces poils se trouvent ordinairement agglomérés autour de petits cailloux, de débris d'os ou de dents, ou d'autres matières organiques qui se trouvent ingurgités accidentellement avec les aliments. L'analogie de composition de ces égagropiles observés chez les grands ruminants avec les concrétions trouvées chez la femme qui fait le sujet du rapport porte M. Delafond à attribuer à ces dernières une origine semblable.

M. Caventou rappelle un fait qui paraît avoir échappé au souvenir de M. Guibourt. Il y a une vingtaine d'années qu'un bézoard humain fut envoyé à l'Académie. L'analyse fit reconnaître qu'il était exclusivement composé de cholestérine; il n'y avait pas un atome de poils. On trouve aussi dans les *Mémoires de la Société d'Arcueil* la relation de l'analyse faite par Berthollet d'un bézoard qui avait été envoyé avec d'autres objets à l'empereur Napoléon.

M. J. Cloquet fait remarquer que les concrétions de cette nature sont très communes chez les Irlandais, qui se nourrissent presque exclusivement d'une espèce d'avoine. On les rencontre surtout dans le gros intestin. Il en a vu un spécimen remarquable à Dublin.

M. Laugier rappelle que son père a consigné dans le tome Ier des *Mémoires de l'Académie* l'observation d'un calcul dont le noyau était formé par du bois de réglisse dont le sujet faisait un très grand usage.

M. Bérard. Hunter, vers la fin du dernier siècle, ayant eu par hasard entre les mains un de ces égagropiles, ne tarda pas à en reconnaître la nature. Mais, frappé de la disposition particulière et uniforme qu'affectaient les poils, il en chercha l'explication; il se demanda si cette forme particulière ne traduisait pas le mouvement giratoire de l'estomac. L'observation confirma cette hypothèse. Ce fait a été mis hors de doute par l'observation de ce mouvement giratoire chez le Canadien de M. de Beaumont.

Après quelques autres considérations, qui ne font que confirmer les faits précédemment énoncés, les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

Phosphènes.

M. Serres, d'Alais, expose de vive voix devant l'Académie sa théorie et ses expériences sur la production des phosphènes.

Amputation sous-astragalienne du pied.

M. Maisonneuve présente une jeune fille à laquelle il a pratiqué cette opération.

donnerons autant que possible le prix des instruments nouveaux présentés ux Académies. (Note du Réd.)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 10 janvier 1853. — Présidence de M. Jussieu.

Nouveau moyen d'opérer la coagulation du sang dans les artères, applicable à la guérison des anévrismes.

M. Rayer lit, sous ce titre, un extrait d'une lettre de M. Lallemand sur des expériences de M. le docteur Pravaz, de Lyon.

Le moyen que propose M. Pravaz consiste à coaguler le sang dans les vaisseaux artériels par une injection de quelques gouttes de perchlorure de fer au maximum de concentration. Cette injection doit être introduite très obliquement à travers les parois de l'artère par une espèce de mouvement de vrille. A ce trocart se trouve ajustée une seringue, dont le piston doit être à pas de vis, afin que l'injection s'opère sans secousses et que la quantité de liquide injecté puisse être mesuré avec précision; il faut, en outre, arrêter momentanément le cours du sang dans le vaisseau, et prendre quelques autres précautions dont on se rendra un compte plus exacte après le récit d'expériences faites par M. le docteur Pravaz à l'École vétérinaire de Lyon, en présence de M. Lallemand et de M. Lecoq, directeur de l'École.

1° Sur un mouton adulte, l'artère carotide ayant été mise à nu, la circulation fut interrompue par une compression exercée avec le pouce et l'indicateur, en deux points distants l'un de l'autre de 4 à 5 centimètres. Il pouvait y avoir une cuillerée de sang intercepté dans cet espace. Une ponction fut pratiquée très obliquement à travers les parois de l'artère, et trois ou quatre gouttes de perchlorure de fer furent injectées. Pour cela, on fit faire au pas de vis de la seringue deux tours complets, dont chacun correspond à environ deux gouttes de liquide expulsées par l'extrémité du trocart. Aussitôt après l'injection du sel de fer, la pression du doigt annonça une augmentation dans la densité du sang; ou pût sentir le caillot se former très rapidement, et quatre minutes après on crut pouvoir l'abandonner à lui-même, en faisant cesser toute compression. En effet, le caillot ne changea pas de position, et on le sentit encore pendant huit jours à la même place.

2° L'expérience, pratiquée de la même manière sur l'artère carotide d'un cheval, a donné un résultat semblable. La portion d'artère dans laquelle la circulation avait été suspendue avait 8 centimètres de long et pouvait contenir environ cinq cuillerées à café de sang. On y ajouta 8 à 10 gouttes de perchlorure de fer (M. le docteur Pravaz ayant reconnu qu'il faut à peu près deux gouttes de sel de fer pour coaguler une cuillerée à café de sang). Quatre minutes après, chez le cheval comme chez le mouton, le caillot était formé dans l'artère; il était dur et résistant, et n'éprouva aucun déplacement par l'impulsion du sang pendant un quart d'heure. Alors la portion d'artère soumise à l'expérience fut enlevée, et quand on la fendit, on trouva que sa surface interne était dépolie et présentait des granulations et des stries longitudinales dans toute l'étendue de la surface occupée par le caillot.

3° Sur un autre cheval, la même expérience fut pratiquée de la même manière et avec des résultats *immédiats* identiques. Seulement on conserva l'animal pendant huit jours en laissant même l'artère à nu, afin de pouvoir suivre les phénomènes à différents moments. On constata que la dureté de la carotide s'étendait de plus en plus au-dessus et au-dessous du caillot primitif. Lorsque le cheval fut sacrifié (après huit jours), l'intérieur de l'artère carotide examiné présenta trois caillots distincts qui oblitéraient l'artère dans l'étendue de 25 centimètres 5 m. Le caillot du milieu correspondait à l'injection; il était plus foncé, moirâtre, granuleux, et avait 3 centimètres 5 de long.

En résumé, après l'injection du perchlorure de fer, quatre minutes et demie ont suffi chez le mouton et chez le cheval pour amener dans l'artère carotide la formation d'un caillot assez consistant et assez adhérent pour ne pas être chassé par l'impulsion de la colonne sanguine venant du cœur.

Tel est le fait important dont M. le docteur Pravaz a rendu témoin M. Lallemand et M. Lecoq, directeur de l'École vétérinaire de Lyon. M. le docteur Pravaz poursuit ses recherches; il fait connaître ces premiers résultats afin d'attirer sur cette méthode d'oblitération des vaisseaux artériels l'attention des expérimentateurs et des praticiens. Jusqu'à présent les observations de M. le docteur Pravaz ont été purement expérimentales et instituées de manière à constater directement le mode d'action de l'agent coagulateur qu'il emploie. Pour son application à la guérison des anévrismes chez l'homme, le procédé doit être ainsi modifié : c'est dans la poche anévrismale qu'il conviendra de porter le perchlorure de fer, après avoir préalablement arrêté la circulation par la compression de l'artère au delà de l'anévrisme, c'est-à-dire entre la tumeur et les capillaires. La quantité de liqueur styptique employée sera en raison du volume de la tumeur anévrismale, et la durée de la compression de quatre à cinq minutes environ. Ces conditions, suivant M. Pravaz, sont suffisantes pour qu'il se forme un caillot compacte, volumineux capable d'obstruer l'artère à la manière d'un bouchon et de produire le même effet qu'une ligature.

CONGRÈS SCIENTIFIQUE DE FRANCE.

Par V. Bally, membre de l'Académie impériale de médecine.

Toulouse (1).

In Tolosa vi è dovizia di istituli e di società scientifiche, litterarie, artistiche, e di beneficenza.

Dr Bertini, membre du congrès.

Depuis plus d'un demi-siècle, il existe une Société de médecine parfaitement organisée et qui publie annuellement un rapport nourri de faits choisis et intéressants. Elle est, quoique société libre, le conseil et le flambeau de l'autorité communale et départementale sur tout ce qui concerne l'hygiène et la santé publiques. Et cependant elle n'a point encore de local digne d'elle, digne de sa mission! Les capitouls n'ont pu jusqu'ici lui en concéder un qui fût convenable.

Dans cette Société figurent avec distinction MM. Fourquet, Perpère, Gaussail, Larrey (Auguste), Bessières, Dieulafoy, Viguerie, Moquin-Tendon, Filhol, Magne, Lahens, Naudin.

Le vénérable Ducasse fut pendant bien des années l'organe de ce corps savant, et lorsque l'état de sa santé l'obligea à se retirer, la compagnie lui déféra le titre de secrétaire général honoraire.

Alors elle lui donna pour successeur M. Dassier, dont j'aurai tant à parler dans la suite de ce compte-rendu. Depuis le départ du congrès, M. Dassier a été nommé directeur de l'École préparatoire. C'est une grande acquisition pour cette institution.

Dans son premier exposé des travaux de la Société de médecine, chirurgie et pharmacie, M. Dassier s'exprime de la manière suivante sur son prédécesseur, M. Ducasse :

« Qu'il soit loué pour les services rendus à la Société, pour l'impulsion qu'il lui a donnée, pour la réputation qu'il lui a faite, pour la renommée qu'il lui a acquise, et que l'expression de notre gratitude reçoive une sorte de consécration de la solennité de ce jour! »

M. Larrey (Auguste), neveu de notre illustre collègue défunt et cousin germain d'Hippolyte Larrey, cet autre collègue si bon, si affectueux, s'est constitué l'historiographe de cette Société en puisant dans ses archives les faits les plus instructifs qu'il a choisis et résumés avec goût dans une revue rétrospective.

Bien que cette compagnie soit livrée à ses propres forces, elle a néanmoins mis au concours 37 sujets de prix, et elle a eu à accorder 25 médailles d'or, outre les nombreuses médailles d'argent et de cuivre.

C'est de son sein qu'est sorti le professeur Dupré, devenu à la suite d'un concours brillant l'une des lumières de la Faculté de médecine de Montpellier.

Lorsque le Château-d'Eau fut élevé et que les fontaines eurent été distribuées dans tous les quartiers, le maire interrogea la Société pour savoir quelle influence sur la santé publique pouvait exercer cette quantité d'eau, circulant en petits ruisseaux dans la plupart des rues et partant de 110 fontaines. Sa réponse fut que l'influence ne pouvait être que salutaire, parce que l'eau n'était pas stagnante, et que son écoulement continu entraînerait les immondices qui souillaient trop souvent la surface du sol.

M. Dassier ajoute une autre remarque bien digne d'attention; c'est qu'avant l'abondante distribution des eaux de la Garonne, le pain et la plupart des autres aliments étaient préparés avec l'eau des puits, qui contenait des matières organiques, des azotates et des sels ammoniacaux provenant des fosses d'aisance.

La Société daigna consacrer une séance en faveur des médecins étrangers qui étaient accourus au congrès, et les honora du don d'un jeton de présence en signe de souvenir et de bonne confraternité. Pour ma part, j'étais heureux de cette séance, parce que je désirais depuis bien longtemps témoigner à la savante Compagnie ma gratitude comme l'un des doyens de la correspondance et saisir l'occasion de payer au moins une fois mon faible tribut.

Le président était M. Perpère pour l'année 1852. Nous n'eûmes pas le bonheur de le voir, parce que sa santé le retenait aux eaux thermales des Pyrénées, dont en général et à juste raison les Toulousains font grand cas. En cela, ils donnent plus de preuves de patriotisme que quelques-unes de nos sommités qui lancent leurs malades dans les pays étrangers, où les eaux médicamenteuses peuvent être aussi efficaces que celles des Alpes grenobloises ou celles des Pyrénées, mais à coup sûr ne le sont pas davantage.

Donc, en l'absence du président, la séance fut dirigée avec une rare bienveillance par le docteur Fourquet, vice-président, chirurgien d'un mérite distingué.

Je lus un fragment d'un mémoire sur le démon de Socrate, et je choisis le chapitre des hallucinations, comme plus médical. Déjà j'avais communiqué au congrès la vie de ce sage, comme partie uniquement historique.

L'un et l'autre de ces récits furent précédés de l'exorde suivant, qui résume la raison de ce travail : « Un médecin éminent, psychologue de premier ordre, M. Lélut, publia en 1836 un livre remarquable intitulé : *Le Démon de Socrate.* Cet ouvrage, plein d'érudition, de faits curieux, fit grande sensation, car il tendait à prouver, contre l'opinion admise depuis vingt-quatre siècles, que *Socrate était fou.* J'ai essayé, dans la mesure de mes forces et avec la réserve que me commande le talent de l'auteur, de combattre cette conclusion. »

La Société de médecine de Toulouse avait mis au concours l'*influence fâcheuse des remèdes secrets*, et le mémoire couronné le 16 mai 1852 fut de M. Victor Meurain, homme érudit.

Pendant qu'il s'imprimait dans le Midi, le Nord voyait sortir de ses presses le discours sur les remèdes secrets autorisés par le gouvernement. Ce travail est de notre savant collègue Soubeiran. Cri d'indignation dans le Midi! cri d'indignation dans le Nord! Les deux ouvrages diffèrent essentiellement dans la marche et dans la composition. Mais, après avoir suivi des sentiers différents, ils arrivent au même but, celui de proscrire impitoyablement tout remède secret.

Cadet-Gassicourt, en publiant son *Formulaire magistral*, avait porté au charlatanisme un des coups les plus assurés. Avec ce formulaire, il n'y avait plus rien de mystérieux. L'auteur avait exhumé tout ce dont le charlatanisme se faisait un arme; et aujourd'hui M. le professeur Bouchardat achève la démolition en publiant, avec un heureux développement scientifique, tout ce que le génie et les observations de l'homme studieux inventent ou mettent à jour.

Il est un point capital dont il importe de ne jamais s'écarter dans les applications des médicaments, c'est qu'il n'y a point de remède bon à tout, ni même applicable à toutes les phases d'une même maladie. Cette considération seule suffirait pour rendre l'inventeur d'un remède secret inapte à son emploi. Ceci n'a pas besoin de commentaire.

(1) Voir les numéros des 30 novembre et 21 décembre 1852.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

La commission générale de l'Association de prévoyance des médecins du département de la Seine, dans sa séance du 7 janvier, après avoir entendu la communication de M. Orfila, que nous avons publiée dans notre dernier numéro, a exprimé à l'honorable président fondateur, par l'organe de son secrétaire général, M. le docteur Perdrix, sa profonde gratitude en termes pleins de convenance et de chaleur, et immédiatement après la séance la commission générale a décidé unanimement, qu'un tableau personnifiant l'Association (l'Association de prévoyance secourant les veuves et enfants des médecins morts pauvres au service de l'humanité), exécuté par un peintre habile, serait offert à M. Orfila.

— Sur la présentation qui lui en a été faite par le conseil d'hygiène publique et de salubrité de la Seine, M. le préfet de police a nommé M. A. Devergie président, et M. Trébuchet secrétaire de ce conseil pour l'année 1853.

— La Faculté vient de voter à l'unanimité une médaille d'or à M. Amette, en récompense de l'utile ouvrage qu'il vient de publier sous le titre de *Code medical*.

Nous avons rendu compte de ce livre dans notre numéro du 23 décembre dernier.

Le Gérant.

Paris, — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 6. — SAMEDI 15 JANVIER 1853. (26e ANNÉE.) N° 6. — SAMEDI 15 JANVIER 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, en face de l'Académie de médecine.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	Trois mois...	8 fr. 50 c.
	Six mois....	16 »
	Un an......	30 »
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	Trois mois......	9 fr.
	Six mois........	17
	Un an.........	33
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	Trois mois.......	10 fr.
	Six mois........	20
	Un an.........	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

Chaque jour encore nous recevons de nos abonnés des demandes d'explications sur un journal qui leur est adressé sous des bandes pareilles à celles de la Gazette; nous croyons donc devoir reproduire ici la note que nous avons publiée dans le numéro de mardi dernier.

A NOS LECTEURS.

Un grand nombre de nos abonnés, en nous adressant le prix de leur renouvellement, nous signalent un fait que nous nous abstenons de qualifier ici. Ils nous préviennent qu'ils reçoivent sous des bandes calquées sur celles de la Gazette *une feuille à laquelle ils ne sont pas abonnés, et qui est signée par une personne très récemment encore attachée à la rédaction de notre journal.*

Nous remercions sincèrement nos confrères de cet avis bienveillant. De notre côté, nous croyons devoir leur dire que nous avons demandé aux tribunaux la répression du fait qu'ils nous signalent et de l'acte par lequel on s'est procuré la liste contenant les noms et les adresses de nos abonnés.

Nous attendrons désormais avec confiance et en gardant une réserve que tous les honnêtes gens apprécieront, la décision que nous sollicitons de la justice.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Menaces d'invasion du choléra asiatique. — Plusieurs faits. Emploi de capsules d'éther.

Au moment où nous entretenons nos lecteurs (*voir* plus loin) de l'épidémie grave de fièvre typhoïde, c'est avec peine que nous nous voyons contraint d'éveiller en outre la sollicitude de nos confrères sur plusieurs cas de choléra grave et ayant tous les caractères du choléra asiatique, qui viennent de se présenter en ville et à l'Hôtel-Dieu ; nous ne voudrions certes pas jeter l'alarme dans la population, mais nous croirions pourtant manquer à notre devoir en gardant le silence sur ces faits importants. Du reste, une observation rassurante doit être faite ; c'est que jusqu'à ce jour, à notre connaissance du moins, parmi les cas de choléra, quoique graves, que l'on a observés, aucun n'a été mortel.

Une femme de 30 ans, atteinte de choléra asiatique bien caractérisé, vient d'être transportée dans le service de M. Trousseau, salle Saint-Bernard ; prise depuis la veille de vomissements, diarrhée, crampes, elle présente, à la visite d'hier jeudi, les symptômes suivants :

Facies cholérique, yeux enfoncés; traits amaigris, grippés; teinte bleuâtre de la peau et des conjonctives; refroidissement de tout le corps, de la langue; l'haleine est froide; la violence des crampes, qui reviennent à chaque instant, fait pousser des cris à la malade. Vomissements jaunâtres, fréquents, ainsi que les garde-robes, qui ont l'aspect d'une décoction de riz; la sécrétion urinaire est suspendue; l'orthopnée et l'affaissement du pouls, quoique très marqués, présentent cependant un peu moins d'intensité que dans les cas très graves de choléra asiatique. La voix est éteinte; du reste, la malade est en entière connaissance.

Ce fait, dit M. Trousseau, joint à deux cas à peu près semblables que nous avons pu observer depuis peu dans nos salles, à trois cas qui se sont présentés dans ma clientèle dans l'espace de huit jours, aux nombreuses affections intestinales subites accompagnées de prostration insolite, de refroidissements et de crampes, et, d'un autre côté, la marche du choléra à travers la Russie, l'Allemagne, doivent faire craindre l'invasion prochaine de l'épidémie.

L'éther, employé d'habitude par M. le professeur Trousseau pour provoquer la période de réaction, a été administré en cette circonstance dans des capsules de gélatine, d'après le procédé nouveau de M. le docteur Clertan, de Dijon.

La capsule, avalée dans une cuillerée d'eau, éclate après une minute à peine de son introduction dans l'estomac.

Cette médication, jointe aux sinapismes promenés sur les extrémités, paraît avoir eu une influence heureuse, car aujourd'hui le pouls s'est relevé, le corps est réchauffé, la langue seule restant un peu froide ; les garde-robes sont moins fréquentes ; la sécrétion biliaire, interrompue, paraît avoir repris son cours, car les matières rendues sont colorées par la bile. La malade urine assez facilement. La voix est à peu près redevenue normale. L'éther est suspendu.

Infusion de camomille ;

Lait coupé avec l'eau de Seltz. Si la malade éprouve de la répugnance pour cette nourriture, potage au gruau.

Nous rendrons compte des suites de cette observation.

Épidémie de fièvre typhoïde.

Il en est de l'hôpital de la Charité comme de l'Hôtel-Dieu : les cas de fièvre typhoïde y sont nombreux et graves. Sept individus atteints de cette redoutable pyrexie, entrés dans un même service du premier de ces hôpitaux, y ont succombé coup sur coup. Chez un jeune homme du service de M. Cruveilhier, l'affection offrait de tous points l'image du typhus : la résolution des membres était complète, l'adynamie profonde. Un changement favorable s'est produit du jour au lendemain sous l'influence de la médication tonique. A l'hôpital Beaujon, le nombre des typhoïques est si considérable qu'on a dû en placer deux dans une salle de chirurgie. Les renseignements que nous avons reçus du Val-de-Grâce nous apprennent que le nombre des fièvres typhoïdes y est seulement *un peu* plus considérable que les années précédentes à pareille époque. Si la constitution médicale avait la plus grande part à la production de l'épidémie, les militaires seraient atteints approximativement dans la même proportion que les civils. Il est donc probable que la cause principale de l'épidémie est ailleurs, et l'on est porté à accuser l'accumulation des ouvriers, par suite des grands travaux publics en cours d'exécution à Paris. M. Andral se rappelle avoir vu, à une autre époque, un grand nombre de fièvres typhoïdes graves coïncider, comme aujourd'hui, avec un subit accroissement de la population ouvrière. L'encombrement est, en effet, l'une des deux causes générales des épidémies typhoïdes; l'autre, c'est la misère. Deux circonstances ont concouru à augmenter la densité dans cette classe de la population dont les malades sont dévolus aux hôpitaux civils : d'une part, il est arrivé un très grand nombre d'ouvriers ; de l'autre, on a démoli beaucoup de maisons dans les quartiers populeux du centre de la ville : en sorte qu'il y a un plus grand nombre d'habitants pour un plus petit nombre de logements.

Tout en reconnaissant que la constitution médicale ne suffit pas à expliquer ce grand nombre de fièvres typhoïdes très graves, il faut tenir compte de l'influence de la saison. En effet, l'automne et l'hiver, en France, donnent un peu plus d'épidémies de fièvre typhoïde que le printemps et l'été. Sur un chiffre de 179 épidémies observées dans notre pays pendant plusieurs années, on trouve 86 épidémies de fièvre typhoïde ainsi réparties :

Automne, 23 ; *hiver*, 23 ; *printemps*, 20 ; *été*, 20.

On peut se demander toutefois si la plus grande fréquence des épidémies de fièvre typhoïde pendant les saisons froides ne tiendrait pas à ce que les logements sont moins aérés : d'où résulterait une plus facile accumulation des miasmes typhiques; en sorte que la prétendue influence saisonnière rentrerait dans celle de l'encombrement.

Du reste, toutes les épidémies en France sont plus fréquentes en automne et en hiver qu'au printemps et en été, dans cette proportion de :: 111 : 78.

La forme thoracique prédomine dans l'épidémie régnante, et c'est par là surtout que se marque l'influence de la constitution médicale, laquelle est essentiellement catarrhale. On a vu quelques cas de pneumonie double. A l'autopsie on trouve, outre la splénisation hypostatique, l'induration phlegmasique. Seulement, le tissu induré est de couleur plus foncée et offre moins de compacité, moins de résistance, que dans la pneumonie franche.

Dans plusieurs cas la fièvre typhoïde s'est dissimulée pendant les premiers jours sous les accidents thoraciques. Des praticiens consommés y ont été trompés.

Maladie pédiculaire.

Au nombre des affections que suscite l'exagération du tempérament lymphatique figure l'affection pédiculaire, commune chez les enfants, et dont il existe plusieurs cas dans le service de M. Devergie, à l'hôpital Saint-Louis. Dans le traitement de cette manifestation de la diathèse lymphatique (exagération du tempérament de ce nom), il faut se garder de faire couper les cheveux et de détruire les poux, comme on est porté généralement à le faire; il pourrait en résulter des accidents et même la mort. On commence par reconstituer le jeune malade en lui prescrivant un régime substantiel, le fer et l'huile de foie de morue. Ce n'est qu'après avoir sensiblement modifié l'état général qu'on fait tailler les cheveux par petites coupes successives, et disparaître les parasites. Jusque-là on se borne à faire changer le linge du malade toutes les fois qu'il y a lieu. Les recommandations de M. Devergie n'ont pas été suivies chez un jeune garçon de son service, auquel, par un malentendu, on a taillé les cheveux courts d'emblée. Aussi, dès le lendemain, cet enfant a éprouvé de l'anorexie, des vomissements, de la céphalalgie, symptômes accompagnés d'un état fébrile prononcé. M. Devergie s'est hâté de provoquer sur le dos une vaste éruption pustuleuse au moyen de frictions avec l'huile de croton tiglium. Les accidents gastro-céphaliques se sont immédiatement amendés, et au bout de quelques jours l'équilibre était rétabli.

Rhumatisme scarlatin.

Le rhumatisme *scarlatin* est une affection, ou plutôt une maladie peu connue. Une maladie; car il offre bien les caractères que nous avons assignés à la maladie en général, étant une manifestation locale d'un état général, ou *diathèse*. Cet état général de l'économie est, cela va sans dire, la diathèse rhumatismale, excitée (nous ne disons pas créée) par la scarlatine, autre diathèse, mais rapide, éphémère, tandis que la diathèse rhumatismale est durable, inféodée, pour ainsi dire, à l'organisme.

On voit déjà que nous ne prenons pas le mot diathèse dans le sens métaphysique de prédisposition; nous entendons par là quelque chose qui est, un état matériel, reconnaissable à ses effets seulement, et susceptible de se manifester par des accidents locaux, variables et identiques : variables quant au siége, à l'étendue et au nombre ; identiques quant à la nature.

Une jeune fille entre à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Chomel, dirigé alors intérimairement par un jeune médecin très distingué, M. Empis. Elle avait eu depuis peu la scarlatine, à la suite de laquelle elle venait d'être affectée d'anasarque. Avait-on constaté la présence de l'albumine dans les urines? M. Trousseau ne l'a pas dit ; mais le flux albuminurique, antérieurement à l'hydropisie, est très probable dans l'anasarque scarlatineuse. Seulement très probable; car le fait n'est pas constant. M. Rayer, que nous avons consulté à ce sujet, pense que, sur dix cas d'anasarque scarlatineuse, huit fois les urines sont albumineuses. M. Andral n'a vu que deux cas d'anasarque à la suite de la scarlatine; et dans les deux cas, les urines contenaient de l'albumine : c'était chez des adultes. A l'hôpital des Enfants, les résultats de l'observation se rapprochent de la donnée fournie par M. Rayer. Il y a donc des anasarques scarlatineuses sans albuminurie, comme il y a des anasarques par l'effet d'un refroidissement pareillement sans trace d'albumine dans les urines. L'occasion se présentera certainement d'examiner ces questions avec les développements qu'elles comportent.

Revenons à la malade qui fait le sujet de ces remarques.

L'anasarque disparut insensiblement, grâce au traitement dirigé par M. Empis, et la jeune fille était pleinement convalescente lorsque M. Trousseau prit le service. Un matin, à la visite, elle se plaignit de douleurs dans les genoux, qui n'offraient aucun signe d'un état pathologique, soit au toucher, soit à la vue, si bien qu'on put supposer que peut-être ces douleurs étaient un prétexte allégué par la malade pour rester quelques jours de plus à l'hôpital. Le lendemain, toutefois, les douleurs étaient beaucoup plus vives, et un mouvement fébrile s'était déclaré. M. Trousseau prescrivit des onctions avec un liniment au chloroforme. Quoique la proportion de l'agent anesthésique fût minime (10 grammes de chloroforme pour 50 grammes d'huile), les douleurs des genoux se dissipèrent. Mais tout aussitôt des douleurs plus vives encore et plus alarmantes se firent sentir à la base de la poitrine, à l'insertion du diaphragme; un moment, à en juger par la douleur et par la gêne de la respiration, qui était très courte, ou plutôt écourtée, comme l'a bien dit M. Trousseau, on eut l'idée d'une pleurésie suraiguë avec épanchement. L'investigation physique écarta bientôt cette idée. « Nous avons commis une faute, a dit M. Trousseau, en attaquant le rhumatisme scarlatin aux genoux, où il n'était pas dangereux, et en le rejetant sur la poitrine, où il l'est extrêmement; car, en s'attaquant au diaphragme, il compromet l'hématose. »

Mais que fallait-il donc faire en l'absence d'un traitement général, qui n'était pas dans les idées du professeur ? Abandonner les genoux à la diathèse rhumatique pour garantir le reste? Mais le reste eût-il été garanti? Et ensuite, que seraient devenus les genoux si l'on n'avait rien fait ni généralement, ni localement? La saignée, puis le colchique n'étaient-ils pas indiqués? Contre des manifestations diathésiques, il faut des médications antidiathésiques, c'est-à-dire générales.

L'application endermique de la morphine à la base de la poitrine a beaucoup atténué déjà les douleurs, chez la malade de M. Trousseau. Mais c'est là un traitement local, comme celui qui avait été appliqué aux genoux; et, en bonne logique, le principe morbide doit se porter ailleurs. Cela étant, il n'y a guère de raisons pour que la maladie, toujours traitée de la même manière, ne se promène pas indéfiniment à travers toutes les articulations du corps. A un certain moment, dira-t-on, la diathèse s'épuise; soit, mais jusque-là l'économie est grandement éprouvée. Comment la diathèse rhumatique se lie-t-elle à la diathèse scarlatine? Est-ce à titre d'élément? Y est-elle comprise? Aucunement. La scarlatine favorise l'évolution du rhumatisme, en rendant la peau plus sensible à l'action du froid. Voilà tout. Les deux diathèses sont reliées par un trait d'union, et ce trait d'union, c'est l'état du tégument externe, plus prompt à ressentir l'influence d'une basse température. Il est même probable que cet état du tégument ne crée pas la diathèse rhumatique, et ne fait que lui donner essor chez des su-

jets héréditairement prédestinés. En voilà assez sur ce cas. Notre objet principal a été d'appeler l'attention du lecteur sur l'éventualité du rhumatisme à la suite de la fièvre scarlatine.

Pustulation et diphthérite stibiées.

Laënnec croyait que l'inflammation couenneuse ou pustuleuse qui se produit souvent dans la bouche, le pharynx, l'œsophage et même le larynx, par suite de l'ingestion de l'émétique, exprimait un état général, une saturation stibiée, comme la gengivite mercurielle exprime la saturation hydrargyrique. C'était une erreur. La phlogose stibiée est un fait purement local, non un fait général ou diathésique, et résulte du passage, ou plus encore du séjour de l'émétique à la surface des parties affectées; séjour favorisé par la présence du sucre, de la gomme des tisanes et potions, des mucosités; en un mot, de matières plus ou moins adhérentes qui se l'incorporent. L'inflammation stibiée, couenneuse ou pustuleuse, de la bouche et des parties voisines, est donc le résultat d'une action de contact; c'est une affection chirurgicale, comme la brûlure. Ce qui le prouve, c'est que les applications stibiées sur des parties du corps plus ou moins éloignées de la bouche ne la produisent pas, comme les frictions mercurielles produisent, à grande distance, la stomatite hydrargyrique. Ce qui le prouve mieux encore, c'est que l'administration de l'émétique sous forme pilulaire la prévient sûrement.

Un médecin mort jeune, observateur d'un vrai talent, et bien regrettable, le docteur Ernest Boudet, a traité cette question dans une note du *Journal de pharmacie et de chimie* du mois de février 1846. Dans un espace de dix ans, de 1836 à 1846, et sur un chiffre total de 3,315 malades, il avait observé 318 pneumoniques, dont 144, la moitié environ, avaient été traités par l'émétique liquide à haute dose; 26 fois, sur ce chiffre 144, une inflammation couenneuse était venue arrêter le traitement et aggraver la maladie; et 5 fois seulement, sur ces 26 cas, les voies respiratoires supérieures étaient restées intactes. La complication dont il s'agit est donc fréquente, puisqu'elle se produirait un peu plus que dans le cinquième des cas. Elle a pour inconvénient, comme l'établit E. Boudet :

1° De forcer à suspendre immédiatement une médication qui peut être d'une nécessité absolue;

2° De rétrécir plus ou moins le gosier, le pharynx et le larynx par des fausses membranes; de rendre ainsi la déglutition difficile et de gêner l'hématose;

3° Enfin, de causer des troubles graves dans l'économie.

Boudet ne doutait pas que cette complication ne fût produite directement par le contact de la solution stibiée sur la muqueuse, et il en trouvait la preuve dans la sensation de brûlure éprouvée à la gorge et le long de l'œsophage par tous les malades au moment de l'ingestion d'une cuillerée d'une solution stibiée contenant 0,05 d'émétique. « Si mon explication était bonne, ajoutait-il, il en découlait évidemment que, pour préserver la membrane que je viens d'indiquer d'un contact dangereux, il fallait empêcher l'action immédiate de l'émétique sur la muqueuse du gosier. Pour arriver à ce but, j'ai substitué à la solution stibiée une masse solide formée d'émétique et de substances inertes, qu'on divise en pilules et qu'on donne à distance comme les cuillerées de potion. » Il essaya trois formules, dont celle-ci est la meilleure, d'après lui-même :

Émétique	3,20	grammes.
Extrait d'opium	0,16	—
— de laitue	4, »	—
Gomme arabique	4,50	—
Poudre de guimauve	4,50	—

Pour 32 pilules, chacune de 0,1 gram. d'émétique.

On commence par donner 2 à 3 de ces pilules, de deux en deux heures « *en les faisant suivre de l'ingestion d'un demi-verre de tisane* »; on arrive promptement (dès le lendemain) à la dose de 5 ou 6 pilules aux mêmes intervalles; on obtient ainsi, le plus souvent, la cessation des vomissements et des selles liquides qui avaient eu lieu les premiers jours. Quand on s'en tient, pendant toute la durée du traitement, à 2 ou 3 pilules toutes les deux heures, il y a généralement un ou deux vomissements et une ou deux selles par 24 heures; la tolérance n'est pas complète. En général, le tartre stibié provoque une diarrhée plus abondante et plus prolongée que le sel dissous : il est donc moins toléré. La différence doit tenir à ce que le sel dissous est absorbé en très grande partie dans l'estomac, tandis qu'une plus grande proportion du sel solide passe dans l'intestin. Il en résulte que l'effet contro-stimulant doit être un peu moindre sous la forme solide que sous la forme liquide, toutes choses égales d'ailleurs : on y pourvoit, comme nous venons de le dire, en élevant tout de suite la dose des pilules. Du reste, l'émétique solide a fait ses preuves thérapeutiques. Dans 20 cas où il a été employé, il n'y a eu que 3 décès, dont 2 par suite de complications (Boudet). « Pour les faire prendre aux enfants (les pilules), dit E. Boudet, il faudrait réduire leur volume et les envelopper d'une couche de gomme et de sucre candi, ou encore renfermer la solution stibiée dans une couche mince de gélatine et de sucre. On aurait bien soin, surtout dans ce cas, de faire avaler immédiatement après une certaine quantité de tisane. » Mais les enfants n'écraseraient-ils pas les pilules dans la bouche, en sorte que les effets de contact seraient aussi à craindre ou même plus à craindre que par l'administration du médicament sous la forme liquide?

Le kermès, administré en potion, peut aussi produire la pustulation ou la diphthérite stibiées; c'est ce qui vient d'avoir lieu dans un cas du service de M. Trousseau, qui a été l'occasion des remarques précédentes.

HOPITAL MILITAIRE DU ROULE. — M. ABEILLE.

Des injections iodées dans le traitement de l'ascite. (1)

Épanchement intra-péritonéal enkysté pris pour une ascite. — Première ponction à gauche, suivie de péritonite partielle; deuxième ponction à droite, sans accident; troisième ponction à gauche, suivie de péritonite mortelle.

Serre, fusilier au 20e de ligne, en congé de convalescence à Saint-Denis, entre à l'hôpital le 31 août pour une ascite dont il fait remonter l'origine à cinq mois, et qui est survenue pendant son congé de convalescence.

Serre est un homme de vingt-sept à vingt-huit ans; il a six ans de service, et, sur ces six ans, il en a passé quatre en Afrique avec son régiment. Depuis que son ventre a commencé à se gonfler, il est entré dans plusieurs hôpitaux, à Carpentras, à Montpellier, etc., et dans chacun de ces établissements les médecins qui l'ont traité lui ont assuré que son hydropisie dépendait d'un engorgement de la rate, engorgement consécutif aux fièvres paludéennes dont il avait été longtemps la victime.

Nous trouvons à ce militaire un teint basané, indice irrécusable de son long séjour en Afrique. Sa constitution est détériorée. Ses membres supérieurs paraissent plus maigres que les inférieurs; ceux-ci sont le siége évident d'une infiltration celluleuse, bien que la pression du doigt sur la peau qui les recouvre ne laisse pas d'impression.

Le ventre est excessivement volumineux, les parois en sont tendues; mais dans cette prodigieuse augmentation de volume, il ne présente pourtant pas tout à fait une forme demi-ovoïde que l'on rencontre dans l'ascite. Les flancs sont fort saillants; c'est surtout dans les parties latérales que portent les couches de tension, si bien que, le malade étant couché sur le dos, la portion ovalaire périombilicale, au lieu de s'élever en demi-ovoïde, se trouve plutôt un peu aplatie, quoique les parois en soient fortement tendues. L'ombilic ne fait aucune saillie, il est à l'état de dépression normale. L'inspection la plus grossière dénote une énorme quantité de liquide dans l'abdomen; là n'est pas le point difficile du diagnostic.

En face de cette affirmation unanime des médecins qui ont traité le malade et qui ont tous rattaché l'ascite à l'engorgement de la rate, nous, qui ne croyons point aux suffusions séreuses par cette simple cause, et qui avons pour cela d'excellentes raisons, nous interrogeons avec soin le commémoratif.

Serre a bien eu les fièvres à différentes reprises pendant les deux premières années de son séjour en Afrique; durant les deux dernières années, il a bien eu aussi quelques ressentiments de ces mêmes fièvres; mais en somme, d'après ce qu'il nous raconte, il n'est jamais tombé dans cet état cachectique si caractéristique.

Dans la dernière année qu'il a passée en Algérie, en 1851, il habitait la province d'Oran; là il contracta une dyssenterie aiguë grave. Cette dyssenterie présenta cette particularité, que l'abdomen était horriblement douloureux, au point que le moindre attouchement arrachait des cris au malade. Évidemment la dyssenterie était compliquée de péritonite. Il fut fait au malade plusieurs larges applications de sangsues. Enfin, au bout d'un mois et demi, Serre sortait de l'hôpital dans un état de convalescence insidieuse. Son ventre restait dur, tendu; les moindres mouvements dans le sens de l'extension lui causaient des tiraillements douloureux dans l'abdomen; s'il se courbait en avant, il fallait qu'il se redressât avec précaution pour éviter les douleurs; il était dans un état de maigreur considérable; les digestions étaient pénibles, et la diarrhée alternait avec la constipation. La peau, devenue sèche, présentait, sur les membres, une sorte de rugosité; elle était chagrinée. Il dut faire encore plusieurs entrées successives à l'hôpital pour ce même état, qui ne s'améliora qu'avec une lenteur extrême.

Enfin, il fut envoyé en convalescence dans le courant de décembre de la même année; il fut dirigé dans ses foyers, dans le midi de la France. Là, le changement de climat, les soins de famille, etc., aidèrent puissamment à son rétablissement: le ventre s'assouplit, perdit son endolorissement habituel; la peau reprit son aspect normal, les digestions se rétablirent, l'embonpoint revint en très grande partie.

Fin d'avril 1852, Serre allait bien; il était même tenté de rejoindre son régiment avant l'expiration de son congé. Mais, sans cause appréciable, il reparut quelques douleurs sourdes et continues dans le ventre; il crut que ce n'était rien. Ces douleurs persistèrent, et bientôt l'abdomen se gonfla et devint volumineux insensiblement. Il entra alors à l'hôpital de Carpentras; c'était dans les premiers jours de mai. Le médecin traitant diagnostiqua une ascite, et, sur le récit des fièvres prolongées du malade, il rattacha cette ascite à un engorgement splénique.

Le séjour dans cet hôpital ne dura qu'un mois; le malade fut évacué ensuite sur celui de Montpellier, à cette fin de le soumettre à l'examen des professeurs de l'École. L'ascite fut reconnue à Montpellier comme à Carpentras; elle était alors médiocrement développée, et, au dire du malade, elle fut attribuée à la même cause. Serre séjourna deux mois à Montpellier; son ascite s'accrut insensiblement, et le médecin traitant, ne pouvant en venir à bout, l'envoya au dépôt de son régiment, à Saint-Denis près Paris.

C'est de là que nous arrivait le malade quand nous l'avons reçu à l'hôpital. Après un mois de séjour au dépôt, et voyant qu'il n'allait pas mieux, il avait demandé lui-même un billet d'hôpital. Voilà le commémoratif.

Dès notre premier examen, nous constatons une collection liquide fort considérable dans le péritoine, et, comme nos confrères, nous portons au diagnostic : ascite. La rate, mesurée à la plessimétrie, aussi bien que cela se peut quand le ventre est plein d'eau, donnait un diamètre vertical de 18 centimètres et un diamètre transversal de 12. Le foie remontait jusqu'au niveau du sein droit, s'enfonçait au-dessous de l'appendice xyphoïde, recouvrant une grande partie de l'épigastre et gagnant jusqu'à l'hypocondre gauche par son petit lobe.

La percussion exercée sur le ventre était partout douloureuse; elle était plus douloureuse dans toute la partie latérale gauche qu'ailleurs. La simple pression de la main sur cette région déterminait un grimacement de la part du malade. Il nous paraît évident que le péritoine était encore endolori, et, sans chercher à préciser davantage notre diagnostic; nous faisons couvrir le ventre de ventouses scarifiées, puis de fomentations chaudes.

Comme le malade conserve de l'appétit et que ses fonctions se remplissent bien, même la sécrétion urinaire, nous lui donnons le quart de portion. Pour le soir, un grand bain au pied du lit, puis des fomentations chaudes sur le ventre.

Le lendemain, 2 septembre, nous procédons à un plus ample et rigoureux examen. Et d'abord, les urines de la nuit offrant une coloration rougeâtre, rougissant le papier de tournesol, sont traitées avec l'acide azotique. Non-seulement elles ne précipitent point d'albumine, mais elles deviennent claires, limpides sous l'action de l'acide, et au bout de dix minutes elles offrent au verre un léger précipité rouge, sablonneux; ce sont des sels déposés.

Nous percutons le ventre au moyen du plessimètre, le malade étant couché horizontalement sur le dos, de l'ombilic au-dessus, matité absolue. Seulement, en s'avançant vers l'épigastre et l'hypocondre gauche, pour peu que nous pressions avec le plessimètre, la matité devient jécorale, et l'on sent un corps dur, résistant; c'est le foie. La partie supérieure et toute la matité latérale postérieure du flanc gauche donnent de la matité. Dans la partie inférieure et antérieure ou interne du même flanc, il y a sonorité ou résonnance intestinale. La région iliaque du même côté donne une matité humorale qui se propage par une ligne oblique de bas en haut et de dehors en dedans, jusqu'à la matité sus-ombilicale. Tout à fait à la partie inférieure de l'hypogastre, à la place occupée par la vessie médiocrement distendue, il y a matité, c'est-à-dire dans l'étendue d'un pouce et demi de la symphyse pubienne en haut; puis de là à l'ombilic, résonnance intestinale, son tympanique. La région iliaque droite est mate dans toute son étendue; mais à sa jonction avec le flanc du même côté et dans l'espace de quatre pouces sur la partie inférieure du flanc, il y a encore résonnance ou sonorité intestinale. Cette sonorité gagne en se rétrécissant de dehors en dedans, et va aboutir par une lame très mince jusqu'à l'ombilic. Les hypocondres, l'épigastre, sont tout à fait mats.

Les résultats de la percussion nous donnent l'éveil. Les parties ordinairement sonores dans cette position du malade et quand il y a ascite étant mortes, et plusieurs des parties où devait siéger la matité donnant de la sonorité, il est évident que nous n'avons pas affaire à une ascite pure et simple, ou du moins que le liquide n'est pas uniformément répandu dans la cavité péritonéale.

Nous exerçons alors la percussion en donnant alternativement au malade la position inclinée à droite et à gauche. Les résultats fournis par la percussion ne sont que peu modifiés dans ces nouvelles positions. Seulement, le malade étant couché sur le côté droit, la sonorité qui existait à l'hypogastre gagne de quelques centimètres sur la fosse iliaque gauche. Celle du flanc droit se rapproche un peu plus largement de l'ombilic. La partie postérieure du flanc gauche donne une résonnance obscure là où, d'après les lois de la pesanteur, le liquide devrait exister. Toute la face antérieure de ce flanc, l'épigastre, la région ombilicale et bonne partie de la région iliaque gauche donnent une matité humorale. Quand le malade est couché sur le côté gauche, les mêmes phénomènes s'observent à droite et sur toute la partie supérieure de l'abdomen.

Si l'on veut percevoir l'ondulation liquide, le malade étant couché sur le dos, une main placée sur la portion déclive d'un flanc, et un doigt percutant sur la portion correspondante de l'autre flanc, nulle sensation d'ondulation. Si on s'élève, en se rapprochant de la surface proéminente, l'ondulation est bien sentie; elle est à son maximum d'un point à l'autre à côté de l'ombilic, là où dans l'ascite ordinaire l'ondulation est nulle.

De cet examen détaillé et précis il découle pour nous que le liquide n'est pas en liberté dans la cavité abdominale, qu'il est enkysté, ou que les intestins, retenus par des brides, ne peuvent surnager.

Il nous reste donc à nous décider, pour le diagnostic, entre un kyste développé dans la cavité du péritoine et en occupant toute l'étendue, ou une collection divisée par des brides, des adhérences. Mais la manière dont le ventre s'est uniformément développé ne laisse guère supposer qu'il s'agisse d'un kyste réel, qui, d'ordinaire, procède par un point restreint pour gagner en étendue. Il ne s'agit point non plus d'un immense kyste adossé au péritoine et dénommé exomphale par quelques auteurs. Le procédé employé par M. Récamier dans ce cas, et qui consiste à faire comprimer par le rebord des deux mains d'un aide la partie moyenne du ventre, en déprimant fortement pour intercepter l'ondulation produite par le doigt qui percute à côté, est resté négatif; l'ondulation a continué, et puis le commémoratif indique encore qu'il ne s'agit point d'un exomphale.

La péritonite concomitante à la dyssenterie, que le malade a essuyée dans sa dernière année de séjour en Afrique, laisserait assez supposer qu'il existe dans la cavité abdominale des adhérences qui empêchent les intestins de se porter au-dessus du liquide et les tiennent fixés solidement. La recrudescence des douleurs péritonéales avant l'apparition de tout épanchement justifierait en quelque sorte la collection liquide, qu'on pourrait rapporter à une péritonite chronique; peut-être le foie, dont le volume paraît considérable, a-t-il apporté sa part d'action à la perpétration de la suffusion séreuse, si surtout avec cette hypertrophie il est le siége d'une dégénérescence.

Nous nous arrêtons définitivement au diagnostic suivant : épanchement enkysté du péritoine, parce qu'avec les productions pseudo-membraneuses consécutives à la péritonite aiguë initiale et les signes que nous a fournis notre examen direct, ce diagnostic est justifiable.

Quoi qu'il en soit, le malade s'est bien trouvé de l'application des ventouses et du grand bain. Les urines sont abondantes, mais elles l'ont toujours été, à son dire; les douleurs péritonéales sont presque nulles : ce n'est que quand il se couche ou s'incline sur le côté gauche que toute la portion correspondante de l'abdomen est encore douloureuse. — 10 sangsues sur le flanc et la région iliaque gauches; chiendent, 2 pots; potion avec 60 grammes d'oxymel scillitique, quart de portion.

Le 3, Serre se trouve très-bien; les mouvements sont libres et ne causent plus de douleur. Il accuse de la dyspnée, résultat du refoulement du diaphragme et des poumons par le liquide. Pouls moyennement développé, à 73. Le ventre donne à la mensuration, exercée au niveau de l'ombilic, 98 centimètres.

En présence d'une collection si considérable, remontant déjà à plus de cinq mois d'existence, et maintenant que les douleurs sourdes du péritoine sont apaisées, nous croyons convenable d'évacuer le liquide, qui, suivant nous, est une cause d'entretien ou de recrudescence de péritonite chronique. D'ailleurs, une fois l'évacuation faite, nous pourrons poursuivre le traitement de la péritonite chronique, et peut-être parviendrons-nous ainsi à faire céder, au moins en partie, cette affluence séreuse.

(1) Fin. — Voir le numéro du 21 décembre 1852.

La ponction est décidée pour le 4. Nous la pratiquons à gauche, en se rapprochant du lieu d'élection et choisissant sur la limite de la région iliaque avec le flanc le point qui offre de la matité. Cette opération cause une très vive douleur au malade. Il s'écoule d'abord un liquide citrin et à plein jet; puis, quand nous en avons retiré un demi-litre, l'écoulement s'arrête et ne se reproduit plus quelles que soient nos manœuvres. Nous sentons une portion d'intestin qui vient heurter l'extrémité de la canule, et chaque fois que ce contact a lieu le malade souffre beaucoup.

L'instrument est retiré et la plaie cutanée pansée comme d'usage.

A trois heures de l'après-midi, Serre est en proie à d'assez fortes douleurs, qui, partant du point de la ponction, s'irradient dans tout le côté gauche de l'abdomen et siégent évidemment dans le péritoine. Il y a des nausées, l'appétit est perdu; la face présente un commencement de grippement; le pouls s'est rapetissé et bat 95. La chaleur est normale à la peau. — 15 sangsues sur la partie douloureuse, potion opiacée, soustraction des aliments, tilleul chaud.

Le 5 au matin, les sangsues ont enlevé les douleurs; la peau est couverte d'une légère moiteur, le pouls a repris sa force et reste souple : il ne bat que 90. — 30 grammes d'huile de ricin, fomentations chaudes sur le ventre, tilleul chaud.

Le 6, large vésicatoire sur le flanc gauche. Tilleul. Le malade ne souffre plus; pendant la nuit, en faisant un mouvement pour se retourner, il a senti comme une déchirure sur la ligne médiane correspondant à la ligne blanche et au niveau de l'ombilic; aussitôt une douleur très aiguë a surgi; puis, au bout d'une heure, elle s'est complétement dissipée.

Le 7, la plaie cutanée de la ponction suppure : le vésicatoire appliqué la veille a bien pris; le malade est bien du reste et demande à manger. Quart de portion, ne point faire suppurer le vésicatoire et en poser un semblable sur le flanc droit. Les urines sont toujours abondantes et conservent le même caractère que nous avons constaté en premier lieu; nulle diminution du ventre.

Le 10, les plaies des deux vésicatoires sont sèches; la plaie cutanée de la ponction suppure encore; le ventre ne conserve plus de sensibilité, et, en raison de sa très grande ampliation, nous songeons à tenter de nouveau la paracentèse.

L'opération est pratiquée séance tenante au lieu d'élection, mais cette fois du côté droit. Il est évacué neuf litres de liquide limpide, citrin. Une quantité de ce liquide, mise dans un verre, se coagule en totalité en la saturant suffisamment d'acide azotique.

Après l'opération, les parois du ventre restent affaissées, et nous pouvons alors suffisamment explorer le foie, qui offre un volume considérable, refoule fortement le poumon droit et s'étend au-devant de l'épigastre, qu'il déborde jusqu'à l'hypocondre gauche. La rate, percutée soigneusement, ne donne pas de plus grandes dimensions qu'à notre premier examen. Rien autre chose d'anormal n'est perçu dans la cavité abdominale.

Les suites de cette opération ne sont signalées par aucun accident. Dans la vue de combattre à outrance la péritonite chronique de vieille date et l'hypertrophie du foie, il est fait une application de ventouses scarifiées (6), et les jours suivants deux nouveaux vésicatoires sont encore promenés sur les parois abdominales. La digitale en poudre et l'oxymel scillitique sont donnés journellement à l'intérieur; tous les trois jours le malade prend un purgatif salin (30 grammes de sulfate de soude). Des frictions irritantes sont pratiquées sur les membres avec les teintures de scille et de digitale. — Demi-portion d'aliments.

Les urines sont toujours abondantes (un litre et demi au moins dans les vingt-quatre heures) et dépassent de beaucoup les boissons ingérées.

Cependant le ventre ne tarde pas à augmenter de nouveau de volume, et le 25 il en était arrivé au même point que quand nous avons pratiqué la paracentèse. Le liquide remplit uniformément la cavité abdominale; une chose s'oppose encore à ce que nous croyions à une ascite ordinaire : le malade étant couché sur le dos, la tête un peu élevée ainsi que le tronc, il n'y a de sonorité que dans une minime étendue, dans la partie sous-jacente à l'ombilic. Toute la région épigastrique, qui est la région la plus saillante, donne une matité humorale, et, si nous déprimons fortement les parois avec le plessimètre, le son est jécoral; nous sentons même la résistance dure que présente le foie.

Les extrémités inférieures sont restées dans le même état qu'avant l'opération : elles sont ce qu'elles étaient le jour de l'entrée du malade, c'est-à-dire un peu engorgées, mais ne permettant point l'empreinte du doigt sur la peau, comme si le tissu cellulaire était hypertrophié.

Le malade nous demande lui-même à être opéré de nouveau. La respiration est gênée; il voudrait être soulagé; son état général est du reste bon.

Dans cette situation, et bien convaincu que nous avons affaire à une hydropisie enkystée du péritoine, nous pensons à injecter ultérieurement de la teinture d'iode, si le liquide se reproduit après cette opération avec autant de rapidité qu'après la précédente.

La paracentèse est donc pratiquée de nouveau le 25 au matin. Comme le côté gauche du malade se trouve mieux à notre portée, que la piqûre de la première ponction faite sur ce même côté est cicatrisée et que d'ailleurs il ne reste plus de douleur à la pression, c'est sur ce côté que nous opérons.

La piqûre produit encore une douleur très vive, toute locale et qui se maintient tout le temps que met le liquide à s'écouler. Quand nous avons retiré environ quatre litres de liquide citrin, limpide, l'écoulement s'arrête tout court; une anse intestinale vient obturer la canule et suscite au malade des douleurs violentes. La canule est retirée aussitôt; la collection liquide n'est guère évacuée qu'à moitié. — Pansement d'usage.

Durant toute cette journée, Serre ressentit, à ce qu'il paraît, quelques douleurs abdominales qui se prolongèrent dans la nuit et le privèrent de sommeil.

Le 27, à cinq heures du matin, ces douleurs prirent une grande intensité, s'étendirent à tout le ventre, et le pauvre malade les supporta patiemment sans faire appeler le chirurgien de garde, crainte de le déranger. Ce n'est qu'à six heures et demie qu'il le demanda; ce jeune confrère, sachant que nous allions bientôt faire notre visite, n'osa rien entreprendre et laissa le patient dans la douleur.

A sept heures, au moment de notre visite, nous trouvons Serre cadavérisé. Il avait un frisson très fort qui se prolongeait depuis plus d'une demi-heure; il était couché sur le côté droit, les membres ramassés; il avait le hoquet et avait vomi abondamment deux fois. Les matières qu'il avait rendues étaient liquides, vertes, porracées. Sa face était grippée, la peau froide sur tout le corps, les extrémités violacées, la voix éteinte, le pouls filiforme, presque insaisissable. Il se plaignait continuellement et accusait des douleurs atroces dans le ventre. Il était en proie à une péritonite suraiguë et contre laquelle rien n'avait été fait.

On lui applique aussitôt six ventouses scarifiées sur le ventre; elles semblent soulager les douleurs. Les membres sont couverts de sinapismes, et au bout de quelques minutes il revient un peu de chaleur à la peau. — Potion antispasmodique, tilleul chaud.

A huit heures, application de 15 sangsues sur le ventre. Mort à deux heures de l'après-midi, c'est-à-dire vingt-neuf heures après l'opération.

Autopsie, 24 heures après décès.

La cavité abdominale est encore assez développée et la percussion y décèle une bonne quantité de liquide.

Dans la prévision de rencontrer un kyste et pour le laisser intact, nous pratiquons sur la ligne blanche une incision s'étendant du pubis à l'épigastre; une seconde incision transversale, faite au niveau de l'ombilic d'un flanc à l'autre, vient couper celle-ci perpendiculairement. Ces deux incisions n'intéressent que les téguments. Nous disséquons ensuite couche par couche jusqu'au péritoine; et, quand nous sommes arrivé sur cette membrane, une ponction est faite pour permettre l'introduction d'une sonde cannelée. Aucun liquide ne s'est échappé par l'incision péritonéale, qui laisse voir au fond une autre membrane d'un rouge lie-de-vin et qui vient faire hernie à travers les lèvres de cette petite plaie. Au moyen de la sonde cannelée, nous pouvons inciser le péritoine sur les deux grandes incisions verticale et transversale des téguments et des muscles; il nous apparaît alors un immense kyste à parois très minces, d'un rouge lie-de-vin et contenant encore beaucoup de liquide.

Pour mettre cette poche à découvert dans toute son étendue, nous détachons l'un après l'autre avec le doigt ou avec le dos du scalpel passé entre le péritoine pariétal et les parois kystiques les quatre grands lambeaux formés par les parois abdominales divisées crucialement. Cette manœuvre est difficile, délicate, parce que, si les parois kystiques ne semblent dans la plus grande partie de leur étendue que juxtaposées au péritoine, dont elles se détachent facilement, dans quelques points elles ont contracté avec lui des adhérences solides sous forme de petites brides tégumentaires et ayant l'aspect fibro-cartilagineux. Ces brides sont comme filamenteuses. C'est surtout au niveau des flancs et vers la région iliaque que nous en rencontrons.

Enfin, toutes les parois abdominales sont écartées; le péritoine, qui les tapisse et que nous pouvons disséquer, est uniformément pâle et contraste avec les parois kystiques, qui sont lie-de-vin.

Dans l'intérieur de la cavité abdominale, dans le grand et le petit bassin, le doigt seul suffit pour séparer le kyste du péritoine.

Voici comment ce kyste se comporte :

La duplicature du grand épiploon lui sert de cloison supérieurement vers l'épigastre. Là la face antérieure et le rebord supérieur du feuillet antérieur de cet épiploon ont acquis quelques légères adhérences avec le diaphragme. L'estomac ainsi que tout le petit lobe du foie, devenu très volumineux, sont logés au-dessus et refoulent le cœur et le poumon gauche. Ils sont tout à fait en dehors du kyste.

Puis de la face postérieure du feuillet antérieur de l'épiploon gastro-hépatique part le kyste, qui va se répandre dans tout l'abdomen, qu'il garnit exactement, y compris le petit bassin, et remonte au-devant du grand lobe du foie en guise de bonnet phrygien, pour aller se terminer tout à fait à droite et en haut au-dessous du sein, où il a refoulé le diaphragme, avec lequel il a acquis des adhérences épaisses, mais faciles à séparer. Pareilles adhérences règnent sur la portion costale du diaphragme.

Le kyste ainsi mis à nu dans toute sa surface externe et sur ses parties latérales, une ponction est faite pour évacuer le liquide contenu et étudier la distribution intérieure. Une fois le liquide évacué, le kyste est divisé de haut en bas sur sa paroi antérieure.

Nous voyons alors une pseudo-membrane d'une demi-ligne d'épaisseur, rouge lie-de-vin, qui, isolée maintenant du péritoine pariétal, qu'elle doublait dans toute son étendue, excepté dans l'espace compris par l'estomac et la rate, se replie exactement comme le péritoine pour recouvrir tous les intestins, et adhère d'une manière plus intime à la séreuse sur les circonvolutions. Du reste, ces circonvolutions sont presque toutes soudées ensemble, de façon à offrir une excavation sur la ligne médiane correspondant à la colonne vertébrale, et à former quelques saillies sur les flancs, dans les fosses iliaques et surtout à l'angle sacro-vertébral, « Sous les intestins grêles qui se soulèvent ainsi, le gros intestin, atrophié, recouillé d'un bout à l'autre, reste submergé par eux. La paroi postérieure et les parois latérales du kyste recouvrent en tous points les intestins. La cavité kystique se prolonge, comme nous l'avons déjà dit, sur la face supérieure du grand lobe du foie, qui est devenue antérieure. La paroi inférieure du kyste remonte sur cette face jusqu'au ligament suspenseur, auquel elle adhère en dedans, et jusqu'au diaphragme, en haut au niveau du sein. Le foie remonte jusqu'à ce point; elle se replie en avant, forme un grand cul-de-sac, dans lequel existent encore deux verres de liquide avec des débris de pus concret ou des concrétions fibrineuses, épaisses. En se repliant en avant, elle forme la paroi antérieure de ce prolongement kystique, et vient, en passant au-devant du bord tranchant du foie, se continuer avec la paroi intérieure du kyste abdominal. Ce prolongement kystique va se tasser également dans l'hypocondre droit, où il sépare le foie des parois thoraciques abdominales correspondantes.

Le prolongement kystique, que nous appellerons hépatique, offre cette particularité, que ses parois sont très épaisses (trois lignes au moins), et sont formées de couches superposées dont l'externe a un aspect fibreux, et l'interne présente un aspect tuberculeux. Cette épaisseur et la composition de ses parois contrastent avec la minceur de celle du kyste abdominal, qui ne nous semble composée que d'une seule membrane dans toute la portion antérieure et les parties latérales en rapport avec le péritoine pariétal.

Probablement le tiraillement, la pression occasionnés par la grande quantité des liquides auront tassé les couches pseudo-membraneuses de telle façon, qu'elles semblent n'offrir qu'un seul feuillet. Dans la portion intestinale, ou celle qui recouvre les intestins, on retrouve encore les trous de plusieurs couches, car nous pouvons enlever successivement plusieurs lambeaux superposés en certains points aux brides pseudo-membraneuses qui unissent entre elles les circonvolutions intestinales. Ces brides ne partagent nullement la couleur lie-de-vin qu'affectent les parois du kyste; elles conservent un aspect jaune-blanchâtre. Il en de même de beaucoup d'autres dépôts plastiques et purulents que nous trouvons dans les fosses iliaques et dans les flancs au-dessous des parois kystiques.

Il est évidemment démontré dans cette observation que le malade qui en fait le sujet a eu dans le temps une péritonite aiguë qui s'est terminée par des dépôts plastiques, organisés plus tard de façon à recouvrir tous les intestins et partie du foie; qu'ensuite ces pseudo-membranes sont devenues le siége d'une sécrétion.

Le liquide sécrété s'est accumulé lentement et progressivement entre les deux feuillets pseudo-membraneux qui doublaient le péritoine dans toute son étendue; et au lieu d'une ascite, ou collection péritonéale, il y a un épanchement enkysté. La meilleure preuve en est que tout l'estomac, partie du foie et la rate se trouvaient en dehors de la poche et isolés en arrière. Tous les intestins, refoulés en arrière et sur les côtés, étaient également séparés du liquide.

Le malade a succombé évidemment à la suite de tous les symptômes d'une péritonite suraiguë. Eh bien! le péritoine était partout pâle et décoloré; les parois du kyste offraient seules, dans toute leur étendue, cette couleur rouge lie-de-vin qu'on rencontre dans la péritonite à cette période. C'étaient donc les parois seules du kyste qui avaient eu à supporter ce travail d'inflammation. Ces parois étaient pourvues de vaisseaux provenant de ceux du péritoine par élongation.

Nous avons recherché minutieusement ce qui avait pu, dans notre opération, donner lieu à un accident aussi funeste. Nous avons disséqué avec soin la plaie de la ponction. Toutes les couches, depuis la peau jusqu'au péritoine inclusivement, ne présentaient rien d'insolite. Le péritoine était, sur ce point, pâle comme ailleurs. Mais la paroi kystique correspondante présentait tout autour de la piqûre des dépôts sanguins de la grandeur d'une lentille; le sang y conservait sa couleur rouge-artériel. Ces dépôts, ces suffusions sanguines étaient contenus entre deux feuillets, dont l'interne était pellucide, extrêmement mince, ce qui nous a confirmé que toute la paroi kystique était composée de plusieurs couches très minces et intimement unies.

Il résulte des faits que nous venons de signaler que les parois du kyste, qui étaient devenues une véritable doublure du péritoine, en avaient acquis toutes les propriétés, sécrétion, sensibilité, etc., et que leur inflammation générale et subite a donné lieu à tous les phénomènes de la péritonite générale. C'est la lésion de ces parois dans la ponction qui a été le point de départ de cette péritonite.

Mais comment se fait-il que la même opération, pratiquée sur la partie droite dans la deuxième ponction, n'a déterminé aucun accident, et que, pratiquée sur la partie gauche, elle a suscité deux fois des accidents dont nous avons pu conjurer les premiers, et qui ont entraîné la perte du malade à la seconde fois?

Nous pensions d'abord que la pointe du trocart avait pu intéresser quelque portion d'intestin. Nous avons recherché minutieusement, et partout l'intestin était intègre. C'est donc là un de ces faits qu'il faut se contenter d'enregistrer, sans rien de plus.

Le foie, chez le malade en question, a été trouvé très volumineux. C'est surtout le petit lobe qui avait acquis de grandes dimensions; le grand lobe ayant subi une compression extrêmement prononcée de la part du sommet du kyste, qui, suivant les restes que nous trouvons dans son intérieur, flocons albumineux, pus concret, débris membraniformes, etc., existait seul avant que la duplicature pseudo-membraneuse qui doublait presque en tous points le péritoine vînt à exhaler elle-même abondamment, et ne donnât lieu à l'hydropisie enkystée.

L'augmentation de volume n'était pas la seule altération du foie. Cet organe avait perdu sa coloration naturelle; il était uniformément jaune à la surface, et les diverses coupes que nous avons exercées sur le tissu glanduleux laissaient voir partout la même coloration. Les deux substances organiques ne pouvaient plus être distinguées; il y avait homogénéité partout. Et avec cette confusion des deux substances, avec cette coloration anormale, le tissu hépatique était criblé de granules. On aurait dit de petits grains de sable qui le garnissaient dans toute son étendue. Dense, lourd avec cela, mais s'écrasant facilement sous la pression du doigt, telles étaient les altérations hépatiques. La vésicule biliaire, de grandeur naturelle, à parois amincies, flasque, pâle, ne contenait que très peu de bile viciée, puisqu'elle était à peine teinte de vert, et qu'elle était filante, visqueuse comme de l'albumine.

Ce fait a paru présenter une des nombreuses formes décrites sous le nom de cyrrhose. Nous n'avons pu soumettre ce tissu à l'examen microscopique.

La rate, ayant sa consistance et sa densité normales, avait 21 centimètres de haut en bas, et 16 centimètres transversalement.

Voilà un malade chez qui tous les médecins ont diagnostiqué, avant nous, une ascite. Que fût-il arrivé si l'un de ces confrères s'était avisé de tenter les injections iodées dans ce cas, et qu'il eût obtenu la guérison, ce qui était possible? Il serait arrivé que ce confrère aurait annoncé avec assurance qu'il avait guéri une ascite par les injections d'iode. C'eût été une grossière erreur; car le liquide iodé n'eût point touché les parois péritonéales; il n'eût été en contact qu'avec une membrane accidentelle, et nous savons tous que c'est quand il est porté sur ces membranes qu'il produit le moins d'accidents et qu'il est suivi des plus heureux résultats.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 4 novembre 1852. — Présidence de M. P. Dubois.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Correspondance.

1° M. Despine adresse à la Société une brochure sur l'*Action des eaux minérales d'Aix (en Savoie) dans les maladies des yeux*, par M. Pétrequin. — M. Magne, rapporteur.

2° *Osservazioni et riflessioni sul cholera morbus dedotte dall' epidemia cholerica di Tunisi*, da Giovanni Ferrini Ticinese. — M. Masson, rapporteur.

3° *Observation de luxation du cristallin normal dans la chambre antérieure de l'œil et de son traitement*, par M. Compérat. — M. Guersant, rapporteur.

4° M. Serrurier écrit à la Société pour lui offrir sa démission de secrétaire général; la Société accepte cette démission, tout en témoignant à M. Serrurier ses regrets de lui voir quitter un poste qu'il a si dignement rempli.

Pellagre.

M. Belhomme fait un rapport sur deux observations de pellagre adressées par M. le docteur Mérier. Après un exposé des symptômes de la pellagre, M. Belhomme cite des passages de M. Mérier qui tendent à prouver que cette maladie occupe surtout les parties du corps exposées au soleil, et qu'une affection hépatique et intestinale complique l'éruption cutanée arrivée à sa dernière période. M. Mérier pense que la pellagre peut exister sans éruption, parce que son principe se retrouve dans le sang et les intestins des malades; M. Belhomme ne partage pas cet avis et considère l'éruption comme le caractère essentiel de la pellagre; mais il admet avec M. Mérier que la paralysie pellagreuse n'a qu'une analogie éloignée avec celle des aliénés; la différence consiste surtout dans ce fait que, pour les paralysies générales, le siége du mal est au cerveau, tandis que dans la pellagre c'est la moelle épinière qui est atteinte.

M. Belhomme conclut à l'admission de M. Mérier parmi les membres correspondants. Cette conclusion est adoptée.

Annales des maladies de la peau et de la syphilis.

M. Terrier, rapporteur, divise en deux groupes les observations ou mémoires contenus dans ce volume. Dans le premier, il range tout ce qui a trait à la syphilis.

Suivant le rapporteur, le principal caractère des divers articles sur la syphilis est d'avoir un objet commun avec la question de transmission et d'inoculation des accidents secondaires qui vient d'être portée devant l'Académie de médecine.

M. Cazenave, le rédacteur principal de cette feuille, reconnaît dans un article les progrès faits dans la syphiliographie au dix-neuvième siècle. Ces progrès sont incontestables au point de vue du diagnostic et du traitement : au point de vue du diagnostic de la blennorrhagie, du chancre et des syphilides; au point de vue du traitement, où il fait honneur à Biett d'avoir introduit l'iode et ses composés dans le traitement des syphilides et de la syphilis constitutionnelle.

M. Cazenave ne partage pas toutefois les nouvelles théories sur la syphilis; il croit avec les anciens auteurs, fondé en cela sur l'observation journalière, que la syphilis doit purement et simplement se diviser en aiguë et chronique. A la syphilis aiguë ou primitive appartiennent tous les accidents qui se développent ou spontanément ou successivement et sans interruption après l'infection: c'est-à-dire qu'il ne comprend pas seulement l'ensemble des phénomènes de blennorrhagie, chancres et adénite aiguë, mais aussi les phénomènes de tubercules plats, roséole syphilitique, ecthyma, condylome, qui peuvent survenir pendant la période aiguë sans interruption de symptômes, comme on le rencontre assez souvent. A la syphilis chronique se rattachent tous les symptômes qui peuvent apparaître au bout d'un temps variable, pendant lequel le malade a paru complétement débarrassé des phénomènes, quels qu'ils soient, de la période aiguë. Parmi ces symptômes, se retrouvent particulièrement les périostoses, les affections squameuses, les céphalalgies nocturnes, autour desquels viennent se grouper une partie des phénomènes que nous signalés dans la période aiguë.

Dans une série d'articles sur la syphilis, dont une partie doit appartenir au volume précédent, M. Cazenave examine les doctrines des syphiliographes modernes. Sous le nom de non-identistes, il fait une critique sérieuse de ceux qui, marchant sur les traces de Hunter, ont admis la non-contagion de la blennorrhagie et ont insisté sur la différence du pus de la blennorrhagie et du chancre.

Dans le volume précédent, l'auteur paraît devoir discuter les doctrines de Hunter et de Hernandès; dans celui-ci, il s'attaque dans plusieurs articles à la doctrine de M. Ricord, et termine cette revue des syphiliographes non identistes par l'examen du livre de M. Baumès, différent de M. Ricord en ce qu'il admet la contagion blennorrhagique, tout en disant qu'elle ne peut développer qu'une syphilis bénigne. Cette opinion renverse, dit l'auteur, le système de M. Ricord, qui ne fait pas de transaction et admet un chancre larvé, c'est-à-dire un chancre caché dans le canal de l'urètre, toutes les fois que la blennorrhagie a donné lieu à des accidents secondaires.

Dans un autre article où M. Cazenave rend compte d'une thèse de M. Vautier, il appuie les idées de ce jeune homme sur la question d'incubation. Dans cette thèse, M. Vautier considère les symptômes primitifs comme la première expression de l'infection syphilitique de l'organisme manifestant des symptômes au lieu même de l'infection, et considère comme incubation le temps qui s'écoule entre l'infection et la manifestation des premiers symptômes. Ces idées sont encore contradictoires à celles de M. Ricord, qui croit à la localisation des premiers symptômes au début, et enseigne qu'on peut prévenir les accidents secondaires en cautérisant un chancre primitif dans les premiers jours de sa manifestation.

Dans différents articles sur la syphilis sont signalés les progrès de l'anatomie pathologique dans l'histoire de la syphilis congéniale. Ce sont d'abord les observations de notre honorable président et doyen M. Dubois, qui, dans une publication sur le diagnostic de la syphilis considérée comme une des causes possibles de la mort du fœtus, attribue sa mort prématurée à des abcès ou foyers purulents dans le thymus; et bien que d'autres phénomènes pathologiques puissent la provoquer, il résulte de ses observations qu'en l'absence de toute autre maladie on doit considérer ces abcès comme l'expression ou l'effet de la syphilis transmise par les parents, et, privé de tout autre renseignement, conclure à la nécessité d'un traitement à faire suivre aux parents pour éviter un semblable résultat en cas de nouvelle grossesse.

Puis les observations de M. Depaul sur les maladies des poumons des enfants atteints de la syphilis. Il publie plusieurs autopsies d'enfants morts-nés ou morts peu après leur naissance, et qui présentaient des foyers purulents multiples surtout au sommet et dans les parties sous-pleurales où ces abcès se montraient sous forme de bosselures, le tissu pulmonaire prenant une teinte grise dans les surfaces voisines des bosselures ou foyers purulents.

En troisième lieu, les observations de Dietrich portant sur les altérations du foie, consistant spécialement dans l'existence de capsules inodulaires qui renferment une matière crétacée blanchâtre que Dietrich rapporte à une sorte d'épanchement fibrineux.

Enfin les observations de pemphigus syphilitique chez des enfants nouveau-nés rapportées par MM. Depaul et Desruelles.

De ces observations d'anatomie pathologique, si nous passons aux faits de transmission de la syphilis par les nouveau-nés, soit à la nourrice, soit à des personnes étrangères, nous trouvons un article remarquable où M. Cazenave rapproche de l'observation suivante celle publiée par Hunter, dans laquelle Hunter raconte qu'une femme accouchée d'un enfant faible, et se trouvant avoir beaucoup de lait, chercha à l'entretenir en prenant un nourrisson auquel elle ne donna que le sein gauche. Bientôt les glandes de l'aisselle s'engorgèrent, et quelques jours après de petits ulcères réunis autour du mamelon le détruisirent complétement. L'enfant qu'elle avait pris succomba peu après de consomption, avec des aphthes dans la bouche et des ulcères sur diverses parties du corps. Cependant la femme guérit; mais bientôt elle accusa des douleurs lancinantes dans la tête et dans plusieurs parties du corps, qui furent suivies d'une éruption de plaques dont plusieurs devinrent des ulcères. Un traitement mercuriel mal supporté resta sans succès.

Après deux années, elle eut un autre enfant qui fut confié à une nourrice et qui mourut à neuf semaines, le corps recouvert d'une éruption squameuse, et son épiderme se détachant en plusieurs points. Bientôt la nourrice fut prise de céphalalgie, douleurs à la gorge, ulcérations aux seins, et soumise sans succès au mercure. Il se fit une exfoliation des os du nez et du palais, et peu après elle mourut de consomption. Quant à la dame, elle eut encore un autre enfant qui mourut au bout d'un mois, puis elle fût enfin guérie par un traitement mercuriel régulier.

L'observation de M. Cazenave est celle d'une nourrice saine allaitant trois mois un enfant bien portant, puis prenant un nourrisson malade. Dès lors la nourrice prend, par contagion, les plaques muqueuses dont l'enfant malade est couvert, surtout aux aines et aux fesses. Ainsi malade, la nourrice devient enceinte, accouche d'un enfant infecté. Son premier nourrison, depuis longtemps rentré dans sa famille avec le principe de la contagion, l'a communiqué à sa mère et à sa petite sœur, fait bien remarquable, en ce que partout on retrouve les plaques muqueuses portées par le premier enfant qui a transmis la syphilis. Aussi, à ce sujet, M. Cazenave fait-il remarquer que la transmission de la syphilis des parents à l'enfant se fait par des symptômes analogues à ceux qu'ils portent eux-mêmes. Cependant les symptômes ne sont pas tous évidents au moment de la naissance, et se développent seulement quelques mois après.

Le rapporteur groupe autour de ces deux faits celui si remarquable cité par M. Roux, dans la séance du 28 septembre, d'un jeune homme ne présentant d'autres symptômes que des condylomes, ou choux-fleurs au prépuce, et qui communiqua à se jeune épouse une syphilis complète; et celui non moins remarquable de M. Fourcault, où l'on vit un nourrisson communiquer la syphilis à sa nourrice, qui présenta bientôt un chancre à l'arrière-gorge, semblable à celui que portait depuis longtemps la mère de l'enfant.

A ces exemples de transmission des phénomènes secondaires ou de syphilis chroniques par les enfants, viennent se joindre les faits de transmission de la syphilis par l'inoculation, soit du pus, soit du sang d'un individu affecté, qui ont été publiés par Valler. Ce mémoire curieux, traduit de l'allemand par M. Axenfeld, conclut, après avoir cité des observations à l'appui, « que les produits de la syphilis secondaire, transportés par l'inoculation sur des sujets sains, engendrent chez ceux-ci la syphilis secondaire, et qu'en conséquence ces produits sont inoculables, et qu'ainsi la proposition de M. Cazenave sur la syphilis congéniale se trouve encore ici confirmée. »

Puis comme complément à cette question de la transmission et de l'inoculation des accideffts secondaires qui occupent une si grande place dans ce volume, nous citerons l'observation d'inoculation du pus de pustules d'ecthyma faite par M. Vidal à M. Boudeville, qui reproduisit d'abord des pustules semblables, et quelque temps après la guérison donna lieu aux symptômes les plus incontestables de syphilis constitutionnelle : alopécie, céphalalgie et douleurs nocturnes, roséole syphilitique. M. Cazenave, voulant donner à cette observation toute l'importance qu'elle mérite, publie le procès-verbal de la séance de la Société de chirurgie où cette observation fut présentée et la discussion de M. Cullerier si victorieusement réfutée par M. Vidal (de Cassis), l'auteur de l'observation.

Nous terminerons en citant deux observations, l'une de syphilide squameuse, l'autre de syphilide tuberculeuse, guéries par un traitement où l'on donna alternativement la liqueur de Van Swiéten, les pilules de proto-iodure de mercure à la dose de 2 centigrammes et demi par jour, et l'iodure de potassium, 15 grammes pour 500 grammes d'eau, deux cuillerées par jour.

Monomanie.

M. Boyer entretient la Société d'un jeune homme atteint de cette idée fixe que son estomac est *crevé* et qu'il mourra infailliblement si l'on ne lui apporte un prompt remède. Ce jeune homme paraît causer de toute autre chose avec raison, mais quant au chapitre de l'estomac, la monomanie est invincible. M. Boyer demande si, pour entrer dans l'opinion du malade, il ne serait pas convenable de faire une légère opération au point supposé perforé, de telle sorte que le maniaque satisfait ne serait plus sous l'influence de son idée fixe.

M. Belhomme se rappelle avoir vu à l'hôpital Saint-Louis un homme qui croyait à la présence d'une couleuvre dans ses intestins. On fit un séton au ventre, et on lui montra une couleuvre; l'idée fixe disparut. Mais au bout de quinze jours, un de ses camarades lui ayant dit qu'on s'était moqué de lui, l'idée de la couleuvre revint. Y a-t-il eu dans la famille du malade dont parle M. Boyer des personnes aliénées ou mortes d'affections cérébrales? Toute tentative serait vaine. Si au contraire il s'agit d'une folie isolée, s'il n'existe rien du côté du cerveau, s'il n'y a pas eu de convulsions, alors l'opération peut être tentée avec quelques chances de réussite.

M. Boyer. Le jeune homme dont je vous entretiens a dix-sept ans; sur tout autre sujet que celui de l'estomac perforé il semble raisonnable. Cependant on remarque dans son langage quelque chose d'enfantin, qui ferait supposer que l'intelligence n'est pas absolument normale. Je crains que ces signes ne trahissent un état constitutionnel.

M. Perthus est d'avis que, l'opération étant sans danger, elle doit être tentée, quand même le succès ne serait pas durable.

M. Thore appuie l'opinion de M. Perthus. Je fus témoin, dit-il, d'un heureux résultat dans un cas anologue à celui de M. Boyer. Un homme, convaincu qu'il avait dans le conduit auditif un insecte appelé perce-oreille, vint consulter M. Dubois (Antoine). Le malade fut débarrassé de la même manière que celui dont vous a entretenu M. Belhomme. Quelque temps après il revint, se plaignant de la présence d'un nouvel insecte, qui fut traité comme le premier. Depuis lors, ce malade n'a plus été tonrmenté d'aucune idée fixe.

M. Guersant rapporte que dans le service de M. Husson, à l'Hôtel-Dieu, une femme était persuadée qu'elle avait une sangsue dans la vessie. Dupuytren fut appelé, et annonça que la malade serait débarrassée le lendemain. Le lendemain, en effet, en pratiquant le cathétérisme, Dupuytren fut supposé retirer une sangsue qu'il tenait cachée, et la malade fut guérie.

M. Belhomme. Tout en acceptant ces terminaisons heureuses, dit qu'en général le calme n'a lieu que pour un temps. Ainsi des malades pensent avoir des crapaud dans le ventre; on les purge. On introduit adroitement ces animaux dans les garde-robes : la guérison semble assurée; mais bientôt l'idée fixe, le *dada*, ne tarde pas à reparaître sous une autre forme.

M. Moret demande à M. Belhomme si ceux qui ont de semblables idées fixes n'ont pas une sensation véritable de ce que leur offre l'imagination.

M. Boyer désirerait savoir si, au point de vue moral et intellectuel, il n'y a pas inconvénient à convenir que la maladie est réelle.

M. Belhomme répond qu'en général l'imagination est tellement frappée, que la sensation existe réellement. Il ajoute que chez les hypocondriaques, nier ce qu'ils éprouvent ou croient éprouver serait d'une mauvaise pratique. Il vaut mieux paraître ajouter foi à leurs doléances et les convaincre qu'on va les soulager. Cette manière d'agir réussit souvent.

M. Boyer parle de l'intention où il est de chloroformiser son malade pour lui éviter les douleurs de la petite opération qu'il se propose de pratiquer, et surtout pour qu'il ne puisse voir l'opération qui sera pratiquée.

M. Foucart pense que le malade aurait plus de chances d'être débarrassé de son idée fixe s'il sentait les souffrances de l'opération qui est supposée remédier à la perforation de l'estomac.

M. Magne appuie par les mêmes motifs l'opinion de M. Foucart.

M. Guersant. En somme, l'opération est insignifiante, et on peut frapper avantageusement l'imagination du malade. Quand j'arrivai comme chirurgien à Bicêtre, les élèves me racontèrent en riant qu'il y avait dans le service un malade convaincu que sa peau était remplie de vers. Je recommandai à l'interne le plus grand sang-froid; je dis que cette maladie était rare, mais que je l'avais déjà observée et qu'elle était guérissable; je parus examiner avec attention l'état de la peau, et je prescrivis des pilules de *mica panis* à prendre vingt-cinq minutes avant chaque repas; au bout de huit jours, le malade accusa un mieux sensible; je le gardai néanmoins, lui expliquant qu'il ne serait peut-être pas sage de trop se presser; bref, je le renvoyai au bout d'un certain temps; il était sûr de sa guérison, et je n'en ai plus entendu parler.

M. Moret. Dans le cas dont nous parle M. Boyer, il y a de grandes chances de réussite; il ne s'agit pas, en effet, d'extraire un animal qui pourrait récidiver ou se changer en un autre, mais bien d'une rupture de l'estomac, que le malade croira complétement guérie par la suture.

M. Guersant, résumant la discussion, expose ainsi l'opinion de la Société : M. Boyer, d'après l'avis de la presque unanimité des membres de la Société, se trouve dans les conditions convenables pour pratiquer une suture supposée à l'estomac de son malade; il serait convenable, toutefois, de s'entourer de quelques confrères connus par leurs travaux spéciaux sur les maladies mentales.

— M. Magne communique quelques observations sur l'emploi des applications de glace sur l'œil à la suite des opérations de cataracte. L'abondance des matières nous force à en remettre l'insertion au prochain numéro.

Le secrétaire de la Société, Al. Magne.

Liste des souscriptions déjà recueillies pour offrir une médaille à M. Orfila.

La Gazette des Hôpitaux, 30 fr.; M. Brun, 20 fr.; M. Poggioli, 10 fr.; M. Marchal (de Calvi), 100 fr.; M. A. Latour, 20 fr.; M. Richelot, 20 fr.; M. le professeur Bérard, 40 fr.; M. Ségalas, 40 fr.; M. Alquié, directeur de l'Ecole de médecine militaire, 40 fr.; M. Ricord, 100 fr.; M. Jobert (de Lamballe), 20 fr.; M. A. Forget, 20 fr.; M. Chabanellas,, 10 fr.; M. Becourt, 10 fr.; M. Roche, 20 fr.; M. Oudet, 30 fr.; M. Louis, 40 fr.; M. Valleix, 20 fr.; M. Alexandre Ricord, 20 fr.; M. Hérard, 20 fr.; M. Olliffe, 100 fr.; M. Destrem, 10 fr.; Charrière père et fils, 20 fr.; Jules Cloquet, 40 fr.; Paul Dubois, doyen, 40 fr.; M. Deschamps (Michel), 20 fr.; M. Amette, membre de la commission, 20 fr.; M. Luër, fabricant d'instruments de chirurgie, 20 fr.

NOUVELLES DU CHOLÉRA.

Des lettres récentes de Santiago de Cuba donnent les détails suivants sur les ravages exercés par le choléra :

Sur une population de 30,000 âmes, réduite d'ailleurs par de nombreuses émigrations, le nombre des morts varie entre 70 et 80 par jour, et le 4 de novembre il a atteint le chiffre de 103.

Cependant dès la fin de novembre le fléau a notablement diminué. Le nombre des morts ne s'élève plus qu'à 32.

Sur la demande adressée par le gouverneur, le capitaine général a confié à trois médecins la mission de se rendre à Santiago. Sur ces trois médecins, deux sont Français, le docteur Martin, et le docteur de Grand-Boulogne.

— Nous recevons, d'un autre côté, par l'*Akbar*, de fâcheuses nouvelles sur l'épidémie de Bône. Le 21 décembre, il y avait encore à l'hôpital militaire 737 malades, dont 7 officiers. La maladie s'étend aux environs. Plusieurs médecins ont été frappés, entre autres MM. Duberge, médecin en chef de l'hôpital, et M. Mestre, médecin major. Deux autres médecins encore sont malades : MM. Moreau, médecin en chef de l'hôpital civil, et Woll Moreau, du 10e de ligne.

M. Guyon, médecin inspecteur arrivé le 18, s'est empressé de visiter les hôpitaux, et à la suite de ses conférences avec les autres médecins, deux médecins majors et un sous-aide ont été amenés à Bône par ordre de M. le gouverneur général.

— On écrit de St-Pétersbourg, 4 janvier :

Le 31 décembre au matin, il y avait 422 malades en traitement. On a compté dans cette journée 25 nouveaux cas, 30 guérisons, 11 décès; et dans celle du lendemain, 27 nouveaux cas, 34 guérisons, 11 décès; restaient 377 malades.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Par décret en date du 1er janvier, ont été nommés chevaliers de la Légion-d'Honnenr : MM. les docteurs Bazin, B. Delarroque, Puche, Braive, Petroz, Reis, Siry, à Paris; Dugas, à Marseille; Ysabeau, à Bourges; Duffour, à Lectoure; Regnauld, au Puy; Legros de Méricourt, à Orléans; Bourgneuf, au Havre; D'Agar de Bus, à Reboursin (Indre); Leroux, à Lannion (Côtes-du-Nord), Montaudon, à la Souterraine (Creuse), Maréchal, à Metz.

Le Gérant.

Paris, — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40; EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE.	Trois mois. . . .	8 fr. 50 c.
	Six mois. . . .	16 »
	Un an.	30 »
GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES.	Trois mois.	9 fr.
	Six mois.	17
	Un an.	33
ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR.	Trois mois.	10 fr.
	Six mois.	20
	Un an.	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la prison cellulaire de Mazas. — HOPITAUX. — SAINT-ANTOINE (M. Chassaignac). Empoisonnement par l'atropine appliquée sur la conjonctive. Guérison. — Extraction d'un fragment de sonde tombé dans la vessie. — DE LA PITIÉ (M. Laugier). D'une affection rare appelée par Dupuytren phlegmon chronique. Guérison. — Société de chirurgie, séance du 5 janvier. — Le legs du marquis d'Argenteuil et l'Académie de médecine. Jugement. — Chronique et nouvelles.

PARIS, LE 17 JANVIER 1853.

Hygiène publique. — Sur la prison cellulaire de Mazas.

M. Alph. Guérard vient de publier dans le dernier numéro des *Annales d'hygiène publique et de médecine légale* (janvier) un mémoire fort intéressant sur la prison cellulaire de Mazas. Ce mémoire contient des considérations, des faits importants, soit sur le chauffage, soit sur la ventilation des cellules des prisonniers, soit sur le nombre des suicides et des aliénations mentales qui se sont présentés depuis l'ouverture de cette prison.

Nous n'avons pas l'intention d'entrer ici dans l'appréciation du système cellulaire, système importé des Etats-Unis et sur les avantages duquel les avis sont encore fortement divisés. Nous nous contenterons d'examiner en peu de mots les trois points principaux que nous venons d'indiquer. On sait que la prison dite de Mazas, destinée à remplacer l'ancienne prison de la Force, est occupée, non par des condamnés, mais par des prévenus, qui par conséquent ne doivent, sauf les cas d'insubordination, être soumis à aucun régime pénitentiaire, et doivent jouir de toute la liberté compatible avec la nécessité où se trouve la société de s'assurer de leur personne. Cette prison occupe un terrain de 34,000 mètres superficiels et d'un périmètre de 730 mètres, situé entre les rues de Lyon et de Charenton dans un sens, entre la rue Traversière-Saint-Antoine et le boulevard Mazas dans l'autre. Ce terrain était submersible dans une partie de son étendue lors des grandes eaux de la Seine; on l'a remblayé pour le mettre à l'abri des inondations. La prison se compose de six bâtiments rayonnant autour d'une salle centrale, à laquelle ils viennent aboutir. Chacun de ces bâtiments contient 210 cellules (en tout 1,260 cellules, dont 60 employées pour les bains, etc.), réparties en trois étages et disposées à droite et à gauche d'une large galerie sur laquelle s'ouvrent toutes les portes. Les cellules des deux étages supérieurs ont accès par des balcons qui règnent sur chacun des côtés de cette galerie. Les six galeries ellesmêmes débouchent dans toute leur hauteur dans la salle centrale, et permettent que du centre on puisse apercevoir toutes les parties de la prison et exercer une inspection rapide et complète sur les gardiens chargés de la surveillance des diverses subdivisions. Au milieu de la salle centrale s'élève une tribune supportée par huit colonnes, sur la plate-forme de laquelle est placé l'autel, qui peut être vu de toutes les cellules, dont toutes les portes sont disposées de manière à pouvoir être tenues entr'ouvertes toutes du même côté pendant la durée du service divin, et sans que les détenus puissent en aucune façon s'apercevoir les uns les autres.

Comme les prisonniers ne sortent de leurs cellules que pour se rendre aux promenoirs ou aux parloirs, il a fallu les pourvoir de tous les accessoires indispensables. Chaque cellule a donc un hamac qui se plie le jour pour laisser l'espace libre, une table, un escabeau, un *bec de gaz* et quelques tablettes. Joignez à cela un *siége d'aisance*, et qu'on nous permette de le dire dès l'abord, la présence d'*un bec de gaz* et d'un *siége d'aisance* dans des cellules dont la capacité est de 22 mètres cubes, à savoir : 3 mètres 75 de longueur sur 2 mètres de largeur et 3 mètres de hauteur sous clef avec cintre de 0,m50, ne nous semble pas présenter des conditions de salubrité bien positives, quelle que soit la perfection du système de ventilation mis en usage.

Si l'on joint à ce double inconvénient celui de la clôture des fenêtres, que les détenus n'ont pu obtenir l'autorisation d'ouvrir à leur gré qu'au bout de deux ans, on comprendra les plaintes élevées dans le principe contre l'insalubrité de cette habitation, et les accidents congestionnels qui ont été observés et combattus chez un certain nombre de détenus.

Etablir la ventilation du siége d'aisance aux croisées et aux portes, recouvrir ce siége d'un couvercle qui, *lors même qu'il est abaissé*, est maintenu à une distance convenable de la lunette, afin de ne pas gêner le passage de l'air qui doit s'engager dans celle-ci, ne nous semble pas, nous le répétons, d'une salubrité parfaite, ou du moins d'une commodité ou, si l'on veut, d'un *agrément* complet; et nous doutons, pour notre part, qu'aucun des membres nombreux et éclairés qui ont composé les diverses commissions nommées pour examiner les conditions sanitaires de l'établissement habitât volontiers une chambre étroite, contenant un bec de gaz allumé à la nuit jusqu'à neuf heures du soir et un siége d'aisance, surtout s'il lui était défendu d'ouvrir la fenêtre de la cellule. Pour bien faire comprendre les inconvénients que doit présenter cette présence d'un siége d'aisance, quoique pourvu d'un tuyau de chute et d'un couvercle, il suffira de signaler, avec M. Guérard, que « dans le cas de renversement de la ventilation, il peut arriver un air empesté auquel on comprend que quelques détenus aient cru devoir s'opposer en bouchant avec du papier ou de la laine l'orifice du siége d'aisance. Puis, ne connaissant pas le mécanisme de l'aération et celui des causes perturbatrices, ils maintenaient ce tampon en place, et ne tardaient pas à être incommodés par le défaut de renouvellement de l'air. » (Page 26.)

Une cause assez singulière d'obstruction de ces conduits a été observée. Comme certaines *mouches*, qui se nourrissent de matières stercorales, se multiplient en quantités considérables dans les caves où sont déposées les tonnes de vidanges, qu'elles enveloppent les tuyaux et pénètrent dans l'intervalle resté libre entre celui qui porte l'obturateur et son couvercle, leurs ennemies naturelles, les *araignées*, viennent tendre leurs toiles et l'obstruent en peu de temps.

Il est donc de la plus grande importance de visiter ces tuyaux de temps à autre et de les flamber, afin de détruire ces toiles, dont l'accumulation réduit de jour en jour la quantité d'air qui passe par les cellules. (Page 27.)

Il serait plus important encore, ce nous semble, de retirer les siéges d'aisance de chaque cellule, et d'accorder à chaque prévenu la faculté de sortir pour satisfaire à ses besoins, dût le système devenir un peu moins *cellulaire*.

Quoi qu'il en soit, et sans insister davantage sur ces inconvénients graves, nous allons maintenant faire connaître le mode combiné de chauffage et de ventilation adopté.

La partie de l'appareil qui produit la ventilation est un fourneau spécial dont la chaleur détermine dans une vaste cheminée un courant d'air ascendant. Cette cheminée n'a de communication qu'avec les caves des latrines des six bâtiments cellulaires, qui, seules ainsi, peuvent lui fournir l'air qui alimente le courant. Ces caves elles-mêmes, fermées exactement partout ailleurs, ne reçoivent d'air que par les tuyaux des latrines dont chaque cellule est pourvue, et qui viennent y aboutir. Le grand courant d'air de la cheminée est donc ainsi alimenté par les courants partiels qui affluent de chaque cellule. L'air vicié, soutiré sans cesse par ce mécanisme, est incessamment remplacé dans les cellules par une égale quantité d'air pur pris à l'extérieur, et introduit au moyen de conduits ménagés dans la construction. Cet air, dans le trajet qu'il fait pour arriver aux cellules, rencontre les tuyaux de circulation des calorifères à eau chaude, et, en hiver, quand ces calorifères sont en activité, s'échauffe à leur contact avant d'être versé dans les cellules.

L'appareil de chauffage, dû à M. Grouvelle, consiste :

1° A utiliser la vapeur comme moyen de distribution de chaleur, de manière à porter celle-ci à de grandes distances et à tout niveau, en partant d'un centre commun;

2° A se servir de l'eau comme moyen d'accumulation et de répartition locale de chaleur.

L'eau, soit en circulations limitées, soit renfermée dans des poêles en métal, fournit, en effet, le meilleur moyen d'accumuler rapidement beaucoup de chaleur dans un petit espace, et d'en régler à volonté l'émission en raison des circonstances atmosphériques.

L'appareil de chauffage avait à remplir plusieurs conditions pour répondre aux exigences d'un service aussi étendu que celui de la nouvelle prison. Il devait donner une température égale et suffisante dans les 1,260 cellules; il devait permettre de modérer à volonté cette température; enfin, il devait se prêter aux réparations accidentellement nécessaires sur un point, sans qu'on fût obligé d'arrêter partout le chauffage. Pour satisfaire à ces données, M. Grouvelle a disposé dans les caves de la partie centrale de l'édifice quatre générateurs à vapeur d'une puissance totale de 60 chevaux. Ces quatre générateurs peuvent, à volonté, fonctionner ensemble ou séparément; ils répondent ainsi aux besoins des différentes températures extérieures en se groupant par deux, par trois, ou en agissant tous les quatre ensemble. En cas de réparation, ils se suppléent réciproquement, sans que le service souffre d'interruption. La vapeur produite dans ces appareils, sous une pression de deux atmosphères et demie à trois atmosphères, par conséquent élevée à une température de 120 à 130 degrés, est répartie dans dix-huit vases chauffeurs qui servent d'origine à dix-huit appareils de circulation destinés chacun au chauffage d'un des dix-huit étages qui composent les six bâtiments de la prison. Cette vapeur échauffe l'eau contenue dans les vases chauffeurs en parcourant le double serpentin qu'ils renferment. Ces vases chauffeurs peuvent donc être considérés comme de véritables foyers chauffés par la vapeur au lieu de charbon, et peuvent être mis partiellement en activité ou être arrêtés dans chacun des étages au moyen d'un simple robinet qui donne passage à la vapeur ou qui l'intercepte, suivant les besoins du service ou la nécessité des réparations.

Un conduit de circulation, qui doit chauffer les cellules, part de la partie supérieure de chaque vase chauffeur, parcourt, dans une gaîne en maçonnerie pratiquée au-devant de chaque rang de cellules, toute la longueur du bâtiment, et, arrivé à l'extrémité de cette gaîne, se replie sur lui-même pour revenir, par la même gaîne, jusqu'au vase chauffeur, dans lequel il rentre par la partie inférieure de ce vase. L'air extérieur qui doit ventiler la cellule est admis dans cette gaîne, et s'échauffe contre le conduit de circulation dont nous venons de parler, avant d'être versé dans la cellule. Il est appelé dans cette cellule par l'appareil de ventilation que nous avons déjà décrit. On voit que, par cette disposition, chaque cellule est chauffée par le calorique qui rayonne de deux portions de tuyaux qui passent devant elle; savoir, une portion du conduit d'aller et une portion du conduit de retour, et qu'il en résulte une égalité de chauffage pour toutes les cellules d'un même rang chauffées par ce conduit. En effet, si l'on considère la cellule la plus rapprochée du vase chauffeur, on voit que cette cellule est chauffée :

1° Par la portion du conduit d'aller qui contient l'eau la plus chaude que puisse fournir l'appareil, puisque ce point de conduite est le plus voisin de la source de la chaleur;

2° Par la portion du conduit de retour qui contient l'eau la plus refroidie, puisque cette portion de conduit est la plus éloignée de la même source. Cette cellule doit donc jouir d'une température moyenne. On trouve le même résultat, si l'on considère la cellule la plus éloignée du vase chauffeur. Celle-ci est échauffée par deux portions de conduits refroidis moyennement, puisqu'ils sont placés justement au milieu de la longueur totale du tuyau chauffeur; ils donnent donc, comme les premiers, pour résultat, une température moyenne. (Page 9.)

A côté de ce système de chauffage et de ventilation très ingénieux, quoique peut-être un peu compliqué, toutes les précautions convenables ont été prises dans la construction de l'édifice, pour assurer la salubrité de toutes les parties. Ainsi on a élevé le rez-de-chaussée à 2 mètres environ au-dessus du sol, et de plus, pour le

préserver de l'humidité, tous les murs ont été garnis, à la hauteur du carreau du rez-de-chaussée et sur toute leur épaisseur, d'une lame de plomb qui s'oppose aux effets de la capillarité; le sol a été recouvert d'une couche de mastic bitumineux qui se soude sur cette lame de plomb. Un système complet d'aqueducs recueille les eaux pluviales et ménagères, et les jette dans l'égout de la ville. L'eau est d'ailleurs distribuée dans toutes les parties de la prison par une conduite branchée sur celle de la ville.

(*La fin à un prochain numéro.*)

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. CHASSAIGNAC.

Empoisonnement par l'atropine appliquée sur la conjonctive. — Guérison.

On rencontre dans les auteurs de nombreux exemples d'empoisonnement par la belladone ou l'atropine, à la suite de l'ingestion de doses très minimes de cette substance. Le fait suivant est remarquable non-seulement à cause de la petite quantité d'atropine employée, mais encore par le lieu d'absorption du médicament. C'est avec une muqueuse saine, la conjonctive, qu'il s'était trouvé quelques instants en contact.

Le nommé Thomas Halkering entre à l'hôpital Saint-Antoine en août dernier, dans le service de M. Chassaignac, pour une double cataracte compliquée d'adhérences de l'iris avec le cristallin.

Le 31 août, afin d'explorer plus complétement l'état de l'œil, on instille de chaque côté trois ou quatre gouttes d'une solution faite avec 5 centigrammes d'atropine et 30 grammes d'eau acidulée avec l'acide acétique.

Une demi-heure après cette instillation, le malade éprouve des vertiges et sent se passer en lui quelque chose de bizarre et d'inaccoutumé. Trois quarts d'heure après se manifestent tous les symptômes de l'empoisonnement par la belladone; la figure est rouge et animée; les pupilles, quoique irrégulières, sont énormément dilatées; hallucinations incessantes. Le malade attire à lui ses draps, ses couvertures, et paraît vouloir saisir des corps qui voltigent dans l'air. Il essaie de se lever; mais ses jambes tremblent et se dérobent sous lui, et il ne peut faire deux pas sans être soutenu. Le pouls est plein et donne 120 pulsations.

Le soir, un peu de calme est revenu. Mais la vessie est distendue, et le malade ne pouvant uriner, on est obligé de pratiquer le cathétérisme.

Le 1er septembre, le délire, les hallucinations ont été assez intenses pendant toute la nuit dernière pour qu'on ait été obligé de fixer le malade dans son lit à l'aide de la camisole.

Ce matin il est tranquille, et répond parfaitement aux questions qu'on lui adresse; la langue est humide; la figure moins congestionnée. Il reste seulement un peu de stupeur et d'accélération du pouls.

Le 2, la nuit a été excellente, et cependant il y a encore ce matin quelques hallucinations et un peu de confusion dans les idées; la démarche reste incertaine et vacillante, les pupilles toujours un peu dilatées. Miction facile; aucun trouble du côté des organes digestifs.

Tous ces symptômes allèrent en diminuant progressivement. Le malade, toutefois, n'est revenu à son état normal que trois ou quatre jours après l'instillation de l'atropine. Interrogé sur ce qui s'est passé les jours précédents, il ne conserve qu'un souvenir très vague de son délire et de ses hallucinations.

Extraction d'un fragment de sonde tombé dans la vessie.

Le nommé Gentel (Joseph), âgé de quatre-vingt-cinq ans, écrivain public, entre à l'hôpital Saint-Antoine le 26 décembre 1852. Cet homme est atteint d'une hypertrophie de la prostate, qui ne lui permet d'uriner qu'à l'aide d'une sonde qu'il s'introduit lui-même chaque jour depuis plus de quarante ans. Il raconte que, la veille, s'étant sondé comme de coutume, mais ayant employé une sonde élastique détériorée et rendue friable par un long usage, il n'en avait retiré qu'une partie, un fragment assez considérable étant resté dans la vessie.

Après avoir constaté par le cathétérisme l'existence du corps étranger et fait une injection huileuse, M. Chassaignac introduit dans la vessie une pince coudée à mors plats, s'articulant comme le brise-pierre de M. Heurteloup, la disposition aplatie des mors permettant d'espérer qu'on saisira le fragment de sonde sans le briser, malgré sa friabilité. Dès la première tentative, il fut saisi et extrait sans peine; sa longueur était de douze centimètres, sa fragilité extrême; par un hasard incroyable, son extrémité était saisie si exactement par la pince qu'elle faisait corps avec elle et que le fragment de sonde faisait suite à l'instrument, sans qu'au point de jonction il y eût la moindre saillie ni d'un côté ni de l'autre : aussi l'extraction se fit-elle sans la moindre douleur. Dès le lendemain, le malade quittait l'hôpital.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. LAUGIER.

D'une affection rare appelée par Dupuytren phlegmon chronique.

Il est bien extraordinaire qu'à l'époque où nous vivons il y ait encore quelque maladie chirurgicale qui semble n'avoir pas été aperçue par les auteurs, ou du moins qui leur ait échappé dans sa forme et dans sa marche de manière à être sans doute confondue avec d'autres affections leur ressemblant jusqu'à un certain point, mais qui en diffèrent sous bien des rapports.

Que les maladies du cadre de la pathologie interne aient été longtemps dans l'obscurité, cela se conçoit par la négligence que l'on apportait autrefois dans l'étude de l'anatomie pathologique, étude qui de nos jours a fait tant de progrès, étude qui, par suite de l'enthousiasme irréfléchi si naturel à l'esprit humain, a lancé une école tout entière dans un travers bien déplorable, celui de ne voir dans un malade qu'un réceptacle d'altérations anatomiques, une arène dans laquelle ils peuvent exercer leur sagacité et leur expérience en cette matière, laissant sur un second plan la partie la plus importante de leur art, la thérapeutique, si négligée maintenant, il faut l'avouer, et si malheureusement réduite dans bien des cas à une expectation qui laisse persister la diathèse morbide dans l'organisme et facilite chez les malades le développement consécutif d'affections épigénétiques qui les entraînent au tombeau.

Tout en rendant à l'anatomie pathologique la place qui lui est due dans la science médicale et ne condamnant que les esprits exclusifs, il faut dire qu'elle est quelquefois impuissante à nous faire découvrir la nature des maladies, soit que ces dernières ne présentent pas d'altérations anatomiques à l'examen des cadavres, soit que les observateurs n'en profitent pas comme ils devraient le faire : c'est, je crois, ce qui a lieu pour cette affection si peu observée, si peu connue des chirurgiens modernes et qui a été mentionnée et décrite pour la première fois par Dupuytren dans ses leçons cliniques. Elle n'est cependant pas tellement rare qu'on n'ait certainement eu occasion d'en rencontrer dans tous les services de chirurgie; M. le professeur Laugier en a vu un assez grand nombre tant chez Dupuytren que dans sa pratique particulière, et sa marche offre quelque chose de tellement singulier et en dehors de celle des autres affections chirurgicales que je ne comprends pas qu'elle n'ait pas fait le sujet d'études plus suivies : je veux parler de cette maladie à laquelle Dupuytren a donné le nom de *phlegmon chronique*.

Si l'on cherche dans les auteurs anciens, dans Ambroise Paré, dans Heister; dans les modernes, dans Boyer, dans M. Nélaton, même avec la plus grande attention il est impossible de rencontrer rien qui rappelle la description de cette maladie : serait-ce que ces auteurs n'en ont pas vu? Je ne puis le croire, mais sans doute l'auront-ils confondue avec l'anthrax, la gomme syphilitique et peut-être dans ces derniers temps avec la kéloïde, décrite pour la première fois par Retz en 1790 et étudiée depuis surtout par Alibert. Les seuls endroits où il soit question de cette singulière affection sont la *Gazette médicale* quand M. Malgaigne y rendait compte des cliniques de Dupuytren, et depuis le *Bulletin chirurgical*, rédigé par M. le professeur Laugier, à l'obligeance duquel je dois d'avoir pu lire cet article.

Le phlegmon chronique a une marche bien singulière qui le distingue des autres affections chirurgicales et un aspect qui le fait reconnaître au premier abord à celui qui l'a déjà vu. M. le professeur Laugier nous ayant indiqué le premier cas qui se présenta dans le service le 29 novembre, je pus reconnaître le second qui se montra à la consultation du 14 décembre, et je l'indiquai à mon collègue M. Rouget.

Le malade sent d'abord une douleur vague en un point du corps qui doit être plus tard le siége de cette affection; puis bientôt survient une petite grosseur du volume d'un pois ou d'une noisette; la peau rougit comme dans les phlegmons ordinaires; elle s'injecte et prend une teinte plus foncée que dans les inflammations aiguës; la douleur est peu intense et en général n'empêche pas absolument le malade de vaquer à ses occupations, surtout lorsqu'elles ne sont pas trop fatigantes. Peu à peu la tumeur augmente, et cela progressivement pendant un temps assez long, mais variable dans de grandes proportions; dans l'un des faits dont nous avons à parler, quatre mois ont suffi pour l'apparition et la guérison de la maladie; dans l'autre, elle dure depuis environ six ans.

Cette tumeur ainsi produite n'est pas pédiculée, mais se continue peu à peu avec la surface tégumentaire voisine, avec laquelle la peau qui la recouvre arrive à se confondre en perdant progressivement de la coloration rouge assez intense qui distingue la partie la plus saillante du phlegmon.

Puis arrive une seconde période plus ou moins éloignée, comme nous l'avons dit, du moment d'éclosion de la maladie : la peau devient de plus en plus foncée pour passer à la teinte violette; elle s'amincit; une petite ulcération se fait au sommet de la tumeur, et il en sort un peu de sérosité purulente, mais en assez petite quantité et ressemblant au pus scrofuleux.

Cette petite ulcération s'agrandit peu à peu; d'autres fois il s'en forme plusieurs à côté l'une de l'autre, comme cela se voit dans un anthrax, et en grandissant leurs bords finissent par se toucher, se confondre, et on a une large ulcération arrondie, taillée à pic, qui laisse apercevoir une masse d'un gris jaunâtre présentant des fibres striées et une texture feutrée, filandreuse, analogue aux lambeaux gangrenés de tissu cellulaire que l'on enlève par les ouvertures pratiquées pour la sortie du pus dans le traitement du phlegmon suppuré. Mais cette massse escharifiée, car c'est une véritable eschare, est bien plus dense que les portions de tissu cellulaire dont nous venons de parler; elle tombe tout d'une pièce, repoussée et décollée par le nouveau travail de cicatrisation qui se fait au-dessous et autour d'elle; aussi Dupuytren avait-il comparé cette maladie pour ses symptômes à un phlegmon qui aurait une marche chronique et pour sa durée à la nécrose des os longs.

L'eschare, ou plutôt la masse de tissu cellulaire que l'on a aperçue, s'élimine peu à peu en donnant lieu à une suppuration assez abondante et fétide, et sa chute, se faisant tout d'une pièce, permet de la voir dans toute son épaisseur, qui peut aller jusqu'à dix-huit ou vingt lignes. L'ulcération qui en résulte est profonde en proportion, à bords taillés à pic, présentant quelquefois encore un peu de tissu cellulaire adhérant au fond et une surface d'un rouge peu vif. Sous l'influence du pansement et des forces réparatrices de la nature, le trou se comble peu à peu, mais avec lenteur, « offrant, dit M. le professeur Laugier dans son travail, des bourgeons charnus d'un volume considérable et semblables à ceux qu'on observe sur les plaies qui résultent de l'ablation de certains cancers et font quelque temps craindre la récidive sans empêcher toutefois la plaie de se cicatriser. »

L'étiologie de cette affection est encore bien obscure : toujours elle a été observée chez des sujets affaiblis, cachexiés par quelque cause que ce soit, leur débilité provenant soit de fatigues et de privations, soit de maladies, et surtout de maladies constitutionnelles, la syphilis, par exemple : aussi l'a-t-on certainement confondue avec les tumeurs gommeuses; soit, enfin, de l'atteinte que peut porter à l'organisme et aux fonctions plastiques un traitement antisyphilitique longtemps prolongé. Quoi qu'il en soit, cette partie de son histoire est encore bien obscure et aurait besoin d'une étude suivie sur des faits, et les faits sont bien peu fréquents.

OBS. I. — Le nommé Muot (Etienne), âgé de trente-neuf ans, tonnelier, se présenta à la consultation du 29 novembre, portant sur le bord interne de la face supérieure du pied droit une ulcération d'aspect grisâtre qui le fit recevoir par M. le professeur Laugier, et il fut couché au n° 15 de la salle Saint-Gabriel.

Cet homme, de constitution détériorée par la fatigue, est à Paris depuis trente et un ans; quoique d'une constitution assez peu robuste, il n'a jamais fait de maladie grave, mais a été plusieurs fois à diverses époques affecté de maladies syphilitiques, et déjà deux fois il est entré dans le service pour un testicule vénérien, traité les deux fois incomplétement : il continua chez lui l'iodure de potassium qui lui avait été prescrit, mais d'une manière assez peu exacte, et rentra dans les salles une troisième fois pour une toute autre affection.

Il remarqua, il y a environ trois ou quatre mois, une petite tumeur sur le bord interne du pied droit, tumeur venue sans cause appréciable et qui augmenta peu à peu. Cette tumeur, rouge, sur laquelle il appliqua deux ou trois cataplasmes sans résultat marqué, était peu douloureuse; elle le gênait quand il commençait à marcher, mais dès qu'il était échauffé elle ne lui était plus sensible : le fait est qu'il n'arrêta nullement ses travaux. C'est quatre jours avant son entrée que la tumeur s'ulcéra avec toutes les circonstances que nous avons décrites plus haut, et à son entrée elle présentait une destruction de la peau arrondie, grande comme un sou environ et laissant voir l'eschare grise-jaunâtre caractéristique.

Le premier jour application d'un cataplasme, tous les jours suivants pansement simple. L'eschare, présentant quelques lignes d'épaisseur, fut enlevée et laissa voir un fond de plaie moitié grisâtre, moitié rouge, qui s'éleva peu à peu, bourgeonna et marcha vers la cicatrisation.

Le pansement simple, continué jusqu'au 24 décembre, fut remplacé par des bandelettes, et le malade demanda sa sortie le 29 décembre, ne présentant plus qu'une légère ulcération superficielle presque cicatrisée.

L'attention portée sur le pied de ce malade empêcha d'abord de s'occuper de son testicule syphilitique, pour la curation duquel il fut mis à l'usage de l'iodure de potassium le 7 décembre, à la dose de 4 grammes; mais il sortit sans qu'il fût survenu de modification appréciable.

E. CLIN, interne du service.

(*La fin au prochain numéro.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 5 janvier 1853. — Présidence de M. GUERSANT.

Correspondance.

Après la lecture et l'adoption du procès-verbal de la séance précédente, M. le secrétaire annonce que M. Giraldès fait don à la Société des ouvrages dont nous transcrivons les titres :

1° Scarpa. *Mémoires de physiologie et de chirurgie*, traduction de Léveillée.
2° Dionis. *Cours d'opérations de chirurgie*.
3° Garengeot. *Traité des opérations de chirurgie*.
4° Duverney. *Traité des maladies des os*.

Des remercîments sont adressés à M. Giraldès.

— La Société reçoit aussi un volume dont M. Lebert devra rendre compte; nous en transcrivons le titre :

Adelmann. *Bäiträge zur medicinischen und chirurgischen Heilkunde mit besonderer Berücksichtigung der Hospital praxis*. Riga.

Suite de la discussion sur la classification des tumeurs malignes.

M. FOLLIN prend la parole en ces termes :

Je ne prendrais pas la parole dans ce débat si depuis un assez bon nombre d'années il ne m'avait été donné de vérifier, le micrographe à la main, l'exactitude des faits que M. Lebert a avancés dans son mémoire sur les tumeurs fibro-plastiques. Mais aujourd'hui ma conviction à cet égard est si intime que je ne peux laisser sans réponse quelques-unes des allégations contenues dans l'habile plaidoyer rédigé par notre honorable secrétaire contre certains résultats de l'observation microscopique.

Je n'abuserai point des moments de la Société, et je ne m'arrêterai qu'à quelques questions essentielles qui ont paru faire impression sur certains esprits et qu'on ne cesse d'opposer aux micrographes. Ces points qui fixeront surtout mon attention ce sont les dissidences constatées entre certains observateurs dans l'examen microscopique, c'est cette question si importante et si peu connue de la récidive des tumeurs; c'est, enfin, l'étude comparative des caractères qui appartiennent aux tumeurs fibro-plastiques et aux tumeurs cancéreuses.

Mais, avant d'aborder ces questions, permettez-moi de constater que nos adversaires nous ont combattu par des arguments pris en dehors de la cause : on n'a nié aucun des résultats anatomiques de l'observation microscopique; on n'a contesté aucun des faits matériels que nous avançons. Dès lors, en n'apportant aucune recherche personnelle, mais bien des interprétations spéculatives, on a adopté, tacitement sans doute, mais on a adopté les faits qui servent de base aux doctrines que nous défendons.

Nous nous attendions à ce qu'on allait soumettre avec le microscope à une vérification nouvelle les faits que nous avançons. Il n'en a rien été, et c'est par de longs raisonnements qu'on a cherché à détruire des faits qu'il eût été si facile de vérifier directement. Puisqu'on ne nous a point combattu par les armes de l'observation, j'en prends acte, et j'examine de suite l'objection qu'on tire des prétendues dissidences constatées entre divers micrographes dans l'examen d'une même tumeur.

Une tumeur est donnée, dit-on, à plusieurs observateurs habiles, et ils arrivent à des résultats différents : donc le microscope est un instrument qui peut induire en erreur. Il serait facile de répondre que les micrographes n'ont aucune prétention à une infaillibilité absolue et que des erreurs peuvent être commises aussi bien en microscopie que dans toute autre branche des connaissances humaines. Mais ces dissidences dont on a fait si grand bruit et qui, chose assez singulière! frappent surtout ceux qui ne font pas de la micrographie une étude habituelle, ces dissidences existent, je ne les nie pas, mais elles ne sont souvent qu'une conséquence forcée d'un mode d'examen que, pour mon compte, je regarde comme vicieux. Je veux parler de ces examens qui portent sur des fragments minces, isolés des tumeurs et que certains chirurgiens aiment à jeter en pâture à la fois à plusieurs observateurs. C'est une erreur de croire qu'on puisse arriver à quelque résultat certain en n'observant que des parcelles détachées de tumeurs qu'on n'a point entières sous les yeux. Ces examens partiels faits sur des tumeurs à éléments complexes ne peuvent conduire qu'à des conclusions erronées. Il suffit d'avoir vu que dans la mamelle, par exemple, à côté des masses cancéreuses les mieux caractérisées, existent des hypertrophies glandulaires types pour rester convaincu qu'un tel mode d'observation est insuffisant. A une certaine époque,

avides de tout voir, les micrographes ont pu se livrer souvent à ces examens partiels. Aujourd'hui il faut procéder autrement; une dissection par le scalpel doit précéder toute étude plus approfondie et fera d'abord connaître les rapports et la configuration générale de la tumeur; elle permettra de mettre à nu toutes les parties qu'on veut examiner séparément. Une macération convenablement faite démontrera des détails qu'on n'avait point au premier abord aperçus; un premier examen à l'aide de faibles grossissements servira à bien distinguer l'ensemble de certaines parties dont des lentilles plus fortes feront mieux apprécier les détails. C'est cette méthode d'observation qu'il faut recommander bien haut; procéder autrement dans l'examen des tumeurs, c'est se laisser conduire fatalement vers l'erreur, et je ne doute pas que, si parfois des dissidences se sont montrées entre des observateurs également habiles, elles ne tiennent souvent à ce que leur examen a porté sur des parties différentes. Donc ces dissidences ne prouvent pas grand'chose dans la question qui s'agite aujourd'hui devant la Société, et les micrographes qui procéderont comme nous l'avons indiqué ne manqueront pas de les éviter.

J'arrive maintenant à la question de récidive. L'on a dit dans la dernière séance : Tout ce qui récidive est cancer. Si une telle proposition pouvait être acceptée par la Société, il faudrait faire table rase de ce que nous savons aujourd'hui sur l'évolution des tumeurs. La récidive peut bien être une des propriétés du cancer, mais elle ne peut lui servir de caractère spécifique.

Toutes les tumeurs sont susceptibles de récidiver, mais toutes ne récidivent pas de la même manière. Il faudrait dire de quelle récidive on veut parler, car il y en a plusieurs sortes dont aujourd'hui nous connaissons assez bien le mécanisme. Ces récidives si différentes dans leur essence, loin de servir à englober sous un même nom les diverses tumeurs, pourraient presque constituer des caractères différentiels. Nous distinguerons trois sortes de récidives : la récidive sur place, la récidive dans les ganglions et la récidive par infection du sang dans des points éloignés du siége primitif du mal. Du peu de similitude qui existe entre ces trois espèces de récidive, il faut conclure qu'il serait urgent de déclarer de quelle récidive on veut parler quand on dit : Tout ce qui récidive est cancer. Examinons rapidement les caractères essentiels de ces récidives.

La récidive sur place appartient à toutes les tumeurs, qu'elles soient ou non cancéreuses. Je suis porté à présumer qu'une extirpation incomplète du produit morbide lui donne souvent lieu. Dans certaines tumeurs, le chirurgien ne serait guère excusable de n'avoir point tout enlevé, car leurs limites se reconnaissent facilement à travers le tégument externe; mais il est un autre genre de tumeurs dont la constitution, anatomique prédispose énormément à la récidive sur place. Les cancroïdes épithéliaux de la peau, en effet, se propagent d'une façon insidieuse en s'infiltrant par des prolongements radiculaires qui se reconnaissent seulement à la coupe du tégument externe. Cette infiltration, toujours plus prononcée dans les parties profondes que dans les parties superficielles de la peau, ne se perçoit guère facilement sur le vivant, et, alors qu'on se croyait au delà des limites du mal, on constate dans l'épaisseur du derme des traînées épithéliales. Il faut donc inciser beaucoup au delà du mal apparent pour être assuré de pénétrer dans de la peau saine et d'enlever le mal réel. L'examen d'un grand nombre de cancroïdes épithéliaux m'a convaincu de cette disposition anatomique, et je crois que la thérapeutique chirurgicale peut en retirer de précieuses indications. Un de nos honorables collègues, M. Michon, bien persuadé, comme nous, que les cancroïdes de la peau ont une marche plus sous-cutanée qu'extérieure, les enlève très largement et compte dans sa pratique de remarquables succès.

Il est une autre espèce de récidive, c'est celle qui s'effectue dans les ganglions où aboutissent les lymphatiques de la partie malade. Cette récidive est fréquente dans les cancers, les cancroïdes, dans les tumeurs mélaniques non cancéreuses; elle est rare dans les tumeurs fibro-plastiques. En détruisant les extrémités radiculaires des lymphatiques, ces masses morbides versent dans l'intérieur de ces cancers les particules les plus déliées du tissu malade. Ces molécules morbides cheminent ainsi vers les ganglions; elles s'y arrêtent et s'y développent. Telle est la récidive dans les ganglions. Cette récidive, si fréquente dans le cancer et dans les cancroïdes, est fort rare pour les produits fibro-plastiques qui refoulent plutôt qu'ils ne détruisent les lymphatiques au milieu desquels ils sont placés. Quoi qu'il en soit, cette pénétration des éléments cancéreux dans les ganglions n'a rien de spécial, puisque nous y voyons pénétrer des corps inertes comme les poudres colorées du tatouage. Est-ce de cette récidive qu'on a voulu parler? Dans ce cas, je déclare qu'elle n'a pas la même physionomie dans les cancers, dans les cancroïdes et dans les tumeurs fibro-plastiques.

Enfin j'ai parlé d'une récidive par infection. Cette récidive, qui se traduit par des tumeurs multiples dans l'économie, n'a jamais été démontrée dans les cancroïdes épithéliaux. Elle est fort rare, quoique possible, dans les tumeurs fibro-plastiques : enfin elle est très fréquente dans les tumeurs cancéreuses. Cette récidive s'opère par un mécanisme qui a été bien étudié par notre collègue et ami M. Broca, dans une des monographies les plus complètes sur l'affection cancéreuse. Les tumeurs cancéreuses qui détruisent si facilement les tissus pénètrent dans les veines et versent ainsi dans le torrent circulatoire les éléments les plus vivaces du tissu cancéreux. Ces globules moléculaires qui s'identifient avec le sang infectent l'économie et constituent une diathèse, origine de manifestations multiples du cancer. Cet état diathésique, nous ne l'avons encore rencontré que six fois dans les tumeurs fibro-plastiques.

En suivant dans mon esprit cette série de manifestations cancéreuses qui débute par un état local et qui se termine par un état diathésique héréditaire, je ne peux m'empêcher de reconnaître d'immenses différences entre les cancroïdes qui ne vont guère au delà des ganglions, les tumeurs fibro-plastiques si rarement infectantes et les cancers qui ne laissent échapper aucun genre de récidive.

La récidive ne peut donc être la pierre de touche des tumeurs cancéreuses, puisqu'on la constate dans d'autres tumeurs. Mais il faut en tenir grand compte, car elle a une incontestable valeur au point de vue du pronostic. On doit toutefois en bien distinguer les variétés, car sans cela on arrêterait la main du chirurgien devant des cas où son intervention a été si heureuse; l'examen microscopique ne devient donc plus une simple curiosité d'anatomiste lorsqu'il est appelé à fixer la probabilité et le pronostic d'une récidive. S'il s'agit d'une tumeur épithéliale sans ganglions, si la partie a été enlevée au delà des traînées qui infiltrent la peau d'une façon si trompeuse, la récidive n'arrivera point. Les tumeurs fibro-plastiques pourront récidiver souvent sur place, mais elles ne produiront que rarement la récidive ganglionaire, et plus rarement encore l'infection générale. Quant au cancer proprement dit, micrographes et chirurgiens sont d'un commun accord sur sa récidive.

Notre honorable secrétaire a soutenu, dans la dernière séance, que le cancer et le tissu fibro-plastique étaient en tout semblables, et ne différaient que par de simples caractères de configuration. Je ne peux admettre avec lui qu'il s'agisse ici d'une seule et même affection. En me rappelant tout ce qui nous sert à établir les caractères des tumeurs, constitution anatomique, développement, terminaison, tout cela me paraît différent dans le cancer et dans le tissu fibro-plastique. A l'œil nu, les tumeurs fibro-plastiques apparaissent sous la forme de masses lobulées, souvent d'un grand volume, assez régulièrement circonscrites, d'un tissu blanc, élastique, rénitent, qui repousse les organes au lieu de se les assimiler, et qui ne laisse sortir par la pression aucun suc laiteux, mais bien une sérosité transparente. Elles diffèrent donc bien de ces cancers qui infiltrent les organes d'un tissu d'un blanc mat, peu élastique, qui s'écrase facilement, et qui par la pression laisse écouler un suc blanchâtre, faisant émulsion avec l'eau et tout à fait caractéristique.

Au microscope, les caractères histologiques sont tellement différents entre les tumeurs fibro-plastiques et les tumeurs cancéreuses, qu'à cet égard aucune contestation ne s'est élevée dans cette enceinte.

Ces tumeurs fibro-plastiques grossissent assez lentement et sans douleur; elles ont une durée illimitée, ne tendent guère vers l'ulcération et ne récidivent point comme le cancer. Combien donc elles diffèrent encore des tumeurs cancéreuses, qui infiltrent les organes plutôt que de les déplacer, qui ont le plus souvent un marche rapide et une durée fatalement limitée, qui tendent vers l'ulcération et récidivent si facilement.

Par toutes ces considérations, messieurs, j'ai cru pouvoir soutenir ici que les tumeurs fibro-plastiques devaient former dans les cadres nosologiques un genre à part, et j'ai puisé cette conviction dans des observations faites durant ces huit dernières années.

M. Forget, prenant la parole après M. Follin, donne lecture d'un discours écrit que nous transcrivons :

Messieurs, en prenant la parole dans cette discussion, je n'ai d'autre prétention que d'apporter à l'examen de la question soulevée par l'honorable M. Lebert les réflexions que m'a suggérées la lecture de son travail.

J'ai voulu, disait-il dans la dernière séance, donner lieu à ce débat; j'ai posé la question dans le but de la faire examiner par la Société de chirurgie. D'après cela, c'est une sorte de devoir pour nous de répondre, chacun dans la mesure de ses forces et de son savoir, à l'appel de notre collègue.

Peut-être me rencontrerai-je sur le terrain de la discussion avec M. Marjolin. Gardez-vous de croire, pour cela, que j'aie eu l'intention de recommencer l'excellent discours dont il vous a donné lecture il y a huit jours. Cette rencontre s'explique par une communauté de vues et d'opinions sur beaucoup de points du sujet en litige, opinions que j'avais d'ailleurs soutenues et développées longtemps avant que la discussion actuelle fût engagée, comme le prouve un article publié au mois de février 1852 dans l'Union médicale, et qui a pour titre : *Quelques recherches sur le diagnostic chirurgical des tumeurs*.

Cela dit, j'entre en matière, sollicitant toutefois votre indulgence pour les imperfections presque inévitables dans un travail improvisé au courant de la plume.

Dans le mémoire de M. Lebert, un premier fait m'a vivement frappé; c'est l'existence de plusieurs tissus fibro-plastiques, tissus qui, s'il faut en croire le microscope, seraient identiques au point de vue anatomique, quoique si essentiellement différents sous celui de la physiologie pathologique.

C'est, d'un côté, le tissu fibro-plastique, d'origine inflammatoire, tissu qui a son point de départ dans un acte éminemment conservateur, acte naturel, que l'on voit se reproduire avec une régularité et une constance parfaites toutes les fois qu'un agent traumatique quelconque a lésé le solide vivant, qu'il lui ait fait subir une simple division ou qu'il lui ait fait éprouver une perte de substance plus ou moins étendue. C'est le tissu cicatriciel qui commence à l'effusion de la lymphe plastique en dehors des vaisseaux divisés, subit un travail lent, mais régulier, d'organisation cellulo-fibreuse, et finit par constituer, lorsqu'il a acquis un plus parfait développement, ce que Delpech appela le tissu inodulaire. C'est le même tissu que nous retrouvons partout où un travail phlegmasique a longtemps subsisté; ainsi, au pourtour des trajets fistuleux, des anciens foyers de sécrétion purulente, dans les parties molles qui avoisinent un corps étranger qui y a été accidentellement introduit.

C'est encore sous l'influence d'un excès de mouvement nutritif ou vital que le même tissu va constituer les augmentations partielles ou générales de volume des organes, c'est-à-dire les hypertrophies avec tous leurs degrés de forme, d'aspect, de coloration, de consistance et d'ancienneté. C'est aussi le tissu qui, dans un autre ordre de faits morbides, forme le plateau d'induration sous l'ulcère du chancre primitif, comme il constituera plus tard l'induration et l'augmentation de volume dans le testicule vénérien.

En regard de ce tissu, qui, cicatriciel, a un but de protection et de réparation pour nos organes; qui, hypertrophique, constitue un état pathologique presque toujours curable lorsqu'on le soumet à une sage médication, il existerait un troisième tissu fibro-plastique, dit autogène ou essentiel, tissu qui ne cède pas à l'action médicatrice, qui s'accroît incessamment, qui comprime, déplace les organes au sein desquels il se développe, enflamme, ulcère les téguments, déforme les os, les brise, les perfore, s'introduit des surfaces extérieures jusque dans les cavités splanchniques, y comprime les viscères que celles-ci renferment, et finit presque toujours par attenter à la vie de l'individu.

Tissu fibro-plastique autogène qui, enlevé par l'instrument tranchant, se reproduit une fois, deux fois, trois fois et même plus; tissu vivace à ce point qu'il force le chirurgien, par sa persistance à reparaître, à emporter un membre entier; tissu enfin qui se généralise, se multiplie, et qui va constituer, dans quelques cas, une véritable diathèse.

A coup sûr, en présence des aptitudes, des tendances, des propriétés qui viennent d'être rappelées, on peut, sans faire injure à la clairvoyance du microscope, se demander s'il a bien vu, bien tout vu, dans l'analyse qu'il a faite de ces trois tissus.

On peut se demander s'il est bien vrai qu'il puisse se produire au sein de l'économie des tissus si physiologiquement dissemblables avec des caractères d'organisation parfaitement identiques.

Il y a dans ce rapprochement nosographique, dans cette identité anatomique, quelque chose qui choque le sens droit du praticien, et qui, pour ma part, me semble exiger un examen ultérieur et des lumières nouvelles.

Je crains qu'en se tenant trop aux formes extérieures, aux apparences, qui souvent sont trompeuses, je crains bien que l'on ne se soit montré trop micrographe et pas assez clinicien.

Micrographe, vous voulez retenir dans le même cadre deux tissus qui vous ont paru offrir la même configuration.

Clinicien, vous n'hésiterez pas à les séparer, à trouver dans leurs évolutions naturelles des dissemblances radicales, des oppositions formelles, et vous reconnaîtrez avec nous que le tissu autogène fibro-plastique se rapproche bien plus du cancer, dont nous le considérons comme une variété, que du tissu de cicatrice auquel vous l'assimilez.

Mais, nous dit-on, vous ne pouvez appeler cancer le tissu fibro-plastique, parce qu'il n'est pas susceptible de dégénérescence cancéreuse, et que l'on n'y trouve pas la cellule caractéristique du cancer. Pour nous, qui n'admettons pas l'unicité de forme du cancer, il n'est pas nécessaire que nous y trouvions cette fameuse cellule *sine quâ non*.

Au surplus, raisonnant dans votre hypothèse, nous vous demanderons si vous êtes bien certain que jamais cette cellule ne s'est développée dans le tissu fibro-plastique; si jamais vous n'y avez vu quelque chose qui lui ressemblât à tel point de vous faire douter.

Pour é lairer ce côté capital de la question, je pourrais bien aussi rappeler ce qui s'est passé entre deux habiles investigateurs, dont l'un a trouvé du tissu fibro-plastique, et rien que du tissu fibro-plastique, dans une tumeur où l'autre a trouvé du cancer. M. Lebert me répondrait sans doute, comme à M. Marjolin, qu'il y a, en micrographie comme en chirurgie, des praticiens à tous les degrés. Mais, de mon côté, je lui ferai observer que son antagoniste n'est pas un nouveau venu en micrographie, que c'est un observateur qui a fait ses preuves, et peut-être l'un des plus anciens parmi nous. Aussi je crois qu'il n'y a nullement contradiction entre MM. Mandl et Lebert. Je crois que tous deux ont bien vu ce qu'ils ont vu, et qu'il y avait du tissu cancéreux et du tissu fibro-plastique dans la tumeur dont il est question. C'est pourquoi, lorsque notre secrétaire demandait, dans la dernière séance, si le tissu fibro-plastique pouvait dégénérer en cancer, j'ai été fort surpris d'entendre M. Lebert résoudre la question en portant le défi de montrer qu'une telle dégénérescence fût possible, et je crois que vous partagerez mon étonnement si je parviens à établir, sur la foi d'une autorité que les micrographes, à coup sûr, ne récuseront pas, la possibilité de cette transformation. Je dis que les micrographes ne récuseront bas l'autorité que je vais faire intervenir, car c'est à l'un des plus habiles d'entre eux que je donnerai la parole.

Dans la séance de la Société du 13 novembre 1850, une tumeur provenant de l'os maxillaire inférieur est soumise à l'examen microscopique par M. Lebert, qui s'exprime de la manière suivante : « Au mi» croscope, on reconnaît tous les éléments des tumeurs fibro-plastiques, » des éléments franchement fibreux dans quelques points; une certaine » quantité d'éléments cellulaires fibro-plastiques. Ce sont des cellules » rondes ou ovoïdes renfermant un noyau semblable à celui que con» tiennent les corps fusiformes. Quelques-unes de ces cellules avaient » de la ressemblance avec celle du cancer », et cette ressemblance est si frappante que notre collègue ajoute que, s'il avait vu ces cellules isolées sous le microscope, son jugement fût demeuré en suspens, et que s'il n'admet pas, en définitive, qu'elles soient de nature cancéreuse, c'est que, par la comparaison du petit nombre de ces cellules à la quantité considérable d'éléments de nature fibro-plastique non douteuse, il constate une prépondérance trop grande de ces derniers sur les premières.

Voilà un doute qui, de la part d'un observateur aussi exercé, n'est pas de nature, suivant moi, à rassurer beaucoup sur l'infaillibilité d'un jugement porté dans une semblable circonstance. Ce n'est plus, en effet, sur la clairvoyance du microscopoque, sur l'appréciation nette, évidente des traits caractéristiques du tissu fibro-plastique que se fonde ce jugement, mais bien sur un terme de comparaison qui lui-même a pour base un rapprochement de nombre, une évaluation de quantité, ce qui, au point de vue anatomique, ne prouve absolument rien. En vérité, plus je réfléchis à la conclusion à laquelle le microscope est arrivé dans ce cas particulier, plus j'ai de peine à retrouver, que M. Lebert me permette de le lui dire, cette rigueur d'induction et cette sévérité de logique qu'il revendiquait dans notre dernière séance pour ce qu'il appelait sa méthode exacte d'observation.

Sur quelles données, en effet, fondez-vous vos affirmations dans l'étude des produits morbides par le microscope? — C'est sur la perception claire, certaine, non douteuse des caractères anatomiques; c'est, en un mot, sur l'intuition matérielle du fait. Or ici ces caractères vous manquent; cette constatation, vous ne l'obtenez pas; bien plus, vous trouvez des caractères qui vous semblent appartenir à un autre tissu pathologique, et au lieu d'admettre l'existence, sinon certaine, du moins possible ou probable de celui-ci, vous préférez conclure de ce que vous voyez clairement exister ailleurs que la même chose est là où vous ne la voyez pas. Cette manière de raisonner me semble inadmissible, et en jugeant ainsi de la partie par le tout, je crois que vous ouvrez une voie facile à l'erreur.

Il serait bien plus rationnel, ce me semble, d'admettre que cette diversité d'aspect dans le tissu qui forme la tumeur fibro-plastique, et dont on ne nous a pas d'ailleurs encore donné une explication anatomique satisfaisante, marque une nouvelle phase d'évolution, une dégénérescence sinon complète, au moins en voie de se compléter.

Je sais bien qu'il va m'être répondu, comme à M. Marjolin, que la dégénérescence n'a jamais lieu. — Eh bien! à mon tour, je demanderai que l'on veuille bien me dire ce qu'est ce tissu qui, non plus à l'œil nu, mais à l'œil armé du microscope, ressemble si peu au tissu fibro-plastique, qu'il manque d'être pris pour du cancer, tellement il lui ressemble, — *par M. Lebert lui-même*.

Mais j'ai hâte de sortir de cette discussion et d'apporter à l'appui de la dégénérescence que nous admettons et que l'on nous refuse un argument bien autrement concluant; c'est le passage suivant que j'extrais de nos procès-verbaux;

« Quant à la dégénérescence de ces tumeurs, dit-il (même séance de » 1850), elle doit être infiniment rare; cependant j'en ai observé un » exemple dans lequel elle pourrait être rationnellement admise. » — C'est M. Lebert lui-même qui tient ce langage. — Puis, un peu plus loin, notre honorable collègue ajoute : « Si je n'admets pas la » dégénérescence comme un fai- fréquent, je n'en ai pas moins observé » *quelques exemples* : preuve nouvelle qu'il ne faut jamais être exclusif » en pathologie. Un homme porte une tumeur volumineuse dans la » cuisse; elle est bien délimitée, existant depuis plusieurs années. » Cette tumeur est enlevée par M. Velpeau, et on trouve dans son in» térieur un tissu ferme présentant les caractèles du tissu fibro-plasti» que; mais dans plusieurs endroits on voit des îlots d'un tissu plus » mou renfermant un suc trouble et contenant beaucoup de cellules » cancéreuses.

» Un homme de 64 ans porte depuis un grand nombre d'années une » tumeur indolente dans la région parotidienne gauche; elle s'accroît » lentement et reste indolente; la santé générale ne s'altère point; » mais depuis quatre mois elle prend un accroissement considérable; » la peau devient violacée à sa surface; le malade maigrit, et est en » proie à des douleurs si vives qu'il réclame l'opération. La tumeur est » enlevée par M. Roux. En l'examinant, on y trouve deux substances » nettement délimitées, dont l'une est fibreuse, dure; tandis que l'au» tre est molle, pulpeuse, infiltrée de suc cancéreux abondant, présen» tant tous les caractères types de l'encéphaloïde. — Voilà deux cas » dans lesquels, ajoute l'auteur, il est permis de penser à la dégéné» rescence. » (*Compte-rendu des séances de la Société de chirurgie*, t. I, p. 874.)

Il résulte, messieurs, du passage que je viens de rappeler que, dans l'ardeur de l'improvisation, une erreur de fait a échappé à notre collègue; que son opinion est conforme à la nôtre; que son tissu fibro-plastique, aujourd'hui le tissu morbide qui fait l'objet de cette discussion, pourra être demain cancer; que très vraisemblablement la forme fibro-plastique qu'il présente n'est qu'une manière d'être du cancer lui-même; que, dans l'espèce, l'unicité de composition et de configuration n'existe pas; que l'une et l'autre sont multiples, variables, changeantes, suivant une infinité d'influences qu'il serait trop long d'énumérer en ce moment.

Pourquoi, du reste, dirai-je après M. Lebert, *les tissus accidentels*

auraient-ils, sous le rapport de la dégénérescence, une prérogative sur les tissus normaux?

A coup sûr, je pourrais terminer par cette citation ce qui se rapporte à ce point important du sujet en litige, sans craindre de voir de nouveau contestée l'aptitude du tissu fibro-plastique à dégénérer. Cependant il est un argument qui m'a paru vouloir se faire jour dans la réponse de M. Lebert au discours de M. Marjolin, et qu'il est peut-être à propos d'arrêter au passage.

Dans cet assemblage, dans cette apparition de la cellule cancéreuse et du tissu fibro-plastique dans une même tumeur, peut-être dira-t-on qu'il n'y a que coexistence de deux tissus distincts, association de deux produits, ayant chacun un mode d'organisation particulier, défini, arrêté dès l'origine de la tumeur, et non fusion, conversion de l'un en l'autre. Si cette objection m'était faite, je demanderais alors au micrographe sur quoi se fonde cette manière de voir, et par quel procédé il peut s'assurer si cette distinction est réelle, et si la production du tissu cancéreux n'a pas été secondaire.

En attendant une réponse à cette question, je persisterai à croire à la transformation, à la dégénérescence, qui me paraissent plus probables, d'après l'examen microscopique lui-même, qui, comme je l'ai déjà dit plus haut, s'est pris à douter en présence de certaines formes du tissu fibro-plastique, fort semblables à celles du cancer. Or ces formes suspectes ne sont-elles pas le degré intermédiaire entre celles qui les caractérisent l'un et l'autre lorsqu'ils ont acquis un développement complet? Si la tumeur au sein de laquelle ces formes douteuses se sont rencontrées eût subsisté plus longtemps dans l'économie, elles se seraient dessinées plus nettement, plus clairement prononcées; enfin, la cellule cancéreuse y serait devenue évidente, comme cela a eu lieu sur le malade de M. Velpeau et sur celui de M. Roux.

Au surplus, qu'il y ait cancer par association, par dégénérescence ou par substitution, il y a cancer, voilà le fait, et cela suffit au clinicien pour expliquer et prévoir tous les phénomènes d'évolution et de terminaison finale de ce genre de tumeurs dites fibro-plastiques.

Comme le cancer, elles récidivent avec une telle ténacité, qu'il faut en venir à pratiquer l'amputation de la cuisse pour une tumeur plusieurs fois et toujours inutilement enlevée sur le membre inférieur (obs. citée par M. Lebert dans son travail lu à la Société de chirurgie); comme le cancer, elles se généralisent, se multiplient sur divers points de l'économie. Eh! messieurs, qu'on n'aille pas croire que cette récidive diffère de celles de la tumeur manifestement cancéreuse; qu'elle soit moins active, moins dangereuse; qu'enfin elle soit une exception! A en juger par les faits qui se sont produits au sein de la Société de chirurgie depuis que l'étude du tissu fibro-plastique y a été mise à l'ordre du jour, vous verrez que cette récidive est la règle. Je pourrais bien pour le prouver faire intervenir des observations empruntées aux auteurs qui ont écrit sur le cancer; je pourrais en citer qui me sont propres; mais dans la crainte de m'entendre objecter que, l'examen micrographique n'ayant pas eu lieu, ces observations sont fautives, incomplètes, et qu'elles ne peuvent rien prouver, je n'en userai pas, du moins en ce moment. — Je ne sortirai pas des comptes-rendus de nos séances, où je trouve plusieurs observations de tumeurs fibro-plastiques, trois notamment, dans lesquelles M. Lebert lui-même a porté le diagnostic anatomique. Or, je vois que ces trois tumeurs se sont reproduites très promptement.

Ces faits sont: le dernier, de M. Larrey, qui a pris cependant toutes les précautions pour protéger la cicatrice de la première opération; on sait qu'il a eu soin de l'abriter contre le contact des corps extérieurs, contre le froissement de tout agent traumatique au moyen d'une plaque qui la recouvrait entièrement. Vous avez vu cependant ce malade opéré pour la troisième fois; qui oserait assurer que ce sera la dernière?

Ce sont ensuite deux malades, dont l'un porte une tumeur dans la région thoracique, opéré pour la quatrième fois au mois de janvier 1852, l'ayant été pour la première fois en 1650, et qui, dans cet espace de temps, a offert quatre récidives.

Enfin, l'autre malade est celui dont j'ai déjà parlé et qui portait une tumeur de la mâchoire inférieure. M. Lebert, dans son mémoire, nous a dit ce qu'il était devenu.

Quant à la rapidité de la récidive, peut-elle être plus grande que chez ce dernier malade, qui est opéré le 7 novembre, qui est presque guéri le 20 du même mois, et qui, le 5 décembre, rentre à l'hôpital pour subir une seconde opération? — Aujourd'hui le mal a récidivé, il a été incessamment envahissant, et il paraît être en ce moment au-dessus des ressources de l'art.

Objectera-t-on à ces exemples de récidive, que le micrographe admet, qu'elle peut avoir lieu lorsque le tissu morbide n'a pas été enlevé en totalité? Je ne sais si, lors de la première opération, l'attention et l'habileté du chirurgien peuvent être suspectées dans les cas que je viens de rappeler; mais il est difficile d'admettre qu'à une seconde opération, et à *fortiori* à une troisième, toutes les précautions n'aient pas été prises pour ne laisser dans la plaie aucun tissu anormal. Admettons, au surplus, que cette raison, donnée pour expliquer la récidive de ce genre de tumeurs, soit juste dans quelques circonstance, il faudra bien qu'on m'accorde que le plus souvent elle est sans fondement, et que l'habileté du chirurgien est un sûr garant de la bonne exécution de l'opération. Eh bien, dans ce cas, si la récidive a lieu, c'est que la maladie n'est pas dans le tissu, dans le parasite dont vous avez débarrassé l'économie; celui-ci n'en est que la manifestation. Vous avez enlevé celle-ci jusque dans ses dernières racines; ce n'est plus elle alors qui va se reproduire par une sorte de végétation nouvelle dont les éléments organisés auraient été laissés dans la plaie; c'est un nouveau tissu qui va se former de toute pièce; la même cause morbide va produire le même résultat. Or c'est cette cause morbifère, ce principe originel, cette puissance épigénésique qui constitue toute la maladie; c'est là l'influence essentiellement vitale qui ne se trouve pas sur le champ du microscope avec les tissus que vous y déposez; influence qui procède de la constitution même du sujet, qui lui reste inhérente après comme avant l'opération, inconnue dans son essence aussi bien au clinicien qu'au micrographe, que ce dernier méconnaît lorsqu'il veut fonder l'étude de ces produits morbides sur l'appréciation matérielle de leurs caractères physiques, et que le premier considère avant tout et qu'il donne pour base à ses déterminations nosologiques.

On a invoqué un caractère différentiel! « Le tissu fibro-plastique, » a-t-on dit, est longtemps compatible avec un état de santé très sa- » tisfaisant, et c'est un des caractères qui le distinguent du cancer. » — Cette prérogative que l'on revendique en faveur du tissu fibro-plastique me semble tout aussi bien dévolue au tissu squirrheux, auquel il me paraît, au point de vue clinique, ressembler d'une manière frappante. Il n'est pas très rare, en effet, de voir le squirrhe de la mamelle persister pendant de longues années dans un état stationnaire, état que les observateurs ont fort judicieusement désigné sous le nom d'état de crudité; la santé générale n'est pas incompatible, d'ailleurs, avec l'existence, au sein de l'économie, d'autres productions morbides spontanées tant que ces productions ne sont pas très multipliées, tant qu'elles sont peu développées, et surtout lorsqu'elles ne siégent pas dans l'épaisseur ou au voisinage des organes les plus importants. On vit et on ne se porte pas trop mal avec des tubercules dans le poumon, même dans le cerveau, tant que ceux-ci restent à ce qu'on appelle l'état latent, ce qui veut dire pas assez développés pour que leur existence se révèle par une lésion vitale ou un trouble fonctionnel quelconque.

Mais pour ne pas perdre de vue ce trait différentiel que l'on tire ainsi entre le tissu fibro-plastique et le cancer, je ne crois pas trop m'avancer en disant que bien souvent des tumeurs dont la nature cancéreuse ne put pas être mise en doute, dans la période extrême de leur développement, subsistèrent de longues années sans influencer la santé d'une manière fâcheuse.

Aussi, j'ai vu des femmes qui avaient toutes les apparences de la santé la meilleure, et chez lesquelles le toucher me faisait découvrir un énorme champignon carcinomateux, qui déjà remplissait une grande partie du cul-de-sac vaginal.

J'ai sous les yeux, en ce moment, une dame anglaise âgée de quarante ans, à laquelle je donne des soins depuis trois ans pour une tumeur mammaire qu'elle portait depuis l'âge de vingt-huit ans; cette tumeur s'est ulcérée depuis un an; elle présente tous les caractères cliniques du cancer. C'est le diagnostic que j'en ai porté; c'est celui que sir B. Brodie a porté de son côté lors de l'examen qu'il a fait de cette malade il y a trois ans. Cependant, malgré l'accroissement et l'ulcération de la tumeur, la santé de cette dame, qui est fraîche, grasse, n'a souffert aucun dérangement sérieux.

(*La suite au prochain numéro.*)

Le legs du marquis d'Argenteuil et l'Académie de médecine. Jugement.

Tout n'est pas roses dans l'exécution des legs faits aux corps savants pour distribution de prix. Depuis plus d'un an, l'Académie de médecine est tracassée par les héritiers du noble marquis, et après avoir gagné un premier procès, où le jugement rendu le 25 février 1852 contenait un considérant malheureux, les héritiers, profitant de cette clause:

« Attendu que si les héritiers, légataires ou exécuteurs testamentaires de d'Argenteuil, jugent le mode adopté par l'Académie contraire aux volontés du testateur, ils peuvent, dans leur intérêt personnel ou dans celui de la succession, en tirer telles conséquences que de droit, et se pourvoir, s'il y échet, ainsi qu'ils aviseront, pour inexécution des conditions du legs accepté par l'Académie. »

Les héritiers, disons-nous, *se sont pourvus*, et après deux séances consacrées, les 7 et 14 janvier, aux plaidoiries des avocats, Me Villepin pour les héritiers d'Argenteuil, et Me Chaix d'Est-Ange pour l'Académie, la première chambre du tribunal civil de la Seine vient, sous la présidence de M. Debelleyme, de rendre le jugement suivant:

« Le tribunal,

» Attendu que le marquis d'Argenteuil, décédé à Paris le 13 mars 1838, a, par son testament olographe en date du 2 avril 1836, enregistré, et déposé pour minute à Me Fourchy, notaire à Paris, le 13 mars 1838, fait, entre autres dispositions, la suivante:

« Je lègue à l'Académie de médecine de Paris la somme de 30,000 fr. » pour être placée, avec les intérêts qu'elle produira du jour de mon » décès, en rentes sur l'État, dont le revenu accumulé sera donné, » tous les six ans, à l'auteur du perfectionnement le plus important » apporté pendant cet espace de temps aux moyens curatifs des ré- » trécissements du canal de l'urètre. Dans le cas, mais dans le cas seu- » lement où pendant une période de six ans cette partie de l'art de » guérir n'aurait pas été l'objet d'un perfectionnement assez notable » pour mériter le prix que j'institue, l'Académie pourra l'accorder à » l'auteur du perfectionnement le plus important apporté durant ces » six ans au traitement des autres maladies des voies urinaires »;

» Attendu que les expressions mêmes dont s'est servi le testateur en établissant deux catégories de travaux à rémunérer, les uns à défaut des autres, et en désignant les premiers comme assez notables pour mériter un prix et les seconds seulement comme les plus importants de ceux soumis au concours, indiquent suffisamment qu'il a prévu le cas auquel l'Académie ne rencontrerait que des perfectionnements d'une importance relative et serait appelée à encourager des progrès utiles à la science, mais non à proclamer des découvertes d'un mérite éminent;

» Attendu, d'autre part, que la précaution qu'il a prise d'étendre hors de la maladie qu'il avait principalement en vue le cercle des maladies analogues sur lesquelles pourraient s'exercer les études des concurrents, sans faire aucune allusion au mode quelquefois adopté par l'Académie, et consistant à reporter le prix d'une période sur les suivantes, prouve que sa pensée dominante a été la concession d'une récompense après chaque période de six années, et que cette périodicité même formait une condition essentielle de son legs;

» Attendu que l'expression facultative *pourra*, employée dans la disposition subsidiaire, par opposition à l'expression impérative contenue dans la disposition principale, doit être interprétée en ce sens qu'elle a eu pour but de déroger, pour un cas spécial, à la prescription formelle résultant du premier membre de phrase, en précisant le seul emploi que pourrait faire l'Académie des revenus accumulés pendant la période écoulée, mais non de dispenser l'Académie de l'obligation de décerner un prix tous les six ans;

» Attendu qu'à la vérité un jugement de cette chambre, en date du 25 février 1852, a décidé que l'Académie de médecine, seule juge du mérite des concurrents, ne pouvait être contrainte à décerner un prix; mais que les motifs mêmes de ce jugement supposent que le légataire universel du marquis d'Argenteuil pourrait, dans ce cas, se prévaloir de l'inexécution de la condition imposée par le testateur;

» Attendu, en effet, que la disposition dont il s'agit n'a pas été faite en faveur de l'Académie, laquelle n'est que simple administratrice du capital légué, mais qu'on doit y voir autant de legs distincts qu'il y a de périodes sexennales, et dont le bénéfice appartient à celui des concurrents qui aura été jugé le plus digne de l'obtenir;

» Qu'ainsi la révocation peut être encourue à l'expiration de chaque période, suivant que les conditions du legs auront été plus ou moins fidèlement exécutées;

» Attendu qu'après l'expiration de la première période de six ans l'Académie de médecine a décidé, le 17 novembre 1846, qu'il n'y avait pas lieu de décerner de prix, mais que la somme qui avait d'abord reçu cette destination serait répartie sur les périodes subséquentes;

» Qu'elle a ainsi méconnu les intentions du testateur et encouru la révocation du legs pour inexécution de la condition essentielle; que cependant aucun délai n'a été déterminé par le testament pour cette exécution, et que le tribunal peut en fixer un d'office;

» Ordonne que, faute par l'Académie de médecine d'avoir décerné la récompense léguée par le marquis d'Argenteuil à l'auteur du perfectionnement le plus important de 1838 à 1844 dans le traitement des maladies des voies urinaires, et à défaut par elle d'exécuter le vœu du testateur dans les six mois qui suivront la signification du présent jugement faite au président de ladite Académie, la somme de 9,744 fr. 60 c. résultant des revenus accumulés pendant la première période, sera remise, avec les intérêts qu'elle aura produits depuis le 8 décembre 1850, à la disposition de M. Dugon, en sa qualité de légataire universel du marquis d'Argenteuil;

» Condamne l'Académie de médecine aux dépens. »

L'Académie de médecine a d'autant plus de malheur avec le legs d'Argenteuil, qu'il paraît qu'au lieu d'employer les 30,000 fr. légués par le testament en rentes sur l'État, comme le testateur l'avait prescrit, elle a jugé à propos de la placer à la caisse Goin, et que, par suite de la liquidation de cette maison en 1848, ce placement donnera une perte assez considérable, qui devra être supportée par l'Académie.

Est-ce la crainte d'une interprétation contraire aussi à ses idées qui a dominé et domine encore l'esprit des membres de la commission des prix Montyon à l'Académie des sciences? Nous ne pourrions l'affirmer. Cependant nous croyons savoir de bonne source que les avis sont divisés depuis longtemps au sein de cette honorable commission. Tandis que les uns, dans leur bienveillance pour les travailleurs, seraient disposés à récompenser tous les ouvrages utiles, et comprendraient volontiers dans cette catégorie les livres dits encyclopédiques, d'autres, se retranchant derrière les termes du testament, ne veulent entendre parler de recompenses ou de prix que pour les *inventions*; l'un d'eux même, dit-on, répéterait à tout venant: « Il nous faut des découvertes, *bonnes* ou » *mauvaises*. » Pas de découvertes, pas d'argent!!

Il nous faut du nouveau, n'en fût-il plus au monde!

Mieux vaut laisser s'accumuler les fonds dans la caisse de l'Académie, au risque même de les voir passer dans la caisse de l'État!

Il est probable, du reste, que le jugement de la première chambre sera frappé d'appel par l'Académie de médecine, qui se trouverait dans un double embarras par suite de l'accumulation de fonds qu'elle a cru pouvoir faire et de l'allocation de 12,000 fr. pour le prix décerné à M. le docteur Reybard (de Lyon).

L'épidémie de fièvre typhoïde ne paraît pas se présenter à Beaujon avec des caractères aussi graves qu'à l'Hôtel-Dieu, ce qu'il faut sans doute attribuer à la position de cet hôpital au milieu d'un quartier plus aisé et plus éloigné des grands centres de populations ouvrières. Le nombre des malades atteints ne dépasse pas 40 dans tous les services de médecine; dans les services de chirurgie, il y a un grand nombre de diarrhées rebelles, mais on ne trouve en réalité que deux cas de fièvre typhoïde bien caractérisée. Quelques décès ont eu lieu, mais ils sont en proportions minimes relativement au nombre des malades; quelques-unes de ces fièvres continues se sont même présentées pendant toute leur durée avec un caractère tout à fait bénin.

Disons toutefois que depuis deux jours le nombre des malades admis est plus considérable et qu'ils paraissent atteints plus grièvement; aussi l'épidémie nous paraît-elle à son début, et l'on ne peut savoir encore d'une manière précise quelles seront sa physionomie et sa gravité.

L'ANNUAIRE MÉDICAL ET PHARMACEUTIQUE pour 1853 sera mis en vente aujourd'hui.

Les exemplaires destinés à nos abonnés des départements qui nous en ont fait la demande seront remis à la poste après-demain jeudi.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Le concours pour la nomination des élèves en pharmacie des hôpitaux et hospices civils aura lieu mercredi 16 février 1853, à midi précis, dans l'amphithéâtre de l'administration de l'assistance publique, rue Notre-Dame.

Les inscriptions devront être faites au bureau du secrétariat de cette administration du lundi 17 janvier au 31 du même mois.

Les conditions sont:

Acte de naissance constatant vingt ans accomplis,

Certificat de vaccine,

Certificat de bonne vie et mœurs,

Certificat de trois années de service dans les pharmacies et une année dans la même,

Pour Paris une attestation d'une inscription à l'École de pharmacie.

Épreuves:

Reconnaissance de plantes et substances,

Manipulations et préparations,

Une épreuve verbale,

Une épreuve écrite.

Nota. Les extraits des départements et les certificats de médecins ou pharmaciens étrangers à l'administration devront être légalisés.

— M. le docteur Edouard Laborie vient d'être nommé chevalier de la Légion-d'Honneur.

— C'est par erreur que dans l'indication du service de santé de la maison de l'Empereur, les médecins et chirurgiens consultants ont été désignés comme jouissant d'un traitement de 6,000 fr. Les médecins et chirurgiens consultants ne sont rétribués que lorsque leurs soins et leurs lumières sont réclamés.

Il faut ajouter à la liste du personnel médical du service de santé de l'Empereur M. le docteur de Piétra-Santa, qui porte le titre de *médecin-adjoint*, *secrétaire du service de santé*, avec 6,000 fr. d'appointements.

— S. M. l'Empereur a visité ces jours derniers l'hôpital de Lariboisière (ancien hôpital Louis-Philippe). Frappé de la lenteur des travaux, l'Empereur a annoncé à l'entrepreneur qu'il allait faire augmenter le nombre des ouvriers, et que sous peu on ouvrirait cet hôpital, devenu indispensable depuis la suppression de l'hôpital Bon-Secours.

— La Société medico-pratique de Paris a composé ainsi qu'il suit son bureau pour l'année 1853:

MM. Ameuille, président;
Dreyfus, vice-président;
Aubrun, secrétaire général;
Perrin, secrétaire annuel;
Compérat, archiviste;
Janin, trésorier;
Smith, secrétaire trésorier.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de PLON frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 8. — JEUDI 20 JANVIER 1853. (26e ANNÉE.) N° 8. — JEUDI 20 JANVIER 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	Trois mois. . . .	8 fr. 50 c.
	Six mois. . . .	16 »
	Un an.	30 »
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	Trois mois.	9 fr.
	Six mois.	17
	Un an.	33
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	Trois mois.	10 fr.
	Six mois.	20
	Un an.	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

PARIS, LE 19 JANVIER 1853.

Hygiène publique. — Sur la prison cellulaire de Mazas (1).

Nous avons fait connaître le mode de construction de la prison, ainsi que le mode de chauffage et de ventilation; nous avons vu qu'il a fallu un temps fort long pour que l'on décidât la question de savoir si l'on devait accorder aux détenus la libre faculté d'ouvrir et de fermer à leur gré la fenêtre de leur cellule; ce que l'on aurait peut-être quelque peine à croire, si nous ne le trouvions consigné en propres termes dans le rapport. Il s'agissait pour la commission scientifique de savoir si le système général de ventilation ne serait pas dérangé par cette faculté.

« Mais, dit M. Guérard, l'observation fit reconnaître que, dans les grandes chaleurs, plusieurs prisonniers étaient pris d'accidents qui disparaissaient au retour d'une température plus douce. D'un autre côté, certains travaux, notamment la manipulation de la baleine, etc., parurent donner lieu à une odeur fétide ou à une poussière incommode que la ventilation la plus active était impuissante à détruire. *La commission dut alors rechercher si l'ouverture de la fenêtre de la cellule ne remédierait pas à ces inconvénients.* »

Cette découverte faite, la commission « demanda cette ouverture, d'abord dans quelques cellules, puis dans un nombre plus considérable; et enfin, *après un an d'essais, elle fut unanime pour réclamer en faveur de tous les détenus la faculté de tenir à volonté leur fenêtre ouverte ou fermée...*

» *Aujourd'hui, elle ne peut que s'applaudir d'avoir demandé et obtenu cette amélioration.* »

Nous applaudissons pour notre part et de bon cœur à cette satisfaction éprouvée par la commission, d'autant plus, que durant les chaleurs de l'été de 1851, qui se sont prolongées plus de deux mois à partir de la fin de juin, l'état sanitaire de Mazas a été des plus satisfaisants, et que M. Jacquemin n'a pas vu se renouveler les indispositions dont un certain nombre de détenus avaient souffert l'année précédente à la même époque.

C'est que, dit avec raison M. Guérard, durant les chaleurs, c'est moins un excès d'air *neuf* dont le détenu a besoin qu'une quantité suffisante d'air *frais;* or avec les fenêtres closes, l'appel de l'air par le siége d'aisance n'empêche pas toute la partie supérieure de la cellule de rester remplie d'air échauffé, qui nuit plus par sa température, relativement élevée, qu'il ne peut servir par sa composition chimique.

Cette opinion est confirmée d'abord par l'expérience *vulgaire* et ensuite par les analyses exécutées le même jour par M. F. Leblanc en 1850. Dans une cellule qui recevait 45 *mètres cubes d'air* par heure, l'air avait la composition suivante :

Oxygène.	20,85
Acide carbonique.	0,13
Azote.	79,02
	100,00

Celui qui fut recueilli dans une autre cellule du même bâtiment, où la ventilation n'était que de 25 *mètres cubes*, était composé de

Oxygène.	20,86
Acide carbonique.	0,11
Azote.	79,03
	100,00

Ainsi, au point de vue eudiométrique, l'air le moins renouvelé se trouvait être un peu plus riche en oxygène, et il contenait moins d'acide carbonique.

La conclusion scientifique de ces essais, de ces expériences, c'est que, dans un espace aussi limité que l'est une cellule, les accidents observés la fenêtre étant close pourraient bien dépendre de la prompte accumulation de la chaleur par transformation de la chaleur *lumineuse* en chaleur *obscure !*

Nous ne nous appesantirons pas sur ce que dit l'auteur relativement à l'éclairage par un bec de gaz, qu'il trouve sans danger et sans inconvénient; sur les difficultés de l'organisation du travail, à laquelle ne se prête pas plus, à ce qu'il paraît, la réclusion que la liberté. Nous n'avons qu'à approuver la latitude laissée aux visites des parents, le soin mis dans le service religieux, dans le régime alimentaire, qui nous paraît suffisant; et laissant de côté les arguments en faveur du système que préconisent l'auteur et la commission, nous arriverons à deux points capitaux, le nombre des cas de suicide et d'aliénation mentale qui ont eu lieu depuis l'ouverture de la prison Mazas.

Le nombre des suicides à Mazas s'est élevé à 12 en deux ans, sur une population flottante de 12,542 détenus. Ce nombre, qui paraît considérable, le devient moins en le décomposant pour en chercher les causes et en apprécier la valeur.

Ainsi, sur 12 cas de suicide, 7 ont été commis dans les dix premiers jours de l'entrée en cellule; 3 l'ont été après des condamnations à deux mois, à trois mois, à un an de prison. Ceux qui se sont donné la mort étaient prévenus de délits qui ne paraissaient pas avoir une grande gravité. Cela tendrait à prouver que l'isolement est surtout pénible dans les premiers jours de la séquestration.

Pour apprécier réellement la valeur de ce chiffre de suicides, il faut le comparer :

1° Au chiffre des suicides qui ont eu lieu en dehors des prisons dans toute la France d'abord, ensuite et surtout dans le département de la Seine;

2° Au chiffre des suicides observés dans les prisons à emprisonnement collectif ou individuel.

D'après des données plus ou moins complètes, on a établi des chiffres divers pour les suicides en France. Ainsi, en 1827, M. Balbi établissait ce chiffre à 1 sur 20,740 habitants. Plus tard, M. Quetelet le portait à 1 sur 18,000 habitants.

D'après une communication qu'il a reçue de M. Guerry, ce dernier, dans un ouvrage sous presse, le porterait à 1 sur 13,700 habitants. Mais ces chiffres sont plus ou moins arbitraires, l'administration ne pouvant connaître tous les cas de ce genre de mort.

Or, en retranchant d'abord de la population les enfants au-dessous de dix ans, qui ne se suicident pas, sur la population entière de la France, qui est de 35 millions, on devra en déduire 6 millions, ce qui réduit le chiffre à 29 millions au plus; c'est alors 1 suicide sur 8,656 habitants.

Ce n'est pas tout, poursuit M. Guérard; nous voulons comparer le chiffre des suicides de la prison Mazas, prison d'hommes adultes, au chiffre des suicides de toute la France. Nous ne le pouvons légitimement qu'en restreignant la comparaison à la partie masculine de la population; car il y a au moins quatre fois moins de suicides parmi les femmes que parmi les hommes. En fin de compte, le chiffre des suicides dans la population mâle de la France s'élève alors à 1 sur 5,861 individus.

Comparé à ce chiffre, le chiffre des suicides dans la prison Mazas, lequel est de 1 sur 1,050, peut être encore regardé comme considérable. Il va perdre beaucoup de ce caractère, soumis à un terme plus légitime de comparaison.

En effet, cette prison est dans Paris, chef-lieu du département de la Seine, et est peuplée en totalité d'individus nés ou domiciliés depuis assez longtemps dans ce département. En comparant le chiffre des suicides de Mazas à celui du département, on trouve que la moyenne annuelle de tous les suicides constatés dans le département de la Seine pendant les années 1846, 1847, 1848, est de 568. De ces 568 suicides, les 3/4, ou 426 doivent être attribués au sexe masculin. D'autre part, la population totale du département de la Seine, calculée d'après les recensements de 1836, 1841 et 1846, est de 1,222,142 individus.

En défalquant de ce nombre les enfants au-dessous de dix ans, qui ne se suicident pas, il reste au plus 1,050,000 individus. Si nous prenons un peu plus de la moitié de ce nombre pour évaluer la population mâle, nous arrivons environ à 550,000 individus. En comparant ce chiffre à celui des suicides mâles que nous avons vu être de 426, nous arriverons, pour la population masculine, à une proportion de 1 suicide sur 1,291 individus.

En présence de ce fait, le chiffre total des suicides de la prison Mazas, qui est annuellement de 1 sur 1,050 individus, ne paraît plus guère considérable, et à coup sûr il n'est pas anormal, pour une prison, s'entend; car, dans une prison quelconque, par toutes sortes de causes, chagrins, regrets, remords, perversité, violence excessive du corps et de l'esprit, quelquefois perversion maladive de la raison, il doit y avoir plus de suicides que dans la société honnête et libre.

Nous ne savons si ces considérations sont bien exactes. Les causes de suicide énumérées par M. Guérard sont vraies; mais il en est d'autres aussi auxquelles les prisonniers sont momentanément soustraits. Ainsi, la misère, le besoin, les souffrances de cœur, les passions contrariées, la douleur *présente* des souffrances d'une femme, d'enfants, de proches; les pertes d'argent, de position, toutes ces causes agissent, selon nous, avec bien plus de force sur les hommes libres que sur les prisonniers.

Ce qui est plus vrai, c'est, comme le fait remarquer M. Guérard, qu'il ne s'agit, dans le chiffre des suicides de la prison Mazas, que de deux années, et que ce n'est pas sur des faits recueillis dans un aussi court espace de temps qu'on établit un chiffre moyen. Attendons donc que le temps ait plus sérieusement prononcé.

Dès aujourd'hui cependant, si on considère que dans l'année 1851 il y a eu 8 suicides sur une population de 8,049 détenus, c'est 1 suicide sur 1,006 détenus, et ce chiffre reste considérable s'il devient normal pour les années subséquentes. On serait obligé, en ce cas, de regarder comme très nuisible, sous ce rapport, l'emprisonnement cellulaire. Encore une fois, attendons.

Pour ce qui est des cas d'*aliénation mentale,* M. Guérard les regarde, d'après les documents qui lui ont été fournis, comme étant dans une proportion notablement inférieure à ceux que signalent les états relevés dans les prisons en commun. Ainsi, sur une population flottante de 12,542 détenus, il y a eu 9 cas constatés, savoir :

Du 1er mai 1850 au 31 décembre 1850.	4
Du 1er janvier 1851 au 31 décembre 1851. . .	3
Du 1er janvier 1852 au 24 mai 1852.	2
Total.	9

Il est vrai que M. Guérard ne fait pas figurer dans ces chiffres les individus chez lesquels des symptômes d'aliénation mentale existaient avant leur entrée dans la prison.

Il y aurait donc augmentation dans le nombre des *suicides* et diminution dans celui des cas d'*aliénation mentale.* Ordinairement, au contraire, ces deux chiffres marchent dans la même proportion.

Les conclusions de M. Guérard, nous n'avons pas besoin de le dire, sont favorables à l'emprisonnement cellulaire en général, et à la prison Mazas en particulier. Si nous avions à nous prononcer, peut-être ne partagerions-nous pas cette conviction; et les arguments de M. Guérard, quoique présentés avec talent, ne nous paraissent pas sans réplique. Quoi qu'il en soit, et malgré les critiques que nous avons pu adresser à quelques opinions, à quelques dispositions présentées avec un peu trop d'avantage par l'auteur, nous devons reconnaître que son mémoire est plein d'aperçus intéressants, de recherches neuves et curieuses, et qu'il sera lu avec un vif intérêt par toutes les personnes qui s'occupent de ces questions importantes et par le public médical en particulier. C'est un travail consciencieux, fait par un homme éclairé et parfaitement compétent. Nous ne regrettons qu'un chose, c'est de n'avoir pu, à cause de

(1) Fin. — Voir le numéro précédent.

son étendue, le présenter en entier à nos lecteurs, et nous serions heureux d'être parvenu, par les extraits que nous en avons donnés, à le faire apprécier à sa juste valeur.

Séances des Académies.

Un honorable membre de digne et pacifique apparence, M. le docteur Cornac, puisqu'il faut le nommer, a soufflé le vent des tempêtes sur l'Académie de médecine. Il n'y a pourtant que des méchants qui pourraient lui trouver une ressemblance éloignée avec Eole. Toujours est-il que pendant vingt bonnes minutes il a passablement agité la savante assemblée. De quoi s'agissait-il? De quelques articles du règlement modifiés ou supprimés en 1848, parce que, comme l'a très bien dit M. le secrétaire perpétuel, ils n'étaient plus en rapport avec l'ordre politique alors existant. M. Cornac aurait voulu que l'Académie fût consultée en 1848, et il a insinué que l'autorité de la Compagnie a été méconnue. Mais quoi! la forme du gouvernement était changée; il n'y avait donc pas lieu de consulter l'Académie sur des modifications de son règlement commandées par ce changement, pas plus qu'on ne l'avait consultée sur la substitution d'un adjectif à un autre dans son titre.

On veut maintenant que les articles supprimés ou modifiés refleurissent dans leur teneur première. Rien de mieux. Mais il faut le dire tout net, et il n'est pas nécessaire pour cela d'incriminer le bureau de l'Académie, qui n'a été pour rien, on le sait, dans les barricades de février et dans tout ce qui s'en est suivi. Il s'agissait, en somme, de rétablir la présidence d'honneur en faveur du premier médecin du chef de l'Etat. L'Académie gagnerait certainement à avoir un appui aussi rapproché du pouvoir souverain. Mais nous craignons que tout ce bruit ne soit guère du goût de celui qui en est l'objet: homme simple et modeste, qui ne désire peut-être pas autant qu'on paraît le croire un titre scientifique qu'il devrait à sa position officielle. M. Cornac a demandé la nomination d'une commission de cinq membres, qui s'adjoindraient au conseil d'administration pour aviser. Il a tenu ferme, et l'a emporté, malgré d'énergiques protestations. L'honorable président n'a pas vu le dessous des cartes, et l'on s'en est bien aperçu à la manière dont il a composé la commission. M. Velpeau, qu'il avait désigné pour en faire partie, a refusé *illico*. Quoi qu'il en soit, l'Académie, sauf un petit nombre de membres, a cru, en votant affirmativement, qu'elle sauvegardait son autorité. M. Desportes, en lui déniant le droit de régler ses propres affaires, a, malgré lui, contribué à ce résultat.

— M. Leblanc, à l'occasion du procès-verbal, a demandé la parole pour présenter un égagropile qu'il a trouvé dans le rectum d'un chien braque, et formé par l'accumulation de poils en tout semblables à ceux de la robe de l'animal. Cet égagropile a le volume d'un moyen œuf de poule. A l'intérieur, les poils se sont confondus et dénaturés en se feutrant; à l'extérieur, ils sont libres et ont conservé tous leurs caractères. Ce cas est le premier exemple connu d'égagropile observé chez le chien.

— Trois communications intéressantes, par MM. Poggiale, Hutin et Poggioli, ont rempli le reste de la séance. L'abondance des matières nous oblige à en renvoyer l'examen à un prochain numéro.

A l'Académie des sciences, M. Ed. Robin a fait deux communications intéressantes et vraiment originales. Traduisant en fait réel l'ancienne allégorie qui compare la vie à un flambeau, M. Robin veut d'une part prolonger la vieillesse et éloigner la mort sénile, qui serait amenée, selon lui, par le résidu *incrassant* dans les rouages humains de la combustion lente, nécessaire à l'entretien de la vie. Il s'agit donc en ce cas de ralentir les phénomènes de la combustion en nourrissant avec les aliments qui contiennent le moins de matières minérales *incrustantes*, ou en mêlant aux aliments ordinaires de l'acide lactique, qu'il regarde comme le meilleur dissolvant des matières incrustantes déjà déposées: ce qui permettrait au rouage vital de marcher plus longtemps.

Dans la seconde communication de M. Robin, il s'agit au contraire d'activer la combustion vitale dans les maladies où elle languit, et entre autres dans l'albuminurie, en faisant respirer de l'oxygène électrisé ou ozone.

Ces aperçus théoriques sont très ingénieux sans doute; mais c'est à l'expérience à les confirmer et à faire la part de ce qu'ils peuvent avoir d'utile et d'applicable à l'homme.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. LAUGIER.

D'une affection rare appelée par Dupuytren phlegmon chronique (1).

OBS. II. — La nommée Bertiot (Marie), âgée de trente ans, couturière, fut reçue à l'hôpital de la Pitié et couchée au n° 25 de la salle Saint-Augustin.

Cette femme, de constitution lymphatique, a le teint pâle et plombé; elle paraît être sous l'influence d'une cachexie assez prononcée et affirme cependant n'avoir jamais été malade.

Venue à Paris à l'âge de quinze ans, elle fut réglée pour la première fois peu de temps après. Chez elle, la menstruation fut irrégulière pendant quatre ans, jusqu'à sa première grossesse, qui eut lieu vers l'âge de dix-neuf ans. Sa couche fut heureuse, et de 20 à 24 ans elle eut quatre enfants.

C'est environ six mois après sa dernière couche qu'elle s'aperçut du développement de son affection. Vers l'âge de vingt-six ans, c'est-à-dire depuis le commencement de la tumeur, elle fit une fausse couche à trois mois et demi, fausse couche dont elle se rétablit très bien.

Jamais cette femme n'a eu, dit-elle, ni écoulement, ni ulcérations du côté des parties génitales, ni éruption, ni aucune trace enfin d'affection syphilitique.

Elle s'aperçut un jour, en poussant son lit, que la jambe lui faisait mal; puis elle vit tout son genou enflé, et le point qui fut depuis le siége de la tumeur plus saillant que le reste.

Elle alla voir un médecin, qui pour toute consultation lui dit que ce mal était incurable: la malade alors n'y fit pas de traitement, se contentant d'envelopper son genou de flanelle. Elle continua son travail, marchant avec grande difficulté, mais sans douleur très intense.

La tumeur augmenta peu à peu: il y a six mois que l'enflure gagna toute la jambe; mais il n'y a que trois mois que la douleur est devenue intense.

Vers la fin de novembre, elle vit sur le sommet de la tumeur une petite ouverture, qui donna passage à un peu de pus; un pansement avec une plaque de diachylon fut fait; l'ouverture s'agrandit, et c'est le 14 décembre que la malade entra à l'hôpital.

Elle présentait une enflure de toute la jambe, et à la partie supérieure et interne, sur une ligne horizontale passant par l'épine antérieure du tibia, se voyait une ulcération arrondie d'environ cinq ou six centimètres. Les bords étaient taillés à pic, le fond était d'un gris jaunâtre et se trouvait de niveau avec la surface tégumentaire. Il présentait un aspect feutré comme une plaque de tissu cellulaire mortifié.

La douleur était assez violente; la plaie suppurait, quoique peu abondamment, et l'odeur était infecte.

A la visite, une partie de l'eschare fut enlevée, et le lendemain le reste put être excisé: on vit alors apparaître la plaie que nous avons décrite, taillée à pic, à fond gris par places, rose-pâle en d'autres, et présentant une profondeur de 3 à 4 centimètres.

L'odeur infecte, qui persistait, a été modifiée par des lavages à l'eau chlorurée, et le pansement simple a été suffisant pour toute thérapeutique.

A l'entrée de la malade, on observait du côté du jarret de la rougeur, un empâtement douloureux, qui donna lieu peu de jours après à un abcès: il fut ouvert lorsqu'on reconnut la fluctuation, et il en sortit du pus et des lambeaux de tissu cellulaire gangrené. C'était là probablement une extension de la maladie, car en pressant sur l'abcès postérieur le pus refluait par l'ulcération: il y avait communication.

Sous la seule influence du pansement simple avec cataplasme pour l'abcès du jarret, la plaie profonde bourgeonna, se combla peu à peu, et il ne reste plus maintenant qu'une petite ulcération insignifiante.

La malade, reposée, mise au régime de la tisane de houblon et à quatre portions, reprend un peu de santé; sa figure n'est plus aussi pâle: je crois qu'elle est guérie complétement.

Quelle est la nature de cette affection? Je crois ne pas pouvoir mieux faire que de laisser parler M. le professeur Laugier en citant textuellement ce passage qu'il a écrit dans le *Bulletin chirurgical* de 1839, ouvrage devenu beaucoup trop rare:

« Il n'y a point ici seulement gangrène du tissu cellulaire, mais d'abord et pendant longtemps hypertrophie de ce tissu, qui prend une épaisseur et une consistance remarquables. La peau est d'abord indifférente à ce développement morbide, qui se fait au-dessous d'elle; puis, la gangrène s'emparant de la masse de tissu cellulaire induré, un travail de séparation a lieu entre elle et les téguments; les vaisseaux fins qui nourrissent ceux-ci se détruisent comme dans le phlegmon aigu gangréneux; mais la peau ne meurt pas, comme dans cette dernière maladie, par larges plaques; c'est plutôt par éraillement que par gangrène qu'elle se perfore, et bientôt commence un travail d'ulcération du centre à la circonférence, comme si la destruction des vaisseaux nourriciers procédait aussi de l'ulcération centrale à la circonférence de la tumeur; la peau est détruite jusqu'au delà de la base de l'eschare du tissu cellulaire, qui continue à vivre par sa couche profonde, puisqu'il adhère encore longtemps; la nécrose s'étend donc graduellement et lentement du sommet à la base de la tumeur jusqu'à ce qu'enfin les vaisseaux profonds meurent aussi et laissent tomber l'eschare comme un fruit pourri.

» Quant à l'ulcération des téguments, ses bords taillés à pic, sa marche rongeante la font ressembler à l'ulcère vénérien plus qu'à toute autre forme de l'inflammation ulcérative, et c'est à l'influence du virus syphilitique que l'esprit de l'observateur se reporte malgré lui et malgré les dénégations des malades. Dupuytren avait signalé cette maladie chez des individus d'âge, de sexe, de constitution différents, et l'avait observée, entre autres malades, chez un jeune enfant, sans indiquer d'ailleurs d'étiologie particulière; elle est donc jusqu'ici complétement inconnue; pour moi, elle me semble plutôt appartenir à un véritable état cachectique, dont il resterait à étudier la physionomie propre et les causes sans doute variées. »

Ce serait donc, d'après le savant professeur, un dépôt anormal des principes constituants du tissu cellulaire, dépôt anormal qui s'organiserait par l'allongement des vaisseaux provenant des tissus voisins, et qui, arrivé à un certain point de son développement, s'arrêterait dans son évolution, mourrait et serait éliminé de l'organisme comme corps étranger. Il serait, en effet, impossible, connaissant la réaction qui se produit de la part de l'organisme contre les corps qui lui font éprouver un contact anormal; impossible, dis-je, de comprendre qu'un corps étranger non enkysté pût rester si longtemps dans l'intérieur des tissus sans déterminer des phénomènes plus intenses; d'ailleurs ce corps ne prend-il pas de l'accroissement; et c'est juste au moment où cesse cet accroissement que le travail d'élimination commence!

Quant à l'infection syphilitique qu'il serait possible de soupçonner comme cause déterminante de cette affection, il y a matière à discussion. Sans doute, le premier sujet d'observation présentait un testicule syphilitique; mais ce testicule syphilitique, il l'avait depuis longtemps et son phlegmon chronique ne s'est développé qu'il y a quatre mois; quand il est parti, après avoir pris de l'iodure de potassium, c'est vrai, son phlegmon chronique était guéri, mais son testicule syphilitique n'avait pas été modifié; il était tout aussi gros, tout aussi dur qu'à son entrée: pourquoi, si la cachexie syphilitique était en jeu, la plaie du pied se serait-elle guérie, tandis que l'affection testiculaire aurait persisté? Le sujet de la seconde observation affirme n'avoir jamais été infecté; quoique les femmes avouent plus difficilement de pareilles vérités et même qu'elles puissent ignorer, comme je l'ai vu plusieurs fois, l'existence de chancres chez elles, il peut fort bien se faire que la syphilis ne l'ait jamais atteinte; pas d'écoulement, pas de symptômes secondaires, pas d'ulcérations du côté du pharynx. Tout porte à croire, comme le dit M. le professeur Laugier dans le passage cité plus haut, que cette maladie est due à une débilité, à une cachexie, comme celle à laquelle cette femme est sujette depuis son enfance.

Cette affection, comme on peut le voir d'après la description qui a été donnée plus haut, ne ressemble que d'une manière très imparfaite à l'anthrax, avec lequel elle a sans doute été confondue par les anciens auteurs: l'anthrax est loin d'être aussi long dans son évolution; l'anthrax est une réunion de furoncles, s'ouvre la plupart du temps en arrosoir par des trous qui laissent passer un pus bien lié, sans grumeaux, et quelques lambeaux de tissu cellulaire mortifié. L'anthrax est horriblement douloureux; l'anthrax, enfin, ne donne pas lieu à des eschares, comme celles que l'on observe dans l'affection qui nous occupe.

Une autre affection avec laquelle cette maladie a sans doute été confondue bien des fois est cet accident de syphilis constitutionnelle connu sous le nom de gomme. En lisant la description de cette tumeur dans l'ouvrage de M. Ricord, on voit la naissance de la tumeur gommeuse assez semblable à celle du phlegmon chronique; d'abord mobile sous la peau, peu à peu elle devient adhérente sur les tissus sous-jacents; la fluctuation commence à paraître, la peau s'ulcère et laisse couler un pus ichoreux et mal lié et entraînant avec lui des débris organiques. Dans la gomme, l'ulcération commence par le centre et détruit le tubercule peu à peu jusqu'à la circonférence, ce qui, nous l'avons vu, n'a pas lieu pour le phlegmon chronique. Les gommes, en outre, sont souvent en assez grand nombre dans l'organisme et n'atteignent pas la grosseur que nous avons vue dans le cas du sujet de la seconde observation.

On a observé depuis quelque temps des tumeurs dans l'épaisseur des muscles, et M. Bouisson, de Montpellier, a fait de ce phénomène le sujet d'un travail spécial dans la *Gazette médicale de Paris* (1846); mais dans les cas observés par cet auteur, il y avait fonte purulente de la tumeur, et il ne mentionne en aucune façon cette eschare si remarquable qui est le caractère spécial de la maladie qui nous occupe. Les malades observés par ce chirurgien guérirent en général sous l'influence du traitement antisyphilitique, et on peut voir que notre malade de la deuxième observation n'a subi aucun traitement de cette nature.

Je verrais plutôt des phlegmons chroniques dans les tumeurs que B. Bell enleva avec le bistouri, et qui guérirent sans le secours des mercuriaux. Peut-être encore des phlegmons chroniques étaient-ils compris dans le nombre des tumeurs musculaires dont parle Warren, et qu'il n'attribue en aucune manière à la cause syphilitique.

Puis-je croire maintenant qu'on aurait pu confondre le phlegmon chronique avec cette maladie de peau appelée kéloïde par Alibert? Evidemment non. La kéloïde est peu inflammatoire, ne donne naissance qu'à peu de douleur, mais plutôt à une démangeaison assez vive; elle est plate, dépasse peu le niveau de la surface tégumentaire, présente des marbrures déterminées par des traînées vasculaires dont elle est le siége; jamais elle ne s'ulcère, jamais elle ne dépasse en profondeur l'épaisseur de la peau: c'est une hypertrophie locale du derme.

Il me paraît à peu près démontré maintenant que la maladie qui nous occupe est une maladie *sui generis*, maladie à part qui a peut-être été vue avant Dupuytren, mais que le premier il a distinguée des autres, qu'il a classée, ne la confondant pas, comme cela avait été fait jusqu'à lui, avec des maladies qui peuvent lui ressembler sous quelque point de leur histoire.

Je sais qu'on pourra me contester la valeur de ces observations, le premier sujet ayant eu la vérole et se trouvant encore sous le coup d'une affection syphilitique constitutionnelle, comme le démontrait son testicule vénérien; mais, on l'a vu, l'affection qui fixe notre attention a semblé marcher d'une manière tout indépendante, et est arrivée à guérison sans que sa tumeur testiculaire fût modifiée.

Quant à la seconde observation, elle me paraît peu attaquable sous ce rapport, la malade ayant guéri sans aucun traitement et n'ayant, du reste, jamais présenté d'accidents qui puissent faire soupçonner l'existence de syphilis chez elle. On pourra certes faire les objections d'usage; mais savez-vous si elle a dit la vérité? mais peut-être avait-elle intérêt à vous tromper, etc... On peut toujours faire des objections, aucune observation n'est exempte de reproches ou de soupçons; il faudrait détruire une grande partie de la science.

Je ne crois pas par ces quelques mots avoir beaucoup avancé la science à ce sujet, mais j'ai ajouté deux observations au petit nombre que l'on a déjà recueilli sur les affections de cette nature; et n'eussé-je fait que rappeler les observations passées et réveiller l'attention des chirurgiens sur une maladie méconnue, confondue avec d'autres ou inexactement observée, c'est déjà beaucoup, laissant à d'autres plus habiles à débrouiller le chaos qui entoure toujours un nouveau fait pathologique, car on peut ainsi nommer un fait signalé en 1832 pour la première fois, en 1839 pour la seconde, et dont il n'avait plus été question depuis ce temps.

E. CLIN, interne du service.

CLINIQUE DÉPARTEMENTALE.

La non-contagion des accidents secondaires syphilitiques prouvée par l'observation clinique, par l'inoculation expérimentale du pus des accidents secondaires sur l'homme infecté, sur l'homme sain et sur l'animal.

Par M. le docteur Melchior ROBERT (de Marseille).

OBS. I. — M. L... vint à ma consultation dans le courant du mois de mai 1851 pour me montrer une prétendue écorchure résultat du contact d'une femme étrangère à son ménage (il était marié depuis six mois environ). Cette écorchure, considérée comme un *chancre volant* par un praticien de la ville, avait été traitée avec de légères doses de mercure. M. L... fut très surpris lorsque je lui annonçai qu'il avait un chancre induré et qu'il serait tôt ou tard atteint de manifestations secondaires s'il ne se soumettait à un traitement spécifique très rigoureux. Néanmoins il tint compte de mon avis, et se mit au traitement mercuriel et au sirop de Cuisinier. Quoique ses parties génitales ne présentassent d'autre accident que l'induration et que les autres régions du corps fussent exemptes d'ulcérations, je dus lui défendre les rapports sexuels, lui faisant entrevoir qu'ils étaient préjudiciables à sa guérison, qu'un enfant procréé dans ces conditions pourrait bien naître syphilitique et que d'ailleurs il ne serait pas impossible que la mère contractât la syphilis constitutionnelle par l'intermédiaire du germe infecté.

Mes prescriptions et mes conseils furent ponctuellement suivis pendant un mois et demi. Mais au bout de ce temps, l'induration n'étant plus appréciable et aucune manifestation syphilitique n'apparaissant,

(1) Fin. — Voir le numéro précédent.

M. L... crut inutile de se *droguer* plus longtemps et reprit son genre de vie comme s'il eût été bien portant. Il vint bientôt m'annoncer que sa femme était enceinte et me demander s'il n'y avait rien à craindre pour la santé de la mère et pour la constitution de sa progéniture. Je lui fis de vifs reproches sur son imprudence et lui renouvelai les craintes que je lui avais manifestées à notre première entrevue, l'engageant à reprendre son traitement et à observer attentivement la santé de sa femme.

Sous l'empire des dangers que je lui avais fait entrevoir, il reprit de nouveau le traitement mercuriel; mais, à la veille d'un long voyage d'agrément, il oublia tout, maladie, traitement et conseils, et se comporta en tout comme un homme valide.

Un mois et demi après son départ, et pendant qu'il contemplait en touriste les merveilles qu'il rencontrait dans ses pérégrinations, une roséole syphilitique envahit tout son corps; la paume des mains devint le siége d'un psoriasis à plaques larges et rouges, recouvertes de squames épaisses; il fut pris d'une violente céphalalgie nocturne et de douleurs articulaires. Ces accidents lui rappelèrent mes recommandations, et M. L..., qui quelques jours auparavant ne vivait que pour admirer les merveilles de l'art, commença à réfléchir sérieusement sur les maux qui pouvaient affliger la nature. Aussi n'eut-il plus qu'une seule pensée, celle de retourner dans son pays natal pour réparer ses fautes. Il engagea sa femme à un prompt retour sous prétexte d'affaires importantes.

A son arrivée, en septembre 1851, il vint à mon cabinet me montrer son éruption. Je l'engageai de nouveau à se traiter sérieusement. Observons que pendant tout son voyage il ne s'était point abstenu de rapports avec sa femme.

Quelques jours après son arrivée, sa femme fut prise de douleurs utérines et d'une perte abondante; elle avait avorté.

M. L... se traita pendant un mois et demi, et suspendit le traitement aussitôt que les manifestations furent éteintes. Un mois après la suspension du traitement, vers la fin de novembre, il fut de nouveau atteint de syphilides palmaires, et ce fut pendant cette période que sa femme devint enceinte pour la seconde fois.

L'accouchement se fit au huitième mois. L'accoucheur constata que le fœtus était mort depuis plusieurs jours, mais sans autre remarque.

Depuis cette époque je n'ai cessé de voir M. L..., qui, par négligence et par crainte des effets du mercure, ne s'est jamais traité que très incomplètement. Il m'a montré à plusieurs reprises la paume de ses mains atteinte de psoriasis syphilitique. Sa femme, que j'ai l'occasion de voir souvent, n'a jamais présenté aucun accident qui pût faire soupçonner la diathèse syphilitique. Aujourd'hui M. L... est encore en traitement, et est bien décidé à ne s'écarter de mes prescriptions que lorsque toutes ses manifestations secondaires seront éteintes depuis longtemps.

Obs. II. — Le 28 mars 1851, se présente à ma consultation M. R..., atteint d'un chancre induré sur la verge, avec adénite inguinale multiple compliquée de subinflammation d'un des ganglions superficiels, adénite post-cervicale, migraine syphilitique, roséole syphilitique discrète sur les côtés du ventre et de la poitrine. Il me conduit chez sa maîtresse, affectée d'un chancre induré à la vulve, avec éruption pustuleuse des bras et du front. Je les soumets d'abord au traitement mercuriel (pilules de proto-iodure d'hydrargyre). Sous l'influence de cette médication les accidents secondaires disparaissent graduellement. A la fin du mois de juin, je remplace la médication mercurielle par l'iodure de potassium, que l'on continue jusqu'au milieu du mois d'août. Aucun symptôme ne s'étant manifesté, je perds de vue mes deux malades jusqu'au mois d'août 1852.

A cette époque, M. R... vient me prier, sans paraître ajouter beaucoup d'importance à ma visite, d'aller voir sa maîtresse, qu'il dit atteinte de démangeaison et de cuisson aux parties. Je lui recommande de cesser les rapports sexuels, conseils qu'il reçoit en riant, et dont il ne fait aucun cas. Cependant je me rends à son invitation et constate deux plaques muqueuses végétantes très larges sur le côté interne de la lèvre gauche. Ces plaques, d'après leur aspect et leur exubérance, paraissaient exister depuis au moins un mois. Je prescrivis un traitement mercuriel, le sirop de Cuisinier et des lotions avec la solution de Labarraque. Après chaque lotion, je fais saupoudrer les parties avec le calomel à la vapeur. J'obtins ainsi la guérison des plaques muqueuses en quinze jours.

M. R... n'avait pas cessé d'avoir des rapports avec sa femme pendant qu'elle était affectée de ces plaques muqueuses; néanmoins il n'a jamais été atteint d'un accident semblable sur les régions qu'il mettait fréquemment en contact avec les parties malades.

Nous publierons la suite de ces observations dans un prochain numéro.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Effets purgatifs de l'huile de ricin à la dose de dix grammes.

Par le docteur Yvarren.

Il y a déjà plus de deux ans, je travaillais à combattre, chez un de mes clients, une constipation opiniâtre; les drastiques et les sels neutres réussissaient mal. Il s'agissait de trouver une médication qui pût obvier à la paresse des intestins sans irriter leur surface, et surtout sans être suivie d'un resserrement de plus en plus rebelle.

L'idée me vint de donner l'*huile de ricin* à dose faible, mais répétée tous les matins. Je m'arrêtai à la dose de *dix grammes*. Le malade devait la prendre délayée dans une tasse de bouillon d'herbes, s'abstenir de toute boisson pendant deux heures (afin de ne pas affaiblir l'action du remède en le délayant dans une grande quantité de liquide), et, passé ce temps, avaler un bol de bouillon de viande dégraissé et chaud.

Cette médication devait être répétée chaque jour, jusqu'à ce qu'il en résultât un effet salutaire. Il ne fut pas besoin d'y revenir à deux fois. Dès le premier jour, six selles en étaient l'immédiat et heureux résultat.

La moyenne des selles que provoque l'huile de ricin à cette dose est de trois ou quatre. D'ordinaire la laxation n'est précédée, ni suivie d'aucune tranchée.

Le nombre des selles s'est élevé beaucoup plus haut; il n'a pas été rare d'en compter jusqu'à sept, huit, neuf et même plus.

Le remède a pu être répété sans que le corps s'y soit habitué, et que l'accoutumance ait paralysé l'action du purgatif.

J'ai mis à profit cette action de l'huile de ricin à dix grammes pour satisfaire sans crainte et sans hésitation aux indications d'évacuer qui se rencontrent si souvent dans le cours des maladies aiguës, soit pyrétiques, soit phlegmasiques, dans certaines formes de la fièvre typhoïde, etc. La pneumonie, le rhumatisme, l'hépatite, une inflammation gastro-intestinale même, n'en contre-indiquent pas l'emploi. Dans des cas pareils, l'huile de ricin à dix grammes a toujours débarrassé les voies digestives des matières qu'il était opportun d'en expulser sans troubler le travail médicateur de la nature, sans accroître la phlegmasie concomitante.

A cinquante ou soixante grammes, l'huile de ricin peut indigestionner, violenter l'intestin, lui imprimer une surexcitation qui dépasse le point nécessaire à l'accroissement de ses sécrétions : cela est commun. A dix grammes, elle le provoque plus doucement, le détend, le relâche, et n'y détermine que juste le degré d'excitation nécessaire à une abondante sécrétion. Elle y engendre la pluie, mais n'y soulève pas d'orage.

Je l'ai administré à de tout jeunes enfants de trois à quatre ans, et, chose remarquable, la dose de dix grammes a produit sur eux des effets ni plus ni moins intenses que sur l'adulte.

(*Gazette méd. de Montpellier.*)

Emploi de la teinture arsenicale de Fowler dans la chorée et la catalepsie.

Le *Geneeskundige Courant* produit un article du docteur Hollman, de Edam, où ce médecin dit avoir employé l'arsenic dans plusieurs maladies. Les observations du médecin hollandais sont incomplètes; mais, telles qu'elles sont, elles doivent fixer l'attention du praticien.

Un garçon de quatorze ans, scrofuleux, d'une mauvaise constitution, ayant souffert antérieurement de rachitisme, avait des tubercules dans les poumons, et présentait encore tous les symptômes de la chorée. Le docteur Hollman, après avoir combattu l'affection pulmonaire au moyen de l'huile de morue et d'un régime analeptique, eut recours à la teinture de Fowler; le malade en prit 6 gouttes par jour, et la guérison ne tarda pas à avoir lieu.

L'an passé, le docteur Hollman eut à traiter une paysanne de vingt-deux ans, mal réglée, atteinte d'affection vermineuse et offrant tous les jours des accès cataleptiques, qui revenaient encore par les émotions. L'accès commencé, la malade conserva l'attitude qu'elle avait lors de l'invasion. L'affection vermineuse fut d'abord combattue, ainsi que l'irrégularité dans la menstruation; mais les accès n'en revenaient pas moins qu'avant. On eut encore recours aux nervins, aux antipériodiques, et sans succès. C'est alors que le docteur Hollman résolut d'employer la liqueur de Fowler. Parvenu à la dose de 10 gouttes par jour, un ou deux accès habituels firent quelquefois défaut; mais une fois venu à la dose de 15 gouttes, il y eut quelquefois une semaine sans accès. Malheureusement il fallut cesser le médicament à cause de l'intolérance de l'estomac, et les accès reparurent.

Après avoir eu recours aux émollients, la liqueur de Fowler fut reprise, mais avec plus de prudence et avec grande persévérance, et la malade eut le bonheur d'obtenir une guérison.

(*Observateur des sciences méd. de Courtray.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 18 janvier 1853. — Présidence de M. Bérard.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Épidémies.

Le ministre de l'intérieur et du commerce transmet :

1° Un rapport de M. Burckard, médecin des épidémies de l'arrondissement de Sarrebourg (Meurthe), sur l'épidémie de fièvres bilieuses qui a régné dans la commune de Luzetbourg pendant les mois de juillet, août et septembre 1852;

2° Deux rapports de M. le docteur Germain, médecin des épidémies de l'arrondissement de Poligny, sur l'épidémie de fièvres muqueuses typhoïdes qui a régné en 1852 dans les communes de Chilly et de Thésy (Jura) (commission des épidémies);

Eaux minérales.

3° Un rapport de MM. Finaz et Culrat, médecins inspecteurs des eaux minérales de Charbonnières (Rhône), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1852;

4° Un rapport de M. le docteur Malet, médecin inspecteur des eaux minérales de Castéra-Verduzan (Gers), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1852;

5° Un rapport de M. le docteur Soubier, médecin inspecteur des eaux minérales de Propiac (Drôme), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1852;

6° Une demande en autorisation d'exploiter une source d'eau minérale à Cusset (Allier);

7° Une nouvelle notice sur les eaux minérales de la Moldavie, par M. A.-H. Bassereau;

8° Des échantillons avec demande d'analyse d'eau d'Alet, près Limoux (Aude);

Application du décret du 3 mai 1850 à l'opium indigène.

9° Une demande d'avis sur l'application du décret du 3 mai 1850 à l'opium indigène et au lactucarium;

Remèdes secrets.

10° Des demandes d'avis sur plusieurs appareils destinés aux usages médicaux et sur des remèdes secrets.

Usage et nécessité de la vaccine.

Le ministre de l'instruction publique transmet une lettre de M. le docteur Girard, ex-chirurgien-élève de l'hôpital militaire d'instruction de Strasbourg, relative à l'usage et à la nécessité de la vaccine. (Commission de vaccine.)

Décret autorisant l'acceptation de la donation Nadau.

Le même ministre transmet l'ampliation du décret autorisant l'acceptation d'une donation faite par M. Nadau.

Ablation d'un ostéosarcome de la mâchoire supérieure.

M. l'inspecteur général du service de santé de la marine transmet une observation d'ostéosarcome de la mâchoire supérieure, opéré avec succès par M. Laurencin, premier chirurgien en chef de la marine à Rochefort.

Emploi du collodion dans les vomissements nerveux.

M. Coze fils, de Strasbourg, adresse un mémoire sur l'emploi du collodion dans les vomissements nerveux. (Commissaire, M. Depaul.)

Diatrypteur et céphalotome à chaîne.

M. Didot, de Liége, adresse un mémoire intitulé : *Essai sur un nouveau mode de délivrance dans les cas de difformité grave du bassin au moyen du diatrypteur et du céphalotome à chaîne.* (Commissaires, MM. Moreau et Danyau.)

Mort de M. Devilliers.

M. le président annonce à l'Académie la perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. Devilliers.

Une députation de l'Académie devra assister à ses obsèques.

Égagropile de chien.

M. Leblanc met sous les yeux de l'Académie un égagropile de chien. Ces sortes d'égagropiles sont assez rares.

Proposition relative au règlement.

M. Cornac signale un fait qui, suivant lui, tendrait, s'il devait se reproduire à l'avenir, à affaiblir l'autorité et les droits de l'Académie. Aucune modification ne peut être faite au règlement de l'Académie que par sa décision. Or à deux reprises, en 1848 et en 1851, des suppressions et des modifications ont été faites au règlement sans que l'Académie ait été consultée, et même sans qu'elle en ait été avertie. C'est en raison de ces faits et en raison du silence qu'a gardé à leur égard le conseil d'administration que M. Cornac propose qu'il soit nommé une commission de cinq membres pour en connaître. (Appuyé.)

Quelques membres proposent le renvoi pur et simple au conseil d'administration.

MM. Adelon, Larrey et quelques autres membres appuient la proposition de M. Cornac, qui est mise aux voix et adoptée.

Traitement de la folie.

M. Londe lit en son nom et celui de MM. Collineau et Falret un rapport sur un travail de M. le docteur Scipion Pinel, intitulé : *Considérations rétrospectives sur quelques points du traitement de la folie.*

M. le rapporteur, après avoir rappelé l'opinion émise par M. Scipion Pinel sur l'emploi de la douche dans le traitement de la folie, et évoque celle de Pinel, l'illustre père de l'auteur, de Georget et d'Esquirol, résume en ces termes la question :

Ce n'est ni la douche, ni l'affusion qu'il faut proscrire, mais seulement l'administration intempestive et l'abus de ces moyens. Plus d'une fois, en effet, on leur a dû la cure des affections nerveuses les plus redoutables, et votre rapporteur a vu lui-même céder à des affusions froides, combinées avec l'administration intérieure de la térébenthine, des attaques quotidiennes d'épilepsie.

M. le rapporteur propose de renvoyer le travail de M. Scipion Pinel au comité de publication et d'adresser des remercîments à l'auteur. (Adopté.)

Eaux des casernes et des forts de Paris.

M. Poggiale, pharmacien en chef de l'hôpital du Val-de-Grâce, lit un travail très étendu sur les eaux des casernes, des forts et des postes-casernes des fortifications de Paris. Ce travail, qui renferme de nombreuses expériences chimiques, n'est pas susceptible d'analyse.

Le bureau en renvoie l'examen à une commission composée de MM. Michel Lévy et H. Gaultier de Claubry.

Tatouage.

M. Hutin, chirurgien en chef des Invalides, lit un travail ayant pour titre : *Recherches sur les tatouages.*

L'auteur conclut que les traces du tatouage ne sont point indélébiles; qu'il en est qui s'effacent sans qu'il soit possible de leur assigner aucune limite de durée; que leur disparition se trouve, selon toute probabilité, en rapport avec la profondeur des piqûres, la nature de la matière colorante employée et les frottements plus ou moins rudes que les parties tatouées peuvent subir.

Traitement externe des névralgies faciales.

M. Poggioli lit un travail sur une nouvelle méthode externe pour les névralgies faciales.

L'auteur soumet au jugement de l'Académie le résultat de ses recherches sur les névralgies du trifacial et sur le moyen de les guérir.

Ayant remarqué que les combinaisons de substances médicamenteuses analogues donnaient de meilleurs résultats que les mêmes substances employées isolément, M. Poggioli a cherché un médicament réunissant un certain nombre de substances sédatives combinées dans des proportions spéciales.

Voici la formule qui lui a le mieux réussi :

Extrait de belladone	4,0
Hydrochlorate de morphine	0,50
Onguent populéum	16,0
Axonge macérée dans q. s. de feuilles dat. stra.	16,0
Eau de lavande (essence)	q. s.

L'application du médicament consiste en frictions douces et prolongées. (Commissaires : MM. Piorry et Larrey.)

— La séance est levée à cinq heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 17 janvier 1853. — Présidence de M. Jussieu.

Causes de la vieillesse et de la mort.

M. Ed. Robin adresse un travail intitulé : *Causes de la vieillesse et de la mort sénile. — Moyens qu'il paraîtrait rationnel d'employer pour reculer les bornes de la vie. — Caractère zoologique comblant une importante lacune et permettant de prévoir, en général, l'activité des phénomènes vitaux.*

La combustion nécessaire à la naissance et à l'entretien de la vie lui paraît être encore, mais par son détritus, la cause qui impose un terme à l'existence et rend actuellement nécessaires la vieillesse et la mort sénile. La vieillesse et la mort sénile proviendraient, suivant M. Robin, de ce que l'aliment nécessaire à l'entretien du mécanisme est accompagné de matières minérales qui en incrustent peu à peu les rouages et finissent par mettre un terme à son activité.

L'auteur espère prouver qu'en ralentissant les phénomènes de combustion lente, il est facile, chez un grand nombre d'animaux, de retarder la vieillesse et la mort.

Trois manières d'opérer doivent être particulièrement mises en usage pour en retarder le terme :

Prendre des animaux dont la vie est courte et nourrir les uns avec ceux des aliments ordinaires qui contiennent le moins de matières minérales incrustantes;

D'autres avec des aliments plus ou moins privés de ces matières au moyen de dissolvants appropriés;

D'autres encore avec les aliments ordinaires, mais à la condition d'administrer, à partir d'un certain âge de l'animal, de l'acide lactique, qui paraît propre à dissoudre pendant la vie les matières minérales incrustantes déjà dépensées.

Usage de l'oxygène électrisé ou ozone dans l'albuminurie.

M. Robin adresse une seconde note, dont l'objet est de faire voir que, mélangé avec l'air, l'oxygène électrisé ou ozone pourrait présenter des avantages dans l'albuminurie, en favorisant la combustion.

Au moment, dit l'auteur, où mes recherches et celles qu'elles ont fait naître montraient l'extrême importance de la combustion lente dans l'activité des phénomènes de la vie tant à l'état de maladie qu'à l'état de santé, d'autres recherches venaient présenter l'oxygène électrisé ou ozone comme beaucoup plus propre à exciter les phénomènes de combustion lente que ne l'est l'oxygène obtenu par les moyens chimiques ordinaires.

De là des applications qui semblent d'un grand intérêt. L'ozone, tantôt libre, tantôt uni à l'air, se présente comme un agent précieux dans les asphyxies de nature quelconque, dans les scrofules, et en général dans tous les empoisonnements, dans toutes les maladies où il est utile, soit de relever les forces, soit d'activer la combustion réduite au-dessous du terme normal, soit particulièrement de ranimer la vie dans les conditions où l'air et l'oxygène ordinaire seraient impuissants.

Quoi qu'il en soit, rien de plus facile que l'inhalation de l'oxygène électrisé, mélangé à l'air ordinaire. La décomposition de l'eau par la pile donnant de suite un oxygène convenable, on peut le laisser dégager dans une chambre et diriger l'hydrogène au dehors, ou le recueillir dans un tube recourbé, faire arriver dans le tube un courant d'air, et aspirer le mélange.

Deux oiseaux ont été anesthésiés; ils ont été introduits à cet état, l'un dans l'oxygène ordinaire, l'autre dans l'ozone pur. Celui qui était dans l'ozone a repris plus promptement son activité; mais il a montré de suite une extrême agitation, comme s'il ne pouvait soutenir cette respiration; l'autre, revenu paisiblement à la vie, est resté quelque temps dans l'oxygène sans éprouver d'agitation.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

(*Addition à la séance du 4 novembre* 1852. — Voir le numéro du 15 janvier.)

Heureux résultats des applications de la glace sur l'œil à la suite des opérations de cataracte.

M. Magne. L'heure qui nous presse m'empêche d'entrer dans des détails sur quelques observations que je me proposais de présenter à la Société; je tiens cependant à dire deux mots sur les bons effets que je dois aux applications de la glace sur l'œil à la suite des opérations de cataracte.

Dans une de nos dernières séances nous avons été tous d'accord sur les inconvénients des compresses imbibées d'eau froide, et cependant les chirurgiens, les oculistes conseillent en général les compresses d'eau froide ou glacée pour s'opposer à l'inflammation consécutive aux opérations de la cataracte.

La pratique m'a enseigné que l'eau froide n'est autre chose, en pareil cas, qu'une série d'actions et de réactions, soit par l'incurie des gardes, soit par la négligence des opérés eux-mêmes. J'ai recherché dans la glace le moyen d'assurer le succès des opérations de cataracte, si souvent compromis par l'inflammation qui se développe après ces opérations.

Voici ce que j'ai observé le mois dernier sur cinq malades:

Le marquis de P..., atteint d'une cataracte capsulo-lenticulaire très volumineuse, est opéré par moi, assisté de mon très honorable confrère M. Lequesne. La glace est appliquée immédiatement sur l'œil, et le troisième jour on distinguait à peine un point rose, indice de la piqûre de l'aiguille. M. de P... est d'une constitution sanguine et âgé de soixante-deux ans environ.

Quinze jours après, assisté du même confrère, j'opère Mme H..., propriétaire à Nogent-sur-Marne. Cette malade est maigre, d'un tempérament nervoso-bilieux. L'abaissement de la cataracte présente quelques difficultés, la capsule étant adhérente à l'iris. Application de glace en permanence pendant trois jours. Le quatrième, la malade, qui est très indocile, a débandé son œil, qui n'avait pas offert et n'a pas présenté depuis la moindre rougeur.

Assisté de mon confrère et ami M. Duvivier fils, je pratiquai à la même époque l'abaissement d'une cataracte très volumineuse chez M. J..., colonel d'artillerie en retraite. Même application de glace. Au cinquième jour, je crois entrevoir une certaine tendance à l'inflammation; par excès de prudence, je prescris quelques sangsues. Le lendemain la sclérotique est nette, et dix-huit jours après avoir été opéré M. J... assistait à un abaissement que je pratiquai avec l'aide de M. le docteur Boulu, en voyait et en décrivait les manœuvres.

Le malade qui est le sujet de cette quatrième observation était âgé de cinquante ans au plus, grand et vigoureux. Le cristallin s'abaissa en masse, la glace fut appliquée en permanence, et, quatorze jours après l'opération, le malade retournait dans la Sarthe, son pays, avec un œil dans les meilleures conditions.

Je terminerai en citant le fait d'un concierge chez lequel j'ai fait l'abaissement, assisté de notre honorable confrère M. Boulu. La cataracte avait un volume énorme, et s'abaissa en masse. Application de glace en permanence durant trois jours. Inflammation nulle.

Je tiendrai la Société au courant des résultats que je pourrai obtenir ultérieurement. Ceux que j'ai l'honneur de lui présenter aujourd'hui me semblent d'autant plus intéressants, que le principal grief des non-partisans de l'abaissement consiste surtout dans la longue inflammation qu'elle entraîne parfois à sa suite.

M. Guersant considère les faits cités par M. Magne comme dignes du plus grand intérêt par les heureux résultats qu'ils pourraient donner à la pratique.

Le secrétaire de la Société, Al. Magne.

CORRESPONDANCE.

A M. le Rédacteur de la Gazette des Hôpitaux.

Manie puerpérale.

Monsieur le rédacteur,

Mon attention a été appelée sur un article de votre journal du 13 courant, lequel, à propos du procès récent de M. Bower, contient des observations intéressantes sur la manie puerpérale.

En racontant les principales circonstances de ce cas célèbre, il s'est glissé quelques inexactitudes que je vous prie de me permettre de relever. Pour que les conclusions soient bonnes, il faut que les prémisses soient connues; et, pour ne citer qu'un exemple, l'auteur de l'article croit que Mme Bower, à la suite d'un refroidissement, le quinzième jour, fut obligée de se remettre au lit en proie à une inflammation grave. Dans l'intérêt de la science, je vais vous donner le détail de ce qui s'est passé.

Le 7 septembre dernier, M. Bower est venu me prier d'aller accoucher sa femme. J'y fus, et c'était la première fois que j'eus l'honneur de voir cette dame. L'accouchement fut très facile et très heureux. Mme B... allaitait son enfant, et tout allait si bien, qu'à ma visite du 8 ou du 9 je la trouvai couchée sur un canapé près de son lit. Je la grondai un peu de son imprudence, laquelle cependant n'eut aucun mauvais résultat. C'est d'ailleurs assez l'habitude des dames anglaises qui ont déjà eu un ou deux enfants de se lever un peu trop tôt. Leurs médecins ne les approuvent pas; mais, vous le savez, ces dames ont toujours raison.

Le 12, je permis à Mme B... de se reposer sur un canapé dans son salon, et le 15 je lui dis: « Vous allez si bien, que je ne reviendrai vous voir qu'après plusieurs jours. »

Le 19, l'on me mande auprès d'elle. J'appris que les autres enfants, en jouant et en courant d'une pièce à une autre, avaient laissé les portes ouvertes, ce qui donna du froid à leur mère. Je la trouvai alitée, présentant des symptômes rhumatismaux dans la région dorsale, accompagnés d'un très léger mouvement fébrile; mais d'inflammation nulle part; la sécrétion du lait n'était même pas diminuée ce jour-là. Par un traitement convenable, le rhumatisme fut bien amendé dans l'espace de trois jours, de sorte que je ne remarquai rien d'anormal qu'un état nerveux et hystérique dont je ne voyais pas la cause. Je fis signe à la garde de me suivre dans une autre chambre, et je lui dis: « Madame n'a pas de maladie proprement dite; elle n'a pas de fièvre puerpérale; elle n'a pas non plus ce qu'on appelle vulgairement le lait monté à la tête, puisque la sécrétion laiteuse, quoique diminuée un peu, n'est nullement supprimée. Il n'y a aucun organe essentiel à la vie qui soit engagé. Par conséquent, je ne comprends pas du tout cet état de faiblesse nerveuse dans lequel elle se trouve. » — Alors la garde me dit à voix basse et avec mystère: « Monsieur, je vous dirai la cause; c'est que madame a reçu un lettre concernant une femme qui a été ou fut censée être la maîtresse de M. Bower, et cette lettre l'a excitée à un point extrême. » — La garde ajouta: « Madame est très jalouse de monsieur. Pas plus tard que la nuit dernière, à deux heures du matin, madame me dit d'aller à la chambre de monsieur, qui est à l'autre bout de l'appartement, pour voir s'il n'y avait pas de femme auprès de lui. J'ai voulu m'excuser, mais madame ayant insisté, j'y fus. A mon retour je lui dis: Madame, tranquillisez-vous; monsieur est là; et la preuve qu'il n'est pas en bonne fortune, c'est qu'il ronfle! »

Je ne sais si Mme B... s'est contentée de la preuve donnée; mais la garde m'a paru avoir une conviction intime qu'on ne ronfle pas en pareille circonstance. C'est une question nouvelle pour la médecine légale. Sur ces entrefaites, le médecin de la famille, mon honorable confrère le docteur Bertin, arrive de la campagne, et naturellement il vient voir souvent la malade. A notre consultation, le 24 du mois, Mme B... s'est plaint à nous, en présence de son mari, que la garde (la même à laquelle elle avait donné la mission confidentielle deux ou trois nuits avant) grommelait quand elle la faisait lever la nuit, et que même elle l'avait menacée. En présence de cette aversion, nous lui dîmes que la garde n'entrerait plus dans sa chambre, et que nous la renverrions séance tenante, ce qui fut fait.

Mme B... parlait si raisonnablement sur d'autres sujets, que ni M. Bertin ni moi ne soupçonnâmes la démence ce jour-là; mais il nous parut évident plus tard que la manie commençait sourdement dès lors. L'agitation nerveuse et la faiblesse allèrent en augmentant; en sorte que nous lui conseillâmes de prendre une nourrice pour l'enfant; mais elle n'en voulut pas absolument entendre parler, disant qu'elle avait encore assez de lait, etc.

Le mercredi soir, 29 du mois, j'avais rendez-vous chez la malade avec le docteur Bertin. Quelque chose ayant empêché mon confrère d'arriver à l'heure convenue, et moi ayant affaire ailleurs, je ne pus l'attendre plus d'une demi-heure. Mais avant de me retirer, j'ai voulu voir Mme B..., et j'entre dans sa chambre. Je la trouve assise dans son lit. Sa sœur, Mme Wilson, était présente. Je m'asseois auprès de la malade, qui me dit: « Docteur, on vous trompe tous les deux, M. Bertin et vous. On a appelé hier, à votre insu, M. Velpeau auprès de moi. » Je lui réponds qu'on a eu raison, et que les lumières du professeur Velpeau étaient toujours les bienvenues. Alors elle me saisit la main, et d'un air très ému me dit: « Docteur, j'ai quelque chose à vous dire. J'ai fait le mariage le plus malheureux; mon mari m'a été infidèle, il a eu des maîtresses, et depuis ce temps je n'ai jamais joui d'un seul jour de bonheur. » Elle continuait sur ce thème, qui parut tellement l'exalter, que bientôt ses idées devinrent incohérentes; son esprit s'égara et se perdit dans un amas confus de sujets parmi lesquels j'entendis le mot magnétisme. Pendant ce temps je touchais son pouls avec un doigt de ma main libre; mais impossible de le compter, tellement il battait vite; et aussitôt que je pus me dégager la main de son étreinte convulsive je me levai, j'échangeai un regard de pitié avec Mme Wilson et je sortis de la chambre.

M. le docteur Paul Dubois fut appelé le lendemain 30, et la catastrophe eut lieu le 1er octobre.

Voici donc un cas de manie qui a été nommée puerpérale parce qu'elle se manifestait trois semaines après l'accouchement; mais qui, selon moi, aurait pu, dans l'espèce, très bien arriver à la suite de toute autre indisposition qui aurait eu pour effet d'affaiblir les forces vitales.

Ici, la diminution et, à la fin, la presque suppression de la sécrétion laiteuse étaient la suite, l'effet du désordre moral, et non pas sa cause. S'il en eût été autrement, la sécrétion du lait se serait tarie, ou à peu près, dès le début. Il est évident pour moi aussi que la démence fut intermittente chez cette malheureuse dame; et la preuve de la rectitude occasionnelle de son esprit se trouve 48 heures avant le meurtre, quand elle me dit (le 29) que le docteur Velpeau avait été appelé le veille à notre insu; assertion dont la vérité m'a été confirmée par le docteur Bertin, qui s'en est informé. Ainsi, quoique le refroidissement éprouvé vers le 19 septembre ait pu être la cause immédiate ou excitante de la folie intermittente de Mme B..., il est très possible que les fortes émotions morales auxquelles elle était en proie, soit par une cause, soit par une autre, en ce moment-là, eussent donné lieu à des troubles pareils de son intelligence, sans l'intervention d'une cause accidentelle produite par une imprudence. Je laisse à d'autres le soin d'expliquer, si cela se peut, la contradiction apparente entre la jalousie envers son mari, que m'avait exprimée cette pauvre dame, ainsi qu'à la garde, et la déclaration qu'elle lui fit un instant avant le meurtre: « que l'enfant n'était pas à lui, mais à Morton. »

Je dois ajouter que dans son délire je ne l'ai jamais entendue prononcer le nom de ce dernier.

Agréez, etc. Higgins,

Méd. anglais, chevalier de la Légion-d'Honneur.

NOUVELLES DU CHOLÉRA.

La malade couchée dans le service de M. Trousseau est dans un état satisfaisant. La réaction a été modérée, et aucun accident grave ne paraît devoir entraver sa convalescence. Elle prend des potages au gruau, etc. En rendant compte de son état, M. Trousseau a déclaré n'avoir pas observé de nouveaux cas. Nous n'avons pas connaissance qu'il s'en soit présenté dans d'autres services. Seulement M. le docteur Foucart en a vu dans sa pratique un cas grave, mais non suivi de mort.

Notre honorable confrère M. Ancelon, médecin de l'hôpital de Dieuze (Meurthe), nous écrit ce qui suit:

« J'ai en ce moment dans mes salles deux malades atteints de la *maladie de Bright*. Dans peu de jours je vous adresserai une note sur le traitement le plus efficace de cette affection, traitement sur lequel la *Gazette des Hôpitaux* en 1847 et mon savant ami M. le professeur Forget, de Strasbourg, dans le *Bulletin thérapeutique*, avaient appelé l'attention des médecins. Moi-même déjà, en 1850, en répondant à M. Landouzy, j'avais apporté mon contingent dans cette question, dont on semble peu se préoccuper à Paris: *la cure de la maladie de Bright par les acides nitrique, sulfurique et gallique.* »

P. S. Nous avons en ce moment une épidémie de grippe assez sérieuse et de fièvre typhoïde à forme pectorale qui sévissent particulièrement sur les jeunes enfants. Il paraît qu'elle va s'étendre sur toute l'Europe.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Ont été nommés dans l'ordre de la Légion-d'Honneur:

Officier: M. le docteur Ricord.

Chevaliers: MM. les docteurs Jaumes, professeur de pathologie et de thérapeutique générale à la Faculté de médecine de Montpellier; Barret, chirurgien-major de la garde nationale; de Laurès, chirurgien-major; Pinel, chirurgien-major; Bellemain, chirurgien-major; Lebatard (Alphonse).

— M. le docteur Devilliers, membre de l'Académie de médecine (section d'accouchements), vient de mourir à Paris.

— Le 14 février prochain, un concours pour les prix à décerner aux élèves internes en pharmacie des hôpitaux sera ouvert au Bureau central. Tous les internes sont tenus d'y prendre part.

Le registre d'inscription est ouvert depuis le 14 janvier et sera clos le 28 janvier.

— Le concours pour l'agrégation, ouvert à l'Ecole de pharmacie de Paris depuis le 15 novembre dernier, vient d'être terminé. Ont été nommés agrégés: en chimie, M. Louis Figuier; en physique, M. Edmond Robiquet; en toxicologie, M. Réveil. Les deux premières nominations ont été faites à l'unanimité.

— La commission municipale a adopté, dans sa dernière séance, quatre affaires relatives à des hospices: l'acquisition d'un terrain à Vanves; l'inscription d'une rente à la commune de Nogent; l'acquisition d'une propriété rue Sainte-Croix; l'acquisition d'une rente sur les fonds libres de Devillas. — Rapporteurs: MM. Baguet, Devinck et Pelouze.

— Un cas de mort par le chloroforme vient d'avoir lieu à l'hôpital d'Orléans. Le sujet était un soldat qui a été opéré d'une loupe à la face par M. Vallet, chirurgien en chef. Il aurait, si nous sommes bien informé, succombé au bout de cinq minutes d'inspiration, malgré tous les soins qu'on lui a prodigués. Nous désirons, dans l'intérêt de la science, avoir des renseignements sur ce fait; les cas de mort sont malheureusement déjà assez nombreux à la suite de l'emploi de ce moyen pour qu'il soit utile de les connaître dans tous leurs détails et d'en apprécier la cause.

— Le roi des Belges vient, en témoignage de sa haute satisfaction, de décerner une médaille d'or à son effigie à M. Ferdinand Berthier, doyen des professeurs de l'institution impériale des sourds-muets, sourd-muet lui-même, et auteur de l'*Examen critique de l'opinion de feu le docteur Itard, relative aux facultés morales et intellectuelles de ses frères d'infortune*, et de la *Vie de l'abbé de l'Epée, suivie de l'historique des monuments élevés à sa mémoire à Paris et à Versailles*

— Errata. — Il s'est glissé dans la seconde partie de la *Note sur les maladies charbonneuses* par M. Ancelon, insérée dans le n° 4, 10 janvier 1853, deux erreurs typographiques qu'il importe de corriger:

1° Page 15, colonne 2e, ligne 57, au lieu de: siégeant à *l'épiglotte*, il faut lire: siégeant à *l'épigastre;*

2° Même page, même colonne, ligne 99, au lieu de: surtout *après* la catastrophe, il faut lire: surtout *près* de la catastrophe.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 9. — SAMEDI 22 JANVIER 1853. (26e ANNÉE.) N° 9. — SAMEDI 22 JANVIER 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

	Trois mois	Six mois	Un an
Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	8 fr. 50 c.	16 »	30 »
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	9 fr.	17	33
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	10 fr.	20	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

PARIS, LE 21 JANVIER 1853.

Une circulaire importante et offrant un grand intérêt, surtout pour les médecins, vient d'être adressée par M. le ministre de l'intérieur aux préfets des départements. Elle contient de nouvelles instructions relatives au mouvement annuel de la population, comprenant les naissances, les mariages, les décès, la nature des maladies qui ont occasionné les décès, le service médical dans les communes rurales, et surtout la constatation par les médecins des causes déterminantes des décès, afin de pouvoir, comme en Angleterre et en Prusse, établir en France une géographie médicale.

Pour ce qui regarde les naissances, la statistique de 1853 renfermera, de plus que celles des années précédentes, les renseignements relatifs aux naissances doubles ou triples, ainsi que les conformations anormales des nouveaux-nés.

En ce qui concerne les décès, le décret du 4 juillet 1804 est remis en vigueur. Aux termes de ce décret, l'officier de l'état civil doit rédiger l'acte de décès d'un enfant qui lui est présenté mort, « sans qu'il en résulte aucun » préjugé sur la question de savoir s'il y a eu vie ou » mort. »

L'ancienne statistique ne contenait aucune indication pour la répartition des décès selon leurs causes. Les médecins connaissent mieux que personne l'importance d'une pareille indication, et ne pourront qu'applaudir à la sollicitude ministérielle. Leur concours est assuré à l'autorité, et nous croyons pouvoir prendre sur nous de déclarer que nos confrères s'empresseront de satisfaire à ces justes exigences. Nous ne voyons pas pourquoi on n'obtiendrait pas en France ce que l'on a déjà obtenu en Prusse et en Angleterre. Il s'agit ici non-seulement d'une question intéressante au point de vue de la science, mais encore et surtout d'une question de morale publique.

Dans un certain nombre de grandes villes, en France, les médecins appelés à soigner les décédés dans leur dernière maladie sont tenus de remettre aux parents ou aux amis du défunt, qui le déposent entre les mains de l'officier de l'état civil, un bulletin faisant connaître la nature de cette maladie, sa durée et divers autres détails analogues. Il s'agit de généraliser cette mesure et de l'étendre à toutes les communes dans tous les départements.

A partir du 1er janvier 1853, tout docteur en médecine ou officier de santé qui aura donné ses soins dans la dernière maladie à une personne décédée devra remettre aux parents ou aux amis du défunt un bulletin constatant la nature de la maladie ayant occasionné la mort. Il devra en outre exprimer sur ce bulletin le nom scientifique de la maladie et sa dénomination usuelle et familière.

Tous les bulletins seront placés dans les mairies, dans un lieu sûr et à l'abri de toute chance de détérioration, pour qu'ils puissent servir au commencement de l'année suivante à la récapitulation prescrite par la nouvelle instruction.

On indiquera tous les ans le nombre des docteurs en médecine, des officiers de santé, des pharmaciens, des herboristes et des sages-femmes établis dans chaque commune et dans chaque département.

Les précautions nécessaires doivent être prises pour empêcher que les enfants apportés dans les hospices ne soient l'objet d'un double acte de naissance dans la commune natale et dans celle de la situation de l'hospice ; que les individus décédés dans les prisons soient l'objet d'un double acte de décès dans la commune de leur dernière résidence et dans celle de la situation de la prison.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Nous suivons et nous continuerons à suivre, dans ses manifestations diverses, l'influence épidémique actuellement régnante. Nous disons dans ses manifestations diverses, car elle ne se marque pas seulement par le grand nombre des fièvres typhoïdes. La variole, la bronchite (surtout chez les enfants), la diarrhée, l'érysipèle règnent aussi épidémiquement; et malheureusement il nous faut ajouter à cette liste le *choléra ;* car cinq nouveaux cas, dont un s'est terminé par la mort au bout de 24 heures, se sont présentés à l'Hôtel-Dieu. (*Voir* aux nouvelles.)

Fièvre typhoïde.

Dans le service de M. Andral, à la Charité, il y a, sur 54 malades, treize cas de fièvre typhoïde ; savoir : 9 cas dans la salle des femmes, qui compte 32 lits, et 4 dans la salle des hommes, qui est de 22 lits seulement. Dans le service de M. Rayer, également à la Charité, il y a 7 typhoïques sur 40 hommes, et 2 sur 32 femmes. Les deux services réunis donnent, pour un chiffre total de 126 malades, 20 fièvres typhoïdes : un peu moins du sixième. A l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Grisolle, qui compte 96 lits (hommes et femmes), il y a 22 typhoïques (presque le quart), ainsi répartis : 13 hommes sur 40, presque exactement le tiers ; 9 femmes sur 56. En additionnant par sexe les typhoïques des trois services, et en rapportant le total au nombre des hommes et des femmes également des trois services, on trouve : 20 typhoïques sur 120 femmes, et 24 sur 102 hommes. On pourrait donc croire que l'épidémie typhoïde atteint généralement plus d'hommes que de femmes ; mais on ne peut tirer aucune conclusion générale de données aussi restreintes. Nous visiterons un plus grand nombre de services, et nous verrons ensuite à conclure.

C'est dans le service de M. Andral qu'il y a eu dernièrement sept entrants atteints de fièvre typhoïde, morts coup sur coup. Aujourd'hui, des treize cas qui sont dans ce service, aucun n'inspire des craintes immédiatement ; on peut même espérer pour tous une favorable issue. Voilà donc, d'un moment à l'autre, une bien grande différence dans la gravité de la même affection dans le même service. Les 9 typhoïques du service de M. Rayer sont également en bonne voie.

Nous avons dit que, parmi les fièvres typhoïdes observées en ce moment, un assez grand nombre affectent la forme thoracique. Sur les 22 cas de M. Grisolle, 6 ont présenté cette forme, et ce sont les plus graves.

L'affection thoracique ne saurait être considérée comme un élément de la fièvre typhoïde ; c'est une complication, et c'est par cette complication, comme nous l'avons fait remarquer, que se manifesterait l'influence catarrhale régnante. L'aptitude à subir l'influence catarrhale varie suivant les individus, et il dépend de cette aptitude ou diathèse que la fièvre typhoïde soit ou ne soit pas thoracique. Cela revient à dire que, parmi les typhoïques, les uns sont grippés, tandis que les autres ne le sont pas. Dans les épidémies, l'étiologie comprend l'influence extérieure et l'aptitude individuelle ou diathèse.

Erysipèle. — Diarrhée.

Dans le service de M. Jobert (de Lamballe), à l'Hôtel-Dieu, l'influence épidémique se marque par des érysipèles et par des diarrhées. Ce service comprend 75 malades (41 hommes, 34 femmes).

Une femme de trente-deux ans, couchée au n° 2 de la salle Saint-Maurice, a été prise d'érysipèle sept jours après une opération de fistule recto-vaginale, la plaie étant en voie de cicatrisation et les points de suture ayant déjà été enlevés. Malgré le traitement le plus énergique institué dès le début, l'inflammation cutanée s'est étendue depuis les crêtes iliaques jusqu'à trois travers de doigt de la rotule à gauche, jusqu'à six travers de doigt de la rotule à droite. L'érysipèle s'est compliqué bientôt d'une diarrhée abondante ; la langue est sèche. L'état de cette femme est très inquiétant.

Dans la même salle, une jeune fille de dix-huit ans, opérée d'une hydrocèle du cou, est atteinte d'une diarrhée rebelle.

Pareillement, une femme âgée de quatre-vingt-trois ans, entrée à l'hôpital pour une fracture du col du fémur, a la diarrhée depuis le jour de son admission dans le service.

Une infirmière de cette même salle Saint-Maurice a été prise d'érysipèle à la face.

Dans la salle Saint-Côme (salle des hommes du service de M. Jobert) est couché au n° 17 un jeune homme convalescent d'un érysipèle de tout le membre inférieur droit ayant débuté à la région inguinale. Il porte un eczéma à la cuisse de ce côté, et l'année dernière, à pareille époque, il a eu le même érysipèle.

Le malade couché au n° 1 de la même salle, ayant un polype des fosses nasales, a été affecté d'érysipèle de la face cinq jours après son entrée à l'hôpital. La phlogose tégumentaire a été prompte-

---

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité pratique des maladies des nouveaux-nés et des enfants à la mamelle, par le Dr BOUCHUT. (2e édit.)

Les livres qui traitent des maladies du premier âge sont excessivement rares. A peine, parmi les nombreux volumes qui ont été publiés depuis un demi-siècle sur la pathologie des enfants, dont on a fait, nous ne savons trop pourquoi, une spécialité, trouve-t-on deux ou trois ouvrages dans lesquels il soit question des affections auxquelles sont plus particulièrement sujets les nouveaux-nés et les enfants avant la fin de leur première dentition. Et cependant, plus que les autres peut-être, ces maladies méritaient-elles de fixer l'attention des observateurs, principalement à cause de leur expression symptomatique, souvent bien difficile à saisir et à comprendre. Elles le méritaient également sous le rapport de la thérapeutique, qui diffère assez fréquemment de celle que l'on applique chez les adultes, en raison de la constitution des enfants, de leur force de résistance, etc. C'était donc un véritable service que rendait M. Bouchut lorsqu'il y a sept ans il publiait, sous le titre modeste de *Manuel des maladies des nouveaux-nés*, un travail dans lequel il rassemblait les préceptes les plus importants sur ce sujet; et, s'appuyant sur l'expérience des faits, cherchait à établir pour ces êtres débiles, et dont l'existence est encore si frêle, des règles aussi certaines que pour les affections d'un âge plus avancé.

L'intérêt qu'inspirait cette tentative, à laquelle on comptait deux ou trois précédents tout au plus, assura au Manuel de M. Bouchut un rapide succès, et encouragea le jeune auteur à poursuivre ses travaux. Il continua ses recherches avec une nouvelle ardeur, et dès lors, convaincu de l'utilité de l'œuvre qu'il avait entreprise, de la réalité des services qu'il avait rendus et qu'il pouvait rendre encore, il agrandit son cadre, et voilà qu'il nous donne aujourd'hui un Traité complet de toutes les maladies *médicales* et *chirurgicales* auxquelles se trouve exposé l'enfant dans la première période, dans les deux premières années de son existence.

Ce n'est pas sans motif que nous soulignons ces deux mots, *médicales* et *chirurgicales.* Jusqu'à présent on n'avait guère réuni dans un même corps d'ouvrage des affections de nature diverse. La médecine et la chirurgie restaient séparées et distinctes; une exception existait seule dans la *Bibliothèque du médecin-praticien* de M. le docteur Fabre. Incidemment, on en traitait bien çà et là dans les livres consacrés à la pathologie chirurgicale des adultes ; et si quelque cas un peu douteux se présentait au praticien, il était obligé, pour trouver un renseignement, un conseil, de feuilleter, souvent en vain, de volumineux mémoires épars dans les recueils périodiques, dans les dictionnaires, dans les comptes-rendus des sociétés savantes. Au point de vue de la pratique, M. Bouchut a pensé, comme M. Fabre, qu'il y aurait avantage à réunir la chirurgie des nouveaux-nés et des très jeunes enfants à la médecine du même âge; et par chirurgie des nouveaux-nés, nous entendons les opérations qui doivent se pratiquer sur l'enfant immédiatement ou très peu de temps après la naissance, celles qui ont pour but de remédier au bec-de-lièvre, pas exemple, à l'imperforation de l'anus, du prépuce, du gland, etc.

Nous n'avons pas dessein de revenir sur la première édition du Traité de M. Bouchut, nous ne voulons insister que sur les nouveaux chapitres dont il l'a enrichi, et qui constituent un livre tout à fait neuf et original. Rappelons cependant en deux mots l'ordre qu'il a suivi dans la distribution des matières.

C'est par l'hygiène, cette partie si essentielle de l'éducation physique de l'enfance, que commence M. Bouchut, et l'on pourra dire avec vérité qu'il prend son sujet *ab ovo;* car son premier chapitre renferme des conseils relatifs aux soins que doit prendre la femme pendant sa grossesse à l'égard de son enfant. Une fois celui-ci venu au monde, la question de l'allaitement se présente, soit par la mère, soit par une nourrice étrangère. L'auteur énumère les qualités d'une bonne nourrice, enseigne les moyens de la reconnaître autant qu'il est possible, examine et compare les qualités du lait dans les diverses femmes, qualités qui se modifient suivant une foule de circonstances, et aborde enfin les questions si importantes du régime, des habitudes à donner à l'enfant et du sevrage.

La deuxième partie comprend la pathologie générale de l'enfance, des considérations générales sur les maladies de la première enfance et sur les moyens de les reconnaître. Nous avons remarqué une étude fort bien faite et très étendue des moyens de l'expression chez l'enfant.

La troisième partie renferme le pathologie spéciale, et ici M. Bouchut a introduit un changement dans l'ordre suivant lequel sont disposées ordinairement les matières dans les traités de pathologie.

Ce n'est plus suivant leur nature qu'il étudie les maladies, mais par régions et par appareil. S'il est moins logique que le premier, il est préférable ici en ce sens qu'il facilite les recherches; et d'ailleurs, il aurait été peut-être fort difficile, sinon même impossible, d'exécuter convenablement un ouvrage de la nature de celui-ci autrement que ne l'a fait M. Bouchut, puisqu'il voulait y faire entrer et la médecine et la chirurgie. Il aurait donc fallu établir deux grandes divisions préalables, médecine d'une part, et chirurgie de l'autre ; et ne sait-on

ment enrayée par l'application de la pommade au nitrate d'argent.

Le malade du n° 7, en traitement pour un rétrécissement de l'urètre depuis un mois, a offert quelques prodromes tels que rougeur légère au périnée, céphalalgie, nausées, bouche pâteuse : 1 gramme d'ipécacuanha administré opportunément a empêché les accidents de se développer.

Enfin, le malade du n° 8, atteint de cancer du maxillaire inférieur et du plancher de la bouche, était depuis deux jours seulement à l'hôpital, lorsqu'il éprouva de la céphalalgie, des nausées, des coliques et de la diarrhée, plus un mouvement fébrile intense. Une saignée, un vomitif, les opiacés à petite dose ont fait disparaître ces symptômes. Aujourd'hui le malade est dans un état satisfaisant, et il pourra incessamment être opéré.

Nous devons des remercîments à M. Gallard, interne du service de M. Jobert, pour l'obligeance qu'il a mise à nous renseigner sur ces différents cas.

Du traitement de la colique de plomb par les bains savonneux et les préparations de fer.

On sait avec quelle facilité ont lieu les récidives des accidents saturnins; alors même que le malade s'est à peine exposé pendant quelques jours à de nouvelles émanations toxiques. On sait aussi que les rechutes se voient parfois dans la colique de plomb, puisque M. Tanquerel-Desplanches les a notées au moins une fois sur vingt. Ces accidents s'expliquent sans peine par la présence dans l'économie de particules métalliques non encore éliminées; mais la lenteur de l'élimination, la facilité avec laquelle se reproduit cette série de symptômes si graves qui caractérisent l'intoxication saturnine, ne peuvent-ils pas être attribués en partie au traitement qui est le plus souvent employé ?

En général, quand à l'aide de purgatifs répétés et de narcotiques on a rétabli le cours des selles et calmé les douleurs, quand on a donné aux malades quelques bains sulfureux, on les renvoie sans réfléchir que si l'on a satisfait aux indications les plus pressantes, on on ne les a pas guéris réellement. Presque toujours en effet ils conservent un certain degré d'anémie, et l'appareil hépatique reste imprégné d'une certaine quantité de plomb qui révèle plus tard sa présence par les accidents les plus graves. Ainsi que l'ont démontré les expériences de M. Bouchardat chez les individus saturés de plomb, le poison absorbé soit par la peau, soit par une autre voie, se confine dans la circulation hépatique, est sécrété avec la bile, et versé dans le duodénum; une petite portion est éliminée avec les matières fécales, tandis que la plus grande partie est de nouveau absorbée et amène ainsi une intoxication continue. Pour obvier à ces graves inconvénients, M. Sandras, à l'hôpital Beaujon, a recours, dans la colique de plomb, à un mode de traitement qu'il généralise d'ailleurs à presque tous les accidents saturnins, et à l'aide duquel nous l'avons vu obtenir des succès incontestablement plus rapides que par les autres méthodes.

Et d'abord, aux bains sulfureux, dont la seule action est de transformer le plomb en un sulfure insoluble, il est vrai, mais qui reste adhérent à la peau, en couches noirâtres, qui peuvent finir par être décomposées et absorbées, il substitue les bains savonneux qui dissolvent sans peine toutes les molécules de plomb dont la peau est imprégnée, et éliminent déjà cette première cause d'intoxication. Puis, dès le premier jour, tout en ayant soin d'entretenir la liberté du ventre à l'aide de lavemens purgatifs, il administre au malade d'une manière persévérante les préparations ferrugineuses, et surtout l'hydrate de persulfure de fer. Ce médicament possède ici une double action. Introduit chaque jour dans l'estomac en quantité suffisante (deux cuillerées), il arrive dans l'intestin grêle et transforme en sulfure de plomb insoluble le composé soluble que le foie sécrète incessamment; et, d'un autre côté, le fer devenu libre développe son action tonique et reconstituaute, et combat avec avantage cette anémie qui se développe si rapidement chez les individus soumis aux émanations saturnines, et devient la cause première des graves accidents que l'on observe plus tard chez eux.

L'emploi des purgatifs, toujours utile dans la colique de plomb, ne doit donc pas constituer toute la thérapeutique de cette affection, et l'on se tromperait en pensant que la disparition des douleurs soit liée d'une manière intime à la disparition de la constipation : dans le service de M. Sandras, il se trouve plusieurs malades atteints d'affections de ce genre; un, entre autres, chez lequel une colique de plomb des plus intenses a cédé en deux jours à ce mode de traitement, et n'a pas reparu malgré une constipation de six jours. Ce malade a quitté l'hôpital après y avoir séjourné onze jours, et pendant ce temps on a pu voir sous l'influence des préparations ferrugineuses les forces revenir rapidement, la figure se colorer, les douleurs disparaître : ce cas nous a frappé comme un exemple remarquable de succès obtenu par une méthode de traitement dont une longue pratique a sanctionné l'importance.

Polype pharyngien. — Excision.

M. le professeur Nélaton a opéré d'après sa méthode le jeune homme affecté de polype pharyngien, dont nous avons parlé dans le numéro du 13 de ce mois. Par suite d'une disposition particulière dont nous allons rendre compte, l'opération n'a pas été exécutée en tous points d'après les préceptes exposés par ce professeur. Dans le premier temps de l'opération, après avoir fendu le voile du palais, l'opérateur devait, prolongeant l'incision en avant, diviser la membrane palatine d'une manière complète, afin d'obtenir un décollement parfait. Appuyant avec force sur le bistouri, afin d'arriver jusqu'à l'os, il s'aperçut qu'il divisait la voûte palatine dans toute son épaisseur, et que les parties osseuses avaient été *absorbées* par suite de la compression lente et continuelle de la tumeur, et absolument par le même mécanisme qui s'accomplit sur le tissu des os qui avoisinent les tumeurs anévrismales. Il continua l'incision d'arrière en avant; puis, l'incision transversale pratiquée, il put, en écartant les lambeaux latéraux, comme on ouvre une porte à deux battants, découvrir toute la partie antérieure du polype. Cette première partie de l'opération fut donc plus facile; car, comme on le voit, il n'y a pas eu lieu de faire de résection osseuse.

Toutefois cette disposition, favorable au premier abord, n'a pas laissé que de présenter quelques difficultés quand il a fallu agir sur la tumeur. Les deux portions de la voûte incisée présentaient une rigidité, une élasticité, en vertu de laquelle elles tendaient continuellement à reprendre leur direction normale, et à venir fermer l'ouverture en se rapprochant; et l'on comprend que la nécessité de les tenir écartées, soit avec les doigts, soit avec les pinces introduites dans la bouche, ait pu apporter quelque obstacle à la rapidité de l'exécution. Néanmoins l'opération s'est terminée heureusement.

La tumeur, d'un diamètre de 5 centimètres environ, formée par un tissu extrêmement dense, supportée par un pédicule très épais, se trouvait dans des conditions telles que l'arrachement à l'aide de pinces était impossible; la largeur du pédicule, le volume et la densité de la tumeur devaient faire craindre une hémorrhagie abondante.

L'expérience démontre, en effet, que ces tumeurs reçoivent par leurs racines des vaisseaux d'un calibre quelquefois considérable, et maintenus ouverts, quand on a opéré la section, par la densité du tissu qui fait corps avec leurs parois.

La tumeur, saisie à l'aide d'une ligature, a été attirée en avant et excisée avec le bistouri et des ciseaux courbes. La perte de sang a été peu considérable, la douleur peu vive. Le lendemain de l'opération, à la visite, le malade n'avait pas de fièvre; la peau était fraîche, la respiration s'effectuait facilement; la déglutition des potages au tapioka, que le malade prenait avec appétit, ne provoquait que peu de douleur. Il est donc, comme on le voit, dans les meilleures conditions.

Pour faciliter l'extraction de ce qui reste du pédicule, M. Nélaton a pensé à le fragmenter par des incisions multiples à l'aide de ciseaux très recourbés sur leur tranchant et très pointus, afin d'arriver plus sûrement jusqu'à l'os; de cette manière on pourra agir sur de petites tumeurs distinctes et présentant séparément moins de résistance que la masse entière du pédicule.

Nous reviendrons sur ce fait intéressant et tiendrons nos lecteurs au courant du traitement qui sera mis en œuvre.

HOPITAL D'OSTENDE. — M. L. VERHAEGE.

Sur un nouveau procédé opératoire pour la guérison des ruptures complètes du périnée. (Périnéo-synthèse de M. Langenbeck.)

« Pour bien saisir la partie la plus importante du nouveau procédé opératoire que j'exposerai tout à l'heure, celle qui lui imprime son cachet d'originalité et en fait une vraie opération autoplastique, il est important de bien se rappeler les dispositions anatomiques des parties qui entrent dans la composition du périnée, et surtout celles de la cloison recto-vaginale, parce que c'est celle-ci qui doit fournir le lambeau destiné à la reconstruction d'une partie essentielle du nouveau périnée.

» Il entre dans la structure du périnée de la femme : 1° la peau; 2° une partie du fascia superficiel; 3° les muscles constricteurs du vagin, sphincter de l'anus et transverse du périnée; 4° du tissu cellulo-vasculaire. Les fibres de ces muscles convergent toutes en quelque sorte vers un centre commun, placé entre l'orifice du rectum et celui du vagin, où elles trouvent leur point d'attache. Il résulte de cette disposition que lorsque ce centre est divisé, ce qui a lieu nécessairement dans une déchirure complète, ces muscles, par leur contraction, tendent sans cesse à séparer de plus en plus les deux côtés de la division, mettant ainsi un obstacle permanent à leur réunion spontanée.

» La cloison recto-vaginale résulte de l'adossement de la paroi postérieure du vagin à la paroi antérieure du rectum. Cet adossement a lieu au moyen d'un tissu cellulo-vasculaire d'apparence feutrée, sensiblement plus abondant en bas qu'en haut, d'où résulte une plus grande épaisseur de la partie inférieure que de la partie supérieure de la cloison. Lorsqu'on écarte les lèvres de la rupture, on voit la paroi postérieure du vagin présenter une convexité saillante marquée de plis transversaux et rude au toucher. Pour peu que la rupture soit ancienne, cette partie s'hypertrophie par suite de son contact presque constant avec les matières irritantes qui passent librement du rectum dans le vagin.

» C'est à partir de la hauteur de la pointe du coccyx environ que l'intestin se porte obliquement en arrière et le vagin obliquement en avant; de cet écartement résulte un espace triangulaire dont la base est à la peau du périnée et le sommet au point où les deux anneaux s'unissent entièrement; ce côté antérieur est naturellement formé par la paroi postérieure du vagin, et le côté postérieur par le rectum. Les muscles du périnée et du tissu cellulo-vasculaire abondant remplissent cet espace qui doit être envisagé comme le véritable périnée. C'est cet espace, triangulaire que M. Langenbeck a cherché à reconstituer au moyen de son procédé ingénieux, auquel le nom de *périnéo-synthèse* me semble parfaitement convenir.

Description du procédé opératoire de M. Langenbeck. — « Il est entendu que ce procédé n'est applicable qu'aux ruptures anciennes; car dans les déchirures récentes on n'a qu'à rapprocher les tissus divisés pour reconstituer le périnée. Tous les moments ne sont pas également favorables pour entreprendre l'opération : il faut qu'elle soit faite les premiers jours qui suivent la cessation d'une époque mensuelle, par la raison qu'alors on a généralement devant soi un laps de temps pendant lequel la réunion pourra se faire avant de voir arriver un nouvel écoulement. La grossesse est une contre-indication absolue, de même que la lactation; une leucorrhée abondante, une diarrhée où l'inflammation et la suppuration des tissus sur lesquels on devra opérer seront d'abord combattues avant de rien entreprendre. Il devra en être de même à l'égard d'une dyscrasie si un pareil état constitutionnel existe chez la femme.

» Les préparatifs de l'opération consistent en quelques bains de siége, en injections vaginales, un purgatif administré la veille et un ou deux lavements le matin même du jour auquel l'opération est faite. La vessie devra aussi être vidée par la sonde immédiatement avant de commencer, et les grandes lèvres ainsi que le périnée débarrassés des poils qui pourraient contrarier la réunion.

» La femme devra être couchée sur le bord d'une table *garnie* d'un matelas et d'alèzes, en face d'une croisée, les cuisses et les genoux fléchis et écartés comme pour la lithotomie. Des aides en nombre suffisant la maintiendront immobile dans cette position. L'opérateur sera assis sur un siége suffisamment élevé afin de ne point être gêné durant l'opération. Les instruments dont il aura besoin sont : 1° des ciseaux droits courbés sur le plat; 2° une pince à disséquer dite à dents de souris; 3° un petit scalpel convexe, étroit et bien effilé; 4° des pinces à torsion; 5° des aiguilles courbes de diverses grandeurs, les unes munies de fils doubles, les autres, celles de Wutzer, de fils quadruples formant des liens aplatis comme de petits rubans; 6° quelques fortes épingles de Carlsbad pour la suture entortillée; 7° un porte-aiguille que l'on peut remplacer avantageusement par une pince d'horloger; 8° enfin des éponges, de l'eau, etc.

» L'opération peut se diviser en plusieurs temps, savoir : 1° l'avivement du bord libre ou éperon de la cloison recto-vaginale; 2° le dédoublement de la cloison et la formation d'un lambeau destiné à former, dans le nouveau périnée, le côté antérieur de l'espace triangulaire dont il a été question plus haut; 3° l'avivement des deux lèvres de la déchirure; 4° le placement des sutures; 5° les deux incisions semi-lunaires dites de Dieffenbach, faites une de chaque côté des parties sur lesquelles on a opéré afin de soustraire celles-ci à des tiraillements nuisibles.

» Pour aviver le bord libre de la cloison, on introduit dans le

---

pas qu'il est certaines affections qui sont sur les confins de l'une et de l'autre, et qu'il serait fort difficile de se prononcer sur la question de savoir à laquelle des deux branches elles appartiennent ?

Nous ne pouvons avoir la prétention de suivre pas à pas l'auteur dans la description des maladies de tous les appareils; nous nous contenterons de citer rapidement les points sur lesquels ont principalement porté ses additions, et qui font de cette deuxième édition un livre tout à fait nouveau.

Parmi les maladies de la tête, nous voyons d'abord les céphalœmatomes, l'hydrorachis, l'hémiplégie faciale, le tétanos, le *phréno-glottisme*, dénomination nouvelle sous laquelle M. Bouchut veut désigner le spasme de la glotte, qui n'est autre chose, suivant lui, qu'une affection convulsive et intermittente de la glotte et du diaphragme. Pour le dire en passant, nous eussions préféré que M. Bouchut conservât le nom de spasme de la glotte; l'expression qu'il propose de lui substituer se fait difficilement comprendre et n'a pas sur la première un avantage bien marqué, car, pas plus qu'elle, elle n'est explicite sur la nature de l'affection. Nous ne sommes pas adversaire déclaré de tous les néologismes; mais nous ne les admettons que lorsqu'ils nous paraissent véritablement utiles, et ici, que l'auteur nous le pardonne, nous n'en concevons nullement la nécessité.

Le bec-de-lièvre, l'invagination, l'hémorrhagie intestinale, les polypes du rectum, la fissure anale, la péritonite font le sujet d'articles étendus et bien complets. Il n'est pas besoin de dire que M. Bouchut se rallie pleinement à cette opinion qui veut que l'on opère le bec-de-lièvre le plus tôt possible après la naissance, méthode qui offre toujours des résultats plus complets que l'opération pratiquée plus tard et laisse une difformité moindre chez les individus qui présentaient ce vice de conformation. Il est à regretter que M. Bouchut, dans la description qu'il donne du procédé opératoire, n'ait pas mentionné la modification ingénieuse introduite par le docteur Phillips dans le but de maintenir les parties rapprochées, même dans les cas où les enfants après l'opération se livreraient à des cris que l'on ne pourrait arrêter. Cette modification si simple consiste à passer à travers les narines, à la naissance du pli naso-labial, une épingle en platine ou en argent, à chaque extrémité de laquelle est fixé un petit morceau de liége. Ces morceaux de liége sont rapprochés des ailes du nez, que l'on comprime suffisamment par ce moyen, et maintenues en place par une courbure en forme de crochet que l'on imprime au fil métallique.

Les maladies des organes génito-urinaires, certaines affections de la peau particulières aux enfants, telles que le nævus, les pieds-bots, les fractures et les maladies de croissance, trouvent leur place dans ce volume.

Un des chapitres les plus importants est celui qui traite de la syphilis chez les nouveaux-nés, immense question qui méritait d'être étudiée avec le plus grand soin et à laquelle M. Bouchut a en effet donné tous les développements désirables. Il a examiné et décrit scrupuleusement les manifestations premières de la syphilis héréditaire chez les enfants, l'époque d'apparition de ces accidents et les moyens de les combattre. Puis il aborde une question fort importante dans la pathologie de la première enfance, celle de la transmission de la vérole constitutionnelle, des accidents secondaires du nourrisson à la nourrice. En lisant avec attention ce chapitre, en pesant les faits sur lesquels M. Bouchut appuie son argumentation, on reconnaît bien vite combien sa conviction a eu de peine à se former, combien elle est pour ainsi dire hésitante encore et peu assurée.

M. Bouchut conclut à la possibilité de la transmission des accidents secondaires de l'enfant à la nourrice. D'après tout ce que nous avons vu et lu, d'après l'analyse minutieuse des cas rapportés par l'auteur, il nous paraît difficile de partager sa manière de voir. Si sur quelques points de la doctrine de M. Ricord, et en particulier sur la question de transmissibilité des accidents secondaires, il nous est survenu quelques doutes dans l'esprit, ce n'est à coup sûr pas dans ce qui a trait au même sujet chez les enfants. Ici la non-transmission nous semble parfaitement démontrée, et nous sommes persuadé que M. Bouchut finira par revenir sur cette manière de voir, qui ne peut être définitive tant qu'elle ne sera pas étayée sur des preuves plus irréfragables.

Dans tout le cours de son ouvrage, M. Bouchut a eu l'originale mais excellente idée de résumer sous forme d'*aphorismes* placés à la fin de chaque chapitre les principaux points de l'histoire de chaque maladie et de graver ainsi dans la mémoire du praticien au moyen d'une phrase concise certains faits ou certaines idées dont le souvenir est indispensable dans l'étude et le traitement des maladies de l'enfance.

Enfin, un formulaire contenant près de 200 articles termine le livre de M. Bouchut, duquel nous ne pouvons dire qu'une chose, et nous prions nos lecteurs de ne pas regarder ceci comme un éloge banal, c'est que ce sera un des ouvrages qui rendront le plus de services aux médecins qui le consulteront, et que son utilité serait encore plus générale si l'auteur publiait à part, à l'usage des mères de famille les sages et pratiques conseils qui forment toute la première partie.

Dr A. FOUCART.

rectum les deux premiers doigts de la main gauche pour tendre les parties transversalement; puis, au moyen de ciseaux, on enlève un liséré très-mince comprenant toute l'épaisseur de l'éperon. On pourrait aussi saisir celui-ci avec une pince à dents de souris au lieu de le tendre avec les doigts tenus dans l'intestin. Cela fait, on passe au deuxième temps, qui est sans contredit le plus difficile de toute l'opération. Les deux doigts restés dans le rectum pour tendre la cloison, on fait sur la face interne de celle-ci une incision semi-circulaire, dont la convexité passe à deux ou trois lignes du bord inférieur de la cloison; le scalpel un peu convexe et bien affilé dont on se sert pour cette partie de l'opération doit être conduit d'une main bien légère afin de n'intéresser que la membrane muqueuse du vagin et un tant soit peu du tissu sous-muqueux, évitant à tout instant de pénétrer dans le rectum; puis, saisissant la lèvre supérieure de cette incision avec une pince à dents de souris, on la sépare de la couche profonde, par une dissection soignée, dans une hauteur de six lignes environ et dans toute l'étendue de la largeur de la cloison. On dédouble ainsi celle-ci en deux lames, dont une antérieure, vaginale, et une postérieure ou rectale. L'épaisseur de la cloison, étant normalement plus grande à sa partie inférieure et encore augmentée par l'état d'hypertrophie dans lequel cette partie se trouve habituellement à la suite d'une déchirure périnéale complète et ancienne, facilite singulièrement ce dédoublement. La portion de lame rectale est destinée à rester en place pour fermer le rectum; l'antérieure, au contraire, est destinée à être ramenée en avant pour être fixée par ses angles à la partie antérieure du nouveau périnée, de chaque côté. Elle formera ainsi un plan incliné dirigé en bas et en avant, espèce de valvule qui fera à l'égard du nouveau périnée ce que l'épiglotte fait à l'égard de la glotte, c'est-à-dire qu'elle empêchera les liquides du vagin de venir en contact avec les parties nouvellement réunies.

» On procède ensuite à l'avivement des deux côtés de la déchirure. Pour cela on circonscrrit, au moyen du petit scalpel, à la face interne de chaque lèvre successivement, un espace quadrilatère un peu allongé dans le sens antéro-postérieur, de la vulve vers l'anus, en évitant d'empiéter sur la muqueuse du vagin en haut, et sur la peau extérieure en bas. En avant, l'incision ne doit dépasser ni rester au delà du point où, dans l'état normal, se trouve la commissure postérieure de la vulve; en arrière elle doit se confondre avec le côté correspondant de l'avivement des côtés de l'éperon : aucun intervalle non avivé ne doit exister entre eux. En général, cet espace quadrilatéral doit avoir un pouce et demi de long sur trois quarts de pouce de large. On le saisit alors par l'un ou l'autre de ses bords avec la pince, et on le détache, sous forme d'une lame de tissu très-mince, au moyen de quelques coups de ciseaux ou de scalpel, suivant le choix de l'opérateur. Si quelques petites portions du fond avaient échappé à l'avivement, on les saisirait successivement avec la pince et on les enlèverait au moyen de ciseaux courbes sur le plat. Il est de la plus haute importance qu'à ce moment des aides écartent successivement chacune des grandes lèvres afin de bien exposer toute la surface sur laquelle on opère.

» Lorsque tout aura été bien avivé et que tout écoulement sanguin aura cessé, soit spontanément, soit à la suite de la torsion des petites artérioles, on procédera au quatrième temps de l'opération. La suture destinée à fermer le rectum est placée la première. Ici il suffit d'une aiguille courbe ordinaire, plutôt mince que large, munie d'un fil double. On la saisit par le porte-aiguille et on la fait pénétrer dans la peau à gauche du bord antérieur de l'anus et à quatre ou cinq lignes du bord de la plaie, de manière à la faire sortir sur le bord avivé de l'éperon de la cloison, à la distance de deux lignes environ à gauche du point du milieu; puis on l'enfonce sur le même bord, à la même distance à droite du milieu, pour la faire ressortir à un point de la peau du côté opposé correspondant à celui par où on l'avait fait entrer. En tirant un peu sur les deux extrémités de ce lien, on voit de suite que l'éperon, de transversal qu'il était, se plie dans le sens vertical en deux portions égales, lesquelles se mettent aussitôt en contact par leur bord saignant sur la ligne médiane. Le rectum se trouve ainsi fermé. Ce lien ainsi tendu est confié à un aide, et l'on procède au placement des autres sutures destinées à la réunion du périnée proprement dit. Pour cela trois ou quatre points de suture entrecoupée sont nécessaires : les aiguilles de M. Wutzer conviennent parfaitement pour cette partie de l'opération. Les liens sont placés successivement en commençant par celui qui est le plus rapproché de l'anus, ayant soin de laisser entre chaque point de suture un intervalle de quatre lignes environ. Les aiguilles doivent pénétrer dans les chairs à une distance de quatre à six lignes du bord de la plaie et comprendre le fond de celle-ci sans cependant empiéter sur la muqueuse du vagin. Après qu'elles ont fait ce long trajet, on les fait sortir des chairs à un point du côté opposé correspondant exactement, quant à sa distance, du bord de la plaie et à son niveau, à celui par où elles étaient entrées. Les aiguilles très-longues présentent cet avantage de pouvoir traverser d'un trait les tissus, de gauche à droite, en comprenant toute l'épaisseur nécessaire.

» Après avoir placé ainsi tous les liens qu'on a soin de ne pas serrer encore, on passe à un autre point, qui consiste à fixer la lame ou portion vaginale de la cloison, restée pendante jusque-là, à la partie antérieure des deux lèvres de la division avivée. Pour cela on se sert de petites aiguilles courbes munies d'un fil double. Deux ou trois points de suture suffisent pour chaque côté. A cet instant même on voit le but auquel étaient destinés le dédoublement de la cloison et la formation d'un petit lambeau de son tissu. Celui-ci, étant fixé comme il vient d'être dit, forme un plan incliné en bas et en avant qui recouvre, à l'instar d'une voûte, les parties essentielles de l'opération, obligeant en même temps tous les liquides sécrétés dans le vagin à couler vers la vulve sans pouvoir s'infiltrer dans l'interstice de la réunion. Il reconstitue, en d'autres termes, le côté antérieur de l'espace triangulaire que l'on a vu plus haut former le périnée normal.

» Arrivé à ce moment, on serre successivement les liens du périnée en commençant par celui placé du côté de l'anus. Chaque lien doit être serré avec un certain degré de force, en évitant que les bords de la plaie ne se replient en dedans, ce qui pourrait nuire à la réunion. Il peut être bon de placer dans l'intervalle de la première et de la deuxième suture, en comptant de la commissure postérieure de la vulve, un point de suture entortillée, en se servant pour cela d'une forte épingle de Carlsbad, dont les pointes sont ensuite coupées très près de la peau, afin de ne pas la blesser.

» Enfin, pour que les parties ainsi réunies ne soient pas exposées à subir une trop forte tension, qui nuirait incontestablement au succès de l'opération, on fait de chaque côté, à une distance de trois quarts de pouce environ des sutures, une incision semi-lunaire dont la concavité regarde vers le nouveau périnée. Ces incisions ne doivent intéresser que la peau et le tissu cellulaire sous-cutané; conseillées par Dieffenbach, ces incisions amènent un relâchement considérable, et il en résulte que le nouveau périnée se trouve en quelque sorte isolé des parties voisines; de sorte que la femme pourra se soulever et se tourner dans le lit sans que ces mouvements puissent avoir la moindre influence sur la partie du milieu.

» Les parties étant soigneusement lavées, on applique, pour tout pansement, des compresses trempées dans de l'eau fraîche que l'on renouvellera souvent. La femme est portée dans son lit, où elle sera couchée sur le dos, les genoux légèrement rapprochés et maintenus par un mouchoir plié en cravate. Je me suis bien trouvé de coucher l'opérée sur un coussin hydrostatique en fer à cheval de Hooper. Comme ces coussins ne s'enfoncent pas, ils permettent de faire des injections vaginales, de pratiquer le cathétérisme et d'inspecter les sutures sans être obligé de déplacer la femme.

» *Soins consécutifs.* — Ces soins sont nombreux et d'une importance telle, que la moindre négligence à l'égard de l'un d'eux pourrait compromettre le succès des efforts les mieux entendus. Des compresses trempées dans de l'eau fraîche seront constamment appliquées contre le périnée. On fera des injections fréquentes dans le vagin avec une infusion de camomille. Le cathétérisme sera pratiqué toutes les fois que la femme éprouvera le besoin d'uriner. Il ne peut lui être permis à aucun prix de satisfaire ce besoin sans la sonde, et l'on se tromperait étrangement en s'imaginant qu'il suffirait de laver le périnée immédiatement après; car, dit Dieffenbach, il suffirait que l'urine eût touché les parties nouvellement réunies pour faire échouer l'opération. Le cathétérisme doit être pratiqué jusqu'à la parfaite réunion.

» L'opérée ne prendra que de l'eau d'orge ou de riz, un peu de bouillon au riz ou au vermicelle. Après les deux ou trois premiers jours on accordera du riz au lait, des laits de poule et d'autres substances analogues propres à soutenir suffisamment les forces. Il est important d'éloigner autant que possible le moment d'une première garde-robe. C'est dans cette intention que l'on prescrira, à commencer aussitôt après l'opération, de prendre deux ou trois fois par jour un quart de grain ou un demi-grain d'opium. En Angleterre on semble ne pas attacher à la prolongation de la constipation autant de prix qu'on le fait sur le continent, et dès le lendemain de l'opération on administre de légers purgatifs pour provoquer journellement une ou deux selles. Dieffenbach blâme cette manière d'agir, qui ne peut qu'exposer, par le passage fréquent des matières fécales, à la non-réunion des parties.

» Après trois jours on peut commencer déjà à ôter l'une ou l'autre des sutures; on retire d'abord les épingles, si on a été obligé d'en placer. Le lendemain, on enlève avec soin un ou deux liens, ordinairement ceux du milieu; puis le jour suivant on en retire un ou deux autres, et enfin le septième jour on ôte le dernier, c'est-à-dire celui qui est placé le plus près de l'anus. Les sutures qui fixent le lambeau de la cloison recto-vaginale dans la partie antérieure de la plaie ne sont enlevées que lorsqu'on peut y atteindre sans trop de difficulté. A dater du moment où l'on commence à enlever les sutures, on couvrira les parties de plumasseaux trempés dans l'eau de Goulard. Les injections vaginales pourront aussi être faites avec ce même liquide.

» Il est fortement à désirer que le besoin de la première défécation ne se fasse sentir qu'un jour ou deux au moins après que le dernier lien aura été enlevé. Dès que la femme éprouvera ce besoin, elle en avertira le chirurgien, afin qu'il prenne des précautions pour que la sortie des matières fécales, ordinairement durcies, ait lieu sans danger pour le nouveau périnée. Quelques demi-lavements d'une infusion de graine de lin avec beaucoup d'huile d'olive administrés, la femme restant couchée sur le dos, parviennent généralement à ramollir les matières. Si, malgré ces soins, il arrivait que celles-ci se présentassent dures et volumineuses, il faudrait en favoriser la sortie au moyen d'une petite curette qui les diviserait convenablement. Dans tous les cas, il est de la plus haute importance de soutenir le périnée au moment de leur passage. Le chirurgien lui-même ou un aide bien intelligent se chargeront de cette besogne ; car ce moment est le plus critique, et la moindre négligence pourrait être suivie d'un éraillement partiel ou total des parties encore faiblement réunies. Une fois que la première défécation a eu lieu, on favorisera la liberté du ventre par des lavements ou de légers minoratifs. Dès ce moment aussi la nourriture sera plus substantielle et plus abondante.

» Il arrive quelquefois que la réunion ne réussit pas dans toute l'étendue du nouveau périnée; l'un ou l'autre lien des sutures peut avoir coupé les chairs. Dans ces cas, les parties réunies formeront des brides ou espèces de ponts qui maintiendront le reste dans un état de rapprochement. Alors les parties béantes se remplissent de granulations, et la cicatrisation, quoique lente, finit par y acquérir autant de solidité qu'ailleurs.

» Souvent il arrive que les bords de la division restent séparés près de l'anus ou qu'ils s'y éraillent un peu au moment de la première garde-robe. Il semble alors qu'on ait pratiqué à la malade l'opération de la fistule à l'anus; le fond de la plaie s'y remplit de granulations, et la cicatrisation, à laquelle on aide singulièrement par l'attouchement du nitrate d'argent, marche du fond vers la peau.

» Un autre accident que l'on remarque quelquefois, c'est la persistance d'une petite fistule recto-vaginale. La cautérisation parvient le plus souvent à la guérir. Cependant chez une de ses opérées Dieffenbach dit avoir eu recours à l'avivement des bords de la fistule suivie de quelques points de suture. »

M. Seutin, lors de la discussion académique sur ce mémoire, a fait l'observation suivante : « Je crois, a-t-il dit, comme tous les auteurs qui ont été cités, que dans l'opération de la périnéoraphie l'urine et les lochies sont les agents les plus nuisibles à la guérison et produisent ordinairement des accidents consécutifs; ni le coucher sur le ventre, ni le séjour de la sonde dans le canal ne suffisent pour les conjurer : il faut empêcher qu'une ou deux gouttes d'urine ne viennent irriter les bords de la plaie et mettre obstacle à la cicatrisation. Je pense donc qu'en sondant la femme il faut avoir soin de boucher la lumière de la sonde et de ne retirer celle-ci qu'en tenant le doigt indicateur ou le pouce sur la lumière; si l'on ne prend pas cette précaution, l'air vient refouler les quelques gouttes d'urine qui existent encore dans l'intérieur de la sonde et la plaie en est imprégnée. »

CHOLÉRA-MORBUS. — MORT.

(Observation communiquée par M. Machelard.)

C'est par erreur que dans notre dernier numéro nous avons parlé d'un cas de choléra observé par le docteur Foucart dans sa pratique. Ce fait, qui s'est terminé par la mort, a été vu par M. Foucart chez un malade de M. Machelard, qui a bien voulu lui en communiquer l'observation.

Le sujet de l'observation était un homme de quarante-neuf ans, d'une complexion vigoureuse, d'un tempérament lymphatico-sanguin, habituellement d'une bonne santé, exerçant la profession de matelassier.

Dans la matinée du 26 octobre, pendant qu'il se livre dans les magasins de son patron à ses occupations ordinaires, il est pris, sans l'intervention d'aucune cause appréciable, d'un frisson violent et prolongé, auquel viennent bientôt s'ajouter un état général de malaise et une diminution notable des forces. Un certain intervalle de repos n'ayant pas suffi pour dissiper son abattement, le sujet n'en continua pas moins son travail. Dans le courant de la journée, une toux sèche et légère se déclare, sans s'accompagner de point de côté; il y a un peu d'oppression, l'anorexie est presque complète. Le malade, dont le régime a été très modéré, prend à son retour chez lui quelques tasses d'une tisane adoucissante. La nuit est peu satisfaisante; il y a eu de l'agitation; le sommeil a fait presque entièrement défaut.

Le lendemain 27, l'état de la veille persiste. Malgré son affaiblissement, le malade retourne à son atelier; il mange plusieurs potages, perd ses forces et respire difficilement. La nuit est mauvaise; il y a transpiration.

Le 28, le malade retourne à ses occupations; mais il est pris de défaillance et d'un vomissement. Il rentre chez lui la peau humectée d'une sueur froide. Il me fait appeler; je constate l'état suivant :

Le décubitus est dorsal; la face est fatiguée, empreinte d'un certain abattement; les traits ont perdu de leur animation. Le malade est anéanti. Les frissons ont cédé; la température de la peau est rétablie; le pouls est peu fréquent; soif modérée; perte d'appétit. Percuté, le thorax résonne bien partout, et le bruit respiratoire s'entend également dans tous les points. Dans le doute sur la véritable nature de la maladie, je conseillai de continuer l'emploi des agents extérieurs destinés à maintenir le rétablissement de la chaleur cutanée; à la boisson pectorale et diaphorétique j'ajoutai un julep gommeux, diacodé, et deux bouillons.

Le lendemain 29, les accidents se sont aggravés; les traits sont altérés, les lèvres, le visage et les mains sont violacés; les extrémités sont froides. Le pouls est faible, petit, et disparaît sous la plus légère pression. Les battements du cœur sont faibles, obscurs et confus.

En présence de ces phénomènes, l'idée d'un choléra à la période algide ne devait guère tarder à s'offrir à mon esprit; il est vrai que le tableau de la maladie était loin d'être complet, puisque le tube digestif restait tout à fait étranger à la scène morbide, que les crampes faisaient entièrement défaut, ainsi que l'affaiblissement de la voix et la suspension de la sécrétion urinaire; mais à la cyanose, qui constitue sans contredit un des caractères les plus tranchés du choléra, on pouvait encore ajouter l'abattement des forces, l'oppression, et l'existence d'une sensation pénible à l'épigastre. En outre, il y avait eu de l'insomnie et reproduction d'une moiteur rendue fort incommode par sa fraîcheur. Bien que l'idée d'une lésion locale, dont j'avais été préoccupé la veille, ait maintenant perdu à mes yeux son importance, je n'en explore pas moins la poitrine; mais l'auscultation et la percussion ne me fournissent aucun renseignement nouveau. Deux autres états morbides pouvaient jusqu'à un certain point fournir l'explication des phénomènes soumis à mon observation. Avais-je affaire à une fièvre pernicieuse algide? Mais la marche des accidents ne rendait pas cette supposition très vraisemblable; d'un autre côté la palpation et la percussion de la région hypocondriaque gauche ne permettaient de constater aucun engorgement splénique. S'agissait-il d'un cas de concrétions sanguines du cœur? Le malade n'avait jamais rien eu du côté de cet organe. Quant à l'idée d'une lésion récente aiguë la marche des accidents ne lui était pas non plus favorable, ainsi que la conservation de la sonorité précordiale. L'admission d'une variété de choléra paraissait seule capable de fournir une interprétation rationnelle de l'état actuel, je dus m'empresser, pour conjurer le péril, d'instituer un traitement approprié à la nature des accidents. Une tasse de café se trouvant préparée, elle est administrée immédiatement. On la fait suivre d'une boisson alcoolique chaude. Je prescris un vomitif, une potion préparée avec des eaux distillées aromatiques et l'acétate d'ammoniaque, l'application de deux larges vésicatoires aux cuisses; sinapismes et frictions. Quelques heures plus tard, je retourne auprès du malade en compagnie de mon estimable confrère du bureau de bienfaisance, le docteur Foucart, qui partage mon opinion sur la nature du mal. L'affection a continué à faire des progrès. La médication a été impuissante à donner une réaction; l'état algide est plus prononcé, les extrémités sont glaciales; le trouble des fonctions de la respiration et de la circulation a été croissant. Le pouls radial fait complétement défaut; on ne perçoit pas non plus les pulsations au pli du coude; les battements du cœur sont encore moins distincts; on entend, disséminés dans la poitrine, des râles sibilants et ronflants qui se sont produits sous l'influence de la congestion déterminée par la gêne de la circula-

tion pulmonaire; la sécrétion urinaire paraît notablement diminuée. Le malade, qui a conservé sa connaissance intacte, commence à s'inquiéter; il s'agite, dans l'espérance de dissiper par une attitude nouvelle, son étouffement et son malaise épigastrique. Les deux vésicatoires destinés aux cuisses ayant été omis par suite d'un malentendu, on se hâte de les appliquer de chaque côté de la partie antérieure de la poitrine. La boisson vineuse du matin est remplacée par une infusion de menthe additionnée de rhum. On continuera la potion ammoniacale, et on insistera avec persévérance sur l'emploi des sinapismes et des frictions. Je revois le malade dans la soirée; sa situation est devenue encore plus grave et presque désespérée. Son agitation me fait renoncer à l'idée d'un bain chaud. Les deux vésicatoires s'étant déplacés, je recouvre tout le devant de la poitrine d'une vaste emplâtre cantharidé; je m'efforce de ranimer la circulation languissante et de favoriser le retour de la chaleur par des frictions répétées avec un liniment camphré et ammoniacal, suivies de l'application de pièces de laine chaudes; mais je me retire sans avoir obtenu la plus légère amélioration, et en portant un pronostic funeste qui s'est vérifié vers la fin de la nuit.

MÉNORRHAGIE GRAVE.

Inertie de l'utérus sous l'influence du seigle ergoté. Tamponnement. Guérison.

Par M. le Dr E. SONRIER.

La femme Henri, cantinière au 71e régiment de ligne, âgée de vingt-six ans, tempérament lymphatico-sanguin, constitution robuste, embonpoint prononcé, a eu trois couches, dont la dernière, le 17 mai 1852, offre une présentation de l'épaule. La sage-femme appelée ramène, par la version pelvienne, un enfant qui meurt cinq minutes après d'apoplexie des nouveau-nés. Une hémorrhagie consécutive qui dure quinze jours, s'arrête à la suite d'injections astringentes. Les menstrues ont reparu régulièrement à la fin de chaque mois, avec une durée moyenne de trois ou quatre jours.

Obligée, le 25 septembre dernier, de se mettre en route pour suivre, à pied, le bataillon, qui se rend de Lyon à Draguignan, elle voit reparaître ses habitudes mensuelles avec une nouvelle intensité. La fatigue, les éventualités du voyage, les froides matinées, les pluies torrentielles, toutes ces causes contribuent à augmenter encore l'hémorrhagie. A son arrivée, elle reste exposée pendant trois jours au froid humide, à laver du linge; enfin, épuisée, elle se décide, le 10 octobre, à réclamer nos soins, parce qu'elle a des vertiges et quelques défaillances. Ce jour-là, disait-elle, la perte pouvait être évaluée à un grand litre de sang.

Le 10 octobre, décubitus dorsal, face pâle, lèvres livides, langue blanche, nausées, voix éteinte; pouls petit, à 60-65; bruits du cœur irréguliers, obscurs; respiration anxieuse, syncopes toutes les vingt minutes; bourdonnements d'oreilles, refroidissement des extrémités. — Décubitus dorsal, déclive du bassin vers le tronc; applications froides et astringentes sur le haut des cuisses et le pubis; linges chauds sur l'épigastre; seigle ergoté fraîchement pulvérisé, 2 grammes, à prendre en un quart d'heure dans un verre d'eau sucrée; tisane de ratanhia; calme moral; température de l'appartement de 12 à 15 degrés.

Le 11, le seigle ergoté n'a déterminé aucune contraction de l'utérus. L'hémorrhagie continue et devient alarmante; syncopes se succédant à tout instant; face pâle, cadavéreuse, paupières closes, pupilles dilatées; langue froide, extrémités pelviennes glacées; pouls filiforme, irrégulier; bruits du cœur sourds et imperceptibles; névralgie frontale; crampes aux mollets; vague sentiment du monde extérieur. Les parties génitales sont flasques et laissent écouler en abondance un sang rosé qui ne peut se former en caillots.

L'absence d'instruments spéciaux nous fait regretter de ne pouvoir injecter un peu de sang dans cette organisation qui va s'éteindre. La compression aortique à travers la masse graisseuse des intestins nous paraît au moins très difficile; l'inertie de la matrice, produite sans doute par l'état exsangue arrivé à sa dernière limite, ne nous offre plus aucune ressource, et cependant il faut agir et agir vite, car chaque indécision est une faute, chaque retard nous mène à une mort imminente dont nous ne sommes plus éloigné que de quelques minutes.

S'opposer à l'écoulement sanguin par des moyens mécaniques appliqués à la source même de l'hémorrhagie nous paraît être la dernière indication.

De forts bourdonnets de charpie, rendus astringents et retenus par des fils de soie, sont introduits au moyen du spéculum sur le col et au pourtour de l'utérus; l'inertie de cet organe et l'insensibilité tactile du vagin nous permettent de le remplir sans déterminer de contractions expulsives. En effet, ce moyen réussit au delà de nos espérances. La vie s'arrête aussitôt pour refluer vers le cœur, dont les battements se font sentir plus forts; quelques gouttes de vin sucré sont ingérées; le pouls se relève, la face reprend un peu d'animation; une douce chaleur circule dans les membres, qu'on a soin de frictionner : notre malade était sauvée.

Nous avons jugé convenable de laisser pendant quarante-huit heures le tampon, redoutant toujours une récidive, qui heureusement ne s'est pas reproduite.

Deux mois après seulement, les habitudes mensuelles ont reparu, d'abord en très petite quantité, puis régulières et plus abondantes; aujourd'hui la santé est excellente.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES

sur les anneaux de la rétine considérés dans leurs rapports avec la physiologie et la pathologie de la vision.

Par M. le docteur SERRE (d'Alais).

M. Serre (d'Alais) nous communique une analyse de ses recherches expérimentales sur les anneaux de la rétine considérés dans leurs rapports avec la physiologie et la pathologie de la vision, recherches qu'il a exposées dans la séance de l'Académie de médecine du 12 janvier.

Il débute par quelques considérations générales sur cette sensation lumineuse annulaire qui suit la compression de l'œil et à laquelle il a donné le nom de phosphène.

C'est dans cette vue interne, primitive, virginale, se faisant sans le concours de la lumière extérieure, que M. Serre a été chercher les *lois physiologiques* qui régissent la vision, lorsque les *lois physiques* ont été accomplies en produisant sur la rétine l'image renversée des objets. Là les phénomènes sont d'une grande simplicité; leur étude y a bientôt trouvé un *criterium* inattendu qui a servi à rectifier certaines notions acceptées pour vraies et à formuler des prémisses sûres pour aller en avant dans les mystères de la physiologie de la vision.

Appliqués à la pathologie de la rétine, les phosphènes se sont montrés comme son miroir le plus fidèle, accusant et localisant ses moindres altérations, donnant l'exacte mesure du mal là où la science n'avait encore que des signes trompeurs, des conjectures incertaines.

M. Serre expose ensuite son procédé d'exploration rétinoscopique; il indique les précautions à prendre pour que l'anneau apparaisse dans ses conditions les plus normales, explique par le degré d'avancement du doigt sur la membrane nerveuse les réductions différentes remarquées aux anneaux perçus vers les quatre points cardinaux et dont l'échancrure augmente à mesure que le doigt s'arrête sur un point moins avancé de cette même membrane. Il fait remarquer que cette échancrure, qui avait échappé à l'esprit investigateur de Müller, de Brewster et de Purkinge, est constamment tournée en arrière.

Il montre une planche lithographiée indiquant les formes prises par les sensations sous l'influence des formes diverses des corps comprimant la sclérotique et fait encore remarquer qu'elles ont une disposition contraire à celle de l'impression.

De ces faits il conclut que l'arbre cérébro-oculaire jouit de la propriété de sentir *retournées* les impressions faites sur la rétine; que ce retournement est le résultat nécessaire d'une fonction purement physiologique, sans intervention aucune de l'élément mental, sans soupçon d'éducation préalable, puisque les mêmes phénomènes se produisent chez les cataractés de naissance dont le sens de la vue n'a pu être exercé ni rectifié par l'action d'autres sens.

Appliquant ensuite ces données expérimentales au redressement des images objectives renversées, M. Serre expose succinctement ses idées sur cette deuxième partie du mécanisme de la vision, que la physiologie et la philosophie avaient à peine effleurée; une loi physique ayant renversé l'image, celle-ci se trouve immédiatement redressée par une loi physiologique d'une simplicité extrême, et constatée par une expérience excessivement curieuse et surtout fort remarquable par la précision du résultat géométrique obtenu. Cette loi, il la formule de la manière suivante :

Tout point de la rétine touché par un corps ou un rayon lumineux répond par une sensation qui est presque, selon lui, une ligne qui, partant du point touché, traverse le centre du cristallin et le dépasse d'une quantité quelconque.

Le centre *physiologique* optique des rayons virtuels producteurs de nos sensations est facile à déterminer; aussi le trouve-t-on constamment dans le centre du cristallin. Ainsi, ce phénomène presque insaisissable, dont la durée n'excède pas sept à huit tierces, devient un moyen sûr pour déterminer le point géométrique d'entre-croisement virtuel des diverses sensations nées des divers points touchés de la rétine à travers la sclérotique. Cette circonstance est d'autant plus remarquable que les rayons objectifs eux-mêmes, qu'on devrait pour ainsi dire suivre à l'œil, échappent à l'investigation des physiciens. Les uns fixent le point de croisement au centre de la pupille et au milieu du cristallin, et le plus grand nombre derrière ce corps lenticulaire; ils vont même jusqu'à le pousser tout près du centre de la sphère oculaire, et comme, d'après eux, la direction de la vue est subordonnée à cette première route ouverte, il s'ensuit une grande variation dans sa détermination.

Cette direction physiologique n'a pas lieu selon le centre de la sphère; s'il existait ainsi, nous rapporterions nos sensations, et par conséquent les objets eux-mêmes, derrière la nuque, lorsque ceux-ci seraient placés sur la dernière limite du champ visuel. Cette même direction ne se fait pas non plus selon le dernier rayon obtenu, puisque son trajet dans l'œil suit une ligne incessamment courbée, et courbée au point de faire un Z, au dire de M. Vallée.

L'arbre nerveux cérébro-oculaire serait donc en quelque sorte indifférent à la marche variable, capricieuse même des rayons lumineux objectifs, dont la mission se bornerait à faire une image nette et renversée des objets extérieurs.

Cette image étant faite, un travail physiologique prendrait en sous-œuvre chacune de ses parties et les renverrait par une ligne droite, en les retournant, aux points correspondants de l'objet, sans tenir compte de la marche brisée des rayons lumineux, sans que le moindre vestige d'élément mental vienne se mêler dans cette opération exclusivement physiologique.

L'extériorité et le retournement sont du domaine exclusif de la physiologie, tandis que l'appréciation de la grandeur des objets rentre dans la partie psychologique de la vision.

La vision se compose donc de trois temps bien marqués :

1° *Renversement* physique du monde extérieur sur la rétine;

2° *Redressement* ou retournement physiologique des impressions faites sur cette membrane;

3° *Appréciation mentale* de la situation réelle des objets, de leur grandeur et de leur distance.

Le phosphène, destiné à mettre en évidence tant de points mystérieux de la physiologie oculaire, a permis à M. Serre d'indiquer la limite antérieure de la rétine sur laquelle règne le désaccord le plus complet; le grand phosphène ne se manifestant jamais sur la portion de rétine qui avoisine la cornée et dans une zone circulaire d'un centimètre de largeur, il en a déduit la limite anatomique par la cessation de la fonction physiologique elle-même.

CORRESPONDANCE.

Paris, 21 janvier 1853.

Monsieur le rédacteur,

Le dernier numéro de votre journal contient une communication de notre honorable M. Magne à la Société de médecine pratique, concernant les heureux résultats des applications de la glace sur l'œil à la suite d'opérations de cataracte. Je vous demande à faire toutes réserves en ma faveur dans la question de priorité relative à l'emploi de la glace sur la région oculaire après les opérations de cataracte.

Ces réserves ne surprendront personne, et vous moins que tout autre, qui depuis plus de vingt ans m'avez ouvert les colonnes de votre journal pour faire triompher un principe que le premier j'ai posé et appliqué avec persévérance, à savoir : *le traitement de toutes les lésions traumatiques par la glace avec ou sans sel marin.*

On sait les luttes scientifiques que j'ai soutenues contre presque tous les praticiens, même les plus éminents, pour détrôner le cataplasme, l'éternel cataplasme. On n'ignore pas que dans mes salles de clinique, au Val-de-Grâce, au lieu de soutirer du sang aux blessés, c'étaient des saignées continues de calorique morbide que je faisais avec de la glace appliquée entre deux linges sur la partie phlogosée.

Sans vouloir ici, à l'occasion d'un incident, entrer dans le fond de la question du traitement des lésions traumatiques par la glace, qu'il me soit permis de joindre aux félicitations que notre savant confrère a reçues de la Société de médecine pratique mon compliment bien sincère pour être entré avec tant de confiance dans une voie déjà ouverte par moi depuis longtemps.

Et, pour convaincre M. Magne dans le cas où il conserverait quelque doute, je le prie de vouloir bien consulter le numéro du 10 novembre 1840 de la *Gazette des Hôpitaux*. Dans un compte-rendu de ma clinique, il trouvera, précisément à l'occasion d'une opération de cataracte, les réflexions suivantes :

« Pour prévenir la congestion oculaire, M. Baudens emploie ici avec » beaucoup de succès, concurremment avec les moyens généraux, la » glace sur la région oculaire. Ce sédatif calme et soulage puissamment le malade. »

J'ajoute que tous les malades que j'ai opérés de la cataracte (j'ai adopté l'abaissement), soit dans les grands services des hôpitaux dont j'ai eu la direction, soit à leur domicile, ont toujours été soumis à l'application de la glace sur la région de l'œil, et que constamment j'ai eu beaucoup à m'applaudir de soin efficacité. J'ai formulé si souvent, soit dans mes communications aux académies, soit dans votre journal, la manière dont j'emploie la glace, que je ne crois pas à propos de la décrire de nouveau.

Agréez, etc.

BAUDENS,
Inspecteur, membre du conseil de santé des armées.

NOUVELLES DU CHOLÉRA.

Paris, 21 janvier.

5 nouveaux cas se sont présentés à l'Hôtel-Dieu : 2 dans le service de M. Piedagnel, 2 dans le service de M. Guérard et 1 dans le service de M. Bouchut.

Ce dernier, quoique fort grave, est cependant regardé par M. Bouchut comme de nature douteuse.

Un des deux malades de M. Guérard a succombé au bout de vingt-quatre heures; les trois autres sont dans un état assez satisfaisant.

— On écrit de Saint-Pétersbourg, le 11 janvier :

« Le 4 janvier, au matin, il y avait 384 malades en traitement.
» On a compté dans la journée 42 nouveaux cas, 15 guérisons et autant de décès;
» Dans celle du 5, 44 nouveaux cas, 30 guérisons et 18 décès;
» Du 6, 26 nouveaux cas, 8 guérisons et 17 décès;
» Du 7, 57 nouveaux cas, 25 guérisons et 18 décès;
» Du 8, 74 nouveaux cas, 19 guérisons et 17 décès;
» De sorte que, pour le 9, il restait en traitement 445 malades. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Par décret impérial du 9 décembre 1852 ont été promus :

A quatre emplois de médecin principal de 1re classe : MM. Vital, des hôpitaux de la division de Constantine; Warmé, des hôpitaux de la division d'Alger; Campmas, de l'hôpital de Baréges; Goffres, de l'hôpital militaire du Gros-Caillou.

A quatre emplois de médecin principal de 2e classe : MM. Lamouroux, du 6e d'artillerie; Durand, de l'hôpital militaire de Marseille; Gaudineau, des salles militaires de l'hospice civil de Montpellier; Chatelain, de l'hôpital militaire de Nancy.

A dix emplois de médecin-major de 1re classe : MM. Heitz, du 4e de chasseurs; Lacronique, du 67e de ligne; Cesti, du 2e de la légion étrangère; Mignot, du 11e de dragons; Valette, de l'hôpital militaire de Metz; Meunier, des hôpitaux de la division d'Alger; Habaiby, du 2e de carabiniers; Bessèdes, du 60e de ligne; Dussourt, des hôpitaux de la division d'Alger; Duroutgé, du 3e de ligne.

— M. le docteur Scoutteten, médecin en chef de l'hôpital militaire de Metz, vient d'être envoyé en mission à Lunéville, par ordre du ministre de la guerre, en date du 6 courant, pour y rechercher les causes de l'épidémie de fièvre typhoïde qui depuis quelques mois sévit sur la garnison de cette ville.

— L'Ecole de médecine d'Angers s'est empressée d'envoyer une somme de 150 fr. à la commission instituée pour offrir au nom du corps médical de France une médaille à M. Orfila.

— Encore un suicide à Mazas! Un individu détenu à Mazas, sous la prévention de blessures dans une rixe, s'est pendu la nuit dernière dans sa cellule.

— *Les honoraires des médecins en Californie.* — Voici, d'après un règlement adopté par les médecins établis en Californie, et spécialement à San-Francisco, le taux des honoraires fixés pour les visites ou opérations :

Pour une consultation médicale à domicile et une visite, 32 dollars.
Pour chaque visite, 12 d.
Pour une consultation, 16 d.
Pour une visite extraordinaire qui dépasse une heure, 32 d.
Pour une consultation de nuit, 100 d.
Pour une consultation hors la ville, 10 d. par mille.
Pour un certificat juridique, 150 d.
Pour une déclaration devant le juge, 200 d.
Pour un certificat mortuaire à la demande de la famille, 100 d.
Pour un accouchement, 3,000 d.
Pour l'extraction d'un calcul de la vessie, 1,000 d.
Pour une opération du cathétérisme, 32 d.
Pour la dilatation d'un rétrécissement de l'urètre, 300 d.
Pour une exploration de l'anus ou de la vessie, de 50 à 100 d.
Pour l'amputation d'un doigt, 100 d.
Pour l'opération du trépan, 2,000 d.

LE GÉRANT.

Paris. — Typographie de PLON frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 10. — MARDI 25 JANVIER 1853. (26e ANNÉE.) N° 10. — MARDI 25 JANVIER 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

On s'abonne à Paris
au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères,
en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse. — Trois mois. . . . 8 fr. 50 c. Six mois. . . . 16 » Un an. . . . . . 30 »

Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies. — Trois mois. . . . . . 9 fr. Six mois. . . . . . . 17 Un an. 33

Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar. — Trois mois. . . . . 10 fr. Six mois. . . . . . 20 Un an. 38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

SOMMAIRE. — Paris. — HOPITAUX. DES CLINIQUES (M. Nélaton). Oblitération accidentelle du vagin. Opération. — BEAUJON (M. Sandras). Thoracentèse dans un cas de pleurésie aiguë. Guérison. — Société de chirurgie, séances des 3 et 12 janvier. — Congrès scientifique de France, par M. V. Bally — Chronique et nouvelles. — FEUILLETON. Statistique médicale de la France, par le docteur F. Roubaud.

PARIS, LE 24 JANVIER 1853.

Les *Annales d'oculistique* contiennent une notice fort intéressante de M. le docteur E. Cornaz, de Neufchâtel (Suisse), sur les établissements consacrés au traitement des maladies des yeux dans les Etats-Unis de l'Amérique du Nord, dans les îles britanniques, en France, en Belgique, en Allemagne, et dans les principaux Etats de l'Europe. Dans ces divers pays ces établissements prospèrent et sont encouragés par les gouvernements ou les corporations.

Ainsi, à Dublin, l'établissement nommé Saint-Mark's Ophthalmic-Hospital, qui est la propriété du docteur Wilde, est subventionné par la corporation de la cité de Dublin, qui y verse annuellement une somme de 100 livres sterling. En Belgique, l'Institut ophthalmique de M. Cunier a été encouragé par le conseil provincial du Brabant et par le roi lui-même.

On jugera de l'importance de cet établissement par le nombre des élèves de toute nation qui en suivent la clinique.

L'Institut ophthalmique a compté depuis son origine, en 1840, jusqu'en avril 1848, un nombre de 147 médecins, chirurgiens ou élèves en médecine ayant suivi la clinique. En voici le relevé établi d'après leur nationalité :

Brésiliens.	64	Portugais.	16
Mexicains.	2	Espagnols.	13
Chilien.	1	Français.	10
Péruvien.	1	Hollandais.	11
Egyptien.	1	Prussiens.	2
Turcs.	2	Autrichiens.	3
Américains du Nord. . .	5	Hanovrien.	1
Danois.	1	Hambourgeois.	1
Suédois.	1	Russes.	2
Norwégien.	1	Anglais.	7
Suisses.	2	Belges.	23

La fréquentation de la clinique de l'Institut avait jusqu'ici été simplement *tolérée;* la commission administrative de l'Institut a pris dans ces derniers temps une décision qui ouvre aujourd'hui la clinique à tous ceux qui veulent y venir puiser l'instruction. Les motifs de cette résolution sont ainsi exprimés : « Plusieurs étudiants en médecine de l'Université libre, ainsi que des » médecins et des étudiants étrangers, se sont adressés » à diverses reprises tant à M. le directeur qu'à nous-» mêmes à l'effet d'être autorisés à suivre la clinique » de l'Institut ophthalmique. La grande variété et le » chiffre considérable des cas de maladies oculaires qui » se présentent aux visites à l'Institut, les nombreuses » opérations qui y sont pratiquées, offrant, pour l'ins-» truction des élèves, une mine pour le moins aussi » précieuse et aussi féconde que celles auxquelles il faut » aller puiser à l'étranger, nous avons considéré comme » un devoir d'accorder cette autorisation, et nous avons » décidé que les médecins étrangers et les candidats en » médecine régulièrement inscrits pourraient désormais » assister aux visites. » La députation permanente a donné avis de cette résolution au conseil d'administration de l'Université.

Le conseil provincial met actuellement une somme annuelle de 400 francs à la disposition de l'établissement pour subvenir à la dépense des médicaments délivrés aux malades externes. Depuis le 1er avril dernier, le nombre des lits est porté à 40.

Jusqu'à présent les fonctions de M. Cunier, qui est tout à la fois chirurgien en chef et directeur de l'Institut, avaient été gratuites, et ce médecin a toujours entendu n'être pas rémunéré de ses services. Le conseil provincial en a décidé autrement; il a chargé sa députation permanente « d'aviser aux moyens d'établir pour » 1854 une allocation spéciale comme traitement fixe » de ce généreux philanthrope. »

Nous ne citerons pas d'autres exemples, n'ayant eu pour but que de montrer à quel point ces établissements utiles, livrés en France aux efforts seuls des praticiens qui les fondent, sont encouragés chez nos voisins. Il serait à désirer, selon nous, que ces exemples fussent imités chez nous, et que l'on étendît même ces subventions à d'autres dispensaires dont la fondation serait non moins utile, et qui échouent souvent faute de secours suffisants. Nous aurons, du reste, l'occasion de revenir sur cet important sujet.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. NÉLATON.

Oblitération accidentelle du vagin. — Opération.

Une femme de quarante ans, bien constituée, d'une bonne santé habituelle, prend le choléra en 1849 ; elle perd complétement connaissance pendant plusieurs jours, au point de rester étrangère à tout ce qui se passait autour d'elle ; puis, ces accidents calmés, revenue à elle, cette femme (qui avait été réglée d'une manière régulière antérieurement au choléra, et qui avait eu des rapports sexuels) éprouve quelque chose d'insolite aux organes génitaux, s'examine et constate que son vagin est oblitéré. Ces renseignements, qui laissent, comme on voit, quelque chose à désirer, sont les seuls qu'on puissent obtenir d'elle.

A partir de ce moment, ses règles furent supprimées, et elle commença à éprouver dans le bas-ventre des douleurs assez vives qui duraient sept à huit jours, puis disparaissaient pour revenir, laissant entre elles des intervalles inégaux ; en même temps, une saillie médiane commença à se montrer à l'hypogastre.

Examen. — En écartant les grandes lèvres à l'aide d'un spéculum bivalve, on voit que le conduit utérin se termine en cul-de-sac à 3 ou 4 centimètres de la vulve, et en ce point on trouve un véritable tissu cicatriciel à surface irrégulière, parcourue par des brides laissant entre elles des dépressions. J'ai cherché inutilement, dit M. Nélaton, s'il existait un pertuis ; la cloison est complète et solide.

L'exploration par le rectum fait constater la présence d'une tumeur volumineuse, arrondie, mollasse, donnant une fluctuation obscure, s'appuyant contre la cloison recto-vaginale. En déprimant fortement cette tumeur, on peut sentir le col de l'utérus.

Si on introduit la sonde dans le canal de l'urètre en même temps qu'on la suit avec le doigt dans le vagin, on se trouve arrêté sur le trajet de la sonde.

En palpant l'hypogastre, on retrouve la tumeur qui remonte très haut dans la région sous-ombilicale, et en lui imprimant des secousses, on peut constater facilement qu'elle se meut tout d'une pièce avec celle qu'on touche par le rectum ; on sent également, en percutant légèrement sur la partie la plus saillante de l'abdomen, le doigt maintenu dans le rectum, quelque chose d'analogue au flot de l'ascite, mais confusément et de manière à faire soupçonner que le liquide contenu dans la tumeur est très visqueux. Sans nous perdre en suppositions sur la nature de cette tumeur, nous pensons qu'elle est due à une accumulation de sang dans la portion du vagin située au-dessus du siége de l'oblitération.

Dans les annales de la science on ne trouve que fort peu de cas d'oblitération accidentelle, presque toutes sont congénitales ; les jeunes filles qui en sont atteintes n'éprouvent les premiers symptômes de cette infirmité qu'à l'époque de l'apparition des règles, et, chose assez singulière, le premier accident qui apparaît est une rétention d'urine, et si l'on examine les parties pour trouver la cause de cette rétention, on trouve l'oblitération du vagin. L'explication de ce phénomène est très simple : le sang des règles retenu forme une tumeur qui augmente de volume à chaque époque menstruelle, repousse en avant la membrane qui cloisonne le vagin, l'applique sur le canal de l'urètre et y intercepte le passage de l'urine. Le cathétérisme fait disparaître ce symptôme, qui ne tarde pas à se reproduire tant que l'imperforation persiste.

FEUILLETON.

STATISTIQUE MÉDICALE

DE LA FRANCE,

Par le Dr F. ROUBAUD.

(Extrait de l'ANNUAIRE MÉDICAL ET PHARMACEUTIQUE DE LA FRANCE.)

Sur une population de 35,781,628 habitants (1), la France, partagée en 86 départements, 363 arrondissements, 2,847 cantons et 36,835 communes, possède 11,217 docteurs, 7,221 officiers de santé (2), 5,175 pharmaciens, 1,177 établissements hospitaliers (3), et 103,857 lits d'hôpitaux ou hospices.

S'il était possible de répartir uniformément sur tout le territoire de la France les médecins (docteurs et officiers de santé), les pharmaciens et les hôpitaux, on aurait :

1 médecin sur 1,940 habitants;
1 pharmacien sur 6,914;
1 hôpital sur 30,400;
1 lit d'hôpital sur 344.

Mais il s'en faut de beaucoup que la répartition soit aussi équitable, et les différences qui résultent de ces inégalités suivent, ainsi que je vais le montrer, des lois constantes, selon que l'on se place au point de vue topographique ou de la richesse des départements.

Avant d'entrer dans les détails de cette démonstration, il est utile d'établir les bases de mes divisions. Pour ma division topographique, j'ai d'abord tiré une perpendiculaire du nord au sud passant par Paris; je l'ai ensuite coupée à angles droits, au point également distant des deux extrémités, par une ligne droite se dirigeant de l'est à l'ouest; j'ai ainsi obtenu le point central de la France, qui est, ainsi que tout le monde le sait, dans l'arrondissement de Saint-Amand (Cher), et où existe, je crois, une pierre attestant le fait. Autour de ce point central, sont quatre grandes divisions correspondant aux quatre points cardinaux ; enfin j'ai partagé par moitié chaque ligne allant du point central à une extrémité, et je suis ainsi parvenu à plusieurs zones qui, selon les positions qu'elles occupent, représentent le nord, le nord-est, le sud, le sud-ouest, le centre, etc., de la France. Ces divisions et ces subdivisions m'ont amené à classer les départements dans l'ordre suivant :

ZONE DU NORD : Aisne, Eure, Nord, Oise, Pas-de-Calais, Seine, Seine-Inférieure, Seine-et-Marne, Seine-et-Oise, Somme. — Total 10.

ZONE DU NORD-EST : Ardennes, Aube, Côte-d'Or, Doubs, Jura, Marne, Marne (Haute-), Meuse, Meurthe, Moselle, Rhin (Bas-), Rhin (Haut-), Saône (Haute-), Saône-et-Loire, Vosges. — Total 15.

ZONE DU SUD-EST : Ain, Alpes (Basses-), Alpes (Hautes-), Bouches-du-Rhône, Corse, Drôme, Isère, Rhône, Var, Vaucluse. — Total 10.

ZONE DU SUD : Ardèche, Ariége, Aveyron, Aude, Gard, Garonne (Haute-), Gers, Hérault, Lot, Lot-et-Garonne, Lozère, Pyrénées (Hautes-), Pyrénées-Orientales, Tarn, Tarn-et-Garonne. — Total 15.

ZONE DU SUD-OUEST : Charente, Charente-Inférieure, Gironde, Landes, Pyrénées (Basses-). — Total 5.

ZONE DU NORD-OUEST : Calvados, Côtes-du-Nord, Finistère, Ille-et-Vilaine, Loire-Inférieure, Maine-et-Loire, Manche, Mayenne, Morbihan, Orne, Sèvres (Deux-), Vendée. — Total 12.

ZONE DU CENTRE : Allier, Cantal, Cher, Corrèze, Creuse, Dordogne, Eure-et-Loir, Indre, Indre-et-Loire, Loire, Loire (Haute-), Loiret, Loir-et-Cher, Nièvre, Puy-de-Dôme, Sarthe, Vienne, Vienne (Haute-), Yonne. — Total 19.

Pour classer les départements d'après leur état de richesse ou de pauvreté, j'ai pris pour base l'impôt territorial, qui, divisé par le nombre des citoyens, indique suffisamment la prospérité ou la misère d'un pays. Je suis ainsi arrivé à comprendre parmi les départements les plus riches ceux dont les noms suivent : Calvados, Eure, Manche, Nord, Pas-de-Calais, Puy-de-Dôme, Seine, Seine-Inférieure, Seine-et-Oise, Somme; et j'ai placé parmi les plus pauvres les départements suivants : Alpes (Basses-), Alpes (Hautes-), Ardèche, Ariége, Corrèze, Corse, Creuse, Landes, Lozère, Pyrénées (Basses-), Pyrénées (Hautes-), Pyrénées-Orientales, Vaucluse, Vienne (Haute-).

Après ces préliminaires, qu'il m'a paru indispensable d'indiquer pour abréger le discours, je crois être en droit d'établir, au point de vue topographique, en ne considérant que les praticiens médicaux :

1° Que le nombre des médecins (docteurs et officiers de santé) est plus élevé dans le midi que dans le nord;

2° Que le chiffre des docteurs, comparé à celui des officiers de santé, est plus fort dans les départements du midi que dans les départements du nord;

3° Que les départements du centre offrent tout à la fois les caractères des zones du nord et des zones du midi; qu'ils se rapprochent des départements du nord par le total de leurs praticiens; mais qu'ils ressemblent aux départements du midi par la supériorité numérique des docteurs sur les officiers de santé.

Voici les chiffres qui m'ont permis d'établir ces trois premières lois :

	Population.	Docteurs.	Offic. de santé.	Total des prat.	Proportion.
ZONES DU NORD.					
Nord. . . .	5,082,683	1,018	1,356	2,374	1 sur 2,140
Nord-est . .	5,918,561	1,402	826	2,228	1 2,656
Nord-ouest .	5,967,120	1,349	848	2,197	1 2,716
Totaux . . .	16,968,364	3,769	3,030	6,799	1 2,496
ZONE DU CENTRE.					
Centre . . .	6,687,617	1,957	971	2,928	1 2,286
ZONES DU MIDI.					
Sud.	4,739,381	1,874	1,314	3,188	1 1,486
Sud-est. . .	3,203,704	1,169	492	1,661	1 1,915
Sud-ouest. .	2,216,484	768	657	1,425	1 1,555
Totaux . . .	10,159,569	3,811	2,463	6,274	1 1,619

Ainsi, tandis que dans les zones du nord on trouve constammen

(1) Tous les chiffres de cette statistique relatifs à la population et à la division de la France sont copiés sur les tableaux de population annexés au décret du 10 mai 1852, et que l'administration supérieure a bien voulu me communiquer.

(2) Dans le projet de loi sur le budget des recettes présenté cette année au Corps législatif, M. le ministre des finances porte à 16,072 le nombre des patentables qui appartiennent à la profession médicale. Ce chiffre s'éloignant de celui auquel je suis arrivé, je dois faire connaître la cause de cette différence. Le nombre des docteurs en médecine ou en chirurgie est à peu près le même de part et d'autre : le ministre le porte à 11,139, tandis qu'il est pour moi de 11,217 ; différence, 78 ; chiffre insignifiant. Pour les officiers de santé, l'accord est moins parfait, car j'ai un total de 2,288 officiers de santé de plus que le ministre. Cette énorme différence s'explique naturellement par la manière dont M. le ministre et moi avons dressé notre statistique : M. le ministre n'a inscrit sur ses tableaux que les personnes exerçant *réellement* la médecine, et par conséquent soumises à la patente médicale, tandis que j'ai porté sur mes listes tous les individus munis d'un titre médical, pratiquant ou non l'art de guérir. De ce nombre sont à peu près tous les chirurgiens militaires en retraite, pourvus du titre d'officier de santé, mais n'exerçant pas l'art de guérir ; tous les individus qui, munis d'un diplôme, ont abandonné la carrière médicale pour le commerce, l'industrie ou toute autre profession : ces changements de position se font surtout remarquer chez les officiers de santé, à qui leur titre a coûté peu d'études et d'argent ; les docteurs, au contraire, qui ne sont entrés dans la carrière médicale que par des études longues, pénibles et dispendieuses, renoncent rarement à tant de sacrifices. Ce double fait, qu'accepte sans peine la raison, est constamment attesté par ma correspondance, et explique tout naturellement le désaccord qui existe entre le chiffre du ministre et le mien.

(3) M. de Watteville a publié l'année dernière la statistique des établissements hospitaliers de la France. Les personnes qui voudraient comparer ce travail au mien seraient effrayées de l'espace qui les sépare. Cette différence, que je suis le premier à signaler, dans nos résultats respectifs, tient à ce que j'ai omis volontairement dans ma statistique les asiles d'aliénés et les lits d'hôpitaux consacrés aux militaires, que M. de Watteville, au contraire, a compris dans la sienne.

Le sang accumulé dans la tumeur reste à l'état fluide, prend une teinte noirâtre analogue au sang des cholériques ; il est très rare, du reste, qu'il acquière de la fétidité.

Les parois de la tumeur sont formées par les parois de la partie supérieure du vagin et par l'utérus lui-même ; qui, soumis à une pression graduellement croissante, ont cédé, et le tout forme une masse considérable dont le volume tend à augmenter.

En explorant la fosse iliaque droite de notre malade, on y constate la présence d'une petite tumeur fluctuante, détachée ; c'est probablement un petit kyste de l'ovaire qui n'entre pour rien dans la cause des accidents.

La première indication à remplir est de donner issue au liquide accumulé, quelle que soit sa nature. Si l'on pratique la ponction par le rectum, l'opération sera incomplète, puisqu'elle laissera subsister l'infirmité. La ponction par le vagin est bien préférable lorsqu'elle est praticable, car elle fraie au liquide une voie persistante et naturelle. Or, dans le cas actuel, la tumeur peut être facilement atteinte, à l'aide du *trocart*, dans le fond du cul-de-sac vaginal.

Cependant il est bon de prendre des précautions encore assez minutieuses pour éviter d'entrer dans le rectum ou dans la vessie, et ce n'est qu'après avoir introduit la canule du trocart avec le doigt et s'être bien assuré que son extrémité porte sur la tumeur qu'on pourra enfoncer le perforateur.

Boyer redoutait, à la suite de ces ponctions, une inflammation du péritoine semblable à celles qui se développent chez les femmes en couches, et Dupuytren hésitait à opérer, craignant aussi la péritonite consécutive. Nous pensons qu'à la suite de ces ponctions les accidents qui se développent sont de toute autre nature et ressemblent à tous les accidents consécutifs à l'ouverture des foyers sanguins, qui tiennent à la décomposition du liquide restant dans la tumeur et à l'intoxication produite par la résorption des matières putrides. Ces symptômes alarmants peuvent être évités par des soins de propreté assidus.

La ponction faite à l'aide du trocart a donné issue à deux tiers de litre environ d'un liquide noir, visqueux, comme l'avait annoncé M. Nélaton ; et à mesure que l'écoulement continuait, on a pu constater la diminution du volume de la tumeur abdominale.

Dans les vingt-quatre heures qui ont suivi, aucun phénomène inflammatoire ou d'intoxication putride n'a été observé. L'ouverture telle que je l'avais pratiquée, dit le professeur, était insuffisante pour donner accès à l'air ; en outre, le ventre avait perdu sa sensibilité anormale, et on pouvait le palper sans provoquer de douleur.

Examinant à l'aide du spéculum, je vis que la perforation avait tout au plus un diamètre de 2 ou 3 millimètres, et profitant des dispositions heureuses de la malade, je me mis en devoir de débrider. La sonde canelée fut introduite dans la petite ouverture, et faisant glisser un bistouri boutonné dans la rainure jusqu'à la rencontre du bec de la sonde, je retournai la lame, et imprimai aux deux instruments un mouvement de déduction par lequel l'ouverture fut agrandie.

Cette ouverture, dans laquelle on peut introduire le doigt indicateur, me permit d'explorer la partie supérieure du vagin et le col de l'utérus. Celui-ci a acquis une dimension considérable ; l'orifice, arrondi, permet l'introduction du doigt, qui y pénètre de la moitié de sa longueur. Nous avons acquis de cette manière la certitude que l'utérus concourait par sa dilatation à former la tumeur.

Vers une heure de l'après-midi, la malade commença à perdre du sang, non plus semblable à celui de la ponction, mais rouge et se prenant en caillots, et l'interne de garde, appelé, pratiqua le tamponnement. A partir de ce moment l'hémorrhagie a cessé.

Ce matin, par suite de la perte de sang de la veille, la malade paraît affaiblie ; le ventre est un peu douloureux. Cependant on peut voir que la tumeur n'a pas reparu ; il n'y a pas d'accumulation nouvelle de liquide, et la poche continue à revenir sur elle-même ; le pouls est normal. Ces accidents vont probablement se calmer d'ici à quelques jours.

L'ouverture, qui a environ 1 centimètre de diamètre, est suffisante pour permettre la libre communication des parties vulvaire et utérine du vagin, et plus tard les rapports sexuels lui rendront ses dimensions normales.

HOPITAL BEAUJON. — M. SANDRAS.

Thoracentèse dans un cas de pleurésie aiguë. Guérison.

Louise Blairy, lingère, âgée de dix-huit ans, petite brune, réglée régulièrement, bien constituée, entre à l'hôpital Beaujon le 22 octobre 1852, dans le service de M. Sandras.

Quinze jours avant son entrée à l'hôpital, cette jeune fille, convalescente d'une fièvre typhoïde assez grave, est prise d'une vive douleur au côté gauche, accompagnée de toux et d'oppression. Il paraît que ces symptômes passèrent inaperçus du médecin qui la soignait ; car aucun traitement ne fut dirigé contre eux. Cependant l'état général s'aggravant toujours, on l'engagca à venir à Beaujon.

Le voyage, fait à pied, fut extrêmement pénible.

Le 23 au matin on examine la malade. La percussion dénote de la matité dans les deux tiers inférieurs du côté gauche en arrière, jusqu'au niveau de la quatrième côte : c'est là que s'arrête l'épanchement. En avant, il y a seulement diminution dans la sonorité. Par l'auscultation, on constate que le bruit vésiculaire est partout remplacé par du souffle bronchique. Egophonie très prononcée. Toux sans expectoration ; dyspnée ; vive douleur de côté ; pouls fréquent et peu développé.

Pendant dix jours, la malade fut traitée par de nombreux vésicatoires volants qui n'amenèrent pas de diminution sensible dans la quantité de liquide épanché.

Le 28 et le 29 octobre, tous les symptômes s'exaspèrent.

Le 1er novembre, la matité s'étend à tout le côté gauche du thorax ; un souffle intense se fait entendre, surtout au sommet de ce côté. Le cœur est refoulé à droite, et c'est au-dessous de la clavicule de ce côté qu'a lieu le maximum d'intensité de ces bruits ; ses battements sont, du reste, petits et sans expansion. L'asphyxie est imminente ; mais comme elle est due bien plutôt à la faiblesse des contractions du cœur comprimé de toutes parts qu'à une stase sanguine dans les capillaires, elle se présente avec des caractères tout particuliers. La figure est pâle et décolorée, le pouls est presque imperceptible, refroidissement des extrémités, dyspnée considérable.

Le soir, tous les symptômes allant en s'aggravant, M. Sandras se décide à pratiquer la thoracentèse.

La ponction fut faite au-dessus du bord supérieur de la sixième côte à l'aide du trocart de M. Reybard et avec toutes les précautions accoutumées. On donne issue lentement, et en suspendant de temps en temps l'écoulement, à un litre et demi de sérosité citrine, transparente, dans laquelle la chaleur démontre la présence d'une quantité considérable d'albumine.

L'opération fut parfaitement supportée. A mesure que s'écoulait le liquide, on vit peu à peu les lèvres se colorer, les battements du cœur reprendre de l'énergie, le pouls se relever. En même temps la matité diminuait singulièrement en avant sous la clavicule, et le souffle était remplacé par un véritable murmure respiratoire. L'intention première avait été de laisser la canule en place afin de donner issue plus tard au reste du liquide épanché ; mais une toux convulsive, attribuée au contact de l'extrémité de la canule avec le poumon, force à retirer l'instrument.

Le lendemain 2 novembre, la fièvre a presque entièrement cessé ; le cœur revient lentement à sa place, et ses battements s'entendent principalement sous le sternum. Les jours suivants, on vit graduellement se résorber le reste de l'épanchement. Des vomissements facilement arrêtés par des boissons gazeuses, et une attaque d'hystérie, vinrent seuls entraver la convalescence.

Le 28 novembre, l'épanchement est entièrement résorbé. Le bruit vésiculaire s'entend dans tout le côté gauche, mais il est un peu affaibli par l'interposition des fausses membranes ; la sonorité n'est pas aussi franche qu'à droite. Du reste, tous les autres symptômes ont disparu. La malade demande sa sortie.

Un mois après, dans les premiers jours de janvier, elle se présente de nouveau à l'hôpital, accusant d'assez vives douleurs au côté gauche. A part ce symptôme, que l'on rencontre si souvent à la suite des pleurésies, la guérison est parfaite. Les résultats de l'auscultation et de la percussion sont exactement les mêmes qu'au commencement de décembre ; mais, depuis cette époque, la déformation du thorax qu'on observe dans les cas de ce genre s'est prononcée au plus haut point. La malade étant assise et vue de face, le côté gauche présente un affaissement notable, et principalement au niveau des cinq à six dernières côtes ; la déformation est surtout frappante lorsqu'on regarde le tronc par sa face antérieure. En arrière, l'omoplate gauche fait une saillie plus considérable que le même os du côté opposé. Pratiquée au niveau de l'appendice xyphoïde, la mensuration donne une différence de six centimètres en moins pour le côté gauche. Au niveau de la troisième côte, cette différence est de cinq centimètres seulement ; elle est également de cinq centimètres au niveau des dernières côtes. Pendant la marche et pendant le travail, le tronc est légèrement incliné sur le côté gauche ; mais l'examen le plus attentif ne fait découvrir aucune déviation des apophyses épineuses.

Sous l'influence du repos, de quelques précautions hygiéniques et d'un régime fortifiant, les douleurs pleurétiques s'amendent chaque jour, et la guérison doit être regardée comme définitive.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 5 janvier 1853. — Présidence de M. GUERSANT.

Suite de la discussion sur la classification des tumeurs malignes (1).

Il y a trois semaines, continue M. Forget, je voyais, rue de Milan, une dame dans le même cas. Lorsque je fus consulté, je déclarai l'incurabilité du cancer dont elle était atteinte. Cette dame avait soixante-trois ans ; sa santé était encore excellente, ses chairs étaient fermes, son visage coloré ; elle était pleine d'activité et d'énergie. En moins d'un an elle fut emportée par le plus affreux cancer que j'aie jamais observé. Elle avait un plastron de tubercules encéphaloïdes ulcérés, qui, en forme de ceinture, lui étreignait la base de la poitrine, et de ses deux seins n'en faisait plus qu'un. Cette maladie, dont la nature encéphaloïde était évidente pour l'œil le moins exercé, avait été stationnaire pendant plus de dix ans, et ne se généralisa pas.

En rappelant ces faits, auxquels sans doute chacun de mes collègues pourrait aisément en ajouter d'autres, j'ai voulu montrer combien peu de valeur il fallait accorder au caractère d'innocuité que M. Lebert assigne au tissu fibro-plastique et qu'il donne comme un trait distinctif entre lui et le cancer. Cette innocuité, comme pour le squirrhe, comme pour les tubercules, et comme pour beaucoup d'autres productions morbides, ne sera que temporaire. Elle cessera lorsqu'un travail d'ulcération et de ramollissement s'emparera de ce tissu ; la fréquence des opérations qu'il nécessitera alors par les récidives successives ; l'abondance de la suppuration, les hémorrhagies qu'il entretiendra, en supposant qu'on l'abandonne à lui-même, tous les phénomènes enfin qui vont se succéder et qui marquent une phase nouvelle de son existence, vont bientôt établir une analogie frappante entre lui et le cancer. Et ce sera, en dernière analyse, après avoir présenté les mêmes symptômes de dépérissement que les malades succomberont dans les deux cas.

Ce qu'il faut du reste constater en passant, c'est que, eût-on eu affaire à un cancer bien reconnu, l'affection n'eût pas présenté d'autre manière d'être dans ses deux modes de récidiver ; dans une opération incomplète, nous aurions eu la récidive sur place ; dans une opération tardive, la récidive par absorption, la récidive ganglionaire. Où sera donc la différence? Dans la récidive à distance, récidive qui, d'après nos honorables adversaires, est fort rare dans l'affection fibro-plastique. . . . .

Lorsqu'on veut établir un caractère différentiel entre deux affections qui ont une grande analogie, il faut que ce caractère soit fondamental, qu'il n'ait pas d'exception ; car, du moment que vous dites que cette récidive est fort rare pour le tissu fibro-plastique, vous reconnaissez vous-même que ce n'est plus seulement sur place ou par absorption qu'il reparaît, mais qu'il peut se manifester dans toute l'économie, dans les points du corps les plus opposés. Dès lors vous ne pouvez plus dire que la récidive sur place est l'habitude, ainsi que la curabilité. Vos recherches sont des plus importantes, c'est vrai, mais pour la science elles ne datent que d'hier ; attendez, et nous verrons avec le temps jusqu'à quel point la récidive à distance est rare. Il fallait, pour

(1) Voir le numéro du 18 janvier.

---

1 praticien sur plus de 2,000 habitants, on trouve non moins constamment dans les zones du midi 1 praticien sur moins de 2,000 habitants. La zone du centre tient le milieu entre celles du nord et celles du midi, de telle sorte que la transition entre les deux zones extrêmes n'offre rien de brusque et est parfaitement ménagée.

Enfin, pour compléter la démonstration de nos trois premières lois, c'est-à-dire la supériorité ou l'infériorité numérique des docteurs sur les officiers de santé, il suffit de rapprocher dans chaque grande division, nord, centre, sud, les chiffres représentant les uns et les autres.

	Docteurs.	Officiers de santé.	Nombre des docteurs en plus.
Zones du nord. . .	3,769	3,030	739
Zone du centre. . .	1,957	971	986
Zones du midi . . .	3,811	2,463	1,348

Ici encore rien n'est brusqué, la progression est exacte.

Si maintenant on se place au point de vue de la richesse ou de la pauvreté des départements, je crois être en droit d'établir que (1) :

1° Les départements riches comptent moins de praticiens que les départements pauvres ;

2° Dans les départements pauvres, le chiffre des docteurs est supérieur à celui des officiers de santé, tandis que dans les départements riches les officiers de santé sont plus nombreux que les docteurs.

Ces deux lois ont pour base les chiffres suivants :

	Population.	Docteurs.	Offic. de santé.	Total.	Proportion.
Départ. riches. .	5,760,607	1,296	1,351	2,647	1 sur 2,176
Départ. pauvres.	3,693,022	1,150	1,117	2,267	1 1,629

En comparant dans l'une et l'autre colonne le chiffre des docteurs et celui des officiers de santé, on trouve que dans les départements riches il y a 55 officiers de santé en sus du nombre des docteurs, tandis que dans les départements pauvres la supériorité numérique se dessine en faveur des docteurs et est de 33.

Les pharmaciens, au point de vue topographique, obéissent aux mêmes lois que les médecins, c'est-à-dire qu'ils sont plus nombreux dans le midi que dans le nord ; dans les zones du sud, on trouve un pharmacien sur 5,357 habitants, tandis que les zones du nord présentent à peine 1 pharmacien sur 7,326 habitants.

Mais, au point de vue de la richesse des départements, les pharmaciens sont soumis à une loi complétement inverse de celle des médecins ; tandis que ceux-ci sont plus nombreux dans les départements pauvres, les départements riches offrent pour les pharmaciens une supériorité numérique assez grande. Ainsi on a 1 pharmacien sur 5,284 habitants dans les départements riches, alors que cette proportion, dans les départements pauvres, est à peine de 1 pharmacien sur 7,758 habitants. Il n'en pouvait être différemment, si l'on songe que l'exercice de la pharmacie est surtout un commerce, et non la pratique d'un art libéral.

La statistique des hôpitaux m'a également donné des résultats que la raison accueille et que l'on reconnaît ne pouvoir être différents, que l'on se place soit au point de vue topographique, soit au point de vue de la richesse des départements.

Voici ces résultats :

Zones du nord, 1 hôp. sur 30,739 hab. et 1 lit sur 346 hab.
Zones du midi, 1 hôp. sur 27,092 hab. et 1 lit sur 406 hab.
Départ. riches, 1 hôp. sur 28,517 hab. et 1 lit sur 286 hab.
Départ. pauvres, 1 hôp. sur 26,956 hab. et 1 lit sur 642 hab.

Les départements des zones du nord, ainsi que les départements riches, offrent ce caractère commun d'avoir de grands centres industriels, et par conséquent des établissements hospitaliers remarquables, non par leur nombre, mais par la quantité de lits qu'ils renferment ; au contraire, dans les départements pauvres et dans ceux qui forment les zones du midi, les populations sont peu agglomérées, elles sont disséminées sur une vaste surface ; les établissements hospitaliers, pour être utiles, doivent à leur tour se multiplier sur un grand nombre de points, mais sans contenir beaucoup de lits, qui resteraient vides la plupart du temps, faute de pensionnaires ou par suite des mœurs plus patriarcales de ces populations essentiellement agricoles.

C'est ce qui arrive en effet ; les chiffres que m'a donnés le calcul, et que je viens de transcrire, prouvent que dans les départements riches et dans ceux qui forment les zones du nord le nombre des hôpitaux est inférieur à celui que fournissent les départements pauvres et ceux des zones du midi, mais que les départements de cette dernière catégorie comptent à leur tour moins de lits que les départements riches et ceux des zones du nord.

Tous les résultats que j'ai énoncés jusqu'ici sont déduits du tableau n° 1, disposé de manière à pouvoir saisir d'un seul coup d'œil le nombre des arrondissements, des cantons et des communes, la population et le chiffre des docteurs, officiers de santé, pharmaciens, hôpitaux et lits d'hôpitaux de chaque département.

Le tableau n° 2 est en quelque sorte la décomposition du tableau n° 1 : chaque département pris à part est divisé par arrondissements, qui sont eux-mêmes subdivisés par cantons ; les arrondissements et les cantons sont accompagnés de chiffres représentant, dans l'ordre des colonnes, le nombre des communes, la population et le nombre des docteurs, officiers de santé, pharmaciens, hôpitaux et lits d'hôpitaux que chacun d'eux renferme. Cette disposition m'a paru de beaucoup la plus heureuse : 1° pour mieux faire ressortir dans tous leurs détails les lois que j'ai précédemment posées ; 2° pour faciliter aux jeunes médecins la recherche des localités les plus convenables à l'exercice de leur art ; 3° enfin pour attirer la sollicitude du gouvernement sur les arrondissements et les cantons qui sont entièrement privés des secours de la médecine, de la pharmacie et de la charité publique.

Il n'y a aucun arrondissement qui soit complétement privé de médecin ou de pharmacien ; mais il s'en rencontre 14 qui sont entièrement dépourvus d'établissements hospitaliers ; ces 14 arrondissements sont : Rocroy et Vouziers, dans les Ardennes ; Jonzac et Marennes, dans la Charente-Inférieure ; Calvi et Corte, dans la Corse ; Boussac, dans la Creuse ; Lesparre (Gironde) ; Florac (Lozère) ; Sarrebourg (Meurthe) ; Sarreguemines (Moselle) ; Lure (Haute-Saône), Sceaux (Seine) et Civray (Vienne).

Parmi les autres arrondissements, il en est huit dont les chefs-lieux sont dépourvus d'établissements hospitaliers ; ce sont : Largentière (Ardèche), Sartène (Corse), Villefranche (Haute-Garonne), la Tour-du-Pin (Isère), Segré (Maine-et-Loire), Château-Salins (Meurthe), Montmédi (Meuse), Argelès (Hautes-Pyrénées).

Les hôpitaux ou les hospices dont ces huit arrondissements sont pourvus sont situés dans des chefs-lieux de canton, à l'exception de l'arrondissement de Segré, dont l'hôpital est à Saint-Gemmes.

Si le nombre des arrondissements dépourvus d'hôpitaux ou d'hospices est assez limité, il n'en est pas de même de celui des cantons placés dans cette catégorie. Ce nombre dépasse de beaucoup les 2/3 du chiffre total des cantons, et frappe d'impossibilité la pensée généreuse d'établir dans chacun d'eux une maison de charité publique.

D'ailleurs, avant de construire un hôpital, il est bon de s'assurer si les services médical et pharmaceutique pourront s'y faire ; en d'autres termes, il s'agit de savoir si chaque canton possède au moins un médecin et un pharmacien.

L'examen auquel je me suis livré à cet égard m'a fait constater 97 cantons entièrement dépourvus de médecins et d'officines. Ces 97 cantons sont répartis dans 30 départements que l'on peut ainsi classer au point de vue topographique :

(La fin à un prochain numéro.)

(1) Le département de la Seine est tellement exceptionnel qu'il n'est jamais entré dans mes calculs.

SUPPLÉMENT.

établir un véritable caractère distinct entre ces deux affections, pouvoir dire : Jusqu'à ce jour, jamais nous n'avons trouvé, comme dans le cancer, aucune récidive à distance. Mais il n'en est pas ainsi ; et, puisqu'il faut citer des faits, j'en emprunterai un que M. Lebert ne repoussera certes pas, attendu qu'il est compris dans les cinq cas de récidive à distance qu'il a cités; il appartient à M. Woillez, qui l'a publié, dans le numéro d'août 1852 des *Archives*, sous le titre d'*Observation de fibro-plastie généralisée simulant un cancer du poumon*. Voici l'extrait de l'observation :

Il s'agit d'un homme de trente-deux ans qui, quatre ans auparavant, s'aperçut qu'il portait à la partie postérieure et externe de la cuisse gauche une tumeur du volume d'un haricot, adhérente à la peau; au bout de dix-huit mois, elle avait acquis le volume des deux poings; elle gênait et par son volume et par les douleurs lancinantes qu'elle causait. M. Malgaigne l'enleva en avril 1848, et la cicatrisation se fit régulièrement; mais dans l'année qui suivit, deux nouvelles récidives nécessitèrent de la part de Blandin et de M. Velpeau deux nouvelles opérations. Puis, en novembre 1850, le malade rentra dans le service de M. Roux; cette fois la réapparition et l'accroissement de la tumeur, trois fois extirpée, furent encore plus prompts.

Il fallut recourir à l'amputation de la cuisse; la tumeur, qui était volumineuse, était le siége de douleurs lancinantes, vives, presque continuelles; elle formait une masse dure, sans fluctuation, dans laquelle, à l'aide du microscope, M. Broca constata encore les éléments fibro-plastiques.

Le malade sort guéri de l'Hôtel-Dieu à la fin de décembre; il reprend ses occupations et pendant six mois jouit de toutes les apparences d'une santé parfaite; il éprouve de la dyspnée, des douleurs de haut en bas de la poitrine et au niveau de l'aisselle gauche; les douleurs augmentant, il rentre à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Louis, à la fin de juillet, six mois après sa sortie. On constate alors une matité complète dans tout le côté gauche de la poitrine et absence dans ce côté de bruit respiratoire; le cœur est fortement refoulé à droite. En peu de temps, l'état du malade empire, les forces diminuent; la dyspnée devient si grande qu'elle nécessite, le 14 août, la thoracentèse; il s'écoula un litre et demi d'un liquide citrin non floconneux. Le 22, le malade était mort.

A l'autopsie que trouve-t-on derrière le sternum et les cartilages costaux gauches? Une vaste tumeur ayant 20 centimètres de hauteur sur 11 de largeur.

Dans le poumon droit, il existe trois tumeurs du volume d'un petit marron. Dans le moignon, on trouve à sa partie postérieure externe une tumeur dépassant le volume du poing et dans laquelle le nerf sciatique, double de son volume ordinaire, se termine en filaments très ténus. Aucun des ganglions de l'aine gauche n'était augmenté de volume. Notre collègue M. Verneuil a examiné toutes ces tumeurs au microscope : qu'a-t-il trouvé? Les éléments du tissu fibro-plastique à ses diverses périodes.

Avons-nous besoin d'ajouter quelque commentaire à cette observation, rédigée avec tout le soin et toute l'exactitude d'un observateur aussi éclairé que M. Woillez? Aucun. Vous avez là une preuve éclatante que non-seulement dans les tumeurs fibro-plastiques la curabilité n'est pas la règle, mais que la récidive est prompte et qu'elle peut avoir lieu tout aussi bien à distance que sur place, et nul doute que, si je vous avais communiqué l'observation sans vous faire part de l'examen microscopique, vous n'eussiez tous dit : Mais cet homme avait un cancer.

A côté de cette infection fibro-plastique, je placerai en regard un fait de cancer qui a récidivé nombre de fois et qui a laissé pendant plusieurs années la malade jouir de toutes les apparences de la santé. Pendant l'absence de notre collègue M. Lenoir, j'ai eu occasion de voir une malade qu'il avait opérée treize fois d'une tumeur qui avait débuté sous l'aisselle à l'âge de trente ans; à la suite de plusieurs opérations faites par notre honorable collègue, la maladie a laissé un intervalle de cinq ans pendant lequel la malade, jouissant en apparence d'une parfaite santé, est devenue enceinte; puis l'affection a reparu sans pouvoir être cette fois enrayée par de nouvelles opérations; elle a envahi toute la poitrine; au dire de M. Lenoir, les tumeurs avaient les caractères du tissu encéphaloïde, et cependant la malade a vécu six ans.

Il me serait facile de vous citer encore d'autres faits tout à fait en opposition avec ce qu'avancent les partisans trop absolus des nouvelles doctrines; mais je craindrais d'abuser des moments de la Société.

Il me reste encore, messieurs, à faire une courte réponse à quelques points touchés par M. Lebert.

Ces points ont trait :

1° Au reproche qu'il a formulé contre des chirurgiens qui auraient mal observé, mal vu, et dont les travaux, jusqu'à ceux des micrographes modernes, n'apporteraient que des éléments fautifs à la discussion actuelle;

2° A la valeur du microscope considéré comme moyen de diagnostic et de pronostic.

C'est le propre de tous les novateurs, de tous les chefs d'école, de systématiser les résultats de leurs recherches, et dans ce travail de systématisation souvent prématurée, de ne pas rendre aux travaux de leurs devanciers toute la justice qu'ils méritent, surtout quand ces travaux gênent les opinions que l'on veut faire accepter. M. Lebert n'a pas évité cet écueil. Vous l'avez entendu passer condamnation sur les observations, sur les faits qui ont servi jusqu'à ce jour de base aux idées régnantes du cancer.

C'est par impression, par sentiment, dit-il, que ces opinions se sont établies et qu'elles se sont transmises jusqu'à nous.

Si cela est vrai, il faut convenir que les grands esprits qui ont fondé la science du diagnostic et qui l'ont portée à ce haut point de sagacité où nous la voyons parfois donner de si merveilleux résultats n'ont pas été trop mal inspirés.

Mais cela n'est pas, et pour le prouver, je rappellerai que M. Lebert lui-même fait intervenir, pour asseoir ses doctrines, des faits qu'il emprunte à Ast. Cooper et à d'autres observateurs; ce qu'il ne ferait pas sans doute si les sources que le microscope n'a pas contrôlées étaient aussi suspectes qu'il le dit. Puisque vous vous inspirez de ce passé, que vous déclarez être si pauvre, si malhabile dans l'art d'observer, quand vous y trouvez des faits qui semblent gouverner vers votre manière de voir, accordez-nous le même droit.

Laissez-nous croire que toute l'ancienne Académie de chirurgie, que les Desault, les Boyer, les Dupuytren, les Sanson, les Lisfranc, et tant de maîtres illustres de notre époque n'ont pas été le jouet de fausses impressions lorsqu'ils ont formulé leur enseignement clinique sur le cancer, qu'ils en ont tracé l'histoire générale, les variétés, les évolutions et transformations successives, enfin la terminaison.

Ils avaient bien observé surtout lorsqu'ils reconnaissaient que l'unicité de forme et de composition n'existe pas dans le cancer, lorsqu'ils en décrivaient plusieurs espèces douteuses, dont les principales sont le cancer encéphaloïde, le squirrhe, le cancer colloïde, le fungus hématode et le cancer mélané, fondant chacune de ces variétés sur la prédominance de l'un ou de l'autre des éléments entrant dans leur composition, et admettant pour chacune un degré particulier de malignité.

N'avaient-il pas à l'avance deviné, pressenti, si je puis ainsi parler, le tissu fibro-plastique, en admettant un cancer local par opposition à celui dans lequel la diathèse cancéreuse est manifeste dès l'origine de la maladie?

N'avaient-ils pas indiqué cette persistance à récidiver sur place, et n'avaient-ils pas dit que ces récidives ne devaient pas enchaîner la main du chirurgien?

Dans ma thèse inaugurale, je soutenais cette opinion devant notre savant collègue M. Roux, que j'avais l'honneur d'avoir pour président.

Un cancer récidivé, disais-je, peut être enlevé avec succès.

Je me fondais sur la possibilité de voir le principe morbide s'épuiser, s'user, pour ainsi dire, sur place.

Des faits observés à l'hôpital de la Pitié, dans le service d'un chirurgien qui a laissé dans l'enseignement clinique de glorieux et utiles souvenirs, m'avaient porté à accepter et à soutenir cette doctrine, qui est aussi celle de M. Lebert.

N'avait-on pas, avant l'intervention du microscope, fait la remarque que, constant dans certaines formes de cancer, l'engorgement des ganglions lymphatiques n'existait pas dans un assez bon nombre de cas, et que ces cas répondaient à la variété de cancers dits enkystés? N'est-ce pas sur l'inspection de ces ganglions et sur leur degré de développement que bien des praticiens ont coutume de mesurer les chances de récidive ou de guérison après l'opération?

N'avait-on pas vu aussi que les parties avoisinant le cancer ne participent pas toujours de la nature de celui-ci? qu'une thérapeutique rationnellement instituée peut ramener ces tissus à des conditions normales, et resserrer ainsi la limite de l'acte opératoire?

Quant à la nécessité d'emporter largement les tissus au sein desquels se sont développées ces tumeurs qui constituent fréquemment l'ostéosarcome, l'enseignement clinique l'avait depuis longtemps reconnue; le précepte s'en trouve très formellement exprimé dans ma thèse inaugurale consacrée aux tumeurs des os maxillaires.

Que reste-t-il donc au micrographe qui puisse justifier le reproche qu'il a adressé aux chirurgiens? Je ne vois rien, absolument rien dans le champ de la clinique qui n'ait été vu avant lui; car à coup sûr il ne saurait revendiquer pour lui le précepte qu'il donne d'appliquer l'autoplastie aux plaies produites par l'ablation des tumeurs fibro-plastiques. Martinet, de la Creuse, comme on sait, en a été l'inventeur, presque tous les chirurgiens y ont eu recours, et à considérer les résultats consignés dans la thèse de Blandin sur ce sujet, on ne voit pas que cette pratique ait bien heureusement modifié la marche et le retour du cancer dans les cas où elle fut appliquée.

De cette rapide énumération des faits acquis par les procédés ordinaires d'observation clinique, je conclus que celle-ci ne mérite pas le reproche qu'on lui a fait, et que si on compare les résultats auxquels elle est arrivée avec ceux que jusqu'à ce jour le microscope a obtenus, la comparaison est tout entière à son avantage.

Prétendrait-on qu'en matière de diagnostic et de pronostic celui-ci fasse au lit du malade plus et mieux que le clinicien? Faut-il voir sur ce terrain un progrès dans l'exploration des tumeurs au moyen de l'aiguille cannelée de M. Kuss (de Strasbourg), qui ramène avec elle des parcelles du tissu morbide, que l'on soumet à l'analyse microscopique avant de fixer l'opportunité de tel ou tel traitement? Mais dans la dernière séance, M. Lebert lui-même a condamné ce moyen d'examen, il l'a déclaré dangereux, et il a reconnu qu'il avait été suivi d'accidents inflammatoires.

Il eût pu ajouter que cette analyse n'eût rien prouvé, maintenant qu'il est certain que la cellule cancéreuse et le tissu fibro-plastique ne s'excluent pas l'un de l'autre. L'absence de la première dans les parcelles du tissu morbide soumises à l'examen ne voudrait pas du tout dire qu'il ne s'en trouvât pas dans d'autres points de la tumeur.

Pour lever la difficulté, M. Lebert conseille de tailler une tranche et d'emporter une portion du tissu pathologique afin qu'on puisse l'examiner : c'est-à-dire qu'il donne le conseil de faire une demi, un tiers ou un quart d'opération, que j'appellerai *opération pour voir*. J'avoue, messieurs, qu'à une semblable proposition, tout ce que je possède de sens chirurgical s'est révolté. D'abord parce que je ne comprends pas l'innocuité d'une semblable opération, alors que vous-même déclarez être dangereuse la simple ponction. Ensuite parce que, n'ayant qu'une partie de la tumeur, vous ne pouvez pas plus affirmer sa nature que vous ne le pouviez avec les débris que vous avait donnés l'aiguille du chirurgien de Strasbourg; il restera toujours un inconnu dans le tissu que vous n'aurez pas pu examiner; car, d'après vous-même, il faut, couche par couche, analyser toute la tumeur pour être bien sûr qu'elle ne renferme pas d'éléments cancéreux.

Mais enfin si, avec ces procédés d'examen qui, s'ils étaient acceptés, auraient toujours l'inconvénient grave d'abaisser le niveau des études cliniques; si, dis-je, vous portiez la lumière dans les obscurités du pronostic, peut-être se résignerait-on à y recourir. Mais il n'en est rien; ces obscurités restent pour vous ce qu'elles sont pour le praticien. Comme lui, pour juger définitivement de la nature du tissu, vous invoquez pour critérium la récidive.

Ainsi, *cancer évident, tissu encéphaloïde;* vous répondez à la famille qui vous interroge : récidive fatale.

Tissu avec des caractères moins évidents; vous doutez, vos présomptions sont fortes, mais ce ne sont que des présomptions.

Tissu fibro-plastique, cancer local; vous dites : la récidive est possible.

Cette récidive aura-t-elle lieu sur d'autres points que dans la plaie? Cela n'est pas probable, direz-vous; mais cela, à la rigueur, est possible, puisque cela s'est vu.

On devient plus pressant, et l'on vous demande si la récidive pourrait occasionner des désordres tels que le mal récidivé se plaçât au-dessus des ressources de l'art, ou exigeât les plus graves opérations de la chirurgie? Oui, répondez-vous, cela est possible.

Or, je le demande, clinicien avec ou sans le microscope, n'est-ce pas le même langage qui est tenu de part et d'autre?

Si cela est ainsi, à quoi bon le diagnostic que vous nous proposez, diagnostic par excision partielle des tissus morbides, exposant, sans aucun profit pour le malade, à accélérer le développement de la maladie dont il est atteint, provoquant à coup sûr l'ulcération des tissus morbides qui, une fois qu'elle a commencé, marche avec une grande célérité, et suscite, soit par résorption, soit par infection, des accidents généraux qui peuvent devenir promptement mortels.

Je crois donc, quant à moi, et c'est par cette conclusion que je termine, qu'il faut rejeter de la pratique de semblables procédés d'exploration, d'abord parce qu'ils ne prouvent rien, parce qu'ensuite ils sont dangereux; il faut les rejeter, parce que, en prétendant qu'en dehors des recherches microscopiques il n'y a point pour les tumeurs qui nous occupent de diagnostic certain, c'est, ainsi que je le disais dans le travail que j'ai rappelé en commençant, contester les vérités pathologiques acquises par l'observation de nos devanciers, et parce que c'est gratuitement enlever au chirurgien sa plus belle prérogative, celle de pouvoir saisir la réalité pathologique au moyen de cette puissance d'intuition philosophique et raisonnée que confère le jugement, que l'habitude développe, que l'expérience perfectionne et qui n'est autre que ce qu'on appelle le *tact médical*.

M. Marjolin répond à M. Follin :

Dans les arguments présentés par notre honorable collègue M. Follin, il en est qui ont déjà été l'objet d'une discussion, et auxquels je ne répondrai que brièvement; quant aux autres, qui sont tout à fait neufs et qui ont une conséquence pratique importante, nous verrons jusqu'à quel point ils établissent de nouveaux caractères différentiels entre le tissu fibro-plastique et le cancer proprement dit.

Pour ce qui est de l'utilité du microscope dans l'étude de l'anatomie pathologique, jamais je ne l'ai contestée; loin de là, un des premiers, au sein de cette Société, j'ai insisté sur la nécessité de se servir de cet instrument, et cela est si vrai que, dans la séance du 15 mars 1846, un de nos collègues, M. Maisonneuve, ayant mis en doute la valeur des analyses microscopiques, je lui répondis qu'il suffirait, pour modifier ses opinions, d'examiner du tissu cancéreux au microscope, d'en faire le dessin et de le comparer ensuite avec les figures contenues dans les traités de micrographie, précaution que j'ai prise plusieurs fois avec M. Follin lorsque j'étais chargé du service de l'hôpital Saint-Antoine.

Mais de ce que j'accepte le secours du microscope, ce n'est pas une raison pour en tirer des conséquences forcées. Je reconnais des formes que personne ne peut nier, mais j'ai encore plus de confiance dans les symptômes ou les signes que nous fournit la clinique; et lorsque je vois qu'entre deux maladies il n'y a d'autre différence que la forme intégrante des molécules, je crois pouvoir dire que ces deux affections sont analogues, ce qui ne veut nullement dire exactement semblables.

Notre honorable collègue est revenu sur un point de mon argumentation, qui semblerait faire croire que lui aussi s'est mépris sur le sens de mes paroles. Il a parlé de la dissidence que j'avais cherché à établir entre deux observateurs également habiles; il n'en est rien. J'ai dit, au contraire, que, dans un fait matériel aussi facile à reconnaître avec un peu de soin et d'habitude, il ne pouvait pas y avoir de dissidence; j'ai éloigné autant que possible cette idée, car, à mon sens, c'eût été un argument indigne de la Société, et ce n'est pas par de semblables surprises qu'on arrive à la vérité.

Pour les mêmes raisons, j'ai évité de signaler que bien souvent des analyses de tumeurs communiquées à la Société n'avaient été faites que sur des parties très minimes prises sur les pièces pathologiques. J'ai procédé autrement; j'ai dit : Il est d'autant plus nécessaire, pour arriver à la connaissance exacte de la nature d'une tumeur, de l'examiner en entier, que souvent les molécules peuvent être disséminées dans des proportions très différentes, de telle sorte que dans une moitié de tumeur on peut avoir tout simplement un tissu normal hypertrophié, tandis que l'autre moitié renferme l'élément cancéreux; et de là je suis arrivé tout naturellement à cette conclusion, que les ponctions exploratrices aidées du microscope ne pouvaient pas être d'une bien grande utilité pour établir le diagnostic *à priori*.

Notre honorable collègue a cherché ensuite à établir des différences entre les deux tissus en s'appuyant sur le mode de récidive. Quels sont ces modes? Pour lui, il en est trois. Dans le premier, la récidive n'a lieu que parce que l'opération est incomplète; on n'a pas enlevé toute la portion malade. Dans le second cas, la récidive dans les ganglions se fait par suite des lois d'absorption. Enfin, le troisième mode comprend la récidive à distance, qui serait fort rare dans l'affection fibro-plastique.

Examinons successivement ces trois modes de récidive du tissu fibro-plastique, et voyons si dans le cancer la maladie procède différemment.

Comme tout le monde, j'admets que, du moment que vous ferez une opération en laissant encore du tissu morbide, vous devez naturellement avoir une récidive sur place. Mais comment arriver à la certitude qu'on a tout enlevé? Quand on compte le nombre de récidives consignées dans la thèse inaugurale de M. Mayor (*Recherches sur les tumeurs épidermiques et leurs relations avec l'affection cancéreuse*. Paris, 1846) après des opérations faites par des chirurgiens très habiles, on est en droit de demander : donnez-nous des signes certains faciles à reconnaître. Notez que ces récidives ont eu lieu après des opérations de cancroïde de la lèvre, dans une partie facile à examiner. Notre collègue nous a dit : Il ne faut pas vous étonner si souvent on a coupé dans des tissus malades croyant trancher dans des tissus sains; car un des caractères particuliers au cancroïde, c'est de procéder par des radicules tellement ténus qu'ils échappent au toucher du praticien le plus habile. Comment faire alors pour sortir du doute? Recourir au microscope, et alors quelle sera la limite d'une opération qui semblait si simple? Il est possible, en effet, que déjà le principe morbide soit en voie d'absorption, qu'il ait pénétré non-seulement dans les lymphatiques, mais même dans les ganglions; il est possible que l'hypertrophie, que vous croyez symptomatique d'une ulcération de la lèvre, soit déjà le commencement du second mode de récidive si bien décrit par M. Follin : dès lors il y a infection. Il faut donc se hâter pour prévenir cette infection qui sera fatale, et cette précipitation qu'on apportera à débarrasser un malade d'une tumeur d'un organe important ne pourra-t-elle pas aussi avoir des inconvénients?

Contentons-nous pour l'instant d'examiner avec soin les nouveaux faits qui se présenteront à notre observation, profitons du secours que les progrès de la science mettent à notre disposition, mais ne nous hâtons pas de formuler des règles trop absolues que les faits de chaque jour viennent renverser.

M. Lebert réplique à M. Forget : Je répondrai immédiatement au discours écrit de mon honorable collègue. Le temps ne me permettra peut-être pas de réfuter tous ses arguments, ce qui serait d'ailleurs inutile, vu que ma réplique à M. Marjolin en traite déjà un bon nombre.

M. Forget est étonné que, « s'il faut en croire le microscope, » comme il s'exprime, un même tissu puisse se montrer dans des conditions si différentes. Nous ferons d'abord observer à M. Forget que, lorsque l'on veut s'ériger en juge sur la valeur d'un instrument, il faut commencer par le connaître. Il est réellement regrettable que M. Forget ne connaisse pas les premiers éléments de la micrographie, et ce n'est à coup sûr point d'une telle façon que l'on peut faire fructueusement progresser la science. L'identité du tissu fibro-plastique dans diverses circonstances est un fait reconnu par tous ceux qui se sont occupés de la matière. J'ai déjà dit que ce fait était tout naturel, puisqu'il s'agissait tout simplement de tissu connectif ou cellulaire de nouvelle formation. Par conséquent, le fait n'est pas infirmé par l'étonnement de M. Forget. Cette diversité de valeur physiologique avec identité de structure est du reste un fait commun en anatomie. Le cartilage, par exemple, tout en ayant toujours une structure analogue, se montre à l'état normal sous des formes diverses, cartilage d'encroûtement, cartilage costo-sternal, fibro-cartilage; sous le rapport morbide, nous le voyons succéder par masses considérables à l'inflammation dans certaines arthrites. Nous le voyons paraître, enfin, sous des formes très variées encore dans les tumeurs autogènes connues sous le nom d'enchondromes. Le reproche que me fait M. Forget d'avoir trouvé un même tissu dans des conditions pathologiques différentes est non-seulement mal fondé, mais le fait en lui-même constitue peut-être un des principaux mérites de mon mémoire, puisqu'il démontre que d'un bout à l'autre la tendance clinique y prédomine, et que, là où l'anato-

mie ne démontre pas de différences tranchées, l'observation au lit du malade en démontre d'incontestables.

M. Forget dit que la tumeur fibro-plastique finit presque toujours par attenter aux jours du malade. Tout mon mémoire prouve l'inexactitude de cette assertion, et j'en cherche vainement la preuve dans le discours de M. Forget.

Il m'adresse ensuite la question naïve si pour moi la cellule cancéreuse avait une grande importance dans la détermination des tumeurs? J'ai écrit un gros livre sur les maladies cancéreuses : que M. Forget y recoure et qu'il s'instruise. Je l'engage également à lire le remarquable travail de M. Broca sur le cancer couronné par l'Académie de médecine. Malheureusement M. Forget ne connaît pas plus la littérature moderne sur toutes ces questions, qu'il n'est au courant des investigations microscopiques.

La seule étude faite dans un but de trouver des contradictions que M. Forget ait entreprise pour être au fait de cette partie de la science est celle des Bulletins de la Société de chirurgie. Il croit prétendre qu'il m'a mis en contradiction avec moi-même. Nous allons voir ce qui en est. Vers la fin de 1850, M. Chassaignac opère une tumeur fibro-plastique de la mâchoire inférieure; je l'examine, et j'en rends compte à la Société, en disant, comme l'ensemble de ce procès-verbal le prouve, qu'il s'agissait essentiellement d'un tissu fibro-plastique, dans lequel il y avait par ci par là quelques noyaux qui, si on les avait vus isolément, auraient pu laisser du doute dans l'esprit de l'observation. Si M. Forget était un tant soit peu au courant de la micrographie pathologique, il saurait que tous les hommes compétents sont d'accord sur le fait que, malgré l'aspect spécial des cellules, on peut quelquefois être embarrassé sur la nature spécifique d'une cellule isolée, altérée, ou incomplétement développée, ou boursouflée par du liquide, ou infiltrée de granulations graisseuses, etc. C'est, en général, le tableau d'une préparation microscopique et l'étude de préparations suffisamment multipliées qui nous permet de fixer notre jugement, et c'est là un fait tout naturel, puisque, lorsqu'il s'agit de différences entre les corps qui oscillent entre 1/400 et 1/50 de millimètre, on ne peut évidemment pas trouver des caractères différentiels aussi tranchés comme entre une graminée et un chêne. Il faut pour cela la délicatesse d'observation du physicien, que ne comprennent pas naturellement les personnes complétement étrangères à ce genre d'études. Je suis fier d'avoir mis de la réserve dans mon jugement chaque fois que le moindre doute a traversé mes investigations. Je ne serais pas l'adepte de la vérité sans cela, et quant à l'infaillibilité, il n'y a que les ignorants qui prétendent l'avoir.

M. Forget reprend l'argument réfuté de la transformation des tissus, et, semblable à un avocat, il s'imagine que c'est encore son unique livre, celui de nos procès-verbaux, qui va démontrer péremptoirement que j'ai été en flagrante contradiction avec moi-même. Vous allez en juger, messieurs. J'ai cité dans une de nos séances quelques exemples de tumeurs mixtes dans lesquelles le cancer coexistait avec d'autres tissus. Ce fait prouve qu'une tumeur n'a pas une complète immunité contre le dépôt cancéreux qui peut se faire, du reste, dans tous les points de l'économie. Mais dire, par exemple, lorsqu'on rencontre dans une même tumeur du cartilage et du cancer, que le cancer est un cartilage transformé, dire en un mot que lorsque deux tissus fondamentalement différents coexistent dans une même tumeur, l'une est la transformation de l'autre; c'est là une hypothèse aussi vaine qu'hypothèse peut l'être. Pour faire revivre un pareil cadavre, il ne suffit point d'écrire un discours dans son cabinet, mais il faut mettre la main à l'œuvre, muni du scalpel et du microscope, faire, en un mot, la démonstration en anatomiste. Lorsque M. Forget aura suivi cette marche, nous discuterons de nouveau cette question avec lui.

Il s'est glissé une fâcheuse inexactitude dans une des objections de M. Forget. Il dit que dans les faits de généralisation fibro-plastique de MM. Roux et Velpeau, la cellule cancéreuse s'est trouvée dans les tumeurs infectantes et s'est développée ultérieurement, après que son absence avait été constatée dans les tumeurs primitives. Nous mettrons M. Forget en demeure de prouver ce qu'il a avancé; et en attendant qu'il fournisse ses preuves, nous déclarons que ce fait est de son invention.

M. Forget dit que la récidive est à peu près constante dans les tumeurs fibro-plastiques, qu'elle constitue la règle. Mais sur quoi se fonde-t-il? Il résulte de mes recherches qu'elle a à peu près lieu dans un cinquième des cas. Je citerai de ma propre pratique plusieurs faits de guérison durable, celui entre autres d'une grande tumeur fibro-plastique que j'ai enlevée à une femme à la partie inférieure de la jambe en 1830; celui d'une femme à laquelle j'ai enlevé une tumeur fibro-plastique au col utérin en 1841. L'une et l'autre ét aient complétement guéries lorsque j'ai quitté la Suisse, en 1846. Tous mes collègues pourraient citer des cas pareils. Dans les faits empruntés aux auteurs, un certain nombre de guérisons complètes ont été même obtenues après des opérations multipliées. Par conséquent, pour que j'admette, avec M. Forget, que la récidive est la règle dans ces cas, il faut, de deux choses l'une, ou qu'il oppose une statistique contradictoire à la mienne, ou qu'il me démontre qu'il y a identité entre un cinquième et la totalité. Ah! s'il m'apportait cette preuve-là, je me déclarerais vaincu sur ce point. On a de nouveau parlé d'un cas encore récemment présenté à la Société par M. Larrey. Eh bien! si vous voyez cet homme qui depuis son enfance portait une tumeur à la fesse qui a plusieurs fois récidivé sur place et dans la cicatrice, tout en laissant la santé générale superbe et les ganglions intacts, si vous y voyez, dis-je, une identité avec la marche du cancer, j'avoue franchement que je me permettrai de ne pas être de cet avis.

Vous m'objectez que dans les opérations répétées de M. Chassaignac, sur un maxillaire inférieur atteint d'une tumeur fibro-plastique, la récidive a eu lieu malgré l'habileté du chirurgien. Mais vous devez vous rappeler que les opérations étaient incomplètes; que chaque fois j'ai retrouvé le tissu morbide sur l'extrémité des parties enlevées. Il aurait fallu peut-être aller jusqu'à la désarticulation de la mâchoire, devant laquelle, à coup sûr, M. Chassaignac n'aurait point reculé si le malade n'avait point quitté trop tôt l'hôpital. Votre objection prouve justement à quel point il est utile que l'anatomie pathologique vienne en aide à l'opérateur, et que pour bien opérer il ne suffit pas d'être habile opérateur, mais qu'il est nécessaire, avant tout, d'être un pathologiste consommé.

Vous trouvez, monsieur Forget, qu'au delà de nos démonstrations anatomiques il y a une espèce de puissance épigénésique, un principe vital qui rend bien mieux compte de la nature de la maladie que toutes nos recherches matérielles. Je vois que vous êtes partisan de cette école de haute généralisation, de cette prétention philosophique qui s'élève dans les nuages et qui plane au-dessus de nos mesquines recherches matérielles. C'est beau, c'est très beau même; mais j'ai le malheur de ne pas croire à cette école; et si je compare ce que cette tendance a promis avec ce qu'elle a tenu, je ne trouve que pauvreté, que nullité, que boursouflure, et je préfère mille fois chercher la vérité en étudiant humblement la phénoménologie, en comparant ensuite les faits, pour n'arriver à la généralisation qu'appuyé sur la large base de la réalité. C'est cette généralisation que j'honore, et qui constitue pour moi la véritable philosophie expérimentale.

Vous prétendez, dans un autre endroit de votre discours écrit, que le tissu squirrheux et le tissu fibro-plastique sont identiques. Permettez-moi d'ajouter : « sauf les différences. » Parmi les nombreux caractères, je ne vous en citerai qu'un seul. Si vous examinez une coupe fraîche d'une tumeur squirrheuse, la plus simple pression en fera sortir un pus trouble et lactescent, tandis que vous n'en trouverez point dans le tissu fibro-plastique. Cette différence est si facile à vérifier, qu'un infirmier pourrait la constater. Quant aux autres différences très nombreuses, lisez ce qui a été écrit là-dessus, et votre doute disparaîtra. Je vois que vous admettez encore, monsieur, un cancer qui, avant de devenir plus mou, existerait d'abord à l'état cru. Permettez-moi de vous dire que ce n'est là qu'une simple croyance. Voyez combien de femmes arrivent promptement à la fin de leur triste et douloureuse maladie avec des squirrhes durs et peu volumineux de la mamelle. Comparez ensuite les très petites tumeurs naissantes de l'infection cancéreuse, et même chez celles qui ne dépassent pas encore le volume d'une tête d'épingle vous trouverez déjà, dans les diverses autopsies, tantôt les caractères du squirrhe, tantôt ceux de l'encéphaloïde. Ce sont là des variétés d'emblée, et nullement des phases obligatoires du développement.

Vous vous élevez contre le reproche que je fais aux chirurgiens de ne par avoir appuyé leurs doctrines sur un nombre suffisant de faits bien observés, et vous vous permettez de dire qu'une systématisation prématurée m'a rendu injuste envers les auteurs en grand renom et envers mes maîtres. Ici, je dois encore regretter votre ignorance trop absolue de mes œuvres. Si vous les aviez lues, vous sauriez que je m'appuie sur les faits des autres chaque fois que j'en trouve; mais je ne saurais, d'un autre côté, m'appuyer sur des faits qui n'existent point.

Je l'ai déjà dit dans cette enceinte, ne trouvant le plus souvent sur les tumeurs que des doctrines générales d'un côté, et une grande pénurie d'observations bien faites d'un autre côté, j'ai dû me mettre à l'œuvre et recueillir pendant un grand nombre d'années des faits qui m'ont servi plus tard pour établir mes doctrines. Et vous croyez pouvoir anéantir le résultat de bien des années de labeur avec quelques arguties de raisonnement? Chaque fois que les faits m'ont conduit à une autre opinion que celle de mes maîtres, je crois ne pas avoir manqué de pitié envers eux en énonçant un résultat différent de leurs opinions. La vérité seule sera toujours, sous ce rapport, l'étoile polaire qui me guidera, et je ne cesserai d'avoir pour devise : « *Plato amicus, sed major amica veritas*. » Ceci bien établi, je vous dirai que vous trouverez dans mon *Traité des maladies cancéreuses*, entre autres, à l'occasion des tumeurs cérébrales, une analyse de chacun des faits que renferme le célèbre mémoire de Louis sur le fongus de la dure-mère, publié dans les mémoires de l'ancienne Académie de chirurgie. Vous verrez que dans une autre occasion j'ai mis à profit les observations de Ledran, tirées du même recueil, et personne ne m'accusera d'avoir manqué d'érudition dans la plupart de mes publications. Seulement j'ai toujours eu soin d'apprécier chaque auteur à sa juste valeur.

En prenant pour exemple Ambroise Paré, je vous dirai que l'homme qui a le premier lié les artères, et qui les a liées, pour ainsi dire, sous les balles de l'ennemi, devait être un grand chirurgien et un homme de cœur. Ambroise Paré est pour moi une des figures les plus vénérables dans l'histoire de la chirurgie; mais ce n'est pas une raison pour que j'accepte ses doctrines sur le cancer lorsque je vois un crabe de mer figurer à côté de sa description du cancer, à cause de la ressemblance qu'il trouve entre cet animal et la maladie en question; ou lorsqu'il dit, à un autre endroit, que le cancer est engendré par la bile noire. En un mot, j'admets volontiers le poids des autorités lorsque les opinions avancées sont démontrées. J'honore mes maîtres; mais l'indépendance de l'esprit me paraît le premier et le plus sacré des devoirs de l'homme de science.

Il paraît que j'ai fait frissonner M. Forger en parlant de l'excision de quelques parcelles d'une végétation de la peau ou des membranes muqueuses pour arriver à un diagnostic précis avant l'opération. Il me reproche de faire ainsi des quarts d'opération qui ne peuvent qu'entraîner les conséquences les plus funestes. Je suis très heureux de pouvoir encore une fois rassurer complétement l'esprit timoré de mon honorable collègue, et de lui dire que rien au monde n'est plus exempt d'inconvénients que ces excisions exploratrices. Un malade porte une petite tumeur verruqueuse à la surface du derme ou sur quelques points accessibles de la bouche. Outre les symptômes rationnels, on cherche à s'éclairer sur la nature du tissu, parce que le parti chirurgical à prendre en sera nécessairement influencé. Rien de plus facile que d'enlever avec des ciseaux courbes un fragment suffisant pour élucider la question dans un grand nombre de cas, et jamais je n'ai vu le moindre accident en être la conséquence. Un de nos honorables collègues, que nous estimons et que nous affectionnons tous, M. le docteur Monod, pratique rarement l'opération d'une tumeur de la bouche sans m'envoyer les malades, que je soumets à cet examen, et il peut vous dire que cette méthode est utile et sans inconvénient aucun. D'un autre côté, je n'attache pas une valeur exagérée à ce procédé, pas plus que n'en doit avoir, en général, un mode d'exploration quelconque. Du reste, il en est de même de toutes les maladies chirurgicales. Si nous avons, par exemple, affaire à un calculeux, l'exploration de la vessie par la sonde ne nous rend pas compte de l'état exact de tous les points de la vessie, moins encore de celui du reste des voies urinaires, souvent secondairement malades en pareille circonstance, nullement des troubles des autres fonctions, et de la digestion en particulier, qui président si souvent à toutes les maladies des voies urinaires; mais cette exploration n'est pas moins un élément presque indispensable pour arriver au diagnostic et pour décider le parti chirurgical à prendre. Voilà donc encore une des objections de M. Forget réduite à sa juste valeur.

Vous reprochez, en dernier lieu, que le microscope abaisse le niveau de l'étude clinique et rend le pronostic obscur. Il est impossible de formuler un reproche plus mal fondé, plus injuste, plus hostile au progrès scientifique. C'est le microscope, au contraire, qui nous a fait trouver des points de départ certains pour déterminer l'anatomie pathologique des produits accidentels, et qui ensuite nous a fait étudier avec plus de sûreté la symptomatologie correspondant aux différentes lésions. Si M. Forget en veut une preuve, qu'il lise mon *Traité des affections cancéreuses*. Quant au pronostic, il est de toute évidence que bien des nuances délicates à la fois et importantes ne nous ont été révélées que du moment où le microscope a commencé à intervenir. C'est depuis ce moment que les hommes vraiment au courant de la science formulent tout différemment le pronostic, qui autrefois aurait été indistinctement fâcheux pour le véritable cancer, pour le cancroïde épithélial et pour les tumeurs fibro-plastiques. C'est ainsi que, n'ayant jamais vu guérir un véritable cancer, l'incurabilité est pour nous la règle. De très nombreux exemples existent, au contraire, de guérison de cancroïde des lèvres et de l'ulcère cancroïde de la face. Pour le premier, des opérations hardies, étendues, aidées de l'autoplastie avec extirpation des ganglions malades, offrent des chances tout autres de guérison que s'il s'agissait d'un véritable cancer. Pour l'ulcère rongeant de la face, nous savons également aujourd'hui que son incurabilité souvent n'est due qu'à l'impéritie du chirurgien.

J'ai vu M. Manec, à la Salpêtrière, guérir un certain nombre de femmes atteintes de ces sortes d'ulcères, qui avaient été déclarés incurables par de grands chirurgiens. J'ai suivi ces femmes pendant très longtemps, et j'ai pu me convaincre que la guérison s'est soutenue. J'ai dans ma pratique également des faits précis de cancroïdes de la face guéris d'une manière durable. S'agit-il d'une tumeur fibro-plastique? J'ai démontré également que le pronostic était bien meilleur que pour le cancer; que la récidive, dans un grand nombre de cas, n'avait pas lieu; que dans d'autres elle ne survenait que très tardivement, et que lors même que les récidives étaient plus rapprochées, la santé générale n'en était point influencée, les ganglions lymphatiques non infectés. Toutefois, le pronostic doit prévoir ici la possibilité d'une infection générale, bien que rare et exceptionnelle. Il faut ne pas être praticien pour nier l'évidence d'aussi grands services rendus par le microscope.

Il y aurait peut-être moyen de s'entendre en ajoutant au terme de tumeur fibro-plastique celui de cancroïde, pour désigner que cette affection offre à la fois des analogies et des différences avec le cancer. Mais amais je n'admettrai l'identité de deux affections, ayant par mon travail péremptoirement démontré le contraire.

Présentation de pièce d'anatomie pathologique.

M. Vidal (de Cassis) présente à la Société une pièce d'anatomie pathologique. C'est, suivant lui, un testicule cancéreux. Il est arrivé à la connaissance de la nature de la tumeur par les principes qu'il a déjà fait connaître à la Société.

La tumeur était solide et ancienne. Un seul testicule était malade, et ne pouvait être, dit M. Vidal, qu'un sarcocèle tuberculeux de mauvaise espèce, ou un sarcocèle cancéreux. L'exploration attentive des viscères ayant permis de reconnaître qu'il n'existait pas de tubercules, il devenait évident pour le chirurgien que l'affection était de nature cancéreuse, malgré l'absence de douleurs lancinantes.

M. Follin examinera la tumeur, et si, dit M. Vidal, la cellule cancéreuse est le signe caractéristique du cancer, il n'est pas douteux que sa présence ne soit révélée par l'analyse microscopique.

A cinq heures et demie, la Société se forme en comité secret pour discuter une question relative à l'application du règlement.

Le vice-secrétaire, Laborie.

Séance du 12 janvier 1853.

Après la lecture et l'adoption du procès-verbal de la dernière séance, M. Follin communique le résultat de l'examen microscopique de la tumeur présentée par M. Vidal (de Cassis). Il s'agit d'une affection cancéreuse; les cellules cancéreuses se retrouvent en grande quantité dans toute la masse examinée.

Correspondance.

M, Bourguet, chirurgien en chef de l'hôpital d'Aix (Bouches-du-Rhône), adresse un mémoire manuscrit ayant pour titre: *Mémoire sur la rupture du ligament rotulien.*

M. Bourguet sollicite la faveur d'être nommé membre correspondant. (Commission : MM. Michon, Maisonneuve et Demarquay.)

Admission de M. Duval comme membre honoraire.

M. Duval, nommé par acclamation membre honoraire, est présent à la séance. Il adresse ses remercîments dans les termes suivants :

« Messieurs et chers collègues,

» C'est avec bonheur que j'ai reçu le titre que vous avez bien voulu me donner. Resté seul de tous les membres de l'ancienne et très illustre Académie royale de chirurgie, je suis heureux de servir de point d'union entre votre devancière et vous. Vous avez déjà conquis par vos travaux une grande place dans la science; soyez certains que je vous suivrai avec joie dans la route que vous poursuivez si honorablement. Quant à mes rapports avec vous, mes chers collègues, ils seront, croyez-le bien, toujours bons et agréables, comme ils doivent ne jamais cesser d'exister entre confrères. Permettez-moi, en terminant, de déposer sur le bureau, comme gage des sentiments que j'éprouve, le *Serment d'Hippocrate* (1). »

M. Guersant, président, répond que la Société est heureuse de compter parmi ses membres honoraires un ancien membre de l'Académie de chirurgie. Elle remercie M. Duval du don qu'il veut bien lui faire du *Serment d'Hippocrate*, qu'elle déposera précieusement dans sa bibliothèque comme un souvenir de l'honorable doyen de ses membres honoraires.

RAPPORTS.

Cancer de la lèvre inférieure opéré par un procédé nouveau.

M. Lenoir, au nom de la commission chargée de rendre compte d'un travail de M. Bernard (Camille) sur un cancer de la lèvre inférieure opéré par un procédé nouveau, lit le rapport suivant :

Messieurs, je viens vous rendre compte d'un travail qui vous a été adressé par M. le docteur Camille Bernard dans le but d'obtenir le diplôme de membre correspondant de la Société de chirurgie. Ce travail a pour titre : *Cancer de la lèvre inférieure; restauration à l'aide de deux lambeaux latéraux quadrilatères; guérison.* — Il comprend l'observation d'un cas particulier qui s'est présenté l'an dernier à l'Hôtel-Dieu d'Apt, observation qui est précédée et suivie de réflexions sur la *chéiloplastie* en général. Voici d'abord la relation du fait en peu de mots :

Un homme de 78 ans, d'une constitution athlétique, porte depuis environ un an une tumeur ulcérée à la lèvre inférieure. Il ne donne aucun renseignement ni sur la cause déterminante, ni sur la marche progressive de son mal; seulement il dit avoir eu une simple gonorrhée un demi-siècle auparavant. Sur ce renseignement, un médecin consulté a eu la pensée de lui prescrire récemment un traitement antisyphilitique complet, regardant sans doute l'affection actuelle de la lèvre comme dépendant d'une cause spécifique. Deux autres médecins, consultés aussi depuis peu de temps, ont, de leur côté, considéré le mal comme étant de nature cancéreuse; mais le plus ancien des deux s'est opposé à toute opération.

M. Bernard, consulté à son tour, n'a trouvé aucune contre-indication à agir, ni dans l'âge avancé du malade, ni dans l'état actuel de l'ulcère que celui-ci porte à la lèvre; et il insiste avec raison, pour étayer sa détermination, sur ces trois points : 1° que, dans ce cas, l'induration du tissu cellulaire et la couleur violacée des téguments et de la muqueuse s'arrêtent de chaque côté à 5 ou 6 millimètres en deçà des deux commissures des lèvres, et ne s'étendent par en bas que jusqu'au sillon mentonnier; 2° que les glandes sous-maxillaires sont saines; 3° enfin sur la constitution de son malade.

Voici maintenant le procédé opératoire que ce chirurgien a préféré : après avoir cerné les tissus affectés de cancer par deux incisions partant du bord libre de la lèvre inférieure et les avoir réunies en bas par une troisième transversale occupant le sillon mentonnier, il détacha la partie moyenne de cette lèvre de ses insertions à l'os maxillaire et l'enleva; puis il s'occupa de réparer la perte de substance qu'il ve-

(1) Serment d'Hippocrate, précédé d'une Notice sur les serments en médecine; par J.-B. Duval, membre du Collége et Académie royale de chirurgie.

nait de produire. Chez cet homme, l'ouverture de la bouche avait 60 millimètres d'étendue : or, comme par suite de l'opération ce qui restait de la lèvre inférieure de cette bouche était réduit à deux moignons ayant ensemble 15 millimètres, le chirurgien dut tailler dans le bas des joues deux lambeaux quadrilatères allongés qu'il fit glisser sur l'os maxillaire inférieur jusqu'à ce qu'ils arrivassent au contact l'un de l'autre sur la ligne médiane ; de plus, afin de pouvoir doubler le bord libre de ces deux lambeaux avec la muqueuse buccale et lui donner la forme et la structure du bord libre de la lèvre inférieure qu'il venait d'enlever, il dut exciser les téguments seuls en dehors des deux commissures de manière à conserver deux portions de membrane muqueuse assez longues et assez larges pour recouvrir le bord libre de la nouvelle lèvre ; enfin, comme par suite du rapprochement des deux lambeaux quadrilatères, exclusivement formés aux dépens de la partie inférieure des joues, la lèvre supérieure était trop proéminente en avant et se plissait en dehors des commissures, il dut enlever l'excédant de cette lèvre en pratiquant en ces deux derniers points une perte de substance en forme de V dont le sommet regardait en haut. L'opération était achevée : les artères labiales furent tordues et les lambeaux maintenus rapprochés à l'aide de quelques points de suture entortillée. Après le pansement, il restait trois plaies linéaires ; l'une médiane, formée par les deux lambeaux quadrilatères réunis au-devant de la symphyse du menton, et deux latérales partant de chaque commissure et se dirigeant en haut et en dehors ; elles résultaient de la double perte de substance faite à la lèvre supérieure.

Le malade supporta bien toute cette longue manœuvre, quoiqu'il ne fût pas éthérisé, et le quinzième jour sa guérison était constatée, car il sortait de l'hôpital. L'observation relate qu'il a été revu un mois après quand il vint chercher les effets qu'il avait laissés dans l'établissement. Alors, dit l'auteur, « la réussite était assez complète pour » qu'à la vue du *facies* de cet homme on ne se doutât pas qu'il avait » subi l'enlèvement de la lèvre inférieure. « Depuis, il a été perdu de vue.

Vous le voyez, messieurs, la méthode employée pour restaurer la lèvre inférieure dans ce cas est celle qui a été tour à tour appelée *méthode de Celse*, *méthode française*, et qu'il vaut mieux, je crois, appeler *méthode par glissement*, parce que cette dénomination fait de suite connaître le caractère du genre d'autoplastie dont on parle, méthode à laquelle M. Bernard, qui se montre très au courant de tout ce qui s'est fait en chéiloplastie dans ces derniers temps, a ajouté deux modifications importantes : la première, qui paraît appartenir au professeur Serres, de Montpellier, consiste à *ourler* le bord libre de la lèvre de formation nouvelle au moyen d'un lambeau de la muqueuse buccale ; et la seconde, qui se trouve indiquée pour la première fois dans le travail de notre confrère d'Apt, consiste à exciser la portion exubérante de la lèvre supérieure à l'aide de deux incisions en Λ renversé, faites en dehors et au-dessus des deux commissures. J'ajouterai, enfin, que c'est aussi dans ce travail que je vais indiquer pour la première fois la longueur exacte et presque mathématique qu'il convient de donner aux lambeaux de restauration ; longueur qui variera, du reste, suivant l'étendue de l'ouverture normale de la bouche de l'opéré et suivant l'étendue de la perte de substance que devra subir la lèvre affectée de cancer. La description de cette manœuvre opératoire est bien faite, quoique un peu longue, comme l'opération, qu'elle s'applique à faire connaître dans tous ses temps ; mais peut-être y aurait-il moyen d'abréger l'une et l'autre en commençant la restauration de la lèvre inférieure par la double incision en V qu'on pratique au-dessus des commissures, et dans la base de laquelle on trouverait, par un simple renversement en dehors, le lambeau de muqueuse buccale qui est nécessaire à la confection de l'*ourlet*. Ce petit changement dans l'ordre des différents temps de la manœuvre opératoire a permis à votre rapporteur, en agissant avec de forts ciseaux, d'exécuter celle-ci sur le cadavre et en moins de temps qu'il n'en met ici à vous l'indiquer.

Mais la méthode suivie dans ce cas par M. Bernard pour exciser le cancer et reconstituer la lèvre inférieure après cette excision était-elle la meilleure à employer ? L'auteur du travail dont je vous rends compte a discuté longuement cette question, et je dois dire que je partage entièrement son opinion sur la prééminence qu'il accorde à l'opération qu'il a pratiquée ; comme lui, je pense que, chez un malade dont la lèvre inférieure, normalement longue de 60 millimètres, devait subir une perte de substance de 45 millimètres de long sur 35 millimètres de haut, on ne pouvait se borner à une simple incision en V et au rapprochement des bords de cette incision sur la ligne médiane, par la raison que le vide des trois quarts de la lèvre n'aurait jamais pu être comblé par le quart restant voisin des commissures, et que l'occlusion de la bouche serait résultée de ce rapprochement par trop forcé. L'incision en V ne peut convenir que dans les cas où le mal n'occupe qu'un petit espace.

Comme lui je pense aussi que, du moment que pour combler cette large perte de substance de la lèvre inférieure il fallait emprunter aux parties environnantes de celle-ci des lambeaux, cet emprunt devait être fait aux joues de préférence à tout autre lieu. En faisant en effet remonter la peau du menton et de la région antérieure du cou taillée *carrément*, suivant le procédé de *Chopart*, ou *en demi-cercle*, suivant la méthode de M. Roux (de Saint-Maximin), on n'aurait eu qu'une lèvre imparfaite ; car la muqueuse buccale manquait au-dessous du sillon mentonnier, et l'on n'aurait pu faire avec elle l'*ourlet* du bord libre de cette lèvre.

Toute la discussion à laquelle M. Bernard se livre ici pour faire prévaloir la *forme quadrilatère* des incisions à l'aide desquelles il a cerné les parties affectées de cancer sur la forme en *V* ou sur la forme *semi-lunaire* qu'il aurait pu leur donner, et aussi pour établir la supériorité des lambeaux latéraux sur le lambeau mentonnier dans la confection de la nouvelle lèvre inférieure, toute cette discussion, dis-je, est convenablement conduite, et fait honneur à la logique et à la sagacité de son auteur.

Je n'adresserai à M. Bernard qu'un seul reproche, c'est d'avoir trop tôt publié son observation, c'est d'avoir donné comme définitif un résultat brillant aujourd'hui, mais que peut-être un avenir peu éloigné pourra changer en un échec opératoire. Si notre honorable confrère eût attendu plus longtemps avant de nous envoyer son travail, il eût pu nous dire si la récidive du mal a eu lieu, au bout de combien de temps et sur quel point elle a eu lieu ; et, en faisant cela, il eût comblé un des nombreux desirata de la science. C'est en effet aujourd'hui encore une question de savoir si, à la suite de ces grands cancroïdes des lèvres enlevés par l'instrument tranchant et réparés par l'autoplastie, il ne survient pas des récidives aussi fréquentes que lorsqu'on se borne à l'excision simple de la partie malade et au rapprochement des bords de la plaie qui résulte de cette opération. M. Martinet (de la Creuse), et après lui Blandin, suivi en cela par nos collègues MM. Michon et Chassaignac, ont, dans l'enthousiasme provoqué chez eux par quelques rares succès, proclamé que l'autoplastie était un moyen sûr de prévenir la récidive des cancers enlevés par l'instrument tranchant. Je crois, pour ma part, que pour donner quelque semblant de valeur à cette assertion, il conviendrait de définir d'abord de quelle méthode d'autoplastie on entend parler. Je comprends, par exemple, qu'un lambeau de peau pris à une certaine distance du lieu sur lequel on le transplante, ainsi que cela se pratique dans la *méthode indienne*, ne soit pas contaminé par le cancer ou par les dartres ; non, comme on l'a dit, parce qu'il *apporte une vie puissante* aux parties avec lesquelles on le met en rapport, mais bien parce qu'il reste étranger aux mouvements vitaux de ces parties. Je comprends cela, sans toutefois trop me fier à cette action bienfaitrice, et dans ma pratique je compte bien plus, comme moyen propre à prévenir la récidive des cancers, sur l'ablation complète de la partie affectée et sur la réunion immédiate après l'opération, que sur un lambeau autoplastique façonné même par la méthode indienne. Mais qu'il en soit de même de la méthode française ou par glissement, je ne le comprends plus. Trop de faits viendraient déposer ici contre cette doctrine, et si le temps me le permettait, je vous en citerais plusieurs tirés de la pratique de Dieffenbach, de Serres (de Montpellier), de Roux (de Saint-Maximin), de M. Velpeau, et de la mienne propre.

Un second avantage devait résulter de ce retard de publication, M. Bernard aurait pu nous dire comment au bout d'un certain temps la lèvre inférieure restaurée aux dépens des parties molles voisines fonctionnait soit dans l'acte de la préhension des aliments, soit dans celui de la prononciation de certains mots, soit enfin dans les différents mouvements auxquels elle est soumise dans l'expression faciale. Ces détails, qu'on cherche vainement dans les observations publiées chaque jour dans nos journaux, sont d'un grand intérêt au point de vue de la physiologie et de la pathogénie ; et pourtant ils marquent ici que certains chirurgiens, après avoir réussi tant bien que mal à restaurer une lèvre enlevée par l'instrument, se hâtent de communiquer au public par la voie de la presse leur succès trop souvent éphémère. Nous n'avons rien à y voir ; c'est un malheur du temps, qui prend sa source dans le nombre trop grand de nos journaux de médecine, et dans l'absence de bons matériaux propres à les remplir. Mais pour nous, qui faisons plus de cas de la qualité que de la quantité, nous ne pouvons nous empêcher de signaler ici cette lacune regrettable dans un travail qui mérite votre approbation.

M. Bernard, contre cette observation, a envoyé à la Société un mémoire imprimé sur la version podatique à double rotation du fœtus ; un second sur l'amputation de la jambe à lambeaux latéraux obliques ; et un troisième sur le redressement du col difforme par simple déflexion. Il est en outre chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Apt et en position de mettre à profit pour la science les matériaux qui se présenteront à lui par la suite.

En conséquence, j'ai l'honneur de vous proposer :

1° De déposer l'observation de M. Bernard aux archives ;

2° De lui accorder le titre de membre correspondant de la Société.

— Après la lecture de ce rapport, M. Chassaignac demande la parole. Il approuve tous les principes de probité chirurgicale et de saine pratique consignés dans l'intéressant rapport de M. Lenoir ; seulement il croit devoir faire observer que ce que le rapporteur signale relativement à la valeur de l'autoplastie comme moyen préservatif de la récidive cancéreuse n'a pas été exactement indiqué quant à ce qui le concerne, du moins.

Dans un travail communiqué à la Société de chirurgie j'ai, dit M. Chassaignac, indiqué une observation qui m'était propre, dans laquelle la récidive cancéreuse en envahissant la cicatrice avait complétement respecté le lambeau de réparation, et j'ai fait ressortir ce que ce fait présentait d'intéressant au point de vue de l'application de l'autoplastie au traitement des plaies résultant des amputations du cancer.

Quant à l'influence définitive, absolue de l'autoplastie sur la récidive, cette question ne saurait être jugée sans un nombre considérable de faits observés pendant longtemps, car il ne faut pas oublier que rien n'est moins limité que l'époque de la récidive, et les faits n'auront de valeur que lorsqu'ils auront été soumis pendant un temps assez long à l'observation du chirurgien.

En outre, tout en reconnaissant la justesse des observations de M. Lenoir sur l'importance de ne pas consigner dans la science les cas d'opération encore trop récents, M. Chassaignac ajoute que, dans quelques circonstances, lorsqu'il s'agit, par exemple, de procédés opératoires nouveaux, il peut devenir utile de ne pas attendre pour publier des observations.

M. Lenoir répond qu'il avait cru remarquer dans le travail de M. Chassaignac une tendance marquée à faire ressortir la valeur curative de l'autoplastie comme moyen d'empêcher la récidive du cancer. Cette opinion, commune du reste à plusieurs chirurgiens, ne lui paraissant pas suffisamment justifiée, il n'a pas hésité à la combattre.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

M. Camille Bernard est nommé membre correspondant.

Le rapport sera publié dans les bulletins de la Société.

— M. Richet donne lecture d'un rapport sur un travail de M. Désormeaux, chirurgien du Bureau central.

Voici le titre de ce travail :

Recherches sur la luxation incomplète du tibia en avant.

Le travail, avec le rapport, ayant été renvoyé au comité de publication, nous donnons seulement les conclusions de la commission :

1° Renvoyer le travail au comité de publication pour être inséré dans les Mémoires de la Société ;

2° Nommer M. Désormeaux membre titulaire.

La première conclusion a été immédiatement adoptée. Le vote sur la deuxième conclusion aura lieu dans la prochaine séance.

Discussion.

M. Deguise. En entendant la lecture du travail de M. Désormeaux, ce qui m'a surtout frappé, c'est la terminaison fatale de l'affection. La mort, en effet, est rarement la conséquence de cette luxation ; car dans presque tous les cas que j'ai recueillis, les malades ont guéri, même quand la luxation était complète.

Quant aux signes observés sur le malade, il est à regretter que M. Désormeaux n'ait pas suffisamment insisté sur le développement du diamètre antéro-postérieur de l'articulation.

M. Richet fait observer que ce reproche ne saurait être adressé à l'auteur du mémoire. Seulement, comme ce symptôme n'est pas nouveau, il n'a pas cru devoir en parler dans son rapport.

Quant au signe emprunté à la situation de la rotule, M. Deguise ne saurait partager l'opinion de M. Richet. Voici, en effet, comment s'exprime le rapporteur :

« Dès à présent on peut affirmer, en se fondant sur les faits obser- » vés par MM. Deguise fils et Désormeaux, et surtout par ce dernier, » que, dans la luxation complète comme dans l'incomplète, la position de » la rotule n'est pas toujours la même, et ne saurait, en conséquence, » constituer un signe pathognomonique, comme le voudrait M. Mal- » gaigne. »

Constamment, dit M. Deguise, j'ai vu dans les expériences que j'ai tentées la rotule située horizontalement sur la face supérieure du tibia ; ce symptôme me paraît devoir être constant, comme l'indique M. Malgaigne.

M. Richet, n'ayant fait que des expériences sur la luxation en arrière, n'a pas été à même d'apprécier les faits signalés par M. Deguise ; mais, du reste, peu importe ce qui a lieu sur le cadavre ; le fait qui ressort des deux observations indiquées, l'une par M. Deguise lui-même, et l'autre par M. Désormeaux, c'est que cette situation de la rotule, que l'on veut considérer comme pathognomonique, manquait précisément sur les deux malades.

M. Deguise pense que si la rotule n'offrait plus la position horizontale, cela tenait aux mouvements imprimés au membre luxé et à la situation dans laquelle on avait placé le malade. Les signes les plus ordinaires des fractures peuvent être accidentellement modifiés, sans pour cela qu'on soit autorisé à les nier parce qu'on ne les aurait pas rencontrés.

M. Deguise cite à ce propos un cas de fracture de cuisse observée par Lisfranc dans laquelle il y avait allongement du membre ; la fracture était excessivement oblique, et les deux fragments se correspondant par leurs extrémités, il y avait de la sorte allongement ; et le fait observé par Lallemant à la Salpêtrière : une femme *aliénée* et *paralytique* fait une chute ; on l'examine étant debout, et l'on trouve l'un des membres manifestement allongé. Cependant on s'aperçut que ce membre était fracturé (fracture du col du fémur) ; l'allongement était produit par le poids du membre paralysé.

M. Richet, en réponse à M. Deguise, fait ressortir l'importance de deux faits cliniques observés avec soin, dans lesquels la rotule ne présentait pas le déplacement indiqué comme devant toujours exister. Quant à la cause qui maintient la rotule verticale, il croit pouvoir l'attribuer à l'épanchement qui se fait dans l'articulation.

M. Morel-Lavallée partage les idées de M. Richet sur la nécessité de soumettre à de nouvelles études l'histoire des luxations, et surtout des luxations du genou. L'étiologie présente en effet des particularités assez inattendues ; ainsi dans la très grande majorité des cas, la luxation se produirait par le fait d'une chute.

Quant aux suites, il ne saurait partager l'avis de M. Deguise sur l'heureuse terminaison habituelle des luxations du genou.

En analysant les observations publiées, M. Morel a fait une remarque qui lui paraît avoir échappé jusqu'ici aux observateurs ; c'est que la déchirure des vaisseaux poplités et la gangrène de la jambe consécutive à la rupture ou à la compression de ces vaisseaux semblent appartenir exclusivement à la luxation en avant. Voici comment s'explique, si je ne me trompe, dit M. Morel, cette particularité importante : dans la luxation de la jambe en arrière, l'extrémité supérieure du tibia repousse en arrière les vaisseaux poplités, qui, se détachant et s'éloignant aisément du fémur, éludent l'action vulnérante de la pression de l'os ; dans la luxation en *avant*, au contraire, l'arcade fibreuse du soléaire bride les vaisseaux et les empêche de s'écarter de la jambe, et, forcés de s'enrouler dans l'espace intercondylien et de suivre le tibia jusqu'en avant, ils subissent à la fois une compression et une élongation capables d'en amener la rupture ou une oblitération au moins momentanée.

M. Roux pense qu'il y a un autre motif qui peut rendre compte de la non-déviation de la rotule. Chez quelques individus le ligament rotulien inférieur est très court, et si la luxation de la jambe se fait en avant, la rotule se trouve trop fortement retenue en bas pour pouvoir se rencontrer sur la face articulaire tibiale, alors le déplacement horizontal devient impossible. M. Roux, du reste, ne peut rien dire sur cette luxation, qui suit le résultat de son observation personnelle, car, pendant sa longue pratique, il n'a jamais vu de luxation du genou.

M. Huguier, insistant sur la différence entre les résultats obtenus sur le cadavre et les faits observés sur le vivant, signale comme devant, dans ces derniers cas, exercer une influence considérable sur la non-déviation horizontale de la rotule, la contraction musculaire. Il faut en outre ne pas oublier que la capsule fibreuse résistante retient le ligament rotulien en place, et devient un obstacle de plus au déplacement de la rotule.

M. Deguise pense qu'il ne doit pas y avoir de grande différence entre les luxations produites sur le cadavre et celles que l'on observe sur le vivant, car elles ne peuvent-être faites qu'à la condition d'avoir déterminé un grand délabrement.

M. Richet ne partage pas cette opinion de M. Deguise ; il a été étonné, dans les expériences qu'il a faites, du peu d'altération déterminé autour de la jointure, et, dans le cas de M. Désormeaux, il y avait seulement éraillement des ligaments croisés.

M. Chassaignac partage l'opinion de M. Richet sur l'influence de l'épanchement sur la non-déviation horizontale de la rotule.

Présentation de pièces d'anatomie pathologiques.

M. Maisonneuve présente une pièce d'anatomie pathologique recueillie dans les conditions suivantes :

Il y a environ un mois, un carrier reçut sur la tête un moellon qui détermina une plaie de tête avec arrachement du cuir chevelu dans un assez grande étendue.

Pendanl quinze jours il n'y eut pas d'accidents ; mais tout à coup apparurent des phénomènes cérébraux indiquant une cempression. Il y eut une hémiplégie complète sur le côté opposé à la lésion de la tête.

M. Maisonneuve crut à un abcès du cerveau, et il se décida à appliquer le trépan. Une première couronne fut placée sur le point le plus dénudé des os du crâne ; successivement cinq couronnes furent appliquées ; mais, malgré le débridement des méninges, il ne sortit aucune espèce de sécrétion purulente. Le malade mourut.

A l'autopsie, on reconnut que la trépanation avait été faite en un point convenable ; si le chirurgien avait ponctionné plus profondément, il aurait ouvert l'abcès, qui se trouvait à un centimètre de profondeur.

L'abcès, qui a détruit une partie assez considérable du cerveau, intéresse le lobe moyen.

Dans le diagnostic, dit M. Maisonneuve, j'ai été induit en erreur en m'en fiant, pour reconnaître le siége de l'abcès, aux lésions physiologiques.

J'avais soupçonné, en effet, que la lésion devait siéger en avant, en considérant que la perte complète de la parole avait été le premier symptôme.

Le volume de l'abcès est celui d'une grosse noix. Si j'avais reconnu l'abcès, ajoute M. Maisonneuve, aurais-je réussi en le ponctionnant ?

Un fait que j'ai récemment observé me permet d'espérer que le malade aurait pu guérir. Une dame, ayant reçu un coup violent sur la tête, eut consécutivement une hémiplégie. Je fus d'avis de trépaner ; certaines circonstances éloignèrent l'opération ; et spontanément l'abcès s'ouvrit par les fosses nasales. Il y eut disparition immédiate de l'hémiplégie et guérison.

Ce fait n'est pas sans analogues ; dans trois cas connus, il y a eu guérison par le même procédé.

— A cinq heures et demie, la Société se forme en comité secret.

Le vice-secrétaire, E. Laborie.

CONGRÈS SCIENTIFIQUE DE FRANCE.

Par V. Bally, membre de l'Académie impériale de médecine.

Toulouse (1).

L'*Ecole vétérinaire* de Toulouse est un fort bel établissement,

(1) Suite. — Voir les nos des 30 novembre, 21 décembre 1852 et 13 janvier 1853.

formé d'un seul jet et sur un plan uniforme. Tout y est convenablement distribué, et l'on peut dire qu'il y a une place pour chaque chose, et que chaque chose est à sa place.

Notre excellent collègue Dupuy fut, si je ne me trompe, le premier directeur de cette école. Dupuy, vétérinaire instruit, auteur d'ouvrages estimés, avait un caractère trop bon et trop de candeur pour diriger un semblable établissement. Il éprouva bientôt des contrariétés et des désagréments dont la vertu ne met pas à l'abri, et il revint à Paris tenir une place honorable au sein de l'Académie.

Une maladie nerveuse, fruit de ses chagrins, caractérisée par des crises convulsives, le tourmenta dès ce moment, et après quelques années finit par l'enlever subitement.

Un ancien garde municipal de Paris, retiré à Toulouse, nous dirigea avec intelligence. Il nous introduisit d'abord dans une vaste salle d'anatomie pathologique et d'anatomie comparée, commencée sans doute par Dupuy. Elle renfermait déjà de belles choses que je devrais signaler si mon plan était plus vaste.

On fixa notre attention sur un cheval créé par M. Auzoux, et dont chaque pièce se sépare et se rassemble avec autant de facilité que chez l'homme artificiel.

Il faut convenir que le talent de la création, qu'on me passe ce langage, est bien merveilleux chez M. Auzoux. Il fait tous les êtres, à volonté, avec une imitation parfaite de la nature. Ainsi, dans un des congrès, M. le medecin de Beauvoys nous montra une abeille complète avec tous ses organes les plus délicats, ceux même de la génération.

On doit regretter que ces objets soient d'un si haut prix et ne puissent être à la portée de toutes les bourses. Il est à craindre que le talent de M. Auzoux ne reste infécond dans l'avenir, si l'Etat ne forme pas une atelier où se confectionneraient les anatomies clastiques.

Il y a beaucoup de belles choses que l'incurie ou l'indifférence laisse périr avec leurs auteurs. Et sans sortir de notre thèse, nous demandons d'abord qui connaît M[lle] Bihéron, qui a entendu parler de M[lle] Bihéron ?

Cependant M[lle] Bihéron avait cinquante ans lorsqu'en 1771 elle présenta à l'Académie des sciences un corps complet qui renfermait exactement tous les organes d'un être humain, articulés ou joints avec une perfection telle qu'ils se détachaient et se rattachaient avec une facilité surprenante. Le prince de Suède, alors à Paris, qui venait de perdre son père et avait pris le titre de roi, était présent, et admira, ainsi que tous les assistants, ce chef-d'œuvre que l'on disait incombustible. Son secret ne m'est pas connu, pas plus que celui de M. Auzoux, dont je suppose les pièces faites avec le carton-pâte.

Pringle, l'illustre auteur du *Traité des maladies des armées*, eut la curiosité de voir les prodiges de M[lle] Bihéron, et il lui adressa ce compliment : « Mademoiselle, il ne manque à ce cadavre que » la puanteur. »

Depuis que l'académicien Rayer et M. Elliotson ont appelé l'attention sur la transmission de la morve du cheval à l'homme, ce fait, passé dans l'oubli ou ignoré, est devenu de commune observation. La *Gazette des Hôpitaux* de décembre dernier en a cité avec détails un remarquable exemple.

A Toulouse, je m'informai et j'appris que quelques mois avant le congrès un étudiant de l'Ecole vétérinaire avait été victime de cette maladie. Mais, ajoutait-on, il se tenait malproprement. Oui, la malpropreté est une cause prédisposante; mais il faut autre chose pour transmettre une maladie.

M. le docteur Valleix vient, à l'occason d'un fait observé dans son service, de faire une excellente leçon clinique qui annonce le talent le plus distingué. Il cite aussi tous les observateurs qui ont recueilli des faits analogues : MM. Vigla, Tardieu, Nonat, Monneret, Becquerel, à Paris; et Landouzy, à Reims, dont le nom se rattache aux questions les plus importantes de notre art.

Au mois de septembre 1852, l'établissement de Toulouse ne possédait aucun chien atteint de la rage. Deux seuls, soumis à des expérimentations, étaient depuis deux mois dans une loge grillée. L'un avait été nourri avec la chair d'un chien mort de la rage; l'autre avait été soumis à l'injection du sang du même animal. Tous deux se portaient bien, étaient fort méchants et ne paraissaient pas devoir être infectés.

J'ai déjà parlé de l'Ecole d'Alfort, où tout se fait avec tant de précision. Je rappelle ici un calcul qui a une grande portée. Pendant dix ans (de 1827 à 1837) on y a fait mordre 224 chiens par des chiens atteints de la rage; 74 seulement ont péri, et 150 n'ont rien éprouvé. Deux tiers sauvés!

Cette innocuité du poison dans maintes circonstances assure le succès de la charlatanerie, la confiance dans la clef de saint Hubert et dans les paroles magiques. C'est aussi cette fréquence de la noncontagion qui a pu persuader à M. le docteur Cappello (de Rome) que le virus secondaire ne communiquait pas la rage.

Ce que l'on peut inférer de ces observations, et ce qui semble renfermé implicitement dans les admirables rapports de M. Renault, directeur de l'Ecole d'Alfort, c'est qu'en effet la contagion est moins constante lorsque le poison est transmis par un animal que l'a reçu d'un autre.

Histoire d'un malade atteint de lyssie, et décédé à l'Hôtel-Dieu de Paris.

Les bonnes ouvertures de cadavre, celles au moins qui sont faites avec des détails minutieux, intéresseront toujours dans les maladies où tout est encore à l'état de problème. En remontant des derniers effets à la cause, le mort contribuera un jour à faire soupçonner la source de ces symptômes formidables qui, dans la lyssie, neutralisent les efforts du praticien. Mais il y a quelque chose de profond, de secret, d'invisible, que le scalpel ne révélera jamais, c'est le corpuscule qui constitue le poison dans la lyssie, de même que dans les épidémies. La chimie est peut-être appelée un jour à soulever le voile de ce grand mystère; mais elle devrait s'associer plus souvent aux recherches de l'anatomiste.

L'observation suivante servit de texte à une leçon de clinique que je fis à l'Hôtel-Dieu, à la suite de laquelle je proposai un mode de traitement qui peut paraître extraordinaire, mais qui ne saurait être rejeté qu'après expérimentation.

Le 20 juin 1831, on apporta à six heures du soir un enfant de treize ans, d'une bonne constitution, et qui avait été mordu par un chien, le 28 mars, dans les champs. De retour à la ville, il fut cautérisé, et quinze jours après la plaie était cicatrisée. (On n'a point connu le temps écoulé entre la morsure et la cautérisation).

Jusqu'au 17 juin la santé n'éprouva aucun trouble, et le jeune malade avait complétement oublié la morsure, lorsque les premiers symptômes s'annoncèrent par une abondante salivation, l'horreur de l'eau, les contractions musculaires, la strangulation.

Dès son entrée à l'Hôtel-Dieu, il fut largement saigné, ce qui ne modéra en rien les symptômes.

De temps en temps le malade était saisi par des mouvements convulsifs ou de fortes constrictions qu'il rapportait à la gorge spécialement et qui mettaient obstacle à la déglutition. Dans les intervalles on parvenait à lui faire avaler quelques gouttes de bouillon. Des tranches d'orange étaient placées dans sa bouche sans qu'il opposât la moindre résistance; il pouvait aussi prendre quelques gouttes de liquide aqueux en suçant une éponge qui en était imbibée. Mais il était saisi par un tremblement convulsif *dès qu'on lui parlait de boire.*

La moindre pression sur la région cervicale suffisait pour exalter la sensibilité.

Les pupilles étaient dilatées; les yeux hagards; la face pâle depuis la saignée: la langue molle, ne présentait aucun signe d'érosion, ni de vésicule vers le frein.

La respiration anxieuse, saccadée; les inspirations brusques, comme il arrive aux individus plongés brusquement dans le bain froid.

Point d'envie de mordre; point de trouble dans l'intelligence; les forces étaient abattues et la *marche difficile, chancelante.*

Les mouvements convulsifs revenaient par accès et à de courts intervalles.

L'examen du lieu de la morsure nous fit voir à l'avant-bras gauche, deux pouces au-dessous de l'articulation huméro-cubitale, une cicatrice brunâtre, sans saillie ni tension, d'environ huit lignes, *indolore ;* mais *de vives douleurs* se faisaient sentir au-dessous de cette cicatrice et dans toute l'étendue de l'avant-bras, de même que *dans la partie gauche du thorax.*

Lorsque tout paraissait sans ressources, on se décida à faire une injection d'eau tiède. La veine radiale fut ouverte; on laissa écouler environ six onces de sang que l'on remplaça par huit onces d'eau distillée, et à 32° centigrades.

L'accès qui suivit fut plus modéré; mais il en survint bientôt un plus fort, à la suite duquel le malade succomba. Il était dix heures et demie du soir.

Nécropsie. L'ouverture du cadavre fut faite dix heures et demie après le décès.

Le cerveau, le cervelet, la moelle allongée, la moelle épinière furent trouvés sans traces de désordre. Rien de particulier dans les sinus. A peine a-t-on noté quelque peu d'injection dans les veines de la pie-mère. Il y avait dans la séreuse lombaire une quantité assez notable de fluide céphalo-rachidien.

Le cœur, à l'état normal, ne contenait pas de bulles d'air. Les poumons, fort sains et crépitants, laissaient voir *des grappes d'emphysème sous-pleural*, notamment à gauche, mais plus apparentes sur les bords libres. Il y avait de l'engouement hypostatique assez prononcé; de faibles traces de rougeur se laissaient voir dans les bronches, surtout sur la membrane qui revêt les cerceaux cartilagineux. Ces bronches contenaient une exsudation de mucus écumeux, qui m'a semblé moins abondante que dans d'autres cas.

Dans le pharynx on trouve un peloton de pulpe d'orange dont la déglutition n'a pu être achevée. Une plaque rouge, superficielle, de six à huit lignes de diamètre, se fait apercevoir dans l'estomac à la distance d'un pouce du pylore. Rien d'anormal n'est observé dans tous les autres viscères de la région sous-diaphragmatique, à moins que l'on ne considère comme tel ces nombreux follicules pisiformes, à peine naissants, qui, dans l'iléon, se rapprochent de la *diotide* ou valvule iléocœcale. La *vessie seule* était fortement distendue par de l'urine citrine et limpide, ce qui doit être signalé comme l'un des effets de la paraplégie.

Pendant la vie on avait exploré avec beaucoup de soin la langue et le frein dans le dessein d'y découvrir les pustules ou vésicules signalées par Marochetti; mais nous n'avons pu les apercevoir ni sur ce sujet ni sur aucun autre. Les papilles fongiformes disséminées près des bords et à la pointe de la langue n'avaient acquis aucun développement pathologique.

Il n'en était pas de même à la base de cet organe, où l'on découvrit un *état particulier dans les papilles lenticulaires*, dont plusieurs fort volumineuses étaient aplaties au sommet et perforées d'un petit pertuis au centre, qui disparut ensuite par la macération. Il est à croire qu'il y avait là *quelque chose d'anormal.* J'en ai compté 80, dont quelques-unes réunies ou confluentes. Tout porte à croire que la sécrétion si abondante qui détermine l'expuition s'échappe aussi par ces papilles ou follicules.

Ce que j'ai appelé choladrée lymphatique ou hydrhémocholadrée offre un phénomène analogue dans cette multitude d'utricules qui garnissent la surface interne de l'intestin et par lesquelles l'eau du sang s'échappe.

La face supérieure ou externe de l'épiglotte en avait aussi un certain nombre; mais à l'inférieure j'en ai compté treize à droite et onze à gauche, discrètes en se rapprochant des bords; confluentes en se rapprochant de la ligne médiane.

Vers la base de l'épiglotte l'éruption s'observe et se prolonge jusqu'au bord supérieur du ventricule, où les élevures font saillie dans le ventricule même.

Les parois du pharynx en sont tapissées, et elles sont aussi trouvées dans la membrane muqueuse de la partie postérieure des fosses nasales, où il en est d'assez volumineuses pour être comparées à une petite pistache.

Vers la partie interne de l'espace qui est formé en dehors par les cornes du cartilage thyroïde et de l'os hyoïde, et en dedans par l'épiglotte, le cartilage cricoïde et l'arithénoïde, on compte huit de ces boutons de chaque côté. Aucun ne paraissait en-dessous du larynx ni dans la trachée artère.

Les deux amygdales très saillantes; l'épithélium du pharynx et de l'œsophage, incolore, ne se détache point, ainsi que je l'ai observé dans d'autres faits de ce genre.

La figure n'est point hideuse à voir comme chez d'autres sujets morts dans les accès de lyssie; la peau en est blanche, ainsi que celle du reste du corps, il est vrai que l'on avait tiré beaucoup de sang.

Cependant les lèvres et les ongles étaient d'un noir prononcé; les pouces, fortement contractés, sont recouverts par les autres doigts, également convulsés.

Après avoir fait macérer pendant 24 heures la langue, le pharynx et le larynx dans de l'eau aiguisée de chlore liquide, nous remarquâmes une rougeur vive, bien notable, dans toutes les parties qui avaient été le siége des élevures.

— Détails ennuyeux, insipides par leur minutie, mais pouvant conduire par le levier de l'analyse à l'appréciation de quelques phénomènes d'où, avec d'autres secours, on pourra, dans un avenir plus ou moins éloigné, remonter à la connaissance de la nature intime de la cause première.

Déjà l'impression produite par les symptômes de cette histoire et de quelques autres m'avait conduit à des idées de thérapeutique nouvelles.

Isolons d'abord ce principe, ce poison qui constitue la cause essentielle, cause jusqu'ici insaisissable, et abordons les phénomènes principaux, qui sont au nombre de trois :

1° L'espèce de paralysie caractérisée par l'inertie de la vessie et l'impossibilité de se soutenir seul dans la marche. Symptôme remarquable; simulacre de paraplégie que j'ai noté dans presque toutes les observations que j'ai recueillies.

2° Une altération toute spéciale fixée dans les organes de la gorge.

3° État de constriction; état convulsif de tout ce qui aide au jeu de la respiration. Source de ces souffrances qui arrachent des cris et provoquent des vociférations. Origine de l'emphysème et cause probable de l'asphyxie.

Je ne pense pas qu'il y ait altération humorale, comme dans la maladie asiatique, où le sang se sépare en deux parts. Ici la salive sert de véhicule au poison, comme le liquide contenu dans la vésicule de la vipère, au moins dans la race canine et féline. Mais il n'est point encore démontré que ce mélange, que ce transport de la molécule intoxicante se fasse également chez l'homme. L'inoculation de la salive de l'homme atteint de lyssie n'a jusqu'ici produit aucun symptôme. En effet, M. Le Roy-d'Etiolles et Breschet ont, à diverses reprises, inoculé cette excrétion et n'ont obtenu aucun résultat.

Cependant Caillard, médecin résidant de l'Hôtel-Dieu, n'avait pas grande confiance à cette innocuité, car dans deux occasions il fut mordu par deux malades, et il se fit toujours cautériser.

J'ai raconté, à l'article Orléans, les suites d'une piqûre que je me fis, sans prendre de précautions, en disséquant le cerveau d'une femme.

Il y aurait à soupçonner que l'action du virus se ferait principalement sentir sur le système nerveux, soit qu'il détermine des paralysies partielles, soit qu'il agisse en sens inverse sur les organes salivaires pour exagérer leurs fonctions, soit aussi qu'il se dirige sur les nerfs moteurs du thorax.

Dans le premier cas, on soupçonnerait le glosso-pharyngien et le grand hypoglosse, qui seraient l'un des siéges affectés par le poison. Le lingual ne serait pas un centre d'attraction, puisque le tiers antérieur de la langue n'est jamais offensé.

D'autres pathologistes ont accusé le pneumo-gastrique, qui joue un si grand rôle dans les fonctions des deux grandes capacités.

La paraplégie pouvait faire soupçonner quelque lésion des cordons antérieurs de la moelle lombaire.

Enfin, pour aborder la cause du grand phénomène des convulsions qui affectent principalement le thorax, il faudrait remonter à ce point du *calamus scriptorius*, jonction des deux branches du V, et que j'ai déjà signalé dans une autre occasion, en me fondant sur les expériences aussi délicates que précises de l'illustre Flourens.

Vues sur une thérapeutique nouvelle. — Depuis vingt-cinq siècles, et si nous comptions comme les mandarins de l'Empire du milieu, depuis quarante mille ans, on ouvre la veine aux martyrs de la rage; on l'ouvre, et le jour même ou le lendemain a lieu l'infaillible décès. Or, en médecine, ce qui est démontré inutile est nuisible, est mauvais.

A la naissance de l'éthérisation, je la proposai pour cette triste occurrence. Ce fut aussi l'opinion d'autres praticiens. L'éther ou le chloroforme Soubeiran ne feraient-ils que tempérer les souffrances et rompre le spasme, leur action serait un bien inappréciable.

Lorsqu'en 1831 je fis cette leçon l'inhalation était inconnue, et je parlai de scarifier ou de cautériser le fond de la gorge, soit avec les acides, soit avec le fer rouge; l'anesthésie provoquée par le premier moyen favoriserait l'emploi du second.

Mais à la suite de la cautérisation il faudrait s'attendre à un gonflement qui intercepterait le passage de l'air: d'où l'asphyxie et la mort. Alors, disais-je, il faudrait au préalable *ouvrir la trachée-artère*, comme on le pratique pour le croup.

D'ailleurs, le passage de l'air, changé de direction, n'occasionnerait plus cet agacement qui suffit pour renouveler les convulsions, et l'asphyxie pourrait ainsi être éloignée ou devenir impossible. Mais attaquez-vous ainsi la cause intoxicante ? J'en doute. Cependant, si elle avait fixé son siége dans le fond de la gorge! pourquoi ne pas espérer ?

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Aucun cas nouveau de choléra ne s'est présenté à l'Hôtel-Dieu. La malade du service de M. Trousseau doit sortir aujourd'hui. Le cas douteux dont nous avons parlé, et qui se trouve dans le service de M. Bouchut, conserve sa gravité et son caractère ambigu. Le nombre des malades affectés de diarrhée grave est toujours très considérable.

— M. le docteur Lebert vient d'être nommé par le sénat de l'Université de Zurich professeur et directeur de clinique dans cet établissement.

— M. le docteur Blanchet, chirurgien de l'Institution impériale des sourds-muets, vient d'être nommé membre correspondant de l'Académie royale de médecine et de chirurgie de Madrid pour ses travaux sur la surdi-mutité. (*Gazette médicale de Madrid.*)

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 11. — JEUDI 27 JANVIER 1853. (26e ANNÉE.) N° 11. — JEUDI 27 JANVIER 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris
au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères,
en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

	Trois mois	Six mois	Un an
Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	8 fr. 50 c.	16 »	30 »
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	9 fr.	17	33
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	10 fr.	20	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

PARIS, LE 26 JANVIER 1853.

Séances des Academies.

Nous avions raison de penser que la motion de M. Cornac ne serait guère du goût de celui qui en était l'objet.

Voici ce qui s'est passé mardi dernier à l'Académie. Après le dépouillement de la correspondance, le président a annoncé qu'un comité secret allait avoir lieu pour la lecture d'une lettre adressée au conseil. De quoi s'agissait-il? Qui avait écrit cette lettre mystérieuse, et que disait cette lettre? Pourquoi ce huis-clos? On n'a pas été longtemps à le savoir, car le comité secret n'a duré qu'un quart d'heure. La lettre était du premier médecin de l'Empereur, qui déclinait dans les termes les plus dignes, le titre de président d'honneur auquel certains membres avaient pensé pour lui. Nous n'avons pas lu cette lettre, mais l'Académie tout entière a applaudi au sentiment élevé qui l'a dictée et à sa teneur parfaitement distinguée. L'incident est vidé; il ne doit en rester aucune mauvaise impression : l'honorable M. Cornac a cru bien faire dans l'intérêt de l'Académie; M. Conneau, par un acte honorable et de bon goût, s'est bien placé dans l'estime de ses confrères; enfin l'Académie y a gagné des protestations de sympathie et de respect qui ne seront pas stériles.

Après M. Bouchardat, qui a sacrifié sur l'autel de la saine thérapeutique un certain nombre de fausses panacées, M. Bouvier a occupé la tribune et lu la première partie d'un rapport sur divers modèles de corsets soumis au jugement de le docte Compagnie. Cette première partie du rapport, dont la lecture a duré près d'une heure, est une ample et belle étude de la question du corset, envisagée surtout du point de vue historique. L'Académie et le public ont écouté cette lecture avec un vif intérêt, disons même avec un véritable plaisir. L'histoire du corset, d'après M. Bouvier, comprend cinq grandes périodes : l'antiquité, les premiers temps de notre ère, la fin du moyen âge et la renaissance, l'époque de Catherine de Médicis, qu'on pourrait appeler exactement l'âge de fer du corset; enfin l'époque actuelle. Le savant et disert rapporteur a vengé le corset des éloquentes diatribes de Rousseau, qu'il a mis en contradiction avec lui-même; car le farouche philosophe, qui refusait aux femmes l'usage d'un moyen propre à ajouter à leurs charmes, proclamait cependant qu'il leur est imposé d'être coquettes, leur destination naturelle étant de plaire à l'homme. Tout ce qu'il y a de poétiques citations, d'érudition substantielle et choisie dans le travail de M. Bouvier serait difficile à dire en quelques lignes. C'est un morceau qu'il faut lire, même après l'avoir entendu. Nous ne désespérons pas, quand il aura paru dans les *Bulletins de l'Académie*, de le faire connaître, au moins par fragments, à nos lecteurs. S'il était permis de faire une objection de détail après une simple et rapide lecture, nous dirions : tout en admettant, avec M. Bouvier et avec Hunter, que le thorax a la forme d'un baril chez l'homme comme chez la femme, on ne peut douter que l'usage du corset n'exagère à un haut degré cette disposition chez la dernière; et si chez elle la respiration est *costale supérieure* comme l'ont établi MM. Beau et Maissiat, cela tient précisément à ce que l'ampliation de la partie inférieure du thorax est bornée par la constriction de la taille. Il ne nous a point paru que cette espèce de renversement de la respiration chez la femme par l'effet du corset eût arrêté l'attention de l'honorable rapporteur.

Les femmes sont plus sujettes à la phthisie pulmonaire que les hommes. D'autre part, le développement de la matière tuberculeuse affecte une préférence bien marquée pour le sommet des poumons. Existe-t-il quelque rapport entre ces deux faits et la plus grande activité fonctionnelle du sommet du poumon chez la femme par suite de l'usage du corset? On est en droit de se le demander.

Nous avons promis de revenir sur la communication de M. Hutin relative au tatouage. Malheureusement nous ne pouvons que résumer très brièvement le travail de l'habile et zélé chirurgien.

Sur 3,000 anciens militaires environ qui composent aujourd'hui la population de l'hôtel des Invalides, 506 ont déclaré avoir été tatoués sur diverses parties du corps, savoir :

141 avant l'âge de 20 ans,	5 de 40 à 50 ans,
283 de 20 à 25 ans,	1 à 52 ans,
39 de 25 à 30 ans,	1 à 62 ans,
35 de 30 à 40 ans,	1 à 75 ans.

182 ont été tatoués à une seule couleur, savoir :

78 avec du vermillon,	1 avec du bleu de blanchisseuse,
45 avec de l'encre de Chine,	1 avec du charbon pulvérisé,
52 avec de la poudre écrasée,	1 avec un noir inconnu.
4 avec de l'encre à écrire,	

325 ont été tatoués à deux couleurs, c'est-à-dire avec du vermillon et l'une ou l'autre des substances ci-dessus indiquées.

Des tables comparatives indiquent les parties du corps qui ont été tatouées, le temps qui s'est écoulé depuis l'opération, et l'état actuel des tatouages en rapport avec cet espace de temps.

Les images tracées avec du vermillon s'effacent assez fréquemment, en partie ou en totalité; celles qui ont été faites avec de l'encre de Chine ou du charbon pilé restent le plus nettement apparentes; celles qui proviennent de la poudre écrasée, du bleu de blanchisseuse et de l'encre ordinaire pâlissent souvent, mais ne disparaissent guère en entier.

En résumant les tables de M. Hutin, sans tenir compte de la matière colorante employée, ni du temps qui s'est écoulé depuis le tatouage, on arrive aux résultats définitifs suivants :

Sur 506 hommes, on en trouve :

342 dont les tatouages subsistent en entier, mais plus ou moins bien apparents;

117 chez lesquels ils sont effacés partiellement;

47 chez lesquels ils ont complétement disparu.

D'où il faut conclure, dit M. Hutin, que les traces du tatouage ne sont point indélébiles; qu'il en est qui s'effacent, sans qu'il soit possible de leur assigner aucune limite de durée; que leur disparition se trouve, selon toute probabilité, en rapport avec la profondeur des piqûres, la nature de la matière colorante employée et les frottements plus ou moins rudes que les parties tatouées peuvent subir.

M. Hutin n'a pas examiné la question de savoir si les matières colorantes déposées dans l'épaisseur de la peau peuvent être reprises par l'absorption : question qui a beaucoup occupé les physiologistes, comme chacun sait, et qui reste indécise. Les faits de M. Hutin sont plutôt contraires que favorables à l'affirmative. Pourtant des substances étrangères à l'économie, infiltrant accidentellement les organes, telles que l'antimoine, l'arsenic, etc., peuvent être résorbées et par suite éliminées. Pourquoi la même chose n'arrive-t-elle pas pour les matières colorantes insérées dans le derme ?

Un jeune médecin doué du talent d'observer, et s'occupant de matière médicale plus qu'on ne le fait d'ordinaire au milieu de nous, M. le docteur Poggioli, a lu, parcillement dans l'avant-dernière séance, un mémoire, remarquable surtout par le nombre des faits et leur importance, sur un nouveau mode de traitement de la névralgie faciale (du nerf trifacial), affection si souvent rebelle, et redoutable, non par le danger dont elle menace la vie, mais par les atroces tourments dont elle la remplit. Ce mode de traitement, dont M. Marchal (de Calvi) a vu un succès frappant, dans son ancien service du Val-de-Grâce, et qui, en outre, lui a procuré une guérison merveilleusement rapide dans un cas de sa pratique particulière, consiste en des frictions douces faites à l'aide de la pulpe des doigts avec une pommade sédative dont la formule a été donnée dans ce journal. Une des observations nombreuses de M. Poggioli montre une névralgie de la cinquième paire datant de dix ans, ayant résisté aux traitements les plus variés, les plus énergiques, notamment à trois opérations pratiquées par Blandin (sections et excisions de nerfs), et cédant presque immédiatement à l'application méthodique de la nouvelle pommade sédative. Nous hésiterions à accepter les faits de M. Poggioli, car l'illusion en pareil cas n'est que trop facile et trop commune; mais nous avons vu. Il est à désirer qu'un rapport détaillé, après des épreuves pratiques faites dans les hôpitaux, soit présenté sur ce sujet.

Nous ne disons rien du beau travail de M. Poggiale, pharmacien en chef et professeur de chimie au Val-de-Grâce, sur les eaux des forts, des casernes et des prisons militaires de Paris, ce travail devant être l'objet d'une consciencieuse étude de la part de M. Champouillon. Constatons seulement que M. Poggiale a été écouté avec la plus grande faveur, et espérons que l'Académie tiendra compte de tant d'efforts au savant chimiste de l'Ecole d'application. La médecine et la chirurgie militaires sont représentées à l'Académie; la pharmacie militaire n'y figure que nominalement.

Notre tâche sera terminée lorsque nous aurons réparé une omission à l'égard de l'honorable M. Londe, qui, donnant un précieux exemple d'exactitude et de diligence, a lu un rapport intéressant sur un travail de M. Scipion Pinel, communiqué huit jours auparavant, et consacré par la piété filiale à revendiquer, en bons termes, en faveur d'un père illustre à un double titre, comme nosographe et comme aliéniste, une part légitime dans les modifications apportées à la cure de l'aliénation mentale et qui sont réunies dans ces deux mots : *traitement moral*.

Nous dirons peu de chose de la séance de l'Académie des sciences, où deux mémoires ont été communiqués, l'un par M. Deleau, sur l'indication de la quantité de sang qu'on peut verser par la saignée artérielle dans les plaies de tête, où, selon l'auteur, on doit surtout maîtriser toute réaction et se laisser guider par la pâleur de la langue, des gencives et du pharynx, sans s'inquiéter de la quantité de sang versée.

Dans l'autre mémoire, de MM. Vernois et Becquerel, il s'agit de la composition du lait chez la femme dans l'état de santé et dans l'état de maladie. Des comparaisons y sont établies avec le lait des

---

FEUILLETON.

STATISTIQUE MÉDICALE DE LA FRANCE (1).

Par le Dr F. ROUBAUD.

(Extrait de l'ANNUAIRE MÉDICAL ET PHARMACEUTIQUE DE LA FRANCE.)

	Départements.	Cantons.
Zone du nord	0	0
— du nord-est.	6	13
— du nord-ouest. . . .	6	32
— du sud.	7	19
— du sud-est	6	23
— du sud-ouest. . . .	0	0
— du centre	5	10
	30	97

Si nous enlevons de la zone du sud-est le département de la Corse, dont la position est tout exceptionnelle, et qui fournit 6 cantons dans le cas que j'examine, nous convergeons encore vers les lois établies plus haut, c'est-à-dire que les zones du nord, possédant moins de médecins que les zones du midi, comptent un plus grand nombre de cantons sans médecins ni pharmaciens, et que les motifs qui rendent nécessaire dans les zones du midi la présence d'un plus grand nombre d'hôpitaux, expliquent suffisamment l'infériorité numérique, dans ces zones, des cantons sans médecins ni pharmaciens, relativement aux zones du nord.

Ces considérations paraîtront illusoires si l'on se place au point de vue de la richesse ou de la pauvreté des départements; tandis que les départements riches ne présentent que 2 cantons privés de médecins et de pharmaciens, les départements pauvres en comptent 29, répartis les premiers dans 2 départements, et les seconds dans 5. Ces chiffres, tout en constituant un écart aux règles que j'ai établies, s'expliquent tout naturellement, et, en y réfléchissant, on aurait droit de s'étonner qu'il n'en fût pas ainsi. En effet, le médecin des pays pauvres est presque toujours un enfant de la contrée, propriétaire d'un bien patrimonial dont les produits, ajoutés à ceux de sa clientèle, lui permettent de vivre. C'est précisément la position de ce bien patrimonial, dont les revenus sont indispensables à la satisfaction de ses besoins, qui détermine le lieu de sa résidence. Presque toujours cette propriété est située dans la partie la moins malheureuse de l'arrondissement, et il arrive alors que les cantons les plus pauvres, n'offrant que rochers ou que landes, comme dans les Hautes et Basses-Alpes, la Lozère, etc., ne comptent ni médecin ni pharmacien. Ici, comme sous le régime de la féodalité, l'homme n'est rien, c'est la terre qui est tout.

Cette explication, qui repose sur la nature même des choses, conserve intactes les lois constantes que j'ai dit régir la répartition des médecins et des pharmaciens sur le territoire de la France. D'ailleurs nous allons en trouver une nouvelle confirmation dans l'examen que je vais faire des communes privées des secours de la médecine et de la pharmacie.

Sur 36,835 communes que possède la France, 7,682 seulement ont des médecins et des pharmaciens; c'est à peine un peu plus du cinquième. Il me faudrait un espace que ne comporte pas ce volume, si je voulais insérire le nom des communes qui ne figurent pas dans le chiffre de 7,682. Cette énumération fastidieuse m'a paru inutile à côté de la liste complète des médecins et pharmaciens de la France; mais j'ai cru faire une œuvre profitable à mes jeunes confrères en dressant le tableau n° 3, qui renferme la nomenclature numérique et nominative des communes de deux mille âmes et au-dessus ne possédant ni médecins, ni pharmaciens, ni établissements hospitaliers.

Si je ne m'étais entouré de toutes les précautions qu'exige un pareil sujet, je croirais m'être trompé sur le chiffre énorme de 591 communes, de plus de 2,000 habitants, n'ayant ni médecins ni pharmaciens. Cependant l'étonnement que produit d'abord ce chiffre extrême diminue si l'on fait attention que j'ai pris la population municipale, et non la population agglomérée; ainsi les tableaux officiels de la population de 1852, avec lesquels j'ai constamment opéré, indiquent pour telle commune, par exemple, une population municipale de 3,000 âmes, tandis que la population agglomérée est à peine de 500 âmes. Pourtant il n'en est pas ainsi pour toutes les communes que je cite, et il en existe un grand nombre qui ont bien réellement une population agglomérée de plus de 2,000 âmes.

Quoi qu'il en soit, les 591 communes privées de médecins et de pharmaciens avec une population excédant 2,000 âmes, se trouvent réparties dans 64 départements sur 86. Tous les départements du centre présentent une ou plusieurs communes dans ce cas; puis viennent les départements des zones du nord, et en dernier lieu ceux qui forment les zones du midi; mais cette progression n'est plus la même si l'on n'a égard qu'au nombre des communes; sous ce rapport les départements du nord offrent une supériorité très-grande, comme on peut le voir par le tableau suivant :

		Dép. ayant une ou plusieurs comm. de plus de 2,000 âmes sans médecins.	Comm. de plus de 2,000 âmes sans médec.
Zone du nord. . . .	(10 dép.)	6	21
Zone du nord-est. .	(15 dép.)	9	57
Zone du nord-ouest.	(12 dép.)	12	301
Zone du centre. . .	(19 dép.)	19	128
Zone du sud. . . .	(15 dép.)	8	31
Zone du sud-est. . .	(10 dép.)	6	44
Zone du sud-ouest. .	(5 dép.)	4	9
Totaux. . . .	86	64	591

(1) Fin. — Voir le numéro précédent.

animaux, et les différences énormes que l'on a rencontrées dans les diverses analyses faites jusqu'à ce jour sont attribuées par eux au procédé suivi. Ils ont imaginé un nouveau mode d'analyse qu'ils croient plus certain. C'est à l'expérience de prononcer à ce sujet.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. CHASSAIGNAC.

Epiplocèle volumineuse avec infiltration séreuse des enveloppes de la hernie — Débridement. — Ligature et ablation d'une grande partie de l'épiploon. — Guérison.

Joseph Mayens, âgé de trente-sept ans, palefrenier, assez fortement constitué, porte depuis longtemps une hernie inguinale du côté gauche. Elle est peu volumineuse et n'occasionne que peu de gêne, quoiqu'elle soit imparfaitement maintenue.

Il y a trois jours, à la suite d'un travail plus pénible que d'ordinaire, la hernie devint douloureuse et augmenta de volume. Survinrent bientôt des coliques, des nausées, des vomissements. Le malade entre à l'hôpital le 19 juillet 1852, au soir.

Le 20, au matin, les vomissements persistent; mais les selles ne sont pas supprimées. Dans le scrotum, à gauche, existe une tumeur volumineuse dont le pédicule, solide et résistant, se prolonge dans le canal inguinal, tandis que dans toute sa partie inférieure le doigt perçoit, en même temps qu'une fluctuation manifeste, un frémissement analogue à celui que l'on rencontre dans les tumeurs hydatiques. Il est impossible, du reste, de bien fixer les limites de la partie solide et de la partie liquide; explorée à l'aide d'une bougie, la tumeur ne paraît nullement transparente. Deux ou trois ponctions sont pratiquées avec précaution au milieu de la masse fluctuante; mais chacune d'elles ne donne issue qu'à quelques gouttes de sérosité citrine, sans amener de diminution notable dans le volume de la tumeur.

En présence de symptômes en apparence aussi contradictoires, le diagnostic reste incertain, et l'on se demande si c'est là une hernie vaginale avec hydrocèle, ou un sac herniaire rempli de sérosité, ou une hydrocèle multiloculaire. Toutefois les symptômes généraux conservant une certaine intensité et paraissant indiquer la présence dans cette tumeur d'une portion étranglée du tube digestif, M. Chassaignac se décide à aller à la recherche de l'étranglement.

Une incision de 8 centimètres est pratiquée au scrotum; les facias sous-jacents sont incisés couche par couche et avec précaution. On constate bientôt par une dissection attentive que toute cette tunique adipeuse, extérieure au sac que l'on rencontre dans les hernies anciennes et volumineuses, est infiltrée d'une sérosité citrine et transparente qui distend les mailles du tissu cellulaire de manière à former des ampoules très distinctes, dont quelques-unes atteignent le volume d'une noisette. Une fois cette couche incisée, on arrive au sac; on l'ouvre, et l'on tombe alors sur une masse épiploïque grosse comme le poing à peu près, qui n'offre pas d'autre altération que quelques légères ecchymoses. On débride légèrement; mais les tentatives de réduction restant sans succès, on place un fil très serré sur le pédicule de la masse épiploïque, et d'un coup de bistouri on retranche toute la portion située au-devant de la ligature. Quelques points de suture sont pratiqués à la peau du scrotum. — Pansement simple; six ventouses scarifiées sur l'abdomen.

Pas de vomissement dans la journée; le ventre est un peu tendu et douloureux.

Le lendemain 21 juillet, le pouls est plus accéléré et le ventre plus douloureux; il n'y a pas eu de selles depuis le moment de l'opération. — Eau de Sedlitz; douze ventouses scarifiées sur l'abdomen.

Le 22, amélioration considérable à la suite de plusieurs évacuations alvines; le ventre est partout souple et indolent; les nausées et les vomissements ont disparu; la fièvre est presque nulle.

Trois jours après le scrotum devient rouge, tendu et douloureux. Il fallut pratiquer trois longues incisions, qui donnèrent issue pendant plus de huit jours à de la sérosité purulente, à des gaz et à des lambeaux de tissu cellulaire sphacélé. Le pouls devint plus accéléré; il y eut même pendant deux jours un délire assez intense, surtout la nuit, qui céda assez rapidement à quelques lavements laudanisés.

Le 31 juillet, la ligature de l'épiploon se retrouve dans le pansement; le testicule apparaît au fond de la plaie; il est disséqué dans tout son pourtour.

Quinze jours après, 14 août, le scrotum est revenu à son volume normal; le testicule se cache derrière les bourgeons charnus, les incisions sont presque entièrement cicatrisées. Il ne reste plus qu'un trajet fistuleux pouvant à peine admettre un stylet, et qui s'oblitéra bientôt sous l'influence de quelques injections iodées.

Le malade quitte l'hôpital dans les premiers jours de septembre. Il est parfaitement guéri; seulement, pendant les mouvements un peu énergiques, surtout lorsque le tronc est renversé, il dit ressentir des tiraillements douloureux dans l'abdomen. Il porte maintenant un bandage exactement appliqué; sa hernie, au moment de la sortie de l'hôpital, ne paraissait pas avoir de tendance à se reproduire. Deux mois après nous l'avons examiné de nouveau, et l'anneau inguinal était encore exactement oblitéré.

Cette observation nous paraît avoir une importance pratique assez grande. L'infiltration de cette enveloppe cellulo-adipeuse qu'on retrouve parfois entre le crémaster et le sac, et que Scarpa décrit sous le nom de celluleuse extérieure du péritoine, nous paraît un fait rare et digne d'être signalé à l'attention des observateurs. Cette sérosité a-t-elle été sécrétée par la surface externe du sac? quelles sont les influences qui amènent sa production; et, avant tout, quels sont les moyens de diagnostic dans un cas aussi embarrassant? La présence de la fluctuation, l'évacuation incomplète du liquide malgré les ponctions répétées, l'absence de transparence, sont les circonstances qui nous ont le plus frappé; mais il est à craindre que dans la plupart des cas de ce genre la dissection de la tumeur ne puisse seule faire connaître la nature de la maladie.

La ligature de l'épiploon, que tant d'auteurs ont rejetée comme pouvant exaspérer les symptômes d'étranglement, et au sujet de laquelle les opinions ont tant varié depuis l'Académie de chirurgie jusqu'à nos jours, a été ici parfaitement innocente, tout en prévenant l'hémorrhagie, et nous savons que M. Chassaignac compte dans sa pratique plusieurs faits de ce genre.

Insistons enfin sur ce point, que les adhérences de l'épiploon avec le canal inguinal sont devenues assez solides pour que trois mois après la hernie n'eût pas la moindre tendance à se reproduire; mais il ne faudrait pas pour cela conclure à la guérison radicale, car on a vu dans des cas de ce genre les hernies reparaître sous l'influence de la marche, du travail, après plusieurs mois d'une guérison apparente. V. M.

CLINIQUE DÉPARTEMENTALE.

La non-contagion des accidents secondaires syphilitiques prouvée par l'observation clinique, par l'inoculation expérimentale du pus des accidents secondaires sur l'homme infecté, sur l'homme sain et sur l'animal (1).

Par M. le docteur Melchior ROBERT (de Marseille).

3° Le 7 octobre 1849, M. M... vint me montrer à mon cabinet un chancre induré situé sur le côté gauche du prépuce. Je constate une adénite multiple et indolente des ganglions inguinaux, l'adénite secondaire post-cervicale, un commencement d'alopécie de l'impétigo du cuir chevelu et de rares taches de roséole syphilitique sur les côtés de l'abdomen, le tout accompagné de céphalalgie, de douleurs préarticulaires et d'un malaise général.

M. M... avait déjà subi un traitement de vingt jours avec l'iodure de potassium, et voulut s'en tenir à ce genre de médication; prétextant ses craintes sur les effets ultérieurs du mercure, il continua donc l'iodure de mercure pendant un mois encore; mais au bout de ce temps, ni l'induration, ni les autres accidents n'avaient éprouvé d'amélioration appréciable; bien au contraire, la gorge était devenue le siége de papules muqueuses.

La persistance des manifestations et l'apparition de nouveaux symptômes pendant l'usage de l'iodure de potassium déterminèrent M. M... à suivre mes premiers conseils. Je le mis à l'usage des pilules de proto-iodure d'hydrargyre, et vingt jours après nous pûmes constater le ramollissement gélatiniforme et l'amoindrissement de l'induration; tous les autres symptômes s'étaient aussi beaucoup amendés. Je fus néanmoins obligé de cautériser les ulcérations de la gorge avec l'acide hydrochlorique.

Après un mois et demi de traitement soutenu à deux pilules de proto-iodure d'hydrargyre, des symptômes de stomatite mercurielle se déclarèrent et vinrent entraver la médication. Quinze jours de suspension des préparations hydrargyriques et de l'opiat soufré, les gargarismes chlorhydriques et les cautérisations légères firent disparaître complétement ces symptômes, et nous permirent de reprendre le traitement.

M. M... continua ainsi jusqu'au mois de janvier 1850, époque à laquelle je dus remplacer le mercure par l'iodure de potassium. Après trois mois de traitement ioduré je cessai de voir mon malade.

Au mois de mai 1851, il fut atteint de nouveaux accidents secondaires qui envahirent la langue et la gorge. Pensant être guéri de sa maladie, M. M... crut être en proie à de simples ulcérations aphtheuses, et se borna aux purgatifs et aux gargarismes astringents.

Mon client était alors en possession d'une jeune et jolie maîtresse, venue depuis peu à Marseille pour se guérir d'une laryngite chronique qu'elle avait contractée dans les pays froids et humides. Fatigué de souffrir, il vint me montrer les prétendues aphthes qu'il avait dans la bouche, et je pus constater de larges plaques arrondies, saillantes sur certains points et recouvertes sur d'autres d'une exsudation plastique assez adhérente. Ces plaques siégeaient sur la langue, aux angles postérieurs de la voûte palatine. Les amygdales et le voile du palais présentaient aussi des ulcérations assez étendues; le malade se plaignait de cuisson à la gorge, d'une difficulté dans la déglutition; sa bouche était pâteuse; il n'avait aucun goût pour les aliments.

Mon diagnostic troubla M. M... et lui inspira de sérieuses craintes pour la santé de sa maîtresse, avec laquelle il n'avait cessé de se livrer à tous les plaisirs que peut inspirer la passion. Je le rassurai néanmoins, et lui prescrivis le traitement mercuriel interne, auquel j'associai les gargarismes au bichlorure d'hydrargyre et les cautérisations à l'acide chlorhydrique.

J'eus depuis l'occasion de voir sa maîtresse, que je fus appelé à soigner pour sa laryngite; mais elle ne présenta jamais aucun symptôme qui pût faire soupçonner une contagion directe ou une infection constitutionnelle.

Le traitement hydrargyrique eut de prompts effets chez M. M..., car au bout d'un mois je le perdis de vue.

Au mois de mars 1852, il fut de nouveau atteint de plaques muqueuses sur les lèvres, la langue et les amygdales; je le soumis encore au traitement spécifique.

Pendant le traitement, mon malade, très privilégié, eut l'heureuse rencontre d'une jeune Italienne, dont les tendres caresses firent oublier la gravité de la maladie. Ne voulant point délaisser sa nouvelle maîtresse et redoutant d'abandonner le traitement, il mena tout de front, Vénus et Mercure. Je fus appelé auprès de la belle Italienne, atteinte d'une névralgie intermittente. J'ai depuis eu l'occasion de la voir souvent, et elle n'a jamais présenté aucun symptôme de syphilis.

Je ne dois pas taire que M. M. a un fils âgé de sept ans, que je l'ai vu souvent combler de baisers pendant l'existence d'accidents secondaires de la bouche et des lèvres, et néanmoins cet enfant n'a jamais présenté de symptômes de syphilis.

4° Le 14 janvier 1852, M. B..., avocat distingué, est atteint d'une syphilis pustuleuse acnoïde à la face, de plaques muqueuses à la langue, à la gorge et à la face interne des lèvres, d'un impétigo à la lèvre supérieure, sous la cloison du nez, d'impétigo du cuir chevelu; il perd en même temps ses cheveux et se plaint de douleurs et de lassitude dans tout le corps. Tous ces accidents sont consécutifs à un chancre induré développé il y a quelque temps en arrière du gland.

Il a déjà été soumis à un traitement de cinq mois par les pilules de Dupuytren et l'iodure de potassium. Je lui prescris le traitement au proto-iodure d'hydrargyre et au sirop de Cuisinier. Sous l'influence de cette médication toutes les manifestations apparentes s'éteignent, et M. B... cesse son traitement au mois de mai. En juillet, il est de nouveau atteint d'une ulcération profonde de l'amygdale droite, de plaques muqueuses sur la langue et sur la face interne des lèvres. Je le remets au traitement hydrargyrique. Les accidents ne paraissant pas se modifier, j'élève la dose jusqu'à trois pilules par jour; mais je suis bientôt forcé de suspendre le médicament pour traiter une stomatite mercurielle assez intense.

Pendant le traitement de la stomatite, M. B... m'avoue qu'il a exécuté mes prescriptions très irrégulièrement, et que pendant le traitement il a souvent fait des excès de table, et surtout de femmes.

La stomatite guérie, nous reprenons les pilules de Dupuytren, puis la liqueur de Van-Swiéten dans du sirop de Cuisinier; mais les accidents de la bouche sont très tenaces, et ce qui, du reste, tend à les maintenir dans cet état de *statu quo*, malgré les cautérisations, les gargarismes, les purgatifs et les mercuriaux à l'intérieur, c'est que, outre qu'il est obligé de plaider souvent, M. B... ne peut prendre sur lui de suspendre ses rapports avec sa maîtresse.

Cependant, après un long traitement qu'il suit encore, M. B... ne présente plus aujourd'hui (novembre 1852) que de légères traces des syphilides dont il était atteint. Sa maîtresse n'a jamais éprouvé d'accident syphilitique.

5° *Inoculation du pus d'ecthyma secondaire du malade à lui-même et à l'homme sain. Résultat négatif.* — Le 28 juillet, M. M... accuse des douleurs sourdes à la partie antérieure du tibia droit; ces douleurs, accompagnées d'un léger gonflement, augmentent à la pression et pendant la nuit. La partie inférieure et externe du membre est aussi le siége de trois ecthymas et de plusieurs tubercules que l'on sent d'une manière très distincte dans l'épaisseur des téguments; un des ecthymes fournit une sécrétion de pus très abondante. Comme symptôme concomitant, je constate quelques plaques de psoriasis aux faces palmaires des mains. Le caractère des accidents présents, joint aux symptômes qu'avait déjà éprouvés le malade, ne me laisse aucun doute sur la nature spécifique de la maladie.

Je prescris le traitement mixte (iodure de potassium, pilules de proto iodure d'hydrargyre).

J'inocule le pus de l'ecthyma sur la partie inférieure et interne de la cuisse gauche du malade; je fais, avec le même pus, une inoculation sur la partie inférieure et postérieure de mon avant-bras. Je laisse les piqûres à l'air pendant quelques minutes, et les recouvre ensuite d'une bande roulée. Le malade vient chez moi tous les jours pendant huit jours. Je mets un soin tout particulier à examiner les effets de la piqûre que j'ai pratiquée sur sa cuisse droite.

Dans les premiers jours qui suivent cette inoculation, c'est-à-dire les 29, 30 et 31 juillet, je n'aperçois d'autre marque qu'une

(1) Fin — Voir le numéro du 20 janvier.

Les zones du centre et du nord-ouest sont remarquables par les résultats qu'elles présentent. Tous les départements qui les forment compten, au moins une commune dans les conditions que j'examine, et la zone du nord-ouest renferme à elle seule plus de communes de plus de 2,000 âmes sans médecins que le reste de la France entière. Ces départements appartiennent presque tous à l'ancienne province de Bretagne.

En résumé, et en fondant toutes les zones dans trois divisions seulement, on trouve que les communes de 2,000 âmes et au-dessus sans médecins et sans pharmaciens doivent être réparties dans les départements de la manière suivante :

	Départements.	Communes.
Nord. .	27	379
Centre.	19	128
Sud. .	18	84

Ces nouvelles données confirment encore les premiers résultats que j'ai convertis en lois : c'est dans le midi, où les médecins et les pharmaciens sont en très-grand nombre, que l'on compte le moins de communes de quelque importance privées de praticiens et d'officines; ces communes au contraire abondent dans le nord, où le nombre des médecins est proportionnellement le plus faible de toute la France; le centre, comme toujours, ménage la transition entre les chiffres extrêmes du nord et du midi.

La richesse ou la pauvreté des départements a sur le chiffre des communes que j'examine la même influence que j'ai signalée plus haut dans la répartition des médecins. Les départements riches, en effet, comptent 59 communes de cette catégorie, réparties dans 8 départements sur 10; tandis que les départements pauvres présentent à peine 34 communes dans ce cas, disséminées dans 7 départements sur 14.

En n'ayant égard qu'à leur population, on peut classer les communes sans médecins et sans pharmaciens de la manière suivante :

Communes de 2 à 3,000 âmes	446
— de 3 à 4,000 —	111
— de 4 à 5,000 —	23
— de 5 à 6,000 —	6
— de 6 à 7,000 —	4
— de 7 à 8,000 —	0
— de 8 à 9,000 —	1
	591

Ces 591 communes sont loin d'être toutes des chefs-lieux de canton; celles qui possèdent une justice de paix sont en minorité, et ne présentent qu'un total de 47, soulignées dans le tableau n° 3, et qui peuvent être classées, d'après leur population, de la manière suivante :

Chefs-lieux de canton de 2 à 3,000 âmes	24
— — de 3 à 4,000 —	14
— — de 4 à 5,000 —	7
— — de 5 à 6,000 —	2
	47

En résumé, et c'est là le but de ces quelques pages, la répartition des médecins, pharmaciens et hôpitaux, sur le territoire de la France n'est pas faite d'une manière arbitraire; elle obéit constamment à des lois invariables; elle suit dans ses moindres détails une marche toujours égale, sans brusquerie et avec une transition admirablement ménagée. Ces lois, cette marche, ne doivent rien elles-mêmes au hasard; elles trouvent leur explication soit dans les mœurs des habitants, soit dans les conditions commerciales, industrielles ou agricoles du pays, soit dans la nature du sol, soit dans des causes spéciales et inhérentes à certaines localités. Aussi faut-il regarder comme irréalisable le rêve d'une répartition uniforme des médecins et des pharmaciens sur la surface de la France, et comme très-difficile la création de médecins cantonaux sur tous les points du territoire; il est des obstacles qu'aucune puissance humaine ne peut surmonter! Il est des conditions matérielles, topographiques devant lesquelles le génie de l'homme s'arrête et se reconnaît impuissant!

petite concrétion sanguine sur le point même de la piqûre ; cette concrétion une fois tombée, on ne reconnaît plus d'indice de la piqûre. J'examine le malade de temps à autre pendant les mois d'août et de septembre, lorsqu'il vient me montrer les résultats heureux du traitement qu'il suit ; mais je ne constate aucun bouton, aucune pustule, aucune ulcération sur le lieu d'implantation du pus de l'ecthyma.

L'inoculation pratiquée sur mon bras gauche n'a pas eu d'autre effet que la précédente : un peu de sang coagulé sur la piqûre; chute de cette concrétion sanguine au bout de trois jours, et, depuis cette époque, jamais aucun symptôme syphilitique, soit sur le point inoculé, soit dans d'autres parties du corps.

6° *Inoculation sur l'homme malade et sur l'homme sain du pus pris sur une ulcération secondaire de l'amygdale droite. Résultat négatif.* — M. B..., qui a été le sujet de l'observation n° 4, fut atteint, dans le courant du mois de juillet 1852, d'une ulcération profonde située sur l'amygdale droite, de plaques muqueuses sur la langue et sur la face interne des lèvres, accidents consécutifs à un chancre induré.

Après avoir prescrit le traitement des accidents secondaires, le 20 juillet, je pratique sur le bras gauche du malade une inoculation avec le pus emprunté à l'ulcération de l'amygdale droite, et une autre inoculation avec le même pus sur mon bras gauche. Les piqûres sont examinées avec un soin scrupuleux pendant huit jours; mais aucune d'elles ne devient le siége de pustules. Depuis cette époque, j'ai visité souvent le bras de M. B... sans découvrir la plus légère trace de l'inoculation que j'avais pratiquée. Mon bras n'a pas été plus affecté que celui de M. B...

7° *Inoculation sur l'homme sain et sur l'animal du pus emprunté au tubercule de transition ulcéré, situé sur la face postérieure droite du pharynx. Résultat négatif.* — M. D... fut atteint en juillet 1850 de chancres sur le gland; quelques semaines après, il fut pris de violents maux de tête, d'une alopécie très intense dont on peut constater les disgracieux résultats, de croûtes impétigineuses sur le cuir chevelu et d'ulcérations à la gorge.

Un traitement mercuriel d'un mois conjura tous ces accidents; mais obligé de voyager pour son commerce, M. D.. ne put suivre son traitement d'une manière régulière : aussi les accidents ne tardèrent-ils pas à se montrer aussi intenses qu'au début de la maladie. Deux ans à peu près se sont écoulés depuis l'époque de l'infection, pendant lesquels M. D... a été constamment obligé de se traiter sans pouvoir mettre un terme aux effets désastreux de sa maladie.

Le 5 novembre 1852, il s'est présenté chez moi avec la ferme résolution d'abandonner les affaires commerciales pour ne s'occuper que de sa guérison.

Voici le résumé des symptômes qu'il accuse et des lésions que l'on constate :

Violente céphalalgie frontale augmentant la nuit, chaleur à la tête, yeux injectés, sensation de compression au fond de l'orbite. Les deux pupilles sont mobiles; mais celle du côté gauche l'est moins que la droite, et reste plus dilatée et plus insensible au jour que la dernière. La vue est très altérée; le malade voit quelquefois les objets à demi renversés; d'autrefois un objet lui semble double, de telle sorte qu'une ligne verticale lui apparaît comme un angle à sommet supérieur et à sinus inférieur. Les objets lui apparaissent moitié éclairés; il ne distingue bien, par exemple, que la partie qui se trouve sur le trajet d'un plan horizontal qui réunirait le globe de l'œil à l'objet. Ajoutons à cela des vertiges assez prononcés pour provoquer une chute, la perte de l'appétit, l'affaiblissement de la mémoire, le dégoût du travail et la tristesse.

M. D.., se plaint, en outre, de difficultés pour avaler; il éprouve des picotements et une ardeur continuelle au gosier. Je découvre sur la partie droite de la face postérieure du pharynx un tubercule ulcéré de la largeur d'une pièce de 1 franc. Ce tubercule est en partie caché par le pilier postérieur du voile du palais, que je suis obligé d'écarter avec une spatule pour m'assurer de la dimension de l'ulcération. Sa surface est recouverte d'une sécrétion purulente jaunâtre, très épaisse, dont je recueille une partie sur la cannelure d'une sonde.

Je prescris au malade le sirop ioduré à la dose de 1 gramme par jour, une pilule de proto-iodure d'hydrargyre (formule Ricord), et je touche tous les jours le tubercule avec un pinceau imbibé de teinture d'iode pure.

J'inocule une partie de la sécrétion du tubercule sur mon bras gauche, et l'autre partie sur la face interne de l'oreille droite d'un chat qui avait antérieurement subi deux inoculations avec du pus primitif.

Le 6 novembre, les deux inoculations ne présentent d'autre trace que celle d'une piqûre ordinaire.

Le 7, rien de nouveau.

Les 8, 9, 10, et les jours suivants, les piqûres restent sans effet.

Aujourd'hui, 7 décembre, les inoculations n'ont déterminé aucun accident; elles sont négatives.

Mon malade est guéri de tous les symptômes qu'il éprouvait; son tubercule est cicatrisé; il n'accuse plus qu'un peu de faiblesse dans la vue. Il continue néanmoins son traitement.

RÉSUMÉ. — La première observation nous fournit un exemple d'éruption secondaire sèche non transmise, malgré le contact intime répété et prolongé entre la personne malade et une personne saine.

Dans la seconde observation, un individu atteint de la diathèse syphilitique sans manifestation actuelle cohabite longtemps avec sa maîtresse, affectée de plaques muqueuses aux parties génitales, sans contracter cet accident.

Enfin, dans la troisième et la quatrième observation, il s'agit du contact prolongé et répété entre des personnes atteintes de plaques muqueuses et des personnes saines, sans que ces dernières aient contracté ces accidents.

Viennent enfin trois faits d'un autre genre, mais qui conduisent aux mêmes conclusions :

1° L'inoculation du pus d'un ecthyma syphilitique sur le malade atteint de cet accident et sur l'homme sain. Résultat négatif.

2° L'inoculation du pus d'une ulcération secondaire de l'amygdale droite sur l'homme malade et sur l'homme sain. Résultat négatif.

3° L'inoculation sur l'homme sain et sur l'animal du pus emprunté à un tubercule de transition situé sur la face postérieure droite du pharynx. Résultat négatif.

A ces trois derniers faits d'inoculation, je pourrais en joindre un quatrième qui a trait à l'inoculation sur le malade du pus d'une plaque muqueuse située sur la face interne de la lèvre supérieure; mais ayant égaré l'observation, je me borne à mentionner le résultat négatif.

CONCLUSIONS. — Des faits qui précèdent je tire les conclusions suivantes :

1° Les éruptions secondaires sèches ou humides ne sont pas susceptibles de se transmettre par le contact simple répété et prolongé;

2° Les plaques muqueuses secondaires, l'ecthyma secondaire, le tubercule de transition, ne sont point inoculables, et ne peuvent par conséquent communiquer la syphilis par le mécanisme de la contagion.

DÉVIATION DES RÈGLES

se produisant par une vaste plaie de la jambe. — Guérison.

Par C.-P.-E. HAMOIR, médecin de bataillon, à Namur.

La malade qui fait le sujet de cette observation ayant été traitée pendant dix-huit mois avant que je fusse appelé à lui donner des soins, je vais retracer succinctement la cause, la marche et les péripéties de la maladie, ainsi que les traitements divers qui ont été employés.

Mme X..., âgée de vingt-huit ans, d'un tempérament nerveux, fit, le 3 juin 1849, une chute de cabriolet. En tombant, son pied droit s'engagea dans les tiges du marche-pied, et elle fut traînée de cette manière sur environ *quatre-vingts mètres de longueur*. La jante de la roue avait laissé des traces de sa pression à la partie inférieure et antérieure du tibia, et au-dessus du genou du côté interne du membre droit. En attendant le médecin, on arrosa la jambe à grande eau qu'on renouvelait très fréquemment afin de l'avoir toujours froide. Cette dame jetait des cris épouvantables, elle accusait des douleurs atroces et elle eut quelques instants le délire. Une heure se passa ainsi, puis arriva un médecin qui, après examen, déclara qu'il n'y avait ni fracture, ni luxation; que tout se réduisait à de fortes contusions. Il décida alors d'appliquer le *bandage amidonné*, et cela fait, la malade put être transportée en la demeure des personnes chez lesquelles elle se rendait. Elle continua à ressentir les plus vives douleurs, mais vers le soir elle reprit un peu de calme.

Survint alors l'éruption menstruelle, bien qu'il n'y eût que dix jours au plus que l'époque régulière fût passée.

L'appareil amidonné fut maintenu complétement intact jusqu'au mardi matin; l'accident avait eu lieu le dimanche. Ce jour-là on ouvrit le bandage jusqu'au milieu de la jambe. On remarqua alors au tiers inférieur et antérieur du membre une plaque d'un bleu noirâtre, large de près de quatre doigts; on referma immédiatement le bandage.

Le lendemain mercredi, on ouvrit le bandage jusqu'au genou. Plusieurs endroits se nuançaient de bleu, particulièrement sur la rotule, dont l'épiderme présentait un bleu noirâtre sur toute sa surface.

Enfin, le jeudi, on enleva tout l'appareil. L'aspect du membre était des plus alarmants. La partie interne du genou offrait une large surface gangrenée, s'étendant jusqu'au-dessus du tiers inférieur de la cuisse et rejoignant celle de la rotule observée le jour précédent. Il en était de même au bas de la jambe. Sur tous ces points, la pression n'était plus perçue par la malade. La gangrène était donc assez profonde.

On employa divers moyens contre la gangrène, et quelques jours après on fit l'excision de vastes lambeaux de chair gangrenés et on put alors mesurer la profondeur de la mortification : tout le tissu cellulaire et une partie des muscles étaient gangrenés. On recouvrit les parties ainsi dénudées avec des gâteaux enduits de *cérat de Galien*. On continua à appliquer sur le reste du membre, dont l'épiderme paraissait intact, des cataplasmes d'anis, de cumin et de quinquina.

Le lendemain, on enleva le reste des parties grangrenées et au bout de quelques jours tout le membre était dénudé. On en était venu pour ainsi dire à la dissection, car chaque jour la gangrène étendait ses ravages et on procédait à l'excision des tissus mortifiés.

Cinq mois se passèrent dans un état alarmant, au milieu de crises violentes et d'un dépérissement progressif.

Mais un phénomène remarquable se présentait depuis lors. Le flux menstruel qui s'était montré le soir de la chute n'avait plus reparu. On observait seulement qu'à peu près à chaque période, la jambe s'engorgeait, devenait plus pesante, et que la charpie était imprégnée de sang. A ce moment-là, le pus était également sécrété en plus grande quantité. Il était évident qu'il y avait *déviation des règles* et qu'elles avaient lieu maintenant périodiquement par la plaie. Ce phénomène semblait si étrange qu'on resta quelque temps avant d'en être convaincu. Cependant la suite fit disparaître le doute et prouva complétement l'existence de cette *ménoplanie*.

En effet, du 15 au 20 novembre, le flux menstruel, s'accumulant avec plus d'abondance dans la plaie, fit gonfler la jambe outre mesure et par suite détruisit, en s'échappant, tout ce qu'on avait obtenu de cicatrisation.

A chaque époque la jambe gonflait; des tumeurs sanguines couvraient la plaie, l'hémorrhagie durait sept ou huit jours, quelquefois quinze; puis la jambe se dégonflait, reprenait au bout de la seconde quinzaine son volume ordinaire, et la plaie paraissait se préparer à la cicatrisation. Mais survenait l'époque cataméniale; nouveau gonflement, déchirure, hémorrhagie, etc. On essaya par des *applications de sangsues* sur les grandes lèvres de rappeler le flux menstruel, ce fut sans succès.

Il fallait cependant combattre cette ménoplanie, qui empêchait la cicatrisation, et les conséquences funestes de l'hémorrhagie et de la suppuration abondante fournies par la plaie. La malade maigrissait, et la plaie, au lieu de diminuer, se corrodait sur les bords et grandissait chaque jour.

Tous les efforts tendirent alors à remédier à la déviation des menstrues.

Des sangsues, le ratanhia, l'acétate de plomb, l'eau froide furent vainement employés, et enfin la compression au moyen de bandelettes agglutinatives.

Ces moyens n'amenant aucune amélioration, je fus appelé près de la malade, que je vis alors pour la première fois. La plaie datait de dix-huit mois, elle sécrétait un pus très abondant, et pendant que les bandelettes demeuraient en place, la jambe dénudée baignait continuellement dans le pus. J'exprimai les craintes que m'inspirait cette situation, car déjà les ganglions de l'aine étaient engorgés, du volume d'une grosse noix, et douloureux à la pression. La cuisse était tendue, d'un rouge érysipélateux. Il y avait donc à craindre une résorption purulente.

D'un autre côté, le pansement faisait souffrir horriblement la malade, le sang jaillissait à chaque instant par la plaie et rarement on arrivait à la fin du pansement sans qu'elle eût une syncope.

Il fallait donc changer sans retard la médication.

Voici le traitement que je proposai et qui fut admis par mes confrères.

Extérieurement. L'onguent à l'oxyde de zinc, qui nous a bien réussi dans le traitement des ulcères et des plaies suppurantes, onguent que je considère comme le meilleur cicatrisant, était celui qui devait être employé.

J'appliquai d'abord sur le pied une bande roulée amidonnée jusqu'à la naissance de la plaie, après quoi je recouvris celle-ci d'un pansement ainsi composé : une compresse fenêtrée enduite d'onguent, immédiatement après, une compresse ordinaire, puis de l'étoupe passée dans du chlorure de chaux, séchée et bien étrillée pour recevoir le pus, et enfin une couche d'ouate. La seconde compresse avait pour but d'abord d'empêcher que l'onguent en se fondant par la chaleur du membre ne pénétrât dans l'étoupe, ensuite que les filaments d'étoupe fussent en contact avec la plaie en passant à travers les ouvertures de la compresse fenêtrée. Le pansement ainsi appliqué sur la partie dénudée, le tout était recouvert d'une bande roulée exerçant une compression modérée.

Je me proposai de recourir au crayon de nitrate d'argent lorsque le besoin s'en ferait sentir pour réprimer les bourgeons, égaliser la plaie et la rendre plus propre à la cicatrisation.

La jambe fut placée sur un coussin de manière à établir un plan incliné du pied vers le bassin.

Je fis enfin appliquer des cataplasmes sur la cuisse en prescrivant de les renouveler trois et quatre fois dans la journée.

Intérieurement. Je mis de suite en usage les ferrugineux (sous-carbonate de fer) d'abord à une dose modérée, dans la crainte de fatiguer l'estomac, qui heureusement supportait encore bien ce que la malade prenait; mais bientôt nous allâmes jusqu'à 30 grains par jour.

Le sulfate de quinine fut donné à la dose de 16 grains dans les vingt-quatre heures, pour combattre la névralgie et s'opposer à la résorption purulente qui était imminente.

Un régime tonique fut prescrit.

Comme on le voit, je ne fis nullement attention à la ménoplanie, car dans l'état où se trouvait la malade aucun moyen particulier n'était à essayer, et j'espérais, ce que je déclarai à mes confrères, si je parvenais à améliorer l'état de la malade, voir les menstrues reprendre leur cours normal, sans qu'il fût nécessaire de recourir à aucune médication. Mes prévisions furent heureusement réalisées.

Le premier pansement eut lieu le 22 décembre 1850, et aussitôt après la malade était dans une joie extrême; elle n'avait éprouvé de douleur que lorsqu'on avait soulevé la jambe.

La rougeur de la cuisse et l'engorgement des ganglions de l'aine disparurent au bout de quelques jours. La névralgie persistait toujours.

Neuf mois s'étaient écoulés; le même traitement avait toujours été suivi, sauf le sulfate de quinine qui ne fut continué que huit à dix jours, et notre malade avait changé complétement d'aspect; elle était gaie, sa figure se colorait, ses yeux avaient repris tout leur éclat, elle prenait de l'embonpoint, l'appétit était excellent; elle avait maintenant des selles régulières sans lavement; elle passait une partie de la journée dans son fauteuil et travaillait à des ouvrages de mains.

La cicatrisation eut une marche assez singulière, et la névralgie frontale qui avait si long tourmenté la malade avait disparu.

C'est à ce moment que nous avons cessé l'emploi des ferrugineux pour ne plus suivre que le traitement externe.

Trois mois après, le 17 décembre 1851, c'est-à-dire après un an environ de traitement, la malade s'aperçut à son réveil que les menstrues étaient enfin arrivées par les voies naturelles. A dater de ce jour, nous n'avions plus de doute sur la terminaison de la maladie et la guérison était maintenant certaine. Nous les vîmes se reproduire le mois suivant, et elles apparurent ensuite tous les 17 de chaque mois, et rarement il y eut quelques heures de retard.

A cette époque la malade commença à se tenir debout, ce qu'elle fit bientôt avec facilité, et elle se reposait complétement sur la jambe saine.

Quelque temps après elle marcha avec des béquilles, en ayant soin de soutenir la jambe malade avec le suspenseur cervico-tarsien. Elle put au bout de quelques jours sortir de son appartement, aller à la cour et se promener dans la maison.

Cependant la plaie était encore loin d'être cicatrisée, il nous restait encore toute la surface antérieure et interne du membre; mais depuis l'apparition des menstrues, la cicatrisation marchait rapidement, seulement elle était ralentie pendant toute la durée des règles, et l'on pouvait à ce moment constater encore un certain trouble dans la jambe, mais ceci ne se renouvela que deux fois.

Enfin le 6 mai, jour où j'ai dû quitter la garnison de Namur pour me rendre à Anvers, il ne restait plus de cette vaste plaie qu'un petit point à cicatriser, n'ayant pas même la grandeur d'une pièce de 5 francs, et qui n'aura demandé que quelques jours pour être entièrement fermé. (*Arch. belges de méd. milit.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 25 janvier 1853. — Présidence de M. BÉRARD.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

La correspondance officielle ne comprend qu'une seule pièce : un tableau de vaccination pour le département du Jura.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Présence du phosphore dans les huiles de foie de morue.

M. J. Personne adresse des recherches sur la présence du phosphore dans les huiles de foie de morue.

D'après les observations contenues dans ce travail, l'auteur conclut :

1° Que toutes les huiles de foie de morue ne renferment pas de phosphore ;

2° Que ce métalloïde se trouve à l'état de phosphate alcalino-terreux dans celles qui en contiennent ;

3° Que la présence de ce phosphate est due à un mode vicieux de préparation de ces huiles et indique leur mauvaise qualité. (Commission précédemment nommée.)

Documents relatifs au goître et au crétinisme.

M. Chevallier informe l'Académie que, s'occupant du goître et du crétinisme, il a profité d'un voyage qu'il a fait à Bourbonne-les-Bains (Haute-Marne), dans les Vosges et dans la Meurthe pour demander à diverses personnes des renseignements sur des localités où le goître a été observé et sur sa fréquence. M. Magnien, médecin inspecteur adjoint des eaux de Bourbonne, M. Pommier fils, de Mirecourt, se sont occupés de ces recherches ; M. Chevallier transmet les résultats de ces recherches, qui consistent :

1° En une note détaillée sur Rosières (Meurthe) recueillie par les soins de M. Fraisse sur la demande de M. Pommier.

2° En une note recueillie à Senaide (Vosges) par les soins de MM. Magnien et Pommier.

3° En une analyse des eaux de Rosières par M. Pommier.

4° En une analyse des eaux de Senaide par le même.

Dans les trajets qu'il a faits dans diverses parties du département de la Haute-Marne, M. Chevallier a observé et acquis la conviction que le goître n'est plus aussi fréquent qu'il l'était il y a quarante ans, et les détails qui lui ont été donnés par un grand nombre de personnes ont confirmé les observations qu'il avait faites. (Commission du goître et du crétinisme.)

L'Académie se forme en comité secret immédiatement après la communication de la correspondance pour entendre des explications relatives à la proposition faite par M. Cornac dans la dernière séance.

L'Académie rentre en séance publique à quatre heures moins un quart.

Composition chimique du lait de la femme.

M. Bouchardat présente au nom de MM. Vernois et A. Becquerel un mémoire sur la composition du lait chez la femme dans l'état de santé et de maladie. (Voir le compte-rendu de l'Académie des sciences.)

Le mémoire de MM. Vernois et Becquerel est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Bouchardat, Chevallier et Depaul.

Remèdes secrets.

M. Bouchardat lit une série de rapports sur des remèdes secrets dont les conclusions, uniformément défavorables aux demandeurs, sont adoptées sans discussion.

Corsets.

M. Bouvier lit la première partie d'un rapport sur des corsets sans coutures et sur des buscs mécaniques soumis à l'examen de l'Académie. Cette première partie, consacrée à l'histoire de cette pièce de vêtement, est terminée par les conclusions suivantes :

1° L'histoire de l'habillement des principaux peuples de l'antiquité fait voir que le besoin d'une pièce de vêtement contentive plus ou moins serrée autour du tronc chez la femme s'est fait sentir dans les temps anciens comme dans l'Europe moderne.

2° Autrefois, comme de nos jours, les femmes ont été disposées à outrer cette constriction circulaire au détriment de leur santé.

3° Dans l'histoire de la civilisation moderne, on voit tour à tour, après l'abandon de la tunique ample des dames romaines, la taille simplement marquée par des corsages justes au corps, puis renfermée et comme étreinte dans les espèces de cuirasses appelées *corps à baleines*, et enfin de nouveau seulement dessinée et contenue par les corsets, dernière forme de ce vêtement spécial.

4° Bien que l'emploi inconsidéré des corsets puisse déterminer à peu près les mêmes accidents que l'usage des corps, ils n'ont pas d'effet nuisible quand leur construction et leur application se font d'une manière convenable.

5° C'est à tort que l'on a attribué uniquement à l'influence des corsets le resserrement de la partie inférieure du thorax, resserrement normal dans certaines limites dans les deux sexes, et sujet à varier par d'autres causes que par la constriction qu'exerce ce vêtement. L'examen comparatif que j'ai fait d'un grand nombre de sujets tend à démontrer que les corsets ne produisent que dans des cas exceptionnels un rétrécissement permanent de la base de la poitrine.

6° On a avancé sans preuves que l'usage des corsets était une cause fréquente de déformation de la colonne vertébrale.

7° Non-seulement des motifs déduits de l'esthétique et de la destination sociale de la femme doivent engager les médecins à permettre l'usage des corsets, sauf les restrictions indiquées par l'observation de leurs effets ; mais, en outre, il est diverses circonstances, telles que le volume des seins, le relâchement ou la distension de la paroi musculaire de l'abdomen, la voussure habituelle du tronc, la déviation latérale du rachis, qui indiquent formellement l'emploi de cette sorte de bandage, soit comme moyen hygiénique, soit même pour aider à la guérison de certaines lésions.

La deuxième partie du rapport sera lue dans la séance prochaine.

— La séance est levée à cinq heures moins un quart.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 24 janvier 1853. — Présidence de M. JUSSIEU.

Indication de la quantité de sang qu'on peut verser par la saignée artérielle dans les plaies de tête.

M. Deleau jeune lit un mémoire sur ce sujet.

Le but de l'auteur est de prouver que dans les plaies de tête il a trouvé les signes qui indiquent la quantité de sang qu'il faut verser pour empêcher toute réaction sur les organes encéphaliques. Quatre individus d'âge et de sexe différents ont offert en quelques mois des lésions graves de la tête. M. Deleau a déduit de ces faits que dans les plaies de tête on doit maîtriser toute réaction. On atteint ce but par la saignée artérielle, et on juge de ses effets par la couleur pâle du tissu de la langue, des gencives et du pharynx. Jusqu'à l'apparition de ces signes, on laisse couler le sang sans s'inquiéter de la quantité. Si une première saignée et l'écoulement de sang par la plaie n'ont pas été suffisants pour empêcher toute réaction inflammatoire, qui, selon M. Deleau, est nuisible à une cicatrisation prompte et salutaire, il faut saigner de nouveau.

Tels sont les principes de l'auteur, qui se trouvent, suivant lui, justifiés par l'usage que l'on fait aujourd'hui de courants d'eau froide dirigés sur les parties du corps fortement contuses ou tiraillées.

M. le docteur Baudens ne craint pas même d'appliquer la glace pendant plusieurs jours. Cette application ne retarde en rien le travail de la cicatrisation, tout en modifiant la réaction générale. Mais ces médications, que l'on obtient par le froid, ont des dangers quand on a affaire à des sujets atteints de phlegmasies chroniques, soit du poumon, soit du canal intestinal. Les saignées, au contraire, pratiquées avant la réaction générale, préservent les blessés des complications qui naissent toujours des fièvres traumatiques dans ces phlegmasies latentes.

Pour me résumer, dit en terminant M. Deleau, dans les plaies de tête, si vous êtes appelé à temps, empêchez toujours le développement de la fièvre traumatique, et pour atteindre ce but, guidez-vous sur la décoloration des membranes muqueuses buccales.

Composition du lait chez la femme dans l'état de santé et de maladie.

M. Payen présente, au nom de MM. Vernois et A. Becquerel, l'analyse d'un mémoire sur la composition du lait chez la femme dans l'état de santé et dans l'état de maladie, suivi de recherches nouvelles sur la composition du lait chez la vache, l'ânesse, la chèvre, la jument, la brebis, la chienne.

Les auteurs n'ont eu pour but dans ce travail que l'étude de la composition chimique du lait. Quand on vient à comparer entre elles, disent MM. Vernois et Becquerel, toutes les analyses publiées jusqu'à ce jour sur le lait de la femme, de la vache, de l'ânesse, etc., on est frappé de ce fait, qu'aucun résultat ne se ressemble, et que des différences énormes se remarquent à chaque instant. Les variations sont telles, qu'elles doivent dépendre surtout du procédé d'analyse employé. Ils se sont proposé, en conséquence, d'imaginer un procédé d'analyse du lait ou de perfectionner les indications déjà publiées sur ce sujet, et d'appliquer ce procédé d'analyse à l'étude du lait dans l'état de santé et dans l'état de maladie de la femme et des principales espèces d'animaux domestiques.

Parmi les observations nombreuses qu'ils ont réunies, MM. Vernois et Becquerel en ont choisi 89, entièrement uniformes et complètes au point de vue des questions qu'ils voulaient résoudre ; elles leur ont servi à établir la composition physiologique du lait, qui elle-même est devenue le point de comparaison de toutes leurs analyses dans les divisions qu'ils ont successivement étudiées. C'est ainsi qu'ils ont pu donner la composition du lait selon l'âge de la nourrice de 25 à 45 ans, selon l'âge du lait lui-même, de 1 jour à 15 jours (jour par jour) et de 1 mois à 24. Ils ont ensuite passé en revue les influences déterminées par la constitution, par l'état des seins, par la primi ou la multiparité, par la menstruation (sa suspension, son retour, sa présence spéciale), par l'alimentation bonne ou médiocre, par la quantité de lait, par le séjour dans les mamelles, etc.

Voici les principaux résultats qu'ils ont constatés :

A l'état normal, le lait de la femme donne, pour 1,000 grammes :

Eau	889,08
Parties solides	110,92
Sucre	43,64
Caséum et matières extractives	39,24
Beurre	26,66
Sel (par incinération)	1,38
La densité est de	1032,67

Les éléments sont ici rangés dans l'ordre de leur plus forte proportion. L'âge de la nourrice n'apporte en général pas de modification sensible dans la densité, le poids de l'eau et des parties solides ; une différence réelle n'existe qu'aux points extrêmes.

Il y a dans le lait des nourrices de 15 à 20 ans plus de parties solides que dans celui des nourrices de 35 à 40.

L'état colostral augmente notablement la quantité de beurre. La composition du lait dans la constitution *faible* reste à peu près normale ; dans la *forte*, le poids des parties solides diminue.

Chimiquement parlant, le lait des nourrices primipares se rapproche davantage de la moyenne physiologique que celui des nourrices multipares.

La gestation, vers sa fin, augmente la quantité des éléments solides du lait ; au début, elle n'altère pas sa composition.

La présence des règles diminue la densité, le poids de l'eau et du sucre ; elle augmente considérablement le poids des parties solides. C'est le caséum surtout qui profite de cet excès.

Le lait des femmes à cheveux noirs l'emporte sur celui des femmes à cheveux blonds.

L'alimentation médiocre laisse introduire trop peu d'eau dans le lait. Les éléments principalement frappés sont le beurre et le caséum.

Les excès de beurre ou de caséum accompagnent toujours un mauvais état de santé des nourrissons.

La première et la deuxième traite, chez la femme, ne donnent pas lieu aux différences signalées chez la vache, la chèvre, etc.

A l'instar de ce qui a lieu chez la vache, on peut dire qu'il y a des femmes dans le lait desquelles, en dehors de toute cause bien spécifiée, il existe constamment un excès de caséine ou un excès de beurre.

La deuxième partie de leur travail est consacrée à l'étude du lait dans l'état de maladie. Elle est basée sur 46 cas morbides, dont 19 à l'état aigu et 27 à l'état chronique.

MM. Vernois et Becquerel ont toujours divisé ces deux espèces d'affections. Il existe entre elles, au point de vue de l'influence qu'elles exercent sur la composition chimique du lait, un antagonisme remarquable. Dans les affections aiguës, comme dans les affections chroniques, l'eau diminue, les parties solides augmentent. Mais là s'arrête l'analogie. En effet, dans les premières, le sucre baisse considérablement, les trois autres éléments augmentent dans une progression croissante, depuis les sels et le beurre jusqu'au caséum, qui, à lui seul, répare presque toutes les pertes éprouvées par le sucre. Dans les secondes (affections chroniques), le beurre et les sels augmentent, le sucre reste stationnaire, le caséum diminue. Ainsi, d'un côté (affections aiguës), perte d'un élément respirateur et excès d'un élément nutritif ; de l'autre côté, perte d'un élément nutritif, augmentation d'un élément respirateur.

Les auteurs ont successivement étudié et déterminé la composition du lait dans l'entérite, la pleurésie, la colite, le trouble moral, la courbature, la métro-vaginite, la métro-péritonite, la fièvre typhoïde, l'ophthalmie scrofuleuse, l'abstinence, la bronchite, la phthisie pulmonaire, les abcès du sein, la syphilis.

Voici la composition du lait dans les affections aiguës et chroniques.

	Affections aiguës.	Affections chroniques.
Eau	884,91	885,50
Parties solides	115,09	114,50
Sucre	33,10	43,37
Caséum et matières extractives	50,40	37,06
Beurre	29,86	32,57
Sels (par incinération)	1,73	1,50
Densité	1031,20	1031,47

Parmi les résultats importants, les auteurs signalent que dans le cas de tubercules pulmonaires sans diarrhée ni amaigrissement, il y a peu de modifications sensibles ; mais dans le cas contraire le poids des parties solides est considérablement diminué, et c'est sur le beurre que porte toute la perte.

Dans la syphilis la densité s'élève extraordinairement, le beurre diminue, et les sels augmentent hors de proportion.

Les auteurs ont, en outre, fait l'histoire isolée de chacun des éléments constituants du lait ; ils ont, à l'aide de leurs documents, étudié comment se comportaient la densité, le sucre et le beurre. Ils sont arrivés à cette conclusion que, comme dans le sang, comme dans l'urine, les éléments du lait ne sont pas solidaires entre eux. Chaque élément semble avoir une existence à part que modifient tour à tour des influences spéciales. Il n'existe pas de proportionnalité régulière et constante dans leur développement, et, jusqu'ici, ni par l'étude de la densité, ni par celle du beurre ou de tout autre élément pris à part, on ne peut donner une idée juste et précise de ce qu'on appelle la richesse ou la bonté du lait. Il faut de toute nécessité recourir à l'analyse complète du lait.

NOUVELLES DU CHOLÉRA.

Ce n'est pas légèrement que nous avons cru devoir entretenir nos lecteurs des faits de choléra plus ou moins graves qui se sont présentés à Paris depuis quelque temps et particulièrement à l'Hôtel-Dieu. En matière pareille, tout est et doit être sérieux. Ce que nous avons dit dans notre numéro du 15 janvier était textuellement extrait d'une leçon clinique de M. le professeur Trousseau, faite l'avant-veille devant plus de deux cents auditeurs. Nous n'avons pas ajouté un mot à ce qu'il a dit, nous n'en avons pas retranché un mot. Tout appartient à cet honorable professeur, et les six cas qu'il a indiqués (parmi lesquels se trouvait la malade de la salle Saint-Bernard, qui n'est pas encore sortie par suite de quelques accidents légers), et le mode de traitement par les capsules d'éther.

Quant aux autres cinq cas que nous avons indiqués à l'Hôtel-Dieu, nous l'avons fait sur des renseignements pris au Bureau d'admission. Le malade mort dans le service de M. Guérard y est regardé comme ayant succombé à l'influence cholérique ; et nous, qui ne l'avons pas vu plus que M. Guérard ne l'a vu lui-même, nous ne saurions affirmer s'il est mort par suite d'une pneumonie asphyxique, ou d'une asphyxie cholérique. Cette question est trop subtile quand on n'a pas le sujet sous les yeux.

Depuis notre dernier numéro, aucun nouveau cas ne s'est présenté à l'Hôtel-Dieu, où l'influence diarrhéique persiste à un haut degré. En ville, nous avons entendu parler de quelques cas, sur lesquels nous n'avons pas de renseignements certains. Quant à celui qui a été observé à la Salpêtrière par M. Moissennet, comme il n'avait pas offert les symptômes réels du choléra asiatique, nous avions cru ne devoir pas en parler.

Mais il nous sera permis de signaler le fait suivant auquel ne manque aucun des caractères du choléra épidémique : Il s'agit d'un garçon boucher de la rue du Temple qui a été pris, il y a trois jours, et qui a présenté les déjections et les vomissements blanchâtres, la cyanose, etc. Son état est actuellement fort grave ; il a eu hier soixante-dix selles, et M. le docteur Triquet, de qui nous tenons ces détails et qui a passé une partie de la nuit auprès de lui, le regarde comme à peu près désespéré.

Nous croyons devoir, du reste, engager nos confrères à nous indiquer les faits qui pourraient venir à leur connaissance ; il est important que les médecins et l'autorité soient prévenus et qu'ils se tiennent sur leurs gardes, dans le cas où les craintes que l'on a pu légitimement concevoir viendraient à se réaliser.

SAINT-PÉTERSBOURG, 16 janvier. Le 10 janvier au matin, il y avait 476 malades. Dans la journée on a compté 87 nouveaux cas, 46 décès ; restaient 488 malades ; le 11 janvier au matin, il y avait 488 malades en traitement ; on a compté dans la journée 92 nouveaux cas, 34 guérisons, 37 décès ; le 12 janvier, 63 nouveaux cas, 20 guérisons, 26 décès ; le 13 janvier, il y a eu 74 nouveaux cas, 20 guérisons, 34 décès ; il restait le 14 au matin, 546 malades.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

M. le docteur Trolliet, médecin en chef de l'hôpital civil d'Alger, praticien des plus recommandables et des plus estimés, vient de mourir. Ses obsèques ont été célébrées dans la petite église de Saint-Augustin, au faubourg Bab-Azoun. Une foule nombreuse, et qui réunissait dans ses rangs les principaux fonctionnaires, magistrats et l'élite de la population civile, assistait à cette triste cérémonie.

— M. le docteur Foley, qui depuis onze ans exerce en Algérie et depuis neuf ans remplit les fonctions de médecin en second de l'hôpital civil d'Alger, vient d'être nommé médecin principal de cet établissement, en remplacement de M. Trolliet, décédé.

— Les concours pour les places d'aides-majors provisoires ont eu lieu à Montpellier et à Strasbourg, sous la présidence de M. Michel Lévy, membre du conseil de santé.

A Montpellier, quatre candidats se sont présentés : 3 médecins et 1 pharmacien.

Le nombre des candidats a été de cinq à Strasbourg : 4 médecins et 1 pharmacien. Mais le pharmacien, n'ayant pas atteint l'âge de vingt-cinq ans, n'a pu être admis au concours.

Les quatre candidats qui ont subi les épreuves ont été déclarés admissibles dans l'ordre suivant : MM. Weber, Worms, Kiener et Goureau.

— M. le docteur Magail, chirurgien distingué de Marseille, vient d'être nommé chevalier de la Légion-d'Honneur.

— On a annoncé dit le *Constitutionnel*, que M. Acar, de Ham, était nommé pharmacien de l'Empereur. Cette nouvelle est incomplète. Le décret du 31 décembre, concernant le personnel du service de santé de la maison impériale, attache à ce service M. Acar à titre de premier pharmacien, et MM. Marcotte, Cadet-Gassicourt et Mialhe à titre commun de pharmaciens ordinaires de l'Empereur.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de PLON frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris
au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères,
en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

	Trois mois	Six mois	Un an
PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE.	8 fr. 50 c.	16 »	30 »
GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES.	9 fr.	17	33
ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR.	10 fr.	20	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

PARIS, LE 28 JANVIER 1853.

HYGIÈNE PUBLIQUE.

Des eaux potables. — Recherches sur les eaux des casernes, des forts et des postes-casernes des fortifications de Paris.

Par M. le Dʳ POGGIALE, professeur de chimie au Val-de-Grâce.

C'est une opinion depuis longtemps accréditée que la qualité des eaux douces modifie puissamment l'organisme et la santé des hommes qui en font un usage exclusif. La tradition de tous les temps et de tous les lieux est unanime à considérer certaines maladies accidentelles ou endémiques comme le résultat de l'action intime de l'eau sur la composition des tissus et des liquides des êtres vivants. Tout ce que l'empirisme avait vaguement pressenti à cet égard s'explique rationnellement aujourd'hui, grâce aux merveilleuses ressources de l'analyse chimique. Aussi l'étude des eaux potables dans leurs rapports avec l'hygiène publique tend-elle à sortir de plus en plus des données de l'hypothèse.

Il serait hors de propos de faire ici l'énumération de toutes les recherches entreprises sur l'influence morbifique de certaines eaux douces ; les seuls travaux qui offrent en cette matière un intérêt véritable sont les travaux des chimistes modernes, particulièrement en ce qui concerne l'étiologie et la prophylaxie du goître, de la diarrhée, de la dyssenterie, etc.

On sait avec quelle persévérance M. le docteur Grange s'est appliqué à démontrer que la présence des sels de magnésie dans l'eau est la seule cause à laquelle on doive attribuer le développement du goître. Je connais, dit ce médecin parlant de la rapidité d'action propre aux sources magnésiennes sur le corps tyroïde ; je connais des hommes qui, aimant mieux porter une difformité que l'habit militaire, ont pris en quelques mois un goître assez volumineux pour se faire réformer.

Discutant la valeur de cette opinion exprimée en termes si absolus, M. Bouchardat a prouvé par un grand nombre de faits susceptibles d'être vérifiés en tous lieux que la présence des sels magnésiens dans l'eau potable ne participe en rien au développement endémique du goître. De son côté M. Poggiale vient de communiquer à l'Académie de médecine un travail poursuivi pendant cinq ans, et dans lequel se trouve consignée une série d'analyses faites sur les eaux des casernes, des forts et des postes-casernes appartenant à quelques-unes des zones de la ville de Paris, analyses qui confirment pleinement les idées de M. Bouchardat sur le rôle négatif des sels de magnésie dans la production du goître. En effet, bien qu'il ait retiré de l'eau de certains forts une proportion de magnésie plus élevée que celle qui fut trouvée par M. Grange dans les sources de la Tarentaise et de la Maurienne, M. Poggiale fait remarquer avec raison que néanmoins ceux de nos soldats qui s'abreuvent depuis longtemps d'eau ainsi chargée de magnésie ne présentent aucune affection de la glande tyroïde. Cette immunité pourrait être attribuée à la présence de l'iode, que l'habile chimiste du Val-de-Grâce a trouvé dans toutes les eaux potables consommées par la garnison de Paris. Sur ce point il y aurait donc accord parfait avec M. Chatin, qui a constaté en différentes régions de l'Europe que l'endémicité du goître coïncide toujours avec l'absence de l'iode dans l'air ou dans l'eau. Il est facile d'entrevoir les applications hygiéniques auxquelles doivent aboutir ces observations si importantes, et de déterminer les conditions auxquelles certaines populations peuvent se rédimer d'une infirmité qui est un véritable fléau pour la race humaine.

Les eaux qui contiennent plus de 1 gramme de matières fixes représentées surtout par les sels calcaires ont une saveur désagréable, une action laxative très prononcée ; c'est pour ce motif qu'elles sont considérées comme impotables. Sous ce rapport, M. Poggiale nous apprend que les eaux récoltées dans les forts de Paris présentent de grandes différences de composition, différences essentiellement subordonnées à la nature minéralogique du sol. Tandis que l'eau puisée dans la citerne du fort de Bicêtre, par exemple, ne donne à l'analyse que 0,133 de résidu par litre, celle du puits du Mont-Valérien en fournit jusqu'à 2,150. Aussi l'administration de la guerre s'est-elle empressée, sur la proposition de M. Poggiale, d'interdire aux troupes la fréquentation des sources qui offrent ce caractère spécial d'insalubrité.

L'eau provenant des citernes ou des puits creusés dans les forts renferme peu de matières organiques ; on sait qu'il n'en est pas de même pour les eaux de l'Ourcq et de la Seine, qui abreuvent une partie des habitants de Paris.

On a exagéré comme on a amoindri outre mesure l'influence pernicieuse des substances organiques contenues dans les eaux potables. Cette influence dépend de certaines conditions qu'il importe de bien préciser.

La présence de ces matières dans l'eau n'est pas nuisible si elles s'y trouvent en petite quantité et non altérées. Tant que la chaleur atmosphérique se maintient [illegible] ces végéto-animales n'altèrent l'eau qu'en la désoxygénant, c'est-à-dire en la dépouillant d'un principe indispensable à sa digestibilité. Mais dès que la température augmente, la putréfaction, jusque-là enchaînée par le froid, engendre bientôt des produits fétides, fixes ou gazeux, dont l'action sur l'économie se manifeste sous forme de diarrhée, de dyssenterie, de scorbut, de fièvre intermittente, etc. Or, de toutes les eaux en usage à Paris, il n'en est pas qui réalisent plus complétement que celle du canal de l'Ourcq et de la Seine cette aptitude à la production endémique des affections intestinales. Il résulte, en effet, des analyses qui ont été pratiquées sur l'eau du canal de l'Ourcq livrée par entreprise à la consommation de certains établissements, que cette boisson contient par litre jusqu'à 0,057 de substances organiques. Cette impureté tient manifestement à la négligence avec laquelle sont entretenus les bassins d'approvisionnement, mais surtout à l'insuffisance des moyens de clarification, qui consistent en une simple couche de laine ou d'éponges. Aussi, M. Poggiale conseille-t-il de nettoyer les puits et les réservoirs avec le plus grand soin, particulièrement pendant les chaleurs de l'été.

Quant à l'eau de Seine, elle ne présente pas tout à fait le même degré de maléfice, parce qu'avant de la débiter aux consommateurs on la purifie à l'aide du charbon, qui, comme masse poreuse, intercepte les corps en suspension, et comme substance chimique, absorbe les gaz délétères développés au sein du liquide. Néanmoins, quelque précieux que soit le charbon comme agent de désinfection, il n'arrête point les matières organiques dissoutes dans l'eau, et par conséquent il est incapable de préserver celle-ci de toute décomposition ultérieure. Voilà pourquoi l'eau de Seine, même la plus limpide, finit par s'altérer. Si on la conserve pendant quelques jours en un lieu chaud elle se trouble, un dépôt floconneux s'en sépare, et des filaments verdâtres tapissent les parois du vase où elle se trouve renfermée.

On a remarqué depuis longtemps que l'eau de Seine, comme celle de l'Ourcq, ont une action laxative très désagréable pour les étrangers pendant les premiers temps de leur séjour à Paris. Quelques médecins ne voient dans ces dérangements qu'un des effets produits par les fatigues d'une longue route, un résultat inévitable du changement de climat, de nourriture, d'exercice, d'habitudes. Il peut y avoir du vrai dans tout cela ; mais il nous serait bien facile, si une discussion s'engageait sur ce point, de prouver par des observations cliniques que les troubles intestinaux qui tourmentent les nouveaux venus à Paris sont particulièrement familiers aux individus qui, par économie ou par insuffisance de ressources pécuniaires, ne boivent que de l'eau.

Le travail de M. Poggiale ne se recommande pas seulement par l'importance des données hygiéniques que nous venons d'en déduire. Au point de vue spécial de la chimie, il a encore un autre mérite, celui de l'exactitude des analyses.

CHAMPOUILLON,
Professeur au Val-de-Grâce.

Eaux thermales de l'Algérie.

Le *Moniteur* du 26 janvier publie un aperçu des eaux thermales de l'Algérie ; nous croyons devoir en extraire la partie la plus intéressante :

L'Algérie, dont l'heureux climat se prête si bien à l'exploitation de toutes les cultures et dont le sol recèle d'immenses richesses minéralogiques, possède aussi des sources minéro-thermales qui, sous le rapport de l'abondance, de la diversité et des propriétés thérapeutiques, paraissent ne le céder à aucune de celles qui font aujourd'hui la prospérité de plusieurs contrées de l'Europe.

A l'endroit où sourdent la plupart de ces eaux, on remarque des ruines considérables, des bassins, des piscines encore debout qui attestent l'usage qu'en ont fait les Romains en même temps qu'elles témoignent de leur efficacité.

Les Arabes continuent de nos jours à visiter les sources thermales, et leur empressement à venir y chercher des moyens curatifs contre les maladies dont ils sont atteints, dénote qu'elles n'ont rien perdu de leurs propriétés salutaires. Quelques-unes d'entre elles, mieux placées ou plus renommées, reçoivent particulièrement, chaque année, un concours considérable d'indigènes auxquels commencent à se mêler aussi les malades européens [illegible] pour utiliser ces précieuses ressources médicales au profit de l'armée. Par ses soins, des établissements provisoires ont été installés près des sources les plus en réputation. Dans la province de Constantine notamment, les sources d'Hammam-Meskhoutinn sont affectées à cette destination depuis plus de huit ans.

Des expériences de toute nature y ont eu lieu, et les résultats obtenus ont confirmé toutes les espérances qu'on en avait conçues.

Ces créations, qui deviendront plus tard définitives, ne sont en quelque sorte que des jalons posés pour l'avenir ; car le moment n'est certainement pas éloigné où les eaux de l'Algérie, mieux connues en France, deviendront l'objet d'une exploitation sérieuse de la part de l'industrie privée.

Alors on verra se diriger sur notre belle colonie, appelées par le double attrait d'une nature luxuriante sous un magnifique climat, ces nombreuses caravanes de malades et de désœuvrés qui, chaque saison, vont peupler les bains étrangers, où ils ne rencontrent ni cette divergence de mœurs, ni ce contraste d'habitudes qu'aiment tant à étudier chez les indigènes ceux qui voyagent en Algérie.

Le ministre de la guerre, qui s'applique à prendre les mesures réellement utiles, n'a rien négligé pour préparer et hâter cet avenir. Par son ordre, un laboratoire central d'analyse a été institué à Alger. Soumises à l'observation de ce laboratoire, dont font partie les praticiens les plus éclairés de l'armée d'Afrique, les eaux thermales et minérales de nos possessions algériennes seront successivement examinées, analysées, puis classées d'après leur nature et leurs qualités respectives.

Là ne se sont pas bornées la sollicitude et la prévoyance du ministre de la guerre ; pour éloigner tous les doutes, pour donner une consécration certaine, irrécusable aux observations faites sur les lieux, il a jugé nécessaire d'invoquer le contrôle et l'appréciation souveraine de l'Académie impériale de médecine, qui a bien voulu prêter son concours à cette œuvre éminemment utile. Des échantillons des diverses sources algériennes lui seront adressés. Déjà un premier envoi lui est parvenu et va lui permettre de commencer ses travaux d'analyse, dont la continuation aura lieu ensuite sans interruption.

Bientôt donc on sera fixé en France sur le mérite des eaux de l'Algérie, et tout fait présager qu'elles n'auront qu'à gagner à être comparées aux sources les plus riches de l'Europe.

Après cet exposé sommaire, il paraît intéressant d'indiquer quelques-unes des sources thermales de l'Algérie dont l'existence mérite surtout d'être mentionnée.

Chacune des trois provinces algériennes possède un certain nombre de sources qui, presque toutes, sont très fréquentées et très appréciées par les indigènes.

Dans la province d'Alger, il ne s'en trouve que deux : celle d'Hammam-Melouan et celle d'Hammam-Righa ; l'une et l'autre sont fort recherchées.

La province d'Oran a une bonne part des richesses thermales et minérales de l'Algérie, et la plus renommée de ses sources est certainement celle des Bains de la Reine.

La *source thermale des Bains de la Reine* est située sur le bord de la mer, entre Mers-el-Kébir et Oran, à 2 kilomètres au plus de cette ville. Ses eaux ont au bouillon 47° 50 de température ; elles se montrent au jour à trois mètres au-dessus du niveau de la mer, et tombent, à la sortie de la roche, dans un bassin creusé dans une grotte où sont disposées onze baignoires et où elles se montrent très limpides et franchement salines.

Sur 1 kilogramme 856 grammes d'eau, on a trouvé :

Chlorure de sodium.	2 gr. 00	6 gr. 28
Carbonate de chaux.	2 gr. 00	
Sulfate de magnésie.	0 gr. 78	
. . . .	1 gr. 50	

Ces eaux sont bonnes contre un grand nombre d'affections internes et externes, telles que les débilités de l'estomac, les lenteurs digestives, les rhumatismes simples et goutteux, etc.

On construit sur le bord de la mer, près du bassin des Bains de la Reine, un établissement destiné à la population d'Oran et aux malades de l'intérieur de la province qui viennent y rétablir leur santé. Les officiers de l'armée fréquentent ces eaux de préférence à celles de la métropole, et l'hôpital militaire d'Oran y fait transporter ses malades. Cet établissement est appelé à prendre un grand développement et à recevoir, au besoin, des malades de France et des autres contrées européennes.

La province de Constantine est celle des trois provinces de l'Algérie qui possède le plus grand nombre de sources thermales et minérales. Ces sources, pour la plupart, sont très fréquentées par les indigènes ; mais la source la plus renommée de la province de Constantine est incontestablement celle d'Hammam-Meskhoutinn, dont les eaux ont des propriétés analogues à celles de nos établissements métropolitains les plus recherchés.

Hammam-Meskhoutinn est le nom d'une source thermale d'où l'eau s'échappe en abondance par une ouverture principale, à une température de 95° centigr. Les eaux qui jaillissent des autres ouvertures varient de 35 à 46°, mais elles sont indistinctement d'une limpidité et d'une cristallisation remarquables. D'après les analyses, elles sont d'une nature saline, avec odeur sulfureuse, et se rapprochent par leur composition chimique des eaux de Balarue, de Plombières et de Bagnères-de-Bigorre, qu'elles peuvent remplacer au besoin.

Au milieu des bains d'Hammam-Meskhoutinn existent des ruines qui témoignent que les Romains avaient là des établissements très importants. Il a été question de construire un hôpital militaire et un centre de population qui se trouveraient admirablement placés en cet endroit, au milieu d'excellents terrains et sous une température fort saine ; mais il n'y a été organisé jusqu'à présent qu'un service médical à titre d'essai. Hammam-Meskhoutinn est situé près de Medjez-Ammar, non loin de Guelma, et à mi-chemin de la route de Bone à Constantine. A une certaine distance, et vers le sud d'Hammam-Meskhoutinn, on retrouve plusieurs bassins romains, dont l'un a jusqu'à 55 mètres de longueur.

On vient de voir que l'Algérie ne le cède point en richesse à la métropole sous le rapport des sources thermales et minérales. On croit devoir répéter qu'un service médical a été organisé récemment, à titre d'essai, par ordre du ministre de la guerre, aux sources thermales d'Hammam-Melouan, d'Hammam-Righa et d'Ham- [illegible] occupe de cette question, en vue d'éclairer le département de la guerre sur les moyens de créer des établissements hygiéniques propres à améliorer la santé des populations civiles de l'Algérie et des soldats de l'armée d'occupation.

Il y a donc lieu d'espérer que, grâce aux mesures que dicte la persévérante sollicitude du gouvernement, cette terre d'Afrique, si mal à propos redoutée comme une contrée malsaine engendrant les fièvres et les maladies, sera le refuge des malades, qui iront y chercher, avec un beau ciel, de splendides paysages, des mœurs originales et pittoresques, et mieux que cela encore, la santé, qu'ils devront à ses eaux bienfaisantes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Extirpation des tumeurs par embrochement.

M. Jobert applique d'une manière générale à l'extirpation des tumeurs enkystées un procédé que nous allons décrire succinctement. Il faut, pour cela, supposer trois cas.

Premier cas. — Une tumeur enkystée solide fait relief sous la peau ; elle n'est pas profondément située, et ne repose pas sur des parties qu'il importe de ménager. Le chirurgien glisse le bistouri d'un bout à l'autre et suivant le grand axe de la tumeur, de manière à la fendre en amande de dedans en dehors ; d'où il suit que l'instrument, en la traversant, doit la dépasser en arrière. Si des organes essentiels se trouvaient derrière elle, on ne pourrait pas plonger l'instrument aussi profondément, et il faudrait se borner à la fendre en long dans une partie de son épaisseur : c'est le second cas. Lorsque la tumeur a été fendue en deux, on en énuclée ou on en dissèque les deux moitiés l'une après l'autre.

Deuxième cas. — Une tumeur enkystée solide fait relief sous la peau, mais elle s'étend profondément et repose sur un plan vasculo-nerveux important : exemple, un ganglion hypertrophié, volumineux, dans la région sous-maxillaire. — Le bistouri est plongé dans la tumeur d'un bout à l'autre, comme ci-dessus, mais seulement vers son centre et non plus à sa base, de manière à ménager la moitié postérieure environ de son épaisseur. Le reste est divisé de dedans en dehors, avec la peau. Ici on peut encore énucléer la tumeur, mais plus difficilement que dans le premier cas ; on la sépare donc des parties ambiantes à l'aide du bistouri, en ayant soin de couper sur elle et non sur les parties voisines.

Troisième cas. — Nous avons jusqu'ici supposé une tumeur enkystée solide. Supposons maintenant un kyste liquide. — Le bistouri, enfilant le kyste, le divise suivant sa longueur, comme nous l'avons vu dans les deux premiers cas, et de sa base à sa superficie, c'est-à-dire en amande, ou seulement dans sa demi-circonférence externe, suivant que la poche est superficielle ou profonde, et qu'elle repose sur des parties indifférentes ou sur des organes importants. La poche ainsi fendue de dedans en dehors, le liquide s'écoule ; mais il est ordinairement facile d'enlever le kyste avec une pince, soit en deux parties, soit d'une seule pièce.

Les deux premiers cas se sont présentés dernièrement dans le service de M. Jobert.

1° Un jeune homme portait, à la partie externe de la région sourcilière droite, un athérome du volume d'une petite noix. L'opérateur, n'ayant pas à craindre de léser un nerf ou un vaisseau important (le nerf frontal externe étant en dedans de la tumeur), traversa l'athérome dans sa longueur en glissant un bistouri droit derrière lui, le tranchant en avant, et divisa d'un seul coup, de dedans en dehors, tout ce qui se trouvait en avant de l'instrument, c'est-à-dire la tumeur athéromateuse et la peau ; la tumeur se trouva ainsi fendue en deux ; après quoi ses deux moitiés furent facilement énucléées, la poche étant très peu adhérente au tissu cellulaire ambiant. L'opération ainsi pratiquée est d'une extrême célérité. La plaie a été réunie au moyen de deux épingles et de la suture entortillée. M. Jobert ne noue jamais les bouts du fil. La réunion par première intention est la règle dans son service, même après les amputations.

2° Deux tumeurs ganglionaires, l'une du volume d'une petite noix, l'autre aussi grosse qu'un petit œuf, s'étaient développées, la première sur le bord de la mâchoire inférieure du côté droit, à l'endroit où passe l'artère faciale ; l'autre dans la région sous-maxillaire, chez un jeune garçon de plus de dix-huit ans, paraissant en avoir quinze, et affecté, en outre, d'une conjonctivite strumeuse de l'œil gauche. M. Jobert a pratiqué l'extirpation des deux tumeurs au moyen de deux incisions séparées, et d'après les principes que nous avons formulés pour le second cas. La première tumeur reposant sur l'artère faciale, et la seconde s'étendant profondément dans la région carotidienne, on ne pouvait penser à les fendre par leur base. L'instrument les a donc traversées suivant leur grand diamètre (la peau étant préalablement tendue), en plongeant vers leur centre en hauteur ; et conséquemment les ganglions se sont trouvés immédiatement divisés dans une grande partie de leur épaisseur. En agissant ainsi, au lieu d'attaquer les tumeurs couche par couche, de dehors en dedans, on gagne du temps et on évite des douleurs au patient. L'incision faite, les tumeurs ont été rapidement séparées du tissu environnant, et il n'a pas été nécessaire de lier une seule artère. Les plaies ont été réunies comme il est dit plus haut. Les deux ganglions étaient purement hypertrophiés, et ne contenaient pas de matière tuberculeuse. Ces sortes de ganglions disparaissent assez facilement sous l'influence de l'huile iodée, administrée suivant la méthode de M. Marchal (de Calvi), qui a l'avantage, en outre, de modifier la constitution. Mais, dans les hôpitaux civils, où les malades se pressent, bien plus nombreux malheureusement que les lits qui leur sont réservés, on incline naturellement vers les moyens expéditifs.

3° Un exemple remarquable du troisième cas s'est présenté il y a quelque temps, dans le même service. Une femme portait sur le moignon de l'épaule une volumineuse tumeur hydatique dont M. Jobert avait déterminé la nature. Cette tumeur s'étendant trop profondément pour qu'il fût possible de l'attaquer par sa base, le bistouri l'enfila par son centre et la traversa dans sa longueur. Au même instant les hydatides s'échappèrent, et presque immédiatement aussi l'hydatide mère, saisie avec les pinces, fut enlevée en totalité, de sorte que [illegible] il est facile de comprendre combien l'opération pratiquée de cette manière offre d'avantages pour la célérité, et l'emporte sur l'extirpation par dissection.

Il est, toutefois, des cas difficiles dans lesquels on ne saurait, sans une blâmable imprudence, attaquer ainsi une tumeur. On va en voir un exemple.

Hydrocèle ou kyste séreux du cou.

Une jeune fille portait au côté gauche du cou, en avant, une tumeur du volume du poing, bridée par le muscle sterno-mastoïdien, et qui s'était sans doute développée insensiblement, à l'insu de la malade, au rapport de laquelle l'affection n'aurait daté que de trois semaines environ. A l'entrée de la jeune fille à l'hôpital, la tumeur était enflammée, et on aurait dit un phlegmon. La circulation de retour, la respiration, la déglutition et les mouvements du cou étaient gênés. Il fallait ouvrir cette tumeur. M. Jobert n'a eu garde d'y plonger le bistouri, comme dans les cas précédents. Il a incisé couche par couche la peau, le tissu cellulaire et les fascias en dedans du bord interne du muscle sterno-mastoïdien ; il est parvenu ainsi jusqu'au kyste, qu'il a ouvert et d'où s'est échappé une quantité notable d'un liquide séreux. Une mèche a été introduite dans le kyste ; la suppuration s'est établie, et vers le dixième jour M. Jobert a pu enlever à l'aide d'une pince la poche tout entière, qui, détachée des parties voisines, s'était présentée à l'ouverture. La cicatrisation est presque complète, et sous peu de jours la malade quittera l'hôpital. Nous renvoyons le lecteur, pour l'étude complète de l'hydrocèle du cou, à l'article de M. le professeur Laugier, dans le *Dictionnaire de médecine.*

Goitre. — Électro-puncture.

M. Jobert traite une de ses malades, affectée d'un goître volumineux, par l'électro-puncture. Le procédé opératoire est fort simple. Les conducteurs sont munis chacun d'une longue aiguille que l'on implante dans la tumeur, puis l'on met la machine en mouvement. L'opération est répétée tous les jours ; elle n'est pas très douloureuse. La tumeur a un peu diminué, en même temps qu'elle a perdu de sa dureté. M. Jobert compte déjà plusieurs succès par cette méthode. Chez une malade de la ville qui, voulant absolument être débarrassée de sa tumeur, sollicitait l'intervention la plus active de l'art et n'aurait reculé devant aucune tentative, l'électro-puncture n'a point réussi ; alors M. Jobert a fait d'un côté une injection iodée, qui, après avoir produit quelque inflammation, a déterminé la résolution de la partie correspondante de la tumeur. La même chose a été faite du côté opposé, et le même effet en est résulté, si bien, que le goître a disparu en totalité.

Paralysies coexistantes du nerf de la 7e paire d'un côté, et du nerf de la 3e paire du côté opposé.

Nous ne voulons qu'indiquer ce cas extrêmement curieux, unique dans les archives de la science, au moins à notre connaissance, afin que ceux de nos lecteurs de Paris qui s'intéressent particulièrement aux maladies du système nerveux, soient à même de l'étudier. Pour l'exposer complétement, il faudrait de trop longs développements. Une telle observation comporte une multitude de détails. La paralysie faciale existe d'un côté, et la paralysie de la 3e paire de l'autre ; en sorte que l'un des yeux ne peut se fermer, tandis que l'autre ne peut s'ouvrir. La troisième paire n'est point paralysée en totalité ; car l'œil n'est pas porté en dehors, ce qui exclut la paralysie du rameau du nerf oculo-moteur commun qui anime le muscle droit interne. La pupille est dilatée et immobile ; la paralysie s'étend donc aux filets moteurs iriens.

Cancroïde de la lèvre inférieure. — Extirpation.

La tumeur occupait le côté gauche de la lèvre inférieure et offrait le volume d'une noisette, chez un homme d'une soixantaine d'années. M. Jobert l'a enlevée au moyen de deux coups de ciseaux circonscrivant un V à base supérieure, pendant qu'un aide comprimait les artères à droite et à gauche en serrant entre ses doigts les parties molles des deux côtés de la bouche. La plaie a été réunie au moyen de la suture entortillée. Les épingles ont été passées obliquement, de manière à embrasser une assez grande épaisseur de chairs sans comprendre la membrane muqueuse. La réunion a eu lieu par première intention, et l'opéré est sorti le huitième jour. On ne s'aperçoit pas qu'il ait subi une perte de substance, pourtant considérable, de la lèvre.

Polype de la fosse nasale gauche. — Extirpation.

Le sujet est aussi un homme d'une soixantaine d'années. Le nez était très élargi des deux côtés, bien que la tumeur n'occupât que le gauche. Au moindre attouchement, elle saignait abondamment, ce qui déjà pouvait donner une idée de sa nature. Pour la mettre à découvert, M. Jobert a fendu le nez de haut en bas, à gauche, puis avec des pinces il arraché la production morbide, qui adhérait à la paroi externe de la fosse nasale et offrait tous les caractères physiques de l'encéphaloïde. Deux cautères chauffés au rouge ont servi à détruire ce qui pouvait rester de la tumeur et à arrêter l'hémorrhagie. Un morceau d'éponge imbibé d'eau froide a été introduit dans la fosse nasale, et la plaie a été réunie par première intention au moyen de la suture entortillée.

Orchite. — Injection iodée.

Que la tunique vaginale contienne ou ne contienne pas de sérosité, M. Jobert traite l'orchite aiguë par l'injection iodée. L'introduction du trocart dans la cavité séreuse est toujours possible, même s'il n'y a pas d'épanchement. (Quand on dit orchite, il faut entendre généralement épididymite. Dans la prétendue orchite, c'est presque toujours l'épididyme qui est enflammé ; rien n'est plus facile que de s'en assurer.) Un jeune homme traité de cette manière, et guéri dans l'espace de onze jours, vient de quitter l'hôpital. M. Jobert se loue beaucoup de cette méthode, mais il faut avouer qu'elle est douloureuse. Le jeune homme dont nous *venons* [illegible] considérablement pendant trois heures, dans les bourses, le long du cordon et jusque dans les lombes. Chez des sujets très nerveux, il faudrait y regarder. Il n'entre, bien entendu, aucune pensée de blâme dans nos réserves ; lorsqu'un praticien tel que M. Jobert adopte une méthode, c'est qu'elle offre des avantages bien supérieurs à ses inconvénients.

Oreillons. — Orchite.

C'est par suite d'une relation fort étrange, et quant à présent inexplicable, que l'oreillon est souvent suivi d'orchite. Un garçon âgé de quinze ans, qui vient de sortir des salles de M. Jobert, a offert un exemple de cette curieuse métastase. Nous ne l'avons vu qu'au moment de sa sortie, et nous ne saurions dire si c'était le testicule ou l'épididyme qui était affecté chez lui. Il offre une disposition qui n'est pas très rare, et sur laquelle il convient de nous arrêter un moment : l'épididyme, au lieu d'être en arrière, est en avant. Dans les cas de ce genre, s'il survient une épididymite, on a une bonne raison de se tromper et de croire que c'est le testicule même qui est affecté. Hippocrate a connu la métastase dont il s'agit ; il dit, dans son premier livre des *Epidémies* : « Toutes les circonstances atmosphériques ayant été australes, et avec sécheresse, un intervalle où la constitution fut contraire et boréale au début du printemps fit naître quelques *causus*.... Il se forma des oreillons, chez plusieurs, d'un seul côté, chez le plus grand nombre, des deux côtés... Chez quelques-uns bientôt, chez quelques autres plus tard, il se formait une inflammation douloureuse du testicule, tantôt d'un seul côté, tantôt des deux. » A cette occasion, M. Littré rappelle, dans son *Argument*, une épidémie du même genre qui fut observée pendant l'automne de 1779, à Pégomas, par Rossignoly, médecin de l'hôpital de Grasse, et dans laquelle, par un singulier privilége, les hommes mariés furent absolument épargnés.

Adénite sus-épitrochléenne.

Une grande erreur est de croire, comme nous l'avons entendu professer, que les engorgements ganglionaires supposent toujours un point d'irritation ayant retenti de près ou de loin sur les glandes lymphatiques affectées. Toutefois, il en est souvent ainsi. Nous avons vu une volumineuse adénite sous-inguinale produite et entretenue par un eczéma chronique de la face dorsale du pied. L'adénite sous-inguinale est assez commune chez les militaires à la suite des longues marches, et reconnaît pour cause ordinaire une écorchure du pied. Un homme s'est présenté à la consultation de M. Jobert avec une tumeur du volume d'une grosse noix et très douloureuse, ayant son siége au-dessus de l'épitrochlée. C'était une adénite. Il y a là un ganglion lymphatique, et il peut même s'y produire une adénite virulente à la suite d'un chancre ayant son siége à l'un des doigts. Le malade de M. Jobert portait au côté interne du poignet la cicatrice d'une écorchure ; c'est de ce point que l'irritation s'est propagée jusqu'au ganglion sus-épitrochléen et au delà ; car les ganglions axillaires étaient pareillement engorgés.

Position à donner à la femme pour appliquer le spéculum.

La femme est couchée sur le dos, le bassin amené très en avant au bord de la table; les cuisses sont fortement écartées et fléchies sur le bassin, et les jambes fléchies sur les cuisses. Des aides fixent les membres inférieurs; en cas de nécessité, la malade peut les maintenir elle-même. Nous préférons de beaucoup cette position, adoptée par M. Jobert, à celle qui consiste à laisser les jambes en bas, les pieds posant sur des chaises, entre lesquelles se place le chirurgien, ou les genoux écartés par des aides. Dans la première, il est beaucoup plus facile d'amener le col de l'utérus dans le spéculum. On s'en aperçoit surtout dans les fortes antéversions, lorsque le col est porté non-seulement en arrière, mais en haut.

Nous sommes loin d'avoir épuisé le service de M. Jobert. Nous y reviendrons, et ce sera surtout pour faire connaître plusieurs opérations de fistules vésico-vaginales dont le résultat s'annonce comme devant être complet. Ces opérations ont été faites, bien entendu, suivant la méthode par glissement, dont cette application appartient à l'habile chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

Encore un mot. Dans toutes les opérations que nous lui avons vu pratiquer, M. Jobert s'est abstenu d'employer le chloroforme; il en use le plus rarement possible.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. MALGAIGNE.

Luxation intra-coracoïdienne réduite le deuxième jour. Mort quatre jours après. Réparation de la déchirure capsulaire.

(Observation recueillie par M. LEFORT, interne.)

Le lundi 3 janvier 1853 fut amené à la consultation de M. Malgaigne un homme qui avait fait la veille une chute violente, et qui portait une luxation de l'humérus. Cet homme était fortement musclé, d'une constitution robuste; il paraissait d'ailleurs en état d'ivresse, et nous ne pûmes tirer de lui, ni des personnes qui l'accompagnaient, aucun renseignement sur les circonstances de sa chute. On remarquait seulement que les paupières des deux côtés étaient le siége d'un gonflement considérable; la paupière supérieure gauche, particulièrement, ne permettait pas de découvrir l'œil.

L'épaule gauche se présentait dans l'état suivant :

Le bras était porté dans une légère abduction avec un peu de rotation en dehors; l'avant-bras légèrement fléchi et dans la pronation. Le coude, porté en dehors, se dirigeait un peu en avant et non en arrière. Le deltoïde était très aplati, l'acromion fortement saillant. A l'insertion inférieure du deltoïde se voyait une dépression angulaire très marquée, de sorte que l'axe du bras semblait se diriger, non vers la cavité glénoïde, mais beaucoup plus en dedans. En portant les doigts dans l'aisselle, on ne sentait point la tête humérale, mais le corps même de l'humérus, qui semblait se diriger en haut et en dedans; et même, en levant le bras à angle droit, la tête n'apparaissait point encore. Le creux sous-claviculaire était presque effacé, et, en palpant la région, on sentait parfaitement la tête humérale au-dessous et un peu en dedans de l'apophyse coracoïde.

C'était donc une luxation intra-coracoïdienne. Sans aucun délai, M. Malgaigne fit respirer du chloroforme au malade, et, l'anesthésie obtenue, pratiqua la réduction, qui n'offrit aucune difficulté.

On appliqua ensuite un appareil à boucles, employé pour immobiliser le bras. Le malade, revenu à la connaissance, fut transporté à l'hôpital et placé dans la salle St-Augustin, au n° 64.

Le soir la peau était chaude, le pouls fréquent, plein et dur. Le malade alourdi ne répondait qu'avec peine.

Le 4 au matin la face était rouge, tuméfiée et œdémateuse, surtout autour de l'orbite gauche. En pressant sur la paupière tuméfiée, on en fit sortir, par une crevasse déjà formée, une assez grande quantité de pus. L'état de la face fut attribué à cet abcès de la paupière.

Mais le soir, le malade eut de l'agitation et du délire; il portait constamment à la tête la main qui lui restait libre, et même était parvenu à débarrasser l'autre de son bandage. Dans la soirée, on dut même lui appliquer la camisole.

Le 5 au matin son état était le même; cependant on n'apercevait ni plaie au cuir chevelu, ni souillure des cheveux attestant un choc sur le crâne. Néanmoins, M. Malgaigne présuma qu'il avait souffert dans sa chute quelque commotion cérébrale, cause de l'inflammation cérébrale actuelle, et prescrivit d'appliquer cinq sangsues à la région mastoïdienne gauche, en les renouvelant toutes les trois heures, afin d'entretenir un écoulement de sang continu.

Le 6, l'état du malade a fort empiré; il est dans un coma complet. On prescrivit huit sangsues toutes les trois heures.

Le 7, il était évidemment désespéré, et il succomba, en effet, à trois heures de l'après-midi.

Autopsie, vingt-quatre heures après la mort. — Le cadavre étant réclamé par la famille, je ne pus que difficilement examiner le cerveau et le crâne. Je trouvai les méninges injectées, mais sans traces de pus. Le cerveau présentait également un piqueté rouge extrêmement marqué, mais rien dans les ventricules et point de pus nulle part. Point de fracture du crâne.

Le corps ne présentait aucune trace d'ecchymose ou de chute. Rien dans le tissu cellulaire sous-cutané. Restait donc à porter toute notre attention sur les traces de la luxation; j'avais pu enlever l'omoplate et une partie de l'humérus par une incision faite en arrière.

Nous trouvâmes de petites ecchymoses entre le rond dorsal et le grand rond, le long du bord spinal de l'omoplate, à l'insertion du sous-scapulaire, à la partie supérieure de l'insertion du grand pectoral et du deltoïde; à la partie supérieure externe des fosses sus et sous-épineuses, vers la cavité glénoïde; entre les différents faisceaux du muscle sous-scapulaire. Enfin, après l'enlèvement du deltoïde, dans le tissu cellulaire qui environne la face externe de l'humérus; et, après la section en travers du sous-scapulaire à sa partie moyenne, entre la face d'insertion de ce muscle et l'omoplate. Les fibres du sous-scapulaire, à l'endroit où elles s'insèrent sur le tendon terminal, offraient une ecchymose plus marquée, et semblaient avoir subi une sorte de dissociation. Les vaisseaux et les nerfs étaient intacts dans leur position et leurs rapports normaux.

Nous détachâmes le muscle deltoïde pour arriver sur la capsule articulaire. Elle paraissait bien intacte; et, chose remarquable, M. Malgaigne ayant essayé alors de reproduire la luxation, à la vérité avec quelque ménagement, ne put pas d'abord y parvenir. Il pensa alors que déjà la déchirure capsulaire pouvait être fermée par des adhérences; et, en effet, après avoir coupé le sous-scapulaire en travers, et séparé de l'omoplate la portion humérale, nous reconnûmes que les fibres musculaires adhéraient au col de l'omoplate et à la capsule par des adhérences nouvelles, ayant déjà quelque solidité, et paraissant formées de sang coagulé et stratifié en lames très minces. Respectant alors ce côté de la capsule, nous l'incisâmes à sa partie supérieure de haut en bas, en dedans du tendon du biceps, et, pouvant ainsi apercevoir sa face interne du côté de la luxation, nous découvrîmes une solution de continuité comprenant presque toute sa hauteur et dirigée de haut en bas, le long du bord glénoïdien antérieur.

Cette solution de continuité avait ses bords irréguliers et écartés; mais elle paraissait entièrement oblitérée par la face profonde du muscle sous-scapulaire, qui, étalé en cet endroit, avait contracté avec les bords de la déchirure des adhérences que nous avions déjà reconnues à la face externe.

La partie postérieure de la capsule était intacte; il n'y avait pas d'épanchement sanguin dans la cavité, ni nulle autre part.

Tout ceci bien constaté, M. Malgaigne essaya alors de reproduire la luxation, et nous vîmes la tête de l'humérus se placer sous l'apophyse coracoïde, mais un peu plus en dedans qu'en dehors de cette apophyse, et de telle sorte que la coulisse bicépitale se trouvait à environ 1 centimètre en dedans du bec coracoïdien. Les tubérosités humérales étaient absolument intactes. (*Rev. méd.-chir.*)

HOSPICE DES ORPHELINS DE STRASBOURG.

M. TOURDES.

Observation de polype du larynx.

L'histoire des polypes du larynx est presque tout entière dans le mémoire de notre savant collègue M. le professeur Ehrmann; on y trouve la plupart des faits épars dans les publications scientifiques et le premier exemple d'une terminaison heureuse.

Sur les 31 cas dont M. Ehrmann nous rapporte l'histoire, une fois seulement, et l'honneur lui en revient, la trachéotomie, faite à temps, a pu sauver le malade. Les 30 autres cas ont été tous mortels. C'est un nouvel exemple de terminaison fatale que je viens ajouter à cette triste statistique. Peut-être cette observation ne sera-t-elle pas sans quelque utilité comme un argument nouveau en faveur d'une opération que trop d'insuccès ont frappé de discrédit parmi nous et qui n'en est pas moins une dernière et précieuse ressource.

Aloïse Saint-Julien, âgé de sept ans, appartenant à une famille pauvre de Rhinau, est admis à l'hospice des Orphelins de Strasbourg, à la suite des inondations du mois de septembre 1852. Cet enfant est d'un tempérament lymphatique, d'une constitution faible; il est atteint de goître et présente quelques-uns des traits du crétinisme. Des renseignements qui ne sont parvenus qu'après son décès ont fait connaître qu'il était sujet depuis quelque temps à des attaques de suffocation qui mettaient sa vie en péril; et quand ses parents apprirent qu'il avait cessé d'exister, ils n'en témoignèrent aucun étonnement; ils s'attendaient, disaient-ils, à ce qu'il mourrait étouffé.

A l'hospice des Orphelins, cet enfant ne tarda pas à tomber malade; il fut pris d'accès de toux très violents avec menace de suffocation; le 16 novembre, on le transporta à la clinique des maladies des enfants, où je le vis pour la première fois.

A son entrée à l'hôpital, le malade montrait une vive anxiété; par moments l'asphyxie semblait imminente. Pendant les accès de suffocation, la respiration était bruyante, sifflante, convulsive, accompagnée d'une toux rauque; l'expiration paraissait beaucoup plus pénible que l'inspiration. L'accès se terminait sans expectoration.

Dans l'intervalle des attaques, la dyspnée restait toujours très prononcée; la voix était rauque, altérée, jamais éteinte; la toux assez fréquente, sifflante et enrouée, sans expectoration. L'auscultation faisait reconnaître une diminution notable du bruit respiratoire dans les deux poumons, sans aucun râle. La respiration était sifflante dans la trachée et dans le larynx. L'arrière-bouche, la partie supérieure du pharynx ne présentaient aucune trace de fausse membrane; on n'y voyait qu'un peu de rougeur. En comprimant extérieurement le larynx, on ne déterminait aucune douleur; on n'y découvrait point de gonflement; les ganglions lymphatiques du cou n'étaient point engorgés. La peau était chaude et la circulation très-accélérée.

Quelle était la cause de cette asphyxie imminente? Le diagnostic était d'autant plus difficile à poser qu'on ne possédait alors aucun renseignement sur les antécédents du malade.

La première idée qui se présenta fut celle d'un corps étranger dans le larynx. Une exploration attentive ne fit rien découvrir; les explications du malade repoussaient d'ailleurs cette hypothèse.

Était-ce un croup? La plupart des symptômes militaient contre cette supposition. On ne trouvait aucune trace d'abcès dans le larynx ou autour de cet organe. Rien n'indiquait un œdème de la glotte. Une laryngite aiguë idiopathique pouvait produire quelques-uns de ces accidents, mais n'expliquait pas la totalité des symptômes.

Par exclusion on arrivait à l'hypothèse d'un polype du larynx, mais l'absence de tout renseignement sur les antécédents du malade privait d'un des éléments de diagnostic les plus précieux.

Dans cette incertitude, je pris l'avis de mon collègue et ami M. Stœber; il pensa aussi qu'un obstacle au passage de l'air se trouvait dans le larynx, qu'il était difficile d'en préciser la nature; mais que la trachéotomie était indiquée comme le moyen de salut le plus rationnel.

Nous en référâmes à nos habiles opérateurs MM. Rigaud et Wieger. En présence des obscurités du diagnostic, ils hésitèrent et ils finirent par se prononcer contre l'opération. Ils nous rappelèrent qu'à l'hôpital de Strasbourg toutes les trachéotomies faites dans des conditions analogues avaient eu une issue fatale; nous n'insistâmes pas pour vaincre leurs scrupules; ils étaient basés sur des motifs trop sérieux, et nous n'avions pas pour les combattre les éléments d'une complète conviction.

La trachéotomie écartée, l'indication était de chercher à détruire l'obstacle qui semblait placé à l'entrée du larynx; deux moyens furent employés, les vomitifs à doses fractionnées et la cautérisation aussi directe, aussi profonde que possible. On prescrivit à diverses reprises du tartre stibié; on fit des insufflations d'alun calciné, on toucha l'arrière-gorge avec la solution du sulfate de cuivre. On eut recours aussi aux frictions mercurielles.

Tous ces moyens restèrent inutiles; la suffocation diminuait par moments pour reparaître avec une intensité nouvelle; la toux était toujours sèche; la voix sifflante et rauque, sans s'altérer plus qu'au début.

Bientôt une fièvre ardente s'allume; le malade éprouve de vives douleurs dans la poitrine; l'oppression devient continue; on perçoit à peine le bruit respiratoire. Une pleurésie double, d'une grande acuité, s'ajoute à l'affection première; les forces diminuent rapidement, et le 24 novembre, huit jours après son entrée, le malade succombe, au milieu d'une attaque de suffocation, aggravée par la complication pulmonaire, mais évidemment due, comme toutes les précédentes, à la lésion du larynx.

L'autopsie fit reconnaître sous la glotte la présence d'une de ces végétations qui sont connues sous le nom de *polype du larynx*.

Une tumeur rougeâtre, assez molle, bosselée, ayant le volume et la forme d'une fraise aplatie, occupait le ventricule gauche du larynx, et s'étendait sur les cartilages aryténoïdiens, jusqu'au ventricule droit, qui était intact. La partie postérieure et latérale gauche de la glotte était fermée par ce polype, qui occupait environ les trois quarts de son ouverture. Cette tumeur adhérait au larynx par une très large base; à cette exception près, elle avait beaucoup d'analogie avec les végétations représentées par M. Ehrmann.

Les glandes thyroïdes étaient très développées et se rejoignaient en avant sur la trachée-artère.

Une couche épaisse de fausses membranes, molles et albumineuses, tapissait les deux plèvres; le tissu pulmonaire n'offrait que de l'engouement; les bronches contenaient une grande quantité d'écume; la muqueuse aérienne était saine.

Cette observation peut donner lieu à diverses remarques.

Si les antécédents du malade avaient été connus, le diagnostic eût acquis, il est permis de le croire, une évidence suffisante pour que l'opération de la trachéotomie ne trouvât plus de contradicteurs. Mais, en l'absence de tout renseignement, les symptômes laissaient des doutes. Si l'on consulte, en effet, les différentes observations de polype du larynx qui ont été publiées, on voit que la marche de la maladie et le développement graduel des accidents ont toujours fourni des signes décisifs. Les auteurs n'indiquent aucun caractère pathognomonique; aux symptômes qui annoncent que l'obstacle à l'entrée de l'air siége dans le larynx, ils ajoutent, comme preuves plus directes, le bruit de soupape, l'expiration plus difficile que l'inspiration, l'expuition de débris du polype, le toucher même, si le corps étranger dépasse l'épiglotte. Mais tous ces caractères peuvent manquer, et le plus souvent c'est la durée et la marche de la maladie qui dissipent les incertitudes et fixent le diagnostic. Dans le cas actuel, cet élément de conviction manquait complétement.

La trachéotomie eût été rendue laborieuse par la présence du goître; mais, faite à temps, elle eût sans aucun doute prolongé les jours du malade. La pleurésie double qui a hâté la mort ne s'est développée que tardivement. Aucune contre-indication organique n'existait. L'obstacle à la respiration occupait le larynx; la trachée ouverte, l'air arrivait librement aux poumons.

L'opération faite, on n'avait accompli que la première partie de la tâche; la seconde présentait des difficultés sérieuses.

Pour obtenir une guérison radicale, il fallait détruire le polype, l'enlever par l'excision ou le cautériser. Sans doute, on avait ici l'exemple du cas heureux de M. Ehrmann; après avoir empêché l'asphyxie par l'ouverture de la trachée, notre savant collègue fendit le larynx et excisa le polype: un intervalle de deux jours sépara les deux opérations. Chez notre malade, la tumeur adhérait au larynx par une très large base; cette circonstance aurait encore aggravé les difficultés de la guérison.

Bien des répugnances s'élèvent contre la trachéotomie; dans le croup notamment, ces répugnances sont justifiées par des insuccès habituels et par les résultats de l'autopsie, qui montre que le plus souvent l'extension du mal rendait toute opération inutile. A Strasbourg, depuis longues années, la trachéotomie a toujours échoué.

Dans deux cas cependant, où ces considérations générales ont empêché l'opération, j'ai vu l'autopsie démontrer que la trachéotomie aurait pu sauver le malade. Le premier cas est celui d'un enfant qui succomba à un croup purement laryngien, sans affection de la trachée et des bronches. Ce malheureux entra à l'hôpital quelques jours après un autre enfant, qui mourut du croup malgré l'opération. Cet insuccès disposait peu à renouveler l'épreuve; on n'opéra pas, et peut-être eût-on réussi. Le second cas est celui du polype du larynx dont je viens de transcrire l'histoire.

C'est comme un argument de plus en faveur de la trachéotomie que j'ajoute cette observation à la triste statistique des polypes du larynx. Sur 31 cas recueillis dans le mémoire de M. Ehrmann, 30 ont été mortels; sans doute cette proportion eût été différente si l'on avait eu plus souvent recours à la trachéotomie.

(*Gaz. méd. de Strasbourg.*)

OBSERVATION DE MORVE CHEZ L'HOMME. MORT;

Par M. BITON, médecin à Theil près Sens (Yonne).

Le 23 décembre 1852, je fus appelé près de Louis Foin, cultivateur à Theil, pour lui donner les soins que réclamait sa position; j'observai l'état suivant :

Louis Foin est un jeune homme de vingt-cinq à trente ans, assez bien constitué, non marié. Il se plaint depuis la veille au soir d'une vive douleur dans l'épaule gauche; 25 à 30 respirations par minute; le pouls donne 100 pulsations dans le même laps de temps;

toux sèche et fatigante; point de frisson initial. — Saignée de 750 grammes environ, boissons sudorifiques, cataplasmes huileux sur le point malade.

Le 24, même état, même prescription; le sang des saignées ne présente aucune trace de couenne.

Le 25, la douleur a changé de place, elle occupe la partie antérieure de la poitrine dans la région du sein gauche; elle est un peu moins vive que les jours précédents; la respiration est restée la même; toux sèche et fréquente; la moitié du poumon gauche dans sa partie supérieure et postérieure donne à l'auscultation un râle crépitant fin. — 5 centigrammes de tartre stibié dans 100 grammes d'eau, à prendre trois fois de deux heures en deux heures; un vésicatoire sur le point douloureux, pour la nuit; boisson gommeuse.

Le 26, le pouls est à 66, souple; la toux a presque entièrement cessé, ainsi que la douleur; la respiration est profonde, à 20. Le malade se trouve beaucoup mieux, seulement il se sent faible et se plaint de ne pouvoir dormir. Il en rapporte la cause à une sensation pénible qu'il éprouve dans la région pituitaire. Son cerveau est vide; c'est l'expression dont il se sert. — Boissons gommeuses; bouillon de veau.

Le 27, toux rare, douleur nulle, respiration normale, pouls à 64, appétit, désir de *voir* du vin; point de sommeil; embarras dans les fosses nasales. — Soupes; eau rougie.

Les 28 et 29, même état.

Le 30, embarras plus grand dans les fosses nasales; reniflement continuel; langue glutineuse; appétit nul; point de sommeil. L'avant-bras droit, dans sa partie externe et inférieure, est le siége d'une tumeur violacée, ovoïde, d'une longueur de 12 à 15 centimètres, sur 8 à 10 de large.

A la partie moyenne et externe de l'avant-bras gauche, il existe une petite tumeur de la largeur d'une pièce de 2 francs, n'allant pas au delà du derme, et de la même couleur que la précédente.

L'articulation carpo-pharyngienne de l'auriculaire gauche est tuméfiée dans toute son étendue.

La jambe droite présente, à partir du mollet et sur le trajet du tendon d'Achille, une tumeur fusiforme, dont le grand diamètre est de 15 à 18 centimètres, sur 8 à 10 de large.

Le mollet gauche est aussi le siége de tumeurs semblables à la précédente; les quatre dernières tumeurs ne présentent aucun changement de couleur à la peau, mais elles sont dures et très douloureuses au toucher. Point de sommeil, faiblesse, inquiétude. — Graisser les tumeurs avec de l'axonge fraîche; eau de Sedlitz; bouillon de veau.

Le 31, même état, même prescription.

Le 1er janvier, pouls petit, à 80; faiblesse, inquiétude, reniflement à chaque instant, pour n'avoir qu'un peu de mucus tenace et qui donne des nausées au malade; toux fréquente et muqueuse; la tumeur de l'avant-bras droit est le siége d'une collection purulente; ouverte, elle fournit environ deux cuillerées d'un pus grisroux, mêlé de grumeaux sangieux; la tumeur du petit doigt donne la sensation d'un liquide dans l'articulation, les autres tumeurs n'offrent aucun changement; l'eau de Sedlitz a produit comme les jours précédents deux ou trois selles liquides; rien du côté des urines.

Le 2, la tumeur de l'avant-bras continue de fournir un pus de mauvaise apparence, les autres tumeurs sont un peu moins sensibles; le mucus des fosses nasales est plus abondant qu'à l'ordinaire, le malade peut en avoir à sa volonté, mais chaque fois que le reniflement est plus fort, il éprouve des envies de vomir, et vomit même plusieurs fois dans la journée une bile porracée. Pouls à 90, 95; faiblesse générale.

Le 3, le mucus des fosses nasales *inonde le cœur* du malade, selon son expression; il a continuellement des envies de vomir et vomit à chaque instant; il éprouve une sensation penible lorsque l'air arrive dans la partie postérieure du nez, ce qui le porte à boucher ses narines avec du papier.

La tumeur de l'avant-bras a doublé de volume; du pus a fusé jusqu'au coude, qui présente dans un point une fluctuation manifeste. Par le pansement avec un bandage roulé, je fais sortir une grande quantité de pus fluide et roux. La langue se crevasse. Pouls petit, à 100-105. — Cataplasmes; limonade; bouillon de veau.

Les 4 et 5, même état.

Le 6, à la levée du bandage de l'avant-bras, la tumeur se trouve réduite à un noyau de la largeur d'une pièce de 5 francs; elle fournit toujours un pus roux. Le mucus des fosses nasales, très abondant, force le malade de renifler à tout moment pour rejeter par la bouche une matière d'un gris sale, striée de sang parfois. Il existe toujours une grande sensibilité dans les fosses nasales. Le voile du palais et la gorge, enflammés, présentent deux ou trois aphthes d'un gris cendré. Toux fréquente, râle muqueux dans toute l'étendue du poumon gauche. Pouls faible, à 100-105. — Bouillon de veau; limonade.

Le 7, même état.

Le 8, une nouvelle tumeur fusiforme, de la longueur de 8 à 10 centimètres sur 2 de large à son centre, sans changement de couleur à la peau, dure et sensible, apparaît à la partie antérieure et supérieure de l'avant-bras gauche, à 2 centimètres en dedans de l'artère brachiale.

Le 9, même état.

Le 10, le genou gauche est le siége d'une tumeur simulant une arthrite rhumastimale, et sur laquelle un médecin appelé ordonna d'appliquer huit sangsues et de faire des frictions mercurielles. La gorge et le voile du palais sont couverts d'aphthes; la toux augmente et devient quinteuse, ce qui force le malade à se mettre sur son séant. Dans cette position, il rend à pleines narines un mucus épais mêlé de sang; léger délire; carpologie; état typhoïde très prononcé.

Le 11, même état. Je cesse de voir le malade.

Les 12 et 13, M. Denis, curé de Theil, dont on ne saurait trop louer le zèle et l'humanité, a visité Louis Foin huit ou dix fois par jour, et il a fait la remarque que pendant ces deux jours de nouvelles tumeurs s'étaient montrées aux malléoles, aux pieds, aux bras, au visage, ainsi que plusieurs boutons noirs, sur cette dernière partie seulement.

Le 14, agonie. Mort à onze heures du soir. Les autopsies sont impossibles à la campagne.

Je dois dire, pour éclairer l'étiologie de cette observation, que le sujet avait donné des soins à des chevaux atteints de morve chronique, et que l'un de ces chevaux jetait beaucoup par les naseaux.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Du colchique d'automne dans certaines formes d'anasarque.

Le professeur Chélius (d'Heidelberg) a depuis longtemps signalé comme la propriété la plus remarquable du colchique d'automne celle d'augmenter, de doubler même en très peu de temps la proportion d'acide urique dans l'urine des personnes soumises à l'emploi de ce médicament. Christison constata plus tard que le colchique exerçait une action semblable, quoique à un degré moitié moindre, sur la production de l'urée. Le docteur Maclagan, dans un bon travail publié par le *Monthly journal of medicine*, affirme avoir vérifié dans un grand nombre d'expériences la véracité des assertions de Chélius et de Christison, et il en a conclu que le colchique d'automne pourrait être très avantageux dans le cas où l'urée et l'acide urique sont en proportion moindre qu'à l'état normal, et remplacés, comme cela a lieu le plus souvent, par d'autres matériaux organiques. Cette diminution de l'urée et de l'acide urique s'observe à un très haut degré dans certaines formes d'anasarque, et surtout dans celles qui succèdent à la scarlatine; les urines sont alors presque supprimées; l'urée et l'acide urique sont remplacés par l'albumine, dont la présence se signale souvent par des accidents de la plus haute gravité.

Trois faits sont venus confirmer ces idées.

Le premier est relatif à un malade atteint, à la suite de scarlatine, d'une anasarque avec suppression d'urine et symptômes comateux; les diurétiques avaient à peine augmenté la proportion des urines. M. Maclagan prescrivit à son malade l'extrait acétique de colchique. La veille de l'administration de ce médicament, l'urine en était arrivée à ne contenir que 2,427 d'urée, une trace d'acide urique; tandis que l'albumine y figurait pour 14,490, et les sels inorganiques pour 13,510.

L'action du colchique fut si rapide que, dès le lendemain de son emploi, les symptômes comateux avaient considérablement diminué; l'urine était abondante et avait repris sa densité normale.

L'analyse de ce liquide, pratiquée le troisième jour, y fit trouver 7,400 d'urée, 0,480 d'acide urique; tandis que l'albumine n'y figurait plus que pour 8,718.

Le quatrième jour, les symptômes comateux avaient disparu avec les épanchements et l'anasarque.

Le cinquième, il survint une diarrhée qui fit suspendre l'emploi du colchique; mais l'examen de l'urine fit reconnaître que l'albumine avait disparu, et que l'urée et l'acide urique étaient revenus à leurs proportions normales (13,573 pour la première, et 0,814 pour le second); il n'y avait plus que 7,431 de sels inorganiques.

Les deux autres malades de M. Maclagan présentaient les mêmes accidents, et furent traités avec le même succès par le colchique. La préparation dont il fait usage est l'*extrait acétique des bulbes*, à la dose de 5 à 15 centigrammes, répétée deux ou trois fois par jour. (*Revue thérap.*)

Du castoréum dans quelques coliques.

M. le docteur Fredericq rapporte dans l'*Observateur*, journal de médecine belge, qu'il a employé le castoréum sur les indications de MM. Trousseau et Pidoux, et qu'il en a retiré d'excellents résultats dans la dysménorrhée. L'écoulement menstruel est, dit-il, accompagné chez certaines personnes de fortes coliques; on observe alors un teint pâle et livide, la peau est froide, les lèvres sont bleues, la circulation languissante; on dirait une syncope imminente; le malaise et les douleurs sont des plus prononcés. Cet état se présente le plus souvent avec un écoulement menstruel peu abondant; il peut cependant avoir lieu alors que la menstruation semble être normale; c'est chez les jeunes personnes qu'on l'observe le plus souvent. Dans ces circonstances, M. Fredericq a employé avec un succès constant la teinture de castoréum à la dose de 25 gouttes dans 90 grammes d'eau distillée (le tout convenablement édulcoré, sans doute, quoiqu'il n'en parle pas). Il en administre deux cuillerées à bouche à la malade, qui s'en trouve immédiatement soulagée; puis il continue le remède de quart d'heure en quart d'heure. Le pouls ne tarde pas à devenir large et mou, et la peau se couvre d'une douce moiteur.

Le castoréum réussit encore très bien dans certaines coliques dites nerveuses, survenant subitement, sans évacuation et s'accompagnant de pâleur, de sueurs froides, de résolution subite des forces, coliques désignées autrefois sous le nom de *passion iliaque*, de *miserere*. Il est vrai que les bons effets qu'on retire dans les *iléus spasmodiques* de la belladone, *intus et extra*, ont fait complétement oublier le castoréum; mais, pour plus de certitude de succès, on pourrait très bien associer les deux remèdes. (*Ibid.*)

Pâte d'encens dans le charbon.

La Gazette médicale fédérative de la Toscane du 4 janvier rapporte un bon nombre d'observations de charbon de la face plus ou moins grave guéri par l'application d'une pâte formée avec la poudre de *Boswellia thurifera* (encens). Pour faire cette pâte, on prend de l'encens mâle de la meilleure qualité qu'on réduit en poudre, et avec de la salive on en fait une espèce de pâte qu'on étend sur un morceau de toile, à laquelle on donne la forme qu'on désire, et qui est en rapport avec la localité malade; on en couvre cette localité de manière à la dépasser d'un demi-pouce dans toute sa périphérie. Au bout de 12 ou 24 heures on le renouvelle, et ainsi de suite, jusqu'à ce qu'il se soit établi le travail éliminatoire de l'eschare qui s'est formée; après quoi on fait tomber l'eschare, et on traite la plaie résultante par les moyens ordinaires, tous les symptômes généraux alarmants s'étant dissipés. On attribue dans ce cas à l'encens une action stimulante sur les tissus malades de manière à obtenir la circonscription de la maladie, et par suite l'arrêt de la marche fâcheuse qu'elle prend habituellement abandonnée à elle-même. Il ne faut pas oublier que cette médication locale si efficace n'exclut nullement l'emploi des autres moyens intérieurs que réclame l'état du malade, tels que les émétocathartiques, s'il y a un état saburral des voies digestives; les révulsifs, si des symptômes graves se développent du côté des centres nerveux, etc.

Emploi des semences de ciguë.

La *Gazette médicale des Etats sardes* du 10 janvier rapporte que M. le docteur Parole, de Cuneo, médecin déjà connu dans la science par plusieurs travaux, et principalement par sa *Monographie sur les tubercules pulmonaires*, voulut soumettre à de nouvelles expériences l'action dynamique de la ciguë, que plusieurs travaux modernes de l'Ecole de Rasori avaient déjà regardée comme contre-stimulante, et fort avantageuse dans les cas de phlogose ou subphlogose vasculaire, et même dans la phthisie pulmonaire pour calmer l'orgasme fébrile auquel donne lieu cette affection terrible. Et pour éviter les mécomptes provenant souvent de ces préparations pharmaceutiques mal faites, il emploie la semence de ciguë déjà vantée par beaucoup de médecins anciens et modernes, d'autant plus qu'il est bien reconnu aujourd'hui que dans cette partie surtout réside son principe actif alcaloïde. Il l'a employée dans quelques cas d'affection organique du cœur et dans un cas de phthisie pulmonaire avec une notable amélioration des symptômes. Il lui a reconnu une grande propriété calmante, propriété, du reste, déjà admise par la généralité des praticiens, surtout dans les affections chroniques de nature cancéreuse, et il en a tiré les conclusions suivantes:

1° Que les semences de ciguë sont la partie de cette plante médicinale la plus constante dans son action;

2° Que la dose peut s'élever de 10 à 20 centigrammes par jour pour arriver graduellement jusqu'à 50;

3° Qu'indépendamment de son action élective dans les affections cancéreuses et syphilitiques, elle a une action contro-stimulante ou hyposthénisante énergique qui la rend fort avantageuse dans beaucoup d'affections sthéniques aiguës ou chroniques du système vasculaire, et même dans la phthisie pulmonaire.

NOUVELLES DU CHOLÉRA.

— Le malade soigné par le docteur Triquet va mieux; notre honorable confrère nous écrit qu'il a employé le traitement préconisé par M. le docteur Trousseau; les stimulants et surtout l'éther ont procuré une réaction assez franche. Le malade a cependant été encore une trentaine de fois à la selle dans la nuit.

Les praticiens continuent à observer d'assez nombreuses affections cholériformes; mais nous n'avons pas entendu parler de nouveaux cas graves.

La gravité de la fièvre typhoïde est au contraire fort grande, et le nombre de malades qui en sont affectés est plus considérable.

— La fièvre typhoïde sévit cruellement, depuis un mois environ, dans le département du Puy-de-Dôme.

— Le choléra fait des ravages affreux en Perse; les lettres de Tauris, du 10 novembre, portent à mille par jour le nombre des morts dans cette ville.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Par décret impérial, ont été promus à vingt-trois emplois de médecin-major de 2e classe, les médecins aides-majors de 1re classe dont les noms suivent:

MM. Hansen, Bruneau, Licourt, Brivin, Strauss, Stephanopoli, Durand, Puel, Fropo, Lenoir, Donnezan, Comte, Mallet, Devineau, Lallemand, Cornac, Gugelot, Jacquot, Bernier, Mercier, Gueury, Maillefer, Monier, Martenot de Cordoux.

A trente emplois de médecin aide-major de 1re classe:

MM. Bedel, Fleury, Verdier, Dufresne, Miramont, Le Clère, Buges, Savaete, Daigre, Billau, Quénot, Barreau, Beaufils, Lavigne, Darmandieu, Laforgue, Jalabert, Thiébaut, Glœsel, Chadourne, Morel, Carivenc, de Lafond, Ovide-Lallemant, Moreau, Bonnard, Demenou, Eon, Bauchet, Bouchery.

A quarante emplois de médecin aide-major de 2e classe:

MM. Lubin, Vauthier, David de l'Estrade, Coindet, Bonsergent, Monier, Juzeaux, Brégeant, Briet, Raymond, Bigot, Douchez, Drappier, Tedeschi, Deson, Parant, Lespiau, Roudet, Alix, Reeb, Hattute, Dehée, Ridreau, Rientôt, Trinquier, Aubert, Dom, Mouillé, Mauche, Stéfani, Janin, Bresse, Rey, Boyer, Memel, Simonin, Lobstein, Planté, Leroy, Parron.

— La Faculté de médecine de Paris a décerné une médaille d'or à M. Amette, secrétaire de la Faculté, à titre de remerciments pour la publication qu'il vient de faire de l'ouvrage intitulé: *Code médical.*

— *Coussins de charbon à l'usage des gâteux.* — M. le docteur Howel a eu l'idée d'appliquer le charbon à l'appropriation de certains malades qui gâtent sous eux. Le moyen qu'il emploie consiste à faire placer un sac en calicot de 50 centimètres environ, rempli en partie de charbon pulvérisé, et servant à la fois de coussin et d'appareil désinfectant.

— Nécrologie. — Nous avons à annoncer la mort de MM. Yves-Jean Denise, docteur-médecin, à Saint-Méen, dans sa 79e année; Frank, médecin du roi de Saxe, mort le 18, à Dresde, d'une attaque d'apoplexie; Pereira, auteur d'un ouvrage de matière médicale, mort subitement, dans la nuit de jeudi, à Londres, d'une attaque d'apoplexie.

— Errata. — Dans le dernier numéro, article sur la séance de l'Académie, 1re colonne, dernière ligne, *au lieu de* Hunter, *lisez* Haller. 3e colonne, 47e ligne, *au lieu de* réunies, *lisez* résumées.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

Nº 13. — MARDI 1er FÉVRIER 1853. (26e ANNÉE.) Nº 13. — MARDI 1er FÉVRIER 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris
au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères,
en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	Trois mois.... 8 fr. 50 c. Six mois..... 16 » Un an...... 30 »	
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	Trois mois...... 9 fr. Six mois........ 17 Un an......... 33	
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	Trois mois....... 10 fr. Six mois........ 20 Un an......... 38	

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

PARIS, LE 31 JANVIER 1853

De l'hygiène des enfants

DEPUIS LA NAISSANCE JUSQU'A L'ÉPOQUE DU SEVRAGE.

(Troisième article.)

4° Quelles sont les règles à suivre pendant l'allaitement?

Ces règles se rapportent à la mère et à l'enfant, et doivent être successivement étudiées chez l'une et l'autre.

Pour la mère, il y a peu de choses à dire. Son régime ne doit être modifié que dans le cas où il ne serait pas habituellement bon. Toutefois, trois points de son hygiène méritent d'une façon spéciale l'attention du médecin : l'alimentation, le sommeil et l'état moral.

Quoiqu'une nourriture substantielle soit indispensable et que les bouillons gras et les viandes blanches ou noires en forment naturellement la base, il ne faut pas défendre le lait, le chocolat, les bouillies féculentes et les légumes, qui, en même temps qu'ils modifient le régime, le rendent moins échauffant. Bien entendu que les liqueurs, le café, les aliments indigestes ou fortement assaisonnés seront complétement prohibés. On rapprochera assez les repas pour qu'ils ne soient pas trop copieux et d'une digestion difficile.

Le sommeil est un des plus puissants réparateurs de l'économie. A ce titre, la mère doit régler, comme nous le verrons plus tard, la nourriture de son enfant, de manière à avoir une nuit tranquille et complète.

Quant à l'état moral de la mère, comme il influe beaucoup sur les qualités de la sécrétion laiteuse, le médecin ne saurait trop s'en préoccuper. Le calme et le sang-froid, si rares chez les jeunes femmes, est cependant chez une nourrice une qualité tellement essentielle, que certains accoucheurs en font une condition indispensable. M. Cazeaux préfère confier l'enfant à une nourrice étrangère que de le laisser à une mère trop impressionnable, qu'émeut et bouleverse la moindre indisposition de son enfant, ou la moindre contrariété.

Comme dernières recommandations à faire aux personnes qui nourrissent, nous signalerons les promenades répétées dans un bon air, l'usage de bains tièdes, la précaution d'éviter l'humidité, de ne pas exposer, surtout dans les commencements, les seins à l'air, ce qui peut donner lieu à des engorgements phlegmoneux, et enfin de se tenir toujours la poitrine bien couverte.

En ce qui concerne l'enfant, nous diviserons, avec M. Cazeaux, l'allaitement en trois périodes : la première comprend la fièvre de lait; la seconde s'étend jusqu'à six mois; et la troisième finit avec le sevrage.

La première période, qui est de très courte durée, sert pour ainsi dire de transition entre la vie intra-utérine et l'existence ordinaire. Aussi le lait n'a-t-il pas encore acquis toutes ses qualités nutritives; il renferme un peu de collostrum, et agissant comme légèrement purgatif, débarrasse les intestins du méconium qu'ils renferment. On le voit, déjà à ce point de vue le lait des premiers jours est presque indispensable à l'enfant. D'autres motifs encore se rapportant à lui et à la mère ont engagé les accoucheurs modernes à faire teter promptement l'enfant, et à ne pas attendre, comme le conseillent certaines personnes, pour le mettre au sein, que la fièvre de lait soit passée.

Il faut cependant laisser reposer la mère pendant quelques heures, de deux à six ou huit, selon la durée et la fatigue de l'accouchement. Pendant ce temps, on donnera à l'enfant quelques cuillerées à café d'eau sucrée tiède. Enfin, avant de lui présenter le sein, on lavera le mamelon avec de l'eau tiède.

A cette pratique d'une prompte nourriture, on trouve d'incontestables avantages. L'enfant est débarrassé de certaines matières intestinales; il est soumis immédiatement après sa naissance à une nourriture appropriée à ses organes. Pour la mère, elle présente aussi des avantages. La succion du mamelon facilite la montée du lait; et, en diminuant le gonflement du sein et les douleurs qui en sont la conséquence, elle contribue à modérer la fièvre de lait.

Nous ne dirions rien de la manière dont le mamelon doit être présenté à l'enfant, si certaines négligences ne pouvaient avoir pour lui des conséquences assez fâcheuses. Ainsi, parfois on applique la figure de l'enfant sur le sein, les narines sont bouchées; l'enfant est alors à chaque instant obligé de quitter le sein, ce que souvent la mère ne sait à quoi rapporter. Il est une disposition signalée par Levret, et qui peut s'opposer à la succion, c'est quand la langue est recourbée en gouttière et collée au palais; on l'en détachera facilement avec une spatule.

Enfin quelques enfants, par faiblesse généralement, ne peuvent prendre la peine de teter. On placera, dans ce cas, le mamelon dans la bouche, la mère en titillera la langue de l'enfant et sollicitera la sortie du lait. Mais parfois toutes les tentatives échouent; et, comme en même temps les enfants ne crient pas, comme ils dorment continuellement et ne manifestent aucun besoin, les mères respectent ce repos, qui leur paraît réparateur et de bon augure pour la santé de l'enfant. Quand au bout de plusieurs heures on est parvenu à le réveiller, il ne peut plus teter, il pousse de faibles cris et commence à se refroidir. Il faut se hâter de le réchauffer par tous les moyens possibles, chercher à lui faire prendre le mamelon, et, si l'on ne peut y réussir, avoir recours à une nourrice dont le lait coule naturellement. Souvent, de cette manière, on parvient à rappeler à la vie de petits êtres chez lesquels elle paraissait près de s'éteindre.

Pendant les premiers jours, l'enfant tette lentement, et ne fait guère plus de six à huit succions de suite. Aussi en résulte-t-il pour la mère une assez grande fatigue. Ne pourrait-on pas, en France, populariser l'usage que M. Cazeaux a vu adopter par quelques Américaines, de se coucher sur le côté correspondant au sein qu'elles veulent donner.

Relativement à la conduite à tenir pendant la fièvre de lait, nous laissons la parole à M. Cazeaux :

« Lorsque l'enfant a teté dès le premier jour, il est rare qu'au moment de la fièvre de lait le mouvement fébrile soit très prononcé. Le plus souvent aussi, grâce aux nombreux dégorgements opérés par l'enfant, les seins sont peu distendus et peu douloureux. Toutefois, l'abondance du lait est, à ce moment, si considérable chez certaines femmes, que la distension des seins est extrême, et que l'allaitement devient momentanément plus pénible pour la mère et plus difficile pour l'enfant. Plus pénible pour la mère; car les efforts de succion deviennent douloureux, et le gonflement énorme de la glande, qui s'étend jusqu'au creux axillaire, rend pénible l'action de rapprocher les bras du tronc, ce qui est nécessaire pour tenir convenablement le nourrisson; plus difficile pour l'enfant, car il trouve dans cette distension extrême une difficulté nouvelle pour saisir le mamelon. Lorsque la mamelle est gonflée, en effet, celui-ci s'efface ou s'enfonce de manière à ne pouvoir être saisi par les lèvres de l'enfant. Il est souvent nécessaire alors de dégorger les seins à l'aide des pompes-ventouses. En extrayant une certaine quantité de lait, on fait cesser la douleur produite par le gonflement, et l'on rend au mamelon sa longueur normale. »

Les repas de l'enfant nouveau-né doivent être rapprochés; il faut déjà tâcher d'y apporter quelque régularité. Sans vouloir préciser l'intervalle qui doit les séparer, nous dirons qu'il est convenable que l'enfant tette toutes les deux ou trois heures.

FEUILLETON.

Enfin, la bourrasque est passée, et nous voilà revenus au calme plat! L'épée flamboyante dont le mois de janvier arme la main du journaliste pour courir sus aux abonnés a été remise au fourreau, et le caissier, joyeux ici et triste là, suppute à cette heure ses dépouilles opimes. Dans cette mêlée de compliments, dans ce *tohu-bohu* de promesses, dans cette prodigalité de mamours et des marques les plus fallacieuses d'estime et d'amitié, tous ont été à la hauteur de leur rôle, les nouveaux venus ayant emprunté l'expérience des anciens et ceux-ci s'étant inoculé quelque peu de l'ardeur des plus jeunes. Pour des spectateurs désintéressés comme nous, la lutte était curieuse et pleine d'émotions; on ne pouvait voir sans les admirer tant de belles passes d'armes, tant de tours d'adresse, et, si le succès n'a pas couronné tous ces brillants efforts et si l'escarcelle du caissier ne s'est pas arrondie et épanouie comme les phrases et les fleurs de rhétorique de nos confrères, il faut désespérer de la gent abonnable et lui crier un dernier et solennel raca.

Mais que les caissiers sans caisse se consolent, tout n'est qu'heurs et malheurs dans ce monde. La presse est soumise à des influences atmosphériques qu'aucun Arago encore n'a pu expliquer. Si sous le signe du capricorne, pendant lequel ils ont jeté leurs lignes, ils n'ont ramené qu'un fretin d'abonnés, ils peuvent sous le signe du lion devenir les rois et la terreur du journalisme; tout se réduit à savoir et à pouvoir attendre un signe favorable du zodiaque.

Par suite d'observations qui nous sont propres, nous avons remarqué que le signe du capricorne était ordinairement nuisible à la presse médicale; c'est à son influence qu'il faut attribuer l'intervention de Thémis dans ses affaires, et, comme dit la chanson :

> Il y aurait plutôt des rivières sans eau,
> Des montagnes sans vallons,
> Des printemps sans violettes

que le signe du capricorne sans procès en diffamation.

Nous serions fort en peine de donner une raison plausible de l'influence du signe du capricorne sur l'atrabile médicale; nous constatons le fait ainsi que le doit faire un scrupuleux observateur, et pour nous consoler de notre ignorance, nous répétons la maxime favorite du praticien : *expérience passe science.*

C'est encore sous ce malencontreux signe du capricorne, si propice aux procès, que quelques préfets ont pris des arrêtés gros de luttes judiciaires.

Nous n'en citerons qu'un, car tous sont à peu près calqués sur le même modèle; il émane de la préfecture de la Loire-Inférieure et est ainsi conçu :

« Vu la circulaire de M. le ministre de l'intérieur, de l'agriculture et du commerce, en date du 29 décembre 1852, relativement au mouvement annuel de la population; vu les instructions contenues dans cette circulaire;

» Considérant que la connaissance exacte de la cause des décès est l'un des documents les plus intéressants qui puissent être recueillis; qu'au point de vue de la science la haute utilité de ce renseignement comme élément d'une géographie médicale de la France est incontestable;

» Avons arrêté :

» Art. 1er. A partir de la publication du présent arrêté, tout docteur en médecine ou officier de santé exerçant dans le département, qui aura donné ses soins, dans la dernière maladie, à une personne décédée, *sera tenu* de remettre aux parents ou amis du défunt, pour être déposé, par les témoins de l'acte de décès, entre les mains de l'officier de l'état civil, un bulletin constatant la nature de la maladie ayant occasionné le décès. Ce certificat sera distinct de toute autre déclaration de même nature qui, dans un intérêt de haute police, aurait été ou serait *exigée* ultérieurement par l'autorité municipale.

» Art. 2. MM. les médecins et officiers de santé se conformeront, autant que possible, pour la désignation des maladies cause des décès à la classification adoptée par M. le ministre, et dont il leur sera donné connaissance à la mairie de la commune où ils résident. Ils devront, en outre, faire suivre, sur ce certificat, le nom scientifique de la maladie, de sa dénomination usuelle et familière. »

Voilà qui est bien; on ne peut que louer les intentions du gouvernement, et tout homme sensé reconnaîtra les immenses avantages que la science et la santé publique retireront un jour de ces sages dispositions. L'Angleterre et l'Autriche recueillent depuis longtemps de semblables documents et sont déjà en mesure de jeter les bases d'une bonne géographie médicale.

Nous ne connaissons pas exactement les législations anglaise et autrichienne, mais ce que nous savons pertinemment, c'est qu'il existe chez nous un tout petit article du Code pénal, derrière lequel pourront s'abriter les timides, les malintentionnés et les ignorants. Cet article a pour numéro d'ordre le chiffre 378 et est ainsi conçu : « Les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens, les sages-femmes et toutes autres personnes dépositaires, par état ou profession, des secrets qu'on leur confie, qui, hors le cas où la loi les oblige à se porter dénonciateurs, auront révélé ces secrets, seront punis d'un emprisonnement d'un mois à six mois et d'une amende de 100 francs à 500 francs. » L'*Annuaire* de M. F. Roubaud ajoute à cet article une note qu'il n'est pas inutile de rappeler : « Bien que le texte de la loi, dit notre confrère, ne laisse aucun doute sur les devoirs des médecins, pharmaciens, etc., etc., la cour de cassation a complété la pensée du législateur par deux arrêts, l'un du 24 septembre 1827, et l'autre du 23 août 1828, en déclarant que le médecin, pharmacien, etc. est tenu au secret, *et cela, lors même que ceux que les faits concernent en demanderaient la révélation.* »

Comme on le voit, la question est grave, surtout au point de vue

L'importance de cette première période nous servira d'excuse pour avoir tant insisté sur certains détails un peu minutieux.

Deuxième période. — C'est à partir de cette époque, quand la fièvre de lait a cessé, que l'allaitement proprement dit commence. C'est aussi maintenant qu'il est indispensable de régler la nourriture.

Trop souvent les mères et les nourrices attribuent les cris de l'enfant au besoin de manger, et cherchent à les apaiser en lui offrant continuellement le sein. Les cris, on le conçoit, peuvent être dus à de tout autres causes. Ceux qui proviennent de la faim s'accompagnent d'agitation des membres supérieurs; l'enfant remue la tête, ouvre la bouche, et saisit avidement le bout du doigt.

La mère donnera successivement les deux seins; c'est le moyen de les dégorger également et de ne pas trop fatiguer les mamelons. Aussitôt que l'enfant ne tette plus, qu'il soit éveillé ou endormi, il faut lui retirer le mamelon. On doit surtout éviter l'habitude qu'ont certains enfants de ne s'endormir qu'au sein de leur mère.

Si on ne peut fixer la quantité de lait que peut prendre chaque fois le nourrisson, il est possible du moins d'indiquer le nombre de repas dont il a besoin. Les deux ou trois premières semaines passées, on ne donnera à teter que toutes les trois heures environ, et vers trois ou quatre mois il sera permis encore d'éloigner davantage les heures des repas.

Mais la nuit il est indispensable, principalement pour la mère, d'établir une plus grande distance. Dès le principe on tentera de ne donner que trois fois à teter depuis dix heures du soir jusqu'à cinq ou six heures du matin; puis bientôt on supprimera le repas intermédiaire.

Troisième période. — Pendant cette période on cherche à éloigner peu à peu l'enfant du sein de la mère et à l'accoutumer à une nourriture ordinaire.

A quelle époque doit-on modifier ainsi la nourriture de l'enfant? Les médecins résolvent différemment cette question importante. Voyons ce qu'ont dit à cet égard deux hommes qui font autorité dans la science, Désormeaux et M. Cazeaux.

« Les nourrices de la campagne, a écrit le premier dans le *Dictionnaire en XXX volumes*, sont en général dans l'habitude de donner dès les premiers huit jours à leurs enfants de la bouillie faite avec de la belle farine de froment et du lait de vache. Elles sont persuadées que cet aliment calme les coliques, auxquelles les enfants nouveau-nés sont fort sujets. Soit qu'il produise réellement cet effet, soit que la digestion devenue plus pénible jette l'enfant dans une sorte d'engourdissement, on remarque que souvent après en avoir pris il est plus tranquille; en même temps il se fait un changement favorable dans la couleur et la consistance des excréments. D'un autre côté, lorsque les enfants ne prennent que le lait de leur mère, pourvu que celui-ci soit assez riche et assez abondant, ils ne sont pas plus sujets aux coliques venteuses. De tout cela, je crois pouvoir conclure que la première méthode, suivie avec prudence, est sans inconvénients dans la plupart des cas; qu'elle a peut-être quelques avantages dans certains autres. Cependant je suis persuadé que la seconde est la meilleure et la plus sûre, surtout pour les enfants faibles. »

M. Cazeaux, peu satisfait de l'indécision de cette conclusion, formule ainsi son opinion: « Les bouillies, les soupes, etc., que l'on donne dans certains pays aux enfants quelquefois immédiatement après leur naissance sont au moins toujours inutiles et souvent dangereuses. Lorsque la mère est bonne nourrice, et que le lait conserve son abondance et ses bonnes qualités, le sein doit suffire à l'enfant pendant les premiers six mois, sauf les additions que nous avons indiquées pour la nuit (un peu de lait de vache coupé, une fois ou deux). »

Ce n'est donc que pendant cette troisième période, après le sixième mois, qu'on peut sans inconvénients commencer à nourrir l'enfant avec des substances féculentes (farine de froment, de riz, fécule de pommes de terre, arrow-root) administrées sous forme de bouillie au lait. D'abord on ne lui en donnera que quelques cuillerées le matin, puis deux fois par jour. On augmentera la quantité et la consistance de ces bouillies. Vers le septième ou le huitième mois, on pourra progressivement arriver aux bouillons de poulet, puis aux bouillons de bœuf, aux potages, et enfin plus tard à des aliments plus substantiels encore.

A mesure que l'enfant prendra l'habitude de tous ces aliments, il manifestera moins de goût pour le lait de la mère; elle diminuera donc le nombre des repas qu'elle lui faisait prendre, et le préparera ainsi au sevrage, dont nous nous occuperons bientôt. Ch. B.

Injections nasales de M. Henriette.

Dans le cas où l'enfant refuse tout à fait le sein et n'avale même pas le lait ou les liquides qu'on lui verse dans la bouche, on peut avoir recours à un moyen que propose M. le docteur Henriette, médecin de l'hospice des Nouveau-nés de Bruxelles, dans un mémoire qu'il vient d'adresser tout récemment à l'Académie de médecine de Belgique.

Ce moyen consiste en des injections nasales, que M. Henriette pratique de la manière suivante:

« L'enfant étant couché horizontalement dans son berceau, ou mieux encore sur les genoux de sa nourrice, le médecin, placé à sa droite, appuie, pour maintenir et assujettir sa tête, la paume de la main gauche sur le front; le pouce resté libre vient s'appliquer sur la lèvre supérieure près de l'ouverture nasale. La main droite, armée d'une seringue préalablement chauffée, appuie avec précaution et légèrement l'extrémité de la canule sur le pouce resté libre de la main gauche, en la présentant à l'ouverture du nez, sans jamais l'introduire de plus d'une ligne de profondeur. Cela n'est pas nécessaire pour la facilité d'introduction du liquide; on évite ainsi l'éternument, qui ne manquerait point de se produire si on négligeait de suivre le conseil que nous donnons; d'autre part, on serait exposé à blesser les enfants, qui sont quelquefois mais *très rarement* indociles, car c'est même une chose surprenante que la docilité avec laquelle ils se prêtent à l'opération et comment ils s'y habituent promptement.

» Cela fait, le médecin, qui tient le corps de la seringue entre l'extrémité de l'indicateur et du médius du côté droit, le pouce étant engagé dans l'anneau du piston, pousse très lentement le liquide, lequel tombe goutte à goutte, à travers les fosses nasales, sur la partie postérieure du pharynx, dans l'œsophage et l'estomac.

» Aucun accident de toux, d'éternument ne vient contrarier cette légère et inoffensive opération; le liquide injecté est avalé avec la plus grande facilité; et, chose assez remarquable, si l'enfant pleure au moment où il est soumis aux injections, il s'arrête pour respirer, le liquide alors est précipité par un mouvement de déglutition forcée, involontaire, jusque dans l'estomac.

» Devons-nous maintenant nous efforcer de montrer anatomiquement que les liquides injectés ainsi à travers les voies nasales doivent arriver dans l'estomac sans déterminer le plus petit accident, sans s'engager dans les voies de la respiration et provoquer des accès de toux ou de suffocation? Nous croyons que cela devient parfaitement inutile devant les résultats que nous sommes à même de constater tous les jours, et que chacun peut aisément vérifier en expérimentant sur lui-même. On pourra ainsi se convaincre que non-seulement on ne peut se soustraire à l'introduction des liquides dans l'estomac, mais que, voulût-on les rejeter, une fois arrivés à l'œsophage, cela devient impossible. Nous avons, à différentes reprises, tenté des expériences qui démontrent l'exactitude de nos assertions.

» Un second phénomène qui se présente lors de l'injection, c'est qu'une légère quantité du liquide revient par la bouche et vient impressionner le sens du goût, produire la sécrétion de la salive, toujours avantageuse à la digestion, et engager l'enfant à avaler.

» Il faut insister sur les soins de propreté; après chaque injection il faut plonger la seringue dans l'eau pour éviter que le lait ne se décompose; la négligence de cette précaution entraînerait une masse d'inconvénients; elle exposerait aux mauvaises digestions, aux aphthes, au muguet, etc.

» On comprend que la quantité de liquide à injecter varie selon les besoins de l'enfant: en général les injections se font toutes les deux heures, et la quantité est celle d'une cuiller à soupe ordinaire chaque fois.

» Ce n'est pas seulement comme moyen d'alimenter les nouveau-nés que M. Henriette conseille les injections nasales. Il remplit à l'aide de ce moyen des indications thérapeutiques nombreuses, et pense que tous les médicaments que les enfants refuseront d'avaler seront avantageusement injectés par les narines. Cette méthode a de grands avantages, selon lui, en ce sens que l'on peut doser exactement le médicament administré, tandis qu'en l'administrant par une autre voie, il est quelquefois en partie rendu. L'injection trouvera son application dans la syphilis, les fièvres intermittentes de l'enfance, le croup, etc.

» Il est bon de tenir compte de ce que les cris de l'enfant et son mauvais vouloir n'empêchent pas les liquides injectés de descendre, même sans provoquer la toux.

» Il est des cas où la diglutition est impossible, comme dans l'asphyxie des nouveaux-nés; l'auteur présume que sa méthode serait convenablement employée dans ces circonstances. M. Henriette pense encore que les injections nasales remplaceront quelquefois la sonde œsophagienne, par exemple, dans l'aliénation mentale, les empoisonnements avec assoupissement et impossibilité de boire, le trismus, l'occlusion de la bouche, les adhérences de la langue, la division du voile du palais, la glossite, la salivation mercurielle, l'amygdalite, la luxation ou la fracture du maxillaire inférieur.

» Les chirurgiens ne sont pas complétement d'accord sur l'époque où il convient de faire plus avantageusement l'opération du bec-de-lièvre, la succion chez le nouveau-né est un obstacle à la réussite de l'opération; *si on évitait cet inconvénient*, disait Dupuytren, *l'opération à la naissance aurait un argument puissant en sa faveur*.

» Eh bien! cet inconvénient n'en est plus un, selon l'auteur, depuis qu'on peut avoir recours aux injections nasales pour nourrir les enfants nouveau-nés. » (*Observ. de Courtrai.*))

HOPITAL BEAUJON. — M. Sandras.

De l'emploi de la glace à l'extérieur dans le traitement de la fièvre typhoïde.

L'emploi du froid sous toutes les formes a été vanté de tout temps dans le traitement des fièvres typhoïdes, et récemment encore l'eau froide, appliquée selon les lois de l'hydrothérapie, a été l'objet de travaux importants. Sans vouloir discuter ici la valeur de ces diverses méthodes, qui d'ailleurs comptent des résultats positifs, nous voulons appeler plus spécialement l'attention sur les heureux effets, dans les fièvres continues graves, de la glace appliquée localement sur l'abdomen et sur la tête, ainsi que le pratique depuis longtemps M. Sandras à l'hôpital Beaujon. Ce mode de traitement, simple et facile dans son application, tout en réunissant les avantages des autres méthodes, nous paraît à l'abri des reproches qui leur ont été généralement adressés.

L'abdomen seul sera recouvert de glace quand le météorisme, la chaleur de la peau, la douleur à la pression, les coliques seront les symptômes prédominants; mais pour peu qu'il s'y joigne de la stupeur, de la congestion vers la face, de l'agitation et du subdélirium pendant la nuit, une vessie contenant de la glace devra également recouvrir la tête.

Sur le ventre, les fragments de glace sont incorporés à des cataplasmes ordinaires de farine de graine de lin qui absorbent l'eau à mesure qu'elle se produit, et l'empêchent d'aller humecter au loin les draps et les linges qui entourent le malade. La fusion de ces fragments est plus ou moins rapide, et, à cet égard, de curieuses remarques ont été faites. Au début de la maladie, alors que l'excitation fébrile et la chaleur de la peau sont portées au plus haut point, il faut renouveler la glace tous les quarts d'heure, quelquefois même plus promptement; puis, à mesure que les symptômes généraux s'amendent, que la chaleur de la peau diminue, que le pouls devient moins fréquent, on voit en même temps la fusion se ralentir; elle peut être alors conservée sans peine une demi-heure et même beaucoup plus dans quelques circonstances; quand on est arrivé à ce résultat, on a obtenu de ce moyen tout ce qu'il peut donner, et il est bon de le suspendre. Il est remarquable d'ailleurs que ces applications, parfaitement bien supportées au début de la maladie et même demandées par les malades, deviennent pénibles et même intolérables dès que la calorification n'est plus assez éner-

---

des maladies héréditaires. Que fera le médecin placé entre l'arrêté du préfet et l'article 378 du Code pénal? S'il obéit au préfet, il peut être poursuivi par les parents du défunt comme ayant divulgué un secret dont il était dépositaire par sa profession; s'il se tait, au contraire, il manquera aux devoirs que lui prescrit l'autorité et encourra les peines qu'entraîne après lui ce grave manquement. L'âne de Buridan n'eût certes pas été plus embarrassé, et plus d'un médecin, nous le croyons, maudira le signe du capricorne et son influence funeste.

Pourtant ne poussons pas trop loin notre anathème; nous connaissons un confrère qui doit à ce signe du zodiaque l'inspiration la plus heureuse que jamais homme puisse avoir; grâce à lui, une idée, que dis-je? deux idées ont surgi de ce cerveau extra-médical, et quelles idées encore!..... M. de Girardin, à l'époque de la fièvre révolutionnaire, avait régulièrement une idée par jour, mais c'était des idées banales, communes et que l'on rencontrait sur chaque pavé de la rue; M. Massé, lui, n'a que deux idées, il est vrai, mais des idées hercules, des idées qui tracent un large sillon et font époque dans la science.

Il y a un an ou deux ans, toujours sous le signe du capricorne, M. Massé n'eut qu'une idée, mais cette idée fait sa fortune, grâce aux curés de campagne et aux bourgeois lettrés des villages; tout le monde a nommé la *Santé universelle*, journal médico-hygiénique peu connu des médecins, mais très répandu dans le populaire des bourgs et des champs.

Cette année, toujours sous le signe du capricorne, M. Massé a fait comme chez Nicolet; au lieu d'une idée, il en a eu deux afin que le labourage de la fortune et de la reconnaissance en aille mieux, ainsi qu'il advient pour les bœufs qui vont deux à deux.

Quand on est habitué, comme M. Massé, à avoir des idées, et des meilleures encore, on ne se presse pas de les jeter en pâture au public; on les mûrit longtemps au soleil de la réflexion, on les arrose nuit et jour des sources abondantes de la méditation, et quand on se décide à les mettre au monde, on marche sur les traces de Jupiter accouchant de la Minerve antique.

Ainsi a fait M. Massé:

Après plusieurs jours écoulés dans la double volupté de l'ombre et du silence, après plusieurs nuits veuves de sommeil et passées aux pieds du buste du grand maître, il s'est emparé d'une plume, et sa main convulsive a mis enfin un terme à ses hésitations: « La résolution en est prise, s'écrie-t-il dans son saint délire, notre plan est arrêté; nous écrirons deux traités distincts: l'un intitulé *Médecine de Récamier*, l'autre *Chirurgie de Récamier!!* » Un pareil début nous fait présager la dernière phrase de ces deux traités. Si M. Massé ne clot pas ses deux livres par cette phrase empruntée aux souvenirs enthousiastes d'un vieux soldat de Wagram: O mon Empereur! es-tu là haut content de moi? nous déclarons M. Massé indigne de tenir la plume de la reconnaissance et de transmettre à la postérité la manière tout à la fois peu gracieuse et peu commode dont Récamier tâtait le pouls à ses malades.

Nous ne voyons pas trop pourquoi M. Massé, puisqu'il était à avoir des idées, s'est contenté de deux; il nous semble qu'il aurait pu en augmenter le nombre en prenant la détermination d'écrire la *Thérapeutique de Récamier*, la *Physiologie de Récamier*, l'*Anatomie de Récamier*, et ainsi de suite, jusqu'à extinction des connaissances anatomo-physiologo-hygiéno-thérapeutico, etc., etc., etc., de Récamier. Probablement M. Massé n'aura pas voulu humilier ceux de ses confrères qui de toute leur vie n'ont une idée, et il aura renvoyé le reste de son plan au prochain signe du capricorne.

Force nous est donc de nous contenter cette année de la médecine et de la chirurgie de Récamier et, pour le moment encore, du pouls récurrent et de la saignée exploratrice.

A ce qu'il paraît, Récamier ne tâtait pas le pouls comme tout le monde; il ne suivait aucun des errements connus: les uns se servent du pouce, les autres de l'indicateur; les timides ne se fient qu'à deux doigts, et les plus inexpérimentés ne s'en rapportent qu'à trois. On citait bien quelques habitués aux apoplexies auxquels il fallait toute la main; mais jamais on n'avait pensé à la méthode de Récamier, qui consiste à cramponner simultanément ses deux mains sur le bras du malade, sous le fallacieux prétexte de lui palper l'artère cubitale.

Dans la crainte sans doute de rencontrer des esprits incapables de comprendre la description de ce procédé aussi ingénieux que récréatif, M. Massé l'a accompagnée de dessins et de gravures; c'est la mode aujourd'hui. Autrefois l'on chantait ce que l'on ne pouvait ou l'on ne savait pas dire. Aujourd'hui on l'illustre. C'est un progrès.

D'ailleurs, M. Massé a eu raison de recourir à des dessins. La plume est impuissante à rendre l'effet de ces deux mains appliquées sur l'extrémité inférieure du bras d'un malade; c'est nouveau, c'est joli, et surtout... instructif; car si vos deux mains ne se cramponnent pas au bras du malade et ne le serrent pas comme dans un étau, vous ne saurez jamais, non jamais, ce que c'est que le *pouls récurrent*. Que l'on s'habitue donc à cet exercice assez fatigant avant de lire la *Médecine de Récamier*. La connaissance du pouls récurrent est à ce prix; et sans la connaissance du pouls récurrent, la Médecine de Récamier est un logogriphe; que dis-je? Un hyérogliphe dont M. Massé ne se charge plus d'être le Champollion! *O tempora! ô mores!!* O signe du capricorne!!! X. X.

---

gique pour amener une fusion rapide, en sorte qu'au besoin les plaintes des malades suffiraient pour indiquer le moment où l'on doit cesser une médication devenue désormais superflue.

Un des premiers effets de l'application du froid sur l'abdomen est de faire disparaître avec rapidité le météorisme, ce symptôme qui devient si pénible quand l'intestin distendu refoule le diaphragme et gêne ainsi les contractions du cœur et l'ampliation du poumon. Tout porte à croire que, dans ce cas, il agit en diminuant le volume des gaz du tube digestif et en ranimant en même temps la contractilité affaiblie du plan musculaire de l'intestin. La diminution de la fièvre, la disparition de la douleur du ventre, qu'on ne tarde pas ensuite à observer, s'expliquent facilement par la puissante influence que doit avoir une soustraction continuelle de calorique non-seulement sur l'état général, mais encore sur l'état local, en modifiant la marche et hâtant la cicatrisation des ulcérations intestinales. Notons enfin que, dans les cas d'hémorrhagie, il n'est peut-être pas de moyen plus énergique.

Nous avons déjà indiqué que, dans les cas de stupeur profonde, de congestion vers la face, il fallait joindre à ces moyens l'application du froid sur la tête. Ici la glace sera simplement renfermée dans une vessie en caoutchouc à la fois imperméable et inaltérable à l'humidité, que l'on applique sur le front et le sommet de la tête, en la fixant lâchement au lit par son autre extrémité. Les remarques que nous avons faites relativement à la rapidité variable avec laquelle fond la glace appliquée sur le ventre sont ici de tous points applicables; en général, cependant, elle est moins bien supportée, et l'on est obligé d'en suspendre plus promptement l'emploi. Sous l'influence de ce puissant moyen sédatif qui manque bien rarement son effet, on voit l'action nerveuse se régulariser, la stupeur et la congestion de la face disparaître; si quelquefois le pouls subit une dépression notable, il sera toujours temps, grâce à une surveillance attentive, d'empêcher ce phénomène de revêtir une forme inquiétante.

Ce mode de traitement, à côté de ses immenses avantages, ne présente donc pas d'inconvénient sérieux; car nous croyons devoir établir une grande différence entre l'action de la glace, appliquée avec les précautions que nous venons d'indiquer sur les parties plus spécialement affectées, et l'action des compresses humides fréquemment renouvelées. Dans le premier cas, on obtient un abaissement de température uniforme qui fait avorter en quelque sorte les manifestations locales de la maladie; en outre, l'eau est absorbée à mesure qu'elle se produit, et les linges qui entourent le malade restent toujours parfaitement secs. Dans l'autre méthode, au contraire, l'eau froide dont les compresses sont imbibées s'échauffe en quelques minutes, et l'on a infailliblement des alternatives de chaleur et de froid pénibles pour le malade et dangereuses par les bronchites, les engouements pulmonaires hypostatiques qu'elles occasionnent le plus souvent.

Les épidémies de fièvre typhoïde ont un génie si différent que nous ne voulons tirer ici aucune conséquence absolue; mais il est remarquable que sur onze cas très graves, traités uniquement par des applications de glace et par quelques laxatifs pendant les quatre ou cinq semaines qui viennent de s'écouler, il n'y a eu qu'un seul cas de mort. Un semblable résultat nous paraît de nature à attirer l'attention des praticiens, surtout dans un moment où cette maladie se présente avec une fréquence et une gravité inaccoutumées.

HOPITAL COCHIN. — M. MAISONNEUVE.

De l'opération du phimosis. — Nouveau procédé.

L'opération du phimosis, dit M. Maisonneuve, est une opération bien simple et bien vulgaire, et cependant, il en est peu dont les résultats soient aussi fréquemment défectueux.

Cela tient à l'imperfection radicale des méthodes généralement mises en usage pour cette opération.

De toutes ces méthodes la plus mauvaise, à tous égards, est sans contredit la méthode classique dans laquelle on divise longitudinalement le prépuce à sa région dorsale. Il en résulte, en effet, deux lambeaux anguleux, qui retombent comme deux oreilles de chien et qui souvent s'engorgent, au point de gêner les fonctions génitales.

En imaginant de faire l'incision à la face inférieure, M. Cloquet a rendu moins désagréable le résultat de l'opération, sans toutefois obtenir rien de bien régulier, surtout si le frein est laissé intact.

Quel que soit le procédé que l'on emploie pour l'exécuter, cette méthode laisse toujours subsister des lambeaux disgracieux et incommodes.

Pour éviter cet inconvénient, on a proposé d'exciser les deux lambeaux triangulaires, mais ce perfectionnement, qui constitue, sous le nom d'excision, une méthode différente, ne donne encore qu'un résultat fort médiocre.

Les juifs et les mahométans, pour lesquels l'opération du phimosis est une pratique religieuse, emploient depuis des siècles sous le nom de circoncision une méthode beaucoup meilleure mais qui, telle qu'ils l'exécutent, laisse encore beaucoup à désirer.

Ils commencent par tirer fortement le prépuce en avant, ils en retranchent ensuite d'un seul coup tout ce qui dépasse le gland, puis ils terminent en déchirant sur la face dorsale la membrane muqueuse qu'ils rebroussent et refoulent en arrière.

Sans parler des inconvénients qui, dans cette opération, résultent des procédés de section ou de déchirure consacrés par les rites religieux, et qui, du reste, disparaissent quand on emploie le procédé de M. Ricord, cette méthode a pour résultat de supprimer le prépuce en presque totalité, et de laisser le gland tout à fait à découvert. Or cette suppression du prépuce n'est pas une chose indifférente; en privant le gland de son enveloppe protectrice elle lui fait perdre une partie de sa sensibilité tactile, et nuit ainsi à la perfection du sens génital. D'une autre part, il est un bon nombre de personnes qui tiennent, non sans raison, à l'intégrité de leurs organes et chez lesquelles l'idée seule d'une difformité même légère de ce côté est un sujet incessant de préoccupations pénibles.

Il n'était donc pas sans intérêt de trouver une méthode opératoire susceptible de remédier à l'inconvénient du phimosis, tout en conservant le plus possible l'état normal des organes génitaux.

En examinant, dit M. Maisonneuve, les individus affectés de phimosis congénital, on reconnaît facilement que la partie étroite du prépuce ne forme qu'un cercle peu épais, au delà duquel la peau conserve toute sa laxité.

Il suffit donc d'enlever ce cercle rétréci pour permettre au gland de s'épanouir dans l'érection; et comme par cette opération le prépuce n'a subi qu'une perte de substance insignifiante, il continue de recouvrir le gland lorsque la verge est à l'état de repos.

Après ces considérations, M. Maisonneuve procède à l'opération le 20 janvier 1853.

Le malade, nommé Lebreton (Dominique), est âgé de vingt-deux ans; il est affecté d'un phimosis congénital extrêmement étroit.

Après l'avoir soumis à l'action du chloroforme, M. Maisonneuve fait tirer le prépuce en avant, et d'un coup de bistouri en enlève une tranche circulaire comprenant toute la partie rétrécie.

Aussitôt le prépuce se rétracte de lui-même sur la verge, laissant à découvert le gland encore revêtu de la membrane muqueuse préputiale.

Dans un second temps de l'opération, M. Maisonneuve divise cette membrane muqueuse sur la face dorsale dans l'étendue d'un centimètre seulement, et enlève avec des ciseaux les angles de cette incision. Enfin, dans un troisième temps, il réunit avec des serres-fines les bords du prépuce avec ceux de la muqueuse.

Quarante-huit heures ont suffi pour obtenir la cicatrisation, et le 27 janvier le malade sort de l'hôpital parfaitement guéri. Le prépuce, souple et mobile, recouvre le gland tout entier, et se refoule facilement en arrière de manière à permettre l'érection.

Ce procédé, d'une exécution facile, remplit donc complètement le but que s'était proposé l'habile chirurgien de l'hôpital Cochin. Il a fait disparaître le phimosis sans priver le gland de la protection naturelle que lui fournit le prépuce. Il ne laisse subsister aucune difformité, et a rétabli les parties dans l'état normal le plus satisfaisant à tous égards.

CLINIQUE DÉPARTEMENTALE.

Contusions suivies de déchirure du poumon sans fracture de côtes.

Par M. le docteur MAVEL, d'Ambert (Puy-de-Dôme).

Les déchirures du poumon à la suite de contusions sans fracture de côtes sont, comme il est dit dans le n° du 30 novembre dernier de la *Gazette des Hôpitaux*, un phénomène assez rare pour que je vous prie de publier le fait suivant:

Le 2 novembre dernier, plusieurs ouvriers étaient occupés à enlever les boulons qui reliaient ensemble les différentes pièces du cintre d'un pont; le travail n'était point encore terminé, lorsqu'on vit les différentes pièces de ce cintre se disjoindre et se précipiter pêle-mêle dans la rivière. A la partie la plus élevée, c'est-à-dire à 22 mètres d'élévation, se trouvait le nommé Jacques Pointud, qui tomba dans la rivière avec les 100 mètres cubes de bois formant le cintre.

Pointud fut porté tout meurtri à la maison la plus voisine; là il put, soutenu par deux aides, monter l'escalier d'un premier étage.

M. le docteur Prulières, appelé sur-le-champ, constata plusieurs blessures et contusions à la tête, à la poitrine, sur les membres. Le malade se plaignait surtout d'une douleur dans la région mammaire droite; il fut reconnu qu'il n'existait ni plaie, ni fracture de côtes.

Le malade fut saigné et mis à la diète la plus absolue; le lendemain, le malade toussait, crachait du sang, et un emphysème souscutané occupait tout le côté droit de la poitrine, le cou, l'épaule droite. En trois fois 50 sangsues furent appliquées *loco dolenti*; plusieurs purgatifs furent administrés, le calomel, la crème de tartre, le kermès; enfin un large vésicatoire fut appliqué sur la région mammaire droite.

Je vois le malade au sixième jour de l'événement: la gravité des accidents a déjà cédé au traitement énergique qui a été employé; la toux a diminué; les crachats sont muqueux, jaunes; la douleur de côté a presque cessé; le pouls a 82 pulsations à la minute; l'on compte dans le même temps 28 respirations. Le côté droit est sensiblement plus volumineux que le gauche; par la plus légère pression du doigt sur la peau, l'on entend la crépitation emphysémateuse, en même temps qu'on voit se déplacer l'air qui produit ce phénomène. La sonorité de la poitrine est plus que normale dans le côté droit; le bruit respiratoire ne s'entend aucunement dans tout ce côté.

Les révulsifs cutanés et intestinaux ont été continués encore quelques jours, et cinq semaines après l'accident Pointud a pu venir me voir à pied, à 26 kilomètres de sa résidence. J'ai pu alors examiner sa poitrine et m'assurer que la respiration se faisait aussi bien que possible.

Dans cette observation, aucun doute ne peut s'élever sur l'existence d'une déchirure du poumon et de la phlegmasie de cet organe; mais quelle a été la cause de cet accident? Tout d'abord, et avant de palper le malade, on aurait pu, avec beaucoup de vraisemblance, l'attribuer à une fracture de côte; mais l'exploration attentive du malade a prouvé qu'il n'en était rien.

Il est probable que, pendant sa chute, Pointud aura fait un violent effort d'inspiration, et que, pendant la tension du tissu pulmonaire, un coup violent porté sur le côté droit de la poitrine, aura produit dans le lieu correspondant une déchirure de cet organe, et par suite, tous les symptômes qui ont été observés.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 19 janvier 1853. — Présidence de M. GUERSANT.

Présentation de malade.

M. Chassaignac présente à la Société un jeune garçon de seize ans sur lequel il a pratiqué la désarticulation du troisième orteil du pied droit. L'amputation a été faite par la méthode ovalaire. La cicatrice est parfaite. En présentant ce malade, M. Chassaignac a eu l'intention de fixer l'attention, non pas sur l'opération, mais bien sur la lésion qui l'a rendue nécessaire.

Ce jeune homme fut adressé à l'hôpital Saint-Antoine par M. Gueneau de Mussy. Il présentait une hypertrophie du troisième orteil, qui avait un volume égal à celui du gros orteil. Il n'existait aucune espèce de lésion à laquelle on pût rattacher ce développement anormal. L'affection, dès son début, s'était compliquée de douleurs très vives qui allèrent toujours en augmentant, et qui étaient devenues intolérables.

Après plusieurs mois de tentatives inutiles pour faire cesser cet état de souffrance, après avoir détruit la matrice de l'ongle à l'aide du cautère actuel, M. Chassaignac se décida, sur les instances du malade, à pratiquer l'amputation de l'orteil.

A la dissection, on reconnut qu'il n'existait aucune altération des parties molles, qui ne présentaient que de l'hypertrophie; mais au centre de la phalangette, doublée de volume, on trouva un petit corps dur, osseux, logé dans l'intérieur même de l'os, dont les parois, très amincies, avaient été repoussées en dehors.

L'analyse microscopique du corps anormal sera faite par M. Lebert, qui donnera, dans une prochaine séance, le résultat de cet examen.

Sur la déchirure des ligaments croisés dans la luxation du tibia sur le fémur.

A propos du rapport de M. Richet, M. Chassaignac rappelle que dans l'observation de M. Désormeaux on avait noté les lésions des ligaments croisés. Dans des expériences qui lui sont propres, et qui datent de 1841 (Thèse sur les appareils orthopédiques, page 163), M. Chassaignac avait constaté quelques circonstances intéressantes quant à la force comparative de résistance de ces ligaments. Ainsi, en produisant une extension exagérée de la jambe sur la cuisse, le ligament postérieur interne cède le premier, tandis que dans la flexion, c'est l'antérieur qui se déchire d'abord.

Dans l'observation de M. Désormeaux, on ne se rend pas bien compte du mécanisme qui a produit la luxation. Est-ce pendant la flexion ou pendant l'extension que le déplacement articulaire a été déterminé? Si, dit M. Chassaignac, mes expériences se trouvaient confirmées, cette question pourrait être éclaircie.

M. RICHET, après avoir rappelé que dans le fait de M. Désormeaux il y avait rupture du ligament antérieur, dit que dans les expériences qu'il a répétées sur le cadavre il a trouvé le ligament antérieur intact et le postérieur déchiré lorsqu'il avait produit une extension exagérée.

M. ROBERT pense que l'on ne saurait comparer les altérations produites sur le cadavre avec celles qu'on remarque sur le vivant; aussi n'admet-il pas que les observations de ses collègues puissent offrir une application pratique. Dans une première séance, M. Robert communiquera une observation de luxation en arrière de la jambe sur la cuisse. Les ligaments croisés et les ligaments postérieurs de l'articulation sont détruits.

M. RICHET fait observer que dans les expériences qu'il a faites il ne s'est occupé que des luxations incomplètes. Le fait dont parle M. Robert est relatif à une luxation complète; alors les altérations doivent être bien différentes.

Correspondance.

M. LEBERT, nommé professeur de clinique chirurgicale à Zurich et médecin en chef de l'hôpital, se trouvant dans la nécessité de quitter Paris, demande le titre de membre associé étranger. (Accordé.)

Correspondance imprimée.

M. DEBOUT fait don du XLIII° volume du *Bulletin de thérapeutique*.

La Société reçoit en outre:

1° Le programme des prix proposés pour 1853, 1854 et 1855 par l'Académie des sciences et belles-lettres et arts de Rouen;

2° Le programme des prix proposés pour 1853, 1854 et 1855 par la Société libre d'émulation de la même ville.

Hernie inguinale comprenant une partie de la vessie.

M. ROUX fait la communication suivante:

J'ai eu récemment l'occasion d'opérer une hernie inguinale droite étranglée, présentant, en outre d'une anse intestinale, une notable portion de la vessie. La présence de ce viscère ne fut reconnue que dans le cours de l'opération. La rareté de ce genre de hernie que je n'avais jamais rencontré, l'erreur que j'ai commise, me paraissent donner un grand intérêt à cette observation.

Vendredi dernier fut admis dans mon service un homme qui, depuis quatre jours, présentait des symptômes d'étranglement; il s'agissait d'une hernie inguinale droite volumineuse, existant dès l'enfance. Jusqu'à l'âge de vingt et un an, le malade n'avait rien fait pour la maintenir réduite; ce fut seulement après avoir été exempté de la conscription qu'il se décida à porter un bandage, qui ne remplit jamais le but que l'on voulait atteindre.

Lorsque je vis le malade, on avait tenté à plusieurs reprises la réduction, tant en ville qu'à l'hôpital. Le malade était dans un état très grave; je me décidai, sans plus attendre, à pratiquer l'opération.

La hernie était volumineuse, en haut et en dehors elle avait un prolongement assez dur, en bas et en dedans elle était plus molle, moins consistante; j'opérais avec la plus grande confiance, persuadé que j'avais affaire à une hernie ordinaire.

Les premiers temps de l'opération furent très simples: j'arrivai promptement sur l'anse intestinale étranglée; je débridai le col herniaire et je réduisis l'intestin, qui n'avait contracté adhérence en aucun point et qui me parut dans un état satisfaisant.

Ceci fait, je vis saillir au côté interne du sac une partie que je n'avais point encore aperçue; je crus avoir devant les yeux l'épiploon; l'aspect en était lisse et poli; à la surface se voyaient quelques pelotons graisseux; en passant le doigt à la base de cette espèce de tumeur on reconnaissait qu'elle était libre de toute adhérence.

J'essayai de réduire, je réussis en partie; mais dès que le doigt abandonnait la portion réduite, immédiatement elle ressortait. Plus persuadé que jamais qu'il s'agissait de l'épiploon, je me décidai à en faire l'excision, ce qui était d'autant plus facile que je pouvais saisir la tumeur entre mes deux doigts.

Je procédai avec douceur, coupant en dédolant, lorsqu'enfin je fis une ouverture par laquelle s'échappa un flot d'urine; alors seulement je vis qu'il y avait une cystocèle. Je me hâtai de fermer la petite plaie que j'avais produite et je pansai suivant les règles.

Malgré les évacuations qui survinrent dans la journée, les symptômes d'étranglement persistèrent et le malade s'éteignit vingt-six heures après l'opération.

La pièce pathologique a été disséquée avec soin par M. Roux, qui la soumettra dans la prochaine séance à l'examen de la Société.

C'était bien la moitié de la vessie qui était herniée.

M. Roux pense que la cystocèle existait dès l'enfance; d'abord faible, elle était formée par une partie non recouverte du péritoine; puis, à mesure qu'elle augmentait de volume, elle entraînait avec elle le péritoine et les parties voisines; du reste, les parois de la vessie herniée n'avaient pas augmenté d'épaisseur. On remarquait en un seul point un peu d'hypertrophie du tissu musculaire.

Ainsi, la cystocèle congéniale avait existé dans ce cas pendant de longues années, en s'accompagnant d'anses intestinales, sans avoir ré-

vélé sa présence par aucun symptôme, et même pendant l'opération la présence de la vessie a été méconnue; du reste, dit M. Roux, si j'avoue mon erreur, je dois ajouter que je ne crois pas qu'elle ait eu de l'influence sur le résultat.

La discussion sur ce fait aura lieu lors de la présentation des pièces d'anatomie pathologique.

Rapport.

M. Maisonneuve fait un rapport sur des observations de luxation coxo-fémorale en haut et en avant adressé à la Société par M. le docteur Aubry, de Rennes. (Nous publierons ce mémoire dans un prochain numéro.)

Discussion.

Après la lecture du rapport de M. Maisonneuve, une discussion s'engage sur quelques-unes des opinions exprimées par le rapporteur sur la question des luxations incomplètes.

M. Larrey. Je regrette que M. Maisonneuve, dans son rapport sur l'intéressante observation de M. Aubry, n'ait pas jugé à propos de rappeler un fait comparable à celui-là, et d'autant mieux appréciable pour lui, que ce fait appartient à l'un de ses honorables compatriotes, M. Gély, de Nantes.

Considérant avec Boyer la luxation du fémur en haut et en avant comme très rare, M. Gély a eu en 1840 l'occasion, plus rare encore, d'apprécier anatomiquement une luxation de ce genre, ainsi que l'a déjà fait A. Cooper. Il en a donné connaissance à la Société anatomique, en lui envoyant le moulage en plâtre; il en a communiqué aussi l'histoire à l'Académie de médecine, il en a fait déposer la pièce pathologique au musée Dupuytren; et il en a publié l'observation détaillée (1).

M. Gély, enfin, dans une note annexée à cette observation, incline à admettre, avec M. Malgaigne, pour les cas analogues à celui-là, l'existence des luxations incomplètes.

M. Michon demande que le rapport de M. Maisonneuve soit publié. M. Aubry, en effet, a été attaqué assez vivement dans un journal au sujet de la définition des luxations incomplètes; il est bon de fixer l'attention sur ce point, qui est actuellement en discussion.

M. Gerdy ne comprend pas bien ce que l'on veut dire en désignant des luxations sous le nom de complètes et d'incomplètes; pour son compte, il a vu des déplacements articulaires dont la réduction se faisait avec une extrême facilité. Ainsi, sur un malade mutilé par une machine, il reconnut une luxation de la cuisse; il se contenta d'exercer une pression sur l'os luxé, et immédiatement il reprit sa place. N'était-ce pas là une luxation incomplète? Le malade mourut par suite des plaies terribles qu'il avait reçues. Depuis trois ans le bassin est entre les mains de M. Malgaigne, qui n'a pas encore fait connaître le résultat de ses méditations sur ce sujet.

M. Maisonneuve dit qu'il existe dans la science bon nombre d'exemples de luxations coxo-fémorales qui ont été réduites avec facilité. Ainsi, un médecin du siècle dernier disait que rien n'était plus simple que d'opérer cette réduction; il se contentait pour obtenir ce résultat d'exercer des tractions sur le gros orteil.

Quelquefois des luxations ne peuvent se réduire par les procédés usuels, et lorsqu'on a exécuté de nombreuses et vigoureuses tentatives de réduction, il suffit d'un simple mouvement pour remettre l'os en sa place. Ainsi, Larrey cite une observation de luxation qu'il n'avait pu réduire, lorsque, l'infirmier, en reportant le malade dans son lit, l'ayant déposé brusquement, immédiatement la réduction se fit.

On cite encore l'observation d'un malade qui, n'ayant pu être guéri de sa luxation et montant en fiacre pour retourner chez lui, avait placé sa jambe malade sur le marche-pied de la voiture lorsque les chevaux partirent; il en résulta une chute, et pendant cette chute le fémur reprit sa place. On appelle ces luxations incomplètes. Mais pourquoi les désigner ainsi? dit M. Maisonneuve. Rien ne prouve que cela soit; ne vaut-il pas mieux se contenter alors de désigner la luxation d'après la position que la tête occupe par rapport aux parties voisines?

M. Malgaigne a modifié la définition des luxations incomplètes d'une façon toute particulière, faisant rentrer dans cette catégorie la presque totalité des déplacements articulaires.

Mais dans la science le mot incomplet n'est pas ainsi compris, il a un sens bien plus tranché; il faut qu'une partie des deux surfaces articulaires reste encore en contact. Ce mode de déplacement est facile à concevoir et à expliquer pour des articulations planes, pour des articulations ginglymoïdales; mais dans une articulation orbiculaire, comme celle du fémur, je pense que c'est un non-sens. A peine peut-on, et à l'extrême rigueur, l'admettre pour l'épaule, mais jamais pour la cuisse.

M. Gerdy revient sur l'utilité et la convenance de désigner la luxation d'après la position que prend l'os déplacé par rapport aux parties voisines. Il y a quinze ans, il avait insisté sur cette classification, ignorant que bien longtemps avant lui M. Roux avait eu la même idée.

M. Gerdy propose d'admettre une nouvelle espèce de luxation. Lorsque l'os déplacé prend facilement toutes les positions qu'on lui imprime, alors ce serait une *luxation vague*.

M. Roux rappelle que son travail sur la division et la dénomination des luxations remonte à déjà près de cinquante ans.

Quant aux luxations incomplètes, il n'en a jamais vu; mais il les conçoit parfaitement, et il croit à leur existence.

M. Robert proteste contre l'assertion de M. Maisonneuve, qu'il trouve absolue. Il est très porté à admettre les opinions de M. Malgaigne; seulement il ne croit pas à la fréquence aussi grande des luxations incomplètes; mais il maintient qu'elles peuvent se rencontrer même dans les articulations orbiculaires.

Ainsi, dit M. Robert, j'ai montré à l'Académie de médecine une pièce qui ne peut laisser aucun doute sur ce sujet: il s'agissait d'une luxation ischiatique. Le bourrelet cotyloïdien avait été détruit, et la capsule n'était qu'incomplètement déchirée; il en résultait que la tête fémorale, retenue encore par ce qu'il restait de la capsule, s'appuyait sur une partie du cartilage d'encroûtement de la cavité articulaire, dans l'échancrure rétablie par le fait de la destruction du bourrelet cotyloïdien. C'est bien là certainement une luxation incomplète dans le sens reconnu par presque tous les chirurgiens. Elles sont rares dans les articulations orbiculaires; mais il y a des faits qui ne permettent pas de les nier.

M. Maisonneuve. Je constate que tous les membres de la Société s'entendent bien sur la définition des luxations incomplètes. Ils réservent cette qualification aux déplacements des surfaces osseuses, dans lesquels une certaine portion des parties constituantes de l'articulation se trouve encore en rapport. Nous devons donc nous en tenir à cette définition.

Quant à la possibilité de ce genre de luxation dans les surfaces orbiculaires, j'avoue que le fait cité par M. Robert, fait que j'ignorais, doit modifier mon opinion.

M. Chassaignac insiste sur la valeur de l'observation signalée par M. Robert. Ce fait, qui n'est pas unique, permet d'admettre les luxations incomplètes, même dans les luxations orbiculaires.

Après des observations de MM. Robert et Denonvilliers, on décide que le rapport de M. Maisonneuve sera déposé dans les archives.

Trachéotomie dans un cas de croup. — Guérison.

M. le docteur Combes, de Saint-Germain-en-Laye, présente une jeune enfant âgée de cinq ans, sur laquelle il a pratiqué le 5 octobre 1852 la trachéotomie pour combattre les accidents ultimes du croup.

La guérison est complète. La cicatrice de la plaie du cou est très régulière.

Débris de sonde extraits de la vessie.

M. Chassaignac met sous les yeux de la Société les fragments d'une sonde élastique, dont un morceau, ayant à peu près 13 centimètres de longeur, s'était brisé et séjournait depuis seize heures dans la vessie d'un veilliard. Cet homme fut envoyé à l'hôpital Saint-Antoine par M. le docteur Recurt. Depuis plus de quarante-six ans que ce vieillard fait usage de sondes élastiques, rendues nécessaires par suite d'hypertrophie de la prostate, il ne lui était jamais survenu d'accident. Mais dans un moment de précipitation ayant pris une sonde plus ancienne et plus détériorée que les autres, celle-ci se brisa dans la vessie. Le malade apporta l'autre portion de la sonde, circonstance favorable en ce qu'elle facilita quelques recherches préliminaires à l'opération. On reconnut d'abord que la sonde, tout en ayant d'abord un aspect extérieur satisfaisant, était d'une friabilité telle, qu'elle se cassait sous le moindre effort quand on cherchait à le plier anguleusement. Cette circonstance imposait l'obligation d'employer une pince à pression douce sous peine de fragmenter la portion restée dans la vessie. L'instrument imaginé par M. Le Roy-d'Etiolles fut choisi après avoir été expérimenté sur la portion de sonde apportée par le malade. On procéda alors à l'opération. Le bassin ayant été soulevé au moyen d'un oreiller, une injection d'huile chaude fut introduite dans la vessie. La pince coudée, dont on se fera facilement l'idée en la comparant aux brise-pierres de Heurteloup, fut introduite, puis largement ouverte. Le corps étranger s'y engagea dès la première tentative et fut retiré par M. Chassaignac sans aucune résistance. Par une circonstance heureuse et sur laquelle il n'était guère permis de compter, le morceau de sonde fut saisi précisément à l'une de ses extrémités, de sorte qu'il suivit la direction de l'instrument extracteur, comme s'il en eût fait partie.

Les circonstances qui ont paru influer le plus sur l'heureux résultat de cette opération sont:

1° L'injection huileuse;

2° La douceur de l'instrument;

3° L'avantage inattendu et tout à fait fortuit de la saisie du bout de sonde par une de ses extrémités.

Le vice-secrétaire de la Société, E. Laborie.

— Errata. — Dans le compte-rendu de la séance du 5 janvier, 10 paragraphes du discours de M. Marjolin, commençant par ces mots: Ce qu'il faut..., et finissant par ceux-ci: abuser des moments de la Société, ont été transposés; ils doivent être mis à la suite du 8e paragraphe de la 3e colonne de la page 43, finissant par ces mots: avoir des inconvénients. — Au procès-verbal de la dernière séance, page 45, ligne 23, 2e colonne, *au lieu de* marquent, *lisez* manquent; ligne 33, *au lieu de* contre, *lisez* outre; ligne 34, *au lieu de* podatique, *lisez* podalique; ligne 36, *au lieu de* col, *lisez* cal; ligne 37, *au lieu de* en outre, *lisez* enfin.

CORRESPONDANCE.

Polypes naso-pharyngiens.

Nous recevons de M. le professeur Michaux (de Louvain) la lettre suivante qu'il a adressée à M. Nélaton. Elle contient des détails fort intéressants sur les malades opérés par notre honorable confrère belge et sur le procédé opératoire lui-même.

A M. le professeur Nélaton.

Monsieur et très honoré confrère,

J'ai lu avec intérêt dans la *Gazette des Hôpitaux* du 13 janvier une leçon que vous avez faite sur un cas de polype fibreux de la base du crâne. Vous y mentionnez une ablation du maxillaire supérieur que j'ai pratiquée pour détruire un polype naso-pharyngien. « L'observation n'a pas été complétée, dites-vous, et nous ignorons si la guérison s'est maintenue. » J'ai fait cette opération le 1er décembre 1847; j'ai présenté mon malade à l'Académie royale de médecine de Belgique le 29 janvier 1848 (1). Comme à cette époque on aurait pu douter d'une guérison radicale, j'ai fait revenir mon opéré à l'Académie le 28 juillet 1848 (2). Mes collègues purent constater avec moi que la guérison était complète, que toute crainte de récidive devait être dissipée. En effet, l'opération était faite depuis dix-huit mois; toute la plaie était tapissée par une muqueuse de nouvelle formation, et on remarquait dans son fond le sinus sphénoïdal ouvert, et sur le côté externe l'ouverture de la trompe d'Eustache. L'observation a donc été complétée. J'ai revu souvent le jeune Ver Heyde, sujet de cette opération, et la guérison se soutient parfaitement.

J'ai fait d'emblée, sans essayer d'autres méthodes, une deuxième ablation du maxillaire supérieur à un nommé L'Heureux, d'Orp-le-Grand, pour un polype naso-pharyngien volumineux, s'insérant aux quatre premières vertèbres cervicales, à l'apophyse basilaire, à la face latérale droite du pharynx, à l'ouverture postérieure et dans les cavités des fosses nasales et s'engageant dans le sinus sphénoïdal. La tumeur s'étant ulcérée pendant le séjour du malade à l'hôpital, il se déclara une forte hémorrhagie, le vase de nuit fut rempli de sang, et L'Heureux tomba en syncope. L'opération, pratiquée le 16 juillet 1851, a très bien réussi, et la guérison se maintient.

L'objet principal de votre leçon est le parallèle entre l'extirpation totale du maxillaire supérieur et la résection de la voûte palatine, faites dans le but de se créer une voie pour arriver aux polypes naso-pharyngiens qui ont des insertions sur la base du crâne. Vous donnez la préférence à la résection du palais. Quant à moi, je pense que ces deux opérations ne doivent pas être préférées l'une à l'autre, au choix du chirurgien; chacune a ses applications. Il n'y a pas le moindre doute que, lorsque la résection partielle est jugée suffisante, il ne faille la préférer à l'ablation; mais on devra, d'après moi, recourir immédiatement à cette dernière lorsqu'on aura affaire à un polype volumineux qui a des adhérences multiples et étendues, qui s'engage dans des cavités voisines, qui est formé d'un tissu, qui repullule facilement, et qui peut amener des hémorrhagies ou infecter toute l'économie. Il me paraît que dans ces circonstances l'opérateur ne saurait prendre trop de précautions pour détruire le mal jusque dans ses dernières racines. Pour cela, la voie qui conduit aux points d'insertion doit être directe et large.

Ayez l'obligeance de lire l'observation de mon premier opéré, vous verrez que je ne me suis décidé à extirper le maxillaire supérieur en totalité qu'après avoir essayé à deux reprises différentes d'enlever le polype par la bouche; j'avais fait l'incision préalable du voile du palais et j'avais combiné de diverses manières l'arrachement, l'excision et la cautérisation. Malgré cela le polype répullula.

Vous trouverez encore dans une communication que j'ai faite antérieurement à l'Académie royale de médecine de Belgique l'observation d'un nommé Jean-Philippe Stas, d'Augsbourg, que j'ai opéré en 1845 deux fois d'un polype naso-pharyngien; dans la seconde opération j'avais fendu la commissure de la bouche, et j'avais *réséqué la voûte palatine*. Cet homme succomba à une deuxième récidive (1); je ne cite pas cette dernière observation pour revendiquer la *priorité* de la résection de la voûte palatine, faite dans le but d'attaquer un polype du pharynx, mais pour vous dire comment j'ai été amené à pratiquer chez Ver Heyde l'ablation du maxillaire. J'avais aussi fait des essais nombreux sur le cadavre pour tâcher de conserver soit le plancher de l'orbite, soit la voûte palatine et l'arcade dentaire. Ces études m'avaient démontré qu'il n'y avait qu'un seul moyen d'attaquer la tumeur avec chance de succès, c'était d'extirper la mâchoire supérieure. J'avais, du reste, lu attentivement l'observation publiée par M. Flaubert fils dans les *Archives générales de médecine*, année 1840, et j'y avais remarqué que M. Flaubert père avait attaqué ce polype fibreux à trois reprises différentes par la ligature. La voûte palatine, réduite à l'état de membrane (les os étaient détruits), et le voile mobile du palais avaient été incisés. Le chemin ouvert par Flaubert ressemble beaucoup à l'opération que vous avez inventée.

Quoique j'aie fait la résection de la voûte palatine depuis 1845 pour arriver aux points d'implantation d'un polype, je vous avoue cependant que je n'ai pas eu l'idée de conserver les tissus fibro-muqueux qui recouvrent cette portion osseuse. C'est une heureuse modification qui pourra trouver des applications dans d'autres régions. La conservation des parties molles, suivie de la staphyloraphie et de la palatoplastie, est très avantageuse. Cette belle invention est votre propriété tout entière.

Agréez, etc.

Michaux,
professeur de clinique chirurgicale et de médecine opératoire.

Louvain, le 20 janvier 1853.

A M. le Rédacteur de la Gazette des Hôpitaux.

La Ferté Gaucher, le 16 janvier 1853.

Monsieur le rédacteur,

J'ai lu dans votre numéro du 4 de ce mois un premier article sur l'hygiène des enfants.

« Il faut se hâter d'enlever l'enfant à une nourrice dont les règles ont » reparu. La grossesse agit dans le même sens, mais plus fortement » encore; elle doit donc être considérée comme tout à fait incompatible » avec un bon allaitement. »

Cette phrase, que l'on réimprime sans cesse, ne me paraît nullement être en rapport avec ce qui se passe dans la nature.

Ceci prouve une fois de plus que le médecin qui ne sait que ce qu'il a appris *ne sait rien et n'est bon à rien*, parce que, comme le fait observer M. le professeur Trousseau, mon très affectionné maître, la médecine étant un art, l'artiste, après avoir appris par cœur les chemins battus et connus, ne doit pas s'abandonner en aveugle au fameux *ipse dixit*; mais, au contraire, en physicien selon le sens étymologique du mot, interroger la nature avant de se courber devant les idées d'autrui.

Je m'explique.

Si nous jetons un coup d'œil sur les autres mammifères, nous voyons:

1° Que les juments qui viennent de mettre bas sont soumises au bout de quelques jours à une nouvelle saillie pour donner un poulain l'année suivante à la même époque; par conséquent tous les jeunes chevaux tettent du lait réputé mauvais par les auteurs.

2° Les vaches reviennent au taureau un ou deux mois après le part; il en résulte que toutes ou à peu près donnent pour la consommation quotidienne du lait de bêtes pleines; et ceux qui en usent ne s'en trouvent pas plus mal!

Si nous voulions pousser plus loin nos comparaisons, les exemples ne nous manqueraient pas; mais rentrons dans l'espèce, et disons à tous nos confrères:

Pendant vingt ans nous avons vu bon nombre de nourrices devenues enceintes continuer de donner le sein, et nous pouvons affirmer qu'il ne nous a jamais été possible d'en constater le moindre inconvénient, si ce n'est dans quelque cas le changement en moins dans la quantité.

Agréez, etc.

Joux, Dr en méd. et en chirurg.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Par décret en date du 17 janvier 1853, M. Ladgry (Pierre-Antoine), chirurgien major en retraite, a été nommé chevalier de la Légion-d'Honneur.

— On écrit de Leyde (Hollande), le 11 décembre dernier:

L'empereur des Français vient de nommer chevalier de la Légion-d'Honneur M. le docteur Blume, doyen des professeurs de l'Université de Leyde.

— On lit dans la *Gazette médicale de Toulouse* qu'une commission analogue à celle de Paris a été nommée pour provoquer une manifestation en l'honneur de M. Orfila. Les membres de cette commission sont:

MM. Massabiau, député au Corps législatif;
Dassier, directeur de l'Ecole de médecine;
Gaussail, président de l'Association médicale;
Perpère, président de la Société de médecine;
Magnes, président de l'Association des pharmaciens;
H. Combes, professeur à l'Ecole de médecine;
Filhol, professeur à l'Ecole de médecine;
Teillier, conseiller municipal;
Laforgue, chirurgien-adjoint de l'Hôtel-Dieu;
Lacassin, secrétaire de l'Association des pharmaciens;
Parant, rédacteur du *Journal de médecine* de Toulouse;
Giscaro, rédacteur-gérant de la *Gazette médicale*;
Guitard, *idem*;
Augé, interne, lauréat de l'Ecole;
Videt, *idem*;
Ticier, éudiant, membre de la Société médicale d'émulation.

Cette commission s'est constituée de la manière suivante: président, M. Dassier; secrétaire, M. Giscaro. Elle a décidé qu'une lettre de félicitation et de remerciements serait adressée à l'illustre professeur. Cette lettre est dès aujourd'hui déposée au secrétariat de l'Ecole de médecine, pour recevoir les adhésions des médecins, pharmaciens et étudiants de Toulouse et de la Haute-Garonne.

(1) *Examen pathologique d'une ancienne luxation du fémur en haut et en avant (iléo-pubienne).* — Nantes, 1840.

(1) *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*, année 1847-1848, p. 246.

(2) *Idem*, année 1848-1849, p. 1807.

(1) *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*, année 1846-1847, t. VI, p. 116.

Le Gérant, [illegible]

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 14. — JEUDI 3 FÉVRIER 1853. (26e ANNÉE.) N° 14. — JEUDI 3 FÉVRIER 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40; EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	Trois mois	8 fr. 50 c.
	Six mois	16 »
	Un an	30 »
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	Trois mois	9 fr.
	Six mois	17
	Un an	33
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	Trois mois	10 fr.
	Six mois	20
	Un an	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

Paris, le 2 février 1853.

Séances des Académies.

La seconde partie du rapport de M. Bouvier n'offre pas l'intérêt de la première. Ce n'est pas la faute du rapporteur. Le sujet était ingrat, disons même peu digne de l'Académie. Il s'agissait de juger des corsets sans couture qui n'ont rien de médical, et nous ne savons quelle oiseuse invention d'un busc à développement pour le *délaçage* instantané, que l'on obtient beaucoup plus facilement et plus complétement par un artifice que nous ne nous arrêterons pas à décrire, et qui se rattache au corset le plus généralement employé. Il nous est avis que mesdames les académiciennes auraient été plus à même que ces messieurs de résoudre ces graves questions; elles n'auraient pas manqué de dire que les corsets sans couture sont depuis longtemps jugés dans la pratique et abandonnés, qu'il en est de même du busc à développement, et que le pourvoi des fabricants par-devant l'Académie a probablement pour objet d'influer sur le débit en donnant à penser que, si ces produits sont inférieurs industriellement, ils rachètent cette infériorité par quelques avantages hygiéniques. M. Bouvier voulait faire approuver les corsets sans couture. M. Malgaigne s'est récrié, et il a proposé de répondre au ministre que le sujet n'était pas de la compétence de l'Académie. C'était juste et digne; mais il était à craindre qu'il n'en résultât quelques difficultés dans les relations officielles de l'Académie. C'est ce qu'a compris et fait comprendre M. Lévy, qui, en outre, a fort égayé l'auditoire en analysant le tableau annexé au mémoire de l'un des fabricants, où il y a des modèles pour tous les âges, pour tous les pays, pour toutes les beautés, depuis la *beauté idéale* jusqu'à la *beauté robuste*, dont l'auteur trouve le type en Normandie.

M. Lévy proposait de dire que les corsets sans couture n'offrent aucun avantage. Malheureusement (ce qui est bien extraordinaire pour M. Lévy), sa phrase était contradictoire, en ce qu'elle établissait d'abord que l'Académie n'entendait pas comparer entre elles les diverses espèces de corsets. Là-dessus on s'est fort escrimé, et finalement M. Velpeau a fixé le jugement de l'assemblée en reprenant pour son compte la première partie de la conclusion proposée par M. Lévy. L'Académie a donc déclaré que les corsets sans couture n'offrent aucun avantage au point de vue médical. Ce qui n'empêchera pas les fabricants de se prévaloir, à défaut de l'approbation de l'Académie, des passages du rapport qui sont favorables à leurs produits. Lorsque l'Académie, sous l'empire des considérations qui l'ont déterminée dans cette circonstance, modifie les conclusions d'un rapport, elle devrait décider, en outre, que la teneur même du rapport sera changée dans le sens des nouvelles conclusions : faute de quoi elle ne saurait atteindre son but.

Dans notre article sur la séance précédente, nous avions appelé l'attention sur ce que nous appelons le renversement de la respiration chez la femme par l'effet du corset. M. Bouvier a bien voulu nous répondre. Suivant lui, la respiration ne saurait être divisée en costo-supérieure (respiration féminine) et en costo-abdominale (respiration masculine). De plus, la respiration, d'après MM. Beau et Maissiat, qui ont établi cette distinction, serait costo-supérieure aussi bien chez les petites filles et chez les paysannes que chez les femmes qui portent corset; on ne saurait donc, dit M. Bouvier, attribuer ce mode respiratoire à l'usage du corset. M. Gerdy, de son côté, a avancé que, dans le mouvement d'ascension, les côtes s'élèvent simultanément et toutes, sauf les côtes flottantes, de la même quantité : un pouce dans les grandes inspirations. Soit; les côtes s'élèvent simultanément, et par conséquent on ne saurait établir deux modes respiratoires, l'un supérieur, l'autre inférieur; nous avons tort avec MM. Beau et Maissiat. Mais nous y mettons une condition : il faut que le mouvement des côtes soit aussi facile en bas qu'en haut. Or, cela se peut-il lorsque les côtes inférieures sont contraintes par le corset? Mille fois non, et c'est bien facile à voir. Mettez de chaque côté la main sur la base de votre poitrine, faites une grande inspiration, et vous sentirez quel grand mouvement se passe sous vos mains; répétez la même épreuve sur une femme ayant un corset, et il vous sera facile de reconnaître que ce mouvement est relativement borné (borné par le corset). Cependant, cette femme aura fait une grande inspiration comme vous-même. Il faudra donc, de toute nécessité, que le haut de la poitrine se soit développé outre mesure, puisque le bas est contenu. Voilà pourquoi nous avons dit et maintenons que la respiration costo-supérieure, propre à la femme suivant MM. Beau et Maissiat, est forcément exagérée par le port du corset.

Un observateur de grand mérite et plein de zèle, M. Beau, a lu à l'Académie un travail très intéressant sur l'historique et la pathogénie de l'hypertrophie cardiaque. La dénomination d'*hypertrophie du cœur* a été introduite dans la science en 1811 par Bertin. Mais le fait et la théorie de l'hypertrophie sont beaucoup plus anciennement connus. Sénac et Corvisart les attribuent à Blancard, médecin hollandais (1688). Mais Blancard, dont Haller a dit : *A Morgagno accusatus alienas adnotationes pro suis edidisse, tectis veris auctorum nominibus*, était un maître forban, qui avait purement et simplement volé le fait et la théorie de l'hypertrophie à Mayow (1669), lequel les avait exposés dans un petit volume de physiologie, où M. Beau, plus heureux que ses devanciers, a su les découvrir. Au point de vue de la pathogénie, M. Beau considère l'hypertrophie comme une lésion *providentielle* produite sous l'influence d'un obstacle à la circulation cardiaque, et ayant pour objet de faire surmonter cet obstacle. Nous avons écouté M. Beau avec le plus grand plaisir, et nous ne prétendons pas nous mettre en opposition avec cet excellent esprit. Nous voulons demander seulement, et à M. Beau lui-même, si la question de l'hypertrophie, ainsi envisagée, comprend bien tous les cas d'hypertrophie cardiaque, et si l'on ne voit pas quelquefois l'exagération du mouvement de composition dans le cœur se produire spontanément, c'est-à-dire indépendamment de tout obstacle antérieur à la circulation cardiaque. Il y aurait une hypertrophie qui ne serait pas *providentielle*, et cette ingénieuse proposition de M. Beau — qu'on meurt *malgré* l'hypertrophie, et non d'hypertrophie — ne s'appliquerait pas à tous les cas.

M. de Barbe (de Chaumes) a lu une observation vraiment extraordinaire de plaie de tête par arme à feu. Il s'agit d'un jeune homme dont le fusil a éclaté en joue, et chez lequel la bascule de l'arme, forte tige de fer croisée d'une vis, s'est introduite, à la profondeur de cinq centimètres, dans le crâne, à deux centimètres au-dessus du sourcil droit. Il s'est échappé de la plaie, après l'extraction du corps étranger, une portion de substance cérébrale assez considérable pour remplir une cuiller à café. Le blessé n'a éprouvé ni commotion, ni compression cérébrales. Il a pu chercher les diverses pièces de son fusil et retourner chez lui, [illegible] tance d'un kilomètre, ayant la pièce métallique engagée dans le cerveau. L'intelligence, la parole, la sensibilité, le mouvement sont restés intacts. Il n'y a eu d'autres symptômes qu'une forte céphalalgie frontale et un ralentissement notable du pouls, qui est tombé à 40 (aujourd'hui encore le pouls ne donne que 56). Le traitement a été des plus simples. Ni saignées, ni émétique. Moins d'un mois après l'accident, le sujet retournait à son travail. Les questions doctrinales que soulève ce fait si remarquable seront reprises probablement dans le rapport qui sera présenté sur l'importante communication de M. de Barbe, et alors nous les examinerons de notre côté.

Deux notes d'un intérêt réel ont été communiquées à l'Académie des sciences.

La première est due à l'un de nos chirurgiens militaires les plus distingués, M. Sédillot (de Strasbourg). Elle a pour sujet ce qu'il appelle l'hydrocèle spermatique, dont la cause lui paraît due à la rupture de l'un des canaux afférents du testicule, et dont le traitement consiste à provoquer l'inflammation suppurative du kyste spermatique, dans le but d'en amener l'oblitération. Cette variété d'hydrocèle ne peut être reconnue qu'à l'aide d'une ponction exploratrice et de l'examen au microscope du liquide évacué, dans lequel on trouve de la lactescence, et l'on constate l'existence des zoospermes.

Dans la seconde, MM. Michéa et Alvaro Reynoso indiquent le procédé au moyen duquel ils ont constaté la présence du sucre dans l'urine des épileptiques après leurs attaques. Aucune indication thérapeutique n'est tirée par ces messieurs de la présence de cette substance.

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

Colique hépatique.

Un commissionnaire, âgé de quarante ans, entré dans le service au commencement de janvier, se plaint d'être sujet depuis deux ans à des crampes d'estomac accompagnées de douleurs dans le flanc droit. Cependant il a continué son travail; mais les douleurs, étant devenues plus intenses tout à coup, l'ont forcé à entrer à l'hôpital.

Examiné le soir même, on constata qu'il existait des douleurs très vives à la région épigastrique à droite, descendant dans le flanc droit, dans la cuisse droite, accompagnées de vomissements non bilieux.

Je vis le malade le lendemain à la visite du matin : il était en proie à une colique intense; mais de plus il présentait un ictère qui n'avait pu être constaté la veille au soir, le malade ayant été examiné à la chandelle; il se tordait dans son lit et projetait le tronc en avant de manière à offrir une convexité antérieure et une concavité postérieure, tendant ainsi de toutes ses forces ses muscles abdominaux. On put constater dans les selles qui avaient été rendues dans la nuit la présence de calculs biliaires, et dès lors le diagnostic ne fut plus douteux.

La colique hépatique, facile à diagnostiquer dans certains cas, présente assez souvent une marche insidieuse, et je ne crois pas inutile d'entrer dans quelques détails à ce sujet.

Sous l'influence de conditions que nous essayerons d'apprécier, il se forme dans la vésicule biliaire, les canaux hépatiques, des dépôts de petites masses qui ont reçu le nom de gravelle biliaire, de calculs biliaires, ces derniers ayant quelquefois la grosseur d'un pois à manger, d'un œuf de poule, quelquefois même un volume deux ou trois fois plus considérable. Nous devons étudier le mode de formation de ces calculs et les divers accidents auxquels ils donnent lieu, et qui sont en rapport avec leurs formes et leur volume.

Sous l'influence d'une cause à peu près inconnue, la matière colorante de la bile se dépose, ou bien une phlegmasie de la vésicule survient et des gouttelettes de sang forment un petit dépôt, et autour de ces noyaux primitifs il se forme des dépôts successifs de cholestérine; quelquefois un ver intestinal s'introduit dans le canal cholédoque, dans la vésicule, où il meurt et devient le point de départ, le noyau central d'un calcul biliaire.

Quand le calcul est unique, il prend et conserve la forme sphérique ou ovoïde; lorsqu'il y en a plusieurs, les frottements qu'ils exercent les uns sur les autres les taille à facettes; quand un calcul arrêté dans le canal cystique se trouve pressé par d'autres calculs situés derrière lui, il affecte alors la forme conique; dans la vésicule, ils peuvent s'agréger les uns aux autres et se souder aux parois de la vésicule elle-même qui forme leur enveloppe commune, et si on vient à rompre les adhérences, on trouve qu'elles sont formées par du mucus coagulé.

Suivant que le calcul est unique, qu'il y en a un grand nombre, qu'ils sont très volumineux ou très petits, qu'ils siégent dans les canaux cholédoque, cystique, dans la vésicule, ils donnent lieu à des symptômes différents.

Il y a sept ans, un médecin d'Indre-et-Loire m'écrivit qu'il [illegible] inappétence, douleur assez intense dans le flanc droit, l'épigastre, fortes coliques, et de temps en temps un peu d'ictère, de l'amaigrissement et une hypochondrie portée au plus haut degré. Je lui répondis d'examiner les selles et de m'envoyer les dépôts qu'il y trouverait. Je reçus quelque temps après une boîte pleine de petits graviers verdâtres que je reconnus être des graviers hépatiques.

Lorsque le dépôt de gravelle biliaire se forme dans les radicules des canaux hépatiques, il donne lieu, non pas à la colique hépatique, mais à une douleur obtuse accompagnée d'ictère, et ordinairement de gonflement au foie. C'est une des formes les plus difficiles de diagnostic, en ce qu'elle ressemble à une foule d'accidents étrangers à la formation des calculs biliaires.

Si le calcul est rond et d'un certain volume, il cause de temps à autre, pendant quelques mois, quelques années, des coliques légères, des crampes d'estomac, après lesquelles le malade se rétablit complétement. Le calcul reste dans la vésicule, qu'il habitue peu à peu à sa présence, et ne gêne nullement le cours de la bile.

Si, au contraire, il existe plusieurs calculs petits, on aura au début les symptômes qui accompagnent l'état phlegmasique de la membrane interne de la vésicule; l'introduction d'un de ces calculs dans le canal cystique sera annoncée par une douleur assez vive que l'on a comparée à une crampe d'estomac, et qui durera pendant tout le temps que le calcul séjournera dans les canaux cystique et cholédoque, jusqu'à ce qu'il soit arrivé dans l'intestin. La durée de cette crise est d'une demi-heure au moins, de deux heures au plus.

Quelquefois même, lorsque le calcul est très petit, son passage à travers les canaux cystique et cholédoque est tout à fait inaperçu.

Si le calcul est plus volumineux et de forme anguleuse, son passage donne lieu à une douleur extrêmement vive qui constitue la colique hépatique proprement dite. Cette douleur, tellement violente qu'elle arrache des cris au malade, dure quelquefois plusieurs semaines, et ne cesse que lorsque le calcul est arrivé dans la cavité intestinale ou a rebroussé chemin pour rentrer dans la vésicule biliaire.

Si le calcul est irrégulier et qu'une de ses pointes s'engage vigoureusement dans la paroi du canal cystique ou du canal cholédoque, il détermine alors la colique à son plus haut degré de violence. Le point de la paroi qui est en contact avec le calcul se sphacèle, et le calcul passe à travers l'ouverture dans la cavité péritonéale et donne lieu à une péritonite mortelle.

Quelquefois la douleur persiste et s'accompagne de tous les symptômes d'une péritonite partielle. Ces accidents cessent au bout de quelque temps, et on trouve dans les selles des masses de calculs biliaires, souvent assez volumineux. Dans ce cas, une inflammation adhésive s'est formée entre le colon et la vésicule biliaire ou la portion des canaux en contact avec le calcul, et une perforation, qui a mis en communication la cavité du gros intestin et celle de la vésicule, a donné passage aux calculs hépatiques, qui, mêlés avec les matières fécales, sont rendus dans les selles.

Cette maladie, très fréquente et souvent méconnue, a été observée surtout chez les femmes. Quand elles ont passé l'âge de quarante ans et qu'elles se plaignent de crampes d'estomac, qui

leur reviennent souvent sans cause appréciable, sans indigestions, on doit se défier et craindre la présence de calculs biliaires. Ces crampes d'estomac s'accompagnent bientôt de douleurs vives à l'épigastre, s'irradiant dans le flanc, la poitrine; douleurs obtuses revenant sous forme d'accès, et se prolongeant une demi-heure, une heure.

Bientôt les douleurs deviennent exacerbantes, ressemblant à celles de l'enfantement, et leur durée est d'une à vingt-quatre heures. Le plus ordinairement, cependant, l'accès ne dépasse pas six heures. Des vomissements non bilieux les accompagnent; et si jusque-là le doute a été permis, le lendemain d'un pareil accès la présence de la bile dans les urines doit le dissiper. En effet, ce symptôme est constant, tandis que la teinte ictérique du visage peut manquer.

Ces accès, comme nous l'avons dit, durent environ six heures, quelquefois vingt-quatre heures, et ne laissent à leur suite qu'un mouvement fébrile un peu vif et l'ictère, qui persiste de trois à cinq jours, ainsi que les urines ictériques.

Par quel mécanisme le calcul arrive-t-il de la vésicule dans le duodénum?

Quand un calcul, à la suite de la lithotritie, par exemple, s'engage dans le canal de l'urètre, on comprend que, la vessie se débarrassant de l'urine, celle-ci entraîne le calcul avec elle. Lorsque le calcul s'arrête dans l'uretère, l'accumulation au-dessus de lui de l'urine qui continue à être sécrétée par le rein explique encore sa marche jusque dans la vessie.

Quand des calculs s'arrêtent dans les conduits des glandes salivaires, ils les dilatent partiellement, y forment une ampoule, et dans ce cas l'intervention de la chirurgie est presque toujours nécessaire.

Arrivons maintenant aux conduits biliaires. Quand un calcul s'engage dans le canal cholédoque, le mécanisme est le même que pour les calculs dans l'uretère; l'accumulation de la bile force le calcul à descendre dans le duodénum.

Cette explication n'est plus admissible quand il s'agit du canal cystique. En effet, la présence du calcul dans ce canal y intercepte complétement le cours de la bile, qui ne pourra plus arriver dans la vésicule. Il s'ensuit que, l'accumulation de la bile dans la vésicule biliaire étant rendue impossible par la présence du calcul, celui-ci, n'étant sollicité par aucune force, resterait immobile dans le conduit cystique. Et cependant il marche, et même assez vite. Or, si l'on suppose un état phlegmasique de la vésicule et une exagération dans la sécrétion muqueuse de cet organe, on comprendra comment le mucus peut jouer le rôle de la bile dans le canal cholédoque, de l'urine dans l'uretère, en poussant le calcul jusqu'au canal cholédoque, d'où il sera transporté dans l'intestin.

Les malades traités dans les hôpitaux sortent soulagés, c'est-à-dire que leur colique hépatique a cessé; mais la tendance à la reproduction des calculs reste la même, et bientôt après les malades reviennent en proie aux mêmes souffrances. Il y a donc deux choses à considérer dans le traitement : 1° faire cesser l'accès; 2° empêcher la reproduction des calculs.

Si le calcul est trop volumineux pour passer dans le canal cystique ou qu'il ait déterminé une phlogose intense de la vésicule biliaire, la seule chance de salut est dans la propagation de l'inflammation à l'intestin ou à la paroi abdominale, et l'issue du calcul au dehors ou dans la cavité de l'intestin.

Quand le calcul a le volume d'un noyau de cerise, qu'il s'est engagé dans le canal cystique et passe difficilement, les douleurs intolérables qu'il cause persistent en raison de la difficulté que le calcul éprouve à passer, et les malades, qui voient leurs souffrances se prolonger, sont pris d'accès de désespoir qui les portent à attenter à leur vie. Dans ce cas, les préparations éthérées à l'intérieur, jointes à l'usage des applications de belladone et des bains prolongés, apportent du soulagement; on peut y joindre une palpation ménagée dans le but de faciliter la marche du calcul.

Nous avons employé chez notre malade, en proie à des souffrances atroces, les capsules d'éther, de demi-heure en demi-heure, et trois heures après le début de l'administration le soulagement était énorme; au lieu d'une colique hépatique très intense, il ne restait plus qu'une sensibilité modérée, indice de l'inflammation que la vésicule avait éprouvée.

L'éther a toujours été conseillé dans la colique hépatique; il formait la base du remède de Durande, en y joignant les frictions faites à l'aide de la mixture suivente :

Belladone.	15 grammes.
Axonge.	30 —

On éprouve immédiatement un soulagement marqué. Cette médication amène la cessation du spasme et favorise l'acheminement du calcul.

On a conseillé les vomitifs dans le but d'exciter une contraction des parois abdominales favorisant la progression des calculs, mais ce moyen n'a eu pour résultat que d'exaspérer la douleur inutilement; on n'avait pas pris garde, du reste, que les malades vomissent naturellement pendant la durée de l'accès.

Le plus important n'est pas de guérir la colique hépatique, qui se guérit seule, mais de prévenir les accès en dissolvant les calculs existants si la chose est possible, ou d'empêcher la formation de nouveaux calculs, ce qui est plus praticable.

Durande, se fondant sur la chimie, qui enseigne que les corps gras se dissolvent dans les éthers et les huiles essentielles, crut avoir trouvé un spécifique pour dissoudre les calculs hépatiques, formés en grande partie par une matière grasse, la cholestérine. Dans ce but, il administrait une mixture de trois parties d'éther sulfurique et deux parties d'essence de térébenthine, et il donnait ce mélange de manière à faire prendre tous les jours à ses malades 6 à 10 gram. d'éther et 4 à 6 gram. d'essence de térébenthine. Il persévérait pendant plusieurs mois, tant que le malade pouvait le supporter. L'éther administré sous cette forme est bien retrouvé dans le sang de la veine porte, mais pas en assez grande quantité pour qu'il puisse opérer la dissolution des calculs contenus dans la vésicule, et les matières grasses contenues dans le sang sont dissoutes quand celles contenues dans la vésicule biliaire restent intactes.

Les alcalis, dans ces circonstances, paraissent avoir une efficacité plus grande; ils agissent en dissolvant la matière colorante de la bile qui se trouve dans les calculs, et dissolvent ainsi leurs principes et en facilitent le passage dans les canaux biliaires.

Si la médecine a peu de prise sur les calculs tout formés, si elle ne peut ni les dissoudre, ni les modifier ou leur imprimer une marche à son gré, elle peut du moins prévenir la formation de nouveaux calculs. Lors donc qu'un malade rend des calculs à facettes, ce qui fait supposer qu'il y en a plusieurs dans les voies biliaires, le médecin, tout en l'avertissant de la possibilité du retour des coliques hépatiques, doit cependant lui faire espérer la possibilité d'une guérison définitive dans un avenir plus ou moins rapproché.

La médication instituée doit durer plusieurs années pour imprimer des modifications profondes dans les sécrétions de l'individu, dans toute l'économie; et c'est principalement sur le régime qu'il faut insister.

Insister sur un régime végétal; sur l'abstinence, autant que possible, des substances grasses, telles que le gras de viande, le beurre, la crème, l'emploi habituel des préparations alcalines, qui exercent une grande influence sur la combustion des matières grasses, et, dans ce but, l'administration à l'intérieur de 4 à 8 grammes par jour de bi-carbonate de soude, et l'usage fréquent de bains alcalins préparés avec 150 à 200 grammes de bi-carbonate de soude.

Un pareil régime amène constamment des résultats heureux, quand les malades ont assez de persévérance pour le continuer pendant des années.

CLINIQUE DÉPARTEMENTALE.

Observations de luxations coxo-fémorales en haut et en avant. Examen cadavérique d'une de ces luxations huit jours après sa production. Application de ce dernier cas aux doctrines de M. Malgaigne touchant les luxations ilio-pubiennes;

PAR M. AUBRY,

Ancien interne des hôpitaux de Paris, membre de la Société anatomique, chirurgien des hôpitaux civils de Rennes.

(*Communiqué à la Société de chirurgie, séance du 19 janvier* 1853.)

En publiant ce fait d'anatomie pathologique, nous n'avons pas pour but de faire connaître un cas rare, exceptionnel, et ne devant offrir de l'intérêt qu'en vertu de son caractère anormal; nous croyons, au contraire, qu'il est la représentation des cas ordinaires; et c'est à ce titre qu'il a de l'importance; et pour fixer de suite les idées sur sa nature, nous dirons qu'il est pour nous la démonstration d'un certain nombre de propositions que nous allons placer en regard des assertions contraires de M. Malgaigne.

	OPINIONS DE M. MALGAIGNE.
1° Les luxations coxo-fémorales complètes en haut et en avant s'accompagnent bien réellement des symptômes indiqués par les auteurs classiques. S'il en existe d'incomplètes, ce sont des cas exceptionnels.	1° Les luxations complètes, qui sont singulièrement rares en comparaison des autres, présentent des symptômes tout différents de ceux de la luxation classique.
A. Dans ces luxations complètes, le membre est dans la rotation en dehors, dans l'abduction et non dans l'adduction forcée.	A. La rotation en dehors n'existe plus; le membre est porté dans l'adduction.
B. La tête du fémur fait saillie au pli de l'aine.	B. La tête n'est plus au pli de l'aine.
C. Le raccourcissement n'est pas énorme.	C. Le raccourcissem. est énorme.
2° La tête du fémur repose sur le pubis.	2° La tête serait au-dessus du rebord du bassin, au-devant de l'ilium et non sur le pubis.
3° Le bord de l'os coxal n'est point reçu comme dans une mortaise dans la partie postérieure du col.	3° Ce bord s'engagerait dans l'échancrure postérieure du col du fémur, comme dans une mortaise.
4° La méthode de réduction par flexion et rotation est la meilleure.	4° Le procédé de flexion serait de tous le plus dangereux et le moins susceptible de réussir.

Il y a une quinzaine d'années, les propositions que nous venons d'émettre auraient paru un hors-d'œuvre, une vérité banale, et la dissection que nous avons pu faire d'une luxation récente n'aurait servi qu'à confirmer la doctrine universellement reçue.

Aujourd'hui il n'en est plus de même; M. Malgaigne a remis en question toute l'histoire des luxations de la cuisse; « il a voulu, » dit-il, substituer pour l'une des grandes variétés de la luxation » coxo-fémorale une histoire réelle et positive au roman que l'on » enseigne dans les écoles »; et pour arriver à ce but il a usé de tous les moyens de publicité; cours particuliers, articles de journaux, discussions scientifiques, enseignement officiel enfin, rien ne lui a manqué.

Il est résulté de là qu'on ne peut aujourd'hui parler d'une luxation de la cuisse sans se trouver face à face avec M. Malgaigne; c'est ce qui explique notre entrée en matière et l'opposition que nous avons placée sous les yeux de nos lecteurs.

Bien que le but principal de ce travail soit la description anatomo-pathologique d'une luxation récente en haut et en avant, nous demanderons la permission de rapprocher de ce fait deux autres cas de luxation sus-pubienne qu'il nous a été donné d'observer; cela nous permettra de soumettre à l'appréciation du public une critique que nous a value, de la part de M. Malgaigne, la publication d'un de ces faits dans les *Archives de médecine*.

Obs. I. — *Luxation du fémur en haut et en avant, réduite par l'extension sur la cuisse fléchie.* (Archives de médecine.)

Nous ne donnerons ici que le résumé de cette observation, dont on trouvera les détails dans le journal que nous venons d'indiquer.

Le 5 août 1845, je reconnus sur un adulte une luxation du fémur en haut et en avant, aux symptômes suivants : décubitus horizontal en supination; membre inférieur droit plus court que le gauche de 3 centimètres environ, dans la rotation en dehors et reposant sur sa face externe; jambe légèrement fléchie sur la cuisse; la pointe du pied inclinée en bas et en dehors; région trochantérienne moins saillante que dans l'état normal. Un peu en dehors du milieu du pli de l'aine, tumeur appréciable par la vue, d'une forme arrondie, dure au toucher et bien évidemment constituée par la tête du fémur. Enfin, au-devant de la partie interne de la tumeur on sentait les pulsations de l'artère crurale.

Procédé de réduction. — Le blessé étant couché sur le dos, je saisis avec les deux mains la partie inférieure de la cuisse pendant que le bassin était fixé par deux aides; alors je relevai le genou en fléchissant la cuisse presque à angle droit sur le tronc, ce qui ne se fit pas sans un effort assez considérable; puis, m'aidant de mes deux jambes, dont l'une appuyait sur la face externe de la cuisse luxée tandis que l'autre pressait sur le côté interne de la jambe, j'imprimai au membre un mouvement de rotation en dedans, tout en continuant l'extension avec toute la force dont j'étais capable. Après une demi-minute à peu près, nous perçûmes le bruit sec dont s'accompagne ordinairement la rentrée brusque de la tête du fémur dans sa cavité.

Nous considérions, bien entendu, ce fait comme une luxation complète; nous disions que la tête reposait sur le pubis; enfin nous avions réduit par un procédé que M. Malgaigne déclarait impossible. Mais si nous étions en opposition avec lui, nous avions du moins observé à son égard les convenances les plus rigoureuses. Le savant professeur a-t-il fait de même envers nous. On va en juger par un échantillon de l'article dont M. Malgaigne nous honora dans son journal du mois de mars 1847 :

« Nous disions, dans les *Archives*, que nous avions peine à croire que la tête sphérique et lisse du fémur pût rester à cheval sur le rebord de la cavité cotyloïde.

» Nous ajoutions que, quand même la tête serait sur le bord, elle ne toucherait plus la surface diarthrodiale de la cavité, et que dès lors, puisqu'il n'y avait plus contact entre les surfaces articulaires, on devrait y voir une luxation complète. »

Au fond, la critique de M. Malgaigne se résumait à dire que mon observation était un exemple de luxation incomplète, parce que :

1° *La cuisse était sur le côté externe;*

2° *Le procédé de flexion avait réussi.*

On nous engageait, de plus, à vérifier sur le cadavre la légitimité de ces deux assertions.

Eh bien! nous avons à offrir à M. Malgaigne quelque chose de mieux que la vérification sur le cadavre; c'est l'examen de notre pièce : il y *verra qu'avec un déplacement où la tête est à 18 à 20*mm. *au delà du bord du cotyle il y a rotation en dehors du fémur, et que la cuisse repose sur le côté externe.*

Que M. Malgaigne nous permette donc de lui appliquer l'une de ses phrases, en lui faisant remarquer « combien est vaine et futile l'autorité des grands noms quand elle est en désaccord avec l'autorité des faits (1).

Un second cas de luxation sus-pubienne s'est offert à nous à l'Hôtel-Dieu de Rennes, dans le service de notre ami et collègue M. A. Guyot, chirurgien des hôpitaux et professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole secondaire de médecine.

Voici l'exposé de ce fait :

Obs. II. — *Luxation sus-pubienne du fémur compliquée d'une fracture de jambe avec plaie. Tentatives infructueuses de réduction au bout de deux mois.*

Le 27 avril 1850, Pierre André, âgé de vingt-cinq ans, garçon de ferme, conduisant une charrette médiocrement chargée, fit une chute par suite d'un faux pas, et avant qu'il eût le temps de se relever, l'une des roues lui passa sur la jambe gauche, puis sur la partie supérieure de la cuisse.

Le 28, on transporte le blessé à l'Hôtel-Dieu de Rennes où l'on constate une luxation de la cuisse gauche en haut et en avant, plus, une fracture compliquée des os de la jambe du même côté. Le gonflement considérable de tout le membre et la gravité de la fracture paraissant à M. Guyot une contre-indication à toute tentative de réduction du fémur, on se borne à combattre l'inflammation en soumettant la jambe fracturée aux irrigations d'eau froide, qui sont continuées jusqu'au 9 mai.

Ajoutons que, pendant les premiers jours de son admission à l'hôpital, le blessé éprouva une rétention d'urine qui nécessita le cathétérisme. Cet accident ne se produisit plus à l'époque où je suivis les symptômes offerts par ce malade.

Le 10 mai, je procède à l'examen et je constate les faits suivants : Pierre André est un garçon d'une bonne santé habituelle, de taille et de force moyennes; il est couché sur le dos; le bassin est légèrement incliné du côté luxé, il en résulte que le genou gauche paraît un peu plus bas que le droit et qu'il y a un allongement apparent. La partie supérieure de la cuisse gauche est le siége d'un gonflement assez notable; en mesurant comparativement la circonférence des deux cuisses dans le tiers supérieur, je trouve, à gauche, 49 centimètres; à droite, 42.

On voit sur la partie antérieure de la jambe une eschare irrégulièrement arrondie de 5 ou 6 centimètres de diamètre, et déjà en partie détachée. La mobilité et la crépitation qui ont été constatées par M. Guyot ne laissent aucun doute sur l'existence de la fracture. Jambe gauche légèrement fléchie sur la cuisse, reposant sur sa face externe, ainsi que le pied. La cuisse également dans la rotation en dehors et dans l'abduction. En représentant l'axe du corps prolongé entre les membres par une corde tendue, le fémur forme avec cet axe un angle de 35 degrés. La cuisse n'est pas fléchie, mais dans une position moyenne entre la flexion et l'extension.

La région trochantérienne est déprimée à la vue; le toucher fait encore mieux reconnaître en ce point un vide manifeste; quant à préciser la situation exacte du grand trochanter, on ne le sent pas assez nettement pour établir ses rapports soit avec la crête iliaque, soit avec l'épine antérieure et supérieure.

Vers le milieu du pli de l'aine est une tumeur arrondie superficielle, dure au toucher, suivant les mouvements imprimés au fémur, et manifestement constituée par la tête de cet os. Cette tumeur donne 6 centimètres en travers et de bas en haut; les doigts promenés sur elle de dehors en dedans commencent à sentir les battements de l'artère crurale au niveau de son tiers interne, mais ceux-ci sont plus forts et plus distincts lorsqu'on arrive aux limites internes de la tête osseuse.

Un lien tendu entre l'épine iliaque antéro-supérieure et l'épine du pubis croise la tumeur de l'aine et passe à 2 centimètres au-dessus de son centre, et à 1 centimètre au-dessous de sa partie la plus élevée.

En suivant avec les doigts l'espèce de corde formée par l'arcade crurale, on reconnaît qu'elle est refoulée en haut par la tête du fémur.

Du centre de celle-ci à l'épine iliaque antérieure et supérieure, la mensuration donne 70 millimètres; du même point à la symphyse du pubis, 80 millimètres; de la limite interne de la tumeur à l'épine du pubis, 35 millimètres.

Pour mesurer la longueur du membre luxé, j'ai donné à celui du côté opposé le même degré d'abduction : la jambe a été fléchie de la même manière, après quoi, j'ai tendu 1 mètre entre l'épine iliaque

(1) Mémoire sur les luxations coxo-fémorales en haut et en avant (*Revue médico-chirurgicale de Paris*, août 1847).

antéro-supérieure et la base de la rotule, et j'ai eu, pour le côté luxé, 430 millimètres, et pour le côté sain, 450 millimètres; différence, 2 centimètres.

L'état général du sujet est assez satisfaisant; le pouls est à 80; la soif modérée, l'appétit bon; les fonctions digestives et cérébrales n'offrent aucun trouble. Ne voulant pas suivre jour par jour l'histoire de ce malade, je me bornerai à dire qu'aucun accident n'entrava la consolidation de la fracture, ni la guérison de la plaie qui suivit la chute de l'eschare.

Du 10 mai au 25 juin je visitai souvent André; je vérifiai chaque fois devant des élèves ou des confrères l'exactitude des symptômes indiqués ci-dessus.

Le 25 juin, la fracture étant consolidée, M. Guyot tenta la réduction de la luxation.

Le blessé étant couché sur le côté sain et convenablement maintenu par des lacs contre-extensifs, on fixa au-dessus du genou un drap plié en cravate, dont les deux chefs furent confiés à cinq ou six aides vigoureux.

Les tractions furent faites d'après la méthode classique, c'est-à-dire suivant la direction qu'occupait le fémur luxé; malgré les efforts soutenus de l'extension et ceux du chirurgien qui repoussait la tête de l'os en arrière et en bas, celle-ci ne changea pas de place.

Après quelques instants de repos, on recommença de nouvelles tentatives; mais cette fois, au lieu de faire tirer sur la cuisse étendue, on fit diriger les efforts des aides de manière à fléchir la cuisse sur le bassin. Cette seconde manœuvre n'ayant pas été plus heureuse, on s'en tint là, et le blessé fut reporté dans son lit.

Aucun accident ne survint. Le 1er août, André commença à marcher avec des béquilles. Lors de sa sortie, qui eut lieu le 20 septembre, la tête du fémur était toujours au pli de l'aine; il y avait de la claudication, mais le blessé commençait à appuyer sur le pied. Le membre, pendant la marche, était dans la rotation en dehors.

Désirant m'assurer de l'état dans lequel se trouve le membre, je me suis transporté le 27 juin 1852 à la ferme où demeure André.

Je le rencontrai au moment où il se rendait, à pied et sans appui, au bourg voisin, situé à quatre kilomètres de sa demeure; j'eus tout le loisir de le voir marcher, et voici ce que je remarquai : il y a de la claudication; chaque fois que le pied gauche se pose à terre, le bassin s'incline visiblement de ce côté. Le membre ne paraît plus dans la rotation en dehors, et le blessé a parfaitement conscience du redressement graduel qui s'est opéré. La pointe du pied est à peine inclinée en dehors; elle n'est pas abaissée, et c'est le talon qui appuie surtout sur le sol. Le pied tend à se tourner vers le côté externe, comme l'atteste l'usure de la chaussure, qui est plus prononcée en dedans qu'en dehors.

Depuis un an, André marche sans bâton; il se livre aux travaux de l'agriculture. Il fait souvent à pied trois ou quatre lieues; mais alors il éprouve de la gêne, quelquefois même de la douleur dans l'aine gauche. Lorsque notre blessé veut monter à cheval, il est obligé de se tenir assis, le membre gauche ne pouvant se prêter à l'écartement nécessaire pour qu'il puisse se mettre à califourchon.

André s'étant déshabillé et couché sur son lit, je reconnais un amaigrissement notable de la cuisse gauche, la circonférence de sa partie moyenne n'étant que de 40 centimètres; celle de la cuisse droite est de 49 centimètres. La jambe est étendue sur la cuisse, mais il n'y a aucun obstacle à la flexion du genou. Le membre n'est presque plus dans la rotation en dehors. Le raccourcissement n'a presque pas varié; il est maintenant d'un centimètre et demi, à droite, 45 centim.; à gauche, 43 1/2. La tête du fémur ne forme plus à l'aine une tumeur aussi saillante; elle semble avoir perdu sa forme arrondie, ce qui peut rendre compte de la diminution du raccourcissement. Les mouvements du fémur sur le bassin sont extrêmement bornés, on ne peut fléchir la cuisse à angle droit; encore la flexion à angle obtus se fait-elle surtout aux dépens des mouvements de totalité du bassin. Dans l'abduction, la crête iliaque gauche s'élève, tandis que la droite s'abaisse.

Enfin, et ce phénomène est digne d'attention, notre blessé, qui, comme on se le rappelle, avait été atteint de rétention d'urine peu de jours après son accident, est sujet depuis ce temps à de l'irrégularité et de la difficulté dans la miction. Comme il n'a jamais été atteint de blennorrhagie, et qu'avant la luxation l'excrétion des urines se faisait parfaitement, on doit supposer que la gêne actuelle est le résultat du déplacement de la tête fémorale; quant à l'explication de ce fait, nous avouons qu'il ne s'en présente pas de satisfaisante à notre esprit.

OBS. III. — *Luxation de la tête du fémur en haut et en avant. Examen cadavérique huit jours après sa production.*

Le nommé Joseph Roulon, âgé de trente-cinq ans, domicilié à Guignen, département d'Ille-et-Vilaine, fut renversé par une voiture le 1er juin 1852, et l'une des roues lui passa sur la hanche droite. Transporté à l'Hôtel-Dieu de Rennes deux jours après l'accident, il y succomba dans la nuit du 6 au 7 du même mois, sans qu'il nous soit possible de préciser davantage les symptômes observés durant la vie. Ce n'est donc pas une observation complète que nous rapportons, c'est là sans doute une lacune regrettable; mais nous avons été dans l'impossibilité de faire mieux, n'ayant pas vu le blessé avant sa mort; nous savons seulement que pendant les premiers jours qui suivirent l'accident le blessé fut atteint de rétention d'urine, et qu'il a été sondé une fois par le médecin qui lui donna les premiers soins dans son pays, et une seconde fois le lendemain de son entrée à l'hôpital.

Quant à la cause de la mort, nous ne pouvons non plus fournir à cet égard aucun renseignement précis; tout ce que nous savons, c'est qu'elle est survenue presque subitement, et sans que l'élève interne, qui avait vu le blessé le sixième soir, ait reconnu de maladie bien tranchée. Si l'autopsie eût été complète, nous saurions sans doute à quoi nous en tenir; mais il ne nous a pas été loisible de l'achever.

Malgré ces circonstances fâcheuses, nous espérons que les chirurgiens trouveront quelque intérêt dans la lecture de cette observation tronquée, et qu'ils nous pardonneront l'aridité des détails en faveur de la valeur intrinsèque de la pièce anatomo-pathologique que le hasard nous a fournie, et qui, sauf erreur de notre part, est la première de ce genre connue dans la science.

Le 8 juin, nous vîmes le cadavre à la salle d'autopsie; une observation superficielle nous ayant fait reconnaître qu'il présentait une luxation sus-pubienne du fémur, nous procédons à un examen attentif, et en présence de M. A. Guyot, professeur de clinique chirurgicale, et de nombreux élèves, nous constatons les faits suivants :

Le cadavre repose sur le dos; sa stature est moyenne, le système musculaire bien développé; il y a de la rigidité cadavérique.

L'aine droite est le siége d'une ecchymose qui se prolonge vers les régions fessière et crurale. Au niveau de sa partie centrale, les tissus sont soulevés par une tumeur appréciable à la vue; le toucher fait reconnaître que cette tumeur est dure, arrondie, et qu'elle suit les mouvements imprimés au fémur. La cuisse, le genou et la jambe sont dans la rotation en dehors; la pointe du pied est tournée en dehors : en un mot, le membre repose sur la table par sa face externe.

La cuisse, dans une légère abduction, est un peu fléchie sur le tronc; la jambe est fléchie à angle obtus sur la cuisse.

Le membre pelvien du côté opposé est dans la rectitude, et appuie sur la table par sa face postérieure.

Du côté luxé, la région trochantérienne présente un vide très notable; on ne peut plus reconnaître au toucher la saillie du grand trochanter.

Mensurations. — Les deux membres étant placés dans la même attitude, un lien portant les divisions du mètre fut tendu entre l'épine iliaque antérieure et supérieure et la base de la rotule, alternativement du côté luxé et du côté sain : le résultat fut pour le membre luxé 42 centimètres, et pour le membre sain 43 : un centimètre de raccourcissement.

Les parties qu'il importait de conserver étant séparées du cadavre, nous commençâmes quelques heures plus tard la dissection, dont nous allons consigner ici la relation.

Après avoir mis à découvert les ganglions lymphatiques de l'aine, l'arcade crurale, la partie supérieure de la saphène et l'anneau inguinal, la paroi antérieure de l'infundibulum crural fut divisée pour isoler l'artère et la veine de ce nom; le pectiné, le psoas et le nerf crural furent ensuite disséqués avec soin; après quoi nous examinâmes la situation de la tête du fémur dont une portion apparaissait à nu immédiatement au-dessous du ligament de Fallope, au côté *interne* de la veine fémorale et en dehors du pectiné.

L'artère et la veine crurales passent sur le milieu de la tête du fémur. Ces vaisseaux étant renversés de bas en haut, au-devant du ligament de Fallope, on découvre la tête du fémur, dont le tiers externe est encore masqué par un lambeau de la capsule articulaire. Vers le centre apparaît la dépression destinée à donner attache au ligament rond. Cette dépression regarde en avant et un peu en dedans. Une portion du ligament rond, longue de 25 millimètres, est restée attachée à la tête osseuse; son extrémité libre est inégale et frangée.

Le ligament de Fallope, soulevé par la tête du fémur, décrit à son niveau une légère courbe à concavité inférieure; un espace de 12 millimètres le sépare du centre de la portion de sphère articulaire qui regarde en avant (le sujet étant supposé dans la position verticale.)

De ce même point central : 1° à l'épine iliaque antéro-supérieure, la distance est de 70 millimètres; 2° à la symphyse du pubis, 85 millimètres; du point le plus saillant de la partie externe de la tête au milieu de l'épine iliaque antérieure et inférieure, 20 millimètres; du point le plus saillant de la partie interne à l'épine du pubis, 35 millimètres.

Examinée en arrière, du côté de la cavité abdominale, la tête s'aperçoit, par l'anneau crural, appuyée sur la partie antérieure de la portion du pubis qui constitue la limite postérieure de cet anneau. A son côté externe existe encore la cloison fibreuse, dépendance du fascia iliaca, qui, tendue entre le pubis et l'arcade crurale, sépare la gaîne du psoas de l'infundibulum crural, ou partie supérieure de la gaîne des vaisseaux cruraux. La tête du fémur n'est donc pas dans la gaîne du psoas, mais dans ce qu'on a appelé le canal crural.

En écartant avec précaution la tête du fémur de la surface sur laquelle elle repose, on constate qu'elle a laissé en ce point une légère dépression aux dépens des tissus fibreux sous-jacents, qui conservent ainsi son empreinte. *Aucun point de la surface diarthrodiale ne touche le rebord cotyloïdien; une distance de 15 millimètres sépare ce rebord de la ligne où commence le cartilage*, et c'est le col du fémur qui repose sur la partie supérieure et antérieure du bourrelet fibro-cartilagineux, de telle sorte que la tête se trouve, de l'autre côté du rebord du cotyle, appuyée sur la partie interne et antérieure de l'éminence iléo-pectinée. Ce fait capital a été vérifié par un grand nombre d'élèves et par plusieurs médecins.

Le sujet étant couché horizontalement sur le dos, un plan vertical tangent à la partie de la tête fémorale la plus voisine de la cavité abdominale rencontre le pubis en un point distant de 24 millim. du bord du cotyle. Une ligne verticale menée parallèlement à la face postérieure de la branche horizontale du pubis, et passant au niveau du point central de l'hémisphère postérieur de la tête, tombe sur le côté externe de l'orifice du canal sous-pubien.

Le muscle psoas et le nerf crural passent sur la face antérieure du col, qui est devenue externe. Ils se trouvent par cela même repoussés en dehors. L'extrémité inférieure du muscle se recourbe en dedans, au-dessous de la tête et du bord inférieur du col, pour gagner le petit trochanter, dont le sommet est dirigé en avant et un peu en dedans. Le psoas décrit donc une courbure qui embrasse le col en dehors et en bas. Nous aurons plus tard à rappeler cette disposition.

Le pectiné est recouvert dans une grande partie de sa surface antérieure de sang coagulé, noir, adhérant intimement aux fibres charnues, et pénétrant même entre celles-ci. Cette infiltration sanguine se propage en arrière des vaisseaux cruraux, vers le psoas, qui présente aussi quelques ecchymoses. La tête du fémur repousse en dedans le pectiné, et la partie interne de cette éminence est recouverte par le bord externe du muscle, bord qui a subi des déchirures dans quelques-unes de ses fibres.

Le sommet du grand trochanter occupe la partie inférieure et postérieure de la cavité cotyloïde, dont il est séparé par une portion de la capsule et par plusieurs tendons. Celle de ses faces qui normalement regarde en dehors et un peu en avant est dirigée en arrière et un peu en dehors. De l'angle formé par la rencontre du bord supérieur de la même apophyse avec son bord antérieur à la partie la plus élevée du bord cotyloïdien, nous trouvons 20 millimètres; du même point à l'épine iliaque antérieure et supérieure, 84 millimètres.

En résumé, la tête du fémur, s'échappant par la partie supérieure et antérieure de la cavité cotyloïde, a franchi le bourrelet fibro-cartilagineux; et, repoussant en dehors le psoas, déjetant en dedans et soulevant le pectiné, est venue se loger derrière les vaisseaux cruraux, au-devant de l'éminence ilio-pectinée, vers le milieu de l'aine. Le fémur a subi un mouvement de rotation de dedans en dehors, par lequel la portion de sphère ossseuse qui regarde, normalement, en dedans et en arrière, s'est dirigée en avant et en dedans. Le grand trochanter a été porté en arrière, et s'est logé partiellement dans la cavité cotyloïde, en même temps que le fémur, décrivant un quart de cercle de rotation, a eu sa face antérieure portée en dehors, entraînant avec elle le reste du membre dans cette situation nouvelle.

Lésions de la capsule. — Le ligament capsulaire est déchiré transversalement à un centimètre de son point d'attache, au pourtour du cotyle, et cela dans l'étendue de la demi-circonférence antérieure de cette cavité. Dans le point où le col du fémur repose sur le bourrelet cotyloïdien, le lambeau de capsule resté adhérent à l'os coxal est replié en dedans, et les sépare l'un de l'autre.

Le lambeau externe ou fémoral de cette déchirure recouvre une portion de la tête, et forme, sur la partie antérieure du col, devenue externe, une sorte de bride résistante, qui maintient l'os dans la place qu'il est venu occuper par le fait de la luxation; de sorte que le col du fémur est pris dans une espèce de boutonnière constituée par cette bande fibreuse, appartenant à la capsule, et le bord de la cavité cotyloïde.

Lorsqu'on relève l'extrémité inférieure du fémur, comme dans la flexion de la cuisse sur le bassin, la bande fibreuse dont je viens de parler est manifestement relâchée, et le col devient plus libre. Si, au contraire, on abaisse le fémur, comme dans l'extension de la cuisse, sur le bassin, et que l'on exerce *sur le même os une traction dirigée dans le sens de l'axe du membre, on voit la boutonnière qui embrasse le col exercer sur celui-ci une pression plus forte, et produire une sorte d'étranglement.* En même temps le grand trochanter s'enfonce dans le cotyle, et arc-boute contre la partie inférieure du rebord de cette cavité. Ces faits ne devront pas être oubliés dans l'appréciation du mode de réduction qui doit être préféré.

La portion de la capsule fixée à la demi-circonférence postérieure de la cavité cotyloïde n'a subi aucune déchirure, mais elle est refoulée par le grand trochanter, qui se trouve ainsi séparé de l'intérieur de l'articulation. Entre la partie postérieure du grand trochanter et la capsule se trouvent les tendons des muscles pyramidal, obturateur interne et jumeaux. Un commencement de travail adhésif existe entre ces tendons et le ligament orbiculaire.

Muscles trochantériens. — L'obturateur externe est infiltré de sang; ce muscle est manifestement relâché. Le pyramidal, l'obturateur interne et les jumeaux m'ont paru allongés. Le premier contenait dans son épaisseur plusieurs épanchements de sang. La flexion du fémur augmente l'allongement de ces derniers muscles, ainsi que celui des fessiers.

Reprenons maintenant les propositions que nous avons émises en tête de ce travail, et montrons qu'elles sont justifiées par nos observations, appuyées sur l'examen cadavérique du fait récent que nous avons rencontré.

1° Les luxations complètes en haut et en avant s'accompagnent bien des symptômes de la luxation classique; s'il en existe d'incomplètes, ce sont des cas exceptionnels.

Pour apprécier cette proposition, il importe de jeter un coup d'œil sur les assertions émises par M. Malgaigne touchant les luxations coxo-fémorales.

En 1836, ce chirurgien adressait à l'Académie de médecine une lettre dont nous extrairons les passages suivants : « Dans l'état actuel de la science, on n'admet que des luxations complètes du fémur sur l'os iliaque. Boyer regarde les luxations incomplètes comme à peu près impossibles. Sir A. Cooper n'en dit pas un seul mot, et les deux ou trois observations qu'on en possède passent pour des exceptions, dont la rareté même atteste la difficulté. Il y a bientôt un an que, dans un concours public au Bureau central et dans une composition écrite, j'avais avancé que les luxations incomplètes étaient plus fréquentes peut-être que les complètes. Un examen plus approfondi du sujet m'a conduit encore plus loin; *je suis aujourd'hui fermement convaincu que toutes les luxations primitives du fémur produites par une violence extérieure sont incomplètes.* »

Après cette phrase si positive, on peut s'étonner de lire plus loin : « Je ne nie point la possibilité des luxations accidentelles et primitives complètes, mais je nie qu'il en existe un seul cas démontré par l'autopsie. »

Quelques semaines plus tard M. Goyrand ayant adressé à la *Gazette médicale* une observation de luxation du fémur en haut et en avant, M. Malgaigne y ajouta quelques remarques, et disait entre autres choses : « Si tous ceux qui ont publié des faits de ce genre y avaient mis l'exactitude de cet habile observateur, on ne serait pas venu jusqu'ici donner comme une luxation complète un déplacement qui ne raccourcit le membre que de quelques lignes. *La tête du fémur a plus d'un pouce et demi en hauteur, et, en sortant de sa cavité, elle entraînerait un raccourcissement énorme*, qui, pour les luxations en haut et en avant, n'a jamais été observé (1). Il y a plus, c'est que pour cette luxation en particulier on peut constater sur le cadavre un phénomène qui ne se rencontre pas pour les autres. La luxation complète est ici rigoureusement possible sans déchirure complète de la capsule, mais alors la saillie *n'est plus au pli de l'aine, le raccourcissement est énorme, la rotation en dehors n'existe plus, et le membre est porté dans l'abduction.*

Au mois d'août 1847 M. Malgaigne écrivait dans son journal : « Ainsi donc, je professe aujourd'hui que ces luxations primitives complètes du fémur, que j'admettais seulement comme possibles en 1836, existent réellement, et j'espère en donner des observations incontestables. Mais, comme on le verra déjà dans ce Mémoire, elles sont singulièrement rares, en comparaison des autres, et *elles présentent des symptômes tout différents.* »

Dans le même mémoire, au mois de novembre 1847, M. Malgaigne ajoutait, en faisant allusion à Boyer : « Il n'y avait pas alors, on ne connaît pas même encore aujourd'hui d'autopsie de ces luxations (en haut et en avant) à l'état récent. »

Sans doute! et c'est précisément ce qui donnait beau jeu à M. Malgaigne lorsqu'il demandait un seul exemple avéré de luxation complète. C'est aussi ce qui donnera de la valeur à la pièce que nous avons disséquée.

On voit sur cette pièce une luxation complète, puisque la tête est au delà du bord et non sur le bord de la cavité cotyloïde, et cependant le fémur est dans la rotation en dehors, la tête de cet os fait saillie au pli de l'aine, et le raccourcissement n'est pas énorme. Que signifient donc les assertions contraires du savant professeur? Certes, M. Malgaigne a vu ce qu'il a décrit, nous n'en doutons pas; mais il a pris l'œuvre de sa main pour modèle des déplacements accidentels, et c'est là le tort qu'il a eu. Il a produit sur le cadavre des déplacements exagérés auxquels il a réservé le nom de luxations complètes; il a constaté que dans ces cas le membre n'offrait pas les mêmes changements de conformation que ceux qu'ont indiqués les auteurs, et il en a conclu que dans les faits observés par ceux-ci la tête du fémur n'était pas où il venait de la placer. Nous sommes entièrement de son avis sur ce point; mais est-ce une raison pour ne pas admettre de luxations complètes? *La tête ne peut-elle pas se tenir dans un point plus éloigné que le bord du cotyle, et moins élevé que celui où M. Malgaigne place sa luxation complète avec les symptômes tout particuliers qui résultent de ce déplacement artificiel?*

Cette question est résolue aujourd'hui, grâce à notre dissection; et, à moins que M. Malgaigne ne nie le fait que nous soumettons à la Société de chirurgie, il faudra qu'en 1852 il fasse un pas de plus vers les doctrines généralement reçues, en s'éloignant de ses idées de 1836, comme il l'a déjà fait en 1847. Il faudra qu'il reconnaisse qu'une luxation complète du fémur en haut et en avant, s'accompagne des symptômes de la luxation classique.

Dès lors, quand sur le vivant nous trouverons, comme dans nos observations I et II, ces mêmes symptômes, nous serons en droit

(1) Nous espérons prouver plus loin que cette objection n'est pas fondée.

de dire que nous avons affaire à des luxations bien véritablement complètes; non pas de ces luxations faites de toutes pièces, dans lesquelles il y aurait rotation en dedans et raccourcissement énorme, mais à des luxations pareilles à celle que nous avons disséquée, et dans laquelle la tête repose sur la partie antérieure de l'éminence ilio-pectinée, à 18 ou 20 millimètres au delà du bord du cotyle. Dans notre première observation nous avons, il est vrai, reconnu 3 centimètres de raccourcissement, tandis que nous n'en voyons que 2 dans la seconde et 1 dans la troisième; d'où vient, nous dira-t-on, cette inconstance dans les résultats, si le déplacement est le même? Pour nous, cela prouve seulement une chose, c'est que les signes fournis par la mensuration ne doivent pas être pris en trop grande valeur, et qu'une variation de 1 centimètre pouvant avoir lieu, tantôt en plus, tantôt en moins, par le fait même du procédé employé, on aura souvent de légères différences. Chez notre second sujet, celui où nous avons trouvé 2 centimètres, la mensuration a été faite dans les meilleures conditions; elle a été répétée avec tout le soin imaginable à plusieurs reprises, tandis que chez les deux autres les précautions pour éviter une légère erreur n'ont pas été si minutieuses, et il est très possible que dans la première observation nous ayons 1 centimètre de trop, et dans la dernière 1 de moins.

Mais, nous dira M. Malgaigne, comment comprendre que la tête du fémur qui a plus de 1 pouce et demi d'épaisseur soit entièrement sortie de sa cavité, et que le raccourcissement ne soit que de 2 centimètres? Nous croyons pouvoir facilement répondre à cette objection.

Ce n'est pas la partie inférieure de la tête fémorale qui vient se placer sur l'éminence ilio-pectinée; la luxation ne se produit pas par un mouvement d'élévation du membre, mais bien par une rotation exagérée; le fémur tourne sur son axe, le col de cet os décrit un arc de cercle par lequel la tête se porte en avant et en haut, et c'est la partie supérieure de celle-ci qui, se dirigeant en arrière, vient s'appuyer sur l'os coxal : au moins, est-ce là ce qui ressort de l'examen de ma pièce et des symptômes observés sur mes deux autres blessés.

Deuxième proposition. — La tête du fémur repose sur le pubis. « Dans la luxation antérieure et supérieure, dit M. Malgaigne (*Anatomie chirurgicale*), on professe généralement que la tête est sur le pubis : de là la dénomination de luxation sur le pubis (A. Cooper) et de luxation sus-pubienne (Gerdy). Il y a d'abord ici une erreur anatomique que le moindre élève aurait pu rectifier; comme la tête et le col de l'os s'engagent dans l'échancrure ilio-pubienne, le fémur n'est pas même en contact avec le pubis; il repose sur le bord antérieur de l'ilium, et la luxation devrait s'appeler iliaque antérieure; mais ses rapports me paraissent mieux caractérisés en la nommant, comme l'échancrure par laquelle elle se fait, ilio-pubienne.

Nous ferons d'abord observer que, *si la tête et le col de l'os s'engagent dans l'échancrure, la tête ne pourra pas reposer sur le bord du cotyle, il faudra forcément qu'elle soit de l'autre côté.* Quant à la question anatomique, il suffit pour la résoudre de prendre l'os iliaque d'un enfant, d'examiner les trois portions de l'os non encore soudées entre elles, et de voir que l'éminence ilio-pectinée ainsi que la partie antérieure et supérieure de la cavité cotyloïde appartiennent au pubis, et qu'une lame cartilagineuse placée en dehors de l'éminence établit la séparation entre l'ilium et le pubis. Donc, puisque la tête repose sur l'éminence ilio pectinée, elle est bien sur le pubis, et les dénominations de Cooper et de Gerdy étaient exactes. « Nous avions simplement accepté les noms qui nous étaient indiqués par nos devanciers. Ces noms, ne vous plaisent pas? Imaginez-en d'autres, c'est un passe-temps qui ne coûte pas grand chose. » Nous espérons bien que M. Malgaigne nous pardonnera de lui emprunter cette phrase qu'il nous adressait en 1847 : Le riche doit donner aux pauvres.

Troisième proposition. — La méthode de réduction par flexion et rotation est la meilleure.

On se rappelle qu'en 1845 nous avons réduit avec la plus grande facilité, par la méthode en question, une luxation en haut et en avant; il est vrai que ce procédé a échoué chez le blessé qui fait le sujet de notre deuxième observation, mais l'ancienneté de la luxation rend compte de ce résultat; d'ailleurs, les manœuvres ne furent pas les mêmes que celles qui m'avaient réussi.

Au reste, l'examen de notre pièce permet de se convaincre des avantages de la flexion : nous avons vu que le col du fémur était serré dans une sorte de boutonnière dont la partie externe est constituée par une bande fibreuse appartenant à la capsule, et par le muscle psoas refoulé en dehors, tandis que la partie interne était formée par le bord de la cavité cotyloïde; d'autre part, le bord de l'os coxal n'est nullement engagé dans l'échancrure postérieure du col du fémur comme dans une mortaise (1), et rien n'empêche la cuisse d'être fléchie. Mais on peut voir que ce mouvement a pour effet de relâcher le lambeau de capsule appliqué sur le col; en outre, le psoas, qu'une extension de la cuisse allonge évidemment, se trouve, au contraire, relâché par la flexion; en même temps, le grand trochanter sort de la cavité cotyloïde en déplissant la partie postérieure de la capsule qui contribue à remplir cette cavité.

Quand nous publiâmes notre première observation, nous ne pouvions avoir sur l'état de la capsule et du psoas des notions aussi certaines que celles que nous possédons aujourd'hui; cependant, nous disions : Voici par quel mécanisme nous paraît s'être effectuée la rentrée de la tête dans la cavité cotyloïde; en fléchissant la cuisse, nous avons déterminé le relâchement du muscle psoas iliaque, mais ce mouvement avait en même temps pour résultat d'augmenter la tension des muscles fessiers, pyramidal, jumeaux et carré de la cuisse; par conséquent, ces muscles exerçaient au niveau du grand trochanter une traction qui devait agir sur la tête de l'os pour la porter en arrière et en bas vers sa cavité. (*Archives de médecine*, février 1847.)

Nous pensons encore aujourd'hui que cette action des muscles trochantériens doit favoriser la réduction; mais le relâchement des bords de l'anneau qui étrangle le col nous paraît constituer l'avantage le plus grand de la flexion.

Quant au procédé opératoire propre à fléchir la cuisse et à lui imprimer un mouvement de rotation en dedans, on a vu dans le résumé de notre première observation celui qui nous avait réussi.

Maintenant, tout en nous apprenant que la méthode a déjà été employée avec succès dans des cas semblables aux nôtres par l'Homme, Larrey, Devilliers, etc., M. Malgaigne dit : « qu'il préfère le procédé dans lequel le chirurgien, plaçant le jarret du blessé sur son épaule, soulève la cuisse autant qu'il est nécessaire, en lui imprimant un léger mouvement de rotation en dedans, tandis qu'avec ses deux mains, il presse sur la tête luxée pour la repousser en arrière et un peu en dehors. »

C'est là une modification de détail, et nous sommes heureux d'enregistrer les faits rapportés par M. Malgaigne, puisqu'ils prouvent la bonté de la méthode que nous préconisons, et à l'appui de laquelle nous indiquerons encore une observation rapportée dans le tome IX[e] du *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, par M. Félix, officier de santé à Mallemort (Bouches-du-Rhône).

Quant à nous, nous n'avons pas eu l'occasion d'employer de nouveau notre procédé pour une luxation en haut et en avant; mais nous y avons eu recours avec un plein succès, le 23 février 1852, pour réduire, sur un homme âgé de trente-six ans, une luxation en bas et en avant datant de trois jours.

(1) Malgaigne, *Anatomie chirurgicale*.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 1[er] févier 1853. — Présidence de M. Bérard.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Épidémie d'angines couenneuses et gangréneuses.

La correspondance officielle comprend une lettre ministérielle relative à une épidémie d'angines couenneuses et gangréneuses observée par M. le docteur Dubourg dans l'arrondissement de Marmande (Lot-et-Garonne). (Commission des épidémies.)

Eaux minérales de Dammartin-sur-Tigeaux.

Le même ministre transmet des échantillons, avec certificat de puisement, d'une source minérale sise à Dammartin-sur-Tigeaux (Seine-et-Marne). (Commission des eaux minérales.)

Vaccine.

M. Ch. Dumars (de Montpellier) adresse un état détaillé des vaccinations qu'il a pratiquées dans les postes de douane des environs de Montpellier.

Traitement de dilatations pathologiques du système vasculaire par l'électro-puncture.

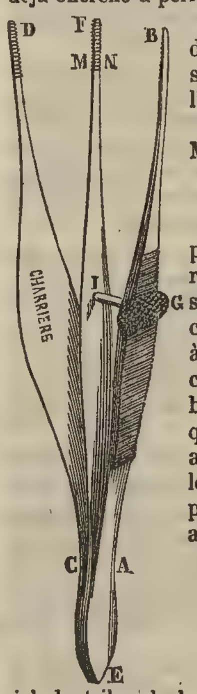
M. Blancvillain (d'Angers), médecin aide-major de 1[re] classe, adresse un mémoire sur les dilatations pathologiques du système vasculaire sanguin et sur leur traitement par l'électro-puncture. (Commissaires : MM. J. Cloquet et Robert.)

Pince nouvelle pour l'opération du phimosis.

M. Bonnefin adresse une note sur l'emploi d'une pince nouvelle dans l'opération du phimosis. (Commissaires : MM. Ségalas, Jobert et Larrey.)

Nouveau forceps.

M. le docteur Sauvé, de La Rochelle, présente à l'Académie un forceps qui a l'avantage de s'articuler dessus et dessous à volonté, afin d'éviter le décroisement des branches que quelques accoucheurs ont déjà cherché à perfectionner.



M. Sauvé fait remarquer qu'avec son agencement d'articulation du pivot, celui-ci a l'avantage de conserver aux deux cuillers la même longueur dans l'une et l'autre position.

Cet instrument a été fabriqué dans les ateliers de M. Charrière.

Nouvelle pince à sutures.

M. le docteur Bonnefin présente à l'Académie une pince qu'il destine à faciliter l'application des sutures faites au moyen d'épingles, d'aiguilles, de fils ou serres-fines; cette pince est composée de trois branches dont une centrale et servant de point d'appui à deux latérales A B, C D. Au milieu de la branche centrale est fixée une petite tige I, terminée par un bouton quadrillé G, qui sert de point d'appui lorsqu'on veut saisir une des lèvres d'une plaie; puis avec la branche restée libre on va saisir la seconde lèvre, qui se trouve ainsi réunie à la première, et permet de faire la suture sans le secours d'aucun aide.

Cet instrument a été fabriqué par Charrière fils.

RAPPORTS.

Corsets sans couture et buses mécaniques.

M. Bouvier lit la deuxième partie du rapport officiel dont il a lu la première partie dans la dernière séance. Cette deuxième partie, qui constitue le rapport à proprement parler, consiste dans l'appréciation des corsets et du busc mécanique qui avaient été soumis à l'examen de l'Académie.

M. Bouvier proposait, au nom de la commission, de répondre au ministre :

1° Que les corsets sans couture de M. M... peuvent, dans certains cas, remplacer avec avantage les corsets en usage, etc.;

2° Que le busc mécanique de M. M..., quoique d'un mécanisme ingénieux, est rarement applicable et n'est pas, en général, préférable aux moyens déjà employés pour produire un effet analogue.

Une discussion très vive s'élève au sujet de la première conclusion. Plusieurs propositions sont successivement soumises à l'Académie à titre d'amendement. L'Académie finit par adopter la conclusion suivante, proposée par MM. Bégin et Malgaigne :

« L'Académie répond que les corsets de M. M... n'ont, au point de vue médical, aucun avantage spécial. »

La deuxième conclusion est adoptée telle que l'a formulée la commission.

LECTURES.

Hypertrophie du cœur.

M. Beau, candidat pour la section d'anatomie pathologique, lit un mémoire intitulé : *Quelques considérations sur l'hypertrophie du cœur.*

Après avoir, dans une première partie de son mémoire, fait l'historique de l'hypertrophie du cœur, et établi, avec la plupart des auteurs, que l'hypertrophie est tout simplement, comme son nom l'indique, une augmentation survenue dans la substance musculaire du cœur, l'auteur résume son mémoire en ces termes : « Je dirai que l'hypertrophie du cœur n'est pas une infiltration passive du liquide; ce n'est pas davantage une altération inflammatoire du muscle cardiaque : c'est une augmentation du tissu, une hypertrophie, en un mot, semblable au développement des muscles des membres, ainsi que Mayow l'a le premier établi. Cette hypertrophie entraîne après elle une force de contraction qui s'épuise à annuler l'effet d'une faiblesse antécédente, et qui le plus souvent est insuffisante pour cela; de telle sorte que les fonctions cardiaques restent enrayées, non pas à cause de l'hypertrophie, mais bien malgré l'hypertrophie. »

Fracture du crâne par explosion d'une arme à feu.

M. le docteur de Barbe, médecin à Chaumes, communique une observation fort intéressante de fracture du crâne par explosion d'une arme à feu. (Nous en publierons les principaux détails dans le prochain numéro.)

— La séance est levée à cinq heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 31 janvier 1853. — Présidence de M. de Jussieu.

Hydrocèle spermatique.

M. Sédillot (de Strasbourg) communique une note sur l'hydrocèle spermatique.

M. Sédillot a eu l'occasion de rencontrer deux fois, chez des hommes adultes jouissant de toutes leurs facultés viriles, des hydrocèles volumineuses, pyriformes, lentement développées, dont le contenu lactescent était formé de sérosité dans laquelle nageaient d'innombrables zoospermes. Il résume les considérations contenues dans cette note en ces termes :

1° L'existence d'hydrocèles spermatiques ne saurait plus être mise en doute, et cette variété nouvelle doit prendre rang dans l'histoire pathologique des tumeurs des bourses;

2° La dénomination d'hydrocèle spermatique est celle qui convient le mieux en raison de la nature de l'affection (tumeur liquide des bourses) et de l'impossibilité de la distinguer nettement aujourd'hui des hydrocèles ordinaires;

3° La cause de ces hydrocèles paraît devoir être attribuée à une rupture d'un des canaux afférents du testicule;

4° La présence d'un kyste primitivement développé autour du produit épanché explique la difficulté du traitement;

5° Toutes les fois que le liquide des hydrocèles sera lactescent, on devra l'examiner au microscope et noter avec soin tous les caractères particuliers, pour arriver à quelques symptômes nouveaux et pathognomoniques de cette espèce d'hydrocèle qu'une ponction exploratrice peut seule faire constater aujourd'hui;

6° Le pronostic devra rester très réservé dans tous les cas d'hydrocèles spermatiques, en raison de la fréquence des récidives et de la persistance de la tumeur;

7° Le traitement aura pour principale indication de provoquer une inflammation suppurative dans l'intérieur du kyste spermatique pour en déterminer l'oblitération.

Présence du sucre dans l'urine des épileptiques.

MM. Michéa et Alvaro Reynoso adressent une note sur la présence du sucre dans l'urine des épileptiques. Nous reproduisons cette note textuellement :

« L'urine des épileptiques après leurs attaques contient du sucre; c'est un fait positif qui résulte d'un assez grand nombre d'expériences qui nous sont propres. Seulement tous les procédés ne sont pas aptes à déceler la présence du sucre dans ce liquide. La solution de potasse, qui suffit ordinairement à révéler cette présence dans l'urine des diabétiques, ne produit aucune réaction dans celle des épileptiques.

» Le saccharimètre n'est pas d'une utilité plus grande; ce moyen n'est ni assez sensible, ni assez commode.

» Les meilleurs procédés, les procédés les plus décisifs, sont la fermentation et la liqueur de M. Bareswil.

» Pour que le liquide de M. Bareswil fournisse des résultats nets et incontestables, il faut prendre certaines précautions. On doit traiter préalablement l'urine d'abord par l'acétate de plomb, qui précipite les matières organiques, et ensuite par le carbonate de soude, qui précipite l'acétate de plomb; après quoi on concentre l'urine, on ajoute la liqueur de M. Bareswil et on fait bouillir.

» Sans ces précautions indispensables pour priver l'urine de ses matières organiques, la présence du sucre ne se trouve pas assez nettement accusée, ou même il se produit des réactions capables de faire soupçonner l'existence de ce principe quand il n'y en a pas un atome dans l'urine. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

M. le ministre de l'instruction publique vient de décider que la place de chef des travaux anatomiques continuerait à être donnée au concours.

— On annonce que M. Wurtz, qui avait été présenté le premier sur les deux listes de la Faculté de médecine et du conseil académique, est nommé professeur de chimie organique.

— La séance générale de l'Association des médecins du département de la Seine, qui devait avoir lieu le 30 janvier, est ajournée au dimanche 6 février.

— On écrit de Saint-Pétersbourg : Dans la matinée du 20 janvier, il y avait 571 malades en traitement. On a compté pendant la journée 55 nouveaux cas, 28 guérisons et 21 décès : restaient 577 malades.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Compendium de chirurgie pratique, ou Traité complet des maladies chirurgicales et des opérations que ces maladies réclament; commencé par MM. les professeurs Auguste Bérard et C. Denonvilliers, continué, à compter de la huitième livraison, par MM. C. Denonvilliers, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, etc., et L. Gosselin, chef des travaux anatomiques et agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital de Lourcine, etc.

La onzième livraison, contenant les maladies de la face, savoir : l'Autoplastie en général, les Maladies du nez, et la Rhinoplastie; les Maladies des fosses nasales; les Maladies des sinus frontaux et maxillaires; les Maladies des paupières, et la Blépharoplastie, vient de paraître. — Prix, 3 fr. 50 pour Paris, et 4 fr. *franco* par la poste. Chez Labé, éditeur, place de l'École-de-Médecine, 23, ancien n° 4; et chez Panckouke, imprimeur-libraire, rue des Poitevins, 14.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 15. — SAMEDI 5 FÉVRIER 1853. (26e ANNÉE.) N° 15. — SAMEDI 5 FÉVRIER 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40; EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE.	Trois mois.	8 fr. 50 c.
	Six mois.	16 »
	Un an.	30 »
GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES.	Trois mois.	9 fr.
	Six mois.	17
	Un an.	33
ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR.	Trois mois.	10 fr.
	Six mois.	20
	Un an.	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Influence épidémique. — Fièvre typhoïde. — Diarrhée. Vomissements.

Les fièvres typhoïdes continuent à être nombreuses, mais généralement elles ne sont pas graves; et, sauf quelques séries malheureuses, la mortalité, dans l'épidémie régnante, a été peu considérable.

A la date du 28 janvier le service de M. Piedagnel (Hôtel-Dieu) comprenait, sur 76 malades, 19 typhoïques (le quart), ainsi répartis : sur 57 femmes (salles Saint-Landry, Saint-François et Saint-Joseph), 10 typhoïques (un peu moins du sixième); sur 19 hommes (salle Sainte-Madeleine), 9 typhoïques (presque la moitié). Quelque temps auparavant, dans cette même salle Sainte-Madeleine, qui compte 21 lits, il y avait 16 typhoïques. Quant aux formes de la fièvre typhoïde (abdominale, thoracique, cérébrale), les 19 cas de M. Piedagnel se répartissent comme il suit : forme abdominale, 12; cérébrale, 6; thoracique, 1. La forme thoracique est représentée ici par l'unité, tandis que dans les autres services, notamment chez M. Andral et chez M. Trousseau, elle était tout à fait prédominante. On se rappelle que chez plusieurs sujets les accidents thoraciques étaient si fortement accusés au début de la maladie, que la fièvre typhoïde passa d'abord inaperçue. Dans un cas grave du service de M. Piedagnel, offrant toute l'apparence extérieure du typhus, nous avons vu, sous l'influence du musc (1 gramme dans un julep) et du camphre (trois demi-lavements avec 10 à 15 centigrammes de cette substance), ou du moins pendant qu'on administrait ces médicaments, la forme cérébrale se changer en forme thoracique, et par suite l'extrême gravité du cas s'atténuer légèrement. M. Piedagnel, observateur plein de sagacité, a vu souvent cette transformation s'opérer, toujours avec atténuation, au moins momentanée, de la gravité de la maladie, et un instant il avait eu l'idée de produire dans la forme cérébrale une dérivation artificielle sur l'arbre bronchique par l'inspiration de vapeurs irritantes. M. Piedagnel nous a fait remarquer l'extrême rareté des taches lenticulaires; à peine en aperçoit-on quelques-unes, peu accusées, sur l'abdomen. De même l'épistaxis, l'entérorrhagie ont été rares, plus que rares même, au moins pour nous, car nous n'en avons pas observé un seul exemple. Somme toute, l'épidémie actuelle n'est aucunement hémorrhagique.

Voici maintenant le relevé des fièvres typhoïdes dans le service de M. Requin, également à l'Hôtel-Dieu. La date de l'entrée des malades n'est pas toujours indiquée. Il suffira de dire que ce relevé, arrêté le 26 janvier, comprend les faits qui se sont présentés depuis le commencement de décembre. Nous le devons aux bons soins d'un studieux élève, M. Bouvyer, externe du service.

Salle Sainte-Martine (femmes). — 39 lits.

N° 1. Fièvre typhoïde. Sortie guérie le 16 janvier 1853.

N° 11. Fièvre typhoïde. Entrée le 10 janvier 1853; en voie de guérison.

N° 13. Fièvre typhoïde. Entrée le 4 janvier 1853; va tout à fait bien.

N° 26. Fièvre typhoïde. Entrée le 5 décembre 1852; bon état.

N° 32. Fièvre typhoïde grave. Entrée le 16 janvier 1853; toujours très malade.

N° 34. Fièvre typhoïde grave. Entrée le 13 janvier 1853; morte le 16 janvier 1853.

Idem. Fièvre typhoïde. Entrée le 18 janvier 1853; va un peu mieux.

N° 35. Fièvre typhoïde grave. Entrée le 5 décembre 1852; guérie, mais retenue à l'hôpital par suite d'une vaste eschare au sacrum.

Salle Sainte-Marie (femmes). — 11 lits.

N° 3. Fièvre typhoïde grave, survenue à l'hôpital le 2 janvier, à la suite de couches; en voie de guérison.

N° 4. Fièvre typhoïde grave. Entrée le 27 décembre 1852; bon état.

Salle Saint-Benjamin (hommes). — 17 lits.

N° 6. Fièvre typhoïde. Sorti guéri le 15 janvier 1853.

N° 7. Fièvre typhoïde. Entré le 25 décembre 1852; a été pris, pendant sa convalescence, d'une pleurésie au côté droit.

N° 8. Fièvre typhoïde. Sorti guéri le 18 janvier 1853.

N° 12. Fièvre typhoïde. Sorti guéri le 8 janvier 1853.

N° 16. Fièvre typhoïde. Sorti guéri le 3 janvier 1853.

N° 17. Fièvre typhoïde. Sorti guéri le 5 janvier 1853.

Idem. Fièvre typhoïde grave. Entré le 7 janvier 1853; va mieux aujourd'hui.

En résumé, sur 67 malades (hommes et femmes), 17 typhoïques (le quart et une fraction), savoir, : sur 50 femmes, 10 cas (le cinquième); sur 17 hommes, 7 cas (pas très loin de la moitié). Nous avons déjà vu que le nombre des typhoïques hommes l'emportait sur celui des typhoïques femmes dans les services réunis de MM. Rayer, Andral et Grisolle, lesquels services nous ont donné les chiffres suivants : 20 typhoïques sur 120 femmes, et 24 sur 102 hommes. En ajoutant à ces chiffres les chiffres réunis de MM. Piedagnel et Requin, nous trouvons : 40 typhoïques sur 227 malades femmes, et pareillement 40 typhoïques sur 138 malades hommes seulement. Ainsi, parmi les malades hommes (en négligeant les fractions), 1 sur 3; parmi les malades femmes, 1 sur 5. Il paraît donc bien certain que l'épidémie typhoïde régnante sévit beaucoup plus sur les hommes que sur les femmes; ce qui s'expliquerait surtout par le genre de vie, si différent dans les deux sexes.

On continue à observer beaucoup de diarrhées. Dans le service de M. Cazenave, à Saint-Louis, il y en a eu plusieurs avec crampes (outre que deux cas de fièvre typhoïde se sont déclarés dans les salles). Chez M. Malgaigne, également à Saint-Louis, un grand nombre de malades ont été pris de diarrhée à la suite d'une nuit plus humide que les précédentes. A la Charité, dans le service de M. Rayer, une femme est entrée ayant eu plus de cinquante vomissements dans une journée, et des selles nombreuses, sans crampes, sans refroidissement. Les matières rendues étaient bilieuses. M. Rayer, dans sa pratique particulière, a vu un cas semblable, mais avec refroidissement. Il est probable que sous l'influence du froid qui commence à se faire sentir la physionomie nosocomiale va changer.

Contractilité musculaire dans la fièvre typhoïde.

On saisit le biceps brachial d'un bord à l'autre avec deux doigts, que l'on ramène au contact au-devant du muscle, en le serrant brusquement, sans trop de force. Il se produit aussitôt une contraction partielle qui se manifeste par un relief transversal dans toute l'étendue que les doigts ont parcourue. Cette contraction vermiculaire, assez douloureuse quelquefois, cesse promptement. On peut produire le même phénomène en passant brusquement et avec assez de force le doigt sur un plan musculaire, tel que le grand pectoral : on voit se former une sorte de nœud, qui disparaît aussi en peu d'instants. Ce signe aurait, d'après M. Piedagnel, une certaine valeur dans le diagnostic de la fièvre typhoïde à forme cérébrale. Malheureusement, il est facile de l'obtenir dans d'autres maladies, et même dans l'état de santé; en sorte que c'est un phénomène tout à fait général. Du reste, M. Piedagnel est le premier à le reconnaître. Il est possible, toutefois, que la contraction soit plus énergique et plus douloureuse dans la fièvre typhoïde cérébrale; cela nous a paru même évident. D'où il suit que pour un homme aussi exercé que M. Piedagnel il peut y avoir là un véritable indice.

Traitement du rhumatisme articulaire aigu par la vératrine.

Voilà un traitement que nous aimons à proclamer, parce qu'il s'adresse non à la manifestation morbide, non à l'affection, mais bien à la maladie, à la diathèse. Que fait la saignée, générale ou locale, dans le rhumatisme articulaire aigu? Elle s'attaque à l'inflammation. Il en est de même de l'émétique, qui produit par l'hyposténisation cardiaco-vasculaire le même effet que la saignée par la diminution de la masse sanguine. Mais l'inflammation est ici l'expression, le résultat de la maladie, qui n'est autre que la diathèse rhumatismale, contre laquelle les déplétifs ou les contro-stimulants ne peuvent rien, pas plus qu'ils ne peuvent contre la maladie, contre la diathèse, dans l'iritis syphilitique, par exemple.

Il en est tout autrement de la vératrine, qui s'attaque à la maladie même, à la diathèse rhumatismale, et par là, secondairement, à l'affection, comme le mercure et l'iodure de potassium s'attaquent à la maladie, à la diathèse syphilitique, et par là, secondairement, à l'affection, à l'iritis, puisque c'est l'exemple que nous avons choisi. Les succès obtenus par M. Piedagnel au moyen de la vératrine sont tels, et se renouvellent depuis si longtemps, que nous sommes pleinement autorisé à être affirmatif à ce sujet. On donne d'abord une pilule, puis deux pilules d'un dixième de grain de vératrine. La moyenne du traitement est de sept jours. La disparition complète des accidents a eu lieu plus promptement encore, en cinq jours, chez un homme que nous avons examiné, et qui avait les épaules, les genoux et les poignets pris simultanément. Le malade est nourri dès qu'il sent le besoin de prendre des aliments. Il n'y a pour ainsi dire pas de convalescence. Les rechutes sont au moins très rares, car M. Piedagnel n'a pas connaissance d'un malade ainsi traité qui soit rentré dans les hôpitaux. La nouvelle médication offrirait en outre un très grand avantage, en ce

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Abrégé de Pathologie médico-chirurgicale, ou *Résumé analytique de médecine et de chirurgie*, par M. le docteur TRIQUET, ex-interne des hôpitaux (médaille d'or), etc.

Un livre manquait aux catalogues pourtant déjà si nombreux et si remplis de la librairie médicale. Au début de ses études, l'élève cherchait vainement un ouvrage qui lui donnât, dans une forme abrégée et essentiellement pratique, des notions exactes et complètes de médecine et de chirurgie; forcé d'aborder immédiatement les savants travaux des maîtres, égaré au milieu des discussions scientifiques et contradictoires, il ne pouvait trouver un guide pour rassembler et fixer ses idées.

Le praticien aussi, l'homme auquel les soins si pénibles et si longs de la clientèle ne laissent point les loisirs nécessaires pour lire et méditer les théories scientifiques, regrettait souvent de n'avoir pas sous la main un ouvrage où il pût trouver rapidement des indications précises, un ouvrage qui fût pour lui comme un souvenir, un résumé exact de ses études antérieures.

La lacune vient d'être heureusement remplie par M. le docteur Triquet.

Trop modeste pour se fier uniquement à ses connaissances personnelles, en faveur desquelles cependant plaident dix années de brillants succès dans les hôpitaux; trop loyal pour ne pas rendre hommage aux maîtres dont les leçons et les écrits l'ont guidé, l'auteur indique à chaque pas les sources auxquelles il a, suivant ses propres expressions, largement puisé. C'est déjà un éloge pour son livre que de citer les noms de MM. Velpeau, Nélaton, Gerdy, Boyer, Malgaigne, Maisonneuve, Vidal, Jobert, A. Bérard, Dupuytren, Cazeaux, Danyau, Laugier, Diday, Voillemier, Richet, Denonvilliers, Gosselin, Rostan, Chomel, Blache, Trousseau, Guersant, Bouillaud, Rayer, Cazenave, Andral, Requin, Louis, Piorry, Valleix, Bretonneau, etc.

Chacun de ces hommes qui marchent à la tête de la science a fourni un large tribut; c'est d'après MM. Velpeau, Nélaton, Diday, Voillemier, que les fractures du radius ont été décrites; la description des fractures du péroné a été faite d'après Dupuytren et M. Maisonneuve; pour l'étranglement des hernies, la remarquable thèse de M. Gosselin a été un excellent modèle; dans la partie qui traite des maladies du larynx, les noms et les ouvrages si renommés de MM. Trousseau et Bretonneau sont cités à chaque instant.

Dans le premier volume, les maladies des os, celles de l'appareil locomoteur et les fièvres ramènent sans cesse les noms des professeurs qui font briller l'école de Paris d'un si vif éclat.

L'article relatif aux fièvres paraît avoir été l'objet d'un soin tout particulier, notamment en ce qui concerne la fièvre typhoïde, les fièvres éruptives et le choléra.

Dans le second volume, nous avons particulièrement remarqué, au milieu d'une foule d'excellents articles, la concision, la netteté et l'exactitude avec lesquelles ont été traitées les maladies du cerveau et notamment l'hystérie et la paraplégie. Il est facile de voir que les excellents travaux de Landouzy, de Henrot et de Bezançon pour l'hystérie; de Frank, d'Ollivier (d'Angers), etc., pour la paraplégie, ont été mis contribution.

L'appareil de l'audition et les maladies auxquelles il est exposé ont été de la part de l'auteur l'objet de travaux tout à fait spéciaux et sérieux, et cela depuis fort longtemps; il est même l'inventeur d'un excellent procédé de cathétérisme pour la trompe d'Eustache. A cet égard, il est vivement à regretter, pour les lecteurs du livre que nous analysons, que M. Triquet n'y ait point inséré les planches auxquelles il renvoie, et que la *Gazette des Hôpitaux* a publiées à diverses époques avec des articles spéciaux. Espérons que ce tort sera réparé dans la seconde édition.

Si nous jetons un coup d'œil sur l'ensemble de l'ouvrage, nous remarquons que l'auteur a suivi l'ordre anatomique et physiologique. C'est une innovation dans les études médicales que nous ne trouvons point blâmables, d'autant plus qu'elle a donné lieu à une autre innovation d'un mérite incontestable, en conduisant l'auteur à faire souvent précéder de descriptions anatomiques les descriptions et études pathologiques.

Résumé de dix années de travaux consciencieux dans les hôpitaux, de conférences et d'observations exactes recueillies sous la direction des plus savants de nos maîtres, l'ouvrage de M. Triquet possède à un haut degré un caractère d'utilité. Les jeunes gens qui débutent dans la carrière médicale le prendront pour guide. Avant d'aller dans les hôpitaux, aux lits des malades, ils auront consulté avec fruit le livre de leur ancien camarade et collègue, qui, par des tableaux pleins de clarté (Ier vol., pag. 304 et 305), leur a rendu extraordinairement facile le travail préliminaire de tout traitement, le diagnostic. Dr JOHANNET.

que le nombre des affections du cœur consécutives au rhumatisme serait considérablement réduit. Nous faisons des vœux pour que notre honorable confrère de l'Hôtel-Dieu publie bientôt les faits extrêmement nombreux qu'il a réunis sur cette méthode.

Varioloïde sans prodromes caractéristiques.

Une femme du service de M. Andral, âgée de trente-cinq ans, a été prise d'une fièvre intense. Au troisième jour, une éruption variolique s'est montrée à l'épigastre, et un examen attentif a fait reconnaître d'autres pustules sur diverses parties du corps. Ce cas est intéressant pour deux raisons. Premièrement, il n'a pas existé de prodromes caractéristiques; ainsi, la malade n'a eu ni vomissements, ni céphalalgie, ni douleurs lombaires, et l'on aurait pu supposer qu'il s'agissait d'une fièvre éphémère. Secondement, on a cru un moment, par suite de l'accumulation des pustules à l'épigastre, que l'éruption était tout à fait locale. Il n'en était rien, comme on vient de le voir; seulement, les boutons étaient plus nombreux sur le creux épigastrique, comme il arrive quelquefois sur des parties de la peau irritées, soit naturellement, par l'effet d'une dermatose, soit artificiellement, par suite de l'application de topiques stimulants. La femme avait été vaccinée. Il s'est montré dans divers services un assez grand nombre de varioloïdes.

Inflammation, gangrène dans la glucosurie.

M. Marchal (de Calvi) a fait connaître, il y a environ un an, un cas de gangrène dite spontanée chez un diabétique. L'urine analysée par M. Mialhe contenait plus de 95 grammes de sucre par litre, et le malade en rendait à peu près 8 litres par vingt-quatre heures. Il avait présenté depuis longtemps divers phénomènes nécrosiques : 1° Des furoncles sur diverses parties du corps; 2° des ampoules aux orteils suivies de la destruction des couches superficielles du derme; des taches rouges disséminées sur les jambes et pareillement suivies de la destruction du derme, d'où sont résultées une foule de cicatrices déprimées qui, pour la plupart, semblent faites avec un emporte-pièce. Finalement, une ampoule s'est produite sur le petit orteil du pied droit, qui a pris bientôt une couleur noire et s'est séparé, au bout d'un mois, à son articulation métatarsienne.

C'est à l'occasion de ce dernier accident que l'on a consulté M. Marchal, qui, recherchant la diathèse à laquelle pouvait se rattacher cette nécrose en apparence spontanée, a fini par reconnaître la glucosurie. Il explique les phénomènes nécrosiques dans ce cas par l'inflammation des vaisseaux, due à la présence du sucre; inflammation qui amènerait la gangrène, en tant qu'inflammation et aussi par l'oblitération de ces vaisseaux. Depuis la communication de M. Marchal, un cas analogue a été publié par M. Champouillon, et de son côté M. Landouzy a fait connaître à l'Académie le cas d'une femme glucosurique morte à l'hôpital de Reims avec un sphacèle des extrémités inférieures. Dans ce dernier cas, l'inflammation a dû affecter les artères principales (artérite oblitérante). La diathèse glucosurique crée donc une diathèse inflammatoire (diathèse secondaire) qui se localise dans les vaisseaux, surtout dans les artères. M. Marchal mit son malade à la diète absolue de substances amyloïdes et à l'usage des alcalins à haute dose (bi-carbonate de soude). Sous l'influence de ce traitement, l'embonpoint se rétablit; les forces, qui étaient diminuées à un point extrême, se relevèrent, et le malade pouvait faire plusieurs lieues par jour, tandis que précédemment un trajet de quelques centaines de pas le jetait dans une indicible fatigue; la proportion de sucre dans les urines avait diminué notablement. Mais le sujet, tourmenté par le désir de manger du pain, ne put résister à cette appétence, qui devient souvent une véritable torture, et le sucre reparut en plus grande abondance dans les urines (64 à 65 grammes par litre, au rapport de M. Mialhe). Bientôt des phlyctènes se développèrent, l'une très volumineuse à la face plantaire du gros orteil gauche, l'autre à l'extrémité du troisième orteil droit; le pied gauche était rouge, chaud, gonflé et douloureux, les battements de la pédieuse étaient très forts et très larges; le troisième orteil droit était également enflammé dans toute son étendue; la rougeur, à l'orteil comme au pied, était un peu violâtre, comme vineuse. Le régime spécial a été repris, de même que l'usage des alcalins *intùs et extrà*; le malade a gardé le lit, des cataplasmes émollients ont été appliqués sur les parties phlogosées, et les accidents inflammatoires se sont amendés, en même temps que la proportion du sucre s'est abaissée environ de dix grammes en quelques jours.

Ankylose de la tête et des vertèbres cervicales.

Au n° 35 de la salle des hommes, dans le service de M. Rayer, à la Charité, se trouve un individu âgé de soixante-quatre ans, qui présente une affection très curieuse et assurément fort rare, puisque M. Rayer n'en a jamais vu de semblable. C'est une ankylose complète des vertèbres cervicales et de la tête, qui est entièrement immobile. Vainement, avec les deux mains, on essaie de lui imprimer des mouvements dans un sens ou dans l'autre; elle reste absolument inflexible, aussi bien que la tige rachidienne jusqu'à la région dorsale. A plus forte raison, le sujet ne peut-il spontanément mouvoir ces parties. Lorsqu'il parle ou lorsqu'il exécute des mouvements du tronc, on sent des contractions énergiques dans les muscles cervicaux postérieurs, qui forment une masse épaisse et compacte. L'affection a débuté il y a sept ans, et ce vieillard l'attribue à des *fraîcheurs*. Il a commencé par éprouver des douleurs dans les membres inférieurs, puis dans les reins, et enfin dans la région cervicale, où elles ont été suivies à bref intervalle de l'état que nous constatons aujourd'hui. Il faudrait donc voir dans cette affection un effet de la diathèse rhumatismale fixée dans les articulations occipito-altoïdiennes et cervico-vertébrales. Le membre inférieur droit est très faible. Cet homme exerçait la profession de carrier; il se plaint beaucoup de la gêne qu'il éprouve, outre qu'il n'est pas quitte de ses douleurs dans la région cervicale.

Cas curieux de rétrécissement de l'urètre.

Un homme obligé de maintenir une bougie à demeure dans son urètre était sorti pour se faire raser, et à son retour n'avait plus trouvé sa bougie. Il crut qu'elle s'était perdue dans la vessie, et entra aussitôt dans le service de M. Velpeau, qui s'assura que la poche urinaire ne contenait aucun corps étranger. Mais ce qui nous intéresse dans ce cas, le voici : cet homme porte habituellement une bougie du plus gros calibre, qu'il introduit avec la plus grande facilité, et qu'il fixe très ingénieusement; mais s'il restait quelques heures sans sa bougie, il ne pourrait plus la faire entrer que difficilement; s'il attendait un jour entier, il ne le pourrait plus du tout, et serait obligé de revenir à des bougies de petite dimension, qu'il remplacerait progressivement par de plus grosses jusqu'à ce qu'il fût revenu à son numéro ordinaire. Sa conviction à cet égard est fondée sur plusieurs tentatives. M. Velpeau a voulu néanmoins s'assurer de la réalité du fait. Le malade est resté vingt-quatre heures sans sa bougie, et les choses se sont passées exactement comme nous venons de dire. Il y a donc dans les parois de ce canal une singulière tendance à revenir sur elles-mêmes. M. Velpeau s'est rappelé un cas semblable qui s'est présenté à lui il y a plusieurs années. Dans le fait actuel, le rétrécissement s'est produit, au dire du malade, à la suite d'une chute sur le périnée. On se demande si l'usage suffisamment prolongé de bougies belladonées et l'application extérieure de la belladone ne seraient pas de nature à corriger cette sorte de contractilité morbide des parois de l'urètre. Mais peut-être, à la vérité, s'agit-il plutôt d'une disposition purement physique, sur laquelle les modificateurs dynamiques n'auraient aucune prise.

Bougies alunées dans le traitement des rétrécissements de l'urètre.

Dans notre dernière *Revue*, un paragraphe a été omis; nous allons en peu de mots le rétablir. M. Jobert traite les rétrécissements de l'urètre au moyen de bougies alunées, et il emploie ce mode de traitement depuis trop longtemps, d'une manière trop générale, pour que ce ne soit pas avec succès. Une bougie conique en cire est légèrement chauffée par son petit bout, que l'on plonge ensuite dans la poudre d'alun; celle-ci adhère aussitôt, et on la fixe moyennant de légères pressions; on recommence jusqu'à ce qu'il y ait une couche suffisamment épaisse d'alun autour de la bougie. Cela fait, l'instrument, convenablement huilé, est introduit dans l'urètre et engagé dans le rétrécissement, où il doit séjourner un temps suffisant pour que la muqueuse puisse être modifiée par l'agent cathérétique (une, deux ou trois heures).

Polype utérin. — Excision. — Mort.

Une femme du service de M. Velpeau a été opérée d'un polype utérin qui, à raison de son implantation dans le fond de la matrice, n'a pu être excisé à sa racine; il est resté une portion du pédicule, que M. Velpeau a cherché à broyer. Pendant trois semaines, la malade s'est trouvée dans un état assez favorable, accusant seulement quelques douleurs peu intenses dans le bas-ventre. Au bout de ce temps, elle a présenté brusquement les symptômes d'une péritonite, et elle a succombé en moins de deux jours. Un vaste abcès s'était formé dans l'un des ligaments larges, et s'était ouvert dans l'abdomen. Selon toute probabilité, au moment de l'opération, il existait déjà un travail phlegmasique dans la partie où l'abcès s'est développé. Quelle raison d'être circonspect dans le pronostic, et attentif aux signes, à la suite des opérations pratiquées sur l'utérus! L'état pathologique latent des dépendances de cet organe est un écueil contre lequel on peut échouer dans ces opérations.

Pansement des plaies fétides avec le liquide désinfectant de M. Ledoyen.

A l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Malgaigne et dans celui de M. Denonvilliers; à l'hôpital Cochin, dans le service de M. Maisonneuve, on a essayé le liquide désinfectant de M. Ledoyen dans le pansement des plaies fétides. Les résultats ont été très satisfaisants. La désinfection a été immédiate, et les plaies ont pris un bon aspect. Ce liquide, comme on sait, doit ses propriétés au nitrate de plomb, et l'on s'explique parfaitement qu'il annule la fermentation putride, dont les principaux produits sont l'acide sulfhydrique et le gaz ammoniacal souvent combinés et formant le sulfhydrate d'ammoniaque. Le soufre de l'acide sulfhydrique se porte sur le plomb et forme un précipité noir insoluble, tandis que l'acide nitrique se combine à l'ammoniaque. On applique le liquide pur ou mitigé, suivant que la plaie est plus ou moins sanieuse. Reste à savoir quelle est l'influence du liquide sur la cicatrisation; elle est favorable, selon toute apparence. Le liquide désinfectant rend d'autres services, et il est surprenant qu'on ne l'utilise pas plus généralement. Mêlé en petite quantité aux matières excrémentitielles, il les prive de toute odeur; appliqué au lavage des vases de nuit, et employé en aspersions pendant qu'on change les malades dans des chambres que l'on ne saurait aérer en même temps sans inconvénients pour eux, il est d'une grande utilité. M. Marchal (de Calvi) s'en est servi en lotions dans un cas de chancre rongeant très envahissant, et le phagédénisme a été arrêté. Un seul fait ne prouve rien, mais celui-là est encourageant. On peut supposer que le liquide en question décompose le pus syphilitique. On pourrait donc essayer de l'employer en lavage après un coït suspect.

CLINIQUE DÉPARTEMENTALE.

MÉDECINE LÉGALE.

Deux cas d'asphyxie par le charbon. — Guérison d'un malade. Mort de l'autre. — Autopsie.

Par le docteur E. Sonrier.

Un accident grave, qui intéresse à la fois la médecine légale et l'édilité publique, vient de mettre en émoi toute la ville de Draguignan (Var).

Le 22 janvier dernier, la rumeur publique racontait que deux voltigeurs du 71e de ligne, jeunes, robustes, avaient été trouvés asphyxiés dans une petite bastide à quelques pas de la ville, habitée pour la première fois, depuis quatre jours seulement, par M. de B... et sa famille.

Voici les faits : Appelé le 19, à 8 heures du matin, nous trouvons dans un petit salon au rez-de-chaussée, à gauche du corridor d'entrée, le nommé Louvel, moribond, dont l'aspect général nous frappe par l'ensemble des symptômes suivants :

Décubitus dorsal, prostration profonde, contraction des extrémités thoraciques et pelviennes glaciales, face pâle empreinte d'une pénible anxiété, intelligence intacte, réponses difficiles, yeux chassieux, conjonctive injectée, pupille dilatée, langue blanche lentement amenée au bord des lèvres livides, pouls lent (55 à 60) et plein, bruits du cœur tumultueux, respiration bruyante, saccadée. Le malade a eu des vomissements nombreux et des déjections alvines abondantes. Telle est la série des symptômes alarmants que nous avons rapidement observés. Une légère odeur acidulée, empyreumatique, répandue dans l'appartement impressionne vivement l'odorat. Changer le milieu délétère en ouvrant largement la porte et la fenêtre; seconder par des boissons chaudes les efforts de la nature qui tendent à rejeter le poison absorbé; ramener la chaleur aux extrémités par des frictions irritantes, calorique, etc. : telles furent les premières indications à remplir, suivies presque aussitôt d'un mieux sensible.

Après quelques questions adressées aux personnes de la maison, au malade lui-même, nous parcourons les appartements du premier étage, où l'odeur, à peine sensible, a cependant déterminé, chez Mme de B... seulement, une légère indisposition caractérisée par de la céphalagie, des nausées, de l'hémoptysie. Nous explorons les ustensiles de cuisine, les cheminées, les matières vomies, les parties génitales de Louvel, pensant que, pour une urétrite, il aurait, selon l'habitude militaire, abusé de la coloquinte; toutes nos recherches sont infructueuses; la nature du poison, qui reste inconnue, ne nous permet pas de neutraliser ses effets par l'administration d'un antidote.

Le malade, revu deux heures après, se trouve mieux; cependant comme la réaction est franche, avec un peu de délire, nous le faisons transporter à l'hôpital, et nos présomptions d'empoisonnement par le charbon sont tellement fortes que nous n'hésitons pas à mettre sur le billet d'entrée : *Intoxication par l'acide carbonique.*

A quatre heures du soir nous visitons le malade, une congestion pulmonaire intense s'est déclarée, expectoration, jus de pruneaux, légère matité à la région dorsale, râle sous-crépitant général, pouls fréquent (80) et développé, aucune douleur dans la poitrine. — Saignée de 480 grammes, couleur naturelle du sang à la sortie de la veine; caillot volumineux, pas de couenne. Il se trouve très bien dans la soirée et peut nous donner enfin les détails suivants.

Dans la nuit du 16 au 17, on a fait du feu pour la première fois dans le salon au-dessus de la pièce où est arrivé l'accident sans qu'il ait ressenti la moindre indisposition; du 17 au 18 il allume le même foyer et se réveille le lendemain avec une violente céphalalgie, dont il ne s'occupe guère; enfin, le 18, après avoir dîné à sept heures, alimenté le foyer du premier étage, il rentre seulement à minuit au rez-de-chaussée. Sa lampe n'a changé ni de couleur ni de forme; mais à peine couché sur son lit haut de deux pieds, il éprouve bientôt une violente céphalalgie, ses yeux sont larmoyants; vers une heure du matin, il est pris de nausées, veut se lever pour sortir, des bruissements vertigineux lui passent par la tête, sa vue se trouble, ses jambes fléchissent, il tombe, ses efforts pour se relever sont inutiles; il dit n'avoir ressenti d'autre douleur qu'une gêne dans la respiration devenue très bruyante. A partir de cette heure sa mémoire lui rappelle une espèce d'ivresse, puis plus rien; à sept heures du matin, on l'appelle, on ouvre, il était étendu immobile sur le parquet. Louvel a vingt-cinq ans, constitution grêle, tempérament nerveux, très pâle.

Le jour même de l'accident le nommé Auffray, vingt-cinq ans, constitution robuste, tempérament musculo-sanguin prononcé, cultivateur, supplie M. de B... de lui laisser continuer le service de son camarade, on finit par y consentir; il dîne à sept heures, se couche à dix dans la même chambre, après avoir allumé du feu dans le salon du haut. La servante, qui couche dans la pièce voisine, n'a rien entendu dans la nuit; le lendemain, 20, on ouvre à six heures la porte de cette pièce, toujours *restée sans feu*, et dans le lit se trouve un nouveau cadavre. La face est pâle, calme, sans expression d'aucune souffrance, mousse blanche dans les narines, pas de vomissements, pas de selles, mâchoire inférieure contractée, chaleur bien conservée; impossibilité de percevoir les bruits du cœur; tous les moyens employés par M. le médecin-major, appelé en toute hâte, ont été inutiles.

Cette nouvelle jette l'alarme dans la population, les curieux accourent; chacun divague à sa manière dans le vaste champ des hypothèses; on se torture l'esprit en recherches. De la cave au grenier, tout a été parcouru, exploré, interrogé. L'acide CO^2, dégagé du foyer du premier étage, peut-il (expérience de d'Arcet), alors que l'appel est faible dans la cheminée, retomber en vertu de sa densité, 1,51, au rez-de-chaussée, chauffé par les rayons du soleil? Mais les cheminées ont chacune un tuyau spécial qui monte jusqu'au toit. Les tapisseries, le plafond, le plancher ont gardé le même silence en cachant leur secret de mort. Une expertise médico-légale pratiquée par deux médecins, un pharmacien et un architecte, arrive, par ses conclusions, au scepticisme le plus décourageant. La superstition s'en mêle; un esprit malin a jeté un sortilége sur cette jolie villa, qui désormais restera inhabitée, maudite!

Nous visitâmes de nouveau, le 21, les appartements. Le salon mesure 45 mètres cubes; une porte, une fenêtre à l'est, une cheminée, le tout fermant hermétiquement. L'odeur piquante s'y fait sentir, quoiqu'on n'ait plus fait de feu dans la maison. M. Fouques, pharmacien, me propose de venir avec d'excellents réactifs expérimenter dans des circonstances tout à fait identiques. Après avoir recueilli les gaz, nous placerons, à différents étages de l'appartement soupçonné, des oiseaux, des bougies allumées.

On apprend, le 22, que la cause de l'accident s'est déclarée; une lueur bleuâtre plus forte décèle la source d'où s'exhale le poison. Plus de doute, le feu du foyer, en chauffant les briques, a développé une combustion lente dans une poutre de sapin qui se trouve

imprudemment placée au-dessous de l'âtre. Le peu d'oxygène compris dans l'entrevous explique la lenteur de la combustion, qui a dû commencer dans la soirée du 17. Les gaz acide carbonique, hydrogène carboné, oxyde de carbone, huile empyreumatique, acétone, etc., éminemment expansibles, emprisonnés dans cet étroit espace, ont fini, en exerçant une pression, par créer des fissures à travers la lame inférieure, formée de roseaux flexibles et de plâtre, filtrer et venir se mélanger avec l'air du rez-de-chaussée, où cependant la bougie restait allumée à côté de Louvel à l'agonie et du cadavre d'Auffray.

La convalescence du premier malade est prompte; le lendemain il est mieux; bon sommeil, crachats rouillés, respiration plus libre. — Diète; lavement purgatif. 4 selles.

Le 22, les crachats sont à peine striés de sang. Le mieux se continue et il sort le 25 complétement guéri.

Autopsie d'Auffray, 35 heures après la mort. Température de 6 à 7°.

L'expression calme de la face ne porte l'empreinte d'aucune souffrance. La rigidité cadavérique, qui a commencé quatre ou cinq heures après la mort, augmente jusqu'au moment de l'autopsie. La chaleur s'est concentrée pour s'éteindre à l'épigastre cinq heures après le décès. Œil vitreux, lèvres livides, mâchoires contractées, ecchymoses aux parties déclives du tronc, larges plaques rosées à la partie interne des cuisses; chairs fermes, n'exhalant aucune odeur de putréfaction; sang noir, liquide dans le système veineux et cœur droit; artères et cœur gauche exsangues. Poumons volumineux, gorgés de sang noir, emphysémateux, surnageant dans l'eau. Vacuité de l'estomac, d'où s'échappent des gaz. Rien à noter dans les intestins et les organes annexes.

L'ouverture du crâne n'a pu être faite.

Après avoir rapporté les faits que nous avons recueillis avec toute l'attention et l'esprit d'observation dont nous sommes capable, après avoir consulté les auteurs sur ce genre d'asphyxie si rare et moins bien connue, nous nous croyons autorisé à en déduire les conclusions suivantes :

1° L'asphyxie a été déterminée par les gaz nés de la carbonisation de 6 pieds cubes d'une poutre placée entre les deux planchers.

2° Les gaz, malgré l'expérience de M. Dalton, où il est démontré qu'un flacon d'hygrogène placé au-dessus d'un autre flacon contenant de l'oxygène se mélangent en parties égales; les gaz, disons-nous, qui sont venus du plafond ont gagné immédiatement les parties déclives de l'appartement, dont la température était alors assez basse. Les accidents ci-dessus et les expériences de M. Devergie ne le prouvent que trop.

3° Contrairement à ce qui arrive lorsque la combustion a lieu dans l'appartement même, l'air ici n'a pas été décomposé par la combinaison de l'oxygène au charbon (acide CO^2), l'azote étant mis à nu, mais seulement déplacé ou mélangé, puisqu'une bougie promenée dans les diverses couches de l'atmosphère asphyxiante n'a subi aucune altération de couleur, de forme ni de volume.

4° Les gaz carbonique et autres ont une double action : 1° en se substituant à l'air respirable (asphyxie), 2° en agissant comme principes délétères (intoxication). Expériences de M. Collard de Martigny. (*Arch. de méd.*, t. XVI, p. 203.)

5° Les mêmes doses de poison ont déterminé chez deux hommes de même âge, placés dans des circonstances identiques, mais de constitution, de tempérament et de profession bien différents, des accidents d'une gravité dont la terminaison est loin d'être la même.

6° Ce fait, important en médecine légale, confirme les belles expériences de M. Edwards (*Dictionn. univ. d'hist. nat.*, art. *Asphyxie*), où il est prouvé que les animaux jeunes, chétifs, développant peu de chaleur, vivent plus longtemps dans les milieux délétères que les animaux dont l'organisation présente des conditions physiologiques contraires.

FRACTURE DU CRANE

par explosion d'une arme à feu;

Par M. le docteur DE BARBE, médecin à Chaumes (Seine-et-Marne).

(*Communiqué à l'Académie de médecine, séance du 1er février.*)

Un jeune homme, âgé de vingt-cinq ans, était le 5 octobre à la chasse, quand, son fusil faisant tout à coup explosion, il fut violemment atteint par les éclats de son arme. L'agrafe de la bascule, supportant encore sa vis, brisa les parois du crâne à 2 centimètres au-dessus du sourcil gauche et, à égale distance des angles interne et externe de l'œil, pénétra dans la substance cérébrale elle-même à une profondeur de 5 centimètres. C'est dans cet état que le malade fut présenté à l'hôpital de Chaumes, une heure après l'accident. Cet homme avait fait à pied un trajet de 2 kilomètres.

Il me fit lui-même l'histoire de sa blessure, et insista sur les soins qu'il avait pris pour chercher à ramasser toutes les parties de son fusil, que l'explosion avait disséminées au loin; il répondait clairement et sans hésitation à toutes les questions que je lui adressais. Rien dans le son de la voix n'était changé; l'intelligence, la sensibilité et le mouvement étaient dans un parfait état d'intégrité; seulement le malade se plaignait d'un violent mal de tête, surtout dans la région frontale. Il y accusait une pesanteur qui lui faisait porter les mains vers cette partie comme pour la soutenir.

Aucune hémorrhagie ne s'était produite ni extérieurement ni intérieurement; au dehors elle paraissait impossible, tant la tige de fer bouchait hermétiquement l'ouverture qu'elle avait faite à la boîte crânienne. A l'intérieur, rien ne la faisait pressentir, ni la pâleur de la face, ni la dépression du pouls, ni aucun de ces symptômes qui indiquent la compression du cerveau ou un épanchement dans la masse cérébrale.

En l'état des choses, il fallait avant tout obéir à l'indication la plus pressante et la plus formelle, c'est-à-dire qu'il fallait extraire le corps étranger. Comment y parvenir? Serait-ce par l'extraction directe; serait-ce par le trépan? Je ne pouvais hésiter : il fallait d'abord tenter l'extraction directe et ne recourir au second moyen qu'en cas d'insuccès. Je ne me faisais pas illusion sur la résistance que je pouvais rencontrer et sur l'ébranlement que je pouvais communiquer à la masse cérébrale; mais une fois mon attention éveillée sur ces deux circonstances, j'opérai avec les plus grandes précautions.

Tout mouvement du malade ayant été rendu impossible par les soins d'un aide, qui tenait appuyée contre sa poitrine la tête du patient, je m'armai de fortes tenailles, qui me permirent de saisir la partie de tige de fer qui faisait saillie au dehors, et j'exerçai peu à peu, graduellement, sans saccades, des mouvements, des tractions directs; la tige paraissait céder et venir à moi, quand j'éprouvai tout à coup une résistance assez vive pour m'obliger à doubler mes efforts; je ne savais à quoi l'attribuer, ne pouvant en accuser le corps étranger dont j'apercevais la forme, quand, après de nouveaux efforts de traction directe, un éclat d'os se détachant, je devins possesseur de ce morceau de fer, dans lequel se trouvait une vis qui formait avec lui un double angle droit qui par conséquent était la cause de la résistance et de la difficulté que j'avais éprouvées à l'extraction de l'agrafe de bascule.

La vis, ainsi que la portion de la tige de fer qui avait pénétré dans le crâne, présentaient des traces de pulpe cérébrale parfaitement caractérisée et qui ne laissaient aucun doute sur la lésion du cerveau; bien plus, après l'opération et après la sortie par la plaie d'une palette et demie de sang artériel, le malade, en secouant la tête, fit tomber un flocon de masse cérébrale, qui eût rempli une forte cuillerée à café. Pendant l'inspiration et l'expiration, il y avait entre les bords de la plaie une sorte de flux et de reflux; le cerveau formait hernie et un lambeau de la dure-mère pendait dans cette solution de continuité. L'hémorrhagie dont j'ai parlé tout à l'heure dura six minutes environ. Pendant ce temps, le pouls était petit, filiforme et tombé au-dessous de l'état normal; le malade, quoique calme, se plaignait toujours d'une violente douleur de tête; il localisait cette douleur au-dessus de l'arcade sourcilière, dans la région frontale et des deux côtés. Aucune fonction n'était profondément altérée; la vue, qui paraissait devoir être atteinte, était dans un état d'intégrité tel, que le malade distinguait l'heure que marquait le cadran de ma montre. Le pansement de cette plaie fut très simple; je n'y employai qu'un plumasseau de charpie cératé, deux bandelettes de sparadrap et deux compresses graduées, que je maintins par quelques tours de bande en capeline.

L'appareil établi, le malade se déshabilla et alla seul jusqu'à son lit. Je l'examinai quand il fut couché : le pouls continuait à être petit, serré et fréquent (96 pulsations par minute); quelques mouvements convulsifs se montraient à la face, mais rien d'anormal ne se dénotait du côté de la sensibilité et du mouvement. La parole était libre, l'intelligence parfaitement intacte; le malade rendait complétement compte de son état et réclamait ce dont il avait besoin. Deux heures après, des vomissements répétés se déclarèrent; je prescrivis une potion antispasmodique et des compresses d'eau froide sur la tête; les vomissements persistèrent toute la nuit sans qu'il fût possible au blessé de goûter un peu de sommeil.

Au bout de douze jours, sans qu'il se soit manifesté d'autres accidents notables que de légères hémorrhagies nasales, la plaie était entièrement cicatrisée et le malade quittait l'hôpital.

Cette observation offre un double enseignement sous le rapport pathologico-chirurgical, aussi bien que sous le rapport physiologique. D'une part, en effet, malgré la force d'explosion et le peu d'espace qu'a parcouru le projectile, il n'y a eu aucun symptôme de compression ni de commotion cérébrale. Sous le point de vue psycho-physiologique, cette observation conduit à cette conclusion, que, dans l'état actuel de la science, les questions qu'elle soulève, relativement aux facultés intellectuelles et au siége de la parole notamment, ne paraissent pas être résolues en faveur de la localisation des facultés intellectuelles. (Commissaires : MM. Laugier, Larrey et Gerdy.)

DES INJECTIONS D'ÉTHER DANS LE RECTUM,

Par M. le Dr DEFER (de Metz).

Un petit malade nommé Amand avait une carie profonde de l'os frontal, qui s'étendait dans la cavité orbitaire droite. Je me décidai, dit M. Defer, à attaquer cette grave affection par adustion, au moyen du cautère actuel rougi à blanc. L'enfant repoussait les inhalations éthérées; je lui fis prendre un lavement de 4 grammes d'éther étendus d'eau. Bientôt l'effet sédatif de cet agent se fit sentir, l'insensibilité devint complète, et me permit de cautériser tous les points du frontal qui étaient atteints par la carie; mais le sommeil se prolongea au delà de l'opération. A quelque temps de là, cet enfant fut atteint d'un abcès froid que je me décidai à traiter par les injections iodées; je lui fis prendre de nouveau un lavement d'éther; le sommeil anesthésique survint, je l'opérai, et il ne se manifesta aucun signe de sensibilité; mais le réveil se fit attendre comme à la suite de la première éthérisation. Ces deux opérations furent suivies d'un succès complet, qui ne s'est pas démenti depuis quatre ans qu'elles ont été pratiquées. Cette première observation est une preuve que l'injection rectale détermine l'anesthésie. En voici une seconde.

L'enfant Chomet, âgé de quatre ans, était atteint d'une hydarthrose qui avait résisté aux injections iodées. Sans abandonner cette méthode, je me décidai à la renforcer par l'adustion au moyen du cautère actuel; mais pour sauver au petit malade la douleur de cette dernière opération, je lui fis prendre un lavement d'éther. Bientôt l'insensibilité se produisit; je soutirai le liquide épanché, que je remplaçai par la teinture d'iode. Mais les extrémités se refroidissent, la respiration se prend, le pouls se concentre; je me hâte de recourir au cautère que j'ai sous la main, et sous son influence la circulation et la respiration se rétablissent.

Cette double opération fit justice de l'épanchement. Ce fait prouve, contrairement à l'affirmation du docteur Pirogoff, que l'éthérisation rectale peut affecter les organes respiratoires, et montre une fois de plus la nécessité pour le chirurgien d'avoir constamment l'œil ouvert sur l'état des grandes fonctions indispensables à la vie pendant l'anesthésie.

Il résulte de ces citations, que j'eusse pu rendre plus nombreuses, ajoute M. Defer, que l'anesthésie rectale produit les mêmes phénomènes que l'anesthésie pulmonaire, qu'elle a sur cette dernière l'avantage de pouvoir être obtenue à l'insu des malades, et par conséquent de leur épargner les appréhensions qui peuvent résulter de l'attente d'une opération; qu'elle détermine un éthérisme beaucoup plus long à s'éteindre que l'éthérisme pulmonaire, et qu'elle ne permet pas, comme les inhalations, l'anesthésie en plusieurs temps. (*Revue des hôpitaux de Metz.*)

CORPS ÉTRANGER DANS LES FOSSES NASALES. EXTRACTION.

Par M. le docteur PINGAULT (de Poitiers).

Une dame, âgée de quatre-vingt-quatre ans, se présenta à la consultation de M. le docteur Pingault, se plaignant depuis quelques mois d'une sensation de gêne dans le nez. M. Pingault crut tout d'abord à l'existence d'un polype. Cependant la malade ne saignait pas du nez en faisant des efforts et en toussant. A l'aide du spéculum, on apercevait au fond de la narine gauche une tumeur de couleur grisâtre, qui n'avançait pas et qui paraissait fixe. Quelques jours après cet examen, M. Pingault fut de nouveau mandé auprès de cette malade. Elle éprouvait une gêne insupportable et n'avait pas de sommeil. Le corps grisâtre qui avait à peine été aperçu le premier jour au fond de la narine était moins éloigné. M. Pingault le saisit alors à l'aide d'une pince. Après des tractions assez fortes, il finit par retirer un corps dur, offrant une portion arrondie, du volume d'un gros noyau de cerise et faisant la moitié du poids total, puis une portion élargie, aplatie, offrant des rugosités et l'aspect de certains calcaires ferrugineux. L'extraction de ce corps fut immédiatement suivie de l'écoulement d'un peu de sang et d'une cuillerée d'un pus épais, qui répandait une odeur infecte. La malade éprouva aussitôt un soulagement marqué, et à dater de ce moment elle fut guérie.

A l'examen de ce corps, on reconnut que sa partie la plus volumineuse logeait un noyau de cerise, et que tout le reste était une matière qui incrustait ce noyau, et que l'on trouva composée de mucus desséché et de sels, parmi lesquels dominaient le carbonate de chaux et l'oxy-sulfure de calcium.

Comment ce noyau de cerise s'était-il introduit dans les fosses nasales? C'est ce qu'il fut impossible de savoir, la malade n'ayant pas le moindre souvenir d'aucune circonstance qui pût la mettre elle-même sur la voie. (*Bull. de la Soc. de méd. de Poitiers.*)

RECHERCHES SUR LA PRÉSENCE DU PHOSPHORE

dans les huiles de foie de morue,

Par M. Jacques PERSONNE.

Communication faite à l'Académie de médecine dans la séance du 25 janvier 1853.

La présence du phosphore dans les huiles de foie de morue a été tour à tour affirmée par les uns, niée par les autres. Le docteur de Jongh, le premier, annonça avoir rencontré du phosphore dans les huiles qu'il a soumises à l'expérience; plus tard M. Gobley l'a constaté dans quelques-unes et n'a pu le trouver dans d'autres : moi-même, dans un travail que j'eus l'honneur de présenter à l'Académie en 1850, je niai l'existence de ce métalloïde dans ces huiles. Depuis, M. Berthé, dans une note envoyée à l'Académie, et M. Riégel dans le *Journal de pharmacie*, ont avancé que le phosphore existait dans toutes les huiles de foie de morue.

Cette divergence d'opinions m'a engagé à reprendre ce travail, et à chercher tous les moyens possibles de résoudre cette question.

J'ai pu me procurer onze échantillons de ces huiles sur l'origine desquelles j'ai eu des données à peu près certaines, et je viens aujourd'hui consigner dans cette note les résultats de l'examen auquel je les ai soumises.

Voici le procédé que j'ai employé après bien des essais ne donnant rien de satisfaisant :

Je brûle l'huile dans une capsule de platine placée sur une lampe à alcool à double courant, afin d'éviter les cendres du charbon de bois, cendres qui pourraient altérer les résultats.

Cette combustion se fait très facilement en ayant la précaution de ne brûler à la fois qu'une quantité d'huile proportionnelle à la capacité de la capsule; en appliquant la chaleur, l'huile entre bientôt en ébullition, répand des gaz qui s'enflamment et laisse enfin un résidu charbonneux au fond et sur les parois de la capsule. Ce résidu charbonneux est ensuite placé sur un couvercle concave de creuset de platine, et porté dans la moufle d'un fourneau de coupelle chauffé au rouge vif; par ce moyen, la combustion de la masse charbonneuse se fait rapidement et complétement, et il ne reste sur le vase de platine que les matières fixes que l'on peut peser quand leur quantité est appréciable à la balance.

Je calcinai ainsi 200 grammes de chacune de ces huiles, et voici les résultats que j'ai obtenus :

1° *Huile des hôpitaux* qui m'avait servi antérieurement de type, comme étant une des meilleures pour la recherche du phosphore. — *Résidu*, 0,003.

2° *Huile blonde de Jongh*, que je dois à l'obligeance de M. Guibourt. — *Résidu impondérable avec traces d'oxyde de fer.*

3° *Huile blonde de Jongh*, provenant du dépôt que le docteur de Jongh a établi à Paris. On sait que c'est cette huile qui a servi à l'étude du docteur de Jongh, et celle qu'il préconise comme devant être préférée. — *Résidu impondérable avec traces de péroxyde de fer.*

4° *Huile blanche*, donnée par M. Guibourt portant l'origine de Bruxelles. — *Résidu*, 0,0025, *de péroxyde de fer.*

5° *Huile blanche* de Hay, (*pharmacie Castiglione*), huile dite anglaise. — *Résidu impondérable, offrant cependant une légère réaction alcaline.*

6° *Huile blanche anglaise* (Thol et Cie) de Londres. Ces messieurs disent avoir établi à Terre-Neuve une usine pour extraire l'huile par ébullition dans l'eau. — *Résidu impondérable avec traces de fer.*

7° *Huile blanche* de Dunkerque (M. Coller-Taverne), qui affirme qu'elle est obtenue par l'expression des foies de morue à l'état frais.— *Résidu impondérable.*

8° *Huile blonde*, même origine que le n° 7. — *Résidu*, 0,003, *légèrement alcalin.*

9° *Huile brune*, même origine que les deux précédentes. — *Résidu*, 0,031.

10° *Huile brun-foncé*; je l'ai trouvée chez M. Ménier, qui l'a retirée de la vente à cause de son odeur repoussante de viande pourrie, odeur qui s'exhale surtout quand on la chauffe fortement. — *Résidu*, 0,038.

11° *Huile brune* provenant de chez M. Berthé, qu'il dit l'avoir préparée lui-même; elle présente, quand on la chauffe, l'odeur désagréable de pourri, comme la précédente, seulement avec moins d'intensité. — *Résidu*, 0,02.

12° *Même échantillon.* — *Résidu*, 0,018.

Tous ces résidus pondérables sont fusibles et donnent des gouttelettes vitreuses appliquées sur le vase de platine. Ils sont tous solubles dans l'eau aiguisée d'acide nitrique. Dans tous j'ai parfaitement constaté la présence de la chaux, de la potasse et de l'acide phosphorique.

Il est donc maintenant, pour moi, un fait hors de doute ; c'est que certaines huiles de morue renferment du phosphore, puisque sur 11 échantillons employés j'ai pu le constater dans 6, en quantités cependant bien variables ; car on voit, en effet, que les résidus obtenus varient depuis 0,038 jusqu'à 0,003 pour les mêmes quantités d'huile.

A quel état le phosphore existe-t-il dans ces huiles ? Est-ce à l'état élémentaire ou à l'état d'acide phosphorique ?

Le docteur de Jongh et M. Riégel prétendent qu'il s'y trouve dans ces deux états.

J'avoue que la question est difficile à décider ; cependant je crois pouvoir la résoudre en disant : *Le phosphore contenu dans certaines huiles de morue s'y trouve à l'état d'acide phosphorique ou plutôt de phosphate alcalino-terreux.*

En effet, si d'un côté on calcine du foie de morue ou de raie, on obtient un résidu tout à fait semblable à celui fourni par les huiles : ainsi, de 40 grammes de foie de raie frais, j'ai obtenu 0,285 de résidu vitreux ; de 1 gramme de foie de raie duquel l'huile avait été extraite par la chaleur, j'ai eu 0,030 de résidu vitreux, et de 3 grammes de foie de morue privé d'huile par la chaleur, j'ai eu 0,105 de résidu vitreux. Le foie de bœuf donne aussi un résidu vitreux très abondant, contenant plus de potasse que de chaux, mais, comme tous les autres, beaucoup d'acide phosphorique.

D'un autre côté, si on examine toutes les huiles que j'ai étudiées, on voit que toutes sont acides plus ou moins fortement. C'est un fait facile à vérifier, en agitant une certaine quantité d'huile avec de l'alcool, et plongeant dans le mélange un papier bleu de tournesol mouillé ; on le voit à l'instant rougir avec plus ou moins d'intensité.

Enfin, comme corollaire, j'ai pris de l'huile d'amandes douces que j'ai rendue acide par l'addition d'un peu d'acide oléique. Je l'ai fait digérer à chaud avec du phosphate de chaux des os, du phosphate obtenu de la précipitation du biphosphate de chaux par l'ammoniaque, avec le résidu vitreux fourni par le foie de raie, et j'ai toujours obtenu une dissolution de ces corps dans cette huile, ce que l'on peut constater facilement par le procédé que j'ai indiqué plus haut.

J'ai varié cette expérience en ajoutant un peu d'acide stéarique à l'huile d'amandes, en employant l'huile d'amandes seule, mais rance et acide, et j'ai toujours obtenu les mêmes résultats.

Si on observe en outre que les huiles qui renferment le plus de phosphate offrent une réaction plus vive que les autres, que leurs propriétés physiques sont différentes, qu'en un mot ce sont les plus mauvaises, on est forcé de conclure avec moi que ces phosphates proviennent du mode de préparation de ces huiles.

Il y a en effet trois modes de préparation de l'huile de morue :

1° Par ébullition des foies dans l'eau ;

2° Par la simple action de la chaleur sur les foies, sans le secours de l'eau ;

3° Enfin par la séparation spontanée, ce qui exige un temps assez long, pendant lequel le foie se putréfie, se désagrège ; alors l'huile, qui a eu le temps de rancir, de s'acidifier, se trouve dans les conditions les plus favorables pour dissoudre les phosphates contenus en assez grande quantité dans le foie.

Je conclus donc de toutes ces observations :

1° Que toutes les huiles de morue ne renferment pas de phosphore ;

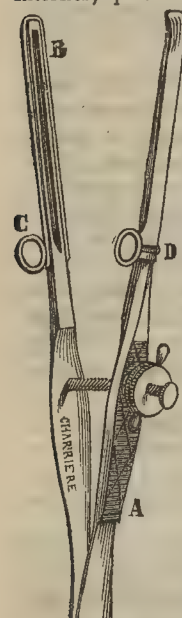
2° Que ce métalloïde se trouve à l'état de *phosphate alcalino-terreux* dans celles qui en contiennent ;

3° Que la présence de ce *phosphate* est due à un mode vicieux de préparation de ces huiles, et qu'il est un caractère de mauvaise qualité.

NOUVELLE PINCE A HÉMORRHOÏDES,

Par M. le docteur BARTHÉLEMY (de Saumur).

Cette pince droite, à gouttières protégées par un couvercle mobile, permet de porter le caustique sur la base des tumeurs hémorrhoïdales internes, qu'il est impossible de voir au dehors, et de l'enlever sans qu'il se trouve jamais à nu, si ce n'est au moment où l'on veut qu'il agisse (1). Elle n'est, à vrai dire, qu'une modification, un simple changement de direction de la pince transversale que M. Amussat applique sur la base des tumeurs hémorrhoïdales quand elles sont au dehors.



Lorsque je la présentai à cet illustre praticien, qui l'a approuvée, M. Amussat fils m'en fit voir une qui avait la plus grande analogie de structure avec elle, mais qui, par ses proportions toutes minces, n'était évidemment destinée qu'aux petites tumeurs hémorrhoïdales externes.

Ce qu'il y a de certain, c'est qu'à cette époque ces messieurs ne se servaient pour la cautérisation des tumeurs hémorrhoïdales internes, et ne se servent encore aujourd'hui, je crois, que d'une pince droite de l'invention de M. Amussat père.

Cette pince, qui est une espèce de compas articulé à son extrémité supérieure, présente en dedans deux gouttières où le caustique reste constamment à découvert. L'expérience m'ayant démontré qu'il était impossible, soit quand on la met en place, soit quand on la retire, de ne pas répandre sur l'intestin une assez grande quantité de caustique, je me suis appliqué à faire celle que je propose aujourd'hui dans le but d'éviter ce grave inconvénient.

—

Puisque l'occasion s'en présente, qu'il me soit permis de revendiquer mon droit de priorité en ce qui concerne l'application du caustique de Vienne à la cautérisation de la base des tumeurs hémorrhoïdales.

En 1844, deux ans avant que M. Amussat se fût occupé de cette question sous ce point de vue, j'avais dit textuellement, dans un mémoire inséré dans le *Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires*, t. LVII, p. 141, les paroles que voici :

« Lorsque les tumeurs hémorrhoïdales seront anciennes, dures et » organisées, je les attaquerai par le caustique de Vienne solidifié. » S'il y a un pédicule, je le placerai entre deux petites gouttières » de plomb remplies de caustique. »

Cette citation parle d'elle-même, ce me semble. En la faisant, je n'ai pas le moins du monde la pensée de rien enlever au mérite réel qu'a eu l'honorable M. Amussat, en 1846 (2), de doter la chirurgie d'un procédé aussi ingénieux qu'utile, et d'avoir fait une chose essentiellement pratique de ce qui n'était, dans mon esprit, qu'une spéculation théorique ; je n'ai point cette prétention. Mais malgré tous les ménagements que me commande l'amitié dont m'honore M. Amussat, je me dois à moi-même et à la vérité de dire qu'en m'exprimant comme on vient de le voir dans mon mémoire de 1844, j'ai émis le premier l'idée fondamentale de la destruction des hémorrhoïdes par la cautérisation de leur base au moyen du caustique de Vienne.

(1) Le prix de cette pince est de 12 fr.
Le prix du forceps de M. Sauvé (voir le dernier n°) est de 28 fr. — Le prix de la pince de M. Bonnefin (voir également le dernier n°) est de 5 fr.

(2) Le premier mémoire de M. Amussat sur la cautérisation des hémorrhoïdes a été inséré en 1846 dans la *Gazette médicale*.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Médication bromo-iodurée. — Formules ;

Par M. le Dr LUNIER, médecin en chef de l'asile des aliénés de Niort.

M. le docteur Lunier a lu le 4 mai 1852 à l'Académie de médecine un mémoire sur l'emploi de la médication bromo-iodurée dans le traitement de l'aliénation mentale. Depuis lors, il a acquis la conviction que cette médication pouvait être substituée avec avantage, dans la plupart des cas, à l'huile de foie de morue, et être appliquée dans le traitement de maladies où cette huile n'avait pas encore été employée.

Voici les formules que notre honorable confrère a adoptées :

Pilules bromo-iodurées.

N° 1. Pr. Iodure de potassium. . . . . 1,80 grammes.
Bromure de potassium. . . . 1,20 —
Racine de gentiane pulvérisée. . 2,00 —
Sirop d'armoise. . . . . . q. s.

F. s. a. 60 pilules, à prendre deux ou trois par jour.

N° 2. Pr. Iodure de potassium. . . . . 1,20 grammes.
Bromure de potassium. . . . 1,80 —
Racine de gentiane pulvérisée. . 2,00 —
Sirop de fleur d'oranger. . . . q. s.

F. s. a. 60 pilules.

N° 3. Pr. Iodure de fer. . . . . 1,80 grammes.
Bromure de fer. . . . . . . 1,20 —
Racine de gentiane pulvérisée. . 2,00 —
Sirop d'armoise. . . . . . . q. s.

F. s. a. 60 pilules.

N° 4. Pr. Iodure de fer. . . . . 1,20 grammes.
Bromure de fer. . . . . . . 1,80 —
Racine de gentiane pulvérisée. . 2,00 —
Sirop de fleur d'oranger. . . . q. s.

F. s. a. 60 pilules.

Solution bromo-iodurée.

N° 1. Pr. Iodure de potassium. . . . . 0,60 grammes.
Bromure de potassium. . . . 0,40 —
Extrait de gentiane. . . . . 1,00 —
Eau. . . . . 20 cuillerées.

F. s. a. une solution, à prendre deux ou trois cuillerées par jour.

N° 2. Pr. Iodure de potassium. . . . . 0,40 grammes.
Bromure. . . . . 0,60 —
Extrait de gentiane. . . . . 1,00 —
Eau. . . . . 20 cuillerées.

F. s. a. une solution.

N° 3. Pr. Iodure de fer. . . . . 0,60 grammes.
Bromure. . . . . 0,40 —
Extrait de gentiane. . . . . 1,00 —
Eau. . . . . 20 cuillerées.

F. s. a. une solution.

N° 4. Pr. Iodure de fer. . . . . 0,40 grammes.
Bromure. . . . . 0,60 —
Extrait de gentiane. . . . . 1,00 —
Eau. . . . . 20 cuillerées.

F. s. a. 20 pilules.

Le plus souvent, et surtout chez les aliénés, M. Lunier donne cette solution dans les aliments. Il faut cependant éviter avec soin de la mettre en contact avec des fécules, auxquelles elle imprime une coloration bleuâtre (iodure d'amidon) qui peut inquiéter ou dégoûter les malades. Cette solution est d'ailleurs à peu près insipide, et par conséquent d'une administration facile ; elle doit donc, en général, être préférée aux pilules.

Il est bien rarement utile d'augmenter la dose de la mixture bromo-iodurée ; elle a toujours paru conserver la même activité pendant toute la durée du traitement. (*Ann. médico-psychologiq.*)

De l'emploi extérieur de l'huile de foie de morue dans les maladies cutanées chroniques.

Par le docteur DAVID.

Dans plus de vingt cas de dartres du cuir chevelu, dit M. David, dont la plupart avaient résisté pendant des semaines à d'autres méthodes de traitement, les malades ont guéri avec une grande rapidité, quelquefois en quatre ou cinq jours d'emploi extérieur de l'huile de foie de morue. Un résultat analogue a été obtenu dans un grand nombre de cas de teigne.

Un individu portait un psoriasis invétéré, c'est-à-dire une de ces maladies qui font souvent le désespoir des praticiens. Depuis trois ans, tous les traitements avaient échoué, l'affection était étendue à la plus grande partie du corps, au cou, aux bras et aux jambes. M. David conseilla de tenir les parties malades continuellement imprégnées d'huile de foie de morue ; et en moins de trois semaines, il s'était fait une amélioration considérable. Un grand nombre de croûtes avaient séché et étaient tombées ; la peau commençait à reprendre sa couleur naturelle. La guérison fut complète au bout de sept semaines, et constatée avant le départ du malade par beaucoup de médecins. Enfin, M. David en a encore retiré d'excellents effets dans d'autres affections cutanées, en outre, dans l'acné rosacea.

D'un autre côté, M. le docteur Arnoldi prétend avoir obtenu de grands succès de l'emploi topique de l'huile de foie de morue contre la brûlure ; mais l'indication la moins douteuse qui ressort de ce travail est, sans contredit, l'emploi de l'huile de foie de morue dans les affections cutanées chroniques. Le sentiment d'ustion, qui suit les applications topiques de cette substance, indique qu'il se produit une modification locale, qui peut aider à la guérison de la maladie. (*Canada journal* et *Bull. de thérap.*)

Liniment contre le lumbago.

F. Home, un des médecins les plus distingués du dix-huitième siècle, donne, comme traitement presque infaillible contre le lumbago, la formule du liniment suivant :

Pr. Poudre de camomille. . . . . 8 grammes.
Sel commun (chlorure de sodium). . . 2 —
Camphre (préalablement dissous dans essence de térébenthine, 8 gr.). . . 1,25 —
Onguent de sureau. . . . . . . 100 —
Savon noir. . . . . 30 —
Mêlez exactement.

Des applications topiques faites avec ce liniment suffisent, dit Home, pour guérir le lumbago en vingt-quatre heures. Il dit s'en être servi également avec succès contre les douleurs musculaires et articulaires sans fièvre, contre la pleurodynie, les douleurs des vieilles luxations et vieilles fractures, celles qui suivent certaines contusions. (*Med. facts and Experiments.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

L'Académie de médecine vient de faire une nouvelle et bien sensible perte. L'un de ses membres les plus honorables, M. Andral, père du professeur, est mort presque subitement, dans un âge très avancé. Sa mort laissera de profonds regrets à ses confrères. M. Andral père avait été, sous l'Empire, attaché comme médecin à la cour de Murat, à Naples. Il faisait partie de la section de pathologie médicale à l'Académie.

— MM. les docteurs Mélier et Tanquerel-Desplanches ont été nommés associés par l'Académie royale des sciences de Turin.

— La Société médico-chirurgicale de Bruges a mis au concours, pour 1854, les questions suivantes, dont la première n'a qu'un intérêt local.

Première question. — « Faire connaître la topographie médicale » d'un des arrondissements administratifs ou d'un des cantons de la » Flandre occidentale. » (Les arrondissements de Dixmude, Furnes, Ostende et Courtrai exceptés.)

Le prix est de 300 francs.

Seconde question. — Cette question est laissée au choix des concurrents, pourvu qu'elle soit relative à la pratique des accouchements.

Le prix, consistant en une *médaille en vermeil*, est institué par M. le docteur de Meyer, président de la Société.

NOTA. Les mémoires en réponse aux questions de ce concours doivent parvenir, francs de port et dans les formes académiques, avant le 1er juillet 1854, à M. le docteur Beghin, secrétaire de la Société.

CORRESPONDANCE.

A M. le Rédacteur de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Usine hydraulique de Noisiel-sur-Marne.

Monsieur le rédacteur.

Vous avez bien voulu insérer dans votre numéro du 16 novembre dernier la lettre que nous avons cru devoir vous adresser pour répondre à la réclamation du sieur Krettly, insérée dans votre journal du 21 octobre et à la note qui l'accompagne. Nous disions alors que la justice était saisie des moyens pratiqués par le sieur Krettly à notre préjudice. Aujourd'hui que la justice a prononcé, nous croyons devoir informer vos lecteurs du résultat de ce procès, en vous priant d'insérer le jugement suivant dans votre prochain numéro.

Agréez, etc., MENIER et Cie.

TRIBUNAL DE COMMERCE DE LA SEINE.

Audience du vendredi 3 décembre 1852.

Entre Menier et Cie, chocolatiers, dont l'usine est à Noisiel-sur-Marne, demandeurs ;

Et Krettly, chocolatier à Paris, défendeur ;

Le tribunal de commerce de la Seine, siégeant à Paris, a rendu le jugement dont la teneur suit :

Attendu que Krettly justifie que la fabrique de chocolat qu'il exploite rue des Vieilles-Étuves lui a été cédée par un sieur Laribe, qui lui-même était successeur de Meunier, qu'il a donc le droit de faire figurer sur ses prospectus et ses enveloppes le nom de cette ancienne maison, ainsi que les mentions des brevets (de fournisseur) qui lui ont été accordés par le roi Louis XVI et par la duchesse d'Angoulême ;

Mais, attendu que le défendeur a cherché évidemment à profiter de la ressemblance du nom de ses prédécesseurs avec celui des demandeurs, pour tromper le public et causer à son profit une confusion entre ses produits et ceux de Menier et Cie, soit en imitant la division semisphérique que cette maison a adoptée pour la fabrication de ses chocolats, soit en se servant d'enveloppes de la même couleur ;

Attendu que de tels moyens, employés par Krettly en vue d'une concurrence déloyale, doivent être interdits ; que, pour éviter qu'à l'avenir il puisse induire en erreur la clientèle de Menier et Cie, il y a lieu d'ordonner que le défendeur sera tenu d'inscrire sur ses annonces, étiquettes et enveloppes, à la suite de ces mots : *ancienne maison Meunier*, ceux de : *Krettly, successeur ;*

Attendu que le préjudice dont Menier et Cie pourraient avoir à se plaindre sera suffisamment réparé par la publication du présent jugement, que le tribunal les autorise à insérer, aux frais du défendeur, dans deux journaux de Paris et cinq de province à leur choix ; que les demandeurs ont d'autant plus droit à cette réparation que Krettly, dans ses annonces, s'est rendu coupable à leur égard d'insinuations injurieuses et mensongères ;

Par ces motifs,

Le tribunal fait défense à Krettly de fabriquer et vendre des *chocolats d'une forme semisphérique* à l'instar de ceux de Menier et Cie, et *de se servir d'enveloppes de papier jaune*, sinon dit qu'il sera fait droit ; ordonne qu'il sera tenu de faire inscrire sur ses annonces, étiquettes et enveloppes, à la suite ou au-dessous des mots : *ancienne maison Meunier*, ceux de *Krettly, successeur*, en caractères d'une égale dimension ; dit que pour tous dommages-intérêts, Menier et Cie sont autorisés à publier les motifs et le dispositif du présent jugement aux frais du défendeur, dans sept journaux à leur choix, dont deux de Paris et cinq des départements ; les déclare mal fondés dans leurs autres fins et conclusions ; condamne le défendeur en tous dépens.

Le Gérant.
Paris. — Typographie de PLON frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 16. — MARDI 8 FÉVRIER 1853. (26e ANNÉE.) N° 16. — MARDI 8 FÉVRIER 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

	Trois mois	Six mois	Un an
Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	8 fr. 50 c.	16 »	30 »
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	9 fr.	17	33
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	10 fr.	20	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

PARIS, LE 7 FÉVRIER 1853.

Hygiène publique. — Causes du goître.

Nous avons reçu de l'un de nos plus anciens abonnés, M. le docteur Rousse, qui exerce avec distinction la médecine depuis longues années à Bagnères-de-Bigorre (Hautes-Pyrénées), un mémoire sur le développement et les causes du goître dans les localités qu'il habite.

M. Rousse cite un nombre considérable de faits dans lesquels, si ses observations et ses renseignements sont exacts, comme il n'y a pas lieu d'en douter, la cause déterminante du goître serait toujours ou presque toujours le port de lourds fardeaux sur la tête ou sur les épaules. Chez quelques femmes, les accouchements répétés ont produit ou développé la maladie.

Sur une population très nombreuse et généralement scrofuleuse, à peine quelques individus soumis dans le jeune âge au port de ces fardeaux, consistant en des charges de bois qu'ils vont chercher sur des points assez éloignés, ont échappé au goître; tous les autres en ont été affectés, et le point de départ de la maladie remonte à l'époque de ces travaux. Le nombre de ceux qui ont le goître sans s'être livrés à ces fatigues est bien plus minime encore. Ajoutons que les rejetons de certaines familles goîtreuses ont cessé de le devenir en cessant d'aller chercher des charges de bois.

Nous publions plus loin le mémoire de M. Rousse, intéressant surtout par le nombre de faits qu'il contient. Notre honorable confrère est amené à conclure de ses observations, consciencieuses et faites de longue main, que l'influence de l'air et des eaux est de peu d'importance, sinon tout à fait nulle, sur la production directe du goître, *du moins dans son département.*

Nous approuvons cette réserve; car la cause déterminante du goître, en beaucoup d'autres localités, n'est pas la même sans doute, et l'influence du port de fardeaux sur la tête ou sur les épaules ne saurait y être considérée d'une manière aussi exclusive.

Quoi qu'il en soit, et bien que nous reconnaissions que si les eaux et l'air ne suffisent pas dans le département qu'habite M. Rousse pour déterminer la formation du goître, s'il faut, dans presque tous les cas, y chercher une autre cause véritablement déterminante, du moins il faut avouer que ces premières causes prédisposent puissamment à la formation de la maladie; et sous ce rapport l'air, l'eau, le sol, la nourriture doivent conserver dans l'esprit des médecins la part immense d'influence qu'on leur a toujours reconnue dans la prédisposition au goître.

M. Rousse aurait tort, du reste, de regarder ses observations comme étant *en opposition avec ce qui a été écrit jusqu'à ce jour sur le goître;* il suffit de jeter un coup d'œil sur les ouvrages des auteurs qui ont écrit sur cette maladie pour reconnaître qu'ils ont admis comme cause du goître, dans un certain nombre de cas, l'action déterminée soit par l'accouchement, soit par des efforts quelconques, soit par le port de fardeaux sur la tête ou sur les épaules.

Ainsi, M. Ferrus, par exemple, dans un article sur le goître (*Dictionn. de méd. en 30 vol.*), dit « que cette » maladie est due quelquefois à des efforts, au chant, » à l'usage des instruments à vent. » Larrey a vu, en Égypte, un grand nombre d'aveugles qui chantent pour attirer la compassion des passants, et qui, en quelques années, deviennent goîtreux et sont obligés de renoncer à l'exercice de leur profession. On peut voir dans Wichman trois cas dans lesquels le goître s'est manifesté après des cris. Reid a observé deux cas analogues. (M. Rousse en cite également deux). Les mêmes auteurs ont signalé aussi une parturition laborieuse comme cause du goître.

M. Chatin est bien plus explicite encore. Après avoir signalé le développement du goître chez les habitants de ce qu'il appelle les localités frontières, telles que Lyon, Grenoble, Clermont, la Brie, le Soissonnais, etc., il ajoute, à propos de l'influence des *occupations* et des » *habitudes*, « *que la fréquence du goître est bien plus* » *grande chez les personnes qui portent des fardeaux* » *sur la tête, sur la nuque.* »

» Ainsi, poursuit-il, les quelques femmes de la vallée » de Montmorency qui ont le goître sont celles qui » viennent habituellement au marché avec des fardeaux » sur la tête. Ainsi, le plus grand nombre des goîtreux » qu'on voit à Royat et sur d'autres points des environs » de Clermont sont des gens habitués à apporter à la » ville des provisions qui déterminent la compression » de la glande thyroïde. »

Mais c'est surtout dans le Soissonnais que le goître, assez commun dans ce pays, se développe *principalement*, selon le même auteur, *chez les femmes habituées à porter des fardeaux sur la tête.* (Chatin, *Mémoire sur la recherche de l'iode dans l'air, les eaux, le sol et les produits alimentaires des Alpes de la France et du Piémont.*)

Ce n'est donc pas contrairement à l'opinion générale que M. Rousse aurait prouvé l'influence du port de fardeaux sur la tête dans le développement du goître; il n'a fait qu'apporter des masses de preuves nouvelles à l'appui de cette opinion déjà émise par d'autres auteurs; il a généralisé cette idée et a mis hors de doute la prépondérance incontestable de l'action de cette cause; prépondérance telle, qu'après avoir lu son mémoire on est tenté de se demander, comme lui, si ce n'est pas là, pour son département au moins, la seule et unique cause du goître, et s'il ne faut pas rejeter toute action des eaux et de l'air, action qui n'a suffi qu'en quelques cas exceptionnels à déterminer le développement de la maladie chez des sujets d'ailleurs scrofuleux.

On trouvera plus loin le mémoire de M. Rousse, que nous croyons devoir publier textuellement, et tel que nous l'avons reçu, sans en changer l'ordre en aucune manière, et sans retrancher la longue liste de noms de familles qu'il cite; c'était le seul moyen de lui conserver son caractère original et son authenticité.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. GENDRIN.

Leçons sur l'hystérie.

Pour comprendre les maladies en général, et surtout les maladies nerveuses, il faut prendre pour point de départ les données physiologiques.

Il n'est personne qui ne soit plus ou moins sensible aux impressions stimulantes qui portent sur le système nerveux, depuis celles que détermine une douleur physique plus ou moins continue, jusqu'à celles qui sont produites par une douleur morale; que cette douleur morale soit survenue subitement, comme par l'annonce d'une mauvaise nouvelle, ou qu'elle soit survenue lentement, comme par un chagrin qui grandit peu à peu. Il n'est personne qui ne soit plus ou moins capable de ressentir ces impressions, et tout le monde sait qu'elles ont pour résultat de produire dans l'innervation un ébranlement qui détermine une suspension plus ou moins complète de l'action de la volonté dans les mouvements qui sont sous son influence immédiate. Elles peuvent déterminer encore des phénomènes anormaux dans les perceptions sensitives.

Chez un homme qui jouit parfaitement de toute sa raison, qui se trouve dans de bonnes conditions de santé, qui se porte bien, en un mot, une commotion morale vient à se faire sentir; mais il a en lui assez de puissance pour que le système nerveux de la vie de relation soit bridé; il sent qu'il va s'emporter, se livrer à des mouvements automatiques qui n'ont rien de réfléchi; il a recours à sa raison et s'arrête, reprimant la production des actes involontaires qui allaient avoir lieu.

Dans un autre cas, sous l'influence d'une commotion morale, il se produit un ébranlement dans le système nerveux, et à la suite une perturbation fonctionnelle; il ne peut plus faire travailler ses facultés intellectuelles comme il le faisait quand il était dans son état normal, il en est détourné par les impressions stimulantes qui le troublent sans cesse; alors il a recours à sa raison, et s'il est vigoureux, en bonne santé, dans la force de l'âge, s'il n'est pas préalablement débilité, il maîtrise ces accidents et fait rentrer ses fonctions dans leur intégrité d'action.

Si cet homme souffre au physique, s'il a, par exemple, un érysipèle qui lui produit des cuissons violentes, des sentiments de brûlure, cette douleur agira sur son système nerveux. Supposez que tout d'un coup cet homme reçoive une mauvaise nouvelle, son attention est fortement détournée, il cesse de sentir sa douleur pendant un instant, et c'est en reportant sa volonté sur la douleur locale qu'il la sent de nouveau; c'est ainsi qu'une grande attention peut détourner le sentiment d'une douleur locale au point de ne plus la laisser percevoir.

On raconte que Pascal avait une telle force de volonté, qu'il pouvait fixer son esprit assez énergiquement sur son travail pour ne pas ressentir un mal de dent violent qu'il éprouvait. Je crois que c'est un peu exagéré. Quoi qu'il en soit, il est incontestable que quand le système nerveux ressent un ébranlement, une impulsion qui peut le mettre en jeu d'une manière anormale, ainsi stimulé, il ressent cette impression et tend à déterminer l'accomplissement d'actes qui sortent de la limite ordinaire; il peut les dominer quelquefois jusqu'à un certain point, mais il n'en est pas toujours ainsi.

Les différents sujets ne sont pas sensibles au même degré à une même impression, et, de plus, ne le sont pas de la même manière. Dix personnes reçoivent la même injure, un soufflet, par exemple; il y en a parmi elles qui, obéissant immédiatement à l'irritabilité de leur système nerveux, entreront dans des accès d'une fureur qui pourra aller jusqu'à déterminer des actes de manie, et ils ne pourront dominer leur colère; d'autres pourront la dominer en réprimant par la raison ces mouvements désordonnés; donc le retentissement subi dans le système nerveux est très variable, suivant les sujets, suivant l'intensité et les formes qu'il affecte, et suivant les modifications apportées à la limitation des actes qu'il détermine, soit pour leur intensité, soit pour leur durée.

Les mouvements déterminés par le même sentiment ne se manifesteront pas de la même manière chez tous les sujets : dans la colère, par exemple, les uns se porteront à des actes de violence sur les personnes qui les approcheront; d'autres épuiseront la force de leur rage par des mouvements désordonnés contre les objets qui les environnent, ils frapperont de grands coups de poing sur une table; d'autres, enfin, tomberont rapidement dans une prostration qui succédera à l'impression qu'ils ont reçue.

Là se trouve l'explication des actes divers qui résultent dans l'économie de toutes les stimulations senties dans le système nerveux comme causes des maladies qui peuvent l'affecter.

Le système nerveux est soumis dans son action à des règles de périodicité; plus qu'aucun autre système fonctionnel, il a besoin d'intermittence dans ses actes et de repos entre leurs manifestations. Tous ses actes sont nécessairement plus ou moins courts et instantanés, et non-seulement sont interrompus par le sommeil qui est pour eux un long temps de repos pendant lequel ils ne s'exercent pas, mais encore pendant la veille ils ne sont pas uniformes, présentent des variétés et des interruptions. Ainsi, de cinq heures du matin qu'un homme s'est levé, jusqu'au soir qu'il se couchera, il y aura une grande diversité dans ses actions; il marchera, puis s'arrêtera, puis travaillera de la pensée, reprendra des travaux matériels, sera las, se reposera, etc; aussi, dans l'état pathologique, qui porte sur le système nerveux, voyons-nous les mêmes effets se produire, les mêmes intermittences dans les périodes des phénomènes de la maladie qui se succèdent. Il est subordonné dans ses actes à la loi de répétition d'action; c'est ce qui engendre ce que l'on appelle l'*habitude*, qui porte principalement sur la répétition des actes qu'on accomplit, sur leur intensité, sur leur durée; c'est ce qui fait se reproduire, sans cause appréciable qui se renouvelle, les impressions plus ou moins vives qu'a éprouvées le système nerveux dans telle ou telle circonstance.

Par exemple, un homme est réveillé la nuit, à un moment donné, par une circonstance qui cause chez lui une grande terreur et agit profondément sur son système nerveux. Toutes les nuits, pendant quelque temps, il vous dira qu'il s'est réveillé en sursaut à la même heure, sans qu'il y ait manifestation de la première cause; puis peu à peu ce phénomène disparaîtra. Là encore se trouve la reproduction périodique des actes du système nerveux.

La stimulation sur le système nerveux peut aussi arriver par les actes des organes internes. On pense mal ou autrement quand on digère, et non-seulement quand on digère, mais encore on pense autrement selon qu'on digère des substances stimulantes ou des substances qui ne le sont pas. On ne peut faire exécuter des actes intellectuels un peu complexes à un homme qui a des palpitations. On a donc des paroxysmes nerveux dans les fonctions organiques, qui réagissent sur le système nerveux tout entier, de manière à modifier ses actes normaux et les troubler. C'est ce que l'on voit très bien par des convulsions qui arrivent chez les enfants dans les maladies un peu graves, ou même chez ceux qui ont seulement des vers dans le tube digestif.

Les actions nerveuses qui dépassent les limites physiologiques ordinaires sont donc nécessairement à paroxysmes, d'après la loi que nous avons posée tout à l'heure. Et à côté des causes originelles qui leur donnent cette marche, il faut reconnaître nécessairement l'action des causes accessoires. Ainsi, par exemple, une femme

hystérique a régulièrement un accès toutes les trois semaines, tous les trois mois, à chaque époque menstruelle. S'il lui arrive une stimulation par des causes morales qui agissent vivement sur son système nerveux, il y aura une attaque accessoire en dehors des attaques revenant avec périodicité.

Ces données une fois posées, il faut, pour vous faire comprendre la plus curieuse de ces perturbations nerveuses, l'hystérie, il faut, dis-je, que nous décrivions empiriquement les diverses formes de l'hystérie, formes que nous admettons en plus grand nombre que ne le font généralement les auteurs. Nous aurons :

1° La forme convulsive, ou clonique, avec un sentiment de strangulation;

2° La forme extatique, qui produit jusqu'à un certain point une suspension des fonctions de la vie de relation, et qui peut aller jusqu'à la forme cataleptique;

3° La forme douloureuse, dans laquelle il se produit des hypéresthésies locales, qui sont plus ou moins durables, plus ou moins intenses, quelquefois au point de déterminer des accidents cloniques, d'autres fois persistant avec plus de modération comme simple douleur hyperesthésique locale.

Nous parlerons successivement de ces trois formes d'hystérie, et à chacune nous rattacherons les phénomènes de perturbation intellectuelle auxquels elle donne lieu, perturbation qui peut élever les actes qui se produisent à la hauteur des actions vésaniques, puis nous arriverons à vous faire comprendre la nature réelle des maladies hystériques.

Avant d'aborder en particulier les différentes formes de l'hystérie, il faut que je vous montre un état morbide spécial qui en est ordinairement le prodrome, mais non pas le prodrome nécessaire, puisque certains sujets le présentent sans être pour cela affectés d'hystérie, c'est la mobilité exagérée du système nerveux.

A l'état physiologique, une impression sensitive perçue, retentissant sur le sensorisme, détermine des actes nerveux plus ou moins intenses, plus ou moins durables. Ainsi, supposons une cause qui puisse déterminer la colère chez un homme, elle se développera plus ou moins, mais toujours dans les mesures de la puissance du malade pour réprimer les mouvements auxquels elle donne lieu, puis elle s'apaisera peu à peu, et l'équilibre, momentanément troublé dans l'organisme, se rétablira bientôt, mais toujours après un temps variable selon le sujet. Admettons que l'impression sensitive perçue détermine rapidement ce retentissement qui se manifeste à l'extérieur par des perturbations dans l'équilibre des fonctions physiologiques de relation, la rapidité avec laquelle se reproduiront ces mouvements nerveux secondaires, la rapidité avec laquelle ils cesseront pour permettre au calme de se rétablir dans l'organisme, ou seront remplacés par d'autres d'une nature diverse, constituera chez le sujet qui sera en jeu la mobilité nerveuse. Si cette rapidité de succession est grande, la mobilité du système nerveux sera grande pareillement.

Le sujet affecté de mobilité nerveuse exagérée est donc celui qui éprouve facilement dans son système nerveux le retentissement des impressions sensitives auxquelles il est soumis, et chez qui ce retentissement est fugace et passager. Quand il est porté très loin, comme cela se voit chez les enfants, par exemple, il y a des signes qui n'échappent pas au médecin expérimenté; il détermine de rapides modifications dans le facies, dans la manière de penser, dans les mouvements que le sujet exécute. Ceux qui n'attendent pas la fin d'une question pour y répondre, qui répondent avec volubilité, le plus souvent sans avoir réfléchi, et tout à fait à côté de ce qu'on leur demande; ceux chez qui la conversation n'est pas suivie et passe sans transition, sans suite, d'un sujet à un autre; ceux qui ont des peurs subites, qui n'entendent pas le moindre bruit sans tressaillir, chez qui l'impression des causes extérieures amène des phénomènes immédiats de joie, de colère, de rires, de pleurs, etc., et chez qui le système nerveux rentre avec rapidité dans le calme physiologique ou dans un autre ordre de sensations quelquefois tout différent du premier, ces sujets sont sous l'influence de l'état pathologique du système nerveux. Cet état présente ceci de particulier, qu'il est exclusif au système nerveux, et qu'il peut coïncider avec les apparences de la meilleure santé. C'est là l'idiosyncrasie d'innervation que l'on rencontre chez divers sujets donnés; c'est elle qui fait que les sujets sont diversement impressionnés, même sous l'influence d'une cause exactement semblable.

Cet état du système nerveux apparaît surtout prédominant à certains âges de la vie : chez les enfants, par exemple, chez lesquels toutes les impressions se succèdent avec rapidité, sans suite, et sans être longtemps soutenues, chez lesquels les forces s'usent plutôt par la vitesse que par la continuité d'action. Aussi suffit-il chez eux d'une impression extraordinaire, relativement aux forces de réaction dont ils peuvent disposer, pour qu'il en résulte des perturbations, passagères il est vrai, dans les fonctions de l'innervation.

Cet état existe aussi chez les femmes, surtout depuis l'âge de la puberté jusqu'à l'âge adulte, dans les états physiologiques transitoires qui modifient fortement l'organisme, au commencement de la gestation par exemple. Il existe bien moindre chez les hommes, et s'éteint chez les vieillards, et même chez les femmes après l'âge critique. Il ne s'éteint pas complètement, il est vrai, mais les sujets n'éprouvent plus les impressions sensitives qu'avec lenteur et modération, et ils peuvent, par les forces de leur raison, les gouverner et les modifier avec facilité.

Pour bien concevoir les phénomènes de la maladie nerveuse qui nous occupe, il faut que je vous fasse connaître un acte physiologique qui n'est, il faut l'avouer, consigné dans aucun des livres que vous avez entre les mains. Le voici. Il existe toujours un espace de temps donné, ordinairement très court, entre le moment de la production d'une perception sensitive et celui de son impression sur le sensorium, puis un autre espace de temps, ordinairement très court aussi, entre la perception reçue par le sensorium et le retentissement sur le système nerveux extérieur, voire même sur l'apparence extérieure du sujet.

Un sujet bien portant jouit de toutes ses facultés sensitives physiologiques. Vous lui faites une brûlure, une pinçure assez forte; vous êtes convenu avec lui qu'il vous fera un signe au moment où il percevra la douleur. Toujours il s'écoulera un certain espace de temps, ordinairement très court, entre le moment de la production de la douleur, sur le pied, par exemple, et celui où la douleur sera perçue par le cerveau.

J'insiste sur ce point pour vous montrer les phénomènes qui se rattachent à la prodromie des affections pathologiques nerveuses en général, et de l'hystérie en particulier.

Quand un chirurgien fait une incision, cautérise une plaie, il s'écoule un certain espace de temps entre le moment où le chirurgien a touché le malade et le moment où celui-ci a ressenti la douleur. Le malade va exécuter, sous l'impression de la douleur, des mouvements spasmodiques divers; ils n'éclateront pas simultanément avec l'impression ressentie par le cerveau.

Supposons un homme éprouvant une impression morale capable de donner lieu à des accès de colère. Cet homme est du reste très irascible. Il s'écoulera un certain temps depuis l'injure reçue, un soufflet si vous voulez, jusqu'au premier instant où se manifesteront les mouvements qu'il exécutera sous l'influence de la colère. Cette remarque, qui est parfaitement exacte, montre qu'il existe toujours un certain espace de temps entre l'impression produite et les phénomènes auxquels elle donne lieu. Ce temps ne peut être calculé mathématiquement, car il est variable selon les sujets. Mais ces phénomènes sont importants à connaître, car ils se produisent dans les différentes formes de la maladie qui nous occupe.

Le système nerveux recevant une impression n'est pas purement passif, comme on vous le dit généralement. Voici une femme, vous voulez savoir si elle est hystérique; vous observez du reste chez elle une grande mobilité nerveuse. Vous la pincez sans qu'elle s'en doute au bras, au mollet, elle ne sent rien; mais ensuite vous appelez son attention sur le point que vous touchez, et l'attention du sujet agissant de manière à se diriger volontairement, l'impression sensitive, qui n'existait pas tout à l'heure, est maintenant réfléchie vers le cerveau, et se produit avec plus de rapidité et d'intensité que tout à l'heure. Ce phénomène de l'attention vous montre la puissance avec laquelle certains sujets peuvent diriger leur esprit vers un phénomène de manière à le percevoir, de manière à être affectés par des impressions sensitives qui auparavant passaient inaperçues, la puissance avec laquelle ils dominent des accidents nerveux qui trouvent leur cause dans des impressions douloureuses, souvent morales, et auxquelles l'homme de l'art ne peut s'opposer.

La mobilité nerveuse exagérée, caractérisée par l'instabilité des actes de l'innervation, par leur rapidité et leur vitesse, liée à l'irrégularité, toujours caractérisée par l'intervalle de temps qui s'écoule constamment entre le moment de la perception par le sensorium et les expressions sensitives extérieures, la mobilité nerveuse exagérée appartient à tous les sujets hystériques ou destinés à le devenir. Il faut admettre avec plusieurs auteurs, et avec Whytt et Villermé en particulier, un état spécial de l'organisme auquel ils ont donné le nom d'*hystéricisme*, qui développe chez les sujets où on le rencontre une sensibilité nerveuse exagérée et les met aux portes d'un état pathologique du système nerveux. C'est un état physiologique qui, comme tous les autres, peut être placé dans l'exagération de ses fonctions, et qui devient la cause immédiate des différentes formes d'accidents nerveux quels qu'ils soient.

Dans le langage vulgaire il y a des expressions qui se rapportent à cet état particulier de l'organisme. Ainsi une femme à qui on demande si elle est nerveuse vous répondra qu'elle ne l'est pas; en effet, elle peut rester jusqu'à un certain point étrangère à certaines impressions qui agiront très énergiquement sur une autre qui vous dira, elle, qu'elle est très nerveuse. C'est chez celle-ci un commencement d'hystérie.

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. Barrier.

Corps étranger introduit dans l'urètre. Extraction. Guérison,

Nous avons publié dans les numéros des 8 et 18 janvier deux faits d'extraction de corps étrangers de la vessie; le premier avait été observé par M. Barrier, à Lyon, l'autre par M. Chassaignac. Nous croyons devoir rapprocher de ces observations le cas suivant, que nous trouvons encore dans la *Gazette médicale de Lyon* et qui appartient, comme le premier, à M. le docteur Barrier.

Terrat, François, menuisier, âgé de trente-trois ans, célibataire, d'un tempérament mixte et d'une constitution forte, vient occuper, dans la soirée du 9 janvier 1853, le lit n° 13 de la salle des opérés. Il dit avoir, depuis trois jours, au fond du canal de l'urètre, un de ces clous connus sous le nom de pointe de Paris, dont il nous montre le pareil, long environ de six centimètres; il ajoute que l'extrémité pointue a été introduite la première, et qu'après avoir laissé glisser la pointe tout entière jusqu'au fond du canal, il n'a pu, malgré de fortes pressions, la repousser en avant. Interrogé sur le motif de cette introduction, il répond par une mine piteuse et un haussement d'épaules, qui me paraissent assez significatifs pour que je ne pousse pas plus loin mes questions à cet égard.

Il éprouve au-dessous de l'arcade pubienne des douleurs sourdes, vivement exaspérées par le passage de l'urine, qui s'écoule du reste librement, quoique par un jet beaucoup moins gros que d'habitude. Il n'y a pas d'incontinence. La palpation de la partie profonde de l'urètre est fort douloureuse; on sent à travers les téguments un corps solide, mince, allongé, appuyé par sa partie moyenne sur l'arcade du pubis; son extrémité antérieure fait saillie dans la région bulbeuse, la postérieure est suivie par le doigt introduit dans le rectum, jusque dans la région prostatique. Ce corps paraît fixé solidement dans cette région. On peut bien lui imprimer quelques mouvements de bascule, mais une pression modérée sur son extrémité profonde ne peut nullement le faire cheminer dans l'urètre, redressé autant que possible.

Le lendemain matin à la visite, M. Barrier s'assure par lui-même de ce qui a été constaté la veille, et prévient le malade qu'il va procéder à l'extraction. Celui-ci, amené dans la salle d'opération, est couché sur le bord du lit, les cuisses écartées et un peu fléchies. Un aide, placé à gauche du malade, introduit l'index de la main gauche dans le rectum, et l'appuie sur l'extrémité profonde du corps étranger pour l'empêcher de fuir devant l'instrument, tandis qu'avec le pouce il presse à travers les téguments sur la partie antérieure pour repousser la tête vers le centre du canal. M. Barrier, placé à droite, introduit la pince à deux branches de Hunter, et saisit plusieurs fois le corps qu'il tire modérément; mais chaque fois la résistance est telle, que les branches de la pince glissent sur lui. On sent d'ailleurs que, dans les mouvements de traction, l'extrémité antérieure fait une plus forte saillie à la face inférieure du canal, ce qui fait supposer qu'il n'est saisi que par sa partie moyenne. On ne s'en étonnera pas si l'on se rappelle que le malade a fait de vigoureuses tentatives pour le repousser en avant. Pendant ces efforts imprudents, la tête a sans doute déchiré la muqueuse et s'est cachée sous elle.

Une pince à trois branches et plus forte que la première est introduite; alors en faisant comme auparavant basculer le corps étranger, de façon à porter plus fortement son extrémité antérieure en haut vers le centre du canal, on parvient à saisir cette extrémité, et après une traction plus forte pour le mettre en mouvement, on sent le corps suivre facilement la pince qui l'entraîne au dehors. A peine quelques gouttes de sang s'échappent du canal. Le malade est reconduit à son lit. On prescrit : diète, tisane de graine de lin, potion calmante, cataplasme à l'hypogastre et au périnée, bains de siége.

Le corps qui vient d'être extrait est en effet une pointe de Paris, à peu près rectiligne et d'assez belle dimension; son diamètre est de trois millimètres, sa longueur de soixante-quatre millimètres, sa pointe est mousse, sa tête petite et arrondie, sa surface oxydée.

Au moment de l'extraction, tous les assistants ont remarqué que la tête embrassée par la pointe était coiffée d'un petit lambeau de muqueuse. De plus, à la réunion des quatre cinquièmes postérieurs de la tige avec le cinquième antérieur, on reconnaît aisément les petites éraillures produites par la pression et le glissement des pinces à deux branches dont on s'est d'abord servi. Ces deux circonstances confirment pleinement les prévisions de M. Barrier sur le point saisi d'abord par la pince à deux branches, sur la déchirure du canal et l'enchâssement de la tête dans le tissu cellulaire sous-muqueux.

Le jour suivant, le malade ne souffre plus qu'en urinant. Le jet d'urine a repris son calibre normal; l'appétit croissant est progressivement satisfait, et le 15, cinq jours après l'opération, le malade quitte l'Hôtel-Dieu en très bon état. J. Morel, int. du service.

CLINIQUE DÉPARTEMENTALE.

Observations sur le goître sévissant à Bagnères-de-Bigorre, à Gerde et à Asté (Hautes-Pyrénées);

Par M. le docteur Rousse.

Ces observations pourront peut-être jeter quelque lumière sur la cause et la nature du goître.

Mes conclusions sont les suivantes :

Dans le département des Hautes-Pyrénées, les habitants de quelques-uns de nos pauvres villages sont lymphatiques, scrofuleux, mal vêtus, mal logés. De là chez eux une grande débilité; la moindre fatigue détermine alors le goître, puis le crétinisme, qui en est le complément.

Je sais que mes observations sont généralement en opposition avec ce qui a été écrit sur le goître jusqu'à ce jour. Quoi qu'il en soit, je crois peu à l'influence des eaux et de l'air *dans notre département*; c'est pourquoi j'ose espérer que ce que j'ai écrit servira à rendre à chaque contrée ce qui lui est dû *particulièrement* et non *généralement*, selon l'habitude actuelle, qui veut tout généraliser. Aussi puis-je avancer que les goîtres varient et sont produits selon la manière d'être des habitants de chaque pays et selon leurs travaux.

Bagnères-de-Bigorre (Hautes-Pyrénées). — La population de Bagnères-de-Bigorre est de 9,000 âmes. Cette ville est bâtie au fond d'un vallon et à la base de montagnes élevées qui laissent entre elles un assez grand espace donnant principalement accès aux vents du sud et du nord. L'Adour et un très grand nombre de ruisseaux la parcourent dans tous ses points. Bagnères est assez bien bâtie; ses rez-de-chaussée sont néanmoins humides. En grande partie elle est très peu boueuse, parce qu'elle est en pente et que le soleil y paraît de bonne heure et même, en hiver, y luit jusqu'à trois heures du soir; en été, on y jouit du climat d'Espagne, très chaud à midi et froid le matin et le soir. Les habitants boivent en partie de l'eau de fontaine, qui est claire, limpide et digestible, parce qu'elle ne prend rien aux terrains sur lesquels elle passe. L'eau de l'Adour est encore claire, très aérée, mais peu digestible. J'ai observé que les pauvres scrofuleux qui boivent de cette eau et vont au bois deviennent plus tard goîtreux.

Autrefois les montagnes qui bornent cette ville étaient couvertes de forêts, et c'est alors, si j'ai bien lu, que feu le baron Larrey, notre très vénéré compatriote, a constaté que nos pères, qui étaient très pauvres et scrofuleux, étaient en grande partie goîtreux.

Aujourd'hui les Bagnèrais ne peuvent plus se livrer comme anciennement à la maraude du bois; vivant mieux, étant plus couverts et convenablement logés, ils ne sont presque plus scrofuleux et presque plus goîtreux.

Néanmoins, les localités de Bagnères où sévit encore le goître sont celles qui sont rapprochées de l'Adour, et où la misère et la paresse forcent les gens à se livrer au gaspillage du bois qu'ils portent sur leurs épaules.

Ces lieux sont la rue des Fabriques à l'est de Bagnères nord, qui coupe à angle droit l'Adour à l'est; cette rue est très boueuse; les vents de l'est et du sud-ouest y soufflent seulement et sans encontre. Les habitants de cette rue sont en partie très pauvres et scrofuleux.

Famille Sinclet. — La famille Sinclet, rue des Fabriques, a eu pour père Jean Verdoux Sinclet, mort d'accident, il y a soixante ans, à l'âge de 35 ans. Cet homme était grand et robuste; il n'allait point au bois. Sa femme, morte il y a trente-trois ans, était de taille moyenne et forte; elle est morte à l'âge de 78 ans, sans jamais avoir été au bois. Ni l'un, ni l'autre n'étaient goîtreux et scrofuleux. Ils ont eu neuf enfants, et c'est ici le cas de dire que, plus la reproduction est nombreuse à Bagnères, plus les enfants sont malingres et étiolés. Quatre de ces enfants sont morts phthisiques; cinq vivent encore. De ces cinq, Mengette Bégué, scrofuleuse, est

goîtreuse depuis l'âge de vingt ans, par suite de lourds fardeaux portés sur sa tête ; au début, une petite tumeur se développa à la partie moyenne et inférieure du cou après avoir porté un sac de blé. Marianne Verdoux, sa sœur, 58 ans, scrofuleuse, a peu travaillé, n'a rien porté sur sa tête, et n'est point goîtreuse. Jeanne Loncan, leur sœur, 49 ans, scrofuleuse, est goîtreuse depuis l'âge de 15 ans pour avoir porté sur sa tête un sac de farine d'un lieu bas dans un lieu élevé ; son goître a grossi à mesure qu'elle se livrait à ce genre de travail. Marianne Bégué, autre sœur, 65 ans, scrofuleuse, est goîtreuse depuis l'âge de 14 ans pour avoir porté des paniers de pain sur sa tête. Ces femmes ont deux frères cordonniers qui sont scrofuleux sans être goîtreux ; ils n'ont travaillé que de leur état.

Mengette Bégué est mère de deux filles et d'un garçon : l'aînée, scrofuleuse, est goîtreuse depuis qu'elle a été au bois, à l'âge de 13 ans ; l'autre est scrofuleuse seulement, elle n'a jamais rien fait parce qu'elle est peu forte. Leur frère est scrofuleux, quoique bel homme ; il est maçon, et c'est depuis qu'il travaille dans cet état que le goître s'est montré chez lui. Il y a un an, étant tombé au sort, il fut au bois pour se procurer quelques bénéfices ; son goître, qui était alors à peine apparent, augmenta tellement qu'il n'eut qu'à se présenter pour être réformé. Il a cessé d'aller au bois, et son cou est devenu ce qu'il était avant.

L'eau de l'Adour sert de boisson à cette famille.

Quartier au delà du pont de l'Adour. — Ce quartier n'a qu'une seule rue, qui s'étend de l'est à l'ouest et coupe l'Adour à angle droit ; il est accessible à tous les vents, parce qu'il est assez élevé. La population est belle et bien *découplée*, quoique lymphatique et scrofuleuse. Les filles, en partie, n'y vivent que de la vente de leurs tricots. Quelques femmes très pauvres vont encore au bois, mais rarement, parce qu'elles doivent aller très loin. La misère y est grande, parce que les filles sont précoces, se marient tôt et ont beaucoup d'enfants. Leur alimentation consiste en pâte au lait, en pain presque en entier de son que l'on évacue comme on le prend ; aussi, à l'inspection seule des matières fécales, puis-je dire ce que les sujets ont mangé. Pendant l'hiver, elles se refont en mangeant des châtaignes. Une robe, un pantalon, une veste de laine servent pendant un an. On ne quitte ces vêtements que lorsqu'ils tombent en lambeaux ; les parfums qu'ils exhalent ne sont rien moins que suaves. Il en est de même de leurs couvertures lourdes et pesantes, que l'on ne lave presque jamais.

La chaussure consiste en souliers le dimanche, et en sabots les autres jours ; dire que la plupart du temps on va nu pieds, est chose inutile. Leurs lits consistent en de larges paillasses où la vermine et les rats pullulent comme en Espagne. L'habitude de dormir ainsi est une seconde vie à laquelle on se fait, et la peau devient insensible à toute piqûre, à toute morsure, à tout frottement. Anes, vaches et poules habitent le même local. Un tel assemblage rechauffe t anime ; arrive l'hiver, alors tout est vendu pour vivre du produit de cette vente.

Famille Claverie. — Cette famille, au delà du pont de l'Adour, se compose de quatre enfants naturels ; la mère a 45 ans, est scrofuleuse et goîtreuse depuis l'âge de 13 ans pour avoir porté un panier de pommes sur sa tête ; sa fille, âgée de 23 ans, scrofuleuse, dit que son goître s'est montré il y a 3 ans à la suite d'une forte inflammation de la bouche ; son fils, âgé de 13 ans, scrofuleux, assure avoir senti son goître il y a 4 ans par suite de charges de bois qu'il portait sur sa tête ; son troisième enfant, qui a 12 ans, est scrofuleux, rabougri et malingre, il n'est point goîtreux, il n'a jamais rien fait ; son quatrième enfant est une fille scrofuleuse et idiote, elle n'a jamais rien fait.

Famille Jean-Marie Escoula. — Le père, scrofuleux, est mort à l'âge de 60 ans ; en soulevant une assez grosse pierre il devint goîtreux à l'âge de 21 ans. Sa femme, âgée de 66 ans, est goîtreuse depuis son premier accouchement ; son goître a augmenté à chaque accouchement. Elle a huit enfants, tous sont scrofuleux et groîtreux ; elle assure que le goître s'est montré chez eux à la suite du port de fardeaux étant jeunes. Deux d'entre eux sont idiots et sourds ; ils portent néanmoins des paniers de crottes sur leur tête. Cette famille habite une chambre à un mètre au-dessous du niveau du sol de la rue, est très pauvre et boit de l'eau de l'Adour.

Famille Blazi. — Le père, 70 ans, scrofuleux, est goîtreux depuis l'âge de 30 ans par suite du port de charges de bois sur sa tête. La mère, scrofuleuse, n'est point goîtreuse ; elle a peu travaillé. Ils ont deux enfants scrofuleux, dont l'un est goîtreux depuis qu'il a été au bois ; l'autre est idiot sans goître, et n'a jamais rien fait.

Tel est le nombre des goîtreux de Bagnères à quelques modifications près. Autrefois, lorsque nos montagnes étaient couvertes de bois, il y en avait à chaque porte. Quelques pauvres du sud de Bagnères, Espagnols et Français, se nourrissant mieux que ceux du nord, vont encore au Couret et à Lespounc chercher du bois. Ces lieux sont à l'ouest, peu éloignés et moins élevés que Lhéris au sud d'Asté. Ils ne portent presque pas sur leur cou, mais ils charrient leurs fagots. C'est à peine si dans ce quartier j'ai trouvé trois ou quatre goîtreux.

A quoi tient cette absence de goître ? Elle tient, d'après ce que j'ai observé, à leur tempérament sanguin, à leur meilleure nourriture, et plus encore à l'habitude qu'ils ont de tout traîner, de ne rien porter sur leur tête, et peut-être au peu d'élévation des montagnes où ils vont.

GERDE. — Gerde est un petit village au sud et à 2 kilomètres de Bagnères.

Ce village gît à la base de montagnes élevées ; il est bien accessible aux vents de l'ouest, du sud et du nord. Ses rues sont rapides de l'est à l'ouest. Ses maisons sont mal bâties et couvertes en partie d'ardoise.

Presque tous les habitants de Gerde, scrofuleux en partie, habitent le rez-de-chaussée. Leurs maisons ont des ouvertures au nord et au sud ; c'est pourquoi les émanations animales y sont peu concentrées. Population, 1,000 âmes. Un ruisseau serpentant de l'est à l'ouest-*nord-ouest* partage ce village en deux rives (rive droite, rive gauche). La fontaine d'où l'on tire l'eau potable sourd goutte à goutte de rochers ignés situés au sud-est de ce village. Cette eau entraîne ce qu'elle trouve dans sa chute ; aussi un dépôt limoneux se fait toujours au fond des vases qui la reçoivent. Cette eau, par conséquent, est peu digestive, peu clarifiée.

Quoique dans certains endroits les rues de Gerde soient rapides, lorsqu'il pleut, tout y est boue pendant longtemps, parce qu'il y a des enfoncements, que les vents y soufflent alors peu, et que le soleil y pénètre rarement.

La nourriture consiste généralement en pâte au lait. On y boit très peu de vin.

Les Gerdois sont encore plus mal vêtus que les Bagnèrais ; leur cou n'est jamais couvert. Un certain nombre d'entre eux vivent de la vente du bois qu'ils vont chercher fort loin, dans un lieu très élevé, et qu'ils portent, les hommes sur leur cou, les femmes sur leur tête : de là, pour les hommes, production du goître dès l'âge de 14 à 15 ans environ, époque pendant laquelle ils se livrent à la maraude, proéminant parfois du côté opposé à la pression du menton et à l'inclinaison du cou ; pour les femmes, goître parfois bilobé, parce que la pression du menton se fait chez elles sur le milieu et le haut du sternum. Ne buvant que de l'eau, se nourrissant mal, transpirant par la moindre fatigue, puis couchant dans des réduits humides, les transpirations cessent tout à coup lorsqu'ils rentrent chez eux : de là les scrofules, puis la prédisposition au goître et au crétinisme par la débilité qui s'opère en eux. La reproduction y est nombreuse, parce que les pauvres de Gerde se marient jeunes, tant la vie qu'ils mènent développe leurs sens reproducteurs. L'intelligence manque ; en causant, on s'aperçoit facilement au son de voix qu'on parle à des personnes déjà vieillies.

La neige couvre pendant longtemps ce village, peut-être un des plus pauvres de la France, parce que les habitants se privent de tout, comme les Auvergnats, pour avoir un morceau de terre. Autrefois, comme à Bagnères, ce village était rempli de goîtreux (ils en ont encore le nom *ets gaouruts de Gerdo*) lorsque les montagnes étaient boisées. Il y en a moins aujourd'hui, parce qu'il n'y a que les plus pauvres habitants de ce village qui aillent au bois.

(*La fin à un prochain numéro.*)

DE LA PRATIQUE DE LA VACCINE

considérée en France et en Angleterre,

Par M. le docteur A. BAYARD.

> Ce sont les hautes autorités médicales auxquelles le parlement assigne la surveillance de la vaccine qui cherchent à expliquer ou pallier les imperfections notoires de la vaccination.
>
> (G. GRÉGORY, *Medical Times*, 26 juin 1852.)

Mes lecteurs qui, à cause du titre de cet article et de mon nom, s'attendent à voir revenir une question plusieurs fois traitée dans ce journal, ne se trompent pas ; seulement, je déplacerai, j'agrandirai le lieu de la scène.

Quelle est l'opinion qu'on a eue et qu'on a aujourd'hui en Angleterre sur la pratique de la vaccine ? Quelle est celle qu'on a cherchée et qu'on cherche encore à propager en France ? Voici ce que je désire faire connaître rapidement.

La Faculté de Montpellier réclame pour un de ses disciples, Rabaud-Pommier, l'invention vaccinale. Cette prétention soutenue depuis longtemps se trouve renouvelée de nos jours par des partisans qui la soutiennent avec chaleur ; tandis que de l'autre côté du détroit on continue à en attribuer uniquement le mérite à Jenner. Après avoir largement récompensé ce médecin (il reçut du roi et du parlement 775 mille francs) le gouvernement anglais adopta et prit sous sa protection cette découverte. Les raisons qui le déterminèrent ne me sont pas connues, mais je les juge d'après celles qu'on nous donne en France depuis longtemps ; en voici quelques-unes qui les renferment toutes ; car, soit dit sans blesser les vaccinophiles, elles sont plus nombreuses que variées. Je les puise le plus haut possible afin, qu'à leur valeur intrinsèque, elles puissent en ajouter une autre, celle de leur origine.

En 1799, le gouvernement français avait nommé une commission de vaccine composée de douze médecins célèbres de l'époque ; trois ans après, ce comité central de vaccine s'exprima de la sorte par l'organe de Thouret, son rapporteur : « La multiplicité des observations supplée, en médecine, au temps qui doit nous instruire. » Malgré tout le respect qu'on doit à la mémoire de ces savants médecins, il faut reconnaître que cette assertion était plus tranchante que logique ; elle fut dictée, il faut le dire, par l'enthousiasme qu'excitèrent les premiers succès de la vaccine. Ajoutons encore, à la plus grande louange de ce même comité, qu'après avoir répété son aphorisme nouveau, il s'écria immédiatement : « Quels que soient les avantages de la vaccine, elle » ne saurait obtenir la préférence sur l'inoculation, à moins qu'elle ne » préserve d'une manière *aussi* sûre et *aussi* durable. »

En 1851, au sein de l'Académie de médecine, M. le secrétaire perpétuel, après avoir fait l'éloge de la vaccine, qui « préserve *à jamais* » de la variole, et qui a rattaché à elle *définitivement tous les hommes* » *doués d'un sens droit et exempts de préjugés*, » ajoutait que depuis le temps où Hallé écrivait (1810) « pas *une* voix médicale n'avait fait » fait d'objection contre elle. » Je me permettrai de lui adresser aujourd'hui la question telle qu'elle a été posée par le comité central : « La vaccine préserve-t-elle d'une manière *aussi* sûre et *aussi* durable » que l'inoculation ? » et je le prierai de m'indiquer quelle est *la voix médicale* qui s'élève aujourd'hui pour la résoudre par une affirmation. Des voix se sont élevées contre la vaccine, le médecin dont je parle le savait ; mais, ni lui, ni moi n'en connaissons aucune qui ose dire aujourd'hui que la vaccine préserve d'une manière *aussi sûre* et *aussi durable* que l'inoculation ; donc *la vaccine ne saurait mériter la préférence sur elle.* Ma conclusion est logique ; c'est celle de Thouret et du comité de vaccine de 1802.

Je reviens aux admirateurs de la vaccine. Je lis dans l'*Encyclopédie méthodique*, 1833 : « La vaccine est l'heureux et *le seul* préservatif de » la variole ; c'est donc à la vaccine *seule* qu'on doit avoir recours pour » en préserver, et tout médecin qui, aujourd'hui, depuis cette heureuse » découverte, détourne les parents d'y soumettre leurs enfents, man- » que de jugement ou de savoir, ou *de l'un et de l'autre tout à la fois.* » Je ne citerai pas le nom de ce confrère qui, comme on le voit, n'y va pas de main morte, et qui a eu l'honneur de se voir copié, ainsi qu'on l'a vu dans le passage précédent, sans être cité par son compilateur. Je réclame pour lui, et j'ajoute, comme un nouveau titre à la reconnaissance publique, qu'il a donné le conseil « aux grands de faire une » salutaire alliance contre ce fléau ; car, aussi longtemps que la vaccine » ne sera pas obligatoire par une loi, *le mal défigurera, mutilera et* » *fera périr une multitude d'individus.* »

M. Grégory, de Londres, prouvera tout à l'heure à cet encyclopédiste que sa prophétie s'est vérifiée en face de la vaccine et malgré la vaccine.

« Aujourd'hui, disent deux autres médecins, il n'est pas de contrée » qui ignore le fléau ; mais dans quelques-unes assez bien disposées » pour pouvoir être mises à l'abri d'une nouvelle invasion, la vaccine » en a fait *complétement disparaître les traces.* » M. Grégory répondra encore pour moi. Je vais seulement dire que ces paroles sont extraites d'un dictionnaire de médecine pratique, 1836 ; elles sont signées par deux académiciens qui ne trouvent pas de contradiction à écrire, même page : « L'ancien vaccin s'est affaibli par trente-huit ans de » transmissions successives ; mais le nouveau le remplacera *avantageu-* » *sement.* »

Je me permettrai cette petite question à ces messieurs : Le virus varioleux s'affaiblit-il par ses transmissions successives ?

Le 3 août 1851, dans une séance académique, j'entendis les choses suivantes qui furent lues avec une grande satisfaction par M. le secrétaire perpétuel ; il s'agissait de l'introduction de la vaccine en Égypte, laquelle, suivant le rapport de M. le docteur Clot-Bey, « avait fait plus » pour l'humanité que toutes les institutions civilisatrices, que l'en- » semble de la médecine ; que ses succès avaient réparé toutes les pertes » occasionnées par les guerres et les pestes, et que la vallée du Nil » aura suffisamment d'habitants pour cultiver ses terres fertiles. *Là il* » *n'y a pas à discuter ; ce sont des résultats certains.* » (Textuel.)

Heureuse Egypte ! me dis-je en entendant ces merveilles, tu vas retrouver ta population du temps des Pharaons !... Une réflexion cependant vint traverser mon esprit ; j'avais lu un livre qui n'est pas étranger au succès de l'affaire, et dans lequel il est dit : « Il ne faut » pas avoir une haute idée de la vaccine pour peupler les États ; car » la vérité nous fait un devoir de déclarer que cet accroissement de la » population a commencé longtemps avant qu'on songeât à la vac- » cine. » (*Traité de vaccine*, 1833.)

Ces paroles écrites par le vaccinophile émérite n'ont pas besoin de commentaire ; voici, en outre, quelques chiffres plus positifs. Sous les guerres meurtrières de la République et de l'Empire, l'accroissement de la population était, d'après M. Carnot, de 29 pour mille par an. Aujourd'hui, pendant la dernière période quinquennale, après cinquante-deux ans de pratique vaccinale, d'après le recensement dernier et le rapport de M. de Persigny, cet accroissement annuel est descendu à 3 pour mille. En vérité, dans cette question, on ne marche que de contradiction en contradiction.

Ne quittons pas encore ce chapitre de l'accroissement que doit éprouver la population par l'effet de la vaccine. Dans le livre cité, après avoir reconnu que la vaccine est depuis longtemps obligatoire en Italie et autres lieux, l'auteur ajoute : « Il y a très peu de différence » dans leur nécrologe ; cependant il est incontestable que la petite » vérole enlevait environ le dixième des hommes.

» Que devient ce dixième ? Comment se fait-il qu'il ne se retrouve » pas ? »

Le problème vaut la peine d'être résolu ; voici sa solution : je la livre aux méditations de M. Clot-Bey et de la commission de vaccine. Je trouve dans la *Gazette médicale* du 25 septembre dernier les détails statistiques suivants de M. H. Carnot :

Sur 10,000 décès de tout sexe et de tout âge, on compte :

A la fin du dix-huitième siècle, 525 décès de 20 à 30 ans. (Buffon, *Hist. nat.*).

Dans l'année 1816		733 décès de 20 à 30 ans.
De 1816 à 1819	(moyenne de 4 ans)	900 — —
De 1820 à 1829	(moyenne de 10 ans)	1,088 — —
De 1830 à 1839	(*Idem*)	1,210 — —
De 1840 à 1849	(*Idem*)	1,340 — —

(*Annuaire du bureau des longitudes.*)

La conclusion est que, depuis la vaccine, la mortalité de la jeunesse *a doublé*.

M. Carnot ne manque pas de confiance dans ses calculs, car il dit qu'on *ne pourrait pas le contredire*.

Voici donc ce dixième retrouvé, ou plutôt, voici ce dixième évaporé entre vingt et trente ans, dans la période de la vie féconde et productive. Mais par quelle cause se perd-il dans l'âge de l'espérance, dans l'âge précieux ? vont me demander les vaccinateurs. Je leur répondrai : Par le déplacement de la variole, soit externe, soit interne ; déplacement, suite de l'introduction de la vaccine. Un de mes amis leur dira avec moi que M. Serres est dans le vrai lorsqu'il affirme que la fièvre typhoïde « devient de plus en plus fréquente. » Pour lui, il est d'observation qu'en province « elle s'est *largement* propagée ; qu'on la voit » s'étendre avec une *effroyable rapidité* ; si bien qu'à présent nous » avons affaire *à une constitution typhoïde.* » (Ancelon, de Dieuze, *Fièvres typh.*) Cet honorable confrère, qui tient fort peu à ce qu'il soit traité d'hérétique (les hérétiques comme lui ont beaucoup d'esprit ; on ne les brûle plus aujourd'hui, ils ont trouvé de l'onguent contre les brûlures académiqnes dans les bureaux des journaux de médecine), publie encore ce qui suit, avec toute l'assurance possible :

« Les partisans de la découverte jennerienne oublient l'action des » lois providentielles sur la population ; il leur faut une compensation » à tout ce que les hommes entreprennent dans le but de s'opposer à » leurs mystérieux moyens de destruction. N'est-ce pas alors que *le* » *développement de la fièvre typhoïde doit progresser en raison inverse* » *de celui de la petite vérole ?...* Il est bien à craindre qu'ici, comme » en bien d'autres circonstances, la prudence humaine n'ait été mise » en défaut. » (*Id.*, *Fièvres typh.*, p. 13, 1847.)

Voici, il est vrai, une petite phrase qui n'est pas si innocente qu'elle le paraît ; elle est grosse d'objections. Son père, M. le secrétaire perpétuel, qui approuve et paraphrase les rapports sur les vaccinations, en écrit de temps en temps quelques-unes de semblables pour les besoins de la cause. « Boyer paya son tribut à la grande ville ; il fut pris » de cette grave *endémie européenne* qu'on appelait alors *fièvre pu-* » *tride*, et qu'on appelle aujourd'hui fièvre typhoïde. » (*Gaz. des Hôp.*, 16 décembre 1852.) Donnons-lui sa signification véritable, et toute sa signification. Traduisons donc : « La fièvre typhoïde n'est pas une maladie nouvelle ; elle s'appelait fièvre putride avant la vaccine, et, sous ce nom, elle était aussi fréquente alors qu'elle l'est aujourd'hui sous l'autre. Il n'y a qu'un nom de changé : la vaccine n'a donc rien à y voir. »

Réponse. « La fièvre putride de Stoll est la même que la fièvre typhoïde de nos jours. Du temps de Stoll et Boyer elle était fréquente dans les grandes villes. C'est ce que M. le secrétaire appelle *payer le tribut.* Mais elle était *rare* dans les campagnes. Aujourd'hui, soit qu'elle s'appelle fièvre putride ou typhoïde, elle est *très fréquente* dans les villes, elle est *très fréquente* dans les campagnes. Enfin, « les » affections intestinales, n'importe sous quel nom elles se cachent, au- » trefois peu dangereuses dans la jeunesse, ont acquis depuis l'année » 1821 *une excessive gravité.* » (H. Carnot.)

Je laisse M. le secrétaire perpétuel et l'honorable Clot-Bey dans la satisfaction qu'ils éprouvent des grands bienfaits que ce dernier croit avoir rendus à l'Égypte. Après un demi-siècle d'expérience, ses successeurs diront si ses vaccinés sont capables de soutenir les fatigues des guerres comme leurs pères.

Je reviens au point de départ.

En France, la vaccine est louée en prose, chantée en vers, payée en or. L'Académie de médecine, en 1822, est chargée de sa propagation ; une commission spéciale choisie dans son sein adresse au ministre un rapport annuel sur ses progrès, distribue des prix, des médailles et toutes les largesses d'un budget qui s'élève à près de 500 mille francs. Depuis son introduction elle a coûté plus de 25 millions. Le gouverne-

ment la rend obligatoire pour tous les enfants qui fréquentent les écoles. L'inoculation n'est pas prohibée, mais le médecin qui *oserait inoculer*, *proposer* de revenir à cette pratique, encourrait les censures académiques; on le signale au ministre, on le traite de médecin *peu connu qui renie les bonnes doctrines* pour se précipiter dans l'*hérésie* et l'*apostasie*. Cette découverte ne peut souffrir que des admirateurs. Pour dire tout haut son opinion, pour élever la voix contre elle il faut du courage, ainsi qu'on peut s'en convaincre par ce qui va suivre.

Le 25 septembre 1849 un académicien érudit, un écrivain profond, le docteur Castel, qui longtemps avait été un zélé propagateur, soit comme membre, soit comme rapporteur de la commission de vaccine, se lève, et avec cette douleur qu'éprouve un médecin célèbre par d'honorables luttes, et qu'une conviction profonde porte encore, sur ses derniers jours, dans la lice où il va trouver des amis, il dit : « *J'ai* » *hésité* fort longtemps avant de faire à l'Académie une communication » qui soulèvera de *grandes résistances*. Les affronter est une conséquence de mes antécédents et l'accomplissement d'une obligation » envers l'humanité. » L'orateur développe ensuite sa thèse, et termine ainsi :

« L'épuration par la variole *répond aux besoins de l'économie*, l'épu- » ration par la vaccine *ne satisfait point aux mêmes conditions.* »

La voix qui provoquait l'attaque était encore vibrante, elle ne trouva donc nulle résistance; personne n'osa relever le gant; seulement, deux ans et demi après cette sortie vigoureuse, lorsque le vieillard n'assistait plus aux séances académiques, on y dit un jour avec emphase : « Nulle voix médicale ne s'est élevée contre la vaccine ! »

Pendant que ces choses se passent de la sorte en France, elles semblent marcher de la même manière en Angleterre. La vaccine n'y est pas rendue obligatoire, mais un acte grave, une loi du parlement, en 1840, prohibe dans ce pays l'inoculation; et pour lui donner plus d'efficacité, on établit un hôpital spécial pour les variolés à Londres; en sorte qu'à l'abri de toute contagion varioleuse, la vaccine aidant, le fléau, ainsi que le disaient MM. les auteurs du Dictionnaire en 1836, devait *complétement* disparaître. Nous verrons bientôt quels ont été les résultats de ces précautions. Les deux nations, on le voit, témoignent le même enthousiasme, rivalisent du même zèle. L'une paye généreusement Jenner, l'autre revendique la gloire de la découverte pour Rabaud-Pommier. La première prohibe l'inoculation, la seconde rend la vaccine obligatoire. Ainsi, sentiments communs, rivalité d'efforts, et tout cela jusqu'à 1852. Mais à dater du commencement de cette même année, nous allons trouver des divergences dans l'appréciation des effets de la vaccine et dans les moyens employés jusqu'alors pour combattre la petite vérole.

La vérité, ce qui devait arriver, est mise en évidence dans la Grande-Bretagne par une de ces mesures sur lesquelles on comptait le plus pour *anéantir* le germe varioleux. Je vais laisser, ainsi que je l'ai promis, la parole au docteur G. Gregory, médecin de l'hôpital spécial des variolés à Londres. Voici comme il s'exprimait le 9 mars dernier devant la Société royale de médecine et de chirurgie de cette métropole, dans un mémoire remarquable, qui a fortement impressionné l'opinion publique en Angleterre, et qui fut publié par le *Medical Times* le 26 juin. J'en ai donné une traduction dans les numéros des 28 et 30 octobre dernier de la *Gazette des Hôpitaux*.

« L'inoculation, dit-il, fut bannie en Angleterre et en Irlande par un » acte du parlement en 1840. Cet acte fut rigoureusement obéi de » toutes les parties du pays. Néanmoins la petite vérole est *aussi ré-* » *pandue* maintenant, malgré la plus grande surveillance, qu'elle l'était » avant l'acte de 1840. La clause prohibitoire de cet acte n'a pas, *au* » *plus petit degré*, diminué la quantité de petites véroles... L'idée de » l'extirper par la vaccine est *absurde et chimérique*, et de la part de » Jenner elle fut *aussi irréfléchie que présomptueuse*... La petite vérole » atteint *les personnes vaccinées*... Pendant onze ans 4,094 personnes » atteintes de petite vérole furent admises dans l'hôpital; 2,167 d'entre » elles *avaient été vaccinées*... Dans les deux années 1850 et 1851, sur » 794 personnes adultes, presque toutes vaccinées, 115 d'entre elles » moururent... »

(*La suite à un prochain numéro.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 28 janvier 1853. — Présidence de M. Guersant.

Présentation de malade.

M. Chassaignac présente à la Société un malade sur lequel il donne les détails suivants :

« Le malade que je présente à la Société est entré à l'hôpital Saint-Antoine pour un hygroma suppuré de la bourse correspondant à une gibbosité rachitique de la région dorsale. Cet homme, qui est atteint d'une luxation congénitale des deux fémurs, et dont les luxations sont, ainsi que cela a lieu constamment, des déplacements du fémur dans la fosse iliaque, possède la singulière aptitude de convertir par la seule action des muscles *ses luxations iliaques en luxations ischiatiques*.

Il possède, de plus, la faculté d'opposer les orteils de ses deux pieds bout à bout, les deux talons étant à l'opposite et les deux pieds exactement placés dans le même plan longitudinal. L'étude de cette attitude singulière nous a fait voir qu'elle dépend d'un triple mécanisme, que voici :

1° La luxation iliaque convertie en ischiatique sur un seul côté ;

2° Un mouvement de rotation de totalité du bassin autour de celui des deux fémurs qui reste en place, et représente le pivot du mouvement exécuté par le bassin ;

3° Enfin, d'un mouvement de rotation en dedans du tibia sur le fémur, mouvement qui s'exécute chez cet homme, non-seulement dans la flexion préalable de la jambe, comme cela existe pour tout le monde, mais même dans l'extension la plus prononcée du genou.

Ce sujet, qui représente à lui seul une petite collection d'anatomie pathologique, porte avec lui la preuve de ce qu'il y a de déraisonnable à tenter une opération dont on a parlé récemment, et qui consiste à pratiquer l'extirpation de l'appendice xyphoïde sans reculer devant l'ouverture de la cavité péritonéale. Chez lui, en effet, cet appendice, placé dans un plan tout à fait horizontal, est perpendiculairement dirigé entre les parties profondes de la région épigastrique; or cet homme n'en a jamais éprouvé autre chose qu'un peu de gêne, et tout esprit sensé reculerait à l'idée d'une opération en pareil cas, la difformité entraînât-elle une névralgie aussi douloureuse qu'on peut l'admettre, névralgie qui a été considérée, dans le cas auquel nous avons fait allusion, comme ayant été un motif suffisant pour déterminer à ouvrir le péritoine et à extraire l'appendice osseux considéré comme cause de tout le mal.

Correspondance manuscrite.

1° Lettre de M. Luër, qui adresse des appareils pour remédier aux déplacements de l'utérus. Ce sont les instruments de MM. Simpson et Valleix modifiés. (Remercîments.)

2° M. Larrey dépose sur le bureau une observation de hernie traumatique du poumon, suivie de guérison, avec pièce anatomo-pathologique.

Cette observation, communiquée par M. Dufour, médecin aide-major au 3e régiment de spahis, est renvoyée à une commission, composée de MM. Larrey, Jarjavay et Morel-Lavallée, rapporteur.

Nomination.

M. Aubry est nommé membre correspondant de la Société.

Cystocèle inguinale.

M. Roux montre la pièce d'anatomie pathologique relative à la hernie inguinale dont nous avons reproduit l'observation dans le dernier compte-rendu.

La plus grande moitié de la vessie se trouve engagée dans le sac herniaire; elle présente au niveau du col de hernie un rétrécissement qui permet à peine l'introduction du doigt. Du reste, M. Roux déclare n'avoir rien à ajouter aux détails donnés dans la dernière séance.

M. Morel-Lavallée fait remarquer que dans ce cas il n'y avait pas d'épiploon dans le sac herniaire. Dans un fait qu'il a observé, on retrouvait, en outre de la vessie et de l'intestin, une partie notable de l'épiploon, ce qui n'est signalé dans aucun ouvrage de chirurgie. En outre, il y avait étranglement de la vessie; la membrane muqueuse était presque gangrenée.

Comme dans le fait de M. Roux, on avait méconnu la cystocèle. On crut, lorsque l'intestin eut été réduit, que la tumeur vésicale était formée par une hydrocèle; on la laissa en place. Le malade mourut.

A l'autopsie, que M. Morel fit lui-même avec le plus grand soin, on reconnut la cystocèle. L'ouraque avait été entraînée avec la vessie. Du reste, chez ce malade, il n'y avait eu pendant la vie aucun symptôme du côté des organes génito-urinaires. Rien n'avait pu mettre sur la voie du déplacement de la vessie.

M. Marjolin. L'observation que vient de nous communiquer notre honorable collègue M. le professeur Roux est d'un grand enseignement; car elle nous prouve combien, dans certaines circonstances, le diagnostic peut offrir de difficultés, même pour les hommes les plus expérimentés. L'autopsie a démontré qu'il s'agissait bien ici d'une hernie inguinale compliquée de cystocèle. Au premier abord, il semblerait que toute erreur soit impossible, et cependant il n'en est rien. Rappelez-vous un instant le fait si curieux qui vous fut communiqué par M. le professeur Pytha (de Prague), et vous verrez qu'il est des circonstances où le chirurgien se trouve bien embarrassé pour la conduite à tenir.

Le malade, qui était âgé de soixante-quinze ans, entra à l'hôpital avec tous les signes d'un étranglement herniaire datant de quatre jours. La tumeur du scrotum avait le volume de la tête d'un enfant. Outre cette affection, il était tourmenté depuis quarante-huit heures par une rétention d'urine complète. L'introduction de la sonde amena l'évacuation d'environ deux livres d'urine; quelques tentatives de taxis amenèrent de la diminution dans la tumeur, mais sans soulagement. comme le malade était dans un état vraiment désespéré, M. Pytha ne voulut tenter aucune opération. J'avais vu le malade à son entrée à l'hôpital et j'assistai à l'autopsie. Ce qui se présenta au premier abord ressemblait tout à fait à la tumeur dont M. Roux nous a parlé; seulement le volume était beaucoup plus considérable. On pouvait, en comprimant la tumeur adossée à la paroi postérieure du sac herniaire et se continuant en apparence avec la vessie, faire refluer l'urine même par l'urètre. Tout devait faire croire qu'il s'agissait d'une hernie de vessie; cependant il n'en était rien, et ce ne fut qu'en ouvrant cette dernière qu'on reconnut qu'il y avait eu une infiltration urineuse sous-péritonéale causée par la chute d'une eschare gangréneuse.

Si l'état du malade eût permis de recourir à une opération, et qu'un chirurgien se fût trouvé en présence de cette complication inattendue, il est bien probable que le seul parti convenable à prendre eût été celui devant lequel nous aurions tous reculé; car il fallait, dans ce cas, inciser largement la tumeur, comme on le ferait dans une infiltration urineuse du scrotum. (Consulter l'observation insérée page 304 du tome III des *Mémoires de la Société de chirurgie.*)

LECTURE.

M. Blot donne lecture d'un travail intitulé : *De l'arthrite suppurée, de sa guérison possible avec conservation du mouvement.* (Commission : MM. Monod, Broca et Chassaignac, rapporteur.)

Tumeur cancéreuse ayant envahi le sinus maxillaire gauche, la fosse nasale du même côté et l'orbite. Destruction complète du nerf sous-orbitaire avec persistance de la sensibilité.

M. Gerdy donne un résumé de l'observation dont nous venons de donner le titre. Cette observation et un rapport de M. Houël sur l'examen anatomo-pathologique de la lésion, n'ayant pas été encore approuvés par la Société, seront insérés dans un prochain compte-rendu.

De la direction à donner aux incisions dans les opérations pratiquées sur la face.

M. Gerdy présente le masque moulé sur nature d'une jeune femme sur laquelle il a pratiqué l'ablation d'une tumeur du sinus maxillaire. Pour rendre les traces de la cicatrice moins apparentes, le chirurgien a suivi autant que possible les sillons naturels.

Ainsi, l'incision longeant le côté du nez contourne la base de la narine et vient horizontalement jusqu'à la sous-cloison pour redevenir ensuite verticale, et suivre le sillon médian de la lèvre supérieure jusqu'au bord libre.

Cette longue incision ne laisse aucune trace sur le masque présenté par M. Gerdy. On remarque seulement une légère encoche au niveau du bord libre.

Anatomie pathologique.

M. Guersant présente une pièce anatomique trouvée chez un jeune garçon de huit ans; c'est une énorme tumeur d'un tissu anormal, peut-être cancéreux, qui entoure de toutes parts le col de la vessie. On observe de plus un allongement considérable du col, et dans l'intérieur de cette partie des végétations polypeuses également de tissu anormal offrant moins de consistance que la tumeur principale; il existe en outre une altération profonde des deux reins, augmentation de volume, ramollissement splénique de la couche corticale, dilatation des calices tapissés de fausses membranes et remplis de pus; enfin, tuméfaction et rougeur de la muqueuse vésicale avec urine purulente.

Pendant la vie de l'enfant, ces altérations ne donnèrent d'autres symptômes qu'une rétention d'urine *datant de six mois*, avec tumeur à la région hypogastrique, tumeur produite tout à la fois par la vessie distendue par l'urine et par la lésion organique, qui continuait à se faire sentir après le cathétérisme. De plus, des douleurs vives à la pression sur l'abdomen, sensibilité vive à l'extrémité de la verge, tumeur dans le rectum; enfin, fièvre continue; état général de souffrance, et le dernier jour de la vie convulsions continuelles pendant cinq à six heures avant la mort.

Le vice-secrétaire Laborie.

CORRESPONDANCE.

A M. le Rédacteur de la Gazette des Hôpitaux.

Monsieur le rédacteur et cher confrère,

Vous ne me paraissez pas être du nombre des méchants qui peuvent me trouver une ressemblance éloignée avec Éole, venant souffler le vent des tempêtes dans le sein de l'Académie de médecine; loin de moi cette pensée, et je vous remercie de votre bonne opinion.

Ma proposition de nommer une commission pour s'adjoindre au conseil d'administration avait pour but unique de faire régulariser par un vote de l'Académie des suppressions réglementaires faites seulement par son bureau en 1848. L'assentiment de l'Académie pour cette suppression a été unanime dans le comité secret qui a eu lieu. Respect à sa décision. Mais la commission qui avait été nommée devait aussi connaître les suppressions et modifications faites dans le règlement imprimé en 1851, afin de les faire voter, s'il y avait lieu, par l'Académie, car le dernier article de notre règlement s'exprime ainsi : « *En cas* » *d'insuffisance du règlement, il y sera pourvu par une délibération ex-* » *presse de l'Académie.* » Or, cet article est pour moi une preuve que le bureau et le conseil ne peuvent, seuls, y faire aucun changement. La commission nommée est comme non avenue, puisque dans le comité secret l'Académie a passé à l'ordre du jour sur ce que l'on a appelé mon incident, incident grave, aux yeux d'un membre honorable qui, faisant partie de cette commission, s'est empressé de donner sa démission.

Voici donc pour vous, cher confrère, et pour vos nombreux lecteurs, dont plusieurs sont mes collègues à l'Académie, les articles supprimés, modifiés ou rédigés par le conseil d'administration. Pour me comprendre, je vous prie de comparer l'*Annuaire* imprimé en 1848 et le réglement de 1851, vous verrez que dans l'article 11, relatif à l'ordre des travaux des séances, on a supprimé le 6°.

Dans l'article 66 ancien, et 70 nouveau, relatif aux publications, on a supprimé le 3°.

Dans l'article 45 on a supprimé ces mots : l'*Académie en décide* : il s'agit du nombre de candidats à présenter pour chaque place vacante.

Les modifications se trouvent à l'article 48, dans lequel on donne la voix *délibérative* à un très honoré collègue, secrétaire du conseil, qui n'avait par *ordonnance* que la voix *consultative*.

Dans les articles 58 et 66, le conseil s'adjuge seul le droit de présenter au ministre de l'instruction publique le candidat qu'il doit élire pour être bibliothécaire ou un chef des travaux chimiques. J'ignore si l'Académie ne trouverait pas que les membres composant la section de chimie seraient plus aptes que le conseil à présenter à son élection un candidat qui serait ensuite nommé par le ministre.

Je ne me porte pas en ce moment juge de l'opportunité des suppressions et modifications que je viens d'indiquer, mais j'espère encore que l'Académie en sera instruite et qu'elle pourra, dans un nouveau comité secret, les adopter ou les modifier à son tour; alors je serai satisfait, et j'aurai ainsi contribué à arrêter le conseil dans des prérogatives qui ne sont pas en harmonie avec l'article 52 qui s'exprime ainsi : *le conseil est chargé de l'exécution des décisions de l'Académie.* Par conséquent, ce conseil ne peut ni ne doit, seul, changer aucun article du règlement.

Je serais bien aise que la lettre que j'ai l'honneur de vous écrire vous parût digne d'être insérée dans votre journal, avec vos réflexions, si vous croyez devoir en faire, dussent-elles être opposées à ma manière de voir.

Agréez, etc. Cornac,

Membre de l'Académie de médecine.

Paris, ce 29 janvier 1853.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Ont été nommés chevaliers de la Légion-d'Honneur :

MM. Lanthounet, chirurgien sous-aide, attaché à la pharmacie centrale des hôpitaux militaires, à Paris; Lelouis, médecin-major de 2e classe au 35e de ligne; Liard, médecin aide-major au 1er bataillon d'infanterie légère d'Afrique.

— M. Gremaud, chirurgien aide-major en non activité par retrait d'emploi, a été nommé à un emploi de chirurgien aide-major de 2e classe, en remplacement de M. Delahaye, promu à la 1re classe.

— Les sciences viennent de faire une grande perte, au Muséum d'histoire naturelle, par la mort subite de M. Laurillard, garde du cabinet d'anatomie comparée. Ses obsèques ont eu lieu le samedi, 29 janvier; le corps des professeurs, administrateurs du Jardin des Plantes, tous les autres fonctionnaires ou employés de cet établissement assistaient à ses funérailles. MM. Élie de Beaumont, sénateur, membre de l'Institut; Junker, ingénieur en chef des mines, et Monin-Japy, membre du Corps législatif et doyen des maires de Paris, étaient dans le cortége. MM. Frédéric Cuvier, conseiller d'état, et Duvernoy, membre de l'Institut et professeur d'anatomie comparée, conduisaient le deuil.

La vie de Laurillard a été constamment liée de la manière la plus étroite à celle de Georges Cuvier, dont il était le dessinateur, le secrétaire et l'aide particulier. L'immense travail des recherches sur les ossements fossiles est rempli de planches dues au crayon de M. Laurillard. Un autre ouvrage de Cuvier, sa grande *Anatomie comparée*, auquel M. Laurillard a coopéré par ses dissections et par ses dessins, et dont l'illustre anatomiste lui a confié en mourant la publication, montre surabondamment combien sa vie scientifique a été liée à celle de Georges Cuvier.

Bienfaisant et modeste, Laurillard n'a cessé de faire des sacrifices pour ses coreligionnaires protestants du douzième arrondissement, dont il était particulièrement chargé par le consistoire évangélique.

Laurillard était né le 21 janvier 1783, à Montbéliard, comme Georges et Frédéric Cuvier.

Des discours ont été prononcés sur sa tombe par MM. Duvernoy, Valenciennes et Gratiolet.

— M. le professeur Magendie, membre de l'Institut, a commencé le cours de médecine au Collége de France, vendredi 4 février, à midi, et le continuera le mercredi et le vendredi de chaque semaine.

Le professeur traitera dans ce semestre de l'application des sciences physiques à la médecine pratique.

— La Société de médecine de Bordeaux, dans le banquet d'installation de son bureau, après une allocution chaleureuse du président, M. le docteur Gintrac père, a couvert de ses bravos les plus sympathiques des couplets improvisés par M. le docteur J. Venot, dans lesquels notre confrère a chanté l'acte de générosité que M. Orfila vient d'accomplir.

Le Sourd.

Paris, — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 17. — JEUDI 10 FÉVRIER 1853. (26e ANNÉE.) N° 17. — JEUDI 10 FÉVRIER 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE. Trois mois. . . . 8 fr. 50 c. Six mois. . . . 16 » Un an. . . . . 30 »

GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES. Trois mois. . . . . 9 fr. Six mois. . . . . . 17 Un an. 33

ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR. Trois mois. . . . . 10 fr. Six mois. . . . . . 20 Un an. 38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

PARIS, LE 9 FÉVRIER 1853.

Accusation d'homicide involontaire portée contre un médecin. — Arrestation préventive.

Un chirurgien de Toddington (Bedforshire), en Angleterre, vient d'être poursuivi et jeté en prison sous l'accusation d'homicide, d'après un verdict du jury et sur l'ordre du coroner, dans les circonstances suivantes :

« M. Hicks fut appelé pour donner ses soins à un enfant qui s'était blessé à la jambe dans une chute. Comme M. Hicks crut de prime abord que le péroné avait été fracturé, le membre fut entouré d'un bandage garni d'attelles, et des compresses amidonnées furent appliquées. Après cela, comme M. Hicks soupçonna qu'un abcès s'était formé sous le genou, les attelles furent enlevées et un cataplasme fut appliqué sur tout le membre. M. Benson, chirurgien de Luton, fut ensuite appelé, mais le malade était déjà mourant. Ce chirurgien, assisté de M. Tomson, procéda à l'autopsie et ne trouva point de fracture, mais seulement un peu de pus infiltré dans les muscles au-dessous de l'articulation du genou. Sur cette preuve, ils décidèrent que *la mort résultait d'une maladie du cerveau produite par la pression du bandage.* Le jury, guidé par cette opinion si tranchée, si *inqualifiable*, porta un verdict d'*homicide*, et en conséquence M. Hicks fut envoyé en prison sur l'ordre du coroner. »

L'*Association medical journal* de Londres, auquel nous empruntons ce fait, l'accompagne de réflexions dont une partie trouvera place parmi celles qu'il nous inspire à nous-même.

Certes, nous avons eu en France des exemples déplorables de condamnation pour des faits de responsabilité médicale, et accompagnés de preuves de mauvais vouloir de la part de quelques confrères ; il suffit de citer les faits relatifs à MM. Hélie et Thouret-Noroy ; mais nous ne pensons pas qu'en aucune circonstance il se soit trouvé deux médecins qui, sur la seule inspection cadavérique, se soient crus autorisés à asseoir une opinion aussi décisive, aussi tranchante que celle qu'ont émise MM. Benson et Tomson ; et quand on pense que sur la seule opinion formulée par eux un jury où ne se trouvait aucun médecin, un coroner qui lui-même est étranger aux connaissances médicales, ont enlevé un chirurgien honorable à ses clients et lui ont fait perdre sa position et sa fortune peut-être par un emprisonnement préventif, on ne saurait trop déplorer un malheur auquel ont échappé du moins ceux des médecins français qui ont été poursuivis pour des faits semblables. Nous ne savons si dans ce cas la loi anglaise permet la mise en liberté sous caution ; mais si, comme nous avons lieu de le croire, puisque le journal anglais n'en parle pas, la prison préventive est maintenue, nous ne saurions nous élever avec trop de force, avec nos confrères d'outre-mer, contre une disposition légale qui met à la merci de la jalousie d'un confrère et de l'ignorance d'un magistrat la fortune et la réputation d'un praticien qu'une faute ou une erreur vraie ou supposée prive ainsi d'une position péniblement et honorablement acquise.

Qui pourrait en ce cas se croire à l'abri d'une poursuite et d'une condamnation? Quel est le médecin habile et justement célèbre qui sera certain d'échapper à un malheur de ce genre ? N'a-t-on pas vu des chirurgiens de haute renommée prendre un anévrisme pour un abcès, ponctionner une vessie distendue croyant donner issue au liquide d'une ascite, plonger le bistouri dans une tumeur herniaire, et amener ainsi des accidents mortels? *Errare humanum est!* Nous avons vu nous-même, pour ne parler que des morts, l'illustre Dupuytren extirper un œil hydrophthalmique, et déterminer ainsi de graves accidents, quand une simple ponction eût suffi ; Breschet occasionner la gangrène d'un membre à la suite d'un bandage trop serré ou qu'un gonflement inattendu avait distendu. N'a-t-on pas vu des accidents mortels survenir à la suite de la simple introduction d'une sonde dans la vessie, ou d'un coup de bistouri donné pour un panaris ou un abcès? Qui donc, nous le répétons, peut se croire à l'abri d'une poursuite pareille? Qui consentirait à exercer son art, en y apportant toute la prudence, toute l'habileté possibles, en présence de semblables lois draconiennes et de la légèreté, pour ne pas dire plus, d'un ou de deux confrères imprudents ou mal intentionnés?

Nous aurons soin de suivre cette affaire intéressante, et ferons connaître le résultat du jugement définitif. Nous espérons d'avance que le jury de jugement, éclairé par les réclamations des journaux de médecine anglais, réformera cet arrêt préventif et rendra à la liberté, en lui accordant des dommages-intérêts aux dépens de qui de droit, le malheureux M. Hicks, auquel on ne saurait rendre sa réputation enlevée et la confiance qu'on a dû lui faire perdre parmi ses clients, et que lui avait acquise une pratique de quarante ans.

Séance de l'Académie de Médecine.

Il n'y a pas de mardi gras pour l'Académie, en ce sens que ce jour de plaisir pour tout le monde n'est point un jour de repos pour elle ; car, autrement, on ne saurait dire qu'elle ait fait précisément maigre mardi dernier. La séance n'a pas manqué de substance; seulement les banquettes se sont dégarnies un peu plus tôt que de coutume, ce qui est bien pardonnable. Au reste, l'Académie est en bonne veine depuis quelque temps. C'est comme une émulation d'excellents rapports, de lectures et de communications intéressantes.

Dans la dernière séance nous avons eu, après quelques rapports sommaires de M. O. Henri, que de nouvelles naïades médicatrices ont tenté de séduire, une lecture de M. Durand-Fardel et un rapport de M. Depaul : entre les deux une petite discussion.

Le travail de M. Durand-Fardel a pour objet la médication alcaline par les eaux de Vichy, et roule sur deux points principaux : 1° l'élimination par la voie des sécrétions, notamment par les urines, des principes minéralisateurs de l'eau de Vichy, c'est-à-dire du bicarbonate de soude, les autres principes pouvant être négligés; 2° la saturation alcaline, que l'auteur rejette comme une idée absurde en tant que saturation absolue, et à laquelle il substitue l'intolérance. Il est très vrai, dit-il, qu'à un certain moment l'économie répugne à la médication alcaline; mais ce n'est pas qu'elle soit saturée chimiquement, c'est que la tolérance est à bout.

Tout le mémoire de M. Durand-Fardel, auquel du reste l'Académie a fait très bon accueil, nous paraît conçu de cette manière. Ce sont des interprétations, des formules nouvelles, fort ingénieusement exposées, de faits connus ou même vulgaires. Ainsi dans l'alcalinisation des urines l'auteur voit l'élimination de l'alcali, sur laquelle il dit de très bonnes choses ; et dans la saturation chimique il voit l'intolérance. Il nie d'ailleurs formellement que les eaux de Vichy produisent l'amaigrissement, et à plus forte raison qu'elles puissent aller jusqu'à dissoudre les muscles. Quant à l'amaigrissement, nous voudrions que la question fût jugée au poids. Toujours est-il que le travail de M. Durand-Fardel est l'œuvre d'un esprit distingué; il est bien écrit, et a été parfaitement lu. La courte discussion qui s'est engagée ensuite a offert une partie chimique et une partie thérapeutique. Dans celle-ci, M. Lévy a soutenu, contre une assertion de M. Gibert, que l'efficacité d'un médicament n'est pas en raison de son séjour dans l'économie ; il a cité, d'une part, le court séjour du sulfate de quinine, qui n'a pas moins les effets les plus tranchés, et, de l'autre, le long séjour de l'antimoine, que MM. Milon et Laveran ont retrouvé jusque dans le système nerveux central, longtemps après l'avoir administré aux animaux mis en expérience, et qui cependant ne manifestait plus sa présence par aucun signe. L'iodure de potassium, si efficace contre les accidents tertiaires de la syphilis, est éliminé avec une merveilleuse promptitude, et l'on dirait qu'il agit par une sorte de lavage. Cet exemple vient encore à l'appui de la thèse de M. Lévy ; et pourtant nous craindrions de nous tromper en adoptant cette thèse d'une manière absolue. Il y aurait fort à dire sur cette question, qui veut être étudiée autrement que d'une manière incidente.

Quant à la partie chimique de la discussion, c'est M. Orfila qui en a fait les frais. Il distingue une saturation *chimique* et une saturation *vitale*. La saturation *chimique* est incontestable, a-t-il dit. Quand les humeurs sont acides, et que par l'administration d'un médicament on les rend neutres ou alcalines, évidemment on les a saturées. A la vérité, M. Durand-Fardel entendait parler, non de la saturation des humeurs, mais d'une sorte d'imprégnation de l'agrégat vivant tout entier par l'alcali, et c'est ce qu'il déclare impossible. Relativement à la saturation *vitale*, elle a lieu lorsque la vie n'est plus compatible avec la proportion de substance étrangère introduite dans l'économie. Cette proportion, pour l'acide arsénieux, est de 10 centigrammes chez le chien, d'après les intéressantes recherches de M. Orfila.

M. Depaul, qui a remplacé M. Durand-Fardel à la tribune, a communiqué la plus grande partie d'un rapport sur un travail de M. Maslieurat-Lagémard ; le reste sera lu à la prochaine séance. M. Depaul a été invité à vouloir bien rédiger un résumé de la partie déjà lue. Nous préférerions que le rapport fût repris en entier, pour deux raisons : d'abord, parce que les bonnes choses *bis repetita placent*; secondement, parce que plusieurs passages du rapport n'ont pas été bien entendus, par suite de la fatigue de l'honorable rapporteur, qui était indisposé.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. NÉLATON.

Fongosités utérines. — De l'emploi de la curette de Récamier.

Deux malades entrées nouvellement dans le service, et atteintes toutes deux de fongosités utérines, sont soumises à ce mode de traitement préconisé par Récamier, et que j'ai souvent employé moi-même avec succès. L'une de ces malades est dans un âge moyen, d'une bonne constitution, a eu huit couches qui se sont succédé dans un espace de temps assez court, et à la suite de la dernière il lui est resté une douleur dans l'abdomen et dans l'aine droite.

En examinant par le toucher, on trouve le col de l'utérus tuméfié.

Une première fois déjà j'avais vu cette malade dans le service de M. Denonvilliers, qui avait trouvé une ulcération et l'avait guérie par la cautérisation; et malgré la cicatrisation de l'ulcère, les douleurs n'avaient pas cessé. Dans ces circonstances, je fis part à mon collègue de l'opération de Récamier et lui proposai de l'appliquer. La curette fut introduite, retournée deux ou trois fois sur son axe dans la cavité de l'utérus, et la retirant ensuite j'amenai la matière fongueuse au dehors. Cette matière est de consistance molle, rosée, présentant dans divers points de sa masse de petits caillots, et dans d'autres points une matière organisée, parcourue par des vaisseaux assez fins ; elle présente une grande analogie avec les bourgeons charnus qui se développent à la surface des plaies. On y trouve deux faces : l'une libre, de couleur rosée, offrant un aspect analogue à celui de la membrane villeuse de l'intestin ; l'autre rouge-foncé et ayant l'apparence d'un tissu fraîchement coupé.

La curette fut introduite de nouveau dans la même séance, et je ramenai une nouvelle quantité de matière fongueuse. Le jour suivant, la malade nous dit qu'elle avait éprouvé dans les vingt-quatre heures qui s'étaient écoulées depuis l'opération un bien-être qu'elle ne connaissait plus depuis longtemps. Cette femme était depuis quatre ans en proie à des souffrances très vives qui la forçaient de garder le repos continuel dans la position horizontale.

Aucun des nombreux moyens qui avaient été employés n'avait apporté le moindre soulagement à son mal.

Après un repos de quelques jours je fis une nouvelle introduction de la curette, qui donna lieu à la sortie d'une nouvelle quantité de matières analogues à celles que j'avais retirées; puis une troisième, enfin une quatrième introduction de la curette n'amenant plus rien au dehors, je crus devoir suspendre le traitement ; et, en effet, à partir de ce moment la malade fut guérie.

Pendant les quatre années qui suivirent elle n'éprouva plus aucune douleur et ses règles revenaient très régulièrement. Au bout de quatre ans elle devint enceinte, fit une fausse couche, et aujourd'hui elle vient me consulter de nouveau, et présente la même série de symptômes que la première fois que je l'ai vue.

La seconde malade, couchée au n° 2, est âgée de quarante-huit ans. Elle présente l'aspect d'une personne qui souffre déjà depuis longtemps, un teint jaune, sans amaigrissement notable. Cependant son médecin, d'après ce qu'elle nous a dit, l'aurait crue atteinte d'un cancer de l'utérus.

Cette femme a eu un enfant à l'âge de vingt-trois ans, par conséquent à une époque déjà éloignée. Les règles étaient normales ; elle n'éprouvait aucune douleur, lorsqu'il y a quatorze mois elle eut une perte assez abondante mêlée de caillots, et fut forcée de s'aliter. Un médecin fut appelé, et néanmoins la perte continua tellement abondante, que cette femme eut plusieurs syncopes. Depuis cette époque elle n'a pas cessé de perdre du sang, tantôt plus, tantôt moins, le plus souvent mêlé à de la sanie, quelquefois à des caillots. Une circonstance sur laquelle elle insiste surtout, c'est la fétidité de l'écoulement. Les choses se sont ainsi continuées jusqu'à l'entrée de cette malade dans nos salles.

D'après cet ensemble de symptômes, auxquels se joignent des douleurs dans la région sacrée, dans le pli de l'aine, la partie antérieure de la cuisse, douleurs que les malades reportent dans les

reins, et qui accompagnent les affections de l'utérus, le médecin consulté n'a pas hésité à diagnostiquer un cancer.

J'examinai la malade, et je reconnus par le toucher vaginal que le col avait son volume, sa forme, sa consistance normaux.

L'examen terminé, je me demandai quelles pouvaient être les causes de ces pertes.

Il pouvait y avoir un polype renfermé dans la cavité utérine, un cancer de l'utérus, ou enfin des fongosités utérines.

Dans la supposition de l'existence d'un polype, celui-ci devait occuper une certaine place dans la cavité de l'utérus, et cet organe aurait dû présenter un volume anormal. Or, l'exploration à l'aide du doigt placé dans le vagin, et de la main appuyant sur l'abdomen jusqu'à la rencontre du fond de l'utérus, me permit de constater que le volume de cet organe n'avait pas augmenté. Le col n'était nullement entr'ouvert, et l'on sait que la présence d'un polype dans l'utérus a pour effet de dilater son orifice. En admettant l'existence d'un polype, il faudrait qu'il fût très petit. Or, l'expérience a démontré que de petits polypes ne déterminent pas des symptômes aussi graves que ceux qui se présentent chez notre malade. La supposition d'un polype utérin peut donc être rejetée.

La question de l'existence d'un cancer dans la cavité de l'utérus présente une solution plus difficile. En effet, le cancer peut se développer à la face interne de l'utérus sans apporter de modification dans le volume de l'organe.

Je dois rapporter ici un phénomène dont j'ai rendu témoin M. Cruveilhier, et qui peut servir, dans un cas douteux, à éclairer le diagnostic du cancer utérin. Si, après avoir introduit le spéculum de manière à mettre en évidence l'orifice du col de la matrice, on presse avec la main appuyée sur l'hypogastre, on fait sortir des bulles de gaz; et M. Cruveilhier, qui a cherché à constater de nouveau ce phénomène, m'a dit l'avoir vu se reproduire.

Quand un cancer se développe dans la cavité utérine, le tissu squirrheux donne aux parois une rigidité anormale qu'on peut constater par le toucher, et le liquide sanieux qui baigne la cavité utérine subit une décomposition putride qui donne lieu à une production de gaz qu'on fait sortir par la pression.

Le cancer de la cavité utérine peut quelquefois ne pas augmenter d'une manière notable le volume de l'utérus, mais cela n'est pas la règle, il est rare, au contraire, que l'utérus conserve son volume normal; en outre, les douleurs qu'accuse la malade n'ont pas l'intensité des douleurs qui accompagnent le cancer.

Après avoir rejeté comme invraisemblable l'existence d'un polype ou d'un cancer utérin, j'ai dû penser à la présence de fongosités utérines et pratiquer sur cette malade l'opération à l'aide de la curette de Récamier. L'instrument a pénétré avec facilité, je l'ai retourné deux ou trois fois sur son axe dans la cavité utérine et j'ai amené les fongosités au dehors.

Pendant cette opération, j'ai éprouvé à diverses reprises la sensation de frottement sur une surface rugueuse, chagrinée. Récamier insistait beaucoup sur ce signe; il concluait de la persistance des rugosités à celle des fongosités, et répétait les tentatives jusqu'à ce que cette sensation particulière eût complétement cessé.

Notre malade a peu souffert, et seulement vers la fin elle a accusé un moment une douleur assez vive, bientôt calmée, et une heure après elle n'éprouvait plus aucune sensation pénible. La nuit suivante a été bonne et s'est passée sans fièvre, sans douleur, sans colique; seulement la perte a continué. Aujourd'hui la malade se trouve beaucoup mieux, et nous dit avoir constaté elle-même deux choses, à savoir: 1° la disparition de l'odeur fétide de l'écoulement; 2° une diminution très notable de sa douleur habituelle.

Chez l'autre malade dont je vous ai parlé en premier lieu, j'avais cherché à introduire une première fois la curette devant vous, mais j'avais été forcé de remettre l'opération à un autre moment, à cause de la rigidité trop grande du col, qui mettait obstacle à l'entrée de l'instrument. Le lendemain une seconde tentative faite au lit de la malade a réussi; j'ai pu amener au dehors une quantité notable de matière fongueuse, et la malade a éprouvé la même série de phénomènes que l'autre. La douleur, un peu vive après l'opération, a duré une heure, et l'amélioration a été ensuite très notable.

Quelques chirurgiens ont rejeté l'opération de la curette, en se fondant sur ce que l'extraction de filaments en quantité aussi insignifiante ne pouvait avoir aucune influence sur la guérison. On ne doit pas juger l'opération par elle-même, mais bien par les résultats qu'elle donne, et il est constant qu'un grand nombre de femmes en éprouvent un grand soulagement et une guérison complète.

Je me suis demandé si l'introduction réitérée de la curette, en dilatant le col et facilitant l'écoulement du sang menstruel, n'était pas, au moins en partie, la cause du soulagement qu'éprouvent les malades.

On a dit encore à l'appui de l'opinion qui rejette l'opération, que celle-ci entraînait quelquefois des accidents. Il est vrai que chez quelques malades on a vu se développer consécutivement des péritonites mortelles, mais ces cas sont très rares, et l'influence que l'opération a pu avoir sur le développement de la péritonite n'a pas toujours été bien prouvée. M. Récamier, qui n'employait pas toujours de grands ménagements dans ses opérations, et dont la brusquerie les rendait quelquefois très douloureuses pour ses malades, n'a éprouvé d'accidents de ce genre qu'une seule fois sur cent opérations pratiquées, et encore l'autopsie que je fis de la malade qui succomba me laissa-t-elle des doutes sur l'influence que pouvait avoir eue l'opération sur la terminaison funeste. En effet, il existait dans les trompes oblitérées des kystes contenant une matière purulente bien formée, et cela la mort ayant eu lieu vingt-quatre heures seulement après l'opération.

Du reste, on voit quelquefois des péritonites mortelles succéder à des manœuvres très simples. Certaines malades ont succombé à des péritonites vingt-quatre heures après une exploration prudente et dans des cas où la mort ne pouvait raisonnablement être attribuée à la manœuvre exploratrice.

HOPITAL BEAUJON. — M. Sandras.

Paralysie rhumatismale de l'avant-bras. — Guérison rapide par l'électricité.

Antoine A..., terrassier, âgé de trente-neuf ans, entre à l'hôpital Beaujon le 6 janvier 1853, dans le service de M. Sandras.

Cet homme est d'une bonne constitution; il n'a jamais eu la syphilis et ne s'est jamais exposé aux émanations saturnines. Seulement, par suite de sa profession, il a récemment éprouvé de nombreux refroidissements. Il y a dix jours, pendant qu'il travaillait, des douleurs et des picotements se firent sentir dans l'avant-bras gauche et persistèrent toute la journée. Le soir, les mouvements avaient beaucoup perdu de leur énergie. Le lendemain, après une nuit troublée par des douleurs assez vives que pouvait seule calmer l'exposition à l'air du membre malade, il se trouva avec l'avant-bras complétement paralysé.

Aucun traitement ne fut employé pendant les cinq jours qui suivirent.

Le 7 janvier, paralysie presque complète de tous les muscles de l'avant-bras, fléchisseurs et extenseurs, pronateurs et supinateurs. La main gauche retombe inerte lorsqu'on l'abandonne à son propre poids. Le malade ne peut s'habiller ni soutenir son verre ou son assiette. La sensibilité à la douleur n'est pas complétement abolie; mais explorée à l'aide d'une épingle comparativement à celle du côté opposé, elle paraît beaucoup plus obtuse. La peau est le siége de fourmillements incessants. Cette sensation augmente d'intensité et devient même très désagréable pour le malade toutes les fois qu'on frictionne légèrement cette partie. Douleurs profondes dans le membre, surtout la nuit.

Les muscles du bras et de l'épaule ont conservé toute leur énergie, et il n'existe aucun trouble de la sensibilité dans ces diverses parties. Pas de douleur à la pression au niveau de la colonne cervico-dorsale. Jamais de vertiges, ni d'étourdissements. Toutes les fonctions s'exécutent normalement.

L'invasion subite de cette paralysie sans autre cause appréciable qu'un refroidissement, son extension à tous les muscles de l'avant-bras indistinctement, l'intégrité parfaite de la sensibilité et de la motilité du bras et de l'épaule, l'absence totale de douleurs au niveau de la moelle épinière et de symptômes du côté du cerveau, tout indique ici une de ces paralysies liées probablement à une altération encore inconnue du cordon nerveux, et que l'on a désignées sous le nom de paralysies rhumatismales. La marche suivie par la maladie doit d'ailleurs lever tous les doutes.

Le 7 janvier, on fait une première électrisation à l'aide de l'appareil électro-magnétique de M. Sandras. Les excitateurs métalliques, munis d'éponges humides, sont appliqués tantôt directement sur les muscles, tantôt sur les nerfs médian, cubital et radial. Au début de la séance, leur contact ne développe que peu de sensibilité électrique, les muscles eux-mêmes offrent à peine de légères contractions fibrillaires, et cependant l'appareil était gradué au maximum; mais au bout de six à sept minutes, il se produit peu à peu une amélioration considérable et dans la sensibilité et dans la contractilité: le malade, une fois la séance terminée, peut soulever et serrer assez énergiquement la main qu'on lui présente. Il est vrai de dire que pendant la journée une partie des résultats obtenus se dissipa, et que le soir la main était plus faible; mais, en somme, il resta une grande amélioration.

Les jours suivants, les fourmillements, les douleurs profondes diminuèrent peu à peu; le picotement resta longtemps très vif à la face palmaire de l'extrémité des doigts, et de tous les symptômes c'est celui qui a disparu le dernier.

Le 10, deuxième électrisation; une troisième est pratiquée le 15, et le 18 le malade quitte l'hôpital entièrement guéri: il n'y avait aucune différence appréciable entre l'avant-bras et la main du côté gauche et les mêmes parties du côté droit sous le rapport de la contractilité et de la sensibilité.

Cette guérison rapide n'a rien qui doive nous étonner, car on sait quelle est la puissance de l'électricité dans la plupart des cas de paralysie rhumatismale; il est toutefois une circonstance qui nous a frappé, c'est le peu de sensibilité et de contractilité du membre malade au moment du passage des premiers courants électriques. Si les expérimentateurs modernes admettent, en général, que la contractilité électrique est abolie dans les paralysies spinales, tandis qu'elle reste intacte dans les paralysies cérébrales (proposition qui pour nous est loin d'être démontrée), personne n'a encore formulé d'une manière précise ce qui se passe dans les paralysies dites rhumatismales, et nous avons rencontré à cet égard dans les auteurs de nombreuses contradictions. Le raisonnement fait admettre volontiers que la contractilité musculaire doit être abolie ou diminuée dans les cas où, les centres nerveux restant intacts, l'électricité est appliquée localement sur des cordons nerveux probablement altérés, et le fait que nous venons de raconter semblerait confirmer cette idée; mais, dans une question de ce genre, il faut des observations nombreuses pour arriver à des conclusions sérieuses et inattaquables.

L.-V. Marcé.

CLINIQUE CIVILE.

Des plaies de tête avec fracture du crâne et lésion du cerveau;

Par M. Chassaignac, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine.

Après avoir lu avec tout l'intérêt qu'elle mérite l'observation de *fracture du crâne* relatée dans votre numéro du 5 février, je me suis reporté aux faits contenus dans ma thèse de concours sur les plaies de tête, et j'ai pu me convaincre que des observations de ce genre n'étaient pas tout à fait aussi rares que paraît le penser votre honorable correspondant. Il n'est pas rare de voir les plaies de tête par armes à feu avec fracture du crâne non-seulement suivies de guérison, mais encore exemptes d'accidents graves, tels que la perte de l'intelligence, de la parole, de la sensibilité et du mouvement.

J'ai sous la main dix observations que les limites de cet article ne me permettront pas de rapporter dans tous leurs détails, et qui me paraissent de nature à jeter quelque lumière sur les conséquences de ces sortes de lésions.

Voyons d'abord dans chacun de ces dix cas quelle a été la cause vulnérante, et indiquons sommairement les désordres locaux primitifs qu'elle a déterminés.

1er *cas.* — Un fermier, appelé Meen, est blessé à la tête en déchargeant son fusil par un morceau de la culasse qui avait éclaté. Ce morceau traverse son chapeau, perce l'os frontal un peu à gauche de l'apophyse épineuse de cet os et à un pouce et demi environ au-dessus du rebord de l'orbite, et pénètre dans le cerveau, entraînant devant lui un morceau circulaire du chapeau et plusieurs fragments d'os. (Thèse citée, Obs. 25, p. 52.)

2e *cas.* — Un jeune homme de dix-sept ans reçoit un coup de fusil dont la balle, après lui avoir percé la lèvre supérieure, se porte de bas en haut, traverse la narine droite et perce la voûte de l'orbite pour pénétrer dans le crâne, d'où elle sort par le sommet de la tête, à la partie supérieure du coronal, près de la suture sagittale. Elle fait en cet endroit une fracture qui s'étend jusqu'au pariétal, et laisse aux téguments une grande plaie avec perte de substance. (*Loc. cit.*, Obs. 63, p. 99.)

3e *cas.* — Le 2 août 1822, G. H..., âgé de quinze ans, est blessé au front par les éclats d'un canon trop chargé auquel il mettait le feu. Plaie aux téguments de 3 pouces 1/2 de long sur 2 1/2 de large; fracture de l'os frontal dépassant de 1 pouce en longueur la plaie des téguments. Issue de deux cuillerées à soupe de substance cérébrale. On retire de nombreux fragments d'os. (*Loc. cit.*, Obs. 65, p. 100.)

4e *cas.* — Plaie de la partie supérieure droite du coronal par un coup de pierre; pénétration d'une pièce d'os dans le cerveau. (*Loc. cit.*, Obs. 74, p. 116.)

5e *cas.* — Un soldat de la 18e demi-brigade reçoit à la tête un coup de feu dans la première révolte du Caire. La balle, après avoir percé le frontal à sa partie moyenne, près du sinus, se porte obliquement en arrière, entre le crâne et la dure-mère, et marche ainsi le long du sinus longitudinal jusqu'à la suture occipitale, où il s'arrête. (*Loc. cit.*, Obs. 77, p. 120.)

6e *cas.* — A la bataille de Waterloo, chez un soldat, la balle atteint le côté externe du front, à 6 ou 8 millim. du sourcil gauche, et s'enchatonne dans le point qui correspond à la ligne courbe de la fosse temporale. (*Loc. cit.*, Obs. 78, p. 122.)

7e *cas.* — Gingras, âgé de vingt et un ans, déchargeant son fusil, est blessé au front par la culasse, qui va s'enfoncer dans la partie inférieure de l'os frontal, immédiatement au-dessus de l'épine nasale. La blessure s'étend à gauche, comprenant l'angle interne de l'orbite, ainsi qu'une partie antérieure du plancher et la saillie du sourcil. Enfoncement d'une partie de la culasse dans la substance cérébrale, issue de cette substance. (*Loc. cit.*, Obs. 83, p. 128.)

8e *cas.* — Un jeune homme de vingt-deux ans déchargeait un fusil de munition; l'arme crève, et il reçoit au milieu de l'os frontal, un peu au-dessus du rebord de l'orbite, un morceau de culasse qui pénètre à un pouce et demi dans la substance cérébrale, entraînant avec lui un morceau d'os de trois quarts de pouce de diamètre, correspondant aux dimensions de la culasse. Les pierres voisines du lieu de l'accident sont souillées de débris de substance cérébrale et d'un peu de sang. (*Loc. cit.*, Obs. 84, p. 130.)

9e *cas.* — Cause inconnue; autopsie révélant l'existence d'une fracture du frontal avec pénétration des fragments dans la substance cérébrale. (*Loc. cit.*, Obs. 100, p. 156.)

10e *cas.* — Un homme de trente-deux ans est frappé à la tête par les éclats d'une boîte de feu d'artifice; plaie énorme au côté gauche du front, fracture du frontal, déchirement de la dure-mère; issue de bouillie cérébrale. (*Loc. cit.*, Obs. 102, p. 160.)

Dans tous les cas que je viens de rapporter, il y a eu, comme on voit, plaie des téguments et fracture plus ou moins étendue du frontal; dans six cas, pénétration des fragments au milieu de la substance cérébrale, et dans cinq autres cas, sortie d'une partie plus ou moins considérable de cette substance.

En présence de désordres aussi graves, on devait s'attendre chez presque tous ces sujets à l'explosion des accidents les plus formidables, et comme conséquence ultime, à une terminaison funeste. Examinons ce qui s'est passé.

Chez trois de nos malades seulement, il y a eu, immédiatement après l'accident, chute et perte de connaissance. Encore ces derniers se relevaient-ils au bout de dix minutes, un quart d'heure au plus, et marchaient pendant un espace de temps variable, quelques minutes au moins. Les autres conservaient toute la netteté de leur intelligence, répondaient à toutes les questions et fournissaient avec lucidité tous les renseignements qui leur étaient demandés.

L'hémorrhagie n'a présenté un degré d'abondance notable que dans trois cas, et si chez un malade elle a été suivie de défaillance, c'est moins la perte de sang en elle-même qu'il faut en accuser que la violence du coup.

Indiquons sommairement quels ont été les accidents consécutifs chez chacun de nos blessés.

Depuis le moment de sa blessure jusqu'à la fin de la maladie, le fermier Meen n'a éprouvé d'autres accidents qu'une attaque d'épilepsie. Dans le second cas il y eut, après l'extraction des esquilles et la sortie de plusieurs portions de cerveau, des accidents violents; mais ils se calmèrent le dix-neuvième jour, et le malade fut bientôt guéri. Chez le troisième sujet, on se rappelle que 36 portions d'os furent extraites et qu'il sortit plus de deux cuillerées à soupe de substance cérébrale. Eh bien, on ne nota l'apparition d'aucun accident; la raison, l'intelligence, la parole, la sensibilité et les mouvements étaient intacts, la cicatrice était complète au bout de 80 jours et le malade guérit parfaitement.

Le quatrième malade guérit très promptement et sans accident. Le soldat de la 18e demi-brigade fut trépané à la suite de quelques accidents de compression qui décelaient la présence de la balle dans l'intérieur du crâne. Le corps étranger fut extrait et la guérison eut lieu sans accident.

Chez le blessé de Waterloo, il y eut émission involontaire des urines et des matières fécales, hémiplégie gauche et perte de la mémoire des noms propres et de quelques substantifs. Ces accidents se dissipèrent, le blessé reprit son service et mourut de phthisie en 1827.

Malgré la gravité de sa blessure, l'enfoncement du corps étranger dans la substance cérébrale et la sortie d'une portion de cette substance, Gingras n'éprouva aucune espèce d'accident et se rétablit en moins de 24 jours.

Le 9e cas est une nouvelle preuve de la possibilité de la guérison après les lésions les plus graves et les plus étendues de la boîte crânienne et des organes qu'elle renferme, bien qu'on n'ait eu aucune

donnée sur la nature de la cause vulnérante et sur les lésions immédiates qu'elle produisit.

Le 10e sujet a succombé, il est vrai, mais il est remarquable de voir qu'un quart d'heure après l'accident il a pu marcher quelques minutes, dormir la nuit suivante, et le lendemain être transporté en bateau sur le Rhône à l'Hôtel-Dieu de Lyon, qu'il a conservé ainsi intactes pendant 32 jours l'intelligence, la sensibilité, la motilité, et ce n'est qu'à cette époque qu'il éprouva des troubles divers dans l'accomplissement de ces dernières fonctions, bientôt suivies d'accidents plus graves et finalement de la mort.

Il ressort de ces faits :

1° Que les plaies de tête compliquées de fracture du crâne, même avec enfoncement des fragments dans la substance cérébrale et sortie d'une portion du cerveau, sont, principalement dans la région frontale, beaucoup moins graves que la théorie ne l'eût fait supposer, puisque sur les dix cas dont je viens de parler un seul s'est terminé fatalement ;

2° Que la chute avec perte de connaissance et hémorrhagie n'est pas une conséquence immédiate nécessaire de ces sortes de lésions, puisque nous ne les avons notées que trois fois ;

3° Qu'il est remarquable de voir immédiatement, ou quelques minutes après l'accident, les blessés se relever et marcher au moins pendant quelques minutes ;

4° Que la conservation de la raison, de l'intelligence et de la parole a eu lieu dans tous les cas, hormis le septième, où le blessé perdit la mémoire de quelques noms propres et de quelques substantifs, et le dernier, où toutes les fonctions se troublèrent, mais seulement dans la dernière période de la maladie ;

5° Que l'intégrité de la sensibilité et de la motilité ne s'est pas maintenue d'une manière moins digne de remarque, puisque le septième sujet seulement fut atteint de paralysie ;

6° Que de tous ces cas réunis il ne faudrait pas conclure à un pronostic favorable dans des lésions aussi graves de la partie antérieure du cerveau, mais du moins à une bénignité beaucoup plus grande que dans aucune autre région de la boîte osseuse du crâne.

CLINIQUE DÉPARTEMENTALE.

Observations sur le goître sévissant à Bagnères-de-Bigorre, à Gerde et à Asté (Hautes-Pyrénées) (1);

Par M. le docteur ROUSSE.

Partie basse du village de Gerde (rive droite). — *Famille Bérot.* — Père, 50 ans, scrofuleux, goîtreux depuis qu'il a été au bois. Mère, 70 ans, scrofuleuse, goîtreuse depuis l'âge de 20 ans pour avoir été au bois. Marie, leur fille, 25 ans, assez belle femme quoique scrofuleuse ; elle est goîtreuse depuis sept ans, pour avoir porté des fagots sur la tête.

Famille Duclos. — Duclos père, 60 ans, scrofuleux, goîtreux depuis qu'il a été au bois. Sa femme, âgée de 45 ans, est bien constituée quoique scrofuleuse. Elle est goîtreuse depuis son premier accouchement ; son goître augmente à mesure qu'elle enfante ou qu'elle va au bois. — 4 enfants : 1er, 13 ans ; 2e, 9 ans ; 3e, 6 ans ; 4e, 3 ans. Tous les quatre sont scrofuleux. Aucun n'a été au bois, aucun n'est goîtreux.

Famille Laurent Courau. — Aucun renseignement sur le père : Femme Courau, 74 ans, scrofuleuse, goîtreuse depuis 25 ans pour avoir porté des charges de bois sur la tête. Elle a deux filles : la 1re est âgée de 38 ans et scrofuleuse ; elle est goîtreuse depuis l'âge de 15 ans pour avoir été au bois. Sa 2me fille a 21 ans, est scrofuleuse ; elle est, de plus, goîtreuse depuis qu'elle portait des enfants.

Famille Joseph Laspales. — Père, 53 ans, scrofuleux ; il assure être goîtreux depuis qu'il s'est livré à la maraude du bois sur nos hautes montagnes. Mère, 40 ans, scrofuleuse, goîtreuse depuis qu'elle va au bois. — 4 enfants : 1er, 9 ans ; 2e, 6 ans ; 3e, 3 ans ; 4e, 1 an. Aucun n'a été au bois, aucun n'est goîtreux.

Famille Cuguillon. — Père, 52 ans, scrofuleux, goîtreux depuis l'âge de 12 ans pour avoir été au bois. Mère, 43 ans, scrofuleuse, non goîtreuse, a été très rarement au bois, à cause de sa faible constitution. Fils, 22 ans, scrofuleux ; goîtreux depuis 11 ans pour avoir été au bois.

Famille Cazalas. — Aucun renseignement sur le père. Mère, 80 ans, scrofuleuse, goîtreuse depuis 60 ans pour avoir été au bois. La sœur de cette femme, âgée de 58 ans, scrofuleuse, est goîtreuse depuis qu'elle a été au bois.

Famille Dabat (Jean-Marie). — Rien sur le père et la mère. Dabat (Jean-Marie), 15 ans, bien découplé, scrofuleux, est goîtreux depuis 3 ans pour avoir porté du fumier sur sa tête.

Famille Lavigne (Antoine). — Père, 66 ans, scrofuleux ; goîtreux depuis son bas âge, sans cause connue. Mère, 52 ans, scrofuleuse, goîtreuse depuis qu'elle a porté sur sa tête une cruche remplie d'eau. — 3 enfants : 1er enfant, militaire aujourd'hui, n'est point goîtreux ; il a été au bois, mais faisait porter sa charge par son âne. — 2e enfant, 28 ans, scrofuleux, goîtreux depuis son bas âge ; son goître augmente lorsqu'il va au bois. — 3e enfant, fille âgée de 20 ans, scrofuleuse, goîtreuse depuis son bas âge ; son cou augmente lorsqu'elle va au bois.

Famille Nogués. — Père, 47 ans, scrofuleux, goîtreux depuis l'âge de 12 ans. Il a appris de sa mère que son cou avait alors grossi en portant sur son cou une petite poutrelle ; les charges qu'il a portées depuis l'ont grossi davantage. Rien sur la mère. — 2 enfants : fils âgé de 22 ans, scrofuleux, goîtreux depuis l'âge de 13 ans pour avoir porté des charges de bois sur sa tête ; autre fils âgé de 21 ans, scrofuleux, goîtreux depuis l'âge de 12 ans pour les mêmes motifs.

Marie Bérot. — Rien sur son père et sa mère. Marie Bérot, 70 ans, scrofuleuse, goîtreuse depuis l'âge de 12 ans pour avoir porté sur sa tête une cruche trop lourde.

Fille Loncan. — Cette fille, âgée de 18 ans, est scrofuleuse, goîtreuse et idiote ; elle n'a jamais été au bois, mais elle est dans la dernière misère.

Fille Gachussin. — Rien sur le père et la mère. Cette fille, âgée de 22 ans, est scrofuleuse, goîtreuse et boiteuse ; elle n'a jamais rien fait.

Famille Fayolle. — Rien sur le père et la mère. Fayolle aînée, 40 ans, scrofuleuse, goîtreuse depuis l'âge de 15 ans pour avoir porté des fardeaux sur sa tête. Fayolle, sa sœur, 35 ans, scrofuleuse, est goîtreuse depuis l'âge de 16 ans ; elle attribue son goître aux fagots qu'elle portait.

Athanase-Hippolyte, 38 ans. — Cette fille, qui est scrofuleuse, assure être goîtreuse depuis 5 ans, à la suite d'une chute qu'elle fit d'un arbre élevé sur sa tête et ses mains.

C'est encore ici le cas de dire que la moindre impression, la moindre cause agissant sur le cou détermine le goître chez nos scrofuleux.

Les goîtres sont plus ou moins durs, et je sais bien que tout ce que j'appelle goître peut ne pas l'être, car il m'est arrivé de voir mon confrère Costallat les ponctionner, puis les injecter d'iode ; et à ce sujet, j'avance que parfois, plus la glande thyroïde vieillit, moins elle est dure ; plus ses lobes et ses lobules sont volumineux, et moins ils sont durs.

Cette tumeur contient souvent dans nos contrées un liquide jaunâtre et un peu visqueux, plus ou moins abondant, que l'on peut évacuer quelquefois à l'aide d'une petite ponction.

Cette opération soulage beaucoup nos goîtreux lorsqu'ils ne peuvent plus respirer, et alors la présence d'une petite mèche dans ce canal finit quelquefois à la longue par détruire la glande thyroïde en la faisant tomber en suppuration, lorsqu'elle est surtout entourée de ganglions volumineux qui la pressent en dedans, à droite ou à gauche. Dans ce cas, feu Ribés les ponctionnait d'abord pour les faire suppurer, puis ponctionnait la glande lorsqu'il était sûr d'y trouver du pus ou d'en produire. Notre très regretté compatriote a ainsi opéré, il y a longtemps, à Paris, rue Saint-André-des-Arts, n° 1, un de mes amis qui jouit à cette heure d'une santé parfaite, et est sans goître.

La femme Laffranque, de Bagnères, ne pouvant plus respirer par suite d'un grand développement du corps thyroïde entouré de ganglions lymphatiques hypertrophiés et purulents, a été pareillement opérée par moi il y a un an. M. le docteur Vidère, qui la soignait avant moi, avait inutilement employé l'iode ; la malade maigrissait, et ses ganglions et sa glande grossissaient de plus en plus. Je suis appelé ; je ponctionne les ganglions purulents, j'y introduis une mèche. Quelque temps après, je ponctionne la thyroïde et la traite de même. La suppuration de ces divers corps a été si abondante, qu'à cette heure il n'en reste presque pas de vestige.

Que produirait l'iode injecté dans ces fistules ?

L'iode injecté atrophierait peut-être la thyroïde et les ganglions, et les empêcherait de tomber en suppuration. La pommade hydriodatée produirait le même effet.

J'opère donc ainsi lorsque le goître n'est pas dur, lorsque j'ai quelques chances de trouver du pus ou d'en produire.

Dans les quelques observations que je publie, les engorgements lymphatiques du cou ne sauraient être confondus avec le goître, parce que, au lieu de partir comme lui d'un point central, ils naissent de plusieurs points, qui, en augmentant de volume, finissent par se réunir.

Comme M. Bouillaud, j'ai constaté assez souvent que le goître ne se présentait pas toujours sous l'aspect d'une tumeur à surface égale dans ses points développés, mais présentait au contraire une légère mollesse, une dépression provenant de vésicules membraneuses, séparées, demi-transparentes, qui paraissaient être les granulations de la tumeur ayant acquis un volume anormal ; dans l'intervalle qui les sépare une dépression existe, et c'est là que j'opère.

Je sais bien que je dois redouter alors chez nos malades débilités l'atonie et peut-être la gangrène des tissus ; aussi n'agis-je ainsi que lorsque l'individu est assez fort, assez sain pour ne pas avoir à craindre de tels résultats.

Et puisque les granulations de ladite tumeur sont séparées par le plus ou moins de liquide qu'elles contiennent, nul doute que le goître, qui a toujours son point de départ dans un point central de la partie antérieure du cou, ne puisse être bosselé, bilobé, trilobé, etc,, en partie.

Au début, placé entre les deux sterno-mastoïdiens, le goître est ovalaire, assez résistant ; plus tard, il peut, par la pression, se bilober et presque se joindre aux ganglions du cou.

J'ai vu un certain nombre de goîtres durs, et en s'hypertrophiant continuer à être durs. J'en ai vu d'autres se ramollir ; certains contenaient du pus, de la sérosité, d'autres étaient refoulés par des kystes que les injections iodées guérissaient. La femme Claverie, dont j'ai parlé, porte un goître qui paraît ossifié à sa partie latérale droite.

Rose Bararet. — Rose Bararet, 40 ans, scrofuleuse, dit que son cou a grossi dans son milieu dès l'âge de 15 ans pour avoir porté du bois. Son père et sa mère n'étaient point goîtreux.

Famille Brau (Simon), — Brau (Simon) père, 64 ans, scrofuleux, goîtreux depuis qu'il a été au bois. Sa femme, âgée de 60 ans, scrofuleuse, est goîtreuse depuis 16 ans, époque de son accouchement. Leur fille, âgée de 16 ans, est scrofuleuse, idiote et sans goître ; elle n'a jamais rien fait. La chambre occupée par cette famille est pire qu'une étable ; l'eau y ruisselle de toutes parts.

Famille Cuillhé. — Père et mère non goîtreux ; fille âgée de 30 ans, scrofuleuse, goîtreuse depuis l'âge de 8 ans pour avoir un peu trop travaillé ; fils âgé de 35 ans, scrofuleux, goîtreux depuis qu'il a été au bois.

Femme Rose Baserque. — Cette femme a 50 ans. Scrofuleuse, et goîtreuse depuis son premier accouchement.

Autrefois, et du temps de Ramon, on trouvait des goîtreux à chaque pas dans ce village. Aujourd'hui leur nombre a un peu diminué. Presque tous les *Gerdois* néanmoins sont lymphatiques, scrofuleux ou affectés de rhumatisme, tant leur village est malsain. Toujours est-il vrai de dire que ceux qui sont goîtreux à cette heure ne le sont en partie qu'à cause de la grande misère qui les force, pour vivre, à travailler jeunes, à aller chercher du bois sur *leurs épaules,* sur leur tête, dans des endroits fort élevés.

ASTÉ. — Ce village, au sud et à 1 kilomètre de Gerde, est situé à la base des montagnes où les vents du nord, du sud et de l'ouest ont accès. Ses maisons sont couvertes en paille et en ardoise ; l'eau y coule plus abondamment qu'à Gerde. Population, 130 âmes.

En entrant dans ce village, mon guide me fait remarquer des tas de bois empilés le long de la rue du Nord dont le prix s'élève à plus de 2,000 francs. Pour se procurer autant de bois dans les hautes montagnes de Lhéris, il faut avoir beaucoup grimpé, bien fatigué, lui dis-je. Monsieur, me répondit-il, c'est peut-être l'ouvrage de 2,000 personnes qui, pour gagner 18 sous chacun, courent du matin au soir.

Asté est mieux bâti que Gerde ; néanmoins, il y a très peu d'ouvertures au nord. Le tempérament des habitants de ce village est éminemment lymphatique, scrofuleux. L'eau de fontaine qu'ils boivent est claire ; leur nourriture consiste en pâte au lait, en mauvais pain ; très peu de vin, très peu de viande. 4 fontaines ; 3 sont alimentées par la même source, l'eau de la quatrième est peu digestive.

Faisant l'inverse de ce que j'ai fait à Gerde, j'examine d'abord les enfants, puis les petites filles, en ayant l'air de le faire pour améliorer leur position. Celui-là, en effet, serait mal reçu qui irait franchement les interroger sur leurs difformités.

M. l'instituteur d'Asté me présente ses élèves, en me priant, toutefois, de ne pas leur parler de leurs pères et mères, pour éviter des plaisanteries qui pourraient rejaillir sur ceux qui les ont goîtreux.

Enfants. — Dominique Pélautet, 6 ans, lymphatique, sans goître, ne fait rien. Jean Lafforgue, 5 ans, lymphatique, sans goître, ne fait rien. Paul Lafforgue, 7 ans, scrofuleux, sans goître, ne fait rien. Lias Lafforgue, 7 ans, scrofuleux, cou un peu gros ; il commence à travailler. François Soubrelle, 7 ans, lymphatique, ne fait rien. Dominique Roubielle, 9 ans, scrofuleux, goître naissant ; il va au bois et dit porter son petit fardeau sur l'épaule gauche. Louis Jacques, 8 ans, scrofuleux, goître naissant depuis qu'il porte du bois sur l'épaule droite. Guillaume Déjeanne, 6 ans, lymphatique, sans goître ; il ne fait rien. Jean-Pierre Lafforgue, 9 ans, lymphatique, sans goître, ne fait rien. Baptiste Nothé, 9 ans, lymphatique, sans goître, ne fait rien. Dominique Bérot, 10 ans, lymphatique, sans goître, ne fait rien. Philippe Cautet, 14 ans, scrofuleux, goître proéminent à droite depuis qu'il va au bois. Pierre Carrau, 6 ans, lymphatique, sans goître, ne fait rien. Baptiste Soubielle, 5 ans, lymphatique, sans goître, ne fait rien. Dominique Pedether, 8 ans, lymphatique, cou un peu gros ; il porte du fumier. Jean-Pierre Nothé, lymphatique, sans goître, ne fait rien. Jean Cazalas, 14 ans, lymphatique, goîtreux ; il va au bois. Jean Loncan, 9 ans, lymphatique, sans goître, ne fait rien. Jean-Pierre Védère, 8 ans, lymphatique ; le goître se développe un peu à gauche depuis qu'il va au bois. Jean Caparroi, 8 ans, lymphatique ; goître naissant depuis qu'il va au bois. Jean-Marie Laffranque, 15 ans, scrofuleux, goîtreux depuis qu'il va au bois. Jacques Védère, lymphatique, sans goître, ne fait rien. Dominique Dulout, 11 ans, lymphatique ; cou un peu gros depuis qu'il va au bois. Jean-Pierre Momus, 7 ans, lymphatique, sans goître, ne fait rien. Dominique Soubielle, 10 ans, lymphatique, sans goître, ne fait rien. Jean Castillon, 11 ans, lymphatique, sans goître, ne fait rien. Pascal Loucan, 9 ans, lymphatique ; le goître se développe depuis qu'il va au buis. Louis Pécautet, 11 ans, lymphatique, sans goître, ne fait rien. Jean-Marie Laffranque, 13 ans, lymphatique, goîtreux ; il a été au bois. François Laffeulle, 12 ans, lymphatique ; goître naissant depuis qu'il va au bois. François Lafforgue, 12 ans, lymphatique ; goître naissant depuis qu'il va au bois. Jean-Pierre Nogués, 13 ans, lymphatique ; goître naissant depuis qu'il va au bois.

École des filles d'Asté. — Marie Caparroi, 6 ans, lymphatique, sans goître, ne fait rien. Mayette Lafforgue, 10 ans, lymphatique, goîtreuse depuis qu'elle va au bois. Madeleine Pidelhey, 9 ans, lymphatique, sans goître, ne fait rien. Rose Pécantet, 7 ans, lymphatique ; goître naissant depuis qu'elle porte un enfant sur ses bras. Louise Bérot, 8 ans, lymphatique, sans goître, ne fait rien. Marie Lafforgue, 15 ans, scrofuleuse ; goître naissant depuis qu'elle va au bois. Rose Cazenave, 12 ans, lymphatique ; goître naissant depuis qu'elle va au bois. Henriette Laffranque, 15 ans, scrofuleuse, goîtreuse depuis qu'elle a été au bois. Jeanne-Marie Fourcade, 13 ans, lymphatique, goîtreuse depuis qu'elle porte de petits sacs de farine. Jeanne Pédelhez, 12 ans, lymphatique, goîtreuse depuis qu'elle a porté de petits fardeaux. Catherine Lhez, 9 ans, lymphatique, goîtreuse depuis deux ans pour avoir porté de petits paniers de légumes d'Asté à Bagnères. Françoise Pédelhez, 6 ans, lymphatique, sans goître, ne fait rien. Madeleine Nogué, 14 ans, scrofuleuse, goîtreuse depuis qu'elle va au bois.

Ces quelques observations prouvent que le goître commence à se développer chez les enfants lorsqu'ils commencent à travailler.

Hommes et femmes d'Asté (goîtreux). — Je n'ai pu savoir si les pères et mères des groîtreux de cette liste étaient ou non goîtreux.

Jeanne-Marie Lhez, 43 ans, scrofuleuse, goîtreuse depuis son premier accouchement ; son goître a grossi à mesure qu'elle accouchait ; elle est mère de dix enfants dont plusieurs sont morts phthisiques. Jacques Lhez, 28 ans, scrofuleux ; depuis 15 ans qu'il va au bois son groître s'est montré et grossit toujours. Jeanne-Marie Fillo, 52 ans, scrofuleuse ; elle dit être goîtreuse depuis 11 ans à la suite d'un grand chagrin qu'elle éprouva sans pouvoir pleurer ; elle cria tant qu'elle devint goîtreuse. Noël Galyai, 13 ans, scrofuleux, goîtreux depuis 3 ans pour avoir beaucoup crié et pleuré. Rose Lhez, 54 ans, scrofuleuse, goîtreuse depuis 35 ans par suite de charges de bois qu'elle portait sur sa tête. Vincent Dabat, lymphatique, 64 ans, n'avait point de goître à 21 ans ; à cette époque il a été au bois et est devenu goîtreux. Dominique Laffranque, 50 ans, scrofuleux, goîtreux depuis l'âge de 18 ans pour avoir été au bois. Jean Domec, 45 ans, scrofuleux, goîtreux depuis l'âge de 17 ans pour avoir été au bois. Antoinette Védère, 39 ans, scrofuleuse, goîtreuse depuis l'âge de 19 ans pour avoir porté du bois sur sa tête. Marianne Dabat, 49 ans, lymphatique, goîtreuse dès l'âge de 13 ans pour avoir été à cette époque au bois. Jean Verdoux, 53 ans, scrofuleux, goîtreux depuis l'âge de 14 ans pour avoir été au bois ; son goître augmente lorsqu'il travaille. Catherine Brau, 37 ans, scrofuleuse, goîtreuse depuis l'âge de 13 ans par suite de fardeaux portés sur sa tête. Pauline Lafforgue, 43 ans, scrofuleuse, goîtreuse depuis l'âge de 25 ans pour avoir été au bois. Jean-Marie Nogué, 48 ans, scrofuleux, goîtreux depuis l'âge de 13 ans pour avoir été au bois. Jean Cazalas, 63 ans, scrofuleux, goîtreux depuis l'âge de 11 ans pour avoir été au bois.

(1) Fin. — Voir le numéro précédent.

Goîtreux et scrofuleux depuis l'âge de 27 ans jusqu'à l'âge de 69 ans : Laffeulle (Pierre), Marie-Jeanne Dabat, Pascal Duhar, Geneviève Soubielle, Marie Lhez, Rose Déjeanne, François Rebielle, Jean-Pierre Duhar, Catherine Larrey, Jeanne-Marie Pedelhez, Marie Gachassin, Rose Laffranque, Marie Claverie, Marie-Jeanne Brau, Pierre Loucan, Dominiquette Pedelhez, Jacquette Tillac, Jeanne Lhez, Dominiquette Pedelhez, Jacquette Tillac, Jeanne Lhez, Jeanne-Marie Castillon, Marie-Jeanne Lhez, Jeanne Lhez, François Galyai, Jeanne-Marie Loucan, Jean-Dominique Nogué, Baptiste Pujo, Dominique Soucaze, Louise Fillastre, Louise-Pascal Brau, Jeanne-Marie Brau, Dominique Castain, Catherine Soubielle, Jeanne-Marie Lhez, Dominique Laffranque, François Domec, Rose Lhez, Jean-Pierre Nogués, Catherine Thomas, Françoise Thomas, Jean-Paul Galyai, Rose Pujo, Marie, Anne Castillon, Catherine Lafforgue, Jeanne-Marie Bérot, Dominique Pedelhez, Marie-Jeanne Pedelhez, Marianne Dicha, Louise Pambrun, Marchal Larrey, Marianne Soubielle, Élisabeth Fontan.

Tel est à peu près le nombre des goîtreux d'Asté. Toutes les personnes désignées dans cette dernière liste sont unanimes pour affirmer qu'elles sont nées sans goître, que le goître s'est montré chez elles, étant plus ou moins jeunes, à la suite de fardeaux de bois, de buis, de légumes ou de crottes qu'elles portaient soit sur leur tête, soit sur le dos, ou l'une ou l'autre épaule.

Les habitants de ce village qui sont sans goître sont ceux qui ne sont point scrofuleux, qui jouissent d'une certaine aisance et qui n'ont été que très rarement au bois. Les plus vieux d'entre eux m'ont assuré qu'il y avait autrefois moins de goîtreux à Asté lorsque le bois était presque à leur porte.

LIES. — Village à l'est et à 3 kilomètres de Gerde, situé sur un plateau accessible à tous les vents. Population, 340 âmes. Les habitants de Lies sont moins pauvres que ceux de Gerde ; ils sont forts et sanguins, se nourrissent en partie de la vente du bois qu'ils tirent d'une forêt voisine, non sur leur dos ou leur tête, mais à l'aide de traînaux charriés par des bœufs. Je n'ai trouvé que cinq goîtreux dans ce village.

MARSAS. — Village à l'est et à 4 kilomètres d'Asté. Sa population est de 300 âmes environ. Marsas est situé sur un plateau accessible à tous les vents. Les habitants de ce village se nourrissent assez bien, et sont sanguins en partie. Ils vivent de la vente du bois qu'ils vont couper dans une forêt voisine. Comme les habitants de Lies, ils ne portent point leur bois, mais le font charrier. Sept goîtreux.

BANIOS. — Village au sud et à un kilomètre de Marsas. Population, 330 âmes. Les habitants de ce village sont forts et robustes, éminemment sanguins ; ils vont chaque jour au bois à *Lhéris*, et font également traîner leurs charges par des bœufs. Nourriture et boisson bonnes. Ce village est situé en partie dans un vallon peu accessible aux vents. Quatre goîtreux.

Les chiffres des goîtreux de ces trois villages prouveront peut-être que le goître aurait pu se montrer chez eux s'ils avaient chargé leurs épaules de lourds fardeaux, comme les habitants de Bagnères, Gerde et Asté. A quoi cela tient-il ? A l'abondance des pâturages, qui leur permettent de nourrir des bœufs, des vaches, dont ils se servent à chaque instant, sans trop se fatiguer.

MONTAGNES DE BAGNÈRES-DE-BIGORRE, DE GERDE, D'ASTÉ, DE LIES, DE MARSAS ET DE BANIOS. — Ces montagnes appartiennent au terrain métamorphique. Ce terrain a été soulevé par des roches pyroxéniques. Le diorite et l'aphite sont injectés dans ce massif. Le granit y est rare. Les schistes micacés y sont très communs. Les schistes argileux sont disséminés et mêlés à toutes ces roches. Le calcaire est très rare dans ces montagnes ; le terrain meuble y est d'une faible puissance, la terre végétale y est maigre, le fer y est à l'état d'oxyde très abondant partout. Les terres y sont très siliceuses ; elles sont produites par la désagrégation des roches micacées métamorphiques. Ces terrains, composés de roches ignées à l'état presque vaporeux, pénètrent dans toutes les fissures et les pores des rochers qu'elles traversent, en leur communiquant les gaz qu'elles contiennent. Les roches métamorphiques, par leur décomposition, sont attaquables par tous les agents atmosphériques, et alors leurs molécules sont entraînées par les eaux pluviales ou les eaux surgissant dans ces terrains. L'eau de l'ancienne fontaine d'Asté passant dans ces terrains est pour cela moins digestive que l'eau des deux autres fontaines. Le limon de la fontaine de Gerde provient encore des mêmes molécules terreuses. Il en est de même de l'eau de l'Adour. L'eau des fontaines de Bagnères, de Lies, de Marsas et de Banios est claire et digestive, parce qu'elle ne passe point dans de tels terrains.

Bagnères est à 500 mètres au-dessus du niveau de la mer, Gerde à 501 mètres, Asté à 502 mètres, Lies à 510 mètres, Marsas à 515 mètres, Banios à 510 mètres.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Emploi de l'iodoforme comme désinfectant,

Par M. RIGHINI (d'Olleggio).

Mes expériences m'ont fait connaître que l'iodoforme, $C^2 HI O^3$, possède des propriétés antiseptiques et antimiasmatiques très décidées. Pour employer ce corps, il faut en verser dans de petits vases, soit en poudre, soit divisé dans l'eau, et le placer en divers endroits de l'atelier.

L'iodoforme, se décomposant graduellement, altère la nature des substances miasmatiques sans offenser les personnes qui travaillent dans les ateliers, et qui, par le développement de ces mêmes substances, pourraient être gravement atteintes dans leur santé. L'iodoforme, par sa composition et par ses propriétés antiseptiques ou mieux désinfectantes, peut utilement servir comme moyen hygiénique dans les salles des hôpitaux. Pour cet effet, je prépare un papier hygiénico-iodoformisé, suivant cette formule :

Amidon pur.	16 grammes.
Eau distillée.	Q. S.

pour en faire une parfaite division ; le mélange est soumis à une chaleur modérée et on l'agite avec une spatule en bois jusqu'à une consistance de pâte molle refroidie, dans laquelle on introduit 8 grammes d'iodoforme pur. Le résultat obtenu s'étend convenablement sur des feuilles de *carto bibulo* (*papier buvard*), lesquelles, coupées en bandes de 10 centimètres de diamètre, se conservent *ad usum*. On pend de petites bandes hygiénico-iodoformisées dans les salles des hôpitaux, sur les côtés latéraux parallèles. Par la réaction de l'air, elles laissent échapper très lentement de l'iodoforme qui purifie l'air sans nuire en quoi que ce soit aux personnes. Le papier iodoformisé est aussi hygrométrique. Lorsque l'atmosphère tient suspendue une plus grande quantité de vapeur d'eau qu'à l'ordinaire, l'iodoforme se répand plus sensiblement.

Le papier iodoformisé peut encore servir à garantir des mauvaises exhalaisons, des abattoirs surtout, pendant l'été ; et l'évaporation lente de l'iodoforme peut également empêcher que les viandes n'acquièrent une odeur de corrompu.

Je suis parvenu avec l'iodoforme à éloigner de la corruption divers corps animaux privés de vie ; et j'ai préservé de la putréfaction diverses humeurs animales. L'inhalation de l'iodoforme divisé par l'éther hydrique m'a paru très avantageuse pour retarder les progrès de la phthisie. (*Journal de chimie médicale.*)

Sirop de digitale,

Par M. LABÉLONYE, pharmacien à Paris.

Parmi les agents thérapeutiques que la médecine emprunte au règne végétal, la digitale est un de ceux dont l'action physiologique a été observée avec le plus de soin. Cette plante est le diurétique le plus sûr connu, et elle rend les plus grands services dans le traitement de l'hydropisie ; son action si marquée sur la circulation la rend non moins précieuse dans le traitement des maladies du cœur et de certaines affections de poitrine.

Seize années d'expériences cliniques faites sur tous les points de la France démontrent que le sirop de digitale de Labélonye, préparé avec l'extrait hydro-alcoolique de la plante, jouit au plus haut degré de toutes ses propriétés sans avoir les inconvénients des autres préparations, qui fatiguent l'estomac et produisent quelquefois des accidents graves. Les meilleurs observateurs ont constaté que le sirop de Labélonye est d'une innocuité parfaite sur l'organe de la digestion, et qu'il est supporté par les personnes les plus délicates, ce qui permet d'administrer sans crainte la digitale dans les affections inflammatoires de la poitrine, où elle agit souvent d'une manière très remarquable. Son action sédative ou diurétique est tout aussi remarquable. Il ralentit les mouvements du cœur, et, tout en calmant puissamment l'irritabilité du système nerveux, il augmente rapidement l'action des organes urinaires ; aussi ses effets sont-ils très prompts dans les palpitations nerveuses, dans les hydropisies essentielles et dans celles qui, étant symptomatiques d'une affection du cœur, cèdent à une abondante excrétion d'urines.

Cigarettes calmantes contre l'asthme.

Belladone.	30 centigr.
Stramoine.	15 —
Jusquiame.	15 —
Phellandrie.	05 —
Extrait d'opium.	0,13 milligr.
Eau de laurier-cerise.	q. s.

Les feuilles, séchées avec soin et mondées de leurs nervures, seront hachées et mélangées exactement. L'opium sera dissous dans quantité suffisante d'eau de laurier-cerise, et le soluté réparti également sur la masse.

Le papier brouillard, qui sert à confectionner les cigarettes, est préalablement lavé avec le macératé des plantes ci-dessus indiquées, dans l'hydrolat de laurier-cerise, et séché convenablement. On peut fumer deux à quatre de ces cigarettes par jour. (*Rép. de pharm.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 8 févier 1853. — Présidence de M. BÉRARD.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

La correspondance officielle comprend trois lettres du ministre de l'intérieur et du commerce, dont l'une est relative à la vaccine, et les deux autres à des remèdes secrets.

Moyens de reconnaître les falsifications du lait.

M. Poggiale adresse une note sur le dosage du sucre de lait et sur les moyens de reconnaître les falsifications du lait. L'auteur résume le contenu de cette note en ces termes.

« Il résulte des expériences et des considérations consignées dans cette note :

» 1° Que le procédé indiqué par MM. Vernois et Becquerel pour le dosage du sucre de lait m'appartient ;

» 2° Que leur appareil est basé, comme celui que j'ai employé, sur les propriétés optiques du sérum, mais qu'il n'est pas comparable, sous le rapport de la précision, à celui que j'ai proposé ;

» 3° Que si le lait est écrémé ou falsifié par la dextrine et le sucre, il est impossible de reconnaître la fraude avec leur polarimètre ;

» 4° Que je détermine facilement, à l'aide de la liqueur cuivrique, la présence et la proportion de la dextrine contenue dans le lait ;

» 5° Que, pour constater l'addition du sucre, je sépare la matière grasse par un procédé simple et suffisamment exact ;

» 6° Enfin, que MM. Vernois et Becquerel ayant employé un polarimètre sans contredit moins exact que ceux de MM. Biot et Soleil, il est permis de concevoir quelques craintes sur la valeur des résultats analytiques qu'ils ont obtenus. » (Commissaires : MM. Bouchardat, Chevallier et Depaul.)

Instrument pour la cautérisation du col de l'utérus.

M. le docteur Dujardin, de Lille, présente le modèle d'un instrument destiné à pratiquer la cautérisation du col de l'utérus. (Commissaires : MM. Laugier, Velpeau et Amussat.)

Titrage de l'opium.

M. Dublanc, pharmacien, adresse une note relative au titrage de l'opium.

Inhumations précipitées.

M. le docteur Letellier, de Saint-Leu, adresse une lettre relative aux inhumations précipitées.

Mort de M. Andral père.

M. le président fait part à l'Académie de la perte qu'elle vient de faire dans la personne de l'un de ses plus vénérés membres, M. Andral père, mort après une courte maladie.

L'Académie a été représentée par une députation à ses obsèques. Aucun discours n'a été prononcé, pour se conformer à la volonté du défunt.

Commission des associés étrangers.

M. le président annonce qu'il y a actuellement à pourvoir à quatre places vacantes d'associés libres. Une commission spéciale a été nommée dans le temps pour la présentation des membres associés. Cette commission étant devenue incomplète par suite du décès de M. Richard, il y a lieu de procéder au scrutin pour la nomination d'un autre membre.

Le scrutin donne la majorité à M. Caventou, qui fera désormais partie de la commission des associés étrangers.

Eaux minérales.

M. O. Henry fait au nom de la commission des eaux minérales des rapports officiels :

1° Sur une source d'eau sulfureuse découverte à Belleville (Seine). La commission propose, pour conclusion, de répondre au ministre qu'il y a lieu d'ajourner la demande faite par les propriétaires de cette source jusqu'à ce que les travaux d'aménagement aient permis d'avoir la source sulfureuse tout à fait pure. (Adopté.)

2° Sur deux sources sulfureuses découvertes à Vernet-les-Bains (Pyrénées-Orientales). Répondre que rien ne s'oppose à ce que l'autorisation d'exploiter soit accordée. (Adopté.)

3° Sur l'eau minérale de Gazose (Hautes-Pyrénées). Il n'y a pas lieu d'accorder l'autorisation demandée avant que l'Académie soit parfaitement édifiée sur la véritable composition chimique et sur les propriétés médicales de cette eau minérale. (Adopté.)

4° Sur un appareil servant de burette portative pour l'eau sulfureuse de la source de Labassère (Hautes-Pyrénées). Faire connaître et publier dans le bulletin de l'Académie la description de cet appareil, avec la note de leurs inventeurs (MM. François, Filhol et Chambert), et adresser aux inventeurs des remercîments pour leur communication. (Adopté.)

Alcalisation des urines par l'eau de Vichy.

M. Durand-Fardel lit un travail sur l'alcalisation des urines par l'eau de Vichy. (Nous reviendrons sur cette communication, ainsi que sur la courte discussion à laquelle elle a donné lieu.)

Obstétrique.

M. Depaul commence la lecture d'un rapport très étendu sur un travail de M. Maslieurat-Lagémard, relatif à plusieurs faits intéressants de la pratique obstétricale.

La séance est levée à cinq heures.

CORRESPONDANCE.

A M. le Rédacteur de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Montier-en-Der, le 26 janvier 1853.

Monsieur le rédacteur,

Dans le compte-rendu de l'Académie de médecine, *Gazette des Hôpitaux* du 20 janvier, je lis ce qui suit :

« *Usage et nécessité de la vaccine.*

» Le ministre de l'instruction publique transmet une lettre de » M. Girard, ex-chirurgien de l'hôpital militaire d'instruction de Stras- » bourg, relative à l'usage et à la nécessité de la vaccine. (Renvoyé à » la commission de vaccine.) »

D'après ce titre, vos lecteurs doivent me croire un partisan de la vaccine. Tel n'est pas le but de ma lettre adressée à MM. les membres de l'Académie de médecine par l'intermédiaire de M. le ministre de l'instruction publique. En m'adressant au gouvernement, mon intention était de provoquer une discussion sérieuse au milieu de cette docte assemblée sur une découverte qui inspire aujourd'hui des doutes, des inquiétudes à bien des pères de famille.

Le renvoi de mon travail à la commission de vaccine, dont le rapporteur est le même depuis plusieurs années, et dont les opinions toutes favorables à la vaccine me sont connues, me porte à croire que j'ai fait fausse route. En conséquence, et pour donner à mes idées leur signification véritable, me servant des expressions des auteurs cités dans mon travail, et jusqu'à preuves contraires, de celles qu'ils ont fournies, je déclare que la vaccine ne m'apparaît aujourd'hui que comme une erreur fallacieuse et déplorable. Votre bienveillance accueillera, je l'espère, dans l'intérêt de la vérité, ces courtes observations.

Agréez, etc. GIRARD,

Ex-chirurgien à l'hôpital militaire d'instruction de Strasbourg.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

L'Association de prévoyance des médecins de la Seine a tenu dimanche dernier sa séance annuelle, sous la présidence de M. Orfila. L'assemblée, plus nombreuse que les années précédentes, a eu plusieurs fois occasion, dans cette séance, de faire éclater ses sentiments de gratitude envers son digne fondateur-président qui vient de doter cette institution d'une manière si généreuse. Un incident s'est présenté, sur lequel l'Association a eu à prendre une décision. Un nouveau décret sur les sociétés de secours mutuels dispose que la nomination du président de ces sociétés appartient à l'empereur. Or, les statuts de l'Association qui n'ont pas été modifiés sur ce point disposent que la nomination de son président serait faite par l'Association. Ces dispositions contradictoires ont engagé la commission générale à s'adresser à M. le ministre de l'intérieur pour qu'il indiquât à l'Association ce qu'elle avait à faire dans cette circonstance. M. le ministre de l'intérieur a répondu qu'il laissait l'Association libre de faire nommer son président par l'empereur ou de le nommer elle-même. L'Association, consultée, a décidé, à l'unanimité, qu'elle continuerait à nommer son président, et le scrutin, immédiatement ouvert, a donné l'unanimité des suffrages à M. Orfila. Les autres membres du bureau ont été aussi confirmés, à la même unanimité, dans leurs fonctions. Après le tirage au sort des membres de la commission générale pour l'année 1853, M. Perdrix, secrétaire général, a donné lecture de son compte-rendu, sur lequel nous aurons occasion de revenir.

Le Gérant.

Paris, — Typographie de PLON frères, Imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 18. — SAMEDI 12 FÉVRIER 1853. (26e ANNÉE.) N° 18. — SAMEDI 12 FÉVRIER 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse. { Trois mois. . . . 8 fr. 50 c. Six mois. . . . 16 » Un an. . . . . . 30 »

Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies. { Trois mois. . . . . . 9 fr. Six mois. . . . . . 17 Un an. 33

Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar. { Trois mois. . . . . . 10 fr. Six mois. . . . . . . 20 Un an. 38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Hystérie nymphomaniaque.

M. Sandras (*Traité pratique des maladies nerveuses*, t. Ier, p. 168) définit l'hystérie « un état nerveux habituel dans lequel se montrent, à des intervalles plus ou moins longs, des paroxysmes caractérisés par une sensation particulière d'étranglement, une gêne violente de la respiration, une douleur de tête plus ou moins vive et des convulsions cloniques dans toutes ou presque toutes les parties du corps. » Cette rapide description, seule définition possible, ne comprend pas un double phénomène, très fréquent dans l'hystérie, et dont une malade du service de M. Grisolle, à la Pitié, offre un remarquable exemple. Nous voulons parler de l'anesthésie (absence de la sensibilité *tactile*) et de l'analgésie (absence de la sensibilité *à la douleur*). Le toucher, exercé même rudement sur les diverses parties du corps, n'est point perçu. Une plume est introduite profondément dans les fosses nasales ou promenée en tous sens dans l'arrière-gorge sans développer la moindre sensation. De même une épingle traverse un pli de la peau sans produire de douleur. Cette femme est donc anesthésique et analgésique, mais non pas de tous points : effectivement (et c'est ce qui rend le fait plus curieux), une partie très circonscrite, la cloison des fosses nasales, reste seule doublement sensible, et il suffit de la pincer entre deux doigts pour occasionner aussitôt un accès convulsif.

Toute sensation se décompose en trois phénomènes, qui sont : l'impression, la transmission de cette impression, et finalement la perception. L'impression et la transmission ne sont pas indispensables, ce qui, au premier abord, paraîtra tout à fait inconcevable. Mais n'est-il pas vrai que les amputés ont la sensation, souvent très douloureuse, du membre dont ils sont privés? et d'autre part ne voit-on pas la sensation réduite à la perception dans les hallucinations? Cela soit dit en passant. Quant au fait particulier dont il s'agit, l'anesthésie et l'analgésie hystériques, quel est des trois éléments de la sensation celui qui manque, ou bien manquent-ils tous les trois?

La malade du service de M. Grisolle est intéressante sous un autre point de vue; et ici encore nous avons le regret d'avoir à signaler une lacune dans l'article *Hystérie* du livre de M. Sandras. Il n'est pas du tout question dans cet article de la forme libidineuse, érotique ou nymphomaniaque de l'hystérie, forme pourtant commune, et la seule indication qui s'y rapporte se trouve dans une autre partie de l'ouvrage, à l'article *Nymphomanie et Satyriasis*, indication purement nominale, comme on va le voir. « .....L'hystérie, l'hypochondrie, la manie elle-même sont communes encore avec le désordre qui nous occupe (la nymphomanie et le satyriasis). » (T. II, p. 230.)

Non-seulement M. Sandras passe sous silence la forme nymphomaniaque de l'hystérie, mais encore il nie que les femmes hystériques soient « plus disposées que les autres à prendre une » part active dans les rapports sexuels », et il ajoute que le contraire serait plutôt vrai. (T. Ier, p. 193.)

Chez la malade de M. Grisolle, la forme érotique est très prononcée. Le premier mouvement de cette femme, au moment de ses accès, est de chercher à saisir violemment l'homme qui est le plus à sa portée, et le trémoussement pelvien se produit avec force dans tout le cours de l'attaque. A la visite, lorsque le personnel médical l'entoure, on voit, à mesure qu'on lui parle, son désir s'allumer. Et ce n'est pas là une nymphomaniaque; car les accès hystériques sont parfaitement caractérisés. Au reste, il nous suffirait de dire qu'elle est considérée comme hystérique par un observateur tel que M. Grisolle. Il est aisé de comprendre que dans de telles circonstances on n'ait point cherché à constater l'état de la sensibilité dans les organes génitaux externes.

M. Grisolle a vu, il y a quelques années, un cas d'hystérie chez une femme du monde fort distinguée, âgée de trente-cinq ans, et veuve d'un homme qui, atteint de satyriasis, l'avait habituée à de rudes assauts. Il n'est pas douteux que la privation des rapports sexuels, succédant à un grand abus, n'ait été, dans ce cas, la cause de l'hystérie, et voici pourquoi cela n'est pas douteux. Cette dame fut recherchée par un homme encore robuste, et sous l'influence du mariage l'hystérie se dissipa.

Relativement au traitement de cette étrange névrose, l'exemple que nous venons de citer est de nature à modifier peut-être l'opinion de M. Sandras, qui s'exprime en ces termes : « ..... Je » n'ai jamais rencontré un cas dans lequel l'usage ou même l'abus » des plaisirs vénériens ait amené ou la diminution, ou la guérison » de l'hystérie. » (T. Ier, p. 193.)

Le siége, ou mieux le point de départ de l'hystérie est très obscur et très litigieux; la plupart des médecins et des philosophes l'ont placé dans la matrice. Vaine localisation, s'il est vrai qu'une femme privée naturellement d'utérus puisse devenir hystérique, et s'il est vrai pareillement, ce qu'on ne saurait contester, que l'hystérie se présente aussi chez l'homme, comme nous l'avons vu chez un jeune homme d'une faible intelligence qui, pendant trois ans, avait partagé le lit de son maître, dont il avait assouvi l'ignoble passion durant ce long espace de temps.

Quant à l'hystérie chez une femme privée d'utérus, M. Grisolle en a vu un exemple. L'absence de la matrice fut constatée par lui et par M. Chassaignac. Il était facile de s'en asssurer en introduisant une sonde dans la vessie et un doigt dans le rectum. On sentait seulement sur les côtés deux petits corps que l'on supposa être les ovaires. L'hymen était intact, et derrière lui, à la place du vagin, existait un pertuis ayant à peine un millimètre de profondeur. Les autres parties de l'appareil génital externe étaient normales. Les mamelles étaient très volumineuses. Chose bien remarquable, l'hystérie affectait la forme libidineuse la plus caractérisée chez cette malheureuse, qui, à cause de son extrême lubricité, était très recherchée par les infirmiers de l'hôpital. N'est-il pas évident, d'après cela seulement, que le point de départ de l'hystérie n'est pas dans l'utérus, pas plus que celui du désir vénérien?

Où réside-t-il donc? Disons seulement, sans entrer dans des développements qui nous mèneraient trop loin, qu'il doit varier suivant les cas; mais, quel qu'il soit, l'action morbide, si elle est excentrique, retentit inévitablement sur les centres nerveux, et c'est de là que s'irradie l'influence qui va çà et là produire les accidents névropathiques multiples dont l'ensemble constitue la bizarre symptomatologie de l'hystérie.

Quant au désir vénérien, il naît dans le système nerveux central, en un point que nous ne chercherons pas à déterminer (selon toute apparence dans le cervelet), mais où retentissent, d'une part, les excitations de l'imagination, de l'autre, les excitations physiologiques ou morbides des organes externes de la génération.

L'hystérie est-elle diathésique, c'est-à-dire liée à un état général de l'économie, ou consiste-t-elle en une organopathie bornée au système nerveux? Tel est le problème qui s'offre à la sagacité des pathologistes, et que nous n'essaierons pas de résoudre.

Nous avons, à certains égards, contredit M. Sandras; on n'en conclura rien contre son livre, qui est un des plus travaillés et des plus consciencieux qu'on ait publiés de nos jours.

Alopécie générale.

Un malade du service de M. Devergie, à Saint-Louis, âgé de trente-deux ans, pâle, faible, offre une alopécie générale. Sa peau est entièrement glabre; ni au cuir chevelu, ni aux sourcils, ni aux paupières, ni au pénil, nulle part enfin il n'existe un seul poil ou vestige de duvet. Les yeux sont parfaitement sains malgré l'absence des cils. Cet homme, qui du reste rend compte imparfaitement de ce qu'il a éprouvé, a été maladif toute sa vie. Il accuse surtout une forte démangeaison à la peau, qui augmente par le travail jusqu'à le rendre impossible, et une grande faiblesse. Mais on n'aperçoit sur le tégument aucune trace, autre que l'alopécie, d'une affection quelconque de la peau, et rien de ce que dit le malade ne peut faire supposer qu'il ait existé une affection de ce genre appréciable par les yeux.

La chute des cheveux a commencé au mois de mars dernier (1852) par le côté gauche du crâne et de la face; elle s'est généralisée ensuite, et au mois de septembre de la même année la peau était totalement dépouillée. La perte des cheveux a eu lieu par plaques.

Le malade n'a pas eu de syphilis. Il était faible, et il avait des démangeaisons : voilà tout. Aujourd'hui, comme nous l'avons dit, il est pâle, d'apparence anémique; toutefois, il n'a ni souffle carotidien, ni souffle cardiaque à plus forte raison.

Est-ce là une alopécie *dermatosique*? Le prurit éprouvé par le malade permet de le croire. Mais la dermatose, quelle est-elle? M. Devergie accuse le *porrigo decalvans*, et nous sommes tout prêt à nous incliner devant son diagnostic, car sa compétence est entière. Pourtant nous voudrions faire observer que dans le *porrigo decalvans* la peau est altérée de telle sorte qu'il est impossible au malade de ne pas s'en apercevoir au toucher et à la vue. Or, le sujet n'a rien constaté de pareil, et, quant à présent, la peau est intacte partout; seulement, celle du crâne est pâle, molle, atone, et il est facile en la pinçant de l'éloigner des os.

Par rapport à l'état des follicules pileux, on connaît une alopécie que nous appellerons *atrophique*, et, par rapport à l'état général, une alopécie *cachectique*. Il y a en outre une alopécie *organopathique* ou de cause locale, *dermatosique*, et une alopécie *diathésique*. L'alopécie de cause locale est celle qui se lie à certaines formes de maladies de la peau. Ces maladies sont ou peuvent-être diathésiques, c'est-à-dire de cause générale; mais l'alopécie est liée simplement à l'altération du tissu cutané et n'est pas un effet *direct* de la diathèse. L'alopécie *syphilitique* est le type de l'alopécie diathésique. Mais, à cet égard, il ne faut pas confondre l'alopécie des premiers

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

De la cure radicale de la tumeur et de la fistule du sac lacrymal; par le docteur MAGNE, chevalier de la Légion-d'Honneur, médecin oculiste des crèches du département de la Seine, etc.

Tous les anciens élèves de l'Hôtel-Dieu et de la Pitié se rappellent les termes énergiques dont le professeur Sanson se servait chaque fois qu'il était consulté pour une fistule lacrymale; c'est qu'en effet, en pareil cas, guérir d'une manière durable était encore un problème à résoudre. Cé problème, M. Magne a eu la pensée de le résoudre; c'est ce qu'il expose dans l'ouvrage dont nous allons offrir à nos lecteurs le résumé.

Dans un premier chapitre, qui contient des considérations générales sur le traitement de la tumeur et de la fistule du sac lacrymal, l'auteur groupe en quatre méthodes différentes les nombreux moyens thérapeutiques employés jusqu'ici :

1° Traitement médical;
2° Rétablissement des voies naturelles des larmes;
3° Création de voies artificielles;
4° Oblitération des voies lacrymales.

Loin de nier l'efficacité d'un *traitement médical*, l'auteur se plaît à la constater; seulement il ajoute que ce traitement est inapplicable le plus souvent, parce que des années se sont écoulées depuis qu'il n'est plus possible de combattre médicalement l'obstacle au cours des larmes quand le malade se présente au chirurgien.

Cathétérisme, injections, dilatation, introduction d'une canule à demeure, cautérisation du canal nasal, tels sont les divers procédés mis en usage pour le rétablissement des voies naturelles des larmes, et dont M. Magne apprécie les résultats dans un troisième chapitre.

Le *cathétérisme* est nul ou insuffisant. Ce fait résulte des témoignages de Jaeger, Rosas, Sanson et Laforest lui-même, le père pour ainsi dire de ce pocédé.

Les *injections*. M. Magne en a vu souvent pratiquer et en a souvent pratiqué lui-même; et cependant, dans sa nombreuse clientèle, il n'a réussi que dans deux cas.

La *dilatation*, méthode douloureuse, se fait, en général, à l'aide d'une corde longue ou courte. Longue, le malade est caserné chez lui pendant plusieurs mois; courte, on l'avale, on la mouche, il faut recommencer. Et puis après trois mois au moins de l'usage de la corde, on passe à l'application du clou pour consolider la cure et diminuer les chances de récidive. Donc, pansement douloureux qui empêche le malade de se livrer à ses occupations pendant des mois et guérison plus que problématique. Telle est la dilatation.

Arrive la fameuse *canule*, qui a joué un si grand rôle, grâce au patronage de Dupuytren. Ici M. Magne appuie son opinion sur celle de toute la nouvelle génération chirurgicale. M. Sédillot (de Strasbourg), se basant sur des faits, dit « qu'on a cru à la guérison faute d'avoir suivi les » malades. » M. Velpeau « a vu la canule remonter très souvent dans le » sac lacrymal pendant les quatre premiers mois; un grand nombre » s'échapper par les fosses nasales avant la fin de la seconde année; » celles qui restaient en place se dénaturer, se dissoudre au point de » ne servir à rien. » M. Robert cite un cas où la canule a déterminé la carie. M. Janson (de Lyon), après avoir opéré douze malades par la canule, fut plus tard obligé de les réopérer tous à l'aide d'une autre méthode.

Reste la *cautérisation du canal nasal*, dont tous les procédés sont morts-nés, attendu qu'ils n'ont d'autre résultat que de resserrer les parois du canal nasal.

La *création de voies artificielles* est le sujet du quatrième chapitre. Ces procédés sont au nombre de deux : l'un à travers l'os unguis, l'autre à travers le sinus maxillaire. Ouvrir une route artificielle aux larmes n'est pas prévenir le retour de l'inflammation dans l'appareil lacrymal, sans parler des fâcheuses complications qui peuvent survenir.

L'*oblitération des voies lacrymales*, qui a conduit M. Magne à la méthode qu'il emploie et qu'il conseille, est ainsi jugée par les chirurgiens :

Rosas la considère comme purement exceptionnelle. M. Velpeau l'a tentée trois fois à l'aide du *nitrate d'argent*, et trois fois avec insuccès. M. Desmarres, dans son ouvrage publié en 1847, la regarde comme une dernière ressource. Pour M. Sédillot, elle est purement exceptionnelle. M. Vidal (de Cassis) professe les mêmes opinions.

Tel était l'état de la science quand M. Magne entreprit de guérir radicalement la fistule du sac lacrymal par une forte cautérisation de ce sac, de manière à déterminer une inflammation adhésive, et par suite l'impossibilité du retour de cette affection.

La première observation de M. Magne date du 5 juillet 1847, elle fut pratiquée en présence de M. Boutin de Beauregard; les autres ont eu lieu en 1848 et 1849. Elles ont été suivies de succès. Chez l'un des malades, la tumeur remontait à trente années.

Disons en quoi consiste le procédé opératoire de M. Magne : un couteau à fistule du sac lacrymal, un spéculum ou dilatateur du sac, une petite pince à pansement, un porte-caustique, tels sont les instruments

temps de l'infection, qui est bien positivement syphilitique, avec celle qui se produit après de longues maladies et de longs traitements chez des sujets épuisés, alopécie qui n'a rien de syphilitique en elle-même, et qui est essentiellement cachectique. La différence est grande quant au pronostic, c'est-à-dire relativement à la probabilité de la régénération des poils entre l'une et l'autre. Ils repoussent dans l'alopécie syphilitique; ils ne repoussent pas dans l'alopécie cachectique.

Chez le malade de M. Devergie, l'alopécie est atrophique, et dépend à la fois, vraisemblablement, d'une affection indéterminée de la peau (alopécie dermatosique) et de l'étiolement de la constitution (alopécie cachectique). Il n'est pas probable que les poils se reproduisent jamais chez cet individu. On pourrait essayer les martiaux, pour deux raisons : d'abord à cause de la faiblesse, ensuite parce qu'il n'est pas impossible que le fer agisse favorablement sur les poils. Ceux-ci, en effet, sont une voie d'élimination et de renouvellement pour le fer contenu dans l'économie; il se trouve dans les cheveux à l'état de peroxyde, comme dans le sang ; et même, à cet égard, l'opinion populaire, qui voit dans la surabondance et la pousse excessive des cheveux chez les enfants une cause de faiblesse, n'est pas dénuée de fondement.

Nous avons connaissance, mais par autrui et trop sommairement, d'un cas dans lequel, au milieu d'une parfaite santé, et sans cause connue, un homme d'une soixantaine d'années perdit à la fois tous les poils du corps et les ongles des mains.

Porrigo decalvans.

A quelques lits du malade dont nous venons de parler, s'en trouve un qui offre un *porrigo decalvans* rudimentaire. Une simple plaque ronde, de la largeur d'une pièce d'un franc environ, existe au-dessus de l'oreille gauche; la peau en ce point est soulevée, comme boursouflée, épaisse, molle, mobile et rosée. On dirait une petite kéloïde, moins la consistance. Cette plaque est entièrement privée de cheveux. Par leur multiplicité et leur rapprochement, des plaques semblables arrivent à produire une calvitie plus ou moins étendue, ou générale. Le traitement du *porrigo decalvans* comprend deux phases : dans la première, on combat l'inflammation par les émollients ; dans l'autre, on excite la sécrétion pileuse.

Mauvais effets des exutoires dans les maladies de la peau.

Cette mauvaise pratique est encore assez générale, malgré les protestations unanimes des médecins spéciaux. Pas plus que dans la syphilis un vésicatoire ne saurait éliminer le virus, un exutoire dans une maladie de la peau ne saurait éliminer le principe morbide dont elle est l'effet et la manifestation. L'exutoire ne fait rien contre le mal existant, et tout au contraire il en crée un nouveau ou même deux, car par lui-même il en est un, et, de plus, autour de lui, l'affection de la peau existant ailleurs et pour laquelle il est appliqué se répète généralement. C'est ce que l'on voit chez un malade de M. Devergie atteint d'un *eczema impétigineux* du menton, et auquel on a appliqué, hors de l'hôpital, deux vésicatoires aux bras successivement. Chaque vésicatoire est devenu le centre d'un *eczéma*.

Bons effets du bain tiède dans la métrorrhagie.

Une femme perdait du sang depuis cinq semaines; l'utérus n'était point malade. On avait employé une foule de moyens. M. Malgaigne (hôpital Saint-Louis) fit mettre cette femme dans un bain tiède, et la métrorrhagie s'arrêta immédiatement. Il a plusieurs fois obtenu le même résultat de l'emploi de ce moyen, qui, au premier abord, semblerait devoir produire un effet contraire.

Redressement du cal chez un jeune enfant.

On a amené à M. Malgaigne, à sa consultation, un enfant à la mamelle qui avait eu le bras gauche fracturé, et chez lequel la consolidation s'était opérée avec difformité. L'accident datait de quinze jours. Il a été facile de redresser le cal à l'aide de la main. Un bandage inamovible maintiendra le bras ainsi redressé.

Fièvre typhoïde. — Perforation intestinale par un lombric.

La plaque perforée n'était nullement ulcérée. La perforation était nette, produite comme par un emporte-pièce, et ses dimensions se rapportaient au volume ordinaire des lombrics. Elle a dû être faite par un de ces vers, qui a été retrouvé dans l'abdomen mort et enveloppé des produits fibrineux de la péritonite. On comprend très bien qu'une pression longtemps exercée sur une surface déjà ramollie, comme est une plaque dothinentérique puisse amener une perforation, et cette éventualité semble indiquer l'usage de quelques anthelmintiques dans le cours de la fièvre typhoïde. Le cas s'est présenté à l'hôpital Sainte-Marguerite, dans le service de M. Teissier.

Fièvre typhoïde à la Pitié et à Beaujon.

Les malades affectés de cette maladie qui entrent à la Pitié sont un peu moins nombreux que les jours précédents; mais, en revanche, la marche des symptômes semble prendre de la gravité. Les différents services présentent un grand nombre de fièvres typhoïdes relativement au nombre des lits.

Le service de M. Gendrin, qui compte 26 lits pour les salles d'hommes, donne 7 fièvres typhoïdes, dont trois extrêmement graves. Une, au n° 5 (salle Saint-Benjamin), présente une forme adynamique des plus prononcées; une au n° 8, qui est en convalescence, une forme ataxo-adynamique avec subdélirium prolongé ; une au n° 13, avec diarrhée colliquative qui a donné jusqu'à 22 ou 23 selles en un seul jour.

La salle des femmes en a moins proportionnellement, et, à de rares exceptions près, elles sont moins graves. Sur 64 malades il y a 10 fièvres typhoïdes, dont aucune n'est vraiment bien grave. Une d'elles présente ceci de remarquable qu'elle est survenue chez une femme accouchée depuis deux jours. Total, 17.

Le service de M. Grisolle, comprenant les salles Sainte-Marthe, pour les femmes, 56 lits, et Saint-Michel, pour les hommes, 50 lits, donne 10 fièvres typhoïdes aux femmes et 18 aux hommes, dont 13 assez graves. M. Grisolle les traite par le calomel comme purgatif, répété cinq ou six jours de suite à la dose de 0,25 à 1 gramme à peu près, selon la gravité de l'affection. Total, 28.

Dans le service de M. Aran, sur 74 lits d'hommes, 19 fièvres typhoïdes; sur 50 lits de femmes, 10 fièvres typhoïdes. Total, 29.

Médication principale : affusions froides.

Dans le service de M. Nonat, 74 lits à la salle Saint-Paul, 22 fièvres typhoïdes; 50 lits à la salle Saint-Charles, 3 fièvres typhoïdes. Total, 25.

Médication principale : éméto-purgatifs.

Chez M. Valleix, salle Saint-Raphaël, 50 lits d'hommes, 18 fièvres typhoïdes; 42 lits de femmes, 11 fièvres typhoïdes. Total, 29.

Elles ne présentent pas dans ce service, en général, beaucoup de gravité.

La médication la plus usitée par M. Valleix dans les cas graves est celle qui consiste dans des affusions froides, des purgatifs légers répétés chaque jour; et pour les cas bénins, l'expectation.

Total général, 130.

A Beaujon, l'épidémie de fièvre typhoïde offre des caractères beaucoup plus graves qu'au commencement du mois dernier : le nombre des malades actuellement en traitement dans l'hôpital est de plus de soixante, et la mortalité, qui était très faible au début, est maintenant en moyenne de un sur quatre ou cinq. On observe indifféremment les hémorrhagies intestinales, les congestions pulmonaires, les accidents ataxiques, en sorte qu'à proprement parler l'épidémie ne se distingue par aucun caractère bien tranché.

HOPITAL SAINT-PIERRE DE BRUXELLES.

M. Seutin.

Du traitement des phlegmons et des fractures.

1° *Plegmons.* — M. Seutin considère l'affection phlegmoneuse, quel que soit son siége, comme une des plus graves de la chirurgie, et cette gravité ne se laisse pas pressentir par la seule influence de la cause : une piqûre, une légère contusion, le moindre corps étranger peuvent aboutir à un phlegmon aussi intense, aussi étendu que les causes les plus violentes. Pour M. Seutin, l'intensité phlegmoneuse est presque toujours subordonnée aux conditions générales dans lesquelles se trouve le malade, à certaines conditions atmosphériques et enfin à la manière dont est pratiquée la thérapeutique du phlegmon ; le professeur de l'hôpital Saint-Pierre considère comme fatale cette vieille pratique qui consiste à n'opposer à la violence de l'affection phlegmoneuse que des sangsues, des cataplasmes, en un mot ces mille petits moyens qui conduisent directement à une amputation. Les sangsues, dit M. Seutin, ne font qu'augmenter la congestion locale tout en affaiblissant la constitution du malade, qui a si besoin d'être corroborée pour pouvoir soutenir les pertes continuelles que va lui faire subir l'affection phlegmoneuse. Les émollients favorisent la stase des liquides dans les tissus phlegmasiés; ils n'activent certes point l'inflammation, mais ils ne font rien non plus pour la diminuer, ni pour en atténuer les conséquences; c'est cependant ce que le chirurgien qui a foi dans les préceptes de la science doit se proposer d'atteindre. Dès que M. Seutin se trouve en présence d'un phlegmon, il ne perd pas un instant : après s'être rendu un compte exact des limites du mal, il recherche avec le plus grand soin où il peut y avoir du pus, non à l'état de collection, mais à l'état de dissémination. Cet endroit trouvé, il débride largement la peau et les aponévroses, il estime que les petites incisions sont dangereuses, en ce sens qu'elles laissent persister l'étranglement.

Le débridement opéré, la partie est placée dans de l'eau tiède afin que le dégorgement soit aussi complet que possible ; puis on la retire, et si c'est un bras ou un membre quelconque, une mèche étant introduite dans l'incision, on recouvre toute la partie phlegmoneuse d'onguent mercuriel, et on finit le pansement par l'application méthodique d'un appareil amidonné qui, dans l'espèce, sert à dégorger la partie malade et à expulser par des ouvertures ménagées dans l'appareil la matière purulente au fur et à mesure qu'elle se forme. Lorsqu'on applique l'appareil amidonné pour combattre un phlegmon, il faut que la compression que l'on exerce soit douce, progressive et soutenue ; c'est dire assez qu'il faut visiter chaque jour la partie malade. Dans la première période du phlegmon, comme il y a ordinairement des symptômes d'embarras gastrique, on administre l'émétique en lavage ; plus tard, on donne les acides, le quinquina et surtout le sulfate de quinine. Si, au début, on recommande une diète sévère, il n'en est plus de même à la période de suppuration; alors on donne les toniques, les viandes osmazomées. Et ce qui est encore plus précieux, et qui est une conséquence directe du bandage amidonné, c'est que le malade peut et doit aller respirer le grand air et se vivifier sous l'action des rayons du soleil.

2° *Fractures.* — 32 fractures ont été traitées; elles se partagent comme suit : 3 fractures du crâne, 5 fractures de côtes, 1 de l'omoplate, 3 de la clavicule, 3 de l'humérus, 7 de l'avant-bras, 2 du fémur, 8 de la jambe. Toutes ont été traitées d'après les principes de la méthode amovo-inamovible par l'appareil amidonné.

M. Seutin veut que le bandage soit coupé le lendemain de son application ; cette pratique est absolue pour lui ; quand bien même le blessé ne se plaindrait d'aucun symptôme, quand bien même le compressimètre glisserait avec facilité, la section du bandage doit être faite, c'est là la garantie la plus puissante de la méthode amovo-inamovible.

La méthode amovo-inamovible, tout en maintenant constamment une immobilité absolue entre les fragments, tout en permettant la déambulation sans troubler cette immobilité, permet également que le membre soit protégé par les yeux et l'intelligeuce du chirurgien : ce qui est mille fois préférable à l'interposition des corps les plus mous, les plus élastiques, fût-ce même de l'ouate.

A propos du système ouaté dont on veut faire quelque bruit, ce n'est pas là une innovation ; il y a longtemps que notre professeur en fait usage, et cela dans les pansements des fractures : ainsi c'est avec de l'ouate qu'il remplit les vides, qu'il protége les saillies osseuses, les articulations ; par exemple, il ne nous a jamais dit que c'était à l'ouate que l'on devait l'absence de toute inflammation, la facilité avec laquelle se résolvent les épanchements ecchymotiques et une foule d'autres propriétés que l'on attribue au coton cardé, et qui en réalité sont la conséquence de la compression que l'on pratique toujours dans toutes circonstances où les pansements ouatés inamovibles sont appliqués.

Du reste, M. Seutin, voulant toujours s'appuyer sur des faits pour apprécier un moyen donné comme possédant une valeur thérapeutique, a essayé les *pansements ouatés*, mais, nous devons le dire, sans le moindre succès ; il se propose, si cette question, comme on semble le croire, doit être discutée à l'Académie, de produire les résultats qu'il a obtenus.

M. Seutin pose en principe la réduction immédiate. L'inflammation n'est pas pour lui une contre-indication à la réduction. « Réduire, dit-il, c'est le meilleur moyen de conjurer les accidents inflammatoires et de les faire disparaître s'ils existent déjà. » Aussi ne comprend-il point cette pratique qui consiste à appliquer des cataplasmes sur une fracture non réduite et où il s'est produit de l'inflammation par le fait de la non-réduction. C'est à ce défaut de réduction immédiate qu'il attribue ces consolidations vicieuses qui aboutissent si souvent à des conséquences défavorables. La réduction opérée, l'application de l'appareil amidonné doit être immédiate.

On connaît les règles posées par M. Seutin pour l'application de cet appareil; ces règles doivent être exactement observées : ainsi il faut, les saillies osseuses et tendineuses étant garanties, exercer une compression toute égale partout. Cette compression est un antiphlogistique par excellence ; elle régularise, en la favorisant, la formation du cal, qui ne prend jamais les dimensions difformes que l'on remarquait si souvent à la suite des anciens bandages.

(*Presse médicale belge.*)

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Emploi des lavements forcés dans un cas d'invagination.

Par M. Lhommée, médecin cantonal à Saint-Dié.

Dernièrement dans un cas d'invagination intestinale, caractérisée par la suppression complète des selles (les lavements revenant sans la moindre odeur stercorale) ; par la constatation de l'existence d'une tumeur oblongue longue d'environ 8 à 10 centimètres située dans le côté gauche de l'abdomen, où l'on arrivait aisément à l'aide du doigt introduit dans le canal inguinal, devenu direct à la suite d'une ancienne hernie; enfin par les vomissements des matières fécales qui ont duré près de cinq jours, je suis arrivé à une solution heureuse, à un déplissement mécanique par le moyen suivant,

---

que l'auteur décrit et dont il donne les gravures dans le chapitre VI. Le couteau est fabriqué de manière que les plaies d'entrée et de sortie du sac présentent les mêmes dimensions. Le spéculum a pour but d'écarter les lèvres de la plaie et de les préserver contre le caustique, qui ne doit toucher que le fond et la partie supérieure du sac. La pince à pansement est celle que nous connaissons tous. Le porte-caustique consiste dans une tige en argent très flexible, offrant des sillons en vis d'Archimède à son extrémité, sur laquelle se fixe un fragment d'éponge imbibé de beurre d'antimoine. M. Magne a eu recours à cette substance parce que l'azotate d'argent cautérise trop superficiellement.

L'incision faite, le dilatateur est introduit; une boulette de charpie portée dans le sac à l'aide de la pince absterge le sang et le pus qui n'ont pas eu d'issue au dehors; le caustique alors est dirigé de bas en haut et de dedans en dehors, de manière à attaquer l'embouchure du conduit lacrymal.

Du vingt-unième au vingt-cinquième jour, la plaie est cicatrisée.

Ainsi, voilà un fait que M. Magne croit avoir acquis à la science et mis hors de doute. L'opération qu'on considérait comme exceptionnelle doit, selon lui, devenir la méthode générale, car elle guérit en trois semaines, et la récidive est impossible.

Une seule objection, et des plus graves, pouvait être faite : que deviennent les larmes? Voici la réponse de M. Magne : les larmes, toujour limpides, diminuent peu à peu, au point qu'il n'est jamais nécessaire de les essuyer, puisqu'elles ne sont jamais en assez grande quantité pour tomber sur la joue. M. Vidal (de Cassis), qui considère l'oblitération comme ne devant être employée qu'à la dernière extrémité, s'exprime en ces termes : « Il y a d'abord un épiphora, qui diminue » peu à peu et finit ensuite par disparaître. »

Ce n'est pas tout. En même temps que les *Annales d'oculistique* publiaient les succès obtenus par M. Magne depuis plusieurs années, elles offraient aussi à leurs lecteurs une observation de M. Stœber (1851), qui, n'ayant pas connaissance de l'ouvrage de M. Magne, arrivait aux mêmes résultats. Et le savant professeur de Strasbourg dit : « L'occlusion complète du sac devrait donner lieu à un larmoiement » continuel; il n'en est rien cependant. Cela tient sans doute à ce que » la sécrétion des larmes est très restreinte dans l'état normal, et que » le liquide lacrymal sécrété s'évapore en majeure partie à la surface » de l'œil ou est absorbé par la conjonctive. »

M. Magne n'a pas la prétention d'avoir inventé une opération qui a été proposée par Nannoni il y a cent ans; mais cette opération, blâmée par les uns, réservée par les autres pour les cas extrêmes, M. Magne se l'est appropriée; elle lui appartient en vérité, tant elle s'est perfectionnée entre ses mains, et il lui revient cet honneur de guérir radicalement, en quelques semaines, une affection qui récidivait presque toujours.

Nous ne doutons pas que la méthode de M. Magne ne soit généralement employée; car il a pleinement justifié l'épigraphe qui figure en tête de son ouvrage : *Sublata causa, tollitur effectus.* Dr Picard.

tous les autres, et notamment les purgatifs à haute dose ayant échoué. J'ai fait injecter en lavement une aussi grande quantité de liquide que le malade a pu en supporter, plus environ un litre, et immédiatement après ce lavement forcé le liquide est revenu avec une odeur caractéristique : le liquide avait refoulé l'anse invaginée. Quelques purgatifs ont ensuite passé, et le cours des matières fécales s'est rétabli. Je crois devoir attribuer la cure au lavement forcé.

Réduction de la hernie étranglée dans l'Inde.

Ce mode de réduction est décrit dans les termes suivants par un chirurgien anglais, M. Th. Wise : « Pendant que j'étais chirurgien d'un hôpital dans l'Inde on m'apporta un jeune homme affecté d'une hernie inguinale étranglée. Après avoir essayé sans succès les moyens ordinaires de réduction, je me disposais à faire l'opération, lorqu'un musulman me suggéra l'idée d'employer le procédé suivant, très usité dans le pays : le malade fut placé sur une table; une très longue serviette, pliée en plusieurs doubles, fut serrée assez fortement sur la partie inférieure de l'abdomen, et les deux chefs ramenés sur les côtés, de manière à permettre à deux aides, placés l'un d'un côté et l'autre de l'autre, d'exercer une traction douce, au moyen de laquelle ils refoulaient en haut avec cette espèce de ceinture les viscères abdominaux. Un troisième aide tenait les pieds du malade, afin de ne pas lui permettre de céder aux tractions. Moi-même je pratiquai le taxis en même temps. Comme l'intestin, situé immédiatement au-dessus de la partie étranglée, était superficiel et distendu par des gaz, il fut refoulé en haut, et il entraîna avec lui l'anse intestinale herniée. La réduction fut immédiate. » (*Monthly Journ. of med.*)

DE LA PRATIQUE DE LA VACCINE

considérée en France et en Angleterre (1),

Par M. le docteur A. Bayard.

Jusqu'alors, je n'ai eu qu'à signaler une concordance entière entre les actes et les paroles des autorités médicales chez les deux nations, il n'en est plus de même actuellement. La dissidence la plus complète existe; M. Gregory n'est pas compris, ou l'est mal par ceux qui ont écrit et fait approuver ces aphorismes récents d'un nouveau genre.

« Tous les vaccinés triomphent des coups de la variole. » (*Rapport sur les vaccinations*, 1849.)

Il est vrai de reconnaître que le savant rapporteur à donné à son aphorisme une forme moins tranchante; suivant ses dernières expressions dans la séance du 29 juin dernier : « La vaccine n'est pas une » vertu *inviolable*, elle a *ses faiblesses*, ce qui la rend *impuissante à* » *conjurer les pétéchies* de la variole. » (Page 27.) Aveu pénible mais sincère; mais qu'y a-t-il d'infaillible aujourd'hui ?...

Jusqu'alors nous comptions beaucoup, nous, pères de famille et médecins, sur l'immunité contre la petite vérole que peuvent donner à nos enfants l'inoculation ou une première attaque de la maladie. Erreur! erreur d'où va nous tirer l'académicien! « Les récidives de petite vé- » role, poursuit-il, sont *beaucoup plus graves* que la petite vérole après » vaccine; il en est de même pour les inoculés, qui ont eu *plus* à se » plaindre que les vaccinés. » (Page 25.) Les preuves ne manquent pas à l'auteur, seulement je ne me charge pas d'aller les vérifier; elles viennent de M. Rollot dans le Devonshire et puis « *de la Chine*, où » l'inoculation n'a pu se soutenir, à cause de ses faiblesses. » (Page 27.) Boerhaave, Stoll, MM. Serres, Bégin, Trousseau, Forget n'ont pas étudié, on le voit bien, la petite vérole dans le Devonshire et la Chine, ni M. Gregory, qui l'étudie assez bien, il est vrai, dans son hôpital des variolés. « J'ai moi-même connu, dit ce dernier, un petit nombre d'exem- » ples non équivoques, mais je suis en même temps convaincu que le » retour de la petite vérole est du nombre des accidents *les plus rares* » que les annales de la médecine fournissent. Les rechutes de petite » vérole ont eu le sort dans les derniers cent ans d'être le champ de » bataille où les ennemis de l'inoculation et les défenseurs de la vaccine » ont pris position. Certains ultra défenseurs de la puissance vaccinale » (*certains ultra rapporteurs of vaccine power*) parlent et écrivent sur » l'inoculation dans les termes les plus dénigrants; ils décrient et stig- » matisent comme ennemi de la race humaine tout homme qui réclame » pour elle son équitable part de mérite. Contre ces injustes accusations » je ne cesserai jamais d'élever ma voix (*I schall never cease to raise* » *my voice*). »

L'honorable M. Clot-Bey (je ne lui fais pas de reproches, d'autres ont partagé ses illusions) avait chanté les louanges de la vaccine sur un ton qu'il n'est pas donné à tout le monde d'imiter; M. le rapporteur perpétuel l'a compris ainsi; il a donc copié l'air et les paroles : « De » toutes les bonnes pratiques médicales, la plus précieuse et la meil- » leure *peut-être* (ce peut être est charmant, il vaut le *quoi qu'on die* » des *Femmes savantes*), c'est la vaccine. La vaccine ne guérit pas, » elle fait mieux, elle prévient; elle prévient une maladie à laquelle » nul n'échappe. » (Rapp., page 3.)

Il faut que la vertu vaccinale soit bien sujette à être violée en Angleterre, et que ses faiblesses y soient bien grandes; voici le cri de douleur poussé par le médecin de l'hôpital anglais, où il a été témoin de nombreux viols et de bien grandes faiblesses : « La proportion des » personnes admises après vaccination aux admises totales montait, » en 1851, à 60 pour 100; elle était seulement de 44 pour 100 en 1841. » L'augmentation doit évidemment s'attribuer à la propagation plus » étendue de la vaccination (*to the more extensive diffusion of vaccina-* » *tion*).

» Un grand nombre parmi les vaccinés du genre humain, particuliè- » rement dans les classes élevées, vivent maintenant dans une crainte » continuelle de la petite vérole. Ils s'enfuient à la première nouvelle » de son apparition dans le voisinage, et on ne pourrait par aucun ef- » fort les persuader de visiter le quartier de l'hôpital des variolés. » (Docteur G. Gregory, *Medical Times*.)

Décidément, le médecin français et le médecin anglais ne se comprennent pas, ils ne parlent pas la même langue; en voici de nouvelles preuves : M. le rapporteur français, oubliant son livre de 1833, répète depuis deux ans que « la petite vérole est une maladie commune à » tous les âges. »

Cet oubli lui avait valu quelques observations de ma part l'année dernière. De plus, je m'étais donné la peine de lui expliquer pourquoi cette maladie atteignait plus fréquemment notre jeunesse aujourd'hui qu'avant la vaccine : « Par l'effet du vaccin, lui disais-je bien douce- » ment, le virus varioleux non modifié se trouve généralement déplacé, » voilà toute la chose, voilà pourquoi les épidémies varioleuses, au lieu » de se montrer avant l'âge de 15 ans, ainsi que cela avait lieu autre- » fois, que cela a encore lieu en Afrique chez les Arabes, frappent au- » jourd'hui, plus particulièrement entre 15 et 30 ans, sur la jeunesse » vaccinée; mais qu'on nous ramène à 1800, qu'on supprime la vaccine, » la variole alors reviendra à ses habitudes premières, c'est-à-dire » qu'elle atteindra spécialement l'enfance, parce que par sa nature elle » est une maladie du jeune âge; c'est une fièvre éruptive. »

Mes explications claires, ma modération dans ma manière de les rendre furent mal reçues. On me répondit que j'étais un médecin peu connu et autres arguments de même force. Cette année, on emploie de semblables armes contre M. le docteur D..., qui, sur cette question, a osé (quelle témérité!) mettre l'académicien en opposition, en contradiction avec lui-même. « M. D..., lui réplique-t-on, qui s'est fait des prin- » cipes, qui a des raisons à lui propres pour n'avoir pas celles de tout » le monde, mais auxquels les faits manquent, les comprend autrement » que nous. Ce que nous avons dit dans le rapport de 1848, nous le » maintenons et nous le répétons dans celui-ci : la variole n'est pas » seulement une maladie de l'enfance, c'est aussi une maladie de la » jeunesse. » (Rapp., page 34.)

Dans le désir de procurer quelques consolations à M. D..., je l'invite à voir les tables de mortalité par suite de petite vérole avant et depuis la vaccine, par Duvillard et M. Carnot, et à lire le petit passage suivant de l'honorable M. Gregory : « La susceptilité du miasme varioleux » parmi les personnes vaccinées augmente à mesure que la vie avance, » le contraire de ce qui arrive dans la portion non vaccinée du genre » humain, où la susceptibilité de la petite vérole est plus grande dans » l'enfance; cela n'est pas accidentel, mais résulte du relevé de l'âge » des variolés. » (*Medical Times*.)

J'avais bien raison de dire que, devant la Société médicale et chirurgicale de Londres, le 11 mars dernier, on ne tenait pas le même langage qu'on a tenu à l'Académie de médecine le 29 juin de la même année. Dans la réunion des médecins illustres de la Grande-Bretagne on est calme, on écoute sérieusement l'observateur sérieux; là, suivant les expressions de Stoll, « ce bavardage boursouflé qui, sous un grand » volume de mots, ne contient rien de solide, déplaît. »

Sunt verba et voces, prætereaque nihil.

Ailleurs, au contraire, ce qui blesse l'expérience, la saine tradition, lorsqu'il s'agit de cette fallacieuse découverte, passe la tête haute; douter, discuter ne sont plus permis; le drapeau porte :

« La vaccine ne périra pas! » (Rapp. 1849.)

Cela est possible; mais, ce qui est plus sûr encore, c'est que la petite vérole *ne périra pas!* Le rapporteur ne paraît pas lui-même très confiant dans sa prédiction; car il ajoute plus loin : « Il faut rendre » la vaccine obligatoire! » (Rapp. 1849.) Il a raison, c'est le plus sûr moyen de l'empêcher de périr; puis, ensuite, comme toute obligation entraîne avec elle l'idée de salaire, de récompense, ce qui est juste, il ajoute : « Il serait digne d'un gouvernement jaloux de relever l'éclat » de nos institutions de rendre à l'Académie la dotation dont jouit le » comité de vaccine sous le Consulat et sous l'Empire. » (Rapp., p. 4).

Reste seulement à savoir ce que feront les gouvernements qui « se- » ront probablement obligés de la proscrire au lieu de la favoriser, » ainsi que cela a été dit publiquement en face de notre illustre rapporteur, juge d'un concours à la Faculté de Montpellier, le 27 février 1852, par M. le professeur agrégé Chrestien.

Une erreur en engendre d'autres. Pour M. le rapporteur, la vaccine préserve de la variole ; elle en préserve, nous a-t-on dit, plus sûrement que l'inoculation, qu'une première attaque de la même maladie. Cette grave erreur est la conséquence de plusieurs autres, comme on va le voir.

Il y a deux ans, en pleine Académie, il fut dit que, « en inoculant » le virus varioleux et le virus vaccin, le résultat était souvent le » même; » ce qui voulait dire : Inoculez le vaccin, vous obtenez la petite vérole ; inoculez la petite vérole, il survient souvent du vaccin. Une comparaison rendra la chose plus claire : vous faites couver des œufs d'oie, des cygnes éclosent; ce sont au contraire des œufs de cygne, voici de jeunes oies que vous voyez naître. Cette savante théorie est basée sur celle des *diminutifs*, autre magnifique découverte de l'auteur, découverte qui ne lui appartient pas, mais que le père naturel lui abandonne. Il faut le dire, ce jour-là la docte assemblée, malgré les preuves qui lui étaient données, preuves venues de la Provence, ne voulut pas admettre ces idées, qui rappelaient un peu trop la fable de Léda.

Notre académicien ne s'est pas tenu pour battu ; s'il ne peut arriver au but par une ligne droite, il y arrive par une courbe : « Il y a, dit- » il, de nombreuses analogies entre la vaccine et la variole. » (Rapp., p. 30.) — En voici quelques-unes : « La vaccine se répand en boutons » plus ou moins nombreux sur toute la surface du corps. Le cas est » extrêmement rare; mais n'y en eût-il qu'un seul bien avéré, il suf- » firait à notre but. » (Rapp., p. 44.)

Ce cas s'est trouvé, non pas en Chine, cette fois ; un médecin françois, après avoir vacciné un enfant, « a décrit *clairement*, *sûrement* une pustule vaccinale », et, pour plus de clarté et de sûreté, le vaccinateur ajoute que les pustules qui surgirent douze jours après « étaient très certainement des pustules vaccinales, au nombre d'une trentaine, parce qu'elles étaient en général plus petites et ombiliquées. » (Rapport, p. 44.)

J'ai vu, après une double inoculation vaccinale et varioleuse, des cas semblables ; les pustules ombiliquées survenues douze jours après l'opération, je les ai appelées pustules varioleuses; mais je suis un mécréant, je le confesse. J'invite donc les vaccinateurs qui veulent s'assurer du résultat de leurs opérations vaccinales à ne plus regarder les bras de leurs vaccinés, mais la figure, le dos, le derrière, tout le corps, sauf les bras, douze jours après la vaccination.

Voici donc un premier point d'analogie entre nos deux virus qui est clairement et sûrement établi. Un second consiste à démontrer que le bouton de vaccin et la pustule vaccinale, par leurs éruption, forme, couleur et progrès, ainsi que par les cicatrices qu'ils laissent, sont identiques : « La ressemblance ne s'arrête pas à la superficie ; même structure, même disposition. » (Rapp., p. 41.)

J'ai traité ailleurs ce chapitre ; je n'y reviens pas. Que répondre, d'ailleurs, à des gens qui osent comparer au vaccin la variole, fût-elle même la plus bénigne, c'est-à-dire la variole inoculée ? Ce serait assimiler un miasme que je ne puis ni mesurer, ni comparer, ni voir, ni saisir avec un virus fluide qui est sous ma main, sous mon instrument et que je dirige à volonté! Je ne trouve aucune analogie entre la piqûre d'une guêpe et la morsure d'un serpent! Un virus est un virus, et n'en est pas un autre!

Une autre cause d'erreur est la suivante; elle est grave, car elle laisse supposer chez son patron *un oubli* des effets de l'infection varioleuse. Je vais les rappeler brièvement; deux petites propositions suffiront :

Première proposition. — « Le premier effet de l'agent varioleux est » de produire, particulièrement chez les adultes, une inflammation gastro-intestinale *sui generis*. »

Cette proposition a pour pères Boërhaave, Stoll, Broussais, Bégin, etc.

Deuxième proposition. — « Cette gastro-entérite varioleuse est ca- » ractérisée, sept à huit jours après l'absorption du virus, par une » fièvre aiguë qui, avec ou sans éruption, constitue seule la variole. »

Cette deuxième proposition porte les noms de Sydenham, Mead, Loob, Boërhaave, Stoll, Grandoyer, Dezoteux, Valentin, Bégin, Carnot, etc... Ils en donnent la démonstration suivante :

Le contage varioleux, soit qu'il agisse par absorption des tissus membraneux ou par inoculation, ne produit très souvent qu'une fièvre sans éruption, maladie bien connue des anciens, nommée par le grand Boërhaave *morbus variolosus sine variolis*; ce qui faisait dire à Thouret : « Bon nombre de personnes ont eu la petite vérole sans s'en douter. » « Dans certains cas, écrit M. Bégin, l'inflammation des organes diges- » tifs est tellement violente que l'éruption ne s'opère que très difficile- » ment, ou que même elle est entièrement empêchée; alors la fièvre » persiste et la gastro-entérite continue ses progrès. »

Les inoculateurs de tous les temps, unanimement d'accord, disent : « Lorsque la fièvre d'invasion a existé, l'absence totale des boutons ne » doit pas être une raison capable de jeter des doutes sur la nature » de la maladie, qui est une véritable petite vérole; il est important de » rassurer les parents des enfants inoculés, car ils sont garantis pour » l'avenir. »

Ainsi, d'après ces deux propositions, il reste prouvé que le symptôme caractéristique, pathognomonique de l'infection varioleuse, consiste dans cette fièvre varioleuse qui éclate ordinairement sept à huit jours après l'infection, fièvre reconnaissable par une odeur particulière de l'haleine (*fœtor oris specificus*), fièvre qui n'est autre chose qu'une gastro-entérite *sui generis* ; que par conséquent le symptôme de l'éruption très souvent fait défaut, et que c'est donc une erreur de ne croire à la variole que lorsqu'il y a éruption, et que c'en est encore une plus grande d'avoir dit que « l'éruption fait le danger de cette maladie. » (Rapp., p. 49.)

Ainsi, avec ces quatre propositions fausses : 1° la vaccine, outre son éruption locale, peut avoir encore une éruption générale; 2° les boutons de vaccin ressemblent aux pustules varioleuses; 3° il n'y a variole que lorsqu'il y a éruption; 4° l'éruption est ce qu'il y a de dangereux dans la variole, notre savant membre de l'Académie en forme une cinquième qui a le mérite de toutes les autres; elle vaut celle où il est question de l'*inviolabilité et des faiblesses de la vaccine, impuissantes à conjurer les pétéchies*. Ce style académique me rappelle les Arcanes de l'art au temps du grand Albert et les médecins de Molière. Je ne dois pas en priver mes lecteurs. La voici : « Les analogies de la variole » et de la vaccine sont telles, *qu'on* peut dire *presque indifféremment* » ou *que* la variole inoculée n'est *que la vaccine* avec une éruption gé- » nérale, ou *que la vaccine n'est que* la variole moins cette éruption. » L'une *est l'équivalent* de l'autre. Ce sont *deux rivales* qui marchent » souvent ensemble dans les rapports du meilleur voisinage. » (Rapport, p. 45.)

Ces deux superbes rivales, qui ne rivalisent que par leurs attraits, me plaisent fort, et plairaient à beaucoup d'autres également qui jamais n'ont pu faire marcher deux maîtresses, deux rivales dans des rapports de bon voisinage. Le moyen, me dira-t-on? Je ne suis pas un Œdipe, répondrai-je; devinera l'énigme qui pourra. *Obscurum per obscurius*. Je comprends mieux le docteur G. Gregory. Voici de quelle manière il s'exprime : « La vaccine est une maladie *sui generis* si es- » sentiellement et spécifiquement distincte de la petite vérole (*to es-* » *sentially and specifically distinct from mull pox*), qu'on ne peut pas » dire avec la *moindre vérité* que celui qui a subi la vaccination a subi » la petite vérole sous une forme bénigne (*mild form*). » (*Med. Times*.)

Qu'on me permette une dernière citation du mémoire de M. Gregory. Cet honorable praticien ne manque pas de courage; je veux en avoir autant que lui. En Angleterre il y a une commission nationale de vaccine qui fait annuellement des rapports pour le service et les succès de la cause (*Report of National Vaccine Bourd*). Notre médecin lui adresse ces paroles : « Ce sont les hautes autorités médicales aux- » quelles le parlement assigne la surveillance de la vaccine qui cher- » chent à expliquer ou pallier les imperfections notoires de la vacci- » nation. »

Dans les deux pays les commissions de vaccine se ressemblent. Ici, a-t-on besoin de chanter les victoires de la vaccine? alors on nous dépeint la petite vérole très meurtrière; on compte ses victimes, et puis on nous montre les triomphes de sa rivale, qui « a fait presque entiè- » rement disparaître la petite vérole de l'île Bourbon. Elle s'est réfu- » giée dans l'île Maurice, où ses ravages sont à peine croyables; car de » 90 mille esclaves qu'elle avait, elle n'en compte plus que 8 mille au » moment où nous écrivons. » (Rapp., p. 8.) Plus loin, sans s'inquiéter de la contradiction, on modère les transports d'une orgueilleuse, on lui fait comprendre que ses victoires sont faciles ; les chances de mortalité ne sont pas d'un sur dix. La preuve mathématique est là : « On » a calculé qu'il y a près de dix varioles discrètes pour *une* variole » confluente. » (Rapport, p. 37.)

Le département de la Dordogne, en 1849, est un de ceux où la vaccine est depuis longtemps « particulièrement en honneur. » (Rapp. 1849.) En 1850 la petite vérole le ravage. Elle attaque les vaccinés, ce qu'on ne dit pas; il s'agit d'autre chose, d'un palliatif à faire valoir : « Le conseil général, écrit-on, a eu la malheureuse idée de retirer la » prime aux vaccinateurs. C'est une malencontreuse mesure, qui a eu » de tristes conséquences pour les paisibles concitoyens, sur laquelle » nous reviendrons. » (Page 8.)

Monsieur le rapporteur, les membres du conseil général de la Dordogne me chargent de vous répondre qu'ils n'ont *pas retiré* la prime accordée aux vaccinateurs des enfants de leurs paisibles montagnes; ils vous accusent de n'avoir pas lu le tableau de votre rapport. Vous trouverez, disent-ils, pages 66 et 67, la *prime ordinaire*. Ils ajoutent encore que dans ce même tableau, mêmes pages, le nombre des atteints par la petite vérole n'est que de 8; des défigurés 1, des morts 1 ; détails statistiques de votre part qui ne sont pas plus exacts que votre assertion, car ils ne pourraient pas justifier les *tristes conséquences* que vous déplorez. En conséquence, avec toute l'autorité que leur donne leurs honorables fonctions, sans crainte de vos rapports subséquents, ils affirment que, en ce qui concerne la Dordogne, vous induisez, bien involontairement, ils n'en doutent pas, le public et le ministre en erreur; que vos dires ne sont ni une explication, ni un palliatif des causes du malheureux fléau qui a décimé leur pays pendant près de deux ans. Tous les lecteurs sérieux donneront, ce qu'ils ont déjà fait par une expression militaire, à vos observations le nom qu'elles méritent.

Ma commission faite, je reviens à M. Gregory. Ses paroles graves et sévères seront entendues dans un pays où la raison finit toujours par prévaloir. D'ailleurs, elles ne sont que l'écho affaibli de l'opinion générale en Angleterre contre la découverte de Jenner. En France, je constate avec plaisir une réaction heureuse. Les sommités médicales, je ne parle pas de celles *qui sont chargées de surveiller la vaccine*, sont ouvertement, secrètement hostiles à cette pratique. « La vaccine est une » erreur qui a fait son temps, » dit tout haut M. le professeur Trousseau. Pour beaucoup d'autres c'est une erreur intéressée. Les rapports annuels que je combats, et que je combattrai, n'inspirent qu'une confiance bien médiocre. Les défections sont journalières et éclatantes. J'en cite une seule, qui a un caractère particulier. Le conseil général de la Haute-Marne, jusqu'alors très zélé et votant une somme considérable chaque année pour la vaccine, a émis, le 29 août 1852, le vœu suivant : « Le conseil général émet le vœu que de *nouvelles études* » soient faites pour vérifier l'influence de la vaccine sur le mouvement de la population. »

(1) Fin. — Voir le numéro du 8 février.

Dans la *Gazette médicale* du 3 juillet, après un article remarquable sur l'influence de la vaccine, M. le docteur Dechambre, présumait que le rapporteur et M. Carnot « se rencontreraient sur le même terrain. » Là en effet est la question, et toute la question!... Mais M. Dechambre se berce d'illusions lorsqu'il espère voir cette question de l'influence de la vaccine sur la population être agitée par la commission de vaccine; cela ne se peut pas. Les chiffres de M. Carnot ne lui appartiennent point, ils sont du domaine public, sans exception aucune; ils sont tous *officiels!*... Ils prouvent que depuis la vaccine, en moins d'un demi-siècle, la mortalité *a doublé* dans les rangs de la population de vingt à trente ans. Les attaquer?... *cela ne se pourrait pas.*

Quant à cette petite proposition bien simple, bien claire :

« La vaccine a déplacé la variole. »

M'adressant à M. le rapporteur perpétuel, je lui dis : L'attaquer? *Vous ne le pouvez pas!... vous ne le pourrez pas!...*

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

ADDITION A LA SÉANCE DU 8 FÉVRIER.

M. Durand-Fardel, membre correspondant de l'Académie, médecin inspecteur des sources thermales d'Hauterive à Vichy, lit une note intitulée : *De l'alcalisation de l'urine considérée comme phénomène d'élimination chez les malades soumis au traitement thermal de Vichy.*

On sait, dit l'auteur, que l'urine des personnes qui font usage des boissons alcalines en certaine quantité perd de ses qualités acides et devient elle-même alcaline; c'est ce que l'on observe principalement à Vichy sous l'influence du traitement thermal.

Ce phénomène n'a guère encore été considéré que sous un point de vue qui nous paraît manquer d'exactitude. On a supposé que, sous l'influence des principes alcalins introduits dans l'économie, les qualités de nos humeurs, du sang en particulier, se trouvaient modifiées, et que par suite de cet état, auquel on a donné le nom de *saturation alcaline* de l'économie, les acides, qui font la base de nos sécrétions les plus importantes, les sécrétions excrémentitielles en particulier, neutralisées par ce changement de milieu, disparaissaient et se trouvaient remplacés par des produits alcalins.

Une autre interprétation du phénomène qui nous occupe, plus conforme, suivant nous, aux notions de la physiologie comme aux faits pathologiques auxquels elle s'applique, nous a paru mériter d'être exposée de l'Académie. Tel est l'objet de cette note.

C'est un fait acquis à la science que toute substance non assimilable introduite dans l'organisme tend à en être éliminée par la voie de certaines sécrétions dont les reins et la peau sont les organes essentiels.

Pourquoi les alcalins échapperaient-ils à cette loi? Vous allez voir qu'il n'en est rien, et qu'ils obéissent, comme tant d'autres principes, à cette règle conservatrice de l'organisme.

L'usage des eaux de Vichy pendant la durée ordinaire d'un traitement thermal, sujet dans lequel je renfermerai cette étude, a pour effet d'introduire dans l'économie des quantités considérables de bicarbonate de soude, les autres principes minéralisateurs pouvant être négligés.

C'est ainsi qu'en supposant la dose modérée de cinq verres d'eau minérale par jour, nous trouvons qu'au bout de vingt-cinq jours, durée moyenne d'un traitement, 150 grammes de bicarbonate de soude auront été introduits dans nos organes; si l'on suppose la dose plus considérable de douze verres par jour, 375 grammes; enfin, si l'on admet la dose de vingt verres, que nous voyons prescrire, malgré ce qu'elle peut avoir d'excessif, nous trouvons que 600 grammes, ou 25 grammes par jour, auront été absorbés, et cela sans compter la proportion considérable encore qui en doit pénétrer pendant le séjour d'une heure au moins par jour dans un bain minéral.

Supposer que ces centaines de grammes de bicarbonate de soude introduits pendant une durée de temps très limitée sont demeurés dans l'organisme pour y imprégner nos organes de principes alcalins et les saturer, comme on dit, est sans doute inacceptable. Il a bien fallu que ce sel, corps étranger pour l'économie, en disparût sous une forme quelconque; mais il y a dans ce sel une partie fixe, la soude, qui n'a pu se décomposer, elle a dû être éliminée. En effet, l'urine, sous l'influence de ce traitement, devient neutre, puis alcaline; la sueur elle-même s'alcalinise, nous saisissons en quelque sorte au passage l'élément minéralisateur de l'eau de Vichy.

Mais ce phénomène d'élimination, quelle en est la signification et dans quelles circonstances se produit-il? Voici ce que nous avons surtout à examiner; car pour le fait lui-même, il est patent et vulgaire.

On a supposé que l'alcalinisation de l'urine n'avait lieu qu'alors que l'économie, se trouvant *saturée* de sels alcalins, ne rencontrait plus d'acides à éliminer, et rejetait au dehors des sécrétions alcalines, au lieu des sécrétions acides qui appartiennent à l'état physiologique.

Ce mot de *saturation*, dont on abuse assez généralement au sujet des traitements thermaux, se comprend dans le sens physiologique : il signifie alors qu'il est une certaine limite dans laquelle l'économie accepte les substances qu'on y introduit, limite variant sans doute suivant les conditions individuelles, et qui se mesure par ce qu'on appelle la tolérance. Mais la cessation de la tolérance ne s'annonce pas ordinairement par des phénomènes paisibles et indéfiniment continus d'élimination : elle se traduit au dehors par des phénomènes pathologiques.

Prendrons-nous le nom de saturation dans le sens chimique? Comprenez-vous nos organes baignés de toutes parts dans des liquides alcalins, le sang *fluidifié*, nos tissus *délayés*, le bicarbonate de soude imprégnant tout notre être, enfin la saturation réalisant pour l'organisme une dissolution générale, et lui faisant regretter sans doute l'injection, conservatrice au moins, dont il est si facile aujourd'hui de protéger nos restes?

Telle est, en effet, la traduction littérale du mot *saturation*, pris dans le sens chimique, c'est-à-dire dans l'acception qui l'a fait indiquer comme l'œuvre à poursuivre dans le traitement par les eaux de Vichy.

Nous ne supposerons donc pas que l'alcalinisation de l'urine puisse être considérée comme le symptôme d'un état de saturation chimique de l'économie; car cette saturation serait plus qu'un état toxique, elle serait incompatible avec la vie. Mais est-elle l'indice d'un état de saturation physiologique, c'est-à-dire de cet état que l'on peut supposer exister lorsque vient à cesser la tolérance de l'économie pour un médicament?

Non sans doute, car voici ce qui s'observe.

Aussitôt que l'on absorbe de l'eau de Vichy, l'urine prend, ou du moins peut prendre des caractères alcalins.

C'est-à-dire qu'avant une heure passée dans un bain d'eau de Vichy, et sans avoir bu un seul verre d'eau minérale, l'urine est devenue neutre ou même alcaline.

Il n'y a sans doute encore aucune espèce de saturation de l'économie au bout d'un temps très court, que M. Chevallier a vu ne pas dépasser dix-neuf minutes, et nous-même trente minutes. Que signifie donc ce phénomène? Il signifie que le bicarbonate de soude est, pour nos organes, un corps étranger dont ils ont hâte de se débarrasser par les voies ordinaires de l'élimination.

Il arrive ici ce que l'on observe après une seule injection d'iode, qui suffit pour que la présence de ce corps se retrouve dans l'urine, bien qu'assurément l'économie ne soit pas encore saturée de préparations iodées.

A mesure que le traitement se poursuit, cette élimination devient plus active, l'urine, de neutre, devient franchement alcaline, et, d'après d'Arcet, cité par M. Chevallier, dans son travail si complet et si intéressant sur la dissolution de la gravelle, un litre peut saturer jusqu'à 2 grammes 4 décigrammes d'acide sulfurique; la sueur, la salive, toutes les sécrétions enfin empruntent le même caractère aux principes qu'elles contribuent à éliminer.

Il s'établit donc chez les individus qui suivent le traitement thermal un double courant, l'un introduisant des principes minéralisateurs dans l'économie, l'autre les rejetant; et c'est cette circonstance qui seule permet de porter à des doses énormes, de 10 à 30 grammes, la proportion des matériaux solides absorbés en un jour.

Maintenant, il est vraisemblable que tout n'est pas éliminé. Quelle proportion en conserve l'économie? Quel rôle y joue cette proportion retenue? Ceci ne nous paraît pas plus aisé à définir que s'il s'agissait de principes salins, de principes sulfureux, que s'il s'agissait de préparations iodurées, mercurielles, etc.

Quoi qu'il en soit de ces questions, l'élimination des principes minéralisateurs introduits par l'eau de Vichy est la conséquence d'une loi physiologique, et en même temps une garantie contre le danger d'introduire dans l'économie un excès de principes étrangers. C'est là ce qui permet sans doute à la tolérance de s'entretenir pendant un temps souvent prolongé. Cependant nous voyons cesser la tolérance elle-même.

On peut observer pendant la durée des traitements thermaux plusieurs séries d'accidents dont il importe de connaître la signification.

Il y a d'abord une période, ou d'excitation, ou même de *fièvre thermale*, qui s'observe peu après le début du traitement, et qui du reste manque souvent. C'est le résultat du défaut d'habitude de nos organes, lesquels réagissent d'abord contre une médication stimulante; mais ils s'habituent, et la tolérance s'établit.

Puis vient une époque où la tolérance disparaît. Cela veut-il dire que nos organes sont saturés? Saturés physiologiquement, si vous le voulez, et ce mot alors n'a pas grand sens, à vrai dire, mais pour chimiquement, non sans doute. Car, dans ce dernier cas, on observerait autre chose que du dégoût, de la pesanteur, de l'anorexie, de la peine à digérer les eaux.

Cependant on peut observer aussi la saturation chimique, non pas sans doute dans un sens absolu, ce qui ne pourrait guère se concevoir, mais à un certain degré. C'est alors que par un abus prolongé des alcalins, il se développe ce qu'on a appelé *cachexie alcaline*, que Culler avait parfaitement décrite, et que M. Trousseau et M. Magendie ont observée. C'est bien alors que l'on a réalisé la médication dissolvante; seulement ce n'est plus une médication, c'est un empoisonnement.

Mais nous ne voyons pas à Vichy de ces saturations, ni de ces cachexies, ou de ces empoisonnements, car c'est tout un. Et ce qui nous préserve de voir cela, malgré tous les excès journaliers faits avec l'eau de Vichy, c'est l'élimination d'une grande partie des principes absorbés d'abord, et ensuite c'est la cessation de la tolérance, circonstance dont les symptômes, non pas chimiques, mais purement physiologiques, forcent nécessairement d'interrompre un traitement contre lequel l'organisme se révolte.

Ces divers points de vue sous lesquels je viens de présenter l'élimination des principes minéralisateurs des eaux de Vichy n'ont rien de neuf, dans ce sens qu'ils sont absolument conformes à ce qui s'observe journellement au sujet des poisons ou des médicaments introduits par expérience ou autrement dans l'économie. Mais ces mêmes observations n'avaient pas encore, à ma connaissance, été appliquées aux eaux minérales, et en particulier aux eaux de Vichy. C'est là ce qui m'a décidé à les exposer devant vous. Elles ont d'ailleurs, ces observations, une portée plus étendue que le simple fait qu'elles concernent, car elles peuvent aider à rectifier les idées, trop facilement acceptées, malgré leur peu de fondement, sur la partie physiologique comme sur la partie thérapeutique de la médication thermale.

CORRESPONDANCE.

Emploi d'obturateurs de caoutchouc pour remédier à la division du voile du palais. — Réclamations.

A M. le Rédacteur de la Gazette des Hôpitaux.

Londres, le 24 décembre 1852.

Monsieur,

J'ai lu, il y a quelques jours, le n° 123 de votre *Gazette* du 16 octobre dernier, contenant un article sur un nouveau procédé pour remédier à la division du voile du palais.

Vous dites, monsieur, qu'il vous paraît d'une haute importance pratique de ne pas négliger, comme on l'a fait jusqu'à ce jour, cette espèce de prothèse. Vous ajoutez que les difficultés sont grandes, mais non insurmontables. Pour le prouver, vous dites que dès le premier essai la question a fait un grand pas; puis vous rendez compte du procédé de M. Gariel, qui s'est servi du caoutchouc, procédé qui, modifié par M. le docteur Gosselin, est devenu presque parfait.

Appelé, il y a plus de onze ans, près de quelques personnes atteintes de lésions graves à la voûte palatine, je m'efforçai de trouver un nouveau moyen obturateur plus convenable que ceux employés jusqu'alors. La gomme élastique, en lui donnant une forme convenable, me parut apte à remplir ce but. Je m'en servis donc avec succès, et j'eus la satisfaction de voir que les personnes qui ont fait usage de mon procédé en étaient contentes, puisqu'il les délivrait des inconvénients qui accompagnent cette affreuse infirmité.

J'ai communiqué dans le temps mon procédé à la *Gazette médicale de Strasbourg*, qui en a rendu compte dans son numéro du 5 décembre 1841.

D'après ce qui précède, vous voyez, monsieur, que je me suis servi depuis longtemps d'un moyen analogue à celui que vous annoncez dans votre *Gazette*. Si j'avais eu plus tôt connaissance de cette dernière, j'aurais eu l'honneur de vous écrire de suite pour réclamer la priorité de l'emploi du caoutchouc pour la confection d'un obturateur propre à remédier aux perforations du palais. J'espère que vous serez convaincu des droits que j'ai à cette priorité.

Je n'entends nullement contester le mérite de l'invention de M. Gariel, ni celui des perfectionnements de M. Gosselin; mais je pense que vous trouverez toute naturelle la réclamation que je vous adresse, et j'ose croire que vous voudrez bien l'insérer dans un des prochains numéros de votre *Gazette.*

Agréez, etc.

Frédéric Pauli, d.-m.,
Membre de la Société de chirurgie, de la Société de médecine pratique de Paris, etc.

M. Trousseau, médecin dentiste à Rennes, nous écrit sur le même sujet que les obturateurs en caoutchouc ne peuvent avoir qu'un seul avantage sur ceux en métal : celui du bon marché; mais que leur odeur, leur destructibilité et le plus grand volume qu'ils doivent exiger rendent ce seul avantage bien minime, si toutefois ils ne le détruisent pas entièrement. Je crois pouvoir affirmer, dit-il, qu'il n'existe point de lésion du voile du palais à laquelle on ne puisse remédier d'une manière parfaite par les appareils en métal. On peut leur donner toute la flexibilité nécessaire pour l'usage auquel ils sont destinés. Ils sont inaltérables, et les soins de propreté sont aussi plus faciles à observer avec eux.

Quant au système des valvules, rien de plus facile que leur établissement; on peut les poser de toute manière, et les modifier à l'infini.

J'ai remarqué dans votre observation que la femme sur laquelle cet essai d'un obturateur en caoutchouc a été fait a montré beaucoup de répugnance pour le conserver, et que même elle le retire de temps en temps. Je ne pense point qu'il en serait de même avec ceux dont j'ai parlé. J'ai tout lieu de croire, au contraire, que l'habitude en serait prise en une seule nuit passée en les portant, et qu'au lieu de les garder avec répugnance, ils seraient acceptés comme un véritable bienfait.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

La liste des candidats au concours pour l'agrégation en chirurgie et en accouchements a été close le 6 février. Les candidats inscrits sont :

Pour la chirurgie : MM. Broca, Cusco, Demarquay, Désormeaux, Follin, Houël, Jamain, Morel-Lavallée, Richard, Verneuil;

Pour les accouchements : MM. Blot, Cahen, Moreau (Alexis), Pajot, Salmon.

Le nombre des places à donner étant de trois en chirurgie et d'une en accouchements, il y aura lieu à une élimination parmi les candidats de la première catégorie, et à deux parmi ceux de la deuxième.

— Ainsi que nous l'avons annoncé dans un de nos précédents numéros, M. Wurtz a été nommé professeur à la Faculté de médecine. On lit dans le *Moniteur universel* du 5 février, *partie officielle :*

« Par décret impérial du 2 février 1853, et sur la proposition de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, M. Wurtz, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, chargé du cours de pharmacie et de chimie organique, a été nommé professeur de cette chaire. »

— Une affaire concernant l'exercice de la médecine avait mis en émoi depuis quelque temps nos confrères belges. Il s'agissait de savoir si l'administration de médicaments par une personne étrangère à l'art de guérir perdait de son illégalité quand les visites et les remèdes étaient gratuits et donnés par *acte de charité*. Les tribunaux n'avaient pas été d'accord sur cette question, et deux cours d'appel avaient absous les *praticiens Sangrados*. Le gouvernement en a appelé au pouvoir législatif et a proposé le projet suivant :

« Article unique : L'article 18 de la loi du 12 mars 1818 est interprété de la manière suivante :

» Il y a exercice illégal d'une branche de l'art de guérir lorsque, habituellement, une personne qui n'est pas qualifiée examine ou visite des malades, remet ou prescrit un remède propre à la guérison de certaines maladies, indique la manière de l'employer, soit qu'elle agisse dans un but de spéculation ou de charité, soit qu'elle prenne ou non le titre de docteur. »

La chambre a adopté ce projet par 47 voix contre 25.

Ce vote, qui sauvegarde la dignité et les droits du diplôme, est une grande satisfaction donnée au corps médical belge.

— M. le docteur Delstanche, membre de la Société des sciences médicales de Bruxelles, vient de fonder deux prix pour 1854. Voici les questions proposées par la Société :

1° Faire l'histoire de la surdité nerveuse, et indiquer les moyens de la guérir. L'auteur devra indiquer un moyen de traitement efficace contre la surdité nerveuse, et en démontrer la valeur par des observations concluantes. Le prix sera de 1,000 fr.

2° Traiter un sujet quelconque de la pathologie des organes auditifs, de façon à y réaliser un progrès. La société donnera la préférence aux mémoires qui auront surtout en vue la thérapeutique. Le prix sera de 300 fr.

Les mémoires seront adressés dans les formes académiques habituelles et francs de port, à M. le docteur J. Crocq secrétaire de la Société, rue du Bois-Sauvage, 14, avant le 1er mars 1854.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité d'anatomie chirurgicale, ou de l'anatomie dans ses rapports avec la pathologie externe et la médecine opératoire; par J.-F. Jarjavay, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, chirurgien du Bureau central des hôpitaux, etc. — 2 vol. in-8°. Le tome Ier est en vente. Prix : 7 fr. 50 c. Le tome II paraîtra en mars 1853. — Chez Labé, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, 23.

Abrégé de pathologie médico-chirurgicale, ou Résumé analytique de médecine et de chirurgie; par le docteur Eug. Triquet, ancien interne à l'hôpital de Tours, lauréat et prosecteur de l'Ecole de médecine de la même ville, interne en médecine et en chirurgie des hôpitaux de Paris, lauréat, médaille d'argent (1848), médaille d'or (1849), etc. — 2 vol. in-8°. 1852. — Prix : 12 fr. — Chez Labé, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, 23.

De l'Homme et des races humaines; par H. Hollard, docteur en médecine et docteur ès sciences, professeur suppléant à la Faculté des sciences de Paris. — Un vol. in-18, format Charpentier. Prix, 3 fr. *franco* par la poste. — Chez Labé, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, 23.

Dictionnaire d'hygiène publique et de salubrité, ou Répertoire de toutes les questions relatives à la santé publique considérées dans leurs rapports avec les subsistances, les épidémies, les professions, les établissements et institutions d'hygiène et de salubrité, complété par le texte des lois, décrets, arrêtés, ordonnances et instructions qui s'y rattachent; par M. le docteur Amb. Tardieu, médecin des hôpitaux, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, membre du comité consultatif d'hygiène publique, etc. 2 forts volumes grand in-8. En vente. Tome 1er, grand in-8 de 600 pages. Prix : 8 fr. — A Paris, chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie de médecine, rue Hautefeuille, 19.

Traité de la vieillesse, hygiénique, médical et philosophique, ou Recherches sur l'état physiologique, les facultés morales, les maladies de l'âge avancé, et sur les moyens les plus sûrs, les mieux expérimentés, de soutenir et de prolonger l'activité vitale à cette époque de l'existence; par le docteur J.-H. Réveillé-Parise, membre de l'Académie nationale de médecine, etc. Un volume in-8° de 500 pages; prix, 7 fr. — A Paris, chez J.-B. Baillière, libraire, rue Hautefeuille, 19.

Le Gérant.
Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 19. — MARDI 15 FÉVRIER 1853. (26e ANNÉE.) N° 19. — MARDI 15 FÉVRIER 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE.	Trois mois....	8 fr. 50 c.
	Six mois.....	16 »
	Un an......	30 »
GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES.	Trois mois......	9 fr.
	Six mois.......	17
	Un an........	33
ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR.	Trois mois......	10 fr.
	Six mois.......	20
	Un an........	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

PARIS, LE 14 FÉVRIER 1853.

De l'alcoolisme chronique.

Cette maladie, encore fort mal connue, à caractères mal dessinés, a été dans ces dernières années, en Angleterre et surtout en Allemagne, l'objet de travaux très intéressants (*De l'usage et de l'abus des liqueurs alcooliques*, par Carpenter; Londres, 1850; *Du traitement des maladies alcooliques*, par Nasse, 1852; *De l'intoxication alcoolique chronique*, par le docteur Magnus Huss, de Stockholm; et antérieurement, *La dipsomanie de Bruhlcramer;* Berlin, 1819; *De l'abus des spiritueux*, par Roesch; Tubinge, 1839).

Mais de tous les ouvrages que nous venons de citer, le plus récent et celui qui renferme à la fois les recherches les plus neuves et les plus intéressantes est le travail du docteur Huss sur l'alcoolisme chronique; et c'est à ce livre que nous empruntons en partie ce qui suit :

La Suède est le pays où se commettent le plus d'excès alcooliques, et où s'observent, par conséquent, le plus grand nombre d'affections morbides qui en sont le résultat. En effet, la consommation quotidienne des ouvriers *rangés* de Stockholm peut être évaluée à cinq ou six verres d'eau-de-vie de pommes de terre, soit un demi-litre au moins; les excès en plus sont fréquents. Il ne faut pas croire que l'économie finisse par s'y habituer; elle se révolte, au contraire, tôt ou tard contre ce poison dont l'introduction est répétée chaque jour; et il en résulte enfin des accidents d'abord légers, puis de plus en plus graves, dont voici le tableau succinct.

Les désordres gastriques précèdent ou suivent les troubles nerveux. Ils consistent en des phénomènes d'irritation chronique, tels que douleurs et tiraillements à l'épigastre, langue fendillée, appétit irrégulier, vomiturītions, puis vomissements chaque matin d'un liquide filant, acide ou bilieux. Les intestins se prennent aussi; on observe des coliques, des flatuosités, de la constipation se terminant par une diarrhée colliquative mêlée quelquefois d'évacuations hémorrhagiques. Le foie devient parfois le siége d'altérations graves, telles que la cirrhose. Tout le monde connaît l'influence que les excès alcooliques exercent sur le développement de la maladie de Bright.

Les phénomènes nerveux ont une importance séméïotique bien plus grande que les accidents gastriques, qui peuvent être rapportés à un certain nombre d'affections différentes.

Les troubles du système nerveux portent :

1° Sur la sensibilité,

2° Sur la motilité,

3° Sur l'intelligence.

Les premiers donnent lieu à des *fourmillements* des pieds et des mains se succédant avec plus ou moins de rapidité et de vivacité, entraînant, quand ils sont intenses, une agitation permanente et une sensation de froid ou de chaud qui devient insupportable. Ce dernier phénomène, qui dégénère en une véritable *hypéresthésie*, sert à distinguer les fourmillements tenant à l'alcoolisme de ceux qui surviennent dans la paralysie générale, laquelle a pour effet d'émousser la sensibilité.

Après cette exagération de la sensibilité, qui appartient à la première période de la maladie, il se manifeste une insensibilité progressive, commençant par les doigts et les orteils, et envahissant successivement les bras, les jambes et même le tronc. Elle peut être portée au point que les tiraillements les plus violents ne sont plus perçus. Ce dernier phénomène est un des plus caractéristiques de l'affection qui nous occupe, et le médecin doit, par conséquent, porter de ce côté son attention d'une façon toute spéciale.

Les autres sens participent des désordres et de l'affaiblissement de la sensibilité générale et sont le siége de quelques hallucinations.

Les troubles de la motilité sont généralement assez bien connus pour que nous n'y insistions pas. Nous ne dirons rien du tremblement; mais nous signalerons les crampes, les soubresauts, qui varient de forme, de fréquence et d'intensité. Tantôt ils se succèdent à des intervalles très rapprochés, tantôt ils se montrent seulement pendant la nuit. Dans tous les cas ils n'occupent que les extrémités inférieures et peuvent, quand ils sont portés à un haut degré d'intensité, se changer en convulsions ou en attaques franchement épileptiques.

Quant aux troubles intellectuels, ils peuvent tous être rapportés à la débilité de l'intelligence, à l'hébétude, ou mieux encore, selon l'expression vulgaire, à l'abrutissement. Le malade, selon M. Lassègue, qui constate l'insuffisance du travail de M. Huss sur ce point, tout en étant préservé d'un véritable délire, reste obtus sans devenir indifférent. Il a conscience de son infériorité; il conserve des antipathies et des désirs, mais en même temps, et cette particularité est caractéristique, il est tourmenté par des hallucinations.

Les terminaisons de l'alcoolisme sont la guérison, une simple amélioration ou la mort. La terminaison funeste est causée par les progrès des accidents dus à l'intoxication, par des altérations organiques concomitantes, ou aussi par des maladies accidentelles auxquelles l'alcoolisme imprime un cachet particulier, et surtout une gravité des plus grandes. C'est ce qui arrive pour les fièvres éruptives, et principalement pour les pneumonies et les autres inflammations aiguës.

Le docteur Huss, dont l'expérience en pareille matière peut faire loi jusqu'à un certain point, conseille le traitement suivant : Eloigner les causes qui entretiennent la maladie; réparer les troubles gastriques à l'aide d'un bon régime, de quelques toniques et de purgatifs chauds, enfin mettre en usage les divers agents conseillés dans les affections nerveuses. Mais le remède qui a paru produire les meilleurs effets, c'est l'huile empyreumatique, qui donne sa saveur spéciale à l'eau-de-vie de pommes de terre (*fermentatum solani*), qu'on administre à la dose de 5 à 10 centigrammes cinq ou six fois par jour, dans une potion ou en pilules. Cette substance diminue les douleurs épigastriques et le pyrosis.

Il est un dernier mode de traitement proposé déjà et usité par un compatriote du docteur Huss, et qui a fourni des résultats assez avantageux au docteur Nasse. Il consiste à dégoûter des boissons alcooliques par l'excès qu'on force le malade à en faire. On ajoute de l'alcool à toutes les boissons et à tous les aliments. Parfois ce moyen parvient à guérir complétement et pour toujours les dipsomanes de leur funeste passion; mais la cure n'est pas constamment durable.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. GENDRIN.

Leçons sur l'hystérie (1).

Les sujets frappés d'hystérie, soit à forme convulsive et clonique, qui est la plus fréquente, soit à forme extatique, présentent des accidents communs que j'ai fait connaître dans un mémoire publié sur ce sujet. Toutes les fois que l'hystérie existe, quelle que soit la forme des attaques, qu'elles soient fréquentes, violentes, qu'elles se transforment dans ces différentes espèces que nous avons vues en passant d'une forme à l'autre avec ou sans intermittence, il y a perturbation dans la faculté de percevoir les impressions sensitives, perturbation qui existe le plus ordinairement avec extinction de la faculté de les percevoir : les malades perdent la sensibilité dans certains points, et dans la plupart des cas il en est d'autres sur lesquels la sensibilité est exagérée et même fortement pervertie. Vous rencontrerez donc chez presque toutes les hystériques, avec une perte de sensibilité dans certains points, d'autres points où cette sensibilité sera tellement exagérée que des pressions y détermineront des douleurs extraordinaires. Un simple contact, qui physiologiquement est inoffensif, produira les mêmes effets : telle femme ne pourra supporter le contact de ses vêtements sur la région lombaire, près des mamelles, autour des épaules, pendant qu'elle aura de l'insensibilité dans d'autres points du corps.

L'anesthésie, qui consiste dans la suspension de la sensibilité, peut être portée à des degrés divers : tantôt chez le même sujet à différents instants, tantôt sur différentes parties du corps et dans le même moment; ainsi une moitié de la face sera sensible, l'autre non, comme vous pouvez le voir au n° 1 de la salle Notre-Dame. D'autres percevront les impressions sensitives sur la face et ne les percevront pas sur les autres parties du corps. L'anesthésie portera souvent sur les origines des muqueuses, sur le fond de la gorge, sur le larynx, sur les fosses nasales : de là la facilité qu'éprouvent certaines hystériques à prendre sans difficulté des médicaments très désagréables; de là aussi la perversion du goût, qui pousse certaines hystériques à avaler du poivre, du plâtre, des acides; elles cherchent à stimuler par ces substances exerçant une action topique insolite la sensibilité du goût, qui est chez elles au moins considérablement diminuée. Elle peut être perdue complétement, comme nous avons pu l'observer plus d'une fois.

La sensibilité peut être perdue au col de la vessie, et il en résulte des distensions considérables de cet organe par l'urine, les malades n'éprouvant pas le besoin de la rendre; on a pu croire dans des cas de ce genre à de la paralysie; chez d'autres la sensibilité n'est pas éteinte aussi complétement, mais assez cependant pour ne déterminer que des envies rares d'uriner et causer encore des distensions considérables de la vessie.

La sensibilité peut être perdue au rectum, et, le sujet n'éprouvant pas comme à l'état normal les besoins d'expulser les fèces, il peut en résulter dans le rectum des accumulations de matières excrémentitielles, qui se durcissent et sont retenues au point d'exiger l'intervention des instruments de chirurgie pour être entraînées au dehors.

Elle peut être perdue sur l'organe de la vision et de l'audition, mais ce dernier cas est beaucoup plus rare. La cécité qui se produit alors est plus ou moins complète : c'est celle qui constitue l'amaurose hystérique, considérée par les auteurs comme guérissable, et en effet elle cède souvent avec assez de facilité. Certaines hystériques, comme nous l'avons dit plus haut, peuvent éprouver de la surdité, mais cet accident est beaucoup plus rare que le précédent.

Ces impressions sensitives peuvent être plus complexes dans leurs perturbations : une hystérique ne sentira pas une brûlure qu'on lui fera sur la peau et pourra sentir une pression exercée sur un point de sa surface tégumentaire; dans ce cas la peau aura perdu la sensibilité, tandis que les parties profondes la posséderont encore; d'autres, au contraire, auront perdu la sensibilité de ces parties profondes.

Chez certains sujets la perception physiologique des différents actes de la vie de relation est perdue. Ainsi, dans l'état physiologique, nous sentons dans quelle position est notre bras; nous sentons si notre doigt est ployé ou étendu; nous percevons donc une impression sensitive partant des muscles et nous avertissant d'un mouvement que nous exécutons : cette sensation peut être complétement suspendue chez les hystériques; on peut leur changer les membres de place, les mettre dans des positions forcées sans qu'elles en aient aucunement conscience, non plus que des mouvements qu'elles peuvent elles-mêmes exécuter. Si, par exemple, vous mettez un de leurs bras dans une position forcée et que vous veniez à le lâcher, elles feront un mouvement pour le replacer dans une position physiologique, mais n'en auront pas conscience; rien de toutes ces impressions n'est perçu par le sensorium.

Admettez maintenant que ces formes diverses d'anesthésie soient variées, qu'elles soient diversement distribuées sur les différentes parties du corps, que leur intensité ne soit pas la même dans les différents points, ou dans les différents instants où vous l'observez, et vous aurez le phénomène singulier d'absence de perception des impressions extérieures tel qu'il existe dans l'hystérie.

Pour les dysesthésies, il y a moins de formes connues; cependant leur existence est incontestable : ainsi il est des malades qui sont blessées de la vue de certaines couleurs, du rouge, du vert; d'autres ne peuvent entendre certains sons musicaux sans en être désagréablement affectées; une autre pourra les entendre avec une oreille et souffrira si elle les entend avec l'autre. Certaines hystériques éprouvent des douleurs très vives par la pression des vêtements, d'autres au point d'insertion d'un tendon; nous avons vu ce phénomène se produire chez une malade au ligament rotulien; les douleurs étaient extrêmement vives sans qu'il y eût aucune maladie articulaire. Rien de plus fréquent que des douleurs contournant en dehors la glande mammaire ou siégeant du côté de l'ovaire. Les douleurs qu'une hystérique éprouve à la région épigastrique pendant les digestions sont des douleurs de même nature. Voilà les formes principales de la dysesthésie, et il n'y a pas d'hystérique qui n'en présente, soit dans l'exercice de ses fonctions, soit sur quelque point de la surface tégumentaire.

Ces différentes formes de dysesthésie peuvent amener chez certaines hystériques des sensations qui déterminent des phénomènes convulsifs; ainsi on a vu des jeunes femmes chez lesquelles le coït était accompagné de douleurs extrêmement vives, et chez elles, quand l'exploration par le toucher deviendra nécessaire, on ne pourra introduire le doigt dans le vagin sans donner lieu à des

(1) Suite. — Voir le numéro du 8 février.

douleurs extrêmement vives, pouvant aller jusqu'à déterminer des accidents spasmodiques.

Un certain nombre d'hystériques présenteront des accidents qui pourront être permanents et ne pas se produire par paroxysmes : ce seront les accidents de paralysie. Nous l'avons vue tout à l'heure comme cause déterminante des accidents de suspension d'actes fonctionnels physiologiques, comme dans les distensions forcées de vessie par l'accumulation de l'urine, comme dans l'inertie du rectum donnant lieu à des rétentions de matières fécales.

Chez certaines hystériques la volonté suffit pour surmonter les accidents de la paralysie, et il en résulte des phénomènes de paralysie passagère : ainsi une femme hystérique éprouve de l'engourdissement dans un bras et ne peut lui faire exécuter des mouvements ; si elle fait puissamment intervenir sa volonté, si elle veut avec force, elle pourra parvenir à le remuer un peu, et les impressions sensitives seront aussi perçues, mais d'une manière plus obtuse.

Il est des malades chez lesquelles la paralysie est parfaite et complète ; le bras restera flasque et pendant ; il sera insensible aux impressions tactiles, car la paralysie chez les hystériques est toujours jointe à l'anesthésie. Chez d'autres la paralysie se montre avec contraction des muscles qui maintiennent le bras dans la flexion par exemple et rapproché du corps. C'est une dysesthésie des nerfs qui se rendent aux muscles ainsi contractés, et les maintiennent dans cet état. Ainsi le pied pourra être allongé sur la jambe sans trace de sensibilité pendant des semaines tout entières, et même des mois, et cette contraction du système musculaire de tout un membre existera en dehors de l'action de la volonté, car le malade ne pourra en rien la modifier. Chez d'autres, comme nous l'avons dit tout à l'heure, le bras sera ployé et rapproché du corps, et cela pendant un très long temps.

Souvent, quand il existe un état de contraction spasmodique dans un membre d'un côté, il ne tardera pas à s'étendre dans le membre correspondant du même côté. Ainsi le bras est d'abord affecté ; bientôt les accidents se produiront semblables dans la jambe du même côté.

Cette remarque sur l'association des contractions spasmodiques est importante, car il s'agit d'y remédier, et souvent on y arrive par la force ; il suffit alors que ce résultat soit obtenu dans un membre pour que les accidents semblables se résolvent dans le membre correspondant. Ainsi, par exemple, chez une jeune femme le bras est fléchi et rapproché du corps ; vous saisirez le bras et la main, et par des mouvements opérés de force, mais avec lenteur et mesure, pour ne pas causer d'accidents, vous rétablirez la mobilité des articulations. En même temps que cet effet est produit, le membre inférieur, qui était aussi fléchi par la contraction spasmodique des muscles, se détend tout seul, et reprend ses fonctions normales sans l'intervention d'aucune violence, et cela instantanément.

La mobilité exagérée, la faculté d'appliquer l'attention pour augmenter ou diminuer les sensations perçues, l'anesthésie, la dysesthésie, l'hyperesthésie, et enfin la paralysie, tel est l'ensemble des phénomènes, quelque compliqués, quelque diversement associés qu'on se les imagine, qui arrivent d'une manière continue chez les sujets hystériques. Ils ne se présentent pas tous chez la même malade en même temps, excepté toutefois le phénomène de l'anesthésie, que l'on retrouve chez toutes les hystériques sans exception.

A côté de ces phénomènes se manifestent à des intervalles irréguliers les accidents paroxystiques, et ce sont eux qui caractérisent ces formes dominantes que nous avons indiquées dans la dernière séance. Lors donc qu'on vous dira : Cette femme est hystérique, cela voudra dire qu'elle est sujette à quelques-uns des accidents continus que nous venons de décrire, et surtout à l'anesthésie, et de plus qu'elle éprouve de temps en temps des accidents paroxystiques, qui font rentrer son affection dans une des trois formes que nous avons indiquées.

Ces paroxysmes détermineront en général des modifications dans les phénomènes continus, mais pas d'une manière constante. Après certains paroxysmes la sensibilité, qui était nulle dans certains points de la surface tégumentaire, est revenue, mais l'anesthésie a retourné d'un autre côté ; l'inaptitude à ressentir les impressions produites par certaines couleurs, certaines substances sapides a été modifiée par tel ou tel paroxysme. Chez certains sujets l'hyperesthésie, qui était limitée, se montre tout d'un coup, à la suite d'une attaque, sur toute la surface du corps, puis se restreint peu à peu dans ses limites primitives.

Les phénomènes continus sont donc jusqu'à un certain point modifiés par les paroxysmes, mais ils persistent inébranlables depuis le début jusqu'à la terminaison de la maladie, qui est souvent fort longue, en pouvant toutefois se succéder et se transformer les uns dans les autres. C'est la forme compliquée de ces accidents qui nous fait mettre la plus grande attention dans la recherche de la prédominance de l'un d'eux pendant les paroxysmes, d'où ressortira leur importance comme moyen de diagnostiquer à laquelle des trois formes de l'hystérie on peut avoir affaire.

CLINIQUE CIVILE.

Choléra-morbus chez un enfant. — Guérison.

(Observation communiquée par M. J.-F. Menard, docteur-médecin à la Glacière, près Paris.)

Votre excellent journal a récemment publié quelques observations et quelques notes sur le choléra ; permettez-moi de vous communiquer l'observation et les réflexions suivantes :

Dans la nuit du 3 au 4 février courant, je suis appelé en toute hâte auprès d'un enfant qui n'avait, selon le messager, que quelques instants à vivre, et que sa mère disait atteint du choléra.

D... est âgé de dix ans, alerte et intelligent, d'une constitution un peu grêle, d'un tempérament lymphatico-nerveux ; il fait sa nourriture ordinaire de viande de charcuterie. Depuis huit jours environ il avait un peu de dévoiement, ce qui ne l'empêchait pas d'aller à l'école et de courir. La veille, se trouvant fatigué, il se contente de bouillon et d'un œuf à la coque. Il est pris subitement, à onze heures du soir, de vomissements et de selles très répétés.

A mon arrivée, à trois heures du matin, je le trouve exténué, les yeux cernés et mornes, le facies amaigri et cet ensemble de physionomie cholérique qu'il est impossible d'oublier quand on l'a vu une seule fois. La voix est éteinte, *soufflée*, la respiration haute et difficile, l'abdomen affaissé. Le malade ne se plaint encore que de tiraillements dans les mollets, de bruissement dans les oreilles ; la douleur épigastrique n'existe qu'au moment des vomissements. Le pouls est fréquent, à peine perceptible ; la langue est sèche, pâle et ramassée ; la soif ardente, les urines supprimées. A cet ensemble de symptômes un seul fait défaut, le refroidissement ; la peau n'est cependant pas chaude ; quatre heures plus tard, elle n'était que fraîche. Je ne peux examiner les déjections, qu'on n'a pas conservées. — 120 grammes d'une potion antispasmodique additionnée de 25 gouttes de laudanum de Sydenham (par cuillerée à bouche toutes les demi-heures) ; privation de toute boisson ; usage de la glace à l'intérieur ; cataplasmes émollients aux jambes.

Huit heures du matin. — Les prescriptions ont été exécutées avec beaucoup de négligence : ainsi, le malade a bu lorsqu'il voulait boire ; il n'a pris que deux cuillerées de la potion. Tous les symptômes sont exagérés. La cyanose s'est agrandie autour des orbites et est très apparente aux mains, à la partie antérieure du cou ; pouls nul ; déjections alvines et stomacales *rizacées au plus haut degré* ; crampes très douloureuses dans les jambes et les cuisses ; injection sous-conjonctivale, plus prononcée vers l'angle interne, dans les deux yeux.

J'administre deux cuillerées de la potion, et j'insiste sur la nécessité de suivre exactement le reste des prescriptions ; j'ajoute un lavement avec une tête de pavot. Depuis ce moment, rien n'a été négligé.

A onze heures, le facies est déjà plus calme, les vomissements et les selles ont cessé, le pouls est revenu, les crampes sont moins douloureuses et plus rares ; la soif est toujours très vive. Je permets un peu de limonade glacée.

Le 5 février, l'amélioration n'a pas discontinué ; tous les symptômes alarmants ont disparu. Les urines apparaissent trente heures après leur suppression. Le malade se dit très bien ; mais il accuse à l'épigastre une douleur sourde, exagérée par la pression ; léger mouvement fébrile. Je permets de petites quantités de lait que le malade désire ; les vomissements et les selles reparaissent, mais de matières bilieuses ; la douleur épigastrique est plus vive ; la langue est sèche et très rouge ; abattement et fièvre. — Potion avec 30 grammes de sirop diacode ; cataplasmes sur l'abdomen ; eau de veau pour boisson.

Je ne puis détailler minutieusement les hésitations de cette convalescence, dues à l'état subinflammatoire du tube digestif. Ce mode de terminaison est très fréquent dans le choléra asiatique ; on lui a donné, à juste titre, le nom de forme typhoïde. Ici j'en avais tous les caractères, sauf la durée.

Le 8 février, cinq jours après l'invasion, le malade a pu prendre un léger potage.

Je ne veux point ici établir de diagnostic différentiel, ni préconiser l'efficacité du traitement opiacé. Depuis l'apparition en Europe de l'épidémie asiatique, le choléra sporadique a emprunté quelques-uns de ses caractères, si bien que, pour les cas graves de notre endémie, les seuls signes différentiels sont aujourd'hui basés sur la constitution médicale régnante, l'absence (sauf complication) de terminaison fatale, et surtout la prompte efficacité de la médication opiacée (1).

Ce cas est le troisième grave que j'observe depuis la fin de juillet ; mais je pourrais en adjoindre plusieurs d'un degré moindre. Celui-ci me paraît plus insolite, à cause de l'époque tardive où il apparaît ; mais il n'en est pas moins, à mes yeux, de nature sporadique. La constitution médicale trimestrielle qui vient de régner a beaucoup emprunté de ses caractères à la précédente. L'été sec et chaud, l'automne tempéré et humide, l'hiver printannier n'expliquent-ils pas la forme cholérique et ne doivent-ils pas calmer certaines craintes sur ce que ces manifestations morbides pouvaient présenter de fâcheux augure pour un avenir très rapproché ?

Ces réflexions me sont inspirées par le changement subit de la physionomie médicale ; depuis à peine quelques jours que le vent est au nord et le thermomètre rapproché de 0°, la phlegmasie se dessine plus nette, plus franche, et plus rapidement attaquable. Que, pour la santé publique, la tranquillité du médecin, le ciel veuille nous continuer les rigueurs ordinaires à la saison d'hiver !

DEUX OBSERVATIONS DE PELLAGRE.

Par le Dr P. Mérier, directeur-médecin de l'asile d'aliénés de Saint-Dizier, ancien directeur de celui de Blois.

Obs. I. — *Pellagre avec lypémanie suicide. — Mort. — Autopsie.*

Le 9 janvier 1847, Marie-Anne Mar..., 25 ans, entre à l'asile des aliénés de Blois. Cette fille est bien constituée, d'un tempérament lymphatico-sanguin, couturière et habite la campagne, où elle est née et où elle a toujours demeuré (sa mère est morte aliénée à l'asile même, à la suite d'excès prolongés de boisson).

Depuis dix-huit mois environ, les règles sont supprimées, et depuis six mois à peu près la malade est en proie à des idées de suicide avec exaltation religieuse. Elle a fait un pèlerinage pour se guérir, car elle reconnaît qu'elle est malade, mais seulement au physique et non au moral ; elle revint de ce voyage beaucoup plus agitée, préoccupée d'idées de dévotion exagérées et superstitieuses, disant qu'elle est *damnée, possédée*, etc.

Elle répond à peine aux questions ; le regard est fixe, la figure empreinte d'une mélancolie profonde. Elle reste environ quinze jours dans cet état, sans trop d'agitation ; mais bientôt son état s'aggrave : elle refuse les aliments et tout travail, est d'une apathie extrême ; elle ne conserve d'énergie que pour chercher à s'évader ; elle cherche aussi à se procurer des instruments tranchants ou piquants, des morceaux de verre, des fragments de fer, sans doute pour se détruire, comme elle a tenté de le faire plusieurs fois avant son entrée ; elle demande à être seule, à rester dans son lit, se plaignant de douleurs lombaires, de lassitude extrême. — Nouvelle application de sangsues à la vulve pour rappeler les règles ; bains de siége ; tisane de safran.

Février. — Augmentation du désir de la solitude, du désespoir, du refus des aliments et du travail, et de la volonté de sortir de la maison où, dit-elle, on ne pourra la guérir, puisque sa mère y est morte. Bains prolongés avec affusion froide, de six à douze heures de durée. Elle refuse de prendre de l'eau de Sedlitz. Lavement purgatif pour combattre la constipation. Appétit presque nul.

Dès cette époque aussi, on remarque la coloration très prononcée des téguments du front, des joues et de la face dorsale des mains, surtout le soir, lorsqu'elle est au lit.

Depuis déjà assez longtemps la malade maigrit considérablement ; elle a cessé toute espèce de travail, malgré les vives instances qui lui ont été faites ; elle pleure continuellement, reste accroupie des jours entiers dans un coin de la cour et n'a plus d'autre idée que celle de rester en repos. On essaye une dernière application de sangsues à la vulve avec des bains de siége, tisane de safran pendant quatre à cinq jours, mais sans résultat.

Mars. — Dans les premiers jours de mars, elle parvient à s'emparer de ciseaux, se fait une large et profonde incision transversale dans la partie moyenne de la langue ; on s'en aperçoit à temps, et on peut l'arrêter avant qu'elle ait achevé. Elle saigne abondamment, et lorsque je lui demande pourquoi elle a fait cela, elle me répond « qu'il faut bien qu'elle coupe cette langue, puisque ce n'est pas la sienne ; que c'est une langue que le malin esprit lui a apportée et placée dans la bouche. » A dater de ce moment, son état empire de jour en jour ; elle est d'une émaciation extrême et sans forces. Cependant, le 26 mars, après s'être procuré auprès des autres malades un couteau à pointe mousse et arrondie, elle sort comme pour aller aux latrines, et là elle parvient, en sciant plutôt qu'en coupant, à détacher presque entièrement un lambeau de 3 à 4 centimètres de largeur sur 2 de longueur de sa langue ; mais comme on arriva et qu'on la surprit, elle ne put entièrement détacher ce lambeau qui ne tenait plus que par un fil et qu'il fallut réséquer, la suture étant impossible et la malade s'y refusant, et voulant même qu'on ôtât tout ce qui restait de sa langue. On le lui fit croire en effet, et on parvint ainsi à détacher ce lambeau, ce qui parut la satisfaire beaucoup, et depuis cette époque elle ne fit plus aucune tentative de ce genre. Quinze jours environ après, la cicatrisation était opérée ; la prononciation des mots en resta pendant longtemps gênée, mais peu à peu se rétablit assez bien, et au point qu'on n'aurait jamais pu supposer que la langue avait subi une telle déperdition.

Avril. — C'est vers la deuxième quinzaine du mois d'avril que s'est manifestée pour la première fois l'affection nouvelle qui est le point important de cette observation, la *pellagre*. Lors des premières chaleurs de la fin du mois d'avril, je fus très surpris de remarquer une rougeur très prononcée et d'une teinte brune se manifester à la fois sur la face dorsale des deux mains, sur le front, les deux joues et la partie supérieure du sternum. Comme depuis plusieurs jours la malade était restée exposée sans mouvement et sans aucune précaution à l'action des rayons solaires, j'attribuai cette rougeur à des érysipèles produits par l'insolation, et je recommandai de la tenir à l'ombre ; malgré cette précaution, les jours suivants, les plaques rouges s'agrandirent sans dépasser d'une ligne les parties exposées au soleil, et au bout de deux ou trois jours l'épiderme se trouva soulevé par plaques de la largeur de pièces de 40 centimes, de 1 franc, quelques-unes même de 5 francs. En même temps un prurit et une chaleur considérables se déclarèrent, portant sans cesse la malade à gratter et à ouvrir ses vésicules, d'où sortait un liquide séreux, jaunâtre, qui, en s'étendant sur les surfaces rouges, formait des croûtes ; l'épiderme ainsi *soulevé* se détachait par plaques semblables à du parchemin. Mais ce ne fut qu'au bout de huit jours au moins que ces parties d'épiderme se détachèrent ; le dos des mains, la face, le front et les joues se trouvèrent ainsi à peu près recouverts de croûtes séparées par quelques intervalles où il n'y avait que des portions d'épiderme desséchées, et au-dessous de cet épiderme la peau apparaissait avec un aspect rouge très foncé et comme violacé. Ces croûtes furent au moins quinze jours et même trois semaines à se détacher ; mais elles ne l'étaient point encore entièrement que déjà, sous l'épiderme soulevé, apparaissait un nouveau travail d'inflammation qui donnait ainsi naissance à de nouvelles vésicules remplies de sérosité : de sorte qu'il se trouvait à la fois des parties du dos, des mains et de la face sur lesquelles il y avait en même temps des croûtes restant de l'ancienne sérosité répandue, puis de nouvelles vésicules remplies d'une nouvelle quantité de sérosité. Ainsi, la face dorsale des mains et des poignets en totalité, les deux joues et le front, la partie supérieure du sternum, en un mot, toutes les parties de la peau exactement exposées au soleil offraient un aspect hideux et tout à fait inaccoutumé pour moi. Je n'avais jamais observé la pellagre ; mais je soupçonnai, dès ce moment, que j'en avais un exemple sous les yeux. Dès que je fus fixé sur mon diagnostic, je trouvai réunis dans le cas que j'avais sous les yeux tous les symptômes de cette affection, décrite par les auteurs qui l'ont observée ; ainsi, état général, état local, état mental, c'est-à-dire lypémanie profonde avec tendance au suicide, tout y est, rien n'y manque, et le diagnostic ne saurait plus offrir ici la moindre incertitude. J'ai fait voir cette malade à plusieurs de mes confrères de Blois, et le cas leur a paru, comme à moi, de la dernière évidence.

Août. — Aujourd'hui, après quatre mois environ depuis la première manifestation des symptômes locaux, huit à dix fois environ la face dorsale des mains s'est entièrement dépouillée de son épiderme, qui se trouvait de nouveau soulevé par de la sérosité et ensuite détaché aussitôt que la malade retournait au soleil, ce qu'elle faisait sans cesse.

Septembre. — Depuis que les chaleurs sont un peu diminuées, l'état local s'est considérablement amélioré. Plus de rougeurs vives, violacées, pourprées ; plus de vésicules remplies de liquide. L'épiderme se desquame encore par petites portions de 1 ou 2 centimètres au plus. Il n'y a plus ce sentiment de brûlure qui faisait tant souffrir la malade.

La face dorsale des pieds, qui sont constamment restés à l'abri du contact du soleil, attendu que la malade a sans cesse porté des bas, n'a pas été atteinte comme les mains et la face. Cependant, depuis quinze jours, j'ai trouvé la face dorsale, c'est-à-dire le cou-de-pied rugueux, farineux, de couleur brun-foncé ; de très petites écailles d'épidermes en détachement, et plusieurs vésicules s'y sont montrées remplies aussi de sérosité. Je ne doute nullement que si la malade n'eût constamment porté des bas, l'état des pieds eût été exactement le même que celui des mains.

Depuis huit à dix jours, au contraire, la malade, qui a un appétit vorace et porté jusqu'à la plus grande gloutonnerie, est en proie à un dévoiement que rien ne peut arrêter. La maladie mentale a suivi la gradation de l'état physique, et aujourd'hui cette fille est tombée dans l'idiotisme et la stupidité complète. Elle peut à peine se tenir debout et marcher ; sans cesse accroupie ou couchée dans les cours, elle semble ne plus rien comprendre de ce qu'on lui dit, elle paraît avoir cinquante ans, et elle est arrivée à un tel état de détérioration physique, de décrépitude, de dégradation morale et intellectuelle, que les personnes qui l'ont vue il y a cinq ou six mois ne peuvent plus la reconnaître ; elle prétend *être Dieu* aujourd'hui, que nous *sommes tous des diables*, qu'elle a le droit de nous *frapper*, de nous *tutoyer*, de nous

(1) Ces considérations et les règles à suivre dans l'emploi de la médication opiacée ont été le sujet d'articles très importants publiés dans la Gazette médicale par M. le docteur Alphonse Menard, de Lunel (années 1832 et 1848).

corriger; en effet, elle donne souvent des coups de pied à ceux qui s'approchent d'elle, etc.

La malade reste dans cet état jusque vers la fin d'août. Depuis cette époque jusque vers le mois de mai de l'année 1848, son état s'est progressivement amélioré tant au physique qu'au moral, et à dater du moment où l'action du soleil a diminué d'intensité, les symptômes locaux se sont considérablement amendés, et l'état général a semblé s'améliorer en même temps. Ainsi, pendant tous les mois d'hiver de 1847 à 1848, elle a repris un peu d'embonpoint et quelque aptitude au travail. La diarrhée et la voracité ont à peu près entièrement disparu, ainsi que les croûtes qui recouvraient les mains, la figure et le front. L'état mental s'est même un peu amélioré aussi, et sauf la tristesse générale et la stupidité légère qui persistent encore, elle était revenue à un état d'intelligence assez satisfaisant; mais depuis quelques jours, c'est-à-dire depuis le commencement des chaleurs qui ont reparu avec le mois de mai, il y a rechute imminente tant du côté de l'affection locale que du côté des facultés intellectuelles. Ainsi la face dorsale des mains, la partie supérieure du visage, le front, les sourcils sont redevenus érytémateux. L'état mental est également redevenu ce qu'il était l'année dernière. Ainsi donc, à partir de la fin du mois de mai, et pendant tout le cours de l'été de l'année 1848, les mêmes symptômes physiques et moraux se sont successivement déroulés à nos yeux et alternativement reproduits.

A dater du mois de septembre, où les chaleurs ont diminué, tous ces phénomènes locaux ont également diminué d'intensité et ont à peu près disparu, sauf la coloration rouge-brun. A dater de ce moment aussi l'état général s'est de nouveau progressivement amélioré, et la malade, qui avait repris quelque embonpoint, et dont les règles avaient également reparu dans le mois d'octobre, avait recouvré aussi quelque aptitude au travail. Toutefois elle continuait à se plaindre de lassitude, de douleurs lombaires continuelles, et ne cessait de réclamer le séjour du lit. Elle avait recouvré aussi en partie ses sentiments affectifs, car elle avait reçu à plusieurs reprises convenablement et affectueusement ses parents. En un mot, nous conservions à cette époque encore quelque espoir de guérison; ou au moins d'amélioration pour cette malade, lorsque, au moment où nous nous y attendions le moins, elle fut enlevée en quelques heures par des accidents inflammatoires très aigus du côté de l'abdomen, le 31 janvier 1849.

Autopsie 36 *heures après la mort.*

Lividité cadavérique répandue sur un grand nombre de parties du corps, et surtout aux mains et à la partie inférieure du bras, là où l'affection pellagreuse avait laissé des plaques brunes très foncées; à la partie supérieure des cuisses, dans les hypochondres, à la région lombaire, là où quelques heures après le décès s'était manifestée une coloration jaune très intense et semblable à celle de l'ictère. Cette couleur jaune s'était également répandue peu d'heures après le décès sur toutes les régions de la partie supérieure du cadavre. L'aspect général du corps offre un état d'embonpoint assez remarquable. A l'ouverture de la cavité abdominale on trouve une quantité très notable d'un liquide jaunâtre, épais, comme mêlé de pus, et d'une odeur très infecte. Environ un litre et demi de ce liquide existe dans les cavités abdominales et du bassin, mêlé à des fausses membranes, des flocons albumineux bien organisés et qui semblent dus à une péritonite chronique remontant à plusieurs mois sans doute, peut-être même à une année. Il y a en outre une péritonite suraiguë entée sur cette péritonite chronique. L'épiploon est énorme et très développé. Des pelotons graisseux considérables existent dans toute son étendue et, par places, sont recouverts de débris albumineux, de fausses membranes qui paraissent le produit d'une inflammation chronique; mais, par places aussi, on trouve de la rougeur très vive, résultat de l'inflammation aiguë qui a terminé les jours de la malade. Le mésentère est enflammé et rouge, et offre, ainsi que l'épiploon, un épaississement graisseux considérable avec une très grande friabilité. Les intestins grêles offrent des plaques enflammées à leurs surfaces extérieures. L'estomac est à peu près vide et n'offre aucun signe d'inflammation, mais seulement du *ramollissement*, ainsi que le duodénum et la première portion du jéjunum, dont les follicules sont très développés. Cet intestin se déchire par la moindre traction. Rien à noter dans la partie inférieure de l'intestin grêle ni dans le gros intestin. Le pancréas est énorme, et présente une étendue d'environ 25 centimètres sur une circonférence d'au moins autant; il recouvre et masque presque entièrement le duodénum, que l'on a peine à découvrir sous lui, et s'étend jusqu'à la vésicule biliaire. Mais c'est le foie surtout qui offre les lésions les plus considérables et les plus variées : ainsi d'abord volume énorme; il remplit non-seulement l'hypocondre droit en totalité, en refoulant très fortement le poumon, mais il s'étend dans le gauche, en recouvrant en grande partie l'estomac et s'étendant jusqu'à la rate. Sa coloration est jaunâtre en général, mais par places surtout il présente une teinte jaune-foncé très prononcée; à la convexité antérieure, par exemple. La partie supérieure adhère dans toute son étendue avec le diaphragme, avec lequel elle fait partie intégrante, de façon qu'il est impossible de les séparer l'un de l'autre; ils sont liés ensemble par un tissu intermédiaire fortement organisé et qui n'a l'apparence ni du foie lui-même, ni celle du diaphragme. En arrière et sur la convexité postérieure, immédiatement au-dessous de la portion adhérente au diaphragme, existe une large plaque de 11 à 12 centimètres environ d'étendue, d'un aspect brun-noirâtre, et qui laisse deviner que là-dessous doit se trouver une lésion très grave. En effet, après que le foie est détaché et sorti de la cavité abdominale, on trouve que cette plaque s'étend en arrière dans la convexité postérieure dans une étendue de 15 à 18 centimètres environ, et constitue un vaste foyer gangréneux répandant une odeur des plus infectes et s'enfonçant à une profondeur de 6 à 8 centimètres environ dans la substance même du foie, qu'elle a réduite en une bouillie noirâtre. De ce vaste foyer gangréneux partent dans toutes les directions, mais principalement dans le lobe droit, des ramifications gangréneuses qui semblent suivre le trajet des conduits biliaires, et sur lesquels se trouvent de distance en distance quelques petits foyers gangréneux de la grosseur tantôt d'un pois, tantôt d'une aveline, au milieu desquels existent de petits calculs biliaires noirs comme du charbon, d'une consistance suifeuse ou crayeuse, semblables à ceux que nous allons trouver tout à l'heure plus volumineux et en plus grand nombre dans la vésicule même. Dans toute l'épaisseur de la substance du foie, mais surtout dans le lobe droit, les canaux sécréteurs de la bile sont altérés dans leur structure et charrient au lieu de bile un liquide, ou plutôt une sorte de bouillie noirâtre. En suivant ces canaux conducteurs de la bile on arrive au conduit cholédoque et à la vésicule elle-même, qu'on a peine à reconnaître, tant elle est altérée dans sa texture, dans sa forme et dans ses rapports. Cette vésicule est entièrement vide de bile, mais à peu près remplie par vingt à vingt-cinq calculs noirs comme ceux trouvés dans la substance même du foie, et dont le plus gros peut avoir le volume d'une noix. Cette vésicule est tellement déformée, tellement désorganisée, qu'on a peine à la reconnaître, et qu'elle a pu être prise un instant pour une portion d'intestin. Elle offre une forme très allongée (7 à 8 centimètres au moins). Ses parois sont épaissies et comme racornies. Elle présente des bosselures, des loges multiples dans lesquelles sont logés les calculs. Elle se divise en quatre ou cinq grands compartiments; sa consistance est telle qu'on a peine à la déchirer par les plus fortes tractions, et qu'elle crie, pour ainsi dire, sous le scalpel. Le canal cholédoque et le canal cystique offrent eux-mêmes un développement et une résistance analogues à ceux de la vésicule, dont ils ne semblent plus former en quelque sorte que deux compartiments, ce qui fait ressembler, pour ainsi dire, la totalité de l'organe à une poche divisée en trois cavités, dont les parois offrent à peu près l'épaisseur, la densité et l'aspect des parois de la vessie chez les vieillards.

Le diaphragme, indépendamment de l'adhérence dont il a été question, offre une rougeur assez intense, qui se continue dans une portion de la plèvre costale inférieurement. Le reste des plèvres, les poumons eux-mêmes, sauf un peu d'engouement à la partie postérieure, n'offrent rien à noter. Le cœur et ses dépendances n'ont rien d'anormal. Il est très mou et vide de sang. Peu de sérosité dans le péricarde.

Les reins sont très volumineux, flasques, et offrent dans leur texture une altération assez semblable à celle qu'on observe dans la maladie de Bright. La rate est aussi très volumineuse, mais non altérée dans sa texture. Matrice normale; volume, forme, texture et rapport ordinaires. Les ovaires sont beaucoup plus volumineux que dans l'état normal; ils offrent dans leur épaisseur des points noirâtres et une grande friabilité. Ils ont la grosseur d'une figue moyenne et la forme d'un pruneau.

L'ouverture du crâne fait découvrir une assez notable quantité de sérosité sanguine dans la cavité de l'arachnoïde. En détachant la moelle allongée, qui est remarquable par son volume *excessivement petit*, et qui semble comme *atrophiée*, on remarque que du sang s'écoule de la cavité de la moelle. Ce sang s'est probablement introduit dans le canal rachidien, venant de la cavité crânienne. Le canal rachidien n'a pas été ouvert dans toute son étendue, et on n'a pu ainsi vérifier, ce qui est regrettable, si le volume de la moelle allongée, qui ne présentait pas à sa naissance une grosseur beaucoup plus considérable qu'une forte plume d'oie, s'est trouvé en rapport avec cette petitesse extrême dans toute la cavité rachidienne. Rien à noter dans le cerveau et ses dépendances, si ce n'est une injection assez considérable des vaisseaux de l'arachnoïde, qui présentent une rougeur assez intense ne disparaissant pas par le lavage. Le volume du cerveau est petit et ne remplit pas la cavité crânienne. Il n'existe ni épaississement ni adhérence dans aucun point des membranes. En coupant le cerveau par tranches, on remarque un léger piqueté de la substance blanche. Rien autre à noter dans l'intérieur des hémisphères ni dans le cervelet, si ce n'est leur grande mollesse; mais il faut remarquer que l'autopsie n'a été faite que trente-six heures après la mort. Je regrette beaucoup aujourd'hui de n'avoir pas ouvert le canal rachidien dans toute son étendue, afin de constater si le volume de la moelle qui, au-dessous du bulbe, présentait une atrophie remarquable, était aussi petit dans toute son étendue, ce qui expliquerait peut-être la lassitude, la paresse, l'apathie et la répugnance extrême pour les mouvements qu'on avait observées pendant la vie. Cette lacune dans l'autopsie est d'autant plus regrettable pour nous aujourd'hui, qu'une nouvelle observation et une autopsie subséquente nous ont fait découvrir en effet des lésions dans la moelle épinière, et que dès lors nous sommes fortement incliné à considérer la moelle comme le siége à peu près certain des désordres qui existent dans le système nerveux des malades atteints de pellagre. Nous nous promettons bien de porter à l'avenir spécialement notre attention sur ce point dans les nouveaux cas de pellagre qui pourront s'offrir à notre observation.

Nous donnerons dans un prochain numéro la seconde observation et les réflexions qui l'accompagnent.

DES HEURES DE LA NAISSANCE

dans 2,019 cas d'accouchements;

Par M. R.-V. West, d'Alford (Lincolnshire).

« Il est généralement admis, dit M. West, que les accoucheurs ont un nombre plus considérable d'accouchements la nuit que le jour; mais je ne pense pas que jamais personne ait eu l'idée de montrer dans quelle proportion étaient ces accouchements nocturnes. »

Dans cette intention, M. West divise en trois périodes les 24 heures de jour, et en trois séries les faits qu'il a observés.

Les 8 heures de nuit s'étendent de 11 heures du soir à 7 heures du matin. Les accouchements se partagent ainsi :

	1re pér. de 700	2e pér. de 700	3e pér. de 619	Tot. d. 2019
De 11 heures à minuit.	42	33	37	112
De minuit à 1 h. du matin.	25	33	16	64
De 1 à 2 h. du matin.	43	28	28	99
De 2 à 3 h. —	40	37	26	103
De 3 à 4 h. —	30	50	24	104
De 4 à 5 h. —	29	34	25	88
De 5 à 6 h. —	33	37	40	110
De 6 à 7 h. —	33	37	30	100
	275	279	226	780

Les 8 heures de jour vont de 7 heures du matin à 3 heures après midi :

De 7 à 8 h. du matin.	27	31	28	86
De 8 à 9 h. —	29	30	32	91
De 9 à 10 h. —	18	29	33	80
De 10 à 11 h. —	37	29	33	99
De 11 à 12 h. —	31	31	26	88
De 12 à 1 h. après midi.	26	28	21	75
De 1 à 2 h. —	25	26	23	74
De 2 à 3 h. —	26	24	19	69
	219	228	215	662

La troisième période du soir va de 3 heures après midi à 11 heures du soir :

De 3 à 4 h. après midi.	22	25	23	70
De 4 à 5 h. —	25	17	17	59
De 5 à 6 h. —	18	26	12	56
De 6 à 7 h. —	20	20	28	68
De 7 à 8 h. —	30	20	31	81
De 8 à 9 h. —	33	27	22	82
De 9 à 10 h. —	28	28	23	79
De 10 à 11 h. —	30	30	22	82
	206	193	178	577

Les statistiques ci-dessus indiquent les heures de naissance dans les 2019 cas que j'ai observés, et certainement viennent à l'appui de l'opinion populaire sur ce sujet. Dans le but de prouver que les proportions données ne sont pas accidentelles, j'ai divisé le nombre total des cas, ajoute M. West, en trois séries à peu près égales de 700, 700 et 619; et par ce moyen on peut voir que, quoiqu'il y ait quelque différence quand les heures sont prises séparément, cependant le total dans chaque période de huit heures présente une remarquable uniformité. On comprend aisément que ces tables ne donnent qu'une partie de la vérité, car quelques-unes des naissances qui ont eu lieu dans les premières heures de la seconde série des huit heures (heures de jour) ont exigé la présence de l'accoucheur pendant les heures de nuit. Il s'ensuit que les huit heures pendant lesquelles a eu lieu le plus petit nombre de naissances, c'est-à-dire le soir, sont celles qui ont réclamé le moins d'assistance de nuit. (*Association med. journ.*, Londres, 1853.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 2 février 1853. — Présidence de M. Guersant.

PRÉSENTATION DE MALADE.

Exostose du maxillaire inférieur. Ablation de la moitié gauche de la mâchoire. Guérison. — Considérations sur le manuel opératoire.

M. Huguier présente un jeune garçon sur lequel il a pratiqué l'amputation et la désarticulation de la moitié gauche de la mâchoire inférieure. La guérison est actuellement complète. La pièce pathologique démontre qu'il s'agissait d'une exostose.

Dans trois cas déjà, M. Huguier a suivi un procédé opératoire sur lequel il fixe l'attention de la Société.

Il se contente d'une seule incision horizontale qui, partant de la commissure labiale, va jusqu'au-dessous du lobule de l'oreille. Cette incision ainsi faite permet de ménager le nerf facial, et cependant ne rend pas plus difficile la désarticulation. En outre, la difformité reste très peu apparente.

A la suite de cette communication, M. Robert fait observer que, tout en reconnaissant au procédé suivi par M. Huguier l'avantage d'éviter sûrement la lésion du nerf facial, il ne faudrait pas cependant l'adopter en vue de ce seul avantage. La section du nerf facial n'est pas aussi grave qu'on le dit généralement. J'ai, dans plusieurs circonstances, dit M. Robert, vu disparaître, après un temps plus ou moins long, la paralysie qui suit la lésion de ce nerf.

Dans l'opération telle que la pratique M. Huguier, opération à laquelle j'ai assisté, je trouve un inconvénient assez grave, surtout quand, par suite de l'affection de l'os, la mâchoire a acquis un volume considérable.

L'incision se trouvant en effet située assez bas au-dessous de l'articulation, et en outre son extrémité postérieure ne la dépassant pas en arrière, il en résulte de véritables difficultés pour attaquer l'article. Il faut, en effet, quelquefois disséquer le lambeau supérieur dans une assez grande étendue, et l'insuffisance de l'incision, qui s'arrête au niveau de l'article, augmente encore la gêne que l'on éprouve. Il en résulte que, pendant ce temps de l'opération le bistouri agissant peu librement, on court risque de léser des troncs artériels assez importants, et particulièrement la maxillaire interne.

M. Huguier ne reconnaît pas au procédé qu'il a suivi les inconvénients signalés par M. Robert. Dans tous les cas, et quel que soit le procédé, la désarticulation reste difficile. Ce reproche ne saurait être spécial au manuel qu'il a déjà mis en pratique dans plusieurs cas; et quant aux dangers relatifs à la lésion d'artères, et surtout de l'artère maxillaire, ils n'existent pas, puisque l'articulation est attaquée par sa face antérieure.

Cette opération s'exécute sur le cadavre avec une merveilleuse facilité.

Correspondance.

M. Blot adresse une demande pour être nommé membre titulaire de la Société.

M. Denonvilliers fait hommage à la Société d'un exemplaire du *Compendium de chirurgie.*

M. Broca fait don à la Société du *Journal de médecine en* 36 *volumes.*

M. Larrey fait hommage à la Société, de la part de M. le professeur Erhmann (de Strasbourg), de deux ouvrages in-folio, avec planches, du *Musée d'anatomie de la Faculté de Strasbourg.* La première de ces monographies a pour titre : *Histoire des polypes du larynx*, et la seconde est une *Description de deux fœtus monstres, dont l'un acéphale et l'autre monopode.*

Une commission composée de MM. Denonvilliers, Larrey et Giraldès fera un rapport sur les ouvrages de M. Erhmann et sur sa candidature au titre de membre correspondant.

Anatomie pathologique.

M. Broca a examiné au microscope la pièce pathologique présentée par M. Guersant dans la dernière séance.

La tumeur, prostatique et vésicale, était tout entière formée de tissu fibro-plastique. Du reste, à l'œil nu, la nature de l'affection pouvait être diagnostiquée. On ne pouvait faire sourdre par la pression aucune trace d'ichor cancéreux.

M. Guersant fait observer qu'il ne s'était pas prononcé sur la nature de la maladie.

Lecture.

M. Serres (d'Alais) donne lecture d'un travail intitulé : *Recherches sur le phosphène, ou anneaux de la rétine considérés dans leurs rapports avec la physiologie et la pathologie de la rétine.* (Commission : MM. Lenoir, Robert et Debout, rapporteur.)

Réclamation à propos du procès-verbal imprimé de la séance du 6 janvier.

M. Forget demande la parole pour réclamer au sujet de quelques expressions qui lui ont paru blessantes dans la réponse que M. Lebert lui a faite dans la discussion sur les tumeurs fibro-plastiques. Il se plaint surtout de ne pas retrouver avec exactitude le discours tel qu'il a été prononcé dans le sein de la Société.

M. Lebert répond à cette réclamation que tout en maintenant le fond scientifique de ses objections, il n'a pas eu l'intention de blesser les susceptibilités de M. Forget.

Le vice-secrétaire, E. Laborie.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 13 décembre 1852. — Présidence de M. Guersant.

Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

Candidature.

M. le docteur Duvivier fils adresse un travail manuscrit et demande

à faire partie de la Société. Cette demande est présentée par MM. Foucart et Magne. (Rapporteurs, MM. Duhamel et L. Boyer.)

Heureux effets des applications de glace à la suite des opérations de cataracte.

A l'occasion du procès-verbal, M. Coursserant demande à M. Magne si les cinq opérations de cataracte dont il a parlé dans la dernière séance ont été pratiquées dans le même mois, et s'étonne de voir des guérisons aussi complètes. Si les succès de M. Magne se confirment, M. Coursserant considérera l'abaissement comme préférable à l'extraction.

M. Magne. J'ai pratiqué les cinq opérations dont j'ai entretenu la Société dans l'espace de six semaines environ, assisté de nos honorables confrères MM. Boulu, Duvivier fils et Lequesne. Je désire qu'il soit bien constaté que je n'ai pas parlé du *succès de ces opérations*, mais bien de l'absence d'inflammation.

Convaincu que l'opération de la cataracte échoue souvent par suite de l'inflammation consécutive, c'est cette inflammation que j'ai voulu combattre à l'aide de la glace; et sur cinq opérés, cinq fois les symptômes inflammatoires ont manqué. Je ne prétends pas tirer de ces heureux résultats des conclusions générales, j'attendrai que les faits soient plus nombreux; mais j'ai été d'autant plus heureux de pouvoir faire cette communication à mes confrères, que le principal grief des non-partisans de l'abaissement consiste surtout dans la longue inflammation qu'elle entraîne parfois à sa suite.

Puisque j'ai été ramené sur le terrain de la glace, je ne crois pas inutile de dire comment je l'emploie. Aussitôt l'opération terminée et l'appareil appliqué comme à l'ordinaire, je renferme dans de la baudruche un fragment de glace de la grosseur d'un petit œuf de poule. Ce sac est alors fixé sur le bandeau de manière que la glace appuie plutôt sur l'arcade sourcilière que sur le globe de l'œil; un autre sac de baudruche, renfermant un fragment pareil, est immédiatement disposé et placé au milieu d'autres gros morceaux de glace. Dès que le fragment de glace placé sur l'œil opéré est arrivé à la grosseur d'une amande, il est remplacé par l'autre sac, et ainsi de suite pendant les trois premiers jours qui suivent l'opération.

M. Perthus demande pourquoi M. Magne a choisi la baudruche.

M. Magne. Parce qu'il faut une grande quantité de glace, et que celle-ci employée à nu finirait, en fondant, par inonder le malade. Quant à la vessie de porc, j'y ai renoncé; elle gonfle rapidement et sent très mauvais. La baudruche n'offre pas ces inconvénients.

M. Guersant dit que depuis longtemps M. Chassaignac et lui emploient la baudruche quand il s'agit d'application de glace.

M. Magne. Je crois devoir ajouter que, malgré la glace, je fais toujours, à l'exemple de Sanson, pratiquer une saignée de précaution; mais c'est la glace qui joue le principal rôle, car malgré la saignée j'ai eu souvent à combattre de sérieuses inflammations de l'iris, alors que je n'employais pas la glace.

M. Duhamel. A cette occasion, je dirai à M. Coursserant que j'ai fait opérer par abaissement deux malades, et avec succès; mais, pendant plusieurs jours, les yeux ont été recouverts d'eau glacée; une saignée a été pratiquée; le succès gît surtout dans les soins consécutifs; il ne suffit pas de bien opérer, il faut ensuite savoir bien diriger le malade. J'en connais un qui a perdu les deux yeux par négligence, un autre pour avoir voulu manger comme en pleine santé; on ne saurait trop insister sur l'emploi rigoureux des antiphlogistiques.

M. Guersant. M. Magne, en effet, n'a pas dit qu'il eût guéri cinq malades, il a dit que dans cinq cas où il avait employé la glace il n'avait eu à constater aucune trace d'inflammation, ce qui est déjà beaucoup; mais cinq cas ne suffisent pas pour se prononcer, il faudra voir et renouveler les essais encourageants de M. Magne; mais, je le répète, pour pouvoir se prononcer sûrement il faut des faits par centaines.

M. Coursserant. Je suis désolé de n'être pas de l'avis de M. Guersant; je ne demanderai pas à cent faits la vérité; dix ou quinze cas bien observés avec de bons résultats, et je me trouverai suffisamment édifié. Certainement M. Magne n'a pas voulu établir de parallèle entre l'abaissement et l'extraction, mais le praticien qui a opéré les deux malades dont a parlé M. Duhamel doit ses plus heureux succès à l'extraction. Il y a dans les hôpitaux des chirurgiens qui s'élèvent contre l'extraction et qui ne la pratiquent pas. Il en était ainsi à la Charité, quand un jeune chirurgien arriva qui obtint 17 succès sur 20 cas d'extraction. Cependant, si la série des opérés de M. Magne continue à être heureuse, s'il obtient 17 guérisons sur 20, je deviendrai partisan de l'abaissement.

M. Magne. M. Coursserant me met dans la nécessité de redire qu'il n'a pas été question de succès dans la communication que j'ai faite à la Société; mais bien de l'absence de phénomènes inflammatoires. Quant aux dix faits bien observés, j'avoue que je ne m'en contenterais pas pour me former une opinion; du reste, je ne puis que répéter ce que nous avons déjà dit ici plusieurs fois; les chiffres ne peuvent avoir aucune valeur quand ils se rapportent à des éléments qui ne sont en aucune façon assimilables.

M. Guersant. On a essayé de comparer les résultats de l'abaissement et ceux de l'extraction; il en est résulté qu'on obtient des succès à l'aide des deux méthodes. La grande affaire consiste à choisir une époque convenable, à préparer son malade, en un mot à être médecin avant d'être chirurgien. D'ailleurs, souvent en fait de statistique, on ne donne que les succès et on masque les insuccès; c'est ainsi que cela s'est passé pour l'extraction de l'astragale; on a dit, voilà de beaux résultats, mais on aurait dû dire combien il y avait de ces résultats sur 100.

M. Boyer. MM. Guersant et Magne vous ont présenté des arguments que je me proposais de faire valoir et que je ne reproduirai pas. Je suis aussi d'avis qu'une statistique est impossible. M. Coursserant s'étonne que des chirurgiens blâment l'extraction et ne la pratiquent pas; mais il faudrait s'étonner au contraire qu'ils la pratiquassent. En tout cas, ce n'est pas la question dont il s'agit; M. Magne n'a pas cherché à établir de parallèle, il nous a communiqué des faits que je considère comme très intéressants et très précieux, car que l'on enlève ou que l'on déplace la cataracte, l'on a à redouter le traumatisme; c'est donc un des éléments d'insuccès que M. Magne retrancherait des suites opératoires. Mais ce n'est pas tout, il y a l'exécution de la manœuvre avec plus ou moins de chances, plus ou moins d'habileté; généralement, l'opération n'est pas régulière, mais tâtonnée; sous ce rapport, je crois que le procédé que j'ai proposé est encore le plus convenable.

M. Coursserant pense que quand l'abaissement ne réussit pas, c'est qu'il y a eu inflammation plus ou moins intense.

De l'affection scrofuleuse.

M. Carron présente un malade scrofuleux chez lequel il a employé, avec le plus grand succès l'acide chlorhydrique.

M. Bossu demande si au lieu d'un mélange de vin blanc et d'acide hydrochlorique qu'emploie M. Carron, le vin acidulé ne produirait pas le même effet.

M. Carron. Je considère l'état scrofuleux comme tenant à un défaut d'assimilation. Toutes les fois que j'ai employé l'acide hydrochlorique, quel que fût le véhicule, j'ai rétabli les fonctions et l'assimilation s'est mieux faite.

M. Guersant. Le malade de M. Carron est mal choisi pour prouver en faveur du moyen qu'il préconise. Ce malade, en effet, est à l'âge de puberté, il était scrofuleux depuis treize ou quatorze ans, il se trouvait pour ainsi dire à la veille de guérir.

M. Carron. J'ai employé, au mois d'avril dernier, l'acide chlorhydrique chez un jeune enfant scrofuleux, dont le ventre contenait plusieurs litres de liquide, en quinze jours l'hydropisie a disparu, et les digestions sont redevenues normales.

M. Guersant considère cette observation comme plus concluante.

Des crèches.

M. Guersant. La question des crèches est à l'ordre du jour, on s'en occupe dans les journaux et dans les régions administratives; il serait bon que toutes les sociétés médicales donnassent à ce sujet leur opinion. Je vais aujourd'hui vous dire quelques mots sur les avantages des crèches, à la prochaine séance la discussion pourra s'établir et chacun de vous aura eu un mois pour s'éclairer.

Je considère l'établissement des crèches comme utile aux parents et aux enfants.

Utile aux parents : Ceux, en effet, qui mettent leur enfant à la crèche ne sont pas heureux. Le mari ne peut suffire aux besoins de la nourrice et de l'enfant. Mais si le père et la mère travaillent, nécessairement l'alimentation est meilleure et la mère appelée à nourrir aura de meilleur lait. Dans un ménage d'ouvriers, où il y a d'autres enfants, frères ou sœurs aînés, ces enfants qui commencent à travailler seraient obligés de rester à la maison pour garder le nouveau-né; leur travail n'est donc plus suspendu et ceux-là aussi sont mieux nourris.

Utile à l'enfant : A la crèche, en effet, la mère donne à teter à des heures réglées et l'enfant digère mieux. Le lait aussi est meilleur par suite de l'exercice de la mère. Dans le ménage, on vit pêle-mêle, parfois avec des chiens et des chats; l'air est fétide. A la crèche, il est sain ou peut le devenir; il existe toujours une cour, une terrasse ou un jardin. La mère a peu de linge et pas de feu pour le sécher; à la crèche le linge et le feu ne manquent pas. Les enfants y ont des potages proportionnés à leur âge; ils sont visités par des médecins qui, à l'aide de soins hygiéniques, s'opposent à certaines maladies ou les reconnaissent au début, ce qui n'aurait pas lieu dans la maison maternelle. Chacun sait combien sont fréquentes chez les enfants d'ouvriers les fractures, les luxations, les blessures, les brûlures, les chutes par la fenêtre; ces accidents sont excessivement rares dans les crèches, eu égard à la surveillance : donc les crèches sont des établissements utiles aux enfants et aux parents.

Le secrétaire annuel de la Société, Al. Magne.

— Dans la séance du 9 décembre la Société a procédé au renouvellement de son bureau.

Ont été nommés :
Président : M. Paul Dubois.
Vice-Présidents : MM. Terrier et Duhamel.
Secrétaire général : M. Foucart.
Secrétaire annuel : M. Bossu.
Vice-secrétaire : M. Carron.

Le secrétaire général : A. Foucart.

CORRESPONDANCE.

A M. le Rédacteur de la Gazette des Hôpitaux.

Paris, 10 février 1853.

Mon cher et très honoré confrère,

Permettez-moi, en vous remerciant des termes dans lesquels vous avez bien voulu rendre compte de ma communication à l'Académie, de vous demander une petite rectification. Vous me faites dire que je nie formellement que les eaux de Vichy produisent de l'amaigrissement. Ceci n'est pas parfaitement exact : ce que j'ai contesté, c'est que les eaux de Vichy amaigrissent en convertissant la graisse en un savon soluble.

Voulez-vous me permettre à ce sujet quelques explications qui ne seront peut-être pas dénuées de tout intérêt pour vos lecteurs ?

On m'a très souvent demandé s'il était vrai que les eaux de Vichy amaigrissent. Voici ce qui se passe sous ce rapport :

Parmi les malades qui suivent le traitement thermal de Vichy, il y en a qui engraissent et il y en a qui maigrissent. Je m'en suis assuré par la balance, comme vous le recommandez, non pas dans une suite d'observations régulières, mais dans plusieurs cas isolés, que l'on pouvait gagner ou perdre de 1 à 2 kilog. dans l'espace de 25 à 30 jours, durée ordinaire d'un traitement.

Les malades qui engraissent sont ceux dont les digestions se rétablissent à Vichy permettent à la nutrition de s'accomplir d'une manière plus complète et plus régulière, et par suite augmentent la somme des produits assimilés.

Il m'a semblé que ceux qui maigrissaient étaient surtout ces individus chargés de graisse chez qui l'embonpoint paraît plutôt le résultat d'une direction vicieuse des phénomènes de la nutrition que d'une bonne et complète assimilation. Est-ce par une saponification de la graisse dont nos organes sont enveloppés que se produit ce résultat, ou seulement par un accomplissement meilleur et plus régulier de la nutrition, depuis son premier terme, la digestion, jusqu'au dernier, l'assimilation définitive? La première hypothèse aurait au moins besoin pour être acceptée de quelque chose de plus qu'une simple assertion.

Ce que j'ai formellement nié, c'est que le traitement thermal de Vichy affaiblisse les personnes qui en font usage, sans parler de cette singulière idée que cet affaiblissement serait le résultat de la dissolution de la fibre musculaire.

Il est d'une notoriété vulgaire que les malades reviennent, en général, de Vichy plus forts qu'ils n'y étaient allés. Et chez ceux surtout qui arrivent, et le nombre en est grand, dans un état de débilitation prononcé, l'accroissement de leurs forces peut se mesurer presque aussi nettement qu'avec le dynamomètre par le degré d'exercice, de marche, de fatigue qu'ils peuvent subir chaque jour.

Cependant nous ne pensons nullement que les eaux de Vichy représentent un *tonique* direct, comme le quinquina, le vin généreux, le fer même, qui ne joue qu'un rôle accessoire dans ce traitement. Il est probable que le traitement thermal tonifie surtout, comme l'exercice lui-même, en augmentant l'appétit, en améliorant les digestions, la nutrition par suite, en développant enfin l'activité des diverses fonctions dont le régulier accomplissement et l'équilibre représentent le mieux possible l'état de santé. C'est dans ce sens surtout qu'il nous paraît exact de considérer les effets toniques des eaux de Vichy.

Mais ce que l'on prend quelquefois pour de l'affaiblissement, c'est un état de fatigue, parfois considérable, que détermine ce traitement, les bains, les douches surtout, et qui, pour quelques individus, le rend difficile à supporter, entrave l'action musculaire, sans que pour cela les résultats définitifs du traitement en doivent toujours être compromis.

Agréez, etc.

Max. Durand-Fardel,
Médecin inspecteur des sources d'Hauterive, à Vichy.

Liste des souscriptions déjà recueillies pour offrir une médaille à M. Orfila.

Les souscriptions dont nous avons déjà publié les listes se montaient à. . . . . 890 fr.

Les souscriptions recueillies au secrétariat de la Faculté et dans divers journaux s'élèvent à. 1,399

A cette somme il faut ajouter les souscriptions nouvelles qui suivent :

MM. Axenfeld, interne.	5
Bally, membre de l'Académie.	30
Denis, médecin en chef du dispensaire de salubrité.	25
Docteur Junien.	5
Le Doussaint, à Bruxelles.	1
Hutin, médecin en chef de l'hôtel des Invalides.	5
Faure, médecin principal à l'hôtel des Invalides.	5
Langlois, pharmacien en chef à l'hôtel des Invalides.	5
Peyre, médecin-major à l'hôtel des Invalides.	3
Périer, médecin-major à l'hôtel des Invalides.	3
Vincent, médecin aide-major à l'hôtel des Invalides.	2
Dupuis, pharmacien aide-major à l'hôtel des Invalides.	2
Morin, chirurgien sous-aide à l'hôtel des Invalides.	1
Letertre-Vallier, *id.* à l'hôtel des Invalides.	1
Herveleu, *id.* à l'hôtel des Invalides.	1
Ving, *id.* à l'hôtel des Invalides.	1
Charlon, *id.* à l'hôtel des Invalides.	1
Cavaroz, *id.* à l'hôtel des Invalides.	1
Sistach, *id.* à l'hôtel des Invalides.	1
Dammien, *id.* à l'hôtel des Invalides.	1
Duprat, *id.* à l'hôtel des Invalides.	1
Blad, *id.* à l'hôtel des Invalides.	1
Total.	2,390

Au moment de mettre sous presse, nous recevons de nouveaux renseignements qui élèvent le chiffre de la souscription à 3,700 francs environ.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

La Société centrale de médecine du département du Nord, poursuivant le but qu'elle s'est proposé dès sa création de favoriser les progrès des sciences médicales, a décidé, dans sa séance du 22 janvier 1853, qu'elle décernerait, le dernier dimanche d'août de la même année, les récompenses suivantes aux auteurs des meilleurs mémoires sur les questions suivantes :

1° (Médecine). Faire l'histoire de l'angine de poitrine et établir son traitement sur des faits bien authentiques.

Le prix sera une médaille d'or de la valeur de 100 francs.

2° (Chimie et Pharmacie). Rechercher, au moyen de l'analyse chimique, quelle est la partie des plantes nartico-âcres, *jusquiame, belladone, stramonium, ciguë* (*conium maculatum*), *aconit, tabac*, qui contient à poids égal, abstraction faite de l'eau de végétation, la plus grande quantité de l'alcaloïde auquel chacune d'elles doit ses propriétés médicales caractéristiques.

Déterminer l'époque à laquelle ces parties atteignent leur maximum de richesse;

Si la dessiccation apporte quelques modifications dans la composition, et par suite dans les propriétés de la plante fraîche;

Quelle est la préparation pharmaceutique qui contient et conserve dans le plus grand état d'intégrité et en plus grande quantité sous le moindre volume les principes actifs du végétal.

Les concurrents devront faire connaître l'ordre et la méthode suivis dans leurs recherches, ainsi que les procédés d'analyse employés. Le prix sera également une médaille d'or de la valeur de 100 francs.

3° (Chirurgie). Parallèle entre les différents modes de traitement des fractures du fémur.

Le prix sera une médaille d'argent.

4° (Hygiène). Faire connaître les maladies qui affectent le plus généralement les ouvriers des campagnes pendant ou après les travaux de la moisson; indiquer les moyens de les prévenir.

Prix : médaille d'argent.

5° (Médecine vétérinaire). Rechercher les meilleurs moyens de connaître, de prévenir ou de guérir l'épizootie de pleuro-pneumonie qui règne depuis un grand nombre d'années sur l'espèce bovine dans le nord de la France.

Prix : médaille d'argent.

Enfin, la Société accordera une récompense aux auteurs des meilleures observations de clinique médicale ou chirurgicale recueillies en 1853 dans les hôpitaux ou hospices civils et militaires de Lille.

Les mémoires, écrits très lisiblement en latin ou en français, doivent être adressés (*franco*), dans le formes académiques, à M. le docteur Pilat, secrétaire général de la Société, rue de l'Hôpital-Militaire, 54, à Lille, avant le 1er août 1853.

— *Hospice civil de Seclin.* — Avis de la commission administrative : L'emploi de médecin en chef de l'hospice de Seclin est actuellement vacant. Le traitement annuel est de 1,200 francs. Le titulaire doit être reçu docteur, et il est chargé, dans le service, des opérations chirurgicales.

La population de la ville, chef-lieu de canton, est de 35,000 habitants. Le canton est complétement dépourvu de docteurs.

Les demandes doivent être adressées à M. le maire de Seclin, président de la commission administrative. Duriez.

Le Gérant.
Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 20. — JEUDI 17 FÉVRIER 1853. (26e ANNÉE.) N° 20. — JEUDI 17 FÉVRIER 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse. — Trois mois. . . 8 fr. 50 c. Six mois. . . . 16 » Un an. . . . . 30 »

Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies. — Trois mois. . . . . . 9 fr. Six mois. . . . . . . 17 Un an. 33

Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar. — Trois mois. . . . . 10 fr. Six mois. . . . . . . 20 Un an. 38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

Paris, le 16 février 1853.

Séances des Académies.

Nous ne reproduirons pas à l'adresse de l'Académie la menace du poëte au *grand roi*, dont les lieutenants ne cessaient pas de vaincre ; et pourtant nous aurions presque le droit de nous plaindre, tant la docte assemblée nous a taillé de besogne dans sa dernière séance. Un *événement*, deux rapports très étendus (trois en comptant celui qui a été lu en comité secret), une discussion, deux communications, dont l'une offre un haut intérêt chirurgical, sans compter deux longues lettres ; c'est beaucoup pour une fois. Mais quoi ! a-t-on jamais vu le laboureur gémir de l'abondance de la moisson? Ici le proverbe fléchit, et l'excès n'est pas un défaut. Heureuse, en tout cas, la compagnie qui s'attire un tel reproche !

L'événement de la séance, c'est la nomination de M. Conneau en qualité d'associé libre. Cette nomination a eu lieu en comité prétendu secret, après la lecture d'un rapport de M. le secrétaire perpétuel, rapport que nous pourrions reproduire ici intégralement en recousant les indiscrétions de la coulisse. L'Académie voulait honorer le premier médecin de l'Empereur et se l'attacher; mais son embarras était grand. Nul, en effet, d'après le nouveau règlement comme d'après l'ancien, ne peut être admis dans l'Académie, à quelque titre que ce soit, s'il n'en a fait la demande expresse; et en outre, toute élection doit avoir lieu sur une liste portant au moins trois noms. Or, pour que la présente nomination eût un éclat tout particulier, il fallait qu'un seul nom fût proclamé, et qu'il le fût sans demande préalable. Double difficulté! Mais ce n'est pas pour rien que le savant et disert M. Dubois (d'Amiens) cumule les instruments d'optique. Tandis que le conseil s'acharnait à défaire le nouveau nœud gordien, le secrétaire perpétuel avait dans sa poche les ciseaux qui devaient le trancher (le nœud, bien entendu). Parlons sans Phébus. M. Dubois, en compulsant l'histoire de l'Académie, a trouvé qu'en 1823, sur le rapport de Béclard, trois nominations avaient été faites par acclamation, sans demande préalable de la part des élus, qui n'étaient autres que MM. de Corbière, ministre de l'intérieur, le baron de Capelle, secrétaire général du ministère de l'intérieur, et de Chabrol, préfet du département de la Seine. Notez que pour ces trois noms, mis à part sur un nombre considérable d'autres noms fort distingués présentés aux suffrages académiques, l'acclamation avait été proposée par le rapporteur. Voilà ce que M. Dubois a appris à l'Académie dans ce style carré qui lui appartient, et qui n'exclut pas, quand la circonstance s'y prête, les ornements et l'élévation. Ce précédent a levé toutes les difficultés, et M. Conneau, qui avait accepté avec reconnaissance l'ouverture qu'on avait dû lui faire à ce sujet, a été nommé par acclamation.

M. Conneau n'a pas de bagage scientifique, mais il a une grande rectitude d'esprit et un savoir étendu ; de plus, il est sincèrement attaché à la profession. L'Académie le trouverait au besoin. Elle l'aurait trouvé aussi bien sans lui avoir fait politesse; mais ce n'était point précisément une raison pour ne pas l'admettre dans ses rangs.

Le rapport de M. Depaul, dont nous avons parlé dans notre dernier article, a pour objet un travail de M. Maslieurat-Lagémard, résumant dix années de pratique obstétricale et comprenant *neuf* séries de faits. Nous ne pouvons suivre le consciencieux rapporteur dans l'analyse substantielle et l'examen sagace de tant d'observations, dont nous ne relèverons que les plus intéressantes :

1° Celle d'une femme chez laquelle de nombreux accouchements prématurés, presque tous suivis de la naissance d'enfants morts, ont paru devoir être rapportés à une vive démangeaison qui à chaque grossesse se développait sur la presque totalité de la peau, notamment à l'abdomen;

2° Celle d'une autre femme chez laquelle l'administration du seigle ergoté fut suivie de la rupture de l'utérus et du passage de l'enfant dans la cavité péritonéale, accident qui occasionna la mort en peu d'heures;

3° Celle d'une troisième femme qui avait accouché naturellement une première fois, et chez laquelle, au terme d'une seconde grossesse, on fut obligé de pratiquer la symphyséotomie, suivie, en moins de quinze jours, du rétablissement complet de l'opérée, malgré la production d'un œdème de l'un des membres abdominaux, par l'effet sans doute d'une phlébite oblitérante;

4° Enfin celle d'une malheureuse qui avait accouché naturellement plusieurs fois, et chez laquelle, à une dernière couche, trois médecins, prenant la tête de l'enfant pour une tumeur osseuse du bassin, voulurent pratiquer l'opération césarienne, malgré M. Maslieurat, qui, placé dans la situation la plus difficile et la plus pénible, fut forcé de terminer l'opération contre laquelle il s'était élevé de toutes ses forces, le courage ayant manqué tout à coup à celui des trois médecins qui tenait le bistouri, dès que les parois abdominales eurent été divisées. La femme guérit.

C'est la sixième opération césarienne pratiquée dans le département de la Creuse depuis 1843, et le sixième succès! Frappé de ces résultats merveilleux, qui se répètent généralement à la suite des autres opérations dans les localités où il exerce, l'auteur les attribue aux conditions hygiéniques favorables au milieu desquelles se trouvent les malades des campagnes, et il voudrait que, pour l'opération césarienne en particulier, ces conditions fussent acquises plusieurs mois à l'avance aux femmes des grands centres de population condamnées à la subir.

M. Depaul a demandé pour M. Maslieurat, qui a été l'un des meilleurs internes des hôpitaux de Paris, le titre de membre correspondant, et nous avouons notre surprise qu'un médecin aussi distingué n'ait pas encore obtenu cet honneur.

La discussion du rapport a été renvoyée à la prochaine séance. Il fallait céder la place à M. Bouchardat, dont le zèle ne se lasse pas, pour un rapport officiel sur une demande adressée par M. Aubergier au ministre de l'intérieur et transmise à l'Académie. On n'a pas bien compris l'objet de cette demande, et le rapporteur sera obligé, à la prochaine séance (car la discussion a été remise aussi), de l'exposer d'une manière précise. Ce n'est point sa faute si l'on n'a pas bien compris, c'est celle du sujet, qui est à moitié administratif.

Voilà donc deux discussions pour la prochaine séance. Heureusement on peut être court quand on a eu le temps de la réflexion. Les candidats à la place vacante n'ont pas été tous entendus, et c'est justice qu'ils le soient.

Nous ne ferons que mentionner aujourd'hui la communication de M. Huguier relative à un procédé particulier pour la résection de la mâchoire inférieure. Nous reviendrons sur ce sujet dans la prochaine *Revue*, à l'occasion d'une opération semblable que M. Nélaton doit pratiquer prochainement.

M. Souplet (de l'Aube), dentiste, a montré une jeune personne dont l'arcade dentaire supérieure avance considérablement, disposition gênante et disgracieuse qu'il prétend corriger dans l'espace d'environ deux mois au moyen d'un appareil de son invention.

Des deux lettres dont nous avons parlé, l'une, de MM. Vernois et Alfred Becquerel, relève assez vivement la réclamation de priorité adressée dans la dernière séance par M. Poggiale; l'autre, de M. Petit, est un examen critique de la lecture de M. Durand-Fardel : elle n'est pas sans intérêt pratique, et nous la publions en entier.

La séance de l'Académie des sciences a été remplie par la lecture d'une note de M. Marshall-Hall, dans laquelle sont exposés les résultats de ses expériences sur les chiens avec l'acétate de strychnine. Les conclusions, que nous publions, suffisent pour donner une idée de la valeur de cette note.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. Nélaton.

Hématocèle spontanée.

Les observations d'hématocèle spontanée sont très rares; nous croyons à ce titre devoir rapporter le fait suivant, qui s'est présenté dans le service de M. Nélaton.

Un jeune homme de dix-huit ans porte dans la bourse gauche une tumeur du volume d'un œuf de poule, située en arrière du cordon spermatique, qu'elle repousse en avant ainsi que le testicule. En palpant celui-ci, on peut constater que l'épididyme regarde en arrière. Cette disposition, dit M. Nélaton, n'est pas celle qu'on observe habituellement dans l'hydrocèle enkystée du cordon.

Ordinairement la tumeur descend au-devant du cordon, et, quand elle a acquis un certain volume, elle vient appuyer sur le cul-de-sac qui sépare le testicule de la partie inférieure du cordon, repousse le testicule en avant en lui imprimant un mouvement de bascule qui porte l'épididyme en arrière; quelquefois le testicule est porté en arrière en totalité. Lorsque par anomalie le cordon est placé en avant, l'épididyme se trouve dans le même sens; la disposition de ces parties fait donc exception à la règle chez notre malade.

Par le palper, on reconnaît une fluctuation évidente.

En regardant à contre-jour, malgré l'examen le plus minutieux, il est impossible de constater la moindre transparence.

Si, saisissant la tumeur entre deux doigts, on exerce une pression suffisante pour faire refluer le liquide et amener au contact les parois opposées, on peut constater que ces parois ont acquis une épaisseur assez considérable, bien suffisante pour expliquer le défaut de transparence.

Aucune trace de violence extérieure n'est visible au voisinage de cette tumeur; aucune lésion antérieure ne peut l'expliquer; d'un autre côté, si l'on considère que les hématocèles spontanées sont excessivement rares, que le défaut de transparence de la tumeur peut très bien être attribué à l'épaisseur considérable des parois, l'existence d'une hydrocèle enkystée devra se présenter plus naturellement à l'esprit.

La ponction, faite séance tenante, a donné issue à 50 à 60 grammes environ de sang vermeil. L'injection iodée a été pratiquée comme pour les tumeurs séreuses, et quinze jours après le malade sortait guéri.

HOPITAL DE BRUGES (Belgique).

Extirpation d'une tumeur énorme située à l'avant-bras droit.

Par M. Verté.

La nommée Colette Van Eslander de Cortemarck, âgée de 43 ans, couturière, d'une constitution bonne, d'une stature moyenne et constamment bien réglée, entra à l'hôpital de Bruges le 14 avril dernier, ayant une tumeur volumineuse située à la partie interne de l'avant-bras droit et occupant les trois quarts supérieurs de ce membre.

Interrogée sur la cause et la marche de cette maladie, la malade nous dit que la tumeur s'était développée lentement à la suite d'un effort qu'elle s'était donné en voulant soulever un fardeau, et que le début de son mal datait de sept ans. D'abord Colette ne fit pas grande attention à son accident, qui ne lui causait pas une douleur bien vive et qui ne lui faisait apercevoir au toucher qu'une petite glande située vers l'insertion du tendon du biceps brachial au radius. Elle continua dans cette position à vaquer à ses occupations habituelles pendant cinq ans.

Vers ce temps la malade vit que la tumeur prenait un développement très rapide; elle était déjà parvenue à la grosseur du poing, et c'est alors seulement que cette femme conçut quelque inquiétude sur son mal et qu'elle se décida enfin à consulter les hommes de l'art. Après avoir subi différents traitements et suivi durant deux ans les conseils d'un grand nombre de praticiens sans aucun succès, la tumeur continuant d'ailleurs à se développer très rapidement, la malade se résolut à entrer à l'hôpital, où nous l'avons trouvée dans les circonstances suivantes :

Une tumeur énorme occupe l'avant-bras droit et s'étend depuis le pli du bras jusqu'à trois travers de doigt au-dessus du poignet d'une part, et à toute la face interne de l'avant-bras, depuis le bord externe du radius jusqu'au bord interne du cubitus d'autre part. Cette large base, par laquelle la tumeur est fixée à l'avant-bras, ne donne qu'une idée très inexacte de la véritable grandeur de la tumeur, car celle-ci s'épanouit à mesure qu'elle s'éloigne de son

point d'attache, et paraît ainsi figurer en quelque sorte une tumeur pédiculée. La mesure, prise dans la longueur, donne 36 centimètres, tandis que la circonférence de la tumeur, prise du bord externe du radius jusqu'au bord interne du cubitus, donne une étendue de 43 centimètres.

La surface de la tumeur est inégale, bosselée, résistante sans être dure; elle fait seulement sentir une fluctuation dans deux endroits, endroits où la tumeur offre un grand relief ou deux bosses diamétralement opposées l'une à l'autre.

Des veines nombreuses, bleuâtres, parcourent la tumeur en différents sens. Mais il y en a une surtout qui offre un développement extraordinaire; elle prend ses racines vers le poignet, serpente sur la tumeur en grossissant à mesure qu'elle monte vers le pli du bras, où elle disparaît après avoir donné les dimensions d'un véritable sinus.

Toute cette masse est un peu mobile sur le bras et ne semble pas y adhérer. La peau, très distendue et amincie, n'offre point de changement de couleur.

Déjà en différentes fois les médecins qui avaient traité la malade lui avaient conseillé l'amputation de l'avant-bras comme dernière ressource à opposer à son mal; mais avant de s'y résoudre Colette résolut de se rendre à l'hôpital de Bruges, bien déterminée toutefois à se laisser amputer le bras, si les chirurgiens de cet établissement le jugeaient nécessaire.

A la suite d'une consultation il fut décidé de tenter l'extirpation de cette tumeur, afin de conserver le membre de cette malheureuse fille. L'opération fut faite le 17 avril par notre confrère M. le docteur Verté. D'abord la malade fut soumise à l'inhalation du chloroforme, mais des symptômes graves étant venus à se déclarer bientôt pendant l'opération, l'on fut obligé de la suspendre. Un aide fit la compression de l'artère brachiale. Une incision en ellipse fut faite dans le sens de la longueur de la tumeur en conservant la quantité de peau nécessaire pour couvrir la plaie après l'opération. Par la dissection on s'aperçut bientôt qu'une couche de muscles passait par-dessus la tumeur. Ces muscles étaient excessivement amincis, leurs fibres très rares et leurs tendons très tendus. Quelques-uns de ces muscles, n'ayant pu être conservés, ont été coupés en travers. La dissection fut longue et difficile, car la tumeur s'enfonçait jusque dans les interstices des muscles de la couche profonde de cette région; aussi la malade perdit une quantité de sang assez considérable. Elle eut différentes syncopes assez prolongées, pour lesquelles nous avons été obligés d'employer des moyens propres à ranimer la circulation. Il n'y eut cependant que quelques artérioles lésées, l'hémorrhagie provenant presque entièrement des veines superficielles de l'avant-bras hypertrophiées. L'opération terminée, on rapprocha les bords de la plaie au moyen de la suture entrecoupée; on pansa le bras et la malade fut mise au lit.

Prescriptions. — Diète, tisane d'eau d'orge et infusion de bois de réglisse. Le lendemain il y eut une forte réaction; le pouls était à 100, le bras tuméfié, douloureux et chaud. Le second jour la malade a peu dormi; le pouls est encore augmenté en fréquence, l'avant-bras est plus tuméfié, et les sutures, fortement tiraillées, menacent de déchirer la peau, ce qui nous oblige à les couper. Aussitôt il se forme un écartement des lèvres de la plaie. Le pansement consiste dans l'application d'une légère couche de charpie sur toute l'étendue de la plaie et d'un large cataplasme qui enveloppe tout l'avant-bras et la main. Ce traitement fut continué pendant quinze jours. Durant ce temps une suppuration abondante s'était établie, la tuméfaction du bras avait diminué de jour en jour, et l'état général de la malade était sensiblement amélioré.

Après vingt-huit jours à dater du moment de l'opération toute inflammation avait disparu, et la plaie était en bonne voie de guérison. A dater de ce moment des bandelettes de sparadrap furent appliquées sur l'avant-bras dans le but de rapprocher les lèvres de la plaie, dont l'écartement avait été assez considérable. L'on continua ainsi jusqu'à la parfaite guérison, qui eut lieu vers le 27 juillet.

Durant le traitement de cette grande plaie, plusieurs abcès se sont formés au bras et à la main. Les abcès n'ont en rien paru entraver la marche régulière de la guérison de cette plaie. Enfin, Colette Van Eslander sortit de l'hôpital le 7 août parfaitement guérie, en conservant seulement quelque roideur dans les doigts qui l'empêchait de fermer complétement la main.

Nous avons été à même de voir la malade quelques semaines après sa sortie de l'hôpital; la guérison s'était maintenue et la roideur des doigts avait sensiblement diminué.

Il nous reste encore à dire quelques mots de la nature de la tumeur même.

Ayant examiné la tumeur après l'opération, nous avons trouvé que les endroits où avant l'opération nous avions senti une fluctuation étaient remplis d'une sérosité jaunâtre, visqueuse, contenue dans une poche kysteuse d'un blanc nacré, un peu résistante. Ce liquide, qui jaillissait avec force en ouvrant le kyste, peut être évalué pour la quantité à une livre. Le restant de la tumeur offrait l'aspect du cancer encéphaloïde à différents degrés, mais la matière n'a pas été examinée au microscope. Les parties solides de la tumeur pesaient six livres; en y ajoutant le poids du liquide, la tumeur avait le poids énorme de sept livres. D[r] VERRIEST.

(*Ann. de la Soc. médico-chirurg. de Bruges.*)

DEUX OBSERVATIONS DE PELLAGRE (1).

Par le D[r] P. MÉRIER, directeur-médecin de l'asile d'aliénés de Saint-Dizier, ancien directeur de celui de Blois.

OBS. II. — *Pellagre avec lypémanie suicide. — Mort. — Autopsie.*

Louis-Joseph F..., âgé de 48 ans, bien constitué et n'ayant jamais été atteint d'aucune maladie grave, entre à l'asile de Saint-Dizier le 14 février 1850 dans un état de mélancolie profonde et de désespoir extrême, occasionnés par des revers de fortune et des chagrins domestiques. Il se croit *damné* et condamné à être *brûlé par les feux de l'enfer*. Il a fait, avant son entrée, plusieurs tentatives de suicide. Il a manifesté l'intention de tuer sa femme et sa fille pour les soustraire à la damnation éternelle ainsi qu'au châtiment de la justice humaine, auxquels elles doivent être condamnées comme lui, parce qu'elles sont *solidaires* de ses crimes imaginaires, etc., etc. Il n'y a pas d'hérédité dans ce cas.

Tel était l'état mental dans lequel se trouvait F... lors de son entrée, et dans lequel il est resté à peu près depuis cette époque, répétant constamment que tout est perdu, que nous ne vivons plus, que rien n'existe plus, récoltes, moissons, animaux, commerce, gouvernement, etc.; enfin que tout est anéanti. La plupart du temps ce malade refuse de manger, de parler, de répondre; il faut le porter au réfectoire, au lit, à la promenade, l'habiller, le déshabiller, et tout cela avec beaucoup de peine, car il oppose une grande résistance. On l'engage avec instance à travailler, on l'excite par tous les moyens possibles, mais on ne peut rien obtenir de ce côté non plus. C'est un des cas, un des *rares* cas *réfractaires* à tout travail que j'aie encore rencontrés. Rien ne peut vaincre l'apathie extrême, la torpeur, l'anéantissement moral et physique dans lequel se trouve ce malade. Il n'a conservé un peu d'énergie que pour frapper à coups de pied et à coups de poing ceux qui se trouvent à sa portée, et cela sans aucun motif, sans méchanceté et par une sorte d'impulsion irrésistible, car lorsqu'on lui demande pourquoi il le fait, il dit qu'il *n'en sait rien*, mais qu'il *faut* qu'il le *fasse*. Il est en outre halluciné. Il entend des voix qui l'accusent, le condamnent; il entend sa femme, sa fille dans la maison; il les voit. Il a reçu à diverses reprises la visite de sa famille, de presque tous ses parents successivement; il a été la plupart du temps impassible, insensible à toutes les démonstrations d'intérêt et de tendresse dont il a été l'objet, refusant presque toujours même de leur parler et de répondre à leurs marques d'affection; une fois même il a frappé d'un grand coup de poing sa femme au moment de la quitter et sans dire pourquoi. Il a donc perdu tous ses sentiments affectifs. D'un autre côté il a conservé toutes ses conceptions délirantes et ses idées de damnation, de suicide, etc. L'an dernier l'ayant conduit un jour se promener dans le jardin, il a pu se soustraire une minute à ma surveillance, et il en a profité pour aller se cacher sous un petit pont en bois qui traverse la Marne, et là, s'étant accroupi dans l'eau jusqu'à la ceinture, il attendait, a-t-il dit, que nous fussions éloignés pour se noyer, ne voulant pas se jeter dans l'eau en notre présence, parce que nous l'aurions *repêché*. Tout a été employé inutilement pour améliorer l'état de ce malade : travail, traitement moral, traitement physique, purgatifs, révulsifs de toute sorte, bains et affusions froides de dix à douze heures, tout a échoué, et, depuis plus d'un an, ce malade est tombé dans le dernier degré de saleté et d'abrutissement; il gâte sans cesse ses vêtements et sa couche, et rien ne peut le tirer de la triste position où il est réduit.

Avril et mai 1851. — Une nouvelle affection ou complication bien grave est venue s'ajouter à cet état déjà si grave par lui-même. Dès l'été de 1851 j'avais remarqué sur la face dorsale des mains, sur le front, les joues et la partie supérieure du sternum cette coloration *rouge-brun-foncé* et cette desquamation particulière de l'épiderme par plaques plus ou moins larges avec *prurit*, *chaleur* et *douleur* qui caractérisent la première période de la pellagre. Cette affection locale n'ayant apparu que sur la fin de l'été, et les chaleurs, du reste, n'ayant pas été très fortes ni continues l'an dernier, ces symptômes locaux ne s'aggravèrent pas considérablement et ne se caractérisèrent pas alors d'une manière absolue et bien tranchée. Mais, comme dès cette époque aussi j'avais remarqué l'état général particulier qui accompagne toujours la lésion locale, et qui est beaucoup plus grave que celle-ci et constitue *essentiellement* la pellagre, c'est-à-dire les lassitudes, la paresse extrême, les douleurs lombaires, la répugnance pour tout mouvement, le désir immodéré du lit et de l'exposition continuelle au soleil; en outre la diarrhée alternant avec la constipation, le refus des aliments remplacé tantôt par une gloutonnerie et une voracité extrêmes, etc., je me tins en éveil pour bien observer la marche de cette affection (nouvelle à peu près pour moi, puisque je n'en avais observé encore qu'un seul cas à Blois), et je me promis bien de mettre tous mes soins à suivre l'été suivant le développement et la succession des symptômes que j'avais notés une première fois (*novembre* 1851).

En effet, dès que les chaleurs furent entièrement passées et l'hiver revenu, tous les signes locaux disparurent à peu près complétement, sauf la coloration *rouge-brun-foncé*, qui persista à un degré léger, mais sans desquamation, ni prurit, ni chaleur, ni douleur (*décembre* 1851). Toutefois, l'état général ne s'amenda pas en proportion de l'état local. La diarrhée continua à alterner avec la constipation, la voracité et la gloutonnerie avec le refus opiniâtre des aliments, cependant à un degré moindre; il y eut même un moment où j'eus quelque espoir de voir s'améliorer la position de ce malheureux malade, très intéressant sous tous les rapports, et j'essayai à plusieurs reprises de le faire sortir de la section des *gâteux*, mais toujours on fut obligé de l'y réintégrer. L'état mental parut aussi s'améliorer par intervalles; il put même écrire plusieurs lettres assez affectueuses et assez raisonnables à sa famille: mais tout cela ne fut ni durable, ni progressif.

Avril 1852. — Dès les premières chaleurs, l'affection locale cutanée reparut avec intensité et de la façon la mieux caractérisée, et cette altération des téguments de la face dorsale des mains, des pieds, des joues, du front et de la partie supérieure du sternum, délimitée de la manière la plus rigoureuse aux parties exactement exposées au soleil, ne peut plus laisser le moindre doute sur le diagnostic; depuis trois mois environ, toutes ces parties se sont successivement, et à plusieurs reprises, dépouillées de leur épiderme et recouvertes de vésicules remplies de sérosité, dont l'ouverture donne lieu à ces plaques croûteuses particulières déjà décrites dans l'observation précédente.

25 juillet. — Le pronostic devient, du reste, de plus en plus grave, et nul doute que dans un temps très peu éloigné ce cas ne se termine aussi par la mort. Depuis que l'affection locale a reparu avec toute son intensité, le malade est retombé dans l'état général très grave déjà noté : ainsi, lassitude extrême, douleurs lombaires vives et continuelles, impossibilité de se tenir debout et de marcher, diarrhée intarissable, refus des aliments ou voracité extrême; le malade, qui a cinquante ans, semble en avoir soixante-dix, et sa démarche ressemble assez à celle d'un paralysé général. Il demande constamment à rester au lit ou au soleil, et il est à peu près impossible de l'en empêcher. Son état mental s'aggrave de plus en plus. Ses hallucinations et ses illusions persistent, et il déraisonne à peu près constamment sur toutes choses sans aucun intervalle lucide. Il n'a plus manifesté depuis quelque temps d'idées de suicide, ni fait aucune tentative en ce sens, sans que cependant on puisse être certain qu'il y ait renoncé; mais il manque sans doute de la force et de l'énergie nécessaires pour l'accomplir, comme il eût fait autrefois. En un mot, ce malade est dès à présent voué à l'incurabilité absolue et à une mort à peu près certaine, plus ou moins éloignée.

Octobre. — En effet, depuis cette époque jusqu'au 21 octobre suivant, jour du décès, F... a été de plus en plus en s'affaiblissant et en se détériorant, tant au physique qu'au moral; et, après plusieurs alternatives de diarrhée et de constipation opiniâtres, de refus obstiné des aliments et de gloutonnerie excessive pendant lesquels, à plusieurs reprises, les vésicules remplies de sérosité sanguinolente se sont montrées sur la face dorsale des mains, des pieds, sur le front et l'extrémité supérieure du sternum, accompagnées d'un prurit insupportable qui portait sans cesse le malade à les ouvrir avec ses ongles, et suivies de croûtes noirâtres, remplacées bientôt elles-mêmes par d'autres vésicules, ce malade s'éteignit presque subitement dans le dernier degré du marasme et sans avoir recouvré un instant l'usage de ses facultés intellectuelles.

Autopsie 20 heures après la mort.

Corps considérablement amaigri; infiltration générale, mais surtout aux membres inférieurs; couleur rouge-brun-foncé limitée à la face dorsale des mains, des pieds, à l'extrémité supérieure du sternum et au visage, sauf quelques plaques d'un blanc bleuâtre, comme nacré, là où ont existé des vésicules et où l'épiderme aminci vient d'être renouvelé après la chute des croûtes qui existaient sur ces parties. Outre l'hypostase générale sanguine qui existe sur toute la partie postérieure du tronc, on y remarque un assez grand nombre de pustules de diverses dimensions, d'un aspect noirâtre, renfermant les unes du sang caillé, les autres du pus mêlé à du sang, et qui ont été considérées par un de nos confrères présent à l'autopsie comme offrant une certaine analogie avec le *purpura hemorrhagica*.

Tête régulièrement conformée. Rien à noter dans le cuir chevelu. Les os du crâne sont durs et épais. La dure-mère est à l'état normal; quelques cuillerées de sérosité dans la cavité de l'arachnoïde. Le feuillet viscéral de l'arachnoïde et la pie-mère sont généralement épaissis et injectés, mais surtout au niveau de la partie postérieure et supérieure du lobe frontal de l'hémisphère droit, et au niveau de la partie antérieure et supérieure du lobe postérieur de l'hémisphère gauche; sur ces deux points, en effet, on voit une plaque d'environ 5 centimètres d'étendue, d'un rouge-foncé, ne disparaissant pas par le lavage à grande eau. Les sinus, ainsi que leur confluent, sont vides de sang. La substance cérébrale, coupée par tranches très minces, n'a présenté rien d'anormal. Les ventricules sont vides de sérosité. Le canal rachidien, ouvert dans toute son étendue, fait découvrir une légère quantité de sérosité limpide, une arborisation rouge assez prononcée des membranes et un ramollissement assez notable de la substance nerveuse de la moelle.

Poitrine. — La cavité thoracique renferme une quantité considérable de sérosité citrine (4 litres environ) dans laquelle flottent quelques débris pseudo-membraneux. Point d'adhérence entre les deux feuillets de la plèvre. La masse formée par les poumons est petite. Le poumon droit est fortement engoué. Son tissu, incisé, laisse sourdre une grande quantité d'un sang spumeux, avec peine qu'on peut y produire une faible crépitation. Près de sa racine, les gros troncs veineux et artériels sont obturés dans presque toute leur étendue par des caillots noirs et d'une dureté remarquable. Le poumon gauche est réduit à peu près au tiers de son volume ordinaire et semble avoir subi une forte pression, il est aplati; ses lobes sont collés ensemble; le lobe inférieur a la forme d'une lame d'à peu près trois centimètres d'épaisseur seulement. Malgré cette dépression, son tissu paraît sain, nullement engoué, crépitant parfaitement. Deux cuillerées environ de sérosité dans le péricarde. Le cœur a son volume ordinaire; toutes ses cavités sont exsangues, et son tissu paraît entièrement sain et normal.

Abdomen. — La cavité abdominale ouverte, on y trouve une assez notable quantité de sérosité trouble et blanchâtre; le péritoine offre les traces d'une inflammation chronique : épaississement général, injection, adhérences, pseudo-membranes gélatiniformes. Dans le fond du bassin, taches d'un noir foncé très nombreuses; les mésentères sont couverts de pseudo-membranes; le grand épiploon, très épaissi dans toute son étendue, est parsemé aussi de taches noirâtres. Parmi les nombreuses adhérences du péritoine avec les viscères abdominaux, une principalement mérite d'être décrite avec quelques détails, c'est celle de la branche épiploïque de l'extrémité gauche du côlon transverse avec l'épiploon gastro-splénique; cette portion du gros intestin se trouve considérablement rétrécie par une bride péritonéale, et ce rétrécissement est d'autant plus apparent que le reste du côlon transverse est énormément distendu par des gaz. L'estomac paraît sain. Le tube intestinal, ouvert dans toute sa longueur, offre les lésions suivantes :

Duodénum. — Ramollissement considérable de la muqueuse, qu'on parvient à détacher en grande partie par un lavage à grande eau; développement anormal des valvules conniventes et des villosités.

Jéjunum. — Injection assez prononcée des deux tiers supérieurs; ramollissement dans le tiers inférieur; trois plaques de 5 à 6 centimètres d'étendue d'un rouge foncé; cette injection a surtout son siége sur les valvules conniventes et ne disparaît pas par le lavage à grande eau. Au-dessous de ces plaques, la muqueuse est épaissie.

Iléon. — Plusieurs plaques d'un rouge encore plus foncé que dans le jéjunum dans la moitié supérieure; dans l'autre moitié, ramollissement notable de la muqueuse, qui est également ramollie dans la première portion.

Cœcum. — Injection uniforme couleur lie-de-vin avec ramollissement de la muqueuse. Le reste du gros intestin présente une injection uniforme avec des arborisations nombreuses; un développement considérable des valvules conniventes, au point d'oblitérer en quelque sorte l'ouverture du canal intestinal (le liquide introduit dans cette cavité ne s'écoule que goutte à goutte); un boursouflement énorme de la muqueuse et du tissu cellulo-fibreux sous-jacent, et enfin un ramollissement très marqué de toutes ces parties. Mentionnons encore dans le rectum plusieurs ulcérations intéressant seulement la muqueuse de 7 à 8 millimètres d'étendue et un grand nombre de petites plaques dures, grisâtres, d'un aspect et d'une consistance comme tuberculeuses, ayant leur siége dans le tissu sous-muqueux.

Foie. — Volume, consistance et rapports normaux : la partie supérieure présente une coloration rouge intense; les coupes par tranches de cet organe ne révèlent aucune altération notable dans sa structure, mais font constater seulement une injection sanguine assez prononcée. La vésicule biliaire, d'un volume assez petit, est pleine d'une bile jaune-verdâtre assez dense; pas de calcul. Le pancréas est sain. La rate est très volumineuse et offre une mollesse remarquable; incisée dans son plus grand diamètre, elle se fond presque entièrement, c'est-à-dire que son tissu propre est réduit en une espèce de putrilage couleur lie-de-vin et très diffluent. Les reins présentent leur coloration extérieure normale, mais une consistance et une densité extraordinaires dans leur texture; le droit est plus volumineux que le gauche. La vessie renferme quelques cuillerées seulement d'une urine rougeâtre et presque sanguinolente; sa capacité est très petite; elle offre une forme extraordinaire et allongée en quelque sorte comme un doigt de gant; sa muqueuse est fortement injectée. La prostate est volumineuse et engorgée.

Bien que sans doute on ne puisse tirer aucune généralité d'un aussi petit nombre de faits, nous allons cependant consigner ici quelques réflexions ou observations générales sur la pellagre, ou, pour mieux dire, sur la folie pellagreuse que nous avons observée deux fois seulement dans notre pratique.

Et d'abord quelle est la nature de la pellagre? Est-ce une affection générale ou seulement locale? Evidemment c'est une maladie *générale, interne* et qui a son siége essentiel dans les organes, dans les viscères intérieurs. L'affection locale, extérieure, cutanée, n'est

(1) Fin. — Voir le numéro précédent.

que l'*accessoire*, selon nous, et ne constitue qu'un mal localisé qui serait peu grave assurément et ne pourrait compromettre la vie et amener la mort du malade, si ce mal extérieur n'était toujours accompagné d'un état général interne beaucoup plus sérieux, beaucoup plus grave, et qui constitue, à notre sens, le fond même de l'affection. Nous croyons donc que la pellagre est essentiellement une maladie interne, générale, dont le symptôme caractéristique, *pathognomonique*, est bien, en effet, l'affection cutanée, externe, mais dont la nature, le siége, la cause essentielle et les lésions les plus graves sont dans les organes intérieurs; de façon que nous serions tenté d'admettre la possibilité de la pellagre sans la manifestation de son symptôme *pathognomonique* et sans lésion externe, et que nous sommes persuadé qu'il existe un certain nombre de pellagreux de cette espèce, c'est-à-dire de *pellagres latentes*. Expliquons-nous de manière à bien faire comprendre notre pensée : admettons pour un instant qu'il soit possible de soustraire d'une manière absolue un pellagreux à l'action du soleil (ce qui est fort difficile, du reste, car les pellagreux ont une tendance invincible en quelque sorte à s'y exposer d'une manière continue); mais enfin admettons que cela soit possible. Eh bien ! assurément le caractère extérieur, celui qui frappe tout d'abord, ce que nous appelons le symptôme *pathognomonique* de la maladie manquera, ne se révélera pas au dehors. Et cependant nous pensons que la pellagre, c'est-à-dire l'état général grave, interne, qui constitue, selon nous, essentiellement la maladie, n'en existera pas moins. Nous avons eu la preuve en quelque sorte de ce que nous avançons ici dans les deux observations qui précèdent : ainsi, chaque fois que nous avons pu tenir nos malades à l'abri du contact des rayons solaires pendant quelques jours, nous avons vu diminuer très notablement l'intensité des symptômes locaux et nous les avons vus disparaître entièrement pendant l'hiver. Et cependant on ne pourrait dire que la maladie avait elle-même disparu et était terminée, puisque dès les premières chaleurs elle reparaissait avec toute son intensité et avec tout le cortége de ses symptômes locaux et généraux : elle existait, mais à l'état latent. Nous nous croyons donc fondé à dire que la pellagre est non une affection locale externe, mais une maladie de nature, de cause interne et ayant essentiellement son siége dans les organes intérieurs; de plus, qu'il peut y avoir et que sans doute même il existe des pellagres latentes, surtout dans les pays où cette affection est endémique; qu'en conséquence le soleil, ou, pour mieux dire, l'insolation, joue bien un rôle important dans cette affection, mais n'en est pas assurément l'agent unique, la cause essentielle, bien que son action paraisse nécessaire et le plus souvent indispensable pour sa manifestation extérieure.

Nous ne pourrions, n'ayant eu qu'un si petit nombre de faits à observer, hasarder une opinion quant aux causes; mais ce que nous pouvons affirmer, c'est que jamais nos deux pellagreux n'ont fait usage de maïs, que par conséquent l'opinion de M. T. Roussel à cet égard n'est pas complétement fondée.

Quant à la marche de cette affection, elle est toujours lente et marquée par des rémissions qui ont toujours lieu pendant l'hiver, saison durant laquelle on voit quelquefois les symptômes locaux disparaître entièrement et l'état général même s'améliorer.

Pour le traitement, nous n'en connaissons point, si ce n'est de tenir autant que possible les malades à l'abri des rayons solaires intenses, les stimuler par le travail et un exercice modéré, si on peut y parvenir, et leur donner une alimentation riche en principes nutritifs et capable de lutter contre la faiblesse extrême dans laquelle ils tombent progressivement.

Le pronostic est toujours grave et la maladie se termine ordinairement par la mort dans un temps plus ou moins éloigné, ce qui est arrivé pour deux malades et pour la plupart, la totalité, je crois, de ceux qui ont été observés dans les hôpitaux de Paris et des départements centraux de la France.

Paralysie pellagreuse. — M. Baillarger a donné le nom de *Paralysie pellagreuse* à l'état morbide que nous venons de décrire, et qu'il a comparé à la *paralysie générale des aliénés*. On pourrait, en effet, trouver une certaine *analogie* sous le rapport de la démarche, de l'aspect extérieur et de l'*affaiblissement général graduel* entre les malades atteints de pellagre et ceux atteints de paralysie générale. A cela se borne, selon nous, l'analogie que nous avons remarquée, c'est-à-dire à la manière de marcher, et relativement à l'atteinte profonde portée dans le système nerveux. Mais le signe *essentiel, caractéristique* de la paralysie générale manque, c'est-à-dire celui qui consiste dans l'embarras de la langue et dans la difficulté de prononcer les paroles, qui existent *toujours* chez les paralysés généraux, tandis que nous ne les avons pas observés chez nos deux malades. En outre, le délire chez les paralysés est presque toujours, pour ne pas dire *toujours*, empreint d'idées de grandeur, de richesse, de puissance et de dignités, etc.; les malades sont toujours gais et portés à chanter, à vanter leurs titres, leurs dignités. C'est tout le contraire chez les pellagreux, qui sont toujours tristes, mélancoliques à l'excès et, de plus, portés au suicide par désespoir et dégoût de la vie.

Qu'on appelle cela, si on veut, *paralysie pellagreuse*, mais assurément elle n'est point *identique* à la *paralysie générale* des aliénés.

Quelques mots encore seulement sur l'étiologie, le diagnostic et le traitement de la pellagre :

Nous avons déjà dit que nous regardions comme symptômes caractéristiques de cette affection la lésion locale cutanée qui s'observe aux parties exposées au soleil, bien que nous ne considérions pas l'insolation comme cause essentielle, capitale de la maladie, ce qui au premier aspect semble impliquer contradiction; il n'en est rien cependant, car nous pensons que l'état général très grave qui accompagne, ou, pour mieux dire, qui constitue essentiellement la pellagre n'est pas le produit de l'insolation, et pourrait exister, existe même lorsqu'on tient les malades à l'abri des rayons solaires. Donc la pellagre a sa cause essentielle ailleurs que dans l'insolation, et nous serions porté à admettre que cette cause tout interne réside principalement dans les organes de l'abdomen et dans la moelle épinière.

Nous avons dit que nous nous croyions fondé à supposer qu'il peut y avoir des pellagres *latentes*, et qui par conséquent passent inaperçues, parce que le symptôme caractéristique extérieur et qui frappe le plus, c'est-à-dire l'*éruption*, peut manquer ou disparaître quelquefois, si par des causes quelconques les malades sont garantis de l'action solaire; mais que ce qui fait l'essence et la gravité de l'affection n'en subsiste pas moins, à savoir, les lésions abdominales et celles de l'énervation, qui constituent, selon nous, tout le danger de la maladie et qui conduisent fatalement les malades au tombeau; que, dès lors, le diagnostic ne saurait se tirer uniquement des lésions *extérieures apparentes*, mais principalement de l'état général: diarrhée, affaiblissement général et graduel, paresse, apathie, désir extrême du lit, marasme, etc.; qu'enfin les inductions thérapeutiques à tirer de cet état de choses sont que le traitement doit être non *local*, non *externe*, mais essentiellement général et interne. Nous persistons complétement dans cette manière de voir.

Si nous nous sommes étendu un peu longuement et si nous revenons encore ici sur cette idée, c'est qu'elle nous semble capitale pour le traitement, qui jusqu'à présent a paru presque inefficace dans toutes les observations de pellagre qui ont été publiées jusqu'à ce jour, et qu'il est évident qu'on n'arrivera à une thérapeutique plus salutaire que lorsqu'on sera parvenu à préciser les causes et le siége de la maladie qui nous occupe.

DES APPLICATIONS DE GLACE SUR L'ŒIL

à la suite des opérations de cataracte.

Par M. le docteur Magne, oculiste des crèches du département de la Seine et du bureau de bienfaisance du 1er arrondissement.

La *Gazette des Hôpitaux*, dans le n° du 20 janvier 1853, a publié au compte-rendu de la Société de médecine pratique ma communication du 4 novembre 1852 sur les *heureux résultats* que j'ai obtenus des applications de glace sur l'œil à la suite des opérations de cataracte.

Le numéro du 22 janvier contenait une lettre de notre honorable confrère M. Baudens, qui vous demandait à faire toutes réserves en sa faveur dans la question de priorité relative à l'emploi de la glace sur la région oculaire après les opérations de cataracte.

Je n'ai pas jugé le moment convenable pour répondre aux observations de notre savant confrère, parce que, la question « des » heureux résultats des applications de la glace sur l'œil à la suite » des opérations de cataracte » ayant été reprise à la Société de médecine pratique dans la séance du 13 décembre 1852 et le procès-verbal de cette séance devant trouver place dans vos colonnes, je me réservais d'exprimer plus tard mon avis. Le moment est venu, puisque votre numéro de ce jour contient la fin de la discussion sur la communication que j'ai eu l'honneur de faire à la Société de médecine pratique.

Je commence par vous dire que personne plus que moi ne rend hommage aux travaux de M. Baudens, qui, comme il le dit lui-même, combat depuis vingt ans pour un principe qu'il a posé, à savoir : le traitement de toutes les lésions traumatiques par la glace avec ou sans sel marin.

J'ignorais cependant que notre savant confrère eût étendu cette pratique aux opérations de cataracte, et si quelque chose peut m'excuser de cette ignorance, c'est qu'elle m'était commune avec un grand nombre de mes confrères.

En effet, pas un traité de maladies des yeux ne parle, que je sache, de l'application de la glace à la suite des opérations de cataracte, et à la Société de médecine pratique, qui renferme des chirurgiens éminents et des spécialistes, ma communication a paru assez neuve et assez intéressante pour qu'un confrère, partisan de l'extraction, ait annoncé qu'il donnerait la préférence à l'abaissement si les heureux résultats que j'avais obtenus venaient à se confirmer.

Il est vrai que dans le numéro du 10 novembre 1840 de la *Gazette des Hôpitaux*, à l'occasion d'une opération de cataracte, il est dit : « Pour prévenir la congestion oculaire, M. Baudens emploie » ici avec beaucoup de succès, concurremment avec les moyens » généraux, la glace sur la région oculaire. *Ce sédatif calme et* » *soulage puissamment le malade.* »

Mais la saignée dite de *précaution*, mais les sangsues, mais les purgatifs et les compresses imbibées d'eau froide ont été aussi conseillés pour prévenir la congestion oculaire, pour calmer et soulager le malade. Ces moyens aussi ont donné des succès; cependant le résultat d'un bon nombre d'opérations de cataracte n'en a pas moins été compromis par les suites inflammatoires.

Or je n'ai nulle connaissance qu'avant moi l'on ait publié une série de faits, peu nombreux sans doute, mais dans lesquels la glace appliquée avec soin durant trois jours ait éloigné tout phénomène inflammatoire. Donc, si cette pratique se confirme, on réussirait presque toujours dans les opérations de cataracte, puisque c'est l'inflammation qui la plupart du temps vient entraver le succès.

J'ajouterai (et cela tient peut-être à la manière assidue et longtemps continuée dont j'emploie la glace) que, si j'ai éloigné l'inflammation oculaire, je n'ai ni *calmé*, ni *soulagé puissamment les malades*. Tous s'en sont plaints, et dans deux cas il m'a fallu combattre énergiquement pour que les applications fussent continuées.

Si l'honorable et savant inspecteur général du conseil de santé des armées a obtenu avant moi des résultats aussi satisfaisants que les miens, je m'inclinerai devant sa priorité, et je le remercierai sincèrement, heureux d'avoir contribué à propager une méthode qui, ainsi que je vous l'ai dit en commençant, n'est écrite dans aucun traité d'ophthalmologie, même parmi les plus récents.

RUPTURE DE LA VESSIE.

Mort immédiate;

Par M. Alexandre-Henri Patterson, d'Altrincham (Cheshire),

Le 15 janvier 1853, M. Corr, âgé de quarante-cinq ans, laboureur, étant légèrement ivre, se prit de querelle avec un autre homme. Il reçut un coup à la poitrine; il tomba, mais sans paraître gravement blessé. Il fut séparé de son adversaire, et marcha à une certaine distance. Ces deux hommes se rencontrèrent alors de nouveau, et la dispute se renouvela; en se colletant l'un l'autre, ils tombèrent tous deux, Corr tombant sur le dos et son antagoniste sur lui. Comme ce malheureux se relevait, son adversaire, qui s'était remis sur pied, se rua sur lui et le frappa à la partie inférieure de l'abdomen. Le coup fut d'autant plus violent que cet homme avait des sabots. Corr tomba en arrière et mourut immédiatement.

A l'autopsie, le 17, je trouvai le cerveau sain quoique congestionné. Le cœur n'offrait aucune lésion, mais il était distendu fortement par du sang noir faiblement coagulé. L'abdomen parut sain et sans lésion. En détachant le péritoine du bassin, mon doigt pénétra dans la vessie à travers une ouverture de près de deux pouces de largeur. Il y avait environ une once d'urine sanguinolente répandue dans le tissu cellulaire. La blessure existait au côté gauche du corps de la vessie. D'ailleurs cet organe et l'urètre étaient sains, ainsi que le péritoine. Le corps n'offrait aucune trace de violence à l'intérieur.

Je n'ai pas connaissance, dit l'auteur, d'un cas semblable, et dans les cas mortels de déchirure de la vessie la mort n'arrive ordinairement qu'après plusieurs heures ou plusieurs jours.

Il me paraît évident que dans ce cas la mort est résultée de la secousse du système nerveux, et que la rupture de la vessie y est tout à fait étrangère. La couleur noire et la fluidité du sang, l'état de congestion du cerveau et surtout du cœur, tout me confirme dans cette manière de voir. (*Association medical journal.*)

AMPUTATION DU BRAS

Immédiatement au-dessous de l'articulation de l'épaule, suivie de guérison, chez un enfant de quinze mois;

Par M. Robert Edwards Jones, d.-m., de Long Melfort (Suffolk.)

Le 6 septembre, en l'absence de M. Mason, de Sudbury, je fus appelé en toute hâte pour visiter Eliza Harrington, âgée de quinze mois, fille de parents pauvres, résidant à Wickham Saint-Paul (Essex), qui avait été renversée par un wagon dont la roue lui avait passé sur le bras gauche. Je l'examinai, et trouvai une fracture de l'humérus à son tiers inférieur; l'os dénudé faisait saillie à travers les téguments, et les parties molles étaient lacérées jusqu'auprès de l'articulation de l'épaule : la petite malade était épuisée par la perte de sang.

J'administrai de petites doses d'eau-de-vie et d'eau, et produisis ainsi une réaction; pensant ensuite qu'il n'y avait pas de temps à perdre, j'amputai de suite le bras au-dessous de l'épaule, ayant pu à peine conserver assez de peau pour former un moignon convenable. Très peu de sang s'écoula pendant l'opération et une seule artère dut être liée. L'enfant eut le jour suivant des convulsions assez fortes qui cédèrent à la teinture d'opium à petites doses; après cela la guérison marcha sans entraves et fut complète à la fin du mois.

J'ai été porté à publier ce fait parce que je crois qu'il est rare de voir un enfant d'un âge aussi tendre se rétablir après une aussi grave opération. (*Association medical journal.*)

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Emploi de l'acétate neutre de plomb dans le traitement du ptérygion;

Par M. le docteur Deconde.

Les résultats remarquables qu'on obtient par l'application de l'acétate de plomb en poudre fine sur le repli de la conjonctive oculaire (membrane clignotante), si fortement tuméfié et étendu dans quelques cas d'ophthalmie de l'armée, nous ont suggéré l'idée que ce sel pourrait être efficace dans le traitement du ptérygion. Les résultats ont pleinement confirmé nos prévisions.

Le 17 février 1852 nous en fîmes l'essai sur le nommé Dupriez (François), soldat au 6e régiment de ligne, en traitement à l'hôpital de Mons pour diverses lésions de l'œil produites par des granulations, et qui ont amené la cécité. Le malade est en même temps porteur d'un ptérygion membraneux et vasculaire à l'angle interne de l'œil gauche; l'extrémité de l'onglet s'étend sur la cornée à une ligne de sa circonférence. Nous appliquons sur toute l'étendue du ptérygion une couche d'acétate plombique; nous l'y laissons pendant quelques secondes, après quoi nous enlevons le sel au moyen d'un pinceau imbibé d'eau.

Nous répétons l'opération les 18, 19, 23 et 27 février.

Le 1er mars le retrait du ptérygion est tellement considérable, qu'il n'en reste plus qu'une sorte de papule séparée d'une ligne de la cornée; la base du ptérygion est complétement effacée, de même que son onglet ou pointe cornéale. On répète l'application de l'acétate plombique.

Le 6, le ptérygion a complétement disparu, et la vue s'est en même temps améliorée d'une manière remarquable. Cet homme a été vu par tous les médecins de la garnison de Mons, qui ont pu constater sa guérison.

Deux autres malades atteints de ptérygion sont traités par moi en ce moment; les changements survenus à la suite d'une première application plombique sont tels que j'ai l'assurance de les voir guéris sous peu de jours. (*Annales d'oculistique.*)

Sur l'abus de la pommade citrine.

Le docteur De Bernardi, praticien distingué du Piémont, fait remarquer que, si cette pommade employée avec prudence constitue un excellent remède contre la gale, elle peut être la source d'inconvénients graves si on en fait un usage imprudent. En très peu de temps il a eu l'occasion d'observer cinq cas de stomatite mercurielle causée par ce remède, que des pharmaciens imprudents avaient administré sans ordonnance préalable du médecin.

Il croit par conséquent de son devoir d'avertir les médecins et les pharmaciens soucieux de leur réputation de ne jamais oublier, les premiers de recommander aux malades les précautions voulues dans l'usage de ce médicament, comme pour les autres prépara-

tions mercurielles, les seconds de ne pas les fournir aux malades sans y être autorisés par une ordonnance médicale. (*Gazette médicale des Etats sardes* du 30 janvier.)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 17 février 1853. — Présidence de M. Bérard.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Moyens de reconnaître les falsifications du lait.

MM. Vernois et A. Becquerel adressent une lettre en réclamation au sujet de la dernière lettre de M. Poggiale sur les moyens de reconnaître les falsifications du lait.

Alcalisation des urines.

M. Ch. Petit, médecin inspecteur adjoint des eaux de Vichy, adresse une lettre en réponse à quelques points du mémoire de M. Durand-Fardel sur l'alcalisation de l'urine chez les personnes qui font usage de l'eau de Vichy. (Voir à la correspondance.)

Gastro-entérite.

M. Gautherin fils, médecin à Annay-Saint-Serein près Noyon (Yonne), adresse un mémoire sur les gastro-entérites. (Commissaires : MM. Louis, Grisolle et Gaultier de Claubry.)

Comité secret.

Immédiatement après la correspondance, l'Académie se forme en comité secret. Elle rentre en séance publique au bout d'un quart d'heure.

Observations obstétricales.

M. Depaul continue la lecture de son rapport sur les observations de M. Maslieurat-Lagémard.

Plusieurs membres demandant la parole, la discussion est renvoyée à la séance prochaine.

Opium indigène.

M. Bouchardat lit, au nom de la commission des remèdes, un rapport officiel sur l'application du décret du 10 mai 1850 à l'opium indigène de M. Aubergier.

Une discussion s'engage sur ce rapport entre MM. Soubeiran, Bussy et Robinet. Vu l'heure avancée et l'importance du sujet, la suite de la discussion est renvoyée à la séance prochaine.

Ablation de la partie gauche du maxillaire inférieur.

M. Huguier présente un malade auquel il a fait l'ablation partielle du maxillaire inférieur atteint d'ostéosarcome. Nous avons publié dans le dernier compte-rendu de la Société de chirurgie les détails de ce fait intéressant.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 14 février 1853. — Présidence de M. de Jussieu.

Des effets de l'acétate de strychnine.

M. Marshall-Hall adresse une note dans laquelle il se propose de faire connaître le résultat des expériences qu'il a faites concernant les effets de l'acétate de strychnine sur les chiens.

Les effets de l'acétate de strychnine sur les chiens peuvent se présenter, suivant l'auteur, sous deux formes. La première, ou la plus légère, présente une excitabilité très augmentée du système spinal diastaltique avec des accès de paroxysme légers, fugaces, des spasmes des membres et une respiration haletante. La seconde présente une excitabilité bien plus exaltée encore et des paroxysmes de convulsions tétaniques générales prolongées, avec laryngisme, ou contraction de la glotte, et des efforts d'expiration des plus violents, apoplexie et asphyxie.

Si, dans le premier cas, ou celui de la forme légère des effets de l'acétate de strychnine, l'animal est caressé doucement, la respiration devient calme, état qui dure pendant quelques minutes. Si, au contraire, on l'agace par des bruits subits, par des chocs, si on lui souffle fortement, soit sur le museau ou sur la peau, des paroxysmes tétanoïdes ou épileptoïdes en sont le résultat; paroxysmes dont il est impossible d'être témoin sans être convaincu que s'ils sont trop souvent répétés ils doivent devenir mortels. Il est démontré, au contraire, par des faits, que si le chien est tenu à l'abri de toute excitation, il se rétablit infailliblement de ce premier degré de strychnisme. La forme grave de ce strychnisme ne cède pas à ce moyen simple de traitement. Non-seulement chaque petite émotion, chaque petite irritation produit le paroxysme déjà décrit de laryngisme, de dyspnée, d'apoplexie, d'asphyxie; mais ces paroxysmes semblent se renouveler par des causes inévitables, telles que les mouvements de la respiration, de la déglutition, etc. Ce danger ne peut donc être évité que par un autre procédé; procédé qui prévient le laryngisme et ses effets, c'est-à-dire l'apoplexie, l'asphyxie, la mort.

Ainsi le premier degré de strychnisme est guéri par la tranquillité absolue, le second par la trachéotomie.

Telle est la conclusion générale à laquelle M. Marshall-Hall a été conduit par les expériences dont il rapporte les détails dans sa note.

Voici maintenant en quels termes l'auteur résume les résultats de ces expériences et les conclusions qu'il en tire :

« 1° Les premiers effets suscités par la strychnine sont des spasmes tétanoïdes; les membres deviennent roides, les ongles des doigts seulement touchent la table ou le plancher sur lequel le chien est posé;

» 2° Le second phénomène, c'est la respiration courte, vite, haletante;

» 3° Le troisième est l'excitabilité tellement augmentée de la peau, que la moindre excitation produit des effets outre mesure;

» 4° Tout cela dérive d'une excitabilité très anormale du centre du système diastaltique ou spinal;

» 5° Tout cela se rapporte au premier degré de strychnisme, dont le degré plus fort se montre par des phénomènes bien autrement graves;

» 6° Alors surviennent des paroxysmes effroyables de laryngisme, d'efforts d'expiration, d'opisthotonos du cou et des os, d'apoplexie, d'asphyxie et même la mort;

» 7° Ces phénomènes nous rappellent le tétanos, l'épilepsie, l'hydrophobie même;

» 8° Dépendant du laryngisme, l'apoplexie, l'asphyxie sont ses redoutables effets : ces effets sont prévenus par la trachéotomie;

» 9° Comme dans la grenouille, nous avons vu l'animal excité mourir, et nous l'avons vu, à l'abri de toute excitation, se rétablir;

» 10° Nous avons vu l'animal non opéré mourir des effets du laryngisme, et celui qui est mis à l'abri de ces effets par la trachéotomie se rétablir évidemment sous l'influence de cette opération;

» 11° Maintenant, quelles sont les applications de ces principes aux maladies? Evidemment on doit garantir le malade atteint de tétanos, d'hydrophobie de tout choc mental ou physique de la manière la plus absolue;

» 12° Evidemment on doit recourir à la trachéotomie toutes les fois que les malades affligés d'épilepsie ou de toute autre maladie éprouvent le laryngisme et des effets amenant des dangers pour la vie, pour l'intelligence.

» Toutefois, il faut un diagnostic suffisant; et enfin il ne faut pas agir pour un nom. Ce n'est pas pour l'épilepsie, mais bien contre les effets dangereux du laryngisme épileptique qu'on doit songer à la trachéotomie; et, en dernier lieu, ce n'est pas à la trachéotomie, mais bien à la trachéotomie efficace avec ouverture suffisante qu'il faut confier les malades affligés d'épilepsie. »

CORRESPONDANCE.

De l'alcalisation de l'urine et de la saturation de l'économie par les eaux de Vichy.

A M. le Président de l'Académie de médecine.

Monsieur le Président,

Il m'est impossible de laisser passer sans y répondre le mémoire qui vous a été lu dans la séance dernière de l'Académie par M. Durand-Fardel.

Il s'agit dans ce mémoire de l'alcalisation de l'urine et de la saturation de l'économie par les eaux de Vichy, et M. Durand, sans doute pour se faire un thème plus facile, s'est imaginé de présenter ses confrères qui l'ont précédé dans l'étude de l'action des eaux de Vichy comme n'étant guidés dans les applications qu'ils font de ces eaux que par une seule pensée, celle de *saturer* les malades de bicarbonate de soude.

C'est là leur prêter fort gratuitement, comme vous allez le voir, une absurdité.

Pour mon compte, dans ma pratique médicale à Vichy, je n'ai jamais pris pour guide d'autre *saturation* que celle qui se règle sur la *tolérance* des malades, et cette saturation existe pour moi dès que la tolérance commence à diminuer.

Je n'ai même jamais pris pour règle la *neutralisation* de l'acidité des sécrétions. En effet, si j'ai dit que, chez certains individus et dans certaines diathèses, la tolérance permettait d'élever la dose d'eau minérale en boisson à un degré élevé, non-seulement sans inconvénient, mais même, dans quelques cas, avec un grand bénéfice pour les malades, j'ai eu soin de signaler aussi le danger qu'il y aurait, dans beaucoup d'autres cas, à dépasser dans les prescriptions des doses très minimes. J'ai dit, par exemple, que, « dès que la tolérance commence à diminuer, les sécrétions des malades restent difficilement » alcalines; que le plus souvent même elles reprennent tout à fait le » caractère acide; que si les malades sont mal surveillés, mal conseillés, ou veulent persister à boire malgré l'avis des médecins, ils » ne font qu'augmenter le mal au lieu de le guérir, et que, ce qui » semble extraordinaire, leurs sécrétions deviennent alors d'autant » plus acides qu'ils cherchent davantage à se saturer de boissons alcalines. Aussi, ai-je ajouté, pourrait-on commettre des fautes très » graves, si l'on voulait, dans tous les cas, diriger le traitement des » malades seulement d'après l'état d'acidité ou d'alcalinité de l'urine » ou de la transpiration cutanée. » (*Du mode d'action des eaux minérales de Vichy*, etc., pages 50 et 51. Paris, 1850.)

Est-ce donc là la saturation chimique, absolue, aveugle que l'on vous a présentée comme étant celle *qui aurait été indiquée comme l'œuvre à poursuivre dans le traitement par les eaux de Vichy?*

Lorsqu'à l'avenir M. Durand éprouvera le besoin de critiquer ce que font ses confrères, je le prierai de vouloir bien exposer avec un peu plus d'exactitude ce qu'ils ont écrit; car ce n'est pas la première fois qu'il dénature ce que j'ai dit, et je craindrais que cela ne dégénérât en habitude.

Mais ce n'est pas la seule attaque que son mémoire renferme à mon adresse. Il a surtout critiqué ce que j'ai dit de l'action chimique des eaux de Vichy dans les diverses applications qui en sont faites comme moyen thérapeutique.

Je n'abuserai pas des instants de l'Académie en venant défendre devant elle ce que j'ai écrit à ce sujet; car, sans contester le moins du monde l'intervention de l'influence nerveuse dans l'accomplissement des phénomènes qui se passent dans nos organes, je ne crois pas que, dans l'état actuel de la science, l'on puisse mettre en doute l'action chimique d'un grand nombre de médicaments, et ne pas voir dans toutes nos fonctions une suite de phénomènes de cette nature, soit qu'ils se produisent exactement comme ils se passent en dehors de l'économie, ou qu'ils soient plus ou moins modifiés par l'organisme vivant.

M. Durand a surtout cru trouver un excellent argument pour pouvoir nier l'action *fondante* et *résolutive* des eaux de Vichy, lorsqu'il vous a dit que *le bicarbonate de soude était pour nos organes un corps étranger dont ils ont hâte de se débarrasser par les voies ordinaires d'élimination.*

Ce médecin n'a sans doute pas cru nous apprendre quelque chose de nouveau en nous disant que le bicarbonate de soude ne séjourne pas longtemps dans l'économie. Qui ne sait qu'en effet les sels alcalins ne font que passer dans l'économie? Votre chef des travaux chimiques lui-même, M. O. Henry, ne vous a-t-il pas dit, à la suite de recherches dont il avait été chargé par l'Académie à l'occasion d'une communication que je lui avais faite, non-seulement qu'on retrouvait alors, du moins en très grande partie, la soude dans l'urine, mais qu'on la retrouvait à l'état de carbonate, et non plus à celui de bicarbonate, sous lequel on l'administre aux malades?

Mais parce que les sels alcalins ne séjournent pas longtemps dans l'économie, est-ce une raison pour qu'ils ne puissent pas y exercer une action chimique de nature fondante et résolutive? Est-il donc beaucoup de médicaments qui séjournent longtemps dans l'économie, et nie-t-on pour cela leur action?

Où, d'ailleurs, M. Durand a-t-il donc puisé *que la soude était pour nos organes un corps étranger?*

Qui ne sait, je vous le demande, le rôle si important que jouent précisément les sels alcalins dans l'accomplissement de toutes nos fonctions; que leur intervention, sans pourtant rien fournir par eux-mêmes, sans rien abandonner de leur propre substance, est une des premières et des plus importantes conditions de la combustion, de la production de la chaleur et de la transformation des tissus organiques; que, sans cette intervention, l'assimilation ne peut pas se faire; que, par conséquent, si le sang n'en contient pas une proportion suffisante, les fonctions languissent, se font incomplètement, et que de là résultent souvent de graves altérations de la santé?

Pense-t-on que nos organes aient une *si grande hâte de se débarrasser de la soude* que le sang ne puisse en retenir la proportion qu'il peut en contenir à l'état normal, et qui est, suivant moi, une des conditions d'un bon état de santé?

Maintenant, si l'on admet que le sang, pendant l'usage des eaux de Vichy, contient un peu plus de soude qu'à l'état normal, et qu'il ait acquis par là une plus grande alcalinité, ne peut-on pas admettre aussi qu'alors il a acquis des propriétés particulières, qu'il est devenu plus fluide et plus fluidifiant; qu'il peut alors mieux pénétrer dans les tissus malades, engorgés, et agir comme agent fluidifiant sur la matière coagulée qui constitue les épaississements des tissus, ce que l'on nomme les engorgements, la ramollir, la faire passer de l'état concret, où elle est, à l'état liquide, et la mettre ainsi dans des conditions favorables à l'absorption?

En admettant cette théorie que je me suis faite de la médication par les eaux de Vichy, ne voit-on pas le rôle que peut jouer cette médication dans les affections chroniques, et comme moyen de combattre certaines diathèses? Cette théorie ne rend-elle pas parfaitement compte des résultats thérapeutiques que l'on obtient à Vichy? La diminution de l'obésité, que l'on observe ordinairement pendant l'usage des eaux de Vichy, ne peut-elle pas elle-même s'expliquer par une plus grande activité imprimée à la combustion, et qui serait le résultat de la présence dans le sang d'une plus grande proportion de soude?

Je le demande aux chimistes et aux physiologistes éminents qui siégent à l'Académie, cette interprétation de l'action des eaux de Vichy a-t-elle quelque chose qui répugne à l'esprit? N'est-elle pas conforme à la science, à tout ce que nous apprend aujourd'hui la physiologie aidée et éclairée par la chimie?

Si l'on m'objecte que l'amélioration obtenue par les malades qui ont fait usage des eaux de Vichy continue à faire des progrès pendant quelque temps encore après la cessation complète du traitement, que, par exemple, la résolution des engorgements continue à se faire, je répondrai que cela prouve seulement que par l'emploi de ces eaux l'on peut modifier le sang d'une manière durable, et qu'il suffit de lui restituer certains principes qu'il ne contenait plus en suffisante quantité pour qu'il recouvre les propriétés qui lui sont nécessaires pour exercer ce qu'on a appelé la *puissance médicatrice de la nature* et maintenir l'économie dans un état physiologique normal, c'est-à-dire de bonne santé.

Agréez, etc. Ch. Petit,

Inspecteur-adjoint des eaux de Vichy.

Paris, le 14 février 1853.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Les juges du concours qui va avoir lieu à la Faculté de médecine pour l'agrégation en chirurgie et en accouchements sont, aux termes du règlement, MM. les professeurs Paul Dubois, Laugier, Nélaton, Gerdy et Cloquet; suppléants, MM. Malgaigne et Moreau.

Les agrégés désignés par la Faculté pour siéger dans ce concours sont : 1° MM. Gosselin, Cazeaux et Voillemier, suppléant, 2° MM. Depaul, Jarjavay et Richet, suppléant. Les trois juges seront choisis par le ministre sur ces six noms.

Parmi les juges professeurs, MM. Paul Dubois et Moreau ne pouvant siéger par suite de leur parenté avec des compétiteurs, M. Malgaigne deviendra juge, et il y aura lieu de nommer deux nouveaux suppléants.

— M. le docteur A. Legrand vient d'être nommé à l'unanimité membre correspondant de la Société de médecine de Metz.

— Le 27 janvier dernier, M. le docteur Rayé, de Vilvorde, appelé devant le tribunal de première instance de Bruxelles, comme témoin dans une question de divorce, s'est refusé à déposer des faits qui lui avaient été confiés comme médecin, bien que la personne qui l'avait consulté l'autorisât à les communiquer au tribunal. Après une délibération d'une heure au moins, le tribunal a rendu un jugement ordonnant à M. Rayé de faire connaître la maladie et tout ce qu'il savait du mal dont la demanderesse avait été atteinte. Persistant dans sa décision primitive, le médecin a déclaré qu'il considérait le silence comme un des devoirs les plus sacrés que sa profession lui imposait. Il paraît qu'une action en dommages-intérêts sera intentée à M. Rayé. Nous ne doutons nullement que notre confrère ne trouve le moyen d'appuyer son refus sur des motifs qui feront déclarer les prétentions de la demanderesse non fondées. (*Presse médicale belge.*)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Annuaire du commerce, de l'industrie, de la magistrature et de l'administration, ou Almanach des 500,000 adresses de Paris, des départements et des pays étrangers. Classées pour Paris : 1° par ordre alphabétique; 2° par professions; 3° par rues et par numéros; publié par Firmin-Didot frères. Contenant le gouvernement, maison impériale, Sénat, Corps législatif, Conseil d'Etat, ministères, cours, tribunaux, etc.; les administrations de Paris, préfecture de la Seine, préfecture de police, mairies, la liste générale des adresses des habitants de Paris, la liste des banquiers, négociants, fabricants, classés par ordre de professions; entreprises diverses, assurances, bateaux à vapeur, chemins de fer, journaux, messageries, etc. — Les adresses des habitants de Paris, classées par rues et numéros des maisons. Tarif des douanes françaises, tarif des douanes anglaises, tarif des douanes belges, tarif des douanes allemandes (Zollverein); monnaies, poids et mesures des divers pays; catalogue des brevets d'invention de l'année 1852; statistique commerciale et industrielle des départements; la liste des banquiers, négociants, fabricants des départements, des colonies françaises et des principales villes des pays étrangers; table géographique, table des matières et une carte de France indiquant les chemins de fer exécutés et en voie d'exécution. — 16e année de la publication (1853). — Prix : relié, 14 fr.; cartonné, 13 fr. 50; broché, 12 fr. — En vente, chez Firmin Didot frères, rue Jacob, 56.

Abrégé de pathologie médico-chirurgicale, ou Résumé analytique de médecine et de chirurgie; par le docteur Eug. Triquet, ancien interne à l'hôpital de Tours, lauréat et prosecteur de l'Ecole de médecine de la même ville, interne en médecine et en chirurgie des hôpitaux de Paris, lauréat, médaille d'argent (1848), médaille d'or (1849), etc. — 2 vol. in-8°. 1852. — Prix : 12 fr. — Chez Labé, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, 23.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40; EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	Trois mois....	8 fr. 50 c.
	Six mois.....	16 »
	Un an......	30 »
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	Trois mois......	9 fr.
	Six mois......	17
	Un an........	33
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	Trois mois......	10 fr.
	Six mois.......	20
	Un an........	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Recherche de l'antimoine dans les organes.

Il a été question dans l'avant-dernière séance de l'Académie des expériences de MM. Milon et Laveran sur le séjour de l'antimoine dans les organes. Voici une note recueillie dans le service de M. Marchal (de Calvi), au Val-de-Grâce, et qui se rapporte à ce sujet. Un homme très affaibli, traité d'une double pneumonie par l'émétique à haute dose, ayant succombé au quinzième jour de la maladie, huit jours après la cessation du traitement rasorien, des portions du foie, des reins, du cerveau et une certaine quantité du sang de cet homme ont été introduites séparément dans de grands ballons. On a ajouté dans chaque ballon une quantité d'acide chlorhydrique pur et fumant, la moitié du poids à peu près de la matière organique. Le mélange a été chauffé doucement sur un bain de sable, mais non jusqu'à l'ébullition, et après quelques heures on a ajouté du chlorate de potasse par pincées.

Aussitôt la liqueur bouillante a été filtrée, et les matières restées sur le filtre ont été lavées avec de l'eau distillée.

Une lame d'étain a été plongée dans les différents liquides et s'est couverte bientôt d'un dépôt noir et pulvérulent, qui était de l'antimoine. Après quelques heures la lame a été retirée et plongée dans de l'acide chlorhydrique pur; le lendemain elle était dissoute, et le dépôt noir étant tombé au fond du vase, il a été facile de voir:

1° Que le foie en avait fourni une quantité considérable;

2° Que les reins en avaient donné une quantité moindre;

3° Que le sang en contenait aussi, mais en proportion encore plus faible;

4° Que le cerveau lui-même en contenait, mais bien moins que les autres organes et que le sang.

Fièvre typhoïde cholériforme.

Un cas de ce genre s'est montré dans le service de M. Teissier, à l'hôpital Sainte-Marguerite. La malade qui l'a présenté est entrée à l'hôpital le 15 janvier de cette année; elle était couchée au n° 37 de la salle Sainte-Anne, où nous l'avons vue il y a peu de jours pleinement convalescente. Elle avait eu des selles, des vomissements, des crampes et le facies cholérique. Dans le même moment nous observions en ville un homme de trente-huit ans qui avait été pris tout à coup de garde-robes et de vomissements bilieux répétés, avec crampes aux membres inférieurs, aux membres supérieurs et à la poitrine, sans refroidissement. Les crampes étaient horriblement douloureuses et si violentes que, suivant les expressions du sujet, il lui semblait que son mollet était *retourné*. La maladie n'a pas eu de mauvaises suites. Que signifient ces faits insolites, et que présagent-ils?... L'observateur doit les enregistrer et se mettre en garde. Nous voudrions nous demander s'ils se rattachent aux perturbations physiques de l'atmosphère, ou s'il faut les attribuer à une altération chimique de l'air : mais comment résoudre cette question?

Résection de la moitié gauche du corps de la mâchoire inférieure.

Mercredi dernier, M. Nélaton a réséqué la moitié gauche du corps de la mâchoire inférieure sur un vieillard de soixante-quatorze ans, atteint d'une tumeur cancéreuse de cette partie. Le grand âge du malade n'a pas arrêté l'opérateur, d'abord parce que le sujet est robuste malgré le poids des années, et que c'est surtout à cela qu'il faut avoir égard; ensuite parce que ce vieillard, très énergique et très calme, comme il l'a prouvé pendant l'opération, voulait absolument être opéré.

La tumeur, du volume d'un gros œuf, plus saillante extérieurement que dans l'intérieur de la bouche, était rougeâtre, sublivide dans sa partie la plus proéminente, et ulcérée, en ce point, dans l'étendue d'une pièce d'un franc; elle se continuait dans la région carotidienne avec une forte bride, très dure, qui semblait la tirer en bas et dans laquelle la peau était confondue avec les tissus environnants. On ne recevait pas, en pressant la tumeur, cette impression d'une lame mince comme parcheminée que donne la coque osseuse, dans les tumeurs cancéreuses qui ont débuté par le centre de l'os; et M. Nélaton ne s'est pas trompé en annonçant qu'elle était surtout péri-osseuse. L'opération a été faite de la manière suivante :

Premier temps. — Une incision a été conduite le long du bord déformé du maxillaire inférieur, depuis la ligne médiane jusqu'à l'angle de la mâchoire, et la partie externe de la tumeur a été découverte; ce n'était pas le plus difficile.

Deuxième temps. — Des ciseaux ont été glissés, à gauche des apophyses géniennes, de bas en haut, entre la face postérieure de l'os et la muqueuse, et quand la pointe a eu dépassé l'arcade alvéolaire, les deux branches ont été légèrement écartées pour faire la voie à l'aiguille de la scie à chaînette, qui a été passée de haut en bas, et a servi à diviser le maxillaire d'arrière en avant dans le point indiqué.

Troisième temps. — Les fibres du masséter ont été incisées de bas en haut et d'arrière en avant, au niveau de l'angle de la mâchoire; puis la scie à chaînette, conduite sur les ciseaux glissés derrière l'os en ce point, comme on l'avait fait en avant, a divisé obliquement le corps du maxillaire inférieur à son extrême limite. A ce moment, la moitié gauche du corps de l'os, et par conséquent la tumeur, devenue mobile, pouvait être renversée en avant, de manière à permettre la dissection de la partie interne ou intra-buccale du cancer.

Quatrième temps. — Il a été rempli par cette dissection, qui ne pouvait manquer, comme l'avait annoncé M. Nélaton, d'être délicate et laborieuse. En effet, la tumeur se prolongeait inférieurement, à proximité des gros vaisseaux; la veine jugulaire interne, que l'on reconnaissait à sa couleur splénique, a été découverte, et il était facile de mettre en évidence l'artère carotide primitive.

La résection terminée, l'opération ne l'était pas entièrement. M. Nélaton, ayant exploré les environs de la perte de substance, a reconnu que le ganglion sous-mentonnier était engorgé, et il l'a extirpé.

La plupart des artères divisées ont été liées pendant l'opération. La veine jugulaire externe, également divisée, a été liée aussi. L'artère dentaire inférieure donnait beaucoup de sang, comme aussi la faciale, qui a pu être liée avant d'être coupée, était très volumineuse, car c'est le propre du cancer de développer considérablement les vaisseaux dans ses environs : l'artère dentaire ne pouvant être liée, l'opérateur a fermé le canal dentaire au moyen d'un bouchon de cire.

La plaie a été réunie au moyen de la suture entortillée.

La tumeur a été ouverte par le milieu, et l'on a reconnu qu'elle était formée de tissu encéphaloïde encore assez consistant, excepté dans le point correspondant à l'ulcération signalée; il adhérait aux deux faces de l'os, qui toutefois contenait dans son centre une traînée de ce tissu de la longueur d'environ trois centimètres et de quelques millimètres de largeur. La tumeur était donc, comme nous l'avons dit, surtout péri-osseuse.

Le malade n'a été anesthésié que pendant les premiers moments de l'opération, qui n'a pas duré moins d'une demi-heure.

Résection de la moitié gauche de la mâchoire inférieure.

C'est aussi une résection de la mâchoire, mais la résection de toute sa moitié gauche, corps et branche, et non plus seulement de la moitié du corps de cet os, que M. Huguier a pratiquée sur le jeune garçon qu'il a présenté à l'Académie dans sa dernière séance. Ce qui recommande surtout l'observation de M. Huguier, c'est le procédé qu'il a suivi, et qui consiste à diriger l'incision en travers de la face, à partir de la commissure labiale du côté correspondant, qu'elle continue, jusqu'à un centimètre en avant du lobule de l'oreille. Il en résulte un lambeau supérieur et un lambeau inférieur qu'il est facile de disséquer.

Cette incision aurait pour avantage de ménager la plupart des artères divisées dans le procédé ordinaire et la branche terminale supérieure ou temporo-faciale du nerf facial. (Nous ne sommes pas certain qu'il en soit de même de la branche terminale inférieure, ou cervico-faciale.)

Le canal de Sténon est évité; l'incision passe à un centimètre au-dessous de lui.

Le lecteur trouvera dans le numéro du 7 juin 1851 de la *Gazette des Hôpitaux* le récit d'une première opération pratiquée suivant le même procédé par M. Huguier. Alors comme aujourd'hui ce chirurgien s'est servi de la scie ordinaire pour diviser l'os, au lieu d'employer la scie à chaînette, à laquelle il trouve des inconvénients qui, nous sommes obligé de le dire, ne nous ont pas frappé.

Chez son second opéré, celui que nous venons de voir à l'Académie, M. Huguier, se servant de la moitié libre de la mâchoire comme d'un bras de levier, a pu, après avoir, à l'aide de forts ciseaux courbes à extrémité mousse, divisé le tendon du muscle temporal sur l'apophyse coronoïde, luxer le condyle, qu'il lui a été dès lors facile de désarticuler. Chez le premier sujet, le col du condyle s'était fracturé par suite d'un mouvement forcé, et la désarticulation avait présenté de grandes difficultés.

Le cancer diminue la résistance des os de deux manières : localement, dans l'os affecté au delà même de la dégénérescence; et

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

De l'or dans le traitement des maladies scrofuleuses des os (deuxième mémoire communiqué à l'Académie des sciences), par M. le docteur A. LEGRAND.

Voilà plus de vingt ans que M. Legrand s'occupe des préparations d'or, de leur emploi thérapeutique, et surtout de leur usage dans le traitement de deux classes de maladies qui ont entre elles beaucoup d'analogie, les scrofules et la syphilis.

Séduit par les doctrines de Chrestien (de Montpellier), l'auteur a répété les expériences, les observations de son devancier, de celui qui avait le premier appliqué les préparations d'or à l'art de guérir; et dès 1832 il publiait un volume dans lequel il exposait les inconvénients, les dangers, ou tout au moins l'inefficacité du mercure et de ses préparations dans la syphilis constitutionnelle, en préconisant, au contraire, l'or et ses composés comme moyen presque infaillible d'en obtenir la guérison complète.

Cinq ans après, il présentait à l'Académie des sciences un travail sur l'application des mêmes agents à la thérapeutique des maladies scrofuleuses, travail important, qui fut l'objet d'un rapport des plus favorables de la part de MM. Roux et Duméril. La conclusion de ce mémoire, déduite de trente-cinq observations fournies tant par l'auteur lui-même que par plusieurs praticiens habitant divers pays, était celle-ci : que *l'or est un puissant antiscrofuleux* dans tous les cas où le principe des scrofules n'a porté son action que sur le système glandulaire et sur les parties molles. « Mais, ajoutait M. Legrand, si » graves que puissent être les maladies qui ne présentent à l'observa- » tion que ce genre de désordres, elles ne sauraient que difficilement » se comparer, pour la gravité et la difficulté de la cure, à celles où le » système osseux a été attaqué. Eh bien! l'on peut dire que c'est là le » *triomphe de l'or*. C'est ce que je prouverai dans mon second mé- » moire, qui sera tout entier consacré à démontrer les immenses avan- » tages que l'on peut retirer de l'application de la méthode aurifère » au traitement des maladies des os. »

C'est ce second mémoire dont nous voulons parler ici, un peu tardivement sans doute. Mais avant d'entrer en matière mentionnons un travail présenté dans l'intervalle à la savante compagnie par M. Legrand sur le *mode d'action des préparations d'or sur notre économie*, et plus spécialement sur les organes de la digestion et de la nutrition.

Ici M. Legrand s'était proposé de rechercher par quel mécanisme l'or agissait sur l'organisme, comment il modifiait l'économie, quel secours il apportait aux forces médicatrices de la nature, enfin comment il réagissait sur la maladie et sur ses causes. Pour M. Legrand l'or est un médicament excitant. L'excitation qu'il détermine est d'abord reçue par les organes de la digestion; l'estomac, si affaibli, si délabré soit-il, reprend promptement de l'activité sous l'influence des préparations aurifères; l'appétit augmente; l'assimilation, la nutrition se font plus régulièrement et plus complétement.

Nous ne croyons guère, pour le dire en passant, à la vertu *hilarante* de l'or, propriété découverte par un médecin de Copenhague, et qui nous paraît aussi peu prouvée que les mille propriétés indiquées pour les médicaments par le grand mystificateur Hahnemann; mais nous ne pensons pas que rien s'oppose à ce que l'on reconnaisse à l'or et à ses composés des propriétés toniques, reconstituantes même, analogues, mais à un bien autre degré, à celle des ferrugineux. Enfin M. Legrand mentionnait à la fin de ce travail une autre propriété de l'or, assez singulière pour être mentionnée si elle est réelle, ce que pourront apprendre les faits ultérieurs, à savoir, une puissance *restauratrice* en vertu de laquelle les cicatrices produites sous son influence, de plaies de mauvaise nature, présentaient les caractères des cicatrices obtenues après les plaies les plus belles et du meilleur aspect.

Dans la brochure que nous avons sous les yeux, M. Legrand se propose de démontrer que c'est dans le traitement des affections scrofuleuses des os que l'or exerce toute sa puissance curative. Le plan qu'il adopte est le même que celui qu'il a suivi dans ses précédents mémoires, c'est-à-dire qu'il s'attache à grouper les faits, en procédant toujours des cas les plus simples aux plus composés, de telle façon que leur réunion tende à jeter quelque lumière sur le traitement des maladies qui, à cause de leur gravité, ont été plus spécialement l'objet des recherches des pathologistes. Or, on sait combien sont redoutables par leur violence et leur opiniâtreté les maladies scrofuleuses des os. « C'est la scrofule des os, disait Lugol, qui offre le moins de chances » de guérison. »

En tête de ce mémoire, nous signalerons quelques judicieuses remarques sur le régime à faire suivre aux scrofuleux et aux individus prédisposés aux scrofules, à ceux que dans le monde on désigne sous le nom de *lymphatiques*. Par là, M. Legrand a réparé une omission d'autant plus regrettable que le régime alimentaire et hygiénique nous paraît être une des conditions essentielles du traitement des scrofuleux; et sans vouloir diminuer le mérite des préparations aurifères, nous sommes de ceux qui pensent que, chez les malades dont les observations sont citées dans ce livre, le régime diététique a été pour beaucoup dans la guérison. Nous insisterons plus spécialement sur

diathésiquement, dans les autres parties du squelette. En voulant déplacer le cadavre d'un homme mort de cancer du sein, pour répéter une opération, il nous est arrivé de produire avec la plus grande facilité une fracture du col huméral devenu très friable.

La maladie, chez le dernier opéré de M. Huguier, consistait en une exostose éburnée, du volume d'un gros œuf, développée au centre de l'os.

La cicatrice est déprimée et très apparente. Un tissu fibreux fort résistant remplace l'arcade alvéolaire. La mastication n'est pas gênée; la parole est libre. La sensibilité, la motilité de la face sont conservées.

A supposer que le procédé de M. Huguier l'emporte sur le procédé ordinaire pour la résection de la moitié de la mâchoire inférieure, il ne saurait être appliqué dans un cas comme celui du service de M. Nélaton, c'est-à-dire pour la résection d'une moitié du corps de cet os. Ici l'incision le long du bord inférieur est la seule praticable; elle donne toute facilité pour l'opération, et la cicatrice est dissimulée.

Ligature latérale des veines.

La ligature latérale des veines consiste à faire un nœud sur la partie divisée de la circonférence d'un de ces vaisseaux. On arrêterait ainsi l'hémorrhagie, et la veine, dont le calibre serait seulement un peu rétréci, serait conservée à la circulation. Voilà ce que la théorie pouvait faire prévoir; mais il n'en va pas ainsi dans la pratique. Trois fois dans une année M. Nélaton, alors élève, a vu un de nos grands chirurgiens intéresser latéralement la veine jugulaire interne. Dans deux de ces cas, la plaie veineuse fut fermée au moyen de la ligature latérale. Des hémorrhagies successives se produisirent, et les opérés succombèrent. Dans le troisième cas, on tamponna la plaie, et l'issue fut heureuse. La partie des parois veineuses comprise dans la ligature latérale se sépare au bout de quelques jours, et au lieu de la cicatrisation espérée, on a une ouverture plus large qu'auparavant. La ligature latérale des veines doit donc être reléguée dans l'histoire de l'hémostatique. Lorsque, dans le cours d'une opération, on n'a pu éviter une grosse veine, telle que la jugulaire interne, un aide tient le doigt appliqué sur l'ouverture du vaisseau pendant tout le temps de l'opération, puis on doit tamponner.

Serres-fines hémostatiques.

Lorsque dans une opération un grand nombre d'artères sont divisées, la ligature immédiate de ces vaisseaux prend beaucoup de temps et prolonge les angoisses du patient. M. Baudens a l'habitude, en cas pareil, de saisir les artères avec des pinces à ressort qu'il laisse en place jusqu'à ce que, l'opération étant terminée, les ligatures soient appliquées. Les pinces sont moins gênantes que les doigts des aides. Un jeune médecin militaire, M. le docteur Hounaut, a eu l'idée de remplacer les pinces par des serres-fines dont les branches, au lieu de se terminer en pointe acérée, ont une extrémité large et aplatie. M. Lüer en a confectionné de diverses grandeurs. On s'en sert comme des pinces, et on les laisse de même dans la plaie, où elles tiennent beaucoup moins de place, jusqu'au pansement. On les a essayées au Val-de-Grâce avec succès.

Nouveau nœud pour la ligature des artères.

Il arrive quelquefois que les ligatures d'artères restent en place pendant un temps considérable, si bien que la plaie d'une amputation, par exemple, peut être guérie depuis nombre de jours, sauf le pertuis que traversent les fils. C'est un ennui pour l'opéré et pour le chirurgien. De plus, la présence des fils peut être considérée comme un obstacle à la réunion immédiate. M. le docteur Mattei a imaginé un nœud capable de résister aux chocs les plus énergiques de la colonne sanguine et susceptible en même temps de se défaire avec la plus grande facilité à la volonté du chirurgien. On passe les bouts d'une anse de fil dans une autre anse, et le nœud est formé. Pour étreindre le vaisseau on tire en sens opposé sur les quatre bouts de fil, puis l'on en coupe deux près du nœud; les deux que l'on coupe sont opposés diagonalement, et on les reconnaît à leur couleur, qui doit être différente. Il suffirait pour les reconnaître de faire à l'avance un nœud à leur extrémité. Lorsqu'on suppose que l'artère liée est oblitérée, on défait le nœud en tirant en sens inverse sur les deux bouts restants. Nous avons vu appliquer ce nœud à l'hôpital Saint-Louis dans un cas qui ne se prêtait guère à la démonstration; il s'agissait de petites artères. Il est fort ingénieux; mais on ne pourra savoir ce qu'il vaut réellement que par l'usage.

Engorgement du ganglion sous-mentonnier.

On a vu dans le récit de l'opération de M. Nélaton que ce ganglion était engorgé, et que, pour plus de sûreté, on avait dû l'enlever. Placé exactement sur la ligne médiane, dans le tissu cellulaire, au-dessous du menton, très peu volumineux à l'état normal, il s'engorge quelquefois isolément, et peut former une tumeur du volume d'une noix, parfaitement circonscrite, sans changement de couleur à la peau, déprimant les muscles géniens et les écartant. Nous en avons extirpé un dans ces conditions au Val-de-Grâce sur un jeune soldat. M. Richet a fait il y a plusieurs années la même opération sur un garçon de dix-sept à dix-huit ans. Chez une jeune personne qui avait une acné de la face, le ganglion sous-mentonnier formait une tumeur imperceptible, mais sensible au toucher, puisqu'elle offrait le volume d'un gros pois. On pourrait être embarrassé sur la nature d'une tumeur semblable, si l'on ignorait qu'il y a là un petit ganglion susceptible de s'engorger sans cause connue, ou sympathiquement par suite d'une affection irritative de la face.

Pansement des plaies par écrasement.

M. Denonvilliers a plusieurs de ces plaies dans son service. Il a pour habitude invariable de ne point extraire les portions osseuses formant esquille; il attend leur élimination du travail inflammatoire, et se garde de *régulariser* les plaies. Quatre fois dans un très court espace de temps il a vu la mort survenir après des amputations de doigts pratiquées dans ces circonstances. La nature, dit-il, fait ces opérations bien mieux que le chirurgien. Il ne craint pas la suppuration, à condition qu'elle ait une large issue. Une plaie avec écrasement des os étant donnée, il met la partie en position et fait panser à plat; si l'inflammation consécutive est intense, il la combat au moyen des irrigations d'eau tiède. Voilà longtemps que nous voyons M. Denonvilliers suivre cette méthode et que nous l'entendons s'en louer. Elle est bien différente de celle que nous avons vu si souvent employer au Val-de-Grâce par M. Baudens dans le traitement des plaies contuses par excellence, les plaies par armes à feu; non-seulement différente, mais de tous points opposée, car la pratique de M. Baudens consiste à enlever immédiatement toutes les esquilles détachées ou encore adhérentes. Un exemple que nous ne saurions oublier est celui d'un officier de la garde mobile qui, dans les journées de juin 1848, avait eu le tibia fracturé comminutivement avec des dégâts énormes. Il fallut quelque résolution pour tenter la conservation d'un tel membre. Le tiers environ du tibia réduit en esquilles fut enlevé. Le membre fut placé dans l'appareil de M. Baudens et couvert de glace. La cicatrisation se fit, et la perte osseuse se répara, à ce point qu'aujourd'hui le sujet marche presque sans claudication. A la vérité, on ne saurait comparer à tous égards les plaies ordinaires par écrasement aux plaies par armes à feu. Quant à celles-ci, nous ne saurions dissimuler notre entier acquiescement aux préceptes de l'ancien chirurgien en chef du Val-de-Grâce.

Réunion immédiate.

M. Denonvilliers est un adversaire déterminé de la réunion immédiate, et sa pratique est heureuse; dans le même hôpital, M. Jobert réunissait toutes les plaies récentes par première intention, comme il le fait encore à l'Hôtel-Dieu, et avec des résultats brillants. On peut arriver au succès par les méthodes les plus opposées. Plus d'un exemple le prouvent. On enraye une inflammation phlegmoneuse par l'application de la glace; on peut l'enrayer aussi par l'application de la pommade au nitrate d'argent, comme nous l'avons vu et comme nous l'avons fait. Quant aux succès de M. Jobert, ils pourraient bien s'expliquer par la grande épaisseur de tissus qu'il embrasse dans la suture.

Tumeur érectile. — Galvano-puncture.

Une jeune fille du service de M. Denonvilliers porte sur le front une tumeur érectile du volume d'une grosse noix, qui était beaucoup plus volumineuse et plus tendue, plus dure, avant qu'on l'eût traitée par la galvano-puncture. Elle a succédé à une tache sanguine congéniale, bien circonscrite, et en cela différente de ces taches rouges diffuses, quelquefois comme radiées, que les nouveau-nés offrent assez souvent, surtout au front, taches qui inquiètent les parents et même le médecin, qui rougissent quand l'enfant crie ou s'agite, et dont on voit encore les traces, affaiblies et inconstantes, au bout de dix, vingt ans et même au delà. La tumeur était dans toute son étendue le siége de battements qui la soulevaient de 2 à 3 millimètres; ils n'existent plus maintenant qu'en un point de la partie inférieure de la tumeur. Nous reviendrons sur cette malade.

Anévrisme variqueux. — Deux ligatures au moyen de deux incisions distinctes.

Nous avons vu, à la consultation de M. Malgaigne, à Saint-Louis, un homme qu'il a opéré d'un anévrisme variqueux du pli du bras droit, suivant un procédé particulier. Au lieu de faire une seule incision très étendue sur la tumeur, il en a fait deux petites aux limites supérieure et inférieure de l'anévrisme, et il a pu ainsi, sans être gêné par le sang et par l'engorgement des tissus, placer deux ligatures au-dessus et au-dessous de la lésion artérielle. La guérison est parfaite. Il n'existe plus trace de la tumeur; les veines sont réduites au volume normal; le pouls radial est rétabli. L'opération était impérieusement commandée par la gêne extrême que la tumeur occasionnait et par l'impossibilité de travailler qui en résultait pour le malade. L'anévrisme était la suite d'une saignée.

AMBULANCE DE SIDI-BEL-ABBÈS (ALGÉRIE).

Fracture complète, comminutive et compliquée des deux jambes. Amputations du genou gauche et de la jambe droite. Gangrène des moignons; chute des lambeaux mortifiés, et par suite, dénudation des surfaces osseuses. Guérison;

Par M. le Dr Froussart, médecin aide-major de 1re classe.

La colonne expéditionnaire de M. le lieutenant-colonel de Noüe venait de se porter sur la route de Daya dans le but de réparer un pont situé près de l'Oued-Tenira, à cinq lieues de Sidi-Bel-Abbès. Ce pont, construit sur un ravin et destiné au passage des prolonges, avait environ 30 pieds de hauteur. Les travaux commencèrent le 5 octobre. Tandis que des ouvriers descendus dans le ravin sapaient les piliers servant de montants, d'autres, placés sur le pont, enlevaient les traverses qui formaient le tablier. Mais celui-ci, n'ayant plus tous les supports, s'écroula et entraîna dans sa chute sept soldats de la légion étrangère. Ces malheureux furent précipités d'une hauteur de 30 pieds, et subirent presque tous le choc des montants et des traverses qui tombèrent sur eux. Deux furent tués et cinq blessés.

Berkmann, soldat au 1er bataillon, âgé de 24 ans, d'une constitution forte, d'un tempérament sanguin, d'une taille élevée, eut les deux jambes fracturées. Les fractures furent réduites par le docteur de la colonne, après quoi le blessé fut transporté en litière et remis entre mes mains, 26 heures après l'accident. Ayant enlevé les bandages provisoires qui lui avaient été appliqués, je reconnus aux deux jambes des lésions fort graves.

D'abord à gauche, une fracture comminutive du tiers inférieur du tibia. Les doigts, promenés le long de la face interne de cet os, pouvaient apprécier, au niveau de la fracture, une esquille mobile sous le tissu cutané. Tout autour les parties étaient ecchymosées dans une assez grande étendue, mais sans plaie extérieure.

Du côté droit, il y avait fracture comminutive de la malléole interne, avec complication d'une large plaie située à la partie inférieure et interne de la jambe, un peu au-dessus de la région malléolaire interne. La surface de cette plaie représentait un ovale dont le plus grand diamètre transversal avait pour limites, en avant, la crête du tibia, et rencontrait en arrière le tendon d'Achille. Sa largeur était de 3 centimètres. Les aponévroses et les tendons étaient à nu, les chairs boursouflées, et à son angle antérieur, la plaie présentait une excavation qui devait probablement communiquer avec l'articulation tibio-astragalienne. Ce qui pouvait confirmer cette supposition, c'est que, d'après les renseignements recueillis, il paraît qu'une certaine quantité de synovie s'était écoulée au moment de l'accident. Je fis quelques tentatives pour me convaincre de la gravité de ces désordres; mais la douleur vive qu'éprouvait le malade par l'introduction d'une sonde exploratrice m'obligea, pour le moment, à suspendre mes investigations.

Je me bornai donc à panser cette plaie, après quoi j'appliquai à chaque jambe le bandage de Scultet, en ayant le soin toutefois de le serrer très modérément à droite. Ces bandages furent arrosés de résolutifs, et au moyen d'un entonnoir à plusieurs becs, je fis établir des irrigations continues sur les deux membres. Pendant quelque temps, la plaie située à la jambe droite conserva un assez bon aspect; le pus était abondant, mais d'assez bonne nature, et la peau n'avait pas encore participé à l'inflammation. Le 16, de grandes modifications survinrent, quoiqu'il n'y eût pas de plaie extérieure autour de la malléole externe et qu'aucun signe n'indiquât une fracture du péroné. Il se développa tout à coup un phlegmon très considérable. La peau était perforée en plusieurs endroits, et d'énormes décollements se révélaient dans les environs de cette région. Du reste, le pus qui s'écoulait devait faire supposer, par sa nature, que les parties molles ne concouraient pas seules à sa formation.

Vu ces désordres graves et irrémédiables, je recourus à l'avis de M. Mercier, médecin en chef de l'ambulance, et nous jugeâmes d'un commun accord non-seulement que l'amputation était urgente, mais qu'elle devait être pratiquée dans le plus bref délai.

Jusque-là je n'avais pas touché à la jambe gauche, dont le malade ne se plaignait pas, lorsque le même jour je m'aperçus que le bandage était teint en rouge au niveau de la fracture. J'enlevai l'appareil. L'esquille mobile dont j'ai parlé avait érodé la peau et déterminé un vaste ulcère siégeant à la partie interne de la jambe, et donnant issue à un pus âcre, sanieux et très fétide. Cet ulcère avait 27 centimètres de circonférence, et plusieurs esquilles assez volumineuses devenaient appréciables au toucher. En outre, toute la jambe était le siége d'un phlegmon érysipélateux qui s'étendait jusqu'à quelques centimètres au-dessous de l'épine du tibia. La peau était décollée dans une grande étendue, et des fusées purulentes s'étaient formées dans plusieurs directions.

---

l'exercice en plein air, dont l'auteur vante avec raison les salutaires effets, et sur la gymnastique, dont il n'a pas assez parlé, et qui produit à l'hôpital des Enfants de si admirables effets.

A l'appui de ses assertions, M. Legrand rapporte en détail dans sa brochure une trentaine d'observations ou recueillies par lui, ou communiquées par des confrères de province, et qu'il faudra lire avec attention pour se bien pénétrer des règles à suivre, des précautions à prendre dans l'administration de l'or, des raisons qui doivent guider le praticien pour le choix de telle ou telle préparation, choix qui n'est probablement pas indifférent.

Nous avons vu plus haut, en mentionnant le travail de M. Legrand sur le mode d'action des préparations d'or relativement aux appareils de nutrition et de digestion, quelles étaient leurs propriétés toniques et excitantes. A ces propriétés, suivant l'auteur, ne se borne pas l'influence modificatrice exercée par l'or sur l'économie des scrofuleux. Qu'on nous permette, en terminant ce compte-rendu, de citer les quelques réflexions que fait M. Legrand, réflexions basées sur des vues peut-être hypothétiques, mais qui ne manquent pas d'une certaine logique :

« Dans les maladies scrofuleuses, dit-il, la lymphe n'est-elle pas » viciée? Est-ce donc une pure spéculation que de prétendre que la » lymphe ou l'économie tout entière est entachée d'un vice particulier? » Parce que l'analyse chimique n'a pas encore démontré que dans » ces maladies une ou plusieurs de nos humeurs ont subi quelque al- » tération, est-ce donc une opinion qu'il faille repousser, que celle qui » admet ce vice constitutionnel? Je ne le crois pas, je dis seulement » qu'il faut l'admettre avec réserve. Eh bien! dans cette hypothèse, » on peut encore expliquer très bien la manière d'agir des prépara- » tions d'or. En excitant le système circulatoire général et capillaire, » elles produisent des mouvements critiques qui se manifestent par une » augmentation souvent très marquée de la perspiration cutanée ou » de la sécrétion urinaire, et souvent ces sécrétions acquièrent des » qualités qui ne permettent aucun doute sur le travail éliminateur » qui s'opère par leur intermédiaire. Les sueurs deviennent alcalines » et prennent une odeur désagréable, qui devient fétide pour les uri- » nes, et celles-ci acquièrent une couleur foncée et déposent abondam- » ment. Ces crises ont souvent lieu aussi par la suppuration, qui devient » de plus en plus abondante en même temps qu'elle fournit un pus » de plus en plus louable. Cette forme de crise exige la plus grande » surveillance de la part du médecin, puisqu'en se manifestant elle » peut donner lieu à la formation d'abcès dont on redoute la présence, » non point à cause du danger qu'ils font courir au malade, mais » parce qu'ils laissent des cicatrices désagréables. C'est au médecin » alors à savoir modérer l'action du traitement par des moyens ap- » propriés. Ainsi donc, l'or guérit les scrofules des os en donnant une » nouvelle énergie aux facultés vitales et en excitant des mouvements » critiques qui purgent l'économie du levain morbide qui l'entachait. »

Que l'on admette ou non les idées de M. Legrand sur les causes et la nature des affections scrofuleuses, on sera forcé de convenir que c'est un infatigable travailleur, doué d'une rare persistance, et il aura rendu un immense service à l'humanité et à la science s'il a en effet trouvé une série de préparations efficaces dans le traitement des scrofules, une de ces terribles affections qui sont le désespoir de la thérapeutique.

Dr A. Foucart.

D'après la marche rapide des symptômes, je devais non-seulement perdre l'espoir de conserver les deux membres, mais craindre encore qu'une temporisation inopportune n'amenât à la suite les accidents le plus graves. Dans cet état de choses, j'appelai de nouveau en consultation M. Mercier et M. le docteur Eichaker, chirurgien major de la légion étrangère, et il fut décidé d'un avis unanime :

1° Que l'amputation des deux membres était indispensable ;

2° Qu'il fallait se hâter d'agir;

3° Enfin qu'il fallait débuter par la jambe gauche plutôt que par la droite.

Deux autres questions furent ensuite agitées, savoir : à quel mode opératoire on devait donner la préférence pour pratiquer l'ablation de la jambe gauche. En effet, d'après l'étendue qu'occupaient le phlegmon et la désorganisation du tissu cutané, on ne pouvait songer à opérer ni au lieu d'élection, ni par le procédé de Larrey, ni par la modification de M. Baudens sans s'exposer à manquer de peau saine pour recouvrir les parties. Il ne restait donc plus qu'à recourir à l'amputation de la cuisse à sa partie inférieure ou à l'articulation fémoro-tibiale. Nous savons que cette dernière opération est encore condamnée par un certain nombre de chirurgiens, mais elle a été réhabilitée de nos jours par MM. Baudens et Velpeau. Nous pensons, de concert avec ces habiles praticiens, que, lorsqu'on a le choix, elle mérite la préférence sur l'amputation de la cuisse dans la continuité. Laissant à découvert bien moins de surfaces saignantes, elle doit exposer le malade à moins de réactions inflammatoires et sympathiques. D'ailleurs n'a-t-on pas posé comme règle qu'il fallait s'éloigner du tronc le plus possible? En outre, elle conserve aux amputés le libre jeu de l'articulation coxo-fémorale, et permet de se servir d'une jambe de bois, comme après l'amputation au-dessous du genou.

L'autre question qui restait à résoudre était celle-ci : Devait-on amputer les deux membres le même jour, ou bien mettre un ou deux jours d'intervalle entre les deux opérations? Nous préférâmes suspendre notre décision à cet égard, afin de nous guider d'après les circonstances, c'est-à-dire d'après la manière dont le malade aurait supporté la première opération.

Le même jour, à quatre heures de l'après-midi, je pratiquai la désarticulation fémoro-tibiale par la méthode ovalaire ou mixte de M. Baudens. Je fis la section de la peau de manière à dessiner un ovale, afin de forcer la cicatrice à se faire par froncement et à se porter en arrière dans l'espace poplité. J'eus soin de conserver la rotule et de détacher les cartilages semi-lunaires. Après avoir ouvert l'articulation, j'eus la précaution d'en raser la partie postérieure, dans le but d'obtenir avec les muscles de cette région un lambeau charnu suffisant pour matelasser les surfaces osseuses. Enfin, je réunis immédiatement à l'aide de quelques points de suture.

Le malade subit l'opération avec un courage remarquable; et jugeant qu'il lui restait assez de force pour résister à une seconde épreuve, nous fûmes d'avis qu'il valait mieux le débarrasser de suite de son autre jambe que de recommencer le lendemain. D'ailleurs, la plaie dont nous avons parlé lui occasionnait de vives douleurs depuis plusieurs jours. On le décida donc, et une heure après je pratiquai l'amputation de la jambe droite au lieu d'élection et par la méthode circulaire. J'opérai la réunion immédiate au moyen de quelques points de suture.

L'examen des membres nous permit de constater :

A gauche, la fracture comminutive du péroné et celle du tibia avec plusieurs esquilles assez volumineuses. Tout autour de la plaie large et profonde qui s'était formée à la partie interne de la jambe, la peau était rouge, tuméfiée et séparée des parties sous-jacentes. Le décollement s'étendait depuis l'articulation tibio-tarsienne jusqu'à neuf centimètres au-dessous de l'attache inférieure du ligament rotulien. A la partie postérieure de la jambe, où le phlegmon s'était déclaré avec moins d'intensité, le tissu cellulaire était ramolli, facile à déchirer, et infiltré de sang rougebrun mêlé de pus; mais dans les autres régions le tissu cellulaire était complétement désorganisé, le pus avait fusé entre les muscles et s'était rassemblé en foyers plus ou moins considérables.

A droite, l'articulation tibio-astragalienne était ouverte et communiquait avec la plaie décrite plus haut; les muscles de la région interne et inférieure de la jambe étaient broyés, la malléole interne était brisée en plusieurs points, et le tendon du jambier postérieur complétement rompu; en outre, le péroné était fracturé comminutivement à son tiers et à son quart inférieurs.

Après avoir subi les deux opérations, le malade fut transporté dans son lit. Je lui fis administrer une infusion de thé; peu après il se manifesta de la réaction. Deux jours après l'opération, les moignons commençant à répandre une odeur fétide et les bandages étant complétement souillés, je me décidai à les enlever.

Au lieu des phénomènes inflammatoires locaux qui surviennent ordinairement après les amputations, les deux membres étaient froids à leurs extrémités; la douleur avait été remplacée par une sensation de stupeur et d'engourdissement; les tissus étaient mous, flasques, et la sensibilité abolie. Des phlyctènes remplis de sérosité roussâtre soulevaient l'épiderme, qui se détachait avec la plus grande facilité; au-dessous, la peau était terne et décolorée; dans quelques endroits, elle avait une teinte bleuâtre, livide, ardoisée. A ces modifications de sensibilité, de coloration, de consistance et de caloricité, à l'odeur particulière et caractéristique qui s'exhalait des tissus, il était évident pour moi que les deux moignons avaient été frappés de mort.

A quelle cause devons-nous attribuer cet envahissement subit de la gangrène, sans que l'inflammation soit venue concourir à sa formation? Serait-ce aux circonstances environnantes, c'est-à-dire à l'influence atmosphérique? Lorsque le malade fut opéré, il pleuvait avec abondance; mais la température était assez froide. Serait-ce à la constitution médicale? Il est vrai que notre ambulance a été, l'hiver dernier, le théâtre d'une épidémie de dyssenterie et de fièvre pernicieuse; mais aujourd'hui l'état sanitaire est assez satisfaisant. D'ailleurs, au moment même où ces deux maladies sévissaient avec le plus d'intensité, j'ai pratiqué un assez grand nombre d'opérations, presque toutes avec succès, et sans qu'aucune d'elles ait été suivie d'un accident aussi redoutable. Pourrait-on l'attribuer à la perte de sang éprouvée par le malade, à la suspension momentanée de la circulation, au défaut d'innervation, à l'ébranlement profond déterminé par la commotion? Plusieurs de ces causes réunies auraient-elles contribué à lui donner naissance? Nous l'ignorons. Tout ce que nous pouvons avancer, c'est que le malade était dans des conditions morales très avantageuses : jeune, courageux, calme d'esprit, d'une constitution robuste, n'ayant subi aucune atteinte antérieure. En outre nous avions eu soin d'opérer dans les parties saines. A droite, en particulier, l'amputation avait été pratiquée à 4 centimètres au moins au-dessus des désordres.

Quoi qu'il en soit, la gangrène étant développée, l'indication était de chercher à en borner les ravages. Tout annonçant que la réaction inflammatoire était trop faible, j'eus recours pour l'activer à une médication antiseptique : ainsi je saupoudrai les eschares avec les poudres de camphre et de quinquina mélangées, afin d'absorber les liquides qui pénétraient les parties. J'appliquai des linges fenêtrés imbibés dans une décoction de vin aromatique, dans le but d'exciter les tissus. Les compresses qui devaient recouvrir l'appareil furent trempées dans une dissolution de chlorure de chaux, que j'employai comme désinfectant, afin de neutraliser les gaz et de masquer l'odeur infecte qui s'exhalait des moignons.

Du reste, la gangrène n'avait provoqué aucun trouble marqué dans l'exercice des grandes fonctions, seulement elle avait déterminé quelques symptômes généraux d'asthénie, tels que la faiblesse générale, la pâleur de la peau et la petitesse du pouls. Aussi, loin de maintenir mon malade à un régime sévère, je préférai l'usage des toniques; je lui fis prendre des aliments substantiels, mais faciles à digérer, des boissons acidulées aiguisées avec un peu de vin. A l'intérieur j'employai une médication qui avait pour base les stimulants antiseptiques et les amers, entre autres le quinquina et le sous-carbonate de fer.

Le 18 il se développa tout autour des moignons un cercle inflammatoire d'une couleur sombre et violacée, destiné à opposer une barrière aux progrès destructeurs de la mortification. La gangrène s'étant limitée, il s'agissait de favoriser l'élimination des parties privées de vie. L'état général était assez satisfaisant; cependant les conditions asthéniques prédominaient toujours. En outre, le pus conservait de la fétidité et n'avait aucune consistance. Les parties saines voisines étaient froides et insensibles, le cercle inflammatoire tardait à se creuser; bref, le travail d'élimination paraissait languir. Je continuai donc les stimulants antiseptiques, dans la crainte que l'organisation ne restât impuissante pour cerner les parties gangrenées. Le lendemain le cercle prit un caractère inflammatoire plus tranché; sa rougeur devint plus foncée, sa tension plus considérable. Bientôt il pénétra dans l'épaisseur des parties molles et forma une solution de continuité qui s'étendit de plus en plus en profondeur. Les surfaces ulcérées sous-jacentes aux eschares devinrent le siége de douleurs extrêmement vives. Une bonne suppuration s'établit; elle s'accrut de jour en jour. Les eschares se décomposèrent, prirent une odeur fétide plus prononcée, et commencèrent à se séparer des parties saines. J'accélérai leur chute à l'aide de légères tractions exercées sur elles à chaque pansement, et le 26 quelques coups de ciseaux achevèrent de les détacher entièrement.

Comme il avait été facile de le prévoir, la chute des lambeaux entraîna une perte de substance très étendue, et laissa à découvert deux plaies considérables. La vie ne s'était pas éteinte dans les os, mais ils restaient complétement à nu. A droite, l'élimination s'était opérée d'une manière tout à fait irrégulière. Le tibia et le péroné étaient dénudés et faisaient saillie. En outre, la partie postérieure des moignons était le siége d'une excavation très profonde. A gauche les résultats étaient encore plus effrayants : la ligne qui avait séparé les parties vivantes des tissus mortifiés s'était développée régulièrement, mais les surfaces osseuses dépassaient les parties molles de 3 centimètres au moins; et si en contournant les moignons on mesurait la plaie en partant de l'extrémité des téguments et en passant par-dessus les condyles, on trouvait 12 centimètres d'avant en arrière, et 17 de gauche à droite.

Il était à présumer que la carie et la nécrose allaient s'emparer de l'extrémité des os ainsi dénudés et exposés au contact de l'air. Et quelles seraient les limites de cette nécrose? Quel temps la nature mettrait-elle à opérer la séparation des séquestres? Quels accidents consécutifs cette fâcheuse complication ne pourrait-elle pas entraîner après elle? La vie du malade était gravement compromise. Trois indications différentes se présentaient :

1° Amputer de nouveau à la partie inférieure des cuisses. Si le malade n'eût pas été dans des conditions générales tout à fait défavorables, je n'aurais probablement pas balancé à recourir à cette cruelle nécessité. En effet, on a vu le plus souvent, dans des cas analogues, la nature ne rien faire en faveur du malade ou ne travailler que fort imparfaitement pour sa guérison. Quelquefois même la cicatrice ne peut se faire, ou, dans tous les cas, elle ne s'opère qu'au moyen d'un tissu cutané de nouvelle formation, qui la rend mince, incommode, et disposée à se laisser aisément déchirer. Les malades se trouvent alors dans l'impossibilité de se servir de leurs moignons, surtout lorsque ceux-ci sont destinés à la sustentation. Mais j'avais la conviction que le malade ne pourrait résister à deux nouvelles amputations.

La seconde indication était de réséquer, d'un côté, les deux os de la jambe, de l'autre, les condyles du fémur. Je rejetai encore ce moyen, persuadé que ces résections eussent été aussi douloureuses que de nouvelles amputations. A gauche surtout j'aurais probablement été obligé, à cause du manque de téguments, de réséquer le fémur au-dessus de la rotule, et d'inciser par conséquent dans les parties molles. Je préférai donc attendre, pensant qu'une expectation bien dirigée pouvait donner au malade le temps de se remettre et d'acquérir de nouvelles forces pour pouvoir subir de nouvelles opérations, dans la supposition probable que je serais de nouveau forcé d'y avoir recours.

Je fis des pansements simples et exécutés avec promptitude, afin de préserver les plaies du contact de l'air. L'abondance de la suppuration me força de les renouveler fréquemment. Quelques jours après, suivant mes prévisions, les cartilages articulaires des condyles se ramollirent, s'érodèrent et tombèrent. Les surfaces osseuses, mises à découvert, ne tardèrent pas elles-mêmes à éprouver un commencement de carie; mais en même temps des bourgeons charnus rouges et fermes se développèrent avec rapidité sur les deux moignons. A droite, ils se répandirent d'abord sur les extrémités saillantes du tibia et du péroné. A gauche, ils prirent naissance d'une part à la partie postérieure des condyles, d'une autre part à leurs deux faces latérales. Bientôt on les vit s'étendre par des progrès successifs, et, malgré la présence de la carie, ils se réunirent comme par enchantement et recouvrirent entièrement les condyles.

A la partie inférieure et interne de la cuisse, la peau se décolla et s'ulcéra; mais, la suppuration étant de bonne nature et l'exploration m'ayant démontré que ce trajet fistuleux ne communiquait pas avec l'os, je dus attribuer cet accident au pus qui avait fusé entre les muscles. Au lieu donc de maintenir la cuisse demi-fléchie sur le bassin, je lui ménageai une position presque horizontale, et j'établis une légère compression, qui servit en outre à ramener la peau vers le centre de la plaie.

Le 10 décembre, non-seulement les surfaces osseuses étaient entièrement recouvertes, mais l'excavation qui existait à la partie postérieure du moignon droit était comblée. A gauche, le travail de régénération marchait encore avec plus de vitesse. Les bourgeons se multipliaient, acquéraient une véritable organisation, et remplirent bientôt la cavité énorme qui siégeait à la partie postérieure des condyles. Enfin, ils devinrent tellement saillants que, malgré mon désir de respecter leur développement, je fus obligé de les réprimer de temps en temps avec le nitrate d'argent.

Le malade avait maigri considérablement, mais, à mesure que le travail de bourgeonnement devint plus riche, la suppuration diminua sensiblement, et le malade reprit peu à peu de l'embonpoint.

Enfin, la surface des plaies se rétrécit et diminua d'étendue de la circonférence au centre. Les bords, tuméfiés par l'inflammation, se dégorgèrent et s'affaissèrent. Les bourgeons charnus avoisinant la peau se transformèrent en une membrane mince, continue avec elle, qui se dirigea progressivement vers le centre de la plaie. Le moignon droit fut cicatrisé le 25 mars 1847; à gauche, la cicatrisation ne fut complète que le 20 avril.

Le moignon droit conserve une forme très irrégulière; il représente un losange qui, séparé en deux parties égales par deux lignes fictives et s'entre-croisant à angle droit, donne 4 centimètres depuis la crête du tibia jusqu'à la partie postérieure du moignon, et 5 centimètres si on mesure la plaie transversalement. Par une mensuration faite au point d'adhésion de la peau avec la cicatrice du moignon gauche, on trouve que celle-ci a 30 centimètres de circonférence, et, si on mesure du même point et en passant par-dessus les condyles, on trouve 5 centimètres d'avant en arrière et 10 de droite à gauche.

Malgré l'irrégularité du moignon droit, la cicatrice est très solide, et le malade pourra très bien marcher avec un pilon ordinaire et le genou fléchi; mais à gauche, il est probable que la cicatrice sera longtemps sensible. Etant formée par la dessiccation de bourgeons charnus, elle reste adhérente aux condyles. Mais nous espérons qu'avec le temps la nature saura perfectionner son ouvrage.

Quant aux moyens de prothèse, nous croyons que, pour le moignon gauche, il vaudrait mieux, malgré son prix élevé, donner la préférence à un membre artificiel disposé de manière à emboîter le genou sans reposer sur la cicatrice. En outre, il faudrait qu'il fût confectionné de manière à fournir un point d'appui réparti à différentes hauteurs de la cuisse et sur l'ischion. Dans un mémoire qui a paru tout récemment, M. Lardrie cite des observations prouvant qu'un assez grand nombre d'amputés se trouvent très bien de l'usage de membres artificiels analogues à celui qui serait nécessaire dans cette circonstance.

Résister d'abord à deux amputations graves pratiquées le même jour et ensuite à un double travail d'élimination est un fait assez remarquable; mais ce qui recommande cette observation aux méditations des praticiens, c'est la formation d'une cicatrice aussi considérable développée sur une des articulations les plus vastes de l'économie au moyen d'un bourgeonnement assez riche et assez abondant pour recouvrir les condyles du fémur. Du reste, nous attribuons cette guérison presque miraculeuse aux ressources de la nature, à la jeunesse du malade, à l'excellence de sa constitution et surtout à son courage.

MALADIES DES YEUX. — M. DESMARRES.

Note sur la phlébotomie oculaire,

communiquée à l'Académie royale de médecine de Belgique.

Je demanderai à l'Académie la permission de lui exposer, en abrégé seulement, les résultats d'une très petite opération qui me paraît avoir en chirurgie oculaire de très heureux résultats, du moins au point de vue pratique. Il s'agit simplement de pratiquer sur l'œil, dans certaines conditions pathologiques, des scarifications ou une véritable saignée au moyen d'un instrument qui n'en est pour ainsi dire pas un, car c'est une sorte de lancette purement et simplement émoussée et fixée par un manche semblable à celui de l'aiguille à cataracte.

Les anciens avaient déjà pressenti tous les avantages qu'il y aurait à pouvoir opérer des scarifications de l'œil dans quelques conditions pathologiques; mais les applications qu'ils faisaient de ce moyen étaient fort restreintes, et ils ouvraient les vaisseaux de la surface de l'œil avec les instruments les plus vulgaires, les plus grossiers; ils se servaient même de tiges de végétaux, de rameaux de bois plus ou moins rugueux.

Je me bornerai à décrire en quelques mots le procédé que j'emploie après avoir montré l'instrument.

Je ne me sers pas ordinairement d'aide pour cela : j'écarte avec mon indicateur la paupière supérieure en la relevant, j'abaisse la paupière inférieure avec le pouce, et par une pression convenable sur l'œil je maintiens cet organe dans une immobilité convenable. Alors, armé de ce petit instrument, je fais ou des scarifications ou une saignée, selon les cas, en divisant les vaisseaux en travers. J'aurai tout à l'heure l'honneur de vous dire dans quelles conditions il est important de faire l'une ou l'autre.

Le procédé consiste, quand il s'agit de faire des scarifications, à promener l'instrument tranchant parallèlement à la cornée sur

les vaisseaux périkératiques, sur les vaisseaux d'anastomose, les vaisseaux frontières, pour ainsi dire, entre la vascularisation interne et la vascularisation externe de l'œil; on évite de presser trop fortement sur l'œil; de temps en temps, et pour un instant très court, on abandonne les paupières, on enlève quelques caillots qui se forment, et l'on obtient ainsi un dégorgement instantané et extrêmement rapide. Lorsque les scarifications doivent être répétées plusieurs fois ou portées sur des parties plus éloignées, alors il faut nécessairement éloigner davantage la paupière supérieure, quelquefois même diviser la muqueuse bulbaire plus ou moins profondément.

Quand, au contraire, on veut pratiquer ce que j'appelle la *saignée de l'œil*, il faut agir à peu près comme sur les vaisseaux du bras : on divise la muqueuse en travers en même temps que le vaisseau sous-jacent, et dans une étendue d'à peu près un centimètre. Mais il est important de choisir son lieu. Ce n'est pas du tout la même chose d'attaquer un des gros vaisseaux rampant dans le tissu cellulaire sous-conjonctival à la partie inférieure de l'œil ou de l'attaquer à la partie supérieure, et voici pourquoi : lorsque nous sommes dans l'attitude ordinaire, l'œil se dirige de préférence de haut en bas. Si l'on pratique la section transversale du vaisseau à la partie inférieure de l'œil, il en résulte que la plaie se trouve fermée à l'instant même, qu'un thrombus plus ou moins volumineux se forme, et que la saignée s'arrête. Si, au contraire, on pratique la même incision sur la partie supérieure de l'œil, sur l'un de ces gros vaisseaux parallèles au muscle droit supérieur, alors le malade regardant naturellement en bas, la plaie reste béante, et l'on peut obtenir une saignée qui va quelquefois jusqu'à quelque chose de presque incroyable sous le rapport de la quantité de sang que l'on peut obtenir.

Le fils de l'honorable président de l'Académie a vu dans ma clinique de Paris un homme qui, ayant été blessé à l'œil par un éclat de bois, et chez lequel le traitement le plus énergique n'avait pu faire tomber ni l'inflammation, ni les douleurs, dut subir la saignée de l'œil. Un gros vaisseau fut divisé en travers, à un demi-centimètre de la cornée et au-dessus de cette membrane, et le sang qui s'échappa de la plaie finit par remplir un vase contenant plus de deux onces. On a même été dans la nécessité d'arrêter par la compression cette hémorrhagie, qui aurait pu être trop considérable.

On n'obtient pas, hâtons-nous de le dire, un dégorgement aussi grand dans tous les cas où l'on applique la saignée directe de l'œil; mais lorsque le sang coule pendant deux ou trois minutes, cela suffit pour obtenir un résultat d'une grande portée dans les cas d'ophthalmie soit externe, soit interne.

Les effets physiologiques de cette opération sont si facilement appréciables que je crois inutile de fatiguer la bienveillante attention de l'Académie par des détails qui seraient sans but. Je me bornerai à dire que dans toute ophthalmie interne la douleur est le résultat immédiat de la compression des nerfs produite par l'engorgement inflammatoire, et que, la saignée dégorgeant immédiatement ces vaisseaux, incontestablement la douleur tombe à l'instant même où l'opération est pratiquée.

Bien souvent, ayant devant moi des malheureux qui souffraient horriblement, et chez lesquels les saignées et les narcotiques avaient été inutiles, j'ai eu recours à l'opération qui m'occupe, et j'ai eu la satisfaction de leur donner une longue nuit de sommeil dont ils n'avaient pu jouir depuis longtemps.

Les effets thérapeutiques de cette petite opération sont, comme les effets physiologiques, parfaitement appréciés : il s'agit d'abord d'arrêter par ce moyen le cours si rapide quelquefois de certaines inflammations qui peuvent compromettre l'œil, et contre lesquelles les moyens ordinaires demeureraient insuffisants. Supposons, par exemple, que la cornée est atteinte d'un abcès profond, aigu à sa circonférence et menaçant de la perforer. Eh bien! que pourra faire ici le traitement général, quelque énergique qu'il soit? Au contraire, si l'on divise une ou plusieurs fois les vaisseaux en communication avec la partie malade, cette partie qui est actuellement une sorte de corps étranger en voie d'élimination, on arrête positivement le mal dans son effet, et à partir de ce moment il n'est pas rare de voir l'inflammation éliminatrice s'arrêter brusquement et faire place à une inflammation purement réparatrice.

Les applications cliniques des saignées de l'œil sont excessivement nombreuses; pour ne pas abuser des moments de l'Académie, je demanderai la permission d'indiquer très succinctement les principaux cas dans lesquels j'ai cru devoir y recourir.

Les scarifications nombreuses et répétées m'ont rendu les plus grands services dans l'ophthalmie purulente. Plus le moment de l'application du moyen sera rapproché du début, plus les chances de guérir vite seront nombreuses. Admettons, par exemple, que nous soyons appelé à donner des secours à un malade dans les circonstances suivantes : la conjonctive est tuméfiée au pourtour de la cornée, c'est le début du chémosis; les paupières sont infiltrées et déjà considérablement augmentées de volume; le liquide jaune-citrin a fait place au pus que l'on voit ruisseler entre les paupières chaque fois qu'on les entr'ouvre. Appliquerai-je ici le crayon de nitrate d'argent? Non certes, car les scarifications autour de la cornée, répétées en dix ou douze endroits différents, apporteront un tel soulagement que le crayon, si souvent dangereux, ne sera pas nécessaire; j'ordonnerai des applications d'eau froide pendant deux heures et je prescrirai, indépendamment de sangsues à l'oreille, posées d'après la méthode de Gama dans les plaies de tête, des injections répétées s'il le faut toutes les demi-heures, pour entraîner le pus. Ces injections seront composées d'un astringent faible mêlé à beaucoup d'eau (un demi-gramme de sulfate d'albumine par cent grammes d'eau.)

Mais s'il s'agit d'une ophthalmie purulente plus avancée, que le chémosis soit plus considérable, que la conjonctive, au lieu d'être rouge, vascularisée, comme dans un moment plus rapproché du début, soit au contraire pâle, décolorée et de couleur en quelque sorte lardacée, une seule application des scarifications, comme le faisait Tyrrel, dans la direction des muscles droits ne suffira plus; il faudra répéter l'application du moyen autant de fois que le gonflement semblera le rendre nécessaire. On répétera donc ces scarifications deux fois par jour, et il sera surtout indispensable de les rapprocher et de les multiplier autour de la cornée et de les faire profondes pour prévenir ou arrêter l'étranglement de cette membrane.

Le scarificateur sera promené en outre sur la muqueuse palpébrale, et les petites plaies qu'il aura faites seront maintenues béantes au moyen de lotions d'eau chaude convenablement répétées.

Tout moyen chirurgical a son mauvais côté, et je le dois dire, messieurs, que celui-ci a dans ce cas l'inconvénient de produire une douleur très vive. Mais, quand on a appliqué des sangsues, saigné le malade au point de n'y plus pouvoir revenir, que la cautérisation a été faite, que des collyres ont été prescrits, qu'on a eu recours à toutes choses à l'intérieur comme à l'extérieur, et pourtant que l'ophthalmie marche et que l'œil est sur le point d'être détruit, ne vaut-il pas mieux passer outre et malgré la douleur appliquer un moyen rationnel et capable certainement de sauver la vue à un malheureux? N'a-t-on pas d'ailleurs la ressource du chloroforme? Je ne saurais dire combien de fois les scarifications m'ont réussi dans ce degré de l'ophthalmie purulente chez les adultes comme chez les nouveau-nés; je ne saurais assez les recommander.

Dans les ophthalmies externes intenses, qui se présentent sous la forme d'un abcès qui comprend le tiers ou le quart de la cornée, l'application du moyen est des plus puissants : si, écartant les paupières de la manière indiquée, on porte le scarificateur vers le sommet des vaisseaux, et si ensuite on subdivise ces vaisseaux en s'éloignant de la cornée vers le repli de la conjonctive, on arrêtera l'abcès dans son développement, et on l'empêchera ainsi et de s'avancer dans le champ pupillaire et de perforer la membrane. Peut-être faudra-t-il revenir plusieurs fois à l'opération : l'inconvénient est très probable, mais ici la douleur est beaucoup moins vive que dans le cas précédent, et d'ailleurs les scarifications sont moins nombreuses et moins étendues.

Dans la kératite vasculaire chronique, plus ou moins compliquée d'épanchements interlamellaires, on obtient des résultats véritablement surprenants. Que l'on veuille bien se retracer ces malheureux yeux dont les cornées sont si troubles qu'ils voient à peine et sur lesquels tous les moyens échouent, que rien ne modifie, ni le nitrate d'argent, ni le précipité rouge, ni le laudanum, ni le traitement interne le mieux dirigé. Eh bien! les scarifications répétées à petits coups autour de la cornée les guérissent ou les améliorent d'une façon notable et souvent inespérée. On n'attaque pas tout d'abord la circonférence entière de la cornée; on divise aujourd'hui une partie des vaisseaux seulement; le malade s'en ressent à peine; il peut à l'instant même se promener; il n'est pas le moins du monde empêché de se livrer à ses occupations. Le lendemain ou le surlendemain, selon l'état de l'œil, on pratique une nouvelle opération, et l'on y revient ainsi pendant un certain temps. Ordinairement quinze jours, trois semaines, un mois suffisent pour obtenir l'oblitération des vaisseaux et par suite la transparence de la cornée. C'est alors, quand on a obtenu beaucoup des scarifications, que les moyens ordinaires, tels que les pommades résolutives diverses, sont d'une véritable utilité.

L'application des scarifications est encore utile dans ces kératites pustuleuses que les Allemands nomment ophthalmie scrofuleuse, alors qu'une pustule vient se placer très près du centre de la cornée et menace de s'étendre en face de la pupille. Si dans un cas semblable on coupe les vaisseaux conjonctivaux en deux ou trois endroits près de la cornée, l'état inflammatoire tombe, l'épanchement kératique se résorbe et la portion de cornée dont la transparence était menacée demeure parfaitement nette.

Dans les ophthalmies internes, la saignée et au besoin les scarifications offrent des résultats plus immédiats encore.

Dans les iritis aiguës accompagnées des douleurs les plus intenses, la saignée, seule ou aidée des scarifications, enraye pour un temps plus ou moins long l'inflammation, mais fait tomber immédiatement la douleur. C'est souvent un moyen de guérison puissant, mais souvent aussi ce n'est qu'un temps d'arrêt pendant lequel les médicaments internes auront plus de prise sur le mal. J'ai vu des cas d'iritis dans lesquels les saignées locales ordinaires, les saignées générales, l'opium, la belladone ne pouvaient rien contre la douleur, et que la saignée directe améliorait en un instant. Dans ces conditions, certainement cette petite opération occasionne une vive douleur, mais cette douleur est rapide, et le malade est soulagé d'une façon si complète et si immédiate qu'il demande l'application du même moyen dès que les douleurs reparaissent avec leur intensité.

Il est inutile de dire, je pense, que dans ces cas la saignée n'est qu'un moyen auxiliaire et que le traitement général doit être appliqué dans toute sa rigueur.

Dans les choroïdites à forme névralgique, qui ne laissent point de repos au malade et à la suite desquelles surviennent des dégénérescences glaucomateuses, la section en travers d'un gros vaisseau au lieu d'élection suffit encore pour faire tomber immédiatement la douleur.

Dans le cancer de l'œil, j'ai été à même une seule fois de constater la puissance de ce moyen contre la douleur.

Un jeune homme était atteint d'un encéphaloïde de la rétine renfermé encore dans la sclérotique. Des douleurs atroces le jetaient dans le plus déplorable état, et pourtant il ne consentait pas à permettre l'extraction de l'organe malade. Je lui proposai la saignée de l'œil, qu'il accepta, et je divisai un vaisseau placé à la partie supérieure, qui donna beaucoup de sang. Le soulagement fut aussi rapide que complet toutes les fois que je revins à cette opération. Mais je finis par convaincre le malade, et l'extraction de l'œil fut pratiquée plus tard.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Des inhalations du chloroforme dans la pneumonie.

Les journaux allemands ont publié dans ces derniers temps plus de 200 cas de pneumonie traités par les inhalations du chloroforme. Or, bien loin d'être contre-indiqué dans les cas de phlegmasie pulmonaire, comme on l'avait pensé jusqu'ici, le chloroforme semblerait au contraire, d'après ces faits, modifier d'une manière favorable le procès inflammatoire du poumon. En effet, il résulte de ces observations publiées que, sur 193 cas traités par les docteurs Wachner, Baumgartner, Helbnige Schmit, il n'y a eu que 9 morts. Sur 23 cas rapportés par le docteur Wawentrapp, de Francfort, 19 ont été traités exclusivement par le chloroforme, et un seul a succombé.

Toutes les deux ou trois heures on faisait respirer au malade les vapeurs de 60 gouttes de chloroforme pendant dix ou quinze minutes, mais sans arriver jusqu'à la perte complète de connaissance. Tous les malades étaient d'un âge adulte et arrivés pour la moyenne au cinquième jour de la maladie. Dans tous on a remarqué que le chloroforme avait pour effet de déterminer la transpiration; quelquefois même la première inhalation suffisait pour provoquer ce phénomène, qui ne manquait jamais de se présenter du reste après le troisième ou quatrième jour. Il diminuait graduellement et faisait enfin disparaître la douleur locale; il calmait cette anxiété thoracique si fatigante, ramenait la respiration à son type normal, apaisait la toux toujours, facilitait l'expectoration en la rendant moins abondante; enfin, il mettait rapidement un terme à la réaction fébrile et provoquait un sommeil réparateur trois ou quatre jours après que les inhalations étaient commencées.

Emploi de la levure de bière dans les éruptions furonculeuses.

On lit dans le journal anglais *The Lancet* que M. Masse a depuis huit ans recours avec un grand avantage à la levure de bière contre les éruptions furonculeuses, qui sont très fréquentes dans les contrées occidentales de l'Angleterre. Il administre cette substance à la dose d'une cuillerée à soupe délayée dans l'eau trois fois par jour. (*Journ. des connaiss. méd.-chirurg.*)

CORRESPONDANCE.

A M. le Rédacteur de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Montpellier, le 14 février 1853.

Monsieur le Rédacteur,

Je vous prie d'avoir l'obligeance de vouloir bien insérer dans votre estimable journal un avis conçu dans les termes suivants :

« La Faculté de médecine de Montpellier va s'occuper de la formation d'une liste de candidats pour la chaire d'anatomie vacante dans son sein; les docteurs en médecine qui voudraient y être portés sont invités à envoyer leur demande et leurs titres au doyen de la Faculté avant le 7 mars prochain. »

Agréez, etc. J.-E. BERARD,
Doyen de la Faculté de médecine de Montpellier.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Un décret autorise l'Académie impériale de médecine à accepter la donation qui lui est faite par M. Nadau, demeurant à Tonneins, d'une somme de 3,000 fr., pour être donnée en prix, dans le cours de l'année 1853, aux médecins ou professeurs qui auront fait le meilleur cours d'hygiène en vingt-cinq leçons, conformément au programme arrêté par l'Académie.

— Une ordonnance du préfet de police, en date du 7 février, rappelle les noms des membres composant les commissions d'hygiène publique et de salubrité du ressort de la préfecture. Voici les noms des membres qui tiennent au corps médical :

1er arrondissement : MM. Raymond fils, Neboux, D.-M.; Hottot, pharmacien; Bouley fils, vétérinaire.

2e arrondissement : MM. Mancel, Cazales, D.-M.; Vuaflard, pharmacien; Leblanc, vétérinaire.

3e arrondissement : MM. Braives, Bergeron, D.-M.; Guillemette, pharmacien; Lamare, vétérinaire.

4e arrondissement : MM. Léger, Cordier, D.-M.; Bernard-Derosne, pharmacien; Bareswille, chimiste.

5e arrondissement : MM. Marc-Moreau, Patin, Thibaut, D.-M.; Vée, pharmacien; Valtat, vétérinaire.

6e arrondissement : MM. Gaide, Escoffier, D.-M.; Naveteur, pharmacien; Bouley, vétérinaire.

7e arrondissement : MM. Duparcq, Patissier, D.-M.; Decaye (démissionnaire), remplacé par M. Morize, pharmacien.

8e arrondissement : MM. Maubec, Vigués fils, D.-M.; Léance, pharmacien; Siviende, vétérinaire.

9e arrondissement : MM. Jouenne, Charpentier, D.-M.; Habert oncle, pharmacien; Moutonnet, vétérinaire.

10e arrondissement : MM. Bouchut, Delpech fils, D.-M; Robiquet, pharmacien; Prétot, vétérinaire.

11e arrondissement : MM. Duchesne (nommé membre du Conseil d'hygiène), remplacé par M. Houël, Hillairet, D.-M; Blondeau père, pharmacien; Charrière, fabricant d'instruments de chirurgie.

12e arrondissement : MM. Michon, Bassereau, D.-M.; Dublarie, pharmacien.

Arrondissement de Saint-Denis : MM. Leroy-Desbarres, médecin à Saint-Denis; Fouchard de Lavoreille, D.-M. à Batignolles; Léonard, pharmacien à Puteaux; Granet, vétérinaire à la Villette.

Arrondissement de Sceaux : MM. Thore père, médecin à Sceaux; Bourdin, docteur à Choisy-le-Roi; Deschamps, pharmacien à Saint-Maurice; Renault, directeur de l'École vétérinaire à Alfort.

Arrondissement de Saint-Cloud, Sèvres et Meudon : MM. Obœuf, D.-M. à Meudon; Baduel, docteur à Sèvres; Petit, pharmacien à Saint-Cloud; Huet, vétérinaire à Sèvres.

— On annonce un nouveau cas de mort à la suite de l'emploi du chloroforme dans une extirpation de loupe au visage. Le sujet est un jeune faïencier de la rue Laffitte.

— On écrit d'Alger, à la date du 10 février : M. le préfet, accompagné de M. le maire et d'une partie des autorités civiles, a présidé à l'installation de l'hospice des Vieillards, que l'autorité a eu l'heureuse idée de placer à Mustapha, sur un terrain planté d'arbres et où l'eau est très abondante.

A la suite de l'inauguration, un déjeuner de trente couverts a eu lieu, dans la salle de la mairie, et plusieurs toasts ont été portés.

Au nombre des pensionnaires à qui l'hospice des Vieillards d'Alger sert déjà d'asile, on remarque deux pauvres femmes, autrefois vivandières, débarquées en 1830 avec l'armée; l'une est presque centenaire, et sa compagne est âgée de 85 ans. (*Akhbar.*)

ERRATUM. — Dans le mémoire de M. le docteur Rousse sur le goître (no du 10 février), on a indiqué par erreur la population d'Asté comme étant de 270 âmes; elle est de 830.

LE SOURD.

Paris. — Typographie de PLON frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 22. — MARDI 22 FÉVRIER 1853. (26e ANNÉE.) N° 22. — MARDI 22 FÉVRIER 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE.	Trois mois	8 fr. 50 c.
	Six mois	16 »
	Un an	30 »
GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES.	Trois mois	9 fr.
	Six mois	17
	Un an	33
ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR.	Trois mois	10 fr.
	Six mois	20
	Un an	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

PARIS, LE 21 FÉVRIER 1853.

De l'hygiène des enfants

DEPUIS LA NAISSANCE JUSQU'A L'ÉPOQUE DU SEVRAGE.

(Quatrième article.)

5° *A quel genre d'allaitement, en dehors de celui fourni par la mère, doit-on donner la préférence?*

On distingue cinq espèces principales d'allaitement :

1° L'allaitement maternel ;
2° L'allaitement mixte ;
3° L'allaitement par nourrices ;
4° L'allaitement par les femelles d'animaux ;
5° L'allaitement artificiel.

1° Nous avons parlé déjà longuement de l'allaitement maternel. Nous avons dit que, sauf certaines contre-indications qu'il fallait chercher à restreindre le plus possible, on devait lui accorder la préférence. Nous n'y reviendrons pas. Mais il est des cas assez nombreux où l'on est obligé de renoncer à cette alimentation naturelle, soit à cause de la santé de la mère, soit par suite de l'absence ou de l'insuffisance de son lait. Il faut alors avoir recours à l'une des autres espèces d'allaitement, que nous allons rapidement passer en revue, nous proposant de nous arrêter tout spécialement sur les nourrices, sur les qualités essentielles qu'elles doivent présenter, et sur les défauts qui forcent à les refuser.

2° *Allaitement mixte.* — C'est celui qui consiste dans l'usage de quelques autres aliments joints au lait de la mère quand il ne peut suffire à l'enfant.

Le médecin, à cet égard, se trouve consulté par deux espèces de femmes bien différentes; les unes qui, en demandant à nourrir, ne s'en soucient guère cependant, et ne font que céder à un sentiment de bienséance; les autres qui, poussées par l'amour maternel le plus vif, sont décidées à faire les plus grands sacrifices pour accomplir ce devoir, qui leur est si cher.

Aux premières, le médecin refusera ce à quoi elles tiennent peu, du reste; elles ne feraient jamais que de mauvaises nourrices. Quant aux secondes, au contraire, à moins que le lait ne soit en quantité très minime, on peut leur laisser leur enfant; par les soins dont elles l'entoureront, elles compenseront l'insuffisance du lait. D'ailleurs, pendant les premiers temps l'enfant n'a besoin que de peu de nourriture, et il est rare que la mère ne puisse la lui fournir.

Lorsqu'on se décide à ce genre d'allaitement, il faut y habituer l'enfant de bonne heure. Dès les premières semaines, on fera prendre un peu de lait de vache ou de chèvre, en ayant soin d'observer certaines précautions que nous signalerons plus loin; on pourra donner beaucoup plus tôt que dans l'allaitement maternel des bouillies et des panades, et vers le quatrième ou le cinquième mois l'estomac de l'enfant sera assez fort pour digérer de petits potages féculents. Aussi sera-t-il possible, dans la plupart des cas, de précipiter le sevrage et de le faire du huitième au dixième mois.

« L'allaitement mixte ainsi entendu, dit M. Cazeaux, » et continué jusqu'à l'âge de dix mois ou un an, est » certainement préférable à l'allaitement purement arti- » ficiel. J'avoue même que, lorsque les mères sont obli- » gées d'éloigner leurs enfants pour les confier à une » nourrice étrangère, le défaut de surveillance des pa- » rents expose à tant d'inconvénients, que je préfère » encore l'allaitement mixte à l'allaitement par une nour- » rice plus ou moins éloignée de la famille. La mère ne » pourrait-elle donner à teter que deux ou trois fois par » jour, que je lui conseillerais de garder son enfant au- » près d'elle. »

3° *Allaitement par nourrices.* — Voilà encore une des questions les plus délicates que le médecin ait souvent occasion d'examiner dans sa pratique; c'est celle qui engage le plus sa responsabilité, et qui peut avoir à la fois pour l'enfant et pour lui les conséquences les plus grandes, funestes ou avantageuses. Il ne saurait donc s'entourer de trop de lumières, se livrer à des investigations trop minutieuses et trop répétées avant de formuler une réponse, encore une fois, aussi grave et aussi importante.

Déjà, dans les articles qui précèdent, il trouvera quelques éléments de solution. Ainsi, à cette première question : La mère peut-elle nourrir son enfant, et vaut-elle mieux pour cela qu'une nourrice? il sera en mesure de répondre, selon la santé de la mère, la quantité et les qualités du lait, par la négative ou l'affirmative.

Il est décidé qu'on aura recours à une nourrice; il s'agit maintenant d'indiquer à quel examen celle-ci doit être soumise pour que le médecin puisse se prononcer sur son compte.

Il est évident que non-seulement il faut demander à une nourrice les qualités que nous avons dû rechercher chez une mère, mais se montrer plus exigeant encore pour la première. Ainsi le lait devra être riche, abondant, les mamelles devront être bien développées, fermes, surmontées d'un mamelon bien formé et un peu long. Nous sommes entré à cet égard dans des détails qui nous dispensent d'y revenir. Nous recommandons seulement de tenir avec une nouvelle rigueur aux qualités que nous avons indiquées comme indispensables.

Mais cet examen ne saurait suffire, non plus que l'exploration de la bouche, des dents, des ganglions cervicaux et même inguinaux, l'examen des organes thoraciques et abdominaux; et c'est cependant à peu près tout ce que peut se permettre le médecin. Il serait utile d'examiner les parties génitales, et voici sur ce point important de la question ce que pense un homme qui fait autorité dans la science, et que nous avons déjà si souvent cité :

« Exiger d'une nourrice, dit M. Cazeaux, qu'elle se » soumette à un examen complet des parties génitales, » à l'introduction du spéculum, indispensable pour » porter un diagnostic rigoureux, c'est presque certai- » nement s'exposer à un refus. Peut-être l'obtiendrait-on » de certaines femmes éhontées, ou de malheureuses à » qui la faim ne permettrait de rien refuser; mais je » suis convaincu qu'on échouerait avec ces bonnes et » honnêtes nourrices de la campagne dont la vie simple » est étrangère au dévergondage des villes. L'autorité » seule pourrait exiger cet examen, en le confiant ex- » clusivement à un médecin qui serait chargé de les » examiner toutes. Ces pauvres femmes n'auraient au » moins qu'à subir une simple visite. Mais qu'on n'ou- » blie pas qu'à Paris en particulier une femme, avant » d'être agréée par un médecin, est présentée souvent » à dix familles différentes. Il faudrait donc qu'elle su- » bît dix fois cet examen. Il est évident que cela n'est » pas possible, et si cela était, j'accorderais diffici- » lement ma confiance à la femme qui s'y serait sou- » mise; car, si j'avais quelques garanties de sa pureté » physique, j'aurais certes quelques doutes sur ses qua- » lités morales. Et puis d'ailleurs cet examen sera-t-il » toujours tellement concluant qu'on puisse d'une ma- » nière absolue rassurer les familles? Sans doute, dans » la plupart des cas, on pourra certifier qu'il n'existe » pas actuellement de symptômes de syphilis; mais le » présent garantira-t-il le passé? Les symptômes locaux » disparaissant, ne reste-t-il pas l'infection générale, qui » tôt ou tard pourra révéler son existence? L'examen, » comme on le voit, fût-il toujours possible, pourrait » parfois laisser échapper la trace d'une syphilis ré- » cente, et n'apprendrait rien, ou peu de chose sur les » antécédents. Je pense donc, avec M. Donné, que cet » examen serait utile, et je serais assez disposé à éveiller » la sollicitude de l'autorité sur la création d'une ins- » pection médicale des nourrices; mais, dans l'état ac- » tuel des choses, je crois impossible d'exiger indivi- » duellement cet examen complet. »

Après donc s'être assuré de l'intégrité de toutes les fonctions, de l'absence des signes extérieurs et faciles à constater de la diathèse scrofuleuse ou syphilitique, de la bonne qualité et de l'abondance du lait, on devra tenir compte aussi de l'âge, du caractère et de quelques autres circonstances.

Ainsi donc on donnera la préférence aux femmes de vingt à trente ans; à celles qui, ayant déjà en un ou

---

FEUILLETON.

Association des médecins du département de la Seine.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE.

Nous recevons à l'instant le compte-rendu lu par le secrétaire général, M. le docteur Perdrix, dans la séance du 6 février de l'Association, et nous nous empressons de donner à ce document la publicité que mérite une œuvre utile. Cette séance a été remplie en grande partie par la lecture de la lettre adressée par M. Orfila à MM. les membres de la commission générale, et dans laquelle, après avoir rappelé les services rendus par l'Association, il annonce le don qu'il a cru devoir lui faire d'une inscription de 400 fr. de rente (3 pour 100, représentant la somme de 11,200 fr. (à 84 fr., prix d'achat). Cette rente, transférée à l'Association, devient désormais sa propriété.

Il est une autre disposition prise par M. Orfila, qui pourrait bien devenir un élément de plus de prospérité pour la caisse de l'Association. En effet, au moment où M. Orfila dotait avec munificence les élèves, ainsi que plusieurs établissements, il fondait deux prix; l'un de 2,000, à l'Académie de médecine, l'autre de 1,000 fr., à l'Ecole de pharmacie, avec la condition que les sommes affectées aux deux prix seront versées dans la caisse de l'Association, toutes les fois que ces prix n'auront pas été décernés après deux remises successives au concours des questions proposées. C'est une éventualité de 9,000 fr. en faveur de l'Association. Quelle que soit l'approbation que nous ayons à donner à cette œuvre de bienfaisance, l'intérêt de la science nous force à désirer que les questions posées n'offrent pas des *difficultés* telles qu'on soit exposé à ne pas les voir résoudre par les concurrents. C'est un vœu que nous formons dans un but d'utilité générale, et que nous prions l'Association de ne pas prendre en mauvaise part.

Quoi qu'il en soit, le don de M. Orfila est venu à propos. L'Association avait perdu au commencement de 1852, par la conversion de la rente 5 pour 100 en 4 1/2 pour 100, 415 fr. de rente; ce déficit est heureusement comblé par la générosité de M. Orfila.

L'Association s'est montrée reconnaissante de la sollicitude de son honorable fondateur, et a décidé qu'une souscription serait ouverte pour lui offrir un tableau représentant *l'Association secourant les veuves et enfants des médecins morts pauvres au service de l'humanité.*

Les éloges que méritaient des actes de munificence si honorables n'ont pas manqué à M. Orfila; la presse a été unanime dans ses félicitations et ses remercîments, et le corps médical tout entier a battu des mains. Cette douce récompense excitera dans son cœur un sentiment de satisfaction d'autant plus durable que les remercîments seront faits avec plus de réserve, et qu'aucun larmoiement, aucune adulation factices ne viendront se mêler à l'approbation donnée avec dignité à un acte honorable.

« L'Association, dit M. Perdrix, possédait au commencement de l'année 1852 une rente de 4,150 fr. 5 p. 100 sur l'État; son revenu ayant subi, par la conversion du 5 p. 100 en 4 1/2, une réduction de 415 fr., ne s'élevait plus qu'à 3,735 fr. La société a acheté dans le cours de l'année 215 fr. de rentes 3 p. 100, qui, ajoutés à la somme que je viens d'indiquer, donne un total de 3,945 fr. de rente. En ajoutant à cette dernière somme la rente 3 p. 100 de 400 fr. donnée par son honorable président, M. Orfila, l'Association se trouve aujourd'hui en possession d'un revenu de 4,350 fr.

» Je place ici sous vos yeux le fableau de la situation de la caisse du 1er janvier au 31 décembre 1852, dressé par M. le trésorier. Qu'est-il besoin, messieurs, de vous rappeler avec quelle exactitude et quel dévouement M. le docteur Vosseur dirige vos finances depuis quinze ans? L'Association apprécie trop les résultats obtenus et les services rendus par son honorable trésorier, dont les fonctions viennent d'expirer, pour ne pas lui donner aujourd'hui un nouveau témoignage de sa gratitude et de sa confiance.

SITUATION DE LA CAISSE DU 1er JANVIER AU 31 DÉCEMBRE 1852.

Recettes.	fr. c.
» Le 1er janvier 1852, en caisse.	1,375 00
» Cotisations.	5,460 00
» Dons et admissions.	3,239 00
» Cinq dons.	275 00
» Rentes, deux semestres.	3,877 50
	14,226 50
Dépenses, emploi.	fr. c.
» Secours aux personnes étrangères à l'Association.	1,335 00
» Sommes allouées à 7 sociétaires et à 8 veuves de sociétaires.	6,480 00
» Dépenses de gestion, imprimés, etc.	739 80
» Achat de 215 fr. de rentes 5 p. 0/0.	5,321 70
	13,876 50
Balance.	fr. c.
» Recettes.	14,226 50
» Dépenses, emploi.	13,876 50
» Reste.	350 00
» Le 1er janvier 1853, il reste en caisse.	350 00

plusieurs enfants, savent les soins qui leur conviennent; à celles qui par leur caractère, leurs manières, leur intelligence, et même par leur figure plaisent à la mère et peuvent être agréables à l'enfant. On comprend qu'il est essentiel qu'il existe de la sympathie entre ces trois êtres, autrement la santé de l'enfant pourrait en souffrir.

Si la quantité et la qualité du lait constituent dans la question qui nous occupe un élément fort important, et si en somme la meilleure façon de les apprécier c'est d'examiner l'état physique de l'enfant de la nourrice, l'âge du lait doit être pris également en très sérieuse considération.

Il faut que la nourrice soit accouchée au moins depuis deux mois pour qu'elle se soit complétement reposée de ses fatigues. C'est à partir de ce moment que le lait présente toutes les qualités pour un enfant étranger. Mais bientôt ce liquide s'altère et ne présente plus les propriétés qui conviennent au jeune organisme auquel il est destiné; aussi est-ce à un lait de deux à six mois qu'on accordera en général la préférence.

Quant à l'assertion des nourrices qui prétendent, quand elles prennent un autre nourrisson après avoir allaité déjà pendant un an ou quinze mois, que le lait se renouvelle sous l'influence d'un nouveau-né, elle ne saurait être prise au sérieux par le médecin.

L'enfant ne sera pas présenté immédiatement au sein de la nourrice. Pendant vingt-quatre heures environ on lui fera boire seulement de l'eau sucrée ou miellée, et même quelques cuillerées à café de sirop de chicorée pour déterminer l'expulsion du méconium; puis on lui donnera le sein. Pendant les premiers jours, outre le lait de la nourrice, on lui fera prendre encore un peu d'eau sucrée. Ces précautions sont nécessaires, surtout lorsque l'enfant est un peu faible et que le lait de la nourrice est déjà un peu âgé.

On est parfois obligé de changer de nourrice. C'est un événement qui cause généralement dans les familles beaucoup d'émoi et dont on s'exagère l'importance. Ce changement, pourvu qu'on trouve une nourrice convenable, ne peut avoir aucune conséquence fâcheuse pour l'enfant. Seulement parfois ce dernier témoigne beaucoup de répugnance à prendre le sein d'une autre nourrice; il faut alors le lui présenter dans l'obscurité, après l'avoir laissé sans teter pendant quelque temps.

4° *Allaitement par une femelle d'animal*, chèvre, brebis, ânesse ou vache. — C'est la chèvre dont on se sert le plus souvent. Ce genre d'allaitement, s'il est très usité dans quelques pays, est à peine employé à Paris et dans la plus grande partie de la France.

« Ce mode d'allaitement, dit Desormeaux, nécessite » dans les commencements beaucoup de soins et d'attention pour présenter la mamelle au nouveau-né. La » pétulance et l'impatience de l'animal exposeraient, en » effet, à de nombreux accidents; mais au bout d'un » certain temps la chèvre vient d'elle-même offrir sa » mamelle à l'enfant. »

5° *Allaitement artificiel*. — C'est, de tous, le plus mauvais dans les grandes villes, où il est si difficile de se procurer de bon lait, provenant de vaches bien portantes. A la campagne, où ces mauvaises conditions n'existent pas, il peut, dans certains cas, remplacer avantageusement le lait de la mère.

Le lait de vache, qu'on emploie d'habitude, est trop chargé d'éléments nutritifs pour l'enfant qui vient de naître; il faut le couper avec de l'eau, ou mieux avec une décoction d'orge ou de gruau. Pendant la première semaine, la proportion d'eau sera des trois quarts; pendant les premiers mois de moitié, puis d'un quart jusqu'au sixième mois, époque à laquelle on le donnera pur.

Comme les boissons doivent être prises tièdes, et qu'il ne faut pas faire bouillir le lait, dans la crainte de lui faire perdre son arome et l'air qu'il contient, on aura soin de ne le préparer qu'à mesure du besoin et de le faire chauffer au bain-marie.

Enfin, quoique tout le monde connaisse à peu près le biberon qui sert à ce genre d'allaitement, nous croyons convenable de reproduire ici les précautions que M. Cazeaux conseille dans son emploi :

« Le biberon auquel je donne la préférence consiste » en une fiole à médecine de la contenance de 120 gr.; » on introduit dans le goulot une éponge taillée exprès, » et qui le dépasse de 2 à 3 centimètres, et l'on coiffe » le tout d'un morceau de mousseline que l'on fixe au » moyen d'un fil. Le fil doit en outre servir à serrer » modérément l'éponge à sa sortie du goulot de la bouteille, pour ralentir l'écoulement du liquide. On doit » avoir soin de tenir constamment l'éponge, l'étoffe et » le fil dans de l'eau fraîche et propre, et avant de s'en » servir il faut y faire passer et en exprimer un peu de » lait pour chasser l'eau froide et la remplacer par du » lait tiède.

CH. B.

Sur le rapport de M. Bouchardat.

LE DÉCRET DU 3 MAI 1850.

Lisez le décret du 3 mai 1850 ! s'est écrié, dans la dernière séance de l'Académie, l'honorable M. Londe, qui exprimait par cette demande le désir de la plupart de ses collègues. Quel est donc l'objet de ce décret? Disons-le pour qu'il n'y ait pas de surprise, disons-le pour éviter un déni de justice.

Le décret du 3 mai 1850 dispose que tout remède reconnu nouveau et utile par l'Académie, et dont la formule aura été publiée dans son *Bulletin*, transformé ainsi en une sorte de moniteur médical, cessera d'être considéré comme remède secret et pourra être regardé comme inscrit au *Codex*. Avant ce décret, il résultait de la loi du 21 germinal an XI et de la jurisprudence de la cour de cassation que tout remède nouveau, même le plus efficace et le plus CONNU, restait remède SECRET, *entre deux éditions du Codex*, et ne pouvait être vendu sans infraction; or la dernière édition du *Codex* date de 18 ans! Les inconvénients d'un pareil état de choses avaient depuis longtemps frappé les esprits, et le décret du 3 mai 1850 a donné satisfaction à un besoin aussi légitime que général.

Le soin d'examiner l'opportunité des additions au *Codex* est confié par l'Académie à une commission qu'elle choisit parmi ses membres les plus compétents en pareille matière. C'est par conséquent à cette commission qu'a été renvoyée la demande de M. Aubergier dont nous avons parlé, tendant à ce que le décret du 3 mai 1850 soit appliqué au *lactucarium* et à l'opium indigène préparé avec le pavot pourpre, produits qui ont été déjà l'objet de rapports très favorables à l'Académie.

La commission s'est prononcée *unanimement* en faveur de cette demande; et ici il y a eu véritablement délibération, nous voulons dire délibération collective : ce n'est pas, comme il arrive souvent, le rapporteur qui a délibéré avec lui-même.

Les motifs de la commission ont été exposés par M. Bouchardat avec sa lucidité habituelle, distinctement pour les deux produits.

En ce qui touche le *lactucarium*, suc laiteux de la laitue préparé par incisions, on ne croyait pas qu'il fût possible de l'obtenir en grand, et c'est pourquoi la thridace, extrait de laitue montée, a été inscrite au *Codex*. Aujourd'hui que M. Aubergier a réalisé pour le *lactucarium* ce que l'on croyait impossible; aujourd'hui qu'un membre de l'Académie, M. Chevallier, a vu pratiquer et décrit dans le *Bulletin de l'Académie* les procédés de M. Aubergier, il faut donner au *lactucarium*, dans le *Codex*, la place qui lui appartient. Voilà ce que dit la commission avec toute raison. Cette conclusion reçoit une grande autorité de la présence dans la commission du chimiste habile auquel le docteur François avait fait appel pour donner la formule de la thridace, et qui rend justice, avec la bonne foi du véritable savant, au progrès qu'un autre a pu réaliser dans des conditions plus favorables que celles dans lesquelles il s'était trouvé lui-même.

Venons maintenant au second produit de M. Aubergier.

L'opium exotique présente malheureusement les variations les plus fâcheuses dans sa composition, et il en serait probablement de même de l'opium indigène si l'on ne prenait soin de désigner la variété de pavots qui le fournit. Sans cette précaution on donnerait, sous le nom générique d'opium indigène, de l'opium de pavots blancs riche à 5 0/0 de morphine, de l'opium de pavots pourpres riche à 10, et de l'opium de pavots œillette riche à 22. On comprend de reste ce qu'une telle confusion offrirait de dangers. La nécessité de désigner nominativement l'opium indigène de pavots pourpres est donc évidente. Ainsi l'a pensé la commission, très sensément.

Tirant parti de l'heureuse concordance que la composition de l'opium indigène de pavots pourpres présente avec le système décimal, M. Aubergier propose d'employer ce produit sous des formes pharmaceutiques différant de celles qui sont actuellement inscrites au *Codex*, et dans lesquelles on adopterait toujours une proportion décimale. De cette manière, une préparation qui contiendrait un dixième d'opium contiendrait un centième de morphine, un centième d'opium donnerait un millième de l'alcaloïde, etc. Il est impossible de contester la nouveauté de ce point de vue, et l'utilité de son application.

L'Académie, en votant sur le précédent rapport de M. Bouchardat, relatif aux travaux si méritoires de M. Aubergier, s'est pour ainsi dire engagée. En repoussant les conclusions du nouveau rapport, elle semblerait se déjuger. L'adoption des prémisses commande l'adoption des conséquences. L'Académie a été unanime à reconnaître l'importance du double service rendu à la science et au pays par M. Aubergier; rarement on a entendu un tel concert d'éloges sur les travaux et le caractère d'un homme soumis au jugement d'une compagnie savante; toutes les voix se sont élevées pour demander qu'il fût dignement récompensé. Et on lui refuserait la plus simple de toutes les récompenses, l'avantage de voir figurer ses formules au *Codex!* L'Académie a demandé au ministre toute sa bienveillance en faveur de M. Aubergier, et ce qu'elle peut faire *proprio motu*, elle ne le ferait pas! Dans quelle position placerait-elle donc le ministre vis-à-vis de M. Aubergier et vis-à-vis d'elle-même? Quelle serait la réponse qu'il pourrait lui faire? Ce n'est pas seulement de M. Aubergier que nous sommes préoccupé; nous le sommes également de l'Académie, dont les intérêts nous sont chers. Depuis bientôt trois ans que l'application du décret du 3 mai 1850 est confiée à l'Académie, il n'a pas été fait *une seule addition* au *Codex*. Nous regretterions que l'Académie se dessaisit, en refusant de l'exercer, d'une attribution que l'intérêt général veut qu'elle conserve, et qui ne saurait être placée entre des mains offrant autant de garanties.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. GENDRIN.

Leçons sur l'hystérie (1).

Dans la dernière séance, j'ai surtout insisté sur les phénomènes continus que présentent les malades affectées d'hystérie, et qui sont appréciables à nos moyens physiques d'exploration comme ceux qui s'établissent dans la sensibilité de la surface tégumentaire et des surfaces accessibles à notre examen, tels que les commencements des muqueuses, le pharynx, le vagin.

Pour comprendre la description des formes les plus communes de l'hystérie, joignez à ces phénomènes continus des paroxysmes d'accidents nerveux convulsifs, qui présentent d'habitude la même physionomie quand ils sont à forme clonique.

Sans cause extérieure appréciable, ou le plus souvent sous l'influence de causes même très faibles venues du dehors, un bruit subit, une odeur désagréable, une contrariété modérée, le sujet éprouve une sensation de pression à la région épigastrique; puis cette sensation, partant ainsi de l'appendice xyphoïde, remonte sous le sternum et s'arrête à la base du cou, où elle donne un sentiment de constriction. Presque aussitôt la malade se lève sur son séant, porte ses bras en avant et en dehors comme pour élargir ses muscles pectoraux, et se renverse un peu en arrière pour faire entrer dans sa poitrine la plus grande quantité d'air possible; l'inspiration est suivie d'une expiration bruyante saccadée au milieu de laquelle le sujet fait entendre quelques cris, puis se renverse tout à fait en arrière, porte par saccades le corps à droite et à gauche, lance les bras autour d'elle, semble chercher des points d'appui sur le mur, sur les objets environnants, jette les jambes de côté et les roidit comme pour imprimer par le talon un point d'appui à tout son corps; le cou est gonflé, la face injectée et vultueuse, le corps roidi au point de prendre dans sa totalité la forme d'un arc de cercle : voilà l'ensemble des accidents cloniques que l'on peut observer dans les attaques d'hystérie les plus fréquentes. Les alternatives de reproduction et de cessation de ces accidents plus ou moins répétées mesurent la longueur de l'attaque. Il en est chez qui ces accidents persistent pendant une demi-heure, même une heure; mais le plus souvent leur durée est de quelques minutes, puis le relâchement s'établit dans les muscles du tronc, la malade s'affaisse sur son lit, reste sans connaissance, les yeux fermés. Les inspirations sont longues, les expirations entrecoupées, comme se faisant en plusieurs fois et entremêlées de cris; mais il n'y a plus de mouvements convulsifs des membres.

On peut diviser ces attaques hystériques en deux stades : le premier stade, constitué par les mouvements convulsifs, le renversement du tronc en arrière, les alternatives d'inspiration profonde et d'expirations saccadées avec cris, la perte de connaissance et l'injection de la face; le second sera constitué par la période pendant laquelle il n'y aura pas de convulsion, par le relâchement des muscles, la respiration spasmodique, la perte de connaissance, la malade restant les yeux fermés.

Les variétés sont nombreuses dans les attaques; mais les caractères les plus saillants qui les distinguent se tirent de la longueur du stade. Pour le premier stade, la durée du plus long ne dépasse pas une heure; quelques malades même n'ont que deux ou trois mouvements spasmodiques, à peine une minute de renversement du corps en arrière, puis elles tombent dans l'affaissement. La durée du second stade est variée, et peut aller jusqu'à un demi-jour et même un jour tout entier; mais, en général, il se termine après une heure ou deux.

Les malades sortent de leur accès sans se rappeler les différentes circonstances de cet accès; elles se rappellent tout au plus les prodromes qu'elles ont éprouvés, mais non d'une manière constante. C'est que l'attaque d'hystérie a fréquemment des prodromes; assez souvent les sujets éprouvent des douleurs de tête, des dou-

(1) Suite. — Voir le numéro du 15 février.

» Les versements et recouvrements des cotisations se sont faits généralement d'une manière satisfaisante tant par l'empressement spontané des sociétaires que par les soins de M. le trésorier et l'active intelligence du receveur.

» Les cotisations de plusieurs sociétaires décédés continuent à être versées dans la caisse de la Société par les parents de nos regrettables confrères.

» Madame veuve Blandin a envoyé la cotisation de son mari, 25 fr.

» Madame Bourgeois, veuve de l'excellent confrère de ce nom, a fait, comme l'année dernière, en mémoire de son mari, un don de 50 fr.

» Madame veuve Mérat, vous ne l'avez pas oublié, messieurs, a remis à l'Association, d'après le vœu de son mari, une somme qui, placée en rente sur l'État, a constitué une rente perpétuelle de 27 fr.

» M. le docteur Rony a fondé l'année dernière une rente perpétuelle de 25 fr.

» Deux honorables sociétaires qui ont voulu garder l'anonyme ont également fondé, chacun, une rente perpétuelle de 20 fr., ci 40 fr.

» La Société de MM. les agrégés en exercice de la Faculté de médecine de Paris a donné cette année un nouveau témoignage de sympathie pour l'Association en lui envoyant, comme l'année dernière, une somme de 100 fr.

» La commission générale a eu à statuer, pendant l'exercice de 1852, sur d'assez nombreuses demandes de secours, qui se décomposent ainsi :

» Quinze ayants droit, participant aux cinq sixièmes du fonds de secours, savoir :

» Sept sociétaires;

» Huit veuves ou enfants de sociétaires.

» Les diverses allocations se sont élevées pour cette catégorie à 6,180 fr.

» Dix-sept personnes étrangères à l'Association, pouvant néanmoins obtenir des secours sur le sixième réservé à cet effet, savoir :

» Quatre docteurs en médecine;

» Deux officiers de santé;

» Dix veuves ou filles de médecins ayant exercé à Paris;

» Un fils de médecin.

» A cette deuxième catégorie a été affecté le maximum disponible, 1,335 fr.

» L'Association a eu le malheur de perdre cette année dix de ses membres. Vous les rappeler, c'est le meilleur éloge que j'en puisse faire : Récamier, Rochoux, Bayard, Deslandes, Thierry, Troussel, Dubois, Paguégny, Fiard, Devilliers... étaient tous fondateurs de l'Association.

» Quinze nouveaux membres ont été admis cette année dans l'Association. Ces honorables confrères sont : pour Paris, MM. les docteurs Orfila (Félix), Compérat, Michéa, Ameuille, Perrin, Dreyfus, Labric fils, Vergnes, Gaubert, de Saint-Jean, Brun; pour la banlieue, dans l'arrondissement de Sceaux, MM. les docteurs Rapatel, Lebel, Josias; dans l'arrondissement de Saint-Denis, M. le docteur Tavernier.

» Onze nouvelles demandes d'admission portent les signatures les plus honorables, ce sont : MM. le professeur Requin, les docteurs Forget, Demarquay, Sestier, Marchal (de Calvi), Adolphe Richard, Payer, Delastre, Despauls-Ader, Mouzard, Miramont. »

Dans cette séance ont été réélus : président, M. Orfila; vice-présidents, MM. les professeurs Adelon et Bérard; trésorier, M. le docteur Vosseur.

Nous donnerons dans le prochain numéro les noms des membres de la commission générale.

leurs fixes térébrantes sur le vertex, par exemple, douleur qui a reçu le nom de *clou hystérique*. Souvent l'attaque est précédée d'un état de malaise, d'agitation, comme on peut le voir au n° 1 de la salle Notre-Dame; elle vous dit elle-même que son attaque va probablement lui prendre, qu'elle est *nerveuse* aujourd'hui. Ce sont ces prodromes de l'accès dont les hystériques se souviennent, mais elles ne gardent aucune mémoire de la période convulsive.

Entre l'accès violent durant une heure, par exemple, pour le premier stade et deux heures pour le second, et les accès légers avec un degré fugace de renversement en arrière, il est une multitude de degrés intermédiaires, et c'est ce qui constitue les hystéries intenses, légères, qui mesure, en un mot, les différents degrés d'intensité, non de la maladie, mais des accès; car ce n'est pas de l'intensité de l'attaque que résulte l'intensité de la maladie, mais bien de sa durée. Chez certaines malades, les attaques sont intenses, mais ne reviennent qu'à de longs intervalles; tandis que chez d'autres elles le sont peu; mais rapprochées, et marquent par là la gravité plus grande de la maladie.

L'attaque clonique dans l'hystérie peut se reproduire un plus ou moins grand nombre de fois dans un temps assez court; c'est ce qui constituera une succession d'accès dont la réunion formera l'attaque hystérique. Ainsi d'un côté une femme aura une attaque non interrompue qui pourra durer deux heures, et elle restera un mois entier sans en avoir; une autre dans un seul jour aura jusqu'à dix accès avec intermittence, et restera deux mois sans en avoir; c'est cette dernière qui aura une attaque composée de plusieurs accès. Cela se résume en disant que les accès hystériques peuvent se doubler, se tripler, se quadrupler, etc., et que d'autres fois ils se présentent simples et à de longs intervalles de temps.

Quand l'attaque d'hystérie est terminée, il arrive souvent que les accidents continus ont subi des changements. Ainsi des points hyperesthésiques peuvent avoir changé de place ou même disparu complétement. Si l'anesthésie n'était pas complète chez la malade, presque toujours elle l'est après l'attaque, et peu à peu elle se réduit dans les proportions qu'elle présentait avant. Dans d'autres circonstances, certaines parties qui étaient anesthésiques récupèrent la sensibilité, tandis que d'autres qui ne l'étaient pas sont frappées d'anesthésie, de sorte que les accès semblent ajouter aux phénomènes continus qui existent dans leurs intervalles ou les modifier sans pour cela changer leur forme.

L'intensité de l'attaque ne doit pas être prise pour mesure des modifications qu'elle doit produire; qu'elle soit légère ou intense, les résultats qu'elle produit peuvent être les mêmes, et certaines hystériques qui auront eu la veille une attaque fugace consistant uniquement dans la sensation de la boule hystérique et un léger mouvement convulsif, présenteront une modification complète des accidents continus: le côté gauche de la face était insensible, il a récupéré la sensibilité, qui s'est perdue du côté droit; il y avait un point hyperesthésique à l'angle inférieur de l'omoplate droite, aujourd'hui c'est à celui de l'omoplate gauche qu'on le trouve.

L'attaque clonique de la maladie hystérique laisse subsister quelques symptômes passagers comme elle, mais qui durent un certain temps. Si elle a été violente, la malade éprouve un abattement considérable du système locomoteur; elle éprouve un sentiment singulier de fatigue, c'est la lassitude déterminée par de violentes contractions musculaires, comme on la voit se produire à la suite de mouvements volontaires forcés. Souvent le lendemain et le surlendemain le sujet éprouve de la douleur de tête, tantôt obtuse, comme dans les céphalalgies; tantôt localisée, comme dans les névralgies; tantôt la douleur se produit sur le vertex, comme dans le clou hystérique, tantôt au-dessus de la racine du nez, tantôt dans la profondeur de l'orbite, comme dans une migraine; tantôt, enfin, elle se produit lancinante vers la partie externe de la mâchoire inférieure, comme dans la névralgie faciale, dans le tic douloureux.

A la suite d'une attaque même légère se produit un phénomène organique constant, qui du reste n'est pas exclusif à l'hystérie, c'est l'émission d'une quantité considérable d'urine aqueuse: ce phénomène se produit également après les accès fugaces comme après les attaques intenses.

Voilà les formes principales des attaques cloniques de l'hystérie; cette maladie maintenant présente d'autres formes, et c'est par leur combinaison plus ou moins variée qu'elle offrira des aspects divers dans sa production.

La deuxième forme de l'hystérie, qui est la forme *extatique*, a pour caractère principal la suspension, fréquemment instantanée et quelquefois survenue progressivement, des fonctions de relation pouvant se produire à des degrés divers, et la faculté de conserver la régularité des actes continus du tissu musculaire. Souvent la malade au moment de l'accès reste dans la position où elle se trouve, s'arrête, mais ne tombe pas, parce que les muscles ne sont pas paralysés: quelquefois cette modification dans la propriété des muscles peut aller jusqu'à la catalepsie, et les malades conservent la position qu'on fait prendre à leurs membres; quelquefois les muscles se relâchent sans aller au point de laisser tomber la malade, mais ne gardent pas la position qu'on a donnée aux parties qu'ils sont destinés à mouvoir.

Quelquefois ces hystériques continuent à se diriger vers un but sans aucune irrégularité dans leurs mouvements; elles se dirigent vers la porte, par exemple; dans une promenade, elles tendront vers un point donné, précipiteront même la marche comme sous une influence maniaque; mais généralement elles gardent la position dans laquelle elles se trouvent au moment de l'attaque.

Comme le plus souvent elles sont prises pendant le repos, elles restent immobiles, les yeux fixes, mais avec suspension de la vue; elles n'éprouvent pas de perception des objets extérieurs: leur faciès a une expression d'inertie musculaire, et l'on ne voit aucun mouvement de la face; les yeux sont brillants, la respiration accélérée; on leur parle, elles n'entendent pas; dans d'autres cas, elles entendent et ne peuvent répondre. Souvent un quart d'heure après, sans cause appréciable, elles prononcent quelques sons inarticulés; quelques-unes expriment les idées qui leur passent dans la tête en ce moment: c'est là la forme extatique délirante. J'ai eu dans mes salles une hystérique à forme extatique dont le lit était en face d'un toit; dans ses accès, elle voyait paraître sur ce toit un personnage avec lequel elle conversait, mais elle restait étrangère à tout ce qui se passait autour d'elle.

Quelquefois elles continuent avec précision un mouvement commencé. Nous avons eu à la salle Sainte-Sophie une femme qui, tombant en extase pendant qu'elle brodait, continuait son travail si on interposait un corps opaque, le cahier de visite par exemple, entre son ouvrage et ses yeux; elle continuait encore par un mouvement purement automatique, sans que la vision intervînt en aucune manière.

C'est dans les formes variées de l'extase hystérique avec délire que se trouve la source des phénomènes si singuliers qu'on peut quelquefois observer; le somnambulisme n'est pas autre chose, et il n'est pas de médecin ayant une pratique un peu longue qui ne puisse raconter des faits de ce genre les plus extraordinaires.

Dans certaines circonstances l'extase hystérique délirante transporte la maldae dans un monde imaginaire, et elle se livre à des conversations relatives aux positions imaginaires qu'elle se crée, pendant que les mouvements extérieurs s'accomplissent par le résultat d'une impulsion instinctive et indépendante de la volonté du sujet. Ainsi quelques-unes se livrent à un mouvement de rotation continu; d'autres vont et viennent en conversant avec des êtres imaginaires, ou bien plongées dans l'extase en conversation avec des êtres imaginaires, elles continueront leurs mouvements et se heurteront contre un meuble interposé sur leur passage et qu'elles ne verront pas.

Les facultés intellectuelles, dans l'extase, s'exercent d'une manière anormale et d'une manière étrangère aux impressions extérieures, sur des idées ayant rapport à des objets dont les malades ont connaissance et sur des idées colorées par leur imagination, pendant que des mouvements ont lieu d'une manière étrangère à l'impulsion de la volonté.

On voit des malades dont les formes extatiques varient à chaque accès, mais c'est l'exception: en général les accès se présentent sous la même forme pour chaque sujet. Certaines hystériques ont des extases pendant des mois sans qu'il s'y mêle d'accès à forme clonique. Chez d'autres ces deux formes se succèdent de manière que ce soit tantôt l'une, tantôt l'autre. Chez d'autres enfin l'accès d'extase ou commence ou finit par des accès à forme clonique.

Dans ces attaques ou extatiques ou cloniques, mais surtout dans les attaques à forme extatique, il y a suspension complète du souvenir de ce qui s'est passé dans l'accès, et la malade, revenue à elle, reporte ses idées sur ce qui a précédé.

Il est des malades qui pendant leur extase rendent parfaitement compte des phénomènes qui tiennent à leur état de santé, et qui donnent des détails précis sur toutes les circonstances ayant accompagné leur maladie, souvent déjà très ancienne. C'est ce qui a été produit artificiellement par les pratiques du magnétisme, et qui a fait croire à la lucidité des malades pour voir leur état de santé et en rendre un compte exact.

J'ai vu, de compagnie avec MM. Récamier et Broussais, une femme hystérique à un haut degré et qui demeurait rue du Bac; aussitôt qu'un bruit auquel elle n'était pas habituée se faisait entendre, ou même à la vue d'une personne étrangère, elle tombait dans l'extase, faisait la conversation avec une ou deux des personnes qui se trouvaient dans l'appartement sans s'apercevoir de la présence des autres, et détaillait avec précision les diverses circonstances de sa maladie, durant déjà depuis longtemps. Nous arrivâmes chez elle, elle nous souhaita le bonjour et tomba dans l'extase. « Tu me guériras, » me dit-elle en me prenant les mains; c'est ce qu'elle avait coutume de dire à tous les médecins qui venaient la voir, en les tutoyant. Elle répondit parfaitement à toutes les questions que nous lui fîmes, et même, sur notre prière, nous rédigea par écrit toutes les circonstances de sa maladie. Cette malade présentait cette particularité que les substances odorantes, même assez faibles, l'eau de Cologne, l'eau de fleurs d'oranger, faisaient cesser ses attaques tout d'un coup. Nous employâmes ce moyen, son extase cessa, et oubliant tout ce qui s'était passé pendant son accès, qui avait duré environ une heure, elle reprit la conversation au point où elle l'avait laissée, nous dit que nous étions bien bons de nous être déplacés pour venir la voir. Cette malade avait quelquefois des attaques à forme clonique, mais très rarement. Ses fenêtres donnaient sur les jardins des Frères Saint-Lazare; un jour de fête dans la maison on fit partir un pétard, dont le bruit subit la jeta dans une attaque de quelques instants, qui cessa par l'inspiration d'une substance odorante, et elle reprit la conversation juste où elle l'avait laissée. C'est là une des formes les plus singulières qu'on puisse rencontrer.

Ce qu'il y a de très embarrassant pour le médecin c'est le diagnostic de l'extase incomplète. Pendant le cours d'une conversation qui intéresse vivement la malade, ses facultés s'exaltent; elle s'anime en causant, ses yeux deviennent brillants et on se demande si elle n'est pas passée à l'état d'attaque. Nous avons vu plus haut que les hystériques subissaient vivement l'influence des impressions extérieures; on conçoit alors chez elles le passage presque imperceptible de l'état normal à l'état pathologique.

Il est certaines hystériques qui pendant l'extase récupèrent la sensibilité dans les points où elle était perdue, d'autres qui la perdent dans les points où elles l'avaient. Certaines d'entre elles acquièrent une sensibilité exagérée dans certaines parties, et par là peuvent être tirées de leurs accès: ainsi la femme dont je vous ai parlé sentait vivement les odeurs pendant son extase, assez pour être ramenée aux conditions habituelles de son système nerveux. Souvent les hystériques ont une sensibilité grande sur le front et sur la région épigastrique: de là cette pratique pour les faire revenir d'appuyer fortement sur le front et sur l'épigastre. Chez certains sujets, on rencontre une irritabilité extrême des yeux, qui se ferment pendant l'accès; un rayon lumineux détermine chez elles des mouvements spasmodiques qui les forcent à détourner la tête; on les tire par ce moyen de l'état extatique.

Chez un certain nombre, les parties du corps, ayant acquis une sensibilité exagérée, la perdent après l'attaque, mais souvent elle persiste encore exagérée pendant longtemps; ainsi chez les malades ou sous l'influence d'une odeur l'accès peut passer de la forme extatique à la forme clonique, cette sensibilité spéciale de la pituitaire s'éteint au bout de deux ou trois jours au plus, sauf à revenir dans un accès ultérieur.

Les hystériques, par l'action seule de leur intelligence, en la faisant agir sur des objets qui peuvent les ébranler, par les commotions morales qu'elles peuvent puiser en elles-mêmes, déterminent des accès, par la seule réflexion, quand elle se porte sur des idées qui les impressionnent vivement. Les accès ainsi déterminés sont rarement à forme clonique; le plus souvent ils sont à forme extatique, et chez les malades disposées à cette dernière forme de l'hystérie, si on les laisse seules livrées à des réflexions profondes ou si on les met dans des positions qui les portent à la méditation, comme la prière, on aura des extases.

Les formes cloniques des accès sont les plus communes; puis viennent les formes extatiques; mais leurs connexions sont assez fréquentes, soit qu'elles succèdent l'une à l'autre, soit qu'elles se remplacent mutuellement dans quelques cas.

L'hystérie se montre d'une manière moins évidente dans certaines circonstances, et, sous la simple forme de modification permanente dans les impressions sensitives ou les fonctions locomotives, certaines hystériques éprouvent des douleurs fixes, violentes, térébrantes, qui les empêchent de dormir; elles auront bien de l'agitation, des mouvements précipités, mais pas d'attaques à forme clonique. Souvent ces douleurs dureront des mois entiers, et toujours les malades y rattacheront des interprétations sinistres pour leur santé. On a vu des malades, éprouvant une douleur dans la mamelle, aller de cabinet de consultations en cabinet de consultations pour avoir du soulagement, persuadées qu'elles ont un cancer du sein. Telle autre aura une douleur fixe au côté d'une articulation sans phlogose, sans augmentation de sensibilité à la pression, et elle se croira affectée de tumeur blanche. Une autre aura une douleur térébrante ou lancinante dans l'épaisseur d'un os, dans un côté de la poitrine, à l'épigastre, du côté de l'ovaire, ce qui a fait dire à certains médecins que l'hystérie était liée à un état particulier de l'ovaire; enfin du côté du vagin, comme nous l'avons vu plus haut.

La continuité de ces douleurs, qu'elles soient avec ou sans exacerbation, apparaît avec le caractère périodique quotidien, tierce ou quarte, comme dans les fièvres intermittentes, et les modifications qu'elles éprouvent ont lieu sous l'influence de causes diverses, comme un bruit subit, la présence du jour, de la nuit, etc.

Voilà une malade qui présente une anomalie dans les impressions sensitives; la douleur qu'elle éprouve en un point déterminé se manifeste soit avec exaspération au contact des corps extérieurs, soit sans exaspération; les phénomènes peuvent être encore plus complexes; ainsi la glande mammaire peut être douloureuse à l'exploration, et on trouvera une anesthésie complète de la peau qui la recouvre.

Souvent ces perversions sensitives sont jointes à la perturbation des facultés locomotrices; c'est ce qui constitue les paralysies des hystériques. Elles se montrent rarement d'emblée comme phénomène idiopathique. Rarement une hystérique est privée subitement ou progressivement de la locomotion sans les phénomènes qui précèdent; mais c'est fréquemment après une attaque clonique ou extatique qu'on observe la paralysie qui se manifeste d'ordinaire vers les membres inférieurs. Ces paralysies persistent comme phénomènes continus, mais toujours avec des douleurs locales.

Si ces paralysies se présentent chez des malades à attaques cloniques, mais extrêmement modérées, ou chez des malades qui ont intérêt à les cacher, le médecin qui n'est pas expérimenté peut éprouver de grands embarras dans la recherche des causes qui les ont produites.

Souvent à la suite d'attaques répétées l'organisme est fatigué, et les malades tombent dans la cachexie chlorotique, dans la débilité générale; elles éprouvent de la dyspepsie, qui n'est qu'une anesthésie ou une hyperesthésie du tube digestif, un relâchement général dans l'innervation avec paralysie ou anesthésie et suspension de la myotilité. Tous ces phénomènes sont causes d'erreurs fréquentes, et nous avons vu un grand nombre de femmes qui avaient eu à subir des médications destinées à guérir des maladies des organes profonds dans des cas de ce genre où il n'en existait pas.

Au milieu de tous ces symptômes accessoires, il y a persistance des accidents continus; ainsi il y a toujours de l'anesthésie chez les sujets à attaques cloniques, et ces sujets ou bien guérissent après l'attaque, ou bien conservent pendant longtemps des accidents de paralysie avec ou sans contracture qui leur étaient survenus.

Souvent les accès de toute forme sont liés à des altérations organiques qu'il importe d'apprécier.

A l'époque de la menstruation, les femmes, comme on le sait, ont une irritabilité exagérée du système nerveux qui les met alors dans un état presque voisin de la maladie, et c'est en général à cette époque qu'elle se manifeste; il n'en résulte pas qu'elle soit liée aux actes de l'utérus, puisqu'elle se produit dans l'intervalle de deux époques, et ne peut être influencée par l'état congestionnel de l'utérus qui a lieu à la suite du travail de l'ovulation.

Chez certaines femmes, cette sensibilité nerveuse est influencée par l'état des organes digestifs; elles ont des attaques à forme clonique ou à forme extatique pendant la digestion, sans que pour cela les fonctions digestives soient interrompues ou perverties: ainsi, pendant que les organes digestifs seront soumis à l'influence excitante des substances ingérées et à l'orgasme fonctionnel qui accompagne la chymification, l'accès se produira.

Chez d'autres ces accès se produiront à jeun, causés par la défaillance que détermine l'abstinence; aussi pourra-t-on les occasionner à volonté en reculant le moment des repas. Dans ce cas, l'hystérie est produite par cet état d'éréthisme des organes, qui exige l'introduction dans leur intérieur de substances excitantes.

On a beaucoup écrit sur l'influence des fonctions génitales pour la production des attaques d'hystérie. On a dit que la continence forcée déterminait un éréthisme des organes génitaux donnant lieu à des accidents hystériques, c'est une erreur; c'est bien plutôt l'excitation exagérée des organes génitaux qu'on peut considérer comme cause de l'hystérie. On n'a sur ce point qu'à interroger les femmes publiques, qui sont loin par leur position de vivre dans la continence, mais bien au contraire dans un état continuel de surexcitation des organes génitaux; on verra que chez elles les attaques d'hystérie sont très fréquentes.

On voit donc arriver des attaques d'hystérie sous l'influence des organes génitaux; mais elles sont plus particulièrement déterminées

par l'excitation de ces organes, comme on peut encore le voir chez les jeunes filles qui se livrent à la masturbation.

Les maladies diverses peuvent provoquer des attaques d'hystérie : ainsi la douleur vive que cause une opération chirurgicale, le travail de l'accouchement, un panaris, etc. ; et chez les femmes chez lesquelles ces accès existent comme état pathologique imminent, leur manifestation est déterminée par ces diverses causes, et ils présentent ceci de particulier qu'ils suspendent les douleurs qui les ont produits.

Tels sont les divers symptômes qui constituent l'hystérie avec ses trois formes, qui peuvent être ou séparées, ou réunies, ou diversement combinées ; de telle sorte qu'on peut les trouver ou chez diverses malades, ou réunies chez la même, ou se succédant chez elle à des intervalles de temps assez éloignés : ainsi une femme aura une attaque présentant une certaine forme extatique, par exemple, puis, quinze jours après, une présentant la forme clonique, et l'attaque suivante reprendra la première forme.

L'hystérie est essentiellement constituée, comme on le voit, par des accidents continus avec forme paroxistique : c'est une maladie chronique de sa nature, et, une fois fixée dans l'organisme, elle y dure au moins plusieurs mois, et chez beaucoup de sujets pendant plusieurs années.

Elle est plus que toute autre liée aux grandes révolutions qui s'accomplissent dans l'organisme. Ainsi, l'hystérie qui commence avec la puberté, vers treize ou quatorze ans, ne cessera guère avant l'âge adulte, c'est-à-dire vingt-huit ou trente ans ; et si elle se prolonge au delà, elle persistera jusqu'à l'âge critique. A cet âge, la mobilité nerveuse diminue chez la femme, et l'opportunité de l'excitation hystérique devient moins considérable. Quelquefois l'hystérie persiste au delà de l'âge critique, et en général c'est la forme extatique qui présente cette particularité.

Pour compléter l'histoire de l'hystérie, il nous reste à comparer les accidents de cette maladie à ceux des affections qui lui ressemblent, pour qu'elle ne puisse être confondue avec elles. Nous ferons donc le diagnostic différentiel de l'hystérie avec la manie et surtout avec l'épilepsie, ce qui offre souvent de grandes difficultés.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 9 février 1853. — Présidence de M. GUERSANT.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. CHASSAIGNAC présente un jeune enfant âgé de quatre ans et demi, qui est affecté d'une énorme hydrocéphale. La santé générale reste assez bonne. M. Chassaignac fait suivre un traitement par l'iodure de potassium appliqué en frictions sur la tête. Depuis que ce traitement a été appliqué, on a constaté une diminution d'environ un centimètre. M. Chassaignac fera connaître à la Société les résultats qu'il obtiendra.

M. GUERSANT, qui a de fréquentes occasions de voir, à l'hôpital des Enfants, des hydrocéphales présentant ce degré de développement, dit que dans des cas analogues il n'a jamais vu de guérison, quel que soit, du reste, le traitement mis en usage. Il sera donc utile de suivre avec soin le malade de M. Chassaignac.

Correspondance manuscrite.

M. Camille Bernard adresse une lettre de remercîments pour le titre de membre correspondant qui lui a été accordé dans une dernière séance.

— M. le docteur J. Roux (de Toulon), membre correspondant, adresse à la Société, avec une pièce d'anatomie pathologique, la lettre suivante :

« Monsieur le président, j'adresse à la Société de chirurgie de Paris, dont j'ai l'honneur d'être membre correspondant, le moignon d'un homme qui a subi, il y a deux ans et demi environ, l'amputation tibio-tarsienne, et qui accidentellement a succombé à une fièvre typhoïde.

» Vous le savez, monsieur le président, la désarticulation du pied en totalité a de nombreux partisans en Europe ; elle a été pratiquée en France par MM. Baudens, Jobert (de Lamballe), Nélaton, Velpeau, Robert, Josse (d'Amiens) et par moi. Des procédés divers sont décrits dans les ouvrages didactiques ; ils ont été exposés avec clarté à la Société que vous présidez par M. Gosselin. Enfin, les résultats avantageux de cette opération ont été publiés par les chirurgiens qui les ont obtenus, et quelquefois soumis à l'appréciation des sociétés savantes de la capitale.

» Ce qui manque pour achever l'histoire de cette opération nouvelle, que je considère comme un grand progrès dans les amputations, c'est de bien connaître et de préciser avec exactitude, par l'anatomie pathologique, les conditions qui assurent la station et la déambulation facile sur le moignon.

» Pour arriver à ce résultat si désirable, j'ai l'honneur de vous adresser la première pièce susceptible d'éclairer une aussi importante question ; et c'est pour donner plus d'authenticité, de durée et d'autorité aux documents qu'elle doit apporter à la science que je vous prie de la confier à un des membres de la Société de chirurgie, pour qu'après l'avoir disséquée il veuille bien faire connaître et apprécier à votre assemblée les résultats de son examen. Ensuite, vous jugerez sans doute convenable de faire déposer au Musée Dupuytren cette pièce, unique dans son genre.

» D'un autre côté, cet envoi n'est pas sans opportunité, après le rapport qui a été fait à votre Société, dans la séance du 15 décembre 1852, par M. Robert, sur un mémoire de M. Verneuil, ayant trait au résultat offert par le moignon d'une femme qui avait subi l'amputation tibio-tarsienne.

» M. le docteur Verneuil, ayant trouvé les deux branches du nerf tibial postérieur atteintes de névrite, et rattachant à cette inflammation l'impossibilité de la marche directe sur le moignon, est conduit à rejeter de la pratique le procédé à *lambeau plantaire latéral interne*, ou de réséquer les branches de ce nerf.

» Cette conclusion me paraît au moins prématurée, parce qu'elle est opposée aux résultats heureux qu'ont obtenus par ce procédé, et sans la résection des branches du nerf tibial, MM. Robert, Nélaton, Josse (d'Amiens) et moi. M. Nélaton en a même étendu l'application à l'amputation sous-astragalienne.

» Le moignon que j'ai l'honneur de soumettre à l'examen de la Société de chirurgie est celui du condamné Etienne, dont on trouvera l'observation dans l'*Union médicale*, année 1852, page 147. Amputé par mon procédé à *lambeau plantaire latéral interne*, le 10 mai 1850, cet homme a succombé à une fièvre typhoïde le 26 septembre 1852. Après sa guérison, Etienne n'a cessé de marcher avec une simple bottine, en s'appuyant directement sur son moignon, et la mutilation qu'il avait subie gênait même si peu la marche qu'il avait été remis aux travaux de fatigue.

» Pendant sa vie, Etienne a été examiné par un grand nombre de chirurgiens, parmi lesquels je citerai MM. Quoy, inspecteur général du service de santé de la marine, Gensoul (de Lyon), Jamain et Lenoir.

» L'examen du moignon permettra, je pense, de constater :

» 1° L'absence de callosités et d'excoriations du moignon ;

» 2° La continuité du tendon d'Achille avec l'aponévrose plantaire profonde et son insertion à la partie antérieure du moignon ;

» 3° L'absence de déformation du tibia dans la surface intermalléolaire, qui reste revêtue de la substance compacte ;

» 4° La formation secondaire d'une bourse synoviale favorisant les mouvements du moignon ; conditions sur lesquelles j'ai en partie fondé mon procédé, comme je l'ai indiqué dans un mémoire inséré en 1848 dans la *Gazette des Hôpitaux*.

» Agréez, etc. Jules ROUX.

» Toulon, le 16 janvier 1853. »

Cette lettre et la pièce anatomo-pathologique sont renvoyées à une commission composée de MM. Gosselin, Robert et Verneuil.

Correspondance imprimée.

La Société reçoit :

1° Les *Archives de médecine pratique et de chirurgie de Prague*, 10e année, 1re partie (cet ouvrage est renvoyé à l'examen de M. Danyau);

2° Les numéros du 15 et du 30 janvier 1853 de la *Revue thérapeutique du Midi*, publiée par le docteur Saurel.

M. GUERSANT fait don à la Société :

1° Du *Traité pratique des maladies des yeux* de Lawrence ;

2° Du *Traité d'auscultation et de percussion* de MM. Barth et Rayer ;

3° Du *Traité du croup* de Desruelles.

Rapports.

M. HOUEL communique en ces termes le résultat de l'examen anatomo-pathologique d'une tumeur présentée par M. Gerdy :

« Messieurs, vous avez chargé une commission, composée de MM. Gosselin et Houel, d'examiner une tumeur qui vous a été déposée par M. le professeur Gerdy. Votre commission a reconnu qu'il s'agissait d'un maxillaire supérieur droit qui avait été envahi par une tumeur très probablement de nature cancéreuse ; le plancher de l'orbite n'existait plus, il n'y avait pas trace de gouttière sous-orbitaire, la fosse canine était en grande partie détruite, et il nous a été impossible de retrouver le trou sous-orbitaire qui s'ouvre dans cette région. Il s'agissait de savoir si sur cette pièce la branche sous-orbitaire du nerf maxillaire supérieur existait encore.

» La pièce fut d'abord examinée à l'état frais, disséquée et analysée avec soin. La commission, après avoir constaté l'altération osseuse indiquée plus haut, n'a pu trouver trace du nerf sous-orbitaire ; sa destruction remontait jusqu'au niveau du trou grand-rond. Nous avons cependant constaté à la périphérie de la tumeur deux petits filaments nerveux, faciles à reconnaître, du volume d'un gros fil à coudre, libres par leur extrémité supérieure, perpendiculairement dirigés, et situés au niveau de la grosse tubérosité ou angle externe de l'os maxillaire ; leur terminaison avait lieu au niveau de l'arcade alvéolaire, considérablement ramollie par la tumeur. Votre commission a pensé que l'on devait rapporter ces filaments à des branches des nerfs dentaires supérieurs ; ils en ont le volume et la direction. Ce sont les seuls cordons nerveux que nous avons pu constater.

» Pour compléter ce premier examen, la pièce fut plongée dans un mélange d'acide nitrique et d'eau ; l'acide fut mis peut-être en proportion trop considérable, car la masse cancéreuse se fondit en quelque sorte, et dans le *magma* qui en résulta nous avons pu retrouver les deux petits nerfs dentaires déjà signalés ; ils étaient même devenus plus apparents ; mais il nous a été impossible de nouveau de retrouver trace du nerf sous-orbitaire, ni d'aucune autre ramification.

» D'après cet examen, votre commission s'est crue en droit de conclure que le nerf sous-orbitaire manquait dans la tumeur qui lui a été remise par M. le professeur Gerdy. »

M. DENONVILLIERS, après cette communication, demande à M. Houel si la dissection à laquelle il s'est livré lui permet d'affirmer que le nerf sous-orbitaire n'était pas resté, en partie du moins, en dehors de la tumeur.

Sur la réponse négative de M. Houel, M. Denonvilliers fait remarquer alors que ce fait de la persistance de la sensibilité aux parties qui reçoivent les ramifications du nerf sous-orbitaire ne saurait être considéré comme ayant, au point de vue de la physiologie, la valeur que M. Gerdy paraissait lui attribuer.

— M. BOINET donne lecture d'un rapport *sur un appareil à injections continues* de M. le docteur Foucault, de Nanterre.

M. le rapporteur, après avoir décrit l'appareil de M. Foucault, fait ressortir les avantages qui paraissent devoir lui acquérir le premier rang parmi les divers procédés d'irrigation continue usités jusqu'à ce jour, et il termine en ces termes :

« M. Foucault n'est pas un inconnu pour nous : déjà il vous a présenté une machine à extension très ingénieuse et très bien conçue pour la réduction des fractures et des luxations ; notre collègue M. Morel-Lavallée est chargé de vous en faire un rapport.

» D'un autre côté, M. le docteur Foucault, personnellement connu de plusieurs d'entre vous, est un praticien aussi modeste que distingué, qui sera heureux d'obtenir le titre de membre correspondant, qu'il sollicite et que votre commission propose de lui accorder. »

M. HUGUIER rappelle que dans l'historique des injections continues M. le rapporteur a oublié de mentionner M. J. Cloquet, qui des premiers en avait conseillé et propagé l'emploi.

M. J. CLOQUET remercie M. Huguier de l'observation qu'il vient d'adresser à M. Boinet, et entre dans les détails suivants.

« En 1819, en 1820 et en 1821 je m'occupais du traitement des calculs urinaires ; j'avais espéré pouvoir les dissoudre en faisant parvenir dans la vessie un courant d'eau. C'est alors que je fis construire une sonde à double courant, et je pratiquai des injections continues qui purent être prolongées dans quelques cas pendant vingt-quatre heures.

» C'est avec cette sonde que j'introduisis des eaux alcalines pour connaître leur influence sur la dissolution des calculs. (Mémoire couronné en 1821 par l'Académie des sciences.)

» J'ai étendu l'usage de ces injections à d'autres affections. Ainsi, dans les cas d'empoisonnement j'ai proposé des injections dans l'estomac. J'en ai employé dans certaines affections du rectum. »

M. Cloquet décrit ensuite le procédé qu'il suit pour injecter un liquide dans le rectum lorsqu'il y a paralysie et que l'on ne peut donner un lavement par les procédés ordinaires. Il bouche l'extrémité inférieure de l'intestin avec un corps étranger ; il s'est servi d'une carotte qu'il perforait dans le centre pour permettre l'introduction d'une canule. Il a étendu ce procédé aux injections continues vaginales, et il le préfère à tous les autres moyens usités.

M. LARREY prend ensuite la parole. « Qu'il me soit permis, dit-il, d'ajouter quelques mots à l'observation de M. Cloquet sur la sonde à double courant. Lorsque j'avais l'honneur de le suppléer, il y a une douzaine d'années, à l'hôpital des Cliniques, j'ai eu occasion d'employer avec avantage son ingénieux instrument, bien connu d'ailleurs des chirurgiens, et mis en usage par plusieurs d'entre eux. C'est pourquoi je regrette que M. le rapporteur n'ait pas comparé cet appareil à celui de M. Foucault, comme il lui a comparé l'irrigateur d'Eguisier, en refusant à celui-ci la part d'éloges qu'il mérite incontestablement. »

M. Larrey signale en outre plusieurs chirurgiens également oubliés par M. Boinet, qui cependant se sont fructueusement occupés de cette question : tels sont Bérard, MM. La Corbière, Amussat fils.

M. CLOQUET rappelle aussi que bien avant lui Hals avait aussi imaginé et employé une sonde à double courant.

M. FORGET joint sa réclamation en faveur d'Eguisier à celle de M. Larrey. Eguisier, mort depuis trois ans et demi, aurait pu de son vivant tirer grand parti de son invention, mais il n'a jamais voulu en faire une spéculation.

M. Forget dit en terminant que, pour son compte, il trouve le parallèle établi entre le nouvel appareil et celui d'Eguisier trop favorablement présenté en faveur de M. Foucault.

M. BOINET répond aux reproches qui lui sont adressés qu'il connaissait parfaitement la sonde à double courant de M. Cloquet, mais qu'il ne savait pas l'application qu'il en avait faite aux irrigations vaginales continues.

Quant aux éloges qu'il donne à l'appareil de M. Foucault, il les maintient, et il ajoute que cet honorable confrère n'a pas eu d'autre but, en faisant sa communication à la Société, que de généraliser l'emploi d'un procédé qui lui a paru très utile dans la pratique.

M. CHASSAIGNAC, à propos de l'historique des divers procédés d'injection, rappelle la sonde à injections récurrentes dont il a présenté le modèle à la Société il y a plus d'une année.

M. GIRALDÈS demande que les conclusions du rapport soient renvoyées après la lecture du deuxième rapport que M. Morel-Lavallée doit présenter sur l'appareil à fractures de M. Foucault. Cette proposition, appuyée par M. Larrey, est adoptée après quelques observations de M. Denonvilliers sur la parfaite honorabilité du candidat.

Présentation d'appareil.

M. Martin (Ferdinand) présente un appareil de son invention applicable au traitement des fractures du fémur ; cet appareil a déjà été employé par M. Nélaton. Dans une prochaine séance, M. Martin déposera un travail sur ce sujet.

Nouvel appareil pour aspirer le sang, les mucosités et les fausses membranes contenus dans la trachée et les bronches après la trachéotomie.

M. CHASSAIGNAC, ayant eu récemment l'occasion de pratiquer la trachéotomie, a été frappé des graves accidents qui résultent de l'accumulation des mucosités et du sang dans la trachée lorsque le malade est trop faible pour parvenir à les repousser au dehors. On a dans ces cas pratiqué l'aspiration ou avec la bouche appliquée sur les bords de la plaie ou d'une manière médiate avec une sonde introduite dans la trachée même. A ces moyens, que la nécessité seule peut faire admettre, M. Chassaignac propose de substituer un appareil nouveau qu'il n'a pas encore appliqué.

A la canule interne, il adapte un tube qui communique par un sac de caoutchouc avec une ventouse, dans laquelle il fait le vide avec une pompe aspirante. Pour empêcher l'introduction de l'air pendant qu'on fait jouer l'appareil, M. Chassaignac bouche hermétiquement l'intervalle qui existe entre les deux canules à l'aide d'une virolle de caoutchouc ; ainsi préparé, l'appareil fonctionne parfaitement.

Le vide est par ce moyen bien mieux obtenu que par la succion, qui ne laisse pas que de présenter dans certains cas des dangers pour l'opérateur.

M. GUERSANT trouve cet instrument ingénieux ; il croit qu'il pourra rendre de véritables services.

M. MOREL-LAVALLÉE demande à M. Chassaignac s'il a eu recours à l'injection d'une petite quantité d'eau dans la trachée lorsque le malade ne pouvait parvenir à expulser les corps étrangers contenus dans les voies aériennes.

M. CHASSAIGNAC répond qu'il repousse cette pratique, adoptant en cela les préceptes établis par M. Guersant.

M. GUERSANT fait remarquer qu'il emploie quelquefois les injections d'eau, mais qu'il prescrit absolument les liquides chargés d'un principe caustique ou acide.

M. CHASSAIGNAC persiste à repousser les injections d'eau, qui, au rapport de M. Miquel, d'Amboise, ont déterminé des pneumonies lobulaires.

M. MOREL-LAVALLÉE croit volontiers à l'utilité de l'appareil de M. Chassaignac lorsque le malade est très faible ; mais en dehors de ces cas, ajoute-t-il, j'ai très bien réussi en me contentant d'injecter quelques gouttes d'eau dans la trachée.

M. BOINET a opéré, il y a quelques semaines, un malade qui a parfaitement guéri. Il était d'une extrême faiblesse, et pour débarrasser la trachée il a fallu introduire une sonde de gomme élastique et aspirer. Deux jours après l'opération, un nouvel amas de pseudo-membranes s'étant formé, il pratiqua avec succès la même opération. L'introduction du corps étranger n'a produit aucun accident.

M. DENONVILLIERS approuve en principe l'appareil de M. Chassaignac ; il s'agit seulement d'en régler l'emploi, et en outre il propose quelques modifications dans sa structure.

M. GUERSANT insiste sur les préceptes auxquels on a fait allusion ; il admet volontiers l'introduction d'un instrument dans la trachée, mais à la condition qu'il ne porte avec lui aucune substance médicamenteuse active : c'est là du reste ce que propose M. Miquel, d'Amboise.

M. CHASSAIGNAC repousse absolument la pratique suivie par M. Boinet ; l'introduction d'un corps étranger poussée aussi loin présente de très graves dangers ; on peut, en effet, par ce procédé refouler les corps étrangers et déterminer des accidents mortels.

Le vice-secrétaire, E. LABORIE.

Administration générale de l'assistance publique à Paris.

Le samedi 26 mars 1853, à midi précis, un concours public sera ouvert dans l'amphithéâtre de l'administration des hospices, rue Neuve-Notre-Dame, n° 2, pour la nomination à trois places de chirurgiens au Bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices.

MM. les docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat de l'administration, du jeudi 24 février courant au vendredi 11 mars suivant, et devront justifier qu'ils ont vingt-sept ans accomplis et quatre années de doctorat.

Le temps du doctorat et l'âge sont réduits de deux ans pour les docteurs qui ont exercé pendant quatre années entières les fonctions d'élèves internes dans les hôpitaux de Paris.

Les candidats qui auront obtenu soit la médaille d'or, soit l'accessit, soit une mention au concours des prix des internes de 3e et 4e année, ne seront tenus d'être reçus docteurs que depuis un an, à la condition toutefois de justifier de quatre années d'internat.

Aucun candidat ne pourra se présenter au concours après cinquante ans. *Le secrétaire général*, DUBOST.

M. le docteur Clément, médecin de l'hôpital de la Pitié, a donné sa démission.

Le service de médecine laissé vacant par cette démission est maintenant dirigé par M. le docteur Gendrin, qui a les salles Saint-Athanase et Notre-Dame-du-Rosaire.

LE GÉRANT.

Paris. — Typographie de PLON frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40;
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

On s'abonne à Paris
au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères,
en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE.	Trois mois.	8 fr. 50 c.
	Six mois.	16 »
	Un an.	30 »
GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES.	Trois mois.	9 fr.
	Six mois.	17
	Un an.	33
ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR.	Trois mois.	10 fr.
	Six mois.	20
	Un an.	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

PARIS, LE 23 FÉVRIER 1853.

Séance de l'Académie de Médecine.

« Ne vous fiez jamais à votre premier mouvement, il est presque toujours bon, » disait M. de Talleyrand. M. Soubeiran, qui ne songeait pas à mal, semble pourtant avoir suivi cette maxime. En effet, son premier mouvement, dans la précédente séance, avait été de demander qu'un privilége fût accordé à M. Aubergier, et quel privilége! L'exploitation privative du lactucarium et de l'opium indigène! Aujourd'hui, si nous avons bien compris, l'honorable membre irait jusqu'à dépouiller M. Aubergier de l'honneur de ses découvertes. Telle n'est pas sa véritable pensée, car il nous a habitués à voir en lui, avec un savoir profond, la droiture des intentions et l'honorabilité du caractère; mais son argumentation tendrait bien positivement à ce résultat. Il reconnaît que M. Aubergier a amené la question à ce point que la réforme des formules du *Codex* est devenue indispensable, mais il veut que cette réforme soit faite par une commission de l'Académie nommée *ad hoc*, et au nom de l'Académie.

Il y a deux questions dans le débat.

1° L'opium indigène de pavots pourpres et le lactucarium doivent-ils être inscrits dans le *Codex?*

2° Les formules rédigées par M. Aubergier pour l'emploi pharmaceutique de ces substances doivent-elles y être inscrites pareillement?

Sur la première question il n'y a pas doute; l'Académie paraît unanime, comme la commission. Et comment serait-il possible de repousser des produits aussi précieux que l'opium indigène et le lactucarium! On ne le pourrait que par une sorte de vandalisme.

Sur la seconde question quelques membres élèvent des contestations. Mais voici ce qu'on peut leur objecter. Les formules de M. Aubergier sont bonnes, personne ne le nie; elles sont prêtes et auront cours demain, si l'Académie dit un mot. En sera-t-il de même pour ce qui est du temps, si une commission de l'Académie est chargée d'en rédiger de nouvelles? Nous pouvons nous dispenser de faire la réponse. Pour M. Aubergier il n'y a aucun avantage à ce que ses formules soient adoptées, puisque tous les pharmaciens pourront les préparer; pour la pratique il y aurait avantage à ce qu'elles le fussent, par cette seule et simple raison que la solution serait acquise au lieu d'être différée.

M. Caventou a présenté, dans une argumentation vigoureuse, les raisons que nous avions nous-même résumées dans notre précédent article. Il l'a fait avec l'autorité de son nom et avec tout le succès qu'un homme honorable a droit d'attendre quand il prend en main la cause de la vérité et de la justice.

Quelques minutes suffiront pour le vote, car il n'y a plus lieu à discuter, comme l'a dit l'honorable président, et aussitôt après l'Académie pourra reprendre le cours de ses travaux scientifiques : ce qui est bien désirable.

Nous avons reçu, relativement aux applications de la glace sur l'œil à la suite des opérations de cataracte, deux communications fort intéressantes et dues à deux honorables praticiens, MM. les docteurs Baudens et Chassaignac. Nous avons cru devoir les publier en même temps, en faisant observer qu'elles ne touchent que secondairement à la question de priorité.

Dans l'une et l'autre communication, on trouvera des indications d'une utilité pratique incontestable, soit pour le mode d'application, soit pour les époques et les cas divers où l'emploi de la glace convient, soit sur les moyens intermédiaires dont on doit se servir de préférence pour éviter les inconvénients de la fusion de cette substance. Les praticiens liront sans doute avec un vif intérêt ces deux articles.

HOPITAUX ET HOSPICES DE PARIS.

Marche et développement de la fièvre typhoïde.

Il y a longtemps qu'on n'a vu à Paris sévir une épidémie de typhus avec autant d'intensité que celle qu'il nous est donné d'observer maintenant. Nous dirons d'abord que nous appliquons ce nom à la maladie qui règne en ce moment, et qui est appelée généralement fièvre typhoïde. Expliquons-nous. Les anciens qualifiaient du nom de typhus une fièvre dont la stupeur est le caractère dominant; c'est ce qu'on peut voir dans le Traité : *De locis affectis* de Galien. Hippocrate lui-même, dans son livre : *De morbis et affectionibus*, en parle d'une manière évidente. Ce n'est que dans ces derniers temps, après toutes les dénominations diverses données par P. Forestus, Chirac, Baglivi, Huxham, Pinel, Serres, à des affections pouvant être toutes ramenées au type principal avec ses variétés, que cette maladie a reçu le nom de fièvre typhoïde, qu'elle conserve encore aujourd'hui, ne prenant le nom de typhus, pour la plupart des médecins, que lorsqu'elle sévit avec intensité et d'une manière épidémique. Mais, en résumé, ce n'est qu'une affaire de plus ou de moins sous le rapport de la fréquence et de la gravité; on peut s'en convaincre par la lecture attentive des symptômes attribués au typhus.

Revenons à l'épidémie actuelle. Loin de diminuer sous l'influence du froid, comme on l'espérait généralement, elle semble, au contraire, prendre des proportions plus considérables. Depuis que la température, qui s'était si bien soutenue en janvier, a commencé à baisser, c'est-à-dire depuis les premiers jours de février, le nombre des malades s'est accru d'une manière notable, et ce phénomène n'a, pour ceux qui veulent bien réfléchir, rien que de très naturel.

Sur qui tombe, en général, l'épidémie? Evidemment sur les sujets qui offrent le plus de prise. Les ouvriers en si grand nombre maintenant dans Paris, travaillant au froid, à la pluie, à la neige, exposés à toutes les intempéries et à toutes les variations de l'atmosphère, sont évidemment sous l'influence de causes débilitantes qu'on ne saurait nier. Leur nourriture est souvent insuffisante et peu en rapport, comme substances alibiles, avec les déperditions auxquelles ils sont sans cesse soumis par un travail continu; de là imperfection des fonctions plastiques et souffrance de la part de l'organisme. Toutes ces causes sont encore secondaires et ne peuvent être considérées que comme des causes proégumènes. Vient maintenant comme cause déterminante la cause infectieuse, l'entassement de ces malheureux dans des garnis, dans des chambres mal aérées, où ils passent la nuit en grand nombre; où l'air ne se renouvelle pas, car ils n'ont pas de feu, et se donneraient bien de garde d'ouvrir les fenêtres, de peur d'avoir froid. Voilà l'explication probable, si elle n'est pas certaine, de la recrudescence typhique qui a lieu en ce moment; et, contrairement aux idées généralement reçues, nous tendons à croire que les chaleurs revenant feraient perdre à l'épidémie de son intensité.

C'est donc des garnis que part évidemment cette contagion qui s'est étendue de proche en proche et frappe maintenant tous les habitants de la ville. Cette assertion est incontestable; elle a déjà été signalée au comité de salubrité dans une épidémie de typhus qui a eu lieu en 1845. Il n'a pas voulu y croire alors; il ne peut aujourd'hui se refuser à l'évidence.

Les hôpitaux regorgent de fièvres typhoïdes; plus de la moitié des malades sont atteints de cette affection :

Cochin, Saint-Antoine, Beaujon, la Maison de santé, Necker en comptent un grand nombre. L'Hôtel-Dieu, sur 470 lits de médecine, en comptait dans ces derniers jours 250; l'hôpital Sainte-Marguerite, sur 280 lits, compte environ une centaine de typhus. L'hôpital de la Pitié, qui ordinairement renferme 450 lits de médecine, a été surchargé de 90 lits supplémentaires, dont 60 pour les deux seuls services du premier et du deuxième étage. Malgré tout, les hôpitaux n'ont pas suffi, et les hospices ont été mis à contribution. 150 lits ont été disposés à Bicêtre pour recevoir des malades externes, et sont pleins en partie. Le spectacle le plus touchant est celui que l'on voit à l'hospice de la Salpêtrière.

Dans ce vaste établissement, où l'on peut disposer de 208 lits de médecine dans la seule infirmerie, on a ajouté 60 lits supplémentaires, et dans ce moment 184 lits sont destinés aux malades externes hommes venus du Bureau central. Les salles de 24 lits ont été mises à 36 lits, et presque tous sont pleins. Les vieilles femmes ont été deversées sur les divisions : 47 ont été mises dans le réfectoire du bâtiment de la Vierge. 73 lits, auxquels on se dispose à en ajouter 14, sont préparés dans deux dortoirs du bâtiment Saint-Charles, et déjà remplis en partie. M. Moutard-Martin, médecin du Bureau central, a été chargé de ce service, MM. Moissenet et Cazalis s'étant réservé le service de l'infirmerie. Dans le bâtiment des Incurables il n'y a qu'un typhus, et, pour le dire en passant, il a frappé une femme âgée de soixante ans environ. Nous notons ce fait pour faire remarquer à son occasion que chez les vieillards le typhus n'est pas aussi rare qu'on veut bien le dire, et même l'écrire généralement, et nous sommes surpris que des médecins savants et expérimentés tombent dans le plus grand étonnement en présence de pareils faits. MM. Lombard et Fauconnet, de Genève, en rapportent des exemples, et nous tenons de M. le docteur Lefebvre, ancien chef de clinique de la Faculté, maintenant exerçant à Gaillon, en Normandie, qu'il a eu à observer plusieurs typhus chez des personnes avancées en âge.

L'activité déployée dans la Salpêtrière a été quelque chose de remarquable, mais qui n'a rien d'étonnant pour nous, qui avons eu occasion de voir dans maintes circonstances le zèle dont sont capables les dames surveillantes de cet établissement, et qui ne pouvons nous souvenir sans émotion de l'abnégation et du dévouement qu'elles ont montrés pendant l'affreuse épidémie de 1849.

L'administration des hôpitaux ne regarde à aucun sacrifice et rappelle en ce moment toute l'habileté qu'elle déploya pendant le choléra, il y a quatre ans; mais peut-être eût-elle pu parer un peu aux inconvénients qui se présentent.

Si l'hôpital situé rue de Charonne n'avait pas été fermé sans être remplacé, un grand nombre de lits qui manquent maintenant eussent pu recevoir des malades; elle n'aurait pas eu besoin de monter dans les hôpitaux restants des lits supplémentaires pour recevoir des typhus, qui s'entretiennent dans ses établissements par des accumulations d'hommes; elle n'aurait pas eu besoin d'envoyer 150 malades à Bicêtre et 180 à la Salpêtrière, de jeter dans ces maisons destinées à la vieillesse et à l'infirmité des germes incontestables de contagion. Si elle ouvrait ses registres de 1849, elle verrait combien la Salpêtrière surtout est prédisposée à cette contagion. Dans la seconde recrudescence du choléra, dans les premiers jours de juin, déjà la population avait diminué de 11 à 1,200 sujets; environ 1,500 étaient en congé et un seul jour compta 53 morts. Cet argument nous paraît péremptoire.

N'aurait-on pas pu, dans de telles circonstances, obtenir des autorités un établissement, un ancien camp, par exemple, dans lequel on aurait parqué pour ainsi dire les typhus de manière à les mettre le moins possible en contact avec les autres malades, ou même des gens bien portants qui vont porter çà et là les causes infectieuses qu'ils ont puisées dans les centres de contagion? Il suffit, pour être convaincu de cette assertion, de se rappeler l'épidémie de l'école de la Flèche qui eut lieu en 1826, et ses conséquences.

Quoi qu'il en soit, l'état des malades est satisfaisant en général; la gravité de la maladie n'est pas très grande, les morts sont peu nombreuses.

Les soins prodigués par l'administration des hôpitaux ne laisse rien à désirer, et il y a bien loin de la manière dont les choses se passent maintenant à celle dont elles se passaient en 1815 dans la grande épidémie de typhus apportée par les armées alliées, et dont la Salpêtrière fut le principal théâtre.

Peut-être quelques personnes de la maison se le rappellent-elles encore : les militaires, qui peuplaient exclusivement les salles, étaient accumulés dans les bâtiments Saint-Léon, Sainte-Claire, Saint-Charles, Sainte-Laure; le bâtiment des Reposantes était rempli; les vieilles femmes étaient, pendant ce temps, couchées dans les corridors, sur les escaliers et dans les vestibules des divisions. Les salles des malades n'étaient pas chauffées, les croisées étaient continuellement ouvertes, et il gelait très fort. De la simple tisane de réglisse était apportée de la pharmacie dans des fontaines en terre entourées de paille; on chauffait les robinets pour qu'ils ne fussent pas obstrués par la glace. Un grand nombre de ces malheureux moururent. La plupart de ceux qui se sauvèrent furent ceux qui, pris en affection par les employés, buvaient de la tisane que ceux-ci, par exception, dégourdissaient sur une chaufferette; le reste fut horriblement décimé.

HOPITAL COCHIN. — M. MAISONNEUVE.

Avantages de l'attelle plantaire comme moyen hyponarthécique dans les fractures compliquées de la jambe.

Une des principales difficultés que présente le traitement des fractures compliquées de l'extrémité inférieure de la jambe consiste dans la coaptation exacte des fragments. Le fragment inférieur, entraîné par le poids du pied, laisse saillir en avant le fragment supérieur, qui soulève les ligaments ou vient faire issue à travers la plaie.

Pour éviter ces inconvénients graves, dit M. Maisonneuve, la chirurgie possède de nombreux moyens, parmi lesquels nous signalerons la vis de M. Malgaigne, l'appareil suspenseur de M. Sauter, la boîte de M. Baudens; mais, outre qu'on ne les a pas toujours sous la main, leur application présente en général d'assez grandes difficultés, et il est rare que les résultats en soient satisfaisants.

Nous avons, continue l'habile chirurgien, obtenu dans ces circonstances difficiles des succès remarquables à l'aide d'un moyen fort simple dont les éléments se rencontrent partout, et dont l'application est des plus facile.

Ce moyen consiste en une attelle de 28 à 30 centimètres de longueur. On l'applique sous la plante du pied, en ayant soin qu'elle dépasse le talon de 5 à 6 centimètres. On la maintient dans cette position à l'aide de deux bandes: la première est enroulée circulairement autour du pied et de l'attelle pour fixer celle-ci contre la région plantaire; la seconde, très courte, est appliquée par son milieu sous le talon, tandis que ses deux chefs viennent se croiser sur le bout supérieur de l'attelle, où on l'arrête par un nœud ou des épingles. Le pied se trouve ainsi suspendu à l'attelle plantaire, dont l'extrémité inférieure appuie sur le coussin destiné à soutenir le reste de la jambe. On applique ensuite l'appareil ordinaire de Scultet pour les fractures.

A l'aide de cette simple attelle, le pied, légèrement suspendu en l'air, se trouve porté en avant avec le fragment inférieur qui y est annexé, tandis que le poids de la jambe entraîne en arrière le fragment supérieur.

Ce mécanisme, qui ne gêne en rien l'application du bandage ordinaire, permet encore de porter facilement le pied en dedans ou en dehors, suivant le besoin, et donne ainsi la facilité de remédier au déplacement suivant la circonférence.

Dans un cas fort grave où les fragments osseux faisaient saillie à travers une large plaie contuse, nous avons vu M. Maisonneuve obtenir par ce moyen une coaptation parfaite et une guérison rapide exempte de difformité. Nous ne saurions donc trop recommander aux praticiens ce moyen aussi efficace que simple et ingénieux.

Chapron (Auguste), âgé de quarante-deux ans, tonnelier, descendait (le 1er novembre 1852) une pièce de vin dans l'escalier d'une cave, lorsque le tonneau, mal soutenu, roula sur sa jambe droite et lui fractura les deux os de cette région à 10 centimètres environ au-dessus des malléoles; les fragments anguleux soulevaient fortement les parties molles et la peau. Un médecin du voisinage appliqua un appareil ordinaire.

Le pied, incomplétement soutenu, se renversa en dehors, et la peau, comprimée par les fragments, ne tarda pas à se mortifier dans l'étendue de 7 à 8 centimètres.

Lorsque le 5 décembre, un mois après l'accident, le malade entra à l'hôpital Cochin, une large plaie existait à la partie inférieure et externe de la jambe; le fragment supérieur du tibia faisait une saillie de 3 centimètres à travers les téguments ulcérés de la face antérieure, et le fragment inférieur, entraîné en dehors par la rotation du pied, apparaissait au fond de l'ulcère; un gonflement considérable envahissait les deux tiers inférieurs de la jambe.

Malgré la gravité de cette lésion, M. Maisonneuve ne désespéra pas de conserver le membre. A l'aide d'une traction modérée, et surtout en soulevant le pied et en lui imprimant un mouvement de rotation en dedans, il parvint à mettre les fragments en contact; mais il s'agissait de maintenir les choses en cet état. Pour cela, M. Maisonneuve appliqua contre la plante du pied son attelle plantaire, dont l'extrémité inférieure débordait le talon de 4 à 5 centimètres. Cette attelle, longue de 30 centimètres, fut d'abord fixée sous la plante du pied au moyen d'une bande circulaire; une autre bande mollement matelassée de charpie fut par son plein passée sous le talon, et ses deux chefs, ramenés au-dessus de l'extrémité supérieure de l'attelle, furent maintenus par un nœud et des épingles.

De cette manière le pied, se trouvant suspendu à l'attelle plantaire, cessa de basculer sur la jambe, et les fragments furent ramenés au contact.

Les plaies furent ensuite pansées par la méthode ordinaire, et le tout maintenu par l'appareil de Scultet.

Depuis lors, deux mois et demi se sont écoulés; l'appareil, parfaitement supporté, n'a pas un instant cessé de remplir son but: aussi la consolidation est-elle d'une régularité telle qu'on l'observe rarement dans ces sortes de lésions.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. Chassaignac.

Application de la glace après les opérations de cataracte.

Il n'est aucun organe peut-être sur lequel l'application de la glace ait une puissance comparable à celle qui s'observe sur l'appareil de la vision. Depuis plus de quatre ans, à l'hôpital Saint-Antoine, le traitement des ophthalmies aiguës et de celles qui succèdent aux opérations de cataracte soit par extraction, soit par abaissement, repose presque exclusivement sur l'emploi combiné de la glace et des douches oculaires.

En réfléchissant à la structure de l'appareil visuel, il est facile de se rendre compte de l'efficacité vraiment extraordinaire des applications réfrigérantes continues dans les phlegmasies de l'organe de la vision. La coque fibreuse de l'œil est vivante et vasculaire dans ses membranes, et encore l'une d'elles, la membrane scléroticocornéale, est-elle constituée par l'un des tissus les moins vasculaires de l'économie. Mais à l'intérieur de l'enveloppe commune existent des milieux qui ne sont parcourus que par de rares vaisseaux, et qui ne peuvent pas produire de chaleur, comme le ferait une masse de volume égal et qui serait constituée par des capillaires sanguins. Qu'y a-t-il donc d'interposé entre ces milieux, faciles à refroidir, et un sachet de glace que l'on applique sur les paupières? Il y a l'épaisseur de la paupière elle-même, plus la couche très mince des membranes oculaires. Dès lors ne voit-on pas que l'action du froid peut pénétrer à une grande profondeur dans des proportions plus fortes que cela n'aurait lieu sur tout autre point de l'économie?

L'efficacité des applications de glace faites à l'appareil oculaire est telle, que nous pouvons avancer que les inflammations les plus violentes de cet appareil peuvent être maîtrisées, ou du moins rendues stationnaires par ces applications bien faites, c'est-à-dire soutenues sans interruption, et quelquefois pendant plusieurs semaines.

S'il s'agit de désordres déjà consommés, tels que des opacités ou des adhérences, ce n'est certainement pas la glace qui les fera cesser; mais tant que l'altération suite de phlegmasie n'est pas définitivement constituée, la glace nous paraît exercer sur l'état inflammatoire de l'œil une influence que n'égale, du moins à notre sens, aucun autre moyen antiphlogistique.

C'est par suite de ces observations que, dans notre pratique de l'hôpital Saint-Antoine, aussi bien que chez les malades de la ville, nous avons substitué les applications de glace et les douches oculaires à l'emploi des mercuriaux, calomel et onguent napolitain et des émissions sanguines, pour le traitement des inflammations graves de l'œil. Ces vues thérapeutiques commencent à se généraliser, et c'est pour cela qu'il importe d'en faciliter l'application pour l'ensemble des praticiens.

Il convient d'abord de leur faire remarquer que les phlegmasies oculaires, après avoir été domptées dans ce qu'elles ont de suraigu par l'application soutenue de la glace, passent à un état subinflammatoire qui persiste sans changement pendant un temps assez long. C'est alors qu'il convient de faire intervenir les douches oculaires comme moyen résolutif très efficace pour dissiper ces restes de l'état inflammatoire primitif.

Il ne faut pas se figurer que ces applications de glace soient toujours une chose très facile; ce sont ces difficultés mêmes qui ont empêché jusqu'ici de généraliser une pratique à laquelle, pour notre compte, nous avons dû de fort heureux résultats à la suite d'opérations de cataracte. Quand nous avons commencé nos recherches à ce sujet, personne n'avait décrit la manière de faire ces applications; aussi n'est-ce qu'après de nombreux tâtonnements qu'il nous a été donné d'arriver au but. Il y a déjà plusieurs années que nous avons fait connaître aux chirurgiens le résultat qu'ils obtiendraient après les opérations de cataracte par extraction, s'ils pouvaient maintenir d'une manière non interrompue, non pas des linges mouillés, mais des applications de glace sur les yeux de leurs opérés.

Il ne nous reste plus qu'à dire un mot des moyens directs de l'application de la glace.

La glace, appliquée sans aucun moyen intermédiaire, ou seulement renfermée dans un linge, ne peut convenir aux besoins de la pratique, parce que l'eau produite par sa fusion inonde bientôt le lit et les vêtements du malade. Le taffetas gommé et la gutta-percha, quelque souples qu'ils soient, ne se moulent pas avec assez d'exactitude sur la surface oculo-palpébrale; il en est de même des vessies en caoutchouc. La vessie de cochon et celle qui sert à la conservation du tabac s'altèrent au bout de quelque temps et donnent une odeur insupportable; en outre, elles augmentent de beaucoup le poids de l'application faite à la surface de l'œil. Depuis longtemps nous n'employons plus que l'intestin de mouton préparé, qui remplit admirablement bien toutes les conditions voulues.

Nous ne ferons pas aux lecteurs de la *Gazette des Hôpitaux* l'injure de leur donner tout cela comme des nouveautés; ils nous rappelleraient sans doute que la *Gazette* a déjà publié de nombreux travaux sur ce sujet, et ils nous renverraient aux numéros du 3 juillet 1849, du 18 septembre et du 22 décembre de la même année, ainsi qu'à des communications faites en août 1848 à la Société de chirurgie, et publiées probablement dans les numéros de septembre 1848 du même journal. D'ailleurs le numéro du 10 novembre avait fait connaître que M. Baudens employait avec succès la glace sur la région oculaire à la suite des opérations de cataracte.

Une dernière remarque: il est des malades qui ne peuvent pas supporter les applications de glace à cause des douleurs vives qu'ils éprouvent. Depuis longtemps nous employons, pour remédier à cet inconvénient, une cuirasse de bandelettes de sparadrap. L'usage de cet appareil protecteur est d'autant plus nécessaire à la suite des opérations de cataracte par extraction, que les personnes commises au renouvellement des sachets de glace n'apportent pas toujours dans l'application de ces derniers toute l'adresse et tous les ménagements nécessaires.

DES APPLICATIONS DE GLACE SUR L'ŒIL

à la suite de l'opération de la cataracte;

Par M. le Dr Baudens, membre du conseil supérieur de santé des armées.

La priorité des applications de glace sur l'œil à la suite des opérations de cataracte ne m'étant pas contestée par notre savant confrère l'honorable M. Magne, je ne reviendrai pas sur cette question. Mais il y a un point capital sur lequel nous différons encore d'opinion. J'ai avancé que *ce sédatif* (la glace) *calme et soulage puissamment le malade;* de son côté M. Magne dit: « *Si j'ai, à l'aide de la glace, éloigné l'inflammation oculaire, je n'ai ni calmé ni soulagé puissamment les malades; tous s'en sont plaints, et dans deux cas il m'a fallu combattre énergiquement pour que les applications fussent continuées.* »

Des appréciations si diamétralement opposées seraient de nature à jeter de la défaveur sur le traitement que M. Magne, comme moi, préconise; elles ne reconnaissent cependant d'autre cause que notre manière différente d'appliquer la glace.

En effet, ainsi que notre habile confrère M. Chassaignac, avec qui j'ai échangé en janvier 1850 plusieurs lettres dans ce journal, précisément à l'occasion d'applications de glace sur la région oculaire, M. Magne renferme la glace dans de la baudruche; et voici comment:

« Aussitôt l'opération de la cataracte terminée, dit-il, et l'appareil appliqué comme à l'ordinaire, je renferme dans de la baudruche un fragment de glace de la grosseur d'un petit œuf de poule. Ce sac est alors fixé sur le bandeau de manière que la glace appuie plutôt sur l'arcade sourcilière que sur le globe de l'œil... Dès que le fragment de glace placé sur l'œil opéré arrive à la grosseur d'une amande il est remplacé par un autre sac, et ainsi de suite *pendant les trois premiers jours* qui suivent l'opération. »

Mon expérience de plus de vingt années du traitement par la glace des lésions traumatiques m'a démontré que cette manière de procéder est défectueuse.

Elle est défectueuse, car il ne faut jamais perdre de vue que la glace doit être graduée dans son application, et en raison même de la somme de calorique morbide à soutirer; que, tant qu'elle ne soustrait que du calorique morbide, le malade n'en éprouve que du bien-être; il est calmé, soulagé, il se sent comme rafraîchi. Mais du moment qu'après épuisement du calorique morbide on arrive à enlever le calorique normal, oh! alors commence ce sentiment de douleurs insupportables pour lesquelles notre savant confrère *a dû combattre énergiquement afin que les applications de glace fussent continuées par ses opérés.*

En veut-on un exemple facile à saisir? Si on prend entre le pouce et l'index un morceau de glace, au bout de quelques instants la soustraction du calorique normal ou physiologique fait éprouver d'atroces douleurs; tandis que si les doigts sont le siége d'un panaris, la glace amène un grand soulagement, parce qu'elle n'enlève alors que du calorique en excès, ou morbide. D'où je conclus que les douleurs éprouvées par les opérés de M. Magne tiennent à ce que l'action de la glace n'était pas en rapport avec l'intensité du foyer phlogistique. Ce que M. Magne a observé, nous l'avons vu aussi au début de notre pratique, et ce n'est que par l'observation et avec le temps que nous sommes arrivé à notre formule si simple du calorique *morbide* et du calorique *normal*, de laquelle découle cette autre formule, que la soustraction du calorique morbide est toujours agréable au malade, que la déperdition du calorique normal seule est douloureuse; que la glace ne doit jamais soutirer que du calorique morbide, et que celui-ci est épuisé quand au sentiment de bien-être succède une sensation de souffrance occasionnée par le froid.

Pendant plus de vingt années j'ai eu constamment un service dans les grands hôpitaux militaires de plus de cent blessés, et toutes les lésions traumatiques ont invariablement été traitées par les réfrigérants. Je puis donc traiter cette question avec quelque autorité, et si mon honorable collègue veut bien me le permettre, je lui dirai mon opinion sur l'époque à laquelle il convient d'appliquer la glace, et sur la durée de son application.

1° *Époque de l'application de la glace.* — Étant donnée une blessure du globe oculaire, l'opération de la cataracte, par exemple, du moment qu'il y a du calorique morbide à soustraire, même après plusieurs jours d'invasion, l'application de la glace est indiquée; mais le moment le plus rapproché de l'accident doit toujours être préféré, attendu que le temps perdu porte préjudice, et que s'opposer dès l'origine au développement des accidents traumatiques, c'est empêcher le mal de grossir, c'est abréger d'autant la durée du traitement.

Mais au moment même où l'opération de la cataracte vient d'être faite il n'y a pas encore de foyer phlogistique à éteindre. L'inflammation surgira sans doute, mais elle n'existe pas encore. Eh bien! si dès ce moment vous mettez sur la région oculaire un morceau de glace gros comme un petit œuf de poule, vous faites trop, car vous n'enlevez encore que du calorique normal, et vous provoquez des douleurs quand vous devriez tout mettre en œuvre pour les prévenir, attendu que ces douleurs provoquées amèneront une réaction fâcheuse qu'il faudra enrayer à grands renforts de glace.

Plus tard, après vingt-quatre ou quarante-huit heures, quand surgit l'inflammation traumatique, si c'est toujours le même morceau de glace que vous employez, il est possible qu'il soit insuffisant, et peut-être faudrait-il l'augmenter de volume, puisque nous avons établi qu'il faut graduer l'intensité du froid à l'intensité du foyer de l'inflammation. Pour moi, j'élève toujours l'action de la glace, à laquelle je suis quelquefois forcé d'ajouter du sel marin, en raison de la production plus grande de calorique morbide. Il faut en graduer avec intelligence l'emploi, la mettre en équilibre et en harmonie avec le foyer producteur de ce calorique.

Voici comment je procède quand il s'agit d'une cataracte:

Immédiatement après l'opération j'applique sur la région oculaire une simple compresse trempée dans de l'eau rendue de plus en plus froide en y ajoutant un peu de glace. Au bout d'une demi-heure, quand la région s'est refroidie doucement et sans souffrance, je maintiens à demeure, entre les plis de la compresse, un tout petit morceau de glace, dont on augmente graduellement le volume selon les indications. On le supprime même par intervalles s'il occasionne de la douleur. Après quelques heures ainsi passées en tâtonnements, le travail intérieur se fait, et l'opéré, qui éprouve du froid un grand soulagement, sait parfaitement mesurer lui-même, d'après ses sensations, ce qu'il faut de glace, et selon que le foyer augmente ou diminue d'intensité, il en use en plus ou en moins.

Durée de l'application de la glace. — M. Magne semble en avoir fixé la durée à trois jours consécutifs. Pour nous il n'y a ici rien d'absolu, rien d'arrêté à l'avance; la durée est subordonnée à l'intensité du foyer. En moyenne, nos malades ont gardé la glace huit jours, en usant des ménagements indiqués, et qui sont les mêmes qu'il s'agisse d'appliquer ou de supprimer la glace. Le froid doit être continué tant qu'il y a du feu à éteindre, tant qu'il y a production de calorique morbide. Le malade reconnaît qu'il y a encore du calorique morbide à la sensation agréable, bienfaisante que lui procure le froid. Il juge à ne s'y méprendre jamais que la glace agit sur du calorique normal quand au sentiment de bien-être, de soulagement succède celui d'un refroidissement désagréable d'abord, douloureux ensuite; le moment est venu de supprimer graduellement, et avec les précautions prises au début, le froid, dont la prolongation ne serait plus que nuisible. Nous disons aux malades: *Tant que vous éprouvez de la glace du bien-être, persistez.* Seuls ils sont juges de la durée de l'application; leurs sensations sont leurs guides, et ces guides-là ne les trompent jamais.

Au lieu de baudruche, j'applique tout simplement sous le bandeau soulevé par en haut, et entre les plis d'une compresse, un petit morceau de glace aplati, rarement plus gros qu'une amande, et portant en plein sur le globe oculaire sans le comprimer. Je dépose sur la paupière, et surtout dans les angles et dans les dépressions, quelques brins de charpie fine, et quand le froid est trop intense j'enlève un peu de glace, ou mieux je place sur la région oculaire quelques brins de plus de charpie, afin que la glace agisse

moins directement. La glace fond très lentement, et l'eau qui en découle tombe doucement dans une petite éponge soutenue sur la joue par un mouchoir. De cette façon j'obtiens ce que j'appelle un cataplasme à la glace. Ce cataplasme répartit le froid d'une manière uniforme sur toute la région oculaire, et avec une précision que le sac de baudruche ne saurait donner. D'ailleurs le sac de baudruche donne du froid privé d'humidité; ma compresse est un sac perméable qui procure un froid humide bien préférable, et toujours au même degré d'intensité.

Sans doute je n'ai pas rendu la vue à tous les malades que j'ai opérés de la cataracte, mais j'ai obtenu des résultats extrêmement satisfaisants, dont je rapporte l'honneur à la glace, qui a enrayé l'inflammation traumatique. Pendant les dix années que j'ai passées au Val-de-Grâce j'ai fait neuf opérations de cataracte, et huit fois la vue a été rendue aux opérés. J'ai obtenu chez des malades civils des résultats analogues. Chez l'un d'eux, que je soigne en ce moment, la glace est restée en permanence pendant dix jours; le succès est parfait. J'ai la ferme confiance que de semblables résultats attendront les praticiens confiants dans l'exemple que l'honorable M. Magne et moi leur donnons.

HOSPICE DU BENGALE. — M. J.-P. Bowling.

Abcès du cœcum contenant de l'opium à l'état solide chez un mangeur d'opium.

Charles May, âgé de vingt-cinq ans, sergent au 51ᵉ régiment, fut admis dans mon service à l'hôpital le 29 juin 1852. Il se plaignait d'avoir eu la fièvre et d'un état de malaise depuis quelques jours, avec des frissons suivis de chaleur à la peau et de sueurs. Il éprouvait aussi une douleur vive et une tension légère dans la région iliaque droite, avec soif et langue sale; constipation; pouls à 90, faible. On lui prescrit 12 sangsues et des fomentations sur le point douloureux; purgatif mercuriel.

Le 30 juin, par l'application des sangsues, la douleur avait bien diminué, il en éprouvait cependant encore à la pression. Le purgatif avait bien agi et avait fait rendre une grande quantité de matières noires et fétides. La langue était nettoyée, la peau fraîche et moite, la soif moindre; le pouls à 100, faible; il n'a pas eu de frisson depuis son entrée. Sédatifs, régime nourrissant, un peu de vin. Sous l'influence de ce traitement, son état parut s'améliorer pendant quelques jours.

Le 6 juillet, on remarque chez lui depuis un ou deux jours un regard lourd, de l'assoupissement. Il est apathique et indifférent à ce qui l'entoure, dort beaucoup, et offre l'aspect d'un homme sous l'influence de l'opium. Il nie cependant avec force avoir jamais pris un grain de ce médicament au delà de ce qui lui a été prescrit.

Cet état d'oppression et d'assoupissement persiste et le sujet ne se plaint que de faiblesse et d'inappétence; le pouls devient de plus en plus faible et fréquent jusque dans la matinée du 13, jour de sa mort.

En enlevant le corps, on trouve sous les couvertures environ 2 onces d'opium. Ses camarades prétendent qu'il avait l'habitude d'en prendre des quantités considérables depuis environ sept ans.

Autopsie. — Le corps est bien conformé, mais amaigri. Les organes contenus dans le thorax sont sains. Dans l'abdomen, le cœcum est distendu et forme la poche d'un abcès qui contient environ quatre onces de pus très fétide. Au milieu de cet amas de matière, on aperçoit sept ou huit morceaux d'une substance noirâtre, que l'on reconnaît pour être de l'opium. Le poids de ces fragments varie de 1 à 3 grains chacun. On retrouve des traces d'une péritonite récente, mais peu grave. L'absence d'instruments convenables n'a pas permis d'examiner la tête.

RECHERCHES SUR L'OPIANINE.

Par M. Hinterberger.

Cet alcaloïde existe dans l'opium d'Egypte et a été découvert par M. Hinterberger dans les circonstances suivantes :

M. Kugler, pharmacien à Vienne, en Autriche, a eu occasion, il y a quelques années, de traiter de grandes quantités d'opium d'Egypte dans le but d'en extraire la morphine. L'infusion d'opium a été précipitée par l'ammoniaque, et le précipité, lavé d'abord à l'eau, puis à l'alcool froid, a été desséché et dissous dans l'alcool bouillant. La dissolution, décolorée par le charbon animal, a laissé déposer par le refroidissement des cristaux de morphine qui étaient mélangés d'une grande quantité d'autres cristaux possédant les caractères extérieurs de la narcotine. Après une nouvelle dissolution dans l'alcool, la morphine est restée dans l'eau mère et tous les autres cristaux se sont séparés de la liqueur. M. Hinterberger, ayant eu occasion d'examiner ces cristaux, a démontré qu'ils constituaient un alcaloïde nouveau. Il a proposé pour cet alcaloïde le nom d'*opianine*.

L'opianine cristallise en longues aiguilles incolores, transparentes et brillantes. Précipitée par l'ammoniaque de ses dissolutions, elle constitue une poudre blanche et ténue. Elle est inodore, et sa dissolution alcoolique possède une saveur fort amère et persistante. Elle est insoluble dans l'eau et ne se dissout que dans une grande quantité d'alcool bouillant, dont elle se sépare complétement par le refroidissement. La solution alcoolique possède une forte réaction alcaline. Les dissolutions des sels d'opianine sont précipitées par les alcalis fixes et volatils en flocons blancs. Avec les chlorures de platine et de mercure, cette base forme des combinaisons doubles. L'acide sulfurique concentré ne l'altère pas, et l'acide nitrique la dissout avec une couleur jaune. L'acide sulfurique renfermant de l'acide nitrique la colore en rouge de sang; mais peu après cette couleur passe au jaune clair. Sa composition est exprimée par la formule $C^{66}H^{36}Az^{2}O^{21}$.

Lorsqu'on ajoute à une dissolution alcoolique de chlorhydrate d'opianine une solution aqueuse de sublimé, il se forme un précipité blanc volumineux. On peut l'obtenir cristallisé en le dissolvant après l'avoir séché, dans un mélange de 2 volumes d'alcool et de 1 volume d'acide chlorhydrique concentré, et en ajoutant à cette liqueur de l'eau distillée par petites portions, jusqu'à ce que le trouble qui se forme d'abord reste permanent. Par une douce chaleur ce trouble disparaît, et au bout de vingt-quatre heures il se dépose des groupes d'aiguilles concentriques qui renferment : $C^{66}H^{36}Az^{2}O^{21}HCl,HgCl$.

Action de l'opianine sur l'économie animale. — D'après les expériences de M. Hinterberger, l'opianine est un narcotique qui se rapproche beaucoup de la morphine. Deux chats qui avaient été empoisonnés, l'un par 0,145 de morphine, l'autre par la même dose d'opianine, ont éprouvé les mêmes symptômes de prostration. Cette dose n'a cependant pas suffi pour les faire succomber.

(*Répertoire de pharmacie.*)

CAUTÉRISATION AVEC LE FER ROUGE
dans la gangrène du siége.

Rien de plus difficile que d'obtenir, dans certains cas, la limitation du travail gangréneux qui se développe à la région sacrée dans le cours de certaines maladies graves. Les pansements avec des poudres détersives, stimulantes, astringentes, avec des liquides de même nature, les applications topiques variées de collodion, de coton en rame, de diachylon, les précautions les plus grandes pour empêcher le contact des matières stercorales ou des urines, les changements de position imprimés au malade pour éviter le contact de ses plaies avec les corps extérieurs, rien n'y fait, et l'on voit chaque jour la gangrène s'étendre en largeur et en profondeur, sans qu'un cercle inflammatoire vienne en annoncer la limitation.

Que faire dans ces cas? Traiter ces plaies comme la gangrène appelée pourriture d'hôpital, c'est-à-dire cautériser énergiquement et profondément avec le fer rouge. On prend un cautère ordinaire rougi au feu; on le promène sur la plaie, de manière à en toucher tous les points; on y revient le lendemain et même le surlendemain, si l'inflammation éliminatrice n'est pas encore développée. Mais, dans le plus grand nombre des cas, une seule application suffit. Cette opération est assez douloureuse, mais la douleur cesse très vite.

Un médecin anglais, M. Dickinson, dit s'être très bien trouvé de ces cautérisations; nous savons qu'elles ont été employées en France avec le même succès, à d'autres époques, et principalement dans le cours de nos grandes épidémies de typhus; et, pour notre part, nous n'hésiterions pas à en faire usage dans les cas de ce genre, bien entendu, après avoir épuisé les moyens ordinaires dont la médecine dispose. (*Provincial med. and surg. journal*, 1852.)

DU PHOSPHORE.
Formules et préparations.

Le phosphore, malgré son activité bien connue, et peut-être même à cause de cette activité, est à peine employé en France. En Angleterre, il l'est très peu également. En Allemagne seulement, son emploi est un peu plus général. On s'étonne avec raison du discrédit dans lequel a pu tomber un agent thérapeutique auquel tous ceux qui l'ont expérimenté ont reconnu des propriétés stimulantes des plus remarquables. Cela tient probablement à la frayeur qu'inspirent ses propriétés caustiques, et encore à l'imperfection de nos moyens d'administration. Jusqu'ici, en effet, on s'est borné à deux préparations du phosphore, la teinture éthérée et l'huile phosphorée. Sans rejeter absolument ces deux préparations, et la combinaison du phosphore en particulier avec certaines huiles médicamenteuses, nous dirons cependant que l'on ne sait jamais exactement la proportion du phosphore dissous dans les huiles et dans l'éther. La teinture éthérée présente en outre cet inconvénient, que, mêlée à l'eau ou à la tisane qui doit être prise par le malade, elle laisse le phosphore se précipiter. Or, le phosphore est soluble dans d'autres menstrues, par exemple, dans le chloroforme, dans le sulfure de carbone, et ces deux modes d'administration l'emportent sur ceux déjà connus.

Voici la formule qu'a donnée tout récemment un médecin anglais, M. Glover, d'une

Solution de phosphore dans le chloroforme.

Chloroforme pur	4 parties.
Phosphore	1 partie.

Dose : 4 ou 5 gouttes de cette solution avec 4 gr. d'éther dans un verre de vin de Porto, deux fois par jour. — Dans le but de ranimer les forces du malade dans le cours de la fièvre typhoïde.

Solution de phosphore dans le sulfure de carbone.

Le sulfure de carbone dissout près de 3 milligrammes de phosphore par goutte; il suit de là que c'est un mode d'administration très-facile du phosphore; mais l'odeur si désagréable du sulfure de carbone s'oppose à ce qu'on administre cette solution autrement que renfermée dans des capsules gélatineuses.

Nous avons vu M. Aran administrer, à la Pitié, des capsules de phosphore préparées par M. Gobley, sur les indications de M. le docteur Mandl, et qui contiennent 1 milligramme de phosphore pour un tiers de goutte de sulfure de carbone, avec addition d'une certaine quantité de magnésie. Administrées dans le cours de fièvres typhoïdes graves, à la période adynamique, ou à la fin de la maladie, lorsque les patients semblaient plongés dans une débilité profonde, ces capsules, à la dose de 3 à 5 par jour, ont paru ranimer les forces que les toniques de tout genre, et en particulier les lavements de vin, n'étaient pas parvenus à relever.

Voici la formule exacte de ces capsules médicamenteuses, telle qu'elle nous a été communiquée par M. Mandl :

Phosphore	5 centigrammes.
Sulfure de carbone	20 gouttes.
Huile	18 grammes.
Magnésie	Q. S.

Pour 50 pilules qu'on enveloppe ensuite d'une couche de gélatine.

Chaque capsule contient un milligramme de phosphore et le tiers d'une goutte de sulfure de carbone.

Solution de phosphore dans l'huile de foie de morue.

Phosphore en morceaux	0,025 milligrammes.
Huile de foie de morue	30 grammes.

Jetez le phosphore dans l'huile de foie de morue, plongez la bouteille qui contient celle-ci dans de l'eau chaude, agitez; et la solution s'opérera sans difficulté.

Cette formule, donnée par M. Glover, et qui présente la réunion de deux substances très actives, l'huile de foie de morue et le phosphore, a été utilisée par lui dans le traitement de la scrofule. On pourrait l'essayer aussi dans le traitement de la phthisie pulmonaire, maladie dans laquelle les préparations stimulantes sont généralement bien supportées. (*Bulletin de thérapeutique.*)

A côté de cet article, nous croyons devoir donner le suivant, publié par le *Journal de pharmacie* :

Du sirop de pyrophosphate de fer.

Par M. E. Soubeiran.

Le pyrophosphate de fer et de soude a été introduit dans la thérapeutique comme ayant entre autres avantages particuliers celui d'être supporté facilement par certaines personnes par qui les autres préparations de fer n'avaient pu être tolérées. J'ai eu l'occasion de voir deux malades dans ces conditions. On leur a prescrit la solution de pyrophosphate suivant la formule connue.

Sulfate ferrique sec	6 grammes.
Pyrophosphate de soude cristallisé	55 —
Eau	q. s.

F. s. a. un litre de dissolution.

Mais cette liqueur a une saveur salée désagréable; c'est pour l'éviter que j'ai préparé le sirop dont je vais donner la formule, et qui est pris sans aucune difficulté par les femmes et par les enfants.

Je rappellerai d'abord que le pyrophosphate de soude se prépare en séchant du phosphate de soude ordinaire et lui faisant éprouver la fusion ignée au rouge. On redissout la masse par de l'eau bouillante et l'on filtre pour faire cristalliser. On obtient un sel qui a pour formule $2NaO+PO^{5}+10Aq$. Il contient 40 p. 100 d'eau de cristallisation. On le reconnaît à ce qu'il précipite les sels d'argent en blanc au lieu de les précipiter en jaune comme le phosphate de soude ordinaire.

Le pyrophosphate de fer correspond au sel précédent. Il a pour formule $2Fe^{2}O^{3}+3Po^{5}$. On l'obtient par double décomposition du sulfate ferrique par le pyrophosphate de soude. Il est insoluble dans l'eau, mais il est soluble dans le pyrophosphate de soude.

J'en viens maintenant au sirop de pyrophosphate de fer.

Sulfate ferrique	3 gram. 60 c.
Eau	60 grammes.

On laisse dissoudre lentement, ce qui demande parfois deux ou trois jours, ou mieux on fait dissoudre au bain-marie dans un matras à une douce chaleur.

D'autre part :

Pyrophosphate de soude cristallisé	30 grammes.
Eau pure	220 —
Eau distillée de menthe	100 —

On fait dissoudre à froid ou à une douce chaleur; alors dans cette dissolution refroidie on ajoute la solution de sulfate ferrique et l'on agite. Il se fait au moment du mélange un précipité qui ne tarde pas à se dissoudre; on filtre la liqueur et l'on ajoute :

Sucre très blanc	590 grammes.

On fait dissoudre à froid dans un matras de verre. Il faut faire la dissolution à froid ou au moins à une température qui ne dépasse pas 50 degrés, autrement le sirop prendrait une couleur lie-de-vin qui, à 70 à 80 degrés, deviendrait très foncée.

Une cuillerée (20 grammes de ce sirop) contient 2 centigrammes de fer à l'état de pyrophosphate double.

Si l'on n'a pas de sulfate ferrique, on le prépare en un temps très court de la manière suivante. Pour la dose de sirop précédente ou 1 kilogramme de sirop :

Sulfate ferreux cristallisé	5 grammes.
Acide sulfurique	1,60
Acide nitrique	q. s.

On met le sulfate dans une capsule avec une petite quantité d'eau et l'acide sulfurique; on chauffe et l'on ajoute de l'acide nitrique par petites parties jusqu'à ce qu'il ne se dégage plus de vapeurs nitreuses; on évapore à siccité à une douce chaleur; le produit est le sulfate ferrique neutre. En en préparant une certaine quantité à l'avance, on évite de répéter cette opération chaque fois qu'il faut fabriquer du sirop.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Application topique d'urate d'ammoniaque dans les arthrites chroniques.

Guidé par les propriétés résolutives attribuées par le peuple à l'urine humaine, M. Howner a mis en usage dans les arthrites chroniques des cataplasmes de terre à potier et de guano, substance composée de 30 p. 0/0 d'acide urique, d'urate, de carbonate, de muriate, d'oxalate et de phosphate d'ammoniaque, etc., dans la proportion de un quart de guano et de trois quarts de terre à potier, continués pendant plusieurs jours. M. Howner cite plusieurs faits où ce moyen lui a réussi. (*Philadelphia med. Examiner* et *Bull. de thérap.*)

Emploi du nitrate de plomb dans les maladies de la peau.

Le nitrate est de tous les sels de plomb le moins employé en médecine, quoiqu'il ait été vanté par un assez grand nombre d'auteurs; et cependant ce sel peut rendre des services dans certaines maladies chroniques de la peau.

Chez une femme de cinquante ans affectée depuis cinq ans d'une éruption, espèce de rupia ou d'impétigo, qui avait commencé par le vertex et qui s'était étendue peu à peu sur le front,

le nez et les joues jusqu'au niveau de la bouche, de nombreux traitements avaient été essayés sans succès. M. Ward, voyant que la peau autour des ulcérations et des cicatrices paraissait comme hypertrophiée et que les papilles faisaient saillie en beaucoup de points, comme dans l'éléphantiasis, pensa que ce qu'il y avait de mieux à faire était d'employer quelque astringent énergique; il prescrivit en conséquence des lotions avec le nitrate de plomb préparé de la manière suivante :

Carbonate de plomb. . . . 4 gr. 25
Acide nitrique dilué. . . . q. s. jusqu'à dissolution.
Eau distillée. . . . . . 500 grammes.

Pour lotions deux ou trois fois par jour. Pas d'autre traitement que la quinine à l'intérieur.

En quelques jours, l'éruption avait cessé de faire des progrès; les croûtes commençaient à se détacher, et la peau perdait sa rougeur et son gonflement.

Après quinze jours, la cicatrisation était complète; il ne restait plus que quelques écailles sur la face. Les lotions ont été encore continuées par prudence pendant quelques semaines. (*Provincial med. and surg. Journal* et *Bull. de thérap.*)

De l'usage de l'air chaud et humide dans le traitement du croup.

Par M. le docteur G. Budd.

Lorsqu'il s'agit d'une affection si grave et si difficile à combattre que la laryngite membraneuse, on doit s'empresser de faire connaître les méthodes de traitement qui se recommandent par leur simplicité et les succès qu'elles ont obtenus dans un certain nombre de cas. Guillaume Budd rapporte 10 observations dans lesquelles l'air chaud et humide a été employé avec le concours de l'émétique. Sur ces 10 malades, qui étaient naturellement des enfants, deux seulement sont morts, et il faut ajouter que chez eux l'affection avait atteint une gravité qui la rendait à peu près incurable. L'un d'eux fut transporté à l'hôpital dans un état comateux et convulsif, et l'autopsie montra que les fausses membranes s'étendaient du côté droit jusque dans les ramifications bronchiques, de manière à rendre le poumon presque entièrement imperméable à l'air.

Voici comment l'auteur procède :

L'enfant malade est couché sur un lit fermé dans tous les sens par des rideaux; dans l'espèce d'enceinte formée ainsi, on place un grand bassin rempli d'eau bouillante, dans laquelle on plonge de temps à autre une brique chauffée pour en dégager des masses de vapeur. De cette manière l'air qui environne le lit se conserve à une température de 30 à 35 degrés centigrades et chargé d'humidité. On administre l'émétique de temps en temps et toutes les fois que la respiration paraît plus embarrassée, non pas dans le but de produire l'effet antiphlogistique des préparations antimoniales, mais seulement parce que le vomissement, par les secousses mécaniques successives qu'il produit, tend à détacher les fausses membranes que revêt la muqueuse laryngée.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 22 février 1853. — Présidence de M. Bérard.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

La correspondance officielle comprend :

1° Une lettre du ministre de l'intérieur et du commerce transmettant un rapport de M. le docteur Thiriat, médecin cantonal à Epinal, sur l'épidémie de rougeole qui a régné dans la commune de Thaon pendant les trois derniers mois de 1852. (Commission des épidémies.)

2° Une demande d'avis sur les eaux de Forges (Seine-et-Oise) et sur l'opportunité d'accorder l'autorisation d'exploiter ces eaux. (Commission des eaux minérales.)

3° Diverses lettres relatives à des remèdes secrets.

4° Une lettre du ministre de la guerre avec envoi d'un rapport sur les eaux d'Hammam près Sétif (Algérie). (Même commission.)

— M. Conneau remercie l'Académie, dans la personne de son président, de sa nomination au titre d'associé libre.

Demande de permutation.

M. P. Dubois prie l'Académie de l'autoriser à prendre dans la section d'accouchements la place que le décès de M. Devilliers y a rendue vacante.

Sur la proposition de M. le président, soumise à l'Académie, il sera nommé une commission composée de 11 membres, pris dans chacune des sections de l'Académie, pour faire un rapport sur la demande de M. Dubois.

Huiles de foie de morue.

M. Berthé, pharmacien à Paris, adresse une troisième note sur les huiles de foie de morue. (Commissaires : MM. Grisolle, Soubeiran, Guibourt et Bouchardat.

Vaccine.

M. le docteur Mercier, médecin cantonal à Pontarlier, transmet copie d'une lettre qu'il a adressée au préfet du Doubs pour lui faire savoir que dans diverses communes de ce département qu'il a été invité à visiter, il a trouvé un certain nombre d'enfants qui ne présentent aucun indice d'inoculation vaccinale. (Commission de vaccine.)

Du procédé à employer dans les cas de dystocie par hydrocéphalie.

M. Dujardin, de Lille, rappelle qu'il a adressé, en novembre 1851, une observation de dystocie relative à un cas de présentation pelvienne compliquée d'hydrocéphalie considérable, cas pour lequel les auteurs n'avaient pas encore tracé de marche à suivre pour pratiquer la perforation de la base du crâne. Depuis cette époque, M. Chailly, dans la 3e édition de son *Traité d'accouchements*, a recommandé, dans ce cas, de pratiquer la perforation de la base du crâne à l'aide des ciseaux de Smellie. M. Dujardin pense que le procédé qu'il a employé dans le cas qui fait l'objet de sa communication est préférable, et il appelle de nouveau sur lui l'attention de l'Académie. Ce procédé consiste à placer un crochet mousse sur la base de l'une des cavités orbitaires du fœtus et à le forcer, en lui imprimant un mouvement de rotation convenable, à pénétrer dans la cavité crânienne par le fond de l'orbite. (Commission précédemment nommée.)

Dosage du sucre de lait.

M. Poggiale écrit une nouvelle lettre au sujet de la discussion soulevée entre MM. Vernois, Becquerel et lui, dans laquelle il établit par de nouveaux témoignages que le procédé qui consiste à déterminer la richesse du lait par le dosage du sucre n'appartient qu'à lui. (Commission nommée.)

Opium indigène.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le rapport de M. Bouchardat relatif à l'opium indigène.

M. le président informe l'Académie que M. Aubergier n'insiste pas sur l'application du décret du 3 mai 1850 à ses formules; il se borne à demander cette application pour l'opium indigène et pour le lactucarium.

MM. Soubeiran et Caventou prennent successivement la parole.

La discussion n'étant pas terminée, le vote sur les conclusions du rapport est renvoyé à la prochaine séance.

— A quatre heures un quart, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de la commission des membres associés étrangers.

CORRESPONDANCE.

A M. le Rédacteur de la Gazette des Hôpitaux.

Jouy-le-Châtel, le 7 février 1853.

Monsieur le Rédacteur,

Vous avez inséré dans votre numéro du 1er février une lettre de M. le docteur Joux, de la Ferté-Gaucher, contradictoire d'un certain passage d'un premier article sur l'hygiène des enfants.

Cette lettre ne me paraît pas devoir rester sans réponse.

Je pourrais incidemment demander à mon honorable confrère s'il *sait autre chose que ce qu'il a appris* et si ce n'est pas apprendre qu'*interroger la nature?*

Si un *physicien, selon le sens étymologique du mot*, est plutôt un artiste qu'un homme de science, et si, pour ne pas accepter cette assimilation ou plutôt cette substitution de l'art à la science, on ne doit prendre nécessairement que des *chemins battus et connus?*

Je pourrais lui demander encore si, en écrivant les lignes auxquelles je me permets de répondre, l'idée ne lui est pas venue qu'il *détruisait* d'un trait de plume et la physiologie, cette branche si importante des sciences médicales (ou de l'*art* médical), et l'hygiène, non moins importante; car, en assimilant la femme à la jument, à la vache *et autres mammifères*, je me demande s'il fait autre chose. D'ailleurs, si nous voulions nous arrêter un instant à cette assimilation, nous trouverions des physiologistes, lesquels pour n'être pas artistes n'en sont pas moins des hommes dignes de foi, qui assureraient au besoin que le lait d'une vache pleine est de beaucoup inférieur en qualité au lait donné par une qui ne l'est pas.

Je pourrais multiplier les objections qu'entraînent les propositions contenues dans sa lettre, mais je m'arrête à ceci :

Pendant vingt ans, M. Joux n'a pu une seule fois constater les mauvais effets du lait donné par une nourrice enceinte ou soumise à la fonction cataméniale, dit-il. Celui qui écrit ces lignes ne compte pas encore quatre années d'exercice; moins favorisé et plus malheureux, il a pu déjà nombre de fois constater les *effets pernicieux* du lait donné aux enfants par des nourrices qui se trouvaient dans les conditions précitées; il se hâte de dire cependant que ces cas sont peu fréquents, qu'ils constituent l'exception : il y a à cela une raison que M. Joux connaît autant que personne.

Chacun le sait, à la campagne les plus simples notions d'hygiène, les obligations les plus impérieuses qu'elle impose sont négligées avec une incroyable incurie : ainsi, en général, quelquefois dès les premiers jours, très souvent dès le premier ou le second mois qui suivent la naissance, on alimente les enfants à l'aide de soupes, de bouillies, de lait bouilli, etc.; or il est facile de comprendre que l'enfant soumis à un régime tel pourra sans inconvénient teter du lait qui a perdu la plus grande partie de ses qualités nutritives : ceci n'entraîne pas d'autre explication.

Personnellement, je suis en mesure d'affirmer que l'enfant qui ne reçoit d'autre aliment que le lait de sa nourrice souffrira, et souffrira souvent au point de contracter des lésions incurables, si la nourrice qui lui donne le sein a vu ses règles reparaître, à bien plus forte raison si elle est enceinte.

Aussi je m'empresse de répéter avec l'auteur des articles sur l'hygiène des enfants « qu'il faut se hâter d'enlever l'enfant à une nour» rice dont les règles ont reparu, etc., car ces conditions sont tout à fait » incompatibles avec un bon allaitement.» Non pas dans ces cas que le lait acquière des propriétés malfaisantes, mais bien parce qu'il manque de qualités nutritives, parce qu'il devient insuffisant pour l'entretien et la conservation de la santé de l'enfant. C'est là au moins un point trop bien connu des médecins ou *artistes* hygiéniques pour que M. Joux, mon honorable confrère, songe à le contester.

Agréez, etc. Frisson.

Congrès médical belge.

Un congrès médical analogue à celui qui a eu lieu en France, et dont, pour le dire en passant, les résultats ont été nuls, va se réunir à Bruxelles. La première séance aura lieu le 28 mars prochain.

La commission, nommée dans la réunion préparatoire du 26 décembre 1852, invite tous les médecins du pays à s'y faire représenter.

Les délégués peuvent être choisis dans la proportion de 1 sur 5 à 9 commettants, de 2 sur 10 à 14, et ainsi de suite, de manière qu'il n'y ait jamais plus d'un délégué sur 5 commettants.

Afin que les médecins de Bruxelles n'aient point en quelque sorte le monopole des décisions, les délégués seuls auront voix délibérative; néanmoins tous les médecins du pays sont invités à prendre part aux travaux du congrès, mais seulement avec voix consultative.

La séance s'ouvrira à onze heures du matin et sera levée à cinq heures du soir au plus tard.

L'ordre du jour est ainsi fixé :

1° Conseils légaux de discipline;

2° Service médical des pauvres;

3° Pétition au ministre de l'intérieur pour demander qu'une nouvelle loi sur l'art de guérir soit présentée aux chambres dans la session actuelle;

4° Organisation de l'association médicale, et institution de caisses de prévoyance. (*Presse médicale belge.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

La commission générale de l'Association des médecins du département de la Seine est composée, pour l'année 1853, de MM. les docteurs dont les noms suivent :

1er Arrondiss. MM. Cusco, Rotureau, Vidal (de Poitiers), Ley.
2e — Dufour (de Villefranche), A. Latour, Mongeal, Grimaud.
3e — Meurdefroy, Trèves, Boinet, Janin.
4e — Delorme, Fontès, Léger-Fleurus, Tessereau.
5e — Campardon, Moreau, Pertus, Delafolie.
6e — Nicot, Ledeschault, Ségalas, Dreyfus.
7e — Miguet, Mavré, Duclos, Feulard.
8e — Augouard père, Augouard fils, Géry, Maurèc.
9e — Bouchardat, Chailly, Deville, Boullard.
10e — Lucien Boyer, Destrem, Bourdon, Blatin.
11e — Foucart, Roy, Orfila neveu, Régnier.
12e — Ménière, Rousseau, Martin de Gimard, Vergnes.
Arrondissement de St-Denis. MM. Frébault, Blanche, à Passy.
— — Foucault, à Nanterre.
— — Lemarchand, aux Thernes.
Arrondissement de Sceaux. MM. Dupertuis, à Champigny.
— — Delasiauve, à Bicêtre.
— — Lebel, à Vincennes.
— — Rapatel, à Montreuil.

— On assure qu'il est très sérieusement question d'introduire dans Paris une innovation importante. On sait que les enfants nouveau-nés sont portés aux mairies pour y être inscrits, et que deux témoins doivent accompagner le père et la sage-femme pour certifier l'identité des noms et le jour de la naissance. Cet usage n'est pas sans danger pour les enfants souvent faibles et dans une saison rigoureuse.

Il s'agirait de remédier à ces inconvénients, et d'organiser la constatation des naissances à domicile. Ce mode serait à coup sûr avantageux sous tous les rapports.

— Les règlements de police défendent de dénaturer la qualité du lait avec quelque substance que ce soit, ou d'y ajouter de l'eau.

La loi du 27 mars 1851, qui frappe actuellement de peines sévères les fraudes commerciales, est applicable à ce genre de falsifications.

Tout récemment, un fermier de Cheptainville (Seine-en-Oise), qui avait envoyé à un laitier de Paris du lait mélangé d'un tiers d'eau, a été traduit devant le tribunal correctionnel de Corbeil, où il a été condamné à un mois de prison, 100 fr. d'amende et aux frais du procès. On nous assure que la préfecture de police est disposée à continuer d'invoquer les rigueurs de cette loi de 1851 contre les marchands de lait en gros et en détail, chez qui on trouverait du lait additionné d'eau ou sophistiqué par quelques ingrédients.

— L'administration des hospices civils de Nantes a procédé à la nomination de médecins et chirurgiens suppléants. Dix-huit médecins pour trois places vacantes, et deux chirurgiens pour deux admissions, avaient répondu à l'appel.

Les médecins nommés sont: MM. les docteurs de Rostaing de Rivas, Papin de la Clergerie et Villeneuve; et les chirurgiens, MM. Letenneur et Chenantais.

— La place de chef des travaux chimiques à la Faculté de médecine de Montpellier étant devenue de nouveau vacante par suite de la démission de M. Galtier, MM. les docteurs en médecine qui désireraient être présentés comme candidats sont invités à remettre leurs titres à la Faculté le plus promptement possible.

— La place de chef de clinique chirurgicale est également vacante dans la Faculté de Montpellier; il y sera pourvu par la voie du concours parmi les élèves. Ce concours aura lieu dans deux semaines.

— *Faculté de médecine de Madrid.* — MM. Tomas Santero, José Calvo y Martin, D. Francisco Alonzo et Patricio Salazar ont été nommés professeurs par ordonnance royale. Ces professeurs sont chargés provisoirement de cours spéciaux; ils prendront possession des chaires déjà existantes à mesure qu'il y aura des vacances.

— La mort vient d'enlever dans l'espace de peu de jours :

M. le docteur Billardet, médecin de l'hospice de la ville de Beaune (Côte-d'Or) et chevalier de la Légion-d'Honneur;

M. Mollet, président de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles, professeur de physique à l'école militaire, etc.;

M. Jean-François Gril, docteur en médecine, ancien chirurgien-major de la garde impériale, chevalier de la Légion-d'Honneur et du Mérite militaire, décédé à Nîmes;

M. le docteur Delbrel, ancien membre de l'assemblée constituante et de l'assemblée législative, décédé à Moissac (Tarn-et-Garonne), à l'âge de 49 ans.

— La fièvre typhoïde, qui a sévi avec beaucoup de rigueur à Algrange (Moselle), où elle a fait un assez grand nombre de victimes, commence à perdre de sa violence.

— On écrit de Saint-Pétersbourg, 4 février : « Le 2 février, au matin, il y avait 405 malades en traitement atteints du choléra. Dans la journée, on a compté 20 nouveaux cas, 26 guérisons et 13 décès; restaient 386 malades. »

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Le Soussi.

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 24. — SAMEDI 26 FÉVRIER 1853. (26e ANNÉE.) N° 24. — SAMEDI 26 FÉVRIER 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, en face de l'Académie de médecine.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse. Trois mois. . . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . . 30 »

Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies. Trois mois. . . . . 9 fr. Six mois. . . . . . 17 Un an. 33

Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar. Trois mois. . . . . 10 fr. Six mois. . . . . . 20 Un an. 38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Analgésie dans une maladie de la moelle.

La sensibilité tactile et la sensibilité à la douleur sont distinctes. Il existe un sens de la douleur à côté du sens du toucher. M. Beau le premier a établi nettement cette distinction. L'insensibilité à la douleur peut exister et existe souvent isolément. En d'autres termes, un individu peut conserver la sensibilité tactile et n'avoir plus la faculté de sentir la douleur : fâcheuse prérogative, car elle indique une altération quelquefois irrémédiable du système nerveux central, et d'autre part la douleur est un avertissement utile. Dans cet état le malade sent les barbes d'une plume promenée légèrement sur sa peau, et il ne sent pas les piqûres, les pincements, les brûlures. M. Beau propose d'appeler l'insensibilité à la douleur *analgésie,* terme que l'on trouve déjà avec cette signification dans le Dictionnaire de Castelli, et aujourd'hui généralement accepté (l'insensibilité au toucher conservant le nom d'anesthésie).

L'analgésie, dans une multitude de cas, existe seule. Au contraire, l'anesthésie n'existe jamais sans l'analgésie.

M. Beau observa pour la première fois l'analgésie dans un cas d'intoxication saturnine chez un peintre en bâtiments. « Je sens bien, lui disait le malade, que vous me piquez, que vous me pincez, mais vous ne me faites aucun mal. » Voilà qui est bien net : la sensibilité tactile était conservée, la sensibilité à la douleur était abolie. Sur deux individus atteints de la même maladie qui se trouvaient dans ses salles avec le précédent, et depuis sur une foule d'autres (plus de trente dès le mois de janvier 1848), il constata le même phénomène, l'analgésie sans l'anesthésie, si bien qu'il considère l'analgésie comme constante dans l'intoxication saturnine, dont elle marque, suivant ses degrés, la gravité croissante ou décroissante.

L'analgésie, dans l'intoxication saturnine, n'exclut pas, bien entendu, l'anesthésie. Mais dans la plupart des observations antérieures au travail de M. Beau, quand on mentionne l'anesthésie c'est de l'analgésie qu'il s'agit, et il en est ainsi probablement d'une manière générale, en sorte que les recherches sur l'anesthésie sont à recommencer dans ce sens. Pour preuve nous ne citerons qu'une observation de l'ouvrage de M. Tanquerel-Desplanches (t. II, p. 135) où il est dit : « ...Le tact est anéanti... On peut impunément pincer le malade ou lui tordre la peau, lui enfoncer des aiguilles, sans qu'il témoigne aucune perception douloureuse. » Évidemment ce que l'on constatait par ces manœuvres ce n'était point la perte du *tact,* c'était la perte de la sensibilité à la douleur.

L'anesthésie (et nous avons dit que l'analgésie en est inséparable) appartient aux cas les plus graves.

L'analgésie comprend l'insensibilité au chatouillement, lequel est par conséquent distinct du tact, comme l'avait établi M. Gerdy.

Elle s'étend ou peut s'étendre aux muqueuses. On chatouille la luette sans provoquer la nausée; la membrane pituitaire sans exciter l'éternuement, etc.

Elle ne comprend pas l'abolition des douleurs dites spontanées, puisque les mêmes malades qui sont insensibles aux excitations artificielles souffrent quelquefois cruellement de coliques, d'arthralgies, etc.

Il faut donc entendre par analgésie l'insensibilité à la douleur provoquée.

M. Beau a étudié l'analgésie d'abord, comme nous venons de le voir, dans l'intoxication saturnine, ensuite dans l'hystérie et dans l'hypocondrie. Elle doit exister suivant lui dans le *délire nerveux* décrit par Dupuytren, et elle est manifeste chez certains lypémaniaques, témoin ce pensionnaire de Bicêtre qui se fractura le péroné, et continua à marcher sans souffrir jusqu'à production de la gangrène, laquelle nécessita l'amputation de la jambe, pratiquée par M. Nélaton, et subie sans aucune douleur.

L'analgésie était liée à une maladie de la moelle épinière chez une paraplégique du service de M. Rayer, que nous avons observée au commencement de cette année. On pouvait piquer profondément les jambes avec une épingle sans produire de sensation douloureuse, tandis que le passage du doigt à la surface de ces parties était perçue. Des eschares de compression s'étaient formées derrière les talons.

On n'a pas vu tous les changements que ces faits introduisent dans la manière d'envisager la sensibilité.

Bichat avait distingué la sensibilité en organique et en animale. Celle-ci, de nos jours, a été distinguée en sensibilité spéciale et en sensibilité générale : la sensibilité spéciale étant propre aux sens de la vue, de l'audition, de l'olfaction et du goût, et la sensibilité générale n'étant que la sensibilité tactile confondue avec la sensibilité à la douleur. Or, il résulte de la distinction révélée par les faits pathologiques dont il vient d'être question, que la sensibilité tactile est une sensibilité spéciale au même titre que la sensibilité visuelle, auditive, olfactive, gustative, et que c'est la sensibilité à la douleur qui est la sensibilité générale.

Les mêmes fibres nerveuses reçoivent-elles les impressions tactiles et les impressions douloureuses, ou n'existe-t-il pas pour les deux sortes d'impressions deux sortes de nerfs, à la peau comme dans l'œil? On peut se poser cette question, car comment les mêmes nerfs seraient-ils insensibles à la douleur, c'est-à-dire à l'impression la plus forte, et sensibles au toucher, c'est-à-dire à l'impression la plus faible? Comment supposer dans le même nerf, simultanément, l'action et l'impossibilité d'agir, on pourrait presque dire la vie et la mort?

Les nerfs de sensibilité spéciale sont analgésiques; ils n'ont pas de sensibilité à la douleur, du moins à la douleur provoquée. Ainsi l'on peut couper, brûler le nerf optique sans arracher un cri de douleur à l'animal sur lequel on fait l'opération; de même on peut piquer, brûler impunément la peau réduite aux nerfs tactiles. On voit bien par là que la sensibilité tactile est une sensibilité spéciale.

Paralysie symptomatique de la troisième paire de nerfs crâniens.

La paralysie du nerf oculo-moteur commun est symptomatique ou successive. Symptomatique, elle dépend d'une lésion anatomique, ou, au contraire, non appréciable matériellement du centre encéphalique; successive, elle est liée à une névralgie du trifacial, laquelle peut être elle-même traumatique ou rhumatismale. Cette paralysie peut-elle être idiopathique? Sans aucun doute, car rien n'empêche que le nerf de la troisième paire ne puisse devenir malade par lui-même; mais ce doit être fort rare. Quant à la paralysie *rhumatismale idiopathique* du nerf moteur oculaire commun en particulier, nous avons peine à y croire, vu la profondeur à laquelle le nerf est situé.

C'est à l'occasion d'un malade de M. Roux (Hôtel-Dieu) que nous nous occupons de ce sujet.

Ce malade est âgé de trente-huit ans, rouge de visage, robuste, manifestement sanguin. Son intelligence est assez affaiblie, et ses réponses manquent de précision, comme ses souvenirs. Il eut, il y a plusieurs années, une hémiplégie du côté droit, dont il reste encore quelque chose. Plus tard il fut affecté *tout à coup* d'une extrême difficulté dans l'articulation des mots. Il savait ce qu'il voulait dire et ne pouvait pas le dire. On avait peine à saisir quelques monosyllabes des mots qu'il essayait de prononcer. On lui appliqua un séton à la nuque, et la prononciation se rétablit insensiblement, non pas toutefois d'une manière complète, car aujourd'hui encore elle est légèrement altérée. Il y a près d'un an on lui fit supprimer le séton, et presque immédiatement la paralysie du nerf moteur oculaire commun gauche se déclara. Il n'a existé et il n'existe aucun symptôme de névralgie trifaciale, et il est impossible de se méprendre sur la nature de l'affection, qui se rattache évidemment à une apoplexie cérébrale, comme l'hémiplégie, qui a été la première manifestation morbide, comme la difficulté de la parole qui l'a suivie. C'est le côté gauche du cerveau qui a été le siége de l'altération dans la première attaque, puisque l'hémiplégie existait du côté droit, et que les paralysies non croisées sont des faits très exceptionnels. C'est encore, à n'en pas douter, le côté gauche qui a été le siége de l'altération dans la dernière attaque, caractérisée par la paralysie du nerf moteur oculaire commun gauche, puisque ce nerf se distribue du côté correspondant à celui où il naît. Maintenant, de quel côté et dans quel point du cerveau s'est produite l'altération qui a amené le second symptôme par ordre de date : le bredouillement? Il est naturel d'accuser encore le côté gauche, qui a été affecté deux autres fois. Quant au siége plus précis de l'altération dans ce côté du cerveau, on pourrait le placer dans le lobule antérieur, au point assigné par M. Bouillaud à l'organe législateur de la parole, voisin mais distinct de celui qui préside à la mémoire des mots. Au premier abord, on serait porté à le placer aussi bien, ou même préférablement, dans le point d'origine du nerf qui régit les mouvements de tous les muscles de la langue, le nerf de la 12e paire, ou grand hypoglosse, lequel naît du sillon qui sépare l'olive de la pyramide antérieure. On voit, en effet, dans une observation de M. Lebert, rapportée par Ollivier (d'Angers), dans son *Traité des maladies de la moelle épinière* (t. I, p. 455, 3e édit.), et par M. Longet, dans son *Anatomie et physiologie du système nerveux* (t. I, p. 406), que l'articulation des mots était lente, difficile, et devint finalement impossible chez un homme affecté d'une tumeur anévrismatique qui s'était développée graduellement à la face antérieure du bulbe rachidien, creusé comme pour la recevoir. Mail il faudrait que, dans notre cas, la lésion se fût produite lentement; car les lésions *soudaines* du bulbe rachidien, premier moteur du mécanisme respiratoire, foyer, en quelque sorte, de la vie chez l'homme et chez les animaux supérieurs, sont *immédiatement* mortelles (Longet, *loc. cit.*, p. 402 à 405). Or, la lésion s'est *manifestée* instantanément, et il est probable, par conséquent, qu'elle s'est *produite* de même.

On vient de voir un exemple de paralysie du nerf moteur oculaire commun par suite, au moins très vraisemblablement, d'une lésion anatomique du centre cérébral. Il ne devait pas en être ainsi dans le cas, publié récemment, d'une petite fille chez laquelle la paralysie du rameau fourni au muscle élévateur de la paupière supérieure par le nerf moteur oculaire commun, d'où la blépharoptose était l'effet de la masturbation, et cessa avec cette funeste habitude. Ici l'on peut affirmer qu'il n'y avait pas de lésion anatomique.

Dans la paralysie *successive* du nerf oculo-moteur commun, c'est-à-dire consécutive à une névralgie de la cinquième paire, on a lieu de penser que la transmission de l'état morbide du nerf sensible au nerf moteur s'opère de la racine sensitive à la racine motrice du ganglion ophthalmique à travers ce ganglion, ce qui constitue une action reflexe morbide.

Chez le malade qui fait le sujet de ces remarques, la paralysie du nerf de la 3e paire est complète. La paupière supérieure est tombée et ne peut plus se relever; l'œil est fixé en dehors par l'action persistante du muscle droit externe; les mouvements d'élévation, d'abaissement et d'adduction de la pupille sont impossibles; l'ouverture pupillaire est dilatée et immobile (mydriase); la vue est conservée, mais affaiblie.

Ganglio-phymie bronchique. Mort presque subite.

On désigne sous le nom de ganglio-phymie bronchique, pour plus de précision, la maladie appelée par MM. Rilliet et Barthez phthisie ganglionnaire thoracique, ou, abréviativement, phthisie bronchique, maladie que l'on a regardée à tort, jusqu'à ces derniers temps, comme exclusivement propre à l'enfance, et qui peut donner la mort en très peu de temps, ou même subitement, par la compression de la trachée et des bronches. (*De la tuberculisation ganglio-bronchique chez l'adulte*, dans *Mém. de méd., de chir. et de pharm. milit.*, IIe série, t. V, p. 246.)

Les observations de ganglio-phymie bronchique chez l'adulte sont encore peu nombreuses : c'est pourquoi nous publions la suivante, recueillie par M. Richet; nous la résumons.

Le malade était un homme de vingt-cinq à trente ans. Il était atteint, à la région du cou, à gauche, au-dessous du cartilage cricoïde, d'un abcès froid, ganglionaire, accompagné de tuméfaction de tous les ganglions cervicaux et mastoïdiens, lesquels formaient un chapelet des deux côtés de la portion cervicale du tube aérien. Ce chapelet se prolongeait évidemment derrière le sternum, où la percussion rendait un son mat. Cet homme éprouvait une gêne notable de la respiration, et parfois, en montant ou en marchant un peu vite, des accès de suffocation. M. Richet ouvrit l'abcès avec le bistouri; le malade s'en trouva soulagé, mais pas autant qu'on l'avait espéré, et quelques jours après il succomba inopinément dans la nuit, après quelques heures de suffocation, rendant par la bouche une assez grande quantité de mousse bronchique, non mêlée de pus.

A l'autopsie, on trouva les bronches, à leur origine, entourées et *manifestement rétrécies* par des ganglions très volumineux, remplis d'une matière blanchâtre, demi-concrète, ressemblant assez à du marron cuit; de plus, ces tuyaux ainsi que la trachée étaient gorgés d'écume. Quelques-uns des ganglions présentaient çà et là de petits points ramollis; aucun n'était complétement en suppuration. Les ganglions du cou étaient dans le même état. L'abcès qui avait été ouvert ne communiquait point avec la trachée. Dans les poumons, sains d'ailleurs, quelques tubercules isolés existaient au sommet, des deux côtés.

La conclusion de M. Richet fut que le malade avait succombé à une asphyxie déterminée par les ganglions tuberculeux ayant comprimé les bronches. Nul doute que l'écume bronchique qui remplissait l'arbre trachéo-bronchique n'ait eu sa part dans le mécanisme de la mort, mais ce n'était pas moins une circonstance secondaire ou plutôt *subordonnée.*

On rapprochera utilement cette observation des faits renfermés dans le travail indiqué en tête de ce paragraphe.

Traitement du rhumatisme articulaire aigu par la vératrine.

Nous avons déjà parlé de ce traitement. Il est essentiel d'y revenir aujourd'hui. On donne, avons-nous dit, une pilule d'un dixième de grain de vératrine, puis deux, trois, en augmentant d'une chaque jour; rarement on va au delà de six ou sept.

M. Trousseau connaît les devoirs du médecin et du professeur. Il n'a pas voulu tarder à expérimenter devant ses nombreux élèves la méthode thérapeutique qui, à côté de lui, dans les salles de M. Piedagnel, donnait, lui assurait-on, des résultats si merveilleux; et l'occasion, comme cela devait être, ne s'est point fait attendre. Une femme âgée de vingt-cinq ans est entrée dans son service avec un rhumatisme articulaire aigu généralisé, datant de trois jours et

compliqué d'endocardite caractérisée par un souffle au premier temps, se prolongeant dans la crosse de l'aorte et dans les artères du cou, ce qui implique une lésion de l'orifice aortique. Il était impossible de trouver un cas plus favorable à l'expérimentation thérapeutique, à raison de l'étendue et de l'intensité des accidents. M. Trousseau donna à cette malade un grain de vératrine, le samedi; déjà le dimanche une légère amélioration était survenue, et la dose de l'alcaloïde fut doublée (2 pilules). Le lundi, la fièvre, les douleurs, l'engorgement inflammatoire des mains, du coude, de l'épaule, des genoux avaient presque disparu; trois pilules furent administrées. Le mardi, jour où M. Trousseau parla de cette malade à sa leçon, la santé était parfaite, sauf l'état du cœur. « Un fait n'est qu'un fait, a dit l'honorable professeur; mais j'ai peine à attribuer ce résultat au hasard. » Nous le pourrions encore moins que lui, nous qui avons vu M. Piedagnel employer cette médication dans plusieurs cas avec un succès constant, et qui savons combien il a de faits probants par devers lui.

L'innocuité, l'insipidité, le bas prix feraient de la vératrine (si l'expérience ultérieure confirme les données cliniques déjà acquises) un des médicaments les plus précieux, et lui assureraient une place à côté de la morphine, de la quinine, de l'iode et du mercure. Mais il ne faut pas s'arrêter en si beau chemin. Qu'est-ce que le rhumatisme, sinon une affection inflammatoire liée à la maladie ou diathèse rhumatismale? Et d'autre part, dans nombre de cas, qu'est-ce que la pleurésie, la pneumonie elle-même, etc., sinon des états inflammatoires produits sous la même influence générale, le rhumatisme? Sans doute la marche erratique de l'inflammation établit une sensible différence entre le rhumatisme articulaire aigu et la pleurésie, la pneumonie. Mais si le principe est le même, il y a lieu d'essayer le même remède. Nous raisonnons ici au point de vue de la spécificité antirhumatismale que la vératrine paraîtrait posséder. Mais on peut se placer à un autre point de vue, d'où l'on embrasse une plus vaste étendue : voyez en effet quel puissant antiphlogistique, ou, si l'on veut, quel énergique contro-stimulant serait la vératrine, et combien elle serait indiquée d'une manière générale contre l'inflammation, puisque dans l'espace de trois jours, à la dose de six dixièmes de grain en tout, elle a pu faire tomber le pouls à 42 (c'est ce qui a eu lieu chez la malade de M. Trousseau). Mais peut-être ce point de vue plus étendu n'est-il pas le plus vrai, et faudrait-il restreindre l'administration expérimentale de la vératrine aux affections inflammatoires de siéges divers liées au rhumatisme, parmi lesquelles nous comprenons la pleurésie, la pneumonie (la névralgie?).

Le souffle aortique a persisté chez la malade de M. Trousseau. Cela arrive quelquefois malgré l'emploi de la vératrine et au milieu de la sédation générale, mais, suivant M. Piedagnel, moins souvent que par toute autre méthode de traitement, et il se croit en droit d'attribuer à sa médication une diminution notable dans le nombre des maladies du cœur consécutives au rhumatisme articulaire aigu.

La goutte, par ses affinités avec le rhumatisme, semble indiquer aussi l'emploi de la vératrine.

M. Trousseau insiste avec grande raison sur la petite quantité, sur le bas prix de la substance employée. Il ne faut pas craindre de répéter avec lui que la guérison d'un rhumatisme articulaire aigu ne coûterait pas plus de 50 centimes. Voilà un médicament comme il en faut pour les pauvres de nos villes et pour les habitants de nos campagnes. Quelle différence avec le sulfate de quinine! M. Trousseau ne néglige jamais cette considération; il sait faire parler à la fois le philanthrope et le médecin.

HOTEL-DIEU DE TOULOUSE. — M. Bessières.

Des injections iodées dans le péritoine.

Cette leçon a été particulièrement consacrée à l'emploi des injections iodées dans la cavité péritonéale, tout en rapportant un fait très intéressant de péritonite chronique à laquelle avait succédé un épanchement considérable traité jusqu'alors par quelques moyens internes et par la ponction.

Les bonnes dispositions que portait avec elle la malade décidèrent M. le professeur à la soumettre au traitement que préconisent avec tant de persévérance les médecins de Lyon.

Nul doute, dit M. Bessières, que l'idée d'injecter l'iode dans les cas d'ascite ne vienne de l'analogie de structure qu'il était facile d'établir entre la cavité péritonéale et celle des articulations; la faveur dont jouit la méthode préconisée par M. Velpeau et par ses dignes confrères MM. Jobert, Bérard et Laugier, méthode tant contestée par des hommes non moins recommandables, tels que MM. Roux, Gerdy et Blandin, nul doute qu'elle ne fût l'idée mère de cette méthode qui, à l'époque où elle fut publiée, méritait d'être taxée de témérité; car vouloir comparer les enveloppes séreuses des organes contenus dans la cavité abdominale avec le simple développement de la tunique vaginale ou de la membrane interne d'une grande articulation, cela nous a paru, dit M. Bessières, beaucoup trop hardi. Il avoue avoir conservé toujours une certaine répugnance pour un moyen qu'il jugeait être fort dangereux, et dont l'application ne pouvait être faite qu'à un petit nombre de cas, et alors même que tous les autres moyens avaient échoué. Cependant, comme les faits ont une puissance bien plus grande que tous les raisonnements théoriques qui pourraient leur être opposés, il a bien fallu expérimenter et vérifier par soi-même quelle peut être la valeur des opinions qui, aujourd'hui comme alors, divisent les esprits.

Ce qui nous frappe, dit M. le professeur, c'est l'inconstance des jugements portés sur cette méthode thérapeutique par les sociétés savantes comme par les hommes livrés à leurs propres ressources. M. Boinet vient d'être l'objet d'une récompense pour les travaux qu'il n'a cessé de faire et de publier sur les injections iodées. L'Académie de médecine a voulu encourager ce praticien dans ses recherches, pour faire acquérir à la science une nouvelle méthode qu'elle semblait avoir repoussée en d'autres temps. Mais est-il bien établi que M. Boinet est l'inventeur de cette méthode? et l'honneur de l'invention n'en reviendrait-il pas à M. le professeur Dieulafoy, notre collègue et notre ami?

La discussion élevée entre M. le docteur Abeille, qui tout récemment vient de publier un ouvrage très remarquable sur l'hydropisie, et M. le docteur Boinet, ferait penser que la priorité de cette méthode appartient incontestablement à M. Dieulafoy.

M. Boinet a rapporté dans la *Gazette médicale* (1840) une observation d'abcès par congestion, situé dans la cavité abdominale qui, selon M. Abeille, s'est transformée plus tard en hydropisie ascite, et sert de point de départ pour encourager les médecins à suivre son exemple; et, à ce sujet, il cite les noms de MM. Dieulafoy, Leriche, Rul-Ogez, etc. A cette attaque, M. Boinet répond qu'il n'a pas dit avoir fait une injection iodée dans le péritoine, mais bien sur le péritoine. Cet aveu laisse entièrement à notre compatriote le mérite de l'invention, car il n'a pas fait l'injection sur le péritoine, mais bien dans la cavité péritonéale.

Il n'est pas hors de propos, ce nous semble, d'insister sur ce fait et de revendiquer hautement la priorité de l'invention en faveur de M. Dieulafoy, qui, dès 1840, imagina le premier et pratiqua avec succès les injections iodées contre l'hydropisie ascite.

Nous croyons être agréable à nos lecteurs en publiant aujourd'hui, dans tous ses détails, l'observation que le chirurgien de Toulouse adressa comme un argument précieux à l'Académie de médecine dans une discussion mémorable.

Obs I. — Cazères, teinturier, logé rue des Couteliers, à Toulouse, âgé de quarante-deux ans, d'une constitution cachectique; affaibli par une diarrhée constante (12, 15 selles par jour) qu'il avait depuis plus de deux ans, se rendit le 18 octobre 1840 à la foire de Grenade. Après quelques excès en vin, liqueurs, il fut exposé au froid, en se retirant pendant la nuit. Le lendemain 19 octobre, malaise général, fièvre, douleurs dans le ventre; la diarrhée est totalement supprimée. Le médecin ordinaire prescrit le repos, les calmants, un bain. Sous l'influence de ces moyens la douleur diminue; le malade croit s'apercevoir que son ventre grossit.

Le 29 octobre, le médecin constate un épanchement dans le péritoine; cet épanchement augmente malgré le traitement.

Le 15 décembre, consultation avec MM. Viguerie et Rauphast, médecin ordinaire.

Le traitement prescrit (digitale à l'intérieur et en frictions, diurétiques, purgatifs, etc.) est fait sans succès.

Nouvelle consultation le 13 janvier 1841 avec MM. Naudin et Rauphast, médecin ordinaire.

La ponction est conseillée. Le 15 janvier je suis appelé comme chirurgien pour la faire.

Je trouve le malade très amaigri, le ventre énormément distendu, les extrémités inférieures infiltrées. La ponction donne vingt litres de liquide clair, mousseux.

Le 3 février, appelé de nouveau, nouvelle ponction : dix-huit litres de liquide.

Dans l'intervalle, le malade avait été soumis au traitement conseillé dans les consultations, ne pouvant respirer, et prêt à suffoquer par l'énorme dilatation du ventre.

Le 20, nouvelle ponction. Vingt-quatre litres de liquide. Je ne voyais pas le malade entre les ponctions.

Le 9 mars, nouvelle ponction. A peu près la même quantité de liquide. Mais le malade, très affaibli, eut une syncope presque mortelle; il fut longtemps à se remettre, malgré la compression du ventre et les autres moyens. (Frictions alcooliques, etc.)

Bien convaincu que l'ascite, qui était réfractaire aux remèdes, devait entraîner rapidement la perte du malade, je conçus l'idée d'irriter la cavité péritonéale par une injection iodée. Je fis part de mon projet à mon confrère Rauphast, qui l'accepta, voyant le danger imminent.

Le 20, le malade était sur le point d'expirer, tant était grande la gêne de la respiration par le développement du ventre. Nouvelle ponction. Une solution iodée avait été préparée d'avance :

Teinture d'iode	32	grammes.
Iodure de potassium	4	—
Eau	150	—

Au moment de l'injection, cette solution fut affaiblie en ajoutant de l'eau. L'injection fut faite dans le péritoine par la canule, qui avait été laissée en place. Avec la main promenée sur le ventre la solution fut étendue dans cette vaste cavité. Le malade éprouva une sensation de chaleur agréable.

Après l'avoir laissée séjourner quelque temps, le malade, qui avait été couché à plat, fut remis sur le côté; il sortit par la canule la moitié du liquide injecté.

Le soir, réaction fébrile, légère douleur de l'abdomen; frictions mercurielles, cataplasmes. Le lendemain le malade est mieux. Je ne fus appelé auprès de lui que le 1er avril. Nouvelle ponction. La cavité péritonéale avait été oblitérée par moitié. Le développement s'était fait aux dépens de la partie supérieure et droite de l'abdomen.

Huit ou dix litres de liquide. Nouvelle injection iodée. Mêmes phénomènes que lors de la première injection.

Le 30 mai je fus appelé de nouveau. La tumeur formée par le liquide était globuleuse, arrondie. Nouvelle ponction. Trois litres de liquide. Nouvelle injection iodée. Mêmes phénomènes; état fébrile, douleur abdominale.

Huit jours après le malade était infiltré dans tout son tissu cellulaire. La cavité abdominale ne contenait plus de liquide. Je cessai de voir le malade. Des purgatifs administrés le débarrassèrent de son infiltration. Sa convalescence fut longue, mais sa santé se rétablit complétement. Il reprit son état; seulement, lorsque étant courbé il se relevait, il éprouvait des tiraillements dans le ventre, comme si les deux feuillets du péritoine ne jouaient plus l'un sur l'autre avec facilité.

Cette observation, qui date, comme on voit, de 1840, ne fut adressée que vers le commencement de 1846 à l'Académie de médecine, à l'occasion d'un rapport très remarquable de M. Velpeau sur un mémoire de M. Jules Roux, intitulé : *De l'hydarthrose scapulo-humérale et de son traitement par l'injection iodée.*

Obs. II. — Paillet (Marie), âgée de quarante-six ans, aubergiste, est entrée le 23 septembre 1852 à l'Hôtel-Dieu, et a été couchée salle Saint-Louis, n° 16.

Cette femme était atteinte d'hydropisie ascite depuis douze ans.

Dix ans avant cette affection elle avait éprouvé quelques accès de fièvre intermittente qui avaient disparu sans laisser de trace. La malade avait déjà supporté vingt-six ponctions lorsqu'elle est entrée à l'hôpital; l'intervalle entre chaque ponction avait toujours été en diminuant. Voici les symptômes qu'elle nous a offerts dès la première visite : ventre énormément distendu, fluctuation manifeste, matité sur toute la surface abdominale, moins entre l'ombilic et le rebord des fausses côtes, pas d'œdème aux parois du ventre ou aux extrémités inférieures; du côté gauche, dans la région iliaque, tumeur dure, rénitente, vaguement limitée, attribuée à une hypertrophie du tissu cellulaire à la suite de nombreuses ponctions faites sur ce point. Du reste toutes les fonctions se font bien, sauf la menstruation, qui a cessé depuis le mois de mars. D'après ce que raconte la malade, je n'hésite pas à diagnostiquer une ascite consécutive à une péritonite aiguë. En effet, il y a douze ans elle fut prise d'une vive douleur abdominale qui persista quelque temps avec assez d'intensité, mais finit par disparaître en laissant une sensation de liquide dans le ventre, sensation qui n'a plus disparu.

Après quelques jours consacrés à l'acclimatement, nous nous décidons à faire, le 30 septembre, une ponction et une injection iodée, l'état général de la malade étant très satisfaisant, et l'affection paraissant des plus favorables au succès de l'opération. Nous retirâmes 13 litres de sérosité (l'abdomen mesuré circulairement à la hauteur de l'ombilic donnait 1 mètre 10 de circonférence), et il fut fait une injection avec le liquide suivant, déjà employé en 1845 par MM. Dieulafoy et Griffon :

Eau	250	grammes.
Teinture d'iode	25	—
Iodure de potassium	2	—

Cette injection avant été poussée avant que l'évacuation de la sérosité fût complète, craignant un trop grand affaiblissement de la liqueur, et, après avoir complétement vidé le ventre, nous avons fait une seconde injection semblable à la première, et dont une partie fut abandonnée dans la cavité péritonéale. Alors il fut facile d'explorer le ventre, et la palpation ni la percussion n'ont donné aucun signe d'une maladie organique quelconque. A la visite du soir la malade va bien; pas de douleur abdominale, pas de syncope, respiration plus facile, grand appétit, un peu de céphalalgie; le pouls bat 86 pulsations.

Le 1er octobre la malade a dormi d'un bon sommeil; plus de céphalalgie, pas de douleur abdominale, pas de soif, 80 pulsations.

Le 3 le pouls est tombé à 60 pulsations; le sommeil et l'appétit continuent. La respiration est encore facile. La malade, qui depuis la ponction n'avait pris que du bouillon, peut manger le quart, côtelette, etc.

Jusqu'au 12 même état satisfaisant. Le pouls est devenu normal, mais le volume de l'abdomen a progressivement augmenté, de manière à beaucoup gêner la respiration : la mensuration donne 1 mètre 15 de circonférence au niveau de l'ombilic, et 0 mètre 47 de l'appendice xyphoïde au pubis. Une nouvelle ponction est pratiquée, qui donne 13 litres de sérosité, y compris un demi-litre environ de pus grisâtre écoulé à la fin de l'opération. L'innocuité de la première injection nous engagea à augmenter la dose de la teinture d'iode, qui fut portée à 30 grammes, selon la formule suivante :

Eau	200	grammes.
Teinture d'iode	30	—
Iodure de potassium	6	—

Le tiers du liquide fut abandonné dans l'abdomen, en malaxant les parois abdominales excessivement relâchées. On ne découvre aucune tumeur, aucun indice de lésion ni d'hypertrophie d'organe, ainsi que nous l'avons déjà fait remarquer.

Le soir il y a un peu de chaleur et de douleur dans tout le ventre. La peau est chaude, la langue un peu rouge; inappétence. — Bouillon, tisane de chiendent nitrée, pilules de scille et digitale, 4 par jour.

Le 13 tous les accidents ont cessé. La miction est abondante depuis la veille.

Le 16, état général satisfaisant; le volume de l'abdomen a augmenté sensiblement. — Quart, 2 riz, tisane et pilules comme ci-dessus.

Jusqu'au 26, il n'y a rien de remarquable dans l'état général; mais la collection de sérosité et la dyspnée augmentent en proportion. Il survient de vives douleurs lancinantes dans la tumeur dont nous avons parlé : elles cèdent à des applications de sangsues, de cataplasmes, émollients et aux onctions mercurielles.

Le 26, la circonférence du ventre au niveau de l'ombilic est de 1 mètre 10, et il y a 0 mètre 42 de l'appendice xyphoïde au pubis. Une nouvelle ponction est décidée, et, vu l'innocuité des deux précédentes, nous laissons dans la cavité péritonéale la totalité de l'injection suivante :

Eau	200	grammes.
Teinture d'iode	50	—
Iodure de potassium	5	—

Le soir, il y a un sentiment de chaleur assez vive dans le ventre; il est douloureux, surtout à la pression; il est tendu. La malade éprouve des suffocations, quelques vertiges, un certain malaise, symptômes que nous attribuons à une *ivresse iodique*. Le pouls est petit, concentré et donne 116 pulsations. — Diète, eau sucrée.

Pendant les trois jours suivants, les symptômes d'irritation s'amendent peu à peu; le pouls perd de sa fréquence; les urines, après la ponction, deviennent plus rares. — La malade observe le régime.

Du 30 octobre au 8 novembre, l'état général est moins satisfaisant; il y a de l'insomnie, de l'inappétence, de la fatigue, de vives douleurs lombaires, qui nécessitent l'usage des sangsues; les urines sont peu abondantes; le ventre augmente de volume, mais il est indolent; il y a eu un vomissement *mécanique* d'aliments. — On nourrit légèrement la malade. Opium.

Le 8 novembre, l'abdomen présente 1 mètre 10 de circonférence et 0,40 du sternum au pubis; une nouvelle ponction est rendue nécessaire par l'imminence de la suffocation (quatrième ponction), et il est fait une injection identique à la précédente : 12 litres et demi de liquide, et vers la fin de l'opération un peu de pus s'échappe à travers la canule. — Bouillon, eau sucrée, tisane de reine des prés.

Le 9 au matin, la peau est chaude; pas de douleurs abdominales, pas de soif, urines moins abondantes qu'après la dernière ponction; 90 pulsations, sentiment de bien-être général. Le soir, moins de fièvre, 80 pulsations. — Bouillon, vermicelle, tisane de chiendent.

Du 10 au 20, la santé de la malade s'altère sensiblement : malaise, insomnie, borborygmes, diarrhée.

Vers le 17, des symptômes de péritonite légère se déclarent avec des vomissements, une prostration extrême des forces et un commencement de fièvre hectique. — On nourrit la malade; on donne des préparations de gentiane, de spirée; on applique 15 sangsues sur l'abdomen.

Le 22, la dyspnée est telle que la malade réclame instamment la ponction, qui est immédiatement pratiquée, sans faire d'injection, bien convaincu que désormais toute tentative de ce genre serait inutile. 12 litres de sérosité et 1 litre de pus sont encore produits par la cinquième ponction.

Jusqu'au 5 décembre, l'état général de la malade est de moins en moins satisfaisant; plusieurs applications de sangsues, en petit nombre, sont motivées par de vives douleurs abdominales accompagnées de faiblesse; le ventre augmente encore de volume.

Le 5, on est dans l'obligation de faire une sixième ponction sans injection. Dès ce moment, les forces de la malade s'épuisent de jour en jour. Des symptômes de péritonite se déclarent de nouveau et nécessitent des applications de sangsues et des frictions mercurielles. La fièvre hectique survient; les urines, de moins en moins abondantes, se suppriment vers le 17. Le cathétérisme ne donne que quelques cuillerées d'urine rouge et fortement odorante.

Enfin, la malade succombe le 24 décembre.

Voici les résultats obtenus par M. Th. Laforgue dans les diverses analyses :

L'on a soumis aux réactifs et la sérosité et l'urine de la malade.

Sérosité. — Ce liquide a été examiné quatre fois et à quatre époques différentes.

L'alcalinité, très prononcée dans le premier essai, a diminué successivement d'une manière très sensible.

La proportion d'albumine n'a pas offert de variation notable.

Ce liquide ne renfermait ni trace de sucre ni trace d'iode.

Expérience du 15 octobre. — Urine recueillie le 14, quelques heures après une injection composée de la manière suivante :

Teinture alcoolique d'iode. . . .	50	grammes.
Iodure potassique.	5	—

Alcalinité très faible.

Iode, forte proportion, 25 centigr. pour 100 grammes environ.

L'acide azotique versé par gouttes dans ce liquide met immédiatement la métalloïde à nu ; l'urine est colorée et une forte odeur d'iode se manifeste.

Expérience du 27 octobre. — Urine du 26 recueillie vers le milieu de la journée.

Alcalinité plus prononcée que dans l'expérience du 15 courant.

Iode, proportion notablement diminuée.

Cette urine et la salive, essayées par le docteur Guitard dans la matinée du 26, avaient donné une plus forte proportion d'iode.

L'urine du 27 octobre, essayée 24 heures après, le 28 octobre, paraît ne plus contenir d'iode : l'amidon, le chloroforme ne se colorent qu'insensiblement.

L'urine rendue le 28 au matin par la malade, essayée comparativement avec la précédente, met en liberté une forte quantité d'iode lorsqu'on instille quelques gouttes d'acide azotique ; l'amidon, le chloroforme prennent une coloration intense.

Cette pseudo-anomalie est due probablement à la combinaison plus intime opérée entre le métalloïde injecté et les corps salins renfermés dans l'urine. L'expérience suivante vient appuyer cette assertion :

30 grammes d'urine évaporés à siccité et lentement dans une capsule donnent un résidu qui, traité par l'acide azotique et par l'amidon, décèlent des traces très sensibles d'iode.

Quantité approximative d'iode renfermée dans le liquide du 28 octobre, 35 centigr. pour 100 grammes.

Expériences des 30, 31 octobre, des 1er, 3 novembre. — Le degré d'alcalinité demeure à peu près stationnaire.

La quantité d'iode diminue progressivement.

Expérience du 7 novembre. — L'urine remise est fort louche; elle offre une coloration rouge, et, ce qui n'avait jamais été observé dans le courant des expériences précédentes, elle donne par l'intermédiaire du papier bleu de tournesol une acidité franche.

Iode, quelques traces; quelques heures après l'expérience, on observe un sédiment au fond du flacon renfermant l'urine qui n'a pas été employée.

Expérience du 9 novembre. — L'urine rendue quelques heures après l'injection présente les caractères sus-mentionnés, c'est-à-dire alcalinité prononcée, décélation du métalloïde rapide et considérable.

Autopsie. — Le cadavre est d'une maigreur excessive. Les parois musculaires de l'abdomen sont très minces. La tumeur située au côté gauche du ventre est reconnue pour être formée de tissus cellulaires grisâtres, hypertrophiés; elle repose sur la couche sous-péritonéale. L'incision de l'abdomen donne issue à une grande quantité de sérosité et à environ un litre de pus très fétide. Le feuillet pariétal du péritoine est adhérent aux parois abdominales et un peu hypertrophié. Le feuillet viscéral est surtout remarquable ; il est très épaissi, et son épaisseur varie, selon les endroits, entre 1 et 5 centimètres. On voit à sa surface de larges plaques noires ou brunâtres, gangréneuses; de plus, de nombreuses couches d'exsudations plastiques, blanches, fibrineuses, irrégulièrement disposées et variant d'épaisseur. Quelques-unes sont arrondies et coniques, présentant au centre plus d'un pouce de hauteur. Les feuillets du mésentère, la surface des intestins et de l'estomac étaient criblés de taches rondes, épaisses, dures, résistantes, jaunâtres, de 1 à 2 centimètres de diamètre, et environnés la plupart d'une auréole rougeâtre. Cette surface intestinale était, en plusieurs endroits, phlogosée et noirâtre. La muqueuse du tube digestif ne présentait rien de remarquable. Aucune tumeur, aucun vice organique des viscères n'a été constaté. Les reins étaient normaux, la rate petite et refoulée dans l'hypochondre ; le foie, un peu développé, était induré et grisâtre sur le bord antérieur du lobe droit. Rien de particulier dans les poumons.

Nous avons recherché, dit-il, les causes des divers accidents qui se sont succédé depuis l'origine de la maladie; nous avons étudié avec la plus grande attention les symptômes qui se présentaient pour savoir à quel genre d'affection nous avions affaire. Tout bien observé, en tenant compte des signes qui pouvaient appartenir à des lésions différentes de celles que nous avions à traiter, nous avons établi que l'épanchement était véritablement dans la cavité du péritoine, que c'était une hydropisie ascite et non une hydropisie enkystée. Quant à l'origine de la maladie, nous étions moins bien renseigné, et nous avons cru cependant être dans le vrai en l'attribuant à une péritonite déjà ancienne, alors surtout que nous n'avions constaté aucune lésion organique, soit dans l'abdomen, soit dans le thorax. Du reste la malade nous semblait présenter les conditions les plus favorables au succès de notre médication : l'affection, déjà très ancienne, avait permis à l'économie de s'habituer à cet état anormal; une sorte de tolérance s'était établie, et l'état général était aussi satisfaisant que possible en pareil cas. Toutefois ce n'est pas sans une certaine crainte que nous avons fait la première injection, et ce n'est que progressivement, et encouragé par l'expérience d'autrui, que nous sommes arrivé à la dose de 50 grammes de teinture d'iode.

Comme le montre notre observation, cette médication, si elle a été complétement innocente, n'a produit aucun heureux résultat. Nous n'avons pas, il faut le dire, été étonné de cet insuccès, quand nous nous sommes trouvé en présence de désordres organiques du péritoine aussi graves que ceux que nous avons signalés, et si nous avions pu les connaître pendant la vie, nous nous serions gardé de rien entreprendre de semblable; et en effet, quelle action utile attendre d'un irritant quelconque sur une membrane séreuse aussi complétement dégénérée que l'était le péritoine de notre malade?

Le but qu'on se propose en employant l'iode dans ces cas, c'est d'abord l'irritation, l'inflammation ensuite et le cloisonnement progressif de la cavité péritonéale à l'aide d'exsudations plastiques, comme l'avait obtenu M. Dieulafoy ; ce but, nous ne l'avons pas atteint, et, nous le répétons, c'était chose impossible.

Toutefois, ces expériences nous ont confirmé dans l'opinion où nous étions que l'emploi de l'iode n'est pas une médication héroïque, à effets certains, comme ont voulu le faire entendre quelques-uns ; qu'elle n'est pas non plus aussi incendiaire que l'ont dit quelques autres, entre autres M. Grisolle ; et à ce propos nous ajouterons que les expériences faites sur le péritoine des chiens ne prouveraient pas grand chose en faveur de cette injection ; car, outre les différences qui peuvent exister d'espèce à espèce, il n'y a peut-être pas de comparaison possible entre un organe sain et un organe malade au point de vue de l'action des agents thérapeutiques.

Toutefois, nous n'exemptons pas l'emploi de l'iode de tout danger, et nous ne le croyons pas inutile dans tous les cas ; mais il est essentiel, à notre avis, de savoir à quelle variété d'hydropisie on a affaire, et ce que nous nous permettrions de faire dans bien des cas, nous nous en abstiendrions dans d'autres, comme d'une chose au moins inutile, sinon pire. Or, en règle générale et dans l'état actuel de la science sur ce point, nous ne ferons d'injections iodées qu'après avoir tenté les médications les plus rationnelles.

Dans tous les essais, il nous semble d'ailleurs indispensable d'aller progressivement, ne fût-ce que pour essayer la sensibilité de l'organe, l'idiosyncrasie du malade : telle est, d'après nous, la conduite à suivre tant que des expériences suffisantes n'auront pas tranché toutes les difficultés de la question. I. VIDAL, interne.

(*Gazette médicale de Toulouse.*)

CLINIQUE DÉPARTEMENTALE.

Note sur la thérapeutique de la maladie de Bright ;

Par M. le docteur E.-A. ANCELON, médecin de l'hôpital de Dieuze.

S'il règne encore autant d'incertitude et de doute dans le traitement de la maladie de Bright, si chaque médecin prétend la guérir par une méthode différente, qui par les antiphlogistiques, qui par les stimulants, qui par les diurétiques, qui par les acides, c'est que, malgré les progrès incontestables réalisés depuis 1827, on en néglige un peu le diagnostic; c'est que peut-être aussi les bons moyens, venus du dehors, ne sont pas toujours chez nous accueillis et expérimentés comme ils devraient et pourraient l'être.

L'albuminurie, la néphrite albumineuse, la maladie de Bright sont trois états pathologiques distincts qui n'ont de commun que la présence de l'albumine dans le liquide urinaire.

§ I. *a.* Dans les maladies éruptives, telles que la rougeole et la scarlatine, dont la période de desquamation a été troublée par l'action simultanée du froid et de l'humidité, il y a anasarque et albuminurie, sans que pour cela on soit autorisé à diagnostiquer une altération particulière du rein. La bronchite chronique chez les enfants lymphatiques est presque toujours accompagnée d'albuminurie ; il en est de même quelquefois de l'emphysème pulmonaire, de quelques maladies du cœur, de certaines phthisies tuberculeuses et de grossesses gémellaires lorsque les femmes vivent sous l'influence prolongée de l'humidité et d'un mauvais régime.

b. Quand la néphrite, ou inflammation aiguë du rein avec fièvre, est précédée, accompagnée ou suivie d'hématurie, les urines sont souvent albumineuses. Ce phénomène n'est pas rare chez les hommes sanguins, pléthoriques, adonnés aux boissons alcooliques, chez les facteurs ruraux qui supportent de grandes fatigues et sont exposés à toutes les injures du temps, et enfin chez les hommes de peine. Les cantharides appliquées à l'extérieur en vésicatoire, ou prises à l'intérieur, causent parfois une albuminurie aiguë.

c. On se tromperait beaucoup si, confondant la maladie de Bright avec ces diverses affections, on la considérait comme une phlegmasie. Elle naît lentement, sourdement, insidieusement sous l'influence simultanée du froid et de l'humidité, de la fatigue, du défaut d'insolation et d'un mauvais régime. C'est une maladie commune dans les contrées humides, brumeuses, paludéennes, où les rez-de-chaussée des maisons, assis sur un sol imprégné de sel, sont humides et froids dans toutes les saisons de l'année. Les brouillards de Londres, l'humidité des caves où j'ai vu s'entasser, dans cette ville immense, des malheureux dénués de tout, contribuent beaucoup plus que le *gin* au développement de la maladie de Bright, qui y tue beaucoup de monde tous les ans : on compta 67 décès par la maladie de Bright dans les six derniers mois de 1850, et 65 dans la même période de 1849 (1).

On la rencontre chez les rachitiques, les sujets lymphatiques, dont les amygdales, toujours volumineuses, s'enflamment et s'abcèdent fréquemment ; elle attaquerait peut-être plus fréquemment les hommes que les femmes. Je l'ai observée chez un menuisier de trente-six ans, sujet à des angines, et qui toujours avait habité un rez-de-chaussée humide ; chez un jeune homme de dix-sept ans, très lymphatique, qui, peu de temps après la guérison d'une fièvre tierce, arrêtée au quatrième accès, s'était exposé à la fraîcheur des soirées humides du mois de mars ; chez un jeune confiseur de vingt ans, ayant eu pour atelier pendant dix-huit mois une cave humide et profonde ; chez un garde forestier de quarante ans ; chez une cuisinière rachitique de vingt-neuf ans ; chez deux vieilles femmes, l'une de soixante, l'autre de soixante-neuf ans ; enfin chez une vieille fille de quarante-cinq ans.

§ II. Par suite d'une erreur de manipulation chimique, on a rencontré de l'albumine dans un grand nombre d'affections où certes elle n'existait pas (2). C'est ainsi que l'on a pris pour un précipité albumineux le mucus fourni par des cystites aiguës ou chroniques : soit que l'on n'ait pas traité en même temps l'urine par la chaleur et par l'acide nitrique, soit que l'on ait négligé d'essayer le précipité par la potasse caustique, qui, dissolvant toujours l'albumine, reste sans action sur le mucus. A cette occasion, je rappellerai une autre erreur chimique. On a prétendu, à tort, que l'albumine se dissout dans un excès d'acide nitrique ; elle ne fait que s'y condenser, s'y contracter, s'y détruire en se métamorphosant.

a. Outre les signes pathognomoniques propres à les faire distinguer de la maladie de Bright, les fièvres éruptives, la bronchite chronique, etc., présentent encore des différences bien marquées dans le liquide urinaire : les éléments de celui-ci ne sont modifiés en aucune façon dans ces diverses circonstances pathologiques; seulement des quantités minimes très variables, quelquefois très peu appréciables, d'albumine sont venues s'y dissoudre ; on ne retrouve point d'urée dans le sang.

b. Quand l'urine est albumineuse dans l'hématurie, dans la néphrite aiguë, on y rencontre du sang en nature, des concrétions fibrineuses, de véritables caillots ; mais aucun des autres éléments n'en a disparu : ce qui n'arrive jamais dans la maladie de Bright. En avril 1851, je fis l'autopsie d'un tisserand sexagénaire qui n'offrit jamais de signes d'hydropisie, quoiqu'il fût atteint depuis un grand nombre d'années d'une néphrite purulente ; il mourut à l'hôpital dans un état typhoémique. Il rendait des quantités énormes de pus par le canal de l'urètre ; les urines, tout en diminuant d'une manière progressivement rapide jusqu'à la mort, ne paraissaient pas sensiblement altérées dans leur composition. Les deux reins, presque réduits à leur enveloppe, étaient transformés en énormes poches purulentes sous-péritonéales ; on n'y distinguait plus que quelques mamelons phlogosés ayant conservé des rapports avec leurs calices, les bassinets et les vaisseaux rénaux.

c. On ne saurait rien préciser quant à la couleur et à la quantité des urines dans la maladie de Bright. Ce que l'on peut dire avec plus de certitude, c'est qu'elles sont rendues en quantité souvent beaucoup plus considérable que les liquides ingérés dans l'estomac. J'ai encore sous les yeux, en ce moment, une malade dont les urines rares et difficiles ont augmenté rapidement à mesure que l'albumine disparaissait sous l'influence du traitement par l'acide azotique, et que la patiente se rétablissait. Tantôt elles sont limpides, de couleur citrine pâle ; tantôt citrines et louches ; rarement de couleur feuille-morte, avec de la limpidité ou du louche et quelques globules sanguins déposés : l'odeur, dans le premier cas, en est normale, tandis que dans le second elle est d'une fadeur nauséeuse.

Ce que l'on rencontre d'albumine dans les urines des sujets atteints de la maladie de Bright est hors de toute proportion avec ce que l'on peut en trouver dans le même liquide pendant le cours des autres affections : la quantité en est infiniment moins variable dans la première que dans les autres. L'acide nitrique, versé goutte à goutte, y détermine des traînées albumineuses blanches ou fauves, d'une densité remarquable ; il semblerait que tout le liquide urineux va se transformer en albumine, tant il s'épaissit d'abord au contact de l'acide azotique : lorsqu'il n'y a qu'un peu de louche ou un trouble léger, il est présumable que l'on n'a point affaire à de l'albumine, surtout si le liquide prend une teinte rosée. L'acide acétique et la potasse caustique rendent à la liqueur troublée par l'albumine précipitée sa fluidité et sa limpidité premières ; il en est de même pour le précipité d'albumine coagulée par la chaleur. On ne peut être sûr de rien tant que l'on n'a pas essayé à la fois les urines par la chaleur et l'acide azotique, et les précipités par l'acide acétique et la potasse caustique. On ne saurait doser exactement dans une éprouvette graduée que l'albumine précipitée par la chaleur; elle se dépose bien au fond du vase en offrant une surface plane et uniforme; précipitée par l'acide azotique, elle présente des inégalités qui en rendent le dosage fort difficile. Est-il nécessaire de dire que, si les urines étaient alcalines, il faudrait les rendre neutres avant de les traiter par la chaleur ?

Rarement on a l'occasion de faire l'autopsie de sujets morts au début de la maladie de Bright, à moins que celle-ci ne soit liée à quelque autre affection qui emporte le malade. Pour moi, je n'ai pu observer jusqu'à présent que les différents degrés de la troisième espèce d'altération signalée par Bright. Généralement les deux reins, après avoir perdu la majeure partie du tissu graisseux qui les enveloppe, sont d'inégale dimension et *toujours plus volumineux*, plus allongés, plus aplatis que dans l'état normal. Si l'on examine la surface du moins avancé, du plus petit des deux, on remarque qu'elle a considérablement pâli et qu'elle est parsemée de plaques jaunes semblables à de la graisse, ce qui donne à l'organe un aspect tuberculeux ; en l'incisant par le bord externe, on voit que toute la substance corticale, excepté vers les deux extrémités, est transformée en un tissu fauve, assez dense, très élastique, parsemé de petits points crétacés, et dans lequel on ne saurait reconnaître les traces de l'organisation primitive. Les mamelons de substance tubulée qui n'ont pas encore été envahis par la dégénérescence signalée sont pâles, mais intacts, et n'offrent rien qui puisse faire soupçonner l'existence d'un état inflammatoire antérieur ou concomitant. L'autre rein, à peu près doublé de volume, est plus pâle encore ; la surface en est rugueuse, granulée ; l'intérieur en est transformé en une substance jaune, élastique, amorphe, qui a tout confondu : substance corticale, substance tubulée, prolongements des calices. Et s'il reste çà et là quelques vestiges de mamelons échappés à cette sorte d'*hétérotrophie*, ils sont complétement décolorés.

Dans l'autopsie que j'ai faite, il y a quelques jours, d'une femme septuagénaire, morte après avoir présenté tous les symptômes et tous les caractères de la maladie de Bright, j'ai trouvé le rein gauche augmenté d'un tiers à peu près, très rugueux à la surface et envahi dans les deux tiers moyens par la substance fauve, sans traces d'inflammation ; le rein droit, dont la capsule surrénale avait disparu, était fortement granulé à l'extérieur, avait triplé de volume et offrait toutes les dégénérescences que je viens de décrire. Les traces de mamelons restants n'indiquaient pas qu'ils eussent subi d'altération inflammatoire ; les tubulures, encore très distinctes, en étaient fort pâles. Le foie, dur, granuleux, mi-parti jaune et lie de vin, criait sous l'instrument tranchant et se trouvait à l'état de cirrhose ; la vésicule biliaire était énormément distendue par de la bile liquide, de couleur claire ; la rate, racornie, couleur de kermès, réduite à une longueur de 6 centimètres au plus, à une largeur d'un peu moins de 4 centimètres et à une épaisseur de 3 centimètres, était, comme le foie, excessivement dure ; les

(1) *On the health of London during six months, terminating* september 28 1850 ; by John Webster, M.-D., F. R. J.

(2) Le 21 janvier dernier, un charpentier, âgé de quarante-deux ans, qui habite la campagne, vint me consulter pour un œdème de la face et des extrémités. Il m'avait apporté de son urine, qui était limpide, de couleur citrine, à bulles persistantes et légèrement acide. J'y versai quelques gouttes d'acide azotique, et au bout de quelques instants il s'y fit un précipité que l'on eût pu prendre pour de l'albumine *si le liquide n'eût pas pris une teinte pourprée;* mais une autre partie de l'urine, traitée par la chaleur, conserva toute sa limpidité; elle laissa précipiter une grande quantité de mucus par le sous-acétate de plomb.

poumons adhéraient à la plèvre costale dans presque toute leur étendue, et l'oreillette droite du cœur était énormément dilatée.

§ III. Faire disparaître des urines pour un temps plus ou moins long l'albumine qu'y décèle l'action de la chaleur et de certains acides, ce n'est pas guérir la maladie de Bright; il faut encore prévenir le retour de cette albumine en modifiant profondément l'organe lésé, modification impossible lorsqu'il ne reste plus de mamelons intacts; on reconnaît alors que l'affection est incurable à l'augmentation progressive des quantités d'albumine dans l'urine, à la diminution rapide des éléments, de la densité et de la quantité de ce liquide.

a. On ne saurait atteindre le but désiré au moyen de la saignée, puisque le mode de désorganisation rénale ne peut être rapporté ni à une hyperhémie, ni à un état inflammatoire quelconque. Bright lui-même, qui conseille les évacuations sanguines générales, cherche à en justifier l'emploi en annonçant la constante *disposition* inflammatoire des séreuses et la *tendance* à l'apoplexie de la maladie découverte et si bien décrite par lui. Soustraire du sang à des malades déjà appauvris par des pertes albumineuses incessantes, c'est les ruiner davantage sans profit pour la résolution de l'organe frappé d'*hétérotrophie*; et, si la saignée a procuré quelques succès, il faut en faire honneur à une erreur de diagnostic; c'est que l'on a pris des néphrites aiguës pour des maladies de Bright. Qu'il y ait quelquefois à combattre des complications inflammatoires indiquant l'usage de saignées locales, comme j'ai eu occasion de l'observer, personne ne le niera, et je me suis bien trouvé d'applications de ventouses scarifiées à la région lombaire; mais l'essence de la maladie ne se pliera jamais aux étroites exigences théoriques qui tendent à faire admettre pour la saignée une formule générale.

b. Bright, qui sut manier avec quelque dextérité le sulfate de quinine et les ferrugineux, proscrivit les diurétiques stimulants. Pour moi, j'ai toujours remarqué que l'acétate de potasse, la scille et la digitale, sous toutes les formes, signalaient leur action désastreuse par l'accroissement de l'anasarque, l'augmentation de la quantité d'albumine, la coloration brunâtre et l'abaissement de la pesanteur du liquide urineux. Les purgatifs et les drastiques ont produit parfois une amélioration qui ne s'est pas soutenue.

c. I. Est-ce à M. Labus, dont l'observation remonte au mois de mai 1845 (*Gazetta medica di Milano*, 1846), est-ce au docteur Hausen, de Trèves, qui compte 16 guérisons sur 18 malades (*Gazette des Hôpitaux*, février 1846), que nous devons l'heureuse application de l'acide azotique au traitement de la maladie de Bright? C'est ce que je ne me chargerai point de décider dans la crainte de m'exposer à une nouvelle déception (1).

Jusqu'en 1847, fatigué, dégoûté de mes insuccès, je ne m'étais plus sérieusement occupé de la maladie de Bright qu'au point de vue de l'anatomie pathologique, lorsque parut un intéressant article du savant et habile professeur Forget (*Bulletin général de thérapeutique*, t. XXXII) sur le traitement de l'albuminurie ou néphrite albumineuse par l'acide nitrique. Ce moyen nouveau, recommandé par l'illustre clinicien de Strasbourg, eut entre mes mains toute l'efficacité dont parle le docteur Hausen; sur 8 cas de maladie de Bright, 7 succès: pour le huitième cas, observé chez une vieille femme dont j'ai rapporté plus haut l'autopsie, il n'y eut point de traitement employé.

Sous l'influence de l'acide azotique, l'albumine disparaît des urines en 8 (cuisinière rachitique, 29 ans, urines citrines, pâles, peu abondantes, 12 p. 100 d'albumine), 9 (garde forestier, 40 ans, urines citrines, louches, 7 p. 100 d'albumine), 10 (fille de 45 ans, presque idiote, urine très pâle, difficile, peu copieuse, 60 p. 100 d'albumine), 15 (femme sexagénaire, urines citrines, claires, 22 p. 100 d'albumine) et 18 jours (menuisier de 36 ans, urine feuille-morte, 20 p. 100 d'albumine); la convalescence s'établit franchement, et les malades reprennent leur travail après 30 et 40 jours de traitement sans récidive.

La dose d'acide, suivant la susceptibilité de l'estomac des malades, est de 1 à 4 grammes étendus dans un litre d'eau sucrée à boire dans la journée, et l'usage de cette sorte de limonade doit être continué jusqu'à ce qu'il ne reste plus aucune trace d'albumine dans le liquide urinaire. Il est certains sujets dont les urines continuent à se troubler pendant longtemps, tout en prenant une teinte rosée, à la suite de la réaction de l'acide nitrique; il faut bien se garder de prendre le précipité qui se forme alors pour de l'albumine: c'est tantôt du mucus, tantôt des sels de diverses natures tenus en dissolution dans l'urine. Il suffit d'être prévenu de cette circonstance pour avoir recours à la réaction par la chaleur en toute occasion et pour ne pas prolonger inutilement le traitement par l'acide azotique.

Dans deux circonstances, après une amélioration très marquée et obtenue par des doses décroissantes d'acide azotique, j'ai vu l'albumine reparaître sous l'influence d'une brusque augmentation de la dose d'acide, puis céder de nouveau à de faibles doses et disparaître définitivement.

II. Dans l'article dont j'ai fait mention plus haut, M. Forget, après avoir recherché quel peut être le mode d'action de l'acide nitrique dans l'hydropisie de Bright, demande si les autres acides ne procureraient pas des résultats aussi heureux? J'ai répondu par des expériences. En 1847, j'administrai 2 grammes d'eau de Rabel pendant quatre jours à un jeune homme de dix-sept ans, lymphatique, dont les urines, très copieuses, légèrement sanguinolentes, contenaient 7 p. 100 d'albumine; l'anasarque, assez considérable dans la moitié sus-diaphragmatique du corps, se dissipa assez promptement; le quatrième jour, nous ne retrouvâmes plus d'albumine dans les urines, qui restèrent encore longtemps sanguinolentes et qui tinrent en suspension pendant 53 jours une grande quantité de mucus. La guérison s'est soutenue.

Le même acide s'est montré impuissant:

1° Dans une hémorrhagie albumineuse causée par un cancer du sein chez un homme de soixante ans;

2° Chez un goutteux sexagénaire, dont les urines, très acides, très sanguinolentes, contenaient 8 p. 100 d'albumine.

Nul doute que l'acide sulfurique ne le cède de beaucoup en efficacité à l'acide azotique.

III. Quatre grammes d'acide gallique par litre d'eau sucrée, administrés pendant quatre jours au goutteux sexagénaire dont je viens de parler, ont fait disparaître le sang et l'albumine des urines que l'acide sulfurique n'avait pu modifier. Pour être exact, il faut ajouter que la goutte, restée latente depuis fort longtemps, reparut aux deux pieds dès le soir du second jour. Quoi qu'il en soit, ce fait vient à l'appui de la note insérée au 40e volume du *Bulletin général de thérapeutique* (p. 86), à propos de l'emploi de l'acide gallique dans l'albuminurie et les pertes chyleuses, par MM. Sampson et Bence Jones.

d. Lejeune, confiseur, de vingt ans, dont j'ai parlé plus haut et que je soigne depuis dix-huit mois, perdait, quand je le vis dans le commencement, de 60 à 65 p. 100 d'albumine; sous l'influence du traitement azotique et après des alternatives de mieux et de plus mal, il finit par ne rendre plus par les urines que 4 et 5 p. 100 d'albumine. N'obtenant plus rien par l'acide azotique, je m'avisai de le traiter par le sesqui-nitrate de fer. Depuis quatre mois qu'il est soumis à cette médication tonique, on ne retrouve plus que des traces fort légères d'albumine dans ses urines.

Indépendamment de l'emploi des acides et des ferrugineux, dont la puissance curative dans la maladie de Bright est, pour moi, hors de doute, il faut encore s'occuper de réparer les pertes des malades en leur conseillant un régime analeptique et en les entourant de toutes les précautions hygiéniques dont on peut disposer.

(1) Le 9 avril dernier, me trouvant à Trèves, je demandai dans la librairie de Fr. Lintz l'ouvrage du docteur Hausen sur le traitement de l'albuminurie par l'acide azotique. On me répondit qu'on ne connaissait pas de docteur Hausen à Trèves et que l'on n'avait jamais entendu parler de l'ouvrage que je désirais.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Remède contre la toux convulsive.

Par le docteur GOETZ.

En Russie, où cette affection était dominante, puisque dans plusieurs colonies elle est considérée comme endémique, le docteur Goetz, rédacteur de la *Gazette Medicin Zeitung Rurland*, fit usage avec succès de la formule suivante:

Soufre de la Chine.	5 à 10 centigr.
Sous-nitrate de bismuth.	5 à 10 —
Blanc de zinc.	5 à 10 —
Sulfure d'antimoine.	1 à 5 —
Magnésie calcinée.	60 —

On pulvérise et on mêle ensemble, et toutes les trois heures on en administre une pincée de la valeur de 5 centigrammes.

Utilité de l'opium uni au nitre à hautes doses dans le traitement du rhumatisme aigu,

Par le Dr OWEN.

Le docteur Owen, médecin de l'hôpital de Guy, à Londres, se regarde comme l'inventeur d'une nouvelle méthode pour traiter le rhumatisme aigu par l'opium et le nitre à hautes doses.

Les docteurs Babigton et Addison contestent à cette méthode thérapeutique l'efficacité que lui attribue son auteur, et donnent la préférence au jus de citron employé aussi à doses élevées.

Cependant le docteur Pearse, après avoir essayé sans succès l'administration du jus de citron, eut recours à l'opium et au nitre réunis, et reconnut l'efficacité de ce traitement contre les rhumatismes qui avaient résisté à l'emploi de l'acide citrique.

La méthode et la dose employées sont les suivantes:

Nitre, ou nitrate de potasse.	
Opium pur.	3 centigr.

A prendre toutes les quatre heures.

Au bout de deux jours les doses sont doublées, et ainsi de suite.

Quant à l'usage du jus de citron, il semble préférable toutes les fois que l'affection rhumatismale est accompagnée de suspension d'urine, le jus de citron étant dans ce cas très utile, à cause de sa propriété diurétique.

DE LA FRACTURE DE L'ÉPINE DE L'OMOPLATE sous le point de vue médico-légal. — Jugement.

Un jugement important vient d'être rendu par un tribunal de province, sur le cas de fracture de l'épine de l'omoplate dont nous avons déjà à plusieurs reprises entretenu nos lecteurs et qui a été observé par notre honorable collaborateur M. le docteur Demeaux, de Puy-Lévêque, ancien aide d'anatomie de la Faculté de Paris.

M. Demeaux avait soigné un jeune malade qui, à la suite d'une rixe, avait eu l'épine de l'omoplate fracturée. Un procès en dommages-intérêts ayant été intenté à ce sujet, deux médecins, appelés par la partie adverse à voir le malade plus d'un mois après l'accident, avaient conclu qu'il n'y avait pas eu fracture, puisqu'il n'existait ni *ecchymose* ni *engorgement*, qu'on n'avait pas appliqué d'*appareil*, et que d'ailleurs la fracture de l'omoplate ne pouvait avoir lieu qu'à la suite d'un coup de *basse* ou d'*arme à feu*.

Un juge adopta l'opinion des adversaires de M. Demeaux en déclarant que, *si la fracture avait existé, le moindre mouvement du bras eût été impossible*.

Appel ayant été interjeté de ce jugement, M. Demeaux soumit la question à la Société de chirurgie, au sein de laquelle il fut fait un rapport que nous avons publié le 21 septembre dernier, et dont les conclusions étaient toutes favorables au jugement porté par M. Demeaux.

Dans le numéro du 13 juillet précédent, nous avions publié une leçon de M. le professeur Velpeau dans laquelle était rapporté un fait analogue. M. le docteur Gensoul, de Lyon, adressa plus tard à la Société de chirurgie une lettre (voir la *Gazette des Hôpitaux* du 19 octobre) dans laquelle il rapportait un cas fort curieux de fracture spontanée et successive de l'angle inférieur des deux omoplates, qui avait eu lieu chez le même sujet à deux reprises différentes *sans que le malade fût privé de mouvoir son bras*. Des faits semblables nous avaient aussi été indiqués par M. le docteur A. Thierry dans une lettre publiée dans le n° du 11 septembre.

Nous n'avons donc pas à revenir sur cette question, que l'on trouvera traitée d'une manière complète dans les numéros de notre journal ci-dessus indiqués et qui nous paraît scientifiquement jugée en faveur de M. Demeaux. Le jugement du tribunal de Cahors, que nous croyons devoir publier en entier, donne également raison à notre honorable confrère.

TRIBUNAL CIVIL DE CAHORS (1re Chambre).

Entre les sieurs GUINGUAL *et* CANTAGREL *et MM.* DEMEAUX *et* BRIANÇON, *docteurs en médecine.*

Jugement du 12 janvier 1853.

AU FOND.

Attendu qu'il est constaté par les enquêtes que, le 23 mai dernier, Cantagrel fils, provoqué par un propos de Guingual, lui donna un soufflet, à la suite duquel ce dernier fut renversé, et à la suite duquel encore il est prétendu que l'omoplate droite aurait été fracturée;

Attendu qu'il est important pour la justice de rechercher si cette fracture a eu réellement lieu, par le motif que son existence ou sa non-existence doivent fixer la conscience du juge sur le plus ou moins d'étendue de dommages à accorder;

Attendu que cette considération a frappé le premier juge lui-même, puisqu'il a dirigé l'instruction du débat vers ce but, en commettant un nouveau docteur pour examiner le rapport du premier qui avait constaté la fracture;

Attendu qu'il est constant que le 25 mai, le surlendemain de l'événement, cette fracture a été constatée par M. le docteur Demeaux, qui a formellement affirmé dans son rapport son existence; qu'à ce point de vue la question se réduit à une question de moralité; que dès qu'un homme intelligent, honnête, et contre lequel le tribunal ne saurait élever aucune espèce de suspicion, affirme avoir constaté un fait physique, *qui est du ressort de sa connaissance, il n'est pas possible au tribunal de révoquer ce fait en doute*;

Attendu que le degré de certitude qui résulte de ce premier aperçu ne saurait être affaibli par le contre-rapport de M. le docteur Briançon; que, quel que soit le degré d'aptitude et d'honnêteté de ce dernier praticien, il n'a pu être à même de porter un jugement aussi sûr sur le fait en contestation, par cette raison qu'il ne lui a été soumis que 37 jours après, et alors que la fracture était complétement guérie et ne laissait, au dire des hommes de la science, aucune espèce de trace;

Attendu, du reste, que c'est là l'appréciation qu'ont faite de la difficulté toutes les sommités de la chirurgie, ainsi que cela résulte des attestations qui ont été fournies tant par la Société de chirurgie de Paris que par MM. Velpeau, Gensoul, Orfila, Viguerie;

Attendu, à la vérité, qu'une prétendue variation pourrait être relevée dans l'opinion de ce dernier, mais que l'examen le plus superficiel démontre de la manière la plus NETTE que cette prétendue variation n'existe pas, puisque le tribunal s'est assuré, par la lecture des enquêtes, que la question n'avait pas été posée à M. le docteur Viguerie telle qu'elle résulterait des faits qui avaient été recueillis;

Attendu, dès lors, que de ce qui précède il suit que les dommages accordés par le premier juge ne sont point la réparation suffisante du tort causé, puisqu'il n'avait constaté qu'un simple coup, tandis que le tribunal est dans la nécessité de voir, en dehors de ce coup, une fracture qui a occasionné un chômage de travail plus considérable, un traitement plus dispendieux et des conséquences plus graves pour la santé de celui qui en était l'objet;

Attendu, en droit et au termes de l'art. 1382 du Code Napoléon, etc.;

Par ces motifs, le tribunal ouï à l'audience des 11 et 12 janvier courant, les avocats, les avoués des parties, en leurs dires et leurs développements, ensemble M. Sers, substitut à M. le procureur impérial, en ses conclusions verbales, motivées et conformes, dit qu'il a été mal jugé, bien appelé; ce faisant, réforme le jugement entrepris, procédant par un nouveau jugement, faisant ce que le premier juge aurait dû faire, déclare que, par suite du coup porté par Cantagrel à Guingal, dans la rixe du 23 mai dernier, l'omoplate droite de ce dernier a été fracturée; en réparation de quoi condamne, etc.

(Ainsi jugé par la première chambre du tribunal civil de Cahors, le 12 janvier 1853.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Plusieurs places d'infirmiers et d'infirmières sont actuellement vacantes dans les hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière. On peut se présenter, pour les obtenir, aux directeurs de ces deux établissements. La condition d'admission est d'être porteur de livrets ou certificats de moralité, et de n'être pas âgé de plus de quarante-cinq ans.

(*Moniteur universel.*)

— L'Association des médecins de Toulouse a tenu, le 4 janvier, sa séance annuelle. M. Teillier, secrétaire général, a fait connaître, dans un rapport concis, les travaux de l'Association et les heureux résultats qu'elle a obtenus dans ses poursuites contre le charlatanisme. M. Dassier, trésorier, a donné l'état de la caisse, qui va toujours progressant. Après ces diverses communications, il a été procédé au renouvellement du bureau. Ont été réélus, MM. Gaussail, président; Teillier, secrétaire général; Gasc Hadencourt, secrétaire adjoint; Dassier, trésorier. MM. Guittard, Parant, Laforgue ont été nommés membres de la commission.

Dans l'année qui vient de s'écouler, l'Association a reçu plusieurs nouveaux membres et a refusé l'admission à un médecin homœopathe.

(*Gaz. méd. de Toulouse.*)

— PROGRAMME DES QUESTIONS PROPOSÉES PAR LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE GAND POUR LE CONCOURS DE 1853. — 1re *question*: Peut-on admettre des hyposthénisants moraux parmi les modificateurs de la vie? Dans le cas affirmatif, quelle est leur influence au point de vue physiologique et thérapeutique? — Prix: 200 francs.

2e *question*: Du rachitisme considéré dans sa nature, ses causes et son traitement. — Prix: 200 fr.

3e *question*: Exposer l'état de nos connaissances sur l'atrophie musculaire progressive, en insistant principalement sur l'étiologie et le traitement de cette affection. — Prix: 100 fr.

4e *question*: Décrire les vertus thérapeutiques de l'*arnica montana*; s'appuyer sur des faits pratiques. — Prix: 100 fr.

5e *question*: Quelle doit être la conduite de l'accoucheur dans les cas d'adhérence morbide du placenta? Existe-t-il des signes auxquels on puisse reconnaître cette adhérence pendant la gestation? — Prix: 100 fr.

6e *question*: Quelles sont les modifications que la vieillesse imprime au traitement des maladies? — Prix: 100 fr.

Les mémoires envoyés au concours, écrits en français, en latin ou en flamand, devront être adressés, francs de port, dans les formes académiques usitées, avant le 1er octobre 1853, à M. le professeur Teirlinck, secrétaire de la Société, rue Basse (Onderstraet), n° 48, à Gand.

LE SOUND.

Paris. — Typographie de PLON frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 25. — MARDI 1er MARS 1853. (26e ANNÉE.) N° 25. — MARDI 1er MARS 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

	Trois mois	Six mois	Un an
Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	8 fr. 50 c.	16 »	30 »
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	9 fr.	17	33
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	10 fr.	20	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

PARIS, LE 28 FÉVRIER 1853.

De l'hygiène des enfants

DEPUIS LA NAISSANCE JUSQU'A L'ÉPOQUE DU SEVRAGE.

(Cinquième article.)

6° *A quelle époque convient-il de sevrer ?*

L'époque naturelle du sevrage est celle où la première dentition est terminée. Ce n'est qu'à ce moment que l'enfant peut se livrer complétement à la mastication des aliments. Il est rare cependant qu'on attende aussi longtemps pour l'enlever au sein de la mère. Il faudrait prolonger l'allaitement jusqu'à deux ans ou deux ans et demi, puisque la première évolution dentaire n'est achevée que vers cet âge.

Dans certains pays, dans le Midi surtout, cela se fait encore. On voit des enfants de trois à quatre ans, qui sont forts et bien portants, qui marchent, parlent, et feraient même très volontiers usage d'une nourriture bien plus substantielle, qui prennent encore le sein de leur mère. Une dame dont parlait M. Baffos, continuant à avoir du lait, ne paraissait nullement disposée à sevrer son nourrisson, quand, un jour qu'elle l'appelait pour lui donner à teter, celui-ci répondit : « Ma foi, maman, » je n'en veux plus. »

Déjà nous avons passé en revue les cas dans lesquels on devait avancer la nourriture et précipiter le sevrage ; ils se rapportent soit à la nourrice, qui peut venir à manquer de lait prématurément, soit à l'enfant, que la force de sa constitution et l'intégrité des fonctions digestives permettent de soumettre de bonne heure à une alimentation plus substantielle. Toutefois, il ne faut pas trop se fier à ces apparences avantageuses ; l'enfant peut souffrir beaucoup d'une nourriture trop forte. Des expériences, faites, il est vrai, sur de jeunes animaux par M. Delabarre fils et par M. Donné, en ont démontré le danger.

Le premier a soumis quatre jeunes chiens provenant d'une même portée à des régimes différents. Deux de ces animaux n'ont pris que le lait de leur mère jusqu'à l'achèvement de la dentition. Le troisième, sevré de très bonne heure, fut nourri avec du pain trempé de lait et d'eau grasse. Le quatrième enfin, enlevé promptement à sa mère, put se livrer à tous les caprices de son appétit et se montra très gourmand de pain et de viande. Or, voici ce qu'on observa : la santé des deux premiers chiens resta parfaite ; la dentition se fit sans secousse et sans souffrance. Chez le troisième, il se manifesta vers le cinquième mois une diarrhée séreuse et des vomissements qui produisirent un amaigrissement rapide et laissèrent, après leur disparition, l'animal faible et chétif. Le quatrième présenta d'abord une taille et un embonpoint florissants, mais une diarrhée accompagnée de vomissements incoercibles finit par l'enlever.

Il faut donc éviter les deux écueils que nous venons de signaler ; mais il est impossible de donner à cet égard des indications précises. Fixer absolument l'époque du sevrage, dit M. Trousseau, c'est absurde ; car si on ne doit pas attendre la fin de la dentition, le sevrage doit néanmoins être subordonné à cette dernière jusqu'à un certain point.

« En général, ajoute M. Cazeaux, ce n'est guère que » lorsque l'enfant a huit à dix dents qu'on doit songer » à le sevrer, par conséquent vers l'âge de douze à » seize mois ; mais si l'éruption dentaire était en retard, » ou si elle s'accompagnait de douleurs vives, de malaises, de quelques-unes des affections qui souvent si» gnalent la seconde année de la vie, il y aurait avan» tage, tout en donnant à l'enfant d'autres aliments, de » lui conserver le sein, et de le lui présenter au moins » deux ou trois fois par jour. »

On comprend en effet de quelle ressource le sein de la mère peut être pendant les souffrances et les accidents d'une dentition difficile. Il ne faut donc pas dans ces cas trop se hâter d'y renoncer.

Et même chez les enfants les mieux portants, c'est l'intervalle d'une évolution à l'autre qu'on doit choisir pour le sevrage. Qu'on nous permette donc de rappeler que les premières dents sortent par groupes et de quelle façon se fait l'évolution de chacun d'eux. On peut les diviser en cinq groupes ou séries :

1° Les deux incisives inférieures médianes sortent ordinairement le même jour, mais au plus tard de un à quinze jours d'intervalle. L'éruption a lieu du septième au huitième mois et est suivie d'un repos de plusieurs mois.

2° Les quatre incisives supérieures mettent un mois à sortir. Elles apparaissent du dixième au douzième mois, d'abord les médianes, puis les latérales.

3° Les quatre premières molaires et les deux incisives inférieures latérales font leur évolution du douzième au quinzième mois. Puis il y a un repos de quatre à cinq mois.

4° Du dix-huitième au vingt-deuxième mois sortie des quatre canines, suivie encore d'un repos prolongé.

5° Eruption des quatre dernières molaires.

Comme on le voit, il existe un intervalle assez considérable entre les différentes évolutions dentaires, ce dont on doit profiter pour sevrer l'enfant. M. Cazeaux donne le conseil d'attendre la sortie des canines, qui est la plus longue et la plus pénible, les canines étant les seules dents qui soient épaulées. Il nous semble que c'est obliger à attendre bien longtemps, et qu'on peut, si la santé de la mère y engage, opérer le sevrage après l'évolution du troisième groupe. Ne le faire qu'après l'éruption des canines, c'est s'exposer à prolonger l'allaitement jusqu'à près de deux ans.

Le sevrage décidé, si l'enfant mange déjà un peu depuis quelque temps, il vaut mieux le faire tout à coup que de diminuer peu à peu l'allaitement ; de cette diminution progressive il peut résulter une altération nuisible du lait. On commencera à sevrer de nuit, et on préférera pour cela, si faire se peut, l'été ou le printemps à l'hiver.

On éloignera l'enfant de la mère ; c'est souvent le seul moyen de décider l'enfant à prendre des aliments plus substantiels et à renoncer tout à fait au lait maternel. Si l'enfant s'obstinait à vouloir teter, on devrait enduire le mamelon d'un peu de teinture d'absinthe, de gentiane ou d'aloès.

Dans un dernier article nous passerons en revue les soins principaux autres que la nourriture que réclame l'enfant, tels que l'habillement, les bains, la promenade, le sommeil, etc. CH. B.

La commission administrative de la syphilisation a été reçue hier, lundi, par M. le préfet de police, auquel son président a lu la conclusion de son rapport. Voici cette conclusion, qui est uniquement relative à la demande formée par M. Auzias-Turenne, et qui fait abstraction de la question scientifique :

« En résumé, monsieur le préfet, la commission, répondant à la » question précise que vous lui avez posée, conclut à l'unanimité » de tout ce qui précède :

» Que M. le docteur Auzias-Turenne ne peut être autorisé à » expérimenter la syphilisation dans un établissement quelconque.

» MÉLIER, président, RICORD, DENIS, CONNEAU,
» MARCHAL (de Calvi), secrétaire-rapporteur.

» Paris, 28 février 1853. »

Statistique. — De la mortalité dans Paris.

Le *Moniteur universel*, dans ses numéros des 26 et 28 février, publie deux articles assez étendus sur la mortalité dans Paris, dont nous allons extraire les parties les plus intéressantes. Cette étude remonte à l'année 1810. De cette année jusqu'à 1813, les chiffres sont à peu de chose près les mêmes, et varient entre 11 à 12,000 en ville, et 6 à 8,000 dans les hôpitaux.

En 1814, époque de la guerre, le nombre des décès s'élève au chiffre formidable de 24,198 à domicile, dont 16,122 hommes et 8,076 femmes ; dans les hôpitaux, 15,739. C'est alors que le typhus, ainsi que nous l'avons rappelé dans notre article du 24 février, fit des ravages affreux. 1815 fut encore une année de deuil. On compta dans Paris 14,181 décès ; 7,005 hommes, 7,176 femmes ; dans les hôpitaux, 7,084. L'excédant des décès frappa surtout dans la classe aisée. Le chiffre, dans les hôpitaux, resta dans les termes ordinaires.

En 1816, on revient au cours normal des choses : 12,711 décès, dont 5,954 hommss et 6,757 femmes ; dans les hôpitaux, 7,342 décès.

En 1817, on fit un recensement exact de la population ; le chiffe fut, pour Paris, de 713,966 habitants ; le chiffre des décès varie peu.

Dans la période de 1829 à 1839, le chiffres des décès sont donnés sans désignation de sexe. Du reste la proportion de ces décès entre les hommes et les femmes reste à peu près la même.

En 1830, une légère augmentation se fait observer, due sans doute à la révolution politique.

Mais en 1832, époque funeste de l'épidémie du choléra, survient un accroissement considérable : 30,843 décès à domicile, 15,481 dans les hôpitaux, 1,007 cadavres d'hommes à la morgue, 255 femmes. C'est qu'en 1832 il est mort du choléra 9,287 hommes et 9,315 femmes, en tout, 18,602. Les mois de l'été ont été les plus meurtriers ; le plus grand nombre des morts parmi les vieillards de 65 à 70 ans.

De 1833 à 1848, les chiffres totaux varient de 25 à 26,000. En 1849, ils s'élèvent, à cause d'une mortalité de 19,188 due au choléra. On voit par ces chiffres que la deuxième épidémie de choléra a été un peu plus meurtrière encore que la première.

De 1809 à 1816, on a quelques chiffres sur les maladies qui ont été les causes principales des décès. Ainsi, dans cette période de temps, l'on compta 17,958 décès par suite de ce que l'on appelait la fièvre putride ; 16,991 décès par suite de phlegmasies des membranes muqueuses ; 19,475 décès par suite de péripneumonie, phthisie pulmonaire, etc.

En 1814, le nombre des fièvres putrides avait doublé ; les autres maladies restées à peu près les mêmes.

Les années suivantes on cessa d'indiquer les maladies causes des décès.

Depuis 1839, les recherches sur les décès ont été faites avec un soin bien plus grand ; l'on est arrivé à un résultat qu'il suffit de faire connaître. La moyenne des décès par jour de 1839 à 1849 est de 80,5 ; 51 à domicile, 29,5 dans les hôpitaux, chiffre bien élevé, qui justifie si bien les préoccupations de l'administration pour multiplier les secours à domicile, diminuer le nombre des admissions dans les hôpitaux et hospices.

Le nombre des décès en 1852 a été de 29,873, dont 19,716 à domicile et 10,157 dans les hospices. La moyenne des décès de mars, qui est de 96, n'a été en 1852 que de 91 ; elle avait été en 1851 de 109. La moyenne des décès d'avril, qui est de 94, a été en 1852 de ce chiffre 94 ; elle avait été en 1851 de 96. La moyenne des décès de février, qui est de 90, a été de 90 en 1852 ; elle avait été de 97 en 1851. La moyenne de janvier, qui est de 89, a été en 1852, comme en 1851, de 87. La moyenne des décès de mai, qui est de 87, a été en 1852 de 86 ; elle avait été de 89 en 1851. La moyenne des décès de juin, qui est de 79, a été en 1852 de 76 ; elle avait été de 78 en 1851. La moyenne de décembre, également de 79, a été en 1852 de 81 ; elle avait été de 79 en 1851. La moyenne de juillet, qui est de 74, a été de 77 en 1852 ; elle avait été de 66 en 1851. La moyenne des décès d'août, qui est de 72, a été en 1852 de 74 ; elle avait été en 1851 de 66. La moyenne de novembre, qui est de 79, a été en 1852 de 76 ; elle avait été en 1851 de 91. La moyenne de septembre, qui est de 69, a été en 1852 de 72 ; elle avait été de 78 en 1851. La moyenne d'octobre, qui est de 68, a été en 1852 de 75 ; elle avait été en 1851 de 75.

Il est mort dans les hospices civils 9,402 malades ; dans les hôpitaux militaires, 755 : à l'Hôtel-Dieu, 1,490 ; à la Pitié, 877 ; à Beaujon, 695 ; à la Charité, 754 ; à Saint-Antoine, 460 ; à Necker, 448 ; aux Enfants-Malades, 571 ; à la Maison d'accouchement, 315 ; à Sainte-Marguerite, 440 ; aux Enfants-Trouvés, 714 ; à l'hôpital des Vieillards, 583 hommes, 637 femmes ; aux Invalides, 268 ; au Val-de-Grâce, 225 ; au Gros-Caillou, 157 ; au Roule, 150.

Sur les 29,873 décès de l'année 1852, 29,664 ont été très exactement constatés, sous le rapport du sexe, de l'âge, de la maladie. Sur ce nombre de 29,664, l'on compte 15,220 hommes, 14,444 femmes : au-dessous de 3 mois, l'époque la plus meurtrière, 2,927 enfants garçons, 2,184 filles ; de 3 mois à 1 an, époque encore fatale pour les enfants, 875 garçons, 785 filles ; de 1 à 6 ans, la mortalité diminue très sensiblement : 1,931 garçons, 1,974 filles ; de 6 à 8 ans, l'époque la plus favorable, seulement 178 garçons et 190 filles ; de 8 à 15 ans, 331 garçons, 382 filles ; de 15 à 20, le chiffre de la mortalité s'accroît, il est de 504 pour les filles, de 552 pour les garçons ; de 20 à 30 ans, la mortalité devient bien plus considérable, 1,471 hommes, 1,677 femmes ; de 30 à 40, seulement 1,335 hommes, 1,318 femmes ; de 40 à 50, 1,460 hommes, 1,134 femmes ; de 50 à 60, 1,544 hommes, 1,273 femmes ; de 60 à 70, 1,294 hommes, 1,255 femmes ; de 70 à 80, 987 hommes, 1,206 femmes ; au delà, 381 hommes, 514 femmes.

On le voit, ce sont les enfants qui payent le plus large tribut à la mort. Sans produire ici des chiffres à l'appui, l'on peut affirmer qu'il meurt à Paris plus d'enfants que dans les campagnes, et que l'on compte à Paris, relativement, moins de vieillards que l'on n'en compte dans les campagnes.

Le rapprochement des décès des années 1851 et 1852 n'offre pas de différences de nature à être signalées.

Étudiant maintenant le nombre des 29,664 décès de 1852 sous le rapport des maladies, l'on trouve toujours que ce sont les maladies de poitrine, celles tenant aux organes digestifs et la fièvre typhoïde qui donnent le plus grand nombre de décès.

En 1852 sont morts à Paris, de la phthisie pulmonaire, 2,078 hommes, 2,038 femmes ; de la pneumonie, 1,279 hommes, 1,346 femmes ; du catarrhe pulmonaire, 849 hommes, 955 femmes. La moyenne de la phthisie est de 5,9 ; elle a été, en 1852, de 7. La moyenne de la pneumonie est de 3 ; elle a été de 6. La moyenne du catarrhe de 4,9 ; elle a été de 6. Sont morts de l'entérite, 1,395 hommes, 1,365 femmes ;

la moyenne de l'entérite est de 7,2; elle a été, en 1852, de 3. Sont morts de la fièvre typhoïde, 614 hommes, 503 femmes; la moyenne de la fièvre typhoïde est de 1,3; elle a été de 4. Sont morts de la fièvre cérébrale, 738 hommes, 569 femmes; la moyenne est de 2,4; elle n'a été que de 2,4. Sont morts d'apoplexie, 534 hommes, 438 femmes; la moyenne de l'apoplexie est de 2; elle a été de 2. Sont morts-nés, 1,351 garçons, 891 filles; la moyenne est de 4,5; elle a été de 5. C'est une règle fixe : il meurt toujours en naissant plus de garçons qne de filles. Sont morts du croup, 197 garçons, 178 filles; la moyenne est de 6,7. Sont morts de convulsions, 294 garçons, 283 filles; la moyenne est de 2,6; elle a été de 2. Sont morts de la rougeole, 217 garçons, 182 filles; la moyenne de 0,6 a été de 2. Sont morts de la petite vérole, 332 garçons enfants ou hommes, jeunes filles ou femmes; la moyenne de 6,5 a été de 4. Sont morts de maladies diverses, 5,088 hommes, 5,348 femmes. Se sont misérablement tués, 249 hommes, 117 femmes.

Ces chiffres, comparés avec ceux de l'année 1851, diffèrent assez peu. Il y a eu, en 1852, plus de décès de fièvre entérite, moins de fièvre typhoïde, moins de décès d'apoplexie, quoique la température se soit presque constamment tenue élevée. Le nombre des décès de la petite vérole ont, en 1852, sensiblement augmenté. Il est affligeant de reconnaître que cette maladie, facile à éviter par la vaccine, par la revaccination, que l'on ne recommande pas assez, fasse tant de ravages. L'on ne sait pas assez qu'elle frappe surtout les adultes; sur 571 décès de petite vérole, l'on n'en compte que 104 de garçons, 83 de filles au-dessous de 6 ans.

Parmi les suicides, en 1852, 4 enfants garçons, de 8 à 15 ans, 6 filles; 43 garçons de 15 à 20 ans, 9 filles; 8 vieillards hommes, 4 femmes, de 70 à 80 ans.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. GENDRIN.

Leçons sur l'hystérie (1).

Étiologie. — Parmi les causes de l'hystérie, il faut placer au premier rang comme cause prédisposante, et peut-être comme la seule efficace, la mobilité exagérée du système nerveux, c'est-à-dire cet état physiologique du système nerveux qui appartient à peu près exclusivement aux jeunes sujets, et surtout aux jeunes filles, et dans lequel ses fonctions peuvent s'accomplir dans de larges oscillations.

Avec cet état de mobilité nerveuse exagérée, toutes les causes pouvant fortement ébranler l'organisme, pouvant mettre en jeu d'une manière exagérée les fonctions intellectuelles, toutes ces causes déterminent l'invasion des accidents hystériques qui auront à se produire.

Parmi elles on peut ranger les états de souffrance permanente des viscères, qui deviennent l'origine de douleurs plus ou moins vives, mais surtout prolongées. Rien de plus commun, chez les jeunes filles, que les douleurs de dyspepsie se rattachant à la production de la menstruation mal établie ou aux développements successifs qui s'opèrent dans l'organisme depuis la puberté jusqu'à l'âge adulte. C'est la cause de ces douleurs d'estomac qui se montrent chez les chlorotiques et qui se prolongent pendant longtemps; ces douleurs, réagissant puissamment sur le système nerveux, surtout par leur prolongation, y causent des oscillations plus étendues que celles dont est susceptible la mobilité nerveuse de certains sujets, et déterminent chez eux l'explosion d'accidents hystériques.

Beaucoup de jeunes femmes, surtout celles chez lesquelles la circulation a pris beaucoup d'activité, éprouvent des douleurs internes coïncidant avec l'apparition des règles; elles ressentent des coliques qui les forcent à s'arrêter, et ces douleurs utérines, répétées tous les mois, deviennent souvent la cause déterminante d'attaques d'hystérie.

L'habitude de souffrances morales concentrées, de chagrins résultant souvent d'une vie mal comprise par les malades qui se créent des peines imaginaires, la misère, les pertes de famille, peuvent jeter les jeunes sujets dans un ébranlement moral porté beaucoup plus loin que chez ceux qui sont plus avancés en âge; aussi voit-on des amours contrariés, des mariages manqués, des morts de parents, des renversements subits de fortune déterminer chez ces jeunes sujets des explosions d'accidents hystériques.

L'hystérie peut être déterminée par un travail fonctionnel exagéré; l'accroissement subit qui arrive chez certains sujets d'une manière anormale en surexcitant chez eux tout l'appareil des fonctions les met dans ce cas, et alors l'hystérie ne cédera pas avant le développement complet, avant l'âge adulte, en un mot : c'est ce qu'on a désigné sous la dénomination de maux de nerfs par croissance.

La grossesse, qui détermine un état fonctionnel passager, il est vrai, mais qui active fortement toutes les fonctions organiques, et surtout celles qui ont rapport au développement de l'utérus et du fruit de la conception; la grossesse, pendant laquelle la mobilité nerveuse est constamment exagérée chez les femmes, devient fréquemment l'origine de l'invasion des accidents de l'hystérie.

La lactation, autre fonction transitoire qui s'accomplit souvent dans des limites disproportionnées aux forces des sujets et qui donne lieu à une excitation souvent répétée du côté des mamelles par la succion de l'enfant, devient souvent aussi une cause d'hystérie. Heureusement ces hystéries secondaires, qui ne sont, à proprement parler, que des accidents épigénétiques à des fonctions temporaires, cessent avec elles.

Une commotion morale vive ressentie chez un sujet nerveux détermine souvent en lui un ébranlement brusque, rapide et violent qui se traduit par une attaque de nerfs. Cet ébranlement, qui n'est que passager chez certains sujets, se produira plus souvent chez ceux qui sont prédisposés à l'hystérie : ainsi pour une joie exagérée, par exemple, et en général pour tous les sentiments qui mettent en jeu le système nerveux en passant par l'intelligence; mais je ne veux pas ici passer en revue toutes les causes qui peuvent l'ébranler fortement.

Quand elles existent, si on y joint une prédisposition spéciale et qui souvent est héréditaire, on aura l'étiologie complète de l'hystérie. On a des familles dans lesquelles l'hystérie se montre pendant plusieurs générations. Dans d'autres familles on voit survenir l'hystérie quand depuis longtemps d'autres maladies nerveuses plus graves se sont manifestées, par exemple l'épilepsie. C'est que chez tous les membres de cette famille il y a une mobilité nerveuse exagérée, et cette mobilité nerveuse en général domine ces diverses espèces de maladies.

(1) Suite. — Voir le numéro du 22 février.

En résumé, la mobilité nerveuse surexcitée, comme prédisposant aux impressions morales, se faisant sentir d'une manière exagérée est cause de l'hystérie. Il faut y ajouter les diverses évolutions de l'organisme, comme la puberté, la grossesse, la lactation, etc.; le sexe, car on sait que la femme est plus sujette que l'homme à en être affectée, enfin tous les ébranlements physiques, physiologiques ou pathologiques qui surviennent chez les sujets déjà prédisposés.

Chez les sujets chez lesquels la mobilité nerveuse est peu considérable, quand il arrive un ébranlement nerveux violent, il n'est que temporaire et ne deviendra pas cause d'accidents hystériques, tandis qu'il se prolongera et deviendra cause déterminante de l'hystérie chez les sujets qui y sont prédisposés.

On a beaucoup discuté pour savoir si l'hystérie était exclusive aux femmes et si les hommes ne pouvaient pas en être affectés, et selon l'interprétation que l'on donnait aux accidents nerveux, on est arrivé à des résultats différents. Ceux qui se sont le plus spécialement prononcés pour la négative sont les auteurs qui ne veulent pas voir autre chose dans l'hystérie qu'une affection des organes génitaux ovariens.

D'abord on a commencé par examiner, et Villermé en particulier, s'il y avait des observations positives de sensations hystériques consistant surtout dans la suffocation, qu'on eût observées chez l'homme. Il en conclut avec Robert Whytt qu'en effet on a vu se produire chez l'homme des accidents nerveux survenus sous l'influence de causes analogues à celles qui les occasionnent chez la femme, et se traduisant par un sentiment de suffocation, de constriction à la gorge. Ce fait est incontestable. Si on limite l'hystérie à cette seule forme, manière vicieuse de considérer cette maladie, car on méconnaît ainsi toutes les autres formes dont je vous ai entretenus, il est certain qu'on rencontre la suffocation hystérique très manifeste chez quelques sujets du sexe masculin affectés d'accidents nerveux. Mais pour ceux qui admettent un plus grand nombre de formes dans la maladie hystérique et qui ne la regardent pas comme liée essentiellement aux organes génitaux-ovariens, c'est encore bien plus frappant. On rencontre de jeunes hommes chez lesquels ces accidents nerveux finissent par s'établir comme habitude de l'organisme, présentant quelquefois la forme suffocante, plus souvent la forme extatique, et très souvent la forme hyperesthésique avec anesthésie constante et plus ou moins étendue.

Il nous paraît donc incontestable que l'hystérie peut se présenter chez les deux sexes avec les mêmes formes, mais elle est bien plus rare chez l'homme que chez la femme, et pour trente femmes hystériques à peine pourrait-on trouver un homme.

En interrogeant la manière dont le système nerveux établit ses fonctions chez les femmes relativement aux hommes, on trouve avec facilité la cause de cette disproportion : c'est que la mobilité nerveuse est moindre chez l'homme que chez la femme, non-seulement au point de vue de l'hystérie, mais encore à celui de toute maladie nerveuse; ainsi l'éclampsie dentaire, les accidents hypocondriaques, la danse de Saint-Guy, affections dans lesquelles on observe des accidents nerveux qui peuvent aller jusqu'à déterminer des convulsions, des suspensions temporaires d'action, des contractures des membres, sont plus fréquents chez les femmes, car elles ont ce qui n'existe pas chez l'homme, une faculté d'osciller plus facilement; elles passent plus facilement par les degrés ascendants ou descendants par lesquels se produisent les actes d'innervation, et chez les jeunes filles tous ces phénomènes sont plus tranchés que chez les jeunes garçons.

Vous comprenez maintenant que toutes les circonstances qui sont regardées comme les causes primitives de la maladie hystérique peuvent déterminer les paroxysmes, et que celles qui feront disparaître ces causes pourront faire disparaître la maladie elle-même.

L'hystérie diminue avec le ralentissement des fonctions vitales et cesse avec le décroissement qui mène à la fin de la vie : de là la disparition de l'opportunité des accidents hystériques dans un âge avancé. Elle cesse chez la femme aux environs de l'âge critique, et quand elle existe chez l'homme, elle ne se montre plus après l'âge adulte, car à cette époque de l'existence la mobilité nerveuse est devenue aussi faible que possible.

MALADIES DES YEUX. — M. DESMARRES.

Inflammation des os et du périoste de l'orbite.

Les inflammations des os et du périoste de l'orbite ont des phénomènes si obscurs dans la première période de leur existence, que le plus souvent on ne les reconnaît que longtemps après leur apparition, lorsqu'ils ont produit des accidents consécutifs, tels que les abcès symptomatiques et leurs fistules.

La douleur de l'ostéite, peu intense là comme ailleurs, ne peut guider le praticien qu'incomplétement, à moins que le gonflement des parties malades ne devienne sensible au toucher ou produise un exophthalmos.

Lorsque l'ostéite se termine par résolution, peu à peu la douleur cesse, les parties molles qui entourent l'os se dégorgent, la tuméfaction profonde diminue d'abord, et disparaît complètement au bout d'un temps le plus souvent très long.

Mais lorsque le mal est demeuré inaperçu, comme dans l'observation que je vais rapporter, ou que par un traitement convenable on ne parvient pas à enrayer l'inflammation de l'os, on voit survenir tout à coup des abcès, et l'on constate plus tard la carie et la nécrose.

Les causes des phlegmasies des parois orbitaires sont locales ou générales :

Parmi les premières nous rangeons toutes les violences extérieures, telles que contusions, fractures, plaies, dénudations des os, la présence de corps étrangers, l'inflammation du tissu cellulaire de l'orbite, les abcès de cette cavité qui, par crainte ou par négligence, n'ont pas été ouverts. On range encore parmi ces causes une violente inflammation du globe oculaire qui s'étendrait non-seulement aux parties molles environnantes, mais aussi au périoste et aux os. Je suis loin de rejeter ces dernières causes, mais cependant je suis porté à croire que les phlegmons et les abcès aigus de l'orbite sont plus fréquemment la conséquence des inflammations des parois orbitaires qu'ils n'en sont la cause. Certaines phlegmasies du sac lacrymal peuvent aussi être la cause, et plus souvent l'effet d'une altération des os de cette partie de l'orbite. Enfin, il me reste à signaler les inflammations chroniques des parties voisines, telles que celles des sinus maxillaires, frontaux, sphénoïdaux et surtout les affections syphilitiques tertiaires de l'ethmoïde.

Parmi les causes générales ou internes nous placerons les diathèses, ou cachexies scrofuleuses, tuberculeuses (tubercules des os), syphilitiques (accidents tertiaires), et enfin le scorbut.

Suivant le siége qu'occupe l'inflammation des parties de l'orbite, il existe des phénomènes assez différents les uns des autres. Ceux qui caractérisent plus spécialement la phlogose des parois interne et inférieure, dont nous nous occupons ici, consistent dans la propagation des désordres au tissu cellulaire de l'orbite, quelquefois à l'œil lui-même, et surtout dans la migration du pus vers les cavités voisines.

L'observation suivante est un exemple des délabrements considérables que peut occasionner l'inflammation de la *paroi interne*, qui est en partie composée d'os extrêmement fragiles, l'unguis et l'ethmoïde. L'issue a cependant été favorable.

Inflammation de la paroi interne de l'orbite. Carie de l'ethmoïde et de l'unguis. — Guérison.

M. L..., âgé de vingt-neuf ans, sous-officier, se présente à ma consultation le 30 juin 1850. Ce malade me transmet les renseignements suivants sur son état antérieur :

« Le 8 mai dernier, dit-il, au moment où je me portais parfaitement, une vive douleur se fit sentir tout à coup à droite, dans les dents, la tempe et l'œil. Quelques instants après l'œil et les parties voisines rougirent et se tuméfièrent. Malgré un traitement antiphlogistique énergique employé au début, le médecin constata, quelques jours après, un abcès de l'orbite qui faisait saillie à la partie moyenne du bord adhérent de la paupière inférieure droite. Cet abcès, ouvert avec une lancette le 23 mai 1850, donna issue à une grande quantité de pus; celui-ci n'a pas cessé de couler depuis ce jour. »

Aujourd'hui, 30 juin, je constate les symptômes suivants : les paupières sont saines, quoique un peu rouges, et poussées en avant par le globe oculaire, qui fait une légère saillie; la supérieure a une tendance à rester abaissée. Une ouverture fistuleuse, bourgeonnante, existe dans le point où l'ouverture a été pratiquée; à cet endroit, les téguments sont fixés à l'os malaire, qui est sain. Un stylet pénètre sous le globe à une profondeur de plus d'un pouce d'avant en arrière et de dehors en dedans, c'est-à-dire vers la paroi formée par l'ethmoïde et l'unguis; en appuyant légèrement, on fait avancer l'instrument dans un tissu osseux fragile dont la pénétration donne la sensation ordinaire de la carie. Il arrive ainsi jusque dans la fosse nasale droite à la hauteur du cornet supérieur, où je constate sa présence avec un second stylet introduit par la narine correspondante. Une injection aqueuse, pratiquée par la fistule, déterge une grande quantité de pus et s'échappe par la narine et le pharynx. Une autre injection, poussée par les points lacrymaux, ne pénètre point. Il en est de même du stylet de Méjean; cependant il n'existe pas de larmoiement; la vision est confuse, mais cela tient sans doute à un peu d'anesthésie de la rétine causée par l'occlusion de l'œil.

Au moyen d'un stylet introduit par la fistule interne, j'ébranlai et brisai une partie de l'unguis et de l'ethmoïde en les repoussant dans les fosses nasales, et cela dans le but de détruire les parties d'os malades et de pratiquer un passage plus grand à la suppuration.

Le lendemain, le malade eut une légère hémorrhagie nasale et rendit un morceau d'os de la dimension d'une dent incisive. J'introduisis une mèche dans la fistule, et je conseillai l'exercice de l'œil malade en cachant le sain.

Le 2 juillet, la mèche ne put être introduite qu'à une petite profondeur.

Le 6, la fistule se ferma spontanément; mais il survint bientôt une violente céphalalgie hémicrânienne droite; en même temps, l'œil rougit et la paupière inférieure devint très volumineuse.

Cet état persista et empira pendant quinze jours, après lesquels la cicatrice de la fistule se rompit pour donner issue à du pus et à un peu de sang. Huit jours après, la fistule s'était cicatrisée de nouveau.

Depuis ce moment, M. L... a continué à moucher du pus; quatre morceaux d'os nécrosé appartenant à l'ethmoïde sont sortis à différentes reprises, et aujourd'hui, 4 août, l'œil a repris à peu de chose près sa forme et son aspect normaux, la vision est rétablie; le mucus nasal seul contient un peu de pus.

J'ai revu ce militaire dix-huit mois après; il était parfaitement guéri et ne se plaignait d'aucune incommodité; son œil ne larmoyait pas. Je regrette de n'avoir pas pensé à faire une injection dans les conduits lacrymaux.

— Si c'est la *paroi inférieure* qui est enflammée, la carie et la perforation pourront en être la conséquence : de là irruption du pus dans le sinus maxillaire et accidents consécutifs plus ou moins graves.

J'ai vu chez une femme un exemple de ce genre bien remarquable; le voici en abrégé :

Carie de la paroi inférieure de l'orbite, issue du pus dans le sinus maxillaire et de là dans la bouche au moyen de l'avulsion d'une dent.

Une femme d'environ vingt-cinq ans, chétive et scrofuleuse, se nourrissant mal, fut prise, au moment où elle se portait le mieux et sans symptômes précurseurs, d'une violente douleur au-dessous de l'œil gauche, s'irradiant de là à toute la face. Deux jours après, lorsqu'elle vint me trouver, je constatai en cet endroit la présence d'une certaine quantité de pus, et j'ouvris la peau assez largement.

Il sortit de cette ouverture du pus sanieux, mal lié et venant certainement des os. J'introduisis un stylet dans la plaie, et je constatai à la fois une carie de la paroi inférieure de l'orbite et la communication avec le sinus maxillaire, dans lequel il y avait beaucoup de pus. Je plaçai pendant quelques jours une mèche dans le

foyer, puis je me décidai à pratiquer l'avulsion de l'avant-dernière molaire pour faire communiquer le sinus avec la cavité buccale. Cette petite opération réussit bien : le pus de l'orbite trouva ainsi une issue favorable, et la guérison s'effectua après deux mois. Un bouchon de charpie appliqué dans l'alvéole pouvait à volonté empêcher l'écoulement continuel du pus dans la bouche.

On sait que la perforation du bord alvéolaire a été imaginée par Cowper et par Dracke, et que déjà Meïbomius le père avait réussi à ouvrir le sinus en arrachant simplement, comme je l'ai fait, une des dents molaires. Saint-Yves cite aussi un cas dans lequel il arracha une des dents molaires et fit par cette voie des injections dans le sinus. La guérison se fit attendre deux mois (voyez Saint-Yves, *Maladies des yeux*, p. 62, 1767; voyez aussi les faits cités par Bordenave).

Dans un prochain article, je m'occuperai de la carie du pourtour ou de la base de l'orbite et de celle du sommet.

EXAMEN DES FÈCES DANS LES MALADIES.

Par M. Jonathan Osborne, professeur de matière médicale, médecin de l'hôpital Mercer.

M. Osborne vient de publier dans *The Dublin quaterly journal* un intéressant mémoire sur ce sujet, dont nous extrayons ce qui suit :

L'analyse chimique la plus complète qui en ait été faite est celle de Berzélius, laquelle, quoique déjà ancienne dans ce temps à marche rapide, n'a cependant encore été remplacée par aucune autre; la voici :

Eau		73,3
Bile	0,9	
Albumine	0,9	5,7
Extrait	2,7	
Sels	1,2	
Résidu insoluble de nourriture		7,0
Mucus, bile, résine, graisse		14,0
		100

Un fait important à noter ici, c'est la proportion considérable de l'eau approchant de celle que l'on trouve dans l'urine, qui, selon la même autorité, s'élève à 93 p. 100 dans cette dernière sécrétion.

La quantité totale de l'excrétion est influencée par le régime, mais plus encore par la lenteur de sécrétion de la surface muqueuse, les exsudations intestinales contenant au moment de leur formation de l'eau, qui est ensuite absorbée pendant leur séjour. Ainsi, chez les vieillards aux habitudes sédentaires et chez plusieurs animaux, les fèces sont dures et sèches comme celles du chien, et consistent surtout en matières osseuses ou indigestes, ressemblant aux *coprolites* ou à des fèces fossiles, qui peuvent fournir beaucoup de lumière sur le mode de vie et la structure interne des animaux auxquels elles appartiennent.

Le temps employé par la digestion ordinaire, c'est-à-dire entre le moment où la nourriture est prise jusqu'à son arrivée dans le rectum, paraît être de quatorze heures environ. Ceci est prouvé par l'observation des pepins de raisin qui traversent le canal sans être altérés.

Le nombre des excrétions dans l'état de santé est influencé par l'habitude, variant de une à trois par jour ou plus souvent à une fois par semaine. En général, les femmes ont une grande tendance à les garder plus longtemps.

Dans l'examen des fèces, trois caractères peuvent nous guider et servir de point de départ pour nos observations. Ces caractères sont :

1° La *couleur*;
2° L'*odeur*;
3° La *consistance*.

La couleur s'acquiert dans le duodénum et est due à la bile, l'odeur aux glandes du cœcum, la forme et la consistance au côlon et au rectum. Nous avons ainsi trois sortes de marques imprimées par trois portions distinctes du tube digestif, et nous fournissant une espèce d'alphabet, comme dans le télégraphe électrique, pour nous informer du siége et de la nature de la maladie.

1° La *couleur* : Lorsque le canal cholédoque est obstrué, comme dans certains cas d'ictère, les fèces sont privées de couleur; elles ont une teinte grise. Ici il est essentiel d'établir une distinction entre la couleur de la masse des fèces, telles qu'elles sont primitivement formées dans le duodénum, et celle du mucus qui s'échappe de la surface des intestins. Dans beaucoup de cas d'ictère, les fèces ont de la consistance et de la blancheur, mais elles sont entourées de liquides jaunes ou verts. Dans ces cas, les sécrétions provenant de la surface des intestins sont, comme le sang et l'urine, plus ou moins chargées de bile, mais les masses fécales elles-mêmes demeurent distinctes et continuent à présenter l'aspect qu'elles ont d'abord dans le duodénum; libres de bile, quoique dans l'état de santé elles servent de véhicule spécial pour la sortie du corps de ce liquide; ceci explique un cas décrit par M. Andral (*Clinique médicale*), dans lequel il lui parut difficile de faire concorder l'ictère et les excrétions décolorées avec des vomissements bilieux abondants qu'avait le malade. Dans ces cas, les sécrétions de l'estomac, comme les autres liquides du corps, peuvent être jaunes, et les fèces peuvent être partiellement teintes par ces liquides, quoique dans l'intérieur elles restent décolorées et distinctes jusqu'à leur expulsion. Cette observation est d'autant plus essentielle que de telles décharges sont souvent désignées comme bilieuses, et ce jugement inexact, superficiel, tend à jeter du doute et de l'obscurité sur les autres parties de l'examen.

Dans les cas les plus légers de jaunisse, il peut ne pas s'écouler un temps suffisant pour que le sang soit affecté et le mucus intestinal atteint; car ce dernier ne se tache pas ordinairement avant la décoloration de cette partie de la conjonctive qui est exposée à la lumière, et l'excrétion entière continue alors à être décolorée. Il y a une autre forme d'ictère qui mérite une mention particulière. Dans celle-ci les fèces sont bien et entièrement colorées, quoique la peau, le sang et l'urine continuent à être fortement jaunis. Ici, puisque la bile passe librement dans le duodénum, le canal hépatique doit être libre, et, s'il en est ainsi, la cause de la jaunisse existe sans doute dans les conduits biliaires ou dans la substance du foie elle-même. J'ai presque toujours vu alors, quand j'ai pu suivre l'observation, la maladie tenir ou à une congestion, ou à une cirrhose du foie, ou à des tumeurs squirrheuses dans sa substance.

Dans l'état de santé, les nuances de couleur varient depuis le jaune brillant, qui est la couleur de la bile fraîchement sécrétée, jusqu'au noir gris-olive, couleur qu'elle acquiert par son séjour prolongé dans la vésicule. Le passage de cette bile noire, succédant à une sensation de tristesse et d'abattement, a sans doute donné naissance au mot *mélancolie*. Quelquefois ces décharges ont lieu au milieu de la santé ordinaire; mais le sujet éprouve toujours un changement en mieux dans son état, la gaîté et le contentement succédant à l'abattement et à la morosité; et ce qui est digne de remarque, c'est que cette amélioration survient, non pas toujours après l'excrétion, mais quelquefois quelques heures avant, ce qui prouve que ce n'est pas à l'expulsion hors des intestins, mais à la sortie des conduits hépatiques, que cet heureux effet doit être attribué.

Pendant leur séjour dans le côlon, la couleur des fèces passe du jaune au brun, devenant d'autant plus foncée qu'elles sont plus longtemps retenues. Les masses blanchâtres elles-mêmes, qui appartiennent à l'état d'ictère lorsqu'elles y sont retenues, subissent le même changement, mais à une degré bien moindre. D'après cela, on est à même d'apprécier le temps de leur séjour dans le côlon, et, à la manière des géologistes, de distinguer celles de l'ancienne formation des dernières venues.

Pour ce qui est du sang dans les fèces, il prend trois formes distinctes : d'abord, quand il est répandu dans l'estomac, et que les globules, sous l'action chimique de cet organe, acquièrent une couleur noire, constituant les excrétions mélaniques qui ont lieu par le vomissement et les intestins; en second lieu, quand il est répandu dans les intestins grêles, et en petite quantité, mêlé aux fèces de manière à leur communiquer la couleur rouge comme par une addition d'ocre ou de brique en poudre, ce qui, pour les personnes habituées à l'observer, est très apparent, quoique ordinairement inaperçu, et diffère évidemment de toute couleur déterminée par la bile. Cette couleur se voit fréquemment dans les cas d'entérite, où l'on trouve habituellement des ulcérations de l'intestin grêle. Dans la troisième forme, le sang est répandu si bas dans le tube intestinal, qu'il n'est mêlé avec les fèces ni solides, ni liquides. Dans ces cas, il est presque toujours noir, et varie en quantité depuis ces excrétions abondantes qui sont souvent suivies de fatales conséquences jusqu'à ces cas dans lesquels de petites quantités de matière sanieuse sont aperçues disséminées dans les fèces liquides, mais non mêlées avec elles, comme cela se voit dans les ulcérations du côlon; ou enfin jusqu'à ces faits où l'on trouve quelques jets sur la masse fécale, provenant de tumeurs hémorrhoïdales du rectum.

Les excrétions verdâtres qui suivent l'usage du calomel chez les enfants sont trop remarquables pour avoir passé inaperçues. Le docteur Graves et d'autres éminents observateurs les ont considérées comme les produits de l'irritation de la surface muqueuse, et n'étant pas constituées nécessairement par la bile, comme on l'avait cru jusqu'alors; et, en 1845, le docteur Golding-Bird, d'après ses expériences, regarda la présence des selles grisâtres comme indiquant non une sécrétion copieuse de la bile, mais un état de congestion du système de la veine porte, dans lequel le sang est exsudé très lentement et en petites quantités, de manière à permettre que la couleur soit altérée par les gaz et les produits de sécrétion existant dans les intestins; état de choses qu'il considère comme différant du mœléna en cela seulement que dans cette dernière affection l'effusion du sang est tellement abondante et soudaine que le changement n'a pas le temps d'avoir lieu.

On peut admettre que l'hydrogène sulfuré est capable de changer la matière colorante du sang en vert-olive, et que les exsudations sanguines peuvent en ce cas être la source des évacuations grises; mais on doit conclure qu'elles n'en sont pas exclusivement la cause, non-seulement à cause de la couleur gris-noir que prend la bile quand elle est retenue dans la vésicule, mais encore d'après les expériences du docteur Michéa, dans lesquelles, chez les sujets soumis à son observation, cette excrétion verte se trouve liée à un excès de bile. Ainsi donc, comme ces évacuations grises peuvent être dues à l'une et l'autre de ces causes, et quelquefois à la coexistence des deux, elles offrent un intéressant sujet de recherches pour ceux qui s'occupent du traitement des maladies des enfants, dans le but d'en obtenir des caractères propres à les rapprocher ou à les distinguer entre elles.

Dans le choléra asiatique on sait que les fèces perdent leur couleur, leur odeur et leur consistance, étant un amas de fluides contenant de l'albumine étendue dans l'eau, dont la proportion répond en général plus ou moins à la quantité de liquide bu, tandis que les *écailles épithéliaques* disparaissent presque entièrement, pour revenir ensuite à mesure que la guérison s'effectue.

Bien que beaucoup de substances ingérées dans l'estomac soient décolorées par les progrès de la digestion, il en est cependant qui doivent être considérées comme de notables exceptions. Telles sont les épinards, le bois de campêche, le café et le porter, qui, sous ce rapport, résistent à l'action de l'estomac et communiquent leur couleur aux fèces. La couleur noire produite par les sels de fer peut s'expliquer généralement par leur action sur les matières astringentes dans les intestins; mais cette explication manque quand le même effet est produit chez des individus dont le régime se compose seulement de patates, de lait et d'une nourriture animale.

2° L'odeur des fèces, la plus dégoûtante de toutes celles qu'on trouve dans la nature, semble avoir été spécialement établie pour détourner les animaux de manger leurs propres excréments, habitude que contracteraient facilement quelques-unes des espèces les plus voraces. Cette odeur n'est pas produite par la putréfaction, comme le pense le vulgaire, car les fèces n'ont pas de réaction alcaline, mais sont plutôt acides, et il est contraire à toute analogie de supposer que la matière putride peut être retenue plus ou moins tous les jours dans l'organisme, lorsqu'il est reconnu que cette rétention exercerait une influence toxique et souvent mortelle. Il est prouvé que cette odeur dérive de la sécrétion des glandes du cœcum, par ce fait que les fèces ne l'acquièrent que lorsqu'elles sont arrivées dans ce point; que c'est là qu'elle acquiert sa plus grande intensité, et qu'elle diminue à mesure que les fèces progressent vers leur passage dans le rectum.

Cette sécrétion du cœcum est altérée par diverses circonstances. Quelquefois elle acquiert un piquant presque intolérable, comme on l'observe dans les cas de diarrhée même légère, lorsque, après que les matières solides contenues dans le côlon et le rectum ont été expulsées, elles sont suivies d'excrétions fluides forcées provenant directement du cœcum, d'une telle puanteur que les médecins les plus expérimentés et les plus apathiques sont forcés de se retirer immédiatement, et se contentent de les décrire comme des matières « noires, bilieuses et *hautement offensives*. » La preuve la plus décisive de l'origine vitale de cette odeur et de son indépendance de la nourriture prise par le sujet se rencontre au début de la dentition chez les enfants. Les fèces, qui antérieurement à cette époque ont une odeur aigre et *maladive*, acquièrent subitement cette odeur insupportable particulière à l'ulcération d'un tissu osseux, ou pareille à celle qui provient de l'oreille dans la suppuration profonde du labyrinthe, odeur qui suffit aux praticiens pour annoncer un mouvement de dentition. D'un autre côté, dans quelques cas d'entérite grave et prolongée, alors que les intestins ont été nettoyés de tout leur contenu ancien, l'odeur des excrétions ne subsiste pas davantage, et cet état persiste, pendant tout le temps que dure la fièvre, jusqu'à ce qu'il survienne un changement favorable, époque à laquelle l'odeur naturelle reparaît, à mesure que les fonctions normales des parties se rétablissent.

3° La *forme* et le *volume* des fèces sont dus aux gros intestins. Chez le cheval, le lapin, la chèvre, la brebis et le cochon, animaux qui s'offrent le plus souvent à notre observation, elles sont moulées de manière à nous représenter la disposition des cellules du côlon. Chez l'homme leur première forme est également due aux cellules du côlon, et elles sont quelquefois endurcies de manière à résister à toute compression ultérieure, formant dans ce cas des fragments de différents volumes, connus sous le nom de *scybales*; mais quand elles conservent leur mollesse, en général elles sont altérées dans le passage à travers le rectum, l'action des sphincters y déterminant de l'allongement et de l'incurvation. La tuméfaction de la prostate y forme une rainure en avant, et souvent les comprime au point qu'elles semblent avoir passé dans une filière aplatie; tandis que dans le cas de tumeurs hémorrhoïdales internes, elles indiquent par leurs rainures ou leurs coches, et les filets de sang ou de sanie qui y correspondent, le volume et la position, et souvent peuvent apporter d'importantes indications sur la nature de ces tumeurs.

(*La fin au prochain numéro.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 16 février 1853. — Présidence de M. Guersant.

Présentation de malade.

M. Debout met sous les yeux de la Société le jeune blessé qu'il lui a présenté il y a quelques mois; il est actuellement complétement guéri des accidents névralgiques déterminés par la lésion du nerf sciatique. A cette époque, sous l'influence du retour de l'innervation des muscles placés sous la dépendance du poplité interne, le pied subissait un mouvement de déviation en dedans et d'enroulement qui tendait chaque jour à se prononcer davantage.

Quelle était, dit M. Debout, la conduite à tenir en cette circonstance ? Abandonner le blessé, c'était s'exposer à voir se développer chez lui un pied-bot semblable à celui survenu chez un militaire atteint d'un biscaïen qui traversa la cuisse, et dont Delpech donne l'observation dans son *Orthomorphie* (t. I, p. 71). Tenter de rendre le mouvement aux muscles paralysés à l'aide de l'électrisation n'était pas possible, puisque c'est seulement après le sixième mois que l'innervation se rétablit au plus tôt dans les cas de lésion traumatique des nerfs. En attendant l'époque à laquelle l'électrisation pourrait intervenir avec chance de succès, M. Debout a fait porter à son malade des appareils semblables à ceux que l'on applique aux individus affectés de pied-bot. Un premier appareil a eu pour but de redresser le pied; puis, les surfaces articulaires rendues à leur forme normale, on a pu commencer l'emploi de l'électricité, et le jeune homme marche aujourd'hui toute la journée avec une bottine à laquelle est adapté un ressort remplissant l'office des muscles extenseurs paralysés.

Sous l'influence de l'action de l'électricité, employée depuis le 4 novembre, les muscles péroniers, jambier antérieur, extenseur commun des doigts, extenseur propre du gros orteil, qui étaient fortement atrophiés, ont repris rapidement leur volume normal; ainsi la jambe, qui le 4 novembre mesurait à la hauteur du mollet 25 centimètres, donnait 28 centimètres le 4 janvier. Depuis le volume de la masse musculaire n'a plus augmenté, mais la contractilité tonique paraît revenir; les doigts ont une meilleure attitude, la pointe du pied tombe moins, et le malade marche dans sa chambre le soir et le matin sans appareil.

Le but de M. Debout en présentant ce malade est d'appeler l'attention de ses collègues sur cette évolution progressive des phénomènes sur laquelle il a insisté dans son mémoire : retour successif de la nutrition, de la tonicité, des mouvements volontaires, enfin de l'irritabilité musculaire. Ce malade n'a encore bénéficié que des deux premiers résultats, mais leur manifestation est un signe certain du retour des autres et de la guérison complète du malade. M. Debout soumet successivement tous les muscles malades à l'action d'un courant très énergique, afin de faire constater la perte de la contractilité électrique, qui a été donnée dans ces derniers temps comme un signe caractéristique des paralysies dues à la lésion traumatique des troncs nerveux.

M. Huguier, qui a donné les premiers soins au malade, reconnaît les bénéfices obtenus par le traitement appliqué par M. Debout, quant à la névralgie, qui est en effet disparue.

Mais, quant à la déviation, elle ne méritait pas le nom de pied-bot; c'était une simple déviation en dedans. A ce point de vue, le traitement n'a pas été suivi d'un grand succès, car sur le malade on retrouve encore la déviation presque aussi marquée.

M. Robert ne pense pas, quant à présent du moins, que le fait signalé par M. Debout puisse être considéré comme de grande valeur. Il faudra le suivre ultérieurement pour apprécier ce qu'il peut offrir de véritablement intéressant au point de vue de la disparition de la paralysie.

Correspondance imprimée.

La Société reçoit deux opuscules imprimés intitulés :

Das chirurgische und augenkranken-clinicum der Universität, Erlangen; vom. I, october 1851, bis zum 15 september.

; Von Dr F. Heyfelder, professor der medicin und director des universitäts-krankenhauses, sowie der chirurgischen klinik.

Le second opuscule porte les dates : October 1850, bis zum 30 september 1851.

M. Broca entre dans les détails suivants sur les principaux faits contenus dans ces opuscules :

Parmi les cas les plus curieux, on remarque les suivants :

1° Extirpation de la rotule pour une carie de cet os sur un garçon de dix-sept ans. Aucun accident, mais la plaie ne se referme pas, et trois mois après l'opération on reconnaît que le fémur et le tibia sont atteints de carie. Amputation de la cuisse ; guérison complète en un mois.

2° Carie de l'omoplate sur un homme de trente et un ans; résection de l'angle inférieur de cet os. Vaste suppuration gagnant l'articulation scapulo-humérale et fusant le long du bras. Carie de la 5e et de la 6e côte du même côté; mort un mois après l'opération.

3° Résection du col du fémur et du grand trochanter pour une coxalgie très ancienne sur un garçon âgé de vingt-trois ans. Aucun accident. La plaie se referme, mais les fistules qui existaient avant l'opération ne se cicatrisent pas. Amélioration de l'état général; deux ans après, nouveaux abcès, épuisement par la suppuration. M. F. Heyfelder se décide à pratiquer l'ablation du membre inférieur. Cette opération fut rendue très difficile par l'état des parties; on reconnut que l'os iliaque était carié dans une grande étendue. Résection de la cavité cotyloïde; *ablation de toute l'épaisseur de la branche horizontale du pubis* dans une longueur de deux pouces. Mort deux heures après l'opération.

4° Désarticulation de la hanche sur un garçon de treize ans pour une carie de l'extrémité supérieure du fémur (méthode ovalaire). Il ne survient aucun accident immédiat. L'enfant reprend rapidement des forces et de l'embonpoint. Dévoiement intense le quarantième jour. On en triomphe par l'opium. Deux mois et demi après l'opération, l'enfant quitte l'hôpital dans un état qui permet d'espérer une guérison complète, quoique la suppuration ne soit pas encore tarie.

5° Désarticulation de l'épaule pour une carie de l'humérus sur un homme de trente-sept ans (procédé de Lisfranc). Excision de la cavité glénoïde. Aucun accident. Réunion par première intention dans presque toute l'étendue de la plaie. Au moment où l'observation a été publiée, trois mois s'étaient écoulés depuis l'opération; le malade était dans le meilleur état, mais la plaie n'était pas encore complétement cicatrisée.

6° Anévrisme poplité d'un volume énorme, sur un garçon de vingt ans, avec érosion du fémur. Ni pulsations ni souffle anévrismal. Ponction exploratrice montrant que l'os est malade. On ne reconnaît pas l'anévrisme. Amputation de la cuisse au tiers supérieur. Artérite, phlébite, infection purulente. Mort le vingtième jour.

7° Amputation partielle de la main; ablation des deuxième, troisième et quatrième doigts et de leurs métacarpiens. Conservation du pouce et de l'auriculaire, sur un vieillard de soixante-dix ans atteint de carie. Guérison en un mois.

8° Ablation des deux maxillaires supérieurs pratiquée le même jour sur un garçon de vingt ans; guérison rapide.

9° Résection de presque toute la poignée du sternum. Aucun accident; mais il reste une petite fistule.

10° Résection d'une côte cariée; guérison en deux mois; sans accident.

11° Observation d'un *énorme anévrisme de l'artère intercostale* non diagnostiqué. Ablation de la tumeur commencée et interrompue. Mort au bout de quelques jours; autopsie détaillée.

On remarque encore deux désarticulations tibio-tarsiennes, une désarticulation tarso-métatarsienne, *dix* résections de l'une ou l'autre mâchoire, une hernie obturatrice étranglée et réduite, un très grand nombre de tumeurs de diverse nature, etc. On voit que le recueil de M. Heyfelder renferme des documents précieux. Il est à désirer, toutefois, que le fascicule de l'année prochaine vienne compléter certaines observations, dans lesquelles le résultat définitif n'a pu être indiqué cette année.

— M. le docteur Isidore Henriette, médecin de l'hospice des Enfants trouvés et abandonnés de la ville de Bruxelles, adresse un mémoire imprimé, portant pour titre : *Des injections nasales considérées comme moyen d'alimenter les nouveau-nés et de leur administrer les médicaments.*

Ce mémoire est renvoyé à une commission composée de MM. Chassaignac, Guersant et Morel-Lavallée.

Correspondance manuscrite.

M. Demarquay commence la lecture d'un mémoire de M. Michel, de Strasbourg, intitulé : *Mémoire sur la distinction des tumeurs en homologues et hétérologues.*

Dans la prochaine séance, la lecture sera continuée et terminée.

— M. Denonvilliers dépose sur le bureau, au nom de M. Vallet, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Orléans, une observation d'un cas de mort causée par le chloroforme. (Commission : MM. Robert, Larrey et Denonvilliers.)

— M. Giraldès communique à la Société une lettre qu'il a reçue du docteur Andrew Smith, inspecteur général du service de santé de l'armée britannique, qui accuse réception des Mémoires et des Bulletins de la Société de chirurgie adressés à la Bibliothèque de l'armée.

— M. Jarjavay dépose sur le bureau une observation d'abcès du foie présentée par M. le docteur Mascarel (Jules), chirurgien de l'hôpital de Chatellerault (Vienne), membre correspondant de la Société de chirurgie.

M. Laborie donne l'analyse de cette observation :

« Le malade dont il s'agit était âgé de soixante-neuf ans, d'un tempérament lymphatique, et jouissait d'une bonne santé habituelle, lorsque, il y a dix-huit mois, à la suite de chagrins, il éprouva pour la première fois des troubles dans les fonctions digestives.

» Le 24 juin 1852, apparurent de violentes douleurs à l'épigastre avec vomissements bilieux abondants ; puis selles également bilieuses, diarrhée opiniâtre, etc.

» M. Faulcon, médecin ordinaire du malade, employa successivement des sangsues, des préparations mercurielles, des bains; il y eut sous l'influence de cette médication une assez grande amélioration, mais momentanée seulement. D'autres accidents se montrèrent du côté de la poitrine et de l'hypocondre droit.

» Alors apparut au niveau et en avant des trois dernières fausses côtes une petite intumescence, qui, sous le doigt, était plutôt celle d'un empâtement que le résultat d'une fluctuation ; mais en portant son examen dans le même sens et immédiatement au-dessous du rebord de la poitrine, on découvrit une tumeur peu volumineuse, bien arrondie, fluctuante, paraissant située au-dessus et en dehors de la vésicule du fiel.

» Ce fut alors que M. Mascarel se décida à tenter l'ouverture de cet abcès. L'état du malade était déplorable.

» Au quarante-cinquième jour de la maladie, l'opération suivante fut pratiquée.

» Dans le troisième espace intercostal, en comptant de bas en haut, fut pratiquée une incision de cinq centimètres, parallèle aux côtes. Une sonde cannelée fut introduite dans l'incision, et on arriva à déterminer l'issue de sang mêlé de pus phlegmoneux.

» Alors, explorant les profondeurs de la plaie avec la pulpe de l'indicateur de la main gauche, l'opérateur reconnut qu'il existait une fluctuation plus profonde ; il plongea le bistouri en ce point, et il fit immédiatement jaillir un flot de pus phlegmoneux jaune, bien lié et d'une odeur stercorale tellement prononcée que les assistants pensèrent que le malade venait d'évacuer dans son lit.

» Il sortit environ 250 grammes de pus. Une sonde put pénétrer dans le foyer à une profondeur de 16 à 18 centimètres et s'y mouvoir librement. Un longue mèche enduite de cérat, des plumasseaux de charpie, un large cataplasme et un bandage de corps composèrent le pansement. Il y eut immédiatement un grand soulagement.

» Jusqu'au septième jour tout alla bien, la suppuration diminua sensiblement ; mais, à cette époque, le malade eut une indigestion qui fut le signal d'accidents graves : frissons, fièvre, suppuration fétide, etc.

» Le dix-septième jour après l'opération, la mort survenait.

» L'autopsie n'a malheureusement pu être faite. »

— M. Vidal (de Cassis) présente au nom de M. Coste, de Marseille, une observation intitulée : *Cancer encéphaloïde de l'aisselle. Les vaisseaux et les nerfs axillaires sont placés au devant de la tumeur morbide, qui n'en est pas moins complétement enlevée. Nul accident après la lésion et la ligature de la veine axillaire. Guérison rapide.*

M. Vidal (de Cassis) signale l'importance de cette observation, qui présente un exemple intéressant d'une très remarquable opération. Il propose que la lecture de ce travail soit faite en entier dans une prochaine séance. (Adopté.)

(Commission : MM. Gosselin, Maissonneuve et Follin.)

Communication.

M. Broca donne lecture d'un nouveau mémoire sur les luxations du pied. Ce mémoire est intitulé : *Des luxations médio-tarsiennes.*

La lecture sera continuée dans la première séance.

PRÉSENTATION DE PIÈCE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Tumeurs cancéreuses enkystées de l'aisselle.

M. Marjolin fait la communication suivante :

La pièce que j'ai l'honneur de mettre sous vos yeux m'a paru digne d'un certain intérêt au point de vue de l'anatomie pathologique; ce serait une tumeur cancéreuse d'une espèce assez rare. Elle provient du creux de l'aisselle, et semblait par son siége, sa forme et son développement, appartenir à un engorgement tuberculeux des ganglions lymphatiques.

La malade qui fait le sujet de cette observation est âgée de cinquante-sept ans. Jusqu'à ces derniers temps elle a joui d'une très bonne santé. Il y a deux mois elle s'aperçut pour la première fois de la présence d'une petite tumeur de l'aisselle gauche; son volume était celui d'une petite noix. Comme elle n'éprouvait aucune douleur elle négligea de s'en occuper. Dans le milieu du mois de janvier ayant commencé à éprouver quelques élancements, et trouvant que le volume augmentait, elle entra dans mon service.

A cette époque je trouvai que le bord antérieur de l'aisselle était rempli par une tumeur mobile inégale et composée de plusieurs noyaux bien distincts qui remontaient jusque vers le sommet de l'aisselle et sous le muscle grand pectoral. Pensant qu'il s'agissait tout simplement d'un de ces engorgements ganglionaires si fréquents dans cette région, je soumis la malade à l'usage de l'iodure de potassium à l'intérieur et à l'extérieur. Dans les premiers jours il me sembla qu'il y avait un peu d'amélioration : la tumeur était plus petite. Mais ce changement était tout simplement le résultat de la diminution d'engorgement du tissu cellulaire environnant. En effet, au bout de peu de jours je m'aperçus que la tumeur augmentait sensiblement; son volume avait presque doublé, la dureté était la même, et les élancements devenaient plus fréquents.

Il n'y avait plus à hésiter, tout retard devenant préjudiciable à la malade et pouvant rendre l'opération plus difficile. Je pratiquai l'extirpation de la tumeur le 14 février. Une incision verticale de 7 centimètres mit à découvert la tumeur la plus inférieure, et après avoir disséqué un peu le tissu cellulaire je pus très facilement l'énucléer avec l'index. Restaient les autres tumeurs situées plus profondément, et qui par leurs rapports avec les parties voisines pouvaient rendre l'opération pénible. En plongeant l'index dans l'aisselle pour m'assurer de leur position, je vis qu'elles n'étaient unies que par un tissu cellulaire très lâche, et en quelques instants je parvins à les énucléer sans la moindre difficulté. Une fois assuré qu'il ne restait plus aucun tissu d'une consistance suspecte, je rapprochai doucement les lèvres de la plaie, désirant n'obtenir de réunion que par seconde intention, afin que la plaie pût se déterger convenablement.

Des trois tumeurs qui occupaient l'aisselle, la plus considérable était du volume d'un marron, un peu aplatie. Son enveloppe, mince et assez transparente, permettait de voir que le tissu renfermé était d'un rose pâle, et même un peu jaune. Tout semblait faire présumer que c'était un engorgement de nature tuberculeuse. En fendant ces tumeurs on trouvait un tissu rosé, ponctué d'une infinité de petits points jaunes et laissant suinter un suc assez épais.

J'ai renvoyé ces tumeurs à M. Robin, qui a eu l'obligeance de les examiner et de me transmettre les résultats de son examen.

Ces tumeurs sont composées :

1° De cellules cancéreuses généralement grandes, à noyaux souvent doubles ou triples très développés, à nucléole également volumineux, brillant. Beaucoup de cellules sont réunies en nombre variable et forment des amas jaunâtres quelquefois visibles à l'œil nu, arrondis, ovoïdes ou irréguliers; rarement elles prennent dans ces amas la forme polyédrique, constante en pareil cas dans les tumeurs épidermiques.

Les plus petits ganglions renferment des éléments cancéreux identiques en tous points à ceux des plus gros.

2° On trouve de plus quelques rares épithélium nucléaires sphériques, éléments propres aux ganglions, un peu plus nombreux dans les petits ganglions que dans les gros.

3° des éléments fibro-plastiques très peu nombreux.

4° De la matière amorphe et des granulations moléculaires.

Voici ces tumeurs; et comme tout, depuis la manière dont elles se sont manifestées, leur état enkysté et leur aspect physique, semble dénoter une affection d'un genre peu commun, il serait, je crois, convenable que ceux de nos collègues qui s'occupent de recherches micrographiques voulussent bien les examiner.

Anatomie pathologique de l'amaurose. — Troubles fonctionnels particuliers et mort subite dus à la compression du bulbe rachidien par une tumeur cancéreuse.

M. Chassaignac fait la communication suivante :

Un garçon boulanger âgé de trente-deux ans entre à l'hôpital Saint-Antoine pour une amblyopie qui ne tarde pas à se convertir en amaurose confirmée. Il y a strabisme externe à droite.

L'état général du malade offre ceci de très remarquable, qu'il diffère considérablement suivant qu'il est couché ou debout. Est-il couché ? à part son amaurose et un état presque continu de torpeur, d'hébétude et de somnolence, il ne présente aucune perturbation musculaire. L'intelligence est intacte, quoiqu'il y ait un peu d'affaiblissement de la mémoire.

Se lève-t-il? aussitôt perte de l'équilibre, chute imminente, titubation d'un homme ivre, nécessité de le soutenir pour qu'il ne tombe pas; et de plus, s'il a des aliments dans l'estomac, vomissements subits et abondants.

Tel est l'état dans lequel nous avons observé le malade pendant plusieurs mois, lorsqu'un soir, sans autres accidents précurseurs, sans un seul cri, sans agonie, il expire tout à coup.

A l'autopsie, on trouve à la base de l'encéphale, en arrière du bulbe rachidien une tumeur que M. Robin a déclarée être de nature encéphaloïde. Cette tumeur, qui a pris naissance dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien, et qui n'a aucune continuité avec la substance du centre nerveux, occupe cet espace intermembraneux qui se remarque sur un encéphale extrait de la boîte crânienne, et qui est limité par l'espèce de pont que le feuillet viscéral de l'arachnoïde forme en se réfléchissant du bulbe rachidien vers la face inférieure du cervelet. C'est cet espace que la tumeur remplit presque complétement. Elle a la forme d'une pyramide dont la base, tournée en haut, comprime et atrophie le vermis inferior, dont le sommet vient plonger à travers le trou occipital pour se terminer presque aussitôt un peu au-dessous des pyramides antérieures du bulbe. En avant, cette tumeur embrasse le bulbe, pénètre un peu au travers de la valvule de Vieussens, qu'elle a en partie détruite, et comprimait le bulbe contre la surface basilaire, ainsi que l'atteste l'atrophie et l'aplatissement de l'olive et de la pyramide antérieure du côté droit. Les prolongements latéraux de cette tumeur venaient contourner les parties latérales du bulbe, embrassant, de manière à les comprimer, les origines du spinal et du pneumogastrique.

La position de cette tumeur, son défaut de continuité avec aucune partie du centre nerveux explique comment elle pouvait jour d'un très léger degré de mobilité, et par cela même la différence que présentait les phénomènes de compression suivant les changements d'attitude verticale ou horizontale.

Quant à l'instantanéité de la mort, on a souvent observé la liaison de cette circonstance avec les lésions qui siégent exactement au niveau du trou occipital.

Dans tous les cas, l'amaurose produite par une tumeur placée dans un point aussi déclive est quelque chose de très peu ordinaire.

— A cinq heures la Société se forme en comité secret.

Le vice-secrétaire, E. Laborie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Présentation de candidats aux places d'associés étrangers à l'Académie de médecine. — Dans son comité secret de mardi 22 février, l'Académie a entendu le rapport de la commission pour la présentation d'une liste de candidats aux places d'associés étrangers. Elle a adopté la liste suivante :

MM. Buffalini, à Florence;
Riberi, à Turin;
Warren, à Boston;
Valentine Mott, à New-York;
Vleminckx, à Bruxelles;
Grandet, à Lisbonne.

Sur une liste supplémentaire, elle a placé MM. Owen, à Londres; Faraday, à Londres; Arnold, à Fribourg; Bright, à Londres; Casper, à Berlin; Chélius, à Heidelberg; Betti, à Florence; de Renzi, à Naples; Bischoff, à Giessen; Auvert, à Saint-Pétersbourg; Brewster, à Edimbourg; Ehrenberg, à Berlin; Marjh, à Dublin; Baroni, à Rome.

— M. Boulard vient d'être nommé prosecteur de la Faculté de médecine de Paris, à la suite d'un concours dans lequel se sont distingués MM. Béraud, Denussé et Foucher.

— On annonce encore un cas de mort à la suite de l'emploi du chloroforme. Il s'agit d'une dame, habitant le faubourg Montmartre, chez laquelle le chloroforme a été employé pour l'extraction d'une dent. Une enquête est commencée à ce sujet.

— M. Lebert, ayant annoncé à la Société de chirurgie qu'il est nommé professeur de clinique à l'Université de Zurich et médecin de l'hôpital de cette ville, a sollicité de la Société le titre de membre associé, en échange de celui de membre titulaire.

Cette demande a été accueillie, et, sur la proposition du bureau, M. Lebert a été nommé immédiatement, et par acclamation, membre associé étranger de cette Société.

— M. le ministre de l'intérieur a souscrit, pour les établissements médicaux ressortissant de son département, au *Code médical* de M. Amette, secrétaire de la Faculté de médecine de Paris.

— Par arrêté ministériel, M. le docteur Nelson Balut a été nomm deuxième médecin adjoint à l'École vétérinaire de Toulouse.

— Les conseils d'hygiène publique, qui n'avaient existé que de nom dans le département de l'Orne jusqu'en décembre 1852, viennent d'être organisés par l'administration départementale.

— La fièvre typhoïde sévit dans l'arrondissement de Saint-Lô (Manche), dans plusieurs communes du canton de Fauquemberg (Pas-de-Calais), dans le canton de Lamarche, dans plusieurs communes des environs de Lille.

— Le choléra et la petite vérole règnant à Breslau. Cinq mille enfants sont atteints de la dernière de ces deux maladies. Quant au choléra, il fait 5 ou 6 victimes par jour, sur 9 ou 10 cas.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité élémentaire de pathologie interne, par M. A. Hardy, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Louis, ancien chef de clinique de la Faculté de Paris; et M. J. Behier, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital de Bon-Secours, chevalier de la Légion-d'Honneur, etc. — Ouvrage adopté par le Conseil de l'instruction publique. — La première partie du tome III, formant près de 500 pages, et contenant la fin des Phlegmasies, les Gangrènes et les Hémorrhagies, vient de paraître. Prix : 6 fr. — Prix des deux premiers volumes: 15 fr. Le premier, contenant la Pathologie générale et la Séméiologie, se vend séparément 7 fr. 50 c. Che Lzabé, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, 23.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, en face de l'Académie de médecine.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Pays	Trois mois	Six mois	Un an
Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	8 fr. 50 c.	16 »	30 »
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	9 fr.	17	33
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	10 fr.	20	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

PARIS, LE 2 MARS 1853.

Séances des Académies.

L'Académie de médecine, à une très grande majorité, a donné gain de cause à la commission et à M. Aubergier. M. Orfila, qui s'était réservé pour le bon moment, a eu certainement une très grande part à ce résutat. Il a fait, sans avoir l'air d'y toucher, une leçon fort instructive sur la composition de l'opium, et il a démontré, quant à présent, l'impossibilité du titrage. Il a fallu que ses raisons sur ce point fussent bien fortes, puisque personne n'y a répondu. Sur la question des formules, M. Orfila a été péremptoire. Il n'y avait qu'un sentiment dans l'Académie, pendant et après la séance, sur la netteté et la vigueur de cette argumentation, très bienséante d'autre part. M. Bouchardat a été plein de déférence vis-à-vis ceux de ses anciens maîtres avec lesquels il était en dissentiment, et très énergique pourtant dans son opposition : l'honorable et savant professeur d'hygiène a des mouvements qui partent d'un esprit convaincu, d'une âme généreuse, et dont on se sent touché.

Nous ne dirons rien de M. Soubeiran, qui doit regretter de s'être oublié. Il a été admonesté par l'honorable président avec d'autant plus de force, suivant nous, que les paroles de M. Bérard n'avaient aucunement le ton de la réprimande, et que le reproche était en quelque sorte enveloppé de bienveillance et de distinction. En protestant de l'entière honorabilité de M. Aubergier, de son dévouement à la science, M. Bérard a vengé le travail intelligent, honnête et persévérant.

La séance de l'Académie des sciences nous fournit un intéressant travail de M. Duchenne (de Boulogne) sur l'électrisation et la pathologie du diaphragme. Il conclut de ses recherches que le meilleur moyen à employer dans la paralysie de ce muscle est son électrisation localisée par l'intermédiaire des nerfs phréniques. Il en est de même dans l'asphyxie. Quant à la contracture du diaphragme, déterminée elle-même par l'électrisation, elle occasionne la mort en une ou deux minutes, si elle est continue et locale.

L'auteur donne les symptômes propres à cette affection. C'est à la pathologie humaine qu'il appartient de confirmer ces données physiologiques.

HOPITAL BEAUJON. — M. ROBERT.

Hydrocèle spontanément enflammée. — Cure radicale.

(Observation recueillie par M. DESNOS, interne du service.)

Le 31 décembre 1852, entra à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Robert, le nommé Alexandre D..., peintre en bâtiments, âgé de cinquante-neuf ans.

Ce malade, d'un tempérament sanguin, d'une bonne constitution, n'a jamais eu de maladies; jamais il n'a eu de glandes sous le cou ni de maux d'yeux; jamais de blennorrhagie ni de vérole.

Il y a dix ans, il s'aperçut que la bourse du côté droit avait légèrement augmenté de volume. Il ne souffrait pas; il n'était nullement gêné par cette petite tumeur et ne s'en préoccupait pas. Il y a cinq ans, lors d'un accident arrivé dans une usine, il reçut un coup dans les testicules, et à la suite de ce coup le scrotum du côté droit se tuméfia davantage et acquit le volume d'un œuf de dinde, à peu près; mais comme ses souffrances n'en furent pas augmentées, comme le médecin qu'il consulta à cette époque lui dit qu'il n'avait pas à s'en inquiéter, il n'y fit plus attention.

Toutefois, il y a un an, d'après le conseil de ses amis, il se décida à consulter un chirurgien et alla trouver M. Robert, qui constata une hydrocèle et lui donna le conseil d'entrer à l'hôpital pour se faire opérer. Le malade le promit; mais dans son insouciance il ajournait indéfiniment son entrée, lorsqu'il y a un mois, sans cause connue, sans refroidissement, sans coup ni chute, sans augmentation de travail même (il était depuis plusieurs jours sans ouvrage), il fut tout à coup saisi d'une douleur atroce dans les bourses, douleur qui amena un commencement de syncope et le força à se jeter sur son lit. Il ne put se relever.

La tuméfaction augmenta dans des proportions énormes; la peau du scrotum rougit, devint chaude. Un médecin appelé reconnut une maladie de nature inflammatoire et le traita pendant trois semaines par une médication antiphlogistique énergique : bains, cataplasmes, 50 sangsues en deux applications sur la région enflammée.

Mais au bout de trois semaines, le mal ne s'amendant pas, D... se fit transporter à l'hôpital le 31 décembre.

Le 1er janvier, on constata que le scrotum du côté droit présentait une tumeur rouge, douloureuse au moindre contact, d'un poids peu considérable eu égard à son volume, tendue, mais laissant percevoir cependant la fluctuation, pyriforme, à grosse extrémité tournée en bas, de la grosseur des deux poings. Il y avait de la fièvre, de la soif, de l'inappétence, une prostration considérable des forces; en somme, le malade était dans un état très alarmant.

A cet aspect, et d'après les commémoratifs, on devait reconnaître une hydrocèle spontanément enflammée. Le testicule était en haut et en dedans. Un trocart fut immédiatement plongé en bas et en avant dans la tunique vaginale, tant pour diminuer la distension de la tumeur, et partant la douleur excessive, que pour s'assurer de la nature du liquide qu'il contenait. Il sortit par la canule du pus bien lié; on en laissa couler à peu près un demi-verre. Sa sortie soulagea beaucoup le malade; cependant le lendemain, 2 janvier, le liquide s'était reformé, la tension avait reparu; M. Robert se décida alors à ouvrir largement la tumeur; il fit sur la partie antérieure et droite du scrotum une incision longue de 6 centimètres, en coupant couche par couche les différents fascias œdématiés et gorgés de liquide, et il pénétra bientôt dans la tunique vaginale.

Au moment où celle-ci fut ouverte il jaillit un flot de pus sur les assistants; il était bien lié, sans grumeaux, de bonne nature en un mot. Les bourses furent soutenues par une compresse-longuette passée au-dessous et attachée sur un bandage de corps; on les couvrit de cataplasmes. Des injections d'eau tiède furent pratiquées tous les matins dans le foyer. Depuis ce moment les enveloppes testiculaires se sont dégorgées progressivement; la tunique s'est vidée peu à peu du pus qu'elle contenait; le volume des enveloppes a beaucoup diminué. Le 12 janvier il ne sort plus qu'une très petite quantité de pus, les tuniques extérieures sont en grande partie dégorgées, le volume des bourses est presque revenu à l'état normal. On sent en bas et en arrière le testicule adhérent. Du reste la santé générale, depuis l'incision, s'est maintenue dans un état très satisfaisant. La fièvre est tombée au bout de deux jours; la prostration extrême, les symptômes graves ont disparu depuis ce moment, et aujourd'hui il ne reste qu'un peu de soif et de perte d'appétit, mais la langue est humide et non saburrale. Il n'y a pas d'accélération de pouls ni de chaleur à la peau.

Le malade sort à peu près guéri le 15 janvier. La cavité de la tunique vaginale est oblitérée.

En consultant les auteurs qui ont traité de l'hydrocèle, soit dans des monographies, soit dans les articles des livres classiques, on est frappé du peu de place qu'ils accordent dans leurs descriptions à l'inflammation spontanée de cette tumeur. En effet, Boyer, au chapitre *Hydrocèle*, ne la mentionne même pas. Hunter semble l'avoir entrevue; il parle même d'erreurs de diagnostic qui pourraient être commises à son occasion, mais tout cela est dit en termes vagues, peu explicites, et il ne cite pas de faits. M. Velpeau, dans l'article d'ailleurs si complet qu'il a publié sur l'hydropisie de la séreuse du testicule, dans le *Dictionnaire en XXX volumes*, dit seulement en une ou deux lignes que l'inflammation spontanée de la tunique vaginale peut quelquefois survenir. A. Cooper s'est occupé un peu plus longuement de cette question. Il rapporte même l'observation d'un homme assez âgé dont l'hydrocèle s'enflamma spontanément. Une eschare se forma sur les bourses, et après sa chute la membrane séreuse laissa sortir du pus en abondance. Peu à peu elle revint sur elle-même; des bourgeons charnus se développèrent, firent adhérer les deux feuillets entre eux, et la cure fut radicale. On pourrait rapprocher de ce fait celui que M. Robert observa en 1824 dans le service de Dupuytren, et consigné dans la thèse de M. Rodrigues. Chez un homme affecté depuis longtemps d'une hydrocèle, une orchite blennorrhagique survint, qui causa l'inflammation de la tumeur primitive. Le malade dut à cette phlegmasie la cure radicale de son hydrocèle sans suppuration.

A quoi donc attribuer ce silence presque général des écrivains? Est-ce à la rareté du fait ou à son peu d'importance? La première raison me paraît la véritable. C'est qu'en effet ce n'est pas chose commune que cette inflammation spontanée des hydrocèles.

Après des recherches assez nombreuses nous n'avons rencontré que les deux exemples que nous venons de citer. A. Cooper, dans son immense pratique, n'en a vu qu'un cas. L'observation que nous présentons nous paraît donc assez intéressante, tant par le peu de fréquence de la complication dont elle est l'objet que par les quelques conclusions pratiques qu'elle peut suggérer au point de vue du pronostic de cet accident et des résultats qu'il peut amener.

Le pronostic, en pareille circonstance, doit toujours être au moins très réservé. Rappelons-nous que nous avons affaire à la phlegmasie d'une séreuse, phlegmasie suppurative le plus souvent. Souvenons-nous de la réaction sur l'économie entière qu'entraîne la phlogose des membranes de cette nature, alors surtout qu'elles sont destinées, comme dans le cas qui nous occupe, à suppurer, à s'ouvrir et à laisser communiquer le foyer avec l'air.

Chez le malade d'A. Cooper les phénomènes furent si formidables, que le chirurgien anglais pense que cet homme ne dut la vie qu'à l'excellence de sa constitution. On pourrait en dire autant du nôtre. Tout le monde en effet ne supporterait pas impunément le traitement énergique auquel il a été soumis, et qui cependant n'a pas enrayé la maladie; et si en fin de compte sa santé ne subit pas de graves atteintes, il n'en présenta pas moins pendant les premiers jours qui suivirent son entrée à l'hôpital un état très inquiétant.

Quant à ses résultats définitifs, cette inflammation spontanée n'est pas moins curieuse à étudier.

L'hydrocèle est une maladie qui de son essence tend à se perpétuer indéfiniment si l'art n'intervient; et en cas d'intervention, les efforts du chirurgien doivent converger vers la production d'une inflammation dont la conséquence dernière soit le plus souvent l'adhésion des deux feuillets. Et en cela il ne fait qu'imiter la nature, qui arrive au même résultat par des moyens différents. Tantôt en effet elle se sert d'une inflammation simplement adhésive, comme dans le cas cité par M. Rodrigues; d'autres fois, comme dans notre observation, elle va plus loin, et c'est par l'intermédiaire d'une membrane pyogénique qu'elle accole l'un à l'autre les deux feuillets de la cavité vaginale. Nous ne pouvons nous empêcher de rapprocher ce dernier procédé de l'organisme de celui qu'employaient jadis et qu'emploient encore parfois les chirurgiens, alors que par l'incision ou les caustiques ils cherchent à obtenir la cure radicale par suppuration.

HOPITAL DE CORBEIL. — M. LIONET.

Observation de hernie traumatique du testicule à travers ses enveloppes. Réduction sans débridement. Guérison (1).

Jean Chassot, âgé de cinquante et un ans, charretier, est renversé par son cheval et jeté sous sa voiture; la roue passe sur le corps et le scrotum, fracture plusieurs côtes et fait à la bourse droite une déchirure par laquelle s'échappe le testicule.

Cet homme reste toute la nuit sans voir de médecin, et n'est reçu à l'hôpital de Corbeil que vingt heures après l'accident.

Les huitième et neuvième côtes sont fracturées; une pression exercée sur le thorax suivant son diamètre antéro postérieur produit une petite crépitation qui annonce la réduction et soulage aussitôt le malade. La verge et le scrotum sont de couleur bleu violet. Le testicule qui pend au bout du cordon est mou, très froid et à peine sensible à la pression; il porte une plaie transversale, peu profonde, d'environ un centimètre, près de l'épididyme; une fausse membrane de l'épaisseur d'une forte feuille de papier couvre déjà ce dernier organe; la tunique albuginée est lisse, d'un blanc nacré; on ne voit aucun débris de la tunique vaginale; la plaie est oblitérée par des adhérences fibrineuses et sanguinolentes; la portion du cordon qui s'étend entre la plaie et le testicule est de 5 centimètres; on ne sent et ne voit aucune pulsation dans les parties herniées.

L'organe étant bien nettoyé et les adhérences de la plaie scrotale rompues, je tente la réduction du testicule avec les doigts; mais elle est impossible.

Au lieu de débrider comme on le conseille, je saisis les bords opposés de la plaie avec deux pinces que je confie à l'infirmier qui me sert d'aide, en lui recommandant d'allonger les bourses le plus possible; de cette manière, j'obtiens une espèce d'infundibulum dans lequel je parviens à faire engager le testicule presque sans difficulté. Quatre petites épingles suffisent pour réunir la plaie, que j'abandonne au contact de l'air. Le malade doit garder le repos au lit; large cataplasme sur le bas-ventre.

Le lendemain, rien de particulier; le gonflement est peu sensible.

---

(1) Cette observation nous est communiquée par notre collaborateur M. le docteur Foucart, à qui M. Lionet l'a adressée avec la lettre suivante :

« Corbeil, 26 février 1853.

» Monsieur et honoré confrère,

» Lorsqu'en 1846 vous avez signalé le premier dans la GAZETTE DES HÔPITAUX la lacune qui existait dans les traités de pathologie externe au sujet des PLAIES DU SCROTUM et de la hernie traumatique du testicule, vous engagiez en même temps les praticiens qui auraient observé des faits de ce genre à vous les adresser. Quoique plusieurs années se soient écoulées depuis cette époque, permettez-moi de vous envoyer l'observation que je crois intéressante d'un fait analogue recueilli par moi il y a quelques semaines à l'hôpital de Corbeil, et dont vous ferez l'usage que vous jugerez convenable.

» Agréez, etc. Dr LIONET. »

Le second jour, un peu plus de gonflement ; suintement séreux à la partie la plus déclive de la suture.

Le troisième jour, le testicule est doublé de volume.

Les quatrième, cinquième et sixième jours, rien d'anormal ; les épingles, moins une, sont retirées.

Le septième jour, fluctuation à la partie antérieure du testicule. Une légère pression fait sortir par l'angle antérieur de la plaie un pus crémeux d'une blancheur laiteuse qui vient évidemment de la glande séminale ; le pus qui s'écoule par l'angle inférieur est de nature toute différente.

Le huitième jour, persistance de la sécrétion purulente ; la réunion immédiate n'a pas réussi ; mais le testicule n'est à découvert que dans une étendue d'un centimètre au plus ; il présente un aspect rosé avec de petits bourgeons naissants.

Le neuvième jour, continuation progressive du travail constaté la veille ; gonflement considérable du testicule. — Cataplasmes.

Le dixième jour, le testicule, très dur, est presque du volume d'un œuf d'oie ; suintement séreux par l'ouverture qui a fourni le pus crémeux ; pus normal, plus dense au pourtour de la plaie, provenant de la cavité du scrotum. — Cataplasmes.

Le quatorzième jour, diminution de volume de l'organe ; suppuration roussâtre sanguinolente très abondante à la partie antérieure, par l'ouverture qui fournissait primitivement le pus crémeux.

Je me demande si je ne me suis pas trompé sur l'origine du pus blanc crémeux. Peut-être venait-il de l'épididyme, et celui que je constate aujourd'hui vient-il du testicule lui-même ? cependant il me semble probable que ce dernier vient plutôt de la cavité scrotale.

Les jours suivants, tous les accidents vont en diminuant.

Le vingt-troisième jour, retour du testicule au volume normal ; il paraît mobile dans la bourse, excepté à la partie inférieure, dans le voisinage de la plaie, où les adhérences sont très intimes. Il existe une petite plaie fistuleuse remplie de bourgeons charnus ; elle disparaît en peu de jours par la cautérisation.

Le vingt-septième jour, le malade sort guéri, ne conservant de son accident qu'une petite cicatrice adhérente et rentrée en dedans. Les bourses conservent une certaine mobilité autour du testicule. Je regrette de voir le malade s'éloigner ; il serait important de savoir si cet accident sera suivi ultérieurement d'atrophie.

Si le praticien de province s'abandonne souvent à ses propres inspirations, même dans les circonstances où les règles de l'art sont déterminées, c'est à plus forte raison sa règle de conduite dans les cas qui se présentent rarement dans sa pratique.

Me trouvant pour la première fois depuis seize ans que j'exerce, en présence d'un accident de cette nature, je me demandai si le refroidissement et l'insensibilité du testicule, sa blessure, la pseudo-membrane dont l'épidiyme était déjà enveloppé, l'étroitesse de la plaie du scrotum et la rétraction probable de la tunique vaginale le long du cordon ne réclamaient pas immédiatement le sacrifice de l'organe. L'opération était facile, c'était tout au plus si j'avais besoin de faire la ligature du cordon, dans lequel la circulation paraissait entièrement suspendue. Cependant, après hésitation, je cédai à mes habitudes de conservation, et je n'ai pas eu à m'en repentir.

Faisant une amputation de cuisse le lendemain avec deux confrères très distingués, le docteur Seurat, d'Essone, et le docteur Labat, qui était encore, il y a peu d'années, interne des hôpitaux, je leur demandai ce qu'ils auraient fait dans cette circonstance : l'un me répondit que la réduction avec ou sans débridement serait une mauvaise opération, infailliblement suivie d'accidents, vu l'absence de la tunique vaginale ; l'autre pensa que, le sujet ayant cinquante ans, c'était le cas de pratiquer la section du cordon. L'opinion de ces deux confrères, pour lesquels j'ai beaucoup d'estime, m'a prouvé que la conduite à tenir dans les hernies traumatiques du testicule est loin d'être fixée, et c'est ce motif qui m'a déterminé à publier ce résultat contraire à leurs prévisions.

Il n'y avait pas de grands inconvénients à priver un homme de cinquante ans d'un testicule ; mais il n'en serait pas de même chez un sujet plus jeune. On peut d'ailleurs tirer quelques réflexions utiles de cette observation.

Elle prouve :

1° Qu'un organe qui a perdu entièrement sa caloricité et dans lequel la circulation est interrompue peut reprendre ses fonctions ;

2° Qu'en formant une espèce d'entonnoir, en tirant sur deux côtés de la plaie du scrotum, on peut opérer la réduction du testicule sans augmenter l'étendue de la solution de continuité ;

3° Que le pus blanc crémeux, tout différent du pus ordinaire, sur l'origine duquel j'ai été incertain, nous fournit l'occasion de nous demander s'il vient du testicule ou de l'épididyme ?

4° Que la formation rapide d'une fausse membrane, en vingt heures, sur un organe sain, nous rend compte de la formation brusque de cette production morbide sur les plaies et dans les voies aériennes.

On sera peut-être étonné de voir appliquer un cataplasme sur la région inguinale pendant que la plaie est abandonnée au contact de l'air ? C'est une pratique que j'ai adoptée depuis plusieurs années, lorsque je veux obtenir une réunion immédiate. Les corps humides, les applications froides elles-mêmes m'ont paru s'opposer à la réunion immédiate, tandis que la sérosité qui suinte des bords de la suture se coagule et seconde très utilement le travail adhésif.

Cette observation ne serait pas favorable à ma pratique, si j'avais tenté d'obtenir la réunion immédiate ; en général, il faut s'abstenir de réunir les plaies contuses et les déchirures par première intention, et je n'avais ici d'autre ambition que celle d'isoler le plus possible le testicule du contact de l'air, de prévenir sa sortie par la plaie, et d'être à même de modérer l'exubérance des bourgeons charnus, qui, réprimés et pansés méthodiquement, sont suivis d'une prompte guérison, tandis qu'abandonnés à eux-mêmes, ils enveloppent peu à peu le testicule et forment ces pseudo-fongus qu'a décrits M. Deville.

EXAMEN DES FÈCES DANS LES MALADIES (1).

Par M. Jonathan OSBORNE, professeur de matière médicale, médecin de l'hôpital Mercer.

Quand la membrane muqueuse du rectum est enflammée, comme dans la dyssenterie, alors dans la force du mal, les excrétions sont en même temps muqueuses, sanieuses ou purulentes, et ordinairement les malades éprouvent de la défaillance au moment de la sortie des matières fécales. Dans les inflammations du côlon, tant que le rectum n'est pas affecté, les excrétions sont féculentes, mais fréquentes et largement étendues dans le mucus, de telle sorte que leur aspect seul suffit pour que la distinction soit faite entre la dyssenterie et la diarrhée.

Dans l'irritation ou l'inflammation d'une grande étendue des intestins, les excrétions offrent des altérations correspondantes avec la force de l'irritation, plus marquées selon qu'elles sont présentées par la totalité ou une partie seulement de l'excrétion. Ce caractère indique l'étendue de la surface affectée. Ces altérations peuvent se décrire sous quatre caractères généraux, qui sont les suivants :

Le *premier* et le plus léger degré de l'irritation est indiqué par des excrétions différentes des excrétions normales seulement par une plus grande fluidité, et par l'absence de forme et de consistance. C'est ce que l'on observe, par exemple, quand un sujet en bonne santé prend un purgatif salin. Tous nos purgatifs ordinaires agissent par irritation, et après que le contenu solide des gros intestins a été évacué, arrivent les excrétions liquides provenant du cœcum et des intestins grêles, mêlées et accompagnées de mucosités abondantes.

Le *second* degré d'irritation est marqué par des excrétions de consistance de cire, d'une gravité spécifique moindre, surnageant à l'urine, et fréquemment mêlées de bulles d'air. Ceci s'observe rarement par l'action d'un purgatif doux chez un individu en bonne santé, et est presque toujours précédé ou accompagné de symptômes plus ou moins marqués d'irritation des intestins, tels que douleur, chaleur, coliques,

Le *troisième* degré de l'irritation est marqué par des excrétions d'une poudre sans cohérence, et se dissolvant ou demeurant au fond de l'urine. La couleur en est généralement pâle, mais varie sous ce rapport, selon l'état de la sécrétion biliaire ou la quantité de sang qui a pu être répandue. Il semble consister en exsudations fines de fibrine ou d'albumine coagulée ; il constitue la plus grande partie des excrétions dans les cas légers d'entérite, et on le rencontre le plus souvent dans les fièvres idiopathiques avec langue blanche et sèche. Dans quelque cas que ces excrétions se présentent, elles sont une preuve évidente non-seulement de l'existence de l'irritation de la muqueuse intestinale, mais d'un degré d'irritation exigeant, même dans les circonstances les plus favorables, quelques jours pour la guérison.

Le *quatrième* et le plus élevé des degrés de l'irritation est indiqué par des excrétions consistant en des râclures blanches ou des tubes d'exsudations fibrineuses ; elles sont le produit d'une inflammation analogue à celle du croup, ou des formes les plus graves de *synanche*, et consistent en même temps en évacuations de lymphe. Quant aux excrétions purulentes provenant d'ulcérations des intestins grêles, quoiqu'elles puissent se présenter, je n'ai pu les distinguer, non plus que le pus, qui, d'après mes observations, ne peut être reconnu, à moins qu'il ne soit pas mélangé, comme lorsqu'il provient des parties inférieures des intestins.

A propos des apparences qui appartiennent à ce quatrième degré de l'irritation, je désire rappeler à mes lecteurs que l'huile de ricin quelquefois, mais non d'une manière uniforme et même fréquente, détermine des évacuations que l'on pourrait confondre avec les précédentes. Elles consistent en masses ovoïdes blanches, ressemblant par la couleur et la consistance au macaroni bouilli, et du volume des grains de raisin. Elles ont été analysées chimiquement par le docteur Golding Bird, qui les considère comme étant formées d'un savon dur dû à l'union de l'huile avec quelque matière alcaline des intestins.

Des évacuations hétérogènes se présentent souvent. Dans celles-ci, on trouve une portion de l'évacuation fluide ; une autre solide, ou une partie pulvérulente ; une autre cireuse ou en rognures, ou présentant à la fois ces quatre caractères. Des aspects si différents dans une seule évacuation sont le résultat de degrés différents d'irritation dans diverses portions du tube intestinal ; et nous devons chercher par le secours de ces indications, comparées avec les symptômes des divers cas, à déterminer le siége de l'irritation.

Sur ce sujet, nous avons quelques faits bien établis. Ainsi, dans les tumeurs hémorrhoïdales ou les fissures, la douleur existant au moment ou aussitôt après le passage de l'excrétion ; dans l'inflammation du rectum, le ténesme ; dans l'inflammation du côlon, la diarrhée ; dans l'inflammation du cœcum, la tendance à la constipation, une douleur locale vers cette partie, ou une inflammation plus ou moins grave du péritoine survenant ; et dans l'inflammation des intestins grêles, une sensation de plénitude autour de l'ombilic, avec des jets soudains de diarrhée, alternant avec la constipation. En rapprochant ces faits de la nature des évacuations, ils serviront à s'interpréter les uns les autres.

Les cas de vomissements de matières fécales dont je peux me souvenir me paraissent être simplement des régurgitations de matières colorées par la bile dans la portion du duodénum située au-dessous des canaux biliaires. Il ne m'a jamais été donné d'observer aucun cas dans lequel des fèces ayant le triple caractère de la couleur, de l'odeur et de la consistance aient été vomies ; et je ne connais qu'un seul cas dans lequel cet accident ait eu lieu d'une manière indubitable. Ce fait se trouve dans l'ouvrage d'Abercrombie. Il existait un ulcère dans l'estomac correspondant à un ulcère de l'arc du côlon, et les fèces, complétement formées dans le côlon, passaient directement de cet intestin dans l'estomac, et étaient rejetées par le vomissement. Je sais très bien que plusieurs cas de vomissements de matières fécales ont été mentionnés ; mais on ne les a reconnues que par la couleur, et sans tenir compte des autres caractères particuliers des fèces.

(1) Fin. — Voir le numéro précédent.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 1er mars 1853. — Présidence de M. BÉRARD.

Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Épidémie de gastro-entérite.

Le ministre de l'intérieur et du commerce transmet un rapport de M. le docteur Savy, médecin des épidémies de l'arrondissement de Lodève, sur une épidémie de gastro-entérite qui a régné dans la commune de Canet (Hérault) pendant les mois de septembre, octobre et novembre derniers.

Remèdes secrets.

Le même ministre transmet plusieurs demandes d'avis relatives à des remèdes secrets.

Approbation de l'élection de M. Conneau.

M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation d'un décret rendu sur son rapport par l'Empereur, à l'effet d'approuver l'élection faite par l'Académie de médecine, dans sa séance du 15 février, de M. le docteur Conneau pour remplir la place d'associé libre laissée vacante dans son sein par suite du décès de M. de Blainville.

— M. le président annonce à l'Académie que M. Conneau est présent à la séance.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Sur le mode d'analyse du sucre de lait.

MM. A. Becquerel et Vernois adressent une nouvelle lettre, qu'ils déclarent devoir être la dernière, au sujet de la discussion soulevée entre eux et M. Poggiale, sur le meilleur procédé d'analyse du sucre de lait, et le moyen de reconnaître les falsifications du lait. MM. Becquerel et Vernois résument leur lettre en disant :

1° Qu'ils croient avoir rendu justice aux travaux de M. Poggiale ;

2° Que tout ce qu'ils ont écrit à ce sujet est exact ;

3° Et que, quant aux résultats obtenus par leur instrument, ils s'en réfèrent au jugement de l'Académie.

Du vomissement des femmes enceintes dû à l'état gastrique muqueux.

M. le docteur Fougeu (d'Etampes) adresse sous ce titre un mémoire qu'il résume en concluant :

1° Qu'il existe chez la femme enceinte une espèce de vomissements occasionnés et entretenus par l'état gastrique muqueux ;

2° Que chez la femme enceinte les seuls vomissements qui m'ont paru graves par leur prolongation et leur continuité se sont présentés à moi avec les signes de l'embarras gastrique muqueux, et qu'ils n'ont cédé qu'au traitement usité en pareil cas pour ne plus se montrer après ;

3° Que le traitement de l'état gastrique muqueux par les sels neutres, irritants, employés d'abord et suivis de l'administration d'un émétique, met fin immédiatement à ces vomissements ;

4° Qu'il est presque toujours nécessaire de réitérer le vomitif et de le faire suivre d'un purgatif ;

5° Que, comme dans toutes les affections gastriques, le traitement doit se terminer par l'emploi des toniques amers, qui sont d'un puissant secours pour ranimer les fonctions digestives. (Commissaires : MM. Depaul et Cazeaux.)

Phimosis congénital.

M. le docteur Moreau-Boutard, médecin militaire, adresse un mémoire sur le phimosis congénital et son traitement. (Commissaires, MM. Huguier et Danyau.)

Recherches électro-physiologiques et pathologiques sur le diaphragme.

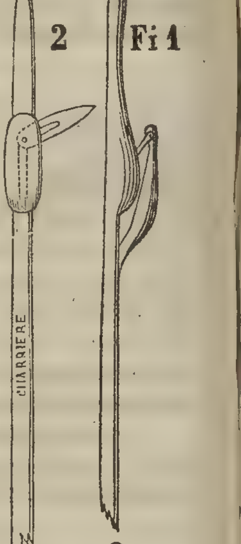
M. le docteur Duchenne (de Boulogne) adresse sur ce sujet un mémoire dont on trouvera le résumé général au compte-rendu de l'Académie des sciences.

Fièvre de lait.

M. le docteur Mattei, professeur d'accouchement à Bastia (Corse), adresse un mémoire dont l'objet est de prouver que la fièvre dite de lait n'est que la fièvre de suppuration de la muqueuse utérine. (Commissaires : MM. P. Dubois, Depaul et Cazeaux.)

Nouveaux urétrotomes.

2 Fi 1



M. Charrière fils présente à l'Académie divers scarificateurs, ou urétrotomes, qu'il a dispesés de manière que les chirurgiens puissent, à volonté, faire de grandes ou de petites incisions.

Ainsi, on voit (fig. 2) l'instrument à saillie circulaire de M. Dupierris, fabriqué par Charrière père, et publié en 1839, avec planches, dans le *Bulletin de thérapeutique ;* la lame, actuellement aussi longue qu'on peut le désirer, fonctionne, avec le principe de M. Dupierris, d'avant en arrière et d'arrière en avant, à volonté.

La figure 3 représente l'instrument à saillie latérale, indiqué autrefois au même fabricant avec lame non articulée par MM. Begin et Robert, et représenté ici avec la même articulation de lame que celle de M. Dupierris.

3



Commission pour l'examen de la demande de permutation de M. P. Dubois.

M. le président fait connaître la composition de la commission de onze membres pris un dans chaque section, arrêtée par le conseil d'administration, pour faire un rapport sur la demande de permutation de M. P. Dubois.

L'Académie consultée approuve cette composition.

— L'ordre du jour appelle la nomination au scrutin de sept membres associés étrangers.

Dans son comité secret de mardi dernier, sur le rapport de M. Bégin, l'Académie a arrêté la liste de présentation qui suit :

En première ligne : MM. Buffalini, à Florence ; Retzius, à Stockholm ; Riberi, à Turin ; Warren, à Boston ; Valentine Mott, à New-York ; Vleminckx, à Bruxelles ; Grandet, à Lisbonne.

En deuxième ligne, et sur une liste supplémentaire : MM. Owen, à Londres ; Faradey, à Londres ; Arnold, à Fribourg ; Bright, à Londres ; Casper, à Berlin ; Chelius, à Heidelberg ; Betti, à Florence ; de Ranzi, à Naples ; Bischoff, à Giessen ; Auvert, à Saint-Pétersbourg ; Brewster, à Edimbourg ; Ehrenberg, à Berlin ; Marsh, à Dublin ; Baroni, à Rome.

Le scrutin a donné les résultats suivants :

Sur 76 votants,

M. Mott a obtenu. . . . . . . 73 suffrages.
M. Buffalini. . . . . 67 —
M. Warren. . . . . 64 —

M. Riberi	63	—
M. Vleminckx	49	—
M. Retzius	45	—
M. Simpson	36	—
M. Faradey	31	—
M. Grandet	27	—
M. Rokitanski	20	—

Quelques voix ont été données à MM. Maclouglin, Morton, Bright, Owen, etc.

MM. Mott, Buffalini, Warren, Riberi, Vleminckx et Retzius, ayant seuls réuni la majorité, sont proclamés membres associés étrangers.

L'Académie procède à un second tour de scrutin pour nommer un septième membre.

Nombre de votants, 43.

M. Simpson obtient	24	voix.
M. Grandet	15	—
M. Faradey	4	—

M. Simpson, ayant réuni la majorité, est proclamé élu.

Les sept membres élus sont ainsi MM. Mott, Buffalini, Warren, Riberi, Vleminckx, Retzius et Simpson.

Lactucarium et opium indigène.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le rapport de M. Bouchardat relatif à la demande d'application du décret du 3 mai 1850 au lactucarium et à l'opium indigène.

Voici les principaux passages du rapport de M. Bouchardat, que nous ferons suivre d'un résumé de la discussion qui a eu lieu dans les précédentes séances et dans celle-ci.

M. Bouchardat. M. le ministre de l'intérieur, de l'agriculture et du commerce vous a transmis une demande de M. Aubergier tendant à obtenir qu'il soit fait application de la loi du 3 mai 1850 à deux produits déjà soumis à l'Académie, et sur lesquels trois rapports favorables vous ont déjà été faits. Ces deux produits sont le *lactucarium* et l'*opium indigène de pavots pourpres*. M. le ministre consulte l'Académie sur la question de savoir si ces deux produits peuvent être considérés *comme nouveaux et utiles*, et par conséquent comme étant de nature à donner lieu à l'application du décret précité, application qui doit donner à tous les pharmaciens le droit de les préparer à l'avance et de les délivrer sur les ordonnances de médecins.

Dans son rapport fait dans la séance du 2 septembre 1851, M. Chevallier a formulé avec le plus grand soin tous les détails du procédé à l'aide duquel il a vu préparer sous ses yeux le suc laiteux de la laitue par incisions. Ce rapport ne laisse plus aucun doute sur la possibilité d'obtenir désormais le lactucarium en grand pour les besoins de la médecine. Aussi a-t-il conclu que le lactucarium devait prendre place dans la prochaine édition du Codex.

Nous ne saurions rien ajouter à cette conclusion que nous nous bornons à rappeler.

Pour ce qui regarde l'opium indigène de pavots pourpres, il semble au premier abord que, si on ne peut lui contester le caractère de l'utilité, on ne saurait considérer comme nouveau un médicament qui a pris depuis si longtemps un rang aussi élevé dans la matière médicale.

Un examen attentif de la question montre qu'elle peut et qu'elle doit recevoir une solution différente.

Ce qu'il y a de certain, c'est que depuis un temps immémorial on emploie, sous le nom d'opium, des produits présentant dans leur composition des écarts qui pourraient entraîner des dangers dans leur emploi. Ces écarts étaient déjà mais imparfaitement connus. Ils ont été précisés par M. Aubergier, qui nous a appris qu'ils sont dus, soit aux procédés qu'on emploie pour préparer les opiums du commerce, soit aux variétés de pavots qui les fournissent. On arriverait au même résultat si l'on confondait désormais sous le nom d'opium indigène les opiums obtenus avec les sucs laiteux de toutes les variétés de pavots.

Il en résulterait que le médecin pourrait administrer, indistinctement et sans s'en douter, de l'opium riche à 5 p. 100, s'il provenait du pavot blanc, riche à 10 s'il provenait du pavot pourpre, et à 22 p. 100 s'il provenait du pavot œilleté.

On ne peut échapper à cette incertitude qu'en mettant à profit le résultat principal du travail de M. Aubergier, celui par lequel ses recherches diffèrent de toutes celles qui l'ont précédé. C'est parce que ses devanciers ont examiné l'opium indigène provenant tantôt d'une variété, tantôt d'une autre, qu'ils ont été amenés à soutenir sur cette question les opinions les plus contradictoires. Les uns avançaient que l'opium indigène est de beaucoup inférieur à l'opium exotique de bonne qualité, parce qu'ils avaient examiné l'opium de pavots blancs; les autres, qu'il lui est de beaucoup supérieur, parce qu'ils avaient opéré sur un opium provenant d'une variété de pavot à graine noire.

Il faut autant qu'on le peut éviter qu'il se glisse dans la pratique médicale, où ils auraient d'autres et de plus graves conséquences, des sujets d'erreur qui ont si longtemps dominé les discussions scientifiques sur cette question. Il convient de faire une utile application des données du travail de M. Aubergier, en reconnaissant la nécessité de désigner sous un nom qui en indique l'origine le nouveau produit destiné à remplacer l'opium exotique.

M. Rayer et M. Grisolle, après avoir obtenu de l'expérience clinique les résultats que l'analyse chimique avait déjà permis d'espérer, ont exprimé le vœu que des expériences faites sur une large échelle vinssent confirmer les avantages qu'ils avaient reconnus au nouveau et utile produit qu'ils avaient expérimenté.

Comment ce vœu si sage pourrait-il être réalisé si l'opium indigène du pavot pourpre pouvait être employé indistinctement désormais à la place de l'opium exotique? Il convient donc de désigner sous le nom d'opium indigène de pavot pourpre le produit présenté par M. Aubergier.

Quant aux formules que M. le ministre demande à l'Académie de lui indiquer, notre première pensée a été de répondre que jusqu'à ce que la question du titrage soit résolue, question dont la solution pourrait amener des modifications dans les formules mêmes du *Codex*, ces formules devraient servir de base aussi bien pour les préparations d'opium de pavots pourpres que pour celles d'opium exotique. Mais la nécessité d'établir une ligne de démarcation nette et précise entre l'ancien et le nouveau produit nous a fait penser qu'il y aurait tout avantage à appliquer immédiatement les idées de M. Aubergier sur le parti à tirer de la richesse décimale en morphine de l'opium de pavots pourpres, en maintenant cette proportion décimale dans les préparations dans lesquelles on le ferait entrer. Ainsi nous adoptons la formule d'un vin d'opium de pavots pourpres dans lequel cet opium entrerait pour un dixième et où la morphine se trouverait par conséquent dans la proportion d'un centième. Nous adoptons aussi une formule de teinture alcoolique d'opium de pavots pourpres en proportion décimale.

Le sirop de pavot blanc préparé avec l'extrait alcoolique est un médicament de nature essentiellement variable, comme l'extrait qui en est la base et qui peut contenir plus ou moins de morphine, suivant l'époque plus ou moins avancée de maturation de la capsule et une foule d'autres causes accessoires qui nous sont imparfaitement connues. Ainsi il résulte des expériences de M. Aubergier que la proportion de morphine diminue dans le suc laiteux du pavot au fur et à mesure que la capsule approche de la maturité.

On comprend quelle incertitude doit régner dans la composition d'un sirop reposant sur de tels éléments. Quoi qu'il en soit, on a calculé qu'il doit contenir approximativement 1 dix-millième de morphine. En employant 1 décigramme d'opium de pavots pourpres par 100 grammes de sirop, on aurait une préparation équivalente, mais bien plus constante dans sa composition et ses effets; comme elle est souvent employée dans la médecine des enfants, il importe plus encore peut-être d'assurer cette régularité de composition et d'effet.

On ne saurait contester l'utilité d'une pareille innovation. S'il s'agissait de récompenser l'auteur par un privilége, on ne pourrait trouver une meilleure occasion de l'accorder. Mais tel ne saurait être l'effet du décret du 3 mars 1850. Son application laissera à M. Aubergier l'honneur très grand assurément d'avoir proposé la réforme, d'avoir fourni les moyens de la réaliser; mais la consécration qu'elle recevra par l'application du décret n'aura d'autre résultat que celui de donner à tous les pharmaciens de France le droit de préparer et de vendre les nouveaux et utiles produits que M. Aubergier a fait connaître en se conformant aux lois qui régissent la matière. Ce doit être une raison de plus pour l'Académie de donner au moins à M. Aubergier la satisfaction de voir sa demande accueillie par elle avec la faveur qu'il mérite.

En conséquence, votre commission vous propose à l'unanimité de répondre qu'il y a lieu d'appliquer le décret du 3 mai 1850 au lactucarium et à l'opium indigène de pavots pourpres, et à insister de nouveau auprès de M. le ministre sur l'importance que l'Académie attache aux utiles et persévérants travaux de M. Aubergier sur le lactucarium et l'opium indigène.

La commission propose, en outre, d'insérer les formules de M. Aubergier au *Bulletin*.

M. Soubeiran ne s'oppose pas à l'application du décret du 3 mai 1850 au lactucarium et à l'opium extrait du pavot pourpre indigène, mais il s'oppose formellement à ce que cette application soit faite aux formules de M. Aubergier. Les motifs de cette opposition sont, d'une part, l'identité de composition chimique et l'extrême ressemblance d'action thérapeutique de cet opium et de l'opium exotique; d'autre part, la variabilité de proportion des parties actives dans l'opium indigène comme dans l'opium exotique, malgré l'assertion contraire de M. Aubergier et de la commission, et la nécessité de les soumettre tous au titrage. Enfin, en ce qui concerne les formules, M. Soubeiran en présente une critique de laquelle il ressortirait que les unes sont insuffisantes et inefficaces, les autres défectueuses, et partant qu'elles exposeraient dans la pratique à des mécomptes et à des erreurs.

Quant aux encouragements et aux éloges que la commission propose de donner à M. Aubergier, il s'y associe pleinement.

En résumé, M. Soubeiran propose de répondre au ministre qu'il convient d'accorder à l'opium indigène l'autorisation d'être librement vendu; que tous les opiums devront être titrés à un dixième de morphine; que les formules de M. Aubergier ne doivent pas être adoptées; que les préparations de lactucarium doivent être expérimentées de nouveau avant d'accorder à ce produit le bénéfice du décret du 3 mai 1850.

M. Bussy, tout en reconnaissant que M. Aubergier est digne des plus grands éloges et des encouragements de l'Académie, s'associe aux objections que vient de faire M. Soubeiran. Il ne croit pas à la constance de composition de l'opium indigène. Il offre, suivant lui, les mêmes variations que les diverses sortes d'opium exotique, ce qui tient aux diverses circonstances des saisons où il est recueilli, des climats, des conditions même de culture. Il pense donc que l'Académie doit se borner à déclarer au ministre que la culture de l'opium indigène est digne des encouragements du gouvernement, mais qu'elle ne doit pas lui appliquer les dispositions favorables du décret.

M. Caventou défend les conclusions du rapport, et exprime l'opinion que, non-seulement sous le rapport de la science et de l'art, le lactucarium et l'opium indigène sont des acquisitions avantageuses et utiles dont profiteront aussi les intérêts agricoles, mais que ces produits officinaux doivent prendre rang à côté de l'opium exotique, sans pouvoir, quant à présent, être confondus avec lui.

M. Robinet parle dans le même sens, et insiste d'autant plus sur l'adoption des formules de M. Aubergier, que c'est, suivant lui, le meilleur moyen de porter remède aux graves inconvénients résultant de l'arbitraire qui règne aujourd'hui dans cette partie de l'art pharmaceutique.

M. Soubeiran, dans la dernière séance, modifiant quelque peu ses propositions précédentes, propose dans une note écrite une nouvelle rédaction des conclusions, consistant :

1° A renvoyer à la commission, pour en faire l'objet d'un nouvel examen, tout ce qui est relatif aux formules et à la question des titrages;

2° A répondre au ministre que l'Académie est d'avis que les dispositions du décret du 3 mai 1850 sont applicables au lactucarium et également à l'opium extrait du pavot pourpre indigène.

Cette dernière conclusion, étant conforme à la première conclusion de la commission, est mise aux voix et adoptée.

La délibération est ouverte sur les autres propositions.

M. Orfila soutient avec chaleur les conclusions de la commission contre les attaques de M. Soubeiran, et il défend particulièrement les formules de M. Aubergier, dont M. Soubeiran n'aurait fondé la critique que sur une erreur qu'il aurait commise lui-même, probablement par inadvertance.

Quant au titrage, M. Orfila démontre son impossibilité dans l'état actuel de la science, en raison du grand nombre de substances actives qui entrent dans la composition de l'opium, et qu'il faudrait titrer également comme la morphine. En principe, il est loin de contester l'utilité du titrage; mais à son avis c'est une mesure qui demande au moins vingt ans encore avant qu'on puisse l'appliquer.

M. Bouchardat répond à M. Soubeiran, en ce qui regarde les formules, qu'elles ont été faites par un de ses élèves les plus intelligents, et d'après les excellents préceptes et les beaux principes de pharmacologie qu'il professe. Passant en revue successivement toutes ces formules, M. Bouchardat cherche à démontrer qu'elles sont toutes conformes aux vrais principes de l'art.

Après quelques courtes répliques de MM. Soubeiran et Bussy, l'Académie passe au vote.

La deuxième conclusion de la commission, relative à l'insertion des formules au *Bulletin*, est adoptée.

La proposition de M. Soubeiran relative au titrage est rejetée.

La séance est levée à cinq heures moins un quart.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 28 février 1853. — Présidence de M. de Jussieu.

Recherches électro-physiologiques et pathologiques sur le diaphragme.

M. le docteur Duchesne (de Boulogne) communique sous ce titre un mémoire dont voici le résumé :

A. Recherches électro-physiologiques.

I. Il ressort de toutes les expériences exposées dans ce mémoire et pratiquées sur l'homme et sur les animaux vivants et morts que la contraction du diaphragme provoquée par l'électrisation localisée dans le nerf phrénique produit l'élévation des côtes diaphragmatiques et leur mouvement en dehors quand les parois abdominales sont intactes.

Dans certains cas, le mouvement excentrique des côtes inférieures est communiqué aux côtes supérieures.

II. Mais quand l'animal est éventré et que les viscères ont été abaissés, la contraction isolée du diaphragme produite par l'électrisation localisée dans le nerf phrénique ou dans le muscle lui-même porte les côtes diaphragmatiques dans une direction opposée, c'est-à-dire en dedans.

III. Bien que le diaphragme devienne expirateur, quant aux mouvements qu'il imprime aux côtes inférieures, alors qu'il a perdu ses rapports de contiguïté avec les viscères abdominaux, il n'en agrandit pas moins encore le diamètre vertical de la poitrine en s'abaissant.

IV. Le mouvement excentrique de la partie inférieure de la poitrine après l'ouverture de l'abdomen et l'abaissement des viscères prouve, contrairement à l'opinion de MM. Beau et Maissiat, que le péricarde n'offre pas un point d'appui suffisant au diaphragme pour qu'il produise l'expansion des côtes auxquelles il s'insère.

V. Les mouvements en sens contraire de la base de la poitrine, suivant que les viscères abdominaux sont ou non abaissés pendant la contraction du diaphragme, démontrent, comme l'avait ingénieusement pressenti M. Magendie, que l'expansion des côtes inférieures par la contraction physiologique du diaphragme est due au point d'appui que ce muscle prend alors sur les viscères abdominaux.

VI. Le point d'appui offert au diaphragme par les viscères abdominaux ne pourrait produire à lui seul le mouvement d'expansion des côtes qu'on observe pendant sa contraction, si ce point d'appui ne se faisait pas sur la surface large et convexe de ces viscères. Cette proposition ressort d'une expérience dans laquelle on ne parvient pas à effectuer le mouvement excentrique des côtes inférieures quand, la main étant placée au centre du diaphragme d'un cheval mort, on s'oppose à l'abaissement de ce muscle pendant qu'on le fait contracter par l'excitation électrique.

B. Déductions pathologiques et thérapeutiques.

1° *Contracture du diaphragme.* — VII. La contracture du diaphragme, qu'on produit chez l'animal vivant en faisant passer dans les nerfs phréniques un courant d'induction rapide, détermine promptement l'asphyxie.

VIII. Si la contracture du diaphragme n'a pas encore été observée chez l'homme, c'est sans doute parce qu'on ignorait les signes diagnostiques.

IX. Voici, d'après mes expériences électro-physiologiques pratiquées sur l'animal vivant, quels doivent être chez l'homme les symptômes de la contracture du diaphragme. La moitié inférieure de la poitrine est agrandie, surtout transversalement, d'une manière continue; les hypocondres et l'épigastre sont soulevés; les muscles de l'abdomen s'épuisent en vains efforts pour resserrer la base du thorax; la respiration ne se fait plus que dans la moitié supérieure de la poitrine, et alors on voit les scalènes, les trapèzes et les grands dentelés se contracter énergiquement, puis se relâcher brusquement. Mais bientôt les mouvements respiratoires de la partie supérieure du thorax s'affaiblissent et se ralentissent, et enfin en moins d'une ou deux minutes l'asphyxie commence, et la mort est inévitable si la contracture du diaphragme continue.

X. La contracture limitée à la moitié du diaphragme occasionne seulement une grande gêne de la respiration, mais n'empêche pas les mouvements du thorax dans sa partie inférieure.

2° *Paralysie du diaphragme.* — XI. Les observations rapportées dans ce mémoire établissent que la paralysie du diaphragme, admise seulement théoriquement par les auteurs, existe réellement, et qu'elle est caractérisée per certains signes diagnostiques, dont voici les principaux :

Pendant l'inspiration les hypocondres et l'épigastre sont *déprimés*, tandis qu'au contraire la poitrine se *dilate*. Pendant l'expiration les mouvements de la poitrine et de l'abdomen ont lieu également dans un sens opposé, c'est-à-dire que l'abdomen se *soulève* quand la poitrine se *resserre*. Le malade semble aspirer ses viscères abdominaux alors que l'inspiration produit l'expansion de la poitrine, et celà d'autant plus que le thorax s'agrandit davantage. De là une respiration courte et insuffisante aux besoins de la phonation et du parler; de là aussi l'impossibilité d'inspirer largement, de soupirer, etc., sans être étouffé par l'ascension de ces viscères.

XII. La paralysie du diaphragme n'est pas en elle-même mortelle, comme on le pense généralement. L'inspiration qui se fait alors, soit par les intercostaux quand le malade est en repos (1), soit à la fois par les intercostaux et tous les autres muscles inspirateurs, quand la respiration est plus agitée, est suffisante à l'hématose. Le malade peut vivre longtemps avec une paralysie du diaphragme, mais alors la plus simple bronchite peut occasionner la mort par asphyxie, l'expectoration étant difficile ou impossible.

XIII. Le meilleur traitement à opposer à la paralysie du diaphragme, c'est l'électrisation localisée de ce muscle par l'intermédiaire des nerfs phréniques.

3° *Respiration artificielle par l'électrisation du diaphragme dans le traitement de l'asphyxie.* — Quand les muscles respirateurs semblent demi-paralysés ou qu'ils ne reçoivent plus un stimulus suffisant, comme on l'observe dans certains cas d'empoisonnement par l'opium, le chloroforme, la vapeur du charbon, etc., dans quelques fièvres graves, le choléra, par exemple, enfin dans l'asphyxie en général, la respiration devient de plus en plus rare et la mort est imminente. C'est alors que la respiration artificielle par l'électrisation localisée dans le nerf phrénique peut entretenir l'hématose et prolonger, peut-être même rappeler la vie prête à s'échapper.

XIV. L'électrisation des nerfs phréniques pratiquée telle qu'elle est décrite dans le mémoire imite parfaitement la respiration naturelle et fait pénétrer mécaniquement l'air dans les voies aériennes avec force et en quantité suffisante, comme on peut s'en assurer sur le cadavre, qu'on fait ainsi respirer largement et très bruyamment quelque temps encore après la mort.

CORRESPONDANCE.

A M. le Rédacteur de la Gazette des Hôpitaux.

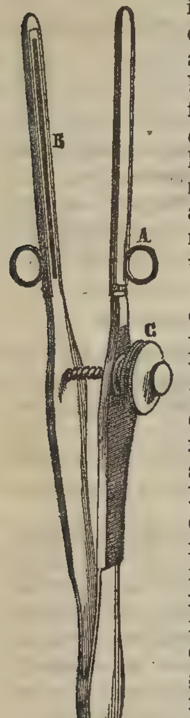
Monsieur le Rédacteur,

Dans le numéro de votre journal du 5 février dernier, M. le docteur Barthélemy (de Saumur) a inséré une note par laquelle il fait connaître le titre qu'il pense avoir à la priorité de l'idée fondamentale de la

(1) Je me réserve d'examiner dans un autre travail si ce sont ou les intercostaux externes ou internes, ou tous les intercostaux ensemble qui se contractent dans ce cas.

destruction des hémorrhoïdes par la cautérisation de leur base au moyen du caustique de Vienne. Notre honorable confrère se fonde sur le passage suivant : « Lorsque les tumeurs hémorrhoïdales seront an- » ciennes, dures et organisées, je les attaquerai par le caustique de » Vienne solidifié (1). S'il y a un pédicule, je le placerai entre deux » petites gouttières de plomb remplies de caustique. » Extrait du tome LVII du *Recueil des mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires*. D'après les renseignements qui m'ont été donnés à l'imprimerie où se publiait alors cet ouvrage, le tome LVII aurait paru au mois de décembre 1844.

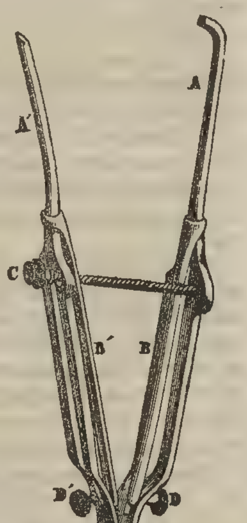
Or, après avoir fait d'abord creuser deux rainures dans la pince à baguettes (2) dont mon père se servait pour tenir la tumeur hémorrhoïdale, alors qu'il la cautérisait directement avec un bâton de caustique Filhos, je fis exécuter dans les ateliers de M. Charrière, quand l'expérience nous eut démontré la valeur de ce nouveau mode de cautérisation, une *pince à rainures* plus forte et plus grande que ne l'était la pince à baguettes modifiée et pouvant servir dans tous les cas. Cet instrument, qui me fut livré par M. Charrière le 22 *juin* 1844, se trouva dès cette époque dans le commerce, comme on peut le vérifier sur les livres de cette importante maison de fabrication. Ce titre, dont l'authenticité ne sera, je n'en doute pas, contestée par personne et que chacun a pu et peut vérifier encore, établit, je pense, d'une manière incontestable que j'ai mis le premier en pratique une idée exprimée comme une simple spéculation théorique, et sous une autre forme, six mois plus tard, par M. le docteur Barthélemy, et que par conséquent ce n'est pas dans son mémoire que j'ai puisé la première idée, que mon père et moi avons développée jusqu'à en faire une méthode de traitement, employée actuellement par des chirurgiens distingués en France et à l'étranger. — Notre honorable confrère a fait représenter dans le même numéro de votre journal une pince porte-caustique pour la cautérisation circulaire des tumeurs hémorrhoïdales, qui avait, dit-il, la plus grande analogie avec un instrument semblable que je lui montrai lorsqu'il nous fit l'honneur de nous présenter celle qu'il venait de faire exécuter.



Il eût été, je pense, plus rigoureux de dire que ces instruments étaient *identiques*, mais avec des proportions un peu différentes, comme on peut le voir par la figure ci-jointe. Les cuvettes ont 4 centimètres 4 millimètres de longueur et 1 millimètre d'ouverture. Cet instrument, qui est une des premières pinces à recouvrements que j'ai fait exécuter, se trouvait avec toutes les autres dans la montre de M. Charrière à l'exposition universelle de Londres ; et, quant au reproche que lui adresse notre honorable confrère, de ne pouvoir servir qu'à la cautérisation des petites tumeurs hémorrhoïdales externes, je répondrai que nous ne touchons à ces dernières que très rarement, et qu'elle nous a servi à cautériser des hémorrhoïdes internes de toutes les grosseurs, sans que jamais nous ayons été dans la nécessité de recommencer l'opération.

Cette pince, que nous avons abandonnée depuis longtemps et à laquelle j'avais dans le principe substitué la suivante comme étant un peu moins imparfaite, avait, selon moi, trois inconvénients :

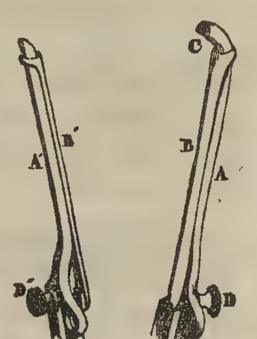
1° D'abord, comme toutes les pinces dont l'écartement des branches se fait dans un sens opposé à celui de l'ouverture anale, elle avait l'inconvénient, lorsque la tumeur n'était pas très saillante au dehors, de ne pouvoir s'introduire dans l'anus que difficilement et qu'après que l'opérateur avait engagé l'hémorrhoïde extérieurement entre ses gouttières, ce qui faisait ordinairement fuir cette dernière à l'intérieur par un mouvement de contraction du sphincter ;



2° Elle comprimait plus fortement la tumeur du côté des branches qu'à son extrémité libre, de sorte qu'une portion de la muqueuse rectale pouvait s'introduire entre ses gouttières et être cautérisée ;

3° Enfin, lorsque l'hémorrhoïde était un peu volumineuse et que le malade faisait des efforts, la tumeur, n'étant pas suffisamment retenue, pouvait fuir à l'intérieur, et on s'exposait à n'en cautériser que la portion la plus extérieure. C'est pour cette dernière raison que j'ai fait ajouter un petit crochet à l'une des branches, comme on peut le voir dans la pince que j'ai fait figurer ici. Ce petit crochet remédie complétement à cet inconvénient quand l'hémorrhoïde est saisie et comprimée même modérément.

Actuellement nous employons de préférence les pinces en T de mon père, quand la tumeur est bien saillante au dehors; quand, au contraire, elle ne sort de l'anus qu'en partie, nous employons mes pinces droites, en compas, à lames protectrices, ou celles que M. le docteur Barthélemy a fait exécuter sur le même modèle, mais avec des cuvettes courbes, et auxquelles j'ai fait également adapter des plaques protectrices, pour ne cautériser que la base de l'hémorrhoïde, quand elle est bien saisie.



En résumé, je crois avoir établi dans cette note que le premier j'ai fait faire des pinces à rainures (22 juin 1844) pour la cautérisation circulaire de la base des tumeurs hémorrhoïdales avec ou sans pédicule, et que, six mois plus tard (décembre 1844), notre honorable confrère M. le docteur Barthélemy (de Saumur) a émis l'idée de faire la même opération sur les hémorrhoïdes pédiculées avec des gouttières en plomb remplies de caustique de Vienne.

Agréez, etc. Alph. AMUSSAT, D.-M.-P.

Paris, 25 février 1853.

(1) « Déjà sur plusieurs malades la cautérisation a été pratiquée avec le » caustique de M. Filhos, c'est-à-dire avec un cylindre composé de potasse et » de chaux solidifiées, et les suites de l'opération ont été beaucoup plus sim- » ples que par la ligature. » (*Note sur les travaux scientifiques de M. Amussat*, Paris, 28 novembre 1842.)

(2) *Mémoire sur la destruction des hémorrhoïdes internes par la cautérisation circulaire de leur pédicule avec le caustique solidifié de M. Filhos*; par J.-Z. Amussat, p. 39, 1846.

CHAMPIGNON DU SULFATE DE CHAUX.

Voici la description que publie le *Bulletin de thérapeutique* du champignon du sulfate de chaux, due à M. Stanislas Martin:

Ce parasite n'apparaît que sur le plâtre nouvellement travaillé et encore humide; il se développe principalement dans les angles des murs ou le long des corniches qui sont exposées au courant de l'air et de la lumière. Sa forme est globuleuse. Chaque globule est composé d'une infinité de petits globules, dont le tout n'est pas plus gros qu'un grain de millet.

Ce champignon a une couleur rouge-cerise; les sporules qui le produisent sont renfermées dans un *peridium* épais et charnu ; il n'a pas d'odeur ni de saveur perceptibles à nos organes. Son principe colorant est soluble dans l'éther. L'existence de ce végétal est de trois à quatre jours; passé ce temps, il brunit et se putréfie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

M. le ministre de l'instruction publique vient, en vertu du décret du 9 mars 1852, d'inviter la Faculté de médecine de Paris à lui présenter une liste double de candidats pour la chaire de thérapeutique et de matière médicale, devenue vacante par suite de la permutation de M. Trousseau ; et pour celle d'histoire naturelle médicale, devenue vacante par le décès de M. A. Richard. La Faculté de médecine doit incessamment s'occuper de ces présentations.

— Les épreuves orales et cliniques du concours de l'agrégation sont terminées; le tirage des sujets de thèses a eu lieu; en voici l'indication :

M. Léger : « Valeur séméiologique de la percussion. »

M. Simonis-Empis : « De la méthode à suivre dans l'examen des » malades. »

M. Frédault : « Des indications thérapeutiques déduites de l'étio- » logie. »

M. Bouchut : « Des méthodes de classification en nosologie. »

M. Leudet : « Déterminer l'influence réelle des causes morales et » mécaniques dans la production des maladies organiques du cœur et » signaler les autres causes de ces maladies. »

M. Hérard : « Applications pratiques des découvertes physiologi- » ques les plus récentes concernant la digestion et l'absorption. »

M. Lasègue : « De la paralysie générale progressive. »

M. Milcent : « Des épidémies, des principales distinctions que l'on » doit établir entre elles. »

M. Blin des Cormiers : « Rechercher les causes qui président au » développement de l'hypertrophie considérée d'une manière gé- » nérale. »

M. Aran : « Des morts subites. »

M. Delpech : « Des principes à observer pour la nomenclature des » maladies. »

M. Tholozan : « De l'état actuel des connaissances acquises en hé- » matologie et des conséquences pratiques qui en découlent. »

M. Gubler : « Etablir d'après les faits cliniques et nécroscopiques » jusqu'ici connus la théorie la plus rationnelle de la cirrhose. »

— Dans la conclusion de son rapport à M. le préfet de police, la commission administrative de la syphilisation n'avait qu'une question précise à résoudre : « M. Auzias-Turenne doit-il être autorisé à expé- » rimenter la syphilisation à Saint-Lazare? » Mais on se tromperait si l'on croyait que la syphilisation en elle-même n'est point jugée dans le rapport; elle y est jugée et condamnée de la manière la plus absolue par quatre membres sur cinq, le dernier ayant fait des réserves.

— Par décision de M. le ministre de l'intérieur, une médaille en argent a été décernée à M. Montfeuillard, docteur-médecin à Ville-sur-Tourbe (Marne), en récompense du zèle avec lequel il s'est livré à la propagation de la vaccine dans le cours de l'année 1850.

— En Danemark la vaccination est de rigueur partout, même pour se marier. Aucun officier de l'état civil ne pourrait marier une personne qui n'apporterait pas un certificat de vaccine. Aussi n'est-il pas rare de voir des hommes et des femmes qui se font vacciner au moment d'aller à l'autel.

— Par décision en date du 14 février 1853, de la commission administrative des hôpitaux de Toulouse,

M. le docteur Laforgue, adjoint provisoire depuis plusieurs années au chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, a été définitivement confirmé dans ces fonctions.

M. le docteur Faurès a été nommé chirurgien attaché au service des syphilitiques et psoriques à l'Hôtel-Dieu, en remplacement de M. le docteur Rolland, démissionnaire.

MM. les docteurs Omer Colomiés et Ripoll ont été nommés chirurgiens adjoints provisoires : le premier, au service des syphilitiques et psoriques à l'Hôtel-Dieu, et le second, à l'hospice de la Grave.

— *Prix Astley Cooper.* — Ce prix triennal, et de la valeur de 7,500 fr., sera décerné à l'auteur du meilleur essai ou traité *sur les causes de la coagulation du sang.*

Les conditions imposées par le testateur sont « que les essais ou traités écrits en vue de ce prix contiennent des expériences et des observations originales qui n'auront pas été antérieurement publiées, et que ces essais ou traités (autant que le sujet le comportera) soient illustrés par des préparations et des dessins qui seront remis au musée de l'hôpital de Guy ; que l'ouvrage même et le droit d'auteur deviendront la propriété exclusive et perpétuelle de l'hôpital, et seront transmis à ce titre par le candidat couronné. »

Les mémoires doivent être écrits soit en anglais, soit en langue étrangère, accompagnés de la traduction anglaise, et doivent être adressés avant le 1er janvier 1856 aux médecins et chirurgiens de l'hôpital de Guy, à Londres.

Tous les exemplaires de l'ANNUAIRE MÉDICAL ET PHARMACEUTIQUE DE LA FRANCE qui nous ont été demandés par nos abonnés doivent être arrivés actuellement à leur domicile. Si, par suite d'erreur, quelques-uns n'étaient pas encore parvenus aux destinataires, nous les prions de nous adresser promptement leur réclamation, car il ne nous reste plus qu'un petit nombre d'exemplaires.

Le prix, pour nos abonnés, est toujours de 2 fr. au lieu de 4. Le port par la poste est de 1 fr.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

De l'Expatriation pénitentiaire, pour faire suite à l'ouvrage : *Des Prisonniers, de l'Emprisonnement et des Prisons*; par M. G. FERRUS, inspecteur général du service des aliénés et du service sanitaire des prisons, membre de l'Académie de médecine, etc. — Un vol. in-8°. Chez Germer Baillière, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Traité des maladies chirurgicales, et des opérations qui leur conviennent; par le baron BOYER, membre de l'Institut, de l'Académie royale de médecine et de la Légion-d'Honneur, professeur de chirurgie pratique à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien en chef de l'hôpital de la Charité. 5e édition, publiée par le baron Philippe BOYER, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, agrégé libre de la Faculté de médecine de Paris, officier de la Légion-d'Honneur. — Le tome VII et dernier, contenant les Maladies des voies urinaires et un chapitre sur les Agents anesthésiques, vient de paraître. Prix : 7 fr. Paris, Labé, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, 23.

Le Secrd.

Paris. — Typographie de PLON frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 27. — SAMEDI 5 MARS 1853. (26e ANNÉE.) N° 27. — SAMEDI 5 MARS 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40; EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les Lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE.	Trois mois	8 fr. 50 c.
	Six mois	16 »
	Un an	30 »
GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES.	Trois mois	9 fr.
	Six mois	17
	Un an	33
ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR.	Trois mois	10 fr.
	Six mois	20
	Un an	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Difformités nombreuses. — Mobilité des articulations. — Luxation congénitale double du fémur. — Particularités remarquables.

Un bateleur qui depuis longtemps exerce sa profession sur les places publiques de Paris, le nommé Dubern (Jean-Baptiste), âgé de vingt-sept ans, est entré à diverses reprises dans le service de M. Chassaignac, à l'hôpital Saint-Antoine, pour quelques contusions sans importance.

Sur cet individu se rencontrent des difformités nombreuses :

A la région dorsale existe une énorme gibbosité qu'il parvient à rendre moins saillante en projetant fortement les épaules en arrière, mais sans rendre concave en aucune façon la convexité de la colonne vertébrale, ainsi qu'il voudrait le persuader à ceux qui l'entourent ; à cette gibbosité correspond une déformation considérable de toute la cage thoracique. Presque toutes les articulations jouissent d'une mobilité exagérée, au genou, par exemple ; la jambe étant fortement étendue, les mouvements de rotation en dedans du tibia sur le fémur peuvent égaler un quart de cercle : cette mobilité est facile à comprendre quand on entend le récit des dislocations de toutes sortes auxquelles il a été soumis dès sa plus tendre enfance. Mais, sans contredit, les anomalies les plus curieuses sont celles qu'un examen attentif a fait découvrir dans les deux articulations coxo-fémorales ; comme le sujet était très amaigri, l'exploration des os à travers les parties molles n'a offert aucune difficulté.

1° En palpant la partie supérieure de la cuisse, les quatre doigts étendus à la partie externe du membre et prenant un point d'appui sur le grand trochanter, le pouce placé transversalement au niveau du pli de l'aine, un peu en dehors du point où l'on sent les battements de l'artère fémorale, on constate de chaque côté l'absence totale de la tête du fémur, quels que soient d'ailleurs les mouvements imprimés au membre. Aussi la partie supérieure de la cuisse est mince et comme atrophiée.

2° Le sujet étant debout, on sent parfaitement la tête du fémur dans la fosse iliaque externe, à un pouce au-dessus et un peu en arrière de l'épine antéro-supérieure. Cette position élevée s'explique d'autant plus facilement que, les points de sustentation du bassin étant reportés sur un plan plus postérieur, ce dernier a subi dans son ensemble un mouvement de bascule d'arrière en avant.

3° Sur un sujet bien conformé, le sommet du grand trochanter répond à une ligne qui partirait de l'épine antéro-supérieure pour se rendre à la partie la plus supérieure de la tubérosité sciatique ; ici cette apophyse est projetée bien en arrière de cette ligne, et de plus, le col du fémur, au lieu d'être dirigé de haut en bas et de dedans en dehors, est dirigé de haut en bas et d'avant en arrière, en sorte que le grand trochanter est placé derrière la tête fémorale. A cette position correspond une rotation assez marquée du pied en dehors pendant la marche.

4° La cambrure de la région lombaire est très prononcée, ce qu'il est facile d'expliquer par la présence des luxations congénitales et par la gibbosité considérable de la région dorsale.

5° Le malade étant vu par derrière, les trochanters et les ischions font une saillie considérable et paraissent comme décharnés : le tronc a subi un tel raccourcissement par suite de la courbure des vertèbres dorsales, que les deux membres inférieurs, contrairement à ce qu'on observe dans les luxations congénitales ordinaires, paraissent fort longs et offrent, relativement à la hauteur du tronc, une disproportion choquante.

L'étude de tous ces symptômes, les commémoratifs, la ressemblance parfaite entre les lésions des deux membres inférieurs, ne permettent pas d'hésiter un instant sur l'existence de la luxation congénitale double. Mais, outre la marche pénible avec oscillations du tronc qui caractérise les affections de ce genre, on peut constater une particularité inaccoutumée et bien rarement décrite : lorsque le malade imprime au membre inférieur un mouvement brusque de projection de dehors en dedans en faisant contracter les muscles rotateurs, il luxe à volonté les deux têtes fémorales ; les pieds se trouvent alors dans la rotation forcée en dedans et les têtes fémorales vers la partie supérieure de l'échancrure sciatique, au-dessous du point qu'elles occupaient d'abord, en sorte que la luxation iliaque est convertie en luxation ischiatique. Le trochanter a changé de place et se trouve directement en avant ; on sent même distinctement, au moment où le déplacement s'opère, la tête du fémur rouler avec bruit sur les surfaces articulaires de la fosse iliaque, et le trochanter passer d'arrière en avant en décrivant un arc de cercle à convexité externe.

Les phénomènes qu'on observe de chaque côté sont tout à fait identiques ; quand les deux membres sont luxés à la fois, la progression est presque impossible, et au bout de quelques pas le malade est forcé de s'arrêter. Il est remarquable, du reste, que ce déplacement des têtes fémorales a lieu parfois sans la volonté du malade : ainsi, lorsqu'il marche sur un terrain inégal, pour peu que le pied porte à faux, un craquement se fait entendre dans la hanche, et la luxation est produite ; au même instant, une secousse imprimée à la jambe et une contraction brusque des muscles rotateurs suffisent pour la réduire, et il peut poursuivre sa route comme d'ordinaire.

Le malade a récemment quitté l'hôpital après un court séjour, nécessité par l'inflammation et la suppuration d'une bourse séreuse placée au sommet de la gibbosité dorsale ; la guérison s'est produite rapidement sans rien offrir de remarquable.

Traitement du rhumatisme articulaire aigu par le sulfate de quinine.

Si l'influence du sulfate de quinine sur la marche du rhumatisme articulaire aigu avait besoin de recevoir une nouvelle affirmation, un fait que nous avons observé à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Sandras, viendrait merveilleusement à l'appui de l'utilité de cette médication, et pourrait être présenté comme un type parfait du mode d'action de ce médicament.

Le sujet est un cocher âgé de trente ans, entré le 12 février dernier, salle Saint-François, 21 ; il est petit, d'une assez bonne constitution ; il fut atteint, il y a huit ans, d'un rhumatisme articulaire aigu, qui fut traité par les émissions sanguines et disparut en quinze jours sans laisser de traces ni du côté du cœur ni du côté des articulations.

Cet homme fut pris, il y a cinq jours, sans cause appréciable, de frissons irréguliers, de malaise, de roideur et bientôt de douleurs dans les articulations ; à son entrée, les deux genoux étaient tuméfiés et offraient une légère fluctuation. Lumbago intense, douleur sans tuméfaction au coude et à l'épaule droite ; pouls à 120 pulsations ; le premier bruit du cœur manque de netteté, mais ne s'accompagne pas de bruit de souffle.

Le 13 février, on donne le sulfate de quinine à la dose de 2 grammes, et dès le lendemain le lumbago a disparu, la tuméfaction des genoux est diminuée, mais les articulations du membre supérieur droit sont prises de l'épaule aux phalanges, qui sont tuméfiées et très douloureuses à la pression ; les sueurs sont moins abondantes et le pouls ne donne plus que 84 pulsations. Le sulfate de quinine est continué à la même dose, et le 15 le pouls est à 70 ; les articulations sont moins tuméfiées et bien moins douloureuses ; pas de bourdonnements d'oreilles, inappétence et soif moins vives.

La dose du sulfate de quinine est diminuée à 1 gramme le 16 et le 17 février, et sous son influence le pouls continue à se ralentir ; il tombe à 60, puis à 48 ; les articulations sont presque libres, et le 18 la guérison est complète ; un bain de vapeur dissipe la légère roideur qui persistait dans quelques articulations ; le pouls est à 66, et les battements du cœur ne s'accompagnent d'aucun bruit de souffle ; le malade sort de l'hôpital : le *traitement a duré six jours.*

Ainsi, sans que le malade ait éprouvé ni vertiges, ni bourdonnements d'oreilles, le pouls a diminué de fréquence dès le premier jour qui a suivi l'administration du sulfate de quinine, et est tombé successivement de 120 pulsations à 70, 60, 48 ; ce n'est que le deuxième jour que les douleurs articulaires ont commencé à disparaître, alors que l'action hyposthénisante du sulfate de quinine s'était déjà manifestée depuis quelque temps ; mais à partir de ce moment la maladie a marché vers la guérison franchement et avec une surprenante rapidité. L'absence de complication appréciable du côté du cœur n'a pas sans doute été indifférente à cette prompte terminaison.

Fièvre typhoïde. — Hémorrhagies intestinales ; emploi de la glace. — Alimentation. — Traitements divers.

Nous ne reviendrons pas sur ce que nous avons dit relativement à la marche et à la gravité de cette maladie ; depuis cinq à six jours le nombre des admissions dans les hôpitaux est évidemment moins considérable, et la mortalité n'est pas augmentée. Mais nous devons signaler une complication qui paraît devoir devenir plus fréquente et dont la gravité est bien connue, c'est l'hémorrhagie intestinale, que l'on a observée chez un certain nombre de malades. Dans le service de M. Sandras, entre autres, ce symptôme s'est présenté presque en même temps chez trois malades ; l'un d'eux,

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité des maladies vénériennes, ouvrage théorique et pratique rédigé d'après les documents puisés dans les leçons et dans le service de M. Ricord, suivi d'un formulaire spécial, par M. le docteur Melchior ROBERT.

Il est peu d'enseignements en médecine qui aient eu, depuis le commencement de ce siècle, le succès de l'enseignement de M. Ricord. Si l'on en excepte les leçons de notre grand Broussais, écoutées avec tant d'avidité et d'enthousiasme au moment où le célèbre réformateur faisait en 1816 sa révolution pyrétologique, il serait difficile de citer un professeur dont l'amphithéâtre ait été aussi constamment rempli d'auditeurs assidus et empressés, nous pourrions presque dire *fanatiques*, que l'est depuis quinze années celui de M. Ricord. C'est que, lui aussi, il a fait œuvre de révolutionnaire ; c'est qu'au milieu des ténèbres qui régnaient dans la syphiliographie, il est venu apporter la lumière et débrouiller le chaos, qu'il a substitué à des doctrines confuses, ou plutôt à l'absence de toute doctrine, une théorie fondée sur l'observation, et dans laquelle la simplicité, l'enchaînement logique et rationnel des idées semblent être un sûr garant qu'elle est la plus rapprochée de la vérité.

C'est probablement dans le succès de cet enseignement oral, qui a suffi pour faire connaître de tous et partout les doctrines du professeur, qu'il faut chercher les raisons qui l'ont empêché de publier sous la forme dogmatique d'un traité complet l'ensemble de ses théories. Cet ouvrage complet, il est à craindre que M. Ricord ne le publie jamais ; il a consigné ses idées dans la *Clinique iconographique* de l'hôpital des Vénériens, dans son *Traité de l'inoculation*, dans les notes étendues de Hunter, dans une foule d'articles de journaux, dans ses *Lettres sur la syphilis*, et les exigences d'une pratique immense lui laisseraient à peine des loisirs suffisants pour mettre en ordre les nombreux matériaux que sa grande expérience lui a permis de rassembler. Par bonheur, la lacune que nous signalons, il n'était pas impossible de la combler. Un élève intelligent et dévoué, imbu des idées du maître, convaincu de leur justesse, de leur exactitude, instruit lui-même, et ayant beaucoup vu, beaucoup étudié au lit du malade, pouvait venir à bout avec une persévérance soutenue de suppléer à ce que le maître n'avait pas eu le temps de faire.

Cet élève s'est trouvé. Ancien interne de l'hôpital du Midi et maintenant l'un de nos confrères les plus distingués de Marseille, M. Melchior Robert vient de nous envoyer un livre qui prouve une fois de plus que l'on travaille en province aussi bien qu'à Paris, et que l'on ne s'y traîne pas toujours, comme le veulent quelques esprits chagrins, dans l'ornière de la routine.

Tout d'abord, dans son introduction, M. Robert nous expose quelle a été son intention, assez clairement intelligible, du reste, d'après le titre seul du livre. « La doctrine de M. Ricord, dit-il, n'est exposée en entier et méthodiquement dans aucun ouvrage, et j'ai pensé qu'une publication qui la reproduirait avec intégrité et jugement comblerait un immense vide dans cette partie de la science médicale qui traite de la vérole, et qu'en même temps les jeunes praticiens, pour lesquels il est actuellement difficile, pour ne pas dire impossible, de se faire une idée exacte de cette doctrine, et surtout de ses conséquences pratiques, pourront, en la trouvant développée sous leurs yeux, et appuyée de faits nombreux, en prendre une connaissance assez complète pour se livrer sans tâtonnements à la cure des affections qui en font le sujet. » On se fait facilement une idée, d'après les quelques lignes qui précèdent, de l'abnégation dont a fait preuve M. Robert en entreprenant le travail que nous avons sous les yeux, et qui était hérissé de nombreuses difficultés. Ce n'est pas en effet l'œuvre d'un simple sténographe, mais celle d'un auteur parfaitement convaincu, d'un judicieux observateur, qui, après s'être *assimilé* les doctrines du maître, a voulu dans sa propre pratique, et par lui-même, vérifier ce qui pouvait paraître encore douteux aux esprits incertains, et même à ceux dont les préventions étaient défavorables.

Après la vérité et la science, l'ordre, comme le dit l'auteur, est le principe de vie d'un ouvrage ; il en est donc une nécessité. Aussi a-t-il divisé son livre en deux parties bien distinctes : la première est consacrée aux affections vénériennes non syphilitiques, la blennorrhagie chez l'homme et chez la femme, ainsi que les différents accidents occasionnés par cette affection, l'ophthalmie et l'arthrite blennorrhagiques entre autres. Il s'est attaché à démontrer, dans cette partie de son travail, que la blennorrhagie n'est le plus souvent que le résultat d'une inflammation simple des muqueuses génito-urinaires ; que, dans les cas rares où les écoulements sont suivis d'accidents syphilitiques, il existe des chancres larvés que l'on finit par découvrir après un examen minutieux.

Nous avons remarqué dans les passages relatifs au traitement de la blennorrhagie chez l'homme ceux dans lesquels M. Melchior Robert s'élève avec juste raison contre cette malencontreuse et dangereuse habitude de faire couler la blennorrhagie. Il ne cesse de répéter que le meilleur moyen de prévenir tout accident est de faire disparaître l'écoulement dès son début. « J'espère, ajoute-t-il, avoir ainsi porté un coup à la pratique qui proscrit les injections sous le vain prétexte qu'elles causent des rétrécissements. » Que ce préjugé soit encore répandu dans le public, on le comprendrait jusqu'à un certain point ; mais qu'il se trouve des médecins qui pensent aujourd'hui que les rétrécissements sont le résultat des injections, c'est un fait que l'on ne saurait assez déplorer. Quel est le praticien un peu répandu qui n'ait rencontré des rétrécissements de l'urètre, et des plus graves, après des blennorrhagies abandonnées à elles-mêmes pendant quelques semaines seulement sans aucun traitement ?

Nous signalerons à l'attention quelques paragraphes où se trouvent décrites des affections sur lesquelles ne se sont pas arrêtés, ou même qui n'ont pas indiqués les auteurs, l'ovarite blennorrhagique, les blen-

arrivé à la fin du troisième septenaire, a succombé en trois heures à une hémorrhagie intestinale foudroyante, dont le début coïncida avec un violent frisson ; les deux autres cas, observés chez des femmes, paraissent vouloir céder aux applications permanentes de glace sur l'abdomen et aux lavements glacés. On peut voir dans notre numéro du 1er février des détails sur ce mode de traitement.

Quant à l'alimentation, M. Sandras lui a fait aussi subir une modification qu'il croit avantageuse. Dès que l'acuité de la fièvre, la chaleur âcre et mordicante de la peau, la stupeur, la sensibilité abdominale ont perdu de leur intensité, il commence à alimenter ses malades, un peu plus tôt que ne le fait la majorité des praticiens ; la convalescence serait ainsi moins longue et sujette à moins de dangers; mais il faut user ici de grandes précautions et exercer une active surveillance, car la diète la plus sévère est indiquée s'il se manifeste de la diarrhée ou le moindre trouble du côté des organes digestifs.

L'hospice de Bicêtre compte 180 lits destinés à recevoir des malades du dehors. Un service de 120 lits est sous la direction de M. Chapotin Saint-Laurent, qui jusqu'ici s'en est tenu à la médication expectante en administrant de temps en temps, mais assez rarement, quelques verres d'eau de Sedlitz; il a environ 80 typhoïques. Un autre service de 60 lits est sous la direction de M. Sée.

L'hospice de la Salpêtrière a augmenté encore le nombre des lits destinés aux malades du dehors. Tout le rez-de-chaussée du bâtiment Sainte-Claire est rempli de malades envoyés par le bureau central. D'un côté une salle d'hommes, de l'autre côté une salle de femmes, sous la direction de M. le docteur Béhier, qui traite le plus généralement par les purgatifs, en suivant toutefois les indications qui se présentent.

Au premier étage du bâtiment Saint-Charles sont 47 malades (hommes) affectés de fièvre typhoïde pour la plupart, et venus du dehors aussi. M. Moutard-Martin, chargé du service, insiste surtout sur les purgatifs à toutes les périodes quand la diarrhée n'est pas considérable ; mais si les selles liquides sont trop fréquentes, il administre les vomitifs par l'ipécacuanha et le tartrate double de potasse et d'antimoine. S'il survient des accidents ataxiques, qui du reste sont heureusement assez rares, il prescrit le musc à la dose de 0,10 à 0,15 gr. par jour. MM. les docteurs Moissenet et Cazalis emploient aussi le musc dans les accidents ataxiques, surtout M. Cazalis, qui porte la dose à 1 gr. et même 1,50 par jour ; c'est une pratique préconisée par M. Gendrin dans les formes ataxiques de toutes les affections graves, et dont il a tiré d'excellents résultats. La médecine consistant à saisir les indications qui se présentent et à traiter en conséquence est surtout suivie par ces deux savant médecins, chargés, comme nous l'avons déjà dit, du service de l'infirmerie.

Quant à M. Oulmont, qui doit être chargé d'un service nouveau ouvert dans le dortoir du premier étage du bâtiment Saint-Jacques, il n'est pas probable qu'il ait à combattre d'affections typhoïques; ses salles sont destinées aux malades de la maison, et la vieillesse, comme on sait, est jusqu'à un certain point une garantie contre cette maladie.

Les malades de la Salpêtrière ne sont pas, en général, gravement atteints, et la proportion des décès est faible par rapport au nombre des malades. Malheureusement il n'en est pas de même partout, et il est certains services de médecine dans les hôpitaux qui ne sont pas aussi bien partagés sous le rapport de la bénignité de la maladie. Depuis quelques jours le nombre des morts semble y augmenter un peu proportionnellement; espérons que ce résultat n'est que momentané, et se restreindra de plus en plus. Une particularité à noter, c'est que ces services se trouvent, en général, au rez-de-chaussée ou au premier étage. L'augmentation relative de la mortalité ne tiendrait-elle pas à ce que, en général, on évite de monter aux étages supérieurs les malades les plus gravement affectés à leur arrivée?

Hémorrhagie cérébrale chez un jeune sujet.

La rareté de cette affection dans la jeunesse nous engage à citer le fait suivant :

Au no 45 de la salle Saint-Thomas, à la Pitié, service de M. Grisolle, est couchée une jeune fille de dix-neuf ans, de bonne constitution. Elle n'a jamais été malade. Il y a environ six semaines, elle éprouva un étourdissement, et tout d'un coup se trouva paralysée de la main et de la jambe du côté droit. Cet état dura dix minutes environ, pendant lesquelles elle fut obligée de suspendre son travail, puis ces accidents se dissipèrent complétement.

Environ quinze jours après, le 6 février, pendant qu'elle dînait, elle fut prise d'un étourdissement, se leva de table, vit tout tourner autour d'elle, et cependant ne tomba pas. Elle put monter quatre étages, se coucha, et le lendemain la paralysie du bras et de la jambe était complète, tant pour le sentiment que pour le mouvement.

L'insensibilité, qui était complète sur le côté droit, est revenue ; les mouvements peuvent être exécutés, mais sans force ; la malade ne peut serrer que faiblement, elle traîne la jambe en marchant ; la langue est un peu déviée vers la droite, la bouche vers la gauche. La vue, qui s'était troublée dans l'œil droit, est en partie revenue. La malade avait perdu l'ouïe du côté droit, elle a récupéré l'audition. Pour tout traitement, on lui a fait une saignée à son entrée ; elle a pris quelques pédiluves sinapisés; des sinapismes ont été plusieurs fois appliqués sur les membres inférieurs.

Cette hémiplégie survenue chez un jeune sujet de dix-neuf ans ne peut certes pas être attribuée à une autre cause qu'à une apoplexie. Cette jeune fille n'a offert aucun symptôme d'hystérie, maladie qui donne si souvent lieu à des hémiplégies, comme on peut le voir au no 22 de la salle du Rosaire. Elle n'a jamais eu d'attaque de nerfs, jamais d'accidents hystériques continus; elle ne présente ni anesthésie, ni hyperesthésie. C'est donc un exemple rare, eu égard à l'âge du sujet, et qui, comme nous l'avons dit, méritait d'être mentionné.

Il en est de même du fait suivant, dont la rareté n'est cependant pas aussi grande.

Hémiplégie saturnine.

Au no 33 de la salle Saint-Paul, service de M. Nonat, est un homme de quarante-six ans, qui pendant vingt-six ans a exercé la profession de broyeur de couleurs. Il a eu cinq ou six fois la colique de plomb : la première attaque a eu lieu il y a environ dix ans ; la dernière l'a frappé au mois d'août dernier. En même temps il éprouva des douleurs violentes dans les bras et dans les jambes, et perdit en partie la myotilité des deux membres abdominal et thoracique du côté droit. Resté à l'hôpital Necker du mois d'août au mois de novembre, il en sortit et abandonna son état pour prendre celui de laboureur. Les forces qui lui étaient revenues l'abandonnèrent peu à peu, et il s'aperçut qu'il ne pouvait continuer son travail ; il entra à l'hôpital. Le malade présente des douleurs erratiques dans les membres, et surtout du côté droit ; il a perdu la force dans les muscles de l'avant-bras, non-seulement dans les muscles extenseurs, mais encore dans les fléchisseurs, car il ne peut serrer les objets ; il éprouve de la difficulté à marcher, et, chose remarquable, tout ce côté est paralysé du sentiment, phénomène qui ne se présente qu'une fois sur vingt environ. La langue est déviée du côté droit. Le malade n'a pas d'embarras sensible dans la parole ; il jouit de toutes ses facultés intellectuelles ; il n'a pas eu de symptômes d'apoplexie. On est donc en droit de rapporter ces accidents de paralysie à l'intoxication saturnine ; et ce cas est remarquable en ceci :

1° Que la paralysie porte sur toute une moitié du corps, ce que l'on n'observe que très rarement ;

2° Qu'il y a abolition de la sensibilité tactile au point qu'on peut pincer assez fortement sans que le malade s'en aperçoive, phénomène qui, nous l'avons dit, ne s'observe guère que dans un vingtième des cas.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. MALGAIGNE.

Des luxations compliquées de fractures.

On sait avec quelle persévérance M. Malgaigne s'occupe de ce sujet, sur lequel il recueille des matériaux importants, qui trouveront place dans la prochaine édition de son ouvrage. Le travail actuel, qu'il publie dans son journal, lui a été inspiré par un rapport remarquable fait à la Société de chirurgie sur un mémoire intéressant lu par M. Richet. Il a réuni sur cette question délicate les observations qu'il avait recueillies dans ses lectures, en y joignant celles de sa propre pratique, de manière à présenter le tableau aussi complet que possible de l'état de la science.

J'éliminerai d'abord, dit l'habile chirurgien, les luxations avec fractures articulaires, complication beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit généralement, mais dont j'ai fait une catégorie à part sous le titre de *Luxations complexes*.

Les fractures jointes aux luxations, qu'elles siégent sur l'os luxé ou ailleurs, sont elles-mêmes infiniment plus rares. Sur un total de 2,358 sujets atteints de fracture, relevé sur les registres de l'Hôtel-Dieu et dont j'ai donné le tableau dans mon *Traité des fractures*, il n'était accusé que quatre cas de luxations concomitantes. La proportion est assurément trop faible; j'ai établi un relevé des fractures et des luxations qui se sont présentées dans mon service à l'hôpital Saint-Louis, dans un espace de sept années consécutives, et j'ai noté 13 complications de ce genre, savoir :

1 luxation de la quatrième vertèbre cervicale avec fracture de son arc postérieur ;
1 luxation du sacrum avec fracture de l'un des os iliaques;
1 luxation du bras avec fracture de jambe;
1 luxation du coude en arrière avec fracture de l'avant-bras;
1 luxation du coude en arrière avec fracture du radius;
1 luxation du radius en avant avec fracture de l'avant-bras;
1 luxation du radius avec fracture du même os;
3 luxations du cubitus au poignet avec fracture du radius;
1 luxation du genou avec fracture de la jambe;
1 luxation des deux genoux avec fracture de la jambe gauche et du bras;
1 luxation tibio-tarsienne avec écrasement des os du tarse.

Dans quelques-uns de ces cas, la fracture siégeant sur des os plus ou moins éloignés ne modifiait point les indications propres à la luxation même. Mais les cas les plus fréquents sont ceux où la fracture, affectant l'os luxé, brise le levier qui devait servir au chirurgien pour les manœuvres de réduction, et c'est là la complication dont je veux traiter ici. C'est au bras qu'on la rencontre le plus communément; après le bras vient l'avant-bras, puis la cuisse et la jambe.

Il est assez difficile de préciser le mécanisme suivant lequel se produisent les deux lésions; savoir, si elles sont simultanées ou laquelle précède l'autre, si elles sont dues à un choc direct ou à un contre-coup. Seulement, j'ai vu une fois à l'avant-bras les deux os brisés à la même hauteur, ce qui accuse une cause directe, au moins pour la fracture, tandis que dans un autre cas le radius avait été évidemment fracturé à sa partie inférieure par une cause indirecte.

Cette complication est restée assez souvent méconnue, attendu que, l'une des deux lésions suffisant à rendre compte des principaux symptômes, le chirurgien, après l'avoir reconnue, ne porte pas plus loin ses investigations. Ajoutez que le gonflement est plus rapide et plus considérable que dans les cas simples, et que la douleur de la fracture masque celle de la luxation. Aussi est-ce la fracture qui est le plus souvent reconnue, la luxation demeurant oubliée. Sur dix-neuf cas de luxation avec fracture de l'humérus, j'en ai trouvé cinq où la vraie nature de la lésion avait été méconnue, et j'ai eu ma part d'une sixième méprise. Peu d'observations ont été publiées pour le coude; mais, moi-même, sur trois luxations du coude en arrière, le gonflement m'en a d'abord dérobé deux; et sur deux luxations du radius en avant, j'ai été témoin d'une méprise, et j'en ai commis une autre. J'ai vu aussi plusieurs erreurs du même genre, quand la luxation du radius était compliquée d'une fracture du cubitus. Avis donc aux jeunes chirurgiens, lorsqu'ils auront sous les yeux une fracture de l'avant-bras avec un gonflement qui remonte jusqu'au coude, de faire exécuter à cette articulation tous ses mouvements, pour s'assurer qu'aucune luxation ne lui en a fait perdre.

Voici deux exemples de semblables erreurs; la première a trait à une luxation du radius.

Luxation du radius en haut avec fracture de cet os. — Luxation méconnue.

OBS. I. — Un petit garçon de cinq ans, nommé Leroy, était assis près de son père sur le bord d'une tapissière, lorsque le cheval, lancé au grand trot sur un terrain glissant, manqua tout à coup des quatre pieds et tomba. La secousse fut telle que l'enfant fut jeté sur le cheval et glissa entre les jambes de l'animal. Le père, effrayé, saisit son fils par le bras et le retira vivement; mais, bien que hors de danger, l'enfant continua à pousser des cris aigus, et, comme il se plaignait beaucoup du bras, les parents le conduisirent chez leur médecin. Il y avait une plaie en arrière de l'olécrane, de plus, une difformité marquée de

---

norrhagies anale, buccale et nasale, un long article sur la balanoposthite, etc.

La seconde partie renferme tout ce qui se rapporte aux maladies qui sont le résultat de l'implantation du virus syphilitique sur les tissus de l'homme. Cette deuxième partie a dû être subdivisée en deux sections : la première, traitant des effets locaux et circonvoisins du virus syphilitique; la seconde, des effets consécutifs à l'absorption du virus syphilitique, ou vérole constitutionnelle.

Dans la première de ces deux sections sont compris le chancre, accident primitif, et le chancre inoculé, ainsi que le bubon inoculable, accidents successifs. Nous avons eu déjà l'occasion de dire notre opinion sur cette expression, accidents *successifs*, employée par M. Ricord pour désigner des accidents primitifs, c'est-à-dire inoculables, qui ne se manifestent qu'un certain temps après l'apparition du premier chancre. Ce mot *successif* ne devrait pas être employé, par la raison qu'il pourrait être confondu par les commençants et par ceux qui ne sont pas encore familiers avec les doctrines de M. Ricord avec l'expression de phénomènes ou accidents *secondaires*, qui sert à désigner la vérole constitutionnelle, non transmissible d'individu à individu. Or, le bubon, qui n'apparaît quelquefois que trois semaines, un mois et plus après le chancre, et qui contient du pus parfaitement inoculable; le chancre inoculé sur la cuisse du malade, par exemple, par le dépôt sur la peau du pus du chancre de la verge frottant sur ce point, sont des accidents primitifs en ce sens qu'ils contiennent du pus inoculable, et cependant sont successifs, puisqu'ils succèdent aux premiers, qu'ils reconnaissent pour point de départ. Ce n'est cependant, il faut le dire, qu'une question de mots qu'il est facile de corriger, et que, nous l'espérons, le maître corrigera lui-même.

Les points sur lesquels a insisté le plus longuement M. Robert dans l'histoire des accidents primitifs sont ceux-ci; à savoir, que le chancre ne donne pas toujours lieu à la vérole constitutionnelle; que le chancre suivi d'accidents constitutionnels est beaucoup plus rare que celui qui épuise sa virulence sur les régions qu'il occupe ; le chancre phagédénique gangréneux, par exemple, n'est jamais suivi d'accidents secondaires; au contraire, le chancre qui infecte paraît assez bénin dans les premiers temps de son existence, s'accompagne de bubons peu douloureux ou indolents tout à fait, ne suppurant point et donnant par là même peu d'inquiétude aux malades; que de plus, ce chancre, redoutable par ses suites, offre le plus souvent, sinon toujours, dès les premiers jours, un signe caractéristique, l'induration, si nettement formulé que l'on ne saurait le méconnaître. Ici, nous ferons observer que peut-être notre confrère et ami va un peu trop loin en affirmant que l'on ne saurait méconnaître l'induration sans être avec juste raison taxé d'ignorance. Il est des chancres irrationnellement traités par certains topiques, qui ont pu quelquefois être accompagnés d'un œdème simulant l'induration, et qui ont pu être confondus pendant un certain temps avec un chancre induré, ou du moins laisser des doutes pendant plusieurs jours à des praticiens même exercés.

Inutile de dire que M. Robert rejette l'existence du bubon d'emblée, qui, à vrai dire, ne nous a jamais paru bien constaté et dont l'existence nous a semblé très difficile à comprendre.

On trouvera dans la section des accidents secondaires une histoire bien complète des syphilides, et celle de l'iritis syphilitique, qui a fait déjà l'objet d'un intéressant mémoire publié à Marseille il y a deux ans, et analysé longuement à cette époque par nous dans la *Gazette des Hôpitaux*. Enfin, la section des accidents tertiaires est accompagnée de plusieurs faits recueillis par l'auteur dans sa clientèle particulière, et dans lesquels on trouvera une nouvelle preuve de sa sagacité et de son talent d'observation.

Nous avons souvent entendu des praticiens regretter de ne point trouver l'indication des formules dont se sert habituellement M. Ricord dans le traitement des maladies vénériennes, spécifiques ou non. M. Melchior Robert a compris l'utilité qu'il pouvait y avoir souvent de trouver réunies ces formules dans une foule de circonstances ; aussi la thérapeutique a-t-elle été traitée par lui avec un soin tout particulier, et contient-elle de nombreuses indications qui deviendront précieuses à ceux qui se livrent à l'étude de cette spécialité.

Des considérations sur l'évolution de la syphilis terminent le volume. Avec un dévouement scientifique dont il existe déjà quelques rares exemples, M. Robert a voulu sur lui-même faire des tentatives de syphilisation. On lira dans son livre le récit détaillé de ces expérimentations, qui, nous le croyons bien, n'augmentera pas le nombre des partisans de la nouvelle méthode préservatrice.

Nous ne pouvons qu'adresser des éloges à M. Robert pour la manière dont il s'est acquitté de la tâche qu'il s'était imposée. Il a reproduit fidèlement les doctrines, les idées, souvent même les paroles du maître, sans cependant se traîner servilement sur sa trace, et laissant percer de loin en loin son individualité. Qu'il nous permette cependant une légère critique. On sait avec quelle verve, avec quelle ironie même quelquefois, M. Ricord combat ses adversaires ; outre les raisons sérieuses, le professeur aime à réveiller souvent l'attention de son auditoire par une plaisanterie tout inoffensive dans le fond, mais dont la forme compense ce qui peut se trouver de trop aride dans le sujet d'études. Beaucoup de ces mots de M. Ricord ont été reproduits par M. Robert dans le cours de son livre ; notre ami nous permettra de ne pas l'approuver complétement dans cette circonstance. Tel mot piquant sera parfaitement à sa place dans une improvisation à l'amphithéâtre, qui ne se trouvera pas dans les mêmes conditions ou qui pourra passer pour trop agressif dans un traité sérieux comme l'est le livre de M. Robert. C'est là une très légère tache qui n'ôte rien au mérite du livre et qu'il nous suffira de signaler à l'auteur, nous l'espérons, pour qu'il la fasse disparaître dans une seconde édition.

Dr A. FOUCART.

l'avant-bras; la douleur locale et enfin la crépitation firent reconnaître une fracture du radius à sa partie moyenne. Le père avait peine à y croire, étant certain, disait-il, que l'enfant n'avait reçu aucun coup de l'animal, et il ne se rendit qu'après avoir touché lui-même l'endroit fracturé et entendu la crépitation. Un appareil fut appliqué de suite, et renouvelé à intervalles de plusieurs jours. Dans ces divers pansements, l'enfant renouvelait ses cris aigus, surtout quand on pressait la région du coude; mais la plaie de l'olécrane semblait rendre suffisamment compte de la douleur. Le petit blessé avait également soin de faire éloigner du pli du coude l'attelle antérieure, disant qu'elle le blessait. D'ailleurs, aucun accident ne vint entraver la consolidation. Au bout de trente jours on leva l'appareil; mais au moment où l'on faisait exercer des mouvements de pronation et de supination, on s'aperçut que la tête du radius avait quitté sa place et s'était luxée en avant. On essaya de la réduire, mais en vain, et il ne resta plus qu'à recommander de forcer les mouvements de flexion, qui étaient essentiellement gênés. L'enfant me fut amené quelques semaines plus tard. Il avait peu gagné, parce que les parents reculaient devant la douleur que lui causaient ces manœuvres. Je les engageai à continuer, et, au besoin, à se munir d'un appareil mécanique pour mieux régulariser les efforts. Je n'ai pas revu l'enfant depuis.

Luxation complexe du coude en arrière avec fracture de l'avant-bras. Luxation méconnue.

Obs. II. — Godin (Auguste), âgé de quinze ans, tomba dans un fossé, le 1er novembre 1847, sur l'avant-bras droit, mais sans pouvoir dire exactement en quelle position. L'avant-bras se gonfla immédiatement, et dans la soirée même l'enfant fut amené à Saint-Louis.

Le lendemain, à la visite, je reconnus par la crépitation une fracture de l'avant-bras droit, dont un gonflement énorme, qui s'étendait au tiers inférieur du bras, ne permit pas de constater le siége précis. L'avant-bras fut mis dans un appareil à attelles maintenues par des bandelettes de diachylon, afin de pouvoir surveiller le déclin du gonflement. Mais ces bandelettes, d'abord bien supportées, déterminèrent au bout de huit jours un érythème d'assez courte durée, mais qui força à enlever tout l'appareil et à maintenir simplement le bras sur des coussins. Au bout d'un mois il restait encore un peu d'empâtement du membre, cependant le malade fut autorisé à se lever en portant son bras en écharpe, et je ne m'en occupai pas davantage.

Mais, le 20 décembre, le membre n'étant pas encore revenu à son volume normal, je compris qu'il y avait autre chose qu'une fracture simple, et je procédai à un sérieux examen.

On rencontrait au niveau du quart inférieur du radius un cal assez volumineux. Sur le cubitus, rien de semblable.

Le gonflement occupait surtout la région du coude, et la flexion de l'avant-bras ne dépassait pas 115°. En explorant l'articulation, nous trouvâmes d'abord la tête du radius portée un peu en arrière de l'épicondyle, l'olécrane plus élevé d'environ 1 centimètre que du côté sain, et de plus porté en arrière, de telle sorte qu'il était éloigné de l'épicondyle de 5 centimètres, et de l'épitrochlée de 4 centimètres, tandis que les mêmes intervalles du côté sain étaient de 4 et de 3 centimètres. La luxation en arrière était donc évidente; mais, en outre, entre l'olécrane et l'épitrochlée, existait une saillie osseuse anormale indiquant la coexistence d'une fracture articulaire. Cette complication me détourna de tenter la réduction, et je me bornai à exercer le membre pour accroître les mouvements de flexion et même ceux d'extension, qui ne dépassaient pas 140°. Ces exercices étaient fort douloureux, étant pratiqués avec la main, et on en obtenait peu de progrès. Le malade sortit le 30 décembre, promettant de revenir à la consultation pour les continuer; mais nous ne le revîmes plus.

L'expérience m'a appris depuis ce temps que la coexistence d'une petite fracture au coude n'est pas toujours une contre-indication absolue à la réduction des luxations anciennes; et probablement aujourd'hui, en pareil cas, j'essaierais de réduire. Mais alors je ne pense pas qu'aucun chirurgien eût agi autrement que moi.

La luxation reconnue, que faut-il faire? Pasicrates, environ un demi-siècle avant l'ère chrétienne, avait abordé cette question pour les luxations de l'humérus avec fracture du même os; il voulait que l'on réduisît la luxation d'abord et la fracture ensuite. Ariston préférait, au contraire, exercer les tractions de manière à agir sur la luxation et la fracture à la fois. Héliodore revint au sentiment de Pasicrates. Il est assez remarquable que ni Celse ni Galien n'aient dit un mot de cette question; c'est à Oribase que nous devons les détails qu'on vient de lire. Paul d'Egine est bien moins précis; il se borne à prescrire en termes généraux de réduire comme à l'ordinaire.

Les Arabistes ont appuyé davantage. Ainsi, Guillaume de Salicet veut que, dans la même séance, on réduise soit la luxation d'abord et la fracture ensuite, soit la fracture et puis la luxation, selon la commodité. Mais c'est à Guy de Chauliac que revient l'honneur d'avoir établi la doctrine la plus sage et la plus complète. « Si elle » est compliquée avec fracture, dit-il, qu'on r'abille premierement » la dislocation et puis la fracture, s'il est possible. Mais, s'il n'est » possible, qu'on raccoustre la fracture, et quand le cal sera ferme, » la desnouëure soit r'abillée. » J.-L. Petit n'a fait que reproduire ce précepte, en ajoutant toutefois que la luxation est impossible à réduire quand la fracture est si près de l'article, qu'il n'y a pas assez de prise pour faire l'extension. Cette remarque était doublement malheureuse; elle alléguait une erreur en l'appuyant sur une autre : ce n'est point la distance de la fracture qui fait le plus grand obstacle à la réduction, et c'est bien rarement par l'extension qu'on peut l'obtenir. La doctrine de Guy a souffert plus encore de la part des chirurgiens modernes. Boyer a fort bien reconnu que les luxations des ginglymes peuvent être réduites sans extension, et dès lors il en recommande la réduction immédiate; mais il pense que dans les articulations orbiculaires les luxations sont irréductibles tant que la fracture existe, et irréductibles encore lorsque le cal est solide, à cause de leur ancienneté. A. Cooper n'admet, dans tous les cas, que la réduction immédiate, craignant plus tard de rompre le cal et de reproduire la fracture. Les faits dont je vais donner un résumé rapide montreront combien tout cela est hasardé.

Parlons d'abord des luxations récentes.

En général ce sont les méthodes de douceur qui réussissent le mieux, pression, impulsion, rotation ou bascule. Les articulations orbiculaires y obéissent aussi bien que les autres. On peut, quand la longueur du fragment supérieur le permet, pratiquer le mouvement de bascule avec une grande force, en entourant l'os brisé de fortes attelles. L'extension, bien que quelques chirurgiens disent y avoir eu recours, semble à peine pouvoir produire un résultat utile, et l'on verra que le plus souvent elle aurait pu être omise sans inconvénient.

Delamotte eut à traiter une luxation de l'humérus avec fracture de la partie supérieure et presque moyenne de cet os, et une autre fracture de la clavicule. Par ses ordres, un aide attira la tête luxée en dehors au moyen de la serviette, en pressant de ses mains sur l'acromion, tandis que Delamotte lui-même, embrassant des deux mains le fragment supérieur, le *tirait en bas*, dit-il, *en même temps qu'il le repoussait en haut*. Il réussit du premier coup. On voit que la prétendue extension était vraiment illusoire, et se réduisait à un mouvement de bascule.

Delamotte ne dit pas jusqu'où allait le déplacement. Dans le cas suivant la tête humérale formait une saillie au-dessous de la clavicule, et l'os était fracturé à son tiers inférieur. Laroche saisit d'une main le fragment supérieur, tandis que de l'autre main, appliquée au-devant du moignon de l'épaule, il repoussait en dehors la tête luxée. Il avait pris soin de faire appuyer sur l'acromion par un aide. La réduction se fit sans difficulté. Jame Gordon a pareillement réduit une luxation de l'humérus avec fracture de l'os en plusieurs fragments un peu au-dessus de sa partie moyenne.

Houghton, en 1845, a réduit au dixième jour une luxation de l'humérus avec fracture à quatre pouces au-dessous de l'acromion : le gonflement n'avait pas permis jusque-là de savoir à quelle lésion on avait affaire. La réduction fut obtenue en cinq minutes à l'aide de la serviette.

Ces trois cas répondent victorieusement aux assertions de Boyer. Mais j'en rencontre une autre échappée à Dupuytren, et qu'il faut également détruire. Dupuytren professait que, quand la luxation de l'humérus est compliquée de fracture de son col chirurgical, l'art et la nature même *n'y peuvent presque rien*. Or, dès 1777, Bottentuit avait réduit deux luxations humérales avec fracture la plus rapprochée possible de l'articulation, et plus récemment, M. Baroni a obtenu une réduction analogue, au seizième jour. La tête était logée sous le grand pectoral et loin de l'aisselle; le fragment supérieur très court, tourné en arrière, et ne donnant pas une prise suffisante à la main. Quinze jours furent employés à dissiper l'inflammation, le seizième on entoura le bras d'attelles solides; on fit tenir un peu le bras en bas par un aide, et quand l'extension fut jugée suffisante le chirurgien fit basculer le bras sur son genou porté dans l'aisselle. Une première tentative rapprocha seulement la tête de sa cavité, une seconde l'y fit rentrer complétement. (*Gazette des Hôpitaux*, 1841, p. 192.) On peut bien se demander, je pense, si l'extension faite dans de telles conditions a réellement servi à quelque chose. Enfin, plus récemment encore, M. Richet a réduit une luxation avec fracture du col huméral, en pressant des deux pouces sur l'acromion tandis que les autres doigts, placés dans l'aisselle, refoulaient la tête osseuse en dehors et en haut.

Les luxations du fémur se prêtent aussi bien à la réduction que celles de l'humérus, et l'on en peut déjà citer deux exemples. En 1836, M. Etève fut appelé pour un malheureux charron qui, surpris par la chute d'un arbre, avait eu le fémur gauche luxé en arrière, avec fracture du même os à sa partie moyenne, plaie pénétrante du genou, et enfin fracture du péroné du même côté. Sans différer, il plaça au chevet du lit deux aides, qui glissèrent leurs mains sous les aisselles du blessé pour le retenir; deux autres saisirent chacun l'extrémité d'un drap qui *entourait la cuisse sans trop la comprimer* entre la luxation et la fracture; trois autres étaient chargés de soutenir le bas du membre. Le membre étendu et le pied levé de manière à fléchir la cuisse presque à angle droit sur le bassin, après une extension graduelle le chirurgien poussa de toutes ses forces la tête du fémur dans sa cavité, et la réduction fut accomplie à l'instant même. On peut bien dire que l'extension était plutôt dans l'idée du chirurgien que dans sa manœuvre, et celle-ci s'est composée en réalité de la flexion combinée avec l'impulsion.

Déjà, quelques années avant M. Etève, Bloxham s'était trouvé en face d'une luxation ilio-pubienne compliquée de fracture du fémur, un peu au-dessus de sa partie moyenne. Un gonflement considérable vers l'aine parut une contre-indication à la réunion immédiate; on appliqua donc des lotions évaporantes; et le septième ou huitième jour seulement, le gonflement étant en grande partie dissipé, on procéda à la réduction. Le malade, couché sur le dos, fut maintenu par deux lacs, l'un passé en travers du bassin et attaché au bois du lit, l'autre disposé pareillement par-dessus l'aine du côté sain. Le membre, étendu, fut enveloppé de longues attelles, rattaché à une corde réfléchie sur une poulie fixée au plafond, à peu près vis-à-vis l'ombilic du patient, et le membre fut ainsi soulevé et conséquemment fléchi sur le bassin, tandis que le chirurgien repoussait la tête fémorale en bas et en arrière, et accomplissait ainsi la réduction. A part la complication fort inutile de l'appareil, c'est encore ici la flexion et l'impulsion qui ont tout obtenu.

Les luxations des ginglymes, malgré l'exception faite par Boyer en leur faveur, comptent bien moins d'exemples de réduction que les précédentes. Je n'en ai trouvé qu'un exemple pour les luxations du coude, auquel ma pratique me permettra d'en ajouter un autre.

Un homme de trente-six ans, ayant eu la main et le bras engagés dans un engrenage de moulin, en fut retiré avec diverses lésions, et entre autres les deux os de l'avant-bras complétement luxés en arrière de l'humérus et fracturés à deux pouces au-dessus du poignet. Pézerat réduisit immédiatement la luxation; il ne dit pas par quel procédé; la fracture fut traitée à son tour, et à la fin du septième septenaire il ne restait plus qu'à rétablir les mouvements du membre.

Voici maintenant mon observation.

Luxation du coude en arrière avec fracture de l'avant-bras.—Réduction immédiate. — Guérison complète.

Obs. III. — Le 11 septembre 1852, au château de Vigny, le jeune Martin, âgé de treize ans, essayait un chariot descendant sur deux câbles en fer à la façon d'une petite montagne russe, lorsque, l'un des câbles s'étant rompu, il fut précipité d'une hauteur de 6 à 7 pieds et tomba sur le bras droit. M. Héliot, médecin du lieu, fut appelé immédiatement; il reconnut une luxation du coude en arrière, une fracture des deux os de l'avant-bras à leur partie moyenne, et, jugeant avec raison le cas difficile et grave, appliqua un appareil provisoire et me fit mander.

J'arrivai à onze heures du soir, dix à douze heures après l'accident, et trouvai en effet une luxation complète du coude en arrière, l'avant-bras étendu, les deux os brisés comme il a été dit; les fragments du radius paraissaient bien en place, mais nous ne pûmes nous assurer de même de la position de ceux du cubitus, à raison d'un gonflement considérable avec une forte contusion de ce côté.

Sans désemparer, j'appliquai deux attelles sur l'avant-bras, et, essayant de le plier un peu, je cherchai à repousser l'olécrane avec les pouces. Cette manœuvre était fort douloureuse, j'endormis le malade avec le chloroforme, après quoi elle réussit à merveille et sans aucune autre traction. L'appareil à fracture alors définitivement appliqué, je fléchis l'avant-bras à angle un peu aigu, et je le maintins ainsi à l'aide d'une cravate en écharpe.

M. Héliot demeura chargé du soin du malade, que je revis seulement de temps à autre pour m'assurer de l'état de la fracture et essayer avec précaution des mouvements de l'avant-bras. La consolidation se fit régulièrement, le radius n'offrant même aucune saillie à l'endroit de la fracture; mais le cubitus, qui avait supporté le choc, demeura enveloppé d'une virole assez saillante, qui ne tarda pas cependant à diminuer.

Les mouvements du coude avaient été pratiqués avec précaution, comme il a été dit, pendant le cours de la fracture; le 16 octobre, le jeune homme m'ayant été amené à Paris, je commençai à les porter plus loin. La pronation fut recouvrée la première; la supination demanda plus de temps; de même, nous arrivâmes sans trop de peine à l'extension complète, et la flexion fut la dernière à arriver à très peu près au même degré que du côté sain.

La cure se trouva achevée le 6 décembre, ayant ainsi duré un peu moins de trois mois.

Pour le genou, je ne connais qu'un seul exemple de réduction. Une femme de cinquante ans fut apportée dans mon service, en septembre 1850, avec une luxation par rotation en dehors du genou gauche, fracture compliquée des deux os de la jambe à leur partie moyenne et issue du fragment tibial supérieur. Les internes procédèrent immédiatement à la réduction; une alèze fut placée au pli de l'aine pour la contre-extension et confiée à un aide; un autre aide, après avoir refoulé en haut les téguments de la partie supérieure de la jambe, embrassa celle-ci des deux mains un peu au-dessous de la rotule, et pratiqua ainsi l'extension. Puis, quand celle-ci parut portée à un degré convenable, il fit exécuter à la jambe un mouvement de rotation de dehors en dedans, et un double choc annonça la réduction. La fracture fut réduite à son tour; M. Guérin, qui me remplaçait, dirigea le traitement ultérieur, mais l'articulation était encore débile et souffrante dix-neuf mois après l'accident.

Si l'on veut admettre ici la réalité de l'extension, je ne m'y opposerai point; seulement on accordera qu'elle était bien faible et a servi de peu de chose. Delamotte raconte aussi que dans une luxation du pied avec fracture de la jambe *à trois travers de doigt au-dessous de l'article*, il fit faire l'extension et la contre-extension, tandis qu'avec le plat des mains il repoussait en leur place les extrémités articulaires. Cette prétendue extension était si peu sincère qu'il paraît s'en être abstenu lui-même dans une autre luxation du même genre avec fracture *en la partie moyenne et inférieure de la jambe*, et qu'il réduisit, dit-il, sans beaucoup de peine. En 1843, M. Corbin communiquait à l'Académie des sciences l'histoire d'une luxation tibio-tarsienne compliquée de fracture du tibia, qu'il réduisit aussi facilement. Enfin, pour compléter cette énumération, Delamotte eut occasion de réduire sans effort et même sans douleur une luxation bilatérale de la mâchoire compliquée de fracture à la partie moyenne et latérale gauche chez une jeune fille de douze ans, et M. Robert a réduit de même une luxation en haut et en dehors du condyle gauche de la mâchoire avec fracture verticale au côté droit du corps de cet os.

Dans presque tous ces cas, la réduction s'est accomplie sans aucun moyen préparatoire; il préfère cependant user du chloroforme, ne fût-ce que pour prévenir la douleur. Outre les aides occupés à la réduction, d'autres doivent être occupés à soutenir le bas du membre pour éviter tout mouvement dans la fracture, et une précaution non moins utile est de contenir celle-ci pendant l'opération à l'aide d'un appareil provisoire. Il est sage ensuite d'imprimer de bonne heure de légers mouvements à l'articulation pour éviter une roideur très forte; mais les grands mouvements ne s'exécutent avec sécurité qu'après la consolidation de la fracture.

Voilà pour les luxations récentes : il reste à parler des luxations qu'on a laissées persister soit par suite d'une erreur de diagnostic, soit que la réunion immédiate n'ait pu être obtenue. J'ai dit ce qu'en pensaient Boyer et A. Cooper; et, conformément à leurs vues, Dupuytren refusa de rien tenter chez un sujet de quarante-trois ans, porteur depuis cinquante-cinq jours d'une luxation humérale avec une fracture du col bien consolidée.

Or dès 1828 Warren s'était heureusement écarté de cette doctrine. Un jeune homme avait eu l'humérus luxé et fracturé dans son col; la réduction immédiate avait été vainement tentée, et l'on avait placé un appareil à fracture. Warren, consulté, attendit sept semaines, et, jugeant alors le cal solide, pratiqua l'extension avec les poulies, et compléta la réduction par le procédé du genou.

J'ai imité cet exemple dans un cas de luxation du coude en arrière avec fracture du tiers inférieur du radius.

Voici l'observation :

Luxation du coude en arrière avec fracture du radius. — Réduction de la luxation après la consolidation de la fracture.

Obs. IV. — Le 24 mai 1846, Legagneur, passementier, âgé de cinquante-trois ans, s'était penché sur le bord de l'un des fossés du Champ-de-Mars pour tendre la main à une personne qui voulait en sortir, lorsque, perdant l'équilibre, il tomba d'environ deux mètres de hauteur sur la main gauche étendue. Il ressentit une vive douleur à l'avant-bras, suivie bientôt d'un gonflement considérable, et entra le même jour dans mon service à l'hôpital Saint-Louis.

Le lendemain, à la visite, je trouvai l'avant-bras tuméfié jusqu'au-dessus du coude; le bras offrait à sa partie postérieure et interne une large ecchymose qui remontait jusqu'à l'aisselle. La main, fortement portée en dehors et dans la pronation, formait un angle obtus avec l'avant-bras; elle était de plus projetée en arrière, et l'épiphyse du radius, évidemment fracturée, offrait sa saillie caractéristique; enfin, la petite tête du cubitus faisait une forte saillie en arrière du poignet. Une douleur très vive s'étendait de l'articulation carpienne à tout l'avant-bras, augmentant par les moindres mouvements; mais le malade disait ne sentir aucune douleur, ni au coude, ni à l'épaule.

Je m'arrêtai à la fracture du radius, qui était évidente, et ne m'occupai nullement du coude, où le malade n'accusait rien. La fracture

fut donc réduite et maintenue avec un appareil ordinaire, en ajoutant une pression spéciale pour maintenir la petite tête du cubitus, et dès le lendemain toute douleur avait disparu.

Le gonflement ne tarda pas lui-même à diminuer, si bien que, le 10 juin, je crus utile, pour éviter la roideur du coude, de faire exécuter à l'avant-bras des mouvements de flexion et d'extension. A mon grand désappointement, je fus arrêté aux premiers essais; et, en recherchant la cause, je trouvai l'extrémité inférieure de l'humérus faisant saillie au pli du coude, l'olécrane à son tour saillant en arrière; la luxation de l'avant-bras en arrière était manifeste.

Je fis immédiatement plusieurs tentatives en repoussant l'olécrane avec les pouces, tandis que les doigts des deux mains refoulaient simultanément l'extrémité inférieure de l'humérus en arrière; ce fut en vain, et je me décidai à attendre la consolidation de la fracture.

Le 22 juin, l'appareil ayant été retiré, la consolidation de la fracture parut complète; les mouvements de pronation et de supination se faisaient aisément. J'attendis huit jours encore pour plus de sécurité, et le 1er juillet je procédai à la réduction.

Je ne savais encore alors faire la contre-extension qu'avec une ceinture passée sous l'aisselle et embrassant le tronc. Aussi l'extension fut portée successivement à 100, 110, 120 et 140 kilogrammes, en y joignant la pression sur l'olécrane avec les pouces, sans aucun résultat.

Enfin, me plaçant au-devant du malade, j'appuyai sur mon genou la partie inférieure de l'humérus; je fis porter l'extension à 150 kilogrammes, et relâchant les lacs aussitôt, par un brusque mouvement de flexion exécuté sur le genou, la luxation fut réduite. L'olécrane se trouvait porté plus en avant que dans l'état normal; phénomène commun dans les réductions anciennes, à raison de l'engorgement qui soulève en arrière le tendon du muscle triceps.

L'avant-bras fut maintenu fléchi, appuyé sur la poitrine, et la main portée vers l'épaule gauche à l'aide d'un bandage circulaire; et des cataplasmes furent appliqués sur le coude.

Le 5, je remplaçai le bandage par une simple écharpe, et je commençai à imprimer au coude de légers mouvements, que j'agrandissais les jours suivants. L'extension et la flexion étaient déjà assez étendues et assez faciles, lorsque le malade demanda sa sortie le 13 juillet. Je l'engageai à continuer chez lui ces exercices avec persévérance pour recouvrer les mouvements tout entiers.

On voit par ces deux faits qu'on ne saurait se flatter toujours de réussir ni au neuvième jour, ni même immédiatement; il y aurait même quelque péril à s'opiniâtrer, surtout avec des procédés de force. J'ai vu une luxation de l'humérus avec fracture du col suivie d'une suppuration mortelle, due à des manœuvres imprudentes; et si, après avoir reconnu la luxation de prime abord, on ne pouvait la réduire avec des efforts modérés, il vaudrait beaucoup mieux attendre pour de nouvelles tentatives que la fracture fût consolidée.

Je ne veux pas dire assurément qu'alors on réussira toujours; seulement je suis bien aise d'établir que les tentatives se font sans aucun péril lorsqu'elles sont prudemment conduites, et que, même en cas d'insuccès, il en résulte encore un certain bénéfice pour le malade, à raison de l'allongement des liens fibreux qui font le principal obstacle à l'extension des mouvements. En voici un exemple.

Luxation du radius avec fracture de l'avant-bras. — Essais de réduction après la consolidation de la fracture. — Insuccès, mais amélioration des mouvements.

OBS. V. — Le 19 juillet 1846, entra à la salle Saint-Louis, n° 28, le nommé Fournier (Simon, charretier, pour une fracture à la partie moyenne des deux os de l'avant-bras, causée par un coup de pied de cheval. Un gonflement considérable s'était emparé de l'avant-bras et même de l'articulation du coude.

La fracture fut maintenue pendant trente-deux jours dans un appareil ordinaire; à sa levée, en voulant imprimer quelques mouvements à l'articulation du coude, je trouvai que la flexion était impossible à un certain degré, et en recherchant la cause, je reconnus une luxation du radius en avant.

L'avant-bras était porté un peu dans la pronation et légèrement fléchi sur le bras; les mouvements de flexion, très bornés, ne permettaient pas de ramener l'avant-bras à angle droit. La supination était plus bornée que la pronation.

A la partie externe et antérieure de l'humérus, on sentait sous la pression du doigt la cupule radiale qui avait abandonné le condyle de l'humérus, non complétement toutefois, et qui touchait presque l'apophyse coronoïde. En arrière et sous le condyle, on sentait une dépression correspondant à la saillie antérieure.

Le malade ayant besoin de sortir ce jour-là même, je l'engageai à revenir pour tâcher de réduire la luxation, et nous le revîmes en effet le 28 août, quarante jours après l'accident.

La luxation étant incomplète, j'espérais la réduire par une forte pression. En conséquence, l'avant bras placé sur une planche garnie d'une alèze, j'appliquai sur la saillie même formée par la tête du radius le tourniquet de J.-L. Petit; j'exerçai ainsi une pression énergique en même temps que des aides opéraient l'extension sur la main et la contre-extension sur le bras. La tête luxée sembla céder un peu, mais, malgré plusieurs tentatives, ne put être ramenée complétement à sa place. Le sujet y gagna seulement un peu plus d'étendue dans les mouvements de flexion et d'extension, et je l'engageai fortement à chercher à les accroître par des exercices fréquemment répétés.

Que deviennent cependant les mouvements entravés à la fois par une luxation et une fracture? Si la fracture siége loin de l'articulation, la luxation a ses conséquences ordinaires; si les deux lésions sont très rapprochées, la roideur sera nécessairement plus forte. Chez le sujet de Dupuytren, au cinquante-cinquième jour, les mouvements du bras en avant et en arrière étaient très bornés; ceux d'adduction et d'abduction très bornés et très douloureux à la fois. Des bains et des cataplasmes calmèrent un peu les douleurs, et sans doute un exercice persévérant eût rendu quelque mobilité au membre. A. Cooper a rapporté un cas de luxation de l'humérus avec fracture du col; la tête était restée isolée dans l'aisselle, où elle avait contracté de fortes adhérences avec la face interne de l'omoplate; le fragment inférieur appuyait sur la cavité glénoïde, sur laquelle il jouait moyennant une substance fibreuse étendue de l'une à l'autre.

James Douglas a vu un luxation suspubienne du fémur avec fracture du col de l'os datant de douze ans; le membre conservait des mouvements en avant, en arrière et en dedans; mais les surfaces fracturées n'étaient ni réunies, ni même en contact, et le col fémoral était maintenu contre la cavité cotyloïde par du tissu fibreux.

Ce sont des faits analogues qui ont conduit M. Ribéri à conseiller, en pareil cas, un nouveau plan de traitement. Sur un cadavre de soixante ans, il avait trouvé la tête humérale sous la clavicule et notablement atrophiée; la fracture qui occupait le col chirurgical était réunie par un cal difforme, et de là naturellement une étendue de mouvements très limités. Au contraire, chez un vieil officier qui avait éprouvé un accident du même genre dans la campagne de Russie, et que M. Ribéri vit en 1830, la tête luxée ne participait point aux mouvements du bras, et le malade pouvait lever le bras horizontalement et porter la main à la tête. Il y avait donc une pseudarthrose; et le blessé racontait que, après avoir laissé le membre en repos pendant vingt-cinq jours, on l'avait exercé à faire des mouvements.

Le traitement était ainsi tout indiqué; et bientôt, appelé près d'une femme de trente ans, affectée à la fois de luxation avec fracture au col de l'humérus, qui était restée méconnue vingt-neuf jours, M. Ribéri conseilla les mouvements avec un tel succès que, au bout d'un an, la malade portait la main à sa tête. Un de ses confrères lui communiqua un succès en tout semblable, et quelques années après, M. Peyrani en publiait deux autres. Dans le premier cas, après des essais de réduction inutiles, le chirurgien se borna à combattre l'inflammation; au bout d'un mois environ il commença à mouvoir le bras; il fallut sept mois de persévérance pour obtenir une rotation bornée et la possibilité de porter la main au menton et de vaquer à quelques affaires domestiques. Quatre années après l'accident, les mouvements d'élévation étaient devenus très faciles, la rotation moins limitée; la tête luxée était devenue immobile et s'était sensiblement atrophiée. Dans le deuxième cas, ce ne fut également qu'au bout d'un an qu'on commença à remuer le membre.

Comme on le voit, dans tous les cas, les chirurgiens n'avaient vraiment pas le choix du traitement; et si le cal ne s'est pas fait, c'est que l'écartement des fragments ne lui permettait pas de se faire. Mieux vaut donc, à mon avis, après avoir vainement tenté la réduction immédiate, favoriser la consolidation pour arriver à une réduction plus tardive; mais enfin, lorsque le cal est impossible, les résultats obtenus montrent tout ce qu'on peut attendre de mouvements bien dirigés et surtout longuement persévérants.

EMPLOI DE LA DIGITALINE DANS LA SPERMATORRHÉE.

Par M. le docteur L. CORVISART.

M. le docteur Corvisart publie dans le *Bulletin de thérapeutique* trois observations de malades sujets à une spermatorrhée, qui chez deux avait résisté à plusieurs autres médications et céda à l'emploi de la digitaline à la dose de 1 à 3 milligrammes par jour.

UN MOT SUR LES HÉMOSTATIQUES.

Les chirurgiens qui manient avec habileté le bistouri, qui sont habitués à lier ou à tordre les artères et redoutent peu pour les malades les douleurs de la cautérisation, ont, en général, une médiocre sympathie pour les moyens hémostatiques. Mais les malades et le grand nombre des médecins n'ont pas une égale répugnance pour ces médicaments. Il est des cas d'ailleurs où ils deviennent nécessaires par suite de la friabilité des tuniques artérielles ou de la situation profonde des artères qui donnent du sang. Les hémorrhagies veineuses et capillaires peuvent réclamer également l'emploi de ces liquides, qui, pris à l'intérieur, ont aussi leur utilité dans les cas d'hémorrhagie interne.

Ces diverses considérations expliquent le succès qu'ont obtenu certaines de ces préparations, et le discrédit dans lequel sont tombées quelques autres, comme l'eau hémostatique de Tisserand, de Chapelain, de Neljabin, de Monterosi, etc.

Récamier avait remplacé ces différentes compositions par une eau balsamique et astrictive analogue à l'eau de Léchelle, et qu'il disait lui avoir réussi dans les hémoptysies, les hémorrhagies intestinales, etc. Il préférait cette eau à celle de Brocchieri, qu'on dit être souvent infidèle dans ses effets hémostatiques, et dont voici la composition:

Térébenthine.	500 grammes.
Eau.	600 —

Faites bouillir pendant un quart d'heure; ajoutez quantité suffisante d'eau pour obtenir 1,000 grammes de mélange; filtrez quand la liqueur est refroidie. (Deschamps.)

Une autre eau dont M. Bouchardat donne la composition dans son *Formulaire*, et qui a été préconisée par M. le professeur Sédillot (de Strasbourg), c'est l'eau de Pagliari, composée comme suit:

Benjoin.	250 grammes.
Alun.	500 —
Eau.	5 kilogr.

Faites bouillir six heures dans un pot vernissé, en remplaçant l'eau qui s'évapore par de l'eau bouillante. Filtrez.

La *Gazette des Hôpitaux* a rendu compte il y a quelques vingt ans des expériences tentées sur des animaux avec une eau hémostatique nommée eau Binelli. Plusieurs expériences faites sur des chiens dont on avait ouvert l'artère crurale réussirent, l'hémorrhagie fut arrêtée. Mais on sait que, soit par la plasticité du sang de certains animaux, soit par toute autre cause, les hémorrhagies sont moins à craindre chez eux que chez les hommes, et des expériences pareilles ne peuvent amener aucune conclusion favorable à l'espèce humaine. Quoi qu'il en soit, l'eau de Binelli fut employée avec succès dans les hémorrhagies externes.

Une préparation plus récente, connue sous le nom d'eau hémostatique Léchelle, semble être une composition analogue à celle de l'eau de Binelli, mais perfectionnée, et donnerait pour les hémorrhagies externes et internes les résultats les plus satisfaisants. Son innocuité a été parfaitement constatée par plusieurs professeurs de la Faculté et par un grand nombre de praticiens distingués, parmi lesquels on peut citer MM. Aussandon, Delarroque, Muratori (de Palerme), etc. Voici la composition et le mode d'administration de cette eau:

Feuilles de noyer.	ã ã 500 grammes.
— de chardon béni.	
— d'aigremoine.	
Menthe blanche.	
— poivrée.	
— cotonneuse.	
— couronnée.	
Sauge.	
Agripaume.	
Basilic.	
Thym.	
Romarin.	
Fleurs de roses rouges.	ã ã 750 grammes.
— de souci de vignes. . . .	
— d'arnica.	
Bourgeons de sapin.	
— de peuplier.	
Ecorce de chêne.	
— de grenades.	
— de sumac.	
Racine de gentiane.	
— de garance.	
Goudron.	

Pulvérisez grossièrement toutes ces substances et faites-les macérer trente-deux heures dans 100 litres d'eau, puis distillez selon l'art.

A l'intérieur, cette eau se donne à la dose de 2 à 8 cuillerées à bouche par jour dans la phthisie pulmonaire, l'hématémèse, l'asthme nerveux et tuberculeux, les hémorrhagies pulmonaires, nasales ou autres et les divers flux. A l'extérieur, en injections et fomentations sur les organes malades ou les plaies saignantes. Confiée aux voies digestives, elle rappelle le sang à son état normal, prévient l'inflammation et l'engorgement des veines.

D'après M. Bouchardat: « M. Horteloup, médecin de l'Hôtel-» Dieu, a administré souvent à l'intérieur l'eau de Léchelle; jamais » elle n'a déterminé d'accidents; tous les malades la prennent sans » répugnance.

» Dans les cas de *perte utérine*, donnée d'heure en heure par » cuillerée à soupe, elle diminue l'écoulement du sang et le ra-» mène à des proportions convenables.

» Dans des cas d'*hémoptysie tuberculeuse*, plusieurs malades » affirment que cette eau hémostatique les soulage et arrête l'ex-» pulsion sanguinolente. Les malades ont, au contraire, repoussé » l'eau de Pagliari. » (*Annuaire de thérapeutique*, 1853, p. 203.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Une séance de la Faculté de médecine de Paris a eu lieu hier pour la discussion des titres des candidats aux chaires de thérapeutique et de matière médicale et d'histoire naturelle médicale. Un rapporteur a été nommé pour chaque candidat.

Les candidats à la chaire de thérapeutique et de matière médicale sont au nombre de neuf, dont voici les noms d'après l'ordre d'inscription:

MM. Beau, Grisolle, Tardieu, Fleury, Pidoux, Cazenave, Guérard.

Le nombre des candidats à la chaire d'histoire naturelle médicale est de sept. Voici leurs noms:

MM. Payer, Robin, Moquin-Tandon, Hœfer, Martins, Lestiboudois, Chatin.

— Nous publions *sous toutes réserves* le fait suivant extrait du *Courrier de la Gironde*; il s'agirait d'un empoisonnement causé par la présence dans les intestins d'une canule dite de Dupuytren. Cette canule en cuivre argenté se serait oxydée et aurait produit la mort de la malade.

Nous espérons que quelques-uns de nos honorables confrères de Bordeaux nous donneront l'explication d'un fait auquel nous avons peine à ajouter foi.

« Une jeune femme, Mme Ch..., domiciliée dans une commune peu éloignée de Bordeaux, fut atteinte, il y a deux ans, d'*obstruction du canal lacrymal*. D'après les conseils d'un médecin, cette dame se rendit à Paris, et alla trouver un oculiste renommé, qui, pour la guérir et rétablir la communication, lui introduisit dans le nez un petit tube courbe et effilé, ayant fonction de remplacer le canal naturel des larmes.

» Ce tube, qui porte le nom de *canule-Dupuytren*, est généralement fait en argent. Il s'en trouve néanmoins en cuivre; mais ces derniers sont toujours recouverts sur toute l'étendue de leur surface d'une petite lame d'argent ou d'un autre métal non susceptible de s'oxyder.

» Disons tout de suite que la canule qui échut à Mme Ch... était en cuivre lamé d'argent. L'opération fut douloureuse; mais l'efficacité du résultat réconcilia la malade avec le bistouri de l'opérateur, et elle revint dans son village guérie de sa malheureuse infirmité.

» Dix-huit mois s'écoulèrent. Un jour, Mme Ch..., se regardant à la glace, constata avec désespoir que son larmoiement des yeux était revenu avec des symptômes alarmants. Elle ressentit à la même époque de vives douleurs d'estomac. Des coliques cruelles, accompagnées de vomissements, la prenaient à intervalles très rapprochés, et forçaient d'appeler le médecin, qui, ignorant la cause de la maladie, ne pouvait administrer que des liniments sans effet durable. L'état de Mme Ch... empira de plus en plus, et, malgré les soins qui lui furent administrés, elle dut succomber à ces horribles souffrances.

» Après sa mort, il fut arrêté qu'on ferait l'autopsie du cadavre, afin de découvrir au juste en quoi consistait la maladie dont on ignorait les causes et qui avait entraîné de si funestes conséquences.

» L'autopsie apprit aux chirurgiens qui se chargèrent de l'opération que Mme Ch... avait péri victime d'un empoisonnement produit par un oxyde de cuivre. En mettant à nu les intestins, ils découvrirent, cachée dans l'un d'eux, la *conule-Dupuytren*, que recouvrait une couche épaisse de vert-de-gris. C'était là, à n'en plus douter, la cause du malheur que l'on déplorait.

» Voici ce qui était arrivé: le tube introduit dans le nez de Mme Ch... par l'oculiste qui l'avait soignée de sa maladie des yeux était descendu dans la bouche, et de là dans l'estomac. La lame d'argent, attaquée par l'action des agents chimiques, avait disparu, et plus tard le cuivre sous-jacent, oxydé sous les mêmes influences, avait déterminé la mort et ses douloureux précédents. »

Le Gérant.

Paris. — Typographie de PLON frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 28. — MARDI 8 MARS 1853. (26e ANNÉE.) N° 28. — MARDI 8 MARS 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE.	Trois mois. . . . 8 fr. 50 c. Six mois. . . . 16 » Un an. . . . . 30 »	
GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES.	Trois mois. . . . . 9 fr. Six mois. . . . . . 17 Un an. 33	
ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR.	Trois mois. . . . . 10 fr. Six mois. . . . . . 20 Un an. 38	

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

PARIS, LE 7 MARS 1853.

De l'hygiène des enfants

DEPUIS LA NAISSANCE JUSQU'A L'ÉPOQUE DU SEVRAGE.

(Sixième et dernier article.)

Il nous reste à examiner les précautions qu'exigent certains soins hygiéniques qui, pour avoir moins d'importance que la nourriture, ne sauraient être négligés sans inconvénients, sans danger même; ils ont rapport aux vêtements, à la propreté, aux promenades, au sommeil et à l'exercice.

Vêtements. — Il est essentiel de ne pas trop serrer les vêtements du nouveau-né, afin, d'une part, de ne pas lui tenir les membres dans une extension forcée et permanente, et de lui permettre de faire des mouvements favorables à son développement. Aussi, depuis longtemps a-t-on renoncé à l'antique et barbare coutume de *ficeler* l'enfant dans ses langes. Ceux-ci sont simplement fermés pour le garantir du froid. On peut même, vers l'âge de trois ou quatre mois, les remplacer par une petite jupe en laine, des bas et des chaussons.

Il faut cependant éviter l'exagération dans laquelle est tombé Rousseau, qui voulait que les vêtements des enfants fussent aussi légers en hiver qu'en été. La méthode anglaise, moins répandue d'ailleurs qu'on ne pense au delà du détroit, ne saurait convenir aux enfants tout jeunes, et doit être appliquée progressivement et avec précaution.

Bains, lotions, soins de propreté. — Relativement à cette question importante, nous laissons la parole à M. Béclard, qui a résumé dans une bonne thèse l'état de la science à cet égard, et dont nous partageons tout à fait la manière de voir :

« Fort de sa propre expérience et de l'autorité de » Tissot, Fourcroy veut que douze heures après la naissance l'enfant soit lavé à l'eau froide depuis le sommet de la tête jusqu'aux pieds, sans avoir égard à la » constitution ni à la saison, et que ce lavage soit continué chaque jour. Contemporain de Fourcroy, J.-J. » Rousseau, qui, dans la première partie de son *Emile*, » n'a guère fait que reproduire, sous une forme éloquente » et passionnée, les idées de son temps, Jean-Jacques, » dis-je, est moins absolu. Il est bien d'avis que l'enfant » soit lavé souvent, mais il conseille d'employer d'abord » l'eau tiède, et d'arriver par degrés seulement à l'eau » froide. Hufeland, dont on invoque souvent le témoignage, n'a jamais conseillé de procéder autrement.

» Si l'on doit absolument repousser la doctrine de » Fourcroy, que doit-on penser de celle d'Hufeland? » Est-il bon d'accoutumer les enfants par degrés aux » lavages généraux à l'eau froide, et faut-il attacher à » cette pratique tous les avantages qu'on lui attribue? » A cet égard, il faut remarquer d'abord et noter avec » soin que nous ne parlons pas des bains, mais seulement des *lavages*. Or, il est certain, et j'ai par devers » moi un certain nombre d'exemples de ce genre, que » les lavages à l'eau froide, lorsqu'ils sont rapidement » pratiqués à l'aide d'une éponge médiocrement mouillée, et qu'on les fait suivre d'une friction modérée, produisent de bons effets lorsque l'enfant est » fort et bien portant. Nous allons plus loin, et nous » pensons que cette méthode peut avoir pour avantage » de fortifier les jeunes enfants et de les accoutumer de » bonne heure à résister plus efficacement contre les influences du dehors, qui ont tant de prise sur eux. » Mais il faut procéder, en pareille matière, avec des » transitions telles, et il importe tant que ce lavage » soit fait avec rapidité, que nous pensons qu'une » mère n'en doit jamais abandonner l'administration à » des mains étrangères, ou tout au moins qu'elle doit la » surveiller elle-même. Il faudrait d'ailleurs, même en » ce cas, attendre au moins au sixième ou au huitième » mois après la naissance, et ne jamais employer, en » hiver, que de l'eau à la température de l'appartement, » c'est-à-dire à 10 ou 15 degrés environ. D'ailleurs, et » c'est là un point capital dans la question, ce qui pourrait être sans inconvénient pour un enfant bien constitué, ce qui pourrait même lui être avantageux, serait » souvent nuisible à un autre enfant d'une constitution » délicate. En pareille matière, la mère ne doit donc » rien tenter en ce genre sans avoir recours au médecin. »

Outre ces lotions journalières, qui, comme on le voit, sont soumises à des conditions spéciales, il est indispensable de donner à l'enfant de temps en temps des bains complets. Quand il est lavé régulièrement chaque jour à l'eau froide, un bain par semaine de dix à vingt minutes de durée suffit. Autrement on devra lui en donner un tous les deux ou trois jours en hiver, et tous les jours en été. Pendant la première saison la température sera de 25 à 30 degrés; pendant la seconde on pourra l'abaisser en abrégeant la durée du bain. Il est inutile d'ajouter que surtout dans la saison froide l'enfant devra être exactement essuyé en sortant de l'eau.

La toilette de la tête exige une attention spéciale. Il est utile non-seulement de la laver comme le reste du corps, mais de la frictionner de temps à autre avec un linge et avec une brosse très douce pour enlever la crasse, les pellicules et les croûtes qui s'accumulent facilement sur cette partie, et pour y rétablir les fonctions de la transpiration insensible, dont la suppression peut donner lieu à des maladies du cuir chevelu. Les poux ne sont jamais, comme le pensent quelques mères, une chose nécessaire à la santé des enfants; ils sont toujours inutiles, et l'enfant ne s'en porte que mieux quand on l'en débarrasse, non pas à l'aide de pommades mercurielles, comme quelques-uns l'ont proposé, mais par de simples soins de propreté.

Promenades, aération. — Pendant les premières semaines, surtout en hiver, et quand l'enfant est né faible et avant terme, il faut le laisser dans une chambre vaste et bien aérée, mais dont la température est maintenue à un degré assez élevé. On aura soin également de lui faire tourner le dos à la lumière, de manière que les yeux n'en soient pas incommodés.

M. Cazeaux recommande de ne pas faire sortir les enfants, surtout en hiver, avant le quinzième jour; mais, ajoute-t-il, ils doivent, après leur première sortie, tous les jours faire une promenade de quelques heures, et, quand ils ont trois mois, rester en été une grande partie de la journée exposés en plein air. C'est un point sur lequel on ne saurait trop insister, surtout dans les grandes villes, où on retient généralement les enfants à la maison. Ils ont besoin d'air et de soleil, et s'étiolent, ainsi que les plantes, quand ils viennent à en manquer.

Sommeil. — Pendant les premiers jours les enfants ne font que teter et dormir; mais plus tard ils sont un peu moins pressés de se livrer au sommeil. Pour le faciliter on a de tout temps eu recours à une pratique sur laquelle M. Béclard a publié d'intéressantes réflexions.

« L'usage de bercer les enfants, dit cet auteur, remonte bien haut, car Martial, dans ses épigrammes, » fait allusion à un certain Chorydème, qui était son » *berceur*. Cet usage s'est perpétué jusqu'à nos jours, » où il règne encore d'une manière à peu près générale, » malgré les anathèmes dont il a été souvent l'objet. » Ainsi on lui a reproché de déterminer sur l'enfant les » effets qu'il détermine souvent sur l'adulte, tels que » des étourdissements, des vertiges et des vomissements. » Desessarts va jusqu'à comparer le sommeil qu'il provoque chez l'enfant à un état d'engourdissement et de » coma dans lequel on plonge une poule en lui plaçant » la tête sous son aile et en l'agitant vivement à tour de » bras. D'autres vont plus loin encore, et ils disent que » l'état d'idiotisme et d'imbécillité où se trouvent beaucoup d'individus n'est que la conséquence de cette » manœuvre du premier âge. Mais, comme le dit assez » spirituellement Camper, il est probable que Grotius, » Huyghens et Boerhaave ont été bercés tout comme nous, » et on ne voit guère que les sauvages, chez lesquels » on ne berce pas les enfants, se fassent remarquer par » leur intelligence.

» Nous conclurons donc et nous dirons : le mouvement doux du berceau est loin d'être aussi dangereux » qu'on l'a dit; son plus grand inconvénient c'est de » faire contracter à l'enfant une habitude qu'il devient » difficile plus tard de détruire. »

Il faut faire reposer l'enfant, non dans le lit de sa mère, ainsi que cela n'a encore que trop souvent lieu, mais dans son berceau. S'il témoigne habituellement une grande répugnance à quitter les bras de sa nourrice, cela tient parfois au froid du berceau; aussi M. P. Dubois conseille-t-il de mettre, pendant l'hiver, dans le berceau, et à une certaine distance des pieds, une bouteille d'eau chaude, qui communique à l'enfant une température agréable.

En terminant, nous conseillerons de tâcher de bonne heure d'accoutumer les enfants à une certaine régularité aussi bien dans les repas que dans l'accomplissement des besoins naturels. On arrive à les régler à cet égard en les mettant sur le bassin deux ou trois fois par jour à peu près aux mêmes heures. CH. B.

De la substitution du blanc de zinc au blanc de plomb ou céruse.

Nous avons à diverses reprises, entre autres en 1851, à propos du mémoire présenté sur ce sujet le 4 novembre à l'Académie de médecine par M. le docteur Bouchut, et plus tard dans nos numéros des 1er, 8 et 10 juin dernier, appelé l'attention de nos confrères et de l'autorité sur les dangers de l'emploi de la céruse et sur la possibilité de lui substituer le blanc de zinc.

Dans les appréciations statistiques que nous avons faites, nous avons cru pouvoir porter à 2,000 au moins le nombre des ouvriers malades par suite des émanations saturnines et à 80 le nombre des décès par année dans toute la France; nous avons enfin ajouté une dernière considération qui n'est pas sans importance, quoique d'un moindre intérêt : c'est que les seuls hôpitaux de Paris trouveraient dans la suppression de l'emploi de la céruse et dans l'absence de maladies qu'elle produit une économie de 16 à 17,000 journées de malades, et que les hospices seraient en outre délivrés d'un certain nombre de ces malheureux incurables pour lesquels ils sont loin d'être suffisants.

Nous voyons avec plaisir le gouvernement se préoccuper enfin d'une manière sérieuse de cette question grave d'hygiène publique; et les noms des membres de la commission qu'il a instituée pour s'en occuper nous offrent des garanties de lumières, d'impartialité et d'indépendance telles que nous espérons voir bientôt le problème résolu; nous touchons peut-être au moment où des industries nombreuses cesseront d'être exposées à des dangers souvent mortels et toujours fâcheux pour la santé et la constitution des ouvriers. Voici l'article du *Moniteur* du 6 mars à ce sujet :

Le Gouvernement se préoccupe avec une active sollicitude de tout ce qui peut intéresser le bien-être de la classe laborieuse. Avant-hier M. le ministre de l'intérieur réunissait sous sa présidence les deux comités d'hygiène publique et des arts et manufactures, pour leur soumettre l'importante question de la substitution du blanc de zinc au blanc de plomb ou céruse dans les travaux de peinture des bâtiments. On sait que l'emploi de la céruse détermine assez fréquemment des coliques saturnines et des accidents de nature diverse qui l'ont fait, à juste titre, considérer comme dangereux.

Après un exposé de l'affaire, qui a eu lieu par un rapport du directeur général de l'agriculture et du commerce, M. le ministre a prié les membres des deux comités, composés d'hommes éminents dans la science et dans l'industrie, d'étudier avec soin les intérêts si précieux qui se rattachent à cette grave question, et de faire connaître avec la plus entière indépendance leur opinion au Gouvernement.

Une commission prise dans le sein de l'assemblée, et composée de :

MM. Magendie, membre de l'Institut, professeur au collége de France;
Chevreul, membre de l'Institut;
Bussy, membre de l'Institut, directeur de l'École de pharmacie;
Legentil père, ancien président du tribunal de commerce de la Seine;
Barbier, administrateur des douanes;
Davenne, directeur de l'assistance publique;
Regnauld, directeur de la manufacture de Sèvres, membre de l'Institut;
Baron Séguier, membre libre de l'Institut;
Docteur Tardieu, médecin des hôpitaux, agrégé de la Faculté de médecine,

a été chargée de préparer les éléments de la discussion, qui s'ouvrira dans une quinzaine de jours.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. GENDRIN.

Leçons sur l'hystérie (1).

Diagnostic. — Il est une question fort intéressante, et qui peut jeter dans le plus grand embarras le médecin appelé à la décider, c'est celle de la distinction de la maladie hystérique et des autres maladies nerveuses qui lui ressemblent, mais surtout de l'épilepsie. Il est avéré qu'on guérit l'hystérie et qu'on ne peut rien pour l'épilepsie; qu'un malade peut périr au milieu d'une attaque d'épilepsie, ce qui n'arrive jamais pour l'hystérie; que l'épilepsie peut entraîner après elle un état permanent de manie ou de démence qui n'a pas lieu pour l'hystérie; et il est intéressant pour la famille d'être prévenue de ce qui peut arriver.

La distinction doit encore aller plus loin. Si la mobilité nerveuse exagérée se montre comme cause prédisposante de l'hystérie, elle se montre aussi comme cause prédisposante de l'épilepsie; les mêmes causes survenant peuvent donc déterminer chez deux sujets des attaques d'hystérie pour l'un et d'épilepsie pour l'autre; mais on peut les trouver mélangées chez le même sujet: de là cette forme mixte qui constitue l'*hystéro-épilepsie*.

Dans les auteurs que vous avez entre les mains, le diagnostic n'est guère établi qu'entre les attaques d'épilepsie et les attaques d'hystérie, c'est-à-dire pour les accidents paroxystiques des deux affections. Ce n'est là qu'une partie du diagnostic; mais cependant elle est importante à connaître; car les phénomènes les plus saillants de ces deux affections sont les mouvements cloniques auxquels elles donnent lieu.

On a dit que dans l'épilepsie il y avait une contracture permanente du pouce, qui se pliait et allait se placer sous l'index, de l'écume à la bouche, une déformation plus grande des traits du visage et une expression de stupeur exclusive à l'épilepsie. Pour parler tout de suite de ces symptômes, il est vrai qu'ils n'existent pas dans l'hystérie; mais souvent on ne les observe pas dans l'épilepsie. Rarement, dans l'hystérie, l'expression de stupeur et la teinte semi-asphyxique du visage sont aussi prononcées que dans l'épilepsie; mais dans les attaques légères d'épilepsie, elles peuvent ne pas se présenter. Le pouce, dans certaines attaques violentes, est contracté de manière à passer sous l'index, et semble presque entrer dans la paume de la main; mais ce phénomène n'est pas constant; de plus, il y a certaines attaques d'hystérie dans lesquelles tous les doigts de la main sont contracturés ou se contractent successivement.

Quant à l'écume à la bouche, elle résulte du resserrement convulsif des lèvres, qui retiennent la salive, et l'air passant entre elles, dans des expirations forcées et spasmodiques qui ont lieu, la fait sortir en partie mêlée à des bulles d'air. De plus, il arrive souvent des régurgitations de l'estomac qui donnent lieu à une grande quantité de liquide que l'air, poussé convulsivement de la poitrine, fait sortir écumeux par la bouche et même par les fosses nasales. Cette écume à la bouche manque quelquefois dans l'épilepsie; il y a des épileptiques qui n'écument jamais, tandis que ce phénomène se produit quelquefois chez les hystériques, qui ont souvent les lèvres contracturées, des régurgitations et des émissions convulsives d'air hors de la poitrine.

Quelques auteurs ont ajouté cette circonstance, que l'écume est teinte de sang; cela tient tout simplement à ce que, dans les mouvements spasmodiques qui se produisent dans les mâchoires, les malades se mordent la langue, et il en résulte une hémorrhagie qui colore l'écume. La morsure de la langue arrive aussi chez les hystériques, mais moins fréquemment que chez les épileptiques.

Ce n'est pas sur ces symptômes passagers et variables qu'il faut établir son diagnostic, car ils manquent souvent dans l'épilepsie. Tous les petits accès sont dénués des accidents cloniques intenses qu'on trouve dans les grands accès, accidents cloniques qu'on retrouve également dans l'hystérie. Nous croyons qu'on ne peut bien établir le diagnostic de ces deux affections que par les accidents continus et la succession des accès qui a lieu différemment dans l'une et dans l'autre maladie nerveuse.

L'anesthésie et l'hyperesthésie se montrent pendant les attaques d'épilepsie et persistent encore après plus ou moins longtemps, quelques fractions d'heure, par exemple, tout au plus une journée; mais le lendemain, il n'y a plus ni anesthésie, ni hyperesthésie. Chez les hystériques, ces altérations de la sensibilité durent comme phénomènes continus dans l'intervalle des attaques, et ces perturbations des fonctions tégumentaires tactiles fournissent le point de diagnostic le plus certain et le plus constant; et quand nous avons fait connaître ces variations dans la sensibilité des hystériques, nous avons cru faire connaître un phénomène très important pour la séparation des hystéries et de l'épilepsie.

Mais chez les hystéro-épileptiques, il faut faire porter le diagnostic sur d'autres phénomènes.

Les attaques violentes d'épilepsie présentent, au moment où elles se produisent, des phénomènes extérieurs différents de ceux qui se montrent dans les violentes attaques d'hystérie. Dans les attaques d'épilepsie complètes, que l'on qualifie de grandes attaques, il y a trois stades constants. Le premier stade est très court, et ne dure souvent qu'une fraction de minute; il consiste dans une contraction spasmodique violente de tout l'appareil de la locomotion qui équivaut quelquefois à un tétanos universel, et détermine des phénomènes asphyxiques; on a vu la mort survenir pendant le cours de ce stade.

Puis arrive le deuxième stade: avec la coloration asphyxique se montrent des mouvements cloniques consistant dans des flexions et des extensions successives et très rapides des membres qui tendent à s'écarter du corps pendant que le tronc est fortement renversé en arrière. Ce second stade dure souvent plusieurs minutes.

Dans le troisième stade le malade, sortant de cet état convulsif, commence à se mettre en rapport avec les objets extérieurs. Il se produit alors un état maniaque aussi fugace que vous voudrez, mais assez long pour être remarqué; il durera un quart d'heure, par exemple. Le sujet se laissera aller à des idées absurdes, il sera dans une ignorance complète du lieu où il se trouve, il ne reconnaîtra pas les personnes qui l'entourent et n'aura qu'une notion vague de la position dans laquelle il se trouve; je vais m'envoler, je vais fondre, vous diront-ils. Cet état de manie dure plus ou moins longtemps, et plus les attaques sont anciennes, plus il se prolonge, jusqu'au point de devenir permanent.

L'attaque d'hystérie simple ne présente pas ces trois stades. Dans l'hystérie, le premier stade consiste dans la sensation de suffocation, puis l'extension en dehors des membres et l'extension en arrière du corps se produisant avec moins d'intermittence et plus de continuité. Dans l'hystérie, il y a en général plusieurs attaques successives; les intervalles sont quelquefois prononcés, quelquefois ils ne le sont pas; souvent ils durent un quart d'heure, d'autres fois une heure tout entière. Ainsi, les attaques d'épilepsie sont ordinairement uniques, et les attaques d'hystérie sont redoublées; si on ajoute à ce symptôme celui de la continuité des phénomènes que l'on observe entre les attaques, on aura des éléments assez complets pour séparer ces deux genres d'affections.

Mais dans les cas compliqués, on voit ordinairement les phénomènes de la strangulation ou phénomènes hystériques se montrer ou avant ou après ou même pendant les attaques d'épilepsie, de sorte que la maladie passe par les anomalies du système nerveux caractérisant l'hystérie pour arriver à ceux qui caractérisent l'épilepsie, et réciproquement.

Une femme qui est affectée de ces deux maladies à la fois pourra présenter des attaques d'hystérie plus ou moins fréquentes et, à d'autres intervalles, des attaques d'épilepsie. Celles-ci se rapprocheront souvent des attaques d'hystérie; mais elles seront uniques, c'est ce qu'ont très bien remarqué les personnes appelées à leur donner des soins; elles savent que cette attaque ne reviendra que plus tard, tandis que les attaques hystériques se succèdent à de courts intervalles et en nombre variable. Cette circonstance est souvent la seule qui puisse éclairer le diagnostic des maladies hystériques compliquées d'épilepsie.

Le passage de l'attaque épileptique à l'aberration intellectuelle, qui constitue la manie aiguë et quelquefois la manie avec fureur, peut appartenir jusqu'à un certain point à l'hystérie.

Souvent, avant ou après une attaque d'hystérie, ou même sans qu'il s'en produise, il y aura une attaque d'aliénation mentale dont la forme appartiendra à la monomanie; la malade aura une idée bizarre, mais elle sera toujours la même. Le dérangement des facultés intellectuelles comme phénomène épigénétique n'est donc pas spécial à l'épilepsie; mais jamais, dans l'hystérie simple, on ne voit tomber le malade dans cet état de démence qui appartient en propre à l'épilepsie.

Les épileptiques n'ont pas que de grandes attaques; souvent, dans l'intervalle, ils ont de petites attaques ou vertiges épileptiques, C'est ce que vous voyez se produire chez le n° 4 de la salle Saint-Philippe, qui l'a éprouvé ce matin pour la seconde fois. Elle n'est pas anesthésique, et en l'interrogeant avec soin, on trouve qu'elle ressent de temps à autre des étouffements fugaces, qu'elle voit tout tourner autour d'elle, et, de plus, son attaque n'a pas donné lieu à des mouvements cloniques, ce qui est constant dans l'hystérie à forme suffocante. Sans aucun doute, cette femme est épileptique.

Ainsi, toutes les fois qu'il y aura anesthésie ou hyperesthésie permanente, il y aura hystérie; reste à savoir s'il y a épilepsie: on ne pourra l'admettre ni avec la forme extatique, ni avec la forme hyperesthésique, ni lorsque les grandes attaques sont rapprochées. Dans l'épilepsie, les répétitions de l'attaque n'existent pas, ce qui a lieu dans l'hystérie; de plus, les états de manie intermédiaires aux attaques d'épilepsie n'existent pas dans l'hystérie.

Les cas dans lesquels le doute subsistera seront peu nombreux, et alors il faudra attendre et ne pas se prononcer sur un seul paroxysme; si vous voyez survenir les vertiges épileptiques, vous pourrez alors être sûr de l'affection à laquelle vous avez affaire.

On ne peut confondre l'hystérie avec d'autres maladies convulsives que l'épilepsie. Je ne veux pas m'amuser à vous établir des diagnostics différentiels de l'hystérie avec la danse de Saint-Guy ou avec les éclampsies dentaires qui surviennent chez les enfants, car l'hystérie n'existe jamais à l'âge du travail de la dentition, et dans le cas d'éclampsie il n'y a ni anesthésie, ni hyperesthésie.

Quant aux formes diverses de l'hystérie chez le même sujet ou chez des sujets différents, elles sont déterminées par les phénomènes continus; mais, de plus, on a toujours les perturbations de la sensibilité de la peau persistant dans les intervalles des accès, et elles sont tellement marquées, même dans les hystéries les plus faibles, qu'elles suffisent pour établir la certitude de l'existence de la maladie.

(1) Suite. — Voir les numéros du 22 février et du 1er mars.

AMBULANCES DE L'ARMÉE D'ITALIE.

Traitement des fièvres intermittentes des pays chauds par l'emploi exclusif des évacuants.

Par M. PHILIPPE, médecin-major aux ambulances de l'armée d'occupation d'Italie à Rome.

Tout a-t-il été dit sur le traitement des fièvres intermittentes? Le sulfate de quinine remplit-il complètement les indications qu'elles présentent? Est-il possible de guérir ces affections sans son intervention? Empêche-t-il les rechutes? Ne les favorise-t-il pas dans certains cas? Peut-on prolonger sans inconvénient l'usage de ce stimulant énergique? Voilà, nous le croyons, les différents points de vue sous lesquels on doit envisager les effets de l'écorce péruvienne. La question étant ainsi posée, l'expérience prouve que ce moyen n'est pas un spécifique tellement infaillible qu'il ne puisse être souvent suppléé par des agents plus inoffensifs. Les travaux remarquables de M. le docteur Boudin ont ouvert la voie de l'expérimentation; ce médecin distingué a ébranlé l'idole à laquelle tout le monde venait offrir l'encens de l'exclusivisme.

Le procès est si peu jugé qu'on réclame de toutes parts un nouveau spécifique à la place de la quinine: des prix sont institués. A défaut d'un succédané efficace, au lieu de torturer les alambics muets de la chimie, ne serait-il pas beaucoup plus rationnel de faire un retour sur le passé, de consulter les grands maîtres de l'art ancien, en se rappelant qu'on guérissait avant la découverte de l'écorce du Pérou? Et même, sans remonter bien haut, n'avons-nous pas au temps qui court des hommes sages qui ont respecté l'héritage de leurs pères et qui n'ont pas fait table rase de tous les précédents? Nous voulons parler des continuateurs de l'école italienne. On l'a beaucoup critiquée. Les médecins français, entrant à Rome en vainqueurs, ont traité d'abord leurs confrères en ennemis vaincus. Ils venaient avec les inspirations africaines: c'était une nouvelle guerre punique, qui, il faut l'espérer, ne durera pas aussi longtemps que l'ancienne. Les médecins italiens se sont abstenus et ont reçu avec froideur des traits inspirés par une verve toute française et éminemment patriotique. Du reste, on ne s'entendait pas, uniquement parce qu'on ne voulait pas s'écouter. On jugeait de l'école italienne par les hommes qui sont appelés à en faire l'application: c'était une fausse appréciation. Nous avons une tendance à formuler nos jugements au point de vue de l'actualité; ce sont les doctrines qu'il faut étudier et non les sectaires qui les font entrer dans le domaine de la pratique.

Les médecins italiens n'ont presque rien changé à l'héritage que leur ont laissé leurs premiers maîtres, les Lancisi, les Baglivi, les Torti. On roule toujours dans le même cercle: cependant Tomasini a modifié un peu les anciennes idées en faisant ressortir l'élément inflammatoire; mais il a détourné les esprits de la véritable route qu'avaient tracée les premiers observateurs. En mettant au second plan l'élément intermittent, il a fait commettre de grands excès pratiques. Il a surtout contribué à détruire l'excellente impulsion qu'avait donnée Torti à la séméiotique et à la thérapeutique en sapant les fondements de l'humorisme qui était en honneur de son temps dans l'école italienne et mettant en saillie le phénomène de l'intermittence, qu'il faisait ressortir comme élément dominateur des fièvres paludéennes.

Borsieri fit de l'éclectisme et rentra dans les voies des indications anciennes en marchant sur les traces de Baglivi et de Lancisi. On peut le considérer comme le chef de l'école actuelle. Ceux qui l'ont suivi n'ont fait que le copier. De ce nombre sont Valentini et consorts.

De tous ces travaux, il est resté un mélange de solidisme et d'humorisme. Tomasini représente le premier; Borsieri, Valentini, le second.

En arrivant à Rome, quelle devait être la conduite des médecins français? Devaient-ils rester sous leur tente, se draper *in æternis* du manteau africain et continuer la médecine unitaire des vainqueurs de Carthage? Ne pouvait-on traiter à l'amiable, proposer une capitulation honorable en se rappelant que nous sommes tous frères, surtout dans la capitale de la chrétienté? C'est cette sainte mission que nous nous sommes cru destiné à remplir. Nous avons pensé devoir intervenir pour la *solution des affaires de Rome médicale*. Réussirons-nous? Nous venons avec des faits. Nous faisons abnégation de l'engouement national, convaincu que la science est cosmopolite, qu'elle a pour capitale le monde intellectuel et que tous les hommes d'intelligence y jouissent de leurs droits de bourgeoisie.

Nous venons donc en simple citoyen apporter notre tribut à la métropole. A notre arrivée à Rome, nous avons sacrifié, comme tous les médecins français, au sulfate de quinine. Après une longue expérience, nous avons vu que ce n'était point un moyen aussi infaillible qu'on voulait bien le dire, qu'il n'était pas sans avoir de grands inconvénients. Nous avons observé nos confrères du pays: nous avons vu des résultats chez eux. Nous avons fait des tentatives de notre côté, et déjà pendant l'été de 1851, quand nous étions chargé du service des fiévreux à Civita-Vecchia, nous avions essayé la médecine évacuante exclusivement, et voici comment nous y étions arrivé: sous l'inspiration des médecins de l'armée d'Afrique, nous faisions précéder l'usage de l'antipériodique de l'administration d'un vomitif. Voyant que dans un assez grand nombre de cas cette évacuation suffisait pour enrayer la fièvre, nous eûmes l'idée de renouveler le vomitif le lendemain, et nous observâmes. Nous eûmes de bons résultats: nous arrivâmes enfin par l'enchaînement des idées et surtout inspiré par les médecins italiens à consolider l'effet favorable de l'émétique par l'usage des purgatifs. Les essais que nous fîmes en 1851 ne furent que très incomplets; nous ne pûmes rien conclure; mais pendant l'été de 1852, ayant eu encore à diriger un service de fiévreux à Civita-Vecchia, nous reprîmes notre méthode, que nous appliquâmes sur une vingtaine de sujets: elle fut couronnée de succès.

Appelé à Rome au mois de septembre de la même année, nous pûmes travailler sur une plus grande échelle, ayant eu jusqu'à 149 malades à traiter à la fois. C'est le résultat de nos recherches que nous venons soumettre à l'opinion publique.

Si nous reprenons l'étude de l'école italienne, nous verrons que le grand fait qui la domine sous le rapport de la thérapeutique, c'est la multiplicité des indications qu'ont établie les hommes qui en sont les représentants. Au milieu de ce dédale de distinctions classiques au point de vue de la symptomatologie et des indications thérapeutiques, on oublie souvent l'élément intermittent, et, pendant qu'on parlemente avec l'ennemi il marche en avant, prend ses positions et vient fondre avec fureur, accompagné de tout son cortége de symptômes graves qu'il n'est plus temps d'arrêter. Ainsi, depuis Baglivi jusqu'aux auteurs les plus modernes, on vous répète toujours la même chose: il y a quatre formes bien tranchées de fièvres intermittentes d'après cette école:

1° Celles où domine l'élément inflammatoire;

2° Celles où existe un état saburral des premières voies (fièvres gastrique, gastro-rhumatique, bilieuse, etc.);

3° Celles caractérisées par l'état nerveux (fièvre nerveuse);

4° Celles franchement intermittentes, tierces, doubles tierces, hémitritées, etc. (Le nombre de ces dernières est infini.) Il y a des indications thérapeutiques pour chacune.

D'un autre côté, le professeur Puccinotti, d'ailleurs très estimable, est venu encore compliquer le labyrinthe, en inventant un mot, l'*omopathie*, qui exprime l'idée, d'après cet auteur, d'une maladie nouvelle entée sur la première, un nouveau centre morbide, *centro morboso* (Puccinotti, *Pathologia induttiva*, p. 131), différent de siége et de nature de l'affection primitive, indépendant de celle-ci, et qui par le fait n'est qu'une complication, bien qu'il ne veuille pas l'admettre. Il adresse à cette complication une médication spéciale qui nuit à celle qu'on devrait opposer à la maladie principale. Cette ontologie est venue encore augmenter le chaos de la symptomatologie et de la thérapeutique italienne, et a produit une espèce de mirage qui a fait prendre l'ombre pour la proie.

Ainsi, dans un cas de fièvre pernicieuse pour lequel nous avions été appelé en consultation à Civita-Vecchia, le médecin traitant avait jugé à propos de mettre des sangsues au cou, parce que la maladie avait changé de forme : de délirante qu'elle était d'abord, elle était devenue comateuse. Nous conseillâmes immédiatement après le sulfate de quinine, et nous sauvâmes le malade : la déplétion n'avait produit aucun effet favorable. L'omopathie, qui était représentée par les accidents comateux, n'était qu'une forme nouvelle de la maladie primitive. Inspiré par Puccinotti, le médecin la considérait comme indépendante de celle-ci, et voulait lui opposer un traitement spécial. On comprend les conséquences d'une pareille illusion.

Chacun des types de fièvres intermittentes que nous avons mentionnées nécessite un traitement spécial. La forme inflammatoire doit être combattue par les déplétions sanguines, la forme saburrale par les évacuants, la forme nerveuse par une méthode mixte, soit par les déplétions sanguines, quand il y a indication, soit par les opiacés, soit par le sulfate de quinine, s'il y a intermittence bien tranchée; la dernière forme enfin, la forme intermittente, par l'écorce du Pérou, ordinairement précédée d'un purgatif (*lene*) donné à petite dose, ou, exceptionnellement d'un vomitif, s'il y a des nausées ou des vomissements.

Nous allons passer en revue les auteurs les plus recommandables, en présentant leur mode de traitement. En commençant par Baglivi, nous verrons dans la lettre qu'il répond à Nicolas Andry sur l'indication des purgatifs dans les fièvres, qu'il reconnaît la forme inflammatoire, qu'il recommande de combattre par les saignées (Georgi Baglivi, *Opera omnia medico-practica et anatomica*, 1710). Il spécifie bien que ce n'est pas autant pour tempérer la fermentation des humeurs « ad fervescentes succos temperandos » (p. 708) que pour désemplir les vaisseaux « vasorum depletionem (*idem*). »

Quant à l'indication des évacuants, il les préconise au début : « Primum a leni purgatione in principio non abhorreo. » (*Idem*, p. 705.) Il en précise l'indication quelques lignes plus bas : « Sed » in iis duntaxat, quorum causa primis viis inest. » (*Idem.*)

Il pose ensuite les contre-indications dans le passage suivant : « At contra si vel minima suspicio appareat acuti et inflammatori » morbi, lingua sit arida, » etc. (*Idem.*)

Il termine en recommandant impérativement les purgatifs à la fin des fièvres, dans le but surtout de prévenir les récidives : « Et » si circa finem omiseris purgationem, recidivam expectato, ut » sæpe contingit. »

Quant aux vomitifs, il caractérise ainsi leur application : « Et si » quædam ad vomendum propensio sit, purganti pharmaco emeticum misceri potest. » (706.)

Dans les cas où il reconnaît une intermittence bien marquée, il administre le quinquina.

Nous parlerons maintenant de Torti, qui a tracé un sillon si profond dans l'histoire des affections périodiques d'Italie, et qui certainement a le mieux posé les indications.

Dans son IXe chapitre (*An chinæ chinæ oblationem præcedere, therapeutice specialis ad febres*, etc.) il discute l'opportunité de l'emploi de la saignée et des purgatifs, dont il est d'ailleurs très peu partisan; les derniers surtout, qu'il ne donne que par respect humain : « Nihilominus, ad *evitandam calumniam*.... posse prius » alvum leniri et venam secari. » Dans le même chapitre, il s'exprime ainsi : « Si autem china chinæ utendum sit æstivo tempore, » tunc in purgandis corporibus et sanguine mittendo cautius est » incedendum. » (P. 153.)

Il dit dans un autre passage qu'il faut proportionner la dose des purgatifs à l'intensité de la fièvre : « Quo minor est febrium atque » symptomatum, eo liberalior esse potest solventium moderatorum » usus, et contra, etc. » (P. 154.)

Il considérait les purgatifs comme devant s'adresser plutôt à la cause de la fièvre qu'à la fièvre elle-même : « Non vero in quantum » directe indicetur a febre, vel a causa immediata ejusdem febris. » (*Idem*).

Dans les fièvres aiguës, il réprouve les purgatifs : « Nisi in febribus quoque non acutis, esse abstinendum. » (P. 72.)

Il approuve la saignée dans les fièvres quartes d'automne ainsi que les purgatifs doux : « Sanguinis vero missionem parca semper » manu. » (*Idem.*)

Il n'était point d'avis qu'on fît précéder l'usage de l'écorce du Pérou de celui des purgatifs. On sait qu'il s'abstenait du quinquina pour combattre les fièvres rémittentes.

On peut conclure de ses œuvres qu'il vouait un culte fervent au quinquina, que les autres moyens pour lui n'étaient que très accessoires et même le plus souvent nuisibles.

Lancisi est très avare de déplétions sanguines dans les fièvres : « Caute admodum ad sanguinis missionem procedendum. » (*De noxiis paludum effluviis eorumque remediis*, anno 1717, p. 283.)

Quant aux purgatifs, il les conseille au début et vers le douzième ou le quatorzième jour : « Ante tertiam diem mite catharticum » præberi velim, addita chinæ chinæ pulveris drachma. » (P. 283.) On voit qu'il alliait le quinquina aux purgatifs. Son mélange de prédilection était avec la rhubarbe.

Il conseille le vomitif dans certains cas : « Cacochyma corpora » et parum continentia, atque ad vomitum proclivia. » (*Idem.*)

Nous arrivons à Borsieri, sur lequel nous nous étendrons davantage, parce qu'il a posé des préceptes très sages qui forment la base de tous les traitements actuellement suivis en Italie. Voici les règles principales qu'il formule : il dit d'abord qu'on doit toujours détruire la cause de la fièvre. Il continue en spécifiant les indications diverses que les fièvres présentent à remplir : « Cum primæ » viæ peregrinis succis aut inquinamentis scatent febremque alunt » emeticis, catharticis, clysteribus, potu largo, etc. Id autem in » juvenilibus corporibus et sanguine plenis, præmissa venæ sectione, promptius, tutius feliciusque proficitur. » (*Institutiones medicinæ practicæ*, 1er vol., 1re partie, an. 1829, p. 152.)

Il est aussi partisan des purgatifs doux, qu'il donne avant les préparations de quinquina : « Et si purgandi indicationes adsint, » alvum blande, et repetitis vicibus expiare soleo, antequam ad » corticem deveniam. » (*Idem.*)

Comme Lancisi, il conseille les purgatifs à la fin des fièvres d'automne pour éviter les récidives : « Febres autumnales (non omittam), postquam china china suppressæ fuerint, catharsim sæpe » requirere, etc. » (P. 171.)

Quant à la saignée, il la prescrit lorsqu'il y a des symptômes d'inflammation, bien qu'il dise qu'on doit en être très avare en été et en automne.

Il pose des indications bien précises pour l'usage exclusif du quinquina, par exemple dans les cas où la cause matérielle de la fièvre est inconnue : « Causa materialis latet » (p. 151), qu'on ne peut l'enlever; dans les fièvres pernicieuses malignes ou corruptives : « Tota curatio cortici peruviano committenda est, etc. » (*Idem*). Il trouve encore une indication formelle de l'usage du quinquina dans les fièvres produites par les effluves paludéennes : « Noxea effluvia, putridi paludum vapores. » (P. 152.)

Il parle aussi des narcotiques, des anodins.

Il conseille les diaphorétiques quand la fièvre a eu pour cause la suppression de la transpiration.

Après avoir présenté ces généralités, Borsieri termine par des indications spéciales à chaque type de fièvre. Il répète ce qu'il a déjà formulé, à quelques considérations près, qui sont bonnes à noter. Ainsi, en parlant des purgatifs doux et des sels neutres, il dit : « His solis extirpatur. » (P. 184.)

Dans les fièvres qu'il appelle *febres tertianæ exquisitiæ*, il fait l'observation qu'il a rarement recours à l'écorce péruvienne : « Raro corticem peruvianum postulat. » (P. 191.)

Dans la *tertiana notha*, fièvre intermittente peu tranchée, il n'administre aussi le quinquina que lorsque la fièvre n'a pas cédé aux vomitifs et aux purgatifs.

Il combat les pernicieuses, les subcontinues ou même les continues par l'antipériodique : « Sine cunctatione, vel in ipsis initiis ad corticem pariter confugere oportet. » (195).

Pour les cas de récidive, il a recours à une médication mixte : « Lenia purgantia, incidentia, amara iteranda sunt. »

On voit d'après cet exposé que Borsieri a ouvert la véritable voie de l'observation en donnant une large part aux indications diverses que présentent les différents genres de fièvres, bien qu'on puisse lui faire le reproche de trop les multiplier et d'entrer dans des distinctions subtiles qui embarrassent beaucoup le praticien au lit du malade.

Valentini, qui est un des auteurs les plus suivis de l'école italienne moderne, a marché sur les traces des anciens praticiens et n'a rien ajouté aux principales indications que ces derniers nous ont laissées.

Il est peu partisan de la saignée dans les fièvres intermittentes ; il ne la trouve applicable que lorsque se présentent les symptômes suivants : « Pulsus vehemens, facies rubra et turgida, etc. » (*Institutiones medicinæ practicæ*, 1er vol. *De febribus.*)

Il spécifie les cas dans lesquels il faut faire usage des vomitifs ou des purgatifs. Il dit qu'on doit administrer les premiers lorsqu'il y a des saburres dans l'estomac, les seconds quand ce sont les intestins qui en sont le siége; mais cette distinction est subtile et l'indication en est vague. Il ajoute avec raison que dans l'emploi des évacuants il faut toujours prendre en considération les circonstances suivantes : « Ætas, vires, vitæ genus, temperamentum, consuetudo. » (*Idem.*) Il usait de l'ipécacuanha.

Dans la saison chaude (æstivo tempore), il conseille les purgatifs doux (lenes purgationes). (*Idem.*)

Comme tous les médecins italiens, il est partisan des clystères.

Lorsqu'il y a des symptômes nerveux, il prescrit l'opium.

Il rejette l'arsenic.

Dans les fièvres intermittentes, il commence le traitement par les vomitifs ou les purgatifs, et termine par le quinquina, qu'il donne même après que les accès sont passés.

A l'exemple des médecins italiens, il multiplie à l'infini les espèces de fièvres.

En un mot, ses opinions ne sont que le reflet de celles de ses prédécesseurs. Il n'a rien apporté de nouveau à la science.

Nous arrivons à Puccinotti, esprit large et philosophique, qui cependant a embarrassé l'histoire des fièvres de distinctions métaphysiques. Il les fait reposer sur une espèce de dichotomie qui jette beaucoup de vague sur leur essence.

Ainsi, il distingue l'*idiopathie* de l'*omopathie*. Par idiopathie, il entend la maladie primitive qui s'est développée, et par *omopatia*, une nouvelle affection qui s'ente sur la première et qui en est parfaitement indépendante ; ce qui, par le fait, pour nous, ne serait qu'une complication. Il admet une irritation essentielle et une irritation accidentelle, et il en conclut que « nè perchè la corteccia » che gli vince l'irritazione essenziale, non gli abbia poi a bastare » contro l'irritazione accidentale. » (*Collezione delle opere mediche*, tom. Ier; *Storia delle febbri intermittenti perniciose*, coroll. 5, 1835.)

Il dit encore qu'il ne faut pas confondre l'*essence* de la fièvre avec la périodicité : « La periodicità commincia nelle ordinarie » correnti malattie annuali, senza che abbiano ancora acquistato » la natura *specifica* delle febbri intermittenti. » (Corollario, 10.) On peut voir par cette citation toute l'obscurité de l'auteur. D'après lui, le quinquina s'adresse à l'*essence* de la fièvre, et les autres médications à l'omopathie. On comprend les conséquences fâcheuses de ce néologisme ontologique, qui fait se perdre le clinicien dans les régions nébuleuses de la médecine purement symptomatique. (*La suite au prochain numéro.*)

SUR L'ALIÉNATION MENTALE CHEZ LES ENFANTS,

Par M. le Dr RÖSCH.

Cette maladie, selon l'auteur, et contrairement à l'opinion générale, se présente assez fréquemment.

La forme la plus rare est la monomanie, parce que chez les enfants la puissance de pensée et de contemplation n'est pas encore fixée et constante; la volonté n'est pas encore suffisamment concentrée dans une direction, de manière à détourner toutes les autres idées dominantes et à devenir stable et permanente. La mélancolie est moins rare; la manie est encore plus fréquente; ensuite vient le plus souvent la démence; enfin l'idiotie est la forme la plus commune.

Il est à remarquer que souvent, dans l'idiotie complète, une fonction de l'esprit seulement est affaiblie, tandis que les autres sont saines et même augmentées. Dans ce dernier cas, le pronostic est plus favorable que dans la manie et la mélancolie, qui sont souvent des affections secondaires et dépendant de causes qui agissent sur le cerveau. (*Vierteljahr-schrift für die Praktische Heilkunde.*)

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Emploi du tannate de zinc dans les maladies des yeux;

Par M. H. BONNEWYN, pharmacien de l'hôpital civil de Tirlemont, etc.

Il n'y a que fort peu de temps que le tannate zincique a été proposé comme moyen thérapeutique dans les affections catarrhales des voies urinaires.

Je ne pense pas que ce sel ait été employé jusqu'ici dans les affections catarrhales oculaires. Et cependant, d'après des expériences tentées, sur ma demande, par un praticien consciencieux, il est certain que ce tannate jouit d'une action thérapeutique efficace et constante dans les affections oculaires accompagnées de sécrétion mucoso-purulente.

Dans l'intérêt de la science, et pour que les praticiens ophthalmologistes fassent des expériences multipliées à l'aide de cette substance dans les cas précités, je crois devoir publier le collyre qui a constamment réussi dans ces affections, et reproduire en même temps la préparation de ce médicament pharmaceuto-chimique.

Collyre au tannate de zinc.

Tannate de zinc.	2 gr.
Eau distillée.	6 onces.
Muc. de gomme arabique.	1/2 —

M. et F. S. A. un collyre.

Le tannate de zinc peut être préparé, selon M. Dorvault, en saturant un soluté de tannin pur par un précipité récent et encore humide d'oxyde zincique. L'on filtre et l'on fait rapprocher la liqueur au bain-marie. (*Presse méd. belge.*)

De la propriété fébrigène de l'ail, et de son emploi dans le choléra;

Par M. LANGE, de Pocancy (Marne).

Partant de cette idée que dans le choléra l'indication est de donner la fièvre au malade, que la fièvre c'est la réaction, et qu'avec la réaction tout est gagné, M. Lange a mis à profit le fait vulgaire de l'emploi par les militaires d'une gousse d'ail en suppositoire pour se donner la fièvre, et rapporte plusieurs cas de choléra-morbus qu'il a traités avec succès au moyen de *cataplasmes couverts d'ail écrasé sur l'épigastre et la partie interne des cuisses, de suppositoires d'ail, d'eau alliacée pour boisson et de lavements d'eau alliacée.*

« Sans prétendre imposer ma conviction, dit l'auteur, je me bornerai à insister sur les points suivants; savoir :

» 1° Que la fièvre est le contraire du choléra ;

» 2° Qu'au moyen de l'ail, on peut avec certitude doser la fièvre comme on dose le sulfate de quinine;

» 3° Qu'en raison de ses propriétés pyrexiques et autres, l'ail mérite une place dans la thérapeutique générale, et particulièrement dans celle du choléra.

» L'emploi de l'ail présente quelques inconvénients; par exemple, son odeur expansive. En entrant dans la maison d'un cholérique traité par l'ail, on est repoussé par cette odeur qu'exhalent toutes les matières excrétées. Une répugnance invincible a empêché quelques malades d'en prendre plus d'une fois en boisson; ce que sachant, j'en ai fait prendre tout d'abord la plus grande quantité possible.

» Voici, pour mon compte, comment j'ai employé l'ail :

» En boisson, trois ou quatre gousses crues, écrasées et lavées dans un verre d'eau froide.

» En topique, l'ail cru écrasé et réduit en pulpe, appliqué par plaques sur la peau. Manquant quelquefois de linge, le hasard m'apprit qu'une compresse de papier grossier est le meilleur moyen de contention; la matière collante de l'ail le fait adhérer solidement à la peau. J'ai laissé les topiques douze heures et plus; je ne les ai fait enlever que lorsque l'état fébrile avait une certaine intensité, sans m'inquiéter des phlyctènes et des plaies, qui se sont séchées en quelques jours.

» En lavement, eau tiède et même froide provenant du lavage des gousses écrasées.

» En suppositoire, une gousse d'un volume approprié, légèrement entamée.

» J'ai obtenu, chez certains sujets, une légère sensibilité sous les topiques; chez d'autres, tantôt une couleur rosée de la peau, tantôt une couleur violacée sans phlyctènes, ou bien encore une couleur rosée avec plaie.

» J'ai essayé d'appliquer la propriété fébrigène de l'ail à d'autres affections, mais mon expérience à cet égard n'est pas assez étendue pour rien affirmer jusqu'à présent. » (*Revue médico-chirurg.*)

Efficacité du colchique d'automne contre le délire dans la scarlatine;

Par les docteurs BABINGTON et HUGUES.

Ces deux médecins anglais, après une longue expérience, sont parvenus à se convaincre que, lorsque pendant la convalescence de la scarlatine surviennent des accidents cérébraux généralement mortels chez les enfants, il n'y avait d'autre remède plus efficace qu'une préparation de colchique.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 23 février 1853. — Présidence de M. GUERSANT.

Présentation de malade.

M. LENOIR présente une jeune femme qui depuis longtemps a perdu le nez par suite d'une affection syphilitique, et chez laquelle il a fait réparer cette perte par un appareil prothétique en caoutchouc vulcanisé. Ce nez artificiel diffère de ceux qu'on a faits jusqu'à présent non-

seulement par la substance dont il est composé, mais encore par le mécanisme à l'aide duquel il est fixé dans la fosse nasale. Ici, en effet, le nez de caoutchouc porte sur sa face postérieure une tige métallique terminée par un bouton d'une substance molle, qui prend son point d'appui dans la fosse nasale, ce qui supprime et le prolongement qui passe sur le front ou les lunettes par lesquels les nez artificiels connus jusqu'à ce jour ont été supportés.

La coloration de ce nez n'offre pas le luisant des nez d'argent ordinaires, et il a une mollesse telle, que dans une chute sur cette partie il n'y a aucune lésion à craindre de sa part sur les points de la face sur lesquels il appuie.

M. Lenoir fait observer en terminant que si M. Luër, qui a confectionné ce nez nouveau, parvient à incorporer la matière colorante dans la masse de caoutchouc et à lui donner la teinte naturelle de la peau de la face, on peut espérer que, par la suite, les chirurgiens auront moins souvent recours à l'autoplastie pour restaurer les nez perdus, opération souvent grave, comme on le sait, et dont le résultat est souvent si disgracieux.

Correspondance imprimée.

M. Robert fait hommage à la Société, de la part de M. Casimiro Sperino, d'un volume intitulé :

La sifilizzazione studiata qual mezzo curativo e preservativo delle malattie veneree.

A la suite d'une discussion à laquelle prennent part successivement MM. Robert, Larrey Denonvilliers, Michon, Gerdy, etc., il est décidé que ce livre sera renvoyé à l'examen de MM. Cullerier et Robert, qui devront en rendre compte à la Société.

— M. le docteur Heyfelder fils adresse, de la part de M. Ried, professeur en chirurgie à Iena, un volume intitulé :

Die resectionen der knochen mit besonderer Berücksichtigung der von Michaël Jager, professor der chirurgie ausgeführten derartingen operationen.

Herausgegeben von Dr Franz Ried, professor der medicin, director der chirurgeschen Klinik des grossherzoglich sachsischen Landkranhenhauses zu Jena; 1847.

M. Broca fera un rapport verbal sur ce livre.

— M. Larrey fait don des ouvrages suivants :

1° Ledran, *Traité des opérations de chirurgie ;*
2° Bell, *Traité des ulcères;*
3° Astruc, *Traité des tumeurs et des ulcères ;*
4° Ledran, *Parallèle des opérations de la taille;*
5° Antoine Petit, *Observations cliniques;*
6° Desault, *Journal de chirurgie.*

Correspondance manuscrite.

M. Hervez de Chégoin adresse à la Société une lettre pour solliciter le titre de membre correspondant. A l'appui de sa candidature M. Hervez présente un travail manuscrit sur les maladies des seins.

M. Hervez de Chégoin, qui est encore malade, m'a chargé, dit M. Michon, de vous transmettre ses titres. Dans une prochaine séance, je donnerai un extrait du mémoire très volumineux que vous adresse notre honorable confrère, qui désire vivement faire partie de la Société de chirurgie.

M. Larrey rappelle que par de nombreux travaux publiés déjà M. Hervez de Chégoin a montré qu'il n'avait jamais cessé de s'occuper de chirurgie.

—M. Robert fait une communication officieuse relative à une affaire qui avait précédemment occupé la Société. Il est décidé, après discussion, qu'il ne sera pas fait mention de cet incident dans le procès-verbal,

Réclamation.

M. Gerdy adresse une réclamation relative à la communication du rapport de MM. Gosselin et Houel, sur l'examen d'une tumeur développée dans le maxillaire supérieur.

M. Denonvilliers ayant demandé à M. Houel s'il était certain que le nerf sous-orbitaire, qui manquait en effet dans la tumeur, n'était pas resté sur le squelette de la face, il fut répondu que l'on ne saurait l'affirmer. M. Gerdy fait remarquer combien cette hypothèse de la conservation du nerf était impossible, puisque la totalité du plancher de l'orbite avait été détruite par la tumeur elle-même.

Communication.

M. Debout, à la suite de la lecture du procès-verbal, fait la communication suivante :

Difformité de l'épaule due à la déviation de l'omoplate par contracture des muscles rhomboïde et angulaire.

M. Debout, afin de compléter l'enseignement qui ressort de l'observation du malade qu'il a présenté dans la dernière séance, présente quelques considérations sur l'action de l'électricité ; il montre que, pour avoir prise sur les phénomènes morbides qui se traduisent par l'atrophie musculaire et la perte de la tonicité des muscles, l'agent physique doit être mis en jeu avec des intermittences très rapides. A l'appui de cette action spéciale des courants électriques ainsi appliqués, M. Debout cite deux observations de difformité de l'épaule consécutive à la déviation de l'omoplate par la contracture des muscles rhomboïde et angulaire de l'omoplate, avec guérison par l'électrisation du muscle grand dentelé.

Le premier de ces faits est relatif à une jeune fille âgée de onze ans, qui fut conduite, il y a cinq ou six mois, à la consultation de M. Marjolin à l'hôpital Sainte-Marguerite. M. Marjolin adressa la petite malade à M. Bouvier. Voulant profiter des ressources offertes par l'action des courants électriques localisés dans les muscles, M. Bouvier donna rendez-vous à la malade dans le cabinet de M. Duchenne, afin d'étudier le mécanisme de cette déviation de l'omoplate. Il y avait évidemment deux phénomènes morbides :

1° Un état de spasme des muscles rhomboïde et angulaire de l'omoplate ;

2° Une perte de la tonicité du muscle grand dentelé.

Quelle était la lésion primitive ? Etait-ce la contracture ou la perte de la contractilité tonique du muscle antagoniste ? Les avis furent partagés ; il fut décidé qu'on tenterait l'emploi de l'électrisation du muscle grand dentelé. Pendant trois semaines, on dirigea le courant d'un appareil d'induction sur le faisceau inférieur de ce muscle avec des intermittences éloignées, afin de ne pas faire souffrir la petite malade ; mais on ne pouvait rien obtenir, puisqu'on s'adressait seulement à la contractilité volontaire. Le raccourcissement du muscle produit par l'action de l'électricité faisait disparaître la difformité ; mais dès que l'excitation des fibres du grand dentelé cessait, l'omoplate montait avec une grande rapidité reprendre sa position vicieuse. Enfin, M. Duchenne eut l'idée d'employer un courant avec des intermittences très rapides. S'adressant alors à la tonicité et non plus à la contractilité du grand dentelé, il devait permettre à ce muscle de résister à l'action des muscles contracturés spasmodiquement. Après la séance, qui fut très courte (4 à 5 minutes), une amélioration sensible se manifesta ; l'angle inférieur de l'omoplate, qui avait été ramené à sa position normale, remonta moins vivement et resta à environ 2 centimètres plus bas que précédemment. Le lendemain l'amélioration obtenue la veille fut trouvée conservée, et après une nouvelle excitation plus longue et le courant agissant avec des intermittences aussi rapides, l'angle de l'omoplate descendit encore de 1 centimètre. Les séances, pratiquées chaque jour de la même manière, ramenèrent progressivement l'omoplate à son attitude normale, et à la fin de la quatrième la difformité avait complétement disparu.

L'électricité a agi dans ce cas en rendant la contractilité tonique au muscle grand dentelé. Cette action spéciale de l'électricité a donc une valeur thérapeutique importante. En voici une nouvelle preuve :

Au mois d'octobre dernier, on amenait à la consultation de M. Guersant, à l'hôpital des Enfants, une jeune fille âgée de treize ans, présentant une difformité semblable. M. Guersant conseilla l'emploi de la gymnastique, qui fut appliquée pendant un mois. Ce temps écoulé, la mère, ne voyant aucune amélioration survenir dans l'attitude vicieuse de l'épaule de sa fille, la conduisit à la consultation de M. Bouvier. Ce médecin, témoin comme nous de la guérison de la malade précédente, adressa l'enfant à M. Duchenne, et après trois séances d'électrisation la difformité avait disparu.

Ces deux jeunes filles ont été revues depuis, et la guérison se maintient.

M. Debout se livre ensuite à quelques considérations sur l'étiologie et le mécanisme de cette déviation de l'omoplate; mais le fait sur lequel il insiste est le résultat des courants localisés avec des intermittences rapides dans le muscle grand dentelé, qui constitue un traitement prompt et efficace.

M. Robert ne comprend pas bien le but de la communication de M. Debout.

« Notre collègue prétend que l'on confond souvent la contractilité des muscles rhomboïde et angulaire de l'omoplate avec la paralysie du grand dentelé ; je le nie absolument, dit M. Robert. Des signes caractéristiques indiquent quand le grand dentelé est paralysé. Ainsi, en élevant le bras, on ne voit pas se dessiner les digitations de ce muscle.

» Quant aux distinctions que M. Debout veut établir entre la paralysie et l'absence de tonicité, je lui demanderai où il en puise les éléments, et si ces deux affections, qu'il décrit séparément, peuvent se reconnaître au lit du malade? Pour établir le diagnostic, M. Debout prétend pouvoir réussir à l'aide de l'électricité. Pour mon compte, je ne saurais l'admettre. »

M. Debout. M. Robert pense que la confusion est impossible entre la paralysie du muscle grand dentelé et l'affection que nous signalons à l'attention de la Société. Si notre collègue veut bien jeter les yeux sur la thèse récente de M. Desnos sur la paralysie du grand dentelé, il changera d'avis, car sur les quatre cas signalés par ce jeune confrère, deux sont des déviations de l'omoplate consécutives à la contracture des muscles rhomboïde et angulaire. Le diagnostic a été porté par deux praticiens éminents, MM. Rayer et Gendrin.

La paralysie du grand dentelé et le torticolis postérieur sont deux affections qui présentent des caractères complétement opposés. Ainsi dans les cas de contraction du rhomboïde et de l'angulaire de l'omoplate, la difformité apparaît dans le repos du membre pour disparaître pendant l'élévation du bras, tandis que dans la paralysie du grand dentelé la difformité dans l'attitude de l'omoplate disparaît presque pendant le repos, pour se montrer à son maximum de développement alors que le mouvement du membre a lieu. Ces deux phénomènes si tranchés ne sont pas les seuls. La position de l'os dans la paralysie du grand dentelé est toute différente; elle consiste en un mouvement de torsion sur son axe, tandis que dans le torticolis postérieur c'est un mouvement de rotation que l'omoplate subit.

M. Robert ne comprend pas comment les muscles peuvent perdre seulement leur contractilité tonique ; c'est que les fonctions se localisent plus qu'on ne le pense ; et, si notre collègue avait voulu prendre la peine de lire l'article que j'ai publié dans le *Bulletin de thérapeutique* sur cette difformité de l'épaule, il aurait vu les idées que j'ai émises à l'égard de l'évolution de cette maladie. J'ai montré que la déformation de l'épaule constituée par cette espèce de torticolis présente dans son évolution deux périodes distinctes :

1° Dans la première, la déviation du squelette est la conséquence de la contracture musculaire, et les moyens thérapeutiques doivent être dirigés contre l'élément morbide, spasme ;

2° Dans la seconde, l'affection, au point de vue de l'intervention de l'art, ne réside plus que dans la perte de la tonicité des muscles antagonistes.

J'en viens de fournir la preuve en signalant les deux observations des malades de MM. Marjolin et Guersant; dans ces deux cas, on a vu la difformité disparaître dès que la propriété vitale du muscle a été ramenée à son type normal. Cette action spéciale de l'électricité, de pouvoir ramener la contractilité tonique lorsqu'on l'emploie avec des intermittences très rapides, m'a paru digne d'être signalée à la Société; dans le cas de difformité qui nous occupe, elle constitue un moyen prompt et efficace contre une affection dont le traitement n'a pas encore été formulé.

— M. Jarjavay donne l'analyse suivante d'une observation relative à un malade que l'on croyait atteint d'une paralysie du muscle grand dentelé :

Au mois d'octobre dernier, j'ai observé à l'hôpital de la Charité un malade qui avait aussi un déplacement du scapulum. C'était un homme d'environ quarante-cinq ans, qui avait souffert depuis quelque temps de douleurs rhumatismales dans la partie postérieure du cou et de la poitrine.

Le bord spinal de l'omoplate était détaché de la poitrine de manière à former une gouttière profonde au-dessous de l'os. L'angle inférieur était saillant, le moignon de l'épaule déprimé.

Un examen attentif, fait en présence de MM. Gerdy, Rayer et moi, par M. Duchenne (de Boulogne) au moyen de l'application de l'électricité, permit de constater que la lésion était complexe. Une grande étendue du trapèze, du grand dorsal, du grand pectoral était atrophiée; le rhomboïde l'était complétement ; le grand dentelé était aussi atrophié en grande partie.

Des déplacements du scapulum avaient été déjà signalés; on les avait jusqu'à présent attribués à une paralysie du grand dentelé.

Lecture.

M. Demarquay continue et termine la lecture du mémoire de M. Michel (de Strasbourg) *sur les tumeurs homologues et hétérologues.*

Vu l'importance du sujet, M. le président désigne pour l'examen du mémoire de M. Michel une commission de cinq membres dont les noms suivent : MM. Follin, Denonvilliers, Marjolin, Forget et Gosselin.

Le vice-secrétaire, E. Laborie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Aux noms des candidats à la chaire de thérapeutique et de matière médicale il faut ajouter le nom de M. Monneret. Les candidats se trouvent ainsi au nombre de *huit*, et non de *neuf*, comme on l'a imprimé par erreur dans notre dernier numéro.

— La section d'anatomie pathologique de l'Académie de médecine présente la liste des candidats à la place vacante dans cette section dans l'ordre suivant :

1° M. Requin;
2° *Ex æquo*, MM. Beau et Barth;
3° M. Sestier;
4° M. Moreau (de Tours);
5° M. Durand-Fardel.

— L'ouverture du concours pour la place de chef des travaux anatomiques à la Faculté de médecine de Paris est fixée, par arrêté ministériel du 1er mars, au 16 août. Les candidats pourront se faire inscrire jusqu'au 16 juillet au secrétariat. Le nouveau chef des travaux anatomiques entrera en fonctions le 1er janvier 1854.

— MM. Gosselin, Cazeaux et Voillemier (suppléant) sont nommés par le ministre juges pour le prochain concours de l'agrégation en chirurgie. Deux juges seront tirés au sort le jour de l'ouverture du concours, pour remplacer MM. Moreau et Dubois, dont nous avons annoncé l'incompatibilité pour cause de parenté avec des concurrents. Les noms des deux juges seront tirés au sort entre MM. Adelon, Bérard, Roux et Velpeau.

— Deux places de chef de clinique à l'Ecole préparatoire de médecine de Lyon étant devenues vacantes, l'assemblée des professeurs a nommé M. le docteur Chavanne à celle de la clinique d'accouchement et M. le docteur Bourreland à celle de la clinique médicale. On nous rapporte que, par une irrégularité ou par un oubli difficile à comprendre, le nom d'un troisième candidat, qui était régulièrement inscrit pour la clinique médicale, n'a pas même été présenté à la délibération des professeurs. (*Gaz. méd. de Lyon.*)

— Une petite fille âgée de onze ans est morte à Londres, le 20 décembre dernier, du choléra asiatique. Elle a succombé en vingt-quatre heures à une attaque des plus violentes.

— *Mort par le chloroforme. Nouveau cas.* — On lit dans le *Dublin medical Press* que le 16 décembre dernier le nommé Henry Hollingworth fut admis à l'infirmerie royale de Manchester pour une tumeur cancéreuse à la cuisse. Avant de procéder à l'opération, et à la demande du malade, on administra le chloroforme, qui fut lent à produire son effet. Il y avait à peine cinq minutes que l'opération était commencée, lorsque des signes évidents de congestion à la face se manifestèrent; la respiration devint extrêmement lente. L'opération fut suspendue, et on essaya de ranimer le malade; mais le regard était devenu fixe, et il expira après un profond soupir.

— La grippe et la fièvre typhoïde qui sévissent en ce moment à Château-Gonthier (Mayenne) viennent d'obliger l'administration du collége de cette ville à évacuer l'établissement et à rendre momentanément les élèves à leurs familles.

— *Exercice illégal de la pharmacie par un médecin.*—Le sieur Blaise-Adrien Courrégé, officier de santé à Clichy, a été traduit en police correctionnelle pour avoir délivré des médicaments à des malades qu'il allait visiter, et a été condamné à 200 fr. d'amende.

—Statistique. — *Température du mois de janvier* 1853. — Observations faites à midi à l'Observatoire : le vent a été 7 fois O., 5 fois S., 4 fois O.-S.-O., 2 fois S.-O., 2 fois S.-S.-O., 2 fois N., 2 fois N.-O., 1 fois S.-E., 1 fois S.-S.-E., 1 fois O.-N.-O, 1 fois N.-N.-O., 1 fois E.-N.-E. Le ciel a été couvert 19 jours, nuageux 5 jours, très nuageux 2 jours; il a plu 2 jours, il y a eu du brouillard 2 jours. La température la plus rude vers le milieu du mois a été de 11 9; à la fin du mois, 8 5; la température, au minimum, vers la fin du mois, s'est abaissée à 0 1.

Décès. — Sont morts pendant le mois de janvier, 3,070 personnes: 1,569 hommes; 1,501 femmes; 539 de plus que le mois précédent.

— *Position des médecins militaires en Autriche.* — Le *Medicinische Neuvikeiten* indique ainsi le rang, les appointements et les pensions des médecins de l'armée :

Le premier médecin chirurgien-major, conseiller d'État, a le grade de major-général, 4,000 florins (plus de 10,000 fr.) d'appointements, un domicile dans cinq endroits différents, et une pension égale à celle des conseillers d'Etat.

Le second médecin a 2,200 florins (5,500 fr.), cinq habitations comme le précédent, quatre rations et une pension de 1,200 florins 3,000 fr.).

Les médecins de première classe de l'armée ont le rang de général, 2,000 florins (5,000 fr.) d'appointements, quatre habitations, quatre rations et 1,000 florins (2.500 fr.) de pension.

Les médecins de régiment de 1re classe reçoivent 1,200 florins (3,000 fr.) de solde; ils ont de plus trois rations, trois habitations et 400 florins (1,000 fr.) de pension.

Ceux de 2e classe, 1,000 florins (2,500 fr.), trois rations, trois habitations et 400 florins (1,000 fr.) de pension.

Le premier médecin de 2e classe a le grade de commandant, 720 florins (1,800 fr.), deux rations, deux habitations et 300 florins (750 fr.) de pension.

Tous ont droit à un cheval et à une ration pour celui-ci.

Leurs veuves, s'ils meurent en campagne ou dans une épidémie, reçoivent une pension qui est des deux tiers de la solde dans ce cas, de la moitié seulement s'ils meurent dans d'autres circonstances.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Annuaire de Thérapeutique, de matière médicale, de pharmacie et de toxicologie pour 1853, contenant le résumé des travaux thérapeutiques et toxicologiques publiés en 1852, et les formules des médicaments nouveaux, par M. Bouchardat, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie impériale de médecine, etc. (13e année). 1 vol. grand in-32 de 320 pages. 1 fr. 25.

Annuaire de médecine et chirurgie pratiques pour 1853. Résumé des travaux pratiques les plus importants publiés en France et à l'étranger pendant l'année 1852, par MM. les docteurs Jamain et Wahu (8e année). 1 vol. gr. in-32 de 320 pages. 1 fr. 25.

Manuel de petite chirurgie, contenant les pansements, les bandages, les appareils de fractures, les pessaires, les bandages herniaires, les ponctions, la vaccination, les incisions, la saignée, les ventouses, le phlegmon, les abcès, les plaies, les brûlures, les ulcères, le cathétérisme, l'extraction des dents, les agents anesthésiques, etc.; par M. le docteur Jamain, ancien interne des hôpitaux de Paris, etc. Un vol. gr. in-18 de 612 pages avec 189 fig. dans le texte. 6 fr.

De l'huile de foie de morue et de son usage en médecine (mémoire couronné par la Société médico-pratique), par M. Taufflieb, docteur en médecine à Barr (Bas-Rhin). In-8 de 96 pages. 2 fr.

Ces ouvrages se trouvent à la librairie médicale de Germer Baillière, 17, rue de l'Ecole-de-Médecine, à Paris.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 29. — JEUDI 10 MARS 1853. (26e ANNÉE.) N° 29. — JEUDI 10 MARS 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40; EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	Trois mois	8 fr. 50 c.
	Six mois	16 »
	Un an	30 »
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	Trois mois	9 fr.
	Six mois	17
	Un an	33
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	Trois mois	10 fr.
	Six mois	20
	Un an	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

Paris, le 9 mars 1853.

Séance de l'Académie de Médecine.

Après une réclamation de M. Malgaigne à l'occasion du procès-verbal, réclamation qui amènera probablement une modification au règlement, la séance a été occupée d'abord par une lecture de M. Mattei sur la réunion immédiate des plaies et sur un mode de ligature auquel il reconnaît pour principal avantage de permettre d'enlever à volonté cette ligature en tirant sur deux fils opposés, et dans lequel nous craindrions de trouver un inconvénient, celui de se relâcher spontanément avec trop de facilité.

M. le professeur Cruveilhier a commencé ensuite la lecture d'un mémoire plein d'intérêt sur plusieurs cas de paralysie progressive et générale avec atrophie des muscles. Cette maladie, sur laquelle M. Aran a publié dans les *Archives* un travail, et dont un élève de l'honorable professeur, M. Thouvenel, a fait le sujet de sa thèse, a été observée pour la première fois par M. Cruveilhier en 1832. Un second fait s'est présenté à lui en 1848 ; et enfin un autre tout récemment. La lecture de cette observation a été renvoyée à la prochaine séance.

Ce dernier fait est d'autant plus important que, selon l'auteur, il lui aurait donné le mot de l'énigme d'une affection dont le point de départ ne serait pas dans les centres nerveux, mais dans les racines antérieures des nerfs de la moelle épinière. Nous publierons une analyse étendue du mémoire de M. Cruveilhier.

Nous avons dit que la réclamation de M. Malgaigne amènerait probablement une modification au règlement; en voici le sujet : on avait cru devoir reprocher à M. Malgaigne et à quelques autres membres l'impression et la présentation d'une contre-liste de candidats pour les nominations de membres associés étrangers qui ont été faites dans la dernière séance. Cette proposition de membres autres que ceux présentés par la commission avait été regardée comme contraire au règlement et repoussée par M. le président. M. Malgaigne a exposé dans sa réclamation qu'il ne lui paraissait nullement contraire au règlement de proposer des candidats autres que ceux indiqués par la commission, toutes les fois que, comme dans l'espèce, l'Académie était *souveraine* dans ses nominations; et, comme le règlement garde le silence à ce sujet, M. Malgaigne demande qu'un article soit ajouté au règlement pour reconnaître ce droit aux membres de l'Académie.

M. le président accepte la proposition de M. Malgaigne, et reconnaît qu'elle serait annexée utilement aux articles existants du règlement; la proposition sera donc renvoyée à une commission, et, selon toute probabilité, adoptée sinon textuellement, au moins dans son esprit.

A quatre heures et demie l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de la commission sur l'appréciation des titres des candidats à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique.

HOTEL-DIEU. — M. Trousseau.

Leçons sur l'asthme.

L'asthme est une affection chronique, nerveuse, frappant d'une manière particulière les organes pulmonaires, essentiellement périodique et intermittente lorsque la maladie est bien engagée; et, de même que les maladies diathésiques, la goutte, la gravelle, le rhumatisme, elle laisse les malades en repos pendant quelques mois, quelques années, pour reparaître ensuite tout d'un coup.

Avant de passer aux formes exceptionnelles de la maladie et aux lésions auxquelles on l'a imputée, je vais vous signaler ses principaux traits, sa forme habituelle; vous pourrez ensuite la reconnaître facilement au lit du malade.

L'asthme, pour être compris et vu dans sa *fleur de virginité*, doit être considéré non pas chez le vieillard, où il dure depuis longtemps, mais à l'époque moyenne de la vie, où on peut assister à son début, où il se présente avec des caractères nets et tranchés et absent des complications qu'il amène à la longue ou qui viennent s'ajouter à lui. Si donc on prend pour exemple un homme jeune surpris par une attaque d'asthme au milieu d'une bonne santé, voici ce qu'on peut observer :

Le plus ordinairement, dans la première partie de la nuit, de dix heures à minuit, quelquefois dans la seconde, de minuit à six heures du matin, que l'individu soit dans son lit, dans son cabinet de travail, dans le monde, l'attaque, annoncée quelquefois par un peu de malaise, débute par une oppression subite; un poids énorme semble peser sur la poitrine du malade, qui fait des efforts considérables pour respirer. L'expiration devient active, et dans quelques circonstances même plus active que l'inspiration, et toutes deux s'accompagnent d'un sifflement caractéristique.

Ce sifflement, qui ne s'accompagne pas d'altération du timbre de la voix, ne paraît pas se produire dans le larynx, mais profondément dans la poitrine, derrière le sternum. En même temps, on entend des râles sibilants, que le malade compare lui-même au chant d'un oiseau et qui s'accompagnent de ronflements sonores.

L'accès augmente rapidement d'intensité, et bientôt l'oppression est telle qu'elle force le malade à se tenir assis s'il était couché, puis à se tenir debout dans sa chambre appuyé sur un meuble, auquel il s'accroche afin d'y trouver un point d'appui pour ses muscles inspirateurs; enfin, l'oppression augmente à tel point qu'il est forcé d'ouvrir sa fenêtre quelle que soit la rigueur de la température extérieure; et, chose étrange, le malade atteint d'une affection pulmonaire, que le froid devrait aggraver, éprouve au contraire un soulagement marqué.

La plupart coupent, détachent les liens qui leur compriment la poitrine; le gilet, la cravate jetés à bas, ils viennent la bouche ouverte, le corps à moitié nu, humer l'air extérieur et le recevoir de toutes parts.

En même temps, les veines du cou se gonflent, la figure prend une teinte bleuâtre, le pouls acquiert de la fréquence.

Quelquefois l'oppression est poussée à ce point que la vie semble menacée, et il faut au médecin toute l'habitude qu'il a de ces sortes d'accès pour garder la tranquillité en face d'un assemblage morbide aussi effrayant.

La toux prend un caractère particulier, tel que le médecin un peu expérimenté la reconnaît facilement; elle s'accompagne d'une expiration très prolongée; comme elle est très fatigante pour le malade, celui-ci cherche à avaler ses quintes; il résiste à l'effort de la toux, sa glotte se contracte spasmodiquement, et l'air, qui triomphe de cette résistance, fait entendre en sortant un son caractéristique.

Après une, deux ou trois heures de durée, rarement moins, quelquefois davantage, une nuit entière, le malade respire mieux; il expectore quatre ou cinq crachats épais, grisâtres, muco-purulents, puis il s'endort. En se réveillant, il se ressent encore de la fatigue de la nuit; mais sa respiration est redevenue bonne; il vaque à ses affaires, court, monte les escaliers comme un homme qui jouit de la plénitude de sa santé.

Chez quelques malades, rares il est vrai, l'accès revient le jour, et je puis citer à ce sujet l'exemple de ma mère, dont l'accès débutait à neuf heures du matin, durait jusqu'à onze heures, se terminant ainsi en deux heures, sans que jamais aucune attaque nocturne se soit montrée.

Chez quelques malades l'accès revient avec une telle régularité qu'ils savent l'heure au juste, en sentant le retour de leur attaque. Sujet pendant trois mois à l'âge de vingt ans à des attaques d'asthme qui revenaient régulièrement à trois heures du matin, j'ai pu constater sur moi-même cette régularité des accès. Il y a dix ans les mêmes attaques ont reparu et ont présenté cette même régularité dans leur apparition, qui a toujours eu lieu à trois heures du matin. Quelques personnes ont de semblables attaques dans le courant de la soirée, vers onze heures, onze heures et demie, sans que les plaisirs, les préoccupations aient aucune influence sur l'arrivée de l'accès. Dans quelques circonstances rares les malades peuvent reculer un peu le début par une modification hygiénique, de même que les malades en proie aux douleurs ostéoscopes reculent le moment où elles doivent venir en retardant celui de se mettre au lit. Ceux qui éprouvent l'influence de l'attaque en se couchant se décident à rester dans un fauteuil, subissent l'accès une heure ou deux heures plus tard il est vrai, mais tout aussi véhément que s'ils s'étaient mis au lit.

Il est rare qu'une attaque permette à un malade de rester étendu; le plus ordinairement il relève la tête, s'appuie sur le coude, s'assied dans son lit d'abord, puis se lève et va s'asseoir dans un fauteuil, qui est bientôt repoussé lui-même s'il est trop confortable, et, forcé de rester debout les coudes appuyés sur le chambranle de la cheminée et la tête dans la main, il sommeille dans cette position. D'autres, plus heureux, couchés dans des lits faits d'une façon appropriée, s'endorment après avoir aspiré quelques bouffées de datura. Du reste ces malades sont inventifs, ils savent parfaitement ce qui leur convient, et sous ce rapport certains d'entre eux possèdent un assortiment complet de fauteuils et de lits aux formes les plus bizarres.

L'asthme attaque violemment les gens dans la force de l'âge, et l'intensité des attaques diminue à mesure qu'ils avancent dans la vie; à soixante et soixante-dix ans l'oppression est distincte et indépendante de l'asthme.

L'asthme est une maladie de l'âge adulte; il est dans toute sa force à quarante ans.

L'oppression et la dyspnée s'observent sur le retour d'âge et dans la vieillesse. L'orthopnée va croissant à mesure que les organes se dégradent et que la vie tire à sa fin.

Causes de l'asthme. — Commençons par parler des causes hygiéniques. Soit un asthmatique au plus haut degré, dont la vie paraît menacée par l'intensité des accès : changez le lieu de sa résidence, et vous retrouverez cet homme dans des conditions de santé telles qu'il vous semblera impossible de reconnaître en lui le même individu que vous avez vu moribond peu de temps avant; et cela sans qu'il vous soit possible d'expliquer théoriquement l'influence hygiénique, c'est-à-dire sans qu'il soit possible d'attribuer la guérison à un climat plus doux, à un air plus pur. Exemple :

Un jeune homme de vingt-huit ans, de Saint-Omer, est pris dans son pays d'attaques d'asthme intenses. Envoyé à Londres par ses parents pour affaires commerciales, il débarque, s'établit dans la Cité, quartier le plus brumeux et le plus populeux de Londres, dans des conditions évidemment où personne ne serait tenté de mettre un asthmatique. Il y reste deux ans employé à des travaux très rudes, et passe tout ce temps sans éprouver la moindre attaque d'asthme. Il retourne à Saint-Omer, et il n'y était pas depuis quatre jours que ses attaques étaient revenues comme par le passé.

Au bout de trois mois on me l'envoie à Paris. Après un court séjour l'asthme se dissipe et la santé redevient florissante. Il va voir sa tante à Versailles, y passe trois jours au milieu de la belle saison, l'asthme le reprend. Nouveau séjour à Paris, nouvelle disparition des attaques pendant tout ce temps (six mois). Obligé de repartir pour Saint-Omer, il y était à peine installé qu'on m'écrivit en toute hâte que les accès avaient reparu avec une intensité nouvelle, que le malade était agonisant. Je répondis qu'on le transportât immédiatement en chemin de fer, sur un brancard si on ne pouvait faire autrement : ce qui fut fait. Mon malade, de retour à Paris, vit disparaître ses accès, et dix jours après il se portait à merveille.

Deuxième exemple. — Deux jumeaux nés dans le département des Bouches-du-Rhône restaient impunément à Marseille sans y éprouver jamais la moindre attaque d'asthme, et chaque fois que leurs affaires les forçaient d'aller à Toulon, ils étaient sûrs de les ressentir. Ils pouvaient séjourner à Bordeaux sans éprouver d'attaques. En Allemagne, elles paraissaient ou disparaissaient dans les différentes villes où ils avaient l'occasion de séjourner, sans qu'il fût possible d'expliquer ces alternatives par le climat, le changement de saison, les conditions hygiéniques.

Troisième exemple. — Un des parents de l'Empereur, officier d'ordonnance, né en Corse, ne passe pas dix nuits dans son lit quand il est à Paris. Envoyé en mission à Clermont-Ferrand, pays élevé au milieu des montagnes, obligé de longues courses au milieu des neiges et par le froid, il n'a pas éprouvé une seule fois l'influence de sa maladie; de retour à Paris depuis quelque temps, il a vu reparaître ses attaques comme auparavant.

L'influence de la température est tout aussi inexplicable. Ainsi, quand on étudie cette maladie sur un grand nombre de sujets, on est frappé de voir qu'elle est plus fréquente en été qu'en hiver, et le début de l'attaque est souvent annoncé par un coryza particulier, étrange; quand les malades éternuent violemment et d'une manière très répétée dans un court espace de temps, ils savent que l'accès va avoir lieu. Pourquoi ces attaques ont-elles lieu plutôt en été? C'est ce que j'ignore; mais le fait n'en est pas moins bon à savoir, et il doit vous démontrer que, dans certaines circonstances, il est utile de se défier des théories et des données hygiéniques. Chaque asthmatique se comporte à sa manière devant les influences hygiéniques, et mieux que personne il sait par expérience ce qu'il lui convient de faire; aussi n'est-ce qu'après avoir étudié pendant quelque temps l'individualité de son malade que le médecin prudent pourra donner un conseil utile.

Causes pathologiques. — La plupart des asthmatiques sont fort disposés à contracter des diathèses chroniques, et l'on voit fréquemment l'asthme alterner avec les attaques de goutte; les éruptions dartreuses sont dans le même cas : ainsi un lichen impétigineux disparaîtra pour faire place à des attaques d'asthme offrant des caractères nets et tranchés, et celles-ci disparaîtront à leur tour pour faire place à l'affection herpétique qui reparaît.

L'asthme, a-t-on dit, n'est qu'une expression symptomatique d'une affection du poumon ou du cœur, et un homme éminent, M. Louis, a pu confondre ainsi l'emphysème pulmonaire avec l'asthme, attribuant celui-ci à la lésion organique de l'emphysème

pulmonaire. Cette opinion ne peut supporter une minute l'examen, et la cause de l'erreur est facile à trouver.

Quand dans un hôpital M. Louis a examiné de vieux asthmatiques, il a trouvé de l'emphysème pulmonaire; mais dans ses recherches en ville, sur des hommes jeunes, asthmatiques, que je lui ai envoyés et qui avaient été examinés par des hommes de l'art éminents, il n'a pu y trouver la moindre trace d'emphysème. M. Louis a raison quand il dit que l'emphysème pulmonaire existe après l'asthme; mais il a tort quand il le fait exister chez les asthmatiques au début de leur maladie.

Chez un vieil asthmatique, examinez avec l'attention la plus scrupuleuse la poitrine quatre ou cinq jours après une attaque d'asthme, vous n'y trouverez aucun des caractères de l'emphysème pulmonaire, qui sont l'ampliation de la cavité thoracique en un point, la faiblesse des bruits respiratoires et la présence de râles sibilants et ronflants; en percutant, on trouve une résonnance normale, au lieu de cette résonnance exagérée qui accompagne l'emphysème. Comme l'emphysème est chronique, s'il existait au moment de l'attaque, il doit exister encore quatre ou cinq jours après.

Lorsque les attaques se répètent fréquemment et durent depuis longtemps, la maladie se complique de catarrhe et, par suite, d'emphysème pulmonaire; et c'est dans ce sens seulement qu'on peut trouver quelques rapports de cause à effet entre l'asthme et l'emphysème pulmonaire.

AMBULANCES DE L'ARMÉE D'ITALIE.

Traitement des fièvres intermittentes des pays chauds par l'emploi exclusif des évacuants (1).

Par M. PHILIPPE, médecin-major aux ambulances de l'armée d'occupation d'Italie à Rome.

Après avoir exposé les principales théories sur lesquelles repose la thérapeutique de l'école italienne, nous dirons un mot des opinions de quelques hommes qui ont marqué dans l'étude des fièvres. Nous commencerons par J.-P. Frank, dont les ouvrages sont devenus classiques en Italie. Sa thérapeutique a beaucoup de rapport avec celle qui est en vigueur dans ce pays. Il reconnaît quatre catégories de fièvres intermittentes: 1° la fièvre gastrique légitime; 2° la fièvre inflammatoire; 3° la fièvre nerveuse; 4° la fièvre franchement intermittente.

En général, il préconise les évacuants dans les cas où les premières voies sont saburrales: « Atque evacuantium his in febribus » non ambigua utilitas. »

Il ajoute: « Quibus totius, non modo sine corticis aliorumque » adjumento, sed postquam illa incassum jam administrata fuerunt, » solis, febris non raro profligatur. » (*De curandis hominum morbis*, liber I, 1805, p. 104.)

Quand il y a complication inflammatoire, il conseille de tirer du sang.

Dans les cas où la cause de la fièvre n'est pas produite par l'état saburral, mais « in nervos potissimum agentem » (p. 108), il préconise le quinquina.

Lorsque les symptômes gastriques sévissent avec beaucoup d'intensité et que le système nerveux participe à l'affection, il a recours à l'émétique: « Major emeticorum pro indicatione repetendorum » offertur necessitas. » (P. 113.)

Sydenham considérait la saignée comme nécessaire quand il y avait des signes d'inflammation, bien qu'il la blâmât dans les fièvres quartes.

Il donnait les purgatifs, si ce n'est dans les fièvres quartes; il en spécifiait surtout l'utilité lorsque les accès étaient entièrement passés: « Sublato morbo, æger *sedulo* purgandus est, ut a reci- » divæ metu liberetur. » (Thomæ Sydenham *Opera medica*, 1767, p. 26.)

Il employait l'émétique dans les fièvres printanières particulièrement « nonnunquam, » et terminait la cure par les narcotiques: « Post finitam emetici operationem. » (P. 20.)

Il cherchait aussi à obtenir la diaphorèse, et prescrivait souvent les clystères: « Tertianas aliquando curaverim. » (*Idem.*)

Stoll a précisé avec beaucoup plus de soin et d'une manière plus complète les indications du traitement des fièvres. Il n'était pas partisan de la saignée: il cite cependant des cas de fièvres quartes qui avaient résisté à tous les moyens, et qu'il guérit par celui-là. Il parle d'individus chez lesquels elle provoqua des accidents graves.

Dans le principe il préfère l'émétique aux purgatifs, qu'il réprouve alors. Il recommande d'observer toujours avec attention l'état des premières voies.

Il dit que pendant l'épidémie de fièvres intermittentes de 1778, mois de juillet, il tirait de bien plus grands avantages de l'usage exclusif des évacuants que de celui du quinquina: « Curabantur » pleræque solis solventibus et dein emesi paucæ, hac methodo » cicuratæ, tandem cortice indiguerunt. » (Maximilii Stoll *Ratio medendi*, 1788, p. 42.)

Il tient le même langage en mentionnant d'autres épidémies, tandis que pour certaines d'entre elles les indications étaient tout opposées; mais il n'approuvait pas l'alliance des purgatifs avec le quinquina. Il cite des fièvres quartes qu'il guérit sans ce dernier médicament.

Il n'établit pas de différence pour le traitement entre les rémittentes et les intermittentes franches: « Remittentes quoque et con- » tinuæ multæ occurrebant; eodem modo ac intermittentes sa- » nandæ. » (Aphorism. 23.)

Il parle, dans l'épidémie de 1778, de fièvres qui d'intermittentes qu'elles étaient se convertirent en rémittentes et en continues. Il obtint de très bons résultats de l'usage du quinquina: « Sed tan- » dem cortex peruvianus subjungi (solventibus, antiphlogisticis) » plerumque debuit. » (P. 44.)

Nous avons esquissé à grands traits les divers modes de traitement employés contre les fièvres intermittentes par les maîtres de l'art, et particulièrement par les médecins italiens. Nous avons pu voir que les bases thérapeutiques qu'ils ont posées sont très rationnelles; à tel point que les ouvrages modernes les ont presque entièrement conservées. Ils préconisent les déplétions sanguines quand l'élément inflammatoire domine, les évacuants lorsque les premières voies sont atteintes, le quinquina ou le sulfate de quinine, qu'ils administrent en suivant des procédés divers. Ainsi les uns le font précéder des vomitifs, ou des purgatifs surtout (Baglivi, Lancisi, Borsieri, Valentini); les autres réprouvent cette méthode (Torti, Sydenham); quelques-uns associent ces deux médications (Lancisi, etc.).

Une autre indication thérapeutique pour laquelle presque tous les auteurs sont d'accord est l'emploi des purgatifs comme prévenant les récidives. De ce nombre sont Baglivi, Lancisi, Borsieri, Sydenham; et même quelques médecins modernes ont admis ce principe. Ainsi, dans le *Compendium de médecine pratique* (Monneret et Fleury, 1842), on lit: « C'est aussi en pareilles circon- » stances (dans les récidives) que les vomitifs, l'opium et les médi- » cations perturbatrices sont suivis des meilleurs résultats. » (Page 314.) Mais cette indication est très vague et peut être considérée comme exceptionnelle.

On est étonné que M. Grisolle ait repoussé un agent aussi précieux. Il va jusqu'à dire: « L'exposition au froid, l'humidité, les » émotions vives, des aliments indigestes, l'*administration* des pur- » gatifs sont les causes ordinaires des rechutes. » (Grisolle, *Traité élémentaire pratique*, 1850, p. 144.) L'expérience de tous les jours en Italie dément cette manière de voir exclusive.

Quant à l'indication spéciale et isolée du quinquina, nous avons vu que tous les médecins italiens sont d'accord pour le mettre en usage uniquement et sans préliminaires, lorsque la fièvre prend un caractère grave. (Baglivi, Torti, Lancisi, Borsieri, Valentini, etc.)

Il y a encore quelques médications particulières à cette école auxquelles nous attachons peu d'importance, telles que l'administration des narcotiques, des diaphorétiques, des clystères.

Enfin il en est une dernière qui est actuellement en honneur en Italie dans les fièvres rémittentes (gastro-rhumatiques), et qui a été complétement oubliée en France et en Algérie. Nous voulons parler de l'emploi exclusif des évacuants, qui a parfaitement réussi entre les mains des Borsieri, des J.-P. Frank et des Stoll sans distinction de types de fièvres. Ils l'avaient même préféré dans certaines épidémies aux préparations de quinquina, celui-ci ayant échoué. On voit avec étonnement, d'après de pareils précédents, que MM. Monneret et Fleury semblent adopter l'opinion contraire dans le passage suivant: « Torti réprouve l'emploi des vomitifs dans le » traitement de la fièvre intermittente, et les meilleurs auteurs » modernes se sont prononcés dans le même sens. » (*Idem*, p. 315.)

D'après cette exposition de la médecine italienne, est-on en droit de la repousser sans examen? La raison, la saine observation doivent en appeler d'une condamnation prononcée un peu vite par des critiques qui se sont laissés aller à des inspirations de nationalité que nous admirons fort au point de vue du sentimentalisme, mais non au point de vue de la science, qui est cosmopolite, comme nous l'avons déjà dit, et qui ne se contente pas de mots ni de traits d'esprit.

Le rôle de critique n'est pas aussi facile qu'on pourrait le croire. Il exige un discernement, une profondeur de raison, une indépendance d'esprit, une impartialité qu'il n'est pas donné à tout le monde de posséder. Le critique médiocre ne voit les choses que d'un seul œil, comme les strabiques; il n'aperçoit que le côté qui fait vibrer sa fibre satirique, aux dépens de la bonne logique et de l'esprit vraiment philosophique.

On peut conclure hardiment que le bon l'emporte sur le mauvais dans l'école italienne. Les principes en sont excellents (bien entendu que nous parlons ici des fièvres exclusivement; car si nous abordions les maladies de poitrine, de l'utérus, des affections vénériennes, et en général des maladies chirurgicales, nous trouverions une médecine bien retardée). Ce qui surtout prête à la critique, c'est la fausse application que les médecins en ont faite. Cependant nous lui reprocherons la multiplicité des espèces dans la description des fièvres, le culte trop fervent des symptômes, dû au grand nombre d'indications admises, et l'importance qu'on donne aux premiers au détriment du grand phénomène de l'intermittence, qui est submergé au milieu de cet océan de distinctions scolastiques; dernier vice qui n'a fait que prendre de l'extension depuis la création ontologique de l'omopathie de Puccinotti, comme nous l'avons déjà prouvé.

Un autre abus à signaler est l'usage immodéré des purgatifs, qu'on administre souvent jusqu'à jeter le malade dans une anémie profonde, qui est encore augmentée par la prescription d'une diète sévère.

Les déplétions sanguines sont souvent aussi pratiquées avec une prodigalité fâcheuse.

Dans les fièvres graves, il y a une grande timidité pour l'emploi du sulfate de quinine. On pose des limites pour ainsi dire mathématiques aux doses prescrites, et ces doses classiques sont de véritables colonnes d'Hercule; malheur à celui qui les franchira! il sera, si ce n'est brûlé, du moins jugé et condamné comme hérétique par le collége romain!

Mais si le grand nombre des indications thérapeutiques dans les fièvres paludéennes a fait faire fausse route aux praticiens italiens, ce n'est point aux principes fondamentaux de leur école qu'il faut s'en prendre, mais aux conséquences erronées qu'ils en ont tirées. Il en est de cette médecine comme de la religion; ce n'est pas à elle qu'on s'adresse, mais à ses ministres, quand son application abusive prête à la critique. C'est une distinction importante à faire, et qui répond à des attaques mal fondées.

Quoi qu'il en soit, doit-il sortir quelque enseignement de l'étude sérieuse de l'école italienne et de l'application actuelle de ses principes? La propagation de ses préceptes thérapeutiques au point de vue des fièvres des pays chauds est-elle appelée à apporter des documents utiles à la pratique médicale, en tant qu'ils seront bien interprétés et mis à exécution avec l'impartialité et l'exclusion d'esprit systématique qui doivent toujours présider à l'exercice de la saine médecine?

Nous croyons qu'on peut répondre par l'affirmative, et nous appuierons cette opinion non-seulement sur des résultats dont nous avons été témoin dans les hôpitaux de Rome, mais encore sur notre expérience propre.

C'est surtout en mettant en présence la médecine italienne et celle suivie par nos confrères de l'armée d'Afrique que nous pensons pouvoir arriver à une transaction utile aux deux parties belligérantes. Nous nous estimerions très heureux d'avoir contribué à ce rapprochement, que quelques concessions réciproques ratifieraient aisément.

La médecine d'Afrique est fondée sur des traditions qui ont été respectées et qui ont cours depuis les premiers temps de l'occupation française. Aucune modification importante n'a été apportée à ces anciens errements. Des hommes du plus grand mérite ont fondé la thérapeutique actuelle, et l'on ne peut se refuser à admettre que les bases en sont très rationnelles.

M. l'inspecteur Maillot, en donnant le dernier coup à la médecine physiologique, M. le docteur Worms, en introduisant la médecine évacuante comme complément ingénieux des heureuses inspirations du premier, ont établi les véritables fondements du traitement des fièvres des pays chauds; mais cette dichotomie, ces deux genres de médications sont-ils appliqués dans de justes proportions? N'a-t-on pas trop accordé à la spécificité exclusive du sulfate de quinine? Écoutons M. Haspel:

« La médication peut se ranger sous deux chefs principaux d'in- » dications; l'indication capitale, spécifique, procède de l'élément » paludéen constitutif, à laquelle on satisfait à l'aide d'un traite- » ment spécifique, le sulfate de quinine, *seul apte à le remplir*; et » les indications accessoires, étrangères conduisent à agir contre » les éléments secondaires ou de complication. » (*Maladies de l'Algérie*, 1852, p. 326.)

..... « Tant qu'il existera du quinquina, ce sera *toujours* à lui, » et principalement au sel de quinine, que nous aurons recours » pour le traitement des affections paludéennes. » (*Idem*, p. 327.)

Il est difficile d'être plus exclusif et plus catégorique dans l'émission d'une opinion; mais on pourrait répondre à M. le docteur Haspel que ce n'est pas seulement à l'élément paludéen qu'il faut s'adresser pour combattre une fièvre intermittente, ou du moins à la périodicité, qui, d'après cette théorie, est l'effet capital de cette influence, mais bien à un autre phénomène morbide; nous voulons parler des symptômes gastriques, que M. Haspel range parmi les accidents accessoires, et qui, au contraire, peuvent fort bien dominer l'intermittence. Celle-ci, au résumé, n'est qu'une manifestation morbide qui appartient à une cause que nous cherchons, et qui même peut être multiple, dernière propriété qu'on pourrait prouver par l'efficacité des traitements différents des fièvres intermittentes. Et pourquoi cette exclusion en faveur des préparations de quinquina, quand l'expérience des siècles, quand la pratique de la médecine en Italie démontrent évidemment que l'écorce péruvienne a dû céder le pas à d'autres moyens dans certaines épidémies, comme nous l'ont transmis Borsieri, Stoll, etc., dans leurs œuvres? D'ailleurs, ne guérissait-on pas avant la découverte de l'antipériodique? Les ouvrages d'Hippocrate, de Galien, etc., en font foi.

Les médecins italiens arrêtent parfaitement les accès de fièvres rémittentes avec les purgatifs seulement, sans l'intervention du sulfate de quinine; ils emploient aussi la même médication contre les récidives des affections fébriles franchement intermittentes. (Hôpital Saint-Esprit de Rome.)

Il y a donc autre chose que le phénomène de la périodicité dans les fièvres paludéennes. Il y a des organes à interroger sans esprit de système, sans idées préconçues; il y a souvent, comme disent les médecins italiens, de la *gastricité*.

D'ailleurs, M. le docteur Haspel ne réprouve pas entièrement la médecine évacuante; il dit avec une profonde raison:

« L'objet important est de ne pas seulement déterminer l'indi- » cation de la méthode évacuante, mais encore de déterminer quels » sont les *phénomènes pathologiques* auxquels conviennent surtout » les évacuants et dans quelles circonstances. » (*Idem*, p. 349.)

Voilà le véritable état de la question, et c'est justement pour atteindre ce but que nous avons expérimenté en donnant à la médication vomi-purgative toute l'extension possible; mais M. Haspel, loin de chercher à mettre à exécution ce programme rationnel, n'a travaillé dans ce sens que sur une très petite échelle et n'a trouvé d'indication pour l'emploi des purgatifs *irritants*, par exemple, que « dans certains cas, pendant le stade de chaleur, pour dégager » l'organe qui est le siége de la fluxion. » (P. 377, *idem*.) Cette indication nous paraît un peu obscure. Nous ferons une autre citation: « Dans le cours du traitement, nous ne craignions pas de » faire prendre à nos malades de temps à autre des vomitifs et des » purgatifs, qui dans ces cas venaient en aide à la médecine spéci- » fique. » (P. 378.)

On voit ici que M. Haspel fait une concession et qu'il est moins exclusif que précédemment.

M. Durand (de Lunel) a mis en usage en Afrique une méthode mixte en alliant les vomitifs et les purgatifs au sulfate de quinine: c'est une légère modification au traitement ordinaire d'Algérie; cependant c'est un progrès. S'il avait osé, il aurait pu résoudre la question définitivement en persistant davantage dans la médication évacuante. Nous sommes convaincu qu'il était en bon chemin. Toutefois ces doses de quinine sont excessives et détruisent par leur élévation les bons effets des évacuants.

Du rapprochement des médecines italienne et africaine il résulterait qu'elles pourraient s'éclairer l'une l'autre, les médecins de la Péninsule en concentrant pour ainsi dire la sphère des indications et donnant moins d'importance aux symptômes concomitants et accessoires des affections paludéennes, les médecins africains en modifiant leur thérapeutique unitaire et en élargissant pratiquement le champ de l'indication. Pour rendre plus clairement cette opinion, nous pourrions dire qu'il serait bon que la méthode évacuante fût plus en honneur en Algérie et que les indications de la quinine fussent plus larges en Italie.

Le reproche que nous faisons à la médecine d'Afrique pourrait s'adresser aussi jusqu'à un certain point à la médecine du continent français. Le sulfate est une panacée unique pour ainsi dire, à laquelle on a recours de suite, dès qu'on s'aperçoit du moindre atome d'intermittence: on se fait même une espèce de mérite de reconnaître cet élément qu'on ne combat que d'une seule manière. Il est rare qu'on remplisse d'autres indications, ou du moins il faut qu'elles soient bien évidentes; mais c'est l'exception. Nous sommes

(1) Suite. — Voir le numéro précédent.

persuadé qu'en France, où les fièvres sont bien plus simples que dans les pays chauds, on pourrait le plus souvent suppléer le sulfate de quinine par les évacuants. Et, si l'on ne les administre pas plus souvent, c'est que l'école physiologique a encore laissé des traces qu'on suit sans s'en rendre bien compte, cette école les ayant rejetés comme des moyens incendiaires. Nous sommes convaincu que cette médication rendrait de très grands services dans les contrées où les fièvres sont endémiques, comme dans le sud-ouest de la France, dans les Landes et en Corse surtout.

Toutes ces considérations doivent nous engager à mettre à profit les richesses thérapeutiques que nous offre l'école italienne pour le traitement des fièvres. Le temps a consacré les lois formulées par les créateurs éminents de cette école, et il est fâcheux qu'elle soit aussi peu connue en France.

C'est en méditant sur ces vérités que nous avons institué une méthode curative, qui, bien que différant sous plusieurs points pratiques importants des médications italiennes, n'en est pas moins basée sur les mêmes principes.

La période pendant laquelle nous avons eu un service de fiévreux à Rome s'étend depuis les premiers jours de septembre jusqu'au 17 novembre 1852.

La constitution médicale du mois de septembre n'a été qu'une continuation de celle qui régnait dans le mois d'août à cause de la prolongation des chaleurs, qui ont été excessives à cette époque. La périodicité était assez mal caractérisée; ce sont les fièvres rémittentes qui ont été les plus nombreuses. En général, l'élément gastrique dominait : les malades avaient la langue blanche au centre, plate, couverte d'un enduit très épais, parfois bilieux; chez quelques-uns la langue était blanche au milieu, rouge sur les bords, effilée : il y avait anorexie, amertume de la bouche, soif vive ; rarement des envies de vomir. Le symptôme le plus constant et qui inquiétait beaucoup les malades était une céphalalgie très violente et continue, qui était souvent très rebelle; assez fréquemment la fièvre débutait par ce seul symptôme; la constipation était l'exception; la douleur épigastrique était fort rare; on observait très peu de diarrhées. Les urines étaient briquetées, quelquefois sédimenteuses. Le stade de froid manquait assez souvent, ce qui faisait dire aux hommes qu'ils n'avaient pas la fièvre; les stades de chaleur et de sueur étaient réguliers. L'accès venait ordinairement dans la matinée ou dans la journée. Nous n'avons pu constater l'état exact de la rate, à cause du nombre considérable de malades; les recherches eussent été trop longues. Quelques individus ont été atteints d'ictère.

Dans les fièvres graves (typhoïdes, pernicieuses), la forme comateuse dominait.

L'état du pouls a suivi toutes les vicissitudes de l'état fébrile.

A la fin de septembre, la périodicité s'est mieux dessinée; les fièvres tierces ont commencé à se montrer.

Les mois d'octobre et novembre ont donné à la constitution médicale un nouvel aspect, à cause de l'abaissement de la température. Les affections sont devenues plus franchement intermittentes; le type rémittent a été beaucoup moins général; l'élément gastrique s'est modifié aussi. On retrouve un bien moins grand nombre de malades qui présentent cet enduit épais et blanchâtre de la langue; il en est de même des autres symptômes gastriques, l'anorexie, le dégoût des aliments, l'amertume de la bouche. Il y a toujours céphalalgie très forte, soif, couleur foncée des urines; peu de constipation. Le stade de froid manque souvent. Les accès se montrent surtout dans la journée ou vers le soir.

Vers le milieu d'octobre, les maladies ont une tendance à devenir graves : nous avons des fièvres pernicieuses et des fièvres typhoïdes en assez grand nombre. La forme délirante domine; dans certains cas cette forme alterne avec le coma.

Trouvant à l'épidémie les mêmes caractères qu'à celle que nous venions d'observer à Civita-Vecchia, ne voyant aucune contre-indication, nous crûmes que l'occasion était favorable pour appliquer le traitement qui nous avait réussi dans cette dernière ville. Nous nous adressions à la même classe d'hommes, soumis aux mêmes conditions hygiéniques, climatériques, professionnelles; rien ne s'opposait à continuer l'œuvre que nous avions commencée.

D'ailleurs, qu'est-ce qui pouvait nous arrêter? Etait-ce l'infaillibilité de la quinine? Mais nous avons assez observé, depuis bientôt quatre ans que nous sommes en Italie, pour être un peu désillusionné sur les vertus exclusives de ce spécifique, que nous sommes certainement loin de rejeter, car il sera toujours l'agent le plus sûr dans les cas rebelles et surtout dans les affections graves; mais nous voudrions le voir allié à d'autres médications qui viendraient l'aider dans son action et ne lui laisseraient pas toute la besogne; car il doit répondre à tout, à la spécificité fébrile, à l'élément gastrique, à l'élément nerveux. Il en est du sulfate de quinine comme des autres médicaments; il a ses indications comme ses contre-indications, et l'on veut pourtant qu'il soit universel! Ne sait-on pas que l'opium, qui certainement est un remède héroïque, gagne souvent à être associé à d'autres substances? N'entre-t-il pas dans une infinité de formules? L'émétique n'est-il pas fréquemment allié à des médicaments différents? On ferait pour ainsi dire l'énumération de tous les remèdes de la matière médicale, si l'on voulait prouver plus péremptoirement ce que nous avançons.

Le sulfate de quinine employé seul n'empêche pas les rechutes, et des observateurs sérieux ont déjà fait remarquer que plus on en prolonge l'usage, plus elles sont fréquentes. Il arrive assez souvent que, s'il n'est pas appelé à remplir l'indication dominante de la fièvre, la maladie principale persiste, et il ne devient plus qu'un irritant ordinaire qui a perdu sa vertu spécifique et qui ne fait que fatiguer inutilement et non sans danger la série d'organes avec lesquels il se trouve en contact. Ne doit-on pas attribuer bien des cachexies à l'irritation incessante qu'amène l'usage immodéré et surtout prolongé de ce médicament, qui rend tant de services quand il est manié avec discernement?

N'avons-nous pas vu, dans l'aperçu historique que nous avons ébauché, que les anciens médecins l'administraient avec beaucoup de talent? N'avons-nous pas vu Lancisi l'allier aux purgatifs; la plupart des praticiens habiles le faire précéder des évacuants et achever la cure par l'emploi exclusif des purgatifs?

(*La fin au prochain numéro.*)

HOPITAL MERCER DE DUBLIN. — M. WILLIAM JAMESON.

Luxation de l'œil. — Cas remarquable.

Le nommé Peter Nowlan, âgé de trente ans, portefaix d'une force remarquable, est admis le 3 novembre 1852, à minuit et demi, à l'hôpital Mercer. Sa femme me raconte qu'il est rentré chez lui à dix heures du soir dans un état d'ivresse complète, et que, pendant qu'il marchait en chancelant dans sa chambre, il avait heurté son œil droit contre un petit crochet de fer ou un clou; cet instrument avait pénétré au côté externe de la paupière supérieure. En accourant au secours de son mari, elle s'aperçut que l'œil de celui-ci était sorti de l'orbite; elle s'efforça de le faire venir de suite à l'hôpital, mais elle ne put y réussir qu'à minuit et demi. Je le vis quelques minutes après son arrivée.

Il était très furieux et ingouvernable; un large tablier couvrait son œil, et il ne faisait que le comprimer et le frotter. Le bandeau enlevé, l'aspect de la physionomie était tout particulier, et je puis dire effrayant. L'œil droit était sorti de l'orbite, fixe, immobile, élastique au toucher et complétement privé de la faculté de voir. La cornée était sèche, nuageuse et un peu opaque; la pupille modérément contractée et insensible à la lumière d'une chandelle. Il n'y avait aucune extravasation sanguine, ni aucune injection de la conjonctive, bien que le repli de cette membrane qui se porte de la paupière supérieure sur le globe de l'œil fût partiellement déchiré d'outre en outre.

On ne pouvait apercevoir le bord inférieur de la paupière supérieure, qui, spasmodiquement contractée, se trouvait en partie cachée par le globe de l'œil.

Comme c'était un homme très fort, ce ne fut qu'avec difficulté que je pus le faire maintenir, et y étant parvenu, je relevai la paupière supérieure à l'aide de deux doigts de la main gauche, tandis qu'avec le pouce et l'index de la main droite je comprimai le globe oculaire. Aussitôt celui-ci fut attiré en arrière avec un bruit distinct, et les paupières se refermèrent au-devant de lui. J'aperçus alors pour la première fois la petite blessure de l'angle externe de la paupière supérieure, mais je ne pus m'assurer de l'étendue du désordre produit. Je fis coucher le malade, et j'ordonnai l'application du froid pour tout le reste de la nuit sur la partie.

Le 4 novembre, le matin, à la visite, je le trouvai de sang-froid, mais se souvenant fort peu de ce qui lui était arrivé. Les paupières étaient gonflées, la conjonctive légèrement injectée; la cornée transparente, brillante et humide; des larmes s'échappaient le long de la joue; il distinguait la lumière, se plaignait de céphalalgie et d'une douleur intense dans le globe de l'œil; pouls plein. Saignée du bras de 16 onces; laxatif; continuation des applications froides.

Le 5, paupières moins gonflées; la douleur oculaire et l'injection de la conjonctive ont presque disparu; sensation de gravier entre les paupières. Vision améliorée; cependant les objets ne sont vus qu'imparfaitement et comme à travers un brouillard épais. — Tartrate antimonié; diète; continuation du froid.

Le 6, toute douleur a disparu, ainsi que la sensation de gravier; diminution de l'injection de la conjonctive; vision presque entièrement rétablie; tous les mouvements volontaires de l'œil sont conservés. — Même traitement.

Le 7, convalescent. Ni injection, ni douleur; vision complète.

Le 9, guérison.

CONTAGION DES ACCIDENTS SYPHILITIQUES SECONDAIRES;

Par M. BOCAMY, médecin à Perpignan, ex-chef interne des hospices civils de Toulon.

Le mémoire, fort intéressant d'ailleurs, publié dans la *Gazette des Hôpitaux* (voir les nos des 20 et 27 janvier), par M. le docteur Melchior Robert (de Marseille), me fournit l'occasion de vous adresser deux observations qui ont trait à la possibilité de la contagion des accidents syphilitiques secondaires. Si vous jugez ces deux faits cliniques dignes d'intérêt, je vous prie de leur donner place dans votre estimable journal.

Avant d'entrer en matière, je dois déclarer que mon intention n'est d'attaquer en aucun point les opinions de l'honorable praticien de Marseille.

OBS. I. — M. X..., officier de marine à Toulon, entretient depuis un mois environ des relations avec une fille qu'il a retirée d'une maison de tolérance pour en faire sa maîtresse. Un élève interne de l'hôpital civil a aussi des rapports avec la même personne depuis quelques jours, sans préjudice aucun pour sa santé. Mais malheureusement des accidents fâcheux ne tardèrent pas à se manifester. En effet, il éprouva bientôt de l'irritation à la gorge sans cause connue; il mit en usage des gargarismes adoucissants, croyant avoir contracté une angine simple. Cette médication ne procurant aucun soulagement, il vint alors me prier de l'examiner. Je reconnais, à son grand étonnement, une ulcération sur la partie moyenne du voile du palais, présentant un fond grisâtre, granulé, des bords inégalement découpés et un pourtour rouge-foncé; c'était, en un mot, une ulcération syphilitique bien caractérisée.

Quelle était la cause de l'apparition soudaine de cet accident secondaire? Notre élève interne, admis à l'hôpital depuis un an, déclare n'avoir jamais eu de maladie vénérienne; ses camarades confirment en tous points cette assertion. La cause de cette manifestation syphilitique ne pouvait donc provenir que de la maîtresse de M. X...; c'est ce que nous avons pu vérifier plus tard.

Informé de ce qui se passait, M. le commissaire de police ordonna que la maîtresse de l'officier fût conduite à l'hôpital pour y subir une visite rigoureuse. A l'examen, on constate les symptômes suivants: ulcérations très étendues, très profondes du voile du palais, de ses piliers et du pharynx, adénite post-cervicale, roséole syphilitique.

Peu rassuré en apprenant ces détails, M. X... vint nous voir avec un de nos amis pour nous prier de vouloir bien l'examiner. Aucun symptôme fâcheux ne s'était encore manifesté. Nous avons demandé de ses nouvelles plus tard, et nous avons appris qu'il continuait à jouir d'une parfaite santé.

Cette observation, dont je peux garantir l'exactitude et l'authenticité, est une preuve palpable de la contagion des accidents syphilitiques secondaires.

Ce fait offre aussi de l'intérêt en ce sens qu'il sert à démontrer une fois de plus que certains individus sont réfractaires, comme M. X..., à l'action du virus syphilitique, tandis que d'autres ressentent facilement l'influence de cet agent morbide.

OBS. II. — M. R..., avocat, que je voyais souvent pendant mon séjour à Toulon, ayant des craintes plus ou moins fondées sur la santé de sa maîtresse, vint me prier de l'examiner. Je me rendis à son invitation et constatai plusieurs plaques muqueuses exubérantes sur le bord interne des grandes et des petites lèvres, et une ulcération très profonde, très distincte du col utérin. Je conseillai à M. R... de cesser ses relations avec sa maîtresse jusqu'à parfaite guérison; mais il ne tint pas compte de mes recommandations, et continua ses habitudes comme par le passé, croyant qu'il échapperait à la contagion. Quelques jours après ma visite, M. R... vint me trouver, en m'annonçant que ce que j'avais prévu était arrivé. En effet, il avait sur le prépuce une ulcération grande comme une pièce de cinquante centimes, ayant un fond grisâtre, granulé, des bords irréguliers d'une coloration rouge-foncé. Un traitement antisyphilitique fut alors entrepris et préserva notre avocat d'accidents plus fâcheux.

Pendant mes fonctions de chef interne des hospices de Toulon, j'ai observé plusieurs faits favorables à la contagion des accidents secondaires; malheureusement ils sont incomplets et manquent de certains détails qui me paraissent indispensables.

MARCHE DE LA VARIOLE

depuis la découverte et l'introduction de la vaccine. Modifications qu'elle a subies;

Par M. le docteur BAYARD, de Cirey (Haute-Marne).

En 1832, M. le docteur Herpin commença à signaler l'épidémie variolique comme ayant changé de marche depuis 1817; mais cette époque est déjà éloignée, et M. Herpin n'a pas donné de chiffres positifs. Ces chiffres, les voici « aussi loin qu'il nous a été » possible de remonter avec certitude au moyen des *Annuaires du* » *Bureau des longitudes* », m'écrit M. H. Carnot, à l'obligeance duquel je les dois, ils appuient rigoureusement les propositions 8e et 9e de mon *Mémoire sur la gastro-entérite varioleuse*; je les rappelle pour l'intelligence de ce qui va suivre :

Huitième proposition. — « La vaccine empêche généralement » l'explosion de la variole dans l'enfance; mais elle ne détruit que » pour un temps *très limité* la faculté qu'ont les tissus d'absorber » le germe inconnu de ce contage, qui se développe ensuite *dans* » *l'âge adulte*, même après une seconde vaccination. L'expérience » le prouve. »

Neuvième proposition. — « La marche *naturelle* de la variole a » été renversée par la vaccine. L'exception est devenue règle, et la » règle exception. Ainsi :

» La variole *naturelle* attaque les enfants et rarement les adultes.

» C'est le contraire pour les vaccinés. » (*Gazette des Hôpitaux*, 25 février 1851.)

Répartition proportionnelle des décès par suite de la variole à Paris par périodes de 4 années indiquant la marche de cette maladie.

PÉRIODES.	ANNÉES.	TOTAL des décès varioleux	RAPPORT entre les décès de 20 à 30 ans et le total des décès.
1re	1817 — 1820	2,489	5 p. 100
2e	1821 — 1824	2,270	11 —
3e	1825 — 1828	2,791	15 —
4e	1829 — 1832	1,558	14 —
5e	1833 — 1836	2,380	20 —
6e	1837 — 1840	1,720	30 —
7e	1841 — 1844	1,205	33 —
8e	1845 — 1848	1,358	37 —
9e	1849 — 1852	1,489	44 —

CONCLUSION. — De 1817 à 1852, en 36 ans, la marche de la variole a donc changé d'une manière presque incroyable! De 1817 à 1820, sur 100 décès par suite de petite vérole, 5 seulement avaient lieu entre 20 et 30 ans. De 1849 à 1852, sur le même nombre de décès, 44 atteignent la jeunesse de cet âge: soit 8 à 9 fois plus qu'autrefois! La progression arithmétique croissante est d'environ 1 pour 100 par an entre 1817 et 1852.

REMARQUES. — De 1817 à 1820, les personnes de 20 à 30 ans vaccinées sont en très petit nombre, puisque l'introduction de la vaccine à Paris date de 1800. De 1845 à 1848, les individus vaccinés sont en grand nombre, au contraire, de 20 à 30 ans; il y en a beaucoup même de 30 à 40 ans. Aussi ce dernier âge est-il fortement atteint maintenant (9 à 10 pour 100 du total des décès, 8e période); tandis qu'entre 1817 et 1821 on ne compte que 16 individus de cet âge sur 2,189 décès généraux dus à la petite vérole, 1/137 par conséquent. Ce fait n'est-il pas cruellement significatif!...

Les vaccinés dans les premières années du siècle peuvent donc aujourd'hui regarder comme certain que la variole est toujours là, les menaçant d'un instant à l'autre, et que la vaccine n'a réussi qu'à la faire changer de place, souvent de forme. — « Il n'est au- » cune maladie, dit le docteur Buchan dans sa *Médecine domesti-* » *que*, qui se joue plus des efforts de la médecine que la petite » vérole naturelle. »

M. Serres, en 1845, dans son rapport sur les revaccinations, a constaté une différence sur les tableaux anciens des décès varioleux comparés à ceux publiés après la vaccine. En 1852, M. Gregory, d'après le relevé des variolés de l'hôpital de Londres, signale la même différence; mais ces deux savants se sont bornés à mettre le fait en évidence sans en rechercher la cause.

Prouver mathématiquement ce déplacement de la mortalité par suite de la petite vérole dans les âges, expliquer la cause en montrant le doigt de la vaccine dans la marche de ce phénomène grave, tel a été le but de cette très courte note.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 8 mars 1853. — Présidence de M. Bérard.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Épidémies.

Le ministre de l'intérieur et du commerce transmet :

Un rapport de M. le docteur Haro, médecin cantonal, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Coincy, canton de Pange (Moselle), durant les mois de décembre et janvier derniers; un rapport de M. le docteur Fruchier, sur une épidémie de variole qui a régné dans les communes de Thoranne et Quinson (Basses-Alpes); un rapport de M. le docteur Guichard, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Saint-Claude, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné depuis les premiers jours du mois de juillet jusqu'à la fin du mois de septembre 1852 dans la commune de Valfin; un rapport de M. le docteur Balme-Dugaray, médecin des épidémies pour l'arrondissement du Puy (Haute-Loire), sur l'épidémie de fièvre typhoïde qui a régné au village de Monac, commune de Saint-Pierre-Eynac. (Commission des épidémies.)

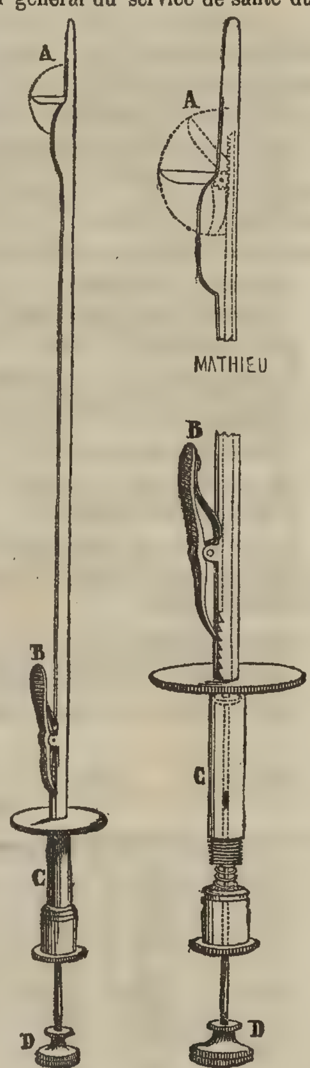
Eaux minérales.

Le même ministre transmet :

Un rapport de M. le docteur Fuzet du Pouget, médecin inspecteur des eaux minérales de Saint-Laurent-lès-Bains (Ardèche), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1852; et le relevé général des observations faites par M. le docteur Barthes, médecin en chef de l'hôpital militaire thermal de Vichy (Allier) sur les malades auxquels les eaux minérales ont été administrées dans cet établissement pendant la saison de 1852.

Choléra.

M. le ministre de Russie en France fait parvenir à l'Académie, de la part de M. le maréchal prince de Varsovie, un mémoire de M. Fchetyrkin, médecin en chef et inspecteur général du service de santé du royaume de Pologne, intitulé : *Renseignements pour servir de complément aux notices sur le choléra épidémique du royaume de Pologne en 1852.* (Renvoyé à l'examen de M. Gérardin et à la commission du choléra.)



CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. Clot-Bey remercie l'Académie de la nouvelle marque de bienveillance qu'elle vient de lui accorder en changeant son titre d'associé étranger en celui d'associé régnicole.

Lithotritie.

M. Bonnefin adresse une note sur un point relatif à l'opération de la lithotritie. (Commissaire: M. Ségalas.)

Huile de foie de morue.

M. Berthé, pharmacien, adresse une note sur les huiles de foie de morue. (Commissaires : MM. Grisolle, Soubeiran, Guibourt et Bouchardat.)

Urétrotome.

M. Mathieu soumet à l'examen de l'Académie un urétrotome qu'il a exécuté d'après les indications de M. le docteur Maisonneuve, et adresse, à cette occasion, une réclamation au sujet de l'instrument présenté par M. Charrière fils dans la dernière séance. (M. Larrey, rapporteur.)

Présence dans le lait d'un principe albuminoïde.

MM. Poggiale et Doyère adressent une note sur la présence dans le lait d'un principe albuminoïde déviant à gauche la lumière polarisée. (Commission déjà nommée.)

Proposition relative aux listes de candidature.

M. Malgaigne dépose sur le bureau une proposition rédigée dans les termes suivants :

« Dans toutes les nominations faites en dernier ressort par l'Académie, lorsque dix membres se seront entendus pour proposer un liste particulière de candidats, cette liste sera adressée au président, qui la communiquera à l'Académie, et qui en fera distribuer les copies en même temps que celles des autres listes. »

Le bureau prendra cette proposition en considération.

Réunion immédiate des plaies.

M. Mattei, professeur d'accouchements à Bastia (Corse), lit un mémoire intitulé : *Nouvelles idées sur les plaies en général et surtout sur la manière d'abréger leur guérison par le perfectionnement de la réunion immédiate; ligature des artères de son invention et qui peut être retirée à volonté sans suppuration de la plaie.*

Le perfectionnement de la réunion immédiate est le principal objet de ce mémoire. Avant d'exposer les procédés propres à abréger la guérison des plaies, l'auteur jette un coup d'œil sur les phénomènes naturels de la cicatrisation et sur les divers procédés qu'emploie la nature pour atteindre ce but. Il distingue cinq périodes dans la marche d'une plaie :

1° Celle de spasme;
2° Celle d'hémorrhagie;
3° Celle d'adhésion;
4° Celle de suppuration;
5° Celle de cicatrisation.

Etudiant ensuite les divers modes de cicatrisation, l'auteur insiste particulièrement sur la réunion immédiate, qu'il définit : une adhésion immédiate se faisant sans production de pus et sans l'organisation d'un corps intermédiaire qui subsiste après le travail de la réunion. Contrairement à l'opinion des auteurs qui croient que les réunions sont presque toujours mixtes, c'est-à-dire avec suppuration partielle, M. Mattei pense que la véritable adhésion immédiate sans pus est possible dans tous les tissus, pourvu qu'on remplisse les conditions locales et générales qui sont nécessaires à sa production. Ces conditions sont, suivant lui, la cessation complète de l'hémorrhagie, l'extraction des corps étrangers, le rapprochement exact de toute la surface de la plaie, l'immobilité et l'absence de l'inflammation. C'est à l'étude de ces conditions que M. Mattei consacre la plus grande étendue de son mémoire.

Les ligatures étant une des plus grandes entraves à cette réunion, l'auteur s'est livré spécialement sur cet objet à des recherches qui l'ont conduit à appliquer au pansement des plaies ce genre de ligature, connue sous le nom de nœud plat, et qui aurait, suivant lui, l'avantage de ne point provoquer de suppuration.

Voici la description de ce procédé :

On a deux fils ayant chacun 4 décimètres de longueur. Avec la main gauche on saisit les deux chefs d'un fil de manière à former une anse. On place sur celle-ci le milieu de l'autre fil, et avec les doigts de la main droite on en retire les bouts à travers l'anse du premier fil. De cette manière, on a un cercle portant sur les côtés deux nœuds simples qui peuvent se resserrer en tirant en sens inverse sur les chefs de la même anse. Une fois que la constriction est faite, on a un nœud de la plus grande solidité.

Pour s'en servir, on prépare les nœuds à l'avance, sans les serrer. Un aide pince l'artère avec une pince à torsion, que l'on ferme en faisant glisser le guichet. La pince est passée à travers le cercle du nœud. Lorsque le fil, guidé par les deux pouces, est arrivé au niveau de l'artère, on tire sur les deux fils opposés, qu'on avait préalablement saisis entre les doigts, et la ligature est faite. Avec un peu d'habitude on arrive à appliquer ces ligatures trois fois plus promptement que les ligatures ordinaires.

On lie ainsi toutes les artères. Quand on est sur le point de faire la réunion, on s'assure par de nouvelles tractions que chaque nœud est assez serré, et on procède ensuite à la section des deux fils qui sont diagonalement opposés. Pour ne pas se tromper dans ce temps de la ligature, on a coloré à l'avance la moitié de chaque fil, et quand on prépare le nœud on met les bouts de la même couleur en sens opposé. On a alors à couper dans chaque ligature les fils de la même couleur. Les deux bouts restants, quoique appartenant à deux fils différents, sont pourtant colorés de la même manière. La diversité des couleurs ou des nœuds conventionnels qu'on peut faire à chaque ligature peut la faire distinguer de toutes les autres.

La manière de couper les fils n'est pas indifférente. C'est ainsi que plus on les coupe près du nœud et plus celui-ci est promptement défait, de sorte que les plus gros vaisseaux doivent être liés de manière que les fils coupés aient au moins 4 à 5 millimètres de longueur.

Les bouts restants de chaque ligature doivent être placés dans les angles de la plaie, de manière à former autant que possible une ligne droite. Pour comprendre la portée de cette disposition, il faut savoir que pour défaire le nœud il faudra tirer sur ces fils, et s'ils n'étaient pas en ligne droite, les premiers efforts de traction servant à les redresser pourraient exercer des tiraillements fâcheux sur les vaisseaux et sur la plaie. Lorsque dans les larges dissections de la peau j'ai vu que les fils ne pouvaient pas être placés en ligne droite, j'ai enfilé un des chefs de la ligature avec une aiguille, et j'ai perforé les téguments de manière à mettre les fils dans des dispositions convenables.

Les deux chefs de chaque ligature sont fixés sur les bords de la plaie par les points de suture, et à l'extérieur par du sparadrap.

Quand on veut défaire la ligature, un aide appuie ses doigts sur le point de la plaie qui correspond au nœud; le chirurgien joint alors dans chaque main un des fils qui portent la même couleur, et tirant en sens inverse d'une manière lente et soutenue, il défait le nœud et tire ainsi les fils en dehors de la plaie.

Cette ligature peut très bien servir pour tous les vaisseaux; mais si, ayant affaire à une grosse artère, on veut rendre le nœud plus solide, on y ajoute alors la modification suivante :

Le milieu de chaque anse est solidement fixé à un fil. Quand on tirera les quatre chefs ordinaires du nœud, on le serrera, et quand on tirera sur les deux fils surajoutés, au contraire, on le relâchera. Ici on ne coupe pas de fils; les trois chefs de chaque côté sont laissés dans l'angle correspondant de la plaie. Quand on peut croire que le vaisseau est oblitéré, on relâche le nœud en tirant sur les fils dilatateurs, et, pour plus de précaution, on peut laisser le vaisseau ainsi relâché pendant douze ou vingt-quatre heures. Si le plus petit symptôme d'hémorrhagie arrive, on n'a qu'à tirer sur les quatre fils constricteurs, et le vaisseau est une autre fois fermé. Cette ligature, un peu plus compliquée que la précédente, est une ligature de précaution; mais la première, bien serrée, en coupant surtout les bouts du fil un peu longs, peut servir pour toutes sortes de vaisseaux. On peut même faire usage de cette ligature dans d'autres cas, et surtout dans les plaies intestinales.

Cette ligature pouvant être ôtée à volonté, on peut l'extraire à une époque où elle ne contrarie pas l'adhésion immédiate. Or les corps étrangers peuvent rester dans la plaie pendant la période adhésive sans beaucoup contrarier l'adhésion.

Nos ligatures, ajoute l'auteur, peuvent donc être laissées pendant trois ou quatre jours, et ce temps est précisément celui qui est nécessaire à l'oblitération des artères.

M. Mattei a employé cette ligature sur quelques artères de la tête, du bras et de la jambe, et il l'a ôtée au plus tard le sixième jour sans hémorrhagie. La modification qu'il apporte dans la ligature permet, du reste, de la serrer et de la relâcher à volonté, de sorte qu'on peut, en cas de besoin, se rendre encore maître de l'hémorrhagie. Dans tous les cas, on peut l'ôter après dix et douze jours, au lieu de la laisser tomber d'elle-même, ce qui arrive souvent après cette époque. Dans ces cas seulement, la réunion immédiate est manquée sur les points qu'occupent les fils de la ligature.

Le mémoire de M. Mattei est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Guérin, Robert et Bégin.

— M. Cruveilhier commence la lecture d'un mémoire sur la paralysie musculaire progressive. Cette lecture sera continuée dans la séance prochaine.

— L'Académie se forme en comité secret à quatre heures et demie.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 7 mars 1853. — Présidence de M. de Jussieu.

Multiplicité des phénomènes qui résultent de la destruction de la partie cervicale du nerf grand sympathique.

M. Cl. Bernard lit une note sur la multiplicité des phénomènes qui résultent de la destruction de la partie cervicale du nerf grand sympathique, à l'occasion des communications faites dans l'une des précédentes séances par M. Budge (de Bonn) et M. Waller (de Londres) relatives à l'influence de la portion cervicale du nerf grand sympathique sur la calorification et sur la circulation du sang dans la tête. Ces physiologistes ne paraissant pas, d'après leurs communications, avoir une connaissance complète de ses travaux sur ce sujet, M. Bernard s'est proposé dans cette note de rappeler ses expériences et les différents faits qui se rattachent à cette question.

En 1851, dit M. Bernard, MM. Budge et Waller reconnurent que, dans son action sur la pupille, le filet céphalique du grand sympathique n'agit que comme un conducteur qui transmet une influence dont le point de départ est dans la moelle épinière. Cette opinion, que le grand sympathique tire son origine des mêmes centres nerveux que le système cérébro-rachidien, dont il ne serait en quelque sorte qu'une dépendance, est établie depuis longtemps anatomiquement et elle se trouve exposée dans les traités modernes d'anatomie.

Mais MM. Budge et Waller ont eu le mérite de préciser expérimentalement, dans un point de la moelle épinière qu'ils ont nommé *région cilio-spinale*, l'origine spéciale de cette portion céphalique du nerf grand sympathique.

Dans un résumé imprimé aux *Comptes-rendus de la Société de biologie* (en novembre 1852), M. Bernard a fait connaître de son côté quelques-uns des résultats généraux de ses expériences entreprises depuis longtemps sur le grand sympathique, et il a fait voir que le rétrécissement pupillaire découvert par Pourfour du Petit, et que MM. Budge et Waller ont signalé comme conséquence de la destruction de la région cilio-spinale de la moelle épinière, aussi bien que de celle de la portion cervicale du grand sympathique, est loin d'être le seul phénomène qui se produise. J'ai montré, en effet, dit M. Bernard, que cette opération entraîne à sa suite dans le côté correspondant des désordres multipliés qui sont :

1° Le rétrécissement de la pupille;

2° Le resserrement de l'ouverture palpébrale, et en même temps une déformation de cette ouverture, qui devient elliptique et plus oblongue transversalement;

3° La rétraction du globe oculaire vers le fond de l'orbite, rétraction qui fait saillir la troisième paupière et la porte à venir se placer au-devant de l'œil;

4° Le rétrécissement plus ou moins marqué de la narine et de la bouche du côté correspondant;

5° Enfin une modification toute spéciale de la circulation coïncidant avec un grande augmentation de caloricité et de sensibilité dans les parties.

Quant aux expériences par lesquelles M. Waller s'est proposé d'établir qu'on peut par le galvanisme diminuer ou modifier l'activité de la circulation du sang et la température des parties, ainsi que toutes les observations que ce physiologiste a mentionnées dans sa dernière communication, M. Bernard les avait faites avant lui, et les a montrées à beaucoup de savants. Les résultats principaux de ces observations sont imprimés d'ailleurs depuis le mois de novembre dernier dans le compte-rendu de la Société de biologie.

Propagation de l'électricité dans les centres nerveux.

M. Bonnefin adresse des recherches expérimentales sur la propagation de l'électricité dans les centres nerveux.

Dans l'application de l'électricité par les appareils magnéto-électriques contre les maladies qui réclament ce moyen thérapeutique, agit-on sur les centres nerveux? Par quelle voie agit-on? et quelles sont les conditions dans lesquelles son action s'exerce sur l'une ou l'autre partie de ces centres?

Telles sont les questions que l'auteur s'est proposé de résoudre dans ce travail. Il résume le résultat de ses recherches dans les conclusions suivantes :

1° Les nerfs et la moelle épinière ne sont pas parcourus autrement que les autres parties du corps par les courants électriques des appareils magnéto-électriques.

2° L'électricité (de la source indiquée) agit sur les centres nerveux par l'excitation des nerfs sensibles, situés aux points d'application des excitateurs ou dans le voisinage de ces points, à une distance qui ne dépasse pas de beaucoup 15 centimètres au delà des points d'application, à moins d'être sur le trajet d'une zone peu étendue qui les joindrait.

3° Quand on veut agir sur les centres nerveux autrement que par la sensibilité, il est nécessaire d'en approcher les excitateurs.

4° Il est facile de prendre pour des excitations d'un nerf ou d'un organe voisin par l'électricité des phénomènes qui n'appartiennent qu'à un nerf ou à un organe voisin.

Présence dans le lait d'un principe albuminoïde déviant à gauche la lumière polarisée.

MM. Doyère et Poggiale adressent une note sur la présence dans le lait à l'état normal d'un principe albuminoïde déviant à gauche la lumière polarisée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Les noms des deux juges à désigner pour compléter le jury de l'agrégation en chirurgie ont été tirés au sort; les noms sortis de l'urne sont ceux de MM. Adelon et Velpeau. Le jury est ainsi définitivement constitué.

— Un concours pour une place d'aide d'anatomie à la Faculté est ouvert depuis lundi, 7 mars; tous les élèves en médecine sont admis à concourir.

— Dans le concours de l'agrégation pour les sciences accessoires qui doit s'ouvrir à la Faculté de médecine de Paris le 6 juin prochain, il y aura deux places en chimie au lieu d'une. Le premier candidat nommé le sera pour neuf ans, le second ne le sera que pour trois ans, et il sera particulièrement attaché à la chaire de chimie organique.

— M. Orfila a suspendu ses leçons à la Faculté depuis quelques jours; il est retenu chez lui par une affection rhumatismale peu grave, un lumbago.

— M. Louis est depuis plusieurs jours atteint d'une pneumonie; nous apprenons avec plaisir que l'état de notre honorable confrère s'est amélioré.

— La septième chambre du tribunal de police correctionnelle de Paris a condamné à 50 fr. d'amende un officier de santé qui a pris le titre de docteur et exercé sous ce titre.

— Nous recevons par le ministère d'un huissier une lettre dans laquelle M. Auzias-Turenne assure que la note que nous avons publiée le 1er mars, et dans laquelle se trouve son nom, semble donner à entendre qu'il ne mérite pas la confiance de l'administration.

Nous croyons M. Auzias complétement dans l'erreur. Nous avons simplement énoncé un fait, et nous pensons n'avoir rien donné à entendre qui puisse toucher à l'honorabilité de son caractère.

— Les nouvelles destinations suivantes ont été données aux officiers de santé dénommés ci-après :

M. Goffres, médecin principal de 1re classe, désigné pour les hôpitaux de la division d'Oran.
M. Lamoureux, désigné pour l'hôpital de Thionville.
M. Durand, désigné pour les hôpitaux de la division d'Oran.
M. Ceccaldi, désigné pour l'hôpital du Gros-Caillou.
M. Duplan désigné pour les hôpitaux de la division de Constantine.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris
au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse. — Trois mois. . . . 8 fr. 50 c. Six mois. . . . 16 » Un an. . . . . 30 »

Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies. — Trois mois. . . . . 9 fr. Six mois. . . . . . 17 Un an. 33

Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar. — Trois mois. . . . . . 10 fr. Six mois. . . . . . . 20 Un an. 38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Deux cas de ptérygion. Opération.

Parmi les nombreux malades que nous avons observés à la clinique de M. Sichel, deux cas de ptérygion nous ont paru mériter une mention spéciale.

On a admis plusieurs variétés de ptérygion; les uns purement membraneux, durs, parcheminés, presque cartilagineux; d'autres charnus ou variqueux; d'autres semi-adipeux; et enfin une variété que l'on a nommée ptérygion malin, et qui, à proprement parler, n'est pas un ptérygion, mais une fongosité cancéreuse.

Le premier malade est un jeune charpentier d'une trentaine d'années, fort et robuste, qui a déjà été opéré trois fois, et chaque fois le ptérygion a récidivé, ce qui tient sans doute à ce que toute la portion altérée n'a pas été exactement enlevée. La dernière opération a été faite cependant par un chirurgien habile des hôpitaux de Paris, et qui connaît bien les maladies des yeux.

Le ptérygion part de l'angle interne de l'œil droit, de la caroncule lacrymale, et s'étend jusqu'à la cornée transparente, dont un segment est envahi; il est de nature charnue et vasculaire.

Le malade étant assis sur une chaise, l'opérateur, debout et armé d'une pince et de ciseaux fins, saisit avec la pince le ptérygion à sa partie interne, le soulève et le détache à coups de ciseaux d'abord, et ensuite avec un bistouri. M. Sichel pense que pour éviter la récidive on doit enlever toute la portion affectée et mettre à nu la sclérotique. C'est ce qu'il pratique avec soin, malgré l'écoulement de sang occasionné par les incisions répétées et par la lésion d'une artériole.

L'autre malade est une femme de trente ans environ, dont la cornée est devenue opaque à la suite d'une brûlure faite il y a vingt ans avec de la chaux. Un ptérygion s'est formé à la partie moyenne et inférieure de l'œil droit, et se complique de symblépharon. Il existe des brides tendineuses perpendiculaires, et un stylet fin pénètre derrière l'une de ces brides que l'on soulève. Cette difformité est peu gênante, et comme la vue ne saurait être rétablie, aucune opération ne sera tentée. Peut-être cependant pourrait-on rendre un peu plus de mobilité à l'œil en incisant les brides saillantes, avec le soin de laisser se cicatriser la partie incisée avant d'enlever la portion pendante, afin d'éviter une adhérence vicieuse.

Tumeurs cancroïdes.

Deux autres malades sont affectés, le premier (c'est une femme d'une cinquantaine d'années) d'une tumeur cancroïde à l'angle interne de l'œil droit, sur la partie inférieure de la paupière supérieure, tumeur offrant de la dureté et ayant le volume d'un pois; l'autre, d'une tumeur de même nature sur la joue, à un travers de doigt au-dessous de l'œil droit; c'est un homme de trente ans environ.

La première tumeur, de nature douteuse, pourrait bien n'être pas susceptible de dégénérer; aussi M. Sichel a-t-il commencé à traiter la malade par les préparations iodurées et hydrargirées à l'intérieur, et une diminution marquée lui paraît avoir déjà été obtenue.

Quant à l'autre, son caractère est plus évident; elle était ulcérée et offrait une rhagade transversale. Déjà plusieurs fois M. Sichel l'a cautérisée fortement avec le nitrate d'argent; une nouvelle cautérisation a été faite, et il espère ainsi arriver à la guérison définitive.

Dans des cas de ce genre, M. Sichel préfère l'emploi du nitrate d'argent aux autres caustiques plus violents. Les préparations arsenicales ne sont pas sans danger pour peu que la tumeur ait de l'étendue; la pâte de Canquoin a l'inconvénient de durcir et d'être ensuite détachée dificilement, même en la coupant avec des ciseaux.

Fistule lacrymale. Cautérisation avec le fer rouge.

Voici encore un insuccès par l'emploi de la canule de Dupuytren. Nous ne rappellerons pas le fait que nous avons publié dans notre avant-dernier numéro, et dont l'authenticité nous a paru équivoque; mais ici la canule avait été placée par un chirurgien habile; il s'agit d'une malade couchée au n° 6 de la salle de M. Nélaton, à l'hôpital des Cliniques. Traitée une première fois par M. Gosselin, qui introduisit la canule, cette femme n'éprouva qu'une amélioration passagère, et les premiers accidents reparurent bientôt. Aujourd'hui la fistule s'est reformée et donne lieu à un suintement purulent. Comme la canule était encore en place, M. Nélaton pensa qu'elle pouvait être bouchée, et qu'en l'enlevant on ferait cesser les accidents. Ceux-ci ayant persisté, il a fallu recourir à un mode de traitement plus efficace, et l'idée de la cautérisation a surgi.

Cette pratique, qui date de la plus haute antiquité, était mise en usage dans le but de détruire des portions osseuses cariées qui, d'après l'opinion erronée des anciens, étaient la cause des accidents. Ce n'est que fort longtemps après la découverte des conduits lacrymaux et des voies lacrymales que la cautérisation fut de nouveau employée, et cette fois d'après des données physiologiques plus vraies. Il y a sept à huit ans, MM. Sichel et Desmarres la remirent en honneur, dans le but d'oblitérer le sac lacrymal, où il se fait une exsudation muco-purulente journellement rejetée par la fistule.

Quant au procédé opératoire, il a varié; celui de M. Desmarres est le plus employé. Ce chirurgien a été amené à son mode d'opération par cette idée: cautériser profondément le sac lacrymal, tout en évitant de toucher la peau et d'occasionner ainsi une cicatrice difforme et une déformation de l'angle externe qui pourrait être suivie d'épiphora. Dans ce but, il conseille de mettre à nu le sac lacrymal par une incision assez grande, distante de 1 centimètre de l'angle interne de l'œil, au-devant du tendon direct de l'orbiculaire, et descendant obliquement en dehors en suivant le contour de l'orbite. Par cette incision, il arrive sur le sac lacrymal; l'ouverture faite, il dissèque la peau de chaque côté de manière à avoir deux petits lambeaux. Autant que possible, il convient d'éviter de blesser l'artère nasale; cette blessure n'est pas dangereuse, mais elle pourrait gêner, et l'abord du sang au fond de la plaie mettrait obstacle à une cautérisation bien complète.

Les deux lèvres de l'incision tenues à distance à l'aide de deux petites pinces ayant chacune plusieurs crochets et en forme de râteau, on procède à la cautérisation; mais auparavant, et pour protéger l'œil autant que possible, il convient de placer au-dessous du petit râteau qui est situé du côté de l'œil une compresse mouillée. On doit avoir soin de cautériser profondément, car la tumeur lacrymale, bridée en avant par le tendon de l'orbiculaire, en dedans par la paroi osseuse de l'orbite, a une tendance naturelle à se reporter en arrière, et cette portion plus profonde doit être nécessairement touchée par le caustique si on veut oblitérer toute la cavité du sac.

Le chirurgien, placé du côté de la fistule, doit faire son opération en deux temps: dans le premier, l'incision; dans le deuxième, la cautérisation. Un intervalle d'un quart d'heure ou d'une demi-heure doit être laissé entre les deux temps.

On a objecté contre cette opération l'épiphora qui suit l'oblitération des voies lacrymales; mais cette objection est toute théorique, et la pratique a démontré son peu de valeur. Peut-être l'épiphora est-il prévenu, dans ces cas, par une évaporation très active des larmes; quoi qu'il en soit, il est excessivement rare.

Sur un mode de déformation assez fréquent dans les fractures du péroné au lieu d'élection.

Un homme qui est tombé étant ivre a été apporté à l'hôpital des Cliniques, et d'après la série des symptômes il a été facile de constater une fracture du péroné au lieu d'élection. Cet homme présente une déformation assez fréquente dans ces sortes de fractures, et sur laquelle M. Nélaton croit devoir appeler l'attention. Voici en quoi elle consiste: l'astragale et la totalité du pied, ainsi que les malléoles, se portent en arrière, et l'extrémité inférieure des os de la jambe en avant. Ce mode de déformation, passé inaperçu, donne lieu à une consolidation vicieuse, et un grand nombre de malades se plaignent d'éprouver une gêne très grande en marchant, principalement en montant les escaliers. En effet, il est facile de voir que dans ces cas les mouvements deviennent très bornés par la rencontre du tibia, et que les malades ne peuvent faire que des pas très courts.

Afin de prévenir ce déplacement, il faut reporter le pied en avant ou l'extrémité inférieure de la jambe en arrière, et voici comment on parvient à atteindre ce but: une forte attelle est placée derrière la jambe; elle prend un point d'appui sur le talon. Des tours de bande servent à la fixer, et viennent en même temps presser sur la saillie antérieure du tibia. Il est facile de voir que l'appareil agit en sens inverse du déplacement.

On connaît les douleurs qu'éprouvent les malades par suite de la compression lente du talon. Il faut donc chercher à diminuer la saillie du calcanéum. On parvient à ce but au moyen de petites rondelles d'agaric percées d'un trou à leur centre, qui doit correspondre à la saillie du talon. De cette façon la pression exercée par l'attelle n'est pas diminuée, mais elle porte sur une surface beaucoup plus large, et est facilement supportée par le malade.

Convalescence de fièvre typhoïde. — Mort subite.

Une femme de vingt-quatre ans, de tempérament nerveux, était déjà venue il y a un an dans le service de M. Gendrin pour une hystérie avec contracture; elle était sortie parfaitement guérie. Elle n'avait éprouvé depuis ce temps aucun phénomène de ce genre.

Enceinte de six mois, elle fut prise d'accidents typhoïques qui déterminèrent chez elle un accouchement prématuré à six mois et demi. La maladie marcha avec le caractère d'adynamie, qui est, comme on sait, la forme la plus habituelle à Paris. Une diarrhée assez considérable dura du 5 au 23 février. Une bronchite concomitante fut réprimée par l'application d'un vésicatoire, et la malade, arrivée au trente ou trente-cinquième jour de sa maladie, était dans un état très satisfaisant. Elle avait repris son teint et sa gaîeté, n'avait plus ni dévoiement ni fièvre, ni aucun accident typhoïque. Elle mangeait une portion. Des accidents de contracture se montrèrent du côté des mains, et cédèrent en deux ou trois jours.

Tout d'un coup, à la visite du 2 mars, elle présenta de l'agitation, de la douleur de côté, de la fièvre, et l'examen fit découvrir du côté droit une pneumonie caractérisée surtout par un souffle tubaire très évident. Un vésicatoire volant fut appliqué entre les épaules, et la malade fut prise vers midi d'accidents nerveux violents donnant lieu à des attaques hystériformes; des sinapismes furent promenés sur les extrémités inférieures. Mort à trois heures.

Dans ce cas assez insolite comme rapidité de marche, quelle a pu être la cause de l'issue fatale? On ne peut croire que ce soit une perforation intestinale, dont il n'y a eu aucun symptôme; la pneumonie survenue tout à coup, car la veille au soir il n'y avait encore rien, n'a pu certainement prendre une extension telle qu'elle ait déterminé une asphyxie aussi rapide; tout porte à croire que, sous l'influence de contractures spasmodiques auxquelles donne lieu l'attaque d'hystérie, la respiration, déjà gênée par la phlogose siégeant sur une partie du parenchyme pulmonaire, aura été suspendue ou au moins entravée au point de ne pouvoir suffire à l'hématose, dont le champ était diminué. Cette malade, déjà épuisée par la succession des accidents qu'elle avait traversés, l'accouchement et l'état puerpéral, la fièvre typhoïde compliquée de bronchite, l'invasion d'une nouvelle pneumonie, n'aura pas pu réagir contre cette perturbation momentanée de l'innervation comme un sujet dans la plénitude de la santé, et elle aura dépassé les limites dans lesquelles pouvaient s'accomplir chez elle les oscillations de son organisme.

L'autopsie n'a rien fait découvrir qui pût expliquer la cause de la mort; il est vrai que la moelle n'a pas été examinée.

Cet exemple montre aux praticiens combien ils doivent être réservés sur le pronostic d'une affection grave quelconque, surtout sur des sujets placés dans des conditions d'*ébranlement facile;* ainsi dans l'état puerpéral, ou dans une tendance aux accidents nerveux qui peuvent impliquer une marche insolite à l'affection principale, celui qui négligerait ces données et porterait un pronostic heureux, justifié jusqu'à un certain point par des apparences trompeuses, s'exposerait à de cruels mécomptes.

Fièvres intermittentes. — Coïncidence d'une névralgie frontale.

Dans le service de M. le professeur Piorry, nous avons vu plusieurs individus atteints de fièvre intermittente chez lesquels, indépendamment du gonflement de la rate, que l'habile professeur fait ressortir dans toute son étendue par la plessimétrie, on observe une névralgie frontale plus ou moins intense. Cette complication morbide, sur laquelle M. Piorry a appelé l'attention, paraît assez constante, du moins il nous a paru l'avoir toujours observée depuis que son esprit s'y est arrêté d'une manière spéciale. Quelle est la raison physiologique de cette concomitance de deux affections organiques qui sembleraient n'avoir aucun rapport entre elles? Est-ce le rapport qui existe entre la cinquième paire et les nerfs qui se distribuent à la rate par l'intermédiaire du grand sympathique? Toujours est-il que tous ces phénomènes cèdent assez facilement à l'action du sulfate de quinine, et qu'après deux ou trois jours de l'emploi de ce fébrifuge souverain il n'est plus question de névralgie sus-orbitaire.

HOPITAL DU VAL-DE-GRACE. — M. CHAMPOUILLON.

Méningite cérébrale tuberculeuse.

On sait que M. Louis a établi une loi pathologique en vertu de laquelle l'existence des tubercules dans un organe quelconque coïncide toujours avec la présence de ce produit morbide dans les poumons. Bien que le fait soit incontestable, il comporte cependant quelques exceptions déjà signalées par M. Leguillon. A ces exceptions, nous croyons devoir joindre la suivante, qui se recommande en outre à l'attention des praticiens par plusieurs particularités intéressantes.

H..., âgé de trente-cinq ans, est un homme de haute stature, d'un tempérament nerveux, doué d'une santé qui n'a jamais subi d'atteintes sérieuses.

Le 5 janvier 1853, H... se plaignit d'une douleur exactement limitée à la moitié droite du crâne, revenant tous les jours à onze heures du matin et disparaissant vers deux heures du soir. Cette douleur, précédée de frissons, s'accompagnait d'un léger mouvement fébrile. L'enduit limoneux de la langue, l'anorexie et la constipation datant de plusieurs jours, pouvaient faire croire que cette hémicrânie n'était que l'expression pure et simple d'un embarras gastrique, état morbide si commun chez les soldats. On fit donc prendre au malade une bouteille d'eau de Sedlitz, qui provoqua quatre selles très copieuses. Le lendemain on lui administra 0,5 de sulfate de quinine; et sous l'influence de cette médication les accès cessèrent complétement. Dès ce moment l'appétit devint très vif; mais, bien qu'il ne ressentît plus aucun malaise, H... était cependant resté triste, taciturne, abattu, ne répondant qu'avec une répugnance visible aux questions qui lui étaient adressées. Son attitude était celle d'un lypémaniaque n'ayant d'autre besoin que celui de manger et de dormir. Tantôt le sommeil était profond, comme comateux, tantôt il était troublé par des rêvasseries et de brusques réveils. Cette prostration habituelle dans laquelle était tombé le malade, la dilatation de ses pupilles, la plénitude et la lenteur de son pouls indiquaient évidemment, chez lui, quelque grave lésion du côté de l'encéphale. Aussi M. Champouillon crut-il devoir prescrire plusieurs applications de sangsues aux tempes et derrière les oreilles, des purgatifs drastiques, des pédiluves sinapisés et un séton qui fut établi à la nuque.

Bientôt le malade sortit de la torpeur somnolente dans laquelle il était plongé depuis trois jours; toutefois sa physionomie continua à conserver une expression de profonde tristesse. Sur ces entrefaites on apprit que H..., sur le point de se marier, avait été en butte aux menaces d'une femme à laquelle l'attachait une ancienne intimité. Afin de mettre un terme à cette persécution, et dans l'espoir de rendre un peu de calme à cet homme d'un caractère très pusillanime, M. Champouillon lui proposa et lui fournit le moyen de quitter Paris. H..., suffisamment rassuré, devint bientôt plus gai, plus expansif; un sommeil désormais tranquille, une alimentation convenable le firent rentrer en quelques jours dans toute la plénitude de sa santé.

Au moment où il allait sortir de l'hôpital, H... reçut une lettre contenant de nouvelles menaces. Son émotion fut si profonde, qu'elle fut immédiatement suivie de vomissements, de suffocation, de délire, de convulsions épileptiformes, puis de roideur tétanique de la jambe et du bras droits.

L'emploi des révulsifs internes et cutanés, des boissons antispasmodiques diminua rapidement la violence de ces accidents. Ils ne tardèrent pas néanmoins à reparaître avec la même intensité, mais en affectant une marche intermittente. Durant les courts intervalles d'apyrexie, le malade se plaignait d'obscurcissement de la vue et d'une céphalalgie permanente, qu'il attribuait à quelque exostose des os du crâne. Cet état n'avait point changé depuis six jours, lorsqu'à la suite d'une attaque épileptiforme, H... tomba dans un coma profond pendant lequel il succomba, après un mois et demi de maladie, tant à la caserne qu'à l'hôpital.

Ainsi qu'on devait s'y attendre, l'autopsie, faite avec soin, permit de constater une forte congestion sanguine des méninges et de toute la substance cérébrale; mais de plus, la pie-mère et l'arachnoïde étaient parsemées de tubercules miliaires, comme pédiculés, de forme irrégulière, d'une teinte jaunâtre, et se brisant sous la pression des doigts. La partie des membranes sur lesquelles siégeaient ces tubercules, distribués par groupes de quinze à vingt, était d'un rouge très vif et manifestement ramollie. La consistance du cerveau ne présentait absolument rien d'anormal; la sérosité contenue en grande quantité dans les ventricules participait à la coloration générale de l'encéphale.

Les poumons offraient le volume et l'engouement propres à la mort par asphyxie; on eut beau, après plusieurs lavages successifs, les fouiller dans toutes leurs parties, ils furent trouvés parfaitement sains et sans aucune trace de matière tuberculeuse. Le péritoine, le mésentère et les ganglions bronchiques furent examinés avec la même attention; mais on n'y rencontra pas non plus de tubercules. Quant à la moelle épinière, elle était simplement injectée, surtout dans la région cervicale de cet organe.

Le point capital de cette observation, c'est donc la présence isolée de tubercules sur les méninges cérébrales, et par conséquent une contradiction formelle à la loi de coïncidence établie par M. Louis. Hâtons-nous de dire cependant que nous ne prétendons pas infirmer une vérité fondamentale par un fait exceptionnel auquel nous nous efforcerons, au contraire, de restituer sa véritable signification pathologique.

Bien que dans le cours de sa vie H... ait toujours conservé les apparences d'une santé florissante, on peut admettre cependant qu'il existait chez lui une prédisposition latente à la cachexie tuberculeuse prête à se développer dans un organe quelconque, dès qu'elle y serait sollicitée par une cause locale. Or, longtemps même avant son entrée au Val-de-Grâce, cet homme, fort inquiet de sa situation, passait des heures entières plongé dans une préoccupation profonde, suivie de céphalalgie ou d'épistaxis, signes incontestables d'une hypérémie cérébrale plus ou moins considérable.

Telle serait, à notre avis, la cause occasionnelle de l'évolution tuberculeuse sur les méninges. Quant aux troubles de l'intelligence et de la motilité, ils ne seraient que des accidents secondaires de cette production morbide.

Sans doute, on peut se demander si une simple hypérémie cérébrale, lors même qu'elle est habituelle, suffit pour engendrer le tubercule. Cela n'est pas douteux pour nous qui savons que les passions dépressives, comme la nostalgie, ont pour effet d'entretenir une stase sanguine dans les poumons, lesquels finissent par devenir le siége d'un travail de tuberculisation que rien n'arrête si l'état moral du sujet se prolonge. Pourquoi n'en serait-il pas de même pour le cerveau dans ces conditions analogues?

On pourrait nous opposer au cas particulier qu'une constitution robuste comme l'était celle de H... rend invraisemblable toute présomption de diathèse tuberculeuse. Mais cette objection perd toute sa valeur aux yeux des praticiens qui ont vu des individus jeunes, vigoureux, sanguins, sans antécédents morbides du côté de la poitrine, devenir très rapidement phthisiques au sortir d'une rougeole, d'une scarlatine ou par le fait d'une bronchite aiguë fortuitement contractée. Pour expliquer un effet aussi imprévu, il faut bien reconnaître pourtant ou que l'irritation de la muqueuse pulmonaire produit le tubercule d'emblée, ou que cette irritation féconde pour ainsi dire une disposition générale à la germination tuberculeuse. Puisque l'on semble aujourd'hui refuser toute créance à la première de ces deux hypothèses, force est d'adopter la seconde.

En résumé, nous pensons qu'on peut considérer le cas de méningite tuberculeuse dont nous avons relaté les principaux détails comme la manifestation prématurée d'une affection qui se serait peut-être généralisée plus tard, si elle avait eu le loisir de suivre sa marche habituelle.

HOPITAL COCHIN. — M. Maisonneuve.

Abcès de la cloison des fosses nasales.

Le 9 février, le nommé Lebeau (Louis), âgé de dix-huit ans, fit une chute en descendant un escalier. Son nez porta violemment sur une marche; il s'ensuivit immédiatement une épistaxis abondante, qui toutefois s'arrêta spontanément. A la suite de cet accident, le nez devint le siége d'un gonflement considérable; le malade souffrait beaucoup pour se moucher, et ramenait toujours un peu de sang. Aucun traitement ne fut employé.

Dix jours après l'accident, des élancements violents se firent sentir dans le nez, surtout dans la narine droite; elle ne tarda pas à se boucher, ainsi que celle du côté opposé. En même temps la tuméfaction du nez, qui avait diminué, reparaissait, mais cette fois à la partie supérieure seulement. L'obstruction des narines gênait beaucoup le malade pour respirer. Il entra à l'hôpital le 27 février.

Sur le dos du nez, à la réunion du cartilage de la cloison avec les os, la peau est rouge, tendue, luisante et recouvre une petite tumeur fluctuante. En la déprimant, on arrive sur les os, qui paraissent aplatis d'avant en arrière; mais le malade assure qu'il a naturellement le nez fort large à la partie supérieure. Au reste, on ne sent ni crépitation, ni enfoncement. Les narines sont exactement remplies par une tumeur blanchâtre, à surface inégale, descendant à 3 ou 4 millimètres de leur ouverture inférieure. L'aspect de ces tumeurs rappelle à s'y méprendre celui des polypes muqueux. Mais en plaçant un doigt sur chacune d'elles et en les pressant alternativement, la fluctuation se communique de l'une à l'autre. La pression de la tumeur extérieure n'augmente pas sensiblement le volume de celles des narines. En écartant les ailes du nez, on voit les deux tumeurs s'implanter sur la cloison dans toute sa largeur. Les élancements ont disparu, et le malade ne se plaint plus que de la gêne de la respiration.

Notons, enfin, que le malade n'avait jamais éprouvé auparavant de gêne du côté du nez.

Le 28, M. Maisonneuve plonge un bistouri dans la narine droite; un flot de pus sanguinolent s'en échappe, et les tumeurs, tant intérieures qu'extérieures, se vident en partie. — On prescrit des injections d'eau de guimauve.

Le lendemain, l'état du nez est exactement le même que la veille; on donne issue de nouveau au pus qui s'est reformé, en ayant soin cette fois d'ouvrir les deux tumeurs des narines; de plus, on traverse la cloison avec un fil plié en plusieurs doubles pour faciliter l'écoulement du pus.

Le 5 mars, le malade sort de l'hôpital. Les narines sont libres, l'air y circule facilement; la tumeur du dos du nez a disparu, il n'y a plus d'écoulement purulent; en un mot, la guérison est complète.

Le fait que nous venons de rapporter n'est pas nouveau dans la science, cependant il est assez rare pour mériter d'être publié.

Les collections de pus sur le côté de la cloison des fosses nasales ont été décrites par J.-L. Petit à l'article *Fracture du nez*; Monteggia les indique; plus tard M. J. Cloquet (*Journ. hebdom.*, 1830), M. Fleming (*Dublin Journal*, 1833), A. Bérard (*Arch. gén. de méd.*, 1835) en rapportèrent de nouveaux exemples. Enfin dernièrement M. Malgaigne, dans son *Traité des fractures*, mentionne les abcès de la cloison comme complication des fractures du nez.

La cause qui produit ces abcès n'est pas toujours la même.

Le plus souvent ils succèdent à une contusion du nez, comme dans tous les cas publiés par MM. J. Cloquet, Fleming, A. Bérard. Quelquefois on les a vus naître à la suite de coryzas répétés. Dans quelques cas, dit M. Bérard (*Dict. en XXX vol.*), leur cause est inconnue, et alors ils se montrent surtout chez les sujets scrofuleux ou atteints de variole ou de scarlatine.

Le mécanisme de la formation de ces abcès à la suite d'une contusion nous est indiqué par M. Bérard. Le cartilage de la cloison est rompu par la violence du coup; le pus s'infiltre entre le cartilage et la muqueuse, détache la membrane pituitaire et la lame fibreuse qui sert de périchondre, et vient faire saillie à l'ouverture antérieure des fosses nasales, qu'il distend plus ou moins, suivant le volume de la tumeur à laquelle il donne naissance. Quelquefois les tumeurs n'apparaissent pas à l'extérieur, et restent cachées plus ou moins haut dans les fosses nasales. Enfin l'abcès peut n'occuper qu'une seule narine, ainsi que l'a vu M. Maisonneuve.

Lorsque les abcès se présentent avec tous les symptômes décrits dans l'observation précédente, il est difficile de les confondre avec d'autres affections; en effet, l'étendue de leur base, la fluctuation, leur communication les différencient suffisamment des polypes muqueux. Les tumeurs sanguines occupant les deux côtés ou l'un des côtés de la cloison, observées et décrites par M. Fleming, reconnaissent aussi le plus souvent pour cause une contusion; elles sont fluctuantes, peuvent avoir la même base; mais elles apparaissent peu d'instants après la cause qui leur donne naissance, ordinairement, dit l'auteur, avant plusieurs heures.

Lorsque l'abcès n'apparaît pas à l'extérieur, la contusion, le gonflement du nez, quelquefois la présence d'une tumeur fluctuante à l'extérieur et surtout le développement rapide de la gêne de la respiration et de l'olfaction éloigneront l'idée d'un polype, alors même que la tumeur est trop profondément située pour que les doigts puissent l'atteindre. Enfin, une ponction exploratrice lèvera tous les doutes.

J.-L. Petit recommande d'ouvrir ces abcès le plus tôt possible et toujours par les narines, même dans le cas où il y a abcès en dehors. C'est le procédé qu'on suit ordinairement, attendu qu'on évite de cette manière une cicatrice à la peau, que la position des parties facilite l'écoulement du pus, et qu'enfin il est toujours temps d'ouvrir la tumeur extérieure. L'incision d'une seule tumeur ne suffit pas toujours pour amener l'évacuation complète du pus, comme le prouve l'observation citée plus haut. Dans le cas présent, on a dû inciser les deux tumeurs des narines et passer un séton à travers la cloison pour arriver à la cicatrisation du foyer.

Arrachart, interne.

AMBULANCES DE L'ARMÉE D'ITALIE.

Traitement des fièvres intermittentes des pays chauds par l'emploi exclusif des évacuants (1).

Par M. Philippe, médecin-major aux ambulances de l'armée d'occupation d'Italie à Rome.

D'autres n'ont-ils pas préconisé les évacuants seuls pour toutes les formes de fièvres indistinctement? De ce nombre sont des observateurs dont on ne peut pas révoquer en doute l'autorité scientifique; nous nommerons Borsieri, J.-P. Frank, Stoll. Voilà les grands modèles que nous devons avoir toujours sous les yeux; et bien loin de là, nous avons créé une méthode dont les indications sont réduites à une simplicité, à des limites pratiques qui ne peuvent pas s'harmoniser avec la diversité, l'inconstance auxquelles est soumis tout ce qui tient à l'organisme humain, avec les conditions d'âge, de tempérament, de sexe, d'idiosyncrasie, de profession, avec les circonstances hygiéniques, climatériques. La thérapeutique doit être mobile comme notre organisation éphémère.

Or, que fait-on maintenant quand on a à traiter une fièvre intermittente? On commence par administrer un émétique, le lendemain ou le soir même une dose de quinine, dont on prolonge l'usage plus ou moins. S'il y a récidive, on prescrit de nouveau l'antipériodique, la plupart du temps sans le faire précéder d'un évacuant. A chaque rechute on renouvelle les mêmes prescriptions, et la maladie ne guérit pas: l'homme s'étiole, l'assimilation périclite. La quinine n'a plus d'action sur lui, ou du moins n'a qu'une action tout à fait fugitive. Si les accès sont suspendus, c'est pour très peu de temps: la rechute est imminente. Nous ne voulons point attribuer ces fâcheux résultats à la quinine seule; l'influence paludéenne se joue de toutes les médications. Mais nous croyons que si l'on variait davantage les agents thérapeutiques, si l'on cherchait avec plus de vigilance et de sollicitude le problème de l'indication, il y aurait moins de résultats défavorables.

Toutefois, la pratique des médecins militaires tend à se modifier à Rome. Des hommes dont l'autorité est d'un grand poids dans la pratique médicale, M. le docteur Mayer entre autres, de l'amitié duquel nous nous honorons, bien que peu partisan des méthodes romaines, conviennent qu'il y a quelque chose à puiser à cette source. Un autre médecin, M. le docteur Lasserre, est entré encore plus largement dans la nouvelle voie, et il a obtenu des succès.

Nous sommes persuadé que le temps amènera une fusion des deux genres de médecine, qui ne pourra qu'être très profitable aux intérêts de l'art et à ceux de l'humanité.

Convaincu des ressources qu'on peut tirer de la thérapeutique péninsulaire, nous nous sommes mis à l'œuvre, et nous espérons avoir contribué à agrandir la sphère des indications dans le traitement des fièvres. Nous pensons aussi être le premier qui ait adopté la pratique italienne, car déjà en 1851 nous l'appliquions à Civita-Vecchia.

Nous l'avons déjà dit, notre mode de traitement consiste dans l'usage exclusif des vomitifs et des purgatifs, lorsque la fièvre est simple toutefois: il est évident que, pour les cas graves, le sulfate de quinine est la seule ancre de salut qui reste au médecin.

Nous commençons par l'administration d'un vomitif, ordinairement 1 décigramme de tartre stibié dans une potion gommeuse ou en lavage; nous préférons la première forme dans les hôpitaux militaires, surtout lorsqu'on a beaucoup de malades; il serait impossible de pouvoir compter sur les infirmiers; nous tenons à faire prendre le médicament devant nous.

Si ce premier vomitif est bien supporté, si le sujet n'est pas trop affaibli, nous faisons renouveler le lendemain l'émétique à la même dose que le premier jour; très souvent les accès sont arrêtés après l'ingestion de ce dernier médicament.

Le jour suivant, nous prescrivons la décoction de quinquina.

Au bout du quatrième ou cinquième jour qui a suivi la prescription du dernier vomitif, nous donnons un purgatif, ordinairement un sel, 45 grammes de sulfate de soude ou de magnésie. La potion purgative du formulaire des hôpitaux militaires peut très bien remplacer ces sels neutres; elle a eu d'aussi bons effets.

Cinq ou six jours après ce premier purgatif, nous le renouvelons en employant la même dose. On rapproche davantage ces deux derniers évacuants quand la fièvre ne cède pas.

Le vomitif administré dans les proportions que nous venons d'indiquer agit comme un éméto-cathartique. Le plus souvent même il procure plus de selles que d'évacuations par le haut. Dans certains cas, il se borne à l'action purgative. Cette action est d'ailleurs très variée. Chez les uns il provoque un grand nombre de garde-robes; chez les autres, au contraire, très peu; sa propriété vomitive est aussi fort variée, suivant le tempérament des individus.

Il est souvent arrivé que la fièvre a cédé à la première prescription de l'émétique.

Il est bien entendu que nous ne donnons cette médication que comme méthode générale: les doses, le nombre des évacuants, la distance qu'on doit mettre entre l'administration de chacun d'eux, toutes ces circonstances sont soumises à une foule de conditions que le praticien exercé sait prendre en considération, conditions de tempérament, d'âge, de sexe; on consultera les antécédents du malade, l'état de ses organes digestifs; comme le dit très bien Valentini: « Ætas, vires, vitæ genus, consuetudo. »

(1) Fin. — Voir les numéros des 8 et 10 mars.

Il est certain qu'on n'appliquerait pas une médication aussi active dans la pratique civile, chez les femmes, chez les enfants, chez les individus débiles. Nous avons affaire généralement à des hommes jeunes, robustes, peu irritables; cependant il nous est arrivé de modifier cette thérapeutique. Ainsi nous avons vu un vomitif seulement éprouver beaucoup certains sujets délicats : alors nous nous en tenions là; nous observions, nous attendions, et nous pouvions alors en venir aux purgatifs. D'autres fois c'était le second vomitif qui produisait les effets décrits; nous tenions la même conduite. Cependant il y a eu très peu de sujets qui aient présenté ces particularités : c'était l'excessive minorité qui était réfractaire à ce mode de traitement.

Au commencement de nos tentatives, n'étant pas en garde contre ces inconvénients, il nous est arrivé d'avoir quelques hommes anémiques; mais, quand nous avons bien possédé cette méthode, nous avons toujours pu conjurer cet accident. Aussi le mot *vires* de Valentini est profondément pensé. C'est ce thermomètre qu'on doit toujours consulter; il faut s'arrêter s'il y a trop de faiblesse; on doit savoir attendre, donner du quinquina et reprendre la médication quand les forces sont revenues; dans le cas contraire, s'abstenir et avoir recours à la quinine.

Toutefois, il ne faudrait pas se laisser impressionner par un certain degré de faiblesse qui est inhérent à l'emploi des évacuants, mais qui dans de justes limites n'est que momentané. En soutenant le malade avec une alimentation nourrissante bien que légère, la nature prend bien vite le dessus, et c'est un des résultats les plus remarquables de cette médication que la rapidité avec laquelle l'harmonie des fonctions se rétablit. Presque immédiatement l'appétit renaît; la soif, l'amertume de la bouche, l'état saburral de la langue, la couleur foncée des urines, tous ces symptômes disparaissent très promptement, et le malade éprouve un sentiment de bien-être, la persuasion intime de son retour à la santé, qu'il exprime avec beaucoup de verve; il demande surtout à manger; les derniers effets s'observent, avec des nuances toutefois, même quand les évacuants ne suffisent pas pour faire cesser la fièvre; ils ont apporté presque toujours une amélioration générale, qui doit être attribuée à l'indication importante qu'ils remplissent en modifiant avantageusement l'état des premières voies. Nous-même nous avons eu beaucoup à nous louer de cette médication : elle a agi très efficacement pour combattre une fièvre dont nous étions atteint.

Lorsque l'affection périodique n'est nullement amendée par les deux premiers vomitifs, qu'elle présente toujours la même intensité, on doit employer de suite l'antipériodique. Si l'on n'a pu qu'atténuer les accès fébriles après l'usage de la série des évacuants que nous conseillons, il faut s'en abstenir : en persistant, on affaiblirait inutilement le malade; on doit en conclure qu'il est réfractaire à la médication : on prescrit le sulfate.

Si la fièvre s'aggrave ou qu'elle se présente de suite avec un mauvais caractère, il est clair que l'écorce du Pérou est indiquée; ce serait perdre un temps précieux que de mettre le moindre retard à user du sel fébrifuge exclusivement : dans ce cas, l'élément gastrique est dominé par l'élément périodique, qui lui-même est dominé par un agent morbide que nous ne connaissons pas.

Dans les récidives, nous suivons les indications des anciens : nous donnons les purgatifs qui nous ont réussi maintes fois à la même dose que celle mentionnée précédemment. C'est une médication précieuse qu'on devrait au moins essayer si l'on ne veut pas adopter entièrement la méthode que nous proposons. Il nous est même arrivé assez souvent, lorsque les purgatifs ne réussissaient pas complètement, de la faire alterner avec le sulfate de quinine, et nous avions de bons résultats. Les voies digestives se reposaient ainsi de l'irritation incessante produite par l'ingestion de ce dernier sel.

Un autre avantage que nous avons trouvé à notre manière d'agir, c'est qu'après l'administration des évacuants nous pouvions nous borner à de faibles doses de quinine. Dans les derniers temps, nous nous étions arrêté à celle de 4 décigrammes, que nous continuions pendant trois ou quatre jours. Cette dose suffisait presque toujours pour faire justice de la fièvre d'une manière définitive.

Dans les rechutes, il nous est arrivé aussi de reprendre le traitement complet avec les vomitifs et les purgatifs, et nous avons réussi.

Nous avons combattu les cachexies avec avantage par les mêmes procédés; nous citerons une anasarque générale et très intense dont nous avons triomphé dans un mois, sans qu'il en restât aucune trace.

Si nous comparons les résultats de notre méthode avec ceux que donne le sulfate de quinine, nous trouvons, autant qu'on peut conclure d'un nombre de faits limités, que l'équilibre des fonctions se rétablit plus vite : les malades perdent plus promptement cette teinte jaune caractéristique de la face; les forces digestives reprennent d'une manière plus rapide et plus durable surtout; les rechutes sont moins fréquentes, la guérison est plus complète; enfin les cachexies sont beaucoup plus rares.

Nous appuyons ces inductions sur 150 faits, dont nous avons toutes les observations écrites. Si nous supputons ces dernières, nous verrons que 90 hommes ont été guéris sans l'intervention du sulfate de quinine, 60 avec son intervention, les évacuants ayant échoué. Le type des fièvres n'a nullement influé sur les résultats. Nous avons en vain cherché la formule positive de l'indication de l'un ou l'autre mode de traitement dans telle ou telle forme d'affection périodique. Nous verrons dans la statistique suivante que notre méthode a tout aussi bien réussi dans les fièvres franchement intermittentes que dans les rémittentes; l'avantage même serait du côté des premières. Ce résultat dément les distinctions classiques des médecins italiens, qui réservent les évacuants spécialement pour les fièvres rémittentes (gastro-rhumatiques).

Voici le tableau statistique de nos résultats :

Nombre de malades : 150.

GUÉRIS SANS QUININE.		GUÉRIS AVEC QUININE.	
Fièvres quotidiennes	24	Fièvres quotidiennes	5
— tierces	19	— tierces	8
— quartes	2	— quartes	4
— rémittentes	45	— rémittentes	37
		Types inconnus	6
Total	90	Total	60

On voit que le chiffre des fièvres intermittentes proprement dites guéries par le sulfate de quinine est le même que celui des fièvres rémittentes, 45 des deux parts, et cependant le nombre de ces dernières était au moins des deux tiers plus grand. Dans celles où l'intervention du sel a été nécessaire, la proportion est plus égale.

Sur 422 malades que nous avons eu à traiter, nous avons eu 5 morts, dont 2 atteints de fièvre pernicieuse, 3 de fièvre typhoïde.

Le nombre de jours de traitement a été de 22 pour ceux qui ont été guéris sans quinine.

Le chiffre des hommes envoyés en France n'a été que de 15.

20 hommes ont récidivé à l'hôpital, dont 5 appartenaient au service du médecin qui nous avait précédé : reste à 15.

Quant aux rechutes, nous avons eu connaissance de 19 individus qui en ont été frappés. Dans ce nombre, un seul appartient à la catégorie de ceux auxquels on a appliqué la méthode évacuante; les 18 autres avaient pris du sulfate.

Les cachexies ont été rares.

Enfin il y a économie : les médicaments employés se trouvent partout et sont d'une administration facile.

Si nous comparons cette méthode à celle suivie par les médecins romains, nous verrons qu'elle en diffère notablement. Voici leur manière d'agir ordinaire : dans les fièvres intermittentes qu'ils appellent *exquisitæ*, légitimes, ils débutent presque toujours par un purgatif, l'huile de ricin, la crème de tartre, la teinture de rhubarbe à faible dose, 15, 20, 30 grammes. Le lendemain ils donnent le sulfate de quinine, ou le citrate de quinine, à la dose de 5 ou 6 décigrammes dans les vingt-quatre heures pendant quelques jours, en diminuant les quantités vers la fin. Ils emploient ordinairement les doses fractionnées. Pendant le traitement ils reviennent aux purgatifs plusieurs fois. Ils saignent, lorsqu'ils en trouvent l'indication, ou appliquent des sangsues à l'épigastre. Quand ils ont affaire à une fièvre rémittente, ils ont recours uniquement à la méthode évacuante purgative. L'émétique est réservé aux cas où il y a des envies de vomir; c'est l'exception. Lorsque l'affection est grave, ils prescrivent le sulfate de quinine, mais ils ne dépassent guère 3 grammes pour toute la durée du traitement. Aussi sont-ils épouvantés des doses que nous donnons dans les fièvres pernicieuses et autres. Ils sont d'une grande timidité dans ces circonstances-là.

Notre méthode est beaucoup plus large. Nous avons pensé que l'alliance des vomitifs et des purgatifs était une médication plus complète, en apportant une perturbation plus générale dans tout le tube digestif. L'action substitutive nous paraît ainsi plus efficace.

Nous ne prétendons point avoir dit le dernier mot; nous n'avons pas assez de faits pour tirer des conclusions définitives. Nous espérons que l'appel que nous faisons aux praticiens indépendants sera écouté, que des tentatives nouvelles pourront faire arriver à la découverte des indications spéciales de ce mode de traitement.

Nous ferons suivre ces considérations de quelques observations.

Obs. I. — *Fièvre quotidienne simple.*

Le nommé Carlotti, placé au n° 22, soldat au 21e léger, âgé de vingt-deux ans, d'un tempérament bilioso-sanguin, est entré à l'hôpital Saint-André le 18 septembre 1852. L'invasion de la fièvre datait de six jours. Il en avait déjà été atteint en Corse deux ans auparavant. Elle était tierce alors; il l'avait pour la première fois à Rome. Elle le prenait vers six heures du soir, commençait par le frisson, qui durait deux heures; les stades de chaleur et de sueur duraient toute la nuit. La langue était blanche, plate, couverte d'un enduit très épais. Il y avait amertume de la bouche, sécheresse, beaucoup de soif, céphalalgie intense pendant l'accès seulement, constipation. L'appétit était conservé; les urines étaient briquetées.

Le 19, on prescrit une potion gommeuse avec tartre stibié, 1 décigramme. Le malade vomit deux fois et a deux selles. La fièvre ne vient pas ce jour-là.

Le 20, la langue est encore blanche, la bouche mauvaise. On répète la même dose de tartre stibié. Le malade n'a pas eu de vomissements, trois selles seulement. La fièvre ne vient pas.

Le 21, amélioration générale; beaucoup d'appétit. L'accès a encore manqué. — Décoction de quinquina; quart, panade, un œuf sur le plat.

Le 23, langue très peu blanche; les autres symptômes se sont dissipés. Pas de fièvre.

Le 24, état très satisfaisant. — On prescrit 45 grammes de sulfate de soude. Le malade a été trois fois par le bas. Pas d'accès.

Le 25, décoction de quinquina.

Le 28, 45 grammes de sulfate de soude. Trois évacuations alvines. On a continué la décoction de quinquina jusqu'à la fin.

Le 7 octobre, le malade sort.

Obs. II. — *Fièvre tierce, diarrhée (rechute).*

Le nommé Gleyzal, chasseur au 21e léger, placé au n° 37 de la salle, tempérament lymphatique, âgé de vingt-quatre ans, est entré à l'hôpital Saint-André le 12 octobre 1852. La maladie avait trois jours d'invasion. Il avait eu la fièvre en Corse deux ans auparavant, et en avait été atteint l'année précédente à Rome. Malgré l'administration de quelques doses de quinine qu'il avait prises à la caserne, la fièvre persistait. L'accès débutait tous les deux jours vers cinq heures et demie du soir par le froid, qui durait deux heures. La chaleur et la sueur se prolongeaient toute la nuit. La langue était blanche au centre, rouge sur les bords. La bouche était amère. Il y avait beaucoup de soif, céphalalgie constante et très forte. L'appétit se conservait entre les accès. Les urines étaient foncées; il y avait cinq ou six selles par jour.

Le 13, jour de fièvre, on prescrit 45 grammes de sulfate de magnésie. Le malade a été dix fois par le bas. La fièvre n'est pas venue.

Le 14, moins de diarrhée; la langue est beaucoup moins blanche, la bouche moins amère, les urines plus claires.

Le 15, l'accès n'a pas paru. Le malade est très bien; plus de diarrhée.

Le 16, le malade a senti un peu de frisson dans la journée.

Le 17, 45 grammes de sulfate de magnésie, qui a provoqué quatre ou cinq selles. La fièvre a manqué.

Le 18, il mangeait le quart, panade, demi-omelette.

L'alimentation a été augmentée progressivement.

Le 30 octobre on signe son billet de sortie.

Obs. III. — *Fièvre rémittente gastrique quotidienne (rechute). Anasarque générale.*

Thomas, n° 93, chasseur au 13e léger, âgé de vingt-six ans, tempérament lymphatique, entré à l'hôpital le 14 septembre 1852. L'invasion de sa maladie date de deux mois. Il a été deux fois à l'hôpital Saint-Dominique pour la fièvre; l'année précédente il y avait séjourné une vingtaine de jours pour la même affection.

L'accès le prend dans la journée par la chaleur, bien qu'il ne soit jamais complètement sans fièvre. Il sue deux ou trois chemises pendant la nuit. La langue est blanche, il y a anorexie. La bouche n'est pas amère, l'appétit est conservé. Il y a de la céphalalgie pendant l'accès; les urines sont peu foncées.

L'anasarque a commencé à se montrer vers le 12 septembre. On observe une bouffissure très prononcée de la face; le scrotum et la verge ont pris un développement considérable. Les extrémités inférieures, le thorax et l'abdomen sont infiltrés d'une manière très notable.

Le 15, on administre un décigramme de tartre stibié. Le malade n'a pas vomi; il a été par bas une grande partie de la journée.

Le 16, moins de fièvre. — Tartre stibié, un décigramme. Pas de vomissement; moins de selles que la veille.

Le 17, beaucoup moins de chaleur et de sueur pendant la nuit. Le scrotum a diminué du tiers environ, ainsi que la verge. Encore de la chaleur et de la sueur.

Le 19, la verge n'est plus œdématiée, le scrotum très peu; l'infiltration modifiée notablement dans toutes les régions.

Le 20, sulfate de soude, 45 grammes. Beaucoup de selles, moins de fièvre.

Jusqu'au 24, l'anasarque va toujours en diminuant. — 45 grammes de sulfate de soude. Le malade a été par le bas une partie de la journée.

Le 25, plus de fièvre; l'infiltration est entièrement dissipée.

Le 30, le même purgatif est renouvelé.

Le malade sort de l'hôpital le 14 octobre, très bien guéri.

Nous terminerons par quelques propositions qui résumeront notre travail :

1° Les principes de la médecine italienne pour le traitement des fièvres sont très rationnels.

2° La multiplicité des indications, inhérente à l'exubérance de distinctions d'espèces, a jeté de la confusion dans la pratique médicale, et a donné lieu à une fausse application des sages préceptes des créateurs de l'école italienne.

3° L'usage des évacuants dans ces sortes de maladies spécifie la thérapeutique péninsulaire, et doit rester comme une médication précieuse, eu égard à la prédominance gastrique qui caractérise généralement les fièvres paludéennes du pays.

4° Cette médication, appliquée en Afrique et même en France, pourrait apporter une modification heureuse dans le traitement des fièvres intermittentes de ces contrées : ce serait une ressource de plus, des agents curatifs qui dans beaucoup de cas suppléeraient avec avantage l'usage du sulfate de quinine.

5° Cette méthode est employée d'une manière systématique en Italie. On lui a posé des limites théoriques qui sont démenties par l'expérience.

6° Celle que nous proposons est beaucoup plus large et peut s'appliquer à tous les types de fièvres intermittentes simples.

7° Elle consiste dans une association des vomitifs et des purgatifs.

8° Son mode d'administration consiste à donner le premier jour l'émétique dans la proportion d'un décigramme dans une potion ou en lavage.

9° Le deuxième jour on répète la même dose.

10° Vers le quatrième ou le cinquième jour après cette dernière prescription on administre un purgatif, préférablement un sel neutre, à la dose de 45 grammes ordinairement.

11° Cinq ou six jours après on renouvelle le purgatif dans la même proportion.

12° On prendra en considération, pour ce qui regarde les doses, le nombre des évacuants, la distance réciproque à laquelle on les ordonne, l'âge, le sexe, le tempérament, les antécédents, l'état des voies digestives, les conditions hygiéniques, professionnelles, climatériques dans lesquelles se trouvent les sujets.

13° On surveillera surtout les forces du malade : l'anémie est l'écueil de la médication.

14° Dans les fièvres graves, l'usage exclusif du sulfate de quinine est formellement indiqué.

15° Pour les récidives, les purgatifs seront mis en usage de préférence. Cependant on peut revenir au traitement complet.

16° Dans les cachexies, les hydropisies en particulier, la méthode est indiquée.

17° Quand il y a diarrhée, on s'abstient des vomitifs : les purgatifs seuls détruisent souvent les deux affections simultanées.

Des institutions consacrées à la bienfaisance publique.

Nous extrayons du *Moniteur universel* l'article suivant sur les hôpitaux de Paris. Il nous a paru contenir des détails intéressants, et nous conduira d'ailleurs naturellement à publier des documents importants que nous avons recueillis sur les hôpitaux de Londres. Voici cet article :

HÔPITAUX. — *La Pitié. — La Charité. — Saint-Antoine. — Cochin. — Necker. — Beaujon. — Bon-Secours.*

Ce serait mentir à l'évidence des faits que de nier les améliorations introduites dans les hôpitaux et hospices depuis une vingtaine d'années, et notamment depuis 1848. Depuis lors, diverses lois ou décrets, et notamment la loi du 10 janvier 1849, sont venus réglementer les services qui ont pour objet l'assistance publique, et ont donné une salutaire impulsion à cette tendance des esprits supérieurs vers l'amélioration du sort des classes nécessiteuses.

La comparaison de l'état des hôpitaux et hospices à diverses époques viendra corroborer ce que nous venons de dire quant aux améliorations introduites dans ces quatre dernières années. Voici quelques détails qui, bien que peu importants en apparence, prouvent cependant combien est vigilante et éclairée la direction de l'assistance publique à Paris.

Dans les sept premiers mois de 1850, les établissements dont nous parlons avaient consommé 25,113 citrons; dans les cinq derniers mois, ils n'en ont consommé que 1,749, au moyen, il est vrai, de l'emploi de l'acide citrique. Pour l'exercice de 1851, l'économie produite sur ce seul objet a été de 2,815 fr. Dans cette même année, l'administration a obtenu une diminution de près de 12,000 fr. sur 17,000 fr. qu'elle dépensait annuellement, et cela

en confectionnant dans les salles mêmes les eaux gazeuses destinées aux malades.

Hôpital de la Pitié. — Par un édit de 1612, Louis XIII ayant ordonné que tous les mendiants de la capitale, dont le nombre menaçait la tranquillité publique, seraient renfermés, plusieurs maisons furent achetées à cet effet, et notamment celle dite *le Jeu-de-Paume de la Trinité*. L'établissement reçut le nom de *Pitié*, parce que la chapelle était sous l'invocation de Notre-Dame-de-Pitié. En 1657, l'hôpital général, dit de la *Salpêtrière*, ayant été destiné aux mendiants âgés, on plaça à la Pitié les enfants de ces derniers et les orphelins des deux sexes; les filles y apprenaient à lire, à écrire, à coudre, et occupaient une partie distincte de la maison; la partie occupée par les garçons fut appelée la *Petite-Pitié*. Plus tard, on y plaça indistinctement les enfants trouvés et les orphelins, auxquels on faisait apprendre un métier. Pendant la révolution, ces pauvres enfants reçurent la qualification d'*élèves de la patrie!* En 1809 on les transféra dans la rue du Faubourg-Saint-Antoine, et la Pitié devint une annexe de l'Hôtel-Dieu.

En 1809, l'hôpital de la Pitié ne contenait que 200 lits; en 1842, 600; en 1851, il y en avait 624. Au 1er janvier de cette année, le nombre des malades était de 534; 10,201 sont entrés dans le cours de 1851; 9,308 sont sortis. Les décédés sont de 826. Au 31 décembre 1851, l'effectif s'élevait à 601; la mortalité y a été dans le rapport de 1 sur 12,27; la durée du séjour par malade, en moyenne, est de 21 jours 19, la dépense de 1 fr. 62 c. 41 dixièmes par jour; la dépense totale s'est élevée à 370,660 fr.

Le service de cet hôpital est ainsi composé: 5 médecins: MM. Clément (1), Gendrin, Nonat, Valleix et Grisolle; 2 chirurgiens: MM. Laugier et Michon: 11 élèves internes, dont 6 en chirurgie, 5 en médecine; 22 sœurs de l'ordre de Sainte-Marthe et 46 infirmiers ou infirmières. Les 624 lits sont placés dans 22 salles. Deux aumôniers sont spécialement attachés à la Pitié. Comme dans presque tous les hôpitaux et hospices de Paris, le coucher se compose d'une paillasse, de deux matelas, de deux couvertures de laine et d'un édredon pour les malades qui sont dans le cas d'en avoir besoin.

La buanderie est très bien ordonnée; le lavage s'y fait par de pauvres idiotes de la Salpêtrière, à qui on accorde le salaire modique de 20 centimes par jour. Les religieuses mettent une sorte de coquetterie bien pardonnable à l'arrangement de la lingerie.

Les bains sont bien établis; toutes les convenances s'y trouvent.

Les promenoirs sont bien disposés, notamment celui des femmes, qui est sablé et qui a un beau couvert d'arbres.

Les siéges des salles n'y sont portés que la nuit, comme mesure de propreté et d'hygiène.

Les murs de la boucherie, laquelle est parfaitement bien appropriée à sa destination, sont stuqués, ce qui ajoute encore à sa propreté.

Jusqu'en 1846, les corbillards traversaient les promenoirs pour venir prendre les corps des décédés; depuis lors ce service se fait à l'extérieur, sans blesser aucunement la vue des malades.

Dans la chapelle, il existe une table en marbre d'un travail exquis comme coupure; elle est supportée par un châssis en cuivre d'une ciselure digne d'être citée.

Par son voisinage du jardin des plantes, ses vastes cours et son heureuse situation, cet établissement rend d'immenses services à la population de ce quartier, le plus pauvre de la capitale.

Hôpital de la Charité. — Sur la demande de Marie de Médicis, cinq frères de la congrégation de Saint-Jean-de-Dieu vinrent à Paris en 1602 et fondèrent cet hôpital. Les lettres patentes qui lui donnèrent une existence légale sont du mois de mars 1602; elles furent confirmées en août 1608, sous Louis XIII, et en décembre 1643, sous Louis XIV. Ces religieux s'établirent d'abord dans la rue des Petits-Augustins; mais Marguerite de Valois, première femme de Henri IV, ayant voulu y construire un couvent, les frères lui cédèrent l'emplacement en 1607, et vinrent s'établir près de la chapelle Saint-Pierre, dite *Saint-Père*, autour de laquelle étaient alors de vastes jardins.

Dans le cabinet du directeur on voit un plan non daté, portant cette indication: « Plan du couvent et hôpital royal Saint-Jean-Baptiste, ou religieux de la Charité de Paris, ordre de Saint-Jean-de-Dieu, sous la règle de saint Augustin. » Cette citation prouve l'exactitude de ce qui précède sur la création de cette maison.

En 1842 l'hôpital de la Charité contenait 426 lits; il y en a aujourd'hui 494. Au 1er janvier 1851, l'effectif des malades était de 463; il en est entré dans l'année 6,694; les sorties sont de 6,012, les décès de 736, ce qui réduit l'effectif, au 31 décembre, à 409 malades. La mortalité y est dans la proportion de 1 sur 9,17; la durée moyenne du séjour est de 22 jours 64 par malade; le prix de la journée est de 1 fr. 91 c. 70. En 1851, la dépense totale a été de 314,997 fr.

Le service médical est ainsi composé: 6 médecins, MM. Rayer, Andral, Cruveilhier, Bouillaud, Briquet et Piorry; 2 chirurgiens, MM. Velpeau et Gerdy; 9 élèves internes en médecine et chirurgie; 16 sœurs de l'ordre de saint Augustin; 67 servants des deux sexes.

Ainsi qu'à tous les autres hôpitaux, des consultations gratuites y ont lieu tous les jours, et les malades reçoivent les visiteurs deux fois par semaine.

Il n'y a qu'un seul siége par salle, et encore est-il enfermé dans un cabinet qui fait disparaître tous les inconvénients.

A la Charité, les salles des malades ne sont pas parquetées. Il y a plusieurs années, cette dépense avait été évaluée à 30,000 fr., et l'administration, dans l'impossibilité de mieux faire, a déjà alloué des crédits s'élevant à 17,000 fr.

Trois cours très spacieuses, indépendantes du promenoir pour les malades, donnent un aspect des plus agréables à cette maison.

Une somme de 5,000 fr. a été votée pour 1853, à l'effet d'établir à la Charité un réfectoire commun pour tous les malades, ainsi que cela se pratique déjà depuis plusieurs années à l'hôpital Saint-Antoine. L'administration paraît compter sur cette heureuse innovation pour l'hygiène, la propreté et la bonne tenue des malades.

La cuisine y est remarquablement bien tenue.

D'après Tenon, l'hôpital de la Charité était un des moins favorisés sous le rapport des fosses d'aisances. Il parle entre autres d'une salle basse, dite *le Timbre*, qui était une cause d'infection pour la maison; maintenant ce grave inconvénient a disparu, et le système Léon Duvoir y est introduit avec succès; des lieux dits *à la turque*, avec des cadres pour s'appuyer et se relever, complètent ce qui concerne le service si important des communs.

Dans la chapelle, on voit un tableau très remarquable: c'est la reconnaissance du Christ par Madeleine, probablement de Lesueur ou de Philippe de Champagne; le Christ mort est surtout dessiné avec un rare talent.

Sur l'exercice 1853, des crédits ont été alloués pour la construction d'un promenoir couvert, afin que, dans les temps de pluie, les malades qui ont l'habitude de fumer ne soient pas privés de cette récréation. Ce fait seul suffirait pour prouver combien est grande la sollicitude de l'administration pour les infortunés qu'elle a mission de secourir.

Sans prétendre aucunement porter atteinte aux hommes éminents qui ont dirigé les autres hôpitaux, nous devons cependant relater ce fait que le service de la Charité était si bien entendu sous tous les points, que Napoléon y avait fait destiner deux salles au traitement des malades de sa maison civile, et dont la dépense était acquittée sur sa cassette particulière. L'une de ces salles, dite *Saint-Napoléon*, est devenue, en 1814, la salle *Saint-Michel*, et était consacrée au service médical; l'autre, qui a conservé son ancien nom, celui de *Saint-Jean*, était réservée à la chirurgie.

Hôpital Saint-Antoine. — Une vieille chronique fait honneur de la fondation de l'abbaye Saint-Antoine-des-Champs, sur l'emplacement de laquelle a été édifié l'hôpital Saint-Antoine, à un curé de Neuilly-sur-Marne, du nom de Foulques, venu à Paris dans les dernières années du douzième siècle. Il prêchait avec tant d'onction contre les femmes débauchées qu'il fit bientôt de nombreuses conversions parmi elles. Le modeste ecclésiastique pourvut à l'entretien de celles qui voulurent se séparer du monde, et c'est pour elles qu'il fit construire l'abbaye Saint-Antoine. La Convention, par un décret du 17 janvier 1795, a converti cette maison en un hôpital assimilé à celui de l'Hôtel-Dieu.

En 1842, le nombre de lits à l'hôpital Saint-Antoine était de 278; il y en a aujourd'hui 290. Le coucher se compose d'un lit en fer, d'un sommier élastique, d'un matelas, d'un traversin, de deux oreillers, d'un édredon et de deux couvertures. Dans le cours de 1851, 12,766 malades y ont été traités; au 31 décembre, il en restait 242; le 26 novembre 1852, il y en avait 260. L'année dernière, on a compté 1 décès sur 11,64 malades; la durée moyenne du séjour a été de 20 jours 10. La dépense totale est de 177,593 fr.; celle par jour est de 1 fr. 97 c. 21.

Le service médical compte 3 médecins: MM. Boulay, Guéneau de Mussy et Vernois; un seul chirurgien: M. Chassaignac; 5 élèves internes: 3 en médecine, 2 en chirurgie; 14 sœurs de l'ordre de Sainte-Marthe, qui y a sa maison-mère, et 31 servants des deux sexes.

Les malades mangent dans un réfectoire commun. Il paraît qu'on n'a qu'à se louer de cette innovation, dont les conséquences sont trop faciles à apprécier pour nous en occuper autrement que par la constatation du fait.

Des terrains d'une contenance de plus de 17 arpents permettent de donner à cet établissement tous les développements qu'exige sa destination.

Hôpital Cochin. — Cette maison doit sa création à un ancien curé de Saint-Jacques-du-Haut-Pas, dont elle porte le nom, et qui est décédé le 3 juin 1783, à l'âge de cinquante-sept ans et demi, trois années après l'édification de cet hôpital. Son cœur y a été déposé dans l'église, ainsi que l'indique une plaque en marbre placée à droite de l'autel, et sur laquelle on lit le quatrain suivant:

> Ce pasteur vigilant, rempli de charité,
> Au sort du malheureux rendant chacun propice,
> Sut, pour le secourir dans son infirmité,
> Ériger en deux ans ce pieux édifice.

Le buste du bon pasteur, qui était docteur en Sorbonne, est dans une des salles du rez-de-chaussée, qui porte également son nom.

Le service médical est fait par un seul médecin, M. Beau; un seul chirurgien, M. Maisonneuve, aidés chacun d'un interne; douze sœurs de la congrégation de Sainte-Marie et dix infirmiers des deux sexes. En 1842, il contenait 114 lits; le 27 novembre dernier, il y avait 134 malades. En 1851, le nombre des malades traités a été de 2,163; il en restait 127 le 31 décembre. Le nombre des décès est de 1 sur 11,44 malades. Le prix de la journée est de 2 fr. 12 c. 33, maximum de tous les hôpitaux. La dépense totale a été de 96,808 fr.

Voici un fait assez curieux qui se rattache à la fondation de cet hôpital. La première pierre fut posée par deux pauvres de la paroisse, élus en assemblée de charité, comme étant les plus dignes par leurs vertus. Tous les travaux furent surveillés gratuitement par un architecte du nom de Viel, ami du fondateur.

Par exception, la pharmacie est tenue par des sœurs. Les promenoirs sont bien coupés et couverts d'arbres. Dans une pièce au-dessus de la chapelle, on a établi deux réservoirs qui fournissent de l'eau à toute la maison, ce qui est d'une très grande commodité.

La boucherie est stuquée.

Hôpital Necker, fondé en 1779 par Mme Necker, femme du contrôleur général, dans les bâtiments d'un couvent établi en 1663 par des religieuses bénédictines. En 1842, il y avait 329 lits; on en a supprimé 77 l'année dernière, par suite de la démolition de trois salles, nécessitée par la construction d'un nouveau bâtiment.

Au 1er janvier 1851, il y avait 243 malades; admis dans l'année, 3,786; les décès y sont dans la proportion de 1 sur 8,65: c'est le chiffre le plus élevé après celui de l'Hôtel-Dieu. La durée du séjour est de 22 jours 79 en moyenne; la dépense totale est de 172,087 fr., et la dépense par jour de 1 fr. 98 c. 39. Le 29 novembre dernier, il y avait 253 malades distribués dans les 11 salles dont se compose l'hôpital; 2 de ces salles sont stuquées.

Le service médical est ainsi distribué: 3 médecins, MM. Hervez de Chégoin, Bricheteau et Nathalis Guillot (1); 1 chirurgien, M. Lenoir; 5 internes en médecine et chirurgie; 17 sœurs de la congrégation de Saint-Vincent-de-Paul, et 21 infirmiers des deux sexes.

Les salles de bains sont très convenablement établies; le linge y est chauffé par un moyen fort ingénieux; les bains de vapeur se prennent dans une pièce séparée. — Les promenoirs n'offrent pas d'abri contre le soleil. — La lingerie est assez bien distribuée; mais il est à regretter que les tablettes soient presque toutes attachées au mur, ce qui intercepte le passage de l'air. — Il reste peu de chose des anciennes constructions: la cuisine, la chapelle et les bureaux de l'administration. — Tous les lits sont en fer, et à l'emplacement de chacun est établi un ventilateur du côté de la tête du malade. Le chauffage et la ventilation sont établis d'après le système Léon Duvoir. — Dans chaque salle il y a des buffets communs à dessus de marbre.

Hôpital Beaujon. — Fondé en 1780 par M. Beaujon, receveur général des finances, et destiné, dans l'origine, à recueillir douze garçons et douze jeunes filles, choisis de préférence parmi les orphelins, mais appartenant à la paroisse du Roule, il fut converti en hôpital par le décret du 17 janvier 1795.

En 1842, l'hôpital Beaujon avait 400 lits; en 1851, il en avait 438. Dans cette même année, 6,167 malades y ont été reçus; la mortalité y a été dans la proportion de 1 sur 9,77; la durée moyenne du séjour est de 27 jours 24, c'est le chiffre maximum de tous les mêmes établissements. La dépense par jour est de 1 fr. 98 c. 39, et la dépense totale de 172,000 fr. Le 30 novembre dernier, le nombre des malades était de 397 répartis dans les 14 salles.

Le service médical est composé de 4 médecins: MM. Legroux, Sandras, Monneret et Barth; de 2 chirurgiens, MM. Robert et Huguier; 8 internes, dont 4 en médecine et 4 en chirurgie; 43 infirmiers des deux sexes. 19 sœurs de la congrégation de Sainte-Marthe sont attachées à l'hôpital Beaujon.

Toutes les salles sont parquetées; des communs inodores, établis aux extrémités des salles, ont permis de ne placer aucun siége dans les dortoirs. Il y a un promenoir pour chacun des bâtiments, au nombre de cinq; mais les plantations sont trop récentes pour offrir un abri dans les chaleurs. La cuisine est parfaitement bien appropriée à sa destination; on y remarque une sorte d'auge en marbre veiné, dans laquelle on lave les légumes, et qui remonte à la création de l'établissement. Peut-être la boucherie aurait-elle besoin d'être plus aérée. La lingerie est bien disposée et tenue, comme on doit s'y attendre, des religieuses qui sont chargées de cette partie si importante du service des hôpitaux.

Dans une salle spéciale il y a six lits provenant d'une fondation due aux trois frères Trabuchi, dont le portrait est placé au-dessus de la porte de l'intérieur comme un témoignage de reconnaissance. La salle porte le nom des fondateurs.

Aux deux extrémités du bâtiment principal, il existe deux escaliers qui peuvent passer pour un chef-d'œuvre d'exécution, et qui certes ne seraient pas déplacés dans une habitation princière.

Hôpital Bon-Secours. — Cette maison, qui était située rue de Charonne, avait été temporairement ouverte le 1er décembre 1846 pour recevoir 300 malades, en attendant l'achèvement du nouvel hôpital du clos Saint-Lazare. Au mois d'octobre dernier, cet établissement, contenant alors 340 lits, a été supprimé.

(1) Ce médecin vient de donner sa démission.

(1) Le service de M. Nathalis Guillot va être prochainement partagé en deux comme trop considérable.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

La maladie de M. Orfila, que nous avons annoncée dans notre dernier numéro, vient de prendre un caractère plus grave qu'on ne l'avait pensé d'abord. Depuis quelques jours est survenue une pneumonie qui présente des symptômes alarmants.

D'un autre côté, nous apprenons que la santé de M. Louis s'est beaucoup améliorée, et qu'une convalescence franche est déclarée.

— Un mouvement assez considérable va avoir prochainement lieu dans le personnel médical des hôpitaux de Paris, par suite de la démission de MM. Martin-Solon et Clément, de la permutation de M. le professeur Trousseau, qui laisse une place vacante à l'hôpital des Enfants, et du dédoublement du service de M. Nathalis Guillot à l'hôpital Necker.

— Jean Frederic Leissing, doyen des artistes dramatiques de Francfort-sur-le-Mein, qui est mort récemment, a légué toute sa fortune, qui était considérable, aux établissements de bienfaisance de cette ville.

— M. Heald, mari de la célèbre Lola Montès, qui a péri dans un accident de mer, lègue par son testament 500,000 réaux à l'hôpital Bromston de Londres. (*El Porvenir de Madrid.*)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Éloge de Récamier, par le docteur H. Gouraud. Brochure in-8° sur très beau papier. Prix: 2 fr. — Au bureau du journal.

Les vrais principes de la matière médicale et de la thérapeutique. Lettre adressée à MM. les professeurs de la Faculté de médecine de Paris, à l'occasion de la chaire vacante de matière médicale et de thérapeutique; par le docteur Pidoux, médecin de l'hôpital de Bon-Secours. Prix: 1 fr. 50 c. Chez Béchet jeune, libraire-éditeur, rue Monsieur-le-Prince, 22, à Paris.

Revue pharmaceutique de 1852, supplément à l'Officine pour 1853, recueil présentant le résumé complet de ce que les journaux spéciaux ont publié d'intéressant pour les pharmaciens, les médecins et les vétérinaires pendant l'année qui vient de finir, en pharmacotechnie, chimie, physiologie, thérapeutique, histoire naturelle, toxicologie, hygiène, économie industrielle, économie domestique, etc., augmenté cette année de la Déontologie pharmaceutique, ou Traité de pharmacie professionnelle; par Dorvault. In-8°. Prix: 1 fr. 50 c. pour Paris, et 2 fr. franco par la poste.

Le choléra, son traitement facile et infaillible mis à la portée de tout le monde, moyen de s'en préserver et de s'en guérir, par le docteur S. de Kalicki, hydrothérape. 1 vol. in-8 de 76 pages. Paris, 1853. Prix: 2 fr. Chez J.-B. Baillière, libraire, rue Hautefeuille, 19.

De la prostitution dans la ville d'Alger depuis la conquête; par le docteur E. Duchesne, chevalier de la Légion-d'Honneur, membre du Conseil d'hygiène publique et de salubrité de la Seine, et de plusieurs sociétés savantes. Un vol. in-8. Vient d'être mis en vente chez J.-B. Baillière, libraire, rue Hautefeuille, 19, et Garnier frères, Palais-Royal, 215.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 31. — MARDI 15 MARS 1853. (26e ANNÉE.) N° 31. — MARDI 15 MARS 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE.	Trois mois	8 fr. 50 c.
	Six mois	16 »
	Un an	30 »
GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES.	Trois mois	9 fr.
	Six mois	17
	Un an	33
ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR.	Trois mois	10 fr.
	Six mois	20
	Un an	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

PARIS, LE 14 MARS 1853.

Mort et obsèques de M. Orfila.

M. Orfila, ainsi que nous l'avions malheureusement prévu, a succombé dans la nuit du vendredi au samedi, c'est-à-dire le 12 au matin, à la pneumonie grave dont il était affecté, et qui s'est accompagnée d'accidents ataxiques.

Ses obsèques ont eu lieu aujourd'hui à onze heures avec la plus grande solennité.

Le cortége, composé d'un nombre immense de médecins, de personnages célèbres à divers titres, parmi lesquels nous avons remarqué plusieurs anciens ministres, et d'élèves en médecine, a accompagné le char mortuaire d'abord de la demeure, rue Saint-André-des-Arts à l'église St-Sulpice, et de là au cimetière Mont-Parnasse.

Les cordons du poële étaient tenus par MM. Paul Dubois, doyen de la Faculté, Bérard, inspecteur général de l'Université, Dubois (d'Amiens), secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine, et Bussy, directeur de l'Ecole de pharmacie.

A la suite du char, escorté par un détachement de garde nationale, venaient MM. les professeurs et agrégés de la Faculté de médecine en costume et les membres de l'Académie de médecine.

Le service funèbre a été célébré avec une grande pompe, et des discours ont été prononcés sur la tombe de l'illustre défunt par MM. Bérard, au nom de la Faculté de médecine; Dubois (d'Amiens), au nom de l'Académie de médecine; Perdrix, au nom de l'Association des médecins; Bussy, au nom de l'Ecole de pharmacie; Barth, au nom des médecins des hôpitaux.

Un élève en médecine, que l'on nous a dit se nommer M. Fulgence Rouet, a adressé au nom des élèves quelques paroles chaleureuses à la mémoire de M. Orfila.

Nous reviendrons dans notre prochain numéro, sur cette triste cérémonie.

L'Ecole a été fermée samedi 12 et aujourd'hui 14 mars.

ORFILA.

C'est sous l'impression d'une douleur profonde, d'une douleur qui sera ressentie par le corps médical tout entier, que nous prenons aujourd'hui la plume. En M. Orfila les médecins perdent un des représentants les plus fermes de la dignité professionnelle, un des défenseurs les plus résolus de leurs droits, un des appuis les plus bienveillants dans les circonstances ardues et difficiles qui se rencontrent si souvent dans leur pénible carrière; la science perd un de ses ministres les plus zélés et les plus infatigables; la Faculté de Paris une de ses gloires; la jeunesse son professeur le plus ardent, son maître le plus dévoué, et, nous ne craignons pas de le dire, le plus justement aimé et respecté. Qu'il nous soit permis, à nous, l'un de ses anciens et de ses plus humbles élèves, d'apporter aussi un dernier hommage, faible tribut de notre reconnaissance, sur cette tombe encore ouverte, et de retracer en quelques lignes cette vie si pure, si digne et si noblement remplie.

Mathieu-Joseph-Bonaventure ORFILA est né le 24 avril 1787, à Mahon (île de Minorque). Son père, négociant peu fortuné, le destina d'abord à la marine, et en 1801, à l'âge de quinze ans, le jeune Orfila, sachant déjà plusieurs langues, s'embarquait à bord d'un navire marchand qui faisait voile pour l'Egypte. Pendant ce voyage, il visite successivement une grande partie des côtes septentrionales de l'Afrique, la Sicile et la Sardaigne; mais, de retour à Mahon, il abandonne la carrière maritime, pour laquelle il ne se sent aucun goût, se décide pour la médecine, et se livre avec ardeur à l'étude des mathématiques et des sciences physiques. En 1804, son père l'envoie à l'Université de Valence, où il remporte l'année suivante le premier prix de chimie et de physique.

En 1806, il passe de Valence à Barcelone, où les études sont plus fortes, s'y fait remarquer par son intelligence et par ses progrès en histoire naturelle et en chimie, et en 1807 la junte de Barcelone décide qu'il sera envoyé à Madrid, puis à Paris, avec une pension de 6,000 réaux (1,500 fr.), qu'il restera deux ans dans chacune de ces deux capitales, à la condition de revenir à Barcelone professer la chimie dans cette ville.

Proust ayant quitté Madrid à cette époque, Orfila ne s'y arrêta que deux mois, et le 9 juillet 1807 il arrivait, obscur étudiant, dans ce Paris qu'il devait remplir de son nom. A peine y était-il depuis quelques mois que la guerre éclate entre la France et l'Espagne (1er mai 1808), et Orfila cesse de recevoir sa pension. Heureusement un de ses oncles, commerçant établi à Marseille depuis de longues années, apprend sa position précaire, et vient au secours de son neveu, qui continue brillamment ses études, et passe enfin, le 27 octobre 1811, une thèse remarquable, et remarquée dès lors, sur « la présence de la *bile* dans l'urine des *ictériques*. »

Ce n'était pas tout que d'être reçu docteur. Il fallait vivre; la pension cessait du jour de la réception, et Orfila possédait encore *six francs!* Mais il était doué d'une incroyable énergie, d'une confiance en ses forces qui ne s'est jamais démentie, d'un savoir étendu et d'une habileté rare pour le faire apprécier. Il ouvre hardiment en 1812 un cours de chimie, dont ses camarades d'études sont d'abord les premiers auditeurs, et auxquels la foule se presse bientôt. De ce moment, la vie devient plus facile et plus heureuse au jeune homme; de ce moment aussi date la réputation, qui ne fera plus que grandir, d'Orfila comme professeur.

En 1814, la guerre ayant cessé, Orfila n'oublia point les engagements qu'il avait contractés envers la junte de Barcelone, et bien que les circonstances politiques eussent empêché la ville de lui continuer la pension qu'elle lui avait votée, il écrivit à Barcelone qu'il se mettait à sa disposition. Heureusement encore, la guerre avait ruiné le pays. On répondit à Orfila que les ressources de la ville ne permettaient plus de créer la chaire qu'on lui avait fait promettre de venir occuper; on lui rendit sa parole et on lui vota des remercîments. Quelques mois après, le roi d'Espagne lui fit offrir la place que Proust avait occupée à Madrid. Orfila mit une condition à son acceptation; il proposa au roi Ferdinand un programme d'études dont l'adoption devait, en moins de dix ans, procurer à l'Espagne tous les professeurs de chimie dont elle aurait besoin. Ce plan parut trop grandiose et trop coûteux, et ne fut point accepté. Orfila restait donc entièrement libre: il appartenait désormais à la France. En 1818, il obtint des lettres de naturalisation. Déjà depuis plusieurs années il était Français de cœur, et l'alliance qu'il avait contractée avec la fille du célèbre statuaire Lesueur n'avait pas peu contribué à resserrer encore plus ses liens avec sa nouvelle patrie.

En 1816, il fut nommé médecin par quartier de Louis XVIII, place presque honorifique, à laquelle n'étaient attachés que de faibles émoluments. L'année précédente, au moment où l'Espagne le réclamait, l'Institut lui avait décerné le titre de membre correspondant. L'Académie des sciences regrettera plus d'une fois de ne pas s'être attaché d'une manière plus directe et plus étroite un homme dont le nom manque à son illustration. Le 1er mars 1819, l'influence de Dubois et la réputation qu'il s'était déjà faite dans le monde scientifique le firent nommer professeur de médecine légale à la Faculté. C'est en 1812 qu'il avait publié son *Traité de toxicologie générale*, ouvrage qui avait ouvert un horizon tout nouveau, et qui n'était que le prélude des immenses progrès que devait faire sous cette habile et vigoureuse impulsion la médecine légale, devenue désormais une science positive. Lorsqu'en 1823 l'école de médecine, licenciée par le ministère Corbière, fut réorganisée, Orfila, sans abandonner l'étude de la médecine légale, préféra la chaire de chimie devenue vacante, chaire qui répondait mieux à ses goûts, et où il trouvait plus de facilité pour poursuivre ses recherches toxicologiques.

N'oublions pas de dire qu'en 1820, lors de la fondation de l'Académie de médecine, Orfila fut un des premiers compris dans les listes de nomination de la savante Compagnie, à la tribune de laquelle, il n'y a pas quinze jours encore, il remportait un de ces triomphes qui lui étaient devenus familiers toutes les fois qu'une discussion quelque peu sérieuse y surgissait.

De 1823 à 1830, Orfila poursuit sa vie de labeur et d'études; il publie successivement plusieurs éditions de sa *Chimie médicale*, de sa *Médecine légale*, le *Traité des exhumations juridiques*, et de nombreux mémoires sur divers points de ces sciences.

En 1830 une ère nouvelle s'ouvre pour lui.

Après Antoine Dubois, promu au décanat à la révolution de juillet et qui ne voulut pas conserver longtemps cette charge devenue trop lourde pour son âge, Orfila fut nommé doyen de la Faculté de médecine de Paris. Il occupa cette place pendant dix-sept ans avec autant de bonheur pour l'Ecole que pour le corps médical entier, et il ne fallut rien moins pour la lui enlever que les iniques vengeances de quelques hommes portés au pouvoir par les hasards d'une révolution. En 1832, il était nommé membre du conseil général des hôpitaux; en 1834, il obtenait des lettres de grande naturalisation, était nommé membre du conseil royal de l'instruction publique, élu membre du conseil général du département de la Seine, et recevait la croix d'officier de la Légion-d'Honneur, qui fut remplacée en 1838 par celle de commandeur.

Dire tous les services que pendant ces dix-sept années Orfila rendit à l'enseignement, à la Faculté, aux élèves, aux médecins, dont il relevait la position en exigeant de plus nombreuses garanties de savoir, serait impossible en un si court article.

Rappelons en deux mots les principales dispositions par lesquelles il a signalé son passage à la Faculté.

C'est lui qui a eu la pensée de fonder pour les élèves une clinique d'accouchements, et qui a remplacé par un magnifique jardin botanique établi dans la Pépinière du Luxembourg le triste et petit enclos sur lequel est aujourd'hui construite la rue Racine. C'est à lui que l'on doit les pavillons de dissection de l'Ecole pratique, où des centaines d'élèves se livrent aux études anatomiques à la porte même de la Faculté et sans perdre un temps précieux en courses inutiles et fatigantes; c'est lui qui créa les exercices de chimie pratique qui se font en été dans ces mêmes pavillons, qui fit rendre l'ordonnance du 9 août 1836, par laquelle nul n'était admis à prendre d'inscription sans être *bachelier ès lettres* et à passer un examen sans être *bachelier ès sciences*. Doué d'un esprit éminemment pratique, Orfila avait compris qu'à une époque où toutes les carrières sont encombrées, le seul moyen de rehausser la profession médicale, c'était de diminuer le nombre des médecins en diminuant le nombre des élèves, et cela en doublant la difficulté et le nombre des épreuves à subir. Pourquoi faut-il que d'autres hommes aient depuis méconnu la sagesse de ces dispositions, et que l'on n'exige plus de celui qui se destine à la médecine, cette science de l'humanité, d'autres connaissances que celles que l'on demande au moins lettré des industriels?

C'est Orfila qui, en 1836, institua le cinquième examen pratique tel qu'il est aujourd'hui, qui voulut, en 1840, que tout élève en médecine fût forcé de suivre pendant un an au moins un service d'hôpital, où il fût tenu de pratiquer les pansements, de s'exercer aux petites opérations de la chirurgie; qu'il eût à subir au troisième examen une épreuve de médecine opératoire, etc.

En 1835, Dupuytren léguait à l'Ecole de médecine une somme de deux cent mille francs pour fonder une chaire d'anatomie pathologique. Orfila, qui jouissait alors d'un crédit immense, qu'il faisait toujours tourner au profit de l'Ecole qu'il dirigeait, sut obtenir du gouvernement les fonds nécessaires à l'établissement de cette chaire, et la somme généreusement léguée par Dupuytren fut employée à fonder le Musée d'anatomie pathologique qui porte le nom du grand chirurgien.

Enfin, en 1847, Orfila entreprit la réalisation d'une idée qu'il avait conçue depuis plusieurs années. Le Musée d'anatomie de l'Ecole ne répondait ni aux besoins de l'enseignement, ni à la grandeur de la Faculté, devenue, de l'aveu de tous, la première Faculté de médecine du monde. Grâce à sa prodigieuse activité, au secours que lui prêta généreusement le gouvernement, à l'aide intelligente de tous les hommes de savoir auxquels il fit appel, le Musée d'anatomie humaine et comparée, le MUSÉE ORFILA, qui portera aux générations futures le nom de son fondateur, s'éleva en quelques mois comme par enchantement. On se rappelle la stupéfaction avec laquelle, lors de la rentrée de 1847, les élèves admirèrent la magique transformation opérée pendant les vacances dans cette sombre galerie devenue tout d'un coup le plus splendide et le plus riche des monuments élevés à la science anatomique.

Hélas! ce fut là une des dernières joies du doyen. Le 24 février 1848 la royauté s'écroulait. Deux jours après, une brutale destitution, œuvre des rancunes politiques, enlevait Orfila à l'amour des élèves. Je dis à *l'amour des élèves*, car le lendemain de cette destitution, une protestation, témoignage des regrets de tous, se couvrait de signatures; une députation de quinze cents étudiants se rendait à l'hôtel de ville pour énumérer au gouvernement provisoire les titres qu'avait acquis Orfila à leur reconnaissance, et demander pour les élèves le droit de nommer eux-mêmes leur doyen. Si cette requête eût été admise, Orfila reprenait sa place, porté au décanat par l'unanimité des suffrages, et achevait en peu d'années les améliorations, les embellissements qu'il avait si heureusement commencés. La demande de ces généreux jeunes gens fut accueillie par une fin de non recevoir; mais la revanche ne se fit pas attendre.

Le 1er mars, au moment où Orfila parut dans l'amphithéâtre pour faire, comme à l'ordinaire, sa leçon de chimie, un auditoire immense, composé de l'Ecole entière, l'accueillit par un tonnerre d'applaudissements, et le professeur, justement ému de cette éclatante ovation, dut renoncer à faire une leçon devenue ce jour-là impossible.

On sait, nous ne les rappellerons pas, les tracasseries sans nombre suscitées à l'ancien doyen par des esprits envieux et jaloux, qui cherchèrent à l'abreuver d'humiliations pendant le cours de cette année 1848, et les attaques calomnieuses dont il fut assailli à l'occasion des actes de son administration passée. Il en sortit victorieux, noblement vengé par un homme qui a laissé les plus honorables souvenirs de son passage au ministère de l'instruction publique, M. Freslon, qui, du haut de la tribune nationale, leur imposa silence, après avoir, sur la demande de la Faculté tout entière, infligé un juste châtiment à leurs auteurs.

En 1851, à la suite de la nouvelle organisation du conseil supérieur de l'instruction publique, Orfila perdit encore la position qu'il y occupait; il redevint simple professeur à la Faculté, et continua avec la même ardeur, avec le même dévouement, ce cours que pas un seul jour, au milieu de sa plus grande prospérité comme dans les plus mauvais jours de la fortune contraire, il n'avait abandonné. Le 4 mars il professait encore devant un amphithéâtre rempli comme à ses premières années, et le 12 il s'éteignait entre les bras des siens et de quelques amis, enlevé fatalement par une courte maladie, à un âge où il pouvait encore espérer de longs jours.

Nous n'avons pas parlé d'une des plus admirables œuvres d'Orfila. En 1833, frappé des malheurs qui assiégent souvent dans ses vieux jours, ou après de cruels accidents, le médecin privé de fortune, ou sa famille après la mort inopinée de son chef, il fonda l'*association de prévoyance des médecins de Paris*, association qui s'étendit bientôt à tout le département de la Seine, et qui a pour but de venir en aide à ces infortunes, les plus grandes de toutes. Pas n'est besoin de dire, tous le savent, quel a été le succès de cette institution, imitée déjà dans plusieurs grandes villes de France, et qui a reçu l'approbation de tous les gouvernements qui se sont succédé jusqu'ici. Il y a trois mois à peine, Orfila se dépouillait de son vivant d'une grande partie de sa fortune, et dans cette somme de 120,000 fr. qu'il en détachait si généreusement, l'association de prévoyance figure pour une rente perpétuelle de 400 fr. Le monde médical conservera éternellement le souvenir de cet acte de haute munificence.

Avant de terminer cette courte et incomplète esquisse, qu'il nous soit permis de dire quelques mots de l'homme dont nous avons retracé la vie si pleine et si honorable.

A nous tous, à tous les médecins exerçant en France depuis quarante ans, le professeur est trop connu pour qu'il soit besoin de rap-

peler ses qualités. Qui de nous ne le voit encore, debout devant la table chargée d'appareils de chimie et de réactifs, expliquer de la manière la plus lucide, avec une verve toujours jeune, d'une voix mélodieuse et accentuée, les questions les plus simples comme les problèmes les plus ardus de la chimie et de la toxicologie, étayant toujours ses assertions d'expériences, voulant convaincre ses auditeurs *de visu*, et rapportant les faits de sa vaste expérience comme preuve pratique des services rendus à la société par la science qu'il cultivait avec amour?

Comme administrateur, les faits nous restent, monuments d'une des plus belles intelligences, d'une des plus hautes capacités. Toujours au courant des besoins de l'établissement qu'il dirigeait, exemple d'une intégrité rare et qui n'a jamais pu même être un instant soupçonnée par les hommes honnêtes, sa justice bien connue lui avait acquis sur les élèves un ascendant précieux. Que de fois on l'a vu, opposant un visage calme aux turbulents écarts d'une jeunesse un peu effervescente, ramener sans rigueurs des esprits exaltés par la violence des passions politiques, et leur faire comprendre que ces passions n'avaient et ne pouvaient avoir rien de commun avec ce qui se passait dans le sanctuaire de la science!

En 1851, et comme pour proclamer à la face de tous, si quelqu'un en avait pu douter, qu'Orfila n'avait jamais démérité, l'Académie de médecine l'avait élu président. C'est qu'aussi, depuis sa fondation, elle avait appris à le connaître, l'appréciait à sa valeur, et le tenait en bien haute estime. Orfila prenait souvent la parole dans les discussions qui s'y élevaient. Lorsqu'un débat semblait entraîner les orateurs loin du but, il lui arrivait fréquemment, en deux ou trois phrases concises, de ramener la question sur son véritable terrain. Sa méthode, son esprit de logique, sa facilité d'exposition le servaient alors merveilleusement. Impartial autant qu'instruit, il mit souvent son influence au service d'une cause juste, mais mal présentée, et qui n'eût pas triomphé sans son appui.

Cette autorité, sa parole la portait partout; au sein du conseil supérieur de l'Université, on l'écoutait avec une faveur marquée, et cette réunion d'intelligences d'élite, pleine de confiance dans son jugement, approuvait presque toujours sans discussion les solutions pratiques qu'il proposait, surtout lorsqu'il s'agissait de questions relatives à l'enseignement de la médecine et de la pharmacie. Mais là encore il ne trouva dans les dernières années de sa vie qu'oubli, qu'ingratitude de la part de ceux qu'il avait élevés.

C'est surtout comme médecin légiste que sa gloire brille du plus vif éclat. C'est de son enseignement en 1818 que date, à proprement parler, la médecine légale en France. La toxicologie n'existait pas, il la créa tout entière, et de toutes pièces. Il apprit le premier que les poisons sont pour la plupart absorbés et déposés dans les tissus organiques où, pendant un temps variable, ils séjournent et peuvent être découverts; il posa les lois de leur élimination, et indiqua les procédés à l'aide desquels on peut arriver à constater leur présence. Il savait, descendant des hauteurs de la science, faire comprendre ses déductions aux juges les plus incompétents, leur faire toucher du doigt la vérité et ne laisser aucun doute dans les esprits même les plus prévenus. Aussi se rappelle-t-on avec quel respect les magistrats l'écoutaient, et combien de fois les juges embarrassés l'appelaient à leur aide, n'osant en quelque sorte, sans son avis, condamner ou absoudre.

Peu d'hommes ont eu une carrière aussi laborieuse, une réputation aussi justement acquise; peu d'hommes se sont servis avec autant de droiture d'une influence aussi grande, aussi méritée. Aujourd'hui qu'il n'est plus, on peut le dire, Orfila laissera de longs souvenirs, et d'ici à bien du temps peut-être il ne sera remplacé dans aucune des hautes positions qu'il a occupées.

Que ne nous est-il permis de pénétrer ici dans son intérieur, de faire connaître ce salon hospitalier où se pressaient toutes les notabilités scientifiques du monde entier, où toutes les illustrations artistiques et littéraires briguaient l'honneur d'être admises, où les jeunes médecins, comme l'élite de la société, étaient reçus avec empressement et bienveillance, et par M. Orfila et par l'aimable et toujours gracieuse compagne qu'il s'était choisie? Mais nous n'avions à parler que du savant, de l'homme public. Notre tâche est terminée. Contentons-nous de dire qu'avec lui son nom ne s'éteint pas. Avant qu'il soit longtemps, nous l'espérons, la Faculté s'adjoindra une jeune et vive intelligence, élevée sous les yeux d'un oncle chéri, et qui fera revivre pour nos enfants le nom désormais impérissable d'Orfila.

Dr A. FOUCART.

HOPITAL DE LOURCINE. — M. CULLERIER.

Contracture des muscles de la face. — Trismus. — Emploi du chloroforme et de la belladone.

Le 28 janvier 1853 est entrée à Lourcine, salle Sainte-Marie, n° 18, une malade nommée Dardelle, âgée de vingt-huit ans, jardinière.

Réglée dès l'âge de dix-sept ans, cette malade a eu trois grossesses de vingt-deux à vingt-huit ans. Le premier de ses enfants est né mort à sept mois de vie intra-utérine; le deuxième n'a vécu que six mois; le dernier vit encore, est actuellement âgé de huit mois et paraît assez bien portant. La cause de la mort des deux premiers est restée inconnue.

A son entrée cette malade présente une contracture des muscles animés par le nerf facial droit. Le sourcil droit est froncé, les rides du front sont très prononcées de ce côté seulement, l'œil droit est presque fermé; néanmoins les muscles moteurs du globe oculaire restent soumis à l'influence de la volonté; le bout du nez est dévié à droite; la commissure des lèvres tirée dans le même sens; enfin, le peaucier droit forme sous la peau une série de petites cordes qui la soulèvent.

Au premier aspect, on croirait qu'il s'agit d'une paralysie du nerf facial gauche; mais, quand la malade contracte les muscles faciaux de ce côté, le nez reprend sa direction normale, la commissure gauche se place dans une position symétrique ou à peu près à celle du côté opposé; l'œil gauche s'ouvre et se ferme à volonté. Mais après cet effort tout rentre dans la même position anormale.

Il pouvait être curieux de savoir si la luette participait à la déviation; mais la malade ne peut ouvrir la bouche, et les dents sont serrées si fortement qu'il est impossible d'introduire le doigt ou la spatule pour examiner la gorge. Le masséter est contracté du côté droit seulement, et la dureté du temporal, comparée à celle de l'autre côté, porte à croire qu'il l'est aussi. La langue ne peut s'insinuer entre les arcades dentaires, et c'est à peine si l'on peut en voir un peu la pointe.

Il est impossible à la malade de prendre autre chose que des aliments très liquides, bouillons, laitages, potages à la semoule seulement; elle accuse, en outre, une difficulté de déglutition.

La sensibilité est également conservée à droite et à gauche.

Quelques douleurs se font ressentir sur les gencives supérieures droites; mais elles paraissent dues à des aphthes, dont on aperçoit quelques plaques sur la pointe de la langue et à la face interne des lèvres.

Quand la malade parle, elle n'est pas bien maîtresse du maniement de ses lèvres, et sa voix a quelque chose de sifflant et de saccadé; la respiration n'est nullement gênée.

Sous l'influence d'une émotion morale un peu vive, comme, par exemple, la présence de MM. Gosselin et Legendre qui l'ont vue, la contracture du côté droit augmente et tous ses symptômes s'exagèrent; les bras et les jambes n'offrent aucun symptôme de contracture ni de paralysie; seulement il existe une grande faiblesse, qu'il est facile de s'expliquer par une diète forcée datant déjà de huit jours avant l'entrée à Lourcine, époque de l'invasion de la maladie.

Cette femme travaille dans une fabrique de bougies; elle est *stéarinière*; il fait assez chaud dans son atelier, et on n'y est pas exposé aux courants d'air; c'est à peine si elle a eu quelques pesanteurs de tête avec tendance au sommeil. Jamais elle n'a eu d'accidents nerveux.

Il y a trois semaines, est survenue une éruption encore existante sur les avant-bras et sur le ventre, éruption formée par des papules légèrement squameuses, tantôt isolées, tantôt confluentes. Bien qu'aucun antécédent syphilitique ne soit avoué, et que la vulve, le vagin, les aines et les autres régions occupées par des ganglions lymphatiques ne présentent aucun engorgement ni aucune trace de syphilis, la liqueur de Van-Swieten est administrée; mais comme elle exaspère les douleurs occasionnées par les aphthes, son usage est suspendu huit jours après. Les syphilides s'effacent déjà.

Le 22 janvier, les menstrues apparaissent sans aucun changement en bien ni en mal.

Depuis cette époque jusqu'au 9 février, deux vésicatoires sont appliqués successivement au point d'émergence du nerf facial, hors de la parotide, et saupoudrés de chlorhydrate de morphine; deux autres à la nuque. 10 sangsues sont appliquées à la région parotidienne; 4 grammes de chloroforme administrés en potion; le tout concurremment avec des bains de vapeur, sans résultat notable.

Le 9 février, le côté gauche commence à son tour à se contracter; 10 centigrammes d'extrait de belladone renouvelés le 10 ne produisent pas d'effet.

Le 11, la malade est soumise aux inhalations de chloroforme jusqu'à résolution complète. Il arrive un moment où tous les muscles de la face sont dans un relâchement absolu, ainsi que les élévateurs de la mâchoire. Le doigt est introduit facilement entre les arcades dentaires, le maxillaire inférieur s'abaisse sans difficulté; mais à mesure que les effets du chloroforme se dissipent, la bouche se referme, la face se contracte de nouveau, l'œil droit reste moins ouvert que le gauche; le nez revient bien à la ligne médiane, mais la peau qui le recouvre reste ridée des deux côtés par les muscles sous-jacents. Néanmoins la roideur de la mâchoire étant moindre qu'auparavant, la malade en profite pour manger un potage et une purée de pommes de terre.

Le 12, la malade est soumise au traitement par la teinture de belladone, administrée jusqu'à ce qu'apparaisse la dilatation des pupilles et que la vue se trouble.

Ce médicament est pris jusqu'au 5 mars, et toujours avec les mêmes précautions, jusqu'à production des premiers phénomènes d'intoxication, et aujourd'hui la malade mange des aliments un peu consistants, peut ouvrir la bouche avec assez de facilité; l'œil droit s'ouvre presque autant que le gauche; mais la face reste toujours un peu déviée à droite; tout fait néanmoins espérer une prochaine guérison.

L'éruption n'a pas reparu.

CAS HEUREUX DE TRANSFUSION DU SANG.

Le docteur Soden, chirurgien de l'hôpital général de Helberg, fut mandé pour assister une dame qui était dans le travail de l'enfantement et à laquelle était survenue une terrible hémorrhagie. Il put parvenir à l'arrêter pendant un peu de temps; mais au bout d'une heure l'hémorrhagie se répéta trois fois; la malade tomba dans une prostration si profonde qu'elle ne donnait plus aucun signe ni aucune espérance de vie; elle avait déjà le râle de la mort. Le médecin, après avoir employé sans succès tous les moyens thérapeutiques que l'art peut conseiller dans ces circonstances, proposa au mari de la malheureuse femme la transfusion, et celui-ci non-seulement l'accepta, mais il offrit son sang même. Le docteur Soden tira de la veine du généreux mari six onces de sang environ, et à l'aide d'une seringue ordinaire l'injecta dans les veines de la mourante. Elle fut prise à l'instant de mouvements convulsifs, ouvrit les yeux, fit des efforts pour soulever sa tête; le râle disparut; le pouls, d'insensible qu'il était, acquit de la force et de la fréquence, et peu à peu elle recouvra ses forces de manière à pouvoir expulser le placenta. La malade passa heureusement les suites de couches et se rétablit parfaitement.

DE L'IODURE DE FER.

De son meilleur mode d'administration.

L'iodure de fer est universellement reconnu comme un excellent médicament, qui participe des propriétés de l'iode et du fer. En France, il a été préconisé par MM. Magendie, Piaquin, Piedagnel, Ricord, contre la chlorose, surtout celle qui est déterminée par la cachexie scrofuleuse, la leucorrhée, l'aménorrhée, les affections scrofuleuses et différents accidents de la syphilis constitutionnelle rebelles aux mercuriaux.

Suivant M. Dupasquier, l'iodure de fer exerce aussi une action puissante sur l'organe pulmonaire. Il produit le plus souvent une amélioration prompte et notable des symptômes de la phthisie, amélioration qu'on ne pourrait attendre d'aucun des remèdes employés ordinairement contre cette maladie. Nous devons ajouter que les faits nouveaux observés par MM. Bricheteau (1), Buttura et quelques autres médecins, semblent confirmer les assertions de M. Dupasquier.

En Angleterre, l'emploi thérapeutique de l'iodure de fer a été aussi l'objet d'un grand nombre d'observations. Suivant Thompson, le fer, en se combinant avec l'iode, diminue l'action irritante de ce dernier corps, et contribue par sa présence à donner du ton et de l'énergie à l'économie. On s'aperçoit bientôt de son heureuse influence par le prompt changement de la couleur de la peau, l'augmentation de l'appétit, le retour des forces et de la gaieté. Thompson cite environ 30 cas de guérisons obtenues par l'iodure de fer dans les affections chlorotiques, scrofuleuses, cancéreuses et syphilitiques.

D'après l'esquisse qui précède, il est hors de doute que l'iodure de fer ne soit un des agents thérapeutiques les plus précieux que possède l'art de guérir. Malheureusement la difficulté qu'on éprouve à l'obtenir à l'état de pureté, la rapidité avec laquelle il se décompose sous l'influence des agents extérieurs, sa saveur styptique, désagréable, ont été jusqu'ici autant d'obstacles à son emploi plus fréquent en médecine. Frappé de ces inconvénients, M. Dupasquier a bien fait tous ses efforts pour les faire disparaître; mais les nouvelles formules qu'il a fait connaître, quoique supérieures aux anciennes, ont encore le grave défaut de donner naissance à des produits qui ne sont pas susceptibles d'une longue conservation.

C'est cette dernière partie de la question que M. Blancard a complétement résolue, ainsi que l'attestent et le rapport de l'Académie de médecine de Paris, en date du 13 août 1850, et les nombreux documents publiés dans les meilleurs ouvrages de médecine (1). Nous pensons aussi que les pilules d'iodure de fer préparées selon la formule de M. Blancard sont réellement dignes de la préférence que le corps médical semble leur accorder, et nous basons notre opinion sur ce que ces pilules, étant préservées de toute altération par la couche balsamique qui les recouvre, sont toujours constantes dans leur composition; sur ce qu'étant sans saveur et d'un faible volume, elles sont d'une administration facile; sur ce qu'enfin elles ont la propriété de se dissoudre peu à peu dans toute l'étendue des voies digestives; ce qui permet à l'iodure de fer d'y être absorbé pour ainsi dire molécule à molécule, sans fatigue pour les organes. Dans un article prochain nous en publierons la formule.

Des institutions consacrées à la bienfaisance publique. (2)

HÔPITAUX SPÉCIAUX. — *Saint-Louis.* — *Midi.* — *Lourcine.* — *Enfants Malades.* — *Accouchements.* — *Maison impériale de santé.* — *Clinique.*

Hôpital Saint-Louis. — Lors d'une maladie contagieuse qui s'était déclarée à Paris au commencement de 1607, et qui faisait des ravages affreux dans la capitale, l'Hôtel-Dieu ne pouvant recevoir tous ceux qui étaient atteints par cette sorte de peste, Henri IV ordonna, par un édit du mois de mai, que l'administration de l'Hôtel-Dieu ferait construire un hôpital spécialement destiné aux pestiférés, moyennant une attribution de 10 sols à prendre sur chaque minot de sel qui se vendrait dans tous les greniers à sel de la généralité de Paris pendant quinze ans, et de 5 sols à perpétuité après l'expiration de ce délai. Cet hôpital, dont la première pierre fut posée le 13 juillet 1607, fut achevé en 1611, mais ne fut complètement occupé qu'en 1619. Son nom lui fut donné en l'honneur de saint Louis, mort de la peste à Tunis.

Cet établissement, qui est devenu l'un des plus importants de ce genre dans Paris, admet les indigents atteints de maladies chroniques, soit contagieuses, soit rebelles ou rachitiques.

En 1842, il contenait 800 lits; il y en a aujourd'hui 853, qui ont reçu la destination suivante: 110 pour les scrofuleux, 560 pour les dartreux (et ce nombre est insuffisant), 23 pour les femmes en couches, et 160 pour la chirurgie des deux sexes. Il y a en outre 25 lits pour les malades payants, à raison de 2 fr. par jour, et qui occupent chacun une chambre séparée. On ne reçoit aucun galeux à Saint-Louis depuis la découverte d'un moyen curatif qui guérit cette affection en deux heures de temps. Une prime de 3 fr. est allouée par individu à l'auteur de cette découverte, M. Mahon. Ce traitement externe est également pratiqué au Bureau central, à l'hôpital Saint-Antoine et aux Enfants Malades.

Au 1er janvier 1851, il y avait 659 malades à Saint-Louis; 8,059 sont entrés dans l'année, 7,614 sont sortis, 327 sont morts; au 31 décembre, il en restait 777. En moyenne, la mortalité a été de 1 sur 24,28; de 1835 à 1844, elle avait été de 1 sur 20,26; la durée du séjour a été de 35 jours 13. La dépense s'était élevée à 553,531 fr. en totalité; c'est 1 fr. 99 c. 41 par journée de malade.

Le service médical se compose de MM. Gibert, Devergie, Cazenave, Bazin et Hardy, médecins; Malgaigne, Denonvilliers, chirurgiens, assistés de 10 internes, 23 sœurs augustines, 100 servants des deux sexes.

Autant que possible, les malades prennent leurs repas en commun.

Deux salles contenant chacune 56 baignoires en bois, placées sur deux rangs, sont destinées, l'une aux malades de l'intérieur, l'autre aux malades de l'extérieur; dans chaque salle, on donne environ cent mille bains par année. La célébrité dont les traitements spéciaux jouissent à Saint-Louis est européenne, et attire des malades de toutes les parties de la France et de l'étranger, voire même des colonies.

L'hôpital Saint-Louis est le plus vaste des établissements de ce genre à Paris; il a une contenance totale de 33 arpents. Les malades occupent un corps principal et quatre pavillons, tous composés d'un rez-de-chaussée et d'un premier étage seulement.

La maison est entièrement éclairée au gaz, que l'on fabrique sur les lieux mêmes. On se rappelle que c'est à Saint-Louis que le premier appareil à gaz a été établi à Paris, en 1816.

Dans une cour se trouve la statue en plâtre de saint Louis, par Dantan. Sur un mur, vis-à-vis le corps principal, on a sculpté une ordonnance de Louis XIV sur cette maison.

(1) TRAITÉ SUR LES MALADIES CHRONIQUES QUI ONT LEUR SIÉGE DANS LES ORGANES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE, par M. Bricheteau.

(1) ANNUAIRE DE THÉRAPEUTIQUE pour 1851, p. 199. — FORMULAIRE BOUCHARDAT, année 1853, p. 374. — GAZETTE MÉDICALE, 17 mars 1850. — Orfila, ÉLÉM. DE CHIMIE, édit. 1851, page 488.

(2) Suite. — Voir le numéro précédent.

Hôpital du Midi. — Ancien couvent des Capucins, approprié au traitement des maladies syphilitiques en 1784. Depuis 1836 on n'y reçoit plus que des hommes.

Sous Louis XIV, les individus atteints de cette maladie étaient envoyés à Bicêtre, où ils couchaient jusqu'à huit dans le même lit; c'est-à-dire les uns restaient étendus par terre depuis huit heures du soir jusqu'à une heure du matin, et faisaient alors lever ceux qui occupaient le lit, pour les remplacer. C'est ainsi que 20 ou 25 lits servaient à 200 individus, dont, à la vérité, les deux tiers mouraient. M. Cullerier cite une délibération de 1700, qui ordonnait de fustiger ces malades avant et après leur traitement. Plus tard, ces malades furent traités à l'Hôtel-Dieu et à la Salpêtrière, jusqu'à l'époque où ils furent établis dans le local actuel.

Le service médical y est fait par M. Puche, médecin; MM. Ricord et Vidal, chirurgiens, et trois internes. Comme on le comprend, aucune sœur n'est chargée du soin de ces malades d'une catégorie exceptionnelle. 20 infirmiers font le service des salles. Les malades mangent tous à table dans leurs dortoirs, et, par mesure d'ordre, les lits sont sans rideaux. Les malades sont classés dans trois divisions, ayant chacune un promenoir particulier.

En 1842, l'hôpital du Midi contenait 300 lits; il y en a aujourd'hui 330 gratuits et 21 payants.

La dépense, par journée de malade, a été, en 1851, de 1 fr. 66 c. 86; la durée moyenne du traitement est de 33 jours 47. Au 1er janvier, il existait 203 malades; admis dans l'année 3,019, sortis 2,949, morts 10; il en restait, au 31 décembre, 263.

Hôpital de Lourcine. — Lors de la séparation des sexes à l'hôpital du Midi, en 1836, la maison des femmes fut établie rue de Lourcine.

Le service médical de l'hôpital de Lourcine est fait par MM. Cullerier et Legendre, médecins; M. Gosselin, chirurgien, 3 internes et 13 sœurs de l'ordre hospitalier de la Compassion de la Sainte-Vierge.

Les huit salles contiennent 250 lits d'adultes et 50 d'enfants. Le nombre des malades, enfants compris, était de 230 à la fin de novembre 1852.

Dans une salle spéciale sont placées les femmes accouchées et leurs nouveau-nés; elle contient 40 lits pour les mères et 20 berceaux pour les enfants.

Hôpital des Enfants Malades. — Fondé en 1735 par Marie Leczinska et Laurent de Gergy, curé de Saint-Sulpice, dans l'ancienne maison des filles de l'Enfant-Jésus, il a été spécialement réservé aux enfants par un arrêté du 8 mai 1802. Les enfants des deux sexes âgés de deux à quinze ans y sont seuls admis, quelle que soit leur maladie. En 1842, le nombre des lits était de 500; il y en a maintenant 600.

Tous les enfants couchent dans des lits en fer; il y a un promenoir par service, puis un jardin superbe en commun. On fait apprendre à lire et à écrire aux enfants qui peuvent déjà recevoir ces premiers éléments de l'instruction; on les exerce à la gymnastique, et, pour varier leur distraction, on les mène cent à la fois dans d'immenses voitures à Meudon ou au bois de Boulogne, deux fois par semaine.

Le service de santé se compose de MM. Bouneau, Blache, Bouvier et Gillette, médecins; de M. Guersant, chirurgien; de sept internes, de quatorze sœurs de Saint-Thomas-de-Villeneuve et de soixante infirmières.

Maison d'accouchements. — Vers l'année 1626, et sur le terrain des clos Mureaux, faubourg Saint-Jacques, il existait un hôtel connu sous le nom de Clagny, dont l'entrée principale paraît avoir été rue de la Bourbe. Lorsque l'abbaye de Port-Royal-des-Champs fut transférée à Paris, Mme Arnault, aïeule d'Angélique Arnault, abbesse et réformatrice de Port-Royal, étant devenue veuve, acheta de ses propres deniers l'hôtel de Clagny pour y établir un hospice, ou plutôt une infirmerie dans laquelle seraient reçues les religieuses malades; mais le monastère de Port-Royal devenant de plus en plus malsain, il vint s'établir dans la maison de Clagny.

Le 1er octobre 1796, le couvent de Port-Royal fut mis, par un décret de la Convention, à la disposition de l'administration générale des hospices pour y placer une partie de l'hospice de la Maternité, qui trois mois auparavant avait été établi dans les bâtiments du Val-de-Grâce, devenu depuis hôpital militaire.

Le service médical de la maison d'accouchement est composé comme suit: M. Paul Dubois, chirurgien en chef; M. Danyau, adjoint; MM. Moreau et Girardin, médecins; un interne. Mme Charier, sage-femme en chef, a sous ses ordres 2 élèves adjointes, 74 élèves de première et seconde année, et 10 surveillantes.

En 1842, il n'y avait que 426 lits; le nombre actuel est de 530, dont 223 pour les femmes enceintes, 133 pour les femmes accouchées, 94 pour les élèves et 80 pour les deux infirmeries.

Aucune des salles n'est parquetée.

L'administration a fait établir des fourneaux en fonte qui, outre leur utilité pour les tisanes, font chauffer le linge, dont on fait un usage si fréquent dans cette maison.

Il n'y a pas de consultations dans la maison. On y admet les femmes enceintes dans le huitième mois de leur grossesse, mais quand elles prouvent qu'elles habitent Paris depuis une année au moins. Toutefois, on reçoit d'urgence, sur l'attestation de la maîtresse sage-femme, les femmes qui sont sur le point d'accoucher.

Environ quatre-vingts élèves suivent le cours de l'école pratique annexée à cet établissement. La durée du cours est d'une année. Instruites, à peu d'exceptions près, aux frais des départements, elles vont répandre dans toute la France les doctrines qu'elles ont puisées dans les leçons de professeurs distingués et dans une pratique de tous les jours.

Pour faire comprendre l'importance de l'établissement quant aux élèves sages-femmes, il nous suffira de dire que, dans l'année scolaire du 1er juillet 1851 au 30 juin 1852, le nombre des accouchements a été de 2,847, dont 2,785 naturellement, 29 au moyen de la version de l'enfant, 31 avec le forceps, et 2 avec le perforateur.

En 1851, la durée moyenne du séjour des malades a été de 11 jours 26, qui ont occasionné une dépense de 23 fr. 93 c. par femme.

Maison de santé (rue du Faubourg-Saint-Denis). — Fondée et dirigée par l'administration de l'assistance publique depuis 1802, cette maison est destinée aux malades qui, ne pouvant se faire traiter chez eux, sont à même de payer un prix de journée qui varie de 2 fr. 50 c. dans les salles communes de sept à dix-huit lits, à 5 fr. pour hommes et 4 fr. pour femmes dans des chambres particulières à un lit. Dans ces prix sont compris tout ce qui tient au traitement, aux soins que réclame l'état du malade.

Le médecin de l'établissement est M. Vigla, le chirurgien est M. Monod; huit élèves en médecine et en chirurgie sont chargés des pansements.

On se tromperait si on croyait que cet établissement a été créé dans un but d'intérêt. Année moyenne, la différence entre les recettes et les dépenses présente un déficit de plus de 20,000 fr.; il a été de 25,400 fr. en 1847, de 42,300 fr. en 1848, puis est descendu à 21,300 fr. en 1850; le nombre de lits est de cent trente.

Il est assez curieux de connaître le classement par la position sociale des individus admis dans cette maison exceptionnelle. Dans les deux dernières années, le nombre des admissions a été de 3,359, dont 2,022 hommes et 1,337 femmes. Dans le chiffre total, on comptait 478 ouvriers et artisans, 511 domestiques, 576 employés, 538 petits industriels et commerçants, 349 de professions diverses (avocats, artistes, fonctionnaires publics, militaires, professeurs), 907 propriétaires, rentiers ou sans professions indiquées.

Hôpital des Cliniques. — Nous mentionnerons, pour compléter notre travail en ce qui concerne les établissements spéciaux, l'hôpital des Cliniques, qui est particulièrement réservé aux affections qui présentent de l'intérêt au point de vue de l'art médical. Il se compose de trois cliniques comprenant cent vingt lits: médecine, chirurgie, accouchement. Ce dernier service, qui n'existe nulle part ailleurs, pas même à la maison d'accouchement, est d'une utilité constatée pour les élèves; mais, par raison de morale publique et de convenance, on n'y admet que ceux de quatrième année. Outre les démonstrations cliniques faites dans les salles mêmes, des cours sont professés journellement dans les amphithéâtres.

La pensée première de cette institution est due à Lamartinière, chirurgien de Louis XV; mais, comme on le pense bien, elle a subi depuis de grandes modifications.

L'hôpital des Cliniques, administré longtemps par la Faculté de médecine, a été fermé à plusieurs reprises. Placé définitivement sous la direction de l'administration des hospices, il a été ouvert de nouveau le 1er décembre 1834.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 2 mars 1853. — Présidence de M. Guersant.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Corps étrangers dans l'articulation fémoro-tibiale droite.

M. Chassaignac fait la communication suivante:

Messieurs, j'ai déjà présenté à la Société le malade atteint de corps étrangers dans l'articulation du genou. J'ai opéré cet homme avec succès en suivant le procédé de M. Goyrand (d'Aix). Dans ce cas, le corps étranger était solitaire.

Aujourd'hui je viens soumettre à votre examen un nouveau malade présentant la même affection; seulement il y a dans la jointure plusieurs corps mobiles.

J'ai étudié avec soin les caractères de cette maladie. Ainsi, il m'a fallu déterminer le nombre des corps étrangers, leur volume, leur situation, leur mobilité.

J'ai reconnu qu'il en existait deux. Le moins volumineux, qui présente à peu près la forme d'un noyau de prune, réside presque constamment dans le cul-de-sac interne et inférieur de la capsule.

Le plus volumineux, qui a quatre ou cinq fois le volume du premier, réside dans le cul-de-sac latéral externe de la synoviale.

Pour donner issue à des corps aussi volumineux, il deviendra nécessaire de pratiquer une large ouverture à la synoviale. Des tentatives répétées presque tous les jours nous permettent d'assurer qu'aucun pédicule ne les retient fixes en un point quelconque de l'articulation.

Après de nombreuses manœuvres dans lesquelles nous avons été aidé par l'intelligence et le bon vouloir du malade, nous avons acquis la certitude que les corps étrangers pouvaient être ramenés tous deux vers le cul-de-sac interne inférieur de la synoviale.

C'est donc en ce point que la capsule devra être attaquée.

Toutefois, avant de procéder à l'opération, nous avons désiré en soumettre le projet à l'examen de nos honorables collègues de la Société de chirurgie, afin de réclamer d'eux les conseils que leur expérience pourrait nous fournir.

Quant à l'âge de ces corps, le malade nous affirme que c'est il y a deux ans pour la première fois qu'il s'est aperçu de l'existence du plus volumineux des deux corps articulaires. C'est depuis six mois seulement qu'il a reconnu l'existence du second.

Il n'a jamais éprouvé pendant la marche ni pendant le sommeil ces douleurs d'un caractère spécial qui s'observent chez les individus atteints de corps étrangers du genou; mais il y a ceci de particulier que quand on presse fortement sur le plus petit des deux corps, et lorsqu'il se trouve dans son siége habituel, reposant contre le condyle interne du tibia, on détermine une très vive douleur.

Saillie considérable de l'os après une amputation du bras datant de dix ans et demi.

M. Denonvilliers présente un jeune garçon âgé de dix-sept ans, qui offre un de ces accidents dont on trouve un certain nombre d'exemples dans les anciens recueils, mais que les progrès de la chirurgie ont rendus de nos jours excessivement rares.

Le malade dont il s'agit a subi, il y a dix ans et demi, une amputation du bras droit à la partie moyenne du membre.

Aussitôt que l'opération fut pratiquée, les parents du jeune malade s'aperçurent que l'os faisait saillie au delà des chairs. En outre, l'opérateur, malade, n'ayant pu faire lui-même les pansements, il ne paraît pas que les précautions suffisantes aient été prises pour diminuer les effets de cet accident.

Actuellement le jeune homme, jouissant du reste d'une excellente santé, présente un moignon dont la conicité est extrême; l'os fait saillie de plus de 3 centimètres; les chairs se sont rétractées, et au point où la peau commence à recouvrir l'os, elle n'est doublée par aucune autre partie molle; de telle façon qu'on distingue à peine le lieu où cesse la dénudation de l'os.

Le bout de l'humérus est sphacélé. En palpant le moignon, on sent quatre tumeurs arrondies (la plus volumineuse présente la grosseur d'une noix); M. Denonvilliers les considère comme des renflements nerveux placés à l'extrémité du plexus brachial.

Le malade, qui n'avait jamais souffert de cet état de son membre, est depuis quelque temps dans des conditions moins bonnes; il éprouve des douleurs assez violentes qui le privent de sommeil et qui acquièrent une grande intensité sous l'influence du moindre contact, et du pus s'écoule autour de l'os sphacélé.

Une nouvelle amputation devient nécessaire, et M. Denonvilliers se propose de la pratiquer.

M. Guersant demande si cette saillie considérable de l'os, tout en étant due, en partie du moins, à la manière dont a été pratiquée l'opération, n'appartient pas pour une part considérable à l'allongement physiologique de l'os.

J'ai eu l'occasion, dit M. Guersant, de pratiquer une amputation du bras à un jeune enfant. Les suites furent on ne peut plus heureuses; l'os restait parfaitement enfermé dans les chairs, et quatre ans après on me ramenait le jeune opéré présentant un moignon semblable à celui que M. Denonvilliers vient de nous montrer. Les parents disaient qu'ils avaient vu l'os grandir peu à peu.

J'ai amputé de nouveau avec succès.

M. Denonvilliers répond que si l'os grandit, les parties molles grandissent aussi dans la même proportion. Il lui paraît d'ailleurs, d'après les renseignements précis qu'il a recueillis sur son malade, que la mauvaise conformation du moignon remonte à l'époque même de l'opération.

Correspondance manuscrite.

M. Charrière fils adresse une lettre pour annoncer qu'il met à la disposition de la Société des instruments scarificateurs, ou urétrotomes. La lettre est accompagnée d'une note explicative avec figures. (Remercîments.)

Correspondance imprimée.

La Société reçoit:

1° Les nos 48 et 49 des années 1851 et 1852 du *Bulletin de la Société médico-pratique de Paris*;

2° Deux numéros d'un journal anglais: *Association medical journal;* éditid by John Rose Cormack. London, february 18, 1853, et fibruary 25, 1853.

— M. Broca dépose sur le bureau, au nom et de la part de M. Deville, ancien prosecteur de l'Ecole anatomique des hôpitaux de Paris, une brochure intitulée: *Coup d'œil sur la chirurgie anglaise. Des hernies crurales.*

Rapport.

M. Giraldès donne lecture du rapport suivant:

Messieurs, vous avez chargé MM. Denonvillers, Larrey et moi de vous rendre compte d'un ouvrage adressé à la Société de chirurgie par M. Ehrmann, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg.

L'ouvrage dont nous avons à vous entretenir se compose de deux fascicules in-folio avec planches, intitulé: *Musée anatomique de la Faculté de médecine.* Ainsi que son titre peut le laisser supposer, cette publication a pour but de faire connaître les principales préparations d'anatomie pathologique de la riche collection de la Faculté de médecine de Strasbourg.

La publication de la première livraison ou fascicule de cet intéressant travail remonte à l'année 1843.

Nous avons à vous rendre compte du deuxième et du troisième fascicule, publiés en 1850 et 1852.

Nous commençons cet exposé par l'examen du troisième fascicule, le dernier en date et le moins important au point de vue pratique.

Ce troisième fascicule est consacré à l'étude de quelques faits de tératologie, à l'histoire anatomique de deux fœtus monstres de l'espèce des acéphaliens et de l'espèce monopode.

Le fœtus monstre de la première espèce prend place dans la classification de M. I. Geoffroy Saint-Hilaire, parmi la classe des acéphaliens, et deuxième ordre des pérocéphales. C'est un fœtus privé de la tête, du cou et des membres supérieurs; il est représenté par une masse ovoïde formée par la réunion du thorax et de l'abdomen, terminée par deux membres inférieurs. Un changement aussi grand dans la forme normale du corps du fœtus devait sans doute être suivi de modifications profondes, soit dans la forme, soit encore dans les dispositions des organes principaux. M. Ehrmann en donne une description bien faite, rendue plus compréhensible par le moyen de quelques figures; il décrit avec soin l'état du système osseux, des systèmes circulatoire et digestif.

Le squelette est constitué par un thorax incomplet privé de son sternum, par la colonne lombaire réunie au bassin et par les appendices inférieurs; s'il fallait s'en rapporter aux planches qui représentent ces diverses modifications, on pourrait croire que le tissu osseux a été aussi modifié dans sa structure. Le système vasculaire présente de très grandes modifications dans sa forme et dans sa disposition: l'organe central de la circulation manque; il est remplacé par un vaisseau qui, dans la poitrine, décrit une courbe analogue à la courbure aortique; elle continue d'un côté avec l'aorte descendante, et de l'autre côté avec la veine ombilicale. De cette espèce d'arcade aortique part un vaisseau représentant l'aorte ascendante.

Le système digestif est réduit à un tube commençant à l'anneau ombilical et y formant un renflement ampoulaire se terminant à l'anus après avoir décrit quelques sinuosités peu étendues.

Le second fœtus dont il est question dans ce fascicule se classe parmi les monopodes seriniformes, c'est-à-dire un fœtus dont les deux membres inférieurs sont réunis entre eux et terminés par un pied double. M. Ehrmann donne également la description du squelette et des organes générateurs internes.

La description anatomique de chacun de ces fœtus est suivie de remarques sur quelques-unes des causes génératrices de ces monstruosités. Après avoir rappelé quelques-unes des idées ayant cours parmi les tératologistes, à savoir: l'arrêt de développement produit, soit par l'insuffisance des vaisseaux qui se rendent dans les organes d'après Tiedmann, ou bien par un simple arrêt dans l'évolution des diverses parties de l'organisme, théorie vulgarisée et savamment développée par M. I. Geoffroy Saint-Hilaire, M. Ehrmann adopte cette dernière.

Quelque imposante que soit l'autorité du professeur de Strasbourg, on ne peut pas aujourd'hui adopter son opinion. En effet, depuis les recherches de Delpech et Dubreuil, celles de Montgomery confirmées par Simpson, on ne peut pas expliquer par la loi des arrêts de développement l'absence de certains organes dont la disparition est le résultat d'une maladie développée dans le sein de la mère. Les monstruosités du genre de celles décrites dans le mémoire du savant professeur Ehrmann confirment particulièrement les résultats obtenus par les observateurs que nous venons de citer. Sans doute, nous sommes bien loin de l'époque où Rueff, pour expliquer ces monstruosités, se demandait (1580) *an homines ex dæmonibus et rursus dæmones ex hominibus enfantes concipere possunt.* Mais c'est pour cela aussi qu'il ne faut pas faire intervenir des théories en désaccord avec les résultats obtenus par les progrès de la science; les recherches incessantes de l'embryogénie et l'étude des maladies qui attaquent le fœtus dans le sein de la mère en donnent une explication plus précise, et obligent

à mettre à l'écart les brillantes hypothèses qui, il faut en convenir, ont un moment poussé la science dans une direction nouvelle et l'ont enrichie de précieux matériaux.

Le deuxième fascicule du Musée anatomique dont nous allons vous rendre compte est consacré en totalité à un *mémoire sur les polypes du larynx*. Ce travail, aussi complet que possible et d'une importance pratique incontestable, renferme la plus grande partie des faits épars dans les collections scientifiques ; c'est une véritable monographie illustrée par des dessins représentant quelques-unes de ces productions morbides.

L'histoire des polypes du larynx se trouve presque en entier dans le savant mémoire du professeur de Strasbourg. Quelques-uns des matériaux qui entrent dans la composition de ce travail ont déjà été publiés : ainsi, en 1842, M. Ehrmann fils, s'inspirant des conseils de son père, consacra sa thèse inaugurale à l'étude de cette question ; en 1843, le professeur Ehrmann publiait dans le premier fascicule du *Musée anatomique* des considérations importantes sur ce sujet ; en 1844, le même auteur publiait encore, soit dans la *Gazette médicale de Strasbourg*, soit dans les *Comptes-rendus de l'Académie des sciences de Paris*, une observation remarquable et unique dans les annales de l'art. On peut avec raison considérer l'histoire des polypes du larynx publiée aujourd'hui comme la seconde édition de ses premiers travaux.

Le travail dont nous allons vous donner une courte analyse se divise en deux grandes parties : une première consacrée à l'histoire particulière des polypes, et une seconde à leur histoire générale ou dogmatique.

Dans la première partie, l'auteur a rassemblé trente et une observations de polype du larynx chez l'homme, et quelques faits du même genre empruntés à la médecine vétérinaire.

Parmi ces faits, il en est quelques-uns qui doivent sans doute être distraits de la catégorie des polypes du larynx. On ne peut pas considérer comme tels soit des végétations fongueuses produites par une maladie du cartilage thyroïde, soit encore des végétations verruqueuses de la membrane laryngienne, ou bien des tumeurs développées en dehors du larynx et se prolongeant dans sa cavité ; ces diverses productions morbides appartiennent à des états pathologiques qu'on ne saurait ranger sous la même dénomination. Au nombre des faits curieux et remarquables observés par l'auteur, nous citerons :

1° L'observation de polype du larynx recueillie chez un enfant âgé de neuf ans, et publiée dans la thèse de M. Ehrmann fils et dans le deuxième fascicule du *Musée anatomique* ;

2° Le fait remarquable, unique dans la science, dans lequel la laryngotomie et l'ablation de polype du larynx ont été pratiquées avec succès.

Cette observation a pour sujet une femme âgée de trente-trois ans, chez laquelle un polype développé dans la cavité laryngienne avait déterminé des accidents de suffocation. L'opération de la laryngotomie, étant devenue urgente, a été pratiquée. Mais, le premier danger passé, le chirurgien a dû se préoccuper de rechercher la cause de ces accidents et des moyens à employer pour les empêcher. M. Ehrmann eut alors l'heureuse pensée d'enlever la tumeur qui occasionnait ces accidents. Cette opération fut pratiquée quarante-huit heures après la première ; il eut le bonheur de la voir couronnée de succès. Son opérée succomba sept mois après à une fièvre typhoïde.

Le larynx fut examiné avec soin : on constata que la cicatrisation était complète. La pièce est déposée dans le musée de la Faculté, et un dessin de cette préparation est joint à ce mémoire.

La deuxième partie du mémoire traite de la symptomatologie, de l'anatomie pathologique et du traitement des polypes du larynx.

Dans le chapitre *Symptomatologie* l'auteur expose l'ensemble des symptômes qu'on observe dans cette maladie, et qu'on peut résumer en deux groupes, les uns produits par une modification dans le timbre de la voix, et les autres par des troubles de la respiration. Parmi les principaux symptômes du premier groupe se rencontrent l'enrouement, l'aphonie ; dans le second la dyspnée, l'orthopnée et l'asphyxie. Dans quelques cas, surtout lorsque les polypes sont pédiculés et qu'ils peuvent se mouvoir par l'impulsion de la colonne d'air chassée par le poumon, il se produit alors dans la cavité du larynx des bruits anormaux : bruits de soupape, de drapeau, occasionnés par les oscillations de la tumeur. Mais tous ces symptômes, ainsi que le fait remarquer le professeur Ehrmann, sont insidieux et obscurs. Un exemple récent, publié dans la *Gazette médicale de Strasbourg* du 24 janvier de cette année, en est une preuve évidente. C'est pour cela qu'il est indispensable de ne point négliger aucun moyen d'investigation, afin d'arriver s'il y a lieu à un diagnostic précis.

Le second chapitre de la deuxième partie du mémoire traite de l'anatomie pathologique. M. Ehrmann y étudie la structure des polypes ; il les divise en deux espèces : les uns formés par une hypertrophie du tissu cellulaire sous-posé au derme laryngien, et les autres produits également par une hypertrophie des divers éléments qui entrent dans la composition de la membrane muqueuse du larynx.

Le dernier chapitre du mémoire est consacré à l'examen de la laryngotomie, pratiquée soit pour soustraire le malade aux accidents de suffocation, soit encore comme méthode préparatoire dans le but de faciliter l'ablation des polypes laryngiens.

Dans ce double but M. Ehrmann conseille l'opération de la laryngotomie, mais il engage le chirurgien à ne procéder à l'ablation des tumeurs laryngiennes qu'après avoir laissé reposer l'opéré pendant quelque temps. Ainsi remédier à la suffocation en faisant de suite la laryngotomie, laisser reposer le malade quarante-huit heures, et procéder ensuite à l'ablation des tumeurs, causes des accidents ; faire en un mot une opération à deux temps, telle est la pratique conseillée par M. Ehrmann. Ce professeur est tellement convaincu de l'excellence de cette méthode, qu'il lui attribue en grande partie le beau succès qu'il a obtenu. Cette manière de procéder est en effet conforme à toutes les règles d'une saine pratique, et nous ne voyons aucune objection sérieuse à lui opposer.

Je viens, messieurs, de vous exposer un court résumé des matières traitées dans les deux fascicules du *Musée anatomique* de la Faculté de Strasbourg.

Votre commission croit qu'il serait inutile d'insister, même un instant, sur les titres scientifiques de M. Ehrmann ; elle a l'honneur de vous proposer d'accorder à M. Ehrmann, professeur d'anatomie et d'anatomie pathologique à la Faculté de médeciue de Strasbourg, le titre de membre correspondant de la Société de chirurgie de Paris.

A la suite de ce rapport M. Erhmann est nommé à l'unanimité membre correspondant de la Société de chirurgie.

Lectures.

M. Broca termine la lecture de son mémoire sur les luxations médio-tarsiennes.

La Société vote à l'unanimité le renvoi au comité de publication.

— M. Blot donne lecture d'une note sur une espèce remarquable d'étranglement interne.

Ce travail est renvoyé à la commission déjà nommée pour examiner le premier mémoire de M. Blot. (MM. Monod, Broca et Chassaignac.)

Présentation d'instrument.

M. Martin présente son appareil pour le traitement des fractures du fémur.

Après quelques observations de MM. Robert et Chassaignac sur la valeur de cet appareil, la discussion est close, pour être reprise lors du rapport qui sera fait sur le travail que M. Martin doit communiquer dans une prochaine séance.

A cinq heures la Société se forme en comité secret.

Le vice-secrétaire de la Société, E. Laborie.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du jeudi 6 janvier. — Présidence de M. Terrier, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal.

M. Fabre (Adrien) adresse un mémoire intitulé : *Du traitement de l'anasarque par l'acupuncture*. Ce travail est présenté à l'appui de la candidature de l'auteur au titre de membre titulaire de la Société. (Rapporteurs : MM. Terrier et Carron.)

La correspondance comprend :

1° *Bulletin de la Société de médecine de Besançon*, n° 4, année 1851. (M. Chalut.)

2° *Bulletin de l'Instituto medico Valenciano*, novembre 1852.

3° *Actes de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 1er et 2e fascicules. (M. Foucart.)

Fracture des os du crâne avec perte de substance cérébrale, guérie sans accident.

M. Duperthuis communique le fait suivant : Un enfant de vingt-huit mois, du sexe masculin, bien portant, reçut, dans le mois d'octobre dernier, un coup de pied de cheval à la partie antérieure du front. Il resta sur place, baigné de sang, et présentant au coronal une fente de 5 à 6 centimètres de long et de 1 centimètre de large, à travers laquelle sortait de la matière cérébrale, substance blanche et substance grise, dont il y avait même gros comme trois phalanges de doigt par terre. J'arrivai deux heures après l'accident ; je rapprochai les deux bords de la plaie et fis un pansement simple. Il n'est survenu chez cet enfant aucun accident, ni du côté du cerveau, ni du côté de la plaie, seulement il s'est échappé par celle-ci, pendant les huit premiers jours, une grande quantité de sérosité sanieuse, mais la réunion s'est bien faite et la guérison a été complète. Je me demande comment il est possible de perdre autant de substance cérébrale sans qu'il en résulte d'accidents.

M. Pertus demande quel était l'état de l'os.

M. Duperthuis répond que l'os était coupé et enfoncé ; que la plaie extérieure offrait une largeur telle qu'on aurait pu y introduire le doigt, et que la cervelle sortait par la fente qui en résultait.

M. Carron pense que la matière cérébrale faisait hernie par l'effet de la compression de la partie osseuse enfoncée dans le cerveau.

M. Duperthuis ajoute que l'état de l'enfant paraissait si grave que M. Ferrus, qui le vit par hasard, exprima l'opinion que je le perdrais très probablement. Il n'en fut rien, comme je l'ai déjà dit ; le petit malade n'eut même pas de fièvre, et il demandait à manger dès le lendemain. J'ai pensé que la sérosité abondante qui s'échappait de la plaie provenait de la cavité méningienne.

M. Guersant. Ce fait n'est pas si étonnant arrivé chez un enfant qu'il l'eût été si on l'eût remarqué chez un adulte. Il y a d'ailleurs une différence importante à établir entre les lésions traumatiques et les altérations organiques. Celles-ci occasionnent des accidents beaucoup plus graves que les premières. J'ai vu des enfants se tirer d'affaire après des opérations au moment où tout me faisait croire que je les perdrais. Ne savons-nous pas tous que les inflammations des articulations se dissipent plus facilement quand elles sont par cause traumatique que quand cette cause paraît interne ? Ces faits sont remarquables chez les adultes, mais plus encore chez les enfants.

Difficultés et dangers de la trachéotomie dans le croup.

M. Guersant. Depuis quelques années la trachéotomie est en faveur. Pour ma part, depuis deux ans, j'en ai obtenu les résultats suivants à l'hôpital des Enfants :

En 1850, 20 opérations, 7 guérisons.
En 1851, 30 » 13 »
En 1852, 59 » 16 »

Quoique dans cette dernière année la proportion des succès soit plus faible, on est fortement engagé à pratiquer cette opération. Cependant elle offre plus de gravité qu'on n'est disposé à le croire : d'abord parce qu'aucune opération sanglante n'est indifférente, ensuite parce que la trachéotomie entraîne avec elle des difficultés et des dangers nombreux.

Un enfant nous est présenté ayant le croup ; il n'offre pas de fausses membranes appréciables, pourtant il est menacé d'asphyxie. Nous ouvrons la trachée artère ; mais soit lenteur de notre part, soit manque de force chez ce petit sujet, il y a eu aspiration de sang ; la respiration est restée embarrassée pendant quatre ou cinq heures, et la mort s'en est suivie, bien que nous eussions placé la canule et aspiré, à la vérité sans résultat, le sang tombé dans les bronches. L'autopsie nous a révélé l'existence des fausses membranes sur la glotte, d'un caillot dans les voies pulmonaires, et il est probable que sans l'accident que nous signalons l'enfant eût guéri.

La trachéotomie offre des difficultés de plus d'une sorte, surtout si l'on opère par un temps sombre, dans une pièce mal éclairée (il faudrait que la lumière vînt par en haut), si l'enfant est très jeune et qu'on ne puisse faire une incision suffisamment longue. Dans ce dernier cas, en effet, on tâtonne, on perd du temps, l'hémorrhagie affaiblit le petit malade, et, ce qui est pis, le fait périr par asphyxie lorsque le sang tombe dans les bronches. Voilà l'accident qui nous est arrivé, accident que nous ne craignons pas d'avouer, parce que nous regardons comme très important que les opérateurs publient leurs malheurs comme leurs succès. Cela donne aussi une grande importance au précepte de M. Trousseau, qui recommande de faire une incision suffisamment étendue, d'écarter largement les bords de la plaie, afin d'ouvrir la trachée avec le plus de liberté et de célérité possible. Nous ajouterons que, quand on pratique la trachéotomie, on devrait se munir de tubes en gomme élastique avec leurs conducteurs, et les préférer aux sondes dont on se sert pour aspirer le sang épanché dans les voies aériennes.

M. Boyer. La trachéotomie est une opération sérieuse, qui exige de grandes précautions pour les raisons que chacun connaît. Mais, à propos des soins qu'il faut apporter à écarter les bords de la plaie afin de découvrir la trachée artère, je demanderai à M. Guersant ce qu'il pense du procédé qui consiste à *saisir cet organe avec une érigne* et à y plonger un bistouri, comme l'ont proposé certains chirurgiens ?

Je désire savoir aussi si, lorsque la canule est placée, l'emploi de l'égouvillon en crin ou de la baleine munie d'un éponge pour détacher les fausses membranes n'a pas plutôt pour effet de tasser celles-ci et de hâter l'asphyxie.

M. Guersant. Depuis très longtemps, à l'hôpital des Enfants, je répète que je suis opposé aux égouvillements. Ils peuvent bien quelquefois provoquer une toux avantageuse et même entraîner les fausses membranes, mais on risque de les faire servir à refouler celles-ci comme avec une baguette de fusil. Je ne me décide donc que très rarement à les mettre en usage, et dans ces cas je ne me sers que de la baleine armée d'une éponge, réservant l'égouvillon de crin pour nettoyer la canule.

Je dirai à cette occasion que j'ai fait faire une pince œsophagienne à l'aide de laquelle, tenant les lèvres de la plaie écartées et ne me pressant pas de placer la canule, je pêche en quelque sorte les concrétions membraniformes. Cette pince m'a été utile dans plus d'une circonstance.

Quant à la trachéotomie par le procédé de M. Chassaignac, elle a ses avantages et ses inconvénients ; quand on y a recours, il n'est pas nécessaire de donner autant d'étendue à la plaie ; on ne tâtonne pas, et l'ouverture faite à la trachée ne vous échappe pas ; néanmoins cette opération est hardie, et je n'oserais ni la préconiser ni la rejeter.

M. Boyer demande si l'on ne pourrait pas provoquer la toux par d'autres moyens que par l'égouvillon, par de l'eau, par exemple, une solution de nitrate d'argent, etc.

M. Guersant. La question des instillations n'est pas sans importance. Quand il y a sécheresse de la muqueuse, on peut verser deux ou trois gouttes d'eau tiède dans la cavité trachéale ; mais je serais beaucoup plus timide pour les instillations de nitrate d'argent : je craindrais de faire couler de la solution plus que je ne voudrais ; et, quoiqu'elles aient réussi quelquefois, je pense qu'il faut être très circonspect dans leur emploi.

L'eau, ajoute M. Boyer, ne produit aucun effet dans la période avancée du croup ; l'instillation de nitrate d'argent serait plus efficace alors.

M. Guersant. La trachéotomie est très souvent suivie de mort : on attribue ces malheurs au retard apporté à l'opération, à la faiblesse de l'enfant, à d'autres causes encore ; mais je crois que l'aspiration et la perte de sang sont les principales et les plus fréquentes. C'est cet accident que j'ai voulu signaler en vous faisant cette communication.

M. Boyer félicite M. Guersant d'avouer ses insuccès : c'est le meilleur moyen, dit-il, de donner crédit à ses affirmations, car tout opérateur qui n'accuse que des succès provoque le doute et porte atteinte à l'autorité de ses paroles.

Le secrétaire annuel, Dr Bossu.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Un interne distingué des hôpitaux, M. Zapfle, est mort il ya quelques jours à la suite des accidents déterminés par une piqûre anatomique.

— M. le docteur Riberi, membre du sénat sarde, qui vient d'être nommé membre associé de notre Académie de médecine, a reçu de S. M. l'Empereur la croix de commandeur de la Légion-d'Honneur. Les étudiants en médecine de Turin ont témoigné par une sérénade leur satisfaction à leur célèbre professeur.

— Un référé a été introduit contre l'administration de l'hôpital Saint-Antoine, par M. Tufton, brasseur ; voici à quel sujet :

L'hôpital Saint-Antoine a deux entrées, l'une principale, fermée par une grille et donnant sur la rue ; l'autre accessoire et donnant sur un terrain où se trouve construite la brasserie de M. Tufton. Jusqu'à ce jour, les malades et les convois étaient entrés ou sortis par la porte principale, la seconde ne servant que de simple passage pour le service ordinaire de la maison. L'affluence des malades et le nombre des convois ont porté l'administration à faire entrer les premiers et sortir les convois par la deuxième porte, afin d'éviter au public ce triste spectacle. M. Tufton a regardé comme pouvant lui être nuisible cette nouvelle destination, et a pensé que l'administration de l'hôpital n'avait pas le droit de se servir de son terrain pour le passage du funèbre cortége des enterrements. Il a donc introduit un référé pour voir dire que, provisoirement et jusqu'au jugement du fond, il serait fait défense à l'administration de l'hôpital de faire sortir les convois par une autre porte que la porte grillée.

M. le président Debelleyme, faisant droit à la demande, a rendu une ordonnance par laquelle il a décidé que les convois ne devaient plus sortir que par la porte grillée, et il a autorisé M. Tufton a s'opposer à leur sortie par la seconde porte, et à employer, au besoin, l'assistance de la force publique.

La presse médicale des départements vient de s'enrichir d'un nouvel organe. Sous le titre d'*Annales cliniques*, M. le professeur Alquié a fondé à Montpellier un journal bi-mensuel dont le premier numéro a paru le 10 mars, et dans lequel nous trouvons les nouvelles qui suivent :

La liste des candidats inscrits pour la chaire d'anatomie vacante à la Faculté de Montpellier par la mort de M. le professeur Dubrueil se compose de MM. Lacauchie, médecin principal des armées, professeur d'anatomie au Val-de-Grâce ; Rigaud, professeur de clinique et de pathologie chirurgicales à la Faculté de Strasbourg ; Bayle, agrégé de la Faculté de Paris ; Barnetche, professeur d'anatomie et d'accouchements à l'Ecole de médecine de Bordeaux ; Benoît, agrégé en exercice et conservateur du Muséum de la Faculté de Montpellier ; Courty, agrégé en exercice de ladite Faculté et chef des travaux anatomiques ; Quissac, agrégé en exercice de ladite Faculté ; Chrestien, agrégé en exercice de ladite Faculté ; P. Batigne, ancien agrégé, ancien chef des travaux anatomiques de ladite Faculté ; Pons, docteur en médecine ; Dozous, docteur en médecine ; A. Sanson, agrégé à la Faculté de médecine de Paris ; Bourdel, agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier ; Barangear, docteur-médecin à Lyon.

— Le concours pour une place de chef de clinique chirurgicale de la Faculté vient de se terminer par la nomination de M. V. Paulet, aide d'anatomie.

— M. le professeur Rech, médecin en chef de l'Asile des aliénés de Montpellier, vient d'être brusquement enlevé à la Faculté et à ses élèves. Dans la soirée du 7 mars, une violente congestion pulmonaire et cérébrale lui a ravi promptement les sens et la vie, malgré les soins empressés de plusieurs de ses collègues. M. le professeur Rech laisse l'honorable souvenir d'un homme de bien.

Tous les exemplaires de l'Annuaire médical et pharmaceutique de la France qui nous ont été demandés par nos abonnés doivent être arrivés actuellement à leur domicile. Si, par suite d'erreur, quelques-uns n'étaient pas encore parvenus aux destinataires, nous les prions de nous adresser promptement leur réclamation, car il ne nous reste plus qu'un petit nombre d'exemplaires.

Le prix, pour nos abonnés, est toujours de 2 fr. au lieu de 4. Le port par la poste est de 1 fr.

Le Gérant.
Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 32. — JEUDI 17 MARS 1853. (26e ANNÉE.) N° 32. — JEUDI 17 MARS 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40; EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Pays	Durée	Prix	Pays	Durée	Prix	Pays	Durée	Prix
Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	Trois mois.	8 fr. 50 c.	Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	Trois mois.	9 fr.	Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	Trois mois.	10 fr.
	Six mois.	16 »		Six mois.	17		Six mois.	20
	Un an.	30 »		Un an.	33		Un an.	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie de médecine. — Discours prononcés sur la tombe de M. Orfila par MM. Bérard, Dubois (d'Amiens), Perdrix, Bussy, Barth et Salvandy. — HÔPITAL BEAUJON (M. Sandras). Vomissements incoercibles pendant la grossesse. Avortement spontané. Mort. — Académie de médecine, séance du 15 mars.

PARIS, LE 16 MARS 1853.

Séance de l'Académie de Médecine.

Nous avons peu à dire de cette séance : la mort de M. Orfila faisait présumer que l'Académie ne s'occuperait pas de ses travaux scientifiques habituels, et, en effet, la séance eût été levée aussitôt après la lecture du procès-verbal et le dépouillement de la correspondance,si l'ordre du jour n'avait indiqué l'élection d'un membre, élection qui ne pouvait être différée.

L'Académie tout entière s'est associée à la pensée de M. le président à ce sujet ; mais elle eût désiré entendre une lecture du discours prononcé par M. Bérard aux obsèques d'Orfila; malheureusement M. Bérard ne l'avait pas apporté, par la raison que l'Académie ne demande pas habituellement la lecture des discours prononcés au nom d'autres corps. La savante Compagnie l'a vivement regretté, et elle a demandé à l'unanimité la lecture du discours de son honorable secrétaire perpétuel. Cette lecture a été fixée après l'élection.

M. Requin a obtenu au premier tour du scrutin une grande majorité. Sur 77 votants, majorité 38, il a eu 48 voix.

Le discours de M. Dubois (d'Amiens), lu d'une voix claire et bien accentuée, a produit une vive impression sur ses auditeurs ; l'étendue convenable de cette oraison funèbre, les traits saillants qui la distinguent l'ont fait écouter avec plaisir, et de nombreux applaudissements ont accueilli la fin de cette lecture.

Nos lecteurs nous sauront certainement gré de renvoyer les travaux scientifiques à un autre jour et de consacrer la plus grande partie de ce numéro à la reproduction des discours prononcés sur la tombe de l'illustre professeur dont le corps médical déplorera longtemps la perte.

Le défaut d'espace nous avait empêché de donner dans notre dernier numéro quelques détails que nous rétablissons ici :

Ainsi, à côté des membres de l'Académie de médecine et de la Faculté, on remarquait dans le cortége l'École de pharmacie tout entière, un grand nombre de membres de l'Académie des sciences, parmi lesquels MM. Thénard, Dumas, Milne-Edwards, Péligot, Lallemand; l'Administration des hospices, représentée par M. Davenne, directeur général; MM. Vée et Blondel, inspecteurs; M. Dubost, secrétaire général, et M. Censier, chef de division.

Nos premiers peintres, sculpteurs et un grand nombre de musiciens s'étaient réunis aux corps savants pour rendre les derniers honneurs à M. Orfila.

Les élèves du Conservatoire ont chanté le *Pie Jesu* de M. Panseron.

Le *Miserere* de M. Fétis a été interprété par MM. Ponchard père, Battaille, Jourdan, Charles Ponchard, Delaunay-Ricquier et Nathan de l'Opéra-Comique ; M. Lefébure-Wély tenait le grand orgue de Saint-Sulpice, et les artistes habituels du chœur de cette église ont chanté la messe en l'honneur de l'illustre défunt.

Discours de M. Bérard, au nom de la Faculté de médecine.

Messieurs, il appartenait au doyen de l'École de rendre hommage à la mémoire de l'ancien doyen, de l'homme illustre dont la dépouille mortelle vient d'être déposée dans cette tombe. Ce devoir pieux, le chef de notre Compagnie l'avait accepté, lorsque j'ai demandé qu'il me fût permis de le remplir. Quel titre avais-je à cet honneur? Aucun. Mais la reconnaissance d'un disciple pour le maître qui l'a comblé de ses bienfaits peut usurper un privilége qui devait être réservé au talent; et maintenant, à l'aspect de cette foule nombreuse et consternée, qu'une même pensée a amenée dans le champ du repos, j'hésite. Je sais que ma parole ne pourra répondre à cette démonstration si éloquente de la douleur publique.

La mort frappe sans relâche sur notre malheureuse Compagnie; elle enlève coup sur coup à l'enseignement ses plus glorieux représentants : hier Richard! aujourd'hui Orfila! Ah! cette perte est cruelle entre toutes celles qui ont porté le deuil dans nos âmes!

Élèves des écoles, venez avec nous pleurer sur cette tombe ; pleurez!... Cette parole si claire, si instructive, si pénétrante, vous ne l'entendrez plus! Pleurez!... Ce maître que vous chérissiez, et qui mettait son bonheur à orner votre intelligence, vous l'avez vu pour la dernière fois.

Et vous, membres du corps médical, vous aussi, amis d'Orfila, qui ne vous séparez pas de nous à ce moment suprême, vous accorderez quelque témoignage de sympathie à l'expression de nos regrets ; car nul ne se préoccupa plus que lui des intérêts moraux et professionnels des médecins, nul ne fut plus accessible aux charmes de l'amitié, nul ne fut plus fidèle à son culte.

Qu'il me soit permis de retracer en quelques mots les principaux accidents de cette vie si dignement, si utilement remplie.

Messieurs, il y a bientôt un demi-siècle qu'un jeune homme aux traits réguliers, à la physionomie intelligente et fine, quittait son pays natal pour venir à Paris entendre les leçons de quelques-uns des professeurs qui y brillaient à cette époque, et dont la réputation était devenue européenne. Il était dans l'avenir de ce jeune étranger de créer une science nouvelle, de jeter un éclat sans égal dans l'une des chaires de l'École de médecine de Paris, d'être placé à la tête de l'administration de cette école, d'enrichir ses collections anatomiques et de la doter de cliniques nouvelles, d'organiser une partie de l'enseignement médical en France, de prendre part aux graves délibérations de l'administration des hôpitaux de Paris, de siéger dans le conseil supérieur de l'instruction publique, de fonder une Société secourable pour les médecins tombés dans la détresse ou pour les familles de ces médecins, de servir encore la science et l'humanité en instituant, de son vivant, des legs d'une singulière munificence. Il lui était réservé de connaître tout ce que les honneurs dignement conquis, les louanges méritées ont de plus enivrant; mais il lui était réservé aussi de boire à cette coupe amère que l'adversité tient en réserve à côté des heureux du jour!

Ce jeune homme, c'était Orfila; il était né à Mahon (île Minorque) le 24 avril 1787.

Les circonstances qui avaient préparé son départ pour la France montrent déjà cette nature exceptionnelle, cet amour de la science, ce goût passionné pour le vrai, qui le distinguèrent dans le reste de sa carrière. A Mahon, on veut le former à la *dispute*, mais il s'en dégoûte, il sent qu'on fausse son esprit, et que la science doit reposer sur des bases plus solides; à Valence, en 1804, son maître lui enseigne *que l'air et l'eau sont des éléments!* Mais les noms des Lavoisier, des Berthollet, des Fourcroy avaient franchi les limites de la France. Orfila s'était procuré leurs livres et avait cessé d'écouter son maître. Cependant l'université de Valence était accusée d'insuffisance, et on menaçait de la supprimer. Elle annonce une sorte de tournoi scientifique entre ses élèves et ceux des universités voisines. Orfila s'y présente; il fait triompher et cette université qui ne lui avait rien enseigné, et ce maître qui, dans sa candeur, demandait à son élève : Qui donc vous a appris tout cela? Le bruit de ce succès se répandit, et bientôt la junte de commerce de Barcelone envoyait en France le jeune Orfila, à titre de pensionnaire, pour y étudier la chimie dans ses applications à l'industrie et aux arts. Mais la guerre allumée entre la France et l'Espagne, une guerre longue et acharnée, interrompit les communications entre la junte et son jeune pensionnaire. Et lorsque plus tard, celui-ci, mu par un sentiment d'exquise délicatesse, mettait à la disposition de ses anciens protecteurs ces trésors de la science qu'il avait amassés dans notre pays, la junte ruinée et disloquée ne pouvait plus donner suite à ses projets ; mais déjà la France avait adopté cet enfant de l'Espagne. Que de séductions n'offrait-elle pas à un jeune homme avide de s'instruire! Vauquelin l'avait introduit dans son laboratoire ; Fourcroy lui avait confié le soin de préparer pour lui quelques leçons de chimie organique.

Bientôt Orfila ouvre un amphithéâtre particulier, il y donne des leçons de chimie, de médecine légale et même d'anatomie. C'est dans ce modeste laboratoire qu'il va jeter les fondements d'une science nouvelle, la *toxicologie*.

Désormais la justice ne restera plus désarmée ou plutôt incertaine, hésitante devant le crime. Des réactions subtiles indiqueront les traces les plus fugitives du poison versé par une main criminelle; elles en décèleront la présence, alors même qu'il sera masqué par les aliments ou les boissons; elles les poursuivront dans les humeurs animales et jusqu'au sein de nos tissus.

Désormais aussi plus d'un meurtrier reculera devant la perpétration d'un crime qu'il n'aura plus l'espoir de dissimuler. Pas un des livres publiés avant la *Toxicologie* d'Orfila ne donnait la moindre idée des procédés délicats inventés par cet habile expérimentateur. On savait chercher certains poisons dissous dans l'eau distillée, mais étaient-ils mélangés au vin, au lait, à la bile, au bouillon, on ne les retrouvait plus. Il suffirait d'une telle découverte pour la gloire d'un savant, elle lui donnerait encore des titres incontestables à la reconnaissance de la société.

Ce n'était que le prélude des succès qui attendaient M. Orfila. Sur la proposition de Hallé, l'auteur de la toxicologie avait pris place parmi les membres correspondants de l'Institut, et peu de temps après l'École ouvrait ses portes à celui qui devait captiver, sans jamais la fatiguer, l'attention des générations d'élèves qui se sont succédé depuis 1819 jusqu'en 1853.

Les circonstances de sa nomination lui font trop d'honneur pour que je me résigne à les passer sous silence. Le jour de l'élection, Hallé, souffrant et bien près de la tombe, se fait transporter à l'École. Chacun s'étonne et s'apprête à féliciter l'illustre malade de l'amélioration survenue dans sa santé. « Ne vous y trompez pas, dit-il en prenant place, » je ne suis pas mieux, mais je n'ai pas voulu laisser échapper une oc- » casion de rendre service à la Faculté en venant voter pour M. Orfila. » Sur quoi le vénérable Boyer, prenant la parole : « J'étais irrésolu, dit- » il, je ne le suis plus, et je voterai aussi pour M. Orfila. » Quelle nomination fut jamais mieux justifiée! Quel succès égala jamais ce succès inouï dans les fastes de l'enseignement!

Les envieux (et depuis longtemps déjà Orfila avait mérité d'en rencontrer) se demandaient si, pour ce toxicologiste célèbre, la médecine légale ne serait pas réduite à l'histoire des poisons. Orfila débute; le vaste amphithéâtre de la Faculté ne peut suffire à la foule venue pour l'entendre. Il choisit pour sujet de ses premières leçons un point de médecine légale étranger à la toxicologie. Le lendemain, les auditeurs étaient revenus à la leçon. Les jours suivants, l'amphithéâtre était encore plein; il en fut de même pendant toutes les leçons du semestre, et pendant les quatre années que M. Orfila professa la médecine légale et pendant les vingt-neuf ans qu'il consacra à l'enseignement de la chimie médicale! On se demande le secret d'une telle fortune professorale. Ne le cherchez pas dans l'élégance prétentieuse et châtiée du langage ni dans la pompe du discours; l'élève pourra venir pendant quelques séances pour entendre un professeur éloquent, mais il l'abandonnera s'il n'est qu'éloquent. Instruire, voilà tout le secret d'obtenir l'assiduité d'un auditoire. C'était le secret de M. Orfila. Il visait à la clarté du langage, et non à arrondir une phrase; il savait à propos sacrifier les superfluités, les choses accessoires, pour développer les parties fondamentales d'une question; il était méthodique, mais il ne tombait pas dans l'excès des divisions et subdivisions scolastiques; pour chaque proposition il donnait la démonstration expérimentale lorsque celle-ci était possible, car il savait qu'une expérience grave mieux un fait dans la mémoire qu'une simple description orale. Son élocution était facile; sa voix, bien timbrée et puissante, pénétrait dans toutes les parties de l'amphithéâtre; il s'animait, se passionnait parfois dans ses démonstrations, sans jamais cesser de se posséder. La mémoire, cette faculté si injustement dépréciée, si indispensable au professeur, n'était jamais en défaut chez M. Orfila.

Joignez à ces avantages des traits nobles et expressifs; l'âge semblait ajouter chaque jour à leur distinction, sans rien enlever à leur charmante régularité.

Voilà bien des éléments de succès, et ce n'est pas tout encore. La science faisait de nouveaux progrès, et cependant M. Orfila voulait en présenter chaque année le tableau complet aux élèves; il portait à cinq quarts d'heure la durée de ses leçons, et multipliait celles-ci vers la fin du semestre, au point d'en élever le nombre à 80 au lieu de 60. Pardon, messieurs, pour la simplicité de ces détails, mais ils peignent mieux le professeur que je ne pourrais le faire en un autre langage, et ils avivent chez les élèves qui m'écoutent le sentiment de la perte irréparable qu'ils ont faite.

Quelle ambition ne serait satisfaite d'une telle carrière dans le professorat? Orfila ne rêvait pas d'autre gloire. Mais son mérite allait appeler sur lui les honneurs, et avec eux, mais dans un avenir encore lointain, les soucis cuisants qui en sont trop souvent le cortége. Je ne sais s'il avait désiré le décanat, mais à coup sûr il ne l'avait pas demandé. L'histoire de sa promotion n'offre pas moins d'intérêt que celle de son élection au professorat.

La révolution de 1830 avait rendu à la Faculté les professeurs frappés par l'ordonnance de 1822. L'illustre Antoine Dubois, promu au décanat, mais peu désireux de le conserver, pria M. Orfila de l'accompagner au ministère pour y traiter d'une affaire administrative. A peine ils sont entrés dans le cabinet du ministre, que M. Dubois s'exprime en ces termes : « Monsieur le ministre, je suis âgé, peu jaloux de conser- » ver des fonctions administratives, je viens vous prier d'accepter ma » démission de doyen. Permettez-moi de vous présenter M. Orfila, » pour qui je demande la place vacante. » Le lendemain, la nomination de M. Orfila était signée. Voilà une nouvelle phase dans la vie de notre collègue. Il va devenir administrateur; il restera toxicologiste habile, car il a travaillé jusqu'à son dernier jour au perfectionnement de la science qu'il avait créée. Les soins du décanat ne compromettent point la régularité de son enseignement, car, avant tout, il est professeur; rien ne peut balancer dans son cœur le prix qu'il attache à la reconnaissance des élèves; et s'il veut imposer à ses collègues l'exactitude dans l'accomplissement de leurs devoirs, il sait qu'il doit leur en donner l'exemple. Son activité suffira à tout. Les cours seront faits désormais avec régularité; les examens deviendront sérieux; les élèves prendront exactement leurs inscriptions. A la place de ce bâtiment mesquin, hideux, désigné sous le nom de *clinique* sur les affiches des cours, et qui n'en avait que le nom, va s'élever une construction élégante, régulière, spacieuse, où seront installées deux véritables cliniques, l'une de chirurgie, l'autre d'accouchements, institution précieuse où des médecins de toutes les parties du monde viennent aujourd'hui recueillir avec nos élèves les leçons du fils d'Antoine Dubois. Des salles de dissection nouvelles ont remplacé ces réduits fétides et insalubres, où les plus laborieux de nos élèves compromettaient leur santé. Enfin, la création du musée Dupuytren et d'un jardin botanique, la transformation de nos galeries où se trouvent accumulées aujourd'hui tant de richesses : voilà les fruits de l'administration de M. Orfila. Plusieurs fois, pendant une période de dix-sept ans, la Faculté exprima par ses votes qu'elle était reconnaissante des efforts du doyen. M. de Salvandy, qui les avait généreusement encouragés, voulut les récompenser ensuite en donnant au musée anatomique de la Faculté le nom de l'administrateur habile qui lui avait fait subir une si heureuse transformation.

Dans le conseil des hôpitaux, où M. Orfila avait été appelé, il donnait chaque jour de nouvelles preuves de ce tact exquis, de cette entente des affaires, de ce bon sens pratique qui formaient le caractère de son administration. L'existence des cliniques, la pratique des autopsies pouvaient devenir et devenaient parfois l'occasion de conflits entre le conseil des hospices et la Faculté. Le doyen apportait dans ces débats un esprit de conciliation qui n'excluait pas la fermeté, et on le vit dans une occasion envoyer au ministre de l'intérieur sa démission, qui ne fut pas acceptée.

L'Académie de médecine n'a point perdu le souvenir des luttes que M. Orfila a dû soutenir dans son sein. Naguère encore, son argumentation précise, nerveuse, méthodique, nourrie de faits, jetait à flots la lumière et fixait l'opinion de l'assemblée sur une des plus hautes questions que l'Académie ait eu à résoudre. Une voix plus éloquente vous dira bientôt ce que fut Orfila dans les discussions de l'Académie, et comment élevé au fauteuil de la présidence, il y apporta cet art suprême et délicat de diriger les délibérations d'une assemblée. C'est à un autre ami d'Orfila que je laisserai le soin de dire ce qu'a produit la Société de prévoyance fondée par l'ancien doyen. Une pensée charitable et généreuse, nouvelle forme de cette sollicitude active avec laquelle il embrassait les intérêts du corps médical!

Enfin, Orfila avait gravi l'échelon le plus élevé dans la hiérarchie universitaire. Le roi l'avait appelé dans le conseil supérieur de l'instruction publique. Ce fut alors qu'il organisa les écoles préparatoires et fit goûter au ministre ces réformes intelligentes qui devaient rendre

les examens plus probants et rehausser la valeur du diplôme de docteur en médecine.

Quelle belle vie, messieurs, et que cette félicité est bien méritée ! Il semble que l'âme se repose doucement en voyant cette récompense anticipée accordée au travail et au noble emploi des facultés de l'esprit ! Cette félicité, Orfila ne la devait pas seulement à ses succès dans la carrière des sciences, de l'enseignement et de l'administration. L'amitié avait embelli sa vie. Ce serait un touchant épisode que le récit de ses liaisons avec un jeune artiste de son pays et une famille distinguée qu'il avait connue à Nantes. Passionné pour les arts, il avait uni son sort à une jeune personne aussi remarquable par ses talents que par les grâces de son esprit et l'amabilité de son caractère. Son salon était le rendez-vous d'une société d'élite dans laquelle il avait étendu le cercle de ses amitiés.

Qui n'eût porté envie à cette existence ? Mais avant de prononcer sur le bonheur d'un homme, il faut attendre sa mort. La révolution de février éclata. L'un des premiers actes du nouveau gouvernement fut la destitution du doyen de la Faculté de Paris. Les infortunés s'enchaînent comme les événements heureux. Après avoir remplacé le doyen, on le tourmenta sur les actes de son administration.

Orfila ne voulut pas répondre. Les merveilles qu'il avait fait éclore dans l'intérêt des études étaient là et répondaient pour lui. Elles exciteront encore la reconnaissance des élèves et des hommes de science, lorsque depuis longtemps sera effacé le souvenir des tristes débats qu'elles ont provoqués.

Il parut supporter avec une fermeté stoïque la nouvelle position qui lui était faite. Mais qui oserait calculer les ravages qu'un tel effort pouvait produire dans une organisation vigoureuse, chez un homme passionné, habitué au pouvoir depuis longues années, et pour qui la louange était devenue une sorte de besoin, tant il l'avait souvent commandée par les bienfaits de sa gestion ?

Orfila chercha une diversion à de pénibles pensées dans les succès d'enseignement qu'il a obtenus jusqu'à sa dernière leçon ; dans l'affection des élèves, qui ne lui a jamais manqué ; dans la société de ses amis, qui tous s'étaient pressés autour de lui dès que l'infortune l'avait frappé. Mais à cette nature active il fallait encore un autre aliment, il le chercha, il le trouva dans les douceurs de la bienfaisance. On sait la munificence des legs qu'il a destinés à l'École de médecine, à l'Académie et à d'autres établissements. D'un bout de la France à l'autre les médecins ont accueilli par leurs acclamations cet acte d'une libéralité qui aura peu d'imitateurs.

Messieurs, je ne sais quel triste pressentiment m'assiégeait lorsque j'entendais M. Orfila annoncer qu'il donnait *de son vivant* pour surveiller et diriger l'exécution de ses volontés ; il me semblait voir dans ce langage trop confiant une sorte de défi jeté à la destinée humaine ; hélas ! la mort devait frapper le donateur avant la réalisation légale du bienfait. Ces adresses de félicitations que la province lui fait parvenir encore aujourd'hui, c'est sur sa tombe qu'il faudra les déposer !

Orfila avait fait leçon la veille du jour où il a pris le lit pour ne plus s'en relever ; cette dernière leçon l'avait singulièrement fatigué ; mais il avait eu le courage d'aller jusqu'au bout : c'était la mort du soldat sur le champ de bataille. Son poumon droit s'était pris d'emblée ; l'affection s'offrit de suite avec un caractère de gravité qui en fit présager l'issue funeste.

Le bruit qu'Orfila est en danger se répand dans Paris. De tous côtés on se porte à sa maison : amis, médecins, élèves ; ceux qui arrivent interrogent avec anxiété la physionomie de ceux qui sortent. Pour exciter une telle sollicitude, il fallait qu'il y eût chez Orfila autre chose encore que les qualités de l'homme public ou du savant. Demandez à ceux qui l'ont vu dans son intérieur, ils vous diront comment Orfila savait se faire aimer. Un caractère égal, une douceur inaltérable, de la gaieté, des dispositions bienveillantes faisaient trouver dans son commerce un charme tout particulier.

La situation d'Orfila empira. Je n'essaierai pas de peindre la douleur d'une famille éplorée, le dévouement et le courage de la compagne de sa vie.

Il avait demandé et reçu 36 heures avant sa mort les secours de la religion. Le samedi, à 7 heures et demie du matin, il rendait le dernier soupir.

Mais le nom d'Orfila ne sera pas rayé de la liste des médecins français ; déjà la Faculté de médecine de Paris a conféré le titre de docteur à un neveu de notre grand toxicologiste. Il portera dignement, j'en juge par ses premiers travaux, le nom de l'homme célèbre auquel il a prodigué pendant ces tristes journées tous les soins de la piété filiale.

Orfila ! maître vénéré ! tu m'as accueilli dès mes premiers pas dans la carrière que tu avais parcourue avec tant d'éclat ; tu as soutenu mon courage dans ces luttes difficiles qui devaient un jour me faire asseoir à tes côtés ; tes bontés pour moi furent inépuisables ; reçois avec indulgence ce témoignage bien imparfait de ma reconnaissance.

Adieu, Orfila ! adieu !

Discours de M. Dubois (d'Amiens), au nom de l'Académie de médecine.

Messieurs, l'Académie de médecine tout entière se sentira cruellement frappée dans la personne de M. Orfila.

Elle vient de perdre un de ses plus illustres membres, un de ses plus beaux ornements.

Cette lumière tout à l'heure encore si vive, si resplendissante, vient de s'éteindre à jamais.

Aussi, messieurs, dans ce profond accablement où nous plonge une mort aussi soudaine qu'imprévue, dans cette consternation générale, les paroles que je vais faire entendre au nom de l'Académie ne seront-elles que l'expression d'une douleur commune et comme la première explosion des regrets de tous ceux qui ont connu M. Orfila.

Ce dernier coup, messieurs, ravive pour ainsi dire toutes nos douleurs. Dans le court espace de moins d'une année nous avons vu successivement tomber autour de nous MM. Rochoux, Récamier, Dizé, Castel, Réveillé-Parise, Richard, Devilliers et Andral père. Une tombe était à peine fermée, qu'une autre était ouverte. Puisse la mort se lasser de frapper dans nos rangs !

C'est que lui aussi, M. Orfila, appartenait à cette génération qui nous a précédés dans la science.

De soixante-dix membres nommés en 1820 pour composer l'Académie de médecine, cinq seulement restaient parmi nous : M. Orfila était un de ces glorieux débris, et il était le moins âgé des survivants, comme en 1820 il avait été le plus jeune de ses soixante-neuf collègues. Génération d'hommes éprouvés, éminents, qui sont tombés comme une moisson, afin de faire place à une autre.

Telle est, messieurs, la destinée des êtres vivants. Mais, du moins, dans cette carrière semée de tant de débris, il est d'honorables souvenirs, qui se dressent pour ainsi dire devant les nouvelles générations, comme pour leur servir d'exemples et de guides. Il est de grandes mémoires qui surgissent du sein de cette poussière, comme pour l'ennoblir et commander nos respects.

Ainsi, messieurs, le nom de M. Orfila, le nom du créateur de la toxicologie, de l'éminent jurisconsulte médical, du grand et intègre administrateur, restera à jamais parmi nous comme une des gloires les mieux acquises de notre temps.

Vous me permettrez, messieurs, de remettre à une autre époque la tâche de vous exposer tous les incidents, toutes les phases de cette existence si laborieuse, si utile et si bien remplie ; de vous dire comment, né loin de la France, M. Orfila était d'abord venu, au nom de son gouvernement, compléter parmi nous ses études médicales ; comment, ayant fait ensuite de notre pays sa patrie adoptive, il y était resté pour le doter de ses nombreux travaux, pour se placer au nombre des classiques les plus renommés, et pour entrer dans ses écoles comme l'un de ses plus illustres professeurs.

Et la France, messieurs, n'avait pas été ingrate pour lui pendant cette première partie de son existence ; nous l'avions vu arriver à une sorte de dictature médicale.

Doyen de la Faculté de médecine de Paris, il était à la fois l'administrateur de ce grand corps et l'un de ses maîtres les plus suivis et les mieux écoutés.

Successeur de Cuvier au conseil de l'instruction publique, il y défendait les intérêts du corps médical et veillait à sa dignité.

Membre du conseil général des hospices, il y exerçait une tutelle active et bienfaisante sur tous les chefs de service.

Membre de notre Académie, il participait à son administration, plaidait pour elle devant les tribunaux et l'éclairait de ses lumières dans les grandes discussions.

Fondateur et président perpétuel de l'Association de prévoyance des médecins de Paris, il tendait à toutes les infortunes une main protectrice et secourable.

Mais une grande catastrophe politique, enveloppant M. Orfila dans le désastre général, était venue le précipiter de cette haute position si justement, si noblement acquise.

Il aurait pu, il aurait dû dès lors se reposer dans sa gloire, rester le professeur chéri des élèves, et contempler avec mépris l'ingratitude de quelques-uns et la malveillance de quelques autres.

L'Académie, d'ailleurs, comme pour le venger d'odieuses persécutions, s'était empressée de l'élever à l'honneur insigne de la présider ; elle avait voulu montrer à tous que M. Orfila avait conservé l'estime de ses collègues et de tous les honnêtes gens.

Mais, messieurs, il est de ces natures exquises et délicates qui, par cela même qu'elles aiment éperdument la gloire, qu'elles s'enivrent de triomphes longtemps disputés, se sentent mortellement blessées dès que viennent les jours de revers, d'injustice et de disgrâce.

Et M. Orfila était de ce nombre. Le vautour, depuis 1848, était attaché à sa proie.

Et cependant, messieurs, alors que par un triste retour des choses humaines il lui fut donné de mieux connaître les hommes qu'il ne l'avait fait peut-être au temps de sa prospérité, il s'était vu entouré de nouveaux et nombreux amis ; et ceux-ci étaient d'autant plus sûrs, que, méconnus en d'autres temps, ils lui étaient venus quand il ne pouvait plus rien faire pour eux.

Mais il n'a pu se consoler. En vain il en appelait lui-même à sa haute raison.

En vain il avait répondu à l'expansive amitié et aux applaudissements des élèves par un redoublement de zèle et d'activité dans son enseignement ; en vain il s'intéressait plus que jamais à nos discussions académiques et il y prenait la plus grande part ; sa blessure restait saignante, et c'est de lui surtout qu'on aurait pu dire :

Hœret lateri lœtalis arundo.

Ses amis le voyaient dépérir avec une mortelle inquiétude, effrayés qu'ils étaient de ces alternatives de maladies soudaines et de rétablissements incomplets.

Un voyage aux Pyrénées avait paru fortifier un moment cette constitution si douloureusement ébranlée.

Et c'est surtout ici, messieurs, que nous devons admirer cette généreuse nature, ce noble caractère de M. Orfila. Lui aussi sentait le besoin de distraire son âme, d'arracher sa pensée à ces tristes et sombres préoccupations. Mais si d'autres, pour cela, en appellent à des excès que le plus souvent on ne pourrait avouer, lui va se jeter dans des *excès* inouïs de désintéressement, de bienfaisance et de philanthropie.

De son vivant, il conçoit et réalise l'idée de distribuer par une sorte de testament anticipé des libéralités dont on ne pourrait trouver d'exemple que dans le testament de Lapeyronie.

Tous les corps savants, l'Académie de médecine en tête, y auront une part ; l'association de prévoyance n'y est pas oubliée. Que dis-je ? elle représentera en quelque sorte la famille de M. Orfila. Si, en effet, l'Académie de médecine, toujours désireuse de bien placer ses récompenses, ne trouvait point de concurrents dignes de ses rémunérations, ce n'est point la famille de M. Orfila qui viendrait redemander à l'Académie les fonds que celle-ci n'aurait pas décernés ; c'est à l'association de prévoyance que ces fonds seraient dévolus.

Heureuse combinaison ! qui, du moins pour M. Orfila, ne permettra pas qu'on vienne changer en une amère dérision le titre si bien mérité de *bienfaiteur de l'Académie !*

Hélas ! messieurs, il y a peu de jours encore, nous en étions à nous demander si, par une distinction toute particulière, nous ne devions pas inscrire le nom de M. Orfila sur une table de marbre blanc, et non sur nos tables de marbre noir.

Qui aurait pu, en effet, nous faire présager une mort aussi prochaine ? Nous qui venions d'entendre cette parole si claire, si vive et plus vibrante que jamais, dans une récente discussion ? Nous qui demain peut-être tournerons encore nos regards sur la place qu'il laisse vide, tant son souvenir nous est présent ?

Ce nom, messieurs, sera donc inscrit comme les autres sur nos tables de marbre noir ; placé à côté de ceux des Portal, des Itard et des Capuron, ce sera un nom de plus ajouté à cette liste funéraire ; mais l'Académie n'oubliera pas que M. Orfila avait voulu faire pendant sa vie ce que les autres s'étaient réservés de faire après leur mort.

Adieu donc, Orfila ! Adieu illustre et regrettable collègue ! Adieu pour la dernière fois ! Que ton ombre se console ; ta mémoire ne périra pas ; elle vivra dans les annales de la science, dans le cœur de tous tes amis, et longtemps encore tu seras l'entretien d'un ardente et studieuse jeunesse ! !

Discours de M. le docteur Perdrix, au nom de l'Association de prévoyance.

Messieurs, il m'était réservé de faire un jour la cruelle épreuve de ce que j'avais souvent compris, de ce que j'avais toujours redouté ! Il m'était réservé de sentir qu'il est des natures chez lesquelles l'âme, comme anéantie sous l'oppression de certaines douleurs, est impuissante à commander à la pensée et reste muette devant un cercueil. Le cœur, chez moi, plein d'admiration, avait, vous le savez, chers collègues, des élans pour louer M. Orfila, et trouvait des paroles faciles pour manifester ses impressions. Aujourd'hui je sens toujours les battements précipités de ce même cœur, mais je ne trouve plus que des larmes, et je n'ai ni la force, ni la volonté de me faire violence pour les suspendre !

Quelque étrange que vous semble le caractère de ma douleur, quelque brutale qu'elle soit peut-être, respectez-la, messieurs, cette douleur. Il y a des natures qui s'inclinent et se résignent, il en est d'autres qui se soulèvent et se révoltent devant la mort prématurée ; telle est ma nature, en ce moment du moins ; et je ne me demande pas si c'est bien ou si c'est mal. J'ai vu la mort étreindre une vie qui nous était chère et l'étouffer ; M. Orfila n'est plus, je vois son cercueil, je sens ma douleur, et je ne trouve en moi que désolation et désespoir !

Ne sachant comment il me serait possible de remplir ma triste mission, j'ai cherché les illusions qui trompent mais qui charment, et j'ai cru entrevoir des réalités qui consolent. Un moment j'ai détourné la tête, et j'ai vu M. Orfila hier encore plein de vie et de bonheur au milieu de collègues reconnaissants !

J'ai vu le savant illustre, l'éminent professeur honoré de la grande manifestation du corps médical de France !

J'ai vu l'homme de bien, le fondateur d'une œuvre sainte, le cœur plein d'émotions et comme d'impatience à la pensée de voir bientôt son œuvre personnifiée dans cet hommage offert par l'Association des médecins de la Seine, tout à la fois à son bienfaiteur et à la digne compagne de sa vie, qui a secondé et encouragé les généreuses intentions et les actes de libéralité de l'époux qui vient de lui être si cruellement ravi ! Je me suis demandé s'il n'y a pas des moments opportuns pour mourir, et je me suis dit : si l'admiration et la reconaissance publiques sont comme des palmes ou des couronnes, M. Orfila meurt dans un triomphe ! M. Orfila est mort dans une ovation !...

Mais voilà qu'illusions et réalités m'abandonnent, et que, ramenant malgré moi mes yeux sur ces restes inanimés, je ne vois plus qu'un corps muet et glacé devant des amis inconsolables ! Et pourtant je ne voudrais pas vous quitter sans laisser dans vos esprits déjà si attristés des impressions moins amères, vous surtout, messieurs, qui gardez dans votre cœur le souvenir de l'attachement, du dévouement et des bienfaits du digne fondateur de l'Association de prévoyance ! Pourquoi faut-il que dans cette angoisse de mon âme un impérieux devoir m'arrache au silence et à l'isolement où ma douleur aurait besoin de se réfugier ! Mais dans cette triste occurrence je ne m'appartiens pas, je le sais ; je suis l'homme de l'Association, et l'Association qui pleure me dit : Je veux qu'un suprême adieu soit adressé ici à mon fondateur, à mon bienfaiteur !... Je veux que celui qui l'a honoré en mon nom dans des jours de joie le bénisse en mon nom dans ce jour de deuil !... Eh bien ! chers collègues de l'Association, c'est un adieu que vous voulez que j'adresse à M. Orfila ; vous n'exigez rien de plus ; vous ne me demandez pas l'histoire entière de sa vie ! Grâces vous soient rendues, puisque vous avez compris et que vous savez bien que dans ce douloureux moment toutes les pages de cette belle vie viennent se résumer pour nous dans ce peu de mots : Vie d'activité et de labeur, vie de dévouement et de bienfaisance, vie complétée avant l'âge, vie brisée avant le temps ! Qu'attendre de plus de ma douleur ? Quel est celui de vous qui ignore la vie de M. Orfila ? Quel nom eût plus de retentissement, de prestige, d'autorité dans l'enseignement, dans la science, dans l'administration ? Qui ne sait les travaux, les découvertes, les services, les titres et les gloires de cette intelligence prodigieuse d'activité, prodigieuse de recherches, prodigieuse de résultats ! Et d'ailleurs cette vie, pourquoi ne le dirais-je pas ici ? a été écrite par M. Orfila lui-même ; il me l'a dit, il y a quelques années, au moment même où dans sa retraite de Passy il y consacrait chaque jour, de grand matin, quelques instants. J'ai respecté la douleur d'une famille si cruellement éprouvée ; je n'ai point voulu parler de ce pieux monument ; je n'ai point demandé le manuscrit de cette vie que M. Orfila envisageait sous trois points de vue : travaux scientifiques, enseignement, administration. Un jour, d'ailleurs, si ce n'est aujourd'hui même peut être, ces pages, d'un intérêt si puissant, appartiendront, je pense, aux organes officiels et éloquents des corps savants, de l'Académie et de la Faculté de médecine, qui auront, suivant l'usage, à prononcer l'éloge de cette grande illustration scientifique.

Pour moi, chers collègues, qui parle ici au nom de l'Association de prévoyance, de cette œuvre de bienfaisance que j'appelle l'œuvre sainte de M. Orfila, pourquoi entreprendrais-je une tâche douce à mon cœur, il est vrai, puisqu'il s'agirait toujours de M. Orfila, mais peut-être au-dessus de mes forces. Encore une fois, ce n'est point un éloge que vous me demandez, c'est un hommage modeste, un hommage simple comme un dernier adieu ! Que cet éloge, chers collègues, serait pâle dans ma bouche devant l'éloge qui est dans le cœur de tout ce qui m'entoure.

Que l'Association se rassure, M. Orfila a connu son attachement, M. Orfila a compris toute l'étendue des sentiments qu'elle lui a voués ! Il a goûté, croyez-le, chers collègues, cette douce jouissance puisée dans ces sentiments que vous aimiez à lui manifester, dans ces sentiments si vifs d'une reconnaissance vraie, dont, il faut l'avouer à la louange des uns, j'ai presque dit à la honte des autres, il a dû trop souvent éprouver le besoin pour tempérer l'amertume de l'injustice et de l'ingratitude contre lesquelles son cœur généreux et juste, son âme incomprise ne l'ont pas toujours protégé ! Mais vous vivrez, digne fondateur de l'Association de prévoyance, dans le souvenir et dans le cœur de ces hommes de bien qui vous ont apprécié et honoré, de ces hommes de bien que non-seulement vous aviez su réunir autour de vous, mais encore à qui vous aviez appris à se connaître, à s'estimer, que vous aviez rapprochés et unis dans les liens d'une sympathique confraternité ! Longtemps l'union confraternelle fut contestée ; votre persévérante sollicitude l'a rendue désormais incontestable ! Vous vivrez dans l'œuvre dont vous fûtes le créateur et le bienfaiteur, dans une de ces œuvres dont la fondation fait à elle seule les hommes vertueux ! Vous vivrez, nouveau Montyon, dans l'éternelle reconnaissance de ceux dont vous vous êtes constitué le protecteur et le soutien, de ces déshérités de la fortune, et, pour emprunter à l'honorable docteur Foissac une poétique image, de ces pèlerins de la science tombés au milieu de leur route pénible ! Les veuves des médecins morts pauvres au service de l'humanité diront aussi en vous bénissant le nom de leur bienfaiteur aux orphelins, qui le répéteront et le garderont avec un pieux respect ! Et ces générations d'élèves que vous avez tant aimés, que vous avez instruits et dotés, et pour qui votre œuvre de prévoyance fut aussi fondée, comme un encouragement à la moralité, à la dignité, à l'honneur professionnel, vos chers élèves qui hier encore saluaient avec orgueil et reconnaissance l'illustre maître, bientôt s'inclineront dans un respectueux recueillement devant l'image de celui qui voulut être leur bienfaiteur, de celui qui fonda, uniquement pour leur instruction, ce riche et incomparable musée où, par une disposition écrite et sacrée, il a voulu que fût placée la touchante suscription qui indique et résume ses paternelles intentions pour les étudiants en médecine !

Mais le souvenir de tant de bienfaits, de si belles et nobles actions, nous fait sentir plus douloureusement encore toute l'étendue de notre perte, toute la stérilité de nos regrets ! Il faut se séparer, il faut s'arracher à cette tombe et dire le suprême adieu !

Une subite et tardive pensée vient de traverser mon intelligence ! Puisse-t-elle rendre cet adieu moins pénible, cette séparation moins cruelle, en laissant dans nos âmes une espérance, une sainte croyance !

Dieu envoie sur cette terre et fait briller à nos yeux éblouis, comme un reflet de lui-même, de sublimes intelligences, et quand il les rappelle à lui, c'est pour nous laisser comprendre et croire qu'il est une

autre patrie, patrie des grands cœurs et des grands courages, patrie des vertus et des gloires, patrie qu'on ne quitte plus quand on y est entré; vie nouvelle qui ne nous abandonne plus! Cette vie désormais immuable c'est l'immortalité! Eh bien, chers collègues, croyons ensemble que M. Orfila est une de ces sublimes intelligences qui nous a éclairés et éblouis, un de ces génies bienfaisants qui nous a visités et inspirés, que Dieu a fait passer devant nous, qu'il a rappelé vers lui et qu'il fait vivre désormais de cette vie nouvelle et immuable de l'immortalité!

Adieu donc, M. Orfila! adieu donc, homme de bien, homme au noble cœur, cher président, adieu! l'Association poursuivra votre œuvre; elle en prend ici l'engagement par ma voix, et chacun de ses bienfaits sera comme un pieux hommage rendu à la mémoire à jamais vénérée de son fondateur!

Discours de M. Bussy, membre de l'Institut, au nom de l'École de pharmacie.

Messieurs, cette tombe, si inopinément ouverte, ne se refermera pas pour toujours sur la dépouille mortelle de notre éminent confrère sans que l'École de pharmacie, elle aussi, n'ait payé à sa mémoire le tribut de douleur et de regrets qu'elle lui doit.

M. Orfila appartenait à l'École de pharmacie; il lui appartenait par sa position officielle de délégué de la Faculté de médecine; il lui appartenait surtout par la nature et par la direction de ses travaux, par le concours actif qu'il lui a prêté pendant plus de trente années, par les liens d'une estime et d'une affection réciproques, dont les témoignages honorables survivront au triste événement qui nous réunit et rappelleront aux générations futures des étudiants et des professeurs de notre école l'intérêt que M. Orfila prenait au perfectionnement des sciences qu'on enseigne.

Ce n'est pas, messieurs, en présence de la douleur unanime, et si vivement sentie, de tous ceux que la reconnaissance ou l'amitié réunit autour de ce cercueil, qu'il serait opportun d'apprécier en détail les immenses travaux et les grands services rendus par l'homme dont nous déplorons la perte; mais qu'il nous soit permis de rappeler en peu de mots ce qu'il a fait pour cette branche des sciences médicales qu'on désigne sous le nom de pharmacie.

Ce fut dans le laboratoire de Vauquelin, directeur de l'École de pharmacie, que M. Orfila puisa les premières notions de chimie.

Toute sa longue carrière scientifique fut presque entièrement consacrée à l'application des connaissances acquises près de cet illustre maître, qu'il devait remplacer un jour avec tant d'éclat comme professeur de chimie à la Faculté de médecine.

Il s'appliqua particulièrement à la recherche et à l'étude des poisons. Dès son début il chercha à coordonner les matériaux épars et incomplets qui existaient alors sur la toxicologie; il y ajouta le résultat de ses innombrables expériences et des recherches de toute nature qu'il entreprit sur ce vaste sujet; il en fit un corps de doctrine, une véritable science qui relève de la chimie sans doute, mais qui possède cependant des procédés et des méthodes d'investigation qui lui sont propres.

Il ne suffisait pas à M. Orfila d'avoir créé une science en quelque sorte nouvelle, il ne lui suffisait pas de la propager par un enseignement qui a été l'un des plus brillants et des plus suivis de la Faculté, il fallait encore assurer cet enseignement dans l'avenir; mais on ne peut espérer de rencontrer fréquemment dans le même homme des connaissances profondes en anatomie et en physiologie unies à l'habitude des vivisections et à celle des manipulations chimiques indispensables pour mener à bonne fin les plus simples recherches sur les poisons.

Pour résoudre le problème, il fallut le diviser.

Il y a dans la toxicologie deux points de vue très distincts : l'un qui comprend les symptômes de l'empoisonnement, les lésions des tissus, et le traitement médical; l'autre, plus exclusivement chimique, comprend la recherche et la détermination de la substance toxique, soit pour éclairer le traitement par l'indication de contre-poisons appropriés, soit pour diriger les poursuites de la justice ou pour former l'opinion du jury.

Cette dernière partie de la toxicologie est, comme nous l'avons dit, plus particulièrement du ressort de la chimie et des sciences naturelles. Les pharmaciens, obligés par leur profession à connaître, à manipuler journellement les substances toxiques, en possession de laboratoires et d'appareils de chimie, sont naturellement désignés pour des recherches de cette nature.

M. Orfila, trouvant dans les écoles de pharmacie tous les éléments nécessaires à l'enseignement de la toxicologie chimique, a cherché à l'introduire dans ces établissements : il y a réussi.

C'est avec sa coopération, avec l'appui qu'il nous a donné que des chaires de toxicologie et de chimie légale ont été instituées dans les diverses écoles de pharmacie.

Cet enseignement assure aujourd'hui à la société et à la pratique médicale une suite d'hommes instruits, sur le zèle et l'expérience desquels elles auront droit de compter.

Par un dernier témoignage de l'intérêt qu'il portait aux études pharmaceutiques et aux élèves qui s'y vouent, M. Orfila a fondé à notre École un prix pour la solution d'une série de questions pathologiques de pharmacie pure ou de chimie appliquée à l'extraction des principes actifs de médicaments, pour l'analyse des humeurs normales de l'économie, et pour celles des produits pathologiques qui se forment dans des conditions déterminées, enfin pour le perfectionnement des moyens d'analyse des eaux minérales.

Ce prix, fondé à perpétuité, et qui, suivant le vœu du fondateur, devra toujours porter sur des objets pris dans le cercle que nous venons d'indiquer, sera, n'en doutons pas, un puissant moyen d'émulation pour la jeunesse de nos écoles. Il sera pour la médecine, et en particulier pour la pathologie, une source nouvelle de perfectionnement et de progrès.

Unissant la pratique à l'enseignement, joignant l'exemple au précepte, M. Orfila a été pendant de longues années l'interprète le plus accrédité de la science auprès des tribunaux. Nous avons tous présentes à l'esprit ces dépositions émouvantes qui captivaient l'attention non seulement des jurés et des magistrats, mais qui, franchissant l'enceinte de la cour d'assises, tenaient le public et la France entière suspendus aux lèvres de l'expert, alors que, déjouant les combinaisons les mieux calculées en apparence, il faisait passer sous les yeux de l'auditoire ces taches accusatrices extraites du parenchyme même des organes de la victime. Appelé quelquefois à partager ses travaux, nous avons pu être témoin du zèle, de l'ardeur juvénile qu'il y apportait et du courage qu'il mettait à défendre ce qu'il croyait être la vérité.

Depuis plusieurs années, cependant, M. Orfila avait renoncé aux expertises légales, mais par des motifs étrangers à la science et sans avoir rien perdu toutefois des brillantes qualités qui ont été jusqu'à son dernier jour l'heureux privilège de cette nature d'élite.

Hier encore il trouvait le secret d'intéresser l'Académie de médecine sur la composition de l'opium, et la savante assemblée, captivée longtemps par le charme de cette parole animée, était loin de prévoir qu'elle entendait pour la dernière fois le professeur éloquent auquel nous rendons aujourd'hui un dernier hommage, l'ami généreux de la jeunesse studieuse, le protecteur éclairé de la science, qui emporte dans la tombe notre affection et nos regrets.

Discours de M. Barth, au nom de la Société médicale d'émulation.

Messieurs, l'homme éminent dont nous pleurons la perte a droit encore à quelques paroles de regrets et de reconnaissance.

La Société médicale d'émulation a voulu lui adresser par ma voix un dernier hommage, et je remplis cette mission avec empressement, parce qu'elle me permet de joindre à ce témoignage public de haute estime l'expression d'un sentiment personnel de gratitude et d'affectueux souvenir.

C'est un éloge bien sincère et bien désintéressé que celui qu'on vient déposer au bord d'une tombe, et c'est ce qui m'encourage à dire de M. Orfila que peu d'hommes ont eu plus de titres à la considération générale.

Partout où il a passé dans sa carrière trop courte et pourtant si bien remplie, il a figuré avec distinction, avec éclat; partout il a laissé un souvenir impérissable de ses hautes qualités.

L'immense auditoire qui se pressait à ses cours est un témoignage irrécusable de l'esprit clair et lucide du professeur.

L'établissement d'une clinique d'accouchement, la fondation du Musée Dupuytren, la création d'un autre musée qui porte son nom, et qui, sous sa puissante impulsion, fut achevé dans l'espace de quelques semaines, sont des monuments qui attestent sa capacité comme administrateur et comme doyen de la Faculté.

L'Académie a rendu un éclatant hommage à son mérite et à son talent en l'appelant naguère encore à l'honneur de la présider.

Dans le conseil supérieur de l'instruction publique, peu d'hommes ont rendu plus de services à la médecine : la France est couverte d'institutions qui lui doivent leur origine.

Au sein du conseil des hôpitaux, personne n'a mieux servi la science et ceux qui la cultivent. Il suffit de rappeler l'énergique résistance avec laquelle Orfila combattit et fit rejeter, par une démission noblement proposée, une mesure des plus funestes aux vrais progrès de la médecine pratique.

Comme président-fondateur de l'Association de prévoyance, qui fut plus digne de la haute estime que lui a témoignée la Société en le renommant chaque année comme par acclamation, et en lui conférant ainsi de fait une présidence perpétuelle, si quelque chose ici-bas peut mériter ce nom?

Tous ceux qui ont approché Orfila se rappellent avec admiration cette rare intelligence, cette prodigieuse activité et cette exactitude merveilleuse dans l'accomplissement des nombreux devoirs de sa haute position.

Au milieu de ses occupations multipliées, M. Orfila a su consacrer quelques moments à la Société médicale d'émulation, et la Société conserve un précieux souvenir de sa participation active à ses travaux; elle s'honore de le compter au rang de ses membres, et elle s'enorgueillit de pouvoir ajouter le nom d'Orfila aux noms illustres de Bichat, d'Alibert et de Larrey, ses fondateurs.

Ces noms glorieux, espacés dans la vie d'une société, sont de puissantes conditions de prospérité et d'avenir. Pour celle que j'ai l'honneur de représenter ici, le souvenir d'Orfila, joint à celui de tant d'hommes célèbres qui lui ont appartenu depuis son origine, sera un puissant motif d'émulation, et comme une tradition de travail et d'ardeur scientifiques, qu'elle a mission de conserver et de transmettre à ses successeurs.

Quel immense et imposant concours, messieurs, si toutes les sociétés de France, toutes les institutions qui ont reçu de M. Orfila quelque lustre ou quelque bienfait se trouvaient réunies autour de sa tombe!... Toutes du moins s'associeront à nous dans l'expression de leur douleur, comme naguère dans le tribut de leur admiration et de leur reconnaissance... Et, puisqu'il faut mourir, heureuse au moins la destinée de celui qui a pu recueillir tant de marques d'estime pendant sa vie, et qui inspire après sa mort de si universels regrets.

Discours de M. de Salvandy (1).

Messieurs, il y a quelques jours à peine, le savant illustre, l'illustre professeur, l'administrateur intègre, infatigable, intrépide, l'homme de bien éminent et excellent, était chez moi plein de vie, plein de feu, parlant de la science avec amour, de ses travaux avec confiance, me racontant ses créations, m'exposant ses vues, portant sur le plus lointain avenir ce grand et ferme regard que nous avons tous connu, qui jaillissait de sa belle et noble tête, comme une ardente lumière, d'un foyer plus ardent encore. Et voilà que nous nous pressons autour de son cercueil! Citoyens de tous les rangs et de tous les âges, nous accourons pour envoyer un cri d'adieu à sa tombe, pour chercher des consolations à cette grande perte en parlant de tout ce qui nous reste de lui... Heureux, pour mon compte, si je pouvais reproduire exactement ses pensées, graver dans vos souvenirs tout ce qui demeure ineffaçable dans le mien! Lui seul pouvait bien révéler, avec cet accent de la conscience et de la supériorité qui faisait arriver si profondément sa vibrante voix à l'esprit et à l'âme, les trésors d'intelligence, de volonté, de dévouement, de courage dont Dieu l'avait doté. Il ne les exposait pas, il les trahissait. À chacune de ses paroles, la passion et le génie du bien éclataient en lui.

Depuis cinq ans, les événements avaient mutilé cette puissante existence. L'administrateur n'existait plus. Cette grande partie de sa haute intelligence et de sa forte nature avait péri de la main de nos vicissitudes, longtemps avant que tout le reste périt tout à coup de la main de Dieu. Le professorat, la science, les institutions utiles avaient profité de cette lacune de sa vie. Je sais ce que l'État y avait perdu, ce qu'il y perdait, alors surtout que dans les conseils qu'avaient si longtemps éclairés son expérience et sa sagesse tout était en question, y compris ces conseils mêmes, et avec eux tous les établissements, toutes les règles, toutes les maximes : car la fragilité était le lot commun de l'enseignement, de l'État et de la société même. D'autres diront, avec savoir et autorité, ce que furent jusqu'au dernier jour le maître de la science, l'instituteur de la jeunesse, l'homme de bien éprouvé; créateur, magnifique, inépuisable. J'entends vous parler du grand administrateur, des services qu'il rendit à ce titre, de ce que nous lui avons dû tous. Ce sera payer à la fois la dette de la reconnaissance personnelle et celle de la justice publique.

Orfila, que la nature avait fait si robuste, que les martyres volontaires de périlleuses expériences et les martyres forcés d'afflictions de toute nature, en l'éprouvant rudement, n'avaient pu abattre, semblait devoir par cela même, avec toute cette jeunesse de l'esprit, du cœur et de l'activité qui brillait en lui, nous être conservé longtemps encore. Il comptait soixante-six ans à peine. Il était né le 24 avril 1787, quand le monde, reposé d'une grande lutte qu'avait dominée l'alliance féconde de la France et de l'Espagne, semblait entrer pour longtemps dans le repos et allait entrer dans les convulsions. Il naquit à Mahon, sur ces rochers des îles Baléares, contemplant de l'œil, dès son enfance, les deux empires, comme pour choisir un jour entre les deux patries. Il avait les génies différents de toutes deux : l'activité investigatrice, féconde, novatrice de l'une, et la fermeté d'âme, la patience résolue, la persévérance intrépide de l'autre. Jeune, témoin de la guerre maritime où l'Espagne était engagée de nouveau de concert avec la France, il fut marin d'abord et visita ces rivages de l'Orient et du Midi qui parlèrent vivement à son imagination; par degrés, il se sentit entraîné des sciences mathématiques, qui avaient été son apprentissage nécessaire, vers les sciences naturelles, vers les sciences médicales surtout, par un instinct invincible. Cet instinct supérieur ne le destinait pas à la carrière du praticien honorable et dévoué dont les secours cherchent les souffrances individuelles, en disant, comme Ambroise Paré : « Je les soigne; Dieu veuille les guérir! », mais à cette vocation à part du médecin scientifique et inventeur qui se préoccupe de l'humanité entière, qui travaille à pénétrer les causes des affections humaines pour arriver, par la voie des découvertes de la science, aux moyens généraux de les tempérer ou de les guérir. Cette vocation devait le tourner par degrés vers la France. Encore ce ne fut pas lui qui se donna à la patrie adoptive, prête à se saisir et à s'honorer de lui, ce furent ses concitoyens qui firent ce choix plus que lui-même. A Valence, à Barcelone, des succès exceptionnels avaient fixé l'attention publique sur ce jeune homme marqué du sceau des intelligences supérieures. Ses concitoyens sentirent qu'un état stationnaire et arriéré des connaissances publiques n'allait pas à la vive flamme qu'il portait en lui. Il était arrivé en quelques années à savoir tout ce qui s'enseignait dans son pays. Qui pouvait méconnaître qu'on savait davantage ailleurs? La révolution, qui par ses tristesses et ses servitudes avait refoulé le génie des lettres, avait laissé l'asile de la science à l'esprit français. Il s'y précipita. Alors brillait la phalange de savants, de chimistes, de praticiens illustres dont la gloire a séduit, dont les leçons ont préparé tous les maîtres dont nous nous enorgueillissons aujourd'hui et qui m'environnent. La junte de Barcelone résolut d'envoyer à cette phalange glorieuse un soldat de plus. Orfila vint. C'était en 1807. Il ne devait plus nous quitter. Il se sentit sur son vrai théâtre; il trouvait l'emploi de toutes ses forces. Il apercevait dans l'ordre de ses études des routes inconnues, et y marchait guidé par les plus vives lumières. Disciple opiniâtre, qui ne connaissait point le repos, il s'égala aux maîtres successivement par le travail, par l'esprit de recherche, par la sagacité ingénieuse qui découvre et qui applique, par cette rectitude des grands esprits qui met l'imagination, comme une servante active et docile, à la disposition du jugement et de la vérité. Parmi toutes les voies ouvertes devant lui, il en aperçut d'inexplorées, qui, du moins, comme des filons négligés dans les mines où on va chercher l'or, devaient donner à un labeur nouveau de nouvelles richesses. Il se voua tout entier à les interroger, à en tirer les trésors qu'elles renfermaient.

Vous savez mieux que moi, messieurs, quels furent ses débuts, quelles furent ses conquêtes. Jeunes hommes qui m'écoutez, il était pauvre mais laborieux, ami vrai de la science, résolu à remplir sa carrière. Pour pouvoir suivre les grands maîtres, il se fit maître lui-même. Il institua un cours libre pour pouvoir fournir à ses manipulations, à ses expériences, à ses découvertes. Deux branches de savoir en particulier l'attirèrent : la médecine légale et la toxicologie, deux sciences qu'il créa, on peut le dire; car il les classa, il les constitua, il les développa; sciences positives et d'une action immense, diverses par leur nature et par leur application; l'une, qui était toute d'observation et de pratique, l'autre, pleine de recherches, de combinaisons nouvelles, de résultats imprévus qui deviennent à leur tour des fils conducteurs de plus, toutes deux ayant au fond de lui-même un lien commun, en ce qu'elles répondaient aux deux principales facultés de son esprit, l'investigation savante et l'application utile, actuelle, générale. Toutes deux servaient également cette grande chose qui dès ce temps-là était le but instinctif de sa pensée, l'intérêt public. Dans le monde entier, qui ne sait quel instrument nouveau toutes deux furent dans sa main pour élever et agrandir le ministère et presque le sacerdoce du médecin, en faisant de ce savant autorisé et impartial la lumière de l'administration, de la justice, de la législation. Les secours qu'il a instruit les sciences médicales et la puissance publique à se demander, à se prêter réciproquement dans l'intérêt commun des hommes, peuvent n'être pas appréciés encore de la foule. Il y a là une partie latente de sa gloire que chaque jour fera mieux sentir. Mais qui n'a vu avec émotion, quelquefois avec terreur, l'espèce d'infaillibilité dont il a revêtu la justice humaine pour la poursuite des crimes les plus lâches, les plus faciles, les plus redoutables, quand il paraissait devant le magistrat comme un magistrat, devant le juré comme un oracle, devant le coupable comme le destin. On avait cherché inutilement dans les viscères la preuve du crime, il enseigne à trouver le témoin irrécusable dans les dernières profondeurs de l'organisation humaine, et l'arrêt formidable de sa bouche, en établissant la sécurité de la société, devient l'arrêt solennel de la justice.

Ainsi se décelait cette autre grande mission d'Orfila qui le destinait, soit par ses créations personnelles, soit par ses fonctions publiques, à compter parmi les grands serviteurs de l'État, dans un temps où l'État était plus que jamais difficile à servir. L'homme n'est pas un être simple comme la foule l'imagine. Des facultés corrélatives, quoique diverses, se prêtent un mutuel appui. J'ai entendu Cuvier dire souvent, à propos de deux emplois différents de son génie dans chacun desquels il excellait : « On voudrait que je sacrifiasse à l'histoire
» naturelle le conseil d'État, et on ne sait pas que je n'apporterais point
» dans l'histoire naturelle la même puissance de travail si le conseil
» d'État, qui m'intéresse et qui me charme, ne me donnait, par cette
» satisfaction intérieure et par cette diversion, des forces de plus. »

Tel était Orfila. Nous avons vu que de disciple il était devenu maître à son tour. D'un cours libre, la Restauration l'avait fait passer à une chaire dans cette grande Faculté de Paris, qui est le foyer principal et le principal sanctuaire de la science dans le monde entier. C'était le prix naturel de ses travaux, de sa renommée, de l'éclat qui s'attachait déjà à ses œuvres et à sa personne. Mais là, sur cette scène nouvelle, de nouvelles qualités éclatèrent. On savait d'avance son élocution facile, son exposition lumineuse, saisissante, variée, son action sur le jeune auditoire suspendu tout entier à sa parole; on sut maintenant sa fermeté, son énergie, son autorité. Le grand professeur n'enseigne pas seulement; il gouverne. Il a la décision, le courage, les responsabilités de tous les gouvernants. Dans cette forte épreuve de l'homme tout entier, le caractère donne sa mesure comme l'esprit. Il en a été ainsi des hommes d'élite qui m'écoutent. Ainsi se montra entre tous Orfila.

C'était dans les premières années de la Restauration, quand les vives étincelles de libertés longtemps proscrites développaient parmi nous, à côté de biens immenses, cette flamme active mais inquiète dont nous ne devions que trop connaître les effets. Les écoles pouvaient-elles ne pas s'en ressentir? Les mouvements qui se succédèrent mirent en lumière chez Orfila les fortes qualités qui dans le professeur font connaître et respecter l'homme. Il se désignait ainsi lui-même, dans cette carrière glorieusement fournie, pour une carrière plus vaste et plus haute. Les événements la lui ouvrirent. Le gouvernement de 1830 l'appela successivement à l'honneur de faire partie du conseil général des hôpitaux et du conseil général de la Seine, de diriger la Faculté de Paris, de siéger dans le conseil royal de l'instruction publique, de

(1) Ce discours n'a pas été prononcé, M. de Salvandy s'étant trouvé trop fatigué et n'ayant pu attendre la fin de la cérémonie.

tenir particulièrement en main toutes les branches de l'enseignement médical, en même temps qu'il participait à la discussion et à la conduite de tous les intérêts généraux de l'enseignement public et de son organisation dans tout le royaume. C'est alors qu'il fut véritablement à sa place. Dans tous ses postes, il se montra immédiatement à la hauteur de ses nouveaux devoirs. L'étendue de l'esprit, la fermeté des vues, l'intelligence des moyens, la poursuite résolue des grands résultats, la résistance invariable aux passions de toute nature, la sagacité dans les règles à imposer, dans les institutions à établir, dans la discipline à maintenir et quelquefois à créer, toutes ces choses, qui sont l'âme et le génie de l'administration, se trouvèrent en lui éminentes. Il eut un mérite plus grand dont on peut juger aujourd'hui. Parmi tous les courants qui agitaient l'opinion publique, maîtresse souveraine de nos destinées, il se rangea invariablement, sans bruit comme sans faiblesse, du côté du pouvoir qui luttait avec courage pour défendre la société du péril de ses entraînements et les libertés elles-mêmes du péril de leurs excès. Dans le département ministériel où il avait une si grande place, les dépositaires successifs de l'autorité trouvèrent en lui la collaboration loyale, dévouée, fidèle du savant et de l'honnête homme. Ce département, dans la situation menacée où était le pays à son insu, avait une mission à part dans le travail commun du gouvernement. Il avait charge d'âmes sur la société; il devait porter le remède aux sources du mal. C'était aux esprits et aux âmes qu'il devait donner des forces contre les pentes fatales qui nous entraînaient. C'était par la jeunesse, par ses maîtres, par les institutions faites pour elle, par l'esprit dont elles seraient pénétrées qu'il devait, avec l'aide de Dieu, assurer l'avenir. Indépendamment des directions générales, on pensait que coordonner, étendre et honorer l'enseignement était un des moyens de le rendre à la fois plus fécond et plus salutaire. Orfila fut un ouvrier admirable de cet ensemble de travaux et de desseins. Faut-il dire ce qu'il fut notamment pour la vaste branche de service qui était plus particulièrement confiée à sa sollicitude et à ses lumières? L'enseignement médical et pharmaceutique dans tout le royaume, vous le savez comme moi, messieurs, vit partout pendant ces dix-huit années se multiplier les réformes, les améliorations, les réorganisations intelligentes, les créations utiles. Je ne fais que rendre à M. Orfila ce qui lui appartient en disant ici sur sa tombe, à l'égard de tous ces actes qui forment un code tout entier, qu'il fut le promoteur la plupart du temps, le conseiller et le régulateur toujours.

Mais nos écoles préparatoires, nos écoles de pharmacie, nos Facultés, nos cours libres, nos cliniques, nos amphithéâtres, toute cette forte constitution de l'enseignement médical, qui l'a placé si haut dans notre pays, n'était qu'une partie des devoirs de l'administration supérieure, qu'une partie des méditations et des veilles d'Orfila. Son esprit généralisateur suivait avec zèle l'administration dans une voie plus vaste, et souvent l'y devançait. Comment oublier toutes les vues qu'annonçait la *Caisse de prévoyance* dont il prit seul l'initiative, qui fut son honneur et son ouvrage? Le corps médical, par ses conditions d'études, par ses lumières, par ses services, et, ce qui vaut mieux, par son dévouement toujours charitable, souvent héroïque, est une part essentielle et considérable de la société française. Sa constitution importe aux intérêts les plus chers et les plus élevés de l'État. Le gouvernement et la législation devaient venir en aide à son organisation. Le corps lui-même avait le sentiment, exprimait le vœu de réformes profondes, d'améliorations étendues. Vous vous rappelez ces nombreuses assises, sous le nom de congrès spécial, qui présentèrent un spectacle nouveau, celui d'une délibération libre des intérêts communs, où domina la sagesse. Elle y domina au point que la voix du gouvernement, faisant connaître loyalement les résolutions auxquelles il était arrêté, rencontra, au milieu de la diversité des sentiments, la presque unanimité des adhésions. Ai-je besoin de dire qu'en cette grave conjoncture, comme en toute autre, le gouvernement trouva dans l'expérience et la sagesse d'Orfila sa force et sa lumière? Il eut la satisfaction de voir l'œuvre sortie de tant de travaux préliminaires auxquels il avait pris une si grande part passer avec succès par l'une des délibérations les plus solennelles, les plus prolongées, les plus éclatantes qui aient honoré les assemblées législatives sous la monarchie constitutionnelle... Il ne la vit pas arriver au terme de ces fortes épreuves. La monarchie constitutionnelle n'était déjà plus! Orfila, presque seul dans tout cet ordre d'enseignement et de travaux qu'il avaient illustré, fut entraîné dans sa ruine. C'est une distinction que sa mémoire peut accepter. Pour prix de l'adoption de la France, il l'avait servie avec fruit et avec éclat pendant dix-huit années laborieuses, prospères et libres.

La Faculté de médecine de Paris gardera éternellement son souvenir. La bonne discipline intérieure, l'intelligente sévérité des examens, le patient labeur des élèves, l'assiduité dévouée des maîtres, dont il donnait le modèle en même temps que le précepte, la bonne répartition des moyens infinis d'études réunis ou développés par sa vigilance infatigable, toutes ces choses qui sont l'œuvre et la gloire de tous, mais où sa main fut empreinte plus qu'aucune autre, seront des monuments de sa gloire, autant que ces autres monuments visibles et immortels qui entourent l'école ou la remplissent, et qui suffiraient seuls à léguer son nom à la reconnaissance des générations à venir.

D'autres travaux, d'autres créations ne permettront pas davantage que l'oubli atteigne ce nom respecté. Il y a des œuvres où sont consignés les progrès qu'il fit faire par lui-même à la science, et qui resteront autant que la science même. Il y a celles où il convia toute cette jeunesse, qui se presse sur son tombeau, à faire comme lui, à vivre soldats et martyrs de ces branches des connaissances humaines qui ont pour but, entre toutes les autres, l'étude et le service de l'humanité. Nos Facultés, nos écoles, nos cités perdront-elles jamais la mémoire de ces libéralités magnifiques qui semblaient ne devoir être qu'un acte de sa carrière, et qui en auront été le terme, comme si elle ne pouvait être plus dignement couronnée! On se demandait, je lui demandais moi-même, dans cet entretien si récent qui devait être le dernier, et qui est maintenant sacré pour moi, pourquoi il avait ajouté, de son vivant, à l'institution généreuse et excellente du musée Orfila, toutes ces riches et doctes fondations qui font de lui le Montyon des sciences médicales et de la santé publique. « Pourquoi? me dit-il. » Parce que j'aime la science et la jeunesse avec passion. Cette jeunesse, que j'ai fait travailler de mon mieux partout, tant que j'y ai » pu quelque chose, j'ai voulu lui tailler du travail *pour deux cents » ans!* et, quant à la science, convaincu qu'il y a de grands secrets à » approfondir dans l'organisation humaine, dans la cause et la nature » des affections qui abrègent ou flétrissent l'existence, j'ai voulu tracer » moi-même la route, avoir la perspective de diriger les premiers efforts, pour être sûr que d'autres feront après moi ce que je ne puis » pas demander à la Providence le temps d'accomplir. »

C'était son testament qu'il me dictait à mon insu! Le temps ne devait pas lui être laissé d'achever son ouvrage, de tracer les premiers programmes, de suivre de l'œil les premiers résultats. Il n'a pu que recueillir l'écho anticipé des bénédictions et des regrets qui resteront attachés à sa mémoire. La Providence, comptant les œuvres plus que les années, avait marqué les jours de cette vie si honorable et si remplie. Bien remplie, en effet; car, trop long pour cette enceinte, que de choses ce discours a omises! ses titres scientifiques véritables, ses œuvres charitables sans nombre, ses qualités attachantes et charmantes. L'homme d'intérieur, l'homme du monde, étaient accomplis en lui comme l'homme d'études, comme l'homme pratique, comme le serviteur de l'État, comme le grand organisateur; l'ami des arts, comme l'ami des pauvres; le gérant de l'assistance publique, comme le défenseur éclairé de l'ordre et des lois. Le saisissement douloureux de la société entière à la nouvelle inattendue qu'Orfila n'était plus, la douleur incomparable d'une famille digne de lui, d'une compagne qui mérita de faire le bonheur de sa vie, cet immense concours, ces regrets, ces larmes, sont un hommage qui vaut mieux pour sa mémoire que les honneurs qui vinrent le chercher. Il remplace ceux qui lui manquèrent. Maîtres illustres qui fûtes ses collaborateurs, ses amis et quelquefois ses élèves; élèves laborieux qui êtes ses légataires, et qu'on est heureux de voir se presser à ses funérailles, un seul mot convient à l'inconsolable affliction de ce moment et aux pensées religieuses de ce lieu : Faites honneur à son testament et imitez sa vie!

HOPITAL BEAUJON. — M. Sandras.

Vomissements incoercibles pendant la grossesse. — Avortement spontané. — Mort.

Clémentine P..., âgée de vingt-sept ans, entre à l'hôpital Beaujon le 15 février 1853, salle Sainte-Claire, n° 69. Cette femme, de taille moyenne, de complexion grêle et délicate, ne porte aucunes traces de scrofules. Elle a été réglée à quinze ans; les règles, abondantes et bien colorées, coulaient pendant huit jours. Un peu nerveuse et impressionnable, elle n'a cependant jamais eu d'attaque d'hystérie. Depuis quatre ans elle a quitté des habitudes tranquilles et sédentaires pour prendre la profession de domestique. Là, elle a éprouvé de grandes fatigues, qui ont un peu altéré sa constitution et amené des hémoptysies, sans autres symptômes graves du côté des organes respiratoires.

Il y a six mois et demi à peu près qu'elle est devenue enceinte pour la première fois.

Dès les premières semaines de la grossesse les vomissements se sont montrés; rares au début, ils sont bientôt devenus assez tenaces pour que l'estomac ne pût conserver que des aliments indigestes, comme la salade et quelques fruits, dont la malade composait presque exclusivement sa nourriture. Au bout de trois mois la diarrhée survint, et avec elle un grand amaigrissement. Le sommeil, incessamment troublé par des crampes d'estomac très pénibles, finit par disparaître complétement. Quelques douleurs névralgiques de la région de la tempe se sont dissipées sans laisser de traces.

Aucun traitement sérieux ne fut dirigé contre tous ces accidents.

A son entrée, le marasme est extrême et la figure profondément altérée. Les vomissements se montrent dès que la malade essaie d'ingérer la moindre parcelle d'aliments; ils ne contiennent, du reste, jamais de sang ni de matière noirâtre; parfois l'estomac conserve un peu de tisane vineuse mêlée à de l'eau de Seltz glacée. Diarrhée abondante, jamais sanguinolente; la langue reste humide, quoiqu'un peu rouge à la pointe. Le pouls, médiocrement accéléré, n'est remarquable que par son extrême faiblesse; les battements du cœur ne s'accompagnent d'aucun bruit anormal; quoiqu'il y ait de la toux et parfois des hémoptysies, l'auscultation du poumon ne dénote qu'un peu de faiblesse du murmure vésiculaire.

Le fond de l'utérus dépasse l'ombilic; la portion vaginale du col, gonflée et ramollie, n'offre guère que 2 centimètres et demi de hauteur. On sent parfaitement les mouvements actifs et passifs du produit, et on entend les battements du cœur, phénomènes qui coïncident parfaitement avec les renseignements donnés par la malade sur l'époque de la conception.

Le 16 et le 17 février, on essaie inutilement, pour arrêter les vomissements, les boissons gazeuses, la glace, la morphine appliquée à l'épigastre par la méthode endermique, tout échoue, et les aliments liquides ou solides sont rejetés avec persistance.

Déjà on se demandait, mais non sans hésitation, tant était grande la faiblesse de la malade, si l'on ne devait pas faire une dernière tentative et provoquer l'avortement, quand, le 17, à trois heures de l'après-midi, elle est prise des douleurs de l'enfantement. A cinq heures, elle mettait au monde un fœtus long de neuf pouces à peu près, qui n'a vécu que quelques instants. Pendant l'accouchement, il a fallu soutenir la malade à l'aide de boissons toniques qu'elle rejetait à moitié au milieu de violents efforts de vomissements; sa faiblesse extrême devint tellement inquiétante, qu'on eut un instant l'idée de recourir au forceps pour la délivrer plus promptement et prévenir une syncope mortelle.

La perte de sang fut aussi faible que possible, l'extraction du placenta se fit sans difficulté.

Le 19, l'altération des traits a encore augmenté; le hoquet et les vomissements continuent; toutefois, la malade a pu conserver un peu de bouillon mêlé à la glace et à l'eau de Seltz. L'écoulement lochial s'est établi; il est peu abondant; pas de fièvre ni de mouvement fluxionnaire vers les seins.

Les 20, 21 et 22, il y eut une amélioration croissante qui donna quelque lueur d'espoir; le hoquet et la diarrhée persistaient, il est vrai, mais les vomissements devenaient plus rares, et chaque jour l'estomac conservait sans peine un peu de bouillon ou de potage; il put même digérer un peu de poulet. Le pouls reprenait de la force, l'haleine était moins fétide.

Mais à partir du 23 toute amélioration cessa; la diarrhée, qui n'avait jamais complétement cédé, reparut plus intense que jamais, malgré l'emploi des opiacés et des astringents de toute sorte; les selles devinrent fétides et involontaires, le hoquet et les vomissements reparurent et s'accompagnèrent d'une violente douleur à la région épigastrique; les lèvres devinrent sèches et encroûtées, les dents fuligineuses, la langue rouge et fendillée. Toute alimentation fut impossible; la malade ne put même supporter l'eau de Seltz, sa boisson habituelle.

Elle succomba le 4 mars dans le dernier degré de marasme, après avoir offert un peu de fièvre et de délire pendant les deux derniers jours de sa vie.

L'autopsie fut faite 36 heures après la mort.

L'estomac était fortement revenu sur lui-même; il n'offrait que 8 centimètres de hauteur au niveau de la grosse tubérosité et 5 centimètres au niveau de la petite tubérosité; son diamètre transversal est de 15 centimètres. La muqueuse est tapissée d'un mucus jaune-verdâtre qui s'enlève facilement; elle offre du reste son apparence, sa coloration et sa consistance habituelles, sauf au niveau de la grosse tubérosité, où l'on rencontre quelques arborisations et quelques légères ecchymoses du tissu cellulaire sous-muqueux. L'intestin grêle est sain dans toute son étendue; on n'y rencontre ni rougeur ni ulcérations : il offrait deux invaginations, mais purement cadavériques, sans fausses membranes ni adhérences. Au niveau du cœcum la muqueuse est un peu épaissie et offre une teinte ardoisée très prononcée; mais, au niveau du côlon ascendant, elle reprend sa coloration normale, et c'est à peine si dans le reste du gros intestin on rencontre quelques follicules un peu hypertrophiés et quelques ecchymoses du tissu cellulaire sous-muqueux. Les ganglions mésentériques sont presque tous tuméfiés.

Les deux poumons, sains, rosés et crépitants dans leurs deux tiers inférieurs, sont légèrement engoués en arrière; quelques ganglions bronchiques sont infiltrés de matière noire. Le cœur est petit, ferme et résistant; intégrité parfaite de toutes les valvules; un caillot fibrineux remplit le ventricule droit. L'utérus n'est pas encore complétement revenu sur lui-même; ses parois, encore épaisses, laissent voir les sinus veineux parfaitement sains; la muqueuse seule est encore ramollie et laisse enlever par le grattage une pulpe rougeâtre.

Le cerveau et ses membranes n'offrent absolument rien d'anormal; il n'y a pas même de sérosité dans les ventricules.

Dans cette observation nous voyons coïncider avec le début de la grossesse des vomissements de nature purement nerveuse, ne se rattachant à aucune lésion organique, ainsi que l'a d'ailleurs démontré l'autopsie. Ces vomissements ont amené un affaiblissement extrême, et l'avortement spontané, survenu à six mois et demi, a été insuffisant pour prévenir la mort.

On pourrait rapprocher ce fait de ceux qui ont été cités en grand nombre par MM. Paul Dubois et Danyau, et qui prouvent jusqu'à l'évidence, malgré l'opinion de quelques auteurs, de quels accidents graves s'accompagnent les vomissements incoercibles de la grossesse. Mais ce que nous n'avons pas vu ici, comme dans les faits racontés par MM. Chomel, Robert Lee et Griolet, c'est la déplétion spontanée de l'utérus faisant cesser tous les accidents et amenant la guérison au moment où on désespérait des jours des malades; faut-il conclure que dans des cas analogues on devra rejeter l'avortement provoqué comme inutile et dangereux? Cette question est actuellement l'objet de trop de controverses pour que nous puissions hasarder une opinion; mais, dans le cas particulier qui nous occupe, doit-on établir une analogie absolue entre l'avortement survenu sous l'influence des secousses de vomissements chez un sujet affaibli et incapable de réaction, et un avortement qui aurait été provoqué en temps opportun avant l'épuisement complet de la malade, une fois qu'on aurait bien constaté l'imminence du danger et l'insuffisance des moyens thérapeutiques ordinaires?

L.-V. Marcé.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 15 mars 1853. — Présidence de M. Bérard.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'intérieur et du commerce accuse réception du rapport adopté par l'Académie dans la séance du 30 novembre dernier sur les épidémies relatées dans les comptes-rendus pour l'année 1851, et applaudit à la résolution qu'elle a prise de décerner, à partir de cette année, un certain nombre de médailles en récompense des preuves de zèle et d'instruction données par les médecins des épidémies et les médecins inspecteurs des eaux minérales.

— Le même ministre transmet à l'Académie un exemplaire d'une brochure de M. Buig, médecin inspecteur des eaux minérales d'Olette, sur cet établissement.

Emploi de l'ergotine dans la fièvre typhoïde.

M. Bonjean (de Chambéry) saisit l'occasion des fièvres typhoïdes qui règnent en ce moment à Paris et dans un grand nombre d'autres localités pour rappeler les bons effets que quelques médecins ont obtenus de l'emploi de l'ergotine dans les hémorrhagies qui se produisent dans le cours de la fièvre typhoïde.

Fièvres paludéennes.

M. le docteur Mouchet, de Bone (Algérie), adresse un travail sur les fièvres paludéennes endémiques de Bone.

Abolition des facultés vocales par un abcès du lobe antérieur du cerveau.

M. le docteur Rouis, médecin aide-major de 1re classe à l'hôpital militaire d'Aumale (Algérie), communique, par l'entremise de M. Bégin, une observation d'un cas d'abolition des facultés vocales chez un sujet atteint d'abcès du lobe antérieur de l'hémisphère cérébral gauche.

Cause du choléra.

M. Bernstein adresse une lettre sur le choléra, qu'il attribue à la présence d'un miasme dans l'atmosphère, etc.

Mort de M. Orfila.

M. le président annonce à l'Académie en quelques paroles bien senties la perte qu'elle vient de faire et que vient de faire avec elle tout le corps médical de France.

Le bureau a pensé que l'Académie ne pourrait mieux rendre hommage dans cette circonstance à la mémoire de M. Orfila qu'en suspendant ses travaux.

L'Académie en conséquence, après l'élection fixée à ce jour et après la lecture du discours prononcé par M. Dubois (d'Amiens) au nom de l'Académie sur la tombe de M. Orfila, a levé la séance.

Voici le résultat du scrutin :

Votants, 77; majorité, 38.

M. Requin a obtenu	48 voix.
M. Barth	11
M. Moreau	8
M. Sestier	5
M. Beau	4
M. Durand-Fardel	1

M. Requin est nommé; sa nomination sera soumise à l'approbation de S. M.

Le Secr.

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 33. — SAMEDI 19 MARS 1853. (26e ANNÉE.) N° 33. — SAMEDI 19 MARS 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

	Trois mois	Six mois	Un an
Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	8 fr. 50 c.	16 »	30 »
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	9 fr.	17	33
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	10 fr.	20	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Fièvre typhoïde. — Complications diverses.

Ainsi que nous l'avions prévu, l'élévation de la température et les beaux temps dont nous avons joui jusqu'au commencement de cette semaine, après les froids rigoureux du mois de février et du commencement de mars, ont amené une diminution dans le chiffre des malades et dans la mortalité.

Le nombre des entrées dans les hôpitaux est cependant encore assez considérable; le chiffre de la mortalité se maintient du huitième au dixième; de nombreuses complications se joignent à la forme épidémique, et il est à craindre que le refroidissement de la température depuis trois jours n'amène une recrudescence de l'épidémie elle-même.

Parmi les complications que nous avons remarquées, nous noterons des érysipèles assez nombreux, quelques cas de scarlatine, dont une entre autres a précédé la manifestation de la fièvre typhoïde et l'autre y a succédé; ce dernier fait existe dans le service de M. Andral à la Charité; le sujet est une jeune fille de dix-huit à vingt ans, convalescente de fièvre typhoïde et sur laquelle une éruption scarlatineuse abondante s'est manifestée ce matin, 17 mars. A la Pitié, dans le service de M. Gendrin, une varioloïde à forme grave s'est aussi déclarée chez un typhoïque. Enfin, une complication dangereuse, la stomatorrhagie, dont nous n'avons vu nulle part citer d'exemple, s'est montrée une fois dans le même hôpital (la Pitié), service de M. Grisolle.

M. le docteur Desmarres nous a signalé, en outre, comme s'étant présentée assez fréquemment (15 à 16 fois) à son observation pendant le cours de cette épidémie une affection grave des yeux, la fonte purulente de la cornée, dont il a triomphé le plus souvent par la saignée de l'œil et des scarifications sur la conjonctive.

Voici avec quelques détails le fait curieux de stomatorrhagie, et une note sur le ramollissement de la cornée.

Stomatorrhagie.—Complication de fièvre typhoïde. (Cas rare.)

Parmi les complications qui peuvent survenir dans le cours de la fièvre typhoïde, on cite sans cesse, et à juste titre, les hémorrhagies passives auxquelles les malades succombent fréquemment; mais les hémorrhagies dont il est question proviennent exclusivement des intestins ou des fosses nasales. Dans la fièvre typhoïde, en effet, on remarque du côté des surfaces tégumentaires internes ou externes une congestion signalée par l'injection de la peau, la rougeur des conjonctives, de la muqueuse nasale, et la bronchite légère qui existe presque constamment au début. Supposons cette congestion exagérée, ajoutons-y une plus grande fluidité du sang, due probablement à la diminution de la fibrine, et on comprendra la fréquence et la gravité des exsudations hémorrhagiques du côté des muqueuses. Mais, comme nous l'avons dit, ces hémorrhagies ne s'observent ordinairement que dans la muqueuse intestinale ou nasale. Les autres peuvent être considérées comme anormales.

C'est un cas de ce genre, très rare sans doute, qui nous suggère ces réflexions.

Il s'agit d'un malade couché dans le service de M. Grisolle, au n° 2 de la salle Saint-Michel. Cet homme, entré le 2 mars pour être traité d'une fièvre typhoïde, ne présentait rien d'anormal dans la marche de sa maladie, lorsque tout à coup, il y a cinq ou six jours, il fut pris par les gencives d'une hémorrhagie continue. Cette hémorrhagie, très considérable, a cédé enfin aux moyens de traitement appliqués par M. Grisolle : *glace dans la bouche, limonade sulfurique, vin de Bagnols, julep gommeux avec addition d'extrait de quinquina.* Mais le malade est tombé dans un état de débilité extrême. La surface tégumentaire externe est d'une pâleur qui se rapproche du blanc mat, les formes sont affaissées, les chairs flasques, la langue décolorée, quoique chaude et humide; les gencives présentent une teinte plombée qui rappelle celle des scorbutiques. Le malade éprouve des douleurs erratiques dans tout le corps. Pas de céphalalgie. La peau est chaude, sèche; le pouls à 112 pulsations environ, creux, dépressible, mais gardant encore une certaine énergie. Il faut ajouter à cette cachexie, portée, comme on le voit, à un assez haut degré, un dévoiement qui donne cinq à six selles liquides par jour. Pas de sang dans les selles.

Ce sujet, on le voit, est dans un état très alarmant pour l'issue de sa fièvre typhoïde; il est probable, malgré le régime tonique sur lequel on appuie fortement, que la terminaison sera fatale, activée par les déperditions continues qui se font du côté du tube digestif.

Ramollissement de la cornée pendant l'épidémie de fièvre typhoïde.

Ainsi que nous venons de le dire, M. Desmarres a remarqué dans le cours de l'épidémie actuelle un nombre assez considérable de ramollissements de la cornée.

Plusieurs de ces malades se présentent à la clinique du 16 mars; les uns sont en voie de guérison avec ou sans taches sur la membrane qui a été affectée; d'autres, atteints dès le début d'un ramollissement général très rapide, ont perdu entièrement l'œil.

Chez une femme de trente-six ans, d'une santé ordinairement bonne, prise tout à coup, en février, d'un ramollissement de la presque totalité de la cornée, un traitement général et local, et spécialement la compression permanente de l'œil, ont prévenu la dégénérescence staphylomateuse de l'organe.

Un homme de soixante ans, cordonnier, fut pris de la même manière et traité aussi par les antiphlogistiques et la compression. Sous l'influence de ces moyens, une cicatrice solide s'est établie et le staphylome a été évité.

Ces deux malades ont actuellement perdu la vue de ce côté; mais plus tard on pourrait avoir recours à l'opération de la pupille artificielle.

Nous avons vu encore un tailleur âgé de vingt-neuf ans, chez lequel la maladie, beaucoup moins grave, semble s'être arrêtée sous l'influence de la saignée de l'œil et de scarifications multipliées sur la conjonctive bulbaire dans le voisinage des abcès kératiques.

Un tourneur âgé de trente-neuf ans, demeurant rue Aumaire, a surtout fixé notre attention. Des abcès nombreux au pourtour de la cornée se sont arrêtés, puis ont disparu rapidement sous l'influence de ces mêmes scarifications plusieurs fois répétées.

Cette coïncidence de la fonte purulente de la cornée et de l'épidémie et le traitement employé avec succès par M. Desmarres nous ont paru devoir être signalés à l'attention des praticiens.

Nous croyons devoir aussi indiquer, en peu de mots, comme présentant de l'intérêt deux opérations de cataracte par extraction dans des cas tout à fait différents et une opération de pupille artificielle.

1° Extraction de cataracte sur un œil opéré autrefois de pupille artificielle.

Une femme vieille et chétive, âgée de soixante-six ans, a depuis longtemps l'œil droit atrophié; son œil gauche, portant en outre une large tache leucomateuse, a été opéré de pupille artificielle, il y a cinq ans, par M. Desmarres. La malade a pu se conduire et s'occuper pendant longtemps; mais depuis deux ou trois mois sa vue s'est graduellement affaiblie par la formation d'une cataracte lenticulaire assez dure.

Malgré la difficulté que présente l'extraction à cause de l'adhérence qui existe entre l'iris et la cornée, de la forme quadrilatère de la pupille artificielle et de l'inextensibilité de l'iris sur les parois de cette ouverture, M. Desmarres pratique l'incision de la cornée en haut et extrait la cataracte, qui est volumineuse, irrégulière et d'un jaune d'ambre remarquable. La plaie s'affronte bien et tout fait espérer un succès.

2° Extraction d'un cristallin tombé dans la chambre antérieure.

Le sujet est une femme de soixante ans, opérée de cataracte à l'aiguille par un praticien de la ville. Elle offre un noyau de cristallin tombé dans la chambre antérieure deux ans environ après l'opération.

Ce corps paraît assez dur, n'a tout au plus que 4 à 5 millimètres de diamètre, et occasionne une ophthalmie accompagnée de douleur.

Une ponction est faite à la cornée avec un couteau à cataracte ordinaire. Un petit lambeau est pratiqué sur cette membrane, portant à dessein sur la sclérotique, où il se perd, afin de faciliter l'extraction. Le chirurgien fait remarquer qu'en ponctionnant loin de la fibreuse, l'extraction de la cataracte deviendrait presque impossible, celle-ci allant se cacher en partie entre l'iris et la portion de cornée restée adhérente à la sclérotique.

Le noyau de cristallin a été facilement extrait à l'aide d'une curette, et la malade conduite à son lit les paupières rapprochées au moyen de taffetas d'Angleterre.

3° Opération de pupille artificielle.

Une vieille femme, ayant presque complètement perdu la vue à la suite d'une ophthalmie granuleuse, a subi cette opération sur l'œil droit.

L'œil gauche, atteint de taches disséminées sur la cornée, ne lui permet pas de se conduire; elle reconnaît seulement les objets qui l'entourent.

L'œil droit distingue le jour de la nuit et quelques objets volumineux, mais ne sert point à la malade. La cornée est tachée aussi, et la pupille, fixée sur la capsule, est fermée par une fausse membrane.

M. Desmarres pratique en bas une ponction sur la cornée, introduit des pinces dans la chambre antérieure, y saisit l'iris près de ses adhérences, les déchire en le ramenant en dehors de la plaie, où il est excisé. Une belle pupille artificielle triangulaire, du cinquième environ de la surface de l'iris, est le résultat de cette opération, que l'auteur a depuis longtemps décrite sous le nom de déchirement de l'iris.

Si les prévisions du chirurgien se réalisent, la vue sera rendue à la malade au moyen de l'opération pratiquée sur l'œil droit, sans qu'elle ait couru aucun risque de voir empirer son état, l'œil gauche n'ayant point été touché.

NOTA. — Ces trois malades, que nous avons revus aujourd'hui, 18 mars, vont tout à fait bien. Aucun accident ne s'est déclaré, et tout fait présager un heureux résultat.

Anévrisme de l'aorte abdominale.

Voici un autre fait non moins intéressant. Dans le service de M. le docteur Nonat, à la Pitié, au n° 31 de la salle Saint-Charles est couchée une femme d'assez forte constitution qui vint dans ce service au mois de novembre dernier pour y être traitée d'une affection utérine. Pendant son séjour, elle ressentit quelques douleurs intermittentes à l'épigastre, et un vésicatoire appliqué au creux de l'estomac lui procura du soulagement.

De retour chez elle, sa douleur épigastrique revint avec sentiment de battements prononcés. Les digestions étaient pénibles, les vomissements fréquents, les douleurs plus vives, et la malade rentra à l'hôpital.

Cette femme présente à l'épigastre, au-dessous de l'appendice xyphoïde, une tumeur dure, très douloureuse à la pression, qui donne de la matité quand on la percute; la main posée à plat en ce point éprouve une sensation d'impulsion très prononcée, se prolongeant un peu plus longtemps qu'une diastole artérielle ordinaire, et on perçoit en même temps un frémissement cataire.

L'auscultation fait entendre un battement simple coïncidant avec un frottement rude, que l'on ne peut suivre au delà de la tumeur en bas; ce bruit de frottement est périsystolique, c'est-à-dire qu'il se perçoit presque immédiatement après la systole du cœur. La malade étant placée sur son séant, si l'on ausculte en arrière au niveau de la tumeur, c'est-à-dire vers la douzième vertèbre dorsale ou la première lombaire, on perçoit le même bruit de frottement qu'en avant, mais avec peine, et il semble très éloigné et très diminué dans son énergie. Le cœur ne présente rien d'anormal; il n'y a pas de bruit de frottement dans les grosses artères.

La malade est prise par intermittence, au niveau de la tumeur, de douleurs extrêmement vives qui remontent le long de la poitrine du côté gauche et vont se faire sentir jusque dans l'épaule.

Ces symptômes ne peuvent évidemment pas se rapporter aux battements cœliaques qu'on rencontre souvent chez les femmes hystériques : il y a là maladie de l'aorte, et de l'aorte au moment où elle sort de l'anneau que lui forme le diaphragme vers le niveau de la douzième vertèbre dorsale ou de la première lombaire, quand elle s'incurve un peu vers la droite pour se placer tout à fait à la face antérieure de la colonne vertébrale. Tout porte à croire que nous avons affaire ici à un anévrisme vrai de l'aorte; comme cette artère plaquée contre la colonne vertébrale n'aura pu facilement se développer de ce côté, la dilatation se sera faite surtout aux dépens de sa paroi antérieure, ce qui la fait saillir en avant. Le tronc cœliaque est-il intéressé? C'est ce qu'il est difficile de déterminer.

Emploi de l'ergot de seigle et des injections très chaudes dans les hémorrhagies utérines.

Deux femmes couchées dans le service de M. le professeur Trousseau présentent des hémorrhagies dépendant, chez l'une, d'un carcinome utérin avancé, survenue, chez l'autre, à la suite d'une fausse couche, et déterminant des lipothymies fréquentes.

Chez ces deux femmes, l'ergot de seigle a été employé à la dose de 4 grammes; il a agi avec beaucoup plus de rapidité chez la femme affectée de cancer que chez l'autre. La première raconte qu'une demi-heure après son administration de violentes douleurs continues se sont déclarées, analogues à celles qui précèdent l'apparition des règles, et la perte s'est arrêtée au même instant.

Chez la seconde malade, la perte s'est arrêtée assez rapidement aussi, quoique un peu plus tard. Chez elle, M. Trousseau emploie concurremment avec l'ergot de seigle les injections vaginales d'eau simple à une température aussi élevée que possible. Voici l'idée physiologique qui a conduit cet honorable professeur à les mettre en pratique : Si l'on trempe ses mains, dit-il, pendant quelques minutes, l'une dans de l'eau à 40°, l'autre dans de l'eau à 0°, et qu'on les retire au bout d'un certain temps, on pourra constater qu'elles ont subi une réaction en sens opposé, celle plongée dans l'eau froide étant devenue chaude, le contraire ayant eu lieu pour celle qui a été plongée dans l'eau chaude; il en est de même pour l'utérus, où l'hémorrhagie pourra être arrêtée pendant un court espace de temps par l'application du froid, mais qui reparaîtra bientôt sous l'influence d'une réaction favorable à sa reproduction. Par l'application du calorique, on favorise bien, il est vrai, momentanément la congestion hémorrhagique; mais, au bout d'un certain temps, cette excitation en vertu de laquelle se produit l'hémorrhagie diminue, et celle-ci cesse faute de mouvement fluxionnaire.

Stéthoscopie. Bruit de cuir neuf. Explications diverses.

Un pneumonique actuellement en convalescence dans le service de M. le professeur Trousseau a présenté un signe stéthoscopique qui acquiert de l'importance dans certaines circonstances, et sur la valeur duquel les pathologistes ne sont pas d'accord; nous voulons parler du bruit de cuir neuf, bruit analogue à celui qu'on produit en marchant sur le parquet avec des chaussures neuves. Quelques praticiens y ont vu un gros râle sonore transmis à l'oreille par une portion indurée du poumon; d'autres l'ont attribué à de fausses membranes anciennes siégeant sur les plèvres et frottant l'une contre l'autre dans les mouvements respiratoires. Cette dernière opinion, on le voit, tendrait à faire admettre que ce signe dénote une affection ancienne.

Déjà M. Grisolle avait pu constater sur un malade mort dans son service, et qui présentait à l'auscultation un phénomène semblable, l'absence de fausses membranes anciennes. En auscultant ce malade on entendait distinctement le bruit de cuir neuf au niveau de l'hypocondre droit, point dans lequel le malade accusait une vive douleur. A l'autopsie, il fut constaté qu'il existait dans ce point, sur les feuillets séreux des surfaces convexes du foie et concaves du diaphragme, des fausses membranes molles, récentes, et qui, frottées après la mort, ne donnaient plus lieu au bruit particulier qu'elles avaient produit pendant la vie.

Chez le malade de M. Trousseau, le bruit de cuir neuf s'est fait entendre à l'auscultation le cinquième jour de la maladie; il eût donc été impossible de l'attribuer à une lésion ancienne. Sous l'influence de la pneumonie, une inflammation s'est développée dans les feuillets de la plèvre correspondant à la lésion pulmonaire, a donné lieu à la formation de fausses membranes molles, récentes, et leur frottement dans l'acte respiratoire a produit le bruit particulier que nous avons signalé.

Lithotritie chez un enfant de 29 mois.

M. Guersant fait tous les jeudis une leçon clinique et des opérations. Nous aurons soin de nous tenir au courant de ce service, dont la spécialité est d'un si grand intérêt. Voici dès aujourd'hui deux faits sur lesquels nous croyons devoir appeler l'attention.

Un enfant de 29 mois portant une pierre dans la vessie a été opéré par M. Guersant le jeudi 17 courant. Afin de s'assurer du volume de la pierre et de recourir immédiatement à la lithotritie si ce volume n'était pas trop considérable, M. Guersant a introduit dans la vessie un brise-pierre gradué à son extrémité externe et pouvant donner le volume du corps étranger d'une manière exacte. L'instrument a pénétré facilement, et, la pierre saisie, le chirurgien a constaté qu'elle avait 7 millimètres de diamètre et pouvait par conséquent être broyée avec succès. Les deux branches ont été rapprochées au moyen d'une vis de pression, et le bruit qu'a fait entendre la pierre en s'écrasant a pu être facilement perçu par les auditeurs.

M. Guersant, après avoir jugé que le broiement était complet, retira l'instrument, et reconnut la présence de nombreux fragments pulvérisés entre les mors de la pince. Un léger accident, indépendant de l'habileté du chirurgien, et qui n'aura probablement aucune influence fâcheuse sur le résultat de l'opération, a donné lieu à l'écoulement de quelques gouttelettes de sang; nous voulons parler d'une légère érosion de la muqueuse du canal produite par le froissement des deux mors de la pince incomplètement rapprochés. L'usage journalier de bains émollients et la tisane de chiendent miellée ont été prescrits au petit malade, et recommandation a été faite aux parents d'examiner les urines et de recueillir les fragments qui seront rendus.

Traitement des fractures chez les enfants rachitiques.

Dans le même service, salle Sainte-Thérèse, sont deux enfants de deux à cinq ans environ, d'apparence délicate, chétive, offrant des fractures de la cuisse, et qui sont traités tous deux sans appareil. M. Guersant s'explique à ce sujet de la manière suivante:

Chez les enfants qui ont une bonne constitution, les fractures guérissent en vingt ou vingt-cinq jours; mais lorsque la constitution est mauvaise, elles exigent beaucoup plus de temps pour se consolider. Chez les rachitiques, par exemple, il n'est pas rare d'attendre la guérison six mois, un an, et c'est seulement lorsque la maladie constitutionnelle a été modifiée avantageusement par un traitement approprié, l'huile de foie de morue, que la consolidation peut être obtenue. Le cal qui se forme dans cet intervalle est mou, et il serait inutile, nuisible même, de mettre les enfants dans un appareil gênant, qui déterminerait certainement des eschares et l'atrophie des muscles comprimés. Lorsque la constitution est améliorée, lorsque les mouvements que nous faisons exécuter aux fragments deviennent plus difficiles, ce qui veut dire que le cal a pris de la solidité, alors seulement nous enveloppons le membre d'un appareil, et la guérison s'obtient comme dans les cas de fracture ordinaire.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. Nélaton.

Sarcocèle. — Doutes sur l'opportunité de l'opération. — Ponction exploratrice. — Contre-indication à l'amputation du testicule.

Un homme de cinquante-deux ans, offrant l'apparence d'une mauvaise santé habituelle, un teint jaune, un amaigrissement assez considérable, raconte qu'il y a dix-huit mois, faisant un effort violent pour soulever un corps lourd, il ressentit une vive douleur dans la bourse droite. Cette douleur ne paraît pas avoir été suivie immédiatement d'ecchymose et de gonflement, et ce n'est que plus tard, environ six semaines après, que du gonflement a commencé à se montrer dans la partie. Il raconte qu'à cette époque, à la suite d'une forte contusion dans la partie causée par un éclat de bois qui vint frapper le testicule, les symptômes de la maladie actuelle ont commencé à prendre une certaine importance, et à partir de ce moment ils ont marché rapidement.

Actuellement il porte dans la bourse droite une tumeur allongée, volumineuse, étendue depuis l'anneau inguinal jusqu'au fond du scrotum, pouvant avoir 12 à 15 centimètres de longueur sur 6 de large. Les téguments qui l'enveloppent ont une apparence normale, ridés à la partie inférieure, lisses à la partie supérieure. La consistance est variable suivant qu'on l'examine dans sa partie inférieure ou supérieure. Inférieurement, le tissu est globuleux, dur, rappelant la consistance cartilagineuse, élastique, et présentant en arrière un bord anguleux, comme un cercle saillant. Dans la partie supérieure, au contraire, on trouve une fluctuation évidente. En faisant saillir fortement cette portion de la tumeur et l'examinant à contre-jour, on peut constater qu'elle est transparente. Le malade éprouve dans cette région des douleurs lancinantes; il dit également avoir observé des variations dans le volume de sa tumeur; mais je pense qu'à cet égard on ne saurait trop se méfier du dire des malades, et il arrive souvent que par un instinct de conservation ils prennent pour réels des changements imaginaires, uniquement parce qu'ils pensent qu'ils seraient favorables à la guérison.

Quelle est la nature de cette tumeur? Je pense que le diagnostic ne saurait être douteux en ce qui concerne la partie solide ou inférieure; c'est vraisemblablement une tumeur de mauvaise nature, et l'on peut donner à l'appui de cette opinion les caractères suivants :

Le rapide développement de la tumeur, qui date au plus de quinze mois; l'âge du sujet, son aspect général, la consistance de la tumeur. Le malade affirme, en outre, n'avoir jamais eu de maladie syphilitique.

La partie supérieure de la tumeur est formée par l'accumulation d'un liquide transparent; mais quelle est la cause qui a présidé à sa formation? J'ai cherché si, à l'aide du palper, en pressant assez fortement sur la tumeur liquide, je ne rencontrerais pas un corps résistant, et il m'a semblé, en effet, sentir quelque chose d'analogue au niveau de l'anneau inguinal externe.

A l'effet de m'assurer si la présence de cette dureté n'était pas due à une hernie épiploïque ancienne qui se serait entourée d'une atmosphère liquide, j'ai dû me livrer à une investigation qui peut mettre sur la voie dans les cas douteux. Sur un malade qui présentait évidemment une hernie épiploïque, j'ai cherché si, à l'aide du palper, on ne pourrait sentir à travers la paroi abdominale les brides épiploïques se dirigeant vers l'anneau inguinal interne pour faire suite à la hernie, et j'ai pu distinctement les sentir; je n'ai pu constater le même phénomène sur mon premier malade. On peut admettre que cette induration est due à une portion dégénérée du cordon, et se rendre compte dans ce cas de l'accumulation de liquide qui se serait formée consécutivement. Il pourrait se faire, à la rigueur, que cette accumulation de liquide fût due à une sorte d'appendice de la tunique vaginale; mais il faudrait supposer alors qu'une portion isolée de cette membrane aurait sécrété du liquide et se serait laissé distendre en un seul point par son accumulation.

J'ai adressé au malade différentes questions : si sa tumeur présentait plus de volume le soir que le matin; s'il se rappelait avoir eu autrefois des coliques, des vomissements; s'il avait porté un bandage? Ses réponses négatives et le résultat de l'exploration laissent peu de probabilité pour l'existence d'une hernie.

En palpant la région iliaque dans la direction du cordon, dans son trajet au-dessus du canal inguinal, je n'ai pu jusqu'à présent, dans les différentes recherches qui ont eu lieu, constater l'existence d'une altération.

Dans une circonstance pareille, et avant de pratiquer l'amputation du testicule, opération qui pourrait être au moins inutile si le cordon était altéré, je pense qu'il convient de s'assurer par tous les moyens possibles de la certitude du diagnostic; à cet effet, je commencerai par vider la tumeur liquide à l'aide d'une ponction, et, le liquide écoulé, il sera possible alors d'explorer plus convenablement le cordon.

Le malade ayant été amené, la ponction a été pratiquée, et a donné lieu à la sortie d'une quantité assez considérable de liquide séreux. L'affaissement des téguments de cette région a permis de constater que le cordon n'était pas altéré dans sa partie située au-dessous du canal inguinal; mais en palpant à travers la paroi abdominale, au-dessus de l'orifice interne de ce canal, M. Nélaton a pu sentir manifestement des masses ganglionaires tuméfiées. L'opération de l'ablation du testicule a été contre-indiquée par la présence de ces ganglions dégénérés, qui donneraient lieu certainement à une prompte rechute.

CLINIQUE ÉTRANGÈRE.

Sur l'hématocèle ou les kystes sanguins du cou,

Par M. le Dr Michaux, professeur à l'Université de Louvain (Belgique).

M. Michaux a communiqué à deux reprises différentes à l'Académie de médecine de Belgique une note sur cette maladie, à laquelle il donne le nom d'*hématocèle*, et qu'il distingue des autres tumeurs du cou. Nous croyons devoir publier en entier ce travail, dont l'importance ne saurait être contestée, et dont on affaiblirait l'intérêt en l'analysant. Les considérations et les recherches sur lesquelles s'appuie notre honorable confrère pour établir le diagnostic de ces tumeurs ne peuvent être écartées de la relation des faits qui viennent les corroborer. L'habile professeur de Louvain, déjà connu si avantageusement du monde médical, et dont nous avons dernièrement publié une lettre relative aux polypes naso-pharyngiens, ne peut que voir s'agrandir sa réputation par des recherches de cette valeur, et nous ne saurions trop l'engager à persévérer dans la voie de l'observation pratique et de la bonne chirurgie. Nous serons toujours heureux, pour notre part, de lui fournir l'appui de notre publicité.

De tout temps, dit M. Michaux, les chirurgiens se sont occupés des tumeurs du cou; la nature, le diagnostic et le traitement de ces tumeurs ont particulièrement fixé leur attention. Cependant leur histoire est loin d'être complète; aussi voyons-nous à chaque instant dans les journaux de médecine des articles sur ce sujet : la *Gazette médicale de Paris* a publié tout récemment un mémoire de M. M.-R. Philipeaux sur les goîtres, d'après les leçons de M. Bonnet, de Lyon; l'Académie de médecine de Paris vient de poser pour question de concours : *De l'anatomie pathologique des différentes espèces de goîtres, du traitement préservatif et curatif de cette maladie.*

Au concours de la Faculté de Paris pour la chaire de médecine opératoire, devenue vacante par la mort de Blandin, M. Voillemier eut pour sujet de thèse : *Des kystes du cou*. L'Académie s'est déjà occupée plusieurs fois du même sujet. Ainsi notre regrettable collègue De Lavacherie a écrit, sur l'extirpation des tumeurs du cou, un travail que vous avez jugé digne d'être inséré dans les mémoires de la Compagnie. Moi-même je vous ai communiqué deux faits d'ablation de tumeurs du cou, dont l'une était située entre l'artère carotide primitive et la veine jugulaire interne, et l'autre occupait la région parotidienne. Ces citations vous prouvent combien ce point de pathologie et de thérapeutique occupe en ce moment le monde chirurgical. Heureux si je puis avoir une minime part dans l'élucidation de cette question, en vous communiquant aujourd'hui une note sur une espèce de tumeur du cou dont on trouve à peine quelques notions dans les auteurs classiques, pas même dans la monographie de M. Voillemier. Je vais d'abord donner l'histoire de trois cas que j'ai eu occasion d'observer.

Obs. I. — Mme H..., âgée de soixante-huit ans, d'une faible constitution, portait depuis sa jeunesse un goître. Elle était très sujette à des bronchites et à des épistaxis; ceux-ci cessèrent complètement pendant le cours de sa dernière maladie.

En 1848, on lui fit remarquer sur le côté gauche du goître une grosseur que l'on prit d'abord pour une augmentation d'embonpoint. Cette tumeur acquit insensiblement un volume assez considérable pour amener de la gêne dans l'acte de la déglutition et dans la respiration, au point qu'elle eut à plusieurs reprises des menaces de suffocation et des défaillances.

Au mois d'octobre 1849, la famille pria M. le professeur Hubert de voir Mme H... Ce collègue, qui connaissait le goître depuis longtemps, ne le trouva pas augmenté de volume; mais à gauche il en partait une tumeur du volume de deux poings, qui était comme déprimée par le muscle sterno-cléido-mastoïdien, lequel semblait la partager en deux lobes; lobes rénitents, plus mous que le goître et siége d'une fluctuation obscure, ce qui lui donna l'idée d'un kyste.

M. Hubert, pensant qu'une ponction, en levant l'obstacle à la déglutition et à la respiration, pourrait soulager, au moins momentanément, et prolonger l'existence, engagea les intéressés à me consulter. Nous vîmes la malade ensemble et je partageai entièrement l'avis de mon confrère. Nous fîmes, le 16 octobre, avec un trocart à hydrocèle, une ponction, qui laissa couler cinq à six onces d'un sang noir, un peu louche, et ne se coagulant que très imparfaitement, ayant du reste tous les caractères du sang veineux. La tumeur se reproduisit presque immédiatement, et le lendemain son volume était plus considérable que la veille, quoiqu'elle eût été continuellement recouverte de fomentations froides. Elle devint rouge, tendue, douloureuse, en un mot elle s'enflamma. Nous appliquâmes alors des cataplasmes émollients; l'inflammation marcha assez lentement.

Le 10 novembre, la tumeur était le siége d'un gargouillement, ce qui nous annonça l'altération du sang qu'elle contenait. Nous fûmes obligés de recourir au moyen que nous avions remis jusqu'alors, redoutant les effets du contact de l'air sur le sac, nous fûmes obligés, dis-je, d'ouvrir largement le sac; nous le vidâmes du sang qu'il contenait, et nous le remplîmes de boulettes de charpie. Il est à remarquer que nous trouvâmes un sac rempli d'un sang altéré, et dans lequel il n'y avait pas la moindre apparence de tissu aréolaire, spongieux, ni parenchymateux. C'était un véritable sac sanguin, tout à fait semblable aux sacs anévrismatiques.

Le 11, je promenai dans le sac un crayon d'azotate d'argent, et j'imbibai les boulettes de vin aromatique. Jusqu'au 16 novembre, il n'arriva rien de remarquable dans l'état de Mme H...; on pouvait même espérer une heureuse terminaison, car l'appétit était revenu, les forces augmentaient; cependant, il y avait un suintement continuel de sang veineux.

Tout à coup, sans cause connue, le 17 novembre à onze heures du matin, Mme H... éprouva un violent frisson, suivi de chaleur et de sueur, et qui se répéta le 18 et le 19, en diminuant d'intensité. La suppuration sanguinolente devint plus fétide et plus liquide, ce qui fit penser aux personnes qui soignaient la malade que la sécrétion séro-sanguinolente était devenue plus abondante.

La bronchite augmenta, la respiration s'embarrassa, les forces diminuèrent insensiblement, et le 19 novembre dans la soirée Mme H... succomba à une affection purulente. La famille ne nous permit pas de faire l'autopsie.

Obs. II. — Marie-Élisabeth Verhelst, âgée de trente-huit ans, mère de trois enfants, née à Tildonck, domiciliée à Wespelaer, d'un tempérament lymphatique, à une bonne constitution physique.

Son père est mort phthisique, sa mère, ses frères et ses sœurs jouissent d'une bonne santé. Aucun membre de la famille n'a eu une maladie semblable à la sienne. Elle s'est toujours bien portée; seulement à l'âge de vingt trois ans elle eut une pleurésie.

En 1844, après l'une de ses couches, on lui fit remarquer qu'elle avait sur le côté droit de la gorge une tumeur qui pouvait être grosse comme un œuf de poule, et dont le volume était variable, quoique ayant une marche progressive. Elle paraissait à la malade assez dure et était tout à fait indolente. Après six années d'existence elle commença à gêner la respiration, ce qui engagea la malade à consulter M. le docteur Sweron, de Haecht, qui me l'adressa.

Voici les symptômes que j'ai recueillis le 28 octobre 1850 :

Il existe sur le côté droit des voies aériennes une tumeur du volume

de deux poings, bien circonscrite, lisse, assez dure, peu fluctuante, nullement dépressible, indolente, n'étant le siége d'aucun battement, suivant les mouvements du larynx dans l'acte de la déglutition. Les voies aériennes sont repoussées à gauche; l'artère carotide et la veine jugulaire interne se trouvent au côté postérieur de la tumeur.

Cette femme, interrogée sur la cause de son mal, répond qu'elle soupçonne que son développement est dû au travail de l'accouchement; cependant elle ne donne cette cause que sous la forme de doute.

Elle jouit du reste d'une bonne santé; elle n'éprouve ni pesanteur, ni douleur à la tête, elle ne tousse pas; seulement la respiration est un peu gênée.

Pour m'assurer de la nature de la tumeur, je fis une ponction exploratrice avec un trocart fin; je retirai un liquide noir, ressemblant à une décoction de café. Croyant avoir affaire à un kyste contenant de la sérosité sanguinolente, j'engageai Marie Verhelst à rester à l'hôpital pour y être opérée; elle ne voulut à aucun prix accepter cette proposition. Je lui offris alors de l'opérer à ma consultation gratuite et je lui promis de la laisser retourner dans son ménage immédiatement après l'opération. Elle revint le 30 octobre. Je fis à la partie inférieure de la tumeur une incision d'un pouce, par laquelle il s'écoula d'abord du sang liquide altéré; puis le sac étant vidé, il sortit par la plaie du sang artériel. Voulant m'assurer d'où ce dernier liquide venait, j'introduisis le doigt dans le sac et je tombai dans une cavité tout à fait vide, ne contenant aucune apparence de tissu spongieux. Je plaçai une mèche dans l'ouverture; bientôt du sang s'accumula et la tumeur reprit sous mes yeux et ceux de mes élèves à peu près le volume qu'elle avait avant son incision. Je fis un pansement aussi compressif que la région me le permettait, et j'engageai de nouveau la femme à rester quelques jours à l'hôpital, car je craignais une hémorrhagie; elle ne voulut pas y consentir. Je la fis surveiller pendant plusieurs heures par mon élève interne; je lui recommandai de venir se montrer aussitôt qu'elle pourrait, et je lui remis une lettre pour M le docteur Sweron, dans laquelle j'exprimais à ce confrère mes craintes de la possibilité d'une hémorrhagie et d'autres accidents, et lui donnai mon avis sur les moyens propres à les prévenir et à les combattre. Je restai plus de six mois sans avoir des nouvelles de cette opérée. M. Sweron me fit savoir par un de mes élèves qu'elle était guérie, après avoir été dangereusement malade. J'en écrivis à mon confrère d'Haecht, qui me fit connaître dans une lettre du 18 décembre 1851 ce qui s'était passé à la suite de l'opération.

Le 31 octobre, peu de réaction; pas de changement de volume ni de la douleur dans la tumeur; il s'en écoule de la sérosité sanguinolente très abondante et contenant des caillots de sang.

Le 1er et le 2 novembre, même état.

Le 3, le liquide qui sort le long de la mèche est fétide et purulent.

Le 5, la mèche est retirée, et il sort du kyste un litre au moins de sang altéré, mêlé de pus.

Les 6 et 7, la malade se sent très faible; elle est obligée de garder le lit; elle a de la fièvre.

Le 8, céphalalgie et fièvre intenses; délire, stupeur et prostration; pas de changement dans la tumeur. M. le docteur Sweron, pensant que ces symptômes étaient dus aux mauvaises conditions hygiéniques dont la malade était entourée, la plaça dans un air plus pur, la fit tenir dans un grand état de propreté et ordonna de lui donner en abondance des boissons rafraîchissantes. Il fit des injections iodées dans le sac, ce qui rendit la suppuration de meilleure nature et la diminua de quantité.

Le délire et la stupeur se dissipèrent insensiblement, et le 17 novembre la patiente reprit la raison. Elle nous raconte qu'à cette date elle était très maigre et très faible, qu'elle avait des points de côté, que la respiration était gênée et courte, qu'elle toussait et crachait, qu'elle éprouvait des frissons suivis de chaleur et de sueurs abondantes. Tous ces symptômes ne doivent-ils pas être rapportés à une infection purulente ou putride?

Cependant, l'état général s'améliora très lentement; l'appétit revint; Marie reprit ses forces, et, après un laps de temps de cinq mois, sa santé était entièrement rétablie.

La suppuration a aussi diminué insensiblement, et deux mois après l'opération l'ouverture du kyste était fermée.

Le 16 décembre 1851, la femme Verhelst vint se faire voir à ma consultation gratuite; je pus constater, ainsi que mes élèves, que sa santé était très bonne. Il existe sur le côté droit de la trachée un léger engorgement assez dur qui suit les mouvements du larynx. Cette petite tumeur n'est rien autre chose que le sac oblitéré. On remarque au-dessous de cet engorgement une petite cicatrice enfoncée résultant de l'incision qui a été pratiquée pour ouvrir le kyste. Les voies aériennes ont repris leur position normale.

Obs. III. — Isabelle Verscheuren, âgée de trente et un ans, née à Keerbergen, domiciliée à Reymenam, célibataire, d'un tempérament lymphatique, d'une constitution physique moyenne, appartient à une famille dont aucun membre n'a eu de maladie semblable à la sienne. Elle eut vers l'âge de six ans une fièvre intermittente qui dura un an et qui se renouvela il y a trois ans.

L'affection pour laquelle cette fille est venue me consulter est une tumeur occupant la région antéro-latérale du cou. Elle avait appris que j'avais enlevé avec succès une tumeur pareille, et c'est dans l'espoir d'obtenir un même résultat qu'elle s'est adressée à moi le 2 novembre 1851. A l'âge de quatorze ans, Isabelle Verscheuren, montée sur une chaise, tomba sur l'angle d'une table; le choc fut assez violent pour casser celle-ci. Le coup porta au-dessous de l'oreille, derrière la mâchoire inférieure; cependant il n'en résulta ni blessure, ni douleur, ni gonflement, ni ecchymose.

Il y a environ quatorze ans (deux ans après sa chute), cette fille s'aperçut qu'il existait à deux travers de doigt au-dessous de l'apophyse mastoïde, derrière le bord postérieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien, une tumeur indolente, du volume d'une noisette et à surface égale. Elle ignore si elle était mobile. Cette tumeur augmenta insensiblement et régulièrement de volume, sans présenter une période d'une plus forte croissance. Sa consistance a toujours été la même depuis son origine jusqu'à ce jour. Elle est indolente, excepté lorsque la malade reste longtemps la tête baissée : alors il s'y manifeste un peu de douleur. C'est seulement depuis six ans qu'elle a commencé à dévier le larynx; elle ne gêne pas les mouvements du cou. La malade, interrogée différentes fois, assure que la tumeur s'est montrée d'abord au-dessous de l'oreille et qu'elle est arrivée insensiblement à la partie antérieure du cou.

Isabelle fit pour tout remède des frictions avec une pommade que lui avait donnée un pharmacien de Malines. Ce moyen parut faire diminuer la tumeur; cependant son usage ne fut pas continué, parce qu'il produisait des maux de gorge.

Aujourd'hui, la tumeur occupe toute la partie latérale et antérieure du cou; en haut, elle s'étend depuis la nuque jusqu'au muscle masséter, en passant sous le pavillon de l'oreille; en bas, elle va du bord antérieur du muscle trapèze jusqu'à la fourchette du sternum. Son diamètre vertical est de 22 centimètres; le transversal, en bas, est de 27 centimètres et demi, et vis-à-vis de l'angle de la mâchoire, de 17 centimètres et demi.

La peau qui la recouvre est tout à fait saine; on remarque plusieurs veines sous-cutanées dilatées, qui en s'anastomosant forment une espèce de sinus à la partie inférieure de la tumeur; celle-ci est élastique, un peu plus molle à sa base, mais ne présentant pas une véritable fluctuation. Au palper, on reconnaît qu'elle est mamelonnée, que sa pesanteur n'est pas considérable relativement à son volume, qu'elle est bien circonscrite et qu'elle n'est pas très adhérente aux parties voisines. En la tiraillant en arrière, le muscle sterno-cléido-mastoïdien se dessine sur son bord antérieur, et en dedans de celui-ci on voit et on sent battre l'artère carotide primitive, qui est cordonneuse, mais ne présente aucune nodosité. L'artère carotide externe, probablement, longe transversalement la partie supérieure de la tumeur; celle-ci ne présente aucun battement autre que les pulsations de la carotide; elle n'est le siége d'aucun bruit. La compression de la carotide n'a aucune influence sur son volume. Les voies aériennes sont déviées à gauche. La santé générale d'Isabelle Verscheuren est bonne; la respiration et la déglutition ne sont pas gênées. Un examen scrupuleux de toutes les régions du corps ne fait découvrir aucune autre affection que la tumeur du cou.

Le 22 novembre, mes collègues MM. Craninx, Hairion, Haan et Van Kempen voulurent bien se réunir à l'hôpital pour examiner avec moi cette tumeur et pour m'aider à en faire l'extirpation s'il y avait lieu. Je fis une ponction exploratrice dans le but de nous assurer de la nature de la tumeur. Je m'aperçus de suite que je tombais dans une cavité libre; je retirai le poinçon du trocart et rien ne sortit d'abord par la canule. J'introduisis dans celle-ci un stylet, et bientôt il sortit du sang assez épais, rouge-vermeil, ayant tous les caractères du sang artériel. Pour mieux nous assurer de la nature de la tumeur, je fis dans un autre point une seconde ponction, qui donna le même résultat que la première; on aurait même dit que l'écoulement du sang était un peu saccadé.

Mes collègues et moi nous décidâmes qu'il fallait mûrement réfléchir avant d'entreprendre une opération pour guérir cette tumeur.

L'ouverture pratiquée par la ponction fut fermée avec un emplâtre adhésif, la tumeur fut recouverte de fomentations froides et la malade mise à la diète dans le but de prévenir l'inflammation.

Neuf jours après la ponction, Isabelle Verscheuren me demanda de retourner dans son village en me promettant de revenir quand je le jugerais à propos; j'accédai d'autant plus volontiers à sa demande que dans ce moment la constitution médicale de l'hôpital était défavorable : la plupart des blessés y mouraient d'infection purulente.

Isabelle Verscheuren quitta donc l'hôpital le 29 novembre : elle fut indisposée pendant quelques jours après son retour, ce qu'elle attribua à un refroidissement qu'elle avait éprouvé en faisant le voyage.

Vers le milieu du mois de décembre, la tumeur s'enflamma, et au commencement du mois de janvier elle s'ouvrit dans le point où l'on avait fait la ponction. Cette ouverture laissa couler après un dessus de tasse d'un pus bien élaboré; bientôt les symptômes d'inflammation cessèrent, la suppuration diminua insensiblement, et au commencement du mois de mars l'ouverture se ferma. Il est à remarquer que, pendant tout le temps que du pus s'est écoulé, la tumeur a à peine diminué de volume. Il est probable que l'inflammation et la suppuration avaient leur siége entre la peau et le sac, et que ce n'était pas de cette dernière cavité que venait le liquide. Toutefois la tumeur a augmenté de volume depuis que la malade a quitté l'hôpital.

Les trois observations que je viens de lire appartiennent sans aucun doute à des tumeurs sanguines. Les tumeurs de l'espèce qui peuvent se rencontrer au cou sont les anévrismes, les tumeurs érectiles, le goître vasculaire et le fongus hématode. On conçoit aussi la possibilité d'un épanchement de sang dans la bourse muqueuse qui se trouve sur l'angle du cartilage thyroïde; mais une tumeur de cette nature, étant ouverte, ne donnerait pas lieu à une hémorrhagie.

En analysant les symptômes des trois cas que j'ai observés, j'ai conclu que ces tumeurs n'étaient ni anévrismatiques, ni érectiles, ni un goître vasculaire. En effet, elles n'étaient le siége d'aucun battement, d'aucun bruit; la compression des artères carotides n'a pas paru avoir de l'influence sur leur volume; ouvertes, elles étaient composées d'un sac rempli de sang sans qu'il y eût dans sa cavité la moindre apparence d'une tumeur spongieuse aréolaire, ni des paquets artériels ou veineux.

Les fongus hématodes, dit Dupuytren (*Leçons orales*), sont dans quelques circonstances situés au fond d'un kyste plus ou moins vaste et rempli quelquefois d'une très grande quantité de sérosité qui en impose au premier abord sur la nature du mal. Les kystes qui compliquent le cancer doivent être plus souvent hématiques que séreux. Dans l'une des deux observations citées par Dupuytren, et où l'erreur fut commise, le kyste contenait du sang; aussi les Anglais décrivent sous le nom de fongus hématode le cancer encéphaloïde très vasculaire dans lequel il s'est fait des hémorrhagies apoplectiformes.

Le fongus hématode est de toutes les maladies celle avec laquelle on peut le plus facilement confondre l'hématocèle du cou; je citerai un exemple qui démontre combien il est quelquefois difficile d'éviter l'erreur.

Obs. IV. — Jean-Baptiste Aendonck, âgé de quarante-neuf ans, né et domicilié à Malines, d'un tempérament lymphatico-sanguin, d'une constitution physique bonne, nous déclare qu'aucun membre de sa famille n'a eu de maladie semblable à celle dont il est atteint, et qu'il n'a jamais eu d'autre mal que celui pour lequel il réclame des soins.

Il y a environ six ans, il s'aperçut, en faisant sa barbe, qu'il avait dans la région antérieure et moyenne du cou, à deux centimètres au-dessous du cartilage thyroïde, une petite tumeur, qu'il examina, dit-il, attentivement. Elle avait alors le volume d'un gros pois, était arrondie, d'une consistance assez dure; sa surface était lisse et polie : elle était tout à fait mobile, roulait sous la peau. Dès ce moment Aendonck fut inquiet sur la nature de cette tumeur; il l'examinait, la palpait tous les jours, et il remarquait qu'elle augmentait insensiblement de volume. Cette augmentation se faisait de haut en bas, comme si elle obéissait aux lois de la pesanteur. Deux mois après sa naissance, elle était grosse comme un œuf de poule, et sa consistance avait un peu diminué. Sur les conseils de sa femme, il appliqua pendant deux jours force cataplasmes de farine de lin sur la tumeur; celle-ci s'ouvrit, et il en sortit un liquide jaune-verdâtre, mêlé de sang et contenant des grumeaux que le malade compare à de gros grains de sable. L'ouverture se ferma au bout de quelques jours, et Aendonck se crut guéri. Sa joie fut de courte durée; la tumeur reparut bientôt, et elle augmenta de volume lentement, mais d'une manière progressive, de sorte qu'au bout d'un an et demi elle était trois fois aussi grosse que la première. Elle fut vidée par les mêmes moyens que précédemment; l'ouverture se ferma, et il resta une poche flasque et plissée qui se remplit bientôt de bas en haut, à la manière d'une hydrocèle. Deux ans après cette seconde évacuation, la tumeur avait acquis un volume beaucoup plus considérable. Elle s'ouvrit une troisième fois en 1849 pour ne plus se fermer; il s'en écoula chaque jour une petite quantité d'un liquide sanguinolent, ce qui n'empêcha pas la tumeur de se reproduire pour prendre un volume plus considérable : ainsi elle descendit jusqu'à la moitié interne de la clavicule droite. Il se développa à gauche une seconde tumeur.

Aendonck entra à l'hôpital St-Pierre de Louvain le 23 juin 1851. Voici quel était alors son état : on remarque au cou deux tumeurs réunies. La plus petite, située sur la ligne médiane, à deux centimètres environ au-dessous du cartilage thyroïde, longue de huit à dix centimètres, large de trois centimètres; recouvre le cartilage cricoïde; oblongue, ovoïde, elle ressemble assez bien à une petite hydrocèle de la tunique vaginale. L'autre tumeur, beaucoup plus grosse, pouvant être comparée, sous le rapport de son volume, à une tête d'un fœtus à terme, occupe la moitié latérale droite du cou; elle naît au même niveau que la première et descend jusqu'au sternum et à la moitié interne de la clavicule; elle est divisée en deux lobes par le muscle sterno-cléido-mastoïdien, qui est aminci dans toute la portion correspondant à la tumeur et saillant à son point d'insertion supérieure. La peau qui recouvre ces tumeurs n'a pas changé de couleur, et est assez tendue. Les veines superficielles ne sont guère plus développées sur les tumeurs qu'ailleurs; au-dessous de celles-ci, elles sont dilatées et flexueuses. Par la palpation, on reconnaît que ces tumeurs sont lisses, fluctuantes et ne présentent aucun battement. L'auscultation n'y fait rien entendre. Dans l'angle rentrant, où se réunissent les deux tumeurs, il y a une petite ouverture fistuleuse dont il sort, en vingt-quatre heures, la quantité d'un verre à liqueur d'un liquide très sanguinolent; on voit aussi les deux cicatrices qui résultent des ouvertures par lesquelles la tumeur s'est vidée antérieurement. Aendonck dit n'avoir jamais ressenti de douleur dans les tumeurs. Aucun ganglion lymphatique du cou ou de l'aisselle n'est engorgé. Tous les mouvements du cou sont faciles. La déglutition et la respiration sont un peu gênées. Quand l'air atmosphérique est humide, il y a un peu de dyspnée. La nutrition se fait bien. L'embonpoint est conservé. Le sujet n'a guère perdu de ses forces; cependant son teint est un peu jaune.

Je crus avoir affaire à un kyste séreux biloculaire du corps thyroïde. La tumeur me paraissait trop volumineuse pour être opérée immédiatement; je voulais la réduire à un moindre volume par des ponctions successives avant d'en venir à une méthode qui devait amener une cure radicale.

Le 30 juin, je fis une ponction avec un trocart ordinaire; je retirai environ un litre de sang altéré. Une demi-heure après la ponction, la tumeur avait à peu près repris tout son volume.

Le 1er juillet, il y eut par la ponction une hémorrhagie que mon interne, M. Van Diest, arrêta en fermant l'ouverture avec un point de suture entrecoupée.

Le 2, le sac était rempli, et l'hémorrhagie se reproduisit; l'interne la fit cesser en appliquant un point de suture entortillée.

Le 4, la tumeur est plus volumineuse; elle est rouge, chaude, douloureuse. Aendonck se plaint de lassitude, d'un peu de dyspnée, et il y a de la fièvre. Je prescris des fomentations continues d'eau froide.

Le 5, l'inflammation du kyste et la fièvre ont diminué. La nuit du 5 au 6, insomnie complète. Dans la journée du 6, l'interne est obligé d'appliquer une seconde épingle pour empêcher l'écoulement du sang qui devenait trop considérable.

Le 7, la tumeur est très tendue; la peau qui la recouvre est ecchymosée et amincie; le tissu cellulaire sous-cutané de la paroi antérieure de la poitrine est œdématié; il y a de la fièvre; la dyspnée a empêché le malade de dormir et l'oblige à s'asseoir. En présence des symptômes non équivoques d'inflammation terminée par suppuration, je pris le parti d'ouvrir largement la tumeur par plusieurs incisions : du sang pur et liquide s'échappa d'abord. J'enlevai de la poche des caillots d'un sang altéré mêlé de pus, répandant une odeur repoussante. En explorant le sac, je reconnus que les voies aériennes le traversaient et que le sang sortait derrière la trachée. Je fis la ligature des petits vaisseaux intéressés par les incisions de la peau, et je remplis la poche avec des boulettes de charpie chargée de poudre de colophane et d'alun, en évitant toutefois de comprimer la trachée-artère.

Dans la journée, la sérosité sanguinolente s'écoula en assez grande abondance à travers les pièces d'appareil. Aendonck n'accusait aucune douleur; seulement, chaque fois qu'il buvait il survenait une toux convulsive, suivie de l'expulsion de crachats blancs aérés. Vers le soir, la respiration s'embarrassa davantage, devint bruyante et très accélérée; la fièvre augmenta, la face se congestionna. L'interne pratiqua une saignée du bras de huit à dix onces, et appliqua des sinapismes sur les membres inférieurs. Ces moyens soulagèrent beaucoup le malade, qui reposa un peu la nuit.

Le 8, à cinq heures du matin, la respiration devint beaucoup plus gênée; la circulation se ralentit de plus en plus. Aendonck mourut presque subitement.

A l'autopsie, je trouvai un vaste kyste à plusieurs compartiments qui renfermait dans son fond, entre la trachée-artère et l'œsophage, de la matière encéphaloïde; on ne voyait plus de traces du corps thyroïde. Cet homme a donc succombé à un fongus hématode de cette glande.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 14 mars 1853. — Présidence de M. de Jussieu.

Paralysie partielle.

M. Jobert (de Lamballe) communique une observation sous ce titre: *Périostite vertébrale cervicale. Compression latérale du côté gauche de la portion cervicale de la moelle. Paralysie directe. Cessation de la paralysie par l'ouverture de l'abcès. Mort prompte par la compression de l'extrémité céphalique de la moelle épinière.*

Sterner (Catherine), âgée de vingt-quatre ans, domestique, est entrée à l'Hôtel-Dieu le 15 janvier 1853; elle paraît bien constituée, est d'une taille moyenne et d'un tempérament lymphatique.

Il y a au moins un an que cette malade se plaignait de douleurs dans le cou et d'une gêne dans les mouvements de flexion et d'extension de la tête. Ces souffrances allèrent en augmentant, les ganglions cervicaux s'engorgèrent. D'abord isolés et mobiles, ils se sont groupés et soudés entre eux dans l'espace de deux mois. L'aggravation de ces symptômes fut bientôt suivie d'une plus grande gêne dans les mouvements de la tête, et c'est alors qu'on vit paraître une tumeur volumineuse sur la partie latérale gauche du cou.

Plusieurs mois avant son entrée à l'Hôtel-Dieu, elle ressentit des fourmillements dans le bras gauche, et peu à peu se dessinèrent tous les symptômes de la paralysie de ce membre. Cette paralysie la força à entrer dans un hôpital, où elle reçut les premiers secours de la chirurgie.

Le chirurgien de cet établissement fit cesser la compression par l'ouverture de l'abcès. La plaie resta fistuleuse; les douleurs du cou ne cessèrent pas, et les mouvements demeurèrent difficiles. En sortant du premier hôpital, après six semaines de séjour, elle entra à l'Hôtel-Dieu, où elle succomba à de nouveaux symptômes de compression de la moelle épinière.

Voici dans quel état se trouvait la malade le 16 janvier :

1° Elle était d'un pâleur extrême et anémique ;

2° Elle portait au côté gauche du cou une tumeur volumineuse, tendue, chaude, rouge-violacé, présentant une petite ouverture fistuleuse ;

3° La déglutition est normale ;

4° Les mouvements de rotation de la tête sur l'axis sont abolis ;

5° La flexion et l'extension sont très douloureuses et presque impossibles ;

6° Des douleurs lancinantes profondes et une céphalalgie intense accablent la malade ; elle est sous l'influence d'un mouvement fébrile.

Comme on le voit, la situation était alarmante, et je m'efforçai de combattre les accidents par une médication locale et générale. C'est pour faire cesser l'inflammation et vider le foyer que je fis une large incision à la tumeur ; du pus et un séquestre sortirent par la plaie. La portion d'os était de la grosseur du bout du doigt ; elle était formée de tissu excessivement raréfié et friable.

Le soir, la céphalalgie et la fièvre, quoique moins intenses, persistaient.

Le 18, la céphalalgie n'a pas cessé ; la face est rouge, la bouche amère et la fièvre continue.

Les 19, 20, 22, 24 et 26, la malade s'alarme sur sa position, et est persuadée qu'elle ne guérira pas.

Le 27, cette femme a été prise pendant la nuit d'un délire vague ; cependant elle reconnaît tout le monde ; des hallucinations fatiguent son esprit. Vers minuit elle est prise d'un accès convulsif et meurt quelques minutes après.

L'autopsie est faite trente-deux heures après la mort. Le cadavre est sans roideur et n'offre aucune trace de putréfaction. Le cerveau contient dans ses ventricules un peu plus de sérosité que d'habitude. On rencontre çà et là sur la pie-mère quelques taches sanguinolentes qui pénètrent la substance cérébrale sans l'altérer. Cette dernière présente des piquetés à la coupe. Les organes thoraciques sont sains ; les poumons sont gorgés de sang à leur partie postérieure, et cependant ils crépitent. Les viscères abdominaux sont également gorgés de sang et n'offrent pas d'autre particularité. Le côté droit du cou ne présente rien de particulier. Le côté malade laisse voir un foyer placé en avant du muscle trapèze, remontant jusqu'à l'apophyse mastoïde. Les scalènes sont en partie refoulés, en partie détruits. Autour de la poche, les tissus sont indurés. Çà et là quelques brides nerveuses et vasculaires la traversent. Les vaisseaux carotidiens ont été déplacés et rejetés en dedans. La partie profonde du foyer est représentée par les 2e, 3e, 4e et 5e vertèbres cervicales, altérées à des degrés variables. L'axis est divisé immédiatement en arrière de son apophyse articulaire gauche. Cette perte de substance porte sur l'arc latéral de la vertèbre, le tissu osseux est nécrosé, très friable ; cette altération se prolonge à 2 centimètres en arrière de la solution de continuité.

L'arc de la 3e vertèbre cervicale est presque entièrement détruit du côté gauche ; il en reste à peine 1 centimètre et demi. L'apophyse articulaire a disparu. Le tissu osseux y présente les mêmes altérations que sur l'axis ; cette altération se prolonge jusqu'à l'apophyse épineuse.

En avant, le col de l'apophyse transverse et le pédicule qui la supporte sont également altérés ; le trou de conjugaison n'existe plus.

La quatrième vertèbre cervicale n'a pas de solution de continuité. L'apophyse articulaire n'a pas de périoste. L'articulation de la quatrième avec la cinquième est altérée ; il n'y a plus de cartilages. La facette articulaire de la cinquième vertèbre cervicale est érodée ; son articulation avec la sixième est envahie. Ces diverses lésions circonscrivent une excavation dont les méninges forment le fond. Ces membranes sont épaissies, noirâtres et baignées de pus ; la moelle a sa couleur normale. Du côté droit, l'axis seul est fracturé ; la solution de continuité a lieu à la partie la plus postérieure de l'apophyse articulaire ; elle comprend 3 ou 4 millimètres de la surface articulaire. L'atlas et ses articulations sont sains.

Cette observation est remarquable par la marche de la maladie, la variété des symptômes et les troubles fonctionnels qui se sont fait connaître à diverses périodes de l'altération qui mérite de fixer sérieusement l'attention du pathologiste. Et d'abord, il est impossible de ne pas arriver de suite à la connaissance d'une périostite vertébrale suivie de graves lésions ayant leur siége dans les articulations des masses apophysaires, les arcs et les apophyses cervicales transverses, lesquelles ont été érodées, nécrosées et partiellement détruites.

Ce que j'ai pu découvrir à l'autopsie se retrouve constamment aussi dans les périostites des os longs et courts. Ne voit-on pas, en effet, ces os se nécroser, s'ulcérer, et les articulations avoisinantes s'enflammer? Toutes ces lésions se sont retrouvées sur la pièce dont il s'agit.

L'examen de ces altérations fait voir que la périostite vertébrale est accompagnée de douleurs violentes, comme dans les inflammations du périoste des membres, de phlogose des parties environnantes, en particulier des ganglions et des articulations de la colonne vertébrale. C'est la même gravité, c'est la même fâcheuse terminaison pour cette ostéite vertébrale que pour les ostéites aiguës des membres.

Mais ce qui intéresse surtout dans cette observation, c'est le trouble provoqué par la compression de la moelle épinière, survenue à différentes reprises.

Nous voyons sur notre malade deux compressions partielles exercées à des hauteurs différentes et avec des résultats entièrement dissemblables. C'est là, je crois, un exemple unique de deux compressions partielles sur le même malade.

Il n'est pas besoin de rappeler que d'abord la compression du cordon de la moelle épinière a produit la paralysie du bras, qui a cessé après l'évacuation du pus. On voit donc la paralysie directe se produire sans que le membre du côté opposé eût offert le moindre changement dans la sensibilité et la myotilité. Il n'est pas commun de voir des lésions de ce genre et des exemples de paralysies directes, sans doute parce qu'il est très rare que l'altération ou la compression se borne à un point limité de la moelle épinière, et voilà pourquoi la paralysie est si rarement directe. Toutefois, la paralysie directe est parfaitement en rapport avec les connaissances anatomiques.

Ce n'est pas la première fois que nous voyons la moelle épinière comprimée par du pus, sans danger pour son organisation intime. Plusieurs fois j'ai observé des paralysies *mécaniques*, si l'on peut s'exprimer ainsi, déterminées par la compression de cet organe par ce liquide. Ce cordon nerveux a été comprimé par du pus pendant six mois chez un jeune homme affecté d'incurvation tuberculeuse de la colonne vertébrale. La paralysie disparut aussitôt que le foyer s'ouvrit spontanément. Rien ne s'habitue mieux, par conséquent, à la compression exercée par un liquide que la moelle épinière. La compression ne gêne donc alors que momentanément les fonctions de la moelle, qui n'en continue pas moins à porter son heureuse influence vitale sur tous les autres organes, à l'exception de celui où se rendent les nerfs qui partent du point comprimé. Nous voyons la vie se terminer rapidement chez notre malade par une seconde compression exercée sur l'extrémité céphalique de la moelle épinière pendant un mouvement de la tête, et nous voyons la mort arriver après quelques convulsions, et non instantanément, à la manière d'une lumière que l'on souffle, comme cela a été dit dans la première observation dont j'ai eu l'honneur d'entretenir l'Académie. Quoique la vie n'ait pas disparu sans orages, il est évident que, pendant la compression exercée par le mouvement de la tête sur l'extrémité céphalique de la moelle épinière, la mort est devenue inévitable, le point comprimé se trouvant dans le voisinage de l'endroit si ingénieusement appelé le *nœud vital* par M. Flourens.

Ce nouveau fait vient confirmer et corroborer les expériences de ce savant physiologiste, puisqu'il démontre que si la compression s'était exercée sur un point plus élevé de la moelle épinière, l'instantanéité de la mort eût été la même que chez la première malade qui fut le sujet d'une communication à la savante Compagnie.

RÉPONSE DE M. LE DOCTEUR BARTHÉLEMY (DE SAUMUR)

à une réclamation de M. le docteur Amussat fils relative à une nouvelle pince à hémorrhoïdes, et à la priorité de l'idée de détruire les tumeurs hémorrhoïdales en appliquant le caustique de Vienne à leur base.

1° Lorsque le 5 février dernier j'ai fait connaître ma nouvelle pince à hémorrhoïdes, je croyais avoir été au-devant de la réclamation de M. Amussat fils, en disant que, quand j'avais présenté cette pince à M. son père, qui l'avait approuvée, M. Amussat fils m'en avait fait voir une qui avait le plus grand rapport de structure avec la mienne.

M. Amussat fils aurait désiré, à ce qu'il paraît, que je dise que ma pince était complétement *identique* à la sienne.

J'y consens bien volontiers, quant à la forme ; mais je n'en continue pas moins de dire que ma pince est grande et forte, destinée à attaquer des paquets d'hémorrhoïdes internes, tandis que la sienne est mince, faible et destinée (c'est lui qui me l'a dit) uniquement aux petites hémorrhoïdes externes.

2° En rapportant textuellement mon mémoire de 1844, où j'ai dit : « Lorsque les tumeurs hémorrhoïdales offriront un pédicule, je le placerai entre deux petites gouttières de plomb remplies de caustique de Vienne. »

M. Amussat fils reconnaît implicitement que j'ai devancé son père (1) dans l'application du caustique à la base des tumeurs hémorrhoïdales, puisque ce n'est qu'en 1846 que M. Amussat père a publié son premier mémoire *sur la destruction des hémorrhoïdes internes par la cautérisation circulaire de leur pédicule* ; mais il s'empresse d'ajouter que, le 22 juin 1844, il a, lui M. Amussat fils, fait faire chez M. Charrière une pince à rainures, et que par conséquent l'idée première de ce mode opératoire lui appartient ; que, si l'on en doute, on peut consulter les livres de vente de M. Charrière.

J'avoue que cet argument, auquel j'ajoute parfaitement foi du reste, ne m'en paraît pas moins aussi étrange que nouveau. Je n'ai pas vu jusqu'à présent que l'on pût se borner à aller inscrire un titre scientifique dans un registre de ventes. Je crois qu'à cet égard tous les praticiens seront de mon avis, et je ferai remarquer que M. Amussat père tout le premier paraît l'avoir entièrement partagé. En effet, lorsqu'en 1846 il a publié le mémoire que je viens de citer, il n'a point dit le moins du monde qu'il eût été devancé dans l'idée de cautériser les hémorrhoïdes à leur base par M. son fils, et (chose bien singulière) en décrivant sa pince porte-caustique il n'attribue point l'honneur de l'invention primitive de cette espèce de pince à M. son fils (2).

En agissant de la sorte, M. Amussat père a fait ce qu'il était convenable de faire ; il savait, en effet, que ce n'est point par une inscription sur un registre de commerce, mais bien par la publication d'un mémoire *ad hoc*, par la publication d'un article exprès dans un journal de médecine ou par une présentation officielle devant un corps savant qu'il est d'usage de prendre un titre scientifique. Et c'est précisément parce que j'ai pris cette précaution, négligée par M. Amussat fils, que mon titre est authentique, régulièrement scientifique et que le sien ne l'est pas ; et, enfin, c'est pour cela qu'en ce qui concerne l'idée de détruire les tumeurs hémorrhoïdales par le caustique de Vienne appliqué à leur base ma priorité sur M. Amussat fils et sur tout autre subsiste et subsistera..... C'est du moins ce que j'espère : nos confrères en décideront.

Nous croyons devoir publier aujourd'hui le discours prononcé par M. Fulgence Rouct, élève en médecine, aux obsèques de M. Orfila. Il complète la collection des discours que nous avons donnés dans notre dernier numéro :

Messieurs, il y a peu de temps encore, et dans cette même enceinte, j'élevai la voix devant vous pour exprimer, au nom de mes condisciples, la part qu'ils prenaient à la douleur causée par la mort d'un de leurs professeurs les plus illustres, M. A. Richard.

Aujourd'hui, la Faculté de médecine prend de nouveau le deuil, et les étudiants en médecine viennent en foule sur cette tombe rendre les derniers devoirs à leur premier maître.

M. le professeur Orfila, en effet, messieurs, était chargé de prendre le jeune homme à son entrée dans la carrière médicale, de guider ses premiers pas au milieu des difficultés nombreuses qu'elle présente ; mais, en outre, il devait s'adresser à une autre classe d'élèves qui lui demandaient le dernier mot de la science.

Après avoir vieilli au milieu des élèves, sa santé devint chancelante, et cette année, comme s'il eût eu un pressentiment de sa fin prochaine, il fit connaître ses dernières volontés et légua aux étudiants en médecine une partie de sa fortune pour l'agrandissement du Musée d'anatomie de l'École.

Aussi, pleins de reconnaissance pour son dévouement, ses élèves se pressent sur sa tombe et lui assurent une place dans la postérité, en donnant, et d'une voix unanime, au musée qui doit être fondé, le nom de Musée Orfila.

L'encombrement qui a eu lieu aux obsèques de M. Orfila n'a pas permis à M. Brierre de Boismont de prononcer les paroles suivantes :

La rédaction des *Annales d'hygiène et de médecine légale* ne pouvait laisser passer cette triste cérémonie sans exprimer l'affliction profonde que lui a causée la perte d'un de ses fondateurs, de son plus éminent collaborateur, du savant qui, pendant toute sa carrière, investi de hautes fonctions publiques, n'a jamais cessé d'envoyer à ce recueil les travaux les plus importants. Maître illustre, cette science que vous avez cultivée avec tant d'ardeur n'a pas été ingrate, elle vous a consolé au jour de l'adversité. Puisse votre exemple trouver des imitateurs parmi ceux qui, en arrivant aux honneurs, oublient trop vite qu'ils doivent à la science leur nom et leur fortune!

(1) La citation de la note des travaux de M. Amussat père, de novembre 1842, parle bien de l'emploi d'un bâton de caustique-Filhos pour la cautérisation des hémorrhoïdes, mais ne dit aucunement que ce caustique ait été appliqué avec des pinces à rainures sur leur pédicule.

(2) Il est vrai qu'à la page 30 de son mémoire, en parlant d'une personne opérée en avril 1844, M. Amussat père dit que « son fils eut l'heureuse idée de convertir des pinces à baguettes, avec lesquelles il avait fixé un paquet hémorrhoïdal, en pinces porte-caustique » ; mais cette mention, fort insuffisante, à mon sens, ne peut évidemment avoir aucune influence sur une question de priorité remontant à 1844.

Accusation d'homicide involontaire portée contre un médecin. Arrestation préventive. — Arrêt de non-lieu.

Nous avons rapporté dans le numéro du 10 février de la *Gazette des Hôpitaux* l'arrestation préventive de M. Hicks, chirurgien à Toddington (Bedfortshire), en Angleterre, poursuivi comme ayant occasionné involontairement la mort d'un jeune malade confié à ses soins et sur lequel il crut avoir reconnu une fracture du péroné ; un abcès survint à la suite de l'application du bandage, et l'enfant succomba. Deux confrères appelés après M. Hicks trouvèrent qu'il n'y avait pas de fracture et attribuèrent la mort à une *maladie du cerveau produite par la pression du bandage* ; en conséquence de cette opinion, M. Hicks fût envoyé préventivement en prison par ordre du coroner.

L'espérance que nous avions fondée sur l'équité plus éclairée du jury de jugement n'a pas été déçue. Nous apprenons avec satisfaction par les journaux anglais que M. Hicks vient en effet d'être renvoyé de l'accusation. Le jury a déclaré qu'il n'y avait pas lieu à regarder M. Hicks comme ayant commis un homicide involontaire. (No true bill against M. Hicks for manslaughter.) Nos collègues d'outre-Manche regrettent qu'une peine n'ait pas été infligée aux confrères accusateurs ; nous le regretterions comme eux si nous étions bien convaincu que les deux médecins aient mis du mauvais vouloir dans leur déclaration ; mais s'ils ne sont coupables que de légèreté, nous nous contenterons de les engager à être plus prudents, plus réservés à l'avenir. C'est une leçon qui ne sera pas perdue sans doute pour eux.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Par décision ministérielle du 24 février 1853, ont été nommés par voie de concours à l'Ecole impériale de médecine et de pharmacie militaires :

1° Agrégé suppléant les professeurs de clinique médicale et d'hygiène et médecine légale, M. Tholozan, médecin-major de 2e classe au 27e de ligne ;

2° Agrégé suppléant les professeurs de clinique chirurgicale, d'anatomie descriptive et de médecine opératoire, M. Legouest, médecin aide-major de 1re classe à l'hôpital de Colmar ;

3° Agrégé chargé des conférences de pharmacie militaire et suppléant le professeur de chimie, M. Coulier, pharmacien aide-major de 1re classe aux hôpitaux de la division de Constantine.

(*Moniteur de l'Armée.*)

— L'argumentation des thèses dans le concours pour l'agrégation a commencé aujourd'hui vendredi, à quatre heures, entre MM. Blain des Cormiers, Milcent. Les autres auront lieu dans l'ordre suivant :

Le lundi 21 mars : MM. Bouchut, Leudet.
Le mercredi 30 mars : MM. Léger, Empis (Simonis).
Le vendredi 1er avril : MM. Lasègue, Gubler.
Le lundi 4 avril : MM. Frédault, Aran.
Le mercredi 6 avril : MM. Delpech, Hérard.
Le vendredi 8 avril : M. Tholozan.

— La lecture des rapports sur les candidats pour les chaires de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale a continué hier, jeudi. Une nouvelle séance aura lieu mardi à ce sujet.

— La séance du concours pour l'agrégation en chirurgie n'aura lieu, demain samedi, qu'à quatre heures et demie, à cause de la séance de la Faculté.

— Voici les noms des membres du jury du concours pour trois places de chirurgiens du Bureau central des hôpitaux :

Juges : MM. Bérard, Roux, Laugier, Manec, Cullerier, Bouillaud, Cazalis.

Suppléants : MM. Malgaigne et Sandras.

— M. Payer, dont M. Orfila était le rapporteur, s'étant retiré du concours pour la chaire d'histoire naturelle médicale, il n'y aura pas lieu à nommer un autre rapporteur.

— Les candidats présentés par la Faculté de médecine de Montpellier pour la chaire d'anatomie sont MM. Benoît, Lacauchie et Rigaud.

— M. le docteur Noble, médecin de l'hospice civil de Versailles depuis quarante ans, vient de mourir dans cette ville à l'âge de 71 ans.

M. Noble a exercé la médecine avec beaucoup de succès, et avait pour gendres deux médecins distingués, MM. Leroy et de Bérigny. Le premier est devenu bibliothécaire de la ville, et le second, dont nos lecteurs ont pu souvent lire des articles dans ces colonnes, succède à la clientèle de son beau-père.

— M. Cousin (Nicolas-Prudent), docteur médecin et pharmacien, rue de Tracy, 14, vient d'être condamné en police correctionnelle à 50 fr. d'amende pour vente de remèdes secrets.

— M. le docteur C. de Hubbenet, professeur de clinique chirurgicale et conseiller de la cour de S. M. l'empereur de toutes les Russies, est depuis deux mois environ à Paris, chargé d'une mission officielle de son gouvernement pour l'étude de la chirurgie, de l'oculistique et de la syphilis en France.

Notre honorable confrère suit avec une grande assiduité les cliniques les plus importantes, et le rapport qu'il doit faire à son ministre ne peut manquer d'offrir un grand intérêt.

M. de Hubbenet est à Paris pour un mois encore environ.

Le Souzo.

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 34. — MARDI 22 MARS 1853. (26e ANNÉE.) N° 34. — MARDI 22 MARS 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

	Trois mois	Six mois	Un an
Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse	8 fr. 50 c.	16	30
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies	9 fr.	17	33
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar	10 fr.	20	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

PARIS, LE 21 MARS 1853.

Décroissance de l'épidémie de fièvre typhoïde.

Malgré les nouvelles variations et le refroidissement subit de la température, nos prévisions n'ont pas été trompées. Les chaleurs survenues il y a une dizaine de jours, et pendant lesquelles le thermomètre est monté à 14 degrés au-dessus de zéro, ont amené une rapide décroissance dans l'épidémie, et les quelques jours de froid que nous venons de passer n'ont eu aucune influence fâcheuse sur la marche de la maladie. De jour en jour le nombre des malades typhoïques reçus dans les hôpitaux diminue, ainsi que la gravité de la maladie, et sous peu l'influence épidémique aura disparu. Le thermomètre remonte, le soleil reparaît, et le mois d'avril verra disparaître à coup sûr un fléau dont les ravages auront, en définitive, été moins grands qu'on ne devait le craindre.

Nous avons déjà cherché à nous rendre compte autant que possible des causes de l'épidémie actuelle. Dans toute épidémie, quelle qu'elle soit, il faut au début tenir compte de bien des circonstances, tant primordiales que secondaires; c'est par l'assemblage de toutes les causes que l'on finit par asseoir les bases d'une étiologie véritable.

L'épidémie actuelle a été, comme toutes les autres, soumise à des modifications que lui ont fait subir les complications survenues plus ou moins inopinément. Elle a sévi incontestablement par toute la France, mais elle a eu son maximum d'intensité et de fréquence à Paris. Pourquoi cela? C'est qu'à Paris plus que partout ailleurs, en ce moment plus qu'en tout autre, il y a une réunion d'hommes arrivés fortuitement et par suite des besoins des travaux. L'encombrement est incontestable: les habitants repoussés des quartiers nombreux que l'on démolit affluent en plus grand nombre dans quelques autres; les ouvriers accumulés, dans cette saison où les travaux sont ordinairement interrompus, y sont, comme des oiseaux de passage, plus ou moins entassés dans des garnis mal tenus et mal aérés; ils s'y trouvent évidemment dans des conditions d'insalubrité auxquelles il est à peu près impossible de remédier; et nous persistons à le dire, plus des deux tiers, les trois quarts peut-être, des sujets atteints demeurent dans ces garnis. Il faut ne pas avoir interrogé les malades des hôpitaux pour nier cette assertion.

Nous admettons cependant, et la chose est assez visible, que l'influence épidémique, dont nous ne pouvons saisir la nature, porte également sur les personnes de la ville; mais tous les praticiens seront obligés de convenir que la différence entre les unes et les autres est proportionnellement fort grande.

Comme nous l'avons exposé dans un de nos numéros antérieurs (24 février), les conditions accessoires d'hygiène influent sur la marche naturelle de la maladie. Cette épidémie s'est développée pendant l'hiver; elle devait nécessairement subir l'influence de la température. Pendant l'hiver se montrent les affections catarrhales de toute sorte; aussi a-t-on vu un grand nombre d'affections bronchiques compliquer la maladie, et c'est ce que l'on observe encore tous les jours. Ce caractère domine dans l'épidémie, et, comme on le voit, il est facile à expliquer.

Ces affections catarrhales portent, en général, sur toutes les muqueuses, ainsi que cela s'observe dans les épidémies de grippe simple; elles devaient donc porter sur la muqueuse intestinale comme sur les autres; de là, la quantité considérable de sujets atteints de diarrhées presque incoercibles qui se sont montrées cette année plus que dans toute autre. En 1850, la forme principale des complications des fièvres typhoïdes consistait en des affections pleurétiques. On sait que généralement ce phénomène est rare.

Ainsi que nous l'avions annoncé, les premières chaleurs de ce mois ont amené dans l'intensité et même dans le nombre des maladies typhoïdes une diminution qui a également porté sur tous les services de médecine, à Bicêtre comme à la Salpêtrière, à la Pitié comme à l'Hôtel-Dieu et à Beaujon; cette diminution a coïncidé avec l'ascension du thermomètre à 14° + 0. Notre prévision était-elle juste et raisonnée, ou ne faut-il y voir qu'une simple coïncidence avec la décroissance de l'épidémie? Chacun expliquera le phénomène à sa manière; mais, quoi qu'il en soit, nous sommes heureux d'avoir porté un pronostic qui s'est réalisé.

Il y a quelques jours, une recrudescence de froid s'est manifestée; le thermomètre a descendu à 5 degrés au-dessous de zéro, et l'organisme a été surpris par cet abaissement subit de la température. Aussi depuis quelques jours a-t-on vu entrer dans les hôpitaux beaucoup de pneumonies, pneumonies franches chez les adultes, pneumonies fausses chez les vieillards plus prédisposés à la chronicité des accidents; aussi les convalescents de pneumonie ont-ils rechuté souvent sous l'influence de causes inappréciables; aussi les fièvres typhoïdes se compliquent-elles de cette inflammation du parenchyme pulmonaire qui, se montrant sous une forme intense, devient le caractère dominant de la maladie. Ces pneumonies marchent franchement vers la résolution dans un espace de temps qui coïncide avec le temps nécessaire à la guérison de la fièvre typhoïde. Quoi qu'il en soit, cette complication est grave et conduit les malades à une terminaison assez souvent fâcheuse, même lorsqu'elle ne survient que dans la convalescence.

Mais le froid momentané qui vient de se montrer commence déjà à diminuer, et au moment où nous écrivons, comme nous l'avons dit en commençant cet article, le thermomètre est à 5° + 0; le vent a tourné à l'est, et le soleil qui commence à briller nous annonce le printemps et la chaleur; tout nous fait donc espérer que notre pronostic actuel s'accomplira comme le premier; et que le mois d'avril verra disparaître entièrement l'épidémie.

L'intensité de la maladie a déjà aussi décru, et les accidents qui n'étaient qu'accessoires au milieu des formes graves de fièvre typhoïde, deviennent dominants au milieu des formes bénignes. Nous l'avons déjà dit à propos des complications du côté des voies respiratoires; nous le disons maintenant pour les autres. Du reste, il y a cette année, comme nous l'avons aussi signalé, peu de phénomènes ataxiques, et au contraire beaucoup de phénomènes adynamiques. De plus, il se présente quelques complications hémorrhagiques, comme dans la plupart des épidémis de fièvres typhoïdes; nous en avons indiqué plusieurs; et à ce propos nous dirons que le malade du n° 2 de la salle Saint-Michel (service de M. Grisolle, à la Pitié), qui a été atteint de stomatorrhagie, et dont nous avons rapporté l'histoire dans notre dernier numéro, n'a pu résister, comme nous le présumions, aux déperditions sanguines passives qu'il avait éprouvées; il a succombé ce matin. Chez M. Moutard-Martin, à la Salpêtrière, une hémorrhagie ayant probablement sa source dans tout le tube intestinal a rapidement emporté une malade qui ne présentait, du reste, rien d'extraordinaire dans la marche de son affection. Ces cas sont heureusement rares.

Sur quelques malades, morts ou convalescents, on a observé les taches bleues signalées par M. le professeur Forget, et la présence de ces taches n'a paru apporter aucun degré de gravité de plus dans la maladie.

Quelques érysipèles de la face ont eu lieu chez des convalescents; presque tous les malades ont eu un peu de pharyngite. Chez un malade de Bicêtre, après des phénomènes ataxiques, il est resté un peu de manie.

Tel est le coup d'œil général que présente en ce moment cette épidémie, qui a été plus alarmante par le nombre que par la forme, et qui, nous l'espérons, va se réduire de jour en jour.

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

Leçons sur l'asthme. — Traitement (1).

Le traitement de l'asthme se compose du traitement de l'attaque, du traitement de la diathèse, enfin de celui des complications qui peuvent survenir à la suite.

Lorsqu'un individu est atteint d'attaques d'asthme revenant tous les trois ou quatre ans, et chaque accès durant seulement quelques minutes, les soins à donner au malade se bornent avec raison à atténuer autant que possible l'attaque, et parmi les substances à l'aide desquelles on atteint le plus sûrement ce but, on doit placer en première ligne les solanées vireuses. La jusquiame, la mandragore, la belladone, le tabac, le datura stramonium, etc., peuvent être employés avec un égal succès. Cependant il est des conditions qui font perdre de leur action à ces médicaments; telle est, par exemple, l'habitude où l'on est de subir l'influence toxique des solanées. Les fumeurs se ressentent moins de leurs bons effets, car il n'est pas démontré que la nicotine ou la solanine ne sont pas identiquement un même principe. Cependant, même dans ces cas, on peut obtenir de bons effets de l'aspiration de la fumée des feuilles de belladone, des feuilles et racines de jusquiame. Quand les malades ne fument pas habituellement, on peut leur prescrire avec succès le tabac en cigares ou fumé dans une pipe.

Pour les femmes qui ne sauraient fumer, ou qui en éprouvent de la répugnance, on projette des feuilles de datura ou de belladone sur des charbons ardents, et on en fait répandre la vapeur dans la chambre.

Quand les accès reviennent à longs intervalles et que leur durée est seulement de huit ou dix minutes, il arrive souvent qu'après être restés exposés à la fumée d'une solanée vireuse une ou deux minutes, les malades expectorent quelques crachats, et l'attaque est terminée. La durée du traitement des attaques augmente en raison de la durée de l'attaque elle-même et de sa fréquence.

Chez quelques asthmatiques, les solanées ne sont d'aucune utilité. Dans ces cas on a fréquemment à se louer du mode de traitement suivant :

On fait une forte solution de nitrate de potasse; on y trempe un morceau de papier, que l'on fait sécher et qu'on roule en cigarette, dont on aspire la fumée. Le soulagement est quelquefois obtenu en deux ou trois minutes.

(1) Fin. — Voir le numéro du 10 mars.

Curations exceptionnelles. — En 1831, je fus consulté par un employé d'une raffinerie de la Râpée, qui avait consulté déjà Laënnec, et n'avait éprouvé aucun soulagement des traitements qu'on lui avait ordonnés. Il était sujet depuis plusieurs années à des attaques d'asthme revenant vers deux ou trois heures de l'après-midi. A ce moment son patron le faisait monter sur un cheval que l'on faisait partir dans la direction de Charenton; arrivé là, l'attaque d'asthme était passée, et le cavalier reprenait tranquillement le chemin de l'atelier, où il se remettait à sa besogne comme si de rien n'était.

Le frère de l'ex-chancelier de France M. Pasquier, directeur de l'administration des tabacs, était pris d'attaques d'asthme effroyables, et les odeurs qu'il respirait habituellement dans sa manufacture, ainsi que les médications les plus énergiques, n'avaient le pouvoir d'influer en aucune manière sur l'intensité et la durée des accès. Il n'avait qu'un seul moyen de se guérir, et ce moyen consistait à allumer cinq ou six lampes Carcel; aussitôt que la lumière artificielle était assez vive, l'attaque cessait pour le reprendre dans l'obscurité. Depuis trente ans, les personnes qui l'entouraient avaient recours à ce singulier mode de traitement, et toujours avec la même efficacité.

Quelquefois on réussit également à modérer ou même à faire cesser l'attaque au moyen de disques chargés d'électricité contraire et appliqués, l'un au creux de l'estomac, l'autre dans le dos. Cette médication, toute singulière qu'elle paraisse, ne doit cependant pas être négligée, car elle est utile dans des cas exceptionnels.

Il arrive souvent que des attaques de goutte ou de gravelle alternent avec des attaques d'asthme. Un de mes clients qui habite Montreuil, goutteux, graveleux, ne se ressent nullement de ces infirmités lorsqu'il a ses attaques d'asthme, qui ont alors une intensité effroyable; puis, tout à coup, une attaque de goutte le prend; l'asthme disparaît, et réciproquement. Chez ces malades, le régime alcalin doit être combiné avec l'emploi des solanées vireuses, et voici la méthode que je suis dans ces circonstances, méthode qui appartient à M. Bretonneau, et qui a l'appui de son expérience.

La belladone est employée sous forme d'extrait en pilules de 1 centigramme. Le malade prend pendant quinze jours une pilule par jour; dans la deuxième quinzaine il en prend deux par jour, puis trois dans la troisième quinzaine, et ainsi de suite jusqu'à ce qu'il soit arrivé à prendre 6 ou 7 centigrammes d'extrait de belladone par jour, comme dans le traitement de la névrose *épilepsie;* il s'arrête alors pendant un ou deux mois, pour reprendre le traitement de la même manière pendant deux ou trois mois encore, s'arrêter de nouveau le même espace de temps que la première fois, et ainsi de suite pendant plusieurs années. En même temps le bicarbonate de soude est administré contre la diathèse goutteuse, et le malade doit en prendre à ses repas huit ou dix jours de suite chaque mois; puis il se repose un ou deux mois, après quoi il en fait usage de nouveau exactement comme pour la belladone, et en même temps que de cette substance. Le régime végétal doit être observé pendant toute la durée du traitement.

Les autres complications qui peuvent survenir, telles que le catarrhe, les maladies du cœur, nécessitent l'association des balsamiques, de la digitale, etc.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. PIORRY.

M. le professeur Piorry, dans une de ses dernières leçons cliniques, a fait une excursion dans le champ des épidémies, et, il faut le dire, lui si contraire à la médecine dite d'inspiration, il a parlé par moments en véritable inspiré, en artiste. Tâchons, autant qu'il nous sera possible, de reproduire ses paroles.

« J'éprouve, dit-il, une sorte de mépris pour certains auteurs qui ont traité à leur guise des épidémies; à leur tête il faut placer l'illustre Sydenham. Ils ont confondu ordinairement une épidémie avec l'autre, et cherchant à donner une raison quelconque de ces fléaux publics, ils se sont réfugiés, faute de mieux, dans la création d'un génie malfaisant qui y présidait... A certaines époques, on voyait survenir des phénomènes morbides qui exerçaient leur fâcheuse influence sur des populations entières. Sydenham a dit que chaque épidémie a son cachet particulier, que celle d'une année ne ressemble pas ordinairement aux épidémies des années suivantes, et il a bâti là-dessus une doctrine qui a été longtemps admise dans les écoles et l'est encore par certains médecins artistes. Hippocrate et les médecins arabes parlent dans leurs ouvrages de la variole, de la rougeole et d'autres affections se développant d'une manière épidémique; mais lorsqu'il s'agit de les expliquer par des causes rationnelles, ils se perdent dans le vague et l'hypothétique.

» Quand on ne connaissait pas encore les doctrines des organicistes et des anatomo-pathologistes, qui sont des conquêtes modernes, le mot épidémie dominait le monde médical et servait à expliquer bien obscurément ce qui était alors inexplicable; et pour-

tant cela ne manquait pas de présenter des difficultés dans la pratique ; car, tout en admettant une certaine ressemblance dans ces maladies dites épidémiques, on disait que le traitement employé avec avantage une année échouait dans les années suivantes. Ainsi, Sydenham a parlé de fluxions de poitrine contre lesquelles dans une année réussissaient très bien les saignées, tandis que dans d'autres années il fallait les combattre par le tartre émétique, ou les toniques, ou les évacuants. Rien n'est plus faux pourtant que tout cela. On a admis des constitutions atmosphériques médicales d'après lesquelles aussi il faudrait varier le traitement des maladies. Je vous défie de vous tirer d'affaire avec une telle doctrine. Quelle difficulté d'ailleurs pour les jeunes médecins à choisir le traitement convenable au milieu de ces incertitudes décourageantes ! C'est bien cette médecine indécise, chancelante qui a dépopularisé la science, et qui a prêté le flanc à toutes les épigrammes des gens du monde ; mais, il faut être juste, la faute n'était pas positivement aux hommes qui alors professaient l'art de guérir, elle était à l'état de la science même qui ne permettait pas encore de distinguer les différentes maladies d'après leurs signes et les caractères anatomo-physiologiques. Aussi les médecins les plus estimés de l'époque étaient à cet égard d'une pauvreté désolante ; voyez comment Sydenham lui-même observait et décrivait les maladies ! C'est tout simple. La percussion et l'auscultation n'étaient pas encore connues ; l'anatomie pathologique était dans l'enfance ; la physiologie, ce flambeau de la pathologie, était un recueil, je dirais presque, d'opinions hypothétiques et d'erreurs. On ne pouvait se faire, par conséquent, que des idées fort incomplètes sur la nature et le siége des maladies. Si on n'établit pas la médecine sur les bases solides de l'organicisme et de l'anatomie pathologique, si on veut faire la médecine par inspiration et en artiste, il est impossible de faire de la science ; on tombe dans l'idéal, et de là au charlatanisme il n'y a qu'un pas.

» Les épidémies ne doivent pas constituer une classe de maladies distinctes des mêmes maladies à l'état ordinaire, parce qu'elles ne peuvent pas présenter de caractères différents de ceux des autres, à moins que des causes spéciales ou spécifiques ne viennent influencer l'organisme, telles que les virus ou autres, et déterminer ainsi des affections spéciales ou spécifiques bien caractérisées. Il y a des considérations atmosphériques avec lesquelles se trouvent en rapport certaines affections qui en sont profondément modifiées ; ainsi, par exemple, dans notre service, actuellement il y a des bronchites, des broncho-pneumonites qui sont en rapport avec l'état de l'atmosphère froide et humide qui domine depuis quelque temps. Le baromètre est sujet à de grandes variations : de là ces différentes affections catarrhales dominantes. Ce sont des épidémies, si on veut, que nous avons appelées climato-épidémies, par un mot composé qui exprime la cause principale qui les détermine ; qu'on cherche un autre mot plus convenable, nous y souscrivons sans difficulté. Il y a aussi des affections intestinales en rapport avec les mêmes conditions météorologiques, telles que des iléo-spinosis, iléo-diclinite, des dothinentérites, comme les appelle M. Bretonneau, qui est aussi organicien ; mais le mot fièvre muqueuse, fièvre typhoïde est mauvais, parce qu'il n'exprime qu'un ou plusieurs symptômes de la maladie et non le fond de la maladie même. Aussi Pinel, dans son ouvrage remarquable, a lui-même critiqué cette dénomination introduite dans la science par M. Serres et Petit. Il faut certes une cause à cette maladie ; ce ne peut être qu'un poison spécial qui s'introduit dans l'organisme, car on ne le voit survenir que dans des circonstances toutes spéciales, comme, par exemple, lorsqu'il y a encombrement d'individus entassés dans des lieux bas et humides et sujets à toute sorte de privations, tandis qu'on ne le voit que rarement se développer dans des localités bien aérées et au milieu d'une population qui n'est pas en lutte avec les besoins physiques. C'est un poison spécial puisé dans le règne animal ou végétal, et qui se communique et devient plus ou moins contagieux, d'après les belles observations de MM. Bretonneau, Gendron et autres. Peut-on comparer, à cet égard, une telle maladie avec les bronchites, les pneumonites, les laryngites dont nous parlions tout à l'heure ? Non certes. Aussi la nomenclature a adopté une terminaison en *ose* pour exprimer cette différence essentielle, et on a appelé *scabiose*, *variose*, *scarliose*, etc., ce que les autres appellent gale, variole, scarlatine, etc., car il faut bien un nom pour désigner ces maladies épidémiques. Voilà des individus qui travaillent dans une atmosphère mauvaise, où il y a des substances végétales ou animales en putréfaction, et qui deviennent malades ; d'abord leur rate s'hypertrophie, ensuite tous les symptômes de la fièvre intermittente se développent. Il y a les miasmes dits paludéens qui produisent le même effet. On s'est perdu dans une foule d'hypothèses pour expliquer la généalogie de ces affections ; ce qu'il y a de vrai et de positif, c'est un miasme, un gaz non encore bien déterminé qui se développe dans une localité, et s'étend peu à peu sur un grand espace en frappant une population plus ou moins nombreuse, comme on le voit arriver dans les cas d'*endémie* : ce sont des *toxo-épidémies*.

» Voilà comment on doit comprendre, à notre avis, les épidémies, et comment nous les entendons sans tomber dans le domaine de l'idéal. Il y en a donc qui peuvent-être produites par un virus particulier, comme le choléra, d'autres par un miasme ; peut-être l'électricité exerce-t-elle une influence délétère dans des circonstances données (c'est un travail à faire encore) ; les insectes mêmes, comme pense M. Raspail, sont-ils pour beaucoup dans le développement de certaines épidémies ; nous ne voulons pas discuter plus longuement ces points encore si obscurs. Malgré ceci, il y a encore des médecins de nos jours occupant une position élevée dans la hiérarchie médicale qui établissent et distinguent les épidémies d'après les années, à l'imitation de Sydenham. Est-ce qu'il n'y a pas vraiment dans cette manière de voir un peu d'inspiration, un peu de faire artistique ? Je suis loin de repousser absolument l'inspiration en médecine ; il en faut certes, il faut faire quelquefois de l'art ; j'en fais, comme je fais quelquefois des vers. L'inspiration, c'est de la poésie, et certes, c'est une bonne chose que de la poésie même dans l'âme du médecin, mais il faut en faire avec beaucoup de parcimonie, ne pas en abuser. Ainsi, par exemple, les sons qu'on tire du plessimètre dans la percussion ne sont nullement poétiques ; cependant de ces signes matériels le médecin s'élève à la recherche de la cause, et en déduit des conséquences importantes par une espèce d'inspiration. Les bons et grands esprits analysent vite les faits, et de circonstances en apparence insignifiantes pour les esprits vulgaire, s'élèvent aux causes les plus éloignées : telles furent entre autres Newton, Colomb, Galilée, etc. Il faut des faits bien observés pour déduire des conclusions même abstraites. Si les médecins qui ont parlé des épidémies dans les siècles anciens avaient mieux observé les faits qui se rattachaient aux états morbides de l'organisme du temps des épidémies, ils n'auraient pas radoté sur ce sujet. »

CLINIQUE DE LA VILLE.

Périnéoplastie chez la femme. — Opération;

Par M. le Dr Jobert (de Lamballe).

Jusque dans ces dernières années, les moyens chirurgicaux mis en usage pour obtenir la guérison des accidents causés par la déchirure du périnée chez la femme se bornaient à la suture, en d'autres termes, à la périnéoraphie proprement dite. Les résultats laissaient beaucoup à désirer, ce qui est facile à comprendre si l'on réfléchit que dans le plus grand nombre des cas, lorsque la rupture est complète, elle est accompagnée d'une perte de substance plus ou moins étendue de la cloison recto-vaginale. Déjà, en 1845, M. Jobert avait été à même d'observer ce phénomène et d'appliquer sa méthode autoplastique par glissement comme moyen de réparation. Depuis lors plusieurs faits nouveaux se sont présentés à son examen ; et après une étude approfondie des parties lésées, il est arrivé à employer un procédé opératoire qui constitue une véritable périnéoplastie. Les observations que nous allons mettre tout d'abord sous les yeux de nos lecteurs sont des exemples remarquables de ce nouveau procédé, sur les particularités duquel nous nous réservons d'appeler ensuite plus spécialement leur attention.

Obs. I. — *Déchirure complète du périnée. — Perte de substance à la cloison recto-vaginale. — Incontinence de matières fécales. — Périnéoplastie. — Guérison.*

Dans le mois de septembre 1852, Mme L... vint à Paris réclamer les soins de M. Jobert (de Lamballe) pour une déchirure complète du périnée. Voici les renseignements que nous avons recueillis sur les antécédents commémoratifs et les circonstances particulières qui ont accompagné et suivi cet accident.

Mme L..., aujourd'hui âgée de trente-quatre ans, quoique offrant toutes les apparences d'une constitution molle et lymphatique, est habituellement bien portante. Son enfance fut marquée à différents intervalles par des complications qui toutes nous paraissent devoir être rangées dans la catégorie de celles qui sont produites par le vice scrofuleux et rachitique. C'est ainsi qu'après avoir été confiée aux soins d'une mauvaise nourrice, elle fut obligée d'avoir recours à l'âge de vingt-deux mois à l'usage de bottines pour s'opposer à la déviation ou à la courbure des os des membres inférieurs. Ce traitement mécanique, accompagné d'un régime tonique et de bains de marc ou de gros vin, produisit le résultat qu'on en attendait ; les membres reprirent leur rectitude normale, mais la constitution générale conserva un état de faiblesse tel qu'à l'âge de onze ans notre malade fut obligée de subir un traitement antiscrofuleux et à quatorze de combattre des symptômes chlorotiques, qui persistèrent pendant plusieurs années et qui ne disparurent complétement que lorsque Mme L..., âgée de dix-huit ans, fut réglée pour la première fois. La menstruation s'établit de suite avec une régularité parfaite et sans difficulté. Sous son influence, l'état fonctionnel des organes s'améliora, et à partir de ce moment la santé générale fut aussi bonne que possible.

Mariée à vingt-trois ans, elle devint enceinte au bout de quelques mois : bien que cette première grossesse ne présentât rien de particulier, elle ne parvint pas à terme, et le sixième mois Mme L..., sans pouvoir se rendre compte de ce qui avait pu en être la cause, accoucha prématurément d'un fœtus, qui, à ce qu'il paraît, était mort depuis treize ou quatorze jours.

Cette circonstance anormale n'empêcha pas l'accouchée de se remettre promptement, et la santé reprit bientôt sa régularité habituelle.

Plusieurs années s'écoulèrent avant que Mme L... redevînt enceinte. Cette seconde grossesse parvint régulièrement à terme sans offrir aucune particularité digne de fixer notre attention. Il n'en fut pas de même de l'accouchement, qui, après un travail laborieux et pénible de trois jours, ne put être terminé que par l'emploi du forceps. L'enfant ainsi mis au monde ne vécut que quelques heures. Il était extrêmement volumineux et son extraction détermina une déchirure du périnée. Cette fâcheuse complication n'empêcha pas la malade de se lever au bout de neuf jours ; la santé générale n'en subit aucune altération notable ; mais au bout de six semaines, et sans cause appréciable ou du moins sans accident nouveau, il survint une incontinence de matières fécales et de gaz intestinaux. Elle n'était pas constante, et les renseignements fournis par la malade nous paraissent insuffisants pour rendre compte de cette intermittence : c'est ainsi que les matières s'échappaient involontairement aussi bien lorsqu'elles étaient consistantes et dures que lorsqu'elles étaient molles. Quoi qu'il en soit, il arriva une nouvelle grossesse, et l'accouchement, qui eut lieu le 7 décembre 1848, ne dura que quelques heures et ne présenta aucune difficulté : aussi cinq jours après l'accouchée était-elle entièrement rétablie.

Dix-sept mois après, nouvelle grossesse, qui n'offre rien de particulier ; Mme L... était alors aux bains de mer et jouissait d'une parfaite santé. Quant au travail de l'accouchement, il ne dura que dix à douze heures, pendant lesquelles deux doses de seigle ergoté furent administrées ; il se termina d'ailleurs naturellement, et au bout de quelques jours la santé de l'accouchée était revenue à son état habituel ; mais, à la suite de ce dernier accouchement, l'incontinence de matières fécales, qui n'était que momentanée, ainsi que nous l'avons dit plus haut, devint permanente et se manifestait aussi bien lorsque la malade était relâchée que lorsqu'elle était sous l'influence d'une forte constipation ; seulement dans ce dernier cas, il arrivait que, lorsque le besoin d'aller à la garde-robe se faisait sentir, Mme L... avait le temps de prendre un vase pour le satisfaire et encore cela n'était-il pas constant. Ce fut alors qu'elle se décida à consulter son médecin, qui lui conseilla d'aller trouver un accoucheur célèbre. Elle vint en effet à Paris ; mais aucune opération ne fut pratiquée, et Mme L... retourna à Bordeaux, où elle devint de nouveau enceinte ; cette dernière grossesse, qui ne présenta rien de particulier, non plus que l'accouchement, n'apporta aucune modification favorable dans l'état fonctionnel du rectum. Mme L... revint alors à Paris, et, d'après l'avis de son ancien médecin, elle consulta M. Jobert (de Lamballe), qui, après avoir constaté l'état des parties externes et la possibilité de réparer les désordres dont elles sont le siége, reconnut qu'il existait en outre un engorgement du col utérin qui devait être traité tout d'abord. Plusieurs cautérisations au fer rouge furent faites ; l'engorgement disparut, et le 11 décembre 1852 l'opération de la périnéoplastie est pratiquée en présence de plusieurs médecins distingués de la capitale. Mme L... est alors dans l'état suivant :

Les grandes et les petites lèvres n'offrent rien qui soit digne d'être noté ; mais, en les écartant à droite et à gauche, on s'aperçoit immédiatement que l'orifice vulvaire se prolonge jusqu'à l'anus et forme avec le vagin un vaste entonnoir, dont la paroi inférieure et postérieure n'est autre que la cloison recto-vaginale elle-même, qui se continue sans ligne de démarcation jusqu'à l'ouverture anale. Dans ce dernier point, et sur cette même cloison, il existe une perte de substance qui a la forme d'un croissant ou d'un arc de cercle ouvert en avant. Il résulte de cette disposition que l'orifice de l'anus est complétement déformé dans sa demi-circonférence antérieure, qui même a été détruite entièrement, car elle se trouve comprise dans la perte de substance dont nous venons de parler. La demi-circonférence postérieure, au contraire, est intacte, et on voit sur son contour les plis rayonnés qui caractérisent son état normal.

Sur la partie inférieure de l'orifice vulvaire et de chaque côté, il existe des tubercules saillants qui résultent de la cicatrisation des parties qui ont été le siége de la déchirure ; en d'autres termes, ces tubercules se rencontrent dans la partie de l'orifice qui correspond à la région périnéale.

Quant à l'état général, il est satisfaisant, à part, bien entendu, les troubles fonctionnels que nous avons énumérés plus haut et qui sont la conséquence de la lésion que nous venons de décrire.

1o Pour l'opération, le siége de la malade est placé sur le bord d'un lit, les jambes écartées, fléchies sur les cuisses, celles-ci sur le bassin sont maintenues invariablement dans cette position.

2o Les grandes et les petites lèvres sont écartées à droite et à gauche de manière à mettre parfaitement en évidence les parties qui ont été le siége de la lésion.

3o A l'aide d'une pince à dents et du bistouri, M. Jobert ravive toute la partie inférieure de l'orifice externe de l'entonnoir décrit plus haut, c'est-à-dire qu'à partir du point où a commencé la déchirure à gauche il enlève un mince lambeau de tissu jusqu'au point où a commencé la déchirure à droite, et, en promenant son bistouri d'une extrémité à l'autre, il passe au-devant de la cloison recto-vaginale, qui est elle-même rendue saignante. Ce ravivement, fait dans une étendue de 3 à 4 centimètres en profondeur, comprend les tubercules cicatriciels dont nous avons constaté précédemment la présence ; ceux qui persistent sont immédiatement excisés avec des ciseaux.

4o Les parties ravivées sont largement réunies sur la ligne médiane au moyen de quatre points de suture entrecoupée. Les fils, plats et cirés, sont noués et coupés au ras du nœud.

5o A droite et à gauche et en dehors des parties rendues saignantes deux incisions profondes en demi-lune sont pratiquées d'arrière en avant suivant l'axe de la cloison recto-vaginale et s'avancent en bas jusqu'au niveau de la région fessière. Ces incisions, d'autant plus profondes qu'elles sont plus inférieures, sont destinées à faire disparaître le tiraillement qui pourrait exister au niveau des points de suture, à favoriser le contact des parties réunies et à réparer la perte de substance.

6o Après plusieurs injections d'eau froide des lamelles d'agaric sont appliquées sur les parties saignantes au niveau de la suture et entre les lèvres des incisions de débridement ; ces dernières ont pour but de prévenir l'écoulement du sang. Le tout est maintenu en place au moyen d'un bandage en T, et la malade est reportée dans son lit, où elle est couchée sur le dos, les jambes légèrement fléchies au moyen d'un coussin placé sous les jarrets et rapprochées autant que possible l'une de l'autre.

La première journée qui suivit l'opération se passa très bien ; il ne s'écoula qu'une très petite quantité de sang. Toutes les deux ou trois heures l'urine contenue dans la vessie est évacuée au moyen de la sonde. — Tilleul sucré, diète absolue.

Les 12 et 13, la malade va bien ; on continue de la sonder toutes les fois qu'elle éprouve le besoin d'uriner. L'agaric est enlevé.

Le 15, M. Jobert examine l'état des parties, et, après avoir constaté qu'il est on ne peut plus satisfaisant, il retire les deux fils placés le plus profondément. Sans pousser l'examen plus loin, la malade est reportée dans son lit après une injection vaginale préalable.

Le lendemain, c'est-à-dire le 16, Mme L... eut ses règles. Elles durèrent jusqu'au 20, jour où M. Jobert, après un nouvel examen, enlève les deux derniers fils. Les parties opérées paraissent être dans l'état le plus satisfaisant.

Les jours suivants, on continue d'introduire la sonde dans la vessie. La santé est d'ailleurs parfaite.

Le 23, M. Jobert prescrit un bain d'amidon.

Le 28, nouvel examen, qui permet de reconnaître que les parties mises en contact par la suture sont parfaitement réunies sur la ligne médiane, où par leur juxtaposition elles forment une espèce de rigole. La solidité de la cicatrice est telle que M. Jobert peut introduire sans crainte son doigt dans le rectum. Il est facile de voir alors que le périnée est entièrement refait et d'autant plus solide qu'il se trouve soutenu à droite et à gauche par deux espèces de piliers qui s'avancent dans le vagin sur les côtés de la suture.

Le 29, Mme L... prend ce soir une cuillerée à bouche de magnésie anglaise.

Le 30, elle va à la garde-robe ; les matières sont liquides et rendues sans efforts.

Le 31, elle prend le matin un verre d'eau de Sedlitz, qui provoque plusieurs selles liquides. On cesse d'introduire la sonde, et la malade éprouve en urinant des douleurs qui disparaissent au bout de quelques jours sous l'influence d'une tisane de graines de lin et de quelques bains amidonnés.

Enfin, le 3 janvier 1853 elle est examinée une dernière fois. M. Jobert constate alors l'état suivant :

1o La cloison recto-vaginale est réunie d'avant en arrière d'une manière complète ; on y aperçoit un tissu cicatriciel très résistant.

2o L'ouverture anale est circonscrite et limitée en avant par les deux lèvres de la cloison confondues.

3o L'ouverture anale est normale ; elle permet l'introduction facile du doigt et est rayonnée.

4o A gauche et à droite, on voit deux cicatrices se prolongeant en dehors de l'anus et en dedans du vagin. En dedans de ces deux lignes cicatricielles sont deux reliefs formés par les prolongements du vagin détachés de la région ano-vaginale.

5o Le bulbe est un peu plus saillant qu'à l'état normal.

6o La malade ne rend plus involontairement ni les matières fécales ni les gaz intestinaux.

Obs. II. — *Déchirure complète du périnée. — Perte de substance à la cloison recto-vaginale. — Incontinence de matières fécales et de gaz. — Périnéoplastie. — Guérison.*

Mme A..., âgée de vingt-sept ans, quoique d'une constitution lymphatique et molle, a toujours joui d'une très bonne santé. Réglée à l'âge de onze ans et demi pour la première fois, la menstruation s'établit de suite avec une parfaite régularité, et cela sans qu'elle en res-

sentit le moindre dérangement dans l'état habituel de sa santé et sans qu'il en résultât la plus légère modification dans les fonctions des autres organes.

A vingt-six ans, elle se maria et devint enceinte au bout de six semaines. La grossesse ne présenta rien de particulier, et parvint sans accidents aucuns à son terme normal. Il n'en fut pas de même de l'accouchement, qui ne put être terminé qu'après un travail qui ne dura pas moins de 36 heures. A la vérité, pendant les douze premières heures les douleurs furent peu vives; elles prirent ensuite un degré d'intensité beaucoup plus considérable, sans pour cela avancer le terme de la délivrance, ce qui était dû sans doute au volume de la tête de l'enfant, car le bassin paraît très bien conformé. Quoi qu'il en soit, après plusieurs heures de souffrance, les douleurs se calmèrent, les contractions utérines cessèrent même presque complétement; ce fut alors que les médecins qui assistaient la malade résolurent de terminer l'accouchement au moyen du forceps. Ce ne fut que par une très forte traction que l'enfant put être amené à la lumière, et son passage détermina une déchirure complète du périnée. Malgré cet accident, jusqu'au lendemain matin la nouvelle accouchée put retenir les matières fécales et les gaz, lorsque tout à coup, et sans cause appréciable, ces derniers s'échappèrent involontairement en grande quantité en produisant un grand bruit. A partir de ce moment, ils continuèrent de sortir sans que la malade pût s'y opposer par les seuls efforts de sa volonté. Il en était de même des matières fécales lorsqu'elles étaient liquides. Dans le cas contraire, il existait dans l'incontinence des intermittences dépendant du plus ou moins de consistance des matières contenues dans le rectum. Lorsque la malade prenait un lavement, il lui était impossible de le garder; le liquide s'échappait malgré elle.

Les médecins qui avaient assisté Mme A... lors de son accouchement, et qui s'étaient très bien aperçus qu'il existait une déchirure du périnée, lui conseillèrent le repos au lit, couchée sur le côté. Elle resta, en effet, dans cette position pendant six semaines; mais au bout de ce temps, voyant qu'il ne s'opérait aucune amélioration dans son état, que les symptômes que nous avons décrits plus haut persistaient toujours, elle se décida à venir à Paris le 24 décembre 1852 pour réclamer les soins de M. le docteur Jobert (de Lamballe). Il examina l'état des parties, et constata qu'il existait, outre la déchirure du périnée, une ulcération avec engorgement du col de l'utérus. Cette ulcération, accompagnée d'un écoulement leucorrhéique assez abondant, fut touchée avec un pinceau trempé dans du nitrate acide de mercure. En même temps, Mme A... fut soumise à un traitement qu'elle suivit pendant une quinzaine de jours. Ce traitement modifia avantageusement l'état du col de l'utérus, et mit la malade dans des conditions plus favorables pour subir l'opération de la périnéoplastie, qui fut pratiquée le 7 janvier 1853 par M. Jobert, en présence de M. le professeur Cloquet et de MM. Rayer et Forget.

Avant de commencer l'opération, on constate l'état suivant :

1° Les tissus qui ont été le siége de la déchirure sont complétement cicatrisés.

2° Les grandes et les petites lèvres ne présentent rien de particulier; mais en les écartant à droite et à gauche, il est facile de voir que l'ouverture vulvaire se prolonge en bas et en arrière jusqu'à l'anus. Le vagin, vu de cette manière, se présente sous la forme d'un vaste entonnoir dont la vulve constitue la grande circonférence, sur la partie inférieure de laquelle il existe quelques tubercules saillants résultant de la cicatrisation des parties qui ont été déchirées. Quant aux parois de l'entonnoir, elles sont formées en haut et sur les côtés par la cloison vésico-vaginale, en bas et en arrière par la cloison recto-vaginale, qui se continue directement jusqu'à l'ouverture anale. Au niveau de cette dernière, il existe une perte de substance ayant à peu près la forme d'une demi-lune ou d'un V ouvert en avant, en d'autres termes, plus considérable sur la ligne médiane que sur les côtés. Il résulte de cette disposition que l'orifice de l'anus est le siége d'une déformation complète de sa demi-circonférence antérieure, laquelle ne présente plus en effet les plis rayonnés que l'on observe sur le contour de la demi-circonférence postérieure restée intacte. D'après ce que nous venons de dire, il est facile de comprendre que celle-ci dépasse de beaucoup la première, qui est en quelque sorte rentrée dans l'intérieur du vagin. Cette disposition devient bien plus facile à voir si l'on introduit le doigt indicateur dans le rectum.

3° La portion de la cloison recto-vaginale qui borde l'anus est le siége d'un boursouflement qui se présente sous la forme de deux bourrelets muqueux, rouges, vasculaires, et saillants à droite et à gauche de la ligne médiane.

4° L'état général est d'ailleurs satisfaisant, et rien ne s'opposant à l'opération, celle-ci est pratiquée le 6 janvier 1853 de la manière suivante :

1° La malade est couchée sur le dos, le siége placé sur le bord d'un lit, les jambes écartées, fléchies sur les cuisses, celles-ci sur le bassin, en un mot, dans la position donnée aux femmes qui subissent l'opération de la fistule vésico-vaginale.

2° Les grandes et les petites lèvres sont écartées à droite et à gauche, de manière à mettre parfaitement à découvert les parties qui ont été le siége de la lésion.

3° A l'aide d'une pince et de ciseaux les deux bourrelets muqueux décrits plus haut sont excisés. Cette excision donne lieu à un écoulement assez considérable de sang, et nécessite la ligature d'une petite artériole.

4° Avec une pince à dents et le bistouri ou les ciseaux, M. Jobert ravive toute la partie inférieure et antérieure de l'entonnoir. C'est à-dire qu'à partir du point où a commencé la déchirure à gauche, il enlève un lambeau mince de membrane muqueuse jusqu'au point où a commencé la déchirure à droite, et en promenant ainsi son bistouri d'une extrémité à l'autre, il passe au-dessus du bord antérieur de la cloison recto-vaginale, lequel est rendu lui-même saignant. D'une manière générale ce ravivement est opéré dans une étendue assez considérable en profondeur, et qui peut être évaluée approximativement à 3 centimètres. Les tubercules cicatriciels s'y trouvent naturellement compris, et s'il en reste quelques-uns, ils sont immédiatement enlevés avec des ciseaux.

5° Les parties ravivées sont réunies sur la ligne médiane au moyen de quatre points de suture entrecoupée, placés à un centimètre environ de distance l'un de l'autre. Pratiqués avec des fils plats et cirés, ceux-ci sont noués et coupés au ras du nœud.

6° A droite et à gauche et en dehors des parties réunies, M. Jobert pratique deux incisions profondes en fer à cheval à concavité vaginale et à convexité externe, d'arrière en avant, suivant l'axe du vagin. Ces incisions, d'autant plus profondes que l'on se rapproche davantage de la surface cutanée, s'étendent jusque dans la région fessière, et dépassent en arrière l'ouverture anale, qui se trouve ainsi entourée en quelque sorte par ces deux incisions, qui ont en effet la forme semi-elliptique. Elles ont pour but et pour résultat de faire cesser le tiraillement qui pourrait être exercé sur les parties saignantes réunies, de permettre le rapprochement des lèvres de la plaie, et de réparer la perte de substance en fournissant ainsi deux lambeaux, dont nous indiquerons plus loin l'usage. Le résultat est tel que les parties ravivées viennent en quelque sorte se mettre spontanément en contact l'une avec l'autre.

7° Après plusieurs injections d'eau froide, quelques lamelles d'agaric sont appliquées sur les parties saignantes, et la malade est reportée dans son lit, où elle est couchée sur le dos, les jambes légèrement soulevées au moyen d'un coussin placé sous les jarrets, et soigneusement rapprochées l'une de l'autre. Toutes les deux ou trois heures elle sera sondée, afin qu'aucune goutte d'urine tombant sur les parties opérées ne vienne en compromettre la réunion par première intention.

Les jours qui suivirent l'opération ne présentèrent rien de particulier; aucun accident ne vint entraver la marche de la cicatrisation. Toutes les trois heures l'urine contenue dans la vessie est retirée au moyen de la sonde introduite dans son intérieur.

Le 4, les lamelles d'agaric sont enlevées.

Le 9, Mme A... est examinée. M. Jobert coupe les quatre points de suture, et après une injection d'eau tiède il constate, quoique avec précaution, que les parties mises en contact se sont parfaitement réunies par première intention, et que leur adossement sur la ligne médiane forme dans ce point une rigole d'autant plus profonde qu'elle est augmentée par l'épaisseur des piliers qui existent à droite et à gauche, et qui par leur relief dans le vagin, viennent presque se mettre en contact l'un contre l'autre, et appuyer ainsi le contact des parties réunies.

Le 13, nouvel examen. En écartant les grandes et les petites lèvres, il sort de l'intérieur du vagin une assez grande quantité de pus. Toutes les parties sont d'ailleurs dans l'état le plus satisfaisant. Ainsi, en dehors deux sillons profonds qui s'avancent jusque dans l'intérieur du vagin et qui forment deux plaies recouvertes de bourgeons charnus de bonne nature; en dedans, deux reliefs saillants qui s'avancent également dans l'intérieur du vagin en suivant la même direction que les sillons dont nous venons de parler; plus en dedans, les lèvres réunies de la cloison recto-vaginale et qui, par leur réunion, forment une rigole médiane recouverte encore de quelques bourgeons charnus qui lui donnent une apparence mamelonnée. Cette rigole, qui n'est autre chose que le résultat de la cicatrisation, s'avance jusqu'à l'ouverture anale, qu'elle circonscrit d'une manière exacte en avant, en reformant avec le périnée la demi-circonférence antérieure de cet orifice.

Le 17, les choses ont été légèrement modifiées depuis le dernier examen: c'est-à-dire que, sous l'influence d'une imprudence commise par la malade ou la garde chargée de lui donner des soins et de laver les parties baignées par le pus, une petite partie de la cicatrice a été rompue, celle qui bordait immédiatement l'anus; heureusement que cette déchirure est très petite, et n'empêchera sans doute pas la malade de guérir complétement.

Le 20, Mme A..., qui n'a pas été à la garde-robe depuis le jour de son opération, prend tous les jours de la magnésie anglaise. La suppuration est toujours abondante.

Le 23, la malade a une selle copieuse, les matières sont dures, et forment un tampon qui a un tel volume que l'opérée crut que tout avait été rompu. Il n'en était rien; la cicatrice, déjà solide, avait parfaitement résisté à l'effort qui venait d'être exercé sur elle.

Le 28, tout est dans un état satisfaisant. La réunion est d'autant plus parfaite que la cicatrice est soutenue de chaque côté par les deux reliefs dont nous avons parlé plus haut. Cependant, lorsque Mme A... va à la garde-robe étant couchée, il lui semble que les matières viennent comme avant l'opération; mais cela dépend incontestablement de la position.

Le 4 février, nouvel examen. La suppuration est moins abondante et les plaies latérales sont presque entièrement cicatrisées; il existe seulement, ainsi que sur la cicatrice médiane, quelques bourgeons charnus qui sont touchés avec le nitrate d'argent.

Le 13, toutes les parties sont complétement cicatrisées.

Enfin le 15, Mme A... est examinée une dernière fois en présence des mêmes personnes qui ont assisté à l'opération; on constate alors l'état suivant :

1° Toutes les parties sont complétement cicatrisées.

2° En plaçant la malade dans la même position que pour l'opération et en écartant à droite et à gauche les grandes et les petites lèvres, on remarque en dehors et de chaque côté une cicatrice rosée qui s'avance jusque dans l'intérieur du vagin en haut, et qui s'étend en bas et en arrière jusqu'à la partie postérieure de l'anus, qu'elle dépasse même dans une certaine étendue, et dont elle est distante de quelques centimètres. Ces deux cicatrices sont semi-linéaires, comme les incisions à la suite desquelles elles se sont formées.

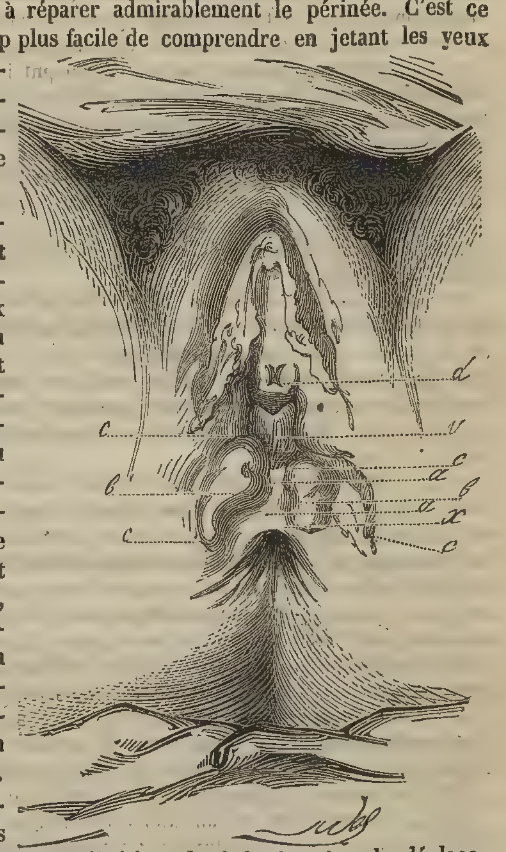
3° En dedans de ces cicatrices, deux piliers en relief, et qui s'étendent également jusque dans l'intérieur du vagin. Lorsque les parties génitales externes ne sont pas tiraillées en dehors, ces deux reliefs viennent se mettre tout à fait en contact, et forment comme une espèce de pont au-dessus de la cicatrice médiane.

4° Sur la partie médiane de la cloison recto-vaginale on aperçoit une cicatrice linéaire solide, résultant de la réunion des parties mises en contact par la suture; elle a une étendue de plusieurs centimètres et s'avance jusqu'à l'anus, dont elle forme la demi-circonférence antérieure en réparant aussi complétement que possible le périnée, qui avait été déchiré.

5° Les matières fécales ne sont plus rendues involontairement, et au moment de leur expulsion elles suivent la voie redevenue normale.

RÉFLEXIONS. — Comme nous l'avons dit en commençant, c'est en 1845 que M. Jobert a eu pour la première fois l'idée de réparer une perte de substance faite à la cloison recto-vaginale d'une femme qui était affectée d'une déchirure complète du périnée survenue au moment d'un accouchement laborieux. L'observation, fort remarquable sous beaucoup de rapports, se trouve consignée très au long dans le beau *Traité de chirurgie plastique.* Bien que dans ce fait l'habile opérateur se soit seulement attaché à la réparation de la cloison recto-vaginale au moyen de sa méthode autoplastique par glissement, il nous semble facile d'y apercevoir déjà les jalons qui devaient le guider et le conduire plus tard à la réparation du périnée lui-même; nous y voyons en effet qu'après le ravivement « la cloison recto-vaginale a été détachée par deux incisions verticales faites dans une étendue de plusieurs centimètres sur les côtés du vagin et du rectum. » (*Traité de chirurgie plastique*, par M. Jobert, t. II, p. 252.) Or la différence qui existe entre ces incisions et celles en demi-lune qui ont été pratiquées dans les deux exemples que l'on vient de lire ne nous paraît pas assez grande pour qu'il ne soit pas parfaitement logique de soutenir que les dernières n'ont été qu'une conséquence ou, si l'on aime mieux, le complément des premières. Quel que soit d'ailleurs le rapport qui les unit et sur lequel il est inutile d'insister davantage, ce qui est certain c'est qu'elles diffèrent les unes des autres en ce que les dernières sont pratiquées plus en dehors, qu'elles sont plus étendues, plus profondes; ajoutons enfin qu'elles sont destinées à remplir un autre but et à donner un autre résultat. Leur fonction ne consiste pas, en effet, à permettre le glissement facile des tissus les uns sur les autres, mais bien à faciliter le déplacement et la réunion immédiate des parties maintenues en contact par les points de suture.

Sous ce point de vue, ces incisions peuvent donc et même doivent être considérées comme des incisions de débridement produisant une véritable autoplastie par la méthode française. Si maintenant on veut bien se reporter à la nature de la lésion, à l'étendue du ravivement en hauteur, il sera facile de comprendre pourquoi elles sont pratiquées plus en dehors, pourquoi surtout elles sont plus profondes et prolongées jusque dans la région fessière. Il est évident que, s'il en était autrement, leur action bienfaisante et réparatrice serait incomplète, car elle ne s'exercerait que sur les parties supérieures et laisserait plus ou moins compromise la solidité immédiate de la réunion des parties situées au-dessous. C'est pour éviter les conséquences fâcheuses que cette manière d'opérer pourrait avoir que notre savant maître ne craint pas de pénétrer profondément avec son bistouri et de faire deux longues incisions, qui ont ensuite un autre avantage, celui de produire après leur cicatrice deux piliers solides qui s'avancent au-devant l'un de l'autre et qui concourent à réparer admirablement le périnée. C'est ce qu'il sera beaucoup plus facile de comprendre en jetant les yeux sur la figure ci-contre, qui représente l'état des parties après l'entière guérison (1).



Quant aux cicatrices, elles sont profondes et forment comme deux espèces de plis en réserve qui ont pour résultat de faciliter l'élargissement du vagin au moment de l'accouchement ou du rectum au moment de la défécation, et de cette manière, après avoir efficacement servi à la guérison de la lésion, elles préviennent le retour d'un semblable accident.

Dans les observations rapportées plus haut, on a vu que les incisions destinées à opérer le déplacement des parties avaient été pratiquées après la suture. Il n'en est pas toujours ainsi, et quelquefois M. Jobert, intervertissant les temps de l'opération, ne fait la suture qu'après elles. Ce *modus faciendi*, peu important d'ailleurs, peut cependant offrir dans certains cas déterminés un avantage, celui de faciliter l'application des points de suture et de mieux garantir leur solidité en permettant de comprendre dans chaque anse de fil une plus grande quantité de tissus. C'est ce que nous avons été à même de voir chez une dame qui fut opérée l'année dernière rue de la Ferme-des-Mathurins.

A. ROZÉ.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 9 mars 1853. — Présidence de M. GUERSANT.

Après la lecture du procès-verbal, M. Chassaignac annonce qu'il a opéré le malade qui portait deux corps mobiles dans l'articulation du genou. Les deux corps ayant été amenés vers le cul-de-sac interne de la synoviale, un ténotome a été enfoncé à plat à trois ou quatre travers de doigt au-dessous. L'opérateur, une fois l'instrument parvenu au niveau des corps, débrida la membrane synoviale. Ceci fait, le plus gros corps étranger fut facilement engagé dans le débridement, et M. Chassaignac put le faire descendre en le poussant peu à peu jusqu'à la partie inférieure de la jambe, à quatre pouces au-dessus de l'articulation du pied.

Le plus petit corps fut également engagé par le même procédé dans l'ouverture de la synoviale, mais il échappa aux doigts du chirurgien et rentra dans la cavité articulaire.

Le malade était en anesthésie. M. Chassaignac ne voulut pas dans ces conditions le faire mettre dans la position verticale pour retrouver le corps étranger, dans la crainte de voir survenir des accidents. Craignant en outre, par des manœuvres trop prolongées, de déterminer une inflammation de l'article, il se décida à remettre à une autre époque l'ablation de ce deuxième corps mobile.

Correspondance manuscrite.

M. Ehrmann, nommé dans la dernière séance membre correspondant, adresse à la Société une lettre de remercîments.

— MM. Verneuil, Follin, Broca, Houel, Morel-Lavallée, Désormeaux, Demarquay, candidats à l'agrégation, demandent l'autorisation de ne pas assister aux séances de la Société pendant la durée du concours.

Correspondance imprimée.

La Société reçoit le numéro de mars 1853 de l'*Association medical Journal*, n° 9.

A la suite de la correspondance, M. Laborie donne lecture des conclusions suivantes du travail de M. Michel, de Strasbourg, sur les tumeurs homologues et hétérologues :

1° La distinction des tumeurs en homologues et hétérologues n'est pas fondée, puisqu'il est possible de ramener la composition histologique d'une tumeur quelconque aux éléments normaux de l'organisme pris aux différents âges de leur évolution.

2° La cellule spécifique du cancer n'existe pas. Le mot de cancer ne peut et ne doit être qu'une expression purement pathologique s'appliquant à tout tissu de l'organisme apte à former des tumeurs susceptibles de s'accroître, de s'étendre, de récidiver sur place ou ailleurs,

(1) PÉRINÉOPLASTIE. — Figure représentant les parties après leur entière cicatrisation ; *v*, vulve ; *a a*, cicatrice médiane s'avançant jusqu'à l'anus, dont elle concourt à former la demi-circonférence antérieure, c'est-à-dire le périnée ; *x b b*, piliers formés par les deux lambeaux détachés du vagin ; *c c*, cicatrices résultant des incisions de débridement ; *d*, méat urinaire. Dans l'état ordinaire, les deux piliers *b b* se touchent complétement ; ils n'ont été écartés sur la figure que pour faire mieux voir la cicatrice médiane.

de se généraliser et de déterminer une cachexie spéciale, et enfin la mort.

3° D'après nos recherches nous ne pouvons admettre aujourd'hui que quatre espèces de cancer. (Je ne prétends pas dire que ce nombre n'augmente pas.) Ces quatre espèces de cancer sont :

A. La forme épithéliale, c'est-à-dire celle caractérisée par des éléments semblables à ceux de l'épithélium.

B. La forme fibro-plastique. Sous ce titre je rassemble toutes les variétés suivantes du tissu fibreux : cellule fibro-plastique, tissu conjonctif, tissu musculaire de la vie organique (je laisse le tissu musculaire de la vie animale, que je n'ai pas encore rencontré), enfin le tissu élastique, dont j'ai cité des exemples.

C. La forme cartilagineuse, composée de cellules analogues à celles du cartilage.

D. La forme analogue à celle des cellules composant le tissu médullaire de l'os du fœtus.

4° Au point de vue de l'histologie générale l'unité cancéreuse est fausse. Si cette expression a une réalité, c'est dans cette propriété vitale inconnue que ces tissus peuvent prendre, en vertu de laquelle ils peuvent manifester ces phénomènes pathologiques du cancer.

5° Le microscope devient donc un instrument indispensable pour le diagnostic anatomique de la forme cancéreuse; il trouve un adjuvant très fécond dans les ponctions exploratrices pratiquées avec des instruments appropriés.

6° Les recherches microscopiques n'ont pas une valeur absolue lorsqu'il s'agit de savoir si tel élément possède la propriété de devenir cancéreux. On n'a pu, jusqu'à ce jour du moins, obtenir que certaines données tirées de la forme, du nombre des transformations et des éléments histologiques.

7° Le développement de ces quatre formes de cancer se fait sous forme d'infiltration moléculaire, qui finit par absorber l'élément normal de l'organe où elles prennent naissance.

8° La généralisation du cancer s'explique mieux dans un grand nombre de cas, par cette tendance que revêt un tissu répandu dans diverses régions de l'organisme de pouvoir se multiplier dans plusieurs points à la fois.

9° La gravité relative des quatre formes cancéreuses s'établit dans l'ordre suivant : en première ligne la forme analogue à celle du tissu médullaire des os, puis à peu près égales, les formes épithéliales et fibro-plastiques, et en dernier lieu la forme cartilagineuse. La tendance à la généralisation n'indique pas une gravité plus grande, puisque nous ne l'avons observée que pour la deuxième et la troisième forme. Elle s'observe plutôt dans les cancers des organes splanchniques.

10° Certains pays, comme les Vosges, par exemple, semblent malheureusement privilégiés, en raison de circonstances inconnues.

11° C'est à tort que l'on invoque dans la grande majorité des cas l'extirpation incomplète comme cause de récidive; elle se trouve sous l'influence de la loi qui commande le développement primitif du mal.

12° L'autoplastie n'a jusqu'à ce jour fourni aucun service.

13° La thérapeutique des affections cancéreuses repose, je crois, sur la connaissance des circonstances qui peuvent influencer le développement des tissus de l'organisme. Elle nous est inconnue, comme ces lois elles-mêmes.

A propos de la correspondance, M. Lenoir et M. Larrey demandent la parole.

M. Lenoir présente au nom de M. Houzelot, de Meaux, deux observations manuscrites.

La première est relative à une *ablation d'un pouce supplémentaire*. A cette observation est jointe la main du malade, moulée sur nature avant l'opération.

La deuxième est intitulée : *Gangrène de la main, de l'avant-bras, d'une partie du bras, par compression, par déchirement. Amputation secondaire. Guérison.*

M. Houzelot a déjà adressé un mémoire pour obtenir le titre de membre correspondant. Ces deux observations sont renvoyées à la commission déjà nommée, composée de MM. Debout, Lenoir et Laborie.

M. Larrey présente au nom d'un chirurgien militaire très distingué, M. Scrive, chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Tlemcen (Algérie), deux observations dont nous transcrivons les titres :

1° *Observation de plaie de la face postérieure de l'avant-bras par instrument tranchant. Lésion de l'artère interosseuse antérieure. Ligature médiate des deux bouts du vaisseau divisé. Guérison.*

2° *Observation de luxation du poignet gauche en arrière.*

Ces travaux sont renvoyés à une commission précédemment nommée pour examiner une première communication de M. Scrive.

Lectures.

M. Voillemier, inscrit pour une lecture, et retenu par ses fonctions de juge au concours de l'agrégation, adresse un mémoire intitulé : *Des injections alimentaires dans le traitement de l'anus contre nature.*

M. Lenoir commence la lecture de ce travail.

— M. Alphonse Guérin donne lecture d'un mémoire intitulé : *Des rétrécissements du canal de l'urètre.* (Premier mémoire.)

Ce travail est renvoyé à la commission déjà nommée pour examiner la première communication de M. Guérin. (MM. Robert, Larrey, Michon.)

Rapport.

M. Maisonneuve lit un court rapport sur un mémoire intitulé : *Essai sur un nouveau procédé de trachéotomie sous-cricoïdienne*, par M. Décès, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Reims, professeur à l'Ecole de médecine de la même ville et membre correspondant de l'Académie impériale de médecine.

M. Maisonneuve propose les conclusions suivantes :

1° Adresser à l'auteur une lettre de remercîments ;

2° Déposer honorablement son travail dans les archives de la Société. (Adopté.)

Communication. — De l'ostéo-myélite.

M. Chassaignac fait à la Société la communication suivante :

Messieurs, j'ai déjà eu, à plusieurs reprises, l'occasion de vous présenter des exemples d'ostéo-myélite, et pour n'en rappeler en ce moment que deux, je citerai un cas de ce genre dans lequel la désarticulation de l'épaule fut pratiquée avec succès pour une ostéo-myélite des os longs du membre supérieur; un autre cas dans lequel l'affection avait porté sur tous les os longs de la moitié droite du corps, tant au membre supérieur qu'au membre inférieur. Tous les cas qu'il m'a été donné d'observer ont été recueillis sur des sujets dont le plus âgé n'avait pas dix-huit ans. L'observation que je désire communiquer aujourd'hui a surtout pour objet deux points que je résumerai en ces termes :

1° La propagation ou migration ascendante de l'affection vers la racine du membre ;

2° La perforation à l'état aigu des cartilages épiphysaires et des cartilages d'encroûtement, et le mode suivant lequel sont envahies les articulations qui confinent aux os malades.

Voici un résumé de l'observation :

Duru (Louis-Pierre), âgé de douze ans, est apporté à l'hôpital Saint-Antoine le 1er décembre 1852. Cet enfant présente à la jambe droite un phlegmon diffus, dont la première apparition semble remonter à quatre jours. Dans la journée qui avait précédé, il éprouva un sentiment de fatigue générale et d'accablement, mais sans douleur locale vive. Le lendemain, les douleurs se déclarèrent avec beaucoup d'intensité à l'extrémité inférieure de la jambe droite. Le mal va croissant jusqu'au quatrième jour, où le malade est apporté à l'hôpital. Jusqu'ici pas d'accidents généraux, pas de vomissements; mais insomnie et perte d'appétit. Du reste, aucun renseignement ne nous met sur la trace de la cause présumée d'une affection si grave. L'enfant travaille avec son père dans une corderie.

A son entrée, toute la jambe droite, y compris le pied, est énormément tendue ; téguments rouges et chauds, surtout à la partie interne. Au niveau de la malléole de ce côté, empâtement considérable. Une incision longitudinale de quatre centimètres de longueur est pratiquée vers le bord postérieur interne du tibia; elle donne issue à un pus demi-concret, il s'échappe aussi un pus un peu plus liquide et mélangé de globules huileux. (Ce dernier caractère a été constamment retrouvé dans le pus sous-aponévrotique chez tous les sujets atteints d'ostéo-myélite, aussi bien que chez tous ceux sur lesquels j'ai observé des abcès sous-périostiques aigus; il ne constitue donc pas un caractère différentiel entre ces deux affections, qui se distinguent l'une de l'autre par des différences cliniques très importantes, ainsi qu'on le verra plus tard.)

L'incision faite ayant été lavée à plusieurs reprises au moyen d'une éponge imbibée d'eau tiède, il nous a été possible de reconnaître que le pus demi-concret siégeait dans le tissu cellulaire qui double la peau, tandis que le pus mélangé provenait exclusivement de dessous l'aponévrose qui avait été largement débridée. Le pus a fusé dans la gaîne des vaisseaux; on en rencontre aussi dans les anfractuosités qui correspondent au côté externe de l'articulation du pied. Nous remarquons chez ce petit malade, à la face interne de la lèvre inférieure et du côté droit, deux taches blanches ayant l'aspect du muguet ou de la stomatite couenneuse. Du reste, point de ganglions engorgés.

Le 2 décembre, nouvelle incision à la partie moyenne et interne de la jambe. Aspect verdâtre du tissu cellulaire et aponévrotique. Pus sous l'aponévrose. — Douches abondantes; cataplasmes.

Le 3, malgré l'application des cataplasmes, peut-être même à cause de leur présence et de leur poids, il y a eu rétention de pus; la jambe est tendue, douloureuse. Nouvelle incision à un décimètre au-dessus de la malléole interne. L'incision communique par-dessous l'aponévrose avec celle qui a été faite sur cette malléole. Les deux incisions donnent issue à une quantité assez considérable de pus jaune-verdâtre bien lié.

Le 4, déliré dans la nuit; fièvre intense hier dans la soirée. Ce matin, pas de trace de ces accidents; langue nette; pouls à 80. A la jambe, le pus qui avait manifesté sa présence, d'abord à la partie inférieure, semble s'être propagé vers des points de plus en plus élevés. Nouvelle incision à la partie supérieure du tibia qui, exploré au moment même, se trouve dénudé et rend un son très sec.

Le 5, une incision limitative est faite à la partie supérieure et externe de la jambe; elle n'arrive que dans un tissu cellulaire simplement infiltré. L'état général n'a présenté aucun trouble depuis hier; langue nette; pouls presque normal; sommeil.

Le 14, la jambe est toujours tuméfiée; il s'est formé dans le genou un épanchement qui s'accroît avec lenteur, et que je considère comme purulent. Cependant il n'y a pas d'accidents généraux très prononcés, et le petit malade mange une portion.

Le 23, depuis plusieurs jours l'enfant a de la fièvre, un peu de toux, du dévoiement. La face est bouffie, la suppuration toujours abondante, l'épanchement articulaire à peine augmenté; mais les tissus circonvoisins de l'articulation deviennent plus compactes et semblent s'indurer un peu, comme si le périoste du fémur et le fémur lui-même tendaient à se prendre.

Le 26, on sent à la cuisse, vers la partie inférieure externe, un flot de liquide que nous considérons comme prouvant que l'épanchement articulaire a fait irruption dans les muscles de la cuisse.

Le 28, une ponction exploratrice est faite dans la capsule articulaire du genou avec un trocart très fin; elle donne issue à du pus. L'amputation de la cuisse est décidée et exécutée sur-le-champ; elle est faite à lambeaux : le pus avait déjà pénétré à travers le cul-de-sac supérieur de la capsule dans les muscles de la partie externe de la cuisse, ce qui oblige à ébarber fortement le lambeau externe à sa face profonde. L'os n'est sectionné que dans un point parfaitement sain. Pansement par occlusion. Le petit malade a été mis depuis six jours à l'alcoolature d'aconit.

Anatomie pathologique du membre amputé.

Le phlegmon diffus paraît avoir été complétement arrêté par les larges incisions dans les couches superficielles et moyennes du membre. En effet, l'articulation du pied est intacte, les muscles le sont aussi; mais nous trouvons une périostite suppurative occupant la plus grande partie du tibia, d'abord toute la face interne de l'os, puis le tiers supérieur de la face externe, jusqu'à la limite de l'articulation péronéo-tibiale, qui est parfaitement intacte et sans communication avec celle du genou. Celle-ci est complétement envahie par le pus. Le cartilage d'encroûtement des facettes articulaires du tibia est percé de quatre trous formés comme par l'emporte-pièce; il en existe trois sur la facette externe, le quatrième siége sur la facette interne. La capsule orbiculaire présente une perforation à sa partie supérieure externe. A la cuisse, les masses musculaires de la partie inférieure et externe sont percées d'un trou faisant suite à la perforation signalée dans la capsule. Dans le même point existait une fusée purulente qui arrivait déjà au contact immédiat du périoste, mais ne dépassait pas la hauteur du tiers inférieur du fémur.

Faisant alors une double section longitudinale du tibia, nous trouvons tout l'intérieur de cet os en pleine suppuration. Au centre, le liquide est collecté; aux extrémités et dans le tissu spongieux, il est à l'état d'infiltration. Du côté de l'extrémité inférieure, l'infiltration purulente a trouvé une barrière dans le cartilage épiphysaire, qu'elle a respecté sur tous les points.

Du côté de l'extrémité supérieure du tibia, le pus se reliait par en bas à la région centrale de l'os par des noyaux purulents distincts. En haut, la couche purulente partant du tissu spongieux perforait le cartilage épiphysaire par plusieurs petits canaux, dont l'un, plus considérable, se trouvait au voisinage de l'articulation péronéo-tibiale. A chacun de ces canaux répondaient dans l'épiphyse des noyaux d'infiltration purulente distincts les uns des autres. Et le sommet de ceux-ci répondait par nombre égal aux quatre trous signalés sur les cartilages des cavités glénoïdes du tibia. C'est au moyen de ces quatre ouvertures que l'infiltration purulente avait débouché dans l'articulation fémoro-tibiale.

Suite de l'histoire du malade. — A partir de l'amputation, les phénomènes observés chez le petit malade ont été d'une extrême simplicité. Pansé tous les huit jours par la méthode de l'occlusion, il offrit dès la première semaine la réunion primitive des quatre cinquièmes de la plaie d'amputation. Au bout de cinq semaines, il avait repris des forces, de l'embonpoint et de la gaieté. A la fin de la sixième semaine, cet enfant, qui n'avait point été vacciné, fut pris d'une variole confluente à laquelle il a succombé au bout de quinze jours, c'est-à-dire deux mois après l'amputation.

Anatomie pathologique du jeune sujet et du moignon d'amputation.

A l'autopsie, les désordres que nous apercevons sont les suivants :

Le larynx est tapissé par des pseudo-membranes tout à fait analogues à celles du croup, et qui couvrent les cordes vocales. Cette circonstance rend compte de la raucité que présentaient la voix et la toux pendant les derniers jours de la vie. Au niveau de l'angle rentrant formé par la rencontre des deux moitiés du cartilage thyroïde, la membrane muqueuse présente une sorte d'ulcération.

Le lobe inférieur du poumon droit est à l'état d'hépatisation grise. Le lobe inférieur du poumon gauche est notablement congestionné.

Le foie et la rate ont leur aspect à peu près normal. Absence complète d'abcès métastatiques. Il en est de même des reins.

Examen du moignon. — La cicatrice terminale n'est interrompue dans sa continuité par aucun trajet fistuleux; elle est solide, peu étendue. Une dissection attentive des parties constituantes du moignon nous montre l'artère crurale oblitérée dans une longueur de 4 centimètres par un caillot fibrineux qui remonte jusqu'à la première collatérale, laquelle est une petite branche musculaire qui s'enfonce dans le triceps.

Mais ce qu'il y a de plus remarquable, c'est sans contredit l'extrémité de l'os, dont la cavité centrale est complétement oblitérée par une espèce de bouchon faisant relief à l'extrémité de l'os et présentant dans toute son épaisseur des sels calcaires que la section au moyen des instruments tranchants fait facilement reconnaître. Le tampon a ceci de curieux, qu'il donne naissance à un cordon fibreux qui va s'implanter dans la cicatrice, de telle sorte que l'os présente ici la disposition habituellement réservée, dans les moignons des amputés, aux cordons nerveux, qui, après s'être renflés considérablement, vont s'implanter au moyen d'un appendice fibreux dans le tissu cicatriciel. Un petit séquestre annulaire entoure l'extrémité de l'os au niveau de la section et immédiatement au-dessus du séquestre. Ce périoste enflammé paraît avoir sécrété de la matière osseuse qui augmente considérablement l'épaisseur de la couche compacte.

M. Roux a écouté avec un vif intérêt la communication de M. Chassaignac, et cependant il se demande, après avoir suivi les développements donnés à l'histoire du malade dont il s'agit, si vraiment on est en droit de généraliser les dispositions anatomiques observées; ces désordres, fort bien décrits par M. Chassaignac, doivent-ils être considérés comme appartenant à l'ostéo-myélite? Ne sont-ils que des phénomènes passagers et sur lesquels on ne saurait édifier une histoire nouvelle des affections des os?

Le malade paraît à M. Roux avoir présenté des accidents qui sont propres à l'inflammation du périoste. L'âge du malade, la marche de l'affection, le siége qu'elle a choisi, sont autant de circonstances qui semblent devoir faire admettre cette opinion. Quand la périostite survient chez de jeunes sujets affectant presque spécialement les membres inférieurs, elle s'accompagne, comme dans ce cas, d'accidents inflammatoires phlegmoneux de tout le membre. La peau est tendue, luisante, douloureuse, chaude, il se forme des abcès, et quand on les ouvre on trouve l'os dénudé.

Quelquefois ces accidents graves guérissent bien, et l'os se recouvre sans qu'il y ait eu d'exfoliation sensible.

En résumé, dit en terminant M. Roux, je suis porté à admettre que dans ce cas le malade était bien réellement atteint de périostite. La périostite a été l'affection primitive. Comment s'est ensuite développée l'ostéo-myélite? C'est un point qui reste douteux.

M. Chassaignac répond en ces termes :

Les remarques d'ailleurs si judicieuses de notre illustre maître M. le professeur Roux me prouvent que nos études sur la distinction clinique de l'ostéo-myélite et de l'abcès sous-périostique aigu sont plus avancées que nous ne le supposions. Nous dirons donc que ces deux affections ont des caractères différentiels parfaitement appréciables. Dans l'abcès sous-périostique, la fluctuation précède l'empâtement. Dans l'ostéo-myélite, c'est tout le contraire. L'œdème douloureux qui accompagne l'ostéo myélite a ceci de particulier, qu'il se termine brusquement, offrant un rebord saillant et dur juste à la hauteur où l'os cesse d'être malade. L'ostéo-myélite s'accompagne inévitablement de phlegmon diffus et de périostite. L'abcès sous-périostique aigu ne détermine ni la suppuration médullaire de l'os, ni l'infiltration purulente générale du membre.

L'ostéo-myélite se propage d'un os à l'autre, et par une marche ascendante vers la racine des membres à travers les articulations qui deviennent purulentes. L'abcès sous-périostique aigu reste généralement borné à la section du membre dans laquelle il est apparu. S'il se manifeste sur d'autres points dans un même membre, ce n'est pas par voie de propagation directe et sans interruption, comme cela a lieu pour l'ostéo-myélite.

Nous aurons bientôt, du reste, l'occasion de revenir sur cette question importante, à l'occasion d'une jeune fille qui doit être présentée à la Société, et chez laquelle l'usage de douches abondantes rendues acidulées par l'acide hydrochlorique en faible proportion a hâté la disparition de la nécrose consécutive aux abcès sous-périostiques aigus. C'est peut-être là le seul cas d'application de ces injections acidulées qui, employées contre des séquestres plus épais, ainsi que cela paraît avoir été fait par Delpech, n'ont alors presque aucune chance d'efficacité.

Le vice-secrétaire, E. Laborie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Aujourd'hui mardi, à deux heures, séance publique à l'amphithéâtre du Bureau central de l'assistance publique, pour la distribution des prix aux élèves internes en pharmacie des hôpitaux, et la proclamation des nouveaux internes nommés par suite du dernier concours.

— Par un arrêté de M. le préfet de la Seine, en date du 12 mars, les médecins, chirurgiens, officiers de santé et sages-femmes exerçant dans le département sont invités à faire parvenir à leur mairie ou à la sous-préfecture (pour les arrondissements de Sceaux et de Saint-Denis), avant le 1er mai, un bulletin contenant leurs nom, prénoms, domicile, etc.

Des bulletins imprimés sont distribués aux mairies et à la préfecture.

Tout individu qui n'aura pas adressé ce bulletin à l'époque ci-dessus sera considéré comme ayant renoncé à l'exercice de sa profession, malgré le visa du diplôme qui aura été fait à la préfecture.

— Un décret du 12 mars porte :

Art. 1er. Une Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie est établie dans la ville de Reims.

Art. 2. Pour la première organisation de l'Ecole, la nomination des professeurs titulaires et adjoints sera faite directement par le ministre de l'instruction publique et des cultes.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 36. — JEUDI 24 MARS 1853. (26e ANNÉE.) N° 36. — JEUDI 24 MARS 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40; EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	Trois mois	8 fr. 50 c.
	Six mois	16
	Un an	30

Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	Trois mois	9 fr.
	Six mois	17
	Un an	33

Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	Trois mois	10 fr.
	Six mois	20
	Un an	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

Paris, le 23 mars 1853.

Séance de l'Académie de Médecine.

Nous nous attendions à entendre hier la lecture de la dernière partie de l'important mémoire de M. Cruveilhier sur la paralysie musculaire progressive; mais l'honorable professeur était absent, et l'ordre du jour a amené la discussion du rapport fait dans les séances des 8 et 15 février dernier par M. Depaul sur un mémoire de M. Maslieurat-Lagémard. Ce mémoire, on s'en souvient, était relatif à des faits de la pratique des accouchements. M. Villeneuve, retenu chez lui par un violent lumbago, a adressé à l'Académie une note contenant des observations sur le rapport de M. Depaul. Dans cette note, qui a été lue par M. Gibert, secrétaire général, M. Villeneuve combat l'opinion du rapporteur et de l'auteur du mémoire, et se déclare partisan de l'emploi du seigle ergoté, qu'il ne croit être nuisible, quand il est bien appliqué, ni à la mère ni à l'enfant.

M. Depaul a répondu à cette note et précisé les cas dans lesquels le seigle ergoté lui paraît nuisible et ceux dans lesquels il lui semble utile. Il pense, avec raison, qu'on ne doit l'employer que lorsque la tête est engagée au détroit inférieur, qu'elle est prête à sortir, et que l'inertie de la matrice nécessite un secours; son utilité lui paraît aussi incontestable dans les cas d'inertie après l'accouchement et lorsqu'il y a crainte d'hémorrhagie. Dans les autres cas, il préfère avoir recours au forceps qui lui paraît offrir moins de danger pour l'enfant et surtout pour la mère. Le seigle ergoté a, selon lui, l'inconvénient de provoquer non-seulement des contractions intermittentes nécessaires, mais dans l'intervalle une rétraction permanente de l'utérus qui est on ne peut plus dangereuse pour la vie de l'enfant. Quant à la dose, que M. Villeneuve porte à 4 grammes, M. Depaul n'y attache pas une grande importance, convaincu que 4 grammes n'agissent pas avec beaucoup plus d'énergie que 2 grammes.

M. Cazeaux partage en grande partie les opinions de M. Depaul sur le peu d'utilité et le danger du seigle ergoté.

Après cette discussion, d'un intérêt pratique réel, le rapport de M. Depaul est adopté. M. Gimelle lit ensuite un rapport sur un cas de plaie de tête, communiqué par M. Hutin, et qui présente des circonstances assez remarquables. (Voir le compte-rendu.)

Cette séance a généralement été froide, cela tient sans doute à ce que dès l'ouverture M. le président avait annoncé que les professeurs devaient être rendus à quatre heures à la Faculté pour s'occuper de la présentation des candidats à la chaire d'histoire naturelle médicale. Vers trois heures et demie, en effet, MM. les professeurs ont simultanément quitté la salle, et comme l'exemple est contagieux, les bancs se sont aussitôt presque entièrement dégarnis.

Nous regrettons d'autant plus la circonstance qui a porté les professeurs de la Faculté et un grand nombre de membres à se retirer avant la discussion du rapport de M. Depaul, que ce rapport, fort bien fait, traitait de questions d'obstétrique fort importantes, et que la présence de MM. P. Dubois, Moreau, Velpeau, Danyau, etc., eût, sans aucun doute, amené des débats très intéressants.

Les questions de l'opportunité d'emploi du seigle ergoté, de l'opération césarienne et de la symphyséotomie ne sauraient être livrées à des discussions trop graves et trop approfondies; et, pour notre compte, nous donnerions à l'exposé d'appréciation pratique sur ces sujets, la préférence sur des essais de manœuvres obstétricales excentriques qui nous sont parfois apportés de l'étranger en forme de réclames, et que nous sommes surpris de voir répéter par des hommes honorables et placés dans une position qui devrait les en détourner.

La séance a été levée à cinq heures moins un quart, plusieurs personnes inscrites pour des lectures n'ayant pas répondu à l'appel de leurs noms.

Faculté de médecine de Paris.

C'est samedi dernier qu'a eu lieu à la Faculté la séance dans laquelle a été formée la liste de présentation à la chaire de thérapeutique et de matière médicale. La liste relative à la présentation pour la chaire d'histoire naturelle médicale a été votée hier mardi seulement.

Nous pourrions donner des détails fort curieux sur la manière dont les voix se sont distribuées dans ces deux présentations, sur les promesses violées, sur les pressions exercées, sur les tergiversations de quelques votants, que nous appellerions singulières pour ne pas leur donner une qualification plus sévère; nous nous contenterons d'indiquer les votes qui ont eu lieu dans les divers tours de scrutin, d'après des renseignements dont nous pouvons garantir l'exactitude.

Le nombre des votants était de 23 dans l'une comme dans l'autre séance.

1° Chaire de thérapeutique et de matière médicale.

Après plusieurs tours de scrutin, un ballottage a donné:

Pour le premier rang de la liste,

à M. Grisolle . . . . . 14 voix.
M. Tardieu . . . . . 9 —

Pour le deuxième rang, le scrutin de ballottage a donné:

à M. Tardieu. . . . . 13 voix.
M. Beau. . . . . . 10 —

Pour le troisième rang, il n'y a eu qu'un scrutin, qui a donné:

à M. Beau. . . . . . 17 voix.
M. Monneret. . . . . 4 —
M. Cazenave. . . . . 1 —
M. Fleury. . . . . . 1 —

Les candidats seront donc présentés dans l'ordre suivant:

1° M. Grisolle.
2° M. Tardieu.
3° M. Beau.

2° Chaire d'histoire naturelle médicale.

Un premier tour de scrutin a donné:

à M. Moquin-Tandon. . . 10 voix.
M. Martins. . . . . 10 —
M. Payer. . . . . . 2 —
Un bulletin blanc.

Aucun candidat n'ayant obtenu la majorité, un scrutin de ballottage a eu lieu et a donné pour résultat:

à M. Moquin-Tandon. . . 11 voix.
M. Martins. . . . . 11 —
Un bulletin blanc.

Un deuxième scrutin a donné exactement le même résultat.

Même résultat encore à un troisième tour de scrutin.

Alors M. Paul Dubois, doyen et président, a déclaré qu'il avait voté pour M. Moquin-Tandon, et a dit qu'il pensait que sa voix devait être prépondérante.

Une discussion très animée s'est élevée sur ce sujet; plusieurs membres demandaient que la présentation des deux candidats ayant un nombre égal de voix fût faite *ex æquo*; ils s'appuyaient sur de nombreux précédents académiques, repoussant l'analogie qu'on voulait établir entre un concours et une présentation et l'opinion qui attribuerait une voix prépondérante au président.

Un scrutin a été demandé pour vider cette question, et la majorité s'est prononcée en faveur de la prépondérance de la voix du président. Il a été décidé en conséquence que M. Moquin-Tandon serait présenté comme premier candidat.

Un scrutin a eu lieu alors pour l'élection du deuxième candidat; M. Martins a réuni 19 voix sur 21 votants, M. Payer 2. (Deux professeurs s'étaient retirés avec des marques de désapprobation assez vives.)

Pour le troisième rang de la liste, un nouveau scrutin a donné une grande majorité à M. Ed. Robin.

La présentation sera donc faite dans l'ordre suivant:

1° M. Moquin-Tandon,
2° M. Martins.
3° M. Ed. Robin.

M. Martins avait fait immédiatement parvenir une lettre dans laquelle il déclinait l'honneur que lui faisait la Faculté, et il déclarait retirer sa candidature. Des réclamations s'étant élevées à ce sujet, l'honorable candidat est revenu sur cette décision et s'est soumis à la volonté de la Faculté; mais on nous affirme qu'il a écrit ce matin une lettre au conseil académique pour lui faire connaître qu'il ne se portait pas comme candidat.

M. Tardieu avait dès lundi, nous assure-t-on, adressé également au conseil académique une lettre pleine de convenance, dans laquelle il déclarait se retirer, afin de ne porter aucune entrave au choix qui doit être fait.

Cette première épreuve de la nomination par présentation servira à faire apprécier la valeur de ce mode, et la préférence qu'on doit lui accorder sur le concours.

Les candidats aux deux chaires qui ne se trouvent pas portés sur les listes de présentation sont:

Pour la chaire de thérapeutique et de matière médicale: MM. Fleury, Pidoux, Cazenave, Monneret et Guérard;

Pour la chaire d'histoire naturelle médicale: Payer, Hœfer, Lestiboudois et Chatin.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Gendrin.

Leçons sur l'hystérie (1).

Pronostic. — En présence de cette maladie, qui offre des formes si diverses, il est naturel que le médecin se demande quels seront les phénomènes morbides, quels seront les symptômes et les signes par lesquels il pourra en reconnaître la durée probable, l'issue et les diverses transformations qu'elle aura à subir avant sa terminaison.

L'hystérie est, en général, une affection longue et opiniâtre; mais elle n'est pas mortelle. Quelques sujets succombent pendant le cours d'une hystérie à des affections concomitantes; mais dans ces cas on ne trouve jamais de lésions anatomiques en rapport avec la maladie nerveuse; il ne paraît même pas que l'hystérie exerce une influence sensible sur la gravité de la maladie intercurrente; seulement l'aptitude aux mouvements cloniques étant grande, la mobilité nerveuse des sujets étant exagérée, il peut facilement survenir des accidents nerveux qui compliquent la maladie accessoire.

L'hystérie avec toutes ses formes est placée, comme nous l'avons vu plus haut, sous l'influence d'une mobilité nerveuse grande, et d'une innervation active qui se dérange facilement. Par les progrès de l'âge, selon les diverses époques de la vie, l'innervation est puissamment modifiée, et on peut puiser dans ces considérations la base d'un pronostic. Plus un sujet affecté d'hystérie est jeune, plus il est près de l'âge de la puberté, plus la maladie aura encore de temps à durer, plus les récidives seront fréquentes, et plus leur opportunité sera grande. Plus au contraire les sujets se rapprocheront de l'âge critique, de l'âge où les diverses fonctions marchent vers leur déclin, plus l'irritabilité nerveuse sera atténuée, plus on aura chance de voir s'atténuer l'opportunité des accidents hystériques. Chez les jeunes sujets la mobilité nerveuse éclate plus particulièrement par la rapidité et la soudaineté des mouvements; chez ceux qui avancent en âge, cette aptitude à la mobilité nerveuse est moindre, et elle subit diverses modifications qui apportent au pronostic des changements favorables.

Chez une hystérique, on peut pronostiquer l'opportunité plus grande de la forme extatique si elle s'éloigne plus de la jeunesse, et au contraire l'opportunité plus grande de la forme clonique si elle est plus jeune. Une hystérique à l'âge de puberté a des attaques cloniques; la forme extatique se mêlera de plus en plus à la forme clonique à mesure que la malade avancera en âge; et comme cette forme extatique semble plus effrayante que la forme clonique, car elle est moins étudiée en général et moins fréquente, il faut avoir soin de poser le pronostic, qui n'est pas plus grave dans un cas que dans l'autre, car on ne meurt pas plus de l'hystérie extatique que de l'hystérie clonique.

La continuité et la répétition des accidents de l'hystérie déterminés surtout par la répétition fréquente des accès, qui arrivent la plupart du temps, comme nous l'avons vu, sous l'influence morale, finissent par avoir une action réelle sur l'intelligence des malades. On en voit qui tombent dans un état incontestable de manie, comme cela s'observe aussi dans les convalescences des maladies graves qui ont fortement détérioré les fonctions organiques. Mais en général ces manies ne présentent pas de gravité quant à leur terminaison fâcheuse, et elles ne vont jamais jusqu'à la démence, comme cela se voit à la suite des accès épileptiques.

Ces manies hystériques se compliquent souvent d'accidents paralytiques continus, d'accidents d'extase, d'accidents apparents d'hémiplégie tout à fait indépendants des lésions de la moelle ou du cerveau; mais elles sont loin encore de présenter le danger de celles qui succèdent à l'épilepsie.

A cet égard, nous avons à signaler une erreur commise par divers auteurs au point de vue des maladies mentales: ils ont particulièrement insisté avec Pinel, leur maître à tous, sur les manies, suites de couches; dans les cas les plus heureux, elles se terminent assez rapidement. Il n'y a pas d'année que nous n'ayons occasion d'en observer dans nos salles; en général, elles sont peu rebelles. Un certain nombre de ces manies puerpérales arrivent chez des femmes hystériques qui par des phénomènes de contracture per-

(1) Suite. — Voir les numéros des 22 février, 1er et 3 mars.

manente ou même des accidents cloniques décèlent leur maladie d'une manière évidente. Un certain nombre de ces manies ne sont donc que des accidents d'hystérie ; c'est alors le cas de porter un pronostic favorable : la maladie se terminera dans un temps assez court, qui excédera rarement trois mois, et c'est un temps très court, eu égard à celui que durent en général les maladies mentales.

Parmi les accidents hystériques agissant sur les facultés intellectuelles, il en est que l'on doit signaler plus spécialement. Les accidents extatiques entraînent des altérations intellectuelles plus profondes que les accidents cloniques.

Les symptômes divers que présentent les sujets affectés d'hystérie peuvent servir au pronostic pour les transformations des accidents les uns dans les autres : ainsi les hystériques à forme clonique violente sont moins menacés des accidents consécutifs à forme maniaque, que de ceux à forme paralytique qui se montrent à la suite de la répétition fréquente des attaques cloniques ; mais ne croyez pas que ces accidents soient nécessairement précédés d'attaques cloniques, nous avons vu plus haut qu'ils pouvaient survenir d'emblée.

Ainsi, le pronostic de l'hystérie en général est celui d'une maladie qui dure longtemps sans déterminer de grands changements dans l'organisme ; elle peut amener de la manie, mais de la manie passagère, qui ne conduit pas le malade dans la démence se terminant ordinairement par la mort.

Le cas où le pronostic est le plus grave dans le cours de l'hystérie, et que j'ai réservé pour la fin, est celui où il y a imminence d'épilepsie ; on conçoit combien ce point est capital pour l'issue de la maladie.

Quand on considère l'épilepsie chez les femmes, et c'est chez elles qu'il faut la considérer, on trouve que beaucoup ayant été atteintes d'épilepsie simple appartiennent à des familles dans lesquelles les hystéries sont constantes ; les ébranlements nerveux que la malade ressent à un degré extraordinaire sont de véritables prodromes de l'épilepsie ; dans ces cas, l'épilepsie se rattache comme l'hystérie à une mobilité nerveuse exagérée. On peut donc craindre que tôt ou tard un sujet qui n'était qu'hystérique ne devienne épileptique, ou que quelques-uns de ses enfants ne soient frappés d'épilepsie. C'est là, comme on le voit bien, un point très grave de pronostic. Tel sujet frappé aujourd'hui d'épilepsie et ayant eu des attaques d'hystérie peut être considéré ou comme l'ayant due à la répétition des attaques d'hystérie ou comme étant doué d'une mobilité nerveuse exagérée qui a pu déterminer des accidents hystériques passagers.

Souvent, comme je l'ai dit plus haut, on rencontre l'hystérie chez tous les membres d'une même famille ; alors il y a pour ces divers individus opportunité de la production d'accidents nerveux. Une femme est hystérique, sa mère l'était ; elle a une sœur qui l'est aussi ; cette femme vient à avoir un enfant, craignez l'époque de la dentition, elle pourra donner lieu chez lui à de l'éclampsie. Craignez l'âge auquel peut se développer l'hystérie, c'est-à-dire l'âge de la puberté. De sorte que l'influence héréditaire est fâcheuse dans cette maladie, et peut donner lieu à un pronostic défavorable par la production probable des accidents hystériques, et ils manquent rarement de se montrer.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. CHASSAIGNAC.

Fracture du rocher avec écoulement séreux auditif. Guérison.

Quoique la science possède déjà plusieurs observations de guérison après fracture du rocher accompagnée de l'écoulement séreux caractéristique, nous croyons utile de rapporter un nouvel exemple à ajouter aux faits de ce genre. C'est celui d'un homme qui nous a offert pendant son séjour à l'hôpital Saint-Antoine des signes non douteux de fracture à la base du crâne, et chez lequel les accidents se sont successivement amendés et avaient tout à fait disparu au moment de la sortie du malade.

Plus on recueillera de faits de ce genre, plus le pronostic deviendra favorable. On sait, en effet, que M. le professeur Laugier, à qui la science doit d'avoir appelé d'une manière particulière l'attention des chirurgiens sur l'écoulement séreux auditif après la fracture du rocher, avait cru devoir considérer comme généralement fatal ce genre de lésion. Le pronostic ne saurait se modifier sans influer notablement sur les efforts du praticien, qui agit beaucoup plus efficacement en face d'une affection sur laquelle il n'a pas dès l'abord porté un pronostic définitivement fâcheux.

Dans la *Gazette des Hôpitaux* du 14 décembre 1852, M. Chassaignac a publié deux faits de guérison analogues à celui que nous rapportons aujourd'hui.

Voici les détails recueillis au lit du malade :

Trélu (Nicolas), âgé de trente-quatre ans, cordonnier, est admis à l'hôpital Saint-Antoine le 7 février 1853.

C'est un homme de petite stature, brun, d'une complexion en apparence délicate. Il est rachitique, présente une courbure très prononcée des tibias, qui date de son enfance.

Le front offre une conformation assez remarquable ; il proémine fortement ; le relief des bosses frontales est surtout exagéré ; par la mensuration, toutefois, on s'est assuré que la tête n'est pas plus volumineuse que celle de la plupart des autres hommes.

Le 6 février, vers dix heures du soir, chute dans un escalier après avoir descendu quelques marches, c'est-à dire le corps ayant déjà éprouvé un certain mouvement d'impulsion en avant.

La tête heurta légèrement d'abord contre le mur auquel était adossé l'escalier, et vint en dernier lieu rencontrer une des marches inférieures avec une violence considérable. Le front éprouva le premier, puis transmit au reste du corps la résistance du plan de la marche.

Des voisins attirés par le bruit relevèrent ce malheureux et le transportèrent chez lui ; il avait complétement perdu connaissance, et ne sortit de cet état de mort apparente qu'au bout d'une heure. Immédiatement après l'accident du sang s'écoula par l'oreille droite, d'abord abondamment, puis en quantité moindre, et fit place, le lendemain, à un liquide incolore dont l'écoulement persiste encore aujourd'hui.

Dans la journée du 7 février, plusieurs vomissements de matières bilieuses. Ce malade s'étant ensuite transporté avec peine à l'hôpital Saint-Antoine, on le trouve dans l'état suivant :

Il y a une tendance continuelle à l'assoupissement ; le malade reste dans le décubitus dorsal ; il est en proie à une céphalalgie intense qui augmente dans la position assise. L'intelligence toutefois est intacte ; les réponses sont très nettes.

Le rhythme de la respiration est normal ; le pouls ne présente pas non plus de modifications dans ses caractères et sa fréquence.

De l'oreille droite s'écoule continuellement, et en petite quantité, le liquide d'apparence séreuse dont j'ai parlé ; on le reçoit dans une cloche à ventouse disposée à cet effet au-dessous du lobule. La pression au-dessus et au-dessous du conduit auditif détermine de vives souffrances ; elles sont moindres lorsque c'est la région mastoïdienne que l'on comprime.

L'ouïe est profondément altérée à droite. Le malade n'entend plus qu'un bruit confus de paroles lorsqu'on lui parle en prenant la précaution de boucher l'oreille saine.

Les narines et la bouche étant fermées, nous avons commandé au malade de se livrer à des efforts puissants d'expiration ; il n'a pas été possible de percevoir dans cette épreuve le sifflement caractéristique du passage de l'air à travers la membrane du tympan perforé.

Les pupilles ne sont pas dilatées ; la vue n'est altérée que lorsque la tête se trouve élevée ; alors le malade a des éblouissements qui l'empêchent de rien distinguer.

La sensibilité générale n'a subi aucune atteinte. Pas de paralysie des sphincters ; pas de résolution des membres ; aucun signe d'hémiplégie faciale. Sur la bosse gauche existe une petite plaie contuse qui indique que c'est en ce point que la violence extérieure s'est concentrée. — Calomel, 0,05 centigr., à prendre toutes les deux heures.

On a revu le malade dans la soirée du 8 février. L'écoulement séreux auditif a persisté. On a recueilli quatre cuillerées à bouche environ de liquide ; on y voit de petits caillots sanguins et des parcelles organiques, dont le plus grand nombre se sont rassemblées au fond du vase.

La figure est moins abattue ; moins de fixité dans le regard. La céphalalgie est bornée au front. Mis dans la position assise, le malade n'éprouve plus au même degré les étourdissements qui, ce matin encore, rendaient cette attitude pénible.

Le liquide de l'écoulement auriculaire ainsi que l'urine ont été soumis à l'examen de M. Bussy, directeur de l'Ecole de pharmacie de Paris. Le résultat des expériences faites par ce chimiste distingué dans le but de s'assurer si ce dernier liquide contenait du sucre a été complétement négatif. D'un autre côté, ni l'acide, ni la chaleur n'ont pu donner naissance, dans le fluide séreux auditif, à la teinte blanche opaline que décèle la présence de l'albumine.

Le 9, plusieurs selles ont été provoquées depuis hier par le médicament. La pression au pourtour de l'oreille est encore douloureuse. Les mouvements de mastication sont également une cause de souffrance. Le malade maintenant se tient dans le décubitus latéral droit ; toute autre position est mal supportée. L'écoulement du liquide séreux a diminué d'abondance, et on néglige désormais de le recueillir.

Le 10, déviation légère de la langue à droite. — Calomel à doses fractionnées, comme plus haut.

Le 11, la surdité n'est pas aussi intense ; les gencives sont le siége de douleurs et d'une tuméfaction qui paraissent causées par le sel mercuriel. Salivation abondante et fétide. — Une portion d'aliments ; calomel.

Le 13, le nerf facial paraît maintenant visiblement paralysé. La commissure labiale droite est entraînée vers la ligne médiane. Les paupières de ce côté sont beaucoup moins mobiles qu'à gauche. La narine se dilate incomplétement pendant l'inspiration.

Une gouttelette de liquide séreux s'écoule à peine de l'oreille toutes les demi-heures. L'usage du calomel est suspendu à cause de l'état de la bouche. — Gargarisme au borax.

Le 15, la paralysie du nerf facial se prononce de plus en plus. Le globe oculaire est incomplétement voilé par les paupières. Du reste, le sens de l'ouïe est recouvré en partie. Les sons prononcés à voix modérée sont perçus plus distinctement.

Le 19, le malade s'est levé ce matin. Dans la station verticale et dans la marche, il éprouve dans la tête une douleur pulsative et des étourdissements qui le forcent à prendre un point d'appui solide pour ne point tomber. La paralysie du facial n'a pas fait de progrès.

Le 21, peu de changements sont survenus dans l'état de ce malade. L'écoulement liquide séreux par l'oreille a presque cessé. Les phénomènes de paralysie du côté du nerf de la septième paire sont aussi beaucoup moins sensibles.

Le 26, il n'existe plus qu'un point douloureux à la pression au pourtour de l'oreille ; c'est au-dessous du conduit auditif externe. L'écoulement auriculaire ne consiste plus qu'en un suintement léger qui humecte l'intérieur du conduit auditif externe. L'appétit s'est prononcé. — Quatre portions d'aliments depuis le 22.

Sortie le 28 février. Il ne subsiste aucune trace de la paralysie du nerf facial ; les troubles fonctionnels de l'organe de l'audition sont réduits à fort peu de chose : bourdonnements d'oreille ; perception un peu obtuse des sens.

RÉFLEXIONS. — La manière très précise dont on a pu se rendre compte de l'accident ne permet guère de douter que la fracture du rocher n'ait eu lieu par contre-coup, car les traces du choc porté à la tête existaient évidemment à la région frontale gauche, et la manière dont le malade est tombé en descendant un escalier confirme cette explication. Du reste, la position profonde du rocher et sa situation à la base du crâne suffisent pour faire comprendre que presque toutes les fractures de cette portion osseuse ont lieu par contre-coup. On possède cependant des exemples qui prouvent qu'elle a lieu aussi d'une manière directe et quelquefois par un singulier mécanisme, à savoir, le choc du condyle de l'os maxillaire qui, dans certains cas, a fait éclater la cavité glénoïde et le rocher par l'effet d'un coup violent sur le menton.

On a pu remarquer que la paralysie du facial, qui à défaut des autres signes de la fracture serait venue en confirmer l'existence, ne s'est pas produite immédiatement après l'accident. Ce n'est que vers le septième jour que cette paralysie est devenue tout à fait évidente ; elle n'a été que de courte durée, puisqu'à l'époque de la sortie du malade, au vingt-deuxième jour après l'accident, il n'en existait plus de traces.

Chacun des éléments de la lésion remarquable qui nous occupe mérite d'être étudié avec soin et en particulier, si l'on veut arriver à élucider parfaitement la pathologie des fractures du rocher. Déjà l'on possède des détails précieux sur la forme et le siége de la rupture du tympan, sur l'état de la perception auditive dans ce cas, sur l'écoulement séreux.

Il sera également important d'apprécier les troubles survenus dans l'innervation du facial, et c'est pour cela que nous avons cru devoir les mentionner d'une manière particulière.

On s'étonnera peut-être de voir que les émissions sanguines n'aient point été employées chez ce malade ; c'est qu'en effet aucune indication bien formelle d'y recourir ne s'est présentée. Le traitement a consisté exclusivement dans l'emploi du calomel jusqu'à salivation abondante et soutenue. — BAILLY, interne du service.

CLINIQUE ÉTRANGÈRE.

Sur l'hématocèle ou les kystes sanguins du cou (1).

Par M. le Dr MICHAUX, professeur à l'Université de Louvain (Belgique).

La première remarque que l'on fera probablement sur les observations que je viens de lire, c'est que j'ai eu affaire à des kystes séro-sanguinolents, décrits par M. Maunoir sous le nom d'hydrocèle du cou, description répétée par la plupart des pathologistes et entre autres par M. le professeur Velpeau dans son *Mémoire sur les cavités closes*.

Je sais que le liquide contenu dans les kystes du cou est rarement une sérosité citrine, qu'il est presque toujours sanguinolent et ressemble à une infusion de café ; mais dans les trois cas que j'ai rapportés le liquide était du sang véritable.

Obligé d'ouvrir le sac dans le premier cas ; je l'ai trouvé rempli d'un sang noir, altéré, mêlé avec du pus très fétide, en un mot du sang semblable à celui que l'on rencontre dans un sac anévrismal enflammé. Après avoir vidé le kyste, il y eut un écoulement continu du sang veineux que le tamponnement n'arrêtait qu'incomplétement et qui a duré jusqu'à la mort.

Dans le deuxième cas, le liquide retiré par l'incision n'était pas du sang bien vermeil ; il était décomposé ; mais, le sac étant vidé et une mèche ayant été placée dans l'ouverture, la tumeur s'est reproduite immédiatement ; du sang artériel s'écoula le long de la mèche ; j'eus même des craintes pour une hémorrhagie, et je cherchai à fermer complétement l'ouverture par le pansement.

Dans la troisième observation, deux ponctions exploratrices ont ramené un sang épais, d'un rouge vermeil, que mes collègues et moi nous n'avons pas hésité à déclarer être du sang artériel.

Ce n'est donc pas à des kystes contenant de la sérosité sanguinolente que j'ai eu affaire, mais bien à des kystes sanguins, qui après leur ouverture ont continué à fournir du sang.

Après avoir bien constaté la nature de ces kystes, j'ai fait des recherches dans le but de me procurer des notions sur ce genre de tumeurs.

Voici ce que j'ai pu recueillir :

M. le professeur Roux, dans l'article *Tumeur érectile* du *Dictionnaire en trente volumes*, distingue deux variétés principales de tumeurs érectiles, « Dans les unes, l'altération commence par un gros tronc artériel ou par plusieurs artères d'un moyen calibre ; ces vaisseaux se dilatent, se gonflent, en même temps que leurs parois, éprouvant une désorganisation inconnue dans la nature, s'ulcèrent et se percent d'une infinité de petites ouvertures, dont elles sont comme criblées et qui permettent au sang de s'échapper. Ce liquide, qui ne fait que sourdre lentement au lieu de se creuser dans les parties voisines une cavité unique, comme dans le cas d'anévrisme, s'infiltre peu, pénètre dans le tissu cellulaire voisin et dans les parties adjacentes, dont l'organisation primitive ne tarde pas à disparaître, et qui bientôt se transforme en *tissu mollasse, spongieux, abreuvé d'un sang qui ne peut en être exprimé que lentement*, lorsque la peau qui recouvre la tumeur éprouve quelque crevasse ou vient à être divisée. C'est la maladie que Pott a eu deux fois l'occasion d'observer à la partie postérieure de la jambe sur le trajet de l'artère tibiale postérieure, que l'on a l'habitude de désigner sous le nom d'anévrisme par érosion ou d'anévrisme de Pott, et que d'autres chirurgiens depuis lui ont observée dans d'autres régions du corps. »

En parlant du diagnostic de ces tumeurs, M. Roux dit qu'il faut apporter la plus grande attention aux mouvements d'expansion, aux battements dont elles sont le siége. M. Lebert, qui a transcrit la description faite par Pott et M. Roux, l'apprécie de la manière suivante : « Nous avouons que nous trouvons dans cette description un fait difficile à expliquer. Comment le sang pourrait-il circuler dans une artère percée de trous dans ses parois ? Comment en cas pareil ne fournirait-il pas d'énormes épanchements sanguins ? Il est probable que dans ce genre d'altération ces trous ne sont que les ouvertures d'entrée de loges et de petits culs-de-sac annexés aux parois artérielles, mais assez résistants pour empêcher les épanchements. »

Il est à peine nécessaire de faire remarquer que les tumeurs du cou que j'ai décrites ne peuvent être rapportées à cette variété des tumeurs érectiles artérielles. En effet, dans la deuxième et la troisième observation, quoique le sang fût artériel, les tumeurs n'étaient le siége d'aucun mouvement d'expansion, ni de battement ; elles étaient formées par un sac unique rempli de liquide et ne contenant aucune apparence de tissu spongieux, mollasse.

Les tumeurs érectiles veineuses sont constituées, dit M. Roux, par les radicules les plus déliées qui se dilatent, qui s'agrandissent, s'agglomèrent et s'entre-lacent de manière à former une tumeur, qui prend ensuite un volume plus ou moins grand, ou elles succèdent à une altération de gros troncs veineux analogue à celle qui se développe aux parois des artères dans l'anévrisme de Pott. Cette dernière variété est fort rare. M. Roux en a observé un cas dans

(1) Suite. — Voir le numéro du 19 mars.

lequel la tumeur, placée sur la partie latérale du cou et de l'épaule, était traversée par la veine jugulaire externe considérablement dilatée et dont les parois épaissies étaient criblées d'une infinité d'ouvertures d'où s'écoulait le sang pendant la vie et par lesquelles jaillissait après la mort la matière d'une injection.

Ma première observation a peut-être quelque analogie avec cette dernière variété de tumeur érectile veineuse. On remarquera cependant que je n'ai pas trouvé de vaisseau dilaté dans la tumeur, que cette dernière s'était formée dans un goître existant depuis longtemps; elle ne pouvait donc pas dépendre de la dilatation et de la perforation de la veine jugulaire externe.

On ne doit pas rapprocher les tumeurs sanguines dont j'ai donné l'histoire des kystes hématiques que M. le professeur Sédillot (de Strasbourg) a décrits dans l'une de ses thèses.

Voici sa description :

« *Kystes hématiques.* — Ces kystes sont formés par du sang extravasé, autour duquel s'organise bientôt une fausse membrane, puis une enveloppe celluleuse due aux tissus environnants, lorsque l'épanchement n'a pas eu lieu primitivement dans une cavité distincte, telle, par exemple, qu'en présentent les bourses muqueuses. M. Velpeau, auquel on doit de remarquables recherches sur les diverses transformations dont le sang est susceptible, et qui a contribué sur ce point les idées de Hunter et des pathologistes de son école, a donné à cette question un intérêt tout actuel. Lorsque le sang a été déposé dans la trame de nos tissus ou à la surface d'une membrane, il ne tarde pas à s'entourer d'une couche plus ou moins épaisse de lymphe coagulable.

» Les divers éléments du sang peuvent être séparément absorbés, mêlés entre eux dans des proportions variables ou avec de la sérosité exhalée, de la lymphe coagulable, du pus sécrété par le kyste enflammé, *une nouvelle quantité de sang fourni par une hémorrhagie des parois du kyste*, et il en résultera des produits extrêmement dissemblables, dont l'épanchement primitif aura été le point de départ.

» Admettons, ce qu'on ne saurait contester, qu'un froissement violent ait déterminé un épanchement sanguin dans l'épaisseur d'une des grandes lèvres; un kyste va s'y organiser, mais il sera froissé et contenu de nouveau; un nouvel écoulement de sang y sera produit, et la tumeur que nous décrivons augmentera de volume et persistera jusqu'au moment où on en débarrassera la malade. Ce qui est fort curieux, c'est que Dupuytren avait déjà observé *que la surface de ces kystes fournissait des hémorrhagies consécutives.* Ce fait n'est pas constant, mais il montre ce qui a probablement lieu dans l'intérieur de la tumeur. »

J'ai cité ces passages de la thèse de M. Sédillot pour démontrer que des kystes pouvaient contenir uniquement du sang et que des hémorrhagies peuvent survenir à leur surface.

Enfin, M. Stromeyer, professeur de chirurgie à Kiel, a décrit dans les *Archives de médecine de Vierordt* des tumeurs qui ressemblent à celles que j'ai observées. Voici un extrait que j'emprunte à la *Gazette médicale de Paris.*

« L'auteur a donné le nom de goîtres parenchymateux aux goîtres enkystés qui renferment du sang. Pendant son séjour à l'université de Fribourg, il a eu l'occasion d'opérer un assez grand nombre de ces sortes de goîtres et toujours avec succès, ce qu'il attribue à son procédé opératoire. M. Stromeyer a soin tout d'abord de bien choisir ses cas; il n'opère que lorsque le goître enkysté est arrivé au plus haut degré de développement; pour atteindre ce but, il faut quelquefois faire attendre le malade des années entières. En second lieu, il opère avec beaucoup de précautions : il commence par mettre le kyste à découvert, comme on met à découvert un sac herniaire par une longue incision; il lie soigneusement tous les vaisseaux; puis il fait une petite ouverture au sac afin de déterminer lentement l'écoulement des matières qu'il renferme, et ce n'est que lorsqu'il est vidé qu'il incise dans toute sa longueur la paroi antérieure de ce sac. Il ne pratique jamais l'incision partielle du kyste, à cause des hémorrhagies qu'il est souvent difficile d'arrêter. Quelquefois il lui est arrivé de couper partiellement en travers les muscles sterno-hyoïdien et sterno-thyroïdien, lorsque la tension de ces muscles empêchait le libre écoulement du pus. Enfin, il donne aussi aux suites de l'opération tous les soins qu'elles réclament. Le sac n'est pas tamponné; on se contente de le recouvrir d'un linge huilé pour tenir la plaie ouverte, on applique une ou deux vessies de glace sur la région du cou; dès que la face s'anime et que la respiration s'accélère, on pratique une saignée, que l'on répète au besoin plusieurs fois. Le pouls est ici un guide infidèle, car plus le danger est grand, plus le pouls est d'ordinaire petit; il se relève après la saignée. Le danger n'existe que pendant les trois ou quatre premiers jours; il cesse dès que la suppuration est établie. On applique alors des cataplasmes émollients pour favoriser l'écoulement du pus; on fait des injections d'eau tiède pour nettoyer l'intérieur du kyste. Le volume du goître diminue ainsi peu à peu. La guérison se fait assez souvent longtemps attendre, surtout lorsque le kyste est en communication avec la substance parenchymateuse.

» L'auteur communique trois observations de goître parenchymateux. Voici le résumé du premier de ces trois cas.

» Obs. — Une dame corpulente, âgée de quarante ans, consulta, en 1845, M. Stromeyer pour un goître encore assez petit. Comme la fluctuation était très obscure, on différa l'opération, qui n'eut lieu qu'au printemps 1847. Le goître, situé sur la ligne médiane, avait le volume d'un poing, et la fluctuation était très sensible. La malade souffrait beaucoup; elle ne pouvait plus monter les escaliers sans avoir des suffocations, et elle ne pouvait dormir qu'assise dans son lit.

» En mettant le sac à découvert, on vit qu'à mesure qu'on approchait du kyste les tissus devenaient plus gorgés de sang et plus foncés en couleur; tandis qu'on reconnaît les kystes ordinaires à leur pâleur. L'opérateur pratiqua une petite incision qui ne donna issue qu'à du sang. S'étant assuré à l'aide d'une sonde qu'il avait affaire à un kyste, et pensant qu'il contenait peut-être des caillots fibrineux, il agrandit l'ouverture, introduisit le doigt et fit sortir une matière friable, que l'on prit au premier aspect pour du fongus médullaire. L'hémorrhagie fut copieuse; le sang coulait de tous les points de la surface.

» Cependant on parvint à s'en rendre maître à l'aide d'une suture entortillée.

» Le contenu du kyste était d'un gris rougeâtre, friable, translucide, semblable à une gelée compacte; il ne ressemblait en rien au fongus médullaire. D'après l'examen microscopique fait par M. le docteur Beck, cette substance avait la même composition que la glande thyroïde chez l'embryon.

» Les suites de l'opération furent très orageuses; on eut recours à la saignée, à la glace et aux sangsues. Cependant on put enlever successivement les aiguilles; la suppuration s'établit le sixième jour et dura pendant plusieurs mois.

» La guérison complète n'eut lieu que l'année suivante, après que la malade se fut décidée à aller habiter la campagne.

» La seconde observation concerne un jeune homme de vingt-deux ans, affecté d'un goître divisé en trois lobes, dont les deux latéraux étaient enkystés. On opéra d'abord le plus gros lobe, qui dépassait le volume d'un poing; il en sortit une masse brunâtre ayant la consistance d'un cataplasme, et composée comme la précédente. La guérison eut lieu au bout de deux mois.

» Trois mois plus tard, on opéra le deuxième lobe.

» La troisième observation est celle d'une jeune fille de dix-huit ans dont le goître, gros comme une orange, présentait une fluctuation très sensible. Son contenu était le même que celui de la première observation, et l'on eut aussi à combattre de graves accidents; mais la malade guérit en trois mois.

» Le danger des hémorrhagies qui accompagnent l'opération de ces sortes de goîtres conduisit M. Stromeyer à modifier chez un quatrième malade le procédé opératoire ordinaire. Des essais tentés avec un séton appliqué soit immédiatement à travers le kyste, soit après avoir mis ce dernier à découvert, ne réussirent pas; l'auteur s'arrêta donc au procédé suivant, qu'il regarde comme préférable à tous les autres. Il introduisit par l'ouverture de la plaie deux tampons attachés à un fil; à l'aide d'une aiguille courbe, il fit passer l'un des fils dans le sac à trois quarts de pouce au-dessus de l'angle supérieur de la plaie. Le fil du second tampon fut passé de même à quelque distance de l'angle inférieur, puis les deux tampons furent enfoncés dans le sac et les deux extrémités du fil liées ensemble. De cette manière, il y eut peu de sang perdu; la suppuration s'établit; les fils ne tardèrent pas à couper les points intermédiaires, et il en résulta une ouverture qui donna au pus une issue facile. La malade sur laquelle l'auteur appliqua son procédé guérit au bout de trois mois.

» M. Stromeyer fait remarquer que l'iode n'a aucune influence sur ces sortes de goîtres, et il conseille, avant de pratiquer l'opération, d'engager le malade à changer de résidence, car il a observé que le changement d'air a une influence réelle sur les suites de l'opération. »

Voilà les seuls matériaux que j'ai pu recueillir; mes recherches ont donc abouti à prouver que M. Stromeyer est le seul auteur qui ait parlé des kystes sanguins du cou dont l'ouverture peut être suivie d'hémorrhagie. Le travail du célèbre chirurgien allemand est trop récent pour qu'il soit déjà mentionné dans les traités de chirurgie. Les trois observations que je communique à l'Académie contribueront, j'espère, à appeler l'attention des pathologistes sur ce sujet. Réunies à celles de M. Stromeyer, elles sont cependant encore insuffisantes pour servir à tracer une histoire complète de l'hématocèle du cou. Il est surtout à regretter que je n'aie pas pu faire l'autopsie de la dame qui fait l'objet de la première observation. L'anatomie pathologique nous manque, et cependant c'est d'elle que nous devons attendre tous les détails sur la source et l'organisation de ces tumeurs sanguines.

Quant à la source du sang, on peut se demander si c'est un vaisseau artériel ou veineux qui le fournit; s'il ne provient pas de la surface du kyste; enfin si l'hématocèle n'est pas consécutive dans ce cas à une hydrocèle, changement que l'on observe parfois dans l'épanchement séreux de la tunique vaginale. Toutefois, en attendant que l'on puisse décrire plus complétement l'hématocèle du cou, je terminerai cette note par quelques propositions qui me paraissent être acquises à la science. — Nous les donnerons dans le prochain numéro.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 22 mars 1853. — Présidence de M. Bérard.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Epidémies.

Le ministre de l'intérieur et du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Chalette, médecin des épidémies de l'arrondissement de Châlons, sur une épidémie dyssentérique qui a régné à Maison (Marne);

2° Un rapport de M. le docteur Foucault, médecin des épidémies de l'arrondissement d'Epernay, sur une épidémie d'angine gangréneuse qui a régné à Champvoisy (même département);

3° Un rapport de M. le docteur Closmadeuc, médecin des épidémies de l'arrondissement de Vannes (Morbihan), sur une épidémie de dissenterie qui a régné dans la commune d'Allaire pendant l'année 1852;

4° Un rapport de M. le docteur Rue, médecin à Châteauroux (Indre), sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans cette ville pendant les derniers mois de 1852.

Eaux minérales.

Le même ministre transmet des échantillons d'une eau minérale puisée à la source de Sicadan, et demande l'avis de l'Académie sur l'opportunité d'accorder l'autorisation d'exploiter cette source.

Recherche des poisons organiques.

M. Flandin adresse un mémoire sur la recherche des poisons organiques d'après un nouveau procédé d'analyse. (Voir le compte rendu de l'Académie des sciences.)

Plaie de tête par arme à feu.

M. le docteur C. Viard, médecin à Montbard (Côte-d'Or), adresse une note sur un cas de plaie de tête par arme à feu guérie sans extraction de la balle. (Commissaires : MM. Laugier, Larrey et Gerdy.)

Extirpation du premier métacarpien.

Le même médecin envoie une note sur l'extirpation du premier métacarpien pour un cas de carie scrofuleuse des os métacarpiens de la main droite. (Même commission.)

Ethérisation.

M. le docteur Delabarre fils, chirurgien-dentiste de l'hôpital des Enfants, adresse un mémoire sur l'éthérisation. (Commissaires : MM. Velpeau, Malgaigne, Adelon.)

Collodion.

M. Rogé, pharmacien, adresse un flacon de collodion préparé pour l'usage médical avec la térébenthine et l'huile de ricin.

Commission de révision du règlement.

M. le président soumet à l'approbation de l'Académie la composition suivante de la commission chargée de la révision de quelques articles du règlement arrêtée par le conseil :

MM. Baillarger, Ferrus, Bégin, Bousquet, Malgaigne, Gaultier de Claubry, Cazeaux, Adelon, Renault, Gueneau de Mussy, Boutron.

L'Académie adopte.

Le président et le secrétaire perpétuel se joindront à cette commission.

— M. le président rend compte à l'Académie de la visite que les membres du conseil d'administration ont faite en son nom à la veuve de M. Orfila.

Remèdes secrets.

M. Robinet lit au nom de la commission des remèdes secrets une série de rapports dont l'Académie adopte les conclusions sans discussion.

Dix ans de pratique d'accouchement dans le département de la Creuse.

Par M. Maslieurat-Lagémard.

L'ordre du jour appelle la discussion sur le rapport que M. Depaul a lu dans une des précédentes séances sur ce sujet.

Nous reproduisons les principaux extraits de ce rapport.

Le mémoire de M. Maslieurat se compose d'une série de mémoires qui tous ont trait aux questions les plus importantes de la pratique obstétricale.

L'auteur, réunissant entre eux les faits de même nature et ceux qui, ayant exigé son intervention, se sont prêtés aux mêmes procédés opératoires, les a divisés en neuf séries distinctes.

La première comprend six faits qui ont été présentés d'une manière collective et succincte. Ils se rapportent tous à des femmes près desquelles son intervention avait été réclamée en raison de la longueur insolite du travail. Après s'être assuré que cette prolongation n'avait en rien compromis la santé des mères ou la vie des enfants, notre confrère jugea qu'il ne fallait pas encore désespérer des ressources de la nature. Ses prévisions ne furent point trompées, et il fut témoin d'une prochaine et heureuse délivrance.

Les faits de la deuxième série sont au nombre de cinq. Ils se rapportent tous à des accouchements qui se terminèrent spontanément et heureusement après avoir exigé la rupture artificielle des membranes. Quatre de ces femmes étaient primipares, la cinquième était multipare. Chez toutes la dilatation était complète et les contractions utérines presque anéanties. Le travail durait depuis trente heures chez l'une, depuis trente-six heures chez une seconde et depuis quarante-huit heures chez les trois autres. Dans tous les cas, il s'agissait d'une présentation du sommet. Ce résumé succinct des points principaux qui caractérisent ces observations suffit pour justifier pleinement la conduite de notre confrère et pour montrer que dans ces diverses circonstances il a su encore agir en se conformant aux saines doctrines.

La troisième série est consacrée aux cas dans lesquels l'auteur a cru devoir recourir à l'administration de l'ergot de seigle. Les six premiers sont relatifs à des femmes primipares. Les membranes étaient rompues depuis assez longtemps et le travail commencé depuis trente-six ou quarante-huit heures. Dans tous, les contractions utérines avaient sensiblement diminué ou même presque entièrement cessé. M. Maslieurat se décide pour le seigle ergoté. 1 gramme est donné en deux doses à chacune des femmes, et une terminaison heureuse est obtenue chaque fois; la contractilité de l'utérus se réveille, et en quelques heures toutes accouchent spontanément d'enfants vivants. Un pareil résultat semble bien propre à justifier la conduite de notre confrère; cependant, dit M. le rapporteur, telle n'est pas ma manière de voir, et en cela je suis d'accord avec notre confrère lui-même, qui a vu après une malheureuse expérience ses premières impressions se modifier.

Voici, en effet, le résumé de la septième observation qui termine cette troisième série :

Une femme âgée de trente ans, bien conformée, mais d'une constitution délicate et habituellement souffrante, avait déjà eu une première grossesse qui n'avait offert rien de particulier ni dans sa marche ni dans sa terminaison. Elle était au terme d'une seconde grossesse qui avait été aussi naturelle que la première, lorsque notre confrère fut appelé près d'elle; le travail était commencé depuis quarante-huit heures et les membranes déjà rompues depuis longtemps. Les douleurs, qui avaient été rares et faibles depuis le début, avaient entièrement cessé depuis dix à douze heures; la dilatation était complète, la tête se présentait et était déjà en partie engagée dans le détroit supérieur. Les conditions parurent favorables, et il fut administré deux doses de seigle ergoté de 50 centigrammes chacune.

Il était alors onze heures du matin; les contractions ne tardèrent pas à se ranimer, et notre confrère, forcé de s'absenter, recommanda qu'on vînt le prévenir entre deux et trois heures si l'accouchement n'était pas terminé. On ne vint le chercher qu'à six heures du soir, et, comme il demeurait à deux lieues de la malade, il était sept heures quand il arriva près d'elle. Les choses avaient bien changé pendant son absence : il trouva le visage profondément altéré, le nez et les paupières bleuâtres, tous les traits horriblement contractés; la respiration s'opérait avec une extrême difficulté; elle était courte et saccadée; le pouls, filiforme et intermittent, avait une telle fréquence qu'il était presque impossible de le compter; le toucher vaginal ne permit plus de constater aucune partie fœtale; le doigt ne rencontra que des chairs molles et fongueuses dont la nature ne put être déterminée. Par l'abdomen on sentait l'utérus revenu sur lui-même, s'étendant depuis l'ombilic jusque dans l'excavation pelvienne. Dans le flanc droit se rencontrait une seconde masse irrégulière et bosselée facile à déplacer, qui n'était autre que le corps du fœtus, dont la tête et les membres se reconnaissaient sans peine.

Malgré la gravité de son état, cette femme put encore raconter que les contractions utérines n'avaient pas été très énergiques et que ce n'était que vers trois ou quatre heures que son ventre était devenu douloureux et que les troubles généraux dont il a été parlé s'étaient manifestés.

La gastrotomie fut proposée comme ressource extrême, mais elle fut repoussée par la malade et par la famille. La mort survint deux heures après.

Au milieu des tristes réflexions que cette issue malheureuse a fait naître dans son esprit, et tout en faisant ressortir les conditions favorables qui semblaient se prêter à l'emploi du seigle ergoté, M. Maslieurat déclare qu'il est impossible de ne pas attribuer aux contractions plus énergiques produites par cette substance la rupture de l'utérus,

il regrette surtout d'avoir été obligé de quitter cette femme, et se promet bien pour l'avenir d'être beaucoup plus réservé dans l'emploi du seigle ergoté. Il rappelle, en terminant, les sages conseils donnés par notre collègue M. Danyau dans un remarquable rapport qu'il a récemment lu dans cette enceinte.

M. le rapporteur, tout en reconnaissant que la conduite de M. Maslieurat est parfaitement excusable, puisqu'il n'a fait que se conformer aux préceptes le plus généralement reconnus, déclare qu'il aurait repoussé le seigle ergoté, aussi bien pour les cas qui semblent avoir été légitimés par le succès, que pour celui qui eut un si terrible dénoûment. Je sais depuis longtemps, dit M. Depaul, à quoi m'en tenir sur les dangers qui peuvent résulter de l'administration de cette substance, soit pour la mère, soit surtout pour l'enfant, et à part les indications qui naissent de certaines hémorrhagies, ou qu'on voit surgir à l'occasion de quelques fausses couches, je crois que l'intérêt bien entendu des femmes n'aurait pas beaucoup à souffrir de sa suppression complète. Quand le travail se prolonge au delà de ses limites ordinaires et qu'on croit urgent de hâter la terminaison de l'accouchement, on a quelquefois à décider s'il est préférable d'augmenter l'énergie des contractions utérines en administrant du seigle ergoté, ou de les remplacer par une extraction mécanique quand elles sont évidemment impuissantes, que cette impuissance tienne à leur faiblesse ou à une résistance exagérée. Quoiqu'il soit généralement reconnu aujourd'hui que ce médicament ne convient que pour les cas où un obstacle peu considérable se présente et où les contractions utérines qu'on va produire n'auront à s'exercer que pendant un temps assez court, je ne pense pas qu'on ait suffisamment apprécié toutes les conditions qui doivent le faire exclure. On n'est ordinairement appelé à prendre une décision qu'à une époque où, le travail s'étant prolongé, il est possible qu'il ait déjà agi d'une manière fâcheuse sur le produit de la conception; intervenir alors par un moyen qui exagère la contraction utérine et dont l'action spéciale est de la rendre permanente avec des exacerbations comme tétaniques, ce serait augmenter le danger en faisant naître dans la circulation utérine des troubles encore plus profonds, qui ne tarderaient pas à devenir funestes par un mécanisme que j'ai déjà eu occasion d'indiquer ailleurs. La conclusion, on le comprend, c'est que dans les cas qui semblent le mieux indiquer l'emploi du seigle ergoté il n'est prudent d'y recourir qu'après s'être bien assuré de l'état de la circulation fœtale; s'il résultait de l'examen qu'elle a déjà subi une influence fâcheuse, il serait très formellement indiqué de renoncer à ce moyen. Le forceps, qui dans les cas simples et entre des mains habiles est ordinairement inoffensif, devrait toujours avoir la préférence.

La quatrième série comprend de nombreux accouchements prématurés observés chez la même femme et qui ont paru provoqués par une démangeaison anormale de la peau.

Une autre série comprend les accouchements qui réclament la version. Dans les deux cas où il fallut pratiquer cette opération, il s'agissait de présentation de l'épaule. L'enfant ne put être sauvé ni dans l'un ni dans l'autre.

Un cas de symphyséotomie fait le sujet de la huitième série.

Une femme était au terme d'une troisième grossesse et en travail depuis deux jours, lorsqu'elle fit demander les soins de M. Maslieurat. Quoique les contractions eussent cessé depuis quelques heures, il la trouva très fatiguée par la prolongation du travail. Comme les membranes étaient rompues depuis longtemps, et qu'il s'écoulait du méconium, il crut devoir recourir à une application de forceps. L'introduction des branches n'offrit pas de difficulté, mais à peine eut-il essayé quelques tractions que l'instrument se brisa, et qu'il fallut s'arrêter.

Il fit immédiatement prévenir un de ses confrères, qui, vu les distances, ne put arriver que plusieurs heures après. L'opération fut recommencée alors avec un nouveau forceps; mais la tête fut trouvée si mobile au-dessus du détroit supérieur, qu'après quelques tentatives on se décida à pratiquer la version. La femme ne sentait plus remuer depuis longtemps, et par l'auscultation on ne perçut pas les battements du cœur fœtal.

Il fut facile d'introduire la main, de retourner l'enfant et de l'extraire jusqu'à la tête; mais celle-ci se trouva arrêtée au détroit abdominal, et toutes les tentatives qui furent faites soit avec les mains, soit avec le forceps, furent inutiles.

Il fut alors décidé qu'on aurait recours à la symphyséotomie. Une incision fut faite sur la ligne médiane de la symphyse, assez étendue pour permettre de couper le cartilage, mais limitée de manière à éviter en haut la paroi antérieure de la vessie, et en bas le corps caverneux. Cette section fut achevée avec un bistouri boutonné. L'écartement des os iliaques ne se fit pas seul; il fallut l'opérer en appuyant avec chaque main sur l'épine antérieure et supérieure de chaque côté. Un léger craquement dans les articulations sacro-iliaques se fit entendre, et aussitôt les deux branches du pubis se trouvèrent assez écartées pour pouvoir admettre le doigt. A ce moment une très légère traction opérée sur le tronc de l'enfant fut suffisante pour entraîner la tête.

Trois jours après cette femme fut prise de frisson et de douleurs très vives dans tout le membre inférieur droit. Le lendemain, il était envahi par un gonflement considérable sans changement de couleur à la peau.

L'état d'épuisement de la malade ne permit pas de recourir à un traitement énergique. On se contenta d'abord de fomentations émollientes, puis d'onctions faites avec l'onguent napolitain, et plus tard on eut recours à un bandage roulé modérément serré. Quinze jours après, cette femme put se lever et se livrer à ses travaux habituels. Depuis ce temps elle a eu une nouvelle grossesse qui n'a rien offert de particulier, et qui s'est très heureusement terminée par la naissance spontanée d'un enfant vivant.

M. le rapporteur, malgré le succès de cette opération, ne croit pas que la conduite de M. Maslieurat dût être imitée dans une semblable circonstance. Il pense qu'en pareil cas il est préférable de recourir à l'accouchement provoqué ou à l'embryotomie. Ce dernier procédé était seul applicable dans ce cas.

M. Depaul termine son rapport par la relation d'une opération césarienne, extraordinaire à plus d'un titre, et qui est curieuse non-seulement par le succès dont elle fut suivie, mais surtout par les conditions particulières dans lesquelles elle fut pratiquée.

Au mois de décembre 1846, se trouvant par hasard à 24 kilomètres de sa localité, il fut prié par trois confrères d'examiner une femme qui était en travail depuis deux jours et près de laquelle ils étaient réunis pour pratiquer une opération césarienne qu'ils avaient jugée nécessaire.

Il constata que cette femme avait une très petite taille, des jambes fortement contournées et une très légère déviation de la colonne vertébrale. Mais il apprit en même temps que cinq grossesses avaient déjà eu lieu, et que toutes s'étaient terminées par un accouchement spontané. De plus, il s'assura par l'examen direct que le bassin était plutôt large qu'étroit, et que la tête, quoique n'ayant pas encore franchi le détroit supérieur, trouverait, comme dans les accouchements précédents, des voies assez larges pour les traverser.

Il manifesta son étonnement du parti auquel on s'était arrêté, et fit tous ses efforts pour qu'au moins préalablement on voulût bien tenter une application de forceps.

On lui objecta que la tumeur qu'il sentait au détroit supérieur n'était nullement la tête, mais bien une tumeur osseuse adhérente, développée probablement depuis deux ans, époque de son dernier accouchement. Tout ce qu'il put dire fut inutile; il resta seul de son avis, et l'on décida qu'on allait passer outre. Il déclara alors qu'il désirait se retirer, ne voulant pas partager la responsabilité d'une pareille opération; mais sur les vives instances qui lui furent faites et espérant, comme il le dit, que sa présence pourrait peut-être éviter de nouveaux malheurs, il consentit à rester après avoir fait toutes ses réserves.

Aucun des trois confrères n'avait même jamais vu pratiquer cette opération. Ce fut le médecin ordinaire qui se chargea de l'exécuter; mais à peine avait-il incisé les parois abdominales, qu'il sentit son courage faiblir, et il déclara qu'il ne pouvait plus continuer. Il en fut de même des deux autres, et M. Maslieurat se trouva dans la cruelle nécessité de prendre le bistouri et d'achever une opération que seul il n'aurait jamais commencée. Après avoir divisé l'utérus, il put facilement extraire un enfant qui était mort, et ensuite le délivre.

La plaie intérieure fut réunie au moyen de la suture enchevillée, le ventre soutenu avec un bandage de corps, et un régime sévère prescrit. Les suites furent des plus heureuses; tout se passa à merveille, et quelque temps après cette femme était parfaitement rétablie.

Un nouvel examen du bassin, fait après l'extraction de l'enfant, permit de reconnaître d'une manière positive que la *tumeur osseuse constatée par les trois confrères* n'était autre que la tête fœtale, car il n'en fut plus trouvé trace.

Il serait inutile de parler des émotions pénibles qui résultaient pour M. Maslieurat de la position critique dans laquelle il fut placé. Il suffit pour les comprendre de songer que, sans l'espoir d'une compensation, puisque l'enfant était mort, il se voyait contraint de sacrifier presque à coup sûr cette malheureuse femme en terminant une opération que quelques instants auparavant il avait formellement condamnée. Il faut lui savoir gré de sa courageuse résignation, et reconnaître que le parti qu'il crut devoir prendre était encore le moins défavorable. Qu'aurait-il pu faire, en effet? Réunir la plaie abdominale, puis tenter l'extraction par les voies naturelles? Mais le temps vraiment sérieux de l'opération n'était-il pas déjà un fait accompli? Je veux parler de l'ouverture du péritoine.

Le succès inespéré qui a suivi cette opération vient confirmer les réflexions générales par lesquelles l'auteur du mémoire a débuté sur la merveilleuse et presque constante facilité avec laquelle les opérations les plus graves réussissent dans les campagnes, et notamment dans le département où il exerce. Si, pour juger de la valeur de l'hystérotomie en général, ajoute M. le rapporteur, on ne faisait entrer en ligne de compte que les résultats obtenus dans les grandes villes et surtout dans les grands hôpitaux, on arriverait à cette triste conséquence que la mort des mères doit en être toujours, ou à peu près toujours, la fatale issue; que, si, au contraire, on fondait une statistique seulement sur les faits observés en province et surtout dans les campagnes, on serait conduit à considérer cette opération comme n'offrant pas beaucoup plus de gravité que la plupart des autres grandes opérations chirurgicales. Le département de la Creuse paraît s'être distingué dans ces dernières années par la constance des succès. En effet, depuis 1843, l'opération césarienne y a été pratiquée six fois, et six fois les mères ont survécu. Trois de ces observations vous ont été communiquées en mai 1849 par M. le docteur Guisard, de Guéret (voyez *Mémoires de l'Académie*, t. XV); deux autres ont été recueillies depuis cette époque, et appartiennent à M. le docteur Pezaud, d'Ahun, enfin la sixième est celle dont il vient d'être question.

Les quelques remarques critiques qui ont trouvé place dans ce rapport vous auront prouvé, j'espère, dit en terminant M. le rapporteur, que j'ai entrepris sérieusement la mission que vous m'avez confiée; mais elles n'ont eu pour but de diminuer ni le mérite des nombreuses observations que renferme le nouveau mémoire de l'auteur, ni la valeur des judicieuses réflexions dont il les a presque toujours accompagnées. Je viens donc vous proposer:

1° De le remercier de son intéressante communication;

2° De déposer son travail dans vos archives;

3° D'inscrire de nouveau son nom sur la liste des candidats aux places de correspondant.

(Le défaut d'espace nous oblige à renvoyer la discussion au numéro prochain.)

Lésion traumatique du sinus longitudinal supérieur.

M. Gimelle lit au nom d'une commission un rapport sur une observation de lésion traumatique du sinus longitudinal supérieur communiquée à l'Académie par M. Hutin, chirurgien en chef des Invalides.

L'observation de M. Hutin prouve:

1° Qu'un homme peut éprouver une fracture comminutive avec enfoncement des os du crâne dans une étendue considérable sans perdre connaissance;

2° Que la guérison de ces blessures peut s'opérer sans accidents graves pour le blessé, quoiqu'il existe une perte de substance dans les os du crâne à travers laquelle les téguments de la tête ont contracté des adhérences avec la dure-mère;

3° Qu'un homme peut conserver pendant plus de quarante ans, dans une vieillesse très avancée, une saillie intérieure et accidentelle des os du crâne d'un centimètre de hauteur sur dix centimètres de longueur croisant et comprimant le principal vaisseau veineux sans éprouver d'accidents sérieux, quoique cet homme se livre habituellement à des excès de liqueurs alcooliques.

M. le rapporteur propose de remercier M. Hutin de sa communication, d'envoyer l'observation au comité de publication et d'inscrire son nom sur la liste des candidats aux places vacantes dans l'Académie.

Ces conclusions sont adoptées.

La séance est levée à cinq heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 21 mars 1853. — Présidence de M. de Jussieu.

Nouvelle méthode d'analyse pour la recherche des poisons.

M. Flandin lit un travail ayant pour titre: *Nouvelle méthode d'analyse pour la recherche des poisons organiques.*

Des recherches et expériences relatées dans ce mémoire il résulte:

1° Qu'il n'est pas impossible de retrouver les principes immédiats organiques toxiques dans les cas d'empoisonnement criminel?

2° Que ces principes peuvent être retrouvés soit sur les points avec lesquels ils ont été mis en contact, soit dans les organes où ils ont été portés par l'absorption;

3° Qu'une putréfaction même avancée des matières animales auxquelles ils ont été mêlés n'en entraîne pas infailliblement la destruction ou la décomposition.

Ainsi, les poisons organiques, de même que les poisons inorganiques, sont des matières inassimilables.

Ils pénètrent dans l'organisme par absorption.

Ils agissent sur l'économie par *action de présence*, et se retrouvent par conséquent dans les organes de la victime après la mort.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Un décret en date du 19 mars crée pour le service des hôpitaux de la marine et pour celui des bâtiments de la flotte un corps d'infirmiers permanents qui fera partie de l'armée de mer, et fixe les conditions d'admission et le traitement de ces infirmiers.

Dans cette création, on a eu pour but de remplacer un certain nombre de condamnés aux travaux forcés qui, depuis l'existence des bagnes, remplissaient, dans les hôpitaux de la marine, les fonctions d'infirmiers servants.

— *Distribution des prix aux élèves des hôpitaux internes en pharmacie, le mardi 22 mars 1853:*

Médaille d'argent. Prix de la première division: Roussel (Louis-Charles-Désiré), interne de 3e année, hôpital des Enfants.

Accessit. Des livres. — Henry (Emmanuel-Ossian), interne de 4e année à l'hôpital de Lourcine.

Mention honorable. — Memminger (Frédéric-Guillaume), interne de 3e année à l'hôpital des Enfants.

Médaille d'argent. — Mathieu-Sicaud (Emmanuel), interne de 2e année à l'hôpital des Cliniques.

Accessit. Des livres. — Dunand (Alexandre), interne de 1re année à l'hôpital du Midi.

Mentions honorables. — Hottot (Ernest-Louis), interne de 1re année à la Pitié; et Cohade (Achille-Joseph-Adrien), interne de 2e année à Sainte-Marguerite.

— M. le docteur Favre, agrégé à la Faculté de médecine, a repris lundi dernier le cours de chimie, devenu vacant par la mort de M. Orfila.

En quelques mots d'une modestie et d'un tact parfaits, le jeune professeur a indiqué les difficultés de la tâche qu'il avait à remplir, et il a repris la leçon sur les sels de potasse à l'endroit où l'avait laissée il y a trois semaines son illustre prédécesseur.

— MM. les professeurs de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers viennent d'adresser la lettre suivante à M. Bérard, président de la commission pour la souscription Orfila:

Angers, le 14 mars 1853.

Monsieur le président,

Au moment où l'Ecole de médecine d'Angers se réjouissait avec vous des honneurs que vous alliez rendre à M. Orfila au nom de ses élèves, de ses amis, de ses admirateurs, nous apprenons qu'un jour de fête s'est changé en un jour de deuil. Cette nouvelle nous a frappés d'une manière aussi douloureuse qu'inattendue; car, il y a peu de jours encore, nous recevions d'honorables preuves de sympathie de la part de l'illustre professeur; pourquoi faut-il ajouter à la douleur déjà si vive que nous ressentons celle de n'avoir connu la mort du bienfaiteur de notre Ecole qu'alors qu'il ne nous était plus possible d'aller lui adresser un dernier adieu! c'était pour nous un devoir que nous regretterons toujours de n'avoir pu remplir.

La commission que vous présidez, monsieur, va sans doute s'occuper de l'érection d'un monument funèbre destiné à perpétuer la mémoire de celui dont la vie tout entière fut consacrée aux progrès de la science, au perfectionnement des institutions médicales et à l'honorabilité de la profession. Les professeurs de l'Ecole d'Angers s'associent d'avance à tout ce que vous jugerez convenable de faire pour atteindre ce but.

Nous avons l'honneur d'être, etc.

(*Suivent les signatures des professeurs de l'Ecole.*)

— Le comité consultatif d'hygiène publique du ministère de l'intérieur, consulté sur la question de savoir *si la peste à l'état sporadique existe en Turquie et en Egypte*, a cru devoir répondre de la manière suivante:

Il résulte des documents et des renseignements reçus ou recueillis par le comité consultatif d'hygiène publique de France:

1° Que la peste à l'état sporadique n'existe ni en Turquie, ni en Egypte, ni en Syrie;

2° Que les administrations sanitaires de la Turquie et de l'Egypte, quoique susceptibles de quelques améliorations de détail, présentent cependant à l'Europe des garanties suffisantes pour admettre que l'existence de la peste ne peut échapper à leurs investigations;

3° Que les rapports des médecins sanitaires français en Orient mettent hors de doute la non-existence de la peste sporadique dans le Levant;

4° Que, dans l'intérêt urgent et considérable des relations internationales et du commerce maritime, il serait très désirable que les gouvernements européens adoptassent, à l'égard des provenances de l'Orient, un système sanitaire en harmonie avec les faits démontrés par la science et par l'observation.

— *Nouvelles du choléra.* (*Saint-Pétersbourg.*) — Le 23 février au matin, il y avait 149 malades en traitement. On a compté pendant cette journée 16 nouveaux cas: 9 guérisons, 7 décès. Restaient 149 malades.

— Nous apprenons que la Société médicale américaine continue à recevoir un grand nombre de nouveaux membres; vingt-cinq ou trente sociétaires et de nombreux visiteurs étrangers assistent aux réunions hebdomadaires, auxquelles donnent un vif intérêt des dissertations originales et les débats qui en surgissent ordinairement.

M. le docteur W.-E. Johnston a été récemment élu président de la Société.

Les séances ont lieu tous les mardis dans la soirée au siége de la Société, rue Saint-André-des-Arts, 47.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Principes de physiologie et éléments de morphogénie générale, ou *Traité de la distribution des matériaux de la formation dans les espèces naturelles*; par le docteur Cornay (de Rochefort). — Brochure grand in-18, accompagnée de dix planches. — Chez Labé, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, 4. — Prix: 4 fr.

Dans ce livre, l'auteur traite les questions suivantes: L'unité de matière, l'origine des corps, l'électricité, l'électromotion, les polarisations, la transmutation, les espèces, le fluide organique, le système nerveux organique des végétaux, la genèse des formes des espèces naturelles, etc., etc. Enfin, par des expériences électriques qui lui sont particulières, il initie à la genèse des corps organisés et non organisés.

Hygiène du corps et de l'âme, ou Conseils sur la direction physique et morale de la vie, adressés aux ouvriers des villes et des campagnes par le docteur Max Simon. Un beau vol. in-18 de 130 pages. Prix: 1 fr. Chez J-B. Baillière, libraire, rue Hautefeuille, 19.

Éloge de Récamier, par le docteur H. Gouraud. Brochure in-8° sur très beau papier. Prix: 2 fr. — Au bureau du journal.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE. — Trois mois. . . . 8 fr. 50 c. Six mois. . . . 16 » Un an. . . . . . 30 »

GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES. — Trois mois. . . . . 9 fr. Six mois. . . . . . 17 Un an. 33

ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR. — Trois mois. . . . . . 10 fr. Six mois. . . . . . . 20 Un an. 38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Typhus pourpré — Typhus fever.

Pendant longtemps on a confondu en Angleterre deux affections qui, pour se ressembler jusqu'à un certain point, n'en offrent pas moins quelques différences assez tranchées ; nous voulons parler de la fièvre typhoïde proprement dite et du typhus fever, ou typhus pourpré. Cette maladie ne s'observe guère qu'en Angleterre ou sur le littoral de la Manche. On sait que la différence établie entre ces deux affections consiste dans la présence ou l'absence d'altérations intestinales. Ces altérations ont été complétement niées pour le typhus fever, et ne manquent jamais, que nous sachions, dans la véritable fièvre typhoïde.

L'extrême rareté du typhus fever en France nous engage à appeler l'attention de nos lecteurs sur le fait suivant, où nous avons cru reconnaître tous les caractères de cette maladie.

Le malade, âgé de vingt et un ans, est couché au n° 44 de la salle Saint-Athanase, dans le service de M. Gendrin ; il est vigoureusement constitué. A Paris depuis six semaines, il exerce la profession de maçon ; il demeure dans un garni du côté de l'hôtel de ville, et couchait dans une chambre qu'habitaient en même temps quatorze ou quinze autres ouvriers.

Il fut pris tout d'un coup, il y a trois jours, de céphalalgie et de courbature ; pas de dévoiement ; prostration. Des épistaxis se montrèrent tellement prolongées et opiniâtres, qu'on fut obligé de recourir au tamponnement des fosses nasales.

Le malade, à son entrée, présentait de la dilatation des pupilles, caractère qui manque rarement dans les fièvres typhoïdes ; il accusait de l'inappétence, une soif assez vive. Le tamponnement des fosses nasales existait encore, l'épistaxis ne s'était pas renouvelée. La langue était plate, couverte d'un enduit blanchâtre. Les bords et la pointe de la langue et les gencives ne présentaient pas cette coloration d'un rouge vif qui est à peu près constante dans la fièvre typhoïde. Le ventre, non douloureux, est souple. *Pas de dévoiement.* La peau est modérément chaude, le pouls vif, creux, un peu redoublé, et enfin on voit sur tout le corps des taches d'un rouge foncé, arrondies, de grosseur variable, depuis celle d'une tête d'épingle jusqu'à celle d'un pois. Ces taches, que la pression ne fait pas disparaître, s'observent en plus grande quantité sur la partie supérieure de la poitrine ; elles sont moins nombreuses sur l'abdomen, et encore moins sur les membres ; on les retrouve dans le dos, sur le cou, et jusque dans le cuir chevelu. Le malade ne peut désigner le moment de leur apparition. — Trois pots de limonade vineuse au citron et des ablutions répétées deux fois par jour avec du vinaigre aromatique pur. Diète au bouillon.

Le malade, ausculté le lendemain de son arrivée, présenta un peu de râle muqueux en bas à gauche, et du sang à peu près pur mêlé en petite quantité à ses crachats ; pas de sang dans les urines, ni dans les selles.

On essaya de retirer le tamponnement qui avait été établi ; mais l'épistaxis reparut. Un tamponnement fut aussitôt rétabli avec deux boulettes de charpie recouvertes de poudre de colophane ; l'épistaxis ne s'est pas renouvelée.

On espère, avec ce traitement très peu énergique et l'expectation, conduire à bonne fin cette affection, qui ne présente du reste rien de bien grave, et dont la terminaison ne pourrait être fâcheuse que s'il survenait inopinément quelque hémorrhagie épigénétique incoercible, comme on le voit arriver dans les fièvres typhoïdes. Nous en avons cité un exemple remarquable dans notre *Revue* du 19 mars ; en voici un autre non moins digne d'attention, bien que l'hémorrhagie ne soit pas survenue dans le cours de cette affection.

Hémorrhagie intestinale mortelle à la suite de l'emploi du tartre stibié.

Dans les premiers jours du mois de février, il est entré à la Charité, service de M. Piorry, une femme de cinquante-six ans dans un état de faiblesse extrême que l'on pouvait attribuer aux privations au milieu desquelles elle avait vécu avant sa maladie, à l'insuffisance et à la mauvaise qualité de sa nourriture.

L'obscurité du son en arrière, une inspiration faible avec toux et quelques crachats visqueux font immédiatement reconnaître une broncho-pneumonie. Cette femme prétend qu'en général les saignées lui ont réussi, et que, l'année précédente, une affection analogue à celle qui l'a maintenant amenée à l'hôpital céda comme par enchantement à une simple saignée. On lui tire 500 grammes de sang sans la moindre amélioration ; la broncho-pneumonie acquiert de l'intensité. — 15 *centigr. de tartre stibié en une seule fois.*

Dans la nuit suivante, et sans qu'il eût préexisté aucun symptôme morbide du côté du tube digestif, il se déclara tout à coup une hémorrhagie intestinale telle que plus de quatre livres de sang furent évacuées par l'anus ; le sang est noir, épais et poisseux. La prostration est extrême. Le cœur, le foie sont énormément diminués de volume ; les veines sont vides, le pouls est fréquent et très petit, les lèvres d'une pâleur mortelle. En même temps les poumons sont devenus plus élastiques et plus sonores, malgré la persistance des ronchus.

M. Piorry trouve à l'aide du plessimètre que les côlons descendant et iliaque sont remplis de liquides, et le sang qu'il fait écouler de l'anus en dilatant avec le doigt le sphincter externe et qu'il sent accumulé dans le rectum lui fait admettre que le liquide contenu dans l'intestin est de la même nature. L'absence de circonstances antécédentes, telles que tumeurs hémorrhoïdaires, diarrhée prolongée, etc., capables d'expliquer cette *entéropathie* conduisent le professeur à penser qu'il s'agit dans ce cas d'une hémorrhagie dans le gros intestin due à une diminution de la fibrine du sang, comme il arrive chez les personnes affectées de scorbut et d'autres maladies semblables, et que cette hémorrhagie a dû avoir lieu par exhalation.

La *glace* placée sur le ventre d'une manière permanente, de l'*eau à zéro* portée dans le rectum, l'*extrait de ratanhia* et les *pilules d'Helvétius* (composées d'alun et de sangdragon, données à hautes doses) n'arrêtent pas l'hémorrhagie, qui se continue les jours suivants avec matité dans la dernière portion du gros intestin. Les ronchus du poumon augmentent et se généralisent.

Le 26 février on trouve la malade dans un état excessivement grave ; une écume abondante et fine remplit la bouche, sans qu'elle ait la force de l'expulser. La mort ne se fait pas attendre. A l'autopsie, qui a eu lieu le 28, l'estomac et l'intestin grêle sont dans un état normal. Deux taches d'un rouge brunâtre, ovalaires, de 2 centimètres de diamètre, existent dans le duodénum ; le côlon descendant et principalement le rectum présentent une coloration semblable à ces taches, sans aucune ulcération ; toute la surface muqueuse est couverte d'un sang noirâtre et visqueux. Point de tumeurs hémorrhoïdales à l'anus ni dans les autres parties de l'intestin rectum, qui ne présente aucune lésion organique. Dans les poumons on trouve à peine quelques traces d'un léger engouement. La trachée et les bronches sont remplies d'écume sanguinolente. Le foie et le cœur sont un peu diminués de volume.

L'hémorrhagie qui a amené d'une manière si inattendue la mort de la malade doit-elle être attribuée à l'action du tartre stibié chez un sujet prédisposé à un accident de ce genre, et dont le sang avait éprouvé une diminution de fibrine à la suite de privations de tout genre, ou serait-elle survenue sans l'emploi de cette substance ? Nous n'osons certainement pas trancher cette question. Le tartre stibié était indiqué par l'état de la malade ; une saignée en avait précédé l'emploi ; aucun reproche ne peut donc être adressé au médecin, qui ne pouvait prévoir une issue pareille, et qui, après avoir porté avec une grande précision le diagnostic à l'aide de l'auscultation et de la plessimétrie, a fait tout ce qui était possible pour arrêter l'hémorrhagie. Un fait semblable doit cependant faire tenir en garde le praticien.

Croup en voie de guérison. — Traitement.

Depuis quelque temps un certain nombre d'angines striduleuses (faux croup) se sont présentées dans la pratique de la ville. Nous publierons dans le prochain numéro deux faits de ce genre qui nous sont communiqués par M. le docteur Berton.

Mais à côté de ces affections dont la gravité est moindre, on a aussi observé des faits de vrai croup. Une petite fille de quatre ans entre autres a été admise, il y a quelques jours, dans le service de M. Trousseau, à l'Hôtel-Dieu.

A son arrivée, la toux était rauque et presque éteinte, la voix l'était complétement. L'amygdale droite présentait une concrétion pelliculaire ; la respiration sifflante indiquait que la capacité de la glotte était diminuée, et que le larynx était envahi par les fausses membranes.

L'emploi de mixtures avec l'alun et le calomel et des cautérisations deux fois par jour avec l'acide chlorhydrique fumant, au moyen d'un pinceau appliqué sur l'ouverture de la glotte, étaient parvenus à maintenir la petite malade dans un état satisfaisant, lorsque tout à coup, lundi dernier, les symptômes devinrent plus alarmants. M. Trousseau, appelé, observa dans la respiration un bruit de soupape, de drapeau mouillé, qui indiquait la présence d'une fausse membrane en partie détachée et agitée par le passage de l'air. Un vomitif fut prescrit. Le lendemain mardi, l'enfant avait vomi assez abondamment, et le pronostic serait devenu plus favorable, si la forme, le peu d'épaisseur des fausses membranes n'indiquaient pas qu'elles provenaient des bronches, et que ces conduits étaient envahis par les progrès de la maladie.

« En présence d'une telle aggravation, dit M. Trousseau, beaucoup de médecins emploient les vomitifs et les purgatifs, dans le but de déterminer une révulsion sur le canal intestinal ; le vésicatoire en cravate, dans le but d'appeler l'inflammation sur la peau, au préjudice de la phlegmasie laryngée. Cette médication est mauvaise, en ce qu'elle est insuffisante ; l'expérience démontre que le croup veut de toute nécessité être attaqué localement par des applications directes.

» L'inspiration des vapeurs chlorhydriques a été abandonnée par M. Bretonneau et par moi-même, l'expérience nous ayant appris que par cette médication on déterminait le plus souvent des phlogoses parenchymateuses du poumon (pneumonies lobulaires) qui faisaient succomber les malades et exposaient en outre les personnes qui entourent l'enfant et lui donnent des soins à contracter des bronchites.

» De toutes les médications à employer en pareille circonstance, la méthode vomitive est celle qui amène les plus heureux résultats, non pas en agissant comme médication substitutive, mais par les secousses violentes qu'elle détermine et qui favorisent l'expulsion des fausses membranes. »

Sulfate de cuivre à 0,50 centigr. en deux fois, et l'enfant a rendu plusieurs fausses membranes, et entre autres ce matin une de la grosseur du doigt et longue de 5 à 6 centimètres environ.

La petite malade est dans un état satisfaisant. Nous aurons, du reste, occasion de revenir sur ce fait, que nous publierons avec tous les détails nécessaires.

Depuis la publication des faits de choléra que nous avons indiqués au mois de janvier, nous n'avons pas eu connaissance qu'il s'en soit présenté d'autres dans les hôpitaux.

Comme notre habitude est de ne parler que des cas bien réels et dûment constatés, nous avons depuis lors dû garder le silence à ce sujet.

Aujourd'hui nous apprenons qu'un fait grave s'est offert à l'observation de M. Trousseau. C'est une jeune femme qui, à la suite d'une métrorrhagie, a été prise d'accidents cholériques, et est entrée avant-hier à l'Hôtel-Dieu dans un état alarmant. Elle présentait de la cyanose, des selles blanchâtres, le refroidissement glacial de la peau. qui conservait les plis qu'on y imprimait ; seulement les vomissements n'avaient pas perdu le caractère bilieux.

M. Trousseau a soumis la malade à son traitement ordinaire, et son état s'est rapidement amélioré. Elle est aujourd'hui dans un état satisfaisant, et ne tardera pas à sortir de l'hôpital.

CLINIQUE ÉTRANGÈRE.

Sur l'hématocèle ou les kystes sanguins du cou (1).

Par M. le Dr MICHAUX, professeur à l'Université de Louvain (Belgique)

Première proposition. — Il peut exister au cou des kystes sanguins, que je propose de désigner sous le nom d'*hématocèle*, et qui doivent être distingués des anévrismes, des tumeurs érectiles, du goître vasculaire, de l'hydrocèle et du fongus hématode.

Deuxième proposition. — Ces tumeurs sont composées d'un sac qui ne contient que du sang tantôt artériel et tantôt veineux, et dont l'ouverture peut donner lieu à des hémorrhagies.

Troisième proposition. — L'hématocèle du cou peut être étrangère au corps thyroïde (obs. III), mais le plus souvent elle a son siége dans ce corps glanduleux, et dans ce cas son développement est parfois précédé d'un véritable goître (obs. I).

Quatrième proposition. — Une ponction avec un trocart est le mode d'exploration le plus efficace pour reconnaître une hématocèle du cou ; cependant ce moyen de diagnostic n'est pas sans danger, il peut être suivi d'une inflammation suppurative du sac (obs. I).

La ponction fera reconnaître si la tumeur est solide ou liquide, et dans le dernier cas quel est le liquide qu'elle contient.

On s'assurera avec la canule si le sac ne contient pas quelque substance solide, et dans l'affirmative, on enfoncera l'instrument dans cette substance dans le but d'en rapporter une portion qui devra être examinée au microscope. De cette manière on connaîtra le contenu de la tumeur. Toutefois, pour établir le diagnostic différentiel de l'hématocèle du cou avec le fongus hématode, on devra tenir compte de l'état général du malade, de l'existence ou de l'absence de l'engorgement des ganglions lymphatiques voisins, etc.

Cinquième proposition. — Les kystes sanguins du cou peuvent acquérir un volume considérable ; leur accroissement est lent (obs. III).

Sixième proposition. — Le pronostic est toujours grave. Abandonnés à eux-mêmes, ils peuvent gêner la déglutition et la respiration (obs. I) ; ouverts, ils exposent à des hémorrhagies consécutives et à une inflammation suppurative très dangereuse.

Septième proposition. — L'hématocèle du cou peut être traitée par une ponction évacuatrice, suivie d'une injection iodée. Pour

(1) Fin. — Voir les numéros des 19 et 24 mars.

cela il faut que le sang soit assez liquide pour pouvoir couler par la canule.

On peut aussi avoir recours au séton, à une petite incision, par laquelle on engage des mèches dans le sac; enfin on peut inciser largement le sac. Ces derniers procédés exposent à l'hémorrhagie et à une inflammation suppurative qui peut avoir les suites les plus graves. Le mode d'incision suivi de tamponnement, décrit par M. Stromeyer, doit avoir la préférence sur les trois procédés indiqués ci-dessus, lorsqu'on a des motifs de craindre une hémorrhagie.

Huitième proposition. — En résumé, voici la conduite que je conseille de tenir lorsqu'on soupçonne l'existence d'un kyste sanguin du cou : il faut préparer tout ce qui est nécessaire pour faire une injection iodée dans le sac, puis on pratiquera une ponction sous-cutanée pour s'assurer de la nature de la tumeur. Si celle-ci contient du sang liquide, on la videra entièrement, et immédiatement on fera une injection iodée.

Si le sang est trop épais pour couler par la canule, on mettra le sac à nu par une longue incision et une dissection; on fera ensuite à la partie moyenne du kyste une incision suffisante pour extraire le sang. Le sac étant vidé, de deux choses l'une : ou il y aura hémorrhagie, et alors il faut tamponner par le procédé de M. Stromeyer, ou le sac ne fournit pas de sang. Dans ce dernier cas, je pense qu'il vaut mieux fendre le kyste dans toute son étendue que de se borner à une petite incision.

Si l'hémorrhagie continuait malgré le tamponnement, on devrait encore inciser largement le sac pour chercher la source qui fournit le sang, et aussi pour être à même d'employer d'autres moyens hémostatiques.

Ce que je viens de dire du traitement de l'hématocèle du cou est relatif aux tumeurs d'un volume médiocre; mais lorsque celle-ci est très considérable, je me demande s'il faut opérer. Certes, en abandonnant la maladie à elle-même, celle-ci fera des progrès; elle pourra gêner deux fonctions essentielles à la vie : la déglutition et la respiration. Mais, je l'ai dit, l'augmentation de ces tumeurs se fait lentement.

D'autre part, n'y a-t-il pas du danger à provoquer l'inflammation d'un sac aussi vaste et situé dans une région si compliquée? Peut-on espérer l'oblitération d'une cavité aussi grande par une injection irritante?

L'incision n'exposera-t-elle pas à une hémorrhagie grave et à une suppuration des plus dangereuses? Ce sont ces réflexions qui m'ont fait hésiter à opérer la femme qui fait le sujet de la troisième observation.

Avant de prendre un parti à l'égard de cette malade, j'ai voulu m'entourer des conseils de mes collègues. Je les invite donc à l'examiner, et je les prie de fixer surtout leur attention sur ces deux points : Faut-il opérer, oui ou non? Et dans l'affirmative, quel est le mode opératoire à suivre?

Depuis lors, dit M. Michaux dans sa deuxième note, j'ai rencontré deux nouveaux cas semblables à celui d'Isabelle Verschueren, sujet de la troisième observation.

Je rapporterai d'abord les faits tels qu'ils ont été recueillis, et je les ferai suivre de quelques réflexions et de nouvelles recherches.

M. Édouard Mavaut, né et domicilié à Poperinghe (Flandre occidentale), âgé de trente-cinq ans, vint me consulter le 15 novembre 1852. Cet homme, lymphatique, appartient à une famille saine; seulement son père fut atteint au-dessus de l'œil gauche d'une petite tumeur qui fut extirpée avec succès.

Mavaut remarqua pour la première fois, à l'âge de neuf ans, une tumeur située du côté gauche du cou, à quelques centimètres au-dessous de l'apophyse mastoïde. Cette tumeur, du volume d'une noisette, d'une consistance dure, indolente et mobile, grossit d'abord lentement et régulièrement, de sorte qu'après quatre années d'existence elle pouvait avoir les dimensions d'un œuf de pigeon. On appliqua alors sur la tumeur des sangsues et des cataplasmes émollients. Cette médication, au dire du malade, amena une augmentation sensible de la tumeur; cependant son accroissement fut toujours lent, et elle demeura indolente. Depuis l'âge de vingt ans il y perçoit un bruissement, surtout lorsqu'il est couché sur le côté gauche. Il y a quatre ans la tumeur avait le volume d'un poing; depuis lors son accroissement est devenu plus rapide. Maintenant il y a sur le côté gauche du cou une tumeur, dont je vais donner les principaux caractères : de forme ovoïde, elle s'étend depuis la mâchoire jusqu'à 2 centimètres au-dessus de la clavicule. Sa grosse extrémité, dirigée en haut, s'étend depuis 3 millimètres en dehors de la ligne médiane jusqu'au delà de l'apophyse mastoïde, longeant ainsi le bord inférieur du maxillaire, qu'elle dépasse cependant vers l'angle, où elle soulève le lobule de l'oreille. Mesurée avec le compas d'épaisseur de Mayor, elle présente un diamètre vertical de 32 centimètres et un transversal de 30 centimètres; son épaisseur est de 6 centimètres 6 millimètres. Bien circonscrite, elle présente au toucher une surface légèrement lobulée; elle est élastique, plus molle à sa partie postéro-supérieure, sans qu'on puisse cependant y reconnaître une fluctuation tout à fait évidente. Elle paraît adhérente dans toute l'étendue de la face profonde. Elle n'est le siége d'aucun bruit ni d'aucun autre mouvement que celui qui lui est communiqué par les pulsations de l'artère carotide primitive, qui est couchée sur son bord antérieur. Une compression exercée au-dessus de l'extrémité interne de la clavicule fait voir sur son milieu la veine jugulaire externe, mais on ne trouve pas avec certitude la jugulaire interne. La compression de la carotide n'a aucune influence sur le volume de la tumeur. Le muscle sterno-cléido-mastoïdien est tendu et étalé comme une membrane sur sa face superficielle. Les téguments qui recouvrent la tumeur ne lui sont pas adhérents et sont tout à fait sains. La respiration, la déglutition et la circulation ne paraissent nullement gênées. Le larynx, quoique en partie recouvert par la tumeur, jouit de tous ses mouvements. Mavaut est bien portant; il n'a, dit-il, jamais été malade. On trouve cependant au-dessous de l'apophyse mastoïde du côté droit un *ganglion engorgé* gros comme une noisette.

Jacques Vanvlasselaer, âgé de dix-sept ans, est né à Louvain et domicilié à Héverlé.

Sa mère a succombé à la suite d'une opération du sein nécessitée par une tumeur de mauvaise nature.

Son père, ses frères et sa sœur jouissent d'une bonne santé.

A sa naissance, J. Vanvlasselaer ne présentait de remarquable que la forme aplatie du nez.

A l'âge d'un an, il tomba d'un escalier; il ne se fit aucune blessure; cependant, il perdit pendant toute la journée du sang par la bouche et les narines; pendant cinq jours, il donna à peine quelques signes de vie.

En cinq ou six semaines son rétablissement fut complet, mais il s'était opéré en lui des changements profonds : c'était un véritable idiot, ne pouvant plus prononcer les quelques mots qu'on lui avait appris avant l'accident; son ventre s'était développé considérablement, et dans la région dorsale on reconnut sur la colonne vertébrale un enfoncement assez marqué.

Le sujet traîna cette triste existence sans être atteint d'aucune affection sérieuse. Seulement, depuis cinq ans, il tombe de temps en temps dans un état de somnolence dans lequel il reste plongé deux à trois jours. Il y a une légère amélioration dans son état; il comprend mieux les questions qu'on lui adresse et il répond même à quelques-unes d'entre elles.

Dans le courant du mois de janvier 1853 son père l'apporta à la consultation gratuite.

Ce qui me frappa d'abord, c'est la physionomie particulière du sujet, physionomie qui ressemble à celle d'un singe. Sa taille est celle d'un enfant de trois à quatre ans, mais ses traits annoncent une personne beaucoup plus âgée.

La peau est squameuse; le volume de la tête est celui d'une tête d'adulte; le scrotum et les membres sont infiltrés; le ventre est le siége d'un épanchement; les organes génitaux sont peu développés.

Il y a douze à treize ans, il se montra à gauche dans la région sous-maxillaire une tumeur bien circonscrite, du volume d'une noix, dure, mobile, indolente, et que le père prit pour un ganglion engorgé.

Cette tumeur se développa insensiblement et régulièrement; jamais elle n'a été le siége de douleur, et la peau qui la recouvre a toujours conservé son aspect normal.

Aujourd'hui cette tumeur occupe toute la région latérale gauche du cou et s'avance un peu en avant. Sa forme est celle d'une sphère bien circonscrite. Son diamètre est de neuf centimètres dans tous les sens.

Les artères carotides primitive et externe, repoussées en arrière le long du bord postérieur de la tumeur, décrivent une courbe à concavité regardant en avant et en dedans. On les voit battre et soulever la partie postérieure de la tumeur à chaque systole du cœur.

Sur la partie supérieure et antérieure, on voit un autre mouvement de soulèvement dû à l'artère thyroïdienne supérieure. On ne trouve pas bien la veine jugulaire interne; l'externe rampe sur la partie postérieure.

La peau, d'un aspect normal, est flasque et mobile; en dessous d'elle, on reconnaît une surface finement et irrégulièrement lobulée, une consistance molle, élastique, une fluctuation profonde et assez obscure.

La tumeur est très mobile; elle n'adhère aux parties sous-jacentes que dans une étendue peu considérable. L'auscultation n'y fait entendre aucun bruit de souffle, et à l'application de la main on ne perçoit aucune sensation particulière.

Les voies aériennes sont libres, la déglutition n'est nullement gênée, toutes les fonctions s'exécutent bien et sont en rapport avec l'état général.

A droite, dans la région sous-maxillaire, il existe un ganglion qui a déjà acquis le volume d'une noix : on ignore la date de son apparition.

— Ayant dû faire le diagnostic de ces deux tumeurs, j'établis d'abord qu'elles étaient étrangères au corps thyroïde. Leur point d'origine écartait toute idée de goître, quoique le sujet de la seconde observation fût un crétin.

Ces tumeurs ne présentaient, au toucher et à l'auscultation, d'autre mouvement et d'autre bruit que les pulsations des artères carotides, couchées sur leur face superficielle. D'ailleurs, à leur origine, elles avaient une consistance dure. Ces symptômes suffisaient pour les faire distinguer d'un anévrisme et même d'une tumeur érectile, erreur cependant commise (voyez la thèse de M. Voillemier, page 30). J'ai eu occasion de voir un fait qui ressemblait à celui observé par M. Syme, chez une dame que j'ai examinée et traitée avec mon confrère M. le docteur Boulvin, de Gilly. Malgré l'examen le plus attentif et répété à plusieurs reprises, il nous avait été impossible de décider si nous avions affaire à un kyste ou à un anévrisme; nous eûmes recours à une ponction exploratrice, faite avec un trocart très fin, et nous acquîmes la certitude que la tumeur était un kyste séreux très volumineux qui s'étendait derrière la clavicule, les premières côtes et le sternum. L'âge des sujets, l'absence de douleurs et de tout symptôme cachectique, la marche très lente de la maladie, la conservation des téguments à l'état normal, la mobilité et la circonscription nette de ces tumeurs, étaient des motifs suffisants pour les distinguer d'un cancer sous forme de squirrhe, d'encéphaloïde ou de fongus hématode (encéphaloïde très vasculaire accompagné d'un épanchement de sang).

Les tumeurs étant bien circonscrites et me paraissant fluctuantes, je présumai qu'elles n'étaient composées ni de graisse ni de tissu fibreux ou fibro-plastique. J'avoue cependant que la fluctuation était douteuse pour mes élèves et pour moi.

Les kystes dermoïdes ne se forment pas en dessous du muscle sterno-cléido-mastoïdien et des vaisseaux carotidiens, ils sont plus superficiels.

Les abcès froids ne peuvent pas être si volumineux sans avoir été le siége de quelques douleurs et sans que la peau qui les recouvre ne soit altérée; quoique leur marche soit lente, pourraient-ils exister pendant treize à vingt-six ans sans s'ouvrir?

Si la fluctuation avait été bien constatée, j'aurais eu à me prononcer sur l'existence d'un kyste séreux ou d'un kyste sanguin. L'analogie que ces deux tumeurs avaient avec celle que j'avais observée chez Isabelle Veschueren, sujet de la troisième observation de ma première note, me fit pencher pour le diagnostic d'un kyste sanguin extra-thyroïdien. J'annonçai à mes auditeurs ce diagnostic provisoire, et je leur dis que si la tumeur ne contenait pas de liquide, j'aurais alors affaire à une tumeur fibro-plastique du cou, dont j'ai publié deux exemples remarquables.

Pour lever tout doute, je pratiquai une ponction exploratrice; ce n'est pas que je considère ce moyen comme exempt de danger; loin de là, je l'ai vu amener des accidents très-graves (voyez ma première note). Je ne conseille de recourir aux ponctions exploratrices que lorsqu'on ne peut pas parvenir à un diagnostic sûr par les autres modes d'exploration. Mais aussi, chaque fois qu'il y a doute sur le diagnostic, il ne faut pas le négliger si l'on ne veut pas s'exposer à commettre des erreurs très-préjudiciables. Chez Mavaut, je fis une première ponction dans la partie la plus molle de la tumeur, c'est-à-dire dans la partie supérieure et postérieure; l'instrument arriva de suite dans une poche. Pour m'assurer que la tumeur n'était pas en partie solide et en partie liquide, ou composée de plusieurs loges, je pratiquai une seconde ponction à sa partie inférieure; je tombai encore dans un sac. Les deux trocarts étaient tout à fait libres; on pouvait les promener dans toute l'étendue de la tumeur, et je pouvais les faire jouer l'un sur l'autre, de sorte que leur collision fût entendue par tous mes élèves. Je retirai alors le trocart supérieur et j'ôtai le poinçon de l'inférieur; il sortit par la canule à peu près une once de sang rouge qui contenait des flocons fibrineux et coulait très difficilement. Je ne poussai pas l'exploration plus loin. Je conseillai à Mavaut de rester trois jours en ville, et lui dis que s'il survenait de la douleur, de la chaleur et de la tuméfaction, il devait m'en informer; il m'a fait savoir que les ponctions n'avaient eu aucun résultat.

Chez Vanvlasselaer, je plongeai dans le milieu de la tumeur un trocart à hydrocèle, qui, après un court trajet, se trouva aussi dans une cavité. Je fis voir et sentir aux assistants que l'instrument pouvait parcourir toute la circonférence de la tumeur. En faisant mouvoir l'instrument, je perçus une crépitation semblable à celle que l'on éprouve lorsqu'on écrase de la fibrine; elle me parut cependant un peu plus dure. Je retirai le poinçon, et, comme je m'y attendais, il ne sortit d'abord qu'un peu de sang épais, floconneux; je passai un stylet dans la canule et j'inclinai celle-ci dans tous les sens; l'écoulement resta le même. J'enfonçai alors la canule plus profondément à travers une substance molle qui offrait peu de résistance, par conséquent je n'employai que peu de force. Tout à coup le sang vint en abondance; le petit verre à bière dont je me servais pour le recueillir fut bientôt rempli. J'ôtai la canule, et je dus pincer la piqûre pendant quelques minutes pour arrêter le sang. La tumeur, qui paraissait d'abord avoir un peu diminué, prit un volume un peu plus considérable que celui qu'elle avait avant la ponction. Il se forma un petit thrombus autour de la ponction. Je pris toutes les précautions pour que celle-ci se réunît par première intention.

Par les ponctions exploratrices que j'ai faites, j'ai acquis la certitude que ces tumeurs étaient des kystes unilobulaires, contenant de la fibrine coagulée et du sang liquide. En effet, chez Mavaut, et aussi d'abord chez Vanvlasselaer, le trocart était dans une masse fibrineuse, et chez ce dernier j'ai poussé le bout de la canule dans un foyer de sang liquide, probablement près du point de sa source. En admettant qu'il soit possible d'ouvrir un vaisseau sanguin avec la canule d'un trocart à hydrocèle, je suis convaincu que la force que j'ai employée n'a pas été suffisante pour produire une telle lésion. Du reste, si une artère ou une veine d'un certain calibre eût été ouverte, le sang n'aurait-il pas, après la fermeture de la ponction, continué à couler, et n'aurait il pas augmenté davantage le volume de la tumeur, ou donné lieu à un thrombus plus considérable?

D'après tous les modes d'exploration employés, ces tumeurs étaient donc des kystes sanguins; mais ce qu'il importe principalement, c'est de déterminer leur pathogénie.

Dans quel tissu ces kystes se sont-ils formés? D'après le commémoratif, d'après le siége et l'existence d'un ganglion lymphatique engorgé de l'autre côté du cou, dans les points correspondant à ceux où les tumeurs se sont d'abord montrées, il me semble évident que ces dernières ont apparu avec tous les caractères d'une adénite chronique. Mais les ganglions lymphatiques peuvent-ils devenir le siége de kystes? La plupart des pathologistes admettent que les kystes séreux peuvent se développer dans des ganglions lymphatiques engorgés. Les chirurgiens qui ont enlevé au cou des tumeurs fibro-plastiques volumineuses, dont l'origine est un engorgement ganglionaire, ont parfois rencontré dans leur composition des kystes séreux.

Le développement des kystes séreux dans les ganglions lymphatiques peut se faire de différentes manières :

1° Au moment où les vaisseaux lymphatiques abordent les ganglions, ils se divisent en un nombre considérable de rameaux qui rampent en divergeant un peu à la surface du ganglion et pénètrent ensuite dans son épaisseur. Ces rameaux communiquent entre eux, présentent des vésicules sur leur trajet. L'une de ces vésicules peut être l'origine d'un kyste.

2° Les kystes des ganglions lymphatiques peuvent résulter de l'oblitération partielle des vaisseaux lymphatiques; ils se forment entre deux portions oblitérées. M. Amussat a rapporté un cas dans lequel les ganglions de l'aine s'étaient transformés en lymphatiques dilatés constituant des tumeurs. M. J. Cloquet a dit dernièrement à la Société de chirurgie qu'il avait vu des kystes testiculaires formés par la dilatation d'une partie d'un vaisseau lymphatique située entre deux points oblitérés.

3° Les kystes peuvent naître dans les ganglions lymphatiques, comme dans d'autres organes, sous le bénéfice d'un travail inflammatoire.

4° Enfin, les kystes des ganglions peuvent être formés par extension des mailles du tissu cellulaire interstitiel, qui ensuite se condense sous forme d'une poche contenant un liquide transparent.

S'il est démontré que des kystes se forment dans les ganglions lymphatiques, peut-on admettre qu'un ganglion se transforme en kyste?

M. Adolphe Richard, prosecteur à la Faculté de médecine de Paris, a montré à la Société de chirurgie un kyste extra-thyroïdien qu'il a trouvé sur le cadavre d'une femme d'une cinquantaine d'années apporté à l'École pratique. Notre jeune confrère émet l'opinion que ce kyste a pris son origine dans un des ganglions

lymphatiques situés sur la trachée, entre la thyroïde et la fourchette sternale du côté gauche. Ces ganglions sont vaguement indiqués dans les ouvrages classiques.

Mascagni les a représentés dans son magnifique atlas. Sur cinq cous que M. Richard a disséqués, il a trouvé à l'endroit indiqué quatre à six ganglions très petits, surtout les supérieurs, disposés ordinairement par paires et liés entre eux ainsi qu'avec les autres ganglions du cou par des vaisseaux très évidents, même sans injection. Souvent les deux supérieurs sont plaqués contre la circonférence inférieure de la thyroïde; et certes, si un kyste provenait d'eux, on ne manquerait pas de l'attribuer à la glande elle-même.

» Un autre point que la situation de la tumeur a fixé mon attention, dit M. Richard : du côté droit, vis-à-vis de la tumeur qu'il a décrite, faisant pour ainsi dire son pendant, et affectant en tout les mêmes rapports, se voit une glande allongée, pleine, parenchymateuse, ayant tout à fait l'aspect d'un ganglion lymphatique. De chaque côté, glande et kyste sont l'un et l'autre dans un dédoublement de l'aponévrose cervicale moyenne. Deux veines thyroïdiennes appliquées de part et d'autre sur la face profonde achèvent pour ainsi dire de peindre leur symétrie complète. Si l'on découvre la face postérieure de notre kyste, on ne trouve derrière lui aucun ganglion lymphatique. »

M. Richard rapporte, à la fin de son mémoire, un cas de kyste sous-maxillaire observé dans le service de M. le professeur Velpeau, et qui se serait formé dans un ganglion lymphatique.

M. Lebert, qui a fait un rapport sur le travail de M. Richard, a vu des kystes dans des ganglions lymphatiques. Selon lui, théoriquement, ainsi que conformément aux faits signalés, la transformation d'une glande lymphatique en kyste n'offre rien qui répugne à l'esprit, et cette altération est probablement bien plus fréquente qu'on ne le pense généralement. Il n'est cependant pas bien convaincu que la tumeur disséquée par M. Richard soit une transformation kysteuse d'un ganglion lymphatique.

On conçoit cependant facilement qu'un kyste qui se développe dans un ganglion exerce une compression excentrique, et que ce dernier disparaisse insensiblement par une absorption interstitielle, au point qu'il ne reste plus qu'une coque fort mince et un contenu tout à fait liquide.

Mais comment expliquer la transformation d'un ganglion lymphatique en kyste sanguin?

T.-B. Curling a bien rapporté un cas de kyste sanguin ou d'une hématocèle enkystée du testicule observée à l'hôpital de Londres. James Paget admet des kystes sanguins extra-thyroïdiens du cou. Il les distingue en kystes qui se forment autour d'un épanchement de sang et en kystes qui préexistent au sang qu'ils contiennent. Ces derniers sont autogènes.

Stanley, de son côté, a traité un jeune homme âgé de seize ans qui portait depuis plusieurs années une tumeur sous-cutanée volumineuse située sur le côté gauche du cou : il en retira par une ponction seize onces de sang liquide.

Il dit avoir trouvé deux cas semblables dans la glande parotide.

M. Voillemier admet que des épanchements de sang peuvent se faire dans les ganglions lymphatiques.

Mais je ne sache pas qu'il existe dans la science un seul exemple de la transformation d'un ganglion lymphatique en kyste sanguin. Cependant on peut, me semble-t-il, expliquer cette transformation de diverses manières :

1° Le kyste n'a-t-il pas été d'abord séreux, et n'est-il pas devenu hématique par un froissement, une contusion, comme on voit une hydrocèle de la tunique vaginale se changer en hématocèle?

2° Les ganglions lymphatiques sont très riches en vaisseaux sanguins qui, dans une hypérémie, se développent quelquefois anormalement. Ceux-ci ne sont pas de nouvelle formation; ils sont en quelque sorte des débris du ganglion. Un ou plusieurs de ces vaisseaux ne peuvent-ils pas être ouverts par un travail pathologique et fournir du sang au kyste?

3° Une veine ou une artère étrangère au ganglion, mais ayant des rapports intimes avec lui, peut d'abord être comprise dans une masse ganglionaire, finir par présenter de petites ouvertures par lesquelles le kyste serait alimenté.

4° On a vu naître dans les parois des kystes du tissu rectile.

5° Enfin, d'après les faits rapportés plus haut, où des kystes sanguins se sont formés dans des organes glandulaires ou parenchymateux, ne peut-on pas conclure par analogie que le même travail morbide se présente quelquefois dans les ganglions lymphatiques?

Je ne terminerai pas mes réflexions sans faire remarquer que chez mes deux malades il existe du côté droit un ganglion lymphatique engorgé, situé chez Mavaut au-dessous de l'apophyse mastoïde, et chez Vanvlasselaer dans la région sous-maxillaire, en avant de l'angle de la mâchoire. Ces ganglions, par leur situation, paraissent bien être les pendants de ceux dans lesquels les tumeurs se sont formées à gauche.

Quant à la thérapeutique de ces deux kystes, comme chez la malade que j'ai présentée à l'Académie lors de ma première communication, j'ai conseillé l'expectation aussi longtemps qu'aucune fonction importante ne se trouvera gênée.

Les deux nouveaux cas de tumeurs du cou que je viens de décrire, et que j'ai accompagnés de nouvelles recherches et de mes propres réflexions, tendent à prouver en définitive que des ganglions lymphatiques peuvent se transformer en kystes sanguins. J'avoue que ma démonstration ne pourra être tout à fait concluante que lorsque, le scalpel à la main, on fera connaître la composition de ces tumeurs. Malgré cela, j'ai pensé que je ne devais pas laisser perdre les faits que j'avais observés. En les communiquant à la Compagnie, j'ai eu pour but de compléter autant que possible ma première note, et d'appeler l'attention de mes collègues sur un sujet négligé jusqu'aujourd'hui, et qui cependant me paraît bien intéressant sous plus d'un rapport.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

ADDITION A LA SÉANCE DU 22 MARS.

Discussion sur le rapport fait par M. Depaul à l'occasion du travail de M. Maslieurat-Lagémard sur la pratique des accouchements.

M. Gibert lit pour M. Villeneuve absent le discours suivant :

« Il y a environ une trentaine d'années qu'un de nos confrères de Lyon, l'honorable Desgranges, me fit connaître l'emploi qu'il faisait du seigle ergoté pour accélérer l'accouchement dans le cas d'inertie de l'utérus. A cette importante communication il eut l'obligeance de joindre une certaine quantité de la substance dont il s'agit, et qui ne se trouvait alors dans aucune pharmacie de la capitale. Dès ce moment, je fis l'essai de ce moyen en observant ponctuellement le sage précepte donné par mon confrère de Lyon, de n'en user que dans les cas où le travail n'est ralenti ou arrêté que par la seule inertie, l'inertie essentielle de l'utérus, précepte qui, bien observé, résume à lui seul la conduite à suivre dans l'emploi de ce moyen.

» J'ai donc sur l'administration obstétricale du seigle ergoté une certaine expérience personnelle à laquelle je pourrais ajouter celle que j'ai tirée de la pratique de plusieurs sages-femmes et de jeunes confrères qui, lorsque ce moyen était encore à l'essai, ont bien voulu réclamer mon assistance pour en faire usage. Fort de cette double expérience, je puis donc sans trop de présomption 1° tranquilliser la conscience de M. Maslieurat-Lagémard à l'endroit de l'accident arrivé à une des femmes auxquelles il avait administré le seigle ergoté; 2° chercher à diminuer, s'il est possible, les craintes exprimées par l'honorable rapporteur sur l'emploi obstétrical de ce moyen.

» Je vais donc combattre encore en faveur du seigle ergoté, et cette fois contre un jeune confrère qui se borne à en être le semi-antagoniste, comme je l'ai fait jadis contre Capuron, mon ancien maître, ultra-adversaire de ce moyen, ainsi que peuvent se le rappeler les vétérans de cette Académie. Dans cette lutte, chacun est resté dans son camp; en sera-t-il de même avec M. Depaul? Je l'ignore, je pourrais dire que je le crains, quand je me reporte à son antécédent à l'endroit de la syphilisation.

» Quoi qu'il en soit, je dirai d'abord à mon honorable confrère de la Creuse que j'ai lu très attentivement les observations relatives à l'emploi du seigle ergoté qu'il a consignées dans son travail, surtout la dernière, qui est la septième, et sur laquelle j'arrêterai particulièrement mon attention.

» Les six premières ont pour sujets des femmes de 22 à 25 ans, dont quelques-unes, en travail depuis trente-six, quarante et même quarante-huit heures, avec présentation de la tête, étaient sans douleurs depuis sept, huit et même dix heures. La dose de seigle ergoté qu'il leur a administrée a été de 1 à 2 grammes, souvent donnée en deux fois et à certaine distance. La femme chez laquelle ce moyen a eu l'action la plus prompte a été délivrée au bout d'une demi-heure; chez les autres, il n'aurait agi qu'au bout de trois à six heures. Aucune de ces femmes n'en a éprouvé le moindre inconvénient, et toutes ont donné le jour à des enfants bien portants.

» Dans les faits que je viens de rapporter, plusieurs choses m'ont étonné : et d'abord de ne voir que des primipares chez lesquelles le plus ordinairement la délivrance n'est retardée que par la rigidité du col utérin ou l'étroitesse de la vulve; en outre, les sujets étant dans la force de l'âge et d'une contrée où les rudes travaux auxquels les femmes se livrent doivent être favorables au développement de leur énergie musculaire. Ainsi que je l'ai rapporté, l'effet de ce moyen, excepté dans un seul cas, a été généralement tardif, et tellement qu'on peut douter qu'il ait eu une certaine action dans la plupart des autres cas, puisque la délivrance ne s'est opérée qu'au bout de plusieurs heures de l'administration qui en a été faite; car, pour les personnes qui ont l'habitude d'employer le seigle ergoté, il est constant que si ce moyen n'a pas déterminé la délivrance au bout d'une heure, une heure et demie, c'est qu'il est alors impuissant. Cette action si tardive, et que je regarderai comme nulle, ne tiendrait-elle pas à la trop faible dose du médicament administré? Pour moi, j'ai l'habitude de le porter à 4 grammes donnés en trois fois, de vingt minutes à une demi-heure d'intervalle, m'arrêtant, bien entendu, à la première ou à la seconde dose, si sous son action les douleurs se manifestent avec une certaine intensité. Enfin, je ferai remarquer de nouveau, dans l'intérêt de la cause que je soutiens, et cela ne m'a pas étonné, qu'aucun des enfants dont les mères avaient pris du seigle ergoté n'en a éprouvé de mauvais effets, de fâcheuses influences; et je tiens d'autant plus à cette remarque, que la principale accusation portée contre cette substance est de causer fréquemment la mort des enfants, et que c'est pour cela que M. Velpeau ne le conseille qu'avec de prudentes restrictions.

» J'arrive maintenant à la dernière observation rapportée par notre auteur; et ici l'accusation pourrait être infiniment plus grave, puisque la mère et l'enfant auraient succombé, pense-t-il, par suite de l'administration de cette même substance. »

M. Villeneuve analyse ici la septième observation de M. Maslieurat, que l'on trouvera dans le rapport; puis il continue en ces termes :

« Témoin affligé et forcément passif d'un si triste événement, il en accuse hautement le seigle ergoté, et pousse l'injustice jusqu'à s'accuser lui-même. Obligé en quelque sorte, par mes antécédents, par mes convictions, et aussi par une sorte de patronage, de me constituer ici le défenseur officiel du seigle ergoté, j'irai plus loin, je me constituerai l'avocat officieux de notre honorable confrère.

» Suivons l'ordre de ses accusations, et commençons par ce qui concerne le seigle ergoté.

» Ainsi qu'il vient d'être dit, M. Maslieurat-Lagémard s'accuse d'avoir été cause de cette fatale déchirure. Mais, qu'il se le rappelle bien, la femme, faible, habituellement souffrante, en travail depuis quarante-huit heures, n'en a éprouvé que de très-légers effets, et les quelques faibles douleurs qui sont survenues n'ont pas eu plus d'intensité que celles qui avaient eu lieu spontanément. Il y a donc loin de là à ces douleurs vives, incessantes qui résultent souvent de l'administration de l'ergot, et durant lesquelles l'utérus, en quelque sorte surmené, reste dans un état de contraction permanente, où la femme, sans un moment de repos, s'agite, se tord, pousse des cris violents; ce qui ne cesse qu'avec sa délivrance. Et pourtant, à ma connaissance, nul n'a vu survenir, durant ce summum d'action, la déchirure de l'organe ainsi surexcité. M. Velpeau lui-même, partisan plus que mitigé du seigle ergoté, auquel il reproche la mort de plusieurs enfants, ne l'accuse nullement d'un pareil accident; ce dont on peut se convaincre en lisant ce que le produit de ses nombreuses recherches, de sa vaste érudition, lui a donné le moyen d'enrichir au sujet de l'ergot son *Traité d'accouchement*.

» Tous les auteurs qui ont parlé des ruptures spontanées de l'utérus pendant la parturition, et en particulier M. Duparque dans son traité *ex professo*, établissent qu'elles sont dues surtout à une perte de consistance, à une altération générale ou partielle des parois de l'organe. Or, chez la femme telle qu'elle est dépeinte par notre confrère, n'est-on pas en droit de croire à la préexistence d'une pareille altération? Mais, dit-il, c'est après l'emploi de l'ergot que l'accident est arrivé. Eh mon Dieu, je me permettrai de faire ici un appel à la logique de M. Maslieurat-Lagémard. Un fait qui arrive après un autre en est-il toujours la conséquence? Et dans l'espèce, pour parler comme au palais, de quoi s'agit-il? D'un événement qui s'est manifesté depuis que les femmes font des enfants, c'est-à-dire de tout temps. Ainsi, Capuron écrivait en 1816, et plus de dix ans avant l'usage obstétrical du seigle ergoté, que la rupture de la matrice pendant le travail n'était pas un accident très rare. Gardien rapporte qu'un nommé Maswel Garthson aurait été appelé six fois pour un accident de ce genre, et qu'un nommé Grégoire en aurait vu seize cas dans une pratique de trente années. M. Velpeau, qui établit que ces sortes de ruptures sont assez fréquentes, rapporte que Cofficière en cite quinze survenus dans sa pratique. A la vérité, comme ces observateurs n'en indiquent pas les causes, il est probable que beaucoup sont dues à de mauvaises manœuvres; supposition que l'on doit certainement admettre, mais qui laisse encore une certaine part aux ruptures spontanées, que Nægelé évalue à 1 sur 900 accouchements.

» Quoi qu'il en soit, nous admettrons que cet accident soit heureusement assez rare, et même très rare, mais enfin il arrive, et arrivera toujours, qu'on donne ou ne donne pas de seigle ergoté, que les douleurs soient vives ou qu'elles ne le soient pas; dernière supposition justifiée par Baudelocque, qui dit que cet accident a eu lieu dans des cas où le travail était à peine commencé, c'est à dire lorsque les douleurs étaient encore peu intenses. Or, puisqu'une rupture de l'utérus peut avoir lieu spontanément et dans des circonstances si diverses, pourquoi la femme dont parle notre confrère, qui en réunissait quelques-unes, n'en aurait-elle pas été atteinte comme tant d'autres qui n'avaient pas pris d'ergot? Et d'ailleurs quelle dose en avait-elle prise? Un gramme en deux fois : le quart de ce que j'ai souvent donné sans le moindre accident, et quelquefois même sans aucun résultat; dose que je n'ai guère dépassée, et que M[me] Boivin dit avoir été portée jusqu'à 80 grains, ce qui équivaudrait à 40 grammes (poids décimal); ce qui fait supposer chez quelques femmes une grande inaptitude à l'action de ce moyen, et dont l'habile sage-femme ne rapporte d'ailleurs aucun fâcheux résultat.

» J'arrive maintenant à la défense de M. Maslieurat-Lagémard, ou, pour parler d'une manière plus exacte, à défendre notre confrère contre lui-même. On sait que dans la partie du travail qu'il vous a adressé, il s'accuse non-seulement d'avoir donné du seigle ergoté à la femme qui fait le sujet de l'observation n° 7, mais qu'il s'accuse en outre de ne pas être resté près d'elle pour en voir le résultat. D'après ce que nous avons dit précédemment, que sa conscience soit parfaitement tranquille à cet égard, comme serait la mienne sur un pareil chef d'accusation. N'a-t-il pas donné l'ergot dans un cas qui réunissait toutes les conditions exigées par les plus timorés de ceux de nos confrères à l'endroit de cette substance, et cela à une dose des plus faibles, et dont, comme il le dit lui-même, la femme avait à peine ressenti quelques effets?

» La rupture, qui n'a eu lieu probablement que quatre à cinq heures après l'emploi de l'ergot, c'est-à-dire lorsque cette substance ne pouvait plus avoir d'action, et au moment où tout le ventre est devenu douloureux, ne s'est-elle pas faite presque à l'insu de la femme, en un mot, sans ces douleurs déchirantes, sans ce craquement que quelques-uns disent s'être fait entendre de l'assistance? Toutes ces choses n'annoncent-elles pas que le tissu utérin était dans des conditions générales et partielles favorables malheureusement à cet accident, et que notre confrère ne pouvait nullement prévoir? Car, ainsi que cela est dit par Gardien, il n'existe aucun signe certain qui puisse faire craindre ou pressentir cet accident, que la présence de notre confrère comme de tout autre n'aurait pu conjurer.

» Nous le félicitons même d'avoir quitté la femme, car la première administration de l'ergot n'ayant pas produit d'effet sensible, il en aurait peut-être donné une autre dose avant de se décider à l'emploi du forceps, ce qui aurait encore infiniment augmenté ses regrets, qu'il exprime déjà avec tant d'amertume.

» Enfin, dit-il, si j'eusse été présent au moment de l'accident, j'aurais pu pratiquer immédiatement la gastrotomie, et sauver peut-être au moins un des deux individus. En cela il aurait suivi les conseils des maîtres de l'art, dont plusieurs siégent parmi nous. Mais, ainsi qu'il le dit, cette opération ayant été repoussée lorsque la femme était *in extremis*, ce dont je le félicite, n'aurait-elle pas été également refusée dans le premier moment?

» D'après ce que je viens de dire, je souhaite vivement que la conscience obstétricale de M. Maslieurat-Lagémard ne soit plus troublée, et que ce fait ne le fasse pas renoncer à l'emploi du seigle ergoté, qui malheureusement n'est pas toujours administré dans des circonstances aussi opportunes que celles dont il fait mention. Qu'il se persuade enfin que dans notre profession, et surtout dans la pratique des accouchements, on est exposé à des coups de foudre qui frappent même ceux qui y tiennent le rang le plus élevé.

» Essayons maintenant la conversion de M. Depaul au seigle ergoté. Notre honorable collègue, s'il m'en souvient, ne prescrit qu'en tremblant le seigle ergoté, et semble préférer, le cas échéant, porter d'une main assurée le forceps dans le sein maternel.

» Moins qu'un autre, M. Depaul, ce me semble, doit redouter l'emploi de cette substance, qui, il est vrai, comme tout moyen actif, ne doit être employée que dans certaines conditions, dans des conditions bien déterminées. Mais qui mieux que lui peut les connaître, les apprécier, et s'abstenir lorsqu'il y a contre-indication? Ce n'est ni à lui ni à mes autres confrères, qui me font l'honneur de m'écouter, que j'apprendrai les règles à suivre en pareil cas, sinon avec la certitude du résultat désiré (et quel est le moyen qui réussit toujours?), mais au moins avec la parfaite assurance qu'il ne peut en résulter aucun dommage, soit pour la mère, soit pour l'enfant.

» Quoi, mon cher collègue, vous semblez préférer le forceps au seigle ergoté, lorsque, par suite d'une trop longue inertie de l'utérus, on ne peut plus s'attendre à une délivrance spontanée? N'est-ce donc rien, ou fort peu de chose, qu'une application de forceps, même en ne l'envisageant que sous le rapport moral? Quelle émotion dans une famille quand on parle d'employer cet instrument, dont le nom est traduit si promptement par l'assistance effrayée en celui de ferrements! Puis la malheureuse patiente, dont il faut obtenir le consentement, qu'elle n'accorde souvent qu'au milieu des craintes que redoublent les apprêts nécessaires et par le désir de mettre au monde un enfant vivant! Et si par malheur il en est autrement! Je laisse cela à votre délicatesse, à votre conscience, n'aurez-vous pas regret d'avoir causé tant d'anxiétés, tant de craintes que vous auriez pu complétement éviter peut-être, en administrant quelques grammes de seigle ergoté dans une potion antispasmodique, toujours donnée sans émotion par les assistants, et prise par la femme sans grande répugnance? Je n'ose pas dire que c'est toujours sans une sorte de crainte, car les femmes qui en ont pris dans un précédent accouchement et chez lesquelles le remède a vivement ranimé les douleurs éteintes manquent rarement de vous dire : « Quoi, c'est encore là de cette vilaine drogue qui m'a tant fait souffrir? » mais elles boivent toujours, quoique en faisant une petite moue, convaincues qu'elles sont, par expérience, que leur délivrance ne se fera pas attendre.

» Mettez en regard ces deux tableaux, bien légèrement esquissés sans doute, mais qu'au besoin, je l'espère, ils vous servent à prendre la meilleure détermination.

» Maintenant, mon cher confrère, ayez la confiance de me laisser pénétrer jusque dans votre famille. Vous êtes époux et déjà père de plusieurs enfants. Leur mère, d'ailleurs bien constituée, et sur le point de vous en donner un autre, mais fatiguée par ses grossesses précédentes ou par toute autre cause, voit ses douleurs expultrices s'éloi-

gner, s'affaiblir; la pauvre femme est là depuis nombre d'heures sur le lit de misère, s'épuisant en vains efforts auxquels la nature refuse de concourir. La dilatation du col est complète, ou presque complète; les eaux sont écoulées : vous n'avez plus la chance de ranimer le travail en rompant les membranes qui les contiennent. Enfin l'enfant est dans la position la plus favorable à son expulsion. La tête, il est vrai, pourrait être facilement saisie par les instruments, manœuvrés surtout par des mains aussi habiles que les vôtres. Cependant le temps s'écoule, la pauvre femme perd le courage comme elle perd ses forces. Enfin vous songez à agir activement pour amener sa délivrance. Vous balbutiez le mot forceps.

» Une de ses parentes ou de ses amies qui se trouve là dit qu'en pareille circonstance son accoucheur, moi, par supposition, lui a fait prendre une poudre qui n'a pas tardé à procurer un heureux résultat. La garde, qui entend ces paroles, intervient, et dit qu'elle a vu souvent M. Devilliers en faire usage sans le moindre inconvénient. Et si je mets ici en scène mon vieil ami, notre regrettable collègue, c'est que dans sa longue carrière obstétricale il a souvent employé le seigle ergoté sans en avoir vu résulter le moindre accident, soit pour la mère, soit pour l'enfant. J'ajouterai que, constatant les décès dans un quartier assez pauvre et très populeux, il ne m'a jamais dit avoir vu un plns grand nombre d'enfants morts-nés depuis qu'on a administré le seigle ergoté.

» Mais je reviens à votre dame, et je vous demande qu'allez-vous faire? J'attends votre réponse. Et pour vous laisser tout le loisir de la faire, je vais, en attendant, rappeler aux confrères qui nous entendent et nous jugeront les opinions de quelques auteurs sur le sujet qui nous occupe. »

M. Villeneuve, après avoir rappelé l'opinion sur ce sujet de Dugès, de Gardien, de Mme Boivin, de M. Dieu, de MM. Mérat et Delens, de MM. Trousseau et Pidoux, Jacquemin, Levrat-Perroton, Cazeaux, Chailly-Honoré, etc., continue en ces termes :

« Je ne doute pas qu'après avoir entendu ces longues et peut-être trop longues citations, M. Depaul ne soit en droit de me dire qu'il connaît aussi bien que moi tout ce qui a été écrit jusqu'alors sur le seigle ergoté. Je le croirai facilement, et il ne me reste plus qu'à lui faire mes excuses, ainsi qu'à l'Académie tout entière, pour le temps que j'ai fait perdre à l'un et à l'autre.

» D'après tout ce que je viens de dire, ai-je besoin de terminer par cette profession de foi : Que je suis le partisan de l'emploi obstétrical du seigle ergoté, donné seulement, bien entendu, dans les cas qui en permettent l'usage, et que saura toujours apprécier tout praticien instruit et judicieux. »

M. Depaul. Messieurs, je regrette que notre très honorable collègue M. Villeneuve ne soit pas présent à la séance. J'aurais été heureux de lui dire, en réponse à l'allusion par laquelle il a cru devoir faire précéder la communication qu'il vous a adressée à l'occasion de mon rapport sur le travail de M. Maslieurat, qu'il s'est entièrement mépris sur mes habitudes scientifiques. Personne plus que moi n'est disposé à reconnaître l'autorité de son expérience. Je sais toute la déférence qui est due à son caractère et à une longue carrière si honorablement parcourue; aussi peut-il être sûr qu'il ne m'en coûterait nullement de modifier mes opinions et d'accepter celles qu'il défend depuis si longtemps, si elles ne me paraissaient contraires à ce qu'une observation rigoureuse, d'accord d'ailleurs avec le raisonnement, m'a appris devoir être la base d'une bonne pratique. Je maintiens donc sans réserve, à l'égard du seigle ergoté, les propositions consignées dans mon rapport, et je demande à l'Académie la permission de lui montrer que les arguments de notre collègue ne sont pas de nature à diminuer leur valeur.

La discussion actuelle n'a rien de commun avec celle qu'il a déjà soutenue il y a longues années (1831) dans cette même enceinte contre Capuron. Ce savant et regrettable confrère refusait à l'ergot du seigle toute espèce d'action sur la contractilité de la matrice, et l'on sait que sous ce rapport rien n'a pu ébranler ses convictions. Il est resté seul de son opinion jusqu'à son dernier jour. Je crois, au contraire, avec tous ceux qui ont examiné sans idée préconçue que cette action est incontestable dans le plus grand nombre des cas, et c'est précisément dans l'étude attentive des phénomènes qui la caractérisent que je trouve le motif de la réserve qu'il faut mettre à la faire intervenir.

Quoique la manière d'agir de ce médicament soit aujourd'hui généralement connue, j'ai besoin de la rappeler en peu de mots; car c'est par elle que je me propose de démontrer, contrairement à la manière de voir de M. Villeneuve, que le seigle ergoté peut devenir funeste pour la mère et surtout pour l'enfant, même dans les cas où l'on ne s'est pas écarté des règles, d'ailleurs si judicieuses, consignées par lui dès 1827 dans une excellente monographie.

L'utérus, comme chacun sait, possède deux espèces de contractilités bien distinctes : l'une, connue sous le nom de contractilité organique, a pour caractère d'être intermittente, de s'accompagner d'une douleur plus ou moins vive, et pour but de vaincre les résistances diverses qui s'opposent à l'expulsion de l'œuf, en commençant par celle que la nature a placée à l'orifice utérin; l'autre, qu'on désigne sous le nom de contractilité de tissu, et qui n'est qu'une propriété de rétraction en vertu de laquelle les parois utérines reviennent sur elles-mêmes à mesure que la cavité de l'organe se débarrasse des différentes parties qui constituent l'œuf humain. Or, pour que cette expulsion se fasse sans dangers, soit pour la mère, soit pour l'enfant, il faut que cette double propriété s'exerce avec une certaine régularité, et dans des limites qu'on retrouve, en effet, chez la plupart des femmes. Mais on remarque déjà dans l'étude attentive de ce qui se passe dans ces cas réguliers la preuve de ce que peuvent produire de fâcheux l'exagération ou la diminution de l'une ou l'autre de ces propriétés contractiles. Si on examine surtout ce qui est relatif à l'enfant, il est facile de voir que même alors il est entouré de dangers auxquels il n'échappe que parce qu'ils sont de courte durée, et séparés par des intervalles suffisamment longs pour que les circulations utérine et utéro-fœtale aient le temps de reprendre leur régularité complète. C'est dans les résultats fournis par l'auscultation qu'on trouve la preuve de ce que j'avance, et l'Académie doit être fière de devoir à l'un de ses membres, M. de Kergaradec, l'un des premiers travaux relatifs à cette utile application de la découverte de Laënnec.

Si on applique l'oreille, et surtout le stéthoscope, sur l'utérus d'une femme en travail et dans le moment de la contraction, on est généralement frappé des modifications que subit le souffle utérin. Il change de timbre, s'affaiblit et disparaît même le plus souvent pour reparaître lorsque les parois de la matrice redeviennent souples et dépressibles. C'est là une preuve des changements temporaires apportés dans la circulation utérine.

Si, dans les mêmes conditions, on recherche ce que devient la circulation fœtale, voici ce qu'on observe en général : Les battements du cœur, qu'on venait de trouver forts et réguliers et avec leur fréquence normale, commencent habituellement par devenir plus précipités, puis ils s'affaiblissent et se ralentissent quelquefois jusqu'à disparaître entièrement pendant quelques secondes, pour reprendre bientôt, lorsque la contraction a cessé, leur rhythme régulier. Les mêmes phénomènes se produisent avec une intensité variable pendant toute la durée du travail, qui enfin se termine, en général, grâce aux temps de repos dont j'ai parlé, par la naissance d'un enfant vivant.

Mais, lorsque l'utérus se contracte sous l'influence du seigle ergoté, les conditions sont bien différentes et les dangers bien plus pressants. Cet agent n'augmente pas seulement l'intensité de la contractilité organique, il en rapproche les manifestations et de plus il a une action des plus évidentes sur la contractilité de tissu, de telle sorte que, dans beaucoup de cas, il n'y a pour ainsi dire plus un instant de repos, et les circulations utérine et utéro-fœtale se trouvent d'une manière presque permanente soumises à la fâcheuse influence dont j'ai parlé. Qu'on examine l'utérus même dans l'intervalle des douleurs, on le trouvera dur et fortement rétracté. Si quelque chose étonne, c'est que le nombre des enfants qui naissent morts ne soit pas plus considérable. Au reste, cet état particulier, ordinairement créé par le seigle ergoté, mais qui n'est pas constant, peut se produire quelquefois spontanément et conduire à des résultats analogues.

J'en ai dit assez, messieurs, pour vous faire comprendre comment la vie du fœtus pouvait être compromise, surtout si vous ajoutez que dans l'état de rétraction où se trouve l'utérus le placenta et le cordon sont exposés à des compressions plus directes. Voilà la véritable explication de la mort des enfants dans les cas dont je parle, et je ne pense pas qu'il faille faire intervenir une compression exercée directement par les parois utérines sur le fœtus, et qui seule, en dehors de toute autre influence, serait capable de le tuer en suspendant d'une manière mécanique les battements de son cœur.

A l'époque où M. Villeneuve publia ses premières recherches sur l'emploi du seigle ergoté, l'auscultation n'avait pas encore été appliquée à l'obstétrique, et je comprends qu'il n'ait pas pu tirer parti des résultats importants qu'elle fournit; mais aujourd'hui qu'en France, qu'en Allemagne, en Angleterre et presque partout elle a été l'objet de recherches nombreuses et de travaux importants, il n'est plus possible de ne pas la faire intervenir dans la question qui nous occupe. Elle seule peut donner des notions exactes sur l'état de l'enfant, et aujourd'hui on peut avancer hardiment que le toucher et l'auscultation sont deux modes d'investigation d'une égale importance qu'il faut faire intervenir dans tous les accouchements si on veut convenablement remplir sa mission, en veillant avec une égale sollicitude sur la vie de la mère et sur celle de l'enfant.

En disant que l'action du seigle ergoté ne dure pas au delà d'une heure et demie, notre honorable collègue ne détruit en rien la valeur des observations qui précèdent. Ce temps est plus que suffisant pour placer l'enfant dans les conditions les plus graves, et même pour le tuer; une demi-heure, quelques minutes suffisent dans certains cas. Je sais bien que M. Maslieurat a pu le donner six fois chez des femmes qui étaient primipares, et que chez toutes l'accouchement s'est fait sans accidents pour la mère et pour l'enfant. Je connais encore un bien plus grand nombre de faits dans lesquels le résultat a été tout aussi favorable; mais les cas heureux publiés par les divers auteurs seraient encore trois fois plus nombreux, que je n'en persisterais pas moins dans ma prudente réserve, et je ne vois pas pourquoi, puisque le danger est possible dans un certain nombre de cas, et puisqu'on peut le conjurer ou du moins le diminuer en s'adressant à un autre moyen, on ne prendrait pas ce dernier parti.

Mais si je n'admets pas que le seigle ergoté soit inoffensif pour l'enfant, même quand il n'est administré que dans les conditions qui ont été si bien précisées par notre collègue, je ne puis être davantage de son avis quand il le regarde comme ne pouvant avoir aucune influence fâcheuse sur la mère. Il se trompe évidemment quand il déclare que nul n'a vu la rupture de la matrice se produire par l'effet de ce médicament. Quoi qu'il en ait dit, la septième observation de M. Maslieurat me paraît avoir encore conservé toute la valeur que j'ai cherché à lui donner. On peut bien dire qu'on a vu souvent la matrice se déchirer sans que de la poudre d'ergot ait été donnée, que certaines femmes sont plus exposées par leur état général et par l'état particulier de leur utérus à ce terrible accident; cela est vrai, et je ne le conteste pas; mais cela n'empêche pas que l'action du seigle ergoté ne puisse devenir la cause déterminante, et encore ici le raisonnement est d'accord avec les faits.

En laissant de côté tous les cas dans lesquels le seigle ergoté a été intempestivement administré, dans lesquels il y avait quelque vice de conformation ou une présentation vicieuse, et ceux dans lesquels un col rigide était à peine dilaté, je pourrais en citer plusieurs où dans des conditions en apparence favorables le même accident s'est produit. Je me contenterai de rappeler succinctement les deux suivants.

Je fus appelé, il y a plusieurs mois, dans un village voisin de Paris, pour voir une dame déjà mère de deux enfants dont elle était accouchée à terme très heureusement. Elle était parvenue à la fin d'une troisième grossesse et en travail depuis vingt-deux ou vingt-trois heures, lorsqu'on me fit demander. La tête se présentait en grande partie engagée dans l'excavation pelvienne; le col était souple et déjà assez grandement ouvert. Les contractions, après avoir été énergiques, se ralentirent, et ce fut dans la prévision d'une application de forceps, qu'on pensait pouvoir être nécessaire, qu'on avait réclamé ma présence.

En attendant mon arrivée, le confrère qui était près de cette dame crut devoir administrer 2 grammes de seigle ergoté, qui ranimèrent les contractions, et les rendirent presque continuelles.

Après environ quarante minutes de leur action, elles se suspendirent de nouveau, et on vit apparaître les phénomènes généraux les plus graves : la face s'altéra profondément; le pouls devint extrêmement fréquent, la respiration pénible, etc. J'arrivai sur ces entrefaites, et il me fut facile de soupçonner, avant d'avoir touché, l'accident qui s'était produit. La tête ne fut plus trouvée dans l'excavation; mais mon doigt reconnut une large ouverture sur la face antérieure de l'utérus, à travers laquelle la tête et une partie du tronc avaient passé dans la cavité péritonéale. J'introduisis la main, et pus faire la version sans trop de difficulté : l'enfant était mort. La mère succomba quelques heures après : elle était d'une constitution robuste et d'une santé habituellement bonne.

Il y a quelques semaines à peine, j'ai eu occasion de voir un cas à peu près semblable chez une pauvre femme de la rue Saint-Jacques, qui portait une déviation considérable de la colonne vertébrale, mais qui avait un bassin plutôt large qu'étroit, et qui était accouchée une première fois à terme sans difficulté. La sage-femme qui l'assistait, trouvant que les choses ne marchaient pas assez vite, quoiqu'il y eût à peine quelques heures que le travail était commencé, fit prendre 2 grammes de seigle ergoté, la dilatation du col ayant environ 3 centimètres de diamètre. Bientôt l'utérus devint dur et tendu, avec des exacerbations fréquentes; mais une heure après il s'affaissa, cessa de se contracter, et l'on vit apparaître tous les autres phénomènes qui caractérisent les ruptures de cet organe. Appelé dans ces circonstances, je trouvai une perforation énorme de la paroi postérieure et s'étendant jusqu'au col; une grande partie de l'enfant avait passé dans le péritoine. La version offrit quelques difficultés; cependant je parvins à extraire un enfant mort assez volumineux. Quelques heures après, une grande partie du paquet intestinal s'échappa à travers la plaie et jusqu'au dehors de la vulve. J'en fis la réduction après d'assez grandes difficultés. La malade succombe dans la soirée.

Voyons maintenant si, quand l'utérus est sous l'influence du seigle ergoté, on ne peut pas se rendre compte de l'accident dont il s'agit. Il est évident qu'une compression même modérée, si elle est permanente et prolongée, peut amener chez certaines femmes une altération, une désorganisation plus ou moins avancée dans le tissu comprimé, et que sous l'influence de cette altération des perforations et des ruptures pourront se produire à l'occasion de causes très variables et des simples contractions utérines en particulier. Eh bien ! j'ai fait voir que tel était précisément le résultat du médicament dont il est question. L'utérus, fortement rétracté et en général d'une manière permanente, subit de la part de l'enfant qui tend à être expulsé des pressions plus fortes en certains points que dans d'autres, et peut ainsi être partiellement altéré dans sa consistance.

Par tout ce qui précède et par beaucoup d'autres considérations que je ne puis développer pour ne pas abuser des instants de l'Académie, je me crois autorisé à maintenir la proposition suivante de mon rapport qui a paru beaucoup trop radicale à notre collègue : « A part les indications qui naissent de certaines hémorrhagies ou qu'on voit surgir à l'occasion de quelques fausses couches, je crois que l'intérêt bien entendu des femmes n'aurait pas beaucoup à souffrir de la suppression complète du seigle ergoté.

Il est d'ailleurs un moyen qui peut le remplacer dans la plupart des cas et sur l'appréciation duquel je regrette de me trouver encore en désaccord avec M. Villeneuve. Je veux parler de l'application du forceps. Il nous a fait un tableau un peu exagéré de l'effroi que l'annonce de cette petite opération, ordinairement si simple dans les cas où on pourrait songer au seigle ergoté, jetait dans les familles et dans l'esprit des patientes. A part quelques très rares exceptions, on peut dire qu'il est très facile de la faire accepter; tout cela dépend un peu de la confiance qu'on inspire, de la manière dont on s'y prend, du calme et de la simplicité avec laquelle on procède aux quelques préparatifs qui sont nécessaires. Une application de forceps, quand le col est complétement dilaté et la tête profondément engagée, est en général facile et peu douloureuse. Elle permet d'extraire l'enfant dans un espace de temps fort court et ne compromet que très rarement, entre des mains habiles, soit la vie de l'enfant, soit la santé de la mère. Je n'hésite donc pas à répondre à la question qui m'a été si directement adressée par notre collègue : Oui, dans un cas où je pourrais songer au seigle ergoté ou au forceps, je donnerais la préférence à ce dernier, car j'ai la conviction qu'il est moins dangereux.

Mes recherches sur l'auscultation m'ont depuis longtemps conduit à établir en principe qu'avant de prendre un parti, il fallait s'assurer de l'état de la circulation fœtale et repousser *constamment* le seigle ergoté lorsque celle-ci avait déjà subi quelques troubles notables; que, dans les circonstances rares où il pouvait y avoir quelque avantage à préférer la poudre d'ergot, il fallait, après l'avoir administrée, se livrer à de fréquentes recherches avec le stéthoscope et se tenir prêt à faire intervenir le forceps dès qu'on aurait bien apprécié certaines modifications dans les battements du cœur fœtal. Je crois donc que notre collègue a tort de vouloir dissiper les scrupules, salutaires à mon sens, qui sont nés dans l'esprit de M. Maslieurat; lorsque dans les conditions dont nous parlons on a donné du seigle ergoté à une femme, il est du devoir du médecin de ne plus la quitter pour exercer une surveillance nécessaire.

M. Cazeaux, sans être partisan des opinions émises par M. Villeneuve et tout en se rangeant à la proposition de M. Depaul, se trouve cependant en dissidence sur un point avec le rapporteur. Il est d'avis, comme lui, que le seigle ergoté a fait plus de mal que de bien, mais il ne croit pas néanmoins qu'il doive être entièrement exclu de la pratique obstétricale. Il est des cas où l'emploi du seigle ergoté est réellement utile. Lorsqu'il y a un obstacle mécanique à l'accouchement, évidemment il ne faut pas avoir recours au seigle ergoté; mais, si l'on a affaire à l'un de ces cas prévus dans le mémoire de M. Maslieurat, c'est-à-dire à une inertie de l'utérus par prolongation du travail, par épuisement des forces et qu'il n'y ait d'autre obstacle à surmonter que celui qu'oppose le périnée, le seigle ergoté sera alors d'une très grande utilité en provoquant la terminaison immédiate de l'accouchement. Alors même que dans cette dernière circonstance on croirait devoir recourir au forceps, on se trouverait bien encore de prescrire préalablement une petite dose de seigle ergoté; quelquefois cette dose suffira pour provoquer l'accouchement sans qu'il ait été nécessaire d'appliquer le forceps, et, dans le cas où l'action de seigle n'aurait pas été suffisante, elle aurait au moins cet avantage de rendre plus facile l'application du forceps.

Enfin le cas où le seigle ergoté est surtout utile est celui où, par suite de l'inertie de l'utérus, on peut avoir à redouter une hémorrhagie.

Ainsi, en résumé, soit pour provoquer la terminaison d'un accouchement auquel il n'y a d'autre obstacle que la résistance du périnée, soit pour faciliter une application ultérieure du forceps, soit enfin et surtout dans les cas d'inertie utérine qui peuvent faire craindre la production d'une hémorrhagie, telles sont les circonstances où M. Cazeaux pense qu'on peut recourir avec avantage au seigle ergoté.

M. Depaul. Messieurs, je n'ai presque rien à répondre aux observations que vient de présenter M. Cazeaux; car elles sont la confirmation et le développement des opinions que j'ai cherché à faire prévaloir. Je ne suis pas étonné qu'il les ait un peu oubliées, six ou sept semaines ont séparé la lecture de mon rapport de sa discussion. D'ailleurs, dans un travail où j'avais à m'occuper de questions si diverses et si importantes, je devais me borner à indiquer les points principaux, et j'ai eu soin de faire remarquer que je n'avais pas eu l'intention de traiter d'une manière complète de l'emploi du seigle ergoté, pas plus que de l'opération césarienne ou des autres questions soulevées dans le mémoire de M. Maslieurat; mais je suis complétement de son avis en ce qui touche l'utilité du seigle ergoté comme moyen préventif de certaines hémorrhagies. J'ai réservé ces cas quand j'ai dit que je mettais hors de cause les fausses couches et les hémorrhagies. Dans un autre rapport que j'ai eu l'honneur de lire l'année dernière devant l'Académie et où il s'agit d'hémorrhagie, j'ai été plus explicite encore, puisqu'on peut y lire la phrase suivante : « Peut-être même conviendrait-» il de poser en principe que son administration (du seigle ergoté) » devrait toujours avoir lieu peu d'instants avant la terminaison du » travail. »

La présentation pour la chaire de thérapeutique et de matière médicale a été faite par le Conseil académique.

Pour la première place, M. Grisolle a obtenu 18 voix; M. Cazenave et M. Monneret, chacun 1.

Pour la deuxième place, M. Tardieu a eu 15 voix; M. Monneret, 5.

Pour la troisième place, M. Monneret, 13 voix; M. Beau, 7.

La présentation aura donc lieu daus l'ordre suivant :

1° M. Grisolle; 2° M. Tardieu; 3° M. Monneret.

Nous rappelons à ceux de nos abonnés qui habitent des localités dépourvues de bureau de poste qu'ils peuvent nous envoyer en timbres-postes (les facteurs ruraux en ont toujours à leur disposition) le prix de l'*Annuaire médical*, ou les petites sommes qu'ils désirent nous faire parvenir pour les commissions dont ils chargent l'administration de la *Gazette*.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 37. — MARDI 29 MARS 1853. (26e ANNÉE.) N° 37. — MARDI 29 MARS 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, en face de l'Académie de médecine.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	Trois mois	8 fr. 50 c.
	Six mois	16 »
	Un an	30 »
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	Trois mois	9 fr.
	Six mois	17
	Un an	33
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	Trois mois	10 fr.
	Six mois	20
	Un an	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

Paris, le 28 mars 1853.

Sur la constitution épidémique actuelle.

Nous recevons de notre honorable collaborateur M. le docteur Ancelon, médecin de l'hôpital de Dieuze, quelques réflexions sur la constitution épidémique actuelle, qu'on lira avec un véritable intérêt. Elles contiennent des rapprochements ingénieux entre les maladies des hommes et celles des plantes, des explications originales sur l'origine et la nature de la constitution typhoïde. Ceux mêmes qui ne partagent pas les opinions de notre confrère de la Meurthe sur la transmutation et sur l'étiologie épidémique de la variole ne pourront s'empêcher de reconnaître chez lui des connaissances étendues, un esprit droit et judicieux, et un talent d'exposition peu commun.

§ I. Il faut bien se garder de confondre les causes évidentes, palpables de quelques maladies régnantes, de quelques endémies et de quelques épidémies circonscrites avec l'action des lois providentielles qui président à la conservation générale et régissent le mouvement des populations. Quand l'équilibre est rompu, soit par le trop plein, soit par l'entreprise inconsidérée des hommes contre les grands vœux de la nature, ces dernières causes, d'un ordre fort élevé, promènent sur le monde le niveau de la destruction; elles suivent le malaise général et préparent les voies à la santé publique, de la même manière que les orages s'emparent des mauvaises conditions atmosphériques pour les faire tourner au profit de la pureté de l'air, dans une tourmente momentanée.

Il n'existe pas plus de rapports entre les premières et les dernières qu'entre le grelon qui blesse un cep vigoureux et ce mystérieux *acarus* qui ravage la vigne, dont la culture a pris beaucoup trop d'extension; qu'entre la plaie faite, par hasard, à la hampe d'une pomme-de-terre par la scie de quelque courtillière et la *gangrène sénile* de ce *solanum tuberosum* dont on a tant abusé, et qui était destiné, suivant l'illusion naïve de Parmentier, à mettre désormais l'Europe à l'abri des famines qui la désolèrent périodiquement jusqu'au dix-neuvième siècle.

Courbons la tête devant ces moyens occultes de destruction contre lesquels viennent se briser sans cesse notre impuissance et nos vaines spéculations; sachons reconnaître que les grandes épidémies semblent se soustraire à l'empire des influences hygiéniques (*Compendium de méd.*, t. 3, p. 383), et que la population des États (Bousquet) est régie par une loi *supérieure à la vaccine* et à toutes les influences partielles; que l'état du sujet de l'hygiène joue ici, sous le rapport étiologique, un rôle infiniment plus important que l'objet dont s'occupe cette science. Si l'on a dû presque toujours avoir égard à l'encombrement, à l'état moral des populations, avouons que l'influence du froid, de l'humidité, de la sécheresse, de la lumière, des vents, du fluide électrique, etc., dans la production et la marche du choléra et d'autres grandes épidémies s'est montrée à peu près nulle. Relativement à l'insalubrité de l'air, voici un fait digne de remarque, irrécusable, permanent et par cela même toujours facile à constater. Depuis vingt ans que les immenses ateliers de produits chimiques de Dieuze fonctionnent avec une prodigieuse activité, ils perdent annuellement, dans des résidus qui sont sans cesse accumulés (1) derrière l'enceinte de la saline, 7,000 *quintaux métriques de soufre*; ces résidus, attaqués chaque jour par la chaleur et la lumière solaires, par l'électricité, lessivés par les pluies et la fonte des neiges, alimentent un ruisseau dont les eaux roulent depuis lors une boue gris de fer composée de soufre mis à nu et de divers sulfures; il en émane en tout temps une odeur d'œufs pourris, et, à la moindre oscillation barométrique, il s'en élève une masse de gaz sulfhydrique qui noircit, dans toute la ville infectée, les portes, les volets, les enseignes, etc., etc., peints au carbonate de plomb, et qui pénètre dans les appartements les mieux clos pour y attaquer les ustensiles métallique. Eh bien! cette atmosphère si complétement chargée d'hydrogène sulfuré (vieux style) n'a aucune action sur la santé publique, ne produit point de malaise spécial, et n'a jamais modifié en quoi que ce soit nos constitutions médicales. Les cholérines, les dyssenteries, les grippes, etc., etc., se sont montrées ici ce qu'elles ont été partout ailleurs.

(1) Les résidus sulfurés, accumulés derrière le mur d'enceinte de la saline et sur les bords du ruisseau, forment une masse de 125,000 mètres cubes.

§ II. Après les coqueluches du printemps alternativement froid, tiède et humide, l'été de 1852, humide, froid, pluvieux, nous amena un malaise gastro-intestinal, des diarrhées, puis des dyssenteries, et le commencement de l'automne, qui fut d'abord froid et assez sec, des angines nombreuses. Depuis quelque temps, j'observais à l'hôpital et en ville un nombre considérable d'ictères, et je me demandais si, sous l'influence de l'hiver qui s'avançait avec une douceur inaccoutumée, nous étions destinés à être envahis par les maladies des pays chauds, lorsque parurent en décembre dernier les premiers cas de grippe accompagnés de symptômes insolites fort suspects, en même temps que l'on put constater parmi les jeunes gens vaccinés quelques fièvres typhoïdes.

Le caractère de la constitution médicale actuelle, ce qu'il y a d'insolite enfin dans l'épidémie de 1852 — 1853, porte particulièrement sur le système nerveux, dont la résistance à l'action morbide générale s'est montrée infiniment moindre qu'à d'autres époques. Au delà de 1800, la grippe observée et décrite par Lorry en 1776 et par Leroux des Tillets, Dumangin, Doublet, Sollier, des Essartz en 1782 ne fut qu'une épidémie catarrhale compliquée (Poma de Bruyères, 1776) d'un élément tantôt inflammatoire, tantôt érysipélateux; aucun de ces médecins n'y signala de tendance ataxique, adynamique ou putride, pour parler le langage de l'époque; depuis 1800, en deçà de la propagation de la vaccine, cette autre grande déception léguée par le dix-huitième siècle au dix-neuvième, c'est tout autre chose : la grippe de 1837, déjà infiniment plus grave qu'à toute autre époque, s'accompagna de phénomènes nerveux fort remarquables; celle de 1852-53 offre dans beaucoup de localités toutes les allures de la dothinentérie et prend le nom significatif de *typhoïde à forme pectorale*.

Peut-être, avant d'aller plus loin, n'est-il pas inutile de jeter un rapide coup d'œil sur les causes de ce que j'ai appelé ailleurs (*Mémoire sur les fièvres typhoïdes*, 1847) la *constitution typhoïde* du siècle; je passerai sous silence celles que j'ai déjà développées pour m'occuper un instant de la vaccine, que j'avais à peine indiquée et dont « on s'exagère beaucoup trop les bienfaits, » puisque « elle ne fait guère, du moins dans nos pays pleinement peuplés, que déplacer la mort. » (Villermé, *Dict. de méd.*, t. XII, p. 167.)

« La vaccine, a dit avec vérité mon savant ami M. le docteur Bayard (de Cirey), empêche généralement l'explosion de la variole dans l'enfance, mais ne détruit point le germe *inconnu* de ce contage qui se développe ensuite dans l'âge adulte. » Cette assertion est tellement mise hors de doute aujourd'hui par les faits et l'observation que, pour beaucoup de médecins, la dothinentérie, si semblable aux *variolæ sine variolis* au point de vue du diagnostic, c'est la variole interne, c'est la variole déplacée, c'est la variole de l'âge adulte qui survient quand la résistance nerveuse aux causes morbides générales a été amoindrie par l'influence « *de l'intoxication jennerienne.* » Si l'on avait démontré d'une manière aussi irréfragable cette identité de la petite vérole et de la fièvre typhoïde que l'on en a constaté le déplacement dans les âges, ma tâche serait facile; il me suffirait de déclarer que la petite vérole, extrêmement rare dans nos pays, a fait place à des épidémies de fièvre typhoïde, qui deviennent de jour en jour plus communes; de rappeler, à l'appui des preuves données par le docteur G. Grégory, que depuis 1815 le vaccin, s'affaiblissant (au dire des vaccinophiles) par des transmissions successives, *préserve peu* de la petite vérole externe et expose davantage les jeunes gens, à partir de l'âge de dix ans (1), à la petite vérole interne, si bien que, depuis 1820 surtout (Bretonneau), cette dernière allant toujours croissant, « a pour ainsi dire absorbé (Louis, 1829) l'attention des médecins de nos jours; » que Schnuwer a pu dire après et avec beaucoup d'autres : « La vaccination a diminué le nombre des varioleux, mais le nombre et l'intensité des épidémies de rougeole (il aurait dû ajouter des *typhoïdes*) sont devenus plus considérables. »

Mais si l'on n'est pas parvenu jusqu'ici à s'entendre sur ce que l'on appelle affaiblissement successif de la vertu préservatrice du vaccin et sur ce que nous considérons, nous, comme une sorte d'antagonisme entre la variole confluente et la dothinentérie préparée de longue main par le cowpox, c'est que les intéressés ou ne savent rien de ce qui concerne la vaccine et la variole, ou négligent à dessein les éléments propres à élucider la question; ils ne veulent pas voir qu'il y a des vaccinations bonnes et mauvaises : que les vaccinations mal faites, incomplètes laissent à la petite vérole une porte ouverte, tandis que les vaccinations bien faites, au point de vue des vaccinophiles, rendent les adultes plus vulnérables à la fièvre typhoïde (1); que si cette dernière prend de jour en jour une extension dont s'émeuvent les médecins et les économistes; que si elle secoue çà et là quelques-uns de ses symptômes pathognomoniques sur chaque épidémie nouvelle de manière à faire croire à l'existence d'une constitution typhoïde, c'est que la résistance nerveuse a définitivement succombé dans la lutte, pendant la première enfance, avec le virus vaccin.

(1) Épidémie de Guéblange (juin à novembre 1842). — Sur une population de 369 habitants, il y eut 75 malades répartis ainsi qu'il suit :

Sexe : 42 femmes, 33 hommes. — Age : 14 enfants de 4 à 10 ans, 46 jeunes gens de 10 à 30, 9 adultes de 30 à 40, 2 adultes de 40 à 45, 3 adultes de 50 à 60, 1 adulte de 70.

Épidémie de Kerprick, 469 habitants. En février, mars, avril 1846, 15 malades.

Sexe : 14 femmes, 1 homme. — Age : 8 de 10 à 30 ans, 5 de 30 à 40, 2 de 41 à 42.

Épidémie de Guénestroff, 548 habitants. En février, mars, avril 1846, 33 malades.

Sexe : 25 femmes, 8 hommes. — Age : 4 de 3 à 10 ans, 20 de 10 à 30, 5 de 30 à 40, 1 de 40, 1 de 58, 1 de 62, 1 de 75.

Est-on bien sûr que les vaccinations n'aient fait que déplacer la mort sans en augmenter le chiffre dans l'âge adulte? N'est-ce pas plutôt le traitement échauffant, incendiaire, employé autrefois contre les varioles qui les rendait le plus souvent confluentes et qui causait les désastres dont s'étayent encore les vaccinophiles quand ils nous font la complaisante énumération des aveugles, des borgnes, des boiteux et enfin des morts victimes de la variole? Dans leur acte d'accusation dressé contre la variole, je vois moins un blâme à l'adresse de celle-ci qu'une sanglante critique des pratiques médicales de l'époque.

Les partisans de l'inoculation, après avoir montré la fièvre typhoïde progressant en raison inverse du développement de la petite vérole et en raison directe de la vaccine, après avoir administré les meilleures preuves en faveur de l'antagonisme de la variole et de la dothinenterie, pourraient encore présenter, comme résultat immédiat de la pratique favorite des vaccinophiles, la fréquence plus grande des névropathies, de certaines affections du cœur, des scrofules et d'une infinité de maladies cutanées chroniques. Dans plus de vingt cas, j'ai trouvé sur les bras d'enfants vaccinés des croûtes laiteuses *incurables* transmises par la lancette des vaccinateurs; et je regrette de n'avoir pas tenu note du nombre considérable de scrofules que j'ai vues naître sous l'influence de vaccinations *bien faites* : si le cowpox n'était pas coupable, il a du moins servi tantôt de véhicule, tantôt de *stimulus*, etc., cause de hideuses productions morbides.

La vaccination, si mal défendue par les contradictions et les concessions de ses fauteurs, est comptable encore de bien d'autres méfaits mis au jour par la plume incisive de M. le docteur Bayard, et elle peut s'attendre à se voir un jour contrainte par cet impitoyable logicien à confesser avec le docteur G. Grégory que « ce » sont les hautes autorités médicales auxquelles le parlement assigne » la surveillance de la vaccine qui cherchent à expliquer ou à pal- » lier les imperfections notoires de la vaccination. » (*Médical Times* 1852.) — Nous publierons la deuxième partie de cette note dans le prochain numéro.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. NONAT.

Maladie de l'utérus. — Antéversion avec un certain degré d'antéflexion. — Métrite du col. Tumeur volumineuse à gauche. — Leucorrhée. — Saignées répétées; iodure de potassium. — Guérison.

Marie-Rosalie Blondel, âgée de vingt-cinq ans, domestique, née à Paris, d'un tempérament lymphatique, réglée depuis l'âge de douze ans et assez bien menstruée, mère de deux enfants, a éprouvé de plus deux fausses couches; elle a toujours été affectée de leucorrhée depuis la première apparition des règles. La leucorrhée ne paraît pas avoir augmenté depuis ses couches. Elle éprouve depuis deux ans et demi des douleurs abdominales qui sont survenues à la suite de sa deuxième parturition, et ont leur siége au niveau de la fosse iliaque gauche, sans irradiation dans les lombes ni dans les aines. Ces douleurs ne sont d'ailleurs pas lancinantes. Elles commencent par une pesanteur incommode suivie bientôt de souffrances que la malade compare à celles de l'accouchement, et sont exaspérées par la marche et les efforts. Elles ne reviennent pas avec plus d'acuité aux époques menstruelles; mais après l'apparition des règles la leucorrhée augmente. La malade n'a subi aucun traitement avant le 24 juin dernier, époque à laquelle elle entra une première fois à la Pitié, et n'y fit qu'un séjour de peu de durée. Pendant le mois qu'elle y passa, M. Nonat fit pratiquer cinq saignées du bras, ordonna quatre bains et des cataplasmes en permanence sur l'abdomen. La malade sortit complétement débar-

(1) Outre la note significative que j'ai donnée plus haut, je pourrais encore trouver dans ma longue pratique de nombreux exemples capables de fortifier cette assertion, s'il en était besoin : mais j'aime mieux emprunter à mon spirituel et courageux confrère Bayard (de Cirey) un fait doublement important et sous le rapport de l'action de la typhoïde sur les adultes vaccinés et sous le rapport de l'immunité dont jouissent les adultes marqués du cachet variolique.

Je laisse parler l'auteur : « En 1839, au grand séminaire de L..., contenant environ 150 sujets, une épidémie de fièvre typhoïde éclata.

» 80 jeunes séminaristes furent atteints; 20 succombèrent. L'établissement, alors peu vaste, obligea à entasser les malades au nombre de 12 dans des chambres assez petites. Ainsi que cela se pratique dans les établissements religieux, on chercha des infirmiers parmi les séminaristes. Trois prêtres, mes voisins aujourd'hui, remplirent alors ces fonctions auprès de leurs condisciples; tous trois traversèrent impunément l'épidémie !... Tous les trois sont gravés de petite vérole contractée avant l'épidémie !! »

rassée de ses douleurs, et se croyant guérie, malgré les représentations du médecin.

Le 15 décembre elle revint, offrant les mêmes symptômes que la première fois. Les souffrances ne l'ont reprise, dit-elle, que depuis trois semaines. Au toucher on constate, comme la première fois, que l'utérus est porté en antéversion avec un degré notable d'anteflexion. Le col est tuméfié, chaud, douloureux. Le côté droit de l'utérus est libre; mais à gauche on sent une tumeur dure, résistante, à surface égale et lisse, sans fluctuation, fort sensible à la pression; elle remplit tout l'espace compris entre la matrice et la paroi pelvienne, offre le volume d'un œuf de poule et remonte jusque vers la base de l'utérus où elle se perd et semble se fondre insensiblement. Un sillon assez profond isole de tous côtés cette tumeur de l'utérus; on ne sent point battre d'artères à sa surface. L'hypogastre est fort douloureux au niveau de la fosse iliaque gauche, où une pression ménagée permet de sentir le relief formé par la tumeur. Jamais la malade n'a souffert de l'estomac; les digestions se font bien; la respiration est normale. Le pouls est plein, fort et fréquent; 76 pulsations; la peau est sans chaleur ni moiteur; bruit de souffle systolique dans les carotides. — Limonade: julep avec sirop diacode, cataplasmes laudanisés sur l'abdomen; saignée de 150 grammes; une portion.

Le 17 décembre, la saignée a soulagé immédiatement la malade; ce soulagement a duré tout le jour; mais vers le soir il est survenu une recrudescence qui a empêché toute la nuit la malade de dormir.

Le 18 décembre, les douleurs sont encore très violentes (saignée de 200 grammes). Soulagement presque immédiat; nouvelle recrudescence vers le soir; les douleurs plus aiguës ne durent pas aussi longtemps que la première fois. Le pouls est plein, fréquent; 80 pulsations.

Le 19 décembre, les douleurs qui tourmentaient la malade sont devenues moins vives. — 20 sangsues à l'hypogastre: diète, cataplasmes laudanisés.

Le 20 décembre, l'application des sangsues a apporté un grand soulagement.

Le 21, 15 sangsues à l'hypogastre; elles font presque cesser les douleurs iléo-lombaires, qui du moins paraissent plus rarement et avec moins d'intensité.

Le 23, saignée de 150 grammes.

Le 25, la saignée a procuré quelque soulagement; mais les sangsues amènent un calme plus notable et plus prolongé. — Cataplasmes laudanisés sur l'abdomen; une portion d'aliments.

Le 28, sentiment de pesanteur très prononcé dans l'hypogastre; les menstrues apparaissent dans la journée. — Tilleul sucré; une portion.

Le 31, douleurs fort légères, pesanteur à l'hypogastre. Les règles continuent à fluer; elles sont moins abondantes que de coutume.

Le 7 janvier 1853, la malade accuse encore quelques douleurs. — Six ventouses scarifiées sur le côté gauche.

Le 15, saignée de 90 grammes.

Le 26, la tumeur a diminué à peu près des cinq sixièmes et n'est plus douloureuse. L'antéversion est maintenant fort légère.

Le 4 février, la malade prend de l'iodure de potassium depuis quinze jours; elle continue à aller très bien et demande à sortir, promettant d'assurer sa guérison complète en continuant l'usage de l'iodure de potassium à l'intérieur (0,50 cent.), les frictions avec une pommade à l'iodure de plomb.

CLINIQUE DE LA VILLE.

Des faux croups;

Par M. le docteur Berton, médecin de l'École d'état-major, médecin consultant de la maison d'éducation de la Légion-d'Honneur.

La classification de faux croups que j'ai suivie dans l'ouvrage que j'ai publié sur les maladies des enfants consiste dans les distinctions suivantes:

1° Le *pseudo-croup* proprement dit, laryngite ou laryngo-trachéite sub-aiguë, sorte de gonflement fluxionnaire, d'enchifrènement du larynx; affection le plus souvent tout aussi subite, tout aussi éphémère que cette forme du coryza, et particulièrement caractérisée par l'enrouement prononcé de la voix et de la toux, accompagnée parfois d'agitation, de dyspnée et même d'un mouvement fébrile passager, etc..., le tout néanmoins sans durée, ni gravité.

2° L'*asthme de Kopp*, procédant d'une altération pathologique du thymus, gênant, troublant, empêchant mécaniquement les fonctions des organes de l'hématose: maladie incurable, rare du reste, et observée particulièrement chez les nouveau-nés.

3° L'*asthme de Millar*, ou angine striduleuse, consistant dans une constriction spasmodique de la glotte, et dont les phénomènes principaux sont de se manifester sous forme d'accès, ou de crises avec calme, apyrexie, apparence de santé, en un mot, rémission complète dans les intervalles des accès; tandis que pendant ceux-ci il y a agitation, anxiété, gêne extrême de la respiration, entremêlée d'inspirations bruyantes, sifflantes; toux suivie des mêmes bruits. Ces inspirations sifflantes ont la plus grande analogie avec celles que l'on observe à la suite des quintes de la coqueluche. Les accidents sont parfois portés au point de donner lieu à des menaces d'asphyxie et de déterminer des convulsions. Cette affection, à un degré léger, est assez commune (1); bien réelle, bien tranchée, elle est généralement assez rare. Le docteur Kerr a publié en 1838, dans le *Journal médical d'Edimbourg*, un cas de spasme de la glotte terminé par suffocation, par la mort. J'avais, dans mon *Traité des maladies des enfants*, sinon mis en doute cette fatale terminaison, du moins accusé son extraordinaire rareté. J'avais vu les accidents portés jusqu'à la production des phénomènes convulsifs, conséquences peu rares en général, car les troubles fonctionnels ont chez les enfants un facile retentissement vers les centres nerveux; mais l'on conçoit que l'intensité de ces accidents soit en rapport avec celle des menaces de suffocation, et que, quand ces dernières se prolongent et sont très prononcées, les troubles de l'innervation arrivent au degré de menacer et même de suspendre définitivement la vie. C'est, en effet, ce dont je viens d'être aussi témoin dans l'un des deux cas récents que j'ai pu observer; et la rareté de faits analogues, à caractères aussi prononcés, et surtout à pareille et si fatale terminaison, m'a engagé à publier cette note.

(1) Pâmoison des enfants des anciens pathologistes, affection surtout fréquente chez les jeunes enfants vers l'époque du sevrage.

En ce qui concerne la première observation: appelé dans les premiers jours de ce mois en l'absence du médecin habituel et pendant les émotions occasionnées par un accès intense d'angine striduleuse, je constatai la présence des phénomènes de cette maladie portée à un haut degré d'intensité, phénomènes auxquels étaient venues s'ajouter des convulsions. La rémission devint bientôt complète, et je quittai la famille du petit malade en lui annonçant la probabilité de semblables accès et la nécessité, selon moi, de quelques moyens différents de ceux déjà employés (qui avaient particulièrement consisté en sangsues placées au-devant du larynx et en vomitifs). Je donnai pour conseils l'application de quelques révulsifs cutanés et l'administration à l'intérieur de quelque préparation antispasmodique. Je ne pense pas que l'on ait songé ou qu'on ait eu le temps de suivre ces avis, car j'appris que les accidents convulsifs et ceux de suffocation se renouvelèrent quelques heures plus tard avec la plus grande violence et se terminèrent promptement par la mort.

L'autopsie ne fut pas faite; néanmoins, je le répète, j'avais examiné le malade avec le plus grand soin (la bouche, la gorge et les matières rejetées avaient été scrupuleusement inspectées), et je n'avais trouvé nulle trace de rougeur et nulle apparence d'exsudation, de fausse membrane; l'inspiration était parfois bruyante pendant la crise; le sifflement, à l'instar de celui de la coqueluche, était caractéristique et ne ressemblait pas au bruit rauque croupal; enfin, pendant l'intermittence, je constatai l'absence de tout phénomène morbide). J'ai donc la conviction qu'il s'agissait bien ici d'un cas bien tranché d'angine striduleuse.

A quelques jours de distance, je fus appelé en consultation auprès d'un enfant malade qui me présenta pareillement tous les symptômes de ce genre d'affection, mais heureusement non portés au degré précédent. Toutefois les accès, se renouvelant toutes les trois ou quatre heures, étaient également caractérisés par de l'agitation, de la dyspnée, des sifflements de coqueluche, des quintes de toux, avec rougeur de la face, souvent vultueuse; chaleur de la peau, fréquence du pouls, mais sans accompagnement de phénomènes convulsifs. La tranquillité générale, le calme de la respiration et de la circulation, l'apparence, en un mot, de la santé complète se reproduisait aussi dans les intervalles des crises. La médication avait été bornée à l'application de quelques révulsifs cutanés et à l'emploi à l'intérieur de quelques liquides émollients. J'ajoutai à ces prescriptions l'administration dans les intervalles des accès de la potion de Miller (1), et pendant les accès d'un vomitif avec le sirop d'ipécacuanha; je conseillai en outre alors des révulsifs vers les extrémités inférieures et au-devant et en haut du thorax vers la naissance du col. Ces moyens divers furent dans le courant même de la journée suivis de succès.

CLINIQUE DÉPARTEMENTALE.

Plaie de tête. — Circonstances extraordinaires.

(Observation communiquée à l'Académie de médecine par M. le docteur Viard, médecin à Montbard, ancien interne des hôpitaux).

Le 11 décembre 1852, je fus requis par la justice pour visiter un homme qui venait de se tirer un coup de pistolet, et voici le résultat de mon examen:

Il existe à la région temporale droite, à 4 centimètres de l'angle externe de l'œil et à son niveau, une plaie de la grandeur d'une pièce de 50 centimes. Ses bords sont contus et noircis par la poudre; les tissus de la partie droite de la face, surtout du bas de la joue, sont fortement gonflés; les paupières sont aussi tuméfiées et ecchymosées, et la paupière inférieure est légèrement renversée en dehors; les conjonctives oculaire et palpébrale sont le siége d'un kémosis considérable. Le globe oculaire est poussé en avant et paraît plus volumineux; il peut exécuter des mouvements bornés en haut, en bas et en dedans, mais il est impossible de faire tourner l'œil en dehors; la pupille est dilatée et immobile; le malade voit difficilement, car il peut à peine distinguer l'ombre d'une main qui passe entre le jour et son œil.

Les autres sens sont intacts; il n'y a aucune lésion du mouvement ni du sentiment.

Un stylet mousse, introduit dans la plaie, pénètre perpendiculairement à la surface cutanée jusqu'à 5 centimètres sans rencontrer aucun obstacle.

Pouls à 64, peu développé; affaissement et stupéfaction générale; le malade ressent quelques douleurs sourdes dans la tête; il répond à voix basse aux questions qu'on lui adresse.

Le pistolet est un de ceux appelés *coup de poing*.

Voici quel a été mon diagnostic: la balle, pénétrant perpendiculairement dans le crâne, vis-à-vis la scissure de Sylvius, a passé par cette scissure sans causer de grands dommages, et comme elle n'était pas poussée par une impulsion bien forte, elle a été arrêtée par le bord externe de la petite aile du sphénoïde, près de l'apophyse clinoïde antérieure. Dans tous les cas, elle n'a pas atteint la ligne médiane, car il n'existe aucun signe de lésion de l'appareil olfactif.

Dans son trajet, la balle a lésé le nerf moteur oculaire externe, le ganglion ophthalmique, le moteur oculaire commun, le pathétique et le nerf optique, car il y a paralysie complète des deux premiers, et seulement paralysie incomplète des autres.

13 décembre. Le blessé va très bien, ne ressent aucune douleur, se promène dans la chambre. Le pouls n'a pas changé. Pour tout traitement, on se borne à de l'eau fraîche sur l'œil et à un pansement simple de la plaie.

(1)

Assa fœtida.	8	grammes.
Acétate d'ammoniaque.	30	—
Eau de Pouillot.	90	—
Sirop de sucre.	30	—

à donner par cuillerées à bouche d'heure en heure (très vantée).

14 décembre. Les choses ont changé de face; le malade a eu des frissons pendant la nuit, des envies de vomir; la langue est blanche, la tête est plus lourde et plus douloureuse; le pouls est resté à 64; la tuméfaction de la joue et des paupières a beaucoup diminué, mais la vision ne s'opère pas mieux.

20 sangsues aux apophyses mastoïdes, et une bouteille d'eau de Sedlitz pour le lendemain matin.

J'ai proposé, le premier jour, l'extraction de la balle, au moyen du trépan, mais l'absence des parents a fait rejeter cette opération.

15 décembre. Tous les symptômes de réaction ont disparu, et le malade est très-calme; il se lève et demande à manger.

Depuis ce jour, je n'ai plus revu le blessé, mais j'ai su par le médecin qui lui donnait ses soins qu'il avait toujours été de mieux en mieux, et que le dixième ou douzième jour il était parti pour Châlons, lieu de sa résidence. Une lettre de lui, reçue huit jours après son départ, annonçait que la guérison se soutenait, mais que l'œil droit n'avait pas recouvré la vision.

Certes, voilà un cas bien extraordinaire et bien rare, et comme il en existe fort peu dans la science. Plusieurs auteurs disent bien qu'un corps étranger peut séjourner dans la substance cérébrale sans causer la mort, mais ils ne citent aucun fait, du moins je n'en ai trouvé aucun.

En 1848, interne dans le service de M. le professeur Roux, j'ai observé plusieurs plaies de tête avec pénétration dans le crâne du projectile; eh bien! toutes ont entraîné la mort dans un temps plus ou moins rapproché.

Dans le cas que je viens de rapporter, non-seulement la balle ne cause pas la mort, mais ne détermine même aucun accident; car on ne peut compter comme tels les quelques symptômes de réaction survenus trois jours après; ils peuvent même être attribués à des influences étrangères, comme l'émotion produite par l'arrivée des parents. Il est certain que le projectile a dû causer peu de désordres dans la substance cérébrale, et tout porte à croire qu'elle s'est arrêtée près de l'apophyse clinoïde antérieure, car si elle eût pénétré plus loin, il est impossible qu'elle n'eût pas déterminé d'autres accidents que la perte de l'œil.

J'ai déjà dit que j'avais le premier jour proposé l'opération du trépan, et que l'absence des parents avait empêché de l'accepter; quelques jours après on me laissa à peu près libre d'agir comme je le voudrais; mais en présence du calme du blessé j'hésitai, et je voulus au moins m'étayer de l'opinion d'un homme haut placé dans la science, pour le malade d'abord, ensuite pour ma satisfaction personnelle; je m'adressai à M. Roux, qui me donna le conseil de pratiquer immédiatement l'opération du trépan pour extraire la balle, après avoir préalablement déterminé avec soin le siége précis de cette dernière au moyen d'un stylet mousse introduit dans la plaie; mais je ne vois plus le malade, et on sait du reste que pour guérir il s'est passé de notre intervention.

Maintenant, on peut se demander si ce corps étranger, logé dans la substance cérébrale, ne pourra pas, plus tard, déterminer des accidents graves et même la mort; quant à moi, je serai assez porté à me prononcer pour l'affirmative.

Le 16 février 1853, une nouvelle lettre nous annonce que le blessé est complètement guéri, et qu'en outre l'œil malade était revenu presque à l'état normal.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Lavements iodés dans la dyssenterie chronique.

Ces lavements, employés par M. le docteur Delioux dans la forme chronique de la dyssenterie, et dont les premiers essais sont dus à Eimer, ne déterminent la plupart du temps, selon l'auteur, que peu ou point de coliques; quelquefois, après le premier ou le deuxième lavement, les déjections alvines augmentent, pour diminuer ensuite en changeant de caractère; d'autres fois elles diminuent ou se suppriment immédiatement. Jamais ils n'aggravent la lésion intestinale; le plus souvent ils la guérissent, ou du moins la diminuent.

Voici la formule publiée par M. Delioux dans le *Journal des connaissances médico-chirurgicales*:

Teinture d'iode.	10 à 30	grammes.
Iodure de potassium. . . .	1 à 2	—
Eau.	200 à 250	—

On fait avec avantage précéder cette injection d'un lavement émollient destiné à vider l'intestin.

Cette injection n'est tolérée, en général, que quinze ou trente minutes; peu de malades la gardent sans souffrance pendant plusieurs heures. Dans le cas où elle détermine des douleurs vives, on peut prescrire un lavement laudanisé, qui ne doit être employé que dans le cas assez rare de coliques persistantes et d'une certaine acuité.

De l'emploi des douches utérines pour provoquer l'accouchement prématuré.

Les douches utérines, proposées d'abord par M. Cahen, accoucheur de Hambourg, ont été employées par un grand nombre de médecins, depuis surtout que le procédé a été simplifié par M. le professeur Kiwisch, de Wurzbourg.

Voici en quoi consiste le procédé de ce médecin, dont nous empruntons la description au *Bulletin de thérapeutique*, qui l'a prise lui-même dans le journal anglais *The Lancet*.

Ce procédé consiste à faire agir sur le col utérin, pendant cinq à quinze minutes, un filet d'eau à une température chaude, ou plutôt tempérée, au moyen d'une canule élastique portée profondément dans le vagin et adaptée à un vase contenant la quantité nécessaire d'eau, calculée d'après la durée que l'on veut donner à la douche, et placé à une certaine hauteur au-dessus du lit de l'opérée. Cette opération est recommencée au bout de quelques heures, à différentes reprises, jusqu'à ce qu'un travail régulier s'établisse.

Ces douches ainsi répétées ont pour effet de préparer l'acte de l'accouchement prématuré avec le plus de ménagements possible, à la faveur du ramollissement et de la dilatation nécessaire du seg-

ment inférieur de l'utérus, et de déterminer ainsi l'abaissement normal de cet organe. Elles ont l'avantage de n'exiger aucun traitement préparatoire, d'être faciles à employer et de n'exiger point un temps très long, et enfin de n'occasionner jamais de lésions aux voies génitales ni aux membranes de l'œuf, et par conséquent de ne pouvoir être préjudiciables au produit de la conception.

M. le docteur Lacy, chirurgien à Neuwark-Hospital, et à Paris M. le professeur Paul Dubois ont employé avec succès, le premier, dans un cas seulement, et le second plusieurs fois, les douches utérines.

Propriétés hémostatiques de l'huile de térébenthine.

Le docteur Waldren Bradey a employé l'huile de térébenthine dans treize cas d'hémorrhagie provenant de différents organes, tels que les poumons, l'estomac, l'utérus. Dans tous ces cas l'action hémostatique de cet agent médicamenteux lui parut incontestable, excepté une seule fois, où l'hémorrhagie n'a pas été définitivement arrêtée. Dans les cas les plus graves, le docteur Bradey n'hésite pas à donner le médicament à la dose de plusieurs grammes par jour, ce qui semblerait extraordinaire si on ne savait depuis longtemps combien l'action physiologique de la térébenthine est variable, de sorte que certains individus supportent impunément des doses énormes de cette substance, tandis que d'autres sont forcés de s'arrêter à des doses minimes. Dans les métrorrhagies l'auteur donne souvent avec succès l'huile de térébenthine à l'intérieur, et croit que son action hémostatique dans ces cas est aussi sûre que celle du seigle ergoté; en outre, toutes les fois que le tamponnement est nécessaire, il conseille comme pratique très avantageuse d'imbiber d'essence de térébenthine les morceaux de toile, la charpie ou l'étoupe dont on remplit la cavité vaginale. Quant à la manière de l'administrer, le lait, dit-il, est le meilleur véhicule. Il ajoute que ce médicament est d'une administration facile lorsqu'on a soin d'y mêler un peu de teinture de cannelle ou d'essence de lavande. Les faits consignés dans ce petit article, que publie le *Medical Times*, viennent confirmer complètement les résultats cliniques obtenus par le docteur Lange (de Kœnigsberg).

CONGRÈS SCIENTIFIQUE DE FRANCE;

XIXe SESSION;

Par M. le Dr Bally, membre de l'Académie de médecine,

Toulouse (1).

A partir de l'an 1228, où fut institué un enseignement universitaire, les Toulousains acquirent une renommée dans les sciences et les lettres qui alla toujours en croissant. Pendant de longues années, ils furent peu distraits par les affaires commerciales et industrielles, auxquelles ils se livraient moins qu'aujourd'hui.

Dans les premiers temps de la création de l'Université, il y avait des règlements fort singuliers, propres néanmoins à stimuler l'émulation, à favoriser le progrès parmi les étudiants. Ceux-ci étaient classés par provinces, appelées *nations* : Gascogne, Languedoc, Ile-de-France, Champagne. La Gascogne commence sur la rive gauche de la Garonne.

Chaque nation élisait tous les ans un prieur, à qui le nouvel arrivant devait s'adresser pour obtenir le droit de suivre les cours ou d'être admis parmi les auditeurs. Il s'établissait ainsi une rivalité dont on comprend tous les avantages, puisque chaque nation s'efforçait de surpasser les autres.

Un récit du président de Mesmes, au seizième siècle, fera parfaitement connaître l'austérité des règlements et la puissance de cette organisation : « Nous fûmes trois ans auditeurs en plus étroite vie et pénibles études que ceux de maintenant ne voudroient supporter. Nous étions debout à quatre heures, et ayant prié Dieu, allions à cinq heures aux études, nos gros livres sous le bras, nos écritoires et nos chandeliers à la main. Nous oyons toutes les lectures jusqu'à dix heures sonnées, puis venions dîner après avoir conféré en hâte sur ce qu'avions écrit des lectures.

» Après avoir dîné, nous lisions par forme de jeu Sophocle ou Aristophane, ou Euripide, et quelquefois Démosthène, Cicero, Virgilius, Horatius.

» A une heure aux études; à cinq au logis, à répéter et voir dans nos livres les lieux allégués jusqu'au soir, puis nous soupions et lisions en grec ou en latin. »

Dans l'ensemble de l'organisation universitaire était comprise une faculté de médecine qui dura près de six cents ans, et ne fut supprimée qu'en 1793, puis remplacée en 1806 par une école secondaire ou préparatoire. Il est présumable que le voisinage de la Faculté de Montpellier, plus ancienne et plus renommée, a servi de motif pour mettre obstacle à la résurrection de la Faculté de Toulouse. Celle-ci fut fondée en 1228, sous les auspices de Magister Lupus, *in medicinâ regens*. Le premier qui fit ensuite de l'anatomie ou des ouvertures de cadavres fut Joseph Courtiat. Ce n'était pas chose facile et prudente, dans un temps où l'inquisition allumait ses bûchers, d'aller fouiller dans les cadavres. Il y eut cependant, en 1517, une ordonnance politique qui permettait à un profane d'assister à une dissection moyennant six deniers, et à un ecclésiastique moyennant une messe.

Pendant cette longue série d'années, la Faculté compta un bon nombre de professeurs éminents, dont les portraits sont conservés dans une grande et belle galerie, et dont M. Dassier a entrepris d'esquisser l'histoire. Ses recherches embrassent une période de près de six siècles, et exposeront en même temps l'histoire de l'art dans cette cité. Quelques mots extraits du rapport de 1852 sur l'École préparatoire donneront une idée de la manière de l'auteur.

« Nous comptons parmi nos maîtres révérés un Lupus Hispanicus qui s'assit en 1228 comme régent en médecine parmi les douze fondateurs de l'Université; un Raymond de Sébonde, dont Montaigne, qui a traduit son livre, fait un si grand éloge; un Guillaume Lebrun, à la prière de qui Louis XI accorda le rétablissement du parlement de Toulouse; un Augier-Ferrier, médecin de Catherine de Médicis, qui se fit distinguer parmi les hommes les plus érudits et les plus polis de son temps; un François Sanchès, médecin et philosophe, surnommé le *sceptique*, dans un siècle où l'on ne doutait de rien; il mourut en 1622, et non en 1633, comme l'a dit Guy-Patin; un François Bayle, qui valut mieux que son homonyme Pierre Bayle, le critique; enfin, et à l'extrémité de cette longue chaîne de médecins remarquables que je n'ai pas cités tous, un Jean-Baptiste Gardeil, l'encyclopédiste, le traducteur d'Hippocrate, qu'aucun traducteur n'a surpassé. »

N'est-il pas bien légitime, ajoute M. le directeur, d'être fiers de tels aïeux et de revendiquer pour notre école le patrimoine qu'ils avaient amassé? Et cependant, malgré nos titres et nos droits à ce précieux héritage, notre écusson reste barré, et notre épitoge, emblème de la qualité de nos glorieux devanciers, ce n'est que par tolérance que nous la portons.

M. Dassier nous apprendra bientôt les noms des autres professeurs, en y joignant l'extrait de leurs travaux, et en signalant les hommes qui se distinguèrent dans l'art du professorat. Il nous dira probablement ce qu'était le docteur Dastarat, qui a eu les honneurs de l'apothéose dans un monument en marbre que possède l'église de la Dorade, consacrée à la Vierge, et jadis au Jupiter Olympien ou à Apollon.

Malgré le désir que j'aurais d'être constamment de l'avis de M. Dassier, j'éprouve néanmoins la velléité de lui faire un peu d'opposition, en lui demandant pourquoi François Bayle valait mieux que Pierre Bayle, né à Carlat (Ariége), en 1647. Je sais bien que le grand dictionnaire de Bayle fut dénoncé comme rempli d'impiétés et entaché d'athéisme. Entre autres absurdités, on eut raison de lui reprocher celle où il soutenait qu'une société d'athées pouvait subsister. Et ce fut probablement cette proposition qui l'obligea à s'expatrier et à finir ses jours dans la Hollande.

Il est une autre assertion tout aussi déraisonnable, et qui est plus du ressort de la physiologie; celle où il avance que Henri IV aurait été plus grand que les héros connus s'il eût été eunuque. Il n'est point de médecin, quelque peu observateur ou éclairé qu'il fût, qui ne s'élevât contre cette proposition, dût-on avoir dix Narsès à opposer en exemples dans l'argumentation.

A côté de ces erreurs manifestes, il y eut dans les écrits de Pierre Bayle des beautés, une grande puissance de logique avouées de tous. Si Bayle n'avait pas été un grand homme, pourquoi l'Académie des jeux floraux aurait-elle mis son éloge au concours? Une autorité ombrageuse fit, à la vérité, retirer la question. Mais ce fut une faute, car les concurrents se seraient fait un devoir de discerner le bon du mauvais grain.

Deux médecins avaient, dans les siècles de barbarie et de fanatisme, eu le malheur d'acquérir une certaine célébrité et de toucher à des questions trop délicates, Gonsalve-Molina et Vanini. L'un et l'autre furent jetés sur les bûchers allumés par l'inquisition, née à Toulouse, Molina en 1511, Vanini en 1612. Vanini, homme spirituel et éloquent, se faisait fort de prouver l'existence de Dieu avec un simple fétu de paille. Alors on lui arracha la langue, et, ainsi mutilé, il fut mis dans le brasier sans pouvoir implorer la clémence de l'Eternel ni dire qu'il pardonnait à ses bourreaux. Naguère encore fut commis l'assassinat juridique de Calas, dont la mémoire fut réhabilitée par Louis XV, Voltaire et Chénier.

Des cités du monde connu, Toulouse, aujourd'hui si sage et où règne tant d'aménité, fut la plus malheureuse, tourmentée par toutes les espèces de fanatisme, les querelles et les vengeances religieuses. Mais, saturée d'agitation, elle ne prit aucune part aux troubles de 1830 et de 1848 : elle avait à ses dépens conquis la modération et la sagesse. Elle laisse passer la lave brûlante qui depuis longues années roule sur la France. Marmontel, qui, après avoir été garçon tailleur à Toulouse, occupa le premier rang dans la littérature philosophique, semble avoir, dans *Bélisaire* et surtout dans les *Incas*, eu en vue d'opposer aux fanatiques oppresseurs de son pays des modèles de douceur, de charité et d'héroïsme dans la vertu. Quoi de plus touchant, de plus généreux, de plus séduisant que Las Casas, ce vrai apôtre de l'Evangile, arrachant les malheureux Péruviens au fer des bourreaux!

Chirurgie-barberie. — M. Dassier, dans un écrit curieux, fait parfaitement connaître cette institution que l'Université n'avait pas voulu admettre dans le nombre de ses facultés, et qui fut par conséquent régie par des règlements particuliers sanctionnés par les capitouls en 1457 et 1517.

« La confrérie des chirurgiens barbiers était une des quatre jurandes de la ville; elle s'était placée sous le patronage de saint Cosme et saint Damien longtemps avant que Henri III en eût fait les patrons obligés de la chirurgie française; et, si elle ne formait pas un collége de *robe longue* ou de plein exercice, comme l'Ecole de Paris, elle se distinguait cependant par l'étendue et la force de son enseignement. Elle compta au nombre de ses maîtres un Nicolas Catelan, dont parle Gui de Chauliac et qui florissait vers 1363. »

Voici, avec l'orthographe du temps, sans points, ni virgules, ni apostrophes, le curieux préambule des statuts de 1517 conservés dans les archives du Capitole :

« En lonneur et gloire de Dieu le pere le fils et le benoist Saint-Esprit de la tres sainte Vierge Marie de monsieur saint Cosme et saint Damien et de toute la cour celestielle de paradis a ete propouse conclu et arrete entre la communaute des compaignons de loffice de cirurgie et barberie de la presente cite de Tolose faire entre iceulx compaignons certaine societe compausee de statuts en œuvres spirituelles alaide de Dieu le createur pour la continuation et entretenement de la celebration de certaines messes en lonneur de la Trinité et de monsieur saint Cosme et saint Damien leur patron aussi pour continuer entre eulx lestude de cirurgie afin que en icelle puissent profiter pour lavenir au corps humain et tout ce entendant faire soules permission de justice et de vous nobles seigneurs messieurs les capitols de Tholose conservateurs de la chose publique dicelle cite en faisant toutefois expresse declaration que par ladite societe ne chose contenu cyapres nentendant en rien prejudicier ni deroguer aux statuts et droits de maistres jures dudit office mais plutôt les vouloir soutenir et non enfringer. »

Suivent vingt-huit signatures, parmi lesquelles le nom de Gasc Arnaud, qui m'a rappelé le souvenir de mon ami Gasc récemment enlevé à l'Académie et à la médecine militaire, dont il fut l'une des gloires. C'était un médecin d'un esprit distingué, correct, positif et d'une grande droiture. Il fut constamment attaché à nos armées d'outre-Rhin, et il finit par arriver, de même que l'illustre Larrey son compatriote, au maximum de l'élévation, comme inspecteur général du service de santé.

Les anciens adjoints et honoraires de l'Académie impériale de médecine lui furent redevables de l'heureuse fusion qui les éleva au rang de titulaire, fusion qui me paraissait aussi juste qu'indispensable et dont je me glorifie d'avoir eu l'initiative, bien que sans succès, une année auparavant.

La ville de Toulouse portait malheur aux religionnaires de toute secte. L'Espagnol Seweto (Servet), né en 1609 dans l'Aragon, fut envoyé dans cette ville pour étudier le droit. Alors toutes les têtes fermentaient, exaltées par les opinions religieuses, et l'imagination ardente de l'Aragonais devait le précipiter dans un conflit d'autant plus séduisant que tout le monde prenait parti et que personne ne se comprenait. Alors il imagina ou renouvela le *dogme unitaire* ou *antitrinitaire*.

Bientôt il renonça à ses premières études sur la jurisprudence, et il embrassa l'art de guérir, pour lequel il se sentait plus de vocation. Il alla donc à Paris, où il se plaça sous la direction de deux hommes d'une grande célébrité, Fernel et Sylvius, et y prit le diplôme de docteur. Ainsi muni, il vint à Lyon et finit par s'établir à Vienne, ville voisine. C'est là que malheureusement il se livra à son esprit de controverse et qu'il entretint une correspondance irritante avec Calvin. Celui-ci livra ses lettres au tribunal de l'inquisition de Lyon. Servet y fut condamné à être brûlé à *petit feu*. Sur ces entrefaites, il réussit à s'échapper; et, voulant se réfugier en Suisse, il passa imprudemment par Genève, où dominait en maître Calvin, son implacable ennemi, qui le fit jeter sur un bûcher.

Lorsque l'immortel Cuvier a pu dire que Servet, dans le livre intitulé *Restitutio*, avait décrit avec une *minutieuse exactitude la circulation du sang*, il faut bien reconnaître que ce martyr avait été le précurseur d'Harvey. Au reste, l'illustre Anglais lui-même n'a pas dissimulé ce fait, puisqu'il a employé plusieurs arguments de Michel Servet pour démontrer la circulation pulmonaire. En effet, avant l'Aragonais, qui prouva le contraire, on pensait que l'esprit aérien, parvenu du poumon dans le ventricule postérieur (droit) du cœur, passe de là dans tout le corps par l'aorte, et que les parties les plus grossières de cet air retournaient aux poumons par les veines pulmonaires.

(1) Suite. — Voir le numéro du 25 janvier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 19 mars 1853. — Présidence de M. Guersant.

PRÉSENTATION DE MALADE.

Tumeur érectile veineuse traitée par la vaccination.

M. Chassaignac montre à la Société une jeune enfant qui présente sur la partie inférieure et latérale droite de la poitrine une tumeur veineuse offrant le volume et la forme d'une moitié d'œuf de poule. Une vingtaine de boutons de vaccine ont été inoculés sur tout le pourtour de la tumeur; ils sont actuellement en pleine suppuration. Il a été impossible de faire les inoculations sur la tumeur même, en raison de l'écoulement sanguin que déterminaient les ponctions avec la lancette.

M. Chassaignac a été encouragé à essayer ce mode de traitement par le succès remarquable obtenu par M. Marjolin sur une jeune fille qui était affectée d'une tumeur de même nature, envahissant la totalité du cuir chevelu, du cou, la face et la membrane muqueuse buccale. (Nous ajouterons que la malade de M. Marjolin est guérie depuis sept ans.)

Correspondance manuscrite.

La Société reçoit une lettre du docteur Smith, directeur général du service de santé de l'armée et de l'artillerie anglaises, qui accuse réception des *Mémoires de la Société de chirurgie*, fascicules 2 et 3 du tome III.

Correspondance imprimée.

La Société reçoit l'*Association medical journal*, n° X, march 11 1853.

M. Giraldès fait don des ouvrages suivants :

1° *Observations de chirurgie de Le Dran*, 2 volumes;

2° *Traité des opérations de chirurgie de Le Dran*, 1 volume;

3° *Opérations de Desault*, 2 volumes. (Remercîments à M. Giraldès.)

Lectures.

M. Voillemier continue et termine la lecture de son mémoire *sur les injections alimentaires dans le traitement de l'anus contre nature*. (Commission : MM. Robert, Jarjavay et Lenoir.)

M. Michon termine la lecture du mémoire de M. Hervez de Chégoin *sur les tumeurs du sein*. (Commission : MM. Michon, Danyau et Cullerier.)

Rapports verbaux.

M. Broca s'est chargé, en remplacement de M. Lebert, de rendre compte de plusieurs travaux imprimés adressés à la Société de chirurgie. Il a d'abord examiné une thèse de M. Bigelow. L'auteur a exposé avec lucidité dans son travail, intitulé : *Recherches sur les calculs de la vessie et sur leur analyse micro-chimique* (Thèse inaugurale; Paris, 1852), les connaissances acquises. M. Broca signale comme montrant un intérêt spécial un magnifique atlas annexé à la thèse. M. Bigelow a reproduit avec le plus grand soin les caractères physiques des différents calculs soumis à l'examen microscopique. On peut, par ce simple examen sans analyse chimique, reconnaître la nature intime des calculs.

— M. Deguise fils donne en ces termes l'analyse d'une brochure intitulée : *Note sur les goîtres estival épidémique et variqueux observés dans le département du Puy-de-Dôme*, lue à la séance académique de janvier 1852 par M. Nivet (de Clermont);

Les deux ou trois faits de goître variqueux observés chez des femmes en état de gestation et au moment de la parturition qui terminent la note de M. Nivet ne me paraissent pas devoir être rattachés à la forme épidémique observée par notre confrère. Il y a eu là une simple coïncidence, comme on en rencontre quelquefois.

Ce qui m'a semblé le plus saillant dans le travail de M. Nivet, c'est la cause, suivant moi, très exagérée qu'il attribue à la production de ce goître épidémique. Ainsi, d'après cet observateur, la production du goître estival épidémique serait presque exclusivement due à la température de l'eau prise le corps étant en sueur; et, à cet effet, M. Nivet rapporte un certain nombre de faits appartenant à des collégiens ainsi qu'à des militaires, qui lui semblent appuyer sa manière de voir.

Je ferai observer, sans entrer dans la discussion de la cause réelle du goître (influences climatériques, nature intime des eaux et des

terrains qu'elles traversent), que ce goître estival épidémique devrait être beaucoup plus commun s'il suffisait, pour l'acquérir, de se trouver dans les conditions indiquées par M. Nivet.

En Afrique, j'ai vu bien souvent des soldats couverts de sueur boire à longs traits de l'eau quelquefois très froide, et cependant je ne me rappelle pas avoir vu ou avoir entendu raconter des faits se rapprochant du goître épidémique observé par M. Nivet.

Sans nier l'influence de la température de l'eau prise le corps étant en sueur, je suis disposé à admettre encore le concours d'autres causes, et je ne reproche à M. Nivet que d'être trop exclusif.

Au reste, cette variété de goître s'est constamment montrée fort bénigne, et a toujours cédé en quelques semaines à l'emploi de topiques émollients ou de frictions iodées.

Je ne puis pas finir cette analyse sans faire observer que le travail de M. Nivet a été le sujet d'une réclamation présentée à l'Académie des sciences dans sa séance du 21 juin 1852. M. le docteur Valat, secrétaire du conseil d'hygiène publique et de salubrité d'Autun, a réclamé pour M. le docteur Guyton (d'Autun) la priorité de la constatation du goître aigu épidémique. D'après M. Guyton, ce goître épidémique ne dure qu'un ou deux septenaires, cède facilement, et ne laisse pas après lui de goîtres définitifs ou chroniques.

M. Robert demande à M. Deguise si le goître décrit par M. Nivet n'était pas un simple gonflement inflammatoire de la glande thyroïde.

M. Deguise répond que dans aucun des cas il n'y a eu de suppuration ni d'accidents. Le traitement a été très simple et a constamment été suivi de succès.

M. Robert ajoute qu'en adressant cette question il a voulu éclaircir un point qui lui paraissait assez obscur. Il lui avait semblé, en effet, que M. Nivet avait fait une sorte de confusion entre les goîtres qu'il avait observés et ceux qu'on voit se produire chez les femmes pendant les efforts de la parturition.

M. Deguise répond que M. Nivet n'a pas fait la confusion qu'on lui reproche; seulement il a ajouté à son mémoire trois cas de goître qu'il décrit sous le nom de goîtres variqueux.

M. Larrey a eu souvent l'occasion de voir chez les militaires un engorgement du corps thyroïde se développer sous l'influence de causes analogues à celle qui a été signalée par M. Nivet; mais cette cause, ou l'ingestion de l'eau froide lorsque le corps est en sueur, n'est pas la seule dont on doive tenir compte. Ainsi les jeunes soldats, peu habitués en général à supporter la gêne déterminée par le col d'uniforme, s'empressent de mettre leur cou à l'air après une marche forcée ou une corvée qui ont déterminé une forte transpiration. Cette cause toute physiologique, jointe à la pression mécanique exercée par les vêtements, provoque quelquefois l'apparition du goître, ou pour mieux dire l'inflammation aiguë et le gonflement du corps thyroïde, lorsque surtout cette thyroïdite se manifeste chez un certain nombre d'individus réunis dans des localités où règne le goître endémique.

M. Larrey se propose, du reste, de faire sur ce sujet quelques recherches qu'il pourra communiquer à la Société.

M. Roux rappelle que dans une autre enceinte il avait déjà, à propos d'un excellent travail de M. Larrey sur les tumeurs du cou, émis l'idée que l'habitude de fumer pouvait exercer une influence marquée sur le développement de ces affection glanduleuses si fréquentes chez les soldats.

L'honorable professeur saisit l'occasion de signaler de nouveau l'action pernicieuse du tabac, et propose à la Société, comme digne de l'occuper spécialement, cette intéressante question d'étiologie d'une foule d'affections.

M. Giraldès demande si dans le mémoire de M. Nivet il est fait mention de la composition chimique des eaux dans le pays où s'est montré le goître. On sait en effet que M. Granger a démontré par des travaux exécutés avec le plus grand soin l'influence marquée des eaux magnésiennes sur le développement du corps thyroïde; influence tellement instantanée, qu'on peut presque immédiatement l'apprécier.

M. Deguise répond que M. Nivet ne s'est absolument occupé que d'une forme de goître purement accidentel et épidémique qui lui a paru naître uniquement sous l'influence de l'eau froide. Du reste, M. Deguise ajoute qu'il n'est pas très disposé à partager l'opinion de M. Nivet, car, comme il l'a fait déjà remarquer, si l'eau froide était susceptible d'exercer une telle action, on en verrait bien plus souvent des exemples, surtout en Algérie.

Anatomie pathologique. — Compression exercée sur la trachée par des masses ganglionaires. — Trachéotomie. — Mort par asphyxie.

M. Chassaignac présente à la Société une pièce d'anatomie pathologique recueillie dans son service de l'hôpital Saint-Antoine.

Le malade dont il s'agit offrait des symptômes d'asphyxie tellement imminents que l'on dut pratiquer la trachéotomie. Cette opération ne put prolonger la vie que pendant vingt-quatre heures. A l'autopsie, on reconnut qu'une masse tuberculeuse considérable comprimait la trachée, près de sa division.

M. Chassaignac se propose de communiquer l'observation de ce fait dans une prochaine séance.

M. Guersant, après cette communication, signale la fréquence de faits semblables à l'hôpital des Enfants. Dernièrement encore, dit M. Guersant, j'ai eu dans mon service une jeune fille qui avait une tumeur analogue comprimant complétement la bronche gauche.

Je n'ai pas jugé à propos de tenter cette opération, vu l'état désespéré de la petite malade, qui présentait des tubercules pulmonaires. L'asphyxie s'est produite, mais avec une excessive lenteur, ce qui est la règle dans les cas de ce genre.

M. Houel demande si dans ces deux cas signalés par M. Chassaignac et M. Guersant, on s'est enquis de l'état des nerfs récurrents laryngés. Si en effet on peut admettre que la pression exercée par les tumeurs ait été en partie cause de l'asphyxie, il devient néanmoins nécessaire de rechercher s'il n'existerait pas une cause plus probable de cette affection, à savoir la pression exercée par la tumeur même sur les nerfs récurrents.

La pièce sera mise à la disposition de M. Houel pour être examinée dans ce sens.

Le vice-secrétaire, E. Laborie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Bureau central. — Le jury du concours de chirurgie est définitivement constitué. Les juges sont : MM. Cullerier, Roux, Maisonneuve, Huguier et Cazalis; suppléants : MM. Richet et Moissenet.

— M. le docteur Mélier est en ce moment à Marseille, où il est chargé par le ministre de l'intérieur de mettre en harmonie l'institution des quarantaines et les règlements qui s'y rattachent avec les résolutions adoptées par le Congrès international.

— Nous avons annoncé par erreur, d'après un journal, que la Faculté de médecine de Montpellier avait présenté *trois* candidats pour la chaire d'anatomie. La Faculté aurait en effet désiré présenter trois candidats, mais M. le ministre de l'instruction publique n'a pas consenti à lui accorder cette faveur qu'elle sollicitait.

Les deux candidats présentés sont :

1° M. Benoist;

2° M. Lacauchie.

— Le budget de la Faculté de médecine de Strasbourg a été rétabli tel qu'il était avant 1848.

Le crédit pour les abonnements aux publications périodiques, réduit à 200 fr., a été reporté à 800 fr.

Les appointements des gens de service ont été ramenés à leur ancien taux.

Un crédit de 1,500 fr. a été alloué pour l'établissement d'une école pratique. Depuis 1840 ce crédit avait été vainement demandé.

La Faculté de médecine de Strasbourg a adressé à M. le ministre de l'instruction publique l'expression de sa vive reconnaissance.

(*Gaz. méd. de Strasbourg.*)

— La Société de médecine de Marseille propose pour sujet d'un prix de la valeur de 300 fr. qui sera décerné dans la séance publique de 1853 les questions suivantes :

1° De l'accouchement prématuré artificiel;

2° Dans quelles circonstances et à quelle époque de la gestation faut-il le pratiquer?

3° Quel est le meilleur moyen de le terminer?

Les mémoires, écrits en français ou en latin, devront être remis dans les formes académiques et avant le 1er septembre 1853, terme de rigueur, à M. le docteur H. Meli, secrétaire général de la Société, rue des Chartreux, 15, à Marseille.

— Par décret du 20 mars dernier ont été nommés chevaliers de la Légion-d'Honneur :

MM. Ruslan de Vérac, médecin-major au 56e de ligne;
Hahn, id. au 6e de cuirassiers;
Piétri, id. au 7e cuirassiers.

— Un prix de vingt guinées, fondé par lord Saint-Leonard's, chancelier d'Irlande, en faveur du meilleur essai sur la folie hypocondriaque, vient d'être décerné à M. le docteur Joseph William par l'Académie de chirurgie de Dublin.

— Il est question de promulguer en Angleterre une loi qui rendra la vaccine obligatoire. Les parents seraient tenus de faire vacciner leurs enfants à un âge fixé.

— Le docteur Forbes Winslow a été élu président de la Société médicale de Londres.

— Nécrologie. — M. le docteur Maisonneuve père, médecin estimé de Nantes, et M. le docteur Jarras, de Nîmes, viennent de mourir.

— La petite ville de Chantelle (Allier) n'ayant pas d'hôpital, un appel a été fait à la générosité des habitants. Une souscription ouverte a, en moins de deux mois, atteint le chiffre de 32,000 francs.

— Une épidémie variolique règne en ce moment à Saint-Quentin, une épidémie de fièvre typhoïde à Loignies, et une épidémie catarrhale à Montluçon.

— Le nombre des décès à Strasbourg pendant le mois de février de la présente année a été de 173. Il avait été de 206 pour le mois correspondant de l'année 1852.

Les causes de mort les plus fréquentes ou les plus remarquables ont été :

	1853	1852		1853	1852
Apoplexie.	11	13	Hydropisie et hydrothorax	6	6
Bronchite.	6	11	Marasme sénile.	13	11
Convulsions des enfants.	14	19	Morts-nés.	16	16
Entérite.	9	15	Phthisie pulmonaire.	24	25
Faiblesse d'organisation.	11	4	Pneumonie.	10	22
Fièvre typhoïde.	5	3	Mort violente.	0	11

— La réforme sanitaire concernant les cimetières de Londres, tant demandée par M. Georges Walker, vient d'être proclamée à la chambre des communes par lord Palmerston. L'honorable secrétaire de la chambre s'est exprimé en ces termes : « Ainsi que M. Walker n'a cessé de le répéter depuis plusieurs années, les cimetières, dans l'intérieur de la ville de Londres, sont un foyer d'infection, une peste qui ne doit plus être tolérée. »

— *Réforme médicale en Angleterre.* — Nos confrères d'outre-Manche poursuivent depuis plusieurs années l'idée d'une réforme dans l'exercice de la profession médicale. Une vaste association a été formée à ce sujet, et, le 18 mars, une députation d'une centaine de membres a été reçue par lord Palmerston. Sir Charles Hastings, secrétaire, a porté la parole et demandé au nom de ses commettants que le noble lord présentât au nom du gouvernement un bill pour obtenir :

1° L'uniformité de qualification;

2° Le droit égal d'exercice dans tout le Royaume-Uni;

3° Et l'adoption du principe représentatif pour la formation des conseils ou corps enseignants.

Lord Palmerston a répondu que ces vœux lui paraissant actuellement formés par le corps médical tout entier, il espérait pouvoir satisfaire à cette demande, et se mettrait en rapport, quand il en serait temps, avec le secrétaire sir Charles Hastings.

— C'est par erreur que M. le docteur Lestiboudois a été compris au nombre des candidats à la chaire de botanique; il n'avait point, en effet, fait acte de candidature.

Presque tous ces ouvrages, du catalogue de MM. Plon frères, sont des livres pour ainsi dire classiques; leur extrême bon marché les fera certainement apprécier par nos confrères.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 38. — JEUDI 31 MARS 1853. (26e ANNÉE.) N° 38. — JEUDI 31 MARS 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE.	Trois mois. . . .	8 fr. 50 c.
	Six mois. . . .	16 »
	Un an.	30 »
GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES.	Trois mois.	9 fr.
	Six mois.	17
	Un an.	33
ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR.	Trois mois.	10 fr.
	Six mois.	20
	Un an.	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

PARIS, LE 30 MARS 1853.

Séances des Académies.

Après une nouvelle hécatombe de remèdes secrets par M. Robinet, M. Cruveilhier a terminé la lecture de son mémoire sur la paralysie progressive avec atrophie des muscles.

La dernière observation est remarquable, non-seulement à cause de la description de la maladie, plus tranchée que chez tous les autres sujets, de l'atrophie des muscles de la langue et du nerf grand hypoglosse, le lingual étant resté intact, mais surtout par l'indication de la cause de cette affection, qui était restée jusqu'à ce jour inconnue.

Ainsi, dans tous les autres faits publiés, soit par M. Aran, soit par M. Thouvenet, dans les deux premières observations communiquées par M. Cruveilhier lui-même, non-seulement la moelle épinière, mais les racines antérieures des nerfs qui y prennent naissance étaient intactes ou n'avaient pu être suffisamment examinées. Dans le dernier fait, les cordons de la moelle étaient sains aussi; les racines postérieures des nerfs médullaires n'avaient subi aucune altération de texture ou de volume; mais les racines antérieures étaient évidemment atrophiées dans toute la longueur de la moelle.

Est-ce là véritablement la cause première de la maladie? l'atrophie des muscles est-elle consécutive? n'existerait-elle pas sans celle des racines antérieures, et, dans ce cas, quel mode de traitement doit-on opposer à cette cruelle affection? l'électricité agissant dès le début de la maladie sur ces racines aurait-elle le pouvoir d'enrayer le mal? Ce sont des questions que se pose l'honorable académicien et qu'il n'ose résoudre; nous n'avons certes pas non plus cette prétention, et nous nous contenterons de répéter avec lui que la découverte d'une cause présumée, quoique douteuse, d'une maladie dont le véritable siége d'origine était inconnu, est un *progrès*.

L'Académie, obligée de se former en comité secret pour le rapport sur la demande faite par M. Paul Dubois de passer dans la section d'accouchements, a renvoyé la discussion à la prochaine séance. Plusieurs membres, entre autres l'honorable M. Roux, ont déjà demandé la parole, et nous espérons que cette discussion prendra toute l'importance qu'elle mérite. Le sujet est d'un intérêt réel : nous ne saurions donc trop engager les membres qui posséderaient des faits analogues et qui auraient des réflexions à émettre à ne pas négliger d'y prendre part.

L'espace nous manque pour l'appréciation des travaux qui ont été communiqués à l'Académie des sciences, et dont on trouvera le résumé dans notre compte-rendu. Nous noterons cependant une nouvelle opération de gastrostomie de M. Sédillot, qui malheureusement n'a pas réussi; une intéressante communication de M. Michel (de Strasbourg) sur la cause de la surdi-mutité; et enfin, une communication de M. Delioux sur le traitement de la dyssenterie par les lavements iodés, dont nous avons déjà parlé dans le dernier numéro.

Sur la constitution épidémique actuelle (1).

§ III. Revenons à la grippe de 1852-53, dans la marche de laquelle j'aurai à signaler quatre périodes bien tranchées; et partout on verra que la résistance nerveuse fait défaut.

a. 1° Dès le milieu du mois de décembre dernier, au début, l'épidémie affecta de revêtir deux formes distinctes : d'un côté, c'était une maladie catarrhale accompagnée de fièvre continue, avec exacerbation le soir, subdélire nocturne, courbature, prostration, douleur, pression sous-sternale, névralgie intercostale, pleurodynie, sécheresse douloureuse de la gorge, toux férine : toutes les muqueuses envahies depuis les sinus frontaux et les conjonctives jusqu'au rectum, au canal de l'urètre et au vagin; de l'autre côté, c'était une dothinentérie à forme muqueuse, avec sibilence et ronchus thoraciques presque sans toux, puis crise défavorable vers les parotides.

2° A mesure que l'épidémie progressait vers la période d'état, au commencement du mois de février, autre division, deux autres formes, plus de typhoïdes vraies : ici, fièvre continue, vomissements et constipation opiniâtre ou diarrhée sans les vomissements; ou bien, là, fièvre continue, prostration considérable, hébétude, surdité, tremblements, épistaxis, subdélire; peu de toux, râles sibilants et ronchus généralisés; langue saburrale et amaigrissement rapide dans tous les cas.

A cette époque, l'état thoracique prenait promptement le caractère de pleuropneumonie, et toute la population se sentait sous la pression de l'influence épidémique : chez les uns, c'était une courbature, une pleurodynie, un coryza, diverses névropathies; chez les autres, de l'anorexie, des coliques, de la diarrhée. Dans tous les cas, les nuits étaient fort agitées.

3° Vers la fin de février, au moment de la chute des grandes neiges et de l'abaissement considérable du thermomètre, les séreuses se prenaient avec une redoutable facilité. C'est ainsi que nous eûmes à traiter un grand nombre de pleurésies, de péricardites et de rhumatismes articulaires aigus.

La laryngo-bronchite grippeuse, beaucoup moins catarrhale que *spasmodique*, chez quelques enfants, devenait suffocante par accès, lorsqu'elle était accompagnée de pneumonie lobulaire; quelques jeunes filles ont offert cet ordre de symptômes alarmants que l'on eût pu prendre pour des croups, sans les précieuses révélations du stéthoscope et de la percussion.

4° L'épidémie se termine, en ce moment, par une affection catarrhale et quelques fièvres typhoïdes devenues bénignes.

b. La peau était généralement chaude, douce au toucher, mais quelquefois au-dessous de sa température normale et légèrement cyanosée. La sueur jugeait toujours les cas légers.

J'ai encore observé cette fois un phénomène fort intéressant, négligé par les médecins en général, soupçonné par Vicq-d'Azyr, dont nous nous sommes occupés M. Piedagnel d'abord, M. le professeur Forget et moi; je veux parler de l'excessive contractilité de tous les muscles. Il suffisait de glisser à plat le bout du doigt le long de la poitrine pour faire contracter fortement le premier plan des muscles intercostaux et chez les grippés et chez les typhoïdiens; il en était de même de tout autre muscle pressé ou légèrement pincé. Ce phénomène, que je croyais propre jusqu'ici à la seule dothinentérie, appartiendra désormais, pour moi, à toute affection populaire qui naîtra sous l'influence de la constitution typhoïde du siècle.

La bouche était pâteuse; la langue plate, rose à son limbe, toujours saburrale et souvent teintée de brun à son centre, chez les grippés; chez les typhoïdiens, la langue, d'abord plate et rose à son limbe, tachée en brun à son centre, se couvrait bientôt, ainsi que les gencives et les dents, des fuliginosités caractéristiques. Le gargouillement iléo-cœcal n'était pas toujours aussi bien perçu que dans les épidémies de typhoïdes ordinaires; la constipation persistait longtemps et les diarrhées se montraient fort tard.

Il y avait des épistaxis chez les grippés et les typhoïdiens. Le pouls était large et développé, mais extrêmement dépressible chez les uns et chez les autres; il était souvent intermittent (dicrote) dans la forme grave de pneumonie. Nous avons vu le sang d'un typhoïdien venu de Paris, et que l'on saigna, je crois, au dixième jour; il était couvert d'une pellicule gris-perle, et le caillot en était assez consistant. Le sang, dans le rhumatisme aigu, était couvert de l'épaisse couenne inflammatoire connue.

Nous avons tous remarqué de la gêne, de la douleur sous-sternale, de la dyspnée, lors même que l'auscultation la plus minutieuse ne révélait rien.

L'urine des grippés était rouge-foncé, déposait le plus souvent un sédiment briqueté, parfois un sédiment grisâtre. Celle des typhoïdiens, d'un jaune-citrin, restait *crue* quand les malades devaient succomber, et se chargeait d'un énœorème d'abord suspendu, puis se déposant de plus en plus à mesure que la maladie faisait des progrès vers la convalescence.

Dans l'un et dans l'autre cas la prostration était grande, le délire toujours imminent, mais plus intense, plus tenace chez les typhoïdiens.

Il nous reste maintenant les convalescences des grippes graves et des dothinentéries, qui toutes sont fort lentes et fort difficiles. Presque tous les asthmatiques un peu âgés ont succombé en peu de jours.

La grippe attaquait tous les âges et les deux sexes également; je n'ai vu de typhoïdiens ni au-dessous de neuf ans ni au-dessus de quarante-cinq ans.

c. Traitement. — A l'époque où l'anatomie pathologique, encore dans ses langes, se contentait d'éclairer la pathologie sans afficher la prétention de la dominer tout entière, alors que la micrographie, qui n'était pas née, n'avait pas encore pu émietter les bases du diagnostic, on disait : *Naturam morborum curationes ostendunt.* Croyez-vous que l'épidémie à laquelle nous venons d'assister n'ait pas décoré d'un nouveau lustre cet aphorisme, vieilli pour bien des contempteurs des génies qui les ont précédés dans la carrière médicale? Voyez plutôt.

Aujourd'hui, comme en 1776 et en 1782, tous ceux qui ont voulu opposer aux grippes simples, les plus nombreuses d'ailleurs, un traitement actif ont fait fausse route. Il suffisait du repos du lit, d'une douce chaleur, de cataplasmes émollients sous le menton et sur la poitrine, de boissons anodines chaudes, de quelques laxatifs (sel marin en lavement), de peu de jours de diète pour abattre la fièvre, arrêter la toux férine et faire cesser les courbatures. Les narcotiques ont été en général très mal supportés.

L'ipécacuanha à dose vomitive, l'émétique en lavage, les boissons aromatiques (feuilles d'oranger, camomille), le vin de quinquina ont jugé favorablement les grippes graves de la seconde période.

Dans toutes les circonstances, même dans les pneumonies et les rhumatismes aigus, les saignées ont paru aggraver le mal, en augmentant la tendance à l'adynamie. Toutes les pneumonies ont cédé comme par enchantement au tartre stibié donné à doses rasoriennes, et les rhumatismes aigus à l'opium et au nitre administrés à hautes doses, suivant la méthode de M. Owen, de Londres. (Voir la *Gazette des Hôpitaux* du 26 février 1853.) Je n'ai jamais vu pareille diaphorèse à celle que produisaient les petits paquets du docteur Owen, et je dois signaler cette heureuse circonstance, que, malgré les doses énormes d'opium absorbées par les patients, les selles étaient régulières. D'un autre côté, nous n'avons eu à observer aucun phénomène de narcotisme.

N'avais-je pas raison de dire en commençant ce paragraphe que le traitement peut encore servir de pierre de touche pour reconnaître la nature des maladies? puisque j'ai cherché à fournir à l'insuffisance nerveuse (désormais constatée pour moi) les éléments de lutte qui lui font défaut, au lieu de lui en soustraire par des évacuations sanguines intempestives, et que j'ai eu à me louer des résultats obtenus?

Dr E.-A. ANCELON.

(1) Fin. — Voir le numéro précédent.

CLINIQUE ÉTRANGÈRE D'ACCOUCHEMENTS.

Présentations de l'épaule.

Résumé d'un travail lu à la Société médicale américaine de Paris par M. M.-B. WRIGHT, D.-M., ex-professeur d'obstétrique au Collége médical de l'Ohio (États-Unis).

Il n'est point, selon moi, dans tout le domaine de l'obstétrique de sujet aussi peu compris ou dont l'étude réponde moins aux exigences des faits ou de la science que les présentations de l'épaule; qu'il me soit donc permis de présenter à la Société quelques réflexions sur ce point, qui peut être considéré comme le type des enfantements difficiles.

Il est vrai que la présence de l'épaule au détroit supérieur constitue une difficulté que l'on ne rencontre pas souvent. Cependant, quiconque se baserait là-dessus pour n'en pas faire une étude soigneuse s'engagerait dans une voie qui pourrait devenir fâcheuse pour lui-même et funeste aux personnes qui l'appelleraient. De ce qu'un praticien a pu exercer pendant de longues années sans rencontrer un seul cas de présentation de l'épaule, ce n'est pas une raison pour lui de croire que cela ne puisse lui arriver au premier moment. Dans l'état actuel de nos connaissances, nul ne peut distinguer d'avance les cas naturels des cas anormaux; de là la nécessité d'être toujours prêt à aborder ces derniers, sinon avec un succès toujours certain, du moins le plus méthodiquement possible.

Quelle est la fréquence et quelle est l'issue des présentations de l'épaule? Ici la statistique américaine offre une lacune considérable; peut-être faut-il l'attribuer, au moins en partie, à ce que la très grande majorité des cas qui réclament les secours de l'art se présente parmi les femmes d'origine allemande ou irlandaise.

On a prétendu que la « nature » suffisait seule à l'accomplissement de ses propres desseins, ou, en d'autres termes, que l'on pouvait en toute sécurité abandonner les présentations de l'épaule aux contractions spontanées de l'utérus. Cependant on ne rapporte que peu de cas de ce genre dans lesquels la délivrance se soit opérée sans le secours de l'art, et l'exemple de M. Velpeau dans une circonstance semblable pourrait n'être pas suivi du même succès; bien qu'on l'ait justifié d'avoir profité de la première occasion qui s'offrait à lui de mettre à l'épreuve les vues de Denman, alors en discussion, il ne recommande pas comme un principe acquis à la pratique de s'en rapporter entièrement à la nature.

Le docteur Dewees nous apprend qu'il n'a jamais rencontré d'évolution spontanée dans sa pratique, et cependant il s'exprime ainsi : « Je recommanderais donc d'attendre cette évolution spon- » tanée toutes les fois que la version s'opposerait à l'espoir de » sauver l'enfant, pourvu que le travail ne soit pas compliqué » d'un des accidents énumérés plus haut. » — Quoique les opinions de notre illustre compatriote aient toujours mérité une sérieuse attention, et qu'elles passent même pour infaillibles dans l'esprit de quelques-uns, il faut considérer comme une pure chimère ce qu'il dit au sujet de la présentation de l'épaule, et comme conduisant à un résultat presque certainement funeste.

Les deux grands points à observer dans tout accouchement sont :

1° La vie de la mère;

2° Celle de l'enfant.

Or, si dans un cas de présentation de l'épaule où les secours de l'art n'ont pas été appliqués la mort de l'enfant devient inévitable, chaque instant de retard ne compromet-il pas la vie de la mère? Pourquoi attendre alors cette évolution spontanée dont l'existence est reconnue pourtant comme chose excessivement rare?

Je ne voudrais pas qu'ici ni plus loin mes observations fissent croire que je suis partisan de l'avortement. J'admets, je soutiens

même que le fœtus, entre le cinquième et le septième mois, se présente par l'épaule plus fréquemment qu'on ne le suppose généralement, surtout quand il est mort. Dans ce cas l'art n'a pas à intervenir, car le fœtus est comparativement petit et se prête facilement aux formes du bassin.

La délivrance peut aussi avoir lieu, dans la présentation de l'épaule, à l'aide de fortes tractions et de contractions vigoureuses de l'utérus. Nous pouvons appuyer cette assertion sur la connaissance d'un fait seulement. L'accoucheur appelé dans cette circonstance, prenant le bras qui se présentait pour une jambe, tira dessus violemment et finit par l'arracher du tronc avec le scapulum et la clavicule. La malheureuse femme l'ayant prié, avec une douceur à laquelle on ne se serait pas attendu dans une situation pareille, de s'abstenir, l'utérus se reprit à agir avec énergie, et le fœtus fut expulsé. Ayant examiné celui-ci peu de temps après, je trouvai le cou allongé et la face ensevelie entre le pubis et la crête des os iliaques. La sage-femme présente à l'accouchement m'apprit que c'était le côté privé de son membre supérieur qui s'était présenté le premier lors de la sortie du fœtus. Il est donc certain qu'un fœtus pesant près de neuf livres et se présentant par l'épaule au détroit supérieur peut être expulsé sans qu'il y ait eu une version faite auparavant : mais qui osera dire qu'il en sera toujours ainsi et fonder sa pratique sur une pareille prédiction?

Quand on aborde le sujet de la présentation de l'épaule, même sans en faire une étude approfondie, plusieurs questions se présentent naturellement :

1° Quel est le moyen le plus facile de changer cette forme de présentation?

2° Quelle est la manière de procéder la plus utile pour la mère?

3° Quel est le meilleur moyen de préserver la vie de l'enfant? Est-il une méthode que l'on puisse adopter d'une manière exclusive?

Les traités d'obstétrique décrivent deux modes de délivrance dans les présentations de l'épaule :

1° La version par la tête;

2° La version par les pieds.

Mais, à parler strictement, ce n'est point une *version* céphalique que l'on opère. Lorsque pour faciliter le travail nous substituons la tête à l'épaule, nous ne faisons que pousser de côté une partie du fœtus pour faire place à une autre. Quand on pratique la version podalique, la tête est obligée de décrire presque en entier un cercle considérable. Nous voudrions dès à présent appeler votre attention sur cette différence.

Nous serions heureux si, pour répondre aux questions posées ci-dessus d'une manière complète et exacte, nous pouvions invoquer des autorités américaines. Nous avons déjà fait allusion aux préceptes que le professeur Dewees nous a laissés sur ce sujet. Le professeur Megs dit : « Il est possible que ces vieux praticiens du temps de la reine Elisabeth aient réussi quelquefois en repoussant l'épaule à ramener la tête au détroit, mais en tout cas cela me paraît fort improbable. » Le professeur Miller ne s'exprime pas moins catégoriquement : « La version céphalique, dit-il, n'a que peu de défenseurs aujourd'hui, et il est reconnu qu'elle s'applique à des cas si peu nombreux qu'elle mérite à peine que nous nous en occupions sérieusement. Pour cette raison, et aussi parce que je n'en ai point fait l'expérience, je ne m'occuperai que de la version pelvienne. » Le professeur Huston dit dans une de ses notes sur l'obstétrique de Churchill : « Le praticien éprouvera beaucoup de difficulté à ramener la tête dans une position favorable lorsqu'il y aura présentation de l'épaule, et il est même très probable qu'il échouera. » Nous reconnaissons donc tout d'abord que les ouvrages de nos compatriotes qui ont traité de l'obstétrique, écrits avec talent et justement renommés, ne sont pas de nature à nous encourager beaucoup dans les opinions que nous soumettons ni dans la pratique que nous voulons soutenir. Cependant, nous dirons ici que le professeur de Louisville, le docteur Miller, admit, dans une lettre particulière qu'il m'écrivit après la publication de plusieurs cas rencontrés dans ma pratique, la possibilité et l'utilité du redressement céphalique (*cephalic adjustment*).

Mais avant d'arriver à une explication plus directe de nos propres vues et de notre pratique, il est bon de citer quelques auteurs européens. Voici ce que nous trouvons dans le *Système d'obstétrique* de Churchill : « Si ces moyens de réussissent pas (antimoine, » opium, saignée) et que la version soit impraticable, il faut ouvrir » le thorax de l'enfant et l'éviscérer, après quoi on pourra l'ex- » traire. » — En parlant des trois modes de version, le docteur Ramsbotham dit : « Celui qui consiste à soulever l'épaule et à ra- » mener la tête en bas serait le plus sûr pour l'enfant, parce que » l'on s'exposerait peu à exercer une pression sur le cordon ombi- » lical; et c'est cette pression qui tue ordinairement le fœtus quand » on l'extrait par les fesses ou les pieds. Mais ce mode, bien que le » plus sûr pour l'enfant, est le plus dangereux pour la mère et le » plus difficile pour l'opérateur; et le danger, comme on pouvait » s'y attendre, est proportionnel à la difficulté. Dans ces tentatives » de version que très probablement on sera obligé de répéter plu- » sieurs fois, il y aurait *grand péril* pour l'utérus et le vagin. » — Quand je rapproche ces paroles des faits de ma propre expérience, je suis invinciblement conduit à croire que le professeur anglais a émis ses vues dans un moment où son imagination était trop active, ou alors qu'il était disposé à s'en tenir aux limites de l'autorité. Comment une substitution de la tête à l'épaule accomplie avec une force à peine appréciable pour la mère peut-elle mettre en péril l'utérus et le vagin? C'est là ce que je ne puis comprendre. Le docteur Rigby semble disposé à trancher toute cette question d'un seul trait de plume : « Il est évident, nous dit-il avec beaucoup de » sang-froid, que ce mode de version serait rarement praticable. »

M. Velpeau, dans la traduction américaine de son *Obstétrique*, s'exprime ainsi : « On peut donc tenter la version céphalique :

» 1° Dans un bassin bien conformé, où il ne s'est présenté d'au- » tre accident qu'une position vicieuse du fœtus, et lorsque la tête » a pris une position inclinée dans le vide du bassin;

» 2° Dans les présentations de l'épaule, soit que le thorax se » présente de face ou par derrière, pourvu que le bras ne pende » pas et que l'utérus ne soit pas trop contracté. »

M. Chailly, en examinant ce sujet de version céphalique opérée par l'art (si nous le comprenons bien), admet que la délivrance sera aussi heureuse pour l'enfant et la mère que si le vertex s'était présenté d'abord. Après la rupture des membranes, ajoute-t-il, nous ne devons pas songer à la version céphalique; la version pelvienne est alors la seule ressource. Il convient qu'après la rupture des membranes « on doit avoir recours à cette opération seulement » quand le bassin est mal conformé. »

Cette dernière phrase et l'aveu qu'un changement de présentation tandis que les membranes sont encore intactes sera favorable à l'enfant et à la mère réfutent, selon moi, tout ce que l'auteur a pu dire contre la version céphalique. Si un changement de présentation est plus favorable pour la mère et l'enfant avant la rupture des membranes, pourquoi ne le serait-il pas après, pourvu qu'en effectuant ce changement on n'use pas de trop de force? De la violence tuerait l'enfant aussi bien dans la version podalique que dans la céphalique. Et si l'on peut opérer cette dernière facilement et avantageusement pendant les contractions, comment peut-on la repousser alors qu'aucun obstacle n'empêche la main de s'introduire dans le bassin et d'aller atteindre la partie du fœtus qui se présente.

Après ces préliminaires, nous pourrons vous exposer les circonstances qui nous conduisaient à accorder toute notre attention à la version céphalique, et les faits qui nous justifient de vous présenter ce moyen comme un mode de délivrance.

Dans un cas de présentation de l'épaule, en passant ma main dans l'utérus pour opérer la version pelvienne, je sentis que la partie du fœtus qui s'offrait à moi tendait à remonter, et que la tête tendait à occuper le détroit supérieur. Je facilitai ce mouvement, et les contractions utérines achevèrent heureusement la délivrance.

Peu de temps après, je fus appelé pour un cas à peu près semblable. La principale différence consistait en ce que, dans le cas précédent, les membranes s'étaient rompues prématurément, tandis que dans le second elles se rompirent pendant que nous cherchions à reconnaître le genre de présentation. Dans l'une et l'autre circonstance, la version se fit aussi facilement et aussi promptement qu'aucune version pelvienne qui me fût échue.

Dans un numéro de la *Lancette de l'Ouest* on trouve les détails d'un cas de présentation de l'épaule, rapporté par le Dr W.-F. Richardson. Le docteur fit de longs et vains efforts pour opérer la version pelvienne. *Neuf heures* après la rupture des membranes je fus invité à pratiquer la version. Je dégageai facilement l'épaule et lui substituai la tête. Alors le travail fut abandonné à lui-même et se termina, comme un cas naturel, au bout de deux heures.

Le même journal contient un autre cas fourni par le docteur Jerry, différent du premier dans plusieurs de ses traits principaux, et d'ailleurs bien plus compliqué. Nous fûmes appelé *quinze heures* après la sortie des eaux. Un bras, une jambe et le cordon se trouvaient dans le vagin. Une traction par la jambe n'amena point le fœtus, et ne changea pas sa position. L'utérus avait cessé ses contractions, mais il embrassait le fœtus si énergiquement, qu'il était impossible de le tourner par les pieds; la main ne pouvait pas franchir le détroit supérieur. Nous ne pouvions plus que choisir entre l'éviscération et la version céphalique. La position du fœtus, l'absence de liquide amniotique, les longues et incessantes contractions de l'utérus ne pouvaient nous laisser l'espoir d'une délivrance favorable. Cependant le dernier moyen dut nous sourire davantage. Pour prévenir toute résistance de la part de la mère et pour apaiser les mouvements de l'utérus, nous administrâmes le chloroforme. L'anesthésie étant produite, je relevai la jambe, le bras et le cordon, et la tête fut alors ramenée au détroit. Les forces de la femme et l'énergie de l'utérus étant épuisées par la violence et la longueur du travail, nous pensâmes qu'il fallait pousser notre intervention plus loin. D'une main je maîtrisai la tête, et m'en servant comme d'un guide (selon mon habitude quand la tête est au détroit supérieur), j'appliquai le forceps et retirai le fœtus.

Le docteur Walker publie aussi un cas dans lequel il fut appelé *trente-six heures* après la rupture des membranes. Je visitai la malade *onze heures* plus tard, et me disposai à opérer la version céphalique, ce que j'exécutai en quelques minutes et sans difficulté. L'utérus n'agissait pas avec beaucoup de force; mais comme la femme était douée de beaucoup d'énergie et de courage, nous ne vîmes pas de nécessité d'insister davantage. Les contractions de l'utérus augmentèrent bientôt, mais la face s'inclina peu à peu et finit par occuper le détroit supérieur. Comme le menton regardait en avant, nous ne crûmes pas devoir arrêter sa marche, et la délivrance se termina comme se fût terminée la plus heureuse présentation de la face.

J'ai choisi ces cas parce qu'ils ont été publiés d'une manière circonstanciée par les médecins distingués auxquels ils appartiennent, et parce qu'ils m'ont paru les plus propres à convaincre ceux qui pourraient montrer quelque incrédulité. Cependant nous pouvons y ajouter un fait qui n'a pas encore été imprimé.

Je fus appelé pour un cas où le bras du fœtus pendait depuis soixante-deux heures; la main était hors de la vulve. Cinq médecins avaient déjà été appelés, et chacun s'était vainement efforcé d'amener les pieds. Quand j'examinai l'état des choses, je trouvai le vagin et le bras qui y était considérablement gonflés, et il me fut impossible d'introduire la main dans l'utérus. Contrairement à la règle générale, j'amputai le bras près de l'épaule de manière à me faire plus de jour pour la version. L'expérience m'ayant démontré qu'en général les manœuvres de la version s'exécutent plus facilement quand on fait tenir la femme sur ses coudes et ses genoux, je fis prendre cette position à notre malade. Maintenant nous pouvions diriger les épaules, et l'on eût pu sans grande difficulté placer la tête dans une bonne position; mais comme il y avait nécessité d'en finir promptement, j'amenai les pieds, et la délivrance eut enfin lieu.

Après tout ceci ne sommes-nous pas fondés à croire :

1° Que, en s'y prenant à temps dans la seconde période de la parturition, on peut changer une présentation de l'épaule en une présentation du vertex plus facilement qu'on ne peut ordinairement opérer la version pelvienne;

2° Que la rupture des membranes, bien qu'elle ait eu lieu longtemps auparavant, n'empêche pas nécessairement la version céphalique;

3° Que, dans les présentations de l'épaule, on peut amener la tête au détroit supérieur après que l'on a fait de longs et vains efforts pour opérer la version pelvienne;

4° Que la version céphalique devrait être considérée comme un excellent moyen, le meilleur peut-être, de hâter l'accouchement dans les présentations de l'épaule.

Quel est le mode de délivrance le plus favorable pour la mère? Telle est la seconde des deux questions posées; j'y répondrai en quelques mots.

En parlant de la version pelvienne, le docteur Churchill dit : « D'un autre côté, il ne faut pas négliger de considérer ses désa- » vantages, car la distance que la main doit franchir et la difficulté » de saisir les pieds et de tourner l'enfant dans l'utérus doivent » toujours exposer la mère à de grandes chances de dangers. »

Dans la statistique donnée par le docteur Lee, nous voyons que, sur 71 cas de présentations de l'épaule dans lesquels on eut recours à la version pelvienne, 7 femmes succombèrent par suite de rupture de l'utérus et 3 par suite d'inflammation de cet organe.

Dans la *version céphalique* la main ne pénètre pas dans la cavité utérine, et par conséquent les parois de l'utérus n'ont pas à subir la pression d'un corps étranger. Le fœtus ne décrit qu'un petit mouvement dans l'utérus, puisque la tête est déjà près du détroit supérieur; tandis que, dans la version pelvienne, la partie du fœtus que l'on veut délivrer d'abord doit être ramenée du fond de l'utérus. Dans la version céphalique, il n'y a qu'une grande maladresse de la part du praticien qui puisse exposer la mère; tandis que dans la version pelvienne on est étonné de ne point voir de résultats fâcheux.

Quel est le meilleur moyen de sauver l'enfant? Voilà ce à quoi il faut maintenant répondre.

On a calculé que pas moins d'un tiers des enfants périssaient dans la version pelvienne. En employant à temps la version céphalique, il y a une certitude presque aussi grande de sauver l'enfant que dans une présentation naturelle du vertex. Pourquoi pas? A peu de chose près, l'opération se réduit à redresser une déviation de la tête.

5° Faut-il adopter l'une ou l'autre méthode exclusivement dans les présentations de l'épaule?

La raison, aussi bien que la force des faits, doit nous conduire tous à adopter le langage de M. Cazeaux. « Aujourd'hui, dit-il, on » ne peut adopter l'une ou l'autre opinion d'une manière exclu- » sive, car il y a des cas qui se prêtent davantage à la version cé- » phalique, tandis qu'il y en a d'autres où la version pelvienne est » la seule praticable. Par conséquent il faudrait conserver les deux » opérations dans la pratique, laissant à l'accoucheur le soin de » déterminer quand est-ce qu'il doit préférer l'une ou l'autre. »

Nous aurions voulu discuter plusieurs autres points qui se rattachent à notre sujet, mais nous avons déjà outrepassé les bornes prescrites. Cependant qu'il nous soit permis, pour conclure, de faire quelques observations relativement à la présence du bras dans le vagin. Ordinairement cet accident n'offre point d'obstacle dans la version pelvienne, et n'exige point une attention spéciale. Dans les présentations de l'épaule, il faut d'abord ramener le bras au-dessus du bord du bassin, avant de changer la forme de présentation. La présence du bras dans le vagin ne doit pas nous empêcher de tenter la version céphalique. On peut le replacer au-dessus du bord du pelvis sans une adresse extraordinaire, et alors on n'a plus affaire qu'à une simple présentation de l'épaule. Maintenant on saisit l'épaule et on la pousse du côté des fesses, qui glissent sur la surface interne de l'utérus, se dirigeant vers le fond. La tête suit nécessairement l'impulsion, et, pour peu qu'elle soit guidée avec quelque adresse, elle prend sa position normale au détroit supérieur. On ne peut guère s'attendre à ce qu'elle se déplace de nouveau, surtout lorsque déjà les contractions utérines l'ont engagée dans l'orifice. Alors il n'y a plus qu'à traiter le cas selon les principes généraux suivis dans les présentations du vertex.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 29 mars 1853. — Présidence de M. NACQUART, vice-président.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'intérieur et du commerce transmet les états de vaccinations pratiquées dans la ville de Bayonne pour les années 1848 à 1852 par M. le docteur Hoursolle.

— Le même ministre transmet un travail sur la vaccination de M. le docteur Renault, chirurgien de l'asile des aliénés d'Alençon.

— Le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation du décret impérial qui approuve l'élection de M. Requin.

— M. le président invite M. Requin à prendre place parmi ses collègues.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

MM. Buffalini et Riberi adressent leurs remercîments à l'Académie pour leur nomination au titre de membres associés étrangers.

Variole.

M. Laboulbène adresse des recherches sur la variole et sur plusieurs autres fièvres éruptives.

Remèdes secrets.

M. Robinet fait plusieurs rapports sur des remèdes secrets.

Paralysie musculaire progressive atrophique.

M. Cruveilhier lit sous ce titre un mémoire sur une espèce de paralysie qui n'a pas reçu de nom définitif dans la science et qui n'a pas encore sa place dans les cadres nosologiques, paralysie qui a été décrite par M. Aran sous le titre de *Recherches sur une maladie non encore décrite du système musculaire* (atrophie musculaire progressive), et par M. Thouvenet dans sa dissertation inaugurale sous le titre de *Paralysie musculaire atrophique.*

Le mémoire de M. Cruveilhier se compose de trois observations, dont les deux premières, recueillies en 1832 et en 1848, lui ont permis d'établir cliniquement dès cette dernière époque l'existence de cette forme si remarquable de paralysie sous le titre de *Paralysie graduelle du mouvement par atrophie musculaire.*

Voici le résumé succinct de ces deux premiers faits :

Le premier remonte à 1832. Il s'agit d'une dame âgée de quarante-deux ans. Cette dame était affectée d'une paralysie musculaire générale, laquelle avait beaucoup plus porté sur les membres supérieurs

que sur les membres inférieurs. Les muscles avaient subi une atrophie remarquable, surtout ceux de la paume de la main et ceux de l'épaule, le deltoïde en particulier. Mais ce qui fixa surtout l'attention de M. Cruveilhier, c'est qu'à côté de cette altération si profonde et si générale de la myotilité le sentiment avait conservé toute son intégrité dans toutes les parties du corps, que les organes des sens jouissaient de la sensibilité la plus exquise et que l'intelligence avait conservé toute sa plénitude. Enfin, toutes les fonctions nutritives s'accomplissaient avec la plus grande régularité.

M. Cruveilhier crut devoir diagnostiquer, en conséquence, une paralysie musculaire générale par lésion de la moelle épinière, dont le siége devait être plus particulièrement dans les faisceaux antérieurs de cet organe.

La paralysie croissant toujours et ayant successivement envahi les muscles de la respiration et de la déglutition, cette malade succomba. Grande fut la stupéfaction de M. Cruveilhier de trouver à l'autopsie la moelle épinière entièrement intacte, de même que toutes les parties constituantes de la masse encéphalique.

Plus tard M. Cruveilhier retrouva à l'hôpital de la Charité un second cas présentant trait pour trait les caractères de l'observation qui précède et qui lui permit de déterminer que c'était non aux centres nerveux, mais dans les muscles eux-mêmes qu'il fallait chercher les causes de cette paralysie. En effet, ce malade ayant succombé, l'autopsie fit reconnaître, comme dans le cas ci-dessus, qu'il n'y avait absolument rien dans la masse encéphalique et dans la moelle. Ayant fait disséquer avec soin tous les muscles des membres et du tronc, M. Cruveilhier reconnut que tous les muscles étaient atrophiés à des degrés divers, que les uns avaient encore leur couleur presque naturelle, d'autres une couleur rose-pâle, d'autres une couleur jaune, mais qu'un très grand nombre de ces muscles avaient passé à l'état graisseux. Du reste tous ces muscles, prodigieusement réduits dans leur volume, mais ayant conservé leur forme normale, étaient parfaitement distincts les uns des autres. Enfin, non-seulement les muscles, même congénères et même voisins les uns des autres, étaient inégalement affectés, mais encore tous les faisceaux qui entrent dans la composition de chaque muscle n'avaient pas subi l'atrophie au même degré; ainsi dans le même muscle, à côté de faisceaux rouges, se trouvaient des faisceaux d'un rose pâle et même des faisceaux graisseux; l'indépendance de nutrition et d'action de chaque faisceau musculaire était aussi parfaitement démontrée que l'indépendance de chaque muscle; il était évident que l'atrophie n'envahissait pas les muscles en masse, mais bien isolément et successivement chacun des faisceaux de chaque muscle.

Quant au système nerveux périphérique, dont l'examen ne put être fait avec toute l'attention qu'eût désiré y apporter M. Cruveilhier, on constata seulement à la simple vue que les nerfs des membres atrophiés paraissaient aussi volumineux que de coutume; que les nerfs musculaires, au moment de pénétrer dans les muscles atrophiés, présentaient, à peu de chose près, leur volume normal.

Cette seconde autopsie, confirmative de la première pour ce qui est de l'intégrité du cerveau et de la moelle, démontrait donc, en outre, que c'était non au centre nerveux céphalo-rachidien, mais dans les muscles eux-mêmes, qu'était la cause de leur paralysie; que cette cause était l'atrophie musculaire, dont les degrés divers montraient exactement les degrés de la paralysie.

Mais une lacune grave existait encore dans l'anatomie pathologique de cette affection : c'était la connaissance de l'état anatomique de la partie périphérique du système nerveux, des cordons nerveux intermédiaires à la moelle et aux muscles. C'est cette lacune que la troisième observation est destinée à combler.

Cette troisième observation a trait à un nommé Prosper Lecomte, âgé de trente-deux ans, saltimbanque, entré dans le service en juillet 1850, avec une paralysie musculaire atrophique déjà en grande partie généralisée, et dont il faisait remonter l'origine à deux ans environ, et mort le 12 février dernier.

Nous ne reproduisons pas ici les détails très circonstanciés dans lesquels entre M. Cruveilhier sur la maladie de ce sujet, qui a présenté d'ailleurs la plus grande ressemblance avec celle des deux observations précédentes.

Voici quelles ont été, à l'autopsie, les lésions principales :

Système musculaire. — Tous les muscles du bassin et de la cuisse sont parfaitement sains. Les muscles de la jambe sont grêles, pâles à la région antérieure, et ont subi l'atrophie graisseuse à leur partie supérieure; ceux de la région postérieure sont amaigris, mais sains; il en est de même au pied, sauf le muscle pédieux, qui semble avoir complétement disparu.

Aux membres supérieurs aucun muscle n'a été complétement étranger à l'atrophie; mais toutes les régions n'ont pas été également affectées.

Les muscles du tronc présentent tous, à des degrés variables, la même altération.

Le diaphragme était parfaitement sain.

Les muscles de la langue avaient subi l'atrophie graisseuse.

Quant aux muscles de la vie organique : le cœur, l'œsophage, l'estomac, les intestins, ils étaient parfaitement sains.

Système nerveux. — 1° La masse encéphalique est dans l'état le plus normal. Elle est même remarquable par sa consistance.

2° La moelle épinière est parfaitement saine de volume, de couleur et de consistance. Les faisceaux antérieurs sont dans l'état normal. Les racines postérieures des nerfs spinaux sont également dans l'état le plus complet d'intégrité, mais les racines antérieures de ces nerfs paraissent d'une infériorité extrêmement remarquable par rapport aux racines postérieures, et cette infériorité est surtout énorme à la région cervicale. Tandis que le rapport entre les racines postérieures et les racines antérieures est, d'après M. Cruveilhier, à la région cervicale de 3 : 1, à la région dorsale de 1 1/2 : 1, et à la région lombaire de 2 : 1, dans le cas actuel les racines antérieures n'étaient peut-être pas le quart ou le cinquième en volume des racines postérieures aux régions dorsale ou lombaire, elles n'étaient pas la dixième partie en volume à la région cervicale. Dans plusieurs points de la région cervicale ces racines se réduisent à leur névrilème et se présentent sous l'aspect de petits filaments gris extrêmement déliés, qui ne sont composés que de névrilèmes. Ces filaments, examinés à la loupe, n'offrent aucune trace du tissu nerveux proprement dit.

Cette observation, d'après M. Cruveilhier, complète l'anatomie pathologique de la paralysie musculaire progressive atrophique.

La première autopsie avait démontré dans cette maladie l'intégrité parfaite du centre nerveux céphalo-rachidien, mais elle n'avait démontré que cela.

La deuxième autopsie avait confirmé le résultat de la première, mais elle avait en outre établi comme cause de la paralysie du mouvement l'atrophie musculaire, dont on a pu constater tous les degrés, depuis le simple amaigrissement du muscle avec décoloration légère de son tissu jusqu'à la transformation graisseuse, qui en est le dernier terme.

La troisième autopsie a confirmé le résultat des deux autopsies précédente, quant à l'état d'intégrité du centre céphalo-rachidien et quant à l'atrophie musculaire même; et elle établit, en outre, de la manière la plus positive l'atrophie des racines antérieures des nerfs spinaux, atrophie dont M. Cruveilhier a pu également suivre les divers degrés depuis la simple diminution de volume de ces racines sans altération notable de tissu, jusqu'à la disparition complète de la substance nerveuse, jusqu'à la réduction des racines spinales au névrilème, dernier terme de l'atrophie nerveuse.

Ainsi, l'anatomie pathologique de la paralysie musculaire progressive atrophique se compose de trois éléments :

D'un premier élément qui est négatif, c'est l'intégrité parfaite de la portion centrale du système nerveux;

D'un deuxième élément, l'atrophie des racines antérieures coïncidant avec l'intégrité parfaite des racines postérieures;

D'un troisième élément, l'atrophie des muscles paralysés.

Ces caractères anatomiques rendent-ils un compte satisfaisant des symptômes? Que montre l'anatomie pathologique mise en regard de l'observation clinique? A l'intégrité parfaite de l'intelligence répond l'intégrité parfaite des faisceaux postérieurs de la moelle et des racines postérieures des nerfs spinaux. A la paralysie du mouvement répondent : 1° l'atrophie des racines antérieures des nerfs spinaux; 2° l'atrophie musculaire.

La marche graduelle ou progressive de la paralysie du mouvement est d'ailleurs parfaitement expliquée par la marche graduelle ou progressive de l'atrophie musculaire, aussi bien que par celle de l'atrophie nerveuse. Mais quelle est la part respective de l'atrophie musculaire et de l'atrophie des racines spinales antérieures dans la production de cette paralysie; ou, en d'autres termes, quel est le rapport qui existe entre ces deux atrophies? C'est là le nœud de la question que M. Cruveilhier s'est proposé d'examiner dans cette dernière partie de son travail.

Et d'abord il repousse comme inadmissible la simple coïncidence entre ces deux lésions, et admet entre elles une connexion intime, un rapport de subordination. Mais de ces deux lésions quelle est celle qui est cause, point de départ? Quelle est celle qui est effet?

Les deux hypothèses peuvent être soutenues. Raisonnant successivement dans le sens de l'une et de l'autre, M. Cruveilhier arrive à cette conclusion : que la théorie de l'atrophie primitive des racines antérieures des nerfs spinaux ayant pour effet immédiat la paralysie musculaire progressive, qui en révèle l'existence, et pour effet consécutif l'atrophie musculaire, est la plus conforme à l'ordre hiérarchique des fonctions.

Quelle est la cause de l'atrophie des racines antérieures des nerfs spinaux? Telle serait la dernière question étiologique qu'il y aurait à résoudre. Mais ici, dit M. Cruveilhier, l'observation nous abandonne, et il faut attendre que de nouveaux faits permettent de résoudre ce problème à la solution duquel se rattache probablement la thérapeutique de la maladie.

M. Cruveilhier conclut en disant qu'il existe une espèce de paralysie du mouvement tantôt partielle, tantôt générale, coïncidant avec l'intégrité du sentiment et de l'intelligence, qui a son principe dans l'atrophie des racines antérieures des nerfs spinaux.

— L'Académie se forme en comité secret à quatre heures et demie.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 28 mars 1853. — Présidence de M. de Jussieu.

Gastrostomie.

M. le professeur Sédillot (de Strasbourg) adressé une observation de gastrostomie. Malgré la mort du malade, arrivée le dixième jour, les esprits impartiaux, dit M. Sédillot, reconnaîtront que la guérison sera possible en prévenant certaines causes d'accidents susceptibles d'être évitées, et en apportant à nos derniers procédés quelques légères modifications que nous exposerons.

M. Sédillot résume ce travail dans les propositions suivantes :

1° La curabilité des plaies de l'estomac, l'innocuité des fistules de ce viscère, la possibilité d'entretenir la vie par l'alimentation directe au moyen des sondes œsophagiennes, démontrent l'indication de la gastrostomie dans les rétrécissements infranchissables de l'œsophage, qui condamnent fatalement les malades à mourir de faim.

2° Les probabilités de succès de cette opération seront d'autant plus grandes que l'affection œsophagienne sera plus limitée, moins maligne et plus susceptible elle-même de guérison.

3° Les causes de la mort des deux premiers malades soumis à la gastrostomie furent purement accidentelles, et doivent être attribuées à des conditions morbides en partie fortuites, que l'on pourra éviter.

4° La fistule gastrique sera établie au travers du muscle droit, à 3 centimètres au-dessous des côtes. L'estomac, placé en dehors du lobe gauche du foie, sera reconnu et extrait à l'aide du doigt et d'une pince courbe à mors mousses; on le fixera dans la plaie sur une tige d'ivoire qui en traversera la paroi dans une étendue de 10 à 12 millimètres, et reposera sur un anneau de linge éloigné de 2 ou 3 centimètres de la circonférence de la plaie.

5° La surface antérieure de l'estomac est plane, d'un grand diamètre, terminée inférieurement par un rebord convexe le long duquel rampent de nombreux vaisseaux flexueux. L'épaisseur des parois du viscère est considérable, et il est impossible de confondre le côlon tranverse, seul organe dont la position pourrait induire en erreur.

6° La section du segment stomacal traversé par le corps étranger devra s'accomplir lentement par ulcération, et donner le temps aux adhérences péritonéales de se produire solides et complètes.

7° L'alimentation directe ne sera pas commencée avant le huitième ou dixième jour après que toute crainte de complications et d'accidents aura disparu.

Cause de la surdi-mutité.

M. Michel, chef des travaux anatomiques à la Faculté de médecine de Strasbourg, communique un cas de vice de conformation inconnu des canaux semi-circulaires des deux côtés chez un sourd et muet de naissance.

Ayant eu l'occasion d'étudier les cavités auditives d'un jeune sourd et muet de naissance, voici les détails que M. Michel a constatés.

1° *Oreille externe.* — Des deux côtés, rien à noter.

2° *Oreille moyenne.* — Des deux côtés très régulièrement conformée, sans mucus intérieur. La corde du tympan existe.

3° *Oreille interne. — Oreille droite osseuse. a.* Le canal vertical semi-circulaire supérieur n'a que son ouverture antérieure, et des traces de son ouverture postérieure dans le vestibule. Sa moitié postérieure manque. — *b.* Le canal vertical postérieur n'a pas d'ouverture commune avec le précédent; son ouverture labyrinthique existe seule, et conduit dans un prolongement terminé en cul-de-sac du tiers environ du canal total. — *c.* Le canal horizontal manque tout à fait; il est représenté par une exagération en ce sens de la cavité vestibulaire. Le limaçon et le conduit auditif interne sont normaux, ainsi que la membrane de la fenêtre ronde.

4° *Oreille interne gauche.* — *a.* Canal vertical supérieur. Il a ses deux ouvertures labyrinthiques; le tiers moyen de la circonférence manque. — *b.* Canal vertical inférieur. Il a ses deux ouvertures labyrinthiques, la supérieure commune avec la postérieure du précédent. Sa demi-circonférence moyenne n'existe pas. — *c.* Le canal horizontal est remplacé, comme dans l'oreille droite, par une exagération vestibulaire; seulement ici on voit un grain osseux naître de la paroi inférieure du vestibule et marquer la trace de la séparation des ouvertures de ce canal. Rien à noter dans le vestibule, le limaçon, le conduit auditif interne et la membrane de la fenêtre ronde.

5° *Oreille interne.* — Membraneuse des deux côtés. Je n'ai trouvé que des portions de canaux membraneux très courtes, mais bien conformées. Il en était de même de l'utricule vestibulaire.

Nerfs auditifs. — Un peu plus durs que d'habitude, sans altération microscopique du tube nerveux.

Examen microscopique : 1° d'une portion du canal vertical supérieur (partie antérieure). — Longue de 5 millimètres, tubulée, transparente, ouverte à ses deux extrémités. Au point de vue histologique elle se composait : *a.* d'une substance translucide, grenue, analogue à la substance intercellulaire des cartilages. Çà et là se trouvent semées sur la surface interne quelques cellules rondes, pâles, de 1/70 à 1/60 de millimètre, transparentes, et ne laissant voir aucun contenu, même sous l'influence de l'acide acétique. Est-ce un épithélium? Je n'oserais l'affirmer. On ne trouvait de tubes nerveux qu'au niveau de l'extrémité ampullaire, ainsi que des capillaires sanguins de 1/100 de millimètre de diamètre.

2° *Lame spirale membraneuse du limaçon.* — Elle est formée d'une substance analogue à celle des canaux semi-circulaires membraneux, et sur elle, près de son insertion sur la lame des contours, on observe une foule de petites lignes terminées en pointe, analogues, comme aspect, à des touches de piano placées les unes à côté des autres. Ces lignes pointues mesurent 1/100 de millimètre de largeur, et sous l'influence de l'acide acétique ces pointes s'arrondissent et s'isolent très nettement. C'est là sans doute la terminaison isolée des nerfs. Cet examen microscopique a été fait avec un grossissement de 300 à 400 diamètres.

Ce fait prouve que la surdité congéniale coïncide avec un vice de conformation borné uniquement aux canaux semi-circulaires, toutes les autres parties de l'oreille étant dans une intégrité complète, même à l'examen microscopique.

Emploi des injections iodées dans le traitement de la dyssenterie chronique.

M. Delioux, médecin en chef de la marine, adresse l'extrait d'un mémoire sur l'emploi des injections iodées dans le traitement de la dyssenterie chronique. (Nous reviendrons sur ce sujet.)

Du résultat de quelques opérations de cataracte au point de vue des fonctions du cristallin et de l'humeur vitrée.

M. Guépin (de Nantes) adresse sur ce sujet la note suivante :

Chez les personnes qui ont été opérées de la cataracte, soit par extraction, soit par abaissement, l'œil se modifie avec une plus grande facilité sous l'influence de la pression. Ne faut-il pas en conclure que cet organe, quels que soient ses autres usages, est aussi un diaphragme solide destiné à maintenir l'œil dans son état?

M. Guépin se demande si les savants qui se sont occupés de déterminer les indices de réfraction des humeurs de l'œil ne se sont jamais trompés. N'y a-t-il pas, dit-il, sous ce rapport des différences et des similitudes qui sautent aux yeux selon les cadavres humains sur lesquels on expérimente? L'humeur vitrée ne peut-elle pas quelquefois remplacer le cristallin?

M. Guépin rapporte plusieurs cas d'opérations à la suite desquelles les opérés ont pu voir également bien des deux yeux.

Plusieurs fois, au lieu de faire l'opération de la cataracte chez les cataractés de naissance, M. Guépin a enlevé le tiers de l'iris pour des cataractes étroites et congénitales, et chez trois individus, sujets de ces observations, la vision a été bonne sans lunettes.

M. Guépin compte plusieurs cas d'enfants qui lisent sans lunettes après avoir été guéris par la méthode du broiement-extraction, qu'i emploie très souvent, ainsi que la kyratonyxis, chez les jeunes sujets nés aveugles ou devenus tels dans les premières années de la vie.

L'auteur conclut en disant qu'il serait utile d'ajouter de nouveaux faits à ceux qui précèdent, afin de déterminer d'une manière absolue par l'observation et par l'expérience l'étendue des fonctions du cristallin et de l'humeur vitrée.

Physiologie du mal de mer.

M. Marshall-Hall adresse une note sur ce sujet. Nous reviendrons prochainement sur ce travail.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 3 février 1853. — Présidence de M. Terrier, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal.

— La correspondance comprend :

Bulletin des travaux de la Société médico-pratique de Paris, années 1851-52 (M. Magne, rapporteur).

Nouveau cas de fracture du crâne avec perte de substance cérébrale.

M. Masson, à l'occasion du procès-verbal, et rappelant le fait de fracture du crâne avec sortie de la substance cérébrale dont M. Duperthuis a entretenu la Société dans la séance dernière, raconte qu'en 1815 un palefrenier reçut un coup de pied de cheval à la voûte crânienne, que la substance cérébrale s'échappait par la plaie, et que, voulant opérer le taxis et la réduction, il détermina des accidents comateux tels qu'il crut devoir renoncer à ce moyen et retrancher les parties herniées avec le bistouri. Chose singulière, la perte d'une cuillerée à bouche de substance cérébrale ne causa aucun accident, et le blessé guérit parfaitement. J'ai regretté, ajoute-t-il, de n'avoir pu m'assurer si dans la suite les facultés intellectuelles avaient éprouvé quelque altération, ce qui devait présenter un grand intérêt sous le rapport phrénologique.

M. Belhomme. Le fait rapporté par M. Masson ne pourrait en aucune manière plaider pour ni contre le système des phrénologistes. En effet, que vous disent ceux-ci? Que les organes cérébraux sont doubles, et qu'il faudrait pour produire des effets déterminés que les mêmes parties fussent altérées de chaque côté. Il est possible assurément que le malade en question ait éprouvé quelque trouble du côté de l'intelligence ou des facultés morales; mais, en tout cas, je dirai que la surface extérieure du cerveau n'est pas douée d'une grande sensibilité, ce qui est bien différent quand il s'agit des parties profondes. D'où il résulte deux choses :

1° Qu'on peut retrancher une certaine quantité de cervelle sans de graves inconvénients, lorsqu'il n'y a que la superficie d'atteinte;

2° Que, pour la production des troubles intellectuels, il faudrait que la lésion fût double, comme le sont les organes cérébraux.

Traitement de l'anasarque par l'acupuncture.

M. Terrier lit en son nom et au nom de M. Carron un rapport sur un travail du docteur Adrien Fabre relatif au *traitement de l'anasarque par l'acupuncture.*

Dans ce travail, l'auteur examine les principaux moyens à l'aide

desquels on est dans l'usage de combattre l'anasarque, moyens qui peuvent se réduire à deux chefs principaux :

1° Combattre les modificateurs organiques de l'action desquels provient l'augmentation de la sérosité, et par là empêcher sa reproduction ;

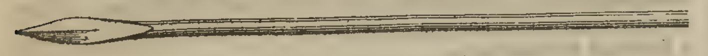
2° Procurer par une voie quelconque l'écoulement des liquides épanchés.

Il passe rapidement en revue chacun de ces moyens, en insistant principalement sur ceux qui paraissent jouir de la plus grande efficacité, les purgatifs et les diurétiques. « Lorsque, cependant, ces deux séries de moyens échouent, dit-il, et que la peau se trouve considérablement distendue par l'accumulation du liquide dans le tissu cellulaire, ne convient-il pas, n'est-il pas urgent d'en évacuer une certaine quantité par quelque opération chirurgicale? Les bons effets que j'ai vu obtenir par mon père de l'acupuncture dans ces circonstances font que je n'hésite pas à répondre par l'affirmative.

» Mais, tandis que, fidèles observateurs de l'aphorisme d'Hippocrate: *Hydropicis ulcera in corpore orta non facile sanantur*, les auteurs recommandent de n'y recourir que dans les cas d'extrême nécessité, à cause, disent-ils, des érysipèles qui surviennent à la suite de ces opérations, je crois que l'acupuncture pratiquée convenablement est ellemême le meilleur moyen de combattre l'érysipèle qui se développe spontanément sur les membres infiltrés de sérosité.

» Qu'il me soit permis d'emprunter les quelques lignes suivantes à un travail publié par mon père il y a quelques années :

« La distension extrême des téguments par l'accumulation de la sérosité dans les mailles du tissu cellulaire me paraissant être la cause de ces vastes érysipèles que l'on rencontre sur les membres des hydropiques, faire cesser cette distension est l'indication thérapeutique. Partant de cette idée, rien ne me parut plus propre à cet effet que l'acupuncture. Je fis confectionner une aiguille, dont la tige arrondie a



10 centimètres de longueur, terminée en losange, imitant l'aiguille à vacciner, à cette différence près que les deux angles latéraux ne sont ni aussi brusques ni aussi saillants ; pour qu'une fois l'aiguille enfoncée dans les téguments elle puisse en être retirée sans les déchirer, sans être retenue par les angles.

» Muni de cet instrument, et appelé auprès d'un hydropique âgé de cinquante-cinq ans, chez lequel l'anasarque compliquée d'ascite était l'effet d'une ancienne maladie du cœur et avait résisté aux préparations diurétiques usitées en pareille circonstance, je trouvai le malade porteur de deux vastes érysipèles occupant les deux jambes en totalité, et la moitié interne de chaque cuisse prodigieusement distendue. Je pratiquai trois piqûres à la partie interne et autant à la partie externe; deux seulement en dedans et en dehors de chaque cuisse, en faisant pénétrer l'instrument à 3 ou 4 centimètres, afin de diviser plus profondément les mailles du tissu cellulaire, et en laissant environ 40 centimètres de distance d'une piqûre à l'autre.

» Il s'établit par les piqûres un écoulement de sérosité très abondant, qui se prolongea pendant quinze jours; mais, au bout du troisième jour, il ne resta plus de rougeur érysipélateuse; les jambes et les cuisses étaient déjà considérablement dégorgées, et le malade, qui avant cette opération ne pouvait se mouvoir ni goûter aucun repos, put au bout de vingt jours se transporter à pied dans un logement assez distant de celui qu'il quittait. La respiration devenant meilleure, meilleures devinrent les forces de l'estomac; l'appétit se releva et permit de reprendre le traitement interne. Les préparations de digitale et d'autres diurétiques furent mieux supportées ; la bonne saison nous venant en aide, nous eûmes la satisfaction de voir l'anasarque et l'ascite s'améliorer graduellement. Encouragé par le premier succès, nous n'hésitâmes pas d'appliquer l'acupuncture à plusieurs autres cas d'érysipèles analogues ; nous le fîmes avec avantage, et de l'étendre à d'autres cas d'anasarques compliqués d'érysipèle. Nous sommes très porté à croire qu'elle peut encore rendre de très grands services dans l'œdème des membres suite de la phlébite, et notamment dans la *phlegmatia alba dolens*. »

M. Fabre indique brièvement les précautions à prendre pour obtenir de l'emploi de ce moyen les résultats les plus complets, et termine son mémoire par l'exposé de plusieurs cas de guérison.

M. le rapporteur discute et apprécie la valeur de la méthode thérapeutique proposée par M. Fabre, et conclut à son admission comme membre titulaire.

Péritonite tuberculeuse.

M. Foucart lit un rapport sur une demande d'admission adressée par M. le docteur Abeille, et accompagnée d'une observation extrêmement intéressante de *péritonite tuberculeuse latente, méconnue pendant des années, passée à l'état aigu et suivie de mort au bout de trois jours.*

Il s'agit d'un jeune soldat de vingt-cinq ans, d'une constitution détériorée, lymphatique, au service depuis trois ans et demi, et qui, bien qu'assez mal disposé depuis l'âge de seize à dix-sept ans, a cependant pu faire régulièrement son service comme tailleur. Légères douleurs abdominales depuis quatre mois.

Le 26 octobre, il entre à l'hôpital après avoir fait un excès de boisson et s'être exposé au froid : frissons, exaspération des douleurs de ventre; maigreur considérable; décubitus dorsal; refroidissement général de la peau; teinte violacée; voix éteinte; ventre peu ballonné, douloureux à la pression et même au simple toucher; vomissements abondants; face grippée, anxieuse; résonnance abdominale bonne dans la région épigastrique et l'hypocondre gauche; matité dans tout le reste de l'abdomen; résonnance et respiration bonnes dans toute l'étendue de la poitrine; pouls petit; pas de selles depuis 48 heures. On applique 20 sangsues sur le ventre; sinapismes aux extrémités.

Les deux jours suivants, les vomissements continuent, les douleurs augmentent; le pouls s'efface de plus en plus; sentiment de constriction thoracique. Le sujet succombe le 31.

A l'autopsie, on trouva une hypertrophie concentrique du cœur, sans altérations des valvules. Etat normal de l'estomac, de l'intestin grêle, du foie, de la rate et des reins. Léger rétrécissement du gros intestin.

Tuberculisation avec augmentation de volume et ramollissement des ganglions bronchiques des deux côtés et des ganglions cervicaux. Le tissu des poumons est hypostatiquement engoué. Au sommet du poumon droit seulement, on trouve quatre tubercules, gros chacun comme un pois, et à l'état de crudité.

L'abdomen contient une masse tuberculeuse exactement située sur la colonne vertébrale, qu'elle déborde de chaque côté, s'étendant du diaphragme au petit bassin qu'elle remplit en entier, en envoyant des prolongements le long des muscles psoas. Cette masse est constituée par le mésocœcum, le mésocôlon, le mésorectum et le mésentère; tous les ganglions en sont énormément tuméfiés, ramollis. Cette masse comprime l'aorte ventrale, la veine cave inférieure, la veine azygos, les veines iliaques et les artères iliaques primitives et iliaques externes; son poids est de 2 kilogrammes 250 grammes.

M. Abeille fait remarquer combien on a lieu d'être surpris que des altérations aussi étendues et aussi profondes aient existé aussi longtemps sans avoir causé de troubles fonctionnels appréciables et sans avoir empêché le sujet de se livrer à ses occupations habituelles. Il ne croit même pas que cette tuberculisation ait été la cause directe de la péritonite; elle constituait une prédisposition; une cause occasionnelle s'étant fait sentir, c'est sur le péritoine prédisposé plutôt que sur toute autre séreuse que s'est portée l'inflammation.

M. Abeille fait remarquer que ce fait constitue une exception à la loi établie par M. Louis, à savoir, que, toutes les fois qu'un organe dans l'économie présente des tubercules, le poumon en renferme aussi. Les deux ou trois tubercules crus trouvés dans un des poumons ne suffisent pas pour faire rentrer ce fait dans la loi générale. Enfin, il n'y avait pas d'œdème aux membres inférieurs, et cette absence d'œdème, malgré la compression exercée par les prolongements de la tumeur sur les veines, fait encore de ce cas une exception à la loi portée par Morgagni relativement à la production de l'œdème par la compression des vaisseaux veineux.

M. le rapporteur propose l'admission de M. Abeille.

Cas singulier de monomanie.

M. L. Boyer. J'ai entretenu la Société dans l'une des dernières séances d'un malade dont l'idée fixe est que son estomac est déchiré, *crevé*, et qu'il périrait si on ne remédiait à cet état; j'ai demandé l'avis de mes confrères sur la question de savoir s'il ne serait pas avantageux de simuler une opération pour satisfaire ce monomaniaque et le débarrasser de son idée fixe. On a été généralement d'avis qu'on pouvait tenter ce moyen d'action sur le moral, et, comme l'affection mentale a été en empirant, que même il y a eu tentative de suicide, je me suis décidé à agir.

Tout a été préparé pour frapper l'imagination du jeune homme, et je pensais qu'il refuserait l'opération à la vue des instruments tranchants; mais il n'en a rien été. Alors j'ai pratiqué une double incision semi-elliptique de 5 centimètres de longueur, circonscrivant un lambeau de peau de 1 centimètre de largeur, qui a été disséqué lentement; nous avons fait semblant d'aller très profondément, d'examiner avec la plus grande attention le fond de la plaie, la *perforation* de l'estomac, et puis nous avons pratiqué une suture entortillée avec de grosses aiguilles. Le malade a supporté la douleur avec un courage sans exemple : pas une plainte, pas un cri; au contraire, sa préoccupation était que nous n'eussions pas tout vu.

Un peu de fièvre s'est manifestée; le malade va aussi bien que possible. L'opération simulée paraît lui avoir procuré du calme; il n'exprime pas de doute, mais cependant il semble se tenir dans l'attente.

— La fin de la séance est employée au dépouillement du scrutin pour la nomination de MM. Abeille et Fabre, qui, à l'unanimité des votes exprimés, sont nommés membres titulaires de la Société.

Le secrétaire, A. Bossu.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Nous apprenons que M. le professeur Paul Dubois, doyen de la Faculté de médecine, vient d'être nommé accoucheur de S. M. l'Impératrice.

Personne n'ignore que, lors de la naissance du roi de Rome, c'est le célèbre Antoine Dubois, père de M. Paul Dubois, qui assistait l'impératrice Marie-Louise. Le nom de M. Dubois, non moins que le mérite de l'accoucheur, a sans doute décidé le choix important qui vient d'être fait : on a pu remarquer en effet que l'empereur Napoléon III aime à s'entourer des noms qui se sont rendus célèbres sous l'empire, et nous pourrions citer plus d'un exemple de cette justice et de cette fidélité aux vieux souvenirs.

— On assure qu'il est question de supprimer la chaire de chimie médicale qu'occupait M. Orfila, ou plutôt de la réunir à la chaire de chimie organique remplie par M. Wurtz.

On créerait en ce cas une chaire de pharmacie et de pharmacologie. Ces changements nous paraissent devoir être approuvés généralement.

— Dans le compte-rendu de la séance de la Faculté où a été faite la présentation pour la chaire d'histoire naturelle médicale (n° du 24 mars), nous avons dit qu'on était allé aux voix pour décider si la voix du président devait être ou non prépondérante. De nouveaux renseignements nous portent à rectifier ce point. La question de prépondérance n'a pas été mise aux voix ; elle a été tranchée par une partie des professeurs, mais il n'y a pas eu de vote.

Une erreur de plume nous est échappée en indiquant le troisième candidat présenté pour cette même chaire; ce n'est pas M. Ed. Robin, mais bien *M. Charles Robin*, professeur agrégé.

CORRESPONDANCE.

Monsieur le rédacteur,

Je regrette vivement de me trouver dans la nécessité de revenir de nouveau sur une question que je croyais avoir résolue dans la note que j'ai eu l'honneur de vous adresser, et qui a été insérée dans votre journal le 3 de ce mois; mais je vois, par la réponse que m'adresse M. le docteur Barthélemy (de Saumur), qu'elle exige de ma part encore quelques éclaircissements. A la page 38 de son premier mémoire sur la destruction des hémorrhoïdes internes par la cautérisation circulaire de leur pédicule (1846), mon père s'exprime ainsi :

« Le 4 mars 1844, assisté de MM. Oliffe, Le Vaillant et de mon fils, » M. W... s'étant placé de lui-même à genoux sur un fauteuil, le ven- » tre appuyé contre le dossier et le dos tourné du côté de la fenêtre, » nous l'engageons à faire des efforts qui avaient été rendus plus fa- » ciles et plus puissants après l'administration d'un lavement, et alors » nous voyons parfaitement les quatre hémorrhoïdes que nous avons » décrites. La plus grosse étant prise avec des pinces à baguettes (1), » je la cautérise tout autour avec un cylindre de potasse et de chaux » solidifiées. Le malade souffre beaucoup; et, soit à cause de la dou- » leur seulement, soit plutôt à cause de la mauvaise position qu'il » avait voulu prendre pour se faire opérer, il tombe en syncope, et il » faut le placer sur son lit, où il revient promptement à lui.

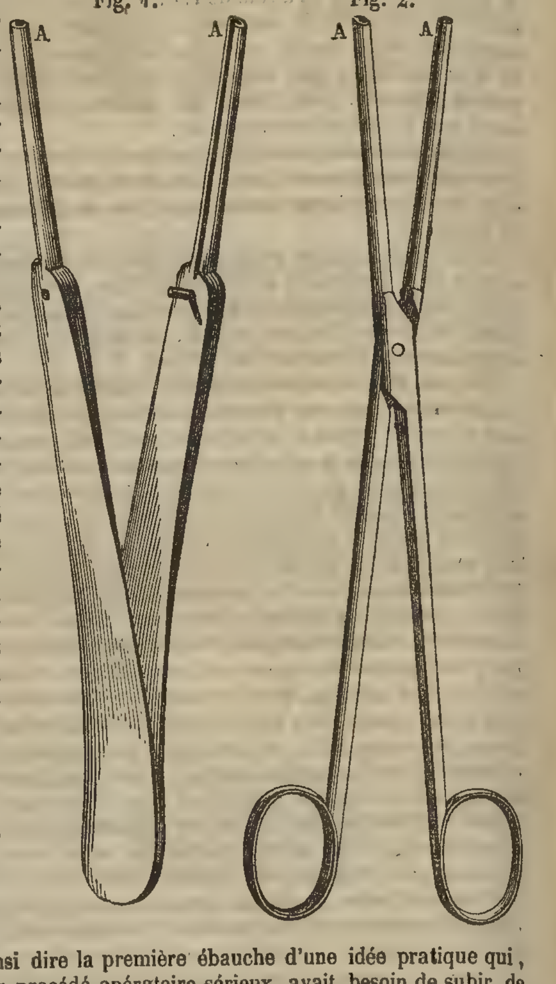
» En discutant quelle avait pu être la cause de cette syncope, nous » craignons que ce ne soit la longueur de l'opération; et pour l'abréger » et la simplifier, *mon fils émet l'idée de convertir en pince porte-caus-* » *tique la pince à baguettes dont je me servais seulement pour tenir* » *l'hémorrhoïde pendant que je cautérisais tout autour la masse située* » *au-dessus des pinces*.

» Le 6 avril 1844, pour éviter l'accident qui était survenu lors de la » première opération, M. W... se couche en travers sur son lit; mais » auparavant j'avais fait donner un lavement pour débarrasser le rec- » tum et favoriser les efforts d'expulsion qui devaient permettre d'exa- » miner plus complétement les hémorrhoïdes que je voulais cautériser; » elles étaient au nombre de trois. La plus grosse était mal pédiculée; » *néanmoins je pus la prendre avec une pince à baguettes* (fig. 1) *char-* » *gées de caustique*, que je trempai dans l'alcool. Au bout de deux mi- » nutes environ je retirai la pince, et je fis laver les parties avec de » l'eau vinaigrée. . . . . »

(1) Ces pinces à baguettes sont celles que mon père a imaginées pour le refoulement des membranes internes des artères.

Tel a été le véritable point de départ de la cautérisation circulaire de la base des hémorrhoïdes internes avec un instrument chargé de caustique calcio-potassique.

Fig. 1. Fig. 2.



Lorque ces pinces eurent été employées de nouveau sur une dame affectée d'hémorrhoïdes internes, et que le résultat eut été complet comme sur M. le docteur W..., j'en fis faire une expès, et c'est cette pince qui me fut livrée par M. Charrière le 22 juin 1844.

Cette pince, comme on peut le voir par la fig 2 ci-jointe, laissait beaucoup à désirer; c'était pour ainsi dire la première ébauche d'une idée pratique qui, pour devenir un procédé opératoire sérieux, avait besoin de subir de nombreux perfectionnements. Tel est le motif pour lequel nous avons tardé à le faire connaître.

Depuis le 22 juin 1844, époque de la fabrication de ma première pince à rainures, nous avons fait subir aux instruments et au manuel opératoire de nombreuses modifications basées sur l'expérience; et ce n'est que lorsque nous eûmes constaté, à la suite d'un grand nombre d'opérations, les avantages positifs de la pince porte-caustique en forme de T pour cautériser circulairement la base des tumeurs hémorrhoïdales, en limitant complétement l'action du caustique à la portion pédiculée de la tumeur, que mon père fit paraître son mémoire. Mais alors il présentait aux praticiens un procédé opératoire basé sur une pratique étendue, et qui, du reste, a été adopté depuis par un grand nombre de chirurgiens distingués en France et à l'étranger.

M. le docteur Barthélemy, après avoir émis, en décembre 1844, l'idée de la cautérisation des hémorrhoïdes pédiculées avec de petites gouttières en plomb remplies de caustique de Vienne, n'en continua pas moins la destruction de ces tumeurs avec le fer rouge. En 1848, dans un mémoire où il considère la cautérisation avec le fer rouge comme le meilleur procédé chirurgical pour la destruction des hémorrhoïdes, il fait de notre procédé une critique qu'il termine par ces mots:

« De tout ceci je conclus que, si, pour ces sortes d'opérations, la cause » du caustique de Vienne avait pu être gagnée, elle l'aurait certaine- » ment été en passant par les mains toujours si ingénieuses de l'hono- » rable M. Amussat; mais que les inconvénients aussi réels que nom- » breux qu'offre l'emploi de ce moyen doivent lui faire préférer le » cautère actuel aidé de l'éthérisation. »

A cette époque, il ne fait aucunement mention de cette priorité sujet du débat actuel. Pourquoi? Nous l'ignorons. Peut-être les preuves que nous pouvions fournir de notre priorité étaient-elles encore trop récentes pour qu'il fût possible de les effacer tout d'un coup avec une phrase oubliée dans un recueil de mémoires. Depuis lors, M. le docteur Barthélemy est venu à nos opérations; il a même opéré par notre procédé plusieurs malades auprès desquels il m'avait prié de l'assister, avec des instruments faits sur le modèle de ceux que je lui avais prêtés, et aujourd'hui, neuf années après que j'ai fait faire à M. Charrière ma première pince, notre honorable confrère réclame une priorité *dont il n'avait jamais parlé jusqu'alors.*

J'ajouterai qu'au mois de décembre 1844 mon père avait déjà opéré quatre malades à l'aide de pinces à rainures chargées de caustique, que celui qui fait le sujet de la première observation (mars et avril 1844) est un médecin anglais qui nous avait été adressé par notre honorable confrère M. le docteur Oliffe; que plusieurs médecins connaissaient le procédé employé par mon père, et dont il ne faisait un secret à personne; enfin, que la première pince à rainure faites exprès est régulièrement inscrite sur les livres de M. Charrière. Sans contester qu'il eût été plus scientifique de suivre la marche indiquée par M. Barthélemy, et j'ai exposé précédemment pourquoi nous n'avions pas agi ainsi, je n'en persiste pas moins à penser qu'une inscription imprimée ne peut effacer un fait rigoureusement constaté. Je crois donc pouvoir établir, comme je l'ai fait dans ma précédente note, que le premier j'ai fait faire des pinces à rainures (22 juin 1844) pour la cautérisation circulaire de la base des tumeurs hémorrhoïdales, avec ou sans pédicule, et que six mois plus tard (décembre 1844) notre honorable confrère M. le docteur Barthélemy (de Saumur) a émis l'idée de cautériser les hémorrhoïdes pédiculées avec des gouttières en plomb remplies de caustique de Vienne.

Quant à ma pince porte-caustique, que M. le docteur Barthélemy a fait reproduire identiquement avec des proportions légèrement différentes, je crois inutile de revenir sur ce que j'ai dit dans ma première note, car je n'ai rien à y ajouter, rien à y retrancher.

Agréez, etc. Alph. Amussat.

Paris, 26 mars 1853.

Le Sucar.

Paris. — Typographie de Plon frères, Imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 39. — SAMEDI 2 AVRIL 1853. (26e ANNÉE.) N° 39. — SAMEDI 2 AVRIL 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40; en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE.	Trois mois. . . .	8 fr. 50 c.
	Six mois. . . .	16 »
	Un an.	30 »
GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES.	Trois mois.	9 fr.
	Six mois.	17
	Un an.	33
ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR.	Trois mois.	10 fr.
	Six mois.	20
	Un an.	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

SOUSCRIPTION

pour élever un monument à la mémoire de M. Orfila.

La commission instituée pour aviser aux moyens d'offrir à M. Orfila un témoignage de gratitude du corps médical, à l'occasion des actes de haute libéralité qu'il venait d'accomplir en faveur de la science et de la profession, s'est réunie le samedi 26 mars.

La mort ayant changé malheureusement la nature de l'hommage à rendre, la commission a décidé que la souscription serait continuée à l'effet d'élever un monument à la mémoire de l'illustre professeur.

Les souscriptions seront reçues, comme par le passé, dans les bureaux de tous les journaux de médecine, et chez M. Amette, secrétaire de la Faculté de médecine de Paris, membre-trésorier de la commission.

Le président de la commission, BÉRARD.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Désarticulation complète de la mâchoire inférieure.

M. Maisonneuve vient de réaliser une de ces opérations hardies devant laquelle avaient jusqu'à présent reculé les chirurgiens les plus renommés. Chez une jeune fille à laquelle il avait pratiqué déjà la désarticulation de toute la moitié latérale gauche de l'os maxillaire il y a dix-huit mois, l'habile chirurgien de l'hôpital Cochin vient de compléter l'amputation totale de l'os, en pratiquant hier, 31 mars, la désarticulation de toute la moitié latérale droite restante. Cette opération a été faite pour une tumeur sarcomateuse (fibro-plastique) qui avait envahi successivement les deux côtés de l'os maxillaire en respectant les parties molles.

C'est la première fois, au moins en France, que cette opération a été pratiquée. La malade l'a supportée sans accident. Espérons qu'une guérison radicale viendra couronner cette belle tentative opératoire, et que la chirurgie française s'enrichira d'une nouvelle conquête.

Nous tiendrons nos lecteurs au courant des suites de cette opération remarquable.

Fracture du col de l'omoplate diagnostiquée avec le secours du chloroforme.

Nous devons à l'obligeance de M. Arrachart, interne de M. Maisonneuve, l'observation suivante. C'est un fait peu commun, et dont le diagnostic offre d'assez grandes difficultés.

Fauconnier (Augustine), âgée de quarante-quatre ans, est entrée le 3 mars à l'hôpital Cochin, salle Saint-Jacques, n° 4. Cette femme est tombée à la renverse le 27 février, en voulant empêcher une rixe entre deux hommes. Dans sa chute la partie postérieure de l'épaule droite a porté sur l'extrémité d'un banc, puis la malade est tombée par terre sur le coude, qui offre encore une excoriation. Pendant les trois jours suivants elle put continuer son travail, en tenant toutefois son bras droit en écharpe. Le 3 mars, voyant que les douleurs ne diminuaient pas, elle entra à l'hôpital, où on lui appliqua des ventouses scarifiées sur le moignon de l'épaule. Le lendemain, à la visite, en faisant exécuter au membre des mouvements étendus, M. Maisonneuve sentit une crépitation osseuse, sans toutefois pouvoir en déterminer le siége précis. Le moignon de l'épaule n'offrait aucune difformité; la pression déterminait de la douleur, surtout en arrière. A ce niveau existait une légère dépression. En même temps on constatait à la partie postérieure du bras une ecchymose diffuse peu considérable, qui descendait jusqu'au tiers inférieur du bras. L'aisselle était parfaitement libre; la malade pouvait remuer le membre, et lui faire même exécuter des mouvements assez étendus, mais avec un peu de douleur.

Ces symptômes firent soupçonner à M. Maisonneuve l'existence d'une fracture de l'omoplate, et pour vérifier ses présomptions il crut devoir soumettre la malade au chloroforme.

La résolution musculaire obtenue, il devint facile de constater qu'il n'existait de fracture ni à la clavicule, ni à la voûte acromiale, ni à l'épine, ni au corps de l'omoplate, non plus qu'à la tête ni aux tubérosités de l'humérus. Si, fixant d'une main l'angle externe de l'omoplate, on imprimait de l'autre des mouvements à la tête humérale en se servant du bras comme d'un levier, on ne déterminait aucune crépitation; si, au contraire, on saisissait cet angle avec la main droite, en plaçant le [illegible] avant sur l'apophyse coracoïde de manière à embrasser le col de l'omoplate pendant qu'avec la main gauche on fixait le reste de l'os, il suffisait du moindre mouvement pour obtenir une crépitation manifeste, ainsi que le purent constater tous les élèves présents.

Le diagnostic ainsi confirmé, M. Maisonneuve se contenta de maintenir le membre dans l'immobilité au moyen de l'écharpe de Mayor.

Croup. — Amélioration, nouvel accès, mort. — Réflexions sur le diagnostic et le traitement par le sulfate de cuivre.

Nous avons promis de revenir sur ce fait, qui s'est présenté dans le service de M. Trousseau et dont nous avons parlé dans notre dernière *Revue clinique*. L'amélioration obtenue par l'emploi du sulfate de cuivre et l'expulsion de fausses membranes nous faisait espérer une guérison; il n'en a pas été ainsi; de nouvelles crises sont survenues, et la petite malade a succombé. La mère s'est opposée à ce que l'on pratiquât l'autopsie. Ce fait reste donc incomplet.

Nous croyons devoir cependant insister sur deux points importants, l'un de diagnostic, l'autre de traitement.

Cette petite fille avait éprouvé les premiers symptômes de la maladie *sept jours* avant son entrée à l'hôpital, et c'est seulement pendant les deux jours qui ont précédé son arrivée que le mal a paru prendre de la gravité.

La marche de la maladie dans ce cas particulier est, selon M. Trousseau, celle que l'on observe généralement, et prouve, contrairement à l'opinion générale, que le croup n'est pas une maladie à invasion subite, mais qu'il met un certain temps à se développer et à acquérir tous ses caractères. Nous avons aussi fait remarquer dans notre numéro du 26 mars qu'à l'arrivée de la malade la toux était rauque et presque éteinte, que la voix l'était complétement. Ces signes, qui se présentent constamment à cette période, prouvent que les caractères de la toux, que l'on a comparée au cri d'un jeune coq, caractère que l'on rencontre lorsque la muqueuse laryngienne est boursouflée, manque absolument quand il s'est déposé des fausses membranes sur les cordes vocales.

Quant au traitement par les vomitifs instantanés et à la préférence que donne M. Trousseau au sulfate de cuivre, ils sont complétement justifiés par l'expérience. Les secousses produites par les vomissements amènent souvent l'expulsion des fausses membranes, et le sulfate de cuivre est un vomitif dont l'activité offre de grands avantages.

C'est au docteur Adrien Beringnier, médecin de l'hôpital de Rabastens (Tarn), que l'on doit d'avoir remis en usage ce médicament; après avoir essayé sans succès les évacuations sanguines, le tartre stibié à dose vomitive, etc., il y a eu recours et a vu guérir six malades, tandis que deux premiers sujets traités par les autres remèdes avaient succombé. Nous avons consigné la relation de ces faits dans le tome XIV de la *Bibliothèque du médecin-praticien*, pages 591 et suivantes.

Le sulfate de cuivre fait vomir en agissant moins sur l'estomac que sur le pharynx; les vomissements sont souvent précédés de crachotements, et quelquefois d'un sentiment de constriction au du tartre stibié, qui détermine fréquemment des superpurgations, tandis que le premier n'a ordinairement aucune influence sur les organes digestifs. Par le sulfate de cuivre, les vomissements arrivent tout de suite et se répètent trois ou quatre fois, presque coup sur coup, après quoi le calme succède, et au bout de deux ou trois heures on peut revenir à son emploi; ce qui n'a pas lieu avec le tartre stibié, dont l'action est plus lente et persiste davantage.

La dose employée par M. Beringnier était de 10 à 15 centigrammes; M. Trousseau la porte à 0,50, à prendre en deux fois.

Grenouillette. — Incision. — Introduction continue d'un petit morceau d'éponge. — Guérison.

La récidive est si fréquente lorsque la grenouillette est traitée par l'incision et l'introduction de tentes ou de bougies dans la plaie, que le fait suivant nous paraît offrir un véritable intérêt. En effet, l'opération date de plus de deux ans, et jusqu'à ce jour la maladie n'a pas reparu. On peut donc regarder la guérison comme définitive.

M. M..., âgé de quarante-sept ans, d'une bonne constitution, s'aperçoit à la fin du mois de juin 1851 qu'il avait sous la langue une petite tumeur survenue après la guérison d'aphthes dans la bouche.

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Montpellier; par M. le professeur ALQUIÉ, chirurgien en chef.

Depuis plus de quinze ans, M. Alquié travaille avec une infatigable ardeur à soutenir, à propager, à faire triompher les doctrines de l'École de Montpellier, de cette École sur les bancs de laquelle il a puisé son instruction première en médecine, et au nombre des représentants de laquelle il siége aujourd'hui comme professeur. Déjà à plusieurs reprises nous avons eu occasion de mentionner et d'analyser dans ce journal quelques-uns de ses ouvrages, sa *Doctrine médicale de Montpellier*, entre autres, sa *Chirurgie conservatrice*, dont nous avons fait ressortir l'utilité pratique. Et à ce propos, nous avons fait remarquer que c'est adresser à cette Faculté un reproche immérité que de répéter, comme on le dit trop souvent ici, qu'il n'y a dans ses doctrines que théories nébuleuses; une École qui s'enorgueillit à juste titre d'avoir compté au nombre de ses professeurs Delpech, Dugès, Serre, M. Lallemand, dont personne ne contestera le mérite et l'illustration, et qui ont laissé de si grands souvenirs, cette École peut revendiquer des titres réels à la gloire, et se vanter d'avoir bien mérité de la science et de l'art tout à la fois.

La *Chirurgie conservatrice* de M. Alquié était déjà un livre éminemment pratique. Dans ce volume, l'auteur s'était attaché à développer par des faits et des observations nombreuses ce précepte admis maintenant par tous les praticiens que la véritable et bonne chirurgie est plutôt celle qui conserve que celle qui retranche, plutôt celle qui guérit sans opération que celle qui opère. Aujourd'hui le professeur, parvenu de haute lutte à la position brillante qu'il occupe, nous adresse un volume, résumé de la première année de son enseignement officiel de clinique chirurgicale, où nous trouvons la mise en pratique des préceptes qu'il nous a donnés précédemment et des principes qui ont cours dans la célèbre Faculté du Midi.

Comme dans tous les ouvrages de ce genre qui existent, l'auteur n'a pu dans sa *Clinique* suivre de plan régulier. Il faut en pareille circonstance se laisser guider par les faits au fur et à mesure qu'ils se présentent, profiter d'une occasion, qui peut se faire ensuite attendre pendant plusieurs mois, pour exposer aux élèves l'état de la science sur un point donné; puis, lorsque des cas pareils ou analogues viennent à se rencontrer de nouveau, revenir sur cette première exposition pour insister sur les rapports ou sur les différences que l'on a remarqués, comparer les faits, les opposer les uns aux autres, et en tirer les déductions thérapeutiques dont ils sont susceptibles. C'est ce qu'a fait M. Alquié.

Après un premier chapitre consacré par l'auteur à tracer les qualités et devoirs du professeur de clinique chirurgicale, et à esquisser en quelques pages la vie scientifique de son prédécesseur, Serre, si prématurément ravi à l'enseignement, après quelques mots aussi sur les perfectionnements à introduire dans l'organisation de la chirurgie au double point de vue du maître et des élèves, M. Alquié entre en matière par l'histoire des brûlures, affections des plus communes et des plus importantes; aux yeux du professeur, la question n'a été jusqu'à présent qu'incomplétement étudiée; la considération des changements éprouvés par les tissus affectés de brûlure ne forme qu'un aspect seul du problème à résoudre; il veut que l'on cherche à apprécier également et les lésions vitales des organes altérés et surtout les modifications éprouvées par l'économie entière, conditions indispensables pour avoir une notion satisfaisante du mal et des moyens thérapeutiques à mettre en usage.

Bien qu'en général les maladies de la peau soient considérées comme du domaine de la médecine, un long chapitre leur est consacré, dont les conclusions principales sont les suivantes, à savoir : que presque toutes dépendent d'une affection morbide générale, dont elles ne sont que la traduction extérieure, et qui leur imprime un cachet particulier. Le traitement doit être celui de la cause interne, et les formes diverses de l'affection cutanée ne fournissent que des indications secondaires. On voit que M. Alquié professe presque absolument le contraire des doctrines trop absolues aussi des dermatologistes de l'École de Paris. Ceux-ci semblent regarder les affections cutanées comme des maladies purement locales, à tel point qu'ils rangent parmi elles des maladies bien évidemment générales, telles que la rougeole, la variole, la scarlatine, dans lesquelles l'éruption n'est qu'un épiphénomène sans grande valeur. Nous croyons, pour notre part, que l'une et l'autre manière de voir est trop exclusive; mais à tout prendre, peut-être serions-nous plutôt tenté d'incliner vers la doctrine de Montpellier, qui nous paraît ici plus féconde en résultats thérapeutiques.

On lira avec fruit un article important sur les ophthalmies, ou plutôt sur les affections aiguës de l'appareil oculaire, dans lequel M. Alquié s'élève avec force contre deux abus également préjudiciables à la saine observation, celui qui tend à réduire presque à l'unité, à simplifier systématiquement tout le groupe des ophthalmies, et celui qui tend à multiplier indéfiniment les espèces et les variétés pathologiques par des distinctions anatomo-pathologiques subtiles et irrationnelles, inutiles, sinon nuisibles.

Nous avons remarqué également un chapitre intitulé *Examen clinique des fractures*, où l'auteur expose longuement ses idées sur une foule de points relatifs à l'histoire et au traitement des brisures du squelette. Le traitement actuel lui paraît aujourd'hui beaucoup trop routinier, et non suffisamment réfléchi. « On s'enquiert bien plus, dit-» il, des appareils fort vantés que des indications majeures à remplir » ou des méthodes thérapeutiques. Nous en sommes persuadé, ajoute-» t-il, ce traitement sera moins agité, moins incertain du moment où

Le 29 de ce mois il vint consulter M. Amussat, qui constata l'existence d'une grenouillette placée sous le côté gauche de la langue, et ayant environ 2 centimètres de longueur sur 1 centimètre dans sa plus grande largeur. Une incision faite dans le sens de la longueur de la tumeur donna issue à un liquide onctueux, filant et transparent.

Le lendemain la plaie était refermée, mais la grenouillette n'avait pas repris son volume primitif.

Le 4 juillet, une nouvelle incision fut faite, et de plus on cautérisa les bords de la solution de continuité avec un crayon de nitrate d'argent. Malgré l'emploi du caustique, la plaie était fermée au bout de deux jours.

Le 11, nouvelle incision et cautérisation des bords de la plaie avec le caustique Filhos, sans que l'on obtînt un résultat plus satisfaisant, quoique la cicatrisation se fût fait attendre plus longtemps.

Le 25, nouvelle incision. Alors M. Amussat donna au malade le conseil d'introduire dans l'ouverture un petit clou mousse en plomb et de le garder. Mais il ne put y parvenir. La présence de ce corps étranger irritait trop la bouche. Il lui fut alors conseillé de remplacer le clou par un petit morceau d'éponge. Chaque matin M. M... introduisit ce petit morceau d'éponge dans l'orifice artificiel fait à la grenouillette, et le lendemain il le retirait pour le nettoyer et l'introduire de nouveau. Ce traitement fut suivi pendant les mois d'août et de septembre.

Dans les premiers jours d'octobre, la cavité avait tellement diminué qu'il ne put pas l'introduire, et peu de jours après la cicatrice fut complète. M. M... craignait que la tumeur ne revînt de nouveau ; mais il n'en fut rien, et depuis lors elle n'a plus reparu.

Deux cas de fièvre typhoïde légère. — Hémorrhagies intestinales.

Nous ne reviendrons pas sur l'épidémie de fièvre typhoïde, dont nous avons prévu et annoncé la décroissance ; notre prédiction s'est accomplie, et les chaleurs qui reviennent en auront bientôt effacé, nous l'espérons, les dernières traces.

Mais nous avons signalé dans plusieurs de nos numéros la fréquence de certaines hémorrhagies, et avons cité même un cas insolite de stomatorrhagie. Aujourd'hui nous croyons devoir indiquer deux faits qu'a cités M. le professeur Trousseau dans sa dernière leçon clinique.

Il s'agit d'une dame qu'il soignait en ville et qui était atteinte d'une fièvre typhoïde dont la marche ne présentait ni gravité ni symptômes particuliers, lorsque du vingt-trois au vingt-quatrième jour elle fut prise d'une hémorrhagie intestinale abondante ; combattue avec succès par les réfrigérants, cette hémorrhagie fut aisément arrêtée, et la malade guérit.

La servante qui soignait cette dame a été prise à son tour de fièvre typhoïde et est entrée dans le service de M. Trousseau ; les symptômes de la maladie n'ont rien offert de grave ; elle a marché avec régularité jusqu'au vingt-troisième jour ; mais alors, ainsi que abondante, qui a cédé aux mêmes moyens.

L'analogie de ces deux faits nous a seule engagé à les consigner dans cette *Revue clinique*.

HOPITAL DE STRASBOURG. — M. C. SÉDILLOT.

Observation de gastrostomie,

recueillie par M. COCHU, chirurgien interne.

L'opération nouvelle de gastrostomie que vient de pratiquer M. le professeur Sédillot, et dont il a envoyé les détails à l'Académie des sciences, nous a paru si importante, malgré l'insuccès qui l'a suivie, que nous avons cru devoir la publier *in extenso*. Ce sont là de ces faits qui restent dans la science et que l'on ne saurait abréger sans leur faire perdre une partie de leur intérêt. Obligé d'en renvoyer la suite à notre prochain numéro, nous y joindrons un résumé des réflexions dont l'habile chirurgien de Strasbourg l'a accompagnée. Il est à désirer qu'à la prochaine occasion un succès vienne couronner les efforts si louables de M. Sédillot.

Benoît Petit, d'Epinal (Vosges), âgé de cinquante-huit ans, voiturier, entre à l'hôpital civil (salle 21, lit n° 28, clinique interne, service de M. le professeur Schützenberger), le 21 janvier 1853.

Cet homme, d'une constitution anciennement robuste, est d'un tempérament lymphatico-sanguin. Sa vie a toujours été régulière, sa santé parfaite. Il n'y a pas de maladie héréditaire dans sa famille. Son père est mort à quatre-vingt-treize ans, sa mère à soixante-quinze. Il est marié, et ses enfants sont tous bien portants.

Il y a neuf mois, sans causes connues, Benoît se sentit pris de gêne dans la déglutition, qui devint douloureuse. Cette gêne siégeait au niveau de la partie inférieure du larynx. S'occupant peu de son corps, comme il le dit, il n'attacha pas d'importance à ces douleurs ; cependant il remarqua d'abord que pour avaler les aliments solides il était obligé de les mâcher plus longtemps et plus complétement que d'habitude. Peu à peu cette difficulté se transforma en impossibilité complète.

Au commencement du mois de novembre dernier, il en fut réduit à se nourrir de bouillons, de potages, de semoules, et depuis quinze jours ces matières ne passent plus. Le bouillon et le lait sont ses seuls aliments.

Depuis six mois les forces et l'embonpoint ont diminué progressivement ; le malade a été obligé de suspendre ses travaux depuis quatre mois.

Ces accidents ont été accompagnés depuis trois semaines d'un affaiblissement remarquable du timbre de la voix.

Il a consulté plusieurs médecins, mais n'a jamais suivi de traitement régulier. On a sondé trois ou quatre fois l'œsophage, mais infructueusement. Fatigué de cette position insupportable, sentant ses forces diminuer de jour en jour, et craignant, en définitive, de mourir de faim, le malade entre à l'hôpital.

Son teint, qui primitivement était très coloré, est maintenant fort pâle ; il est tourmenté par une faim dévorante. Manger, tel est le but unique vers lequel convergent toutes ses idées.

M. Schützenberger, guidé par ses antécédents, introduit successivement dans l'œsophage deux sondes : l'une ordinaire, l'autre terminée par une bougie assez fine, toutes deux pénètrent d'une longueur d'environ 2 décimètres, puis sont arrêtées par un rétrécissement qui paraît infranchissable.

Lorsqu'on augmente la pression, la sonde se recourbe à son extrémité. On éprouve en sondant la sensation de résistance d'un diaphragme complet qui boucherait l'œsophage.

Le malade se prête avec la plus grande complaisance à ces opérations, parce qu'il désire ardemment être débarrassé de son rétrécissement.

Chaque fois que le malade veut avaler il éprouve les sensations suivantes : les aliments sont arrêtés à la hauteur du bord inférieur du larynx. A ce même niveau se trouve sur les côtés de l'œsophage, un peu en arrière et à gauche, un diverticulum dans lequel pénètrent le bouillon et les liquides avec lesquels il se nourrit. Ce n'est que lorsque le sac est rempli que les liquides en ressortent pour franchir lentement, goutte à goutte, le rétrécissement.

Le traitement médical paraît devoir être infructueux. M. Schützenberger appelle en consultation M. Sédillot, qui tente plusieurs fois, mais en vain, de franchir le rétrécissement.

On propose alors l'opération de la gastrostomie, seul moyen d'empêcher le malade de mourir de faim. Cet homme, très courageux, accepte la proposition avec empressement ; il demande que l'on hâte l'opération, afin de pouvoir manger plus tôt. Son imagination prête à son appétit des proportions gigantesques. Il assure sans sourire qu'il mangerait aisément un bœuf si son rétrécissement n'existait pas.

Dans la prévision d'une opération aussi importante, M. Schützenberger examine avec soin tous les organes du malade. Les poumons paraissent sains ; cependant il existe un peu de bronchite, qui dure depuis un temps indéterminé. La circulation veineuse est difficile ; les veines sous-cutanées de la poitrine sont extrêmement dilatées ; elles le sont également aux extrémités inférieures. On ne découvre rien du côté du cœur qui donne la raison de ce phénomène. Les digestions sont faciles, les selles normales ; rien ne contre-indique l'opération ; elle est fixée au jeudi 20 janvier 1853, à onze heures du matin.

M. Sédillot, en présence de M. le professeur Schützenberger, M. Antoine, médecin principal de l'hôpital militaire ; M. Bolu, médecin-major ; M. Suret, aide-major du 11e d'artillerie ; de MM. les agrégés Wieger, Michel, Joyeux, Strohl ; MM. les docteurs Schæffer, Worms, Weber, Weill et des élèves de la Faculté, commence l'opération à onze heures précises, à l'amphithéâtre des cliniques.

Le malade est chloroformé rapidement. M. Sédillot fait une incision longitudinale à deux travers de doigt de la ligne médiane, à 2 centimètres au-dessous du rebord des fausses côtes du côté gauche. Cette incision est faite sur la peau pliée en travers. Une seconde incision, mais plus petite, est faite perpendiculairement à la première, de manière à former une croix. M. Sédillot arrive rapidement au péritoine sans avoir d'hémorrhagie ; une petite artère donne quelques gouttes de sang à la partie supérieure de la plaie. L'écoulement est arrêté par une légère compression. Le péritoine incisé, l'opérateur enfonce l'index dans la plaie et ramène quelques instants après, à l'aide d'une pince courbe à mors circulaires évidés au centre, et dirigée sur le doigt, un organe à surface lisse qu'il tire au dehors : c'est l'estomac. Au moment de l'ouverture du péritoine, l'air s'est précipité dans l'abdomen avec un sifflement distinct, et le même phénomène s'est répété plusieus fois pendant les inspirations.

Depuis la première inspiration de chloroforme jusqu'à l'extraction d'une portion de l'estomac au travers de la plaie, il s'est écoulé douze minutes.

Le second temps de l'opération consiste à fixer l'estomac aux parois abdominales. A l'aide de cinq ou six points de suture intéressant, d'une part, la peau de l'abdomen, et d'autre part les tuniques péritonéale et musculeuse de l'estomac, cet organe paraît suffisamment attaché, et ressemble assez bien à un intestin qui ferait hernie par une petite ouverture accidentelle ; il est bleuâtre, congestionné.

L'opération est terminée ; on remet l'incision de la paroi stomacale à l'époque où des adhérences se seront formées entre cet organe et les parois de l'abdomen. On applique une fomentation tiède à plat sur la tumeur : c'est le pansement.

Le malade se réveille doucement, sans secousses. Ne se rendant aucun compte de ce qui s'est passé, il veut se lever et se rendre à pied dans une chambre particulière qu'on lui a préparée. On le couche avec soin sur le brancard ; on lui recommande la plus grande immobilité et on le transporte ainsi jusqu'à son lit. On place en travers sous ses jarrets un coussin qui sert à relâcher l'abdomen ; on lui met une boule d'eau chaude aux pieds, et la chambre est maintenue à la température de 16 degrés centigrades. Le malade est alors tranquille ; la peau est fraîche, le pouls à 70 ; le faciès est normal. Il ne peut croire que l'opération soit faite. Sur l'assurance des assistants, il s'écrie, en s'adressant au chirurgien : « Vous êtes aussi puissant que le bon Dieu ! »

Le traitement institué à la suite de l'opération est le suivant :

1° Renouveler sur le ventre des applications tièdes dès que les précédentes sont refroidies ; les couvrir d'une toile cirée et d'un morceau de laine ;

2° Avoir soin de comprimer légèrement l'abdomen si le malade est pris de vomissements et de toux, afin de prévenir tout changement dans la position de l'estomac ;

3° Donner à boire chaud (infusion de tilleul, violettes, etc.).

A une heure un quart, et pendant de violents efforts de toux, l'estomac rentre dans l'abdomen. On cherche à l'instant le chef des cliniques et l'on envoie prévenir M. Sédillot. Vers deux heures le malade est pris de tremblement fébrile, qui se dissipe rapidement par l'application de flanelles chaudes.

M. Sédillot arrive quelques instants après, et après avoir fait chloroformer le malade, introduit l'index dans la cavité abdominale et va à la recherche de l'estomac, qu'il amène au dehors à l'aide de la pince déjà mise en usage. Les sutures, encore adhérentes entre la peau et l'estomac, avaient soutenu le viscère et avaient permis de le retrouver à peu de distance de la plaie. Les fils furent coupés et extraits. Une petite portion du viscère est serrée entre les mors d'une pince à coulant d'Assalini, qu'on place perpendiculairement à la ligne médiane. Sous les tiges de la pince on passe des linges cératés, pour empêcher les contact immédiat avec les bords de la plaie. On veut ainsi fixer solidement l'estomac ; la portion serrée par la pince se gangrènera ; mais jusque-là des adhérences solides se formeront entre les parois abdominales, et la gangrène produira comme par emporte-pièce l'ouverture artificielle qu'on eût été obligé de faire plus tard.

Après cette nouvelle opération l'état du malade semble devenir inquiétant. La peau du ventre est chaude, la chaleur sèche au tronc, les extrémités froides, le pouls petit, serré, fréquent.

On applique 6 sangsues autour de la plaie ; 5 prennent, 2 sont maintenues en permanence.

Une amélioration progressive se manifeste ; l'opéré s'assoupit ; les extrémités se réchauffent. On donne pour boisson une demi-tasse de lait coupé avec de l'eau. Une partie du liquide, après s'être arrêtée au rétrécissement, pénètre dans la poche, l'autre partie est rendue. Les efforts d'expectoration et de régurgitation répondent à la plaie d'une manière douloureuse ; le pouls tombe, devient large, développé, à 80.

A huit heures un quart du soir. Visite de M. Sédillot. Nouveau pansement de la plaie avec digestif et linge neuf. L'épidémie d'infection putride qui règne en ce moment à l'hôpital autorise l'emploi de linges qui n'ont pas encore servi. On prescrit un demi-lavement laudanisé (lavement de 200 grammes ; laudanum, 10 gouttes), dans le cas où le malade ne pourrait dormir. Pendant la nuit le sommeil est un peu agité. On donne le lavement.

Vers trois heures du matin on supprime l'écoulement sanguin. 15 sangsues ont été appliquées.

Sous l'influence du lavement opiacé les douleurs se calment ; le malade dort tranquillement ; il se réveille de temps à autre en se plaignant de chaleur (le thermomètre est toujours maintenu à 15 degrés) jusqu'à huit heures et demie.

21 janvier, neuf heures du soir. Visite de M. Sédillot. La paroi stomacale est noirâtre dans la partie que serre la pince ; le ventre reste

---

» les médecins s'attacheront à l'idée générale du traitement réclamé » suivant les cas, et se persuaderont de la facilité de les remplir avec » les moyens que les circonstances leur permettent de se procurer. Si » la science était mieux entendue, nous verrions disparaître ces appa- » reils, ces bandages sans cesse renouvelés qui jettent du trouble et » de l'incertitude dans la pratique, et encombrent l'arsenal chirurgical, » les ouvrages et les cours de chirurgie. »

Sous ce rapport, nous sommes un peu de l'avis de M. Alquié, et nous devons rendre justice à certains chirurgiens de notre époque, à MM. Malgaigne et Jobert entre autres, qui depuis de longues années font de louables efforts pour démontrer combien il est facile de simplifier dans une foule de cas les appareils à fractures et de substituer aux bandages autrefois si compliqués des méthodes plus simples et aussi efficaces, sinon tout à fait préférables dans l'immense majorité des cas.

C'est avec plaisir que nous avons vu M. Alquié insister sur les dangers de l'emploi des anesthésiques en chirurgie. Il y a longtemps que nous l'avons dit, toutes les fois que l'on met en usage les anesthésiques, la question de mort est posée, et pour cette raison nous n'avons jamais été partisan bien déclaré des inhalations d'éther ou de chloroforme. De nombreux accidents sont venus malheureusement nous donner raison, et l'emploi de ces inhalations tend aujourd'hui de plus en plus à se restreindre. Le professeur de Montpellier a fait, lui, de nombreuses expériences pour tâcher de substituer l'anesthésie locale aux inhalations. Jusqu'à présent, les résultats obtenus avec l'éther, le chloroforme, la belladone ont été nuls. L'œnanthine et l'éther œnanthique sont à peu près les seuls agents qui aient produit des effets appréciables et permettent quelques espérances à cet égard.

M. Alquié a étudié avec soin les maladies vénériennes et syphilitiques, sur lesquelles il s'est longuement étendu, et l'étude clinique l'a conduit à des conclusions dans lesquelles nous n'avons retrouvé complétement aucune des doctrines qui ont cours actuellement dans la science. Tandis que d'une part il paraît se rapprocher de la manière de voir de M. Ricord sur quelques points, sur d'autres il s'en éloigne complétement, et il nous paraît fort difficile de donner en peu de mots une idée complète de ses opinions.

Pour lui, toutes les maladies contractées pendant le coït ne sont pas syphilitiques. Le chancre à sa période de progrès est éminemment contagieux ; mais il admet que l'absorption du virus peut être très rapide, et précède même le développement du chancre ; que l'induration du chancre n'est nullement l'indice de l'infection syphilitique. La blennorrhagie, pour M. Alquié, est rarement syphilitique, et dépend d'un virus particulier incapable de donner lieu à une affection constitutionnelle. Les ulcères primitifs et récents s'inoculent et sont contagieux ; les ulcères anciens et consécutifs ne s'inoculent pas et sont rarement contagieux. Le pus fourni par les symptômes consécutifs de la vérole est fort rarement susceptible de s'inoculer et de communiquer directement la syphilis. L'économie est susceptible d'éprouver plusieurs fois la vérole constitutionnelle ; la saturation syphilitique de l'économie est possible, mais indéterminée. Enfin, la syphilisation prophylactique est trop incertaine pour être généralisée ; l'inoculation thérapeutique du virus syphilitique peut devenir un remède contre les affections rebelles du cancer, etc.

On voit par ce rapide exposé quelles sont les doctrines, ou plutôt les idées de M. Alquié en matière de syphilis, car de doctrine il n'y en a point, et peut-être bien pourrions-nous lui signaler plus d'une contradiction entre diverses de ses propositions. Mais ce n'est point ici le lieu de soulever une pareille discussion, pour laquelle d'ailleurs la place nous manquerait ; nous aurons occasion plus tard de revenir avec M. Alquié sur plusieurs de ces questions.

Le volume dont nous rendons compte se termine par un mémoire très étendu sur les abcès multiples, couronné en 1844 par l'Académie de médecine, et augmenté par l'auteur d'une manière notable depuis cette époque. Dans ce mémoire, très étendu et appuyé de faits nombreux, l'auteur se livre à la discussion de nombreuses questions encore en litige, et examine tour à tour, en les appréciant à leur valeur, les diverses opinions qui partagent les savants au sujet de l'infection, de la résorption, de la diathèse purulente.

Les principaux résultats de cette discussion sont ceux-ci : que les abcès multiples peuvent résulter de lésions morbides très diverses, et non constamment d'une seule source pathologique ; que l'inflammation de l'économie entière ou de plusieurs points de l'organisme simultanément est susceptible de produire de semblables abcès ; que la phlébite, la lymphangite, la résorption et la diathèse purulente en sont plus ou moins souvent la cause ; enfin, que les scrofules, la variole, le farcin, la morve, le typhus, etc., et la plupart des affections morbides générales, surtout celles qui attaquent spécialement les humeurs du corps vivant, peuvent donner lieu à ces sortes d'abcès.

La seconde partie de cet intéressant mémoire est consacrée à la comparaison anatomo-pathologique des abcès multiples et à des considérations thérapeutiques.

En résumé, la *Clinique* de M. Alquié est, comme tout ce qui est sorti de la plume de cet écrivain, d'un intérêt soutenu ; c'est un livre utile, qui ne peut manquer d'ajouter à la réputation de son auteur, et que nous souhaiterions voir plus connu à Paris que ne le sont, en général, les travaux des représentants des doctrines de Montpellier.

Dr A. FOUCART.

souple, indolent à la pression; la toux seule provoque des douleurs abdominales. Le malade est fatigué du décubitus dorsal; on ôte les coussins qui maintenaient les jambes fléchies et les cuisses élevées; il se couche sur le côté. Le pouls est large, développé (72); la peau est fraîche; la physionomie normale. Les parois de la plaie ne sont pas enflammées. On prescrit : tisane de gomme pour la toux; lait coupé pour boisson; quelques sangsues conditionnelles, si les douleurs reparaissent.

Après cette visite, l'opéré sommeille jusqu'à deux heures un quart; il cause de temps en temps avec les personnes qui l'entourent.

Deux heures un quart. — Le pouls est régulier, normal, à 70, large et plein. La sensation du sac dans l'œsophage n'existe plus d'une manière aussi déterminée (le malade croit que l'allongement de l'œsophage produit par la traction de l'estomac au dehors a fait disparaître en partie le diverticulum et par suite la sensation d'arrêt qu'il produisait). M. Sédillot explique cette amélioration par le dégorgement veineux qu'ont déterminé les sangsues. La déglutition est manifestement plus facile; le ventre est indolore; la portion d'estomac serrée par la pince est lisse, noirâtre, et présente au toucher une résistance assez considérable.

Quatre heures et demie. — Le malade reçoit la visite de sa femme. On craint pour lui l'émotion de cette entrevue ; on lui recommande de ne pas trop parler.

De quatre heures et demie à huit heures, sommeil intermittent; les liquides sont avalés facilement sans régurgitation.

Onze heures du soir. — A la visite de M. Sédillot, le malade dit se porter parfaitement. La peau est fraîche, le pouls à 70; il n'y a pas de réaction. Il est obligé de se lever chaque fois et de se tenir debout pour uriner. Un des assistants propose de le sonder; mais, cette opération pouvant exciter quelques douleurs et par suite de la fièvre, on recommande à l'opéré d'exécuter ses mouvements avec le plus de lenteur possible. On ne peut cependant se dissimuler que les mouvements et le poids de la pince ne soient alors d'un effet défavorable pour l'estomac et les adhérences qui doivent se produire. En outre, la toux continue toujours; elle provoque des mouvements vifs et saccadés du diaphragme qui répondent douloureusement à la plaie. On donne pour l'apaiser quelques bonbons de gomme.

On prescrit un lavement laudanisé pour empêcher une excitation trop vive; quelques sangsues conditionnelles au cou ; si la déglutition devenait plus difficile. On recommande en outre de renouveler fréquemment l'air de la chambre.

On panse la plaie en changeant les linges enduits de digestif. La paroi stomacale est noire, luisante, mais résiste assez bien à la pression et ne paraît pas devoir tomber encore en gangrène. On voit des adhérences déjà formées entre l'estomac et les parois de l'abdomen vers la partie inférieure de la plaie. L'état général est excellent.

22 janvier, huit heures du matin.— Le malade dit avoir bien dormi huit heures d'horloge. Le lavement n'a pas été rendu. La toux, qui précédemment l'éveillait lorsqu'il était endormi, ne l'a plus tourmenté; il n'a toussé que pendant les rares intervalles de son sommeil, et les efforts ont été moins convulsifs. Il a uriné deux fois pendant la nuit, et deux fois il a été obligé de se lever. Il est étonné de ce que, se portant si bien, l'appétit ne soit pas encore revenu. La poche œsophagienne n'est plus sentie lorsque l'ingestion des boissons est faite lentement. Les liquides suivent maintenant, dit-il, la vraie route et coulent par le vrai trou, qui cependant est encore un peu petit. L'expectoration est de bonne nature (bronchite) ; tous les mouvements de déglutition sont faciles. La physionomie est normale, le teint légèrement coloré, le pouls large, à 70.

Dix heures. — Visite de M. Sédillot. Etat satisfaisant de l'opéré. Il y a un peu de circulation dans la partie pincée ; une traction légère dénote une certaine résistance. Dans l'après-midi, le malade a quelques nausées et des coliques ; il dort peu, a deux selles et se trouve fatigué. Il croit que la toux est cause de ces accidents en exerçant chaque fois des tiraillements sur l'estomac. Décubitus latéral droit.

Vers neuf heures du soir, trois selles molles, peu abondantes, précédées de coliques et accompagnées d'évacuation de gaz.

Vers onze heures, l'état général s'aggrave. A la visite de M. Sédillot, on trouve la physionomie un peu fatiguée, les joues légèrement plaquées, la peau chaude, le pouls développé, à 84. La toux est fréquente; chaque accès est suivi d'une expectoration de crachats incolores, spumeux, visqueux, adhérents au vase et mêlés de grumeaux blancs suspendus dans un liquide séreux. Le malade se plaint d'une sensation de constriction dans le fond de la gorge au niveau de la région sus-hyoïdienne. La sensation de la poche remplie qui ne peut se vider se renouvelle. (On croit remarquer, en effet, que le cou est plus gros qu'hier.) L'opéré dit, et c'est là ce qui le préoccupe le plus, que si cette poche avait un orifice inférieur suffisant pour laisser écouler les matières qui y sont contenues, il se sentirait complétement soulagé. Le ventre est un peu voussé, la plaie n'est pas douloureuse. Les piqûres de sangsues placées avant-hier sont rouges et douloureuses à la pression.

Légères coliques; nouvelle selle (matières liquides homogènes, jaunâtres, bilieuses, n'ayant pas de caractère inquiétant).

Etat de la plaie. — La portion d'estomac située en dehors de la pince n'a plus que la grosseur d'une amande; elle est ratatinée, revenue sur elle-même, déjà un peu mollasse; les bords de la plaie sont rouges, mais l'auréole est très étroite. C'est surtout au bord gauche et supérieur que l'on remarque cet aspect; une traction légère exercée en avant sur l'estomac par le moyen de la pince fait reconnaître que les adhérences sont assez solides, surtout à la partie inférieure. Au segment supérieur, l'adhérence entre la paroi stomacale et la paroi de l'abdomen paraît moins intime et moins solide.

M. Sédillot panse la plaie en lavant les bords et glissant sous les deux extrémités de la pince des bandelettes de linge enduites de digestif.

Prescriptions. — 1° Eviter tout ce qui peut refroidir l'opéré (application de linge, de compresses de flanelle chaudes sur le ventre et les renouveler fréquemment);

2° Appliquer deux sangsues à la partie supérieure de la plaie si les douleurs se réveillent (les renouveler au besoin, sans crainte d'aller jusqu'à dix ou douze, en se réglant sur l'état général du malade);

3° Émulsion d'amandes pour boisson, une cuillerée à café de sirop de morphine pour la nuit;

4° Conditionnellement, dans le cas de persistance des coliques ou de la diarrhée, un quart de lavement amylacé avec quatre gouttes de laudanum;

5° Embrocations huileuses sur l'abdomen.

La nuit est bonne; on ne juge pas à propos d'appliquer les sangsues; le sommeil est un peu agité, la toux moins fréquente, les coliques ont disparu. Le malade se sent bien reposé. L'eschare tend de plus en plus à se détacher.

23 janvier. Dans la matinée, deux selles liquides peu abondantes. A midi et demi, visite de M. Sédillot, qui enlève la pince. La peau est rouge, un peu enflammée autour de la plaie. En exerçant de légères tractions sur la tumeur, on constate que les adhérences sont solides. A la partie gauche est une petite ligne gangrenée; une ligature formée d'un seul fil est placée à la base de la tumeur stomacale; elle est médiocrement serrée. Les deux chefs du fil sont assujettis sur la peau au moyen de deux petits morceaux de diachylon. La diarrhée continue; deux selles liquides contribuent encore à l'affaiblissement successif du malade.

On prescrit pour le soir : lavement amylacé avec laudanum, quatre gouttes; décoction de riz avec sirop de gomme, solution gommeuse, sirop de morphine pour la nuit.

Le sommeil est bon. Le malade urine plusieurs fois. Cet acte occasionne de petits tiraillements douloureux au niveau de la ligature. Ces tiraillements sont exaspérés par les efforts de toux et les mouvements. Le pouls est à 80, assez développé.

24 janvier. A dix heures, le malade, fatigué, de mauvaise humeur, déclare qu'il ne veut plus de visiteurs et qu'il entend rester seul. Il se trouve beaucoup plus faible que les jours précédents; la plaie offre un bon aspect.

A la visite de M. Sédillot, on ne renouvelle pas le pansement.

La diarrhée, qui continue toujours, est combattue par un lavement amylacé et opiacé.

M. Schützenberger entre en consultation avec M. Sédillot pour s'entendre sur les moyens les plus propres à combattre le dévoiement dont le malade est tourmenté. Il reste convenu que, si la diarrhée persiste, on administrera un lavement avec deux grammes d'extrait de Saturne. De onze à une heure, deux nouvelles selles liquides, jaunes, assez fétides.

Affaissement de l'opéré. Ses joues sont colorées, la peau chaude; le pouls reste toujours à 80. On lui donne alors une cuillerée de sirop de morphine, qui procure un sommeil paisible jusqu'à trois heures. A quatre heures, on craint que le défaut de nourriture depuis l'opération n'ait favorisé l'état d'affaissement dans lequel il se trouve. On lui donne une tasse de bouillon avec un jaune d'œuf. Ces aliments passent difficilement. La sensation de la poche est revenue. On constate des soubresauts des tendons (très faibles, mais perceptibles). La ligature tient encore assez bien.

25 janvier. Vers le soir le malade est mieux; il demande des distractions, veut jouer aux cartes, etc. Le pouls reste toujours à 80.

Plus de coliques; un peu de toux vers le milieu de la nuit. Sommeil tranquille, peau chaude; soif ardente. Dans l'espace d'une heure il boit cinq verres de liquide, qu'il parvient à avaler par petites gorgées.

Plus de douleurs abdominales. La plaie est douloureuse, surtout dans les accès de toux. Le moral n'est plus aussi bon que dans les premiers jours.

On lui fait prendre un peu de lait vers le matin; il l'avale avec répugnance, se trouve très faible. Inappétence.

A neuf heures, selle liquide de même nature que les précédentes.

A dix heures et quart, visite de M. Sédillot. Le malade a moins d'espoir. Il est affaissé; sa physionomie est anxieuse, la voix plus faible. Avec cet affaissement coïncide une fièvre assez vive; la peau du tronc est chaude, les extrémités un peu plus fraîches. Pouls à 100; petits soubresauts des tendons; soif modérée.

L'examen de la plaie montre la portion de l'estomac prise précédemment dans la pince réduite au volume d'une très petite noisette. Elle est noire, molle, presque complétement gangrenée. A la partie supérieure du côté gauche est une petite portion de peau gangrenée de la grosseur d'une lentille. Sur le pourtour, des adhérences solides sont établies. On enlève le fil; l'estomac reste en place, maintenu seulement par les adhérences déjà formées.

On ordonne un demi-lavement avec 0,30 de sulfate de quinine et deux gouttes de laudanum pour la diarrhée; bouillon gras avec sagou, pour alimenter autant que possible. Conditionnellement 1 gramme de sous-nitrate de bismuth à l'intérieur. Boissons : lait, solution de gomme, eau sucrée.

Quelque temps après cette visite le malade demande à boire un peu d'eau rougie, qu'il régurgite un instant après.

A une heure, M. Sédillot trouve le malade très faible. Le pouls est à 100, la respiration un peu accélérée (30 respirations par minute), la peau chaude, tremblement permanent des extrémités supérieures.

On procède à l'ouverture de l'estomac. La plaie découverte, M. Sédillot saisit avec des pinces la partie mortifiée, et l'excise par quelques coups de ciseaux. L'eschare enlevée laisse à découvert les bords de l'estomac adhérant dans toute la circonférence. L'orifice laisse échapper quelque gaz, les efforts de respiration et de phonation produisent l'issue de la muqueuse stomacale.

Dès lors, toutes les conditions de succès paraissent assurées; la réunion s'est effectuée sans accident; la fistule est établie.

M. Sédillot commence immédiatement l'alimentation par la fistule. On donne : vin de muscat coupé avec de l'eau ; une seringue de la contenance de 95 grammes est remplie de bouillon gras. La canule introduite dans l'estomac, on injecte lentement la valeur de 80 grammes, en empêchant le reflux par une compression légère. Un linge enduit de digestif est posé sur l'ouverture, et le tout est fixé par une bande de flanelle. Le malade se trouve bien après cette opération.

Prescriptions. — Donner à boire du lait cuit, un peu de vin ; linges chauds et secs sur l'abdomen ; faire cuire pendant quatre heures, à petit feu, une bouillie composée de farine et de lait qu'on pourra injecter dans la soirée. Le malade croit que les aliments injectés dans l'estomac ont relevé ses forces.

Le soir, M. Sédillot injecta encore 90 grammes de bouillie, à laquelle on ajoute 0,10 de sous-nitrate de bismuth, 0,10 de sulfate de quinine et une goutte de laudanum. La première injection a été repoussée en partie par les efforts de toux et les mouvements que nécessite chez le malade l'émission des urines.

Prescriptions. — Solution de gomme; tisane pectorale chaude; lavement opiacé en cas de selles; vin de Bordeaux. Sommeil paisible jusqu'à onze heures.

A onze heures et demie, les compresses qui recouvrent le pansement sont mouillées par les matières injectées; la charpie est recouverte d'une matière noirâtre et bilieuse; le pansement est renouvelé; le pouls est large, à 86; plus de tremblement des membres.

Dans la nuit, on administre un lavement opiacé à la suite d'une selle un peu liquide. Sommeil assez paisible. De quatre heures du matin à dix heures, la diarrhée continue : trois selles.

26 *janvier, dix heures.* — Visite de M. Sédillot. On enlève les compresses et pièces de pansement qui ont été appliquées dans la nuit; elles sont recouvertes d'une matière bilieuse peu odorante. On lave la plaie avec de l'eau tiède aromatisée. Pendant ce pansement, on donne à mâcher au malade quelques morceaux de côtelette de veau dont il avale le suc, puis on injecte en deux fois par la plaie de l'estomac 115 grammes de bouillie précédemment insalivée par le malade; on y ajoute 0,10 de sous-nitrate de bismuth, 0,05 de sulfate de quinine. Pendant l'injection, une petite quantité de bouillie s'échappe par les bords de la plaie. On applique un pansement composé d'un linge fin trempé dans l'huile d'olives et de boulettes de charpie. Le tout est assujetti par deux compresses et une bande de flanelle passée autour du corps. On met, en outre, des linges secs et chauds sur l'abdomen. Dix minutes après, les pièces du pansement sont mouillées. On enlève le premier pansement, et l'on place sur le linge huilé, pour exercer une compression mieux soutenue, une petite vessie allongée remplie d'air. L'application de ces divers appareils est bien supportée par le malade.

L'état général est bon; un peu d'affaissement; chaleur normale; le pouls à 80, assez large et résistant. Quoique la toux ait diminué, les crachats sont adhérents au fond du vase; ces caractères provoquent l'examen du thorax, qui est pratiqué par M. le professeur Schützenberger. Il trouve, à la percussion, la sonorité normale en avant des deux côtés; en arrière, à droite et en haut, un peu de submatité. Néanmoins, à l'auscultation, le bruit vésiculaire normal s'entend dans toute la hauteur des deux poumons, en arrière et en avant.

Prescriptions. — Trois demi-lavements émollients amylacés avec 5 gouttes de laudanum chaque; entre midi et une heure, deux selles abondantes, diarrhéiques, constituées par un liquide muqueux jaunâtre, dans lequel nagent des matières fécales. Le malade sommeille dans la journée; son humeur devient maussade; sa voix s'éteint; il refuse de parler à ceux qui l'entourent.

On introduit dans la plaie une petite canule en argent, courbe et cylindrique, qu'on garnit d'une plaque carrée en liége; elle est assujettie à l'aide de deux rubans passés autour du corps. L'orifice extérieur de cette canule peut être fermé au moyen d'un bouchon; on injecte par cette ouverture 180 grammes de bouillie au lait, à laquelle on ajoute 0,10 de sous-nitrate de bismuth. L'état général est moins satisfaisant; le malade s'affaiblit de plus en plus. On remarque cependant qu'à la suite de chaque injection d'aliments le pouls devient plus lent, plus large, plus résistant, et l'opéré déclare se sentir mieux lorsque son estomac est rempli.

Une heure après l'application de la canule, il s'écoule au-dessous de la plaque de liége un liquide incolore, d'une odeur acide, avec des grumeaux blanchâtres.

Vers huit heures du soir, des matières alimentaires coulent avec quelques gouttes de sang; deux selles liquides.

A neuf heures, on fait prévenir M. Sédillot qui, ne pouvant se rendre à l'hôpital, fait dire d'enlever la canule et de tamponner.

M. Wieger, chef des cliniques, enlève l'appareil. A l'orifice se présente une matière liquide, opaline, avec nuages blanchâtres, sans odeur caractéristique; les bords de la plaie sont d'un rouge vif bien limité, surtout à la partie inférieure; ils sont d'une grande sensibilité. On passe de l'huile sur le pourtour de la plaie, qu'on recouvre d'un linge huilé; la compression s'exécute au moyen de boulettes de charpie, d'une pelote en caoutchouc vulcanisé préalablement vidée, et d'un bandage de flanelle; la pelote vide est alors gonflée d'air.

A la suite de ce pansement le malade est pris de nausées, de vomissements; il rend un demi-verre de matières chymeuses provenant de l'estomac. Les efforts de vomissement n'ont pas dérangé l'appareil.

27 janvier. Vers minuit, à la suite de mouvements brusques de l'opéré, qui est indocile et remue toujours, un peu de sang s'écoule par la plaie et mouille les linges qui la recouvrent; l'appareil est remis un peu plus serré que la première fois. On administre une cuillerée à café de sirop de morphine pour calmer l'agitation du malade; il dort un peu, puis se réveille en se plaignant d'avoir un bandage trop serré. La bande de flanelle est relâchée, il se rendort.

Son humeur s'aigrit de jour en jour, le moral est très affecté; il se plaint de n'être pas encore guéri. La faiblesse augmente; les mouvements sont plus lents, moins assurés; la main tremble beaucoup en se dirigeant vers les objets. Le reste de la nuit se passe assez bien.

A huit heures du matin, le malade se plaint de la faim et demande à manger. Il tremble beaucoup en portant le verre de tisane à sa bouche. Une petite selle; on donne 2 grammes d'eau blanche en lavement, et depuis ce moment les selles n'ont plus reparu. La toux continue; elle est moins abondante et moins douloureuse que précédemment.

A onze heures, visite de M. Sédillot. Le malade a pâli; les yeux sont ternes; il est très faible; la respiration est normale, le pouls à 100. Lavement laudanisé. On enlève le pansement imbibé de matières noirâtres, bilieuses. M. Sédillot introduit dans la plaie la canule d'une seringue adaptée à une grosse sonde de caoutchouc; deux aides pressent en même temps les bords de la plaie de manière à les rapprocher dans le sens transversal. La matière injectée ne reparaît pas; la seringue est retirée, la sonde reste. On recommence l'opération, et on injecte de cette manière 230 grammes de bouillie, dans laquelle on a mis 1 gramme de sous-nitrate de bismuth.

Pansement. — Plusieurs bourrelets allongés de charpie sont placés transversalement le long des bords de la plaie pour produire le même effet de rapprochement que le doigt des aides; par-dessus plusieurs couches de sparadrap, des gâteaux de charpie et une large bande de laine. Le pouls, qui était à 100 avant l'opération, est tombé à 84. Le malade se sent mieux. M. Sédillot se retire à une heure et demie, en recommandant, si l'écoulement se reproduit, de comprimer avec les doigts (sans défaire l'appareil) de bas en haut et de droite à gauche pour rapprocher les deux bords de la plaie.

A deux heures et demie l'écoulement reparaît; on est obligé de faire la compression, et les matières ne passent plus. Ces manœuvres ont été un peu entravées par l'indocilité du malade, la fréquence de ses mouvements et son désir d'uriner souvent et debout. Pas de selles.

A sept heures, visite de M. Sédillot. État de l'opéré : chaleur à la peau; langue sèche, rugueuse; pouls à 130; voix cassée; fièvre. Il se montre impatient de recevoir sa nourriture; il se lève pour uriner. On défait l'appareil, qui est imbibé de matières liquides.

M. Sédillot introduit dans l'estomac, à travers une sonde en caoutchouc, et par les mêmes procédés que le matin, 145 grammes de bouillie, une aile de poulet mâchée et triturée avec du riz. La sonde retirée, des aides sont chargés tour à tour d'exercer une compression douce et régulière. Cette manœuvre est facile en raison d'un pli transversal de la peau qui permet de la ramener au-devant de l'ouverture et de la boucher. Après l'injection des aliments la physionomie du malade est plus calme, le pouls tombe à 100.

28 janvier. A minuit, la compression a été continuée par les aides, qui se relèvent de demi-heure en demi-heure. Le malade n'a pas cessé d'être agité, se tournant dans son lit, voulant se lever; il souffre quand ses mouvements rendent la compression inégale. Il a chaud, rejette les couvertures, a quelques soubresauts des tendons.

M. le chef des cliniques place le long du bord inférieur de la plaie des bourrelets de charpie, les fixe avec quelques bandelettes de sparadrap qui croisent la plaie, recouvre le tout d'un morceau carré de diachylon, de deux compresses et d'une bande en caoutchouc vulcanisé, faisant deux fois le tour du corps. Cet appareil paraît bien tenir. Le malade est satisfait du résultat obtenu, et parle de l'avenir avec espoir.

La nuit est tranquille, le sommeil intermittent, mais paisible. L'appareil est mouillé le lendemain d'une assez petite quantité de liquide. A dix heures, M. Sédillot défait le pansement de M. Wieger. Le malade demande à manger. On lui fait mâcher quelques morceaux de côtelette qu'il rejette. Pendant qu'un aide comprime la plaie, M. Sédillot injecte : trois seringues remplies d'aliments; l'une contient de la gelée de viande, les deux autres de la bouillie. Le malade a 104 pulsations avant l'injection des aliments. Le pouls baisse lorsque l'estomac est rempli. Deux aides sont chargés de la compression jusqu'à une heure. Pendant cet intervalle de temps il ne sort pas de liquide. Le malade sommeille pendant la compression.

PIQURES D'ABEILLES

ayant déterminé la mort de cinq chevaux.

Observation recueillie par M. Eug. Clichy, vétérinaire à Janville (Eure-et-Loir).

Le 27 mai 1852, au soir, M. Dolléans, cultivateur à Guilleville, me fit appeler pour donner des soins à cinq de ses chevaux qui avaient été assaillis, vers quatre heures et demie du soir, par une quantité considérable d'abeilles, pendant que son charretier, occupé cette journée à voiturer de la terre, était allé chercher sa provision de pain pour son repas. Ces chevaux étaient attachés à des broussailles sortant du mur du jardin où étaient enfermées les abeilles.

A mon arrivée, à six heures, un cheval venait de succomber, il était encore couvert d'abeilles; les quatre autres, qu'on n'avait pu éloigner du lieu de l'accident qu'avec beaucoup de peine et après avoir coupé leurs longes, étaient dans un état d'exaspération extraordinaire. Un cheval de trois ans surtout, d'une très forte constitution, enfermé dans une écurie et laissé en liberté, se livrait à des mouvements tellement désordonnés qu'il était impossible de l'approcher; agité de mouvements continuels, il se levait et se couchait sans cesse, ou bien il se jetait contre les murs et se déchirait les flancs. Ce cheval était sourd à la voix de son conducteur habituel, d'une sensibilité extrême; ses paupières gonflées recouvraient complétement le globe oculaire, et sa respiration laborieuse était rendue plus difficile encore par la tuméfaction des ailes du nez. Il ne put être soumis à aucun traitement et mourut peu de temps après mon arrivée.

Les trois autres, quoique difficiles à approcher, purent néanmoins recevoir des soins. Ils étaient un peu moins agités que le précédent, mais ils présentaient à peu près les mêmes symptômes extérieurs, surtout aux endroits où la peau est fine. La respiration était laborieuse; le pouls plein et fort, très vite; les muqueuses rouges, injectées; la pupille extraordinairement dilatée; le pourtour des ouvertures naturelles très tuméfié; la langue était d'un volume plus que normal, pointillée de noir par des aiguillons qui s'étaient implantés dans la muqueuse.

Traitement. — Frictions sèches pour arracher les aiguillons implantés dans la peau; frictions avec le liniment ammoniacal; saignées aux jugulaires. Le sang était noir et paraissait très épais au sortir de la veine; il s'est coagulé assez vite. Injections acidulées dans la bouche.

Malgré l'emploi de ces moyens, ces trois chevaux moururent vers neuf heures du soir.

Autopsie. — L'autopsie de ces animaux fut faite dix-sept heures après la mort. Il y avait sur tous une quantité considérable d'aiguillons implantés dans la peau, notamment autour du nez, des yeux, de la bouche, des oreilles, de l'anus, aux flancs, au fourreau et à la face interne des cuisses.

Deux chevaux (ceux qui n'avaient été soumis à aucun traitement) étaient considérablement météorisés; la peau était très tendue et résonnait comme un tambour. Le pourtour des ouvertures naturelles, les enveloppes des testicules et le pénis, chez le cheval de trois ans surtout, étaient très tuméfiés. Sur la peau, au niveau des éminences osseuses, on rencontrait des excoriations causées par les frottements et les coups que ces animaux s'étaient donnés en se débattant.

Plusieurs avaient des dents cassées. Il y avait une infiltration considérable de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, et en différents endroits, surtout au niveau des saillies osseuses, des stases sanguines.

A l'ouverture de la cavité crânienne, je ne remarquai rien d'anormal, pas même d'injection, dans les méninges, le cerveau, le cervelet et la moelle allongée.

L'estomac était rempli d'aliments; la muqueuse de ce viscère n'offrait rien à constater, si ce n'est une légère infiltration dans le sac gauche.

Le gros intestin était sain; l'intestin grêle, principalement dans la portion flottante, offrait des congestions partielles peu étendues et limitées seulement par la séreuse.

Les reins étaient dans un état de ramollissement très notable; l'infiltration sanguine y était si abondante qu'on ne pouvait que difficilement en reconnaître la structure.

La rate présentait sa couleur normale, mais elle était ramollie et l'on en détachait par le grattage une boue très liquide.

Le foie était très pâle, mais avec la consistance normale.

Les poumons, surtout celui du côté sur lequel l'animal était mort, étaient très congestionnés, avec ramollissement de leur substance dans différents endroits.

Dans le cœur, il y avait des taches ecchymotiques, principalement dans les oreillettes; le tissu du cœur était ramolli; le ventricule gauche notamment était pâle et facile à déchirer; dans le ventricule droit, on ne rencontrait point de sang; celui que contenait le ventricule gauche était en petite quantité, liquide et comme décomposé. (*Recueil de médecine vétérinaire.*)

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

De l'usage topique de la gutta-percha dissoute dans le chloroforme contre les maladies de la peau.

Les avantages de l'application du collodion dans le traitement des affections cutanées sont déjà connus et généralement admis. Ceux qu'on obtient de l'application de la gutta-percha semblent analogues. Il reste à voir lequel des deux traitements topiques présente une plus grande efficacité.

D'après les expériences déjà faites à cet égard, il semblerait, selon le *Dublin quaterly journal*, qu'on doit préférer le traitement par la gutta-percha, dont la transparence permet de mieux voir les parties sous-jacentes et qui jouit d'une extrême flexibilité. Toujours est-il que le docteur Graves appelle l'attention des médecins sur les bons effets qu'on peut obtenir de ce genre de topique dans les affections chroniques de la peau, surtout d'une forme sèche, telles que les *squameuses* et les *tuberculeuses*. Il a vu dans l'impétigo que, sous l'action de cette substance, la maladie se modifiait d'une manière plus franche et plus heureuse que par le collodion. Dans l'acné de la face aussi l'application prolongée de la gutta-percha sur les points qui devenaient le siége d'une éruption nouvelle a fini par vaincre cette maladie si tenace et si rebelle à tout traitement. Mais c'est principalement dans le psoriasis et dans la lèpre qu'il a observé les succès les plus remarquables, après avoir eu la précaution de faire tomber préalablement les croûtes par des cataplasmes et des lotions attractives. Une condition *sine qua non* de la guérision, dit M. Graves, c'est que la couche de substance protectrice reste en place pendant quelque temps, et qu'on la renouvelle lorsqu'elle vient à tomber. Cette dernière circonstance pourtant est moins heureuse que la première, et c'est pour cela que la guérison est moins prompte dans les affections cutanées *à forme sécrétante* qu'*à forme sèche*. Pour répéter les expériences de M. Graves, il faut *une solution saturée de gutta-percha* dans le chloroforme, dans laquelle il est nécessaire qu'il se trouve en excès de la substance dissoute au pied du vase. Avec un pinceau ordinaire on étend sur la peau la solution; le chloroforme se vaporise, et laisse adhérente à la peau une couche très-mince et très-délicate de gutta-percha.

Les malades se plaignent d'une cuisson que cette espèce d'enveloppe produit, mais c'est une sensation fugace, et d'ailleurs le collodion appliqué sur les peaux fines, et surtout sur des parties dénudées de l'épiderme, est bien plus défavorable et plus douloureux. Sur le front et la face, où il n'y a pas frottement des habits, cette enveloppe peut se conserver intacte pendant cinq ou six jours et même davantage; dans les autres parties elle s'en détache plus vite, et il faut par conséquent la renouveler. Aussi sur la figure dans le voisinage des ouvertures le topique se détache du matin au soir, mais cependant moins facilement que le collodion.

Traitement de la blennorrhagie par l'infusion de pois chiches.

M. le docteur Henrotay, médecin de régiment à Mons, communique aux *Archives belges de médecine militaire* les résultats du traitement qu'il a employé dans la blennorrhagie chronique.

Dans plusieurs cas de blennorrhagie chronique qui avaient résisté au copahu, aux injections et à d'autres moyens, ce médecin a employé avec succès une infusion de pois chiches préparée de la manière suivante: les pois chiches étant torréfiés, moulus, une once à peu près est placée dans un sac en flanelle; on verse là-dessus un demi-litre environ d'eau bouillante. La liqueur filtrée, on y ajoute du sucre et un peu de lait, et le malade prend toute la quantité de ce liquide le matin avec une tartine, exactement en guise de café. Cette liqueur n'a pas de mauvais goût; elle a un léger degré d'amertume qui rappelle un peu la saveur du café, moins l'arome. Après le dîner on prend la moitié de la dose du matin de l'infusion. Ce moyen, continué huit à dix jours, réussit ordinairement.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

ADDITION A LA SÉANCE DU 28 MARS.

Emploi des injections iodées dans le traitement de la dyssenterie chronique.

Nous croyons devoir revenir sur cette médication, dont nous avons déjà parlé, d'après un autre journal, dans notre numéro du 29 mars, la note que M. Delioux a communiquée à l'Académie des sciences étant plus précise et plus détaillée:

En considérant les succès nombreux qui ont couronné la pratique des médecins qui ont osé projeter la teinture d'iode à la surface des membranes les plus délicates et les plus irritables, telles que la plèvre et le péritoine, je me suis demandé, dit l'auteur, si l'on ne réussirait pas également en cherchant à modifier à l'aide du même agent les lésions qui entretiennent la diarrhée et la dyssenterie. J'ai formulé des lavements iodés de la manière suivante:

Teinture alcoolique d'iode	10 à 20	grammes.
Iodure de potassium	1 à 2	—
Eau	200 à 250	—

L'iode est ainsi maintenu en dissolution par l'iodure alcalin.

Je fais administrer préalablement un lavement émollient pour vider l'intestin, afin que l'injection iodée agisse immédiatement et dans toute sa force sur la muqueuse.

Mes essais ont commencé avec de petites doses de teinture d'iode; mais après m'être assuré de l'innocuité de l'injection, j'ai élevé progressivement la dose de teinture, et j'ai vu que l'on peut aller hardiment au moins jusqu'à 30 grammes.

La plupart du temps, les lavements iodés ne déterminent que peu ou point de coliques; il arrive parfois qu'après le premier ou le second ces déjections alvines augmentent pour diminuer ensuite en changeant de caractère, d'autres fois elles diminuent ou se suppriment immédiatement. Sur douze cas mentionnés dans le mémoire, l'affection intestinale a été notablement amendée ou guérie dix fois; deux fois il y a eu insuccès, mais non aggravation.

Pour prémunir les malades contre la possibilité des effets irritants des lavements iodés, je prescris toujours simultanément un lavement laudanisé qui doit être administré dans le cas où le premier provoquerait trop de coliques; le plus souvent cette seconde prescription n'a pas besoin d'être remplie, et si l'on est forcé d'y avoir recours, c'est avec la certitude de remédier à des accidents qui ne m'ont jamais présenté de gravité.

En résumé:

1° La teinture d'iode, à la dose de 10 à 30 grammes, maintenue soluble dans l'eau à la faveur de 1 à 2 grammes d'iodure potassique, est bien supportée par le gros intestin, et, dans les cas où elle détermine des coliques ou de la diarrhée, ces accidents sont passagers, cèdent à l'opium et n'indiquent pas une irritation assez vive pour inspirer des craintes sur le résultat de ce mode de traitement.

2° Dans la dyssenterie chronique, les lavements iodés me paraissent susceptibles de modifier topiquement la lésion intestinale, de réagir favorablement sur elle consécutivement à l'absorption de l'iode, et ainsi de prendre rang au nombre des méthodes thérapeutiques qui peuvent être instituées dans le traitement de cette maladie.

3° Enfin, l'absorption de l'iode à la surface du gros intestin étant démontrée par mes expériences, je pense que l'introduction des médicaments iodiques dans l'organisme par voie d'injection rectale mérite en certains cas d'être essayée dans les maladies qui en réclament l'emploi.

Le rapport de la commission nommée pour l'examen de l'importante question de la substitution du blanc de zinc au blanc de plomb ou céruse (*voir* notre numéro du 8 mars) vient d'être adressé à M. le ministre de l'intérieur. Voici les conclusoins de ce rapport, sur lequel nous ne tarderons pas à revenir:

Si les considérations que nous venons d'avoir l'honneur de présenter aux deux comités réunis reçoivent leur approbation, nous leur proposerons, au nom de la commission, de transmettre à M. le ministre l'avis suivant:

1° Il n'y a pas lieu d'interdire la *fabrication de la céruse*, les perfectionnements introduits dans cette fabrication lui ayant enlevé d'une manière à peu près complète son insalubrité et ses dangers; mais il importe que l'administration prenne des mesures efficaces pour que ces perfectionnements soient adoptés dans toutes les usines, et que celles-ci soient l'objet d'une surveillance spéciale.

2° Il n'y a pas lieu d'interdire l'*emploi* de la céruse dans les travaux de peinture; car certaines précautions peuvent mettre jusqu'à un certain point les ouvriers à l'abri des poussières de plomb, et, d'ailleurs, pour cet usage particulier, la substitution du blanc de zinc au blanc de plomb tend à s'opérer naturellement. L'appui du gouvernement et la différence des droits perçus sur le plomb et sur le zinc favorisent cette transformation sans perturbation violente, sans atteinte portée à la liberté du commerce.

3° L'interdiction de la *fabrication* et de l'*emploi* de la céruse dans les arts et dans l'industrie aurait, de plus, l'inconvénient de susciter les plus graves difficultés au point de vue de l'état des finances et de la légalité.

Ce rapport est adopté à l'unanimité, et il est décidé que la sous-commission, à laquelle s'adjoindront MM. Gilbert et Isabelle, architectes, se chargera de rédiger, dans l'intérêt de la santé des ouvriers:

En ce qui concerne la *fabrication* de la céruse, le projet d'un règlement et d'une instruction qui soient d'une application pratique;

En ce qui concerne l'*emploi* de la même substance, un projet d'instruction à répandre à grand nombre d'exemplaires, afin de propager la connaissance des moyens préservatifs et d'en recommander l'usage aux ouvriers, et, s'il y a lieu, un projet de dispositions réglementaires.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

M. le préfet de police vient de rendre une ordonnance concernant les sucreries coloriées, les substances alimentaires, les ustensiles et vases de cuivre et autres métaux. Voici les principales dispositions de cette ordonnance:

Il est expressément défendu de se servir d'aucune substance minérale, le bleu de Prusse, l'outre-mer, la craie (carbonate de chaux) et les ocres exceptés, pour colorier les liqueurs, bonbons, dragées, pastillages et toute espèce de sucreries et pâtisseries.

Il est également défendu d'employer, pour colorier les liqueurs, bonbons, etc., des substances végétales nuisibles à la santé, notamment la gomme-gutte et l'aconit-napel.

Les mêmes défenses s'appliquent aux substances employées à la clarification des sirops et des liqueurs.

Il est défendu d'envelopper ou de couler des sucreries dans des papiers blancs lissés ou coloriés avec des substances minérales, le bleu de Prusse, l'outre-mer, les ocres et la craie exceptés.

Il est défendu de placer des bonbons dans des boîtes garnies à l'intérieur de papiers coloriés avec des substances prohibées, et de les recouvrir avec des découpures de ces papiers.

Il est défendu de faire entrer aucune préparation fulminante dans la composition des enveloppes de bonbons.

Il est également défendu de se servir de fils métalliques comme supports de fleurs, de fruits et autres objets en sucre et en pastillage.

Les bonbons enveloppés porteront le nom et l'adresse du fabricant ou marchand; il en sera de même des sacs dans lesquels les bonbons ou sucreries seront livrés au public.

Les flacons contenant des liqueurs coloriées devront porter les mêmes indications.

Il est interdit d'introduire dans l'intérieur des bonbons et pastillages des objets de métal ou d'alliage métallique, capables, par leur altération, de former des composés nuisibles à la santé.

Il ne pourra être employé que des feuilles d'or et d'argent fins pour la décoration des bonbons et pastillages.

Il en sera de même pour les liqueurs dans lesquelles on introduit des feuilles métalliques.

Il est expressément défendu à tous fabricants, raffineurs, marchands en gros, épiciers et autres, faisant le commerce de sel marin (sel de cuisine) dans le ressort de la préfecture de police, de vendre et débiter comme sel de table et de cuisine du sel retiré de la fabrication du salpêtre ou extrait des varechs, ou des sels provenant de diverses opérations chimiques.

Il est également défendu de vendre du sel altéré par le mélange des sels précédents ou par le mélange de toutes autres substances étrangères.

Il est défendu d'ajouter frauduleusement au lait, aux fécules, amidons, farines, ou à toute autre denrée, des substances étrangères, même quand ces substances n'auraient rien de nuisible.

Les fabricants et les marchands désignés en la présente ordonnance sont personnellement responsables des accidents qui pourraient être la suite de leurs contraventions aux dispositions qu'elle renferme.

— Par un arrêté du ministre de la marine en date du 23 mars, quelques dispositions complémentaires ont été prises relativement aux caisses d'instruments de chirurgie à embarquer sur les bâtiments de l'Etat.

Tout chirurgien-major embarqué sur un bâtiment à voiles ou à vapeur autre que les stationnaires sur les ports et rades doit être pourvu d'une caisse d'instruments conforme aux règlements; ces caisses sont fournies par l'Etat et portent le nom du chirurgien-major; elles sont entretenues par lui et sont remplacées par l'Etat dans les cas de perte par naufrage ou capture.

— La situation des hôpitaux militaires de Paris attirait depuis quelque temps l'attention du ministre de la guerre, qui, tout en reconnaissant que le nombre des malades ne dépassait pas celui des années précédentes à pareille époque, y voyait cependant grandir la proportion des fiévreux, et apparaître surtout un nombre inusité d'affections typhoïques plus ou moins graves.

Cette situation comportait un examen approfondi auquel ont reçu l'ordre de se livrer deux inspecteurs membres du conseil de santé des armées, MM. Bégin et Michel Lévy, et il résulte du compte-rendu de leur visite dans les hôpitaux que les militaires atteints de fièvres typhoïdes sont, pour la plupart, en convalescence, et que si quelques-uns présentent encore des symptômes sérieux, on peut considérer la marche de l'affection comme décroissante, attendu que depuis plusieurs jours les entrées aux hôpitaux sont moins nombreuses et les cas graves en moindre proportion.

— AVIS. — Les personnes qui désirent faire un cours à l'École pratique pendant le semestre d'été sont prévenues que la réunion pour le choix des heures et des amphithéâtres aura lieu lundi prochain 4 avril, à midi.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 40. — MARDI 5 AVRIL 1853. (26e ANNÉE.) N° 40. — MARDI 5 AVRIL 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE.	Trois mois	8 fr. 50 c.
	Six mois	16 »
	Un an	30 »
GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES.	Trois mois	9 fr.
	Six mois	17
	Un an	33
ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR.	Trois mois	10 fr.
	Six mois	20
	Un an	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

HOPITAL BEAUJON. — M. SANDRAS.

Accidents divers causés par le maniement du mercure. — Traitement par les toniques, le persulfure de fer et les bains sulfureux. — Guérison.

Il se trouvait récemment à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Sandras (salle Saint-François, n° 25), un miroitier âgé de quarante-cinq ans, dont l'histoire est un des plus déplorables exemples des accidents éprouvés par les ouvriers qui manient le mercure.

Voilà vingt-cinq ans que cet homme exerce la même profession. Son travail consistait surtout à étaler sur le verre, en couches uniformes, l'amalgame d'étain. Pendant les cinq premières années, sa santé resta excellente. Il avait soin, ainsi que cela se pratique d'ordinaire dans ces ateliers, de suspendre son travail pendant deux ou trois jours chaque semaine, et chaque année il gardait également le repos pendant un mois. Au bout de ce temps des douleurs vagues se firent sentir à l'épigastre et dans les membres; les extrémités supérieures commencèrent à être agitées d'un léger tremblement. La santé de cet homme n'a été dès lors qu'une longue série d'améliorations passagères amenées par le repos, les bains sulfureux et les ferrugineux à l'intérieur; et de rechutes survenant régulièrement quand il s'était exposé pendant deux ou trois mois aux émanations mercurielles. Il était alors forcé de s'arrêter, le tremblement des mains nuisant à la précision des mouvements et à la perfection du travail.

Cependant, depuis quelques années tous ces accidents avaient revêtu une gravité inaccoutumée; le sommeil, l'appétit et les forces disparaissaient, le tremblement des mains devenait plus intense, et même, au dire du malade, il survint, il y a six ans, une paralysie complète du bras et de la jambe gauche, dont la guérison exigea une année entière, et qui fut suivie, pendant trois ou quatre ans, d'attaques convulsives avec perte de connaissance.

Tout cela ne l'empêchait pas de retourner à son atelier dès qu'il survenait un peu d'amélioration; mais il ne pouvait plus, comme autrefois, travailler pendant deux ou trois mois; au bout de trois ou quatre semaines les accidents devenaient constamment assez graves pour le forcer de garder le repos.

Au mois de décembre dernier, il était occupé dans une fabrique de Rouen. Au bout d'un mois survint l'aggravation accoutumée; mais cette fois il se joignit aux symptômes ordinaires un délire intense avec violente agitation; le malade n'en a conservé qu'un souvenir confus; il se rappelle cependant qu'on le maintint plusieurs jours dans son lit avec la camisole, et qu'on agita la question de le faire renfermer dans une maison d'aliénés. Toutefois, au bout de huit ou dix jours, il survint assez de calme pour qu'on consentît à son départ. Le malade vint de suite à Paris, et entra à l'hôpital Beaujon le 16 décembre 1852.

A son arrivée, le tremblement des extrémités supérieures était si considérable, qu'on était obligé de l'habiller et de le faire manger; la marche était possible encore, mais incertaine et vacillante; souvent il lui arrive de tomber. La tête est agitée d'oscillations continuelles; les yeux, fixes et grandement ouverts, donnent à la figure un air égaré; vive céphalalgie; douleur dans la longueur des membres. Pendant les nuits, qui sont sans sommeil, et même pendant le jour, le malade est tourmenté par de continuelles hallucinations, et on le surprend parlant avec vivacité à des amis, à des connaissances qu'il croit voir devant lui. Quelques hallucinations de l'ouïe; surdité légère. A une certaine distance, la vue est confuse, et les objets paraissent comme enveloppés d'un brouillard. Intégrité parfaite du goût. Les fonctions intellectuelles ne paraissent pas avoir reçu d'atteinte bien profonde; les réponses, lentes et prononcées d'une voix hésitante, sont toujours justes et parfaitement raisonnables. Le pouls est petit et mou, comme le pouls des anémiques; les battements du cœur, réguliers mais sans énergie, ne s'accompagnent d'aucun bruit de souffle. Il y a de l'inappétence, parfois des vomissements et de la diarrhée; les gencives sont gonflées et douloureuses et presque toutes les dents noires et déchaussées. Il n'y a d'autre trouble dans les fonctions génito-urinaires qu'un peu de tendance à l'incontinence d'urine.

Dès le lendemain de son entrée, ce malade fut soumis au traitement employé par M. Sandras dans les affections de ce genre : une alimentation tonique, du vin à doses modérées, des bains sulfureux et gélatineux administrés trois ou quatre fois par semaine; enfin le persulfure de fer en solution à la dose de deux cuillerées par jour, qui agit à la fois en neutralisant le poison métallique introduit dans l'économie, et en combattant l'état anémique qu'il n'est pas possible de méconnaître dans le cas particulier qui nous occupe.

Sous l'influence de ces moyens thérapeutiques, une amélioration considérable ne tarda pas à se faire sentir. Dès les premiers jours de janvier 1853, le tremblement des mains avait assez diminué pour que le malade pût manger seul et s'habiller sans peine; la marche était devenue plus sûre, la diarrhée et l'inappétence avaient disparu; mais il restait encore de l'insomnie et des hallucinations.

Vers le 20 janvier, il y eut, sans cause appréciable, une légère aggravation dans l'état du malade. La diarrhée, les vomissements reparurent; mais quelques jours de diète remirent les choses en état, et à partir de ce moment jusqu'à l'époque de la sortie, rien n'entrava la guérison. Vers le 3 février, à part quelques crampes passagères, la marche était devenue assez assurée, et les mouvements des bras avaient acquis assez de précision et d'énergie pour que cet homme pût remplir, à l'occasion, dans les salles les fonctions d'infirmier supplémentaire. L'insomnie, les hallucinations de l'ouïe sont les deux symptômes qui ont le plus tourmenté le malade et ont persisté le plus longtemps.

Le traitement par le persulfure de fer et les bains de Barèges fut continué jusqu'au moment de la sortie, qui eut le 8 mars. De tous les graves symptômes que cet homme offrait à son entrée, il ne restait plus que quelques mouvements oscillatoires de la tête et un tremblement des mains qui ne devient bien apparent que lorsqu'il a porté un fardeau un peu lourd; la figure était pleine et colorée; le pouls avait repris de la vigueur. Le malade, en quittant l'hôpital, s'engage bien à abandonner complétement ce genre de travail qui, prolongé quelque temps encore, finirait infailliblement par lui coûter la vie.

CLINIQUE DÉPARTEMENTALE.

Des divers moyens de provoquer la transpiration, et en particulier du procédé mis en usage à l'établissement hydrothérapique d'Auvergne, à Brioude (Haute-Loire).

Dans une notice que j'adressai à l'A[illegible] 1850, je disais :

« L'importance d'une abondante transpiration dans le traitement » d'un assez bon nombre de maladies est un fait hors de toute con» testation, et ce que l'on ne conteste pas non plus, c'est le peu de » valeur des remèdes dits sudorifiques...

» Il est permis de dire, sans forcer les conséquences, que c'est » l'eau prise à haute dose, à haute température, aidée par les » couvertures dont on charge les malades, qui provoque la sueur...

» Il est bien constant que parmi les agents pharmaceutiques il » n'en est aucun que l'on puisse à juste titre gratifier du titre de » sudorifique, et ce serait rendre à la pratique médicale un véri» table service que de mettre à sa disposition un moyen assuré de » provoquer la transpiration sans fatiguer les malades, un moyen » qui permît de continuer aussi longtemps qu'on le voudrait ce » mode de dépuration ou de dérivation. »

Ce que je disais alors, je puis, sans craindre d'être démenti, le répéter aujourd'hui.

Dès les débuts de sa pratique, Priessnitz attacha à la sueur provoquée une importance telle, que la méthode prit le nom d'*hydrosudopathie.* En cela, comme en toute autre chose d'ailleurs, sortant des voies battues, il faisait suer ses malades en les enveloppant soit dans des couvertures de laine, soit d'abord dans un drap mouillé tordu, recouvert ensuite par les couvertures.

Ce procédé fut suivi par tous ceux qui adoptèrent le système du remarquable *paysan de Silésie.* C'était alors chose nouvelle, les résultats étaient nombreux, bien constatés, on en était encore à la surprise, à l'hésitation, et c'était assez de courage déjà que d'employer une méthode aussi extraordinaire, que de s'avouer le disciple d'un pareil maître, sans songer à modifier en rien les procédés. MM. Scoutteten, Schmitz, Berthiou, Boldau, etc., etc., pratiquèrent l'enveloppement à la façon de Priessnitz, et moi-même je fis comme eux.

Cependant, sans parler de la perte de temps, c'était pour les malades assez ennuyeuse chose que de rester ainsi emmaillottés pendant cinq, six heures, et même plus, en attendant la transpiration; et, il faut en convenir aussi, il était des cas dans lesquels on n'arrivait pas au résultat désiré, une sueur abondante.

Cet état de choses était loin de satisfaire les malades, et l'emmaillottement de plusieurs heures, quelquefois sans résultat, en a rebuté plus d'un. Pour ma part, j'essayai de tout pour éviter ces graves inconvénients. Je plaçai un calorifère chauffant tous les cabinets de sudation; j'augmentai le nombre des couvertures; je mis l'édredon à contribution; j'employai la chaux vive enveloppée dans des linges humides, moyen préconisé par M. Serre, je crois; j'entourai mes malades de briques chauffées, de cruches remplies d'eau bouillante, etc. Tous ces petits expédients étaient très gênants et laissaient fort à désirer. J'en étais là, lorsque arriva à l'établissement une jeune dame portant une maladie de la peau des plus graves. Après un mois de taitement avec des enveloppements de six et sept heures, je n'avais pu obtenir la moindre moiteur. J'étais découragé, lorsque je songeai à faire fabriquer deux segments de tube en fer-blanc, l'un de 70, l'autre de 67 centimètres de diamètre et de 1 mètre de longueur, qui furent réunis sur leurs quatre bords par une bande exactement soudée qui les unissait, en laissant entre eux un espace vide de 3 centimètres.

On plaça cet appareil improvisé rempli d'eau bouillante et représentant un grand cerceau continu sur la malade dès qu'elle fut enveloppée d'un drap mouillé et d'une couverture de coton; puis on la recouvrit d'une couverture de laine, afin d'empêcher la déperdition du calorique. A ma grande satisfaction, au bout d'un quart d'heure la sueur ruisselait sur tout le corps de la patiente et traversait déjà la paillasse après une demi-heure.

J'avais ainsi résolu un problème important : faire transpirer mes malades sûrement, promptement, abondamment sans la moindre fatigue.

J'essayai la même application à d'autres personnes, et chez toutes le résultat fut le même. Je fis alors construire des appareils pour tous mes pensionnaires, qui y gagnèrent de faire en une ou deux heures des sudations abondantes et purent ainsi augmenter le nombre des exercices hydrothérapiques.

En 1849, un habile constructeur, qui vint subir le traitement à Brioude, me fit fabriquer de beaux modèles, dont je me sers depuis, et c'est à cette époque que j'adressai à l'Académie de médecine sur l'appareil à sudation une notice détaillée.

Mon induction n'était pas cependant sans quelques inconvénients, du moins au point de vue de mon intérêt. D'abord les frais d'acquisition exigent, si le nombre des malades est un peu considérable, une somme assez forte; ensuite, il faut avoir constamment en réserve une grande quantité d'eau bouillante. A cause de cela, je l'avoue, je n'aurais pas été fâché de trouver un autre moyen capable de remplir mon but avec moins de frais et moins d'embarras. Je fis quelques tentatives : j'essayai, entre autres choses, une sorte de cuvette renversée prolongée par un tube qui arrivait en se courbant sous la couverture du malade placé dans le lit. Sous la cuvette, posée à terre sur son évasement, je disposai une lampe à alcool à [illegible] lequel l'air arrivait ensuite dans le lit par le tuyau de prolongement (1). C'était un petit calorifère à courant d'air chaud. Malgré une température très élevée, la transpiration se fit moins bien; les malades furent moins à l'aise que sous le grand appareil à réservoir d'eau bouillante. Je songeai à placer sur la cuvette un vase rempli d'eau tenue en ébullition par la lampe, et à employer ainsi un mélange de vapeur d'eau et d'air chaud. Cette nouvelle modification ne réussit pas non plus parfaitement, et les malades sur lesquels elle fut essayée réclamèrent bientôt mon appareil à sudation.

Un peu plus tard, un malade qui m'était venu d'un autre établissement m'apprit que là d'où il venait on pratiquait la sudation au moyen d'une lampe à alcool placée sous le malade assis dans une sorte de fauteuil que l'on transformait en une petite étuve sèche en l'enveloppant d'une couverture traînant jusqu'à terre. Ce procédé reproduit, mais d'une façon moins commode, le bain de vapeur sèche par encaissement, et en a tous les inconvénients. Je voulus l'essayer toutefois; mais au bout d'une ou deux tentatives les malades me prièrent de leur rendre le lit. Le malade lui-même qui avait importé ce procédé dans l'établissement n'en voulut plus faire usage dès qu'il eut essayé mon appareil à sudation. Du reste, ce moyen n'est pas nouveau; je me rappelle l'avoir vu appliquer pendant mon enfance. En peu de temps, il est vrai, les malades transpirent; mais les artères battent avec force, la tête devient lourde, la face rougit, les oreilles sifflent, et une dame qui voulut en faire l'essai fut prise d'un perte de connaissance assez longue. Ce procédé pourrait offrir, dans certains cas, de très grands dangers.

Cependant, la lampe et le fauteuil sont recommandés par M. Fleury dans son *Traité d'hydrothérapie*, et employés, m'assure-t-on, par M. Lubanski, qui pourtant a décrit avec soin le procédé et les résultats de l'enveloppement à la façon de Priessnitz.

La sudation à la lampe a cela d'avantageux qu'elle n'exige pas un outillage dispendieux, qu'elle peut être appliquée lorsque l'espace manque ou est trop exigu. Le procédé que je recommande, au contraire, exige des appareils nombreux et coûteux; il exige aussi un grand espace, puisque pour chaque malade un lit est nécessaire, et que chaque lit ne peut jamais être employé dans la journée que par la même personne. Avec la lampe donc, avantage et économie pour l'établissement, mais inconvénients pour les malades; avec mon appareil, dépenses plus considérables pour l'établissement, nécessité d'un grand espace, mais en revanche avantage pour les malades, possibilité pour eux de continuer sans fatigue les sudations quotidiennes pendant plusieurs mois de suite. Il me semble qu'il n'y a pas à hésiter, et s'il est juste que le chef d'un établissement réduise ses frais autant que possible, il est constant aussi, et de rigueur, que l'intérêt des malades, la bonne application du traitement, doivent l'emporter sur l'intérêt privé.

Voici, en résumé, comment se pratiquent les sudations à mon établissement.

Trois immenses salles, une pour les hommes, une pour les da-

(1) Il y a quelques jours, j'ai lu dans un journal de médecine la description d'un appareil proposé par M. Gassicourt et dont l'idée est absolument la même.

mes et une troisième pour les membres du clergé, ont été construites tout exprès. A l'extrémité ou au centre de chacune, existe une piscine contenant quinze à vingt mille litres d'eau qui arrive par le haut et se vide par le fond au moyen d'une soupape. Outre le tuyau principal qui alimente la piscine, existent deux autres tuyaux plus petits, l'un d'eau froide et l'autre d'eau chaude. Plusieurs baignoires sont disposées dans les espaces libres. Sur les deux grands côtés sont rangés quinze à vingt lits, munis chacun d'un appareil plus ou moins grand, selon que l'on veut obtenir une transpiration plus ou moins abondante, ou selon la difficulté qu'offre chaque malade. Outre ces diverses parties, on rencontre encore dans chaque salle deux fauteuils pour les sudations à la lampe, et enfin deux ou trois appareils à entonnoir ou à air chaud. La règle, ici, c'est mon appareil à sudation ; mais, dans quelques cas exceptionnels, le fauteuil ou l'appareil à air chaud sont mis en usage. Quel que soit le procédé employé, en sortant de l'enveloppement, les malades vont, selon la prescription, soit à la piscine, soit aux baignoires pour le demi-bain ou la lotion, soit enfin à des douches qui sont disposées exprès.

Cette manière de procéder exige, comme on le voit, un grand développement de construction ; mais il est incontestable qu'elle est la plus commode et aussi la plus avantageuse pour les malades.

Peut-être s'étonnera-t-on que les sudations se fassent dans des chambres communes : en agissant de la sorte, je n'ai fait que me rendre au désir des malades. Dans le principe, j'avais fait construire des cabinets séparés, puis des cloisons pour isoler au moins chaque lit ; j'ai dû faire détruire tout cela. Les malades s'ennuyaient, n'ayant aucune distraction ; tandis qu'aujourd'hui on se donne, je dirais presque, rendez-vous de plaisir aux salles de sudation, d'où s'échappent, sans discontinuer, des chants et des rires qui s'entendent de toutes les autres parties de l'établissement. De cette façon, le temps s'écoule avec rapidité et la transpiration arrive plus promptement.

Cette manière de procéder exige aussi une immense consommation d'eau, et, pour l'employer, il a fallu que je rencontrasse des sources qui pussent me fournir au moins trois cent mille litres par jour, et qui, fouillées sur une plus grande surface, pourraient en donner le double. Pour élever cette eau, afin de régler tous les services au moyen de réservoirs séparés, et afin d'établir à volonté des chutes, j'ai fait installer une machine à vapeur qui, outre qu'elle donne de la vapeur aux bains russes, me rend surtout le service de tenir sans cesse à 90 ou 100 degrés environ seize cents litres d'eau. Ce résultat est obtenu au moyen d'un tuyau qui, partant de la chaudière, déverse sans relâche dans un bassin en bois de chêne parfaitement clos. Les tuyaux qui partent de ce bassin sont disposés de telle façon qu'en même temps qu'ils donnent dans chaque salle de sudation de l'eau bouillante pour remplir les appareils, ils peuvent porter, au moyen de robinets à contre-effet, de l'eau chaude dans toutes les pièces destinées aux autres exercices, et mélanger l'eau des douches de manière à lui donner telle température que je veux.

Je dois ajouter, enfin, pour compléter ce qui a rapport à la sudation, que depuis quatre ans maintenant j'ai renoncé à faire ment après midi, et tel malade qui transpire abondamment le soir n'arrive qu'à grand'peine à la moiteur le matin.

Si mes confrères qui pratiquent l'hydrothérapie et qui peuvent disposer d'assez d'eau et d'assez d'espace veulent essayer du procédé que je recommande, je leur en prédis une grande satisfaction.

ANDRIEUX, de Brioude, D.-M.-P.,
Directeur de l'établissement hydrothérapique d'Auvergne.

HOPITAL DE STRASBOURG. — M. C. SÉDILLOT.

Observation de gastrostomie,

recueillie par M. COCHU, chirurgien interne (1).

M. Sédillot revient à une heure pour essayer divers appareils destinés à maintenir une compression constante. Il introduit d'abord deux canules serrées l'une contre l'autre : la première est destinée à l'introduction des aliments ; la seconde est fixée à une vessie de baudruche vide que l'on peut mettre dans l'estomac, puis remplir d'air ou d'eau. L'ouverture extérieure de ces canules peut être bouchée avec du liége. Ce premier essai est infructueux. Un second moyen a pour objet d'introduire une seule canule, à laquelle est adaptée la baudruche. Dans un effort de toux, l'appareil est expulsé de l'estomac.

On revient à la compression extérieure. On applique une compresse au-dessous de la plaie. Cette pelote improvisée est maintenue et comprimée par une bande de caoutchouc.

On injecte une seringuée de bouillon, dans lequel on met deux jaunes d'œufs, une goutte de laudanum, 5 centigrammes de bismuth, 0,10 de sulfate de quinine.

Le dernier appareil ne satisfait pas aux conditions de la compression. M. Tabouret, aide-major à l'hôpital militaire de Strasbourg, pense que le son, se moulant aisément sur les formes extérieures, peut être appliqué avec avantage.

On injecte encore une seringuée de bouillon. Après quoi l'on place une peau de baudruche sur la plaie ; on la recouvre d'un sac de forme ovale rempli de son. On passe un bandage de corps par-dessus le tout, et l'on exerce une compression légère en serrant médiocrement le bandage.

On ordonne pour la nuit : du vin de Bordeaux mélangé d'eau pour boisson ; du bouillon, si le malade le désire ; une cuillerée de sirop de morphine pour faciliter le sommeil ; la plus grande immobilité ; changer l'appareil s'il ne tient pas, et comprimer avec les doigts jusqu'au lendemain.

A huit heures, le pouls est à 130 ; la physionomie anxieuse. Le malade réclame le sirop de morphine afin de pouvoir dormir.

A neuf heures, dans des efforts infructueux pour uriner, le bandage de corps est un peu dérangé, et le liquide filtre au travers ; administration du sirop de morphine.

29 janvier. A minuit, le malade veut absolument que l'on fasse son lit. On l'exhorte à rester tranquille ; il insiste. On prend toutes les précautions nécessaires pour empêcher la sortie des aliments ; on le transporte sur un autre lit : il est disposé à bien dormir.

La nuit est calme, le sommeil un peu agité ; les soubresauts des tendons sont plus marqués.

A dix heures, l'état du malade est mauvais. Il se trouve très faible, mais n'accuse pas de douleurs. Le pouls est à 130 ; il est petit, assez résistant. La respiration est courte ; somnolence. La langue est rude, recouverte d'un enduit verdâtre. La soif est vive. Le malade se découvre continuellement en se plaignant de la chaleur, qui cependant est modérée ; soubresauts des tendons.

Onze heures. M. Sédillot, à sa visite, introduit dans la plaie une canule de gomme élastique autour de laquelle il a préalablement attaché une peau de baudruche, que l'on peut insuffler de manière à former une sorte de double bouchon comprimant la plaie intérieurement et extérieurement.

On injecte dans l'estomac de la gelée de viande ; on donne à boire un peu de vin, et à l'aide de ce nouveau pansement rien ne sort par la plaie. La canule est maintenue en place au moyen de deux petits cordons que l'on fixe sur un bandage de corps percé d'un trou au travers duquel passe la canule. Malgré le besoin de mouvement du malade, quoiqu'il se lève fréquemment et infructueusement pour uriner, l'appareil tient bien. Le pouls est tellement accéléré qu'à peine peut-on compter les pulsations de l'artère.

Trois heures. Le malade s'affaiblit visiblement ; son regard devient terne. Pour ne pas le fatiguer par de nouveaux pansements, on lui injecte en lavement du bouillon dans lequel a été battu un jaune d'œuf.

Cinq heures. Coliques ; ténesme rectal ; pas de déjections.

Six heures. La baudruche se rompt ; le bandage est complétement mouillé ; les liquides sortent abondamment par la plaie : on comprime. La baudruche paraît avoir été digérée d'un côté. On lave la plaie ; on la recouvre d'une peau de baudruche huilée, d'un linge sec ; on applique ensuite de petites boulettes de charpie ; on superpose une pelote de son, et l'on fixe un bandage de corps que l'on soutient supérieurement avec des scapulaires.

On refait le lit du malade, et l'on prescrit :

1° Nettoyer la bouche avec un gargarisme ;

2° Donner à boire souvent de l'eau gommeuse au moyen d'un petit chalumeau ;

3° Un lavement amylacé dans le cas de diarrhée ;

4° Sonder le malade, s'il a besoin d'uriner ;

5° S'il se refroidissait, mettre des boules d'eau chaude aux extrémités inférieures.

Le bandage se maintient parfaitement sec.

Vers neuf heures, le malade éprouve un violent besoin d'uriner qu'il ne peut satisfaire. On pratique le cathétérisme, qui donne lieu à un écoulement d'urine rouge assez abondant.

A dix heures, le malade est très affecté ; le pouls est à 144 ; la chaleur est âcre, brûlante ; idée de mort.

30 janvier. De onze heures à deux heures il est plus calme ; la langue est moins sèche, la soif moins vive ; il boit assez souvent ; le pouls est à 140.

A deux heures, on ne peut plus compter les pulsations de l'artère ; la respiration est courte, anxieuse ; les mains et la figure se recouvrent de sueurs froides ; les pieds sont froids ; les yeux ternes ; l'ouïe se perd ; la langue est cependant plus humide. — Sinapismes aux extrémités inférieures.

A trois heures, le malade a senti les sinapismes, qui n'ont pas produit d'effet sensible ; on en remet deux aux cuisses. Le pouls tend à se régulariser. Cependant la sueur persiste ; le malade perd un peu sa connaissance ; facies d'un agonisant ; les yeux sont convulsés en haut, le front perlé de sueur ; la bouche est entr'ouverte ; la respiration est stertoreuse.

A cinq heures, il n'entend plus et ne parle plus ; sueurs froides continues. Il fait comprendre à l'aide de signes qu'il désire être sondé ; le cathétérisme donne lieu à un écoulement d'urine peu abondant.

Six heures. L'état s'aggrave. — Nouvelle application de sinapismes; frictions avec flanelles chaudes sur les membres ; boules d'eau chaude aux pieds ; vin de Malaga à l'intérieur.

Huit heures. La respiration s'accélère beaucoup. — Application de sinapismes aux cuisses.

Neuf heures. Le malade se refroidit de plus en plus, malgré tous les révulsifs ; le pouls est complétement insensible. Les inspirations sont profondes, convulsives ; elles se ralentissent de plus en plus, et le malade s'éteint à neuf heures quarante minutes.

AUTOPSIE. — Le 31 janvier, à onze heures du matin, l'autopsie est faite en présence de MM. les docteurs Schützenberger, Stoltz, Michel, Joyeux, Bolu, Fourquet, à l'amphithéâtre d'anatomie.

La plaie extérieure est nette, on aperçoit un point gangrené, de la grosseur d'une petite lentille, à la partie supérieure gauche.

On enlève circulairement autour de la plaie une portion de la paroi abdominale ; les adhérences formées sont minces, nettes et régulières ; elles manquent, dans un point très étroit, à la partie supérieure gauche.

L'abdomen ouvert montre le grand épiploon congestionné, adhérant profondément aux anses intestinales ; l'abdomen est rempli de pus et de liquide séro-purulent ; les intestins sont recouverts d'une couche plastique organisée ; les circonvolutions sont adhérentes entre elles, surtout dans la fosse iliaque droite et dans toute la longueur de l'intestin grêle ; l'excavation du petit bassin est complétement remplie de pus. Toute la partie postérieure de la vessie est recouverte d'exsudations.

Le corps thyroïde est énorme. Quelques assistants émettent l'idée que la compression de ces organes sur l'œsophage peut avoir été la cause mécanique de l'obstruction de ce conduit.

On enlève toute la paroi antérieure de la poitrine en sciant les clavicules. On détache et on examine les poumons avec soin pour trouver les lésions anatomiques qui puissent rendre compte de la bronchite chronique du malade. On trouve des exsudations et des adhérences à la base du poumon droit ; un peu d'engouement ; des tubercules anciens au sommet. Le poumon gauche est sain. On coupe la veine cave inférieure entre deux ligatures, et on enlève le cœur, qui ne présente rien d'anormal ; le diamètre de l'aorte ascendante est considérablement augmenté. Le foie est très volumineux, de consistance et de couleur normales, la rate également. L'estomac est vaste (ses dimensions exactes sont données plus loin).

Sur le corps de la septième et en partie de la huitième vertèbre dorsale, à gauche, est une exostose qui proémine d'un centimètre et demi environ. L'œsophage est détaché.

Du haut en bas les parois de l'œsophage s'épaississent sensiblement ; elles ont 1 centimètre d'épaisseur immédiatement au-dessus du rétrécissement.

Rétrécissement. — On découvre d'abord un premier anneau, dont l'ouverture est cependant assez large pour permettre le passage des matières alimentaires. Les bords en sont déchiquetés, ulcérés. Sur le côté gauche est un cul-de-sac qui forme une poche, dont les dimensions sont données plus loin. Cette poche est ulcérée sur ses bords et dans son intérieur ; elle est remplie de détritus organiques et de matières alimentaires ; elle paraît avoir fait pendant la vie l'office d'un estomac supplémentaire.

Un second rétrécissement vient plus bas ; son orifice est beaucoup plus étroit que le premier.

Entre ces deux rétrécissements est une poche large, remplie de détritus et de matières putrides.

Les deux anneaux paraissent formés par de la matière cancéreuse.

On coupe ensuite le duodénum et on examine la surface interne des intestins, qui est lisse, recouverte de matières fécales. Le rectum est rempli de matières moulées.

Voici les mesures exactes de la pièce pathologique :

Le premier rétrécissement se trouve à 11 centimètres, à partir du bord supérieur des cartilages arythénoïdes. Il a 8 centimètres de circonférence, 7 millimètres d'épaisseur.

Le second rétrécissement a 7 centimètres de circonférence, 4 millimètres d'épaisseur.

La hauteur la plus grande de la poche intermédiaire aux deux anneaux est de 4 centimètres 2 millimètres.

L'espace moyen compris entre les deux rétrécissements est de 1 centimètre 5 millimètres.

Estomac. — La longueur de la plaie cutanée est de 33 millimètres ; la largeur est de 1 centimètre.

La longueur de la plaie péritonéale est de 21 millimètres; la largeur est de 1 centimètre.

L'estomac a 26 centimètres dans sa plus grande largeur ; 8 centimètres de hauteur à la partie moyenne.

La plaie stomacale a 20 millimètres de largeur, 1 centim. de hauteur. Elle est à égale distance du pylore et du bord du grand cul-de-sac. Elle est éloignée du bord supérieur, ou petite circonférence, de 44 millimètres; du bord inférieur, de 13 millimètres.

Cette observation offre à considérer plusieurs points sur lesquels nous rappellerons l'attention.

L'ouverture de l'abdomen et la recherche de l'estomac furent faciles, et la précision avec laquelle nous avons chez nos deux opérés attiré au dehors et ouvert la partie moyenne et antérieure du ventricule doit démontrer la valeur des indications sur lesquelles nous nous guidons. En incisant transversalement le muscle droit dans une étendue de 15 millimètres environ, à deux doigts au-dessous du rebord des fausses côtes, nous n'avons pas d'hémorrhagie à craindre ; la plaie reste béante et le péritoine apparaît à nu derrière les fibres musculaires. La pénétration de l'air, qui fut accompagnée d'un sifflement distinct, n'a rien de redoutable, et le doigt porté dans la plaie reconnaît immédiatement le lobe gauche du foie, l'épiploon gastro-hépatique, et tombe ainsi sur l'estomac sans possibilité d'erreur. Il suffit alors de recourber le doigt en crochet pour rapprocher le viscère de la plaie abdominale, en refoulant en bas l'arc du côlon et le grand épiploon, et l'introduction d'une pince courbe à mors mousses et évidés permet d'amener sur-le-champ l'estomac hors de l'abdomen.

L'épaisseur et la régularité de la surface saisie du ventricule, qui est plane, large et terminée en bas par un bord convexe, le long duquel rampent les artères et veines gastro-spléniques et gastro-hépatiques, ne sauraient laisser de doute à cet égard, puisque le côlon transverse, seul organe susceptible d'être pris pour l'estomac, est beaucoup plus étroit, cylindrique, bosselé, arrondi, et offre des parois beaucoup plus minces. Le rétrécissement progressif de l'estomac, depuis le cardia jusqu'au pylore, et la saillie annulaire de ce dernier orifice montrent à quelle place doit être établie la fistule gastrique, et la plaie abdominale correspond en outre, dans le plus grand nombre des cas, à la réunion des deux portions cardiaque et pylorique du viscère.

Comment fixer l'estomac hernié? Faut-il l'ouvrir immédiatement ou après que les adhérences seront établies? Est-ce par incision ou par compression et gangrène que l'on doit procéder? Ces questions méritent d'être discutées et résolues. Sur notre premier opéré, nous avions percé sur-le-champ l'estomac et introduit dans la plaie une canule en argent à double rebord pour comprimer le viscère contre la paroi de l'abdomen et en déterminer l'adhésion sans crainte d'épanchement péritonéal. Nous avons renoncé à ce procédé. La présence d'un corps étranger dans l'abdomen dès le premier moment de l'opération peut exposer à des accidents. La pression exercée exige une précision presque impossible pour ne pas pécher par excès ou par défaut, et il est certainement plus prudent de se mettre à l'abri des accidents. Maintenir l'estomac par quelques points de suture n'intéressant pas la membrane muqueuse et attendre la réunion pour produire la fistule gastrique, nous avait semblé préférable ; mais l'on a vu que ce moyen n'avait pas empêché la rentrée de la portion herniée de l'estomac pendant des efforts de toux. Les sutures exposent à l'inflammation par l'étranglement qu'elles occasionnent, et nous les rejetons. La compression d'un repli mince et étroit de la paroi antérieure du viscère, au moyen d'une sorte d'entérotome prenant un point d'appui sur l'abdomen, nous avait paru offrir des conditions très favorables de succès.

L'expérience nous a appris qu'il serait alors indispensable d'éloigner le point d'appui de la circonférence de la plaie, pour prévenir toute menace de mortification et d'inflammation ulcérative, comme nous l'observâmes chez notre malade. Toute perte de substance de l'estomac, quoique certainement curable, doit en outre être évitée. La fistule consécutive est trop large, et l'on éprouve des difficultés à la fermer et à empêcher l'écoulement des matières alimentaires. Nous sommes décidé à suivre une autre conduite. Nous traverserons la partie herniée de l'estomac, dans une étendue de 10 à 15 millimètres, avec une petite tige d'ivoire dont les extrémités reposeront transversalement sur un anneau rembourré, éloigné de plusieurs centimètres de la plaie cutanée et assez élevée pour que la tige d'ivoire n'y touche sur aucun point. Le segment stomacal ainsi soulevé, n'étant pas complétement privé de circulation, s'ulcérera avec lenteur et ne sera pas divisé avant la formation d'adhérences solides. La plaie, ayant peu de largeur, sera aisément fermée par une canule ou tout autre moyen d'occlusion, et on évitera très probablement tout accident du côté du péritoine.

Nous croyons également favorable de ne pas tenter d'injection alimentaire par la fistule stomacale avant que les adhérences soient assez résistantes pour ne faire redouter aucun accident, et l'on soutiendrait le malade, pendant les dix ou douze premiers jours de l'opération, par des injections nutritives rectales, dans le cas où la déglutition serait absolument empêchée et où l'aphagie serait complète.

La péritonite à laquelle succomba notre opéré peut s'expliquer par plusieurs causes, dont aucune n'est inhérente à la gastrostomie. Il régnait à l'hôpital une sorte d'épidémie infectieuse qui rendait mortelles la plupart des opérations, et je crois, si les rapports qui m'en ont été faits sont exacts, qu'on avait perdu depuis quelque temps dix amputés sur douze. Une simple piqûre que je me fis au doigt dans un des pansements de mon malade devint l'occasion

(1) Fin. — Voir le numéro précédent.

d'une lymphangite qui nécessita quatre applications du cautère actuel. On peut dès lors supposer qu'un point de la plaie abdominale, comprimé par la pince gastrostome, a été frappé, le quatrième ou cinquième jour de l'opération, d'une inflammation phagédénique et ulcérative, suivie de la destruction des adhérences déjà établies et d'une péritonite. La simple pression de la pince sur le côté gauche de la plaie suffit pour rendre compte de cette fatale complication, que nos manœuvres d'injections alimentaires et le tamponnement consécutif de la fistule furent certainement capables de déterminer, ainsi que les efforts de la toux et la nécessité pour le malade de se lever fréquemment pour uriner. Le malade avait parfaitement supporté son opération et avait été regardé comme hors de danger vers le sixième jour, après que l'alimentation directe eut relevé les forces et dissipé le mouvement fébrile. C'est manifestement à cette époque que la péritonite a commencé ou s'est étendue, et nous l'eussions très probablement évitée en prenant les précautions que nous venons d'indiquer.

La présence d'une vaste ulcération carcinomateuse dans l'œsophage n'a pu être sans fâcheuse influence sur la constitution et les fonctions digestives, incessamment compromises par l'introduction dans l'estomac de matières sanieuses et purulentes, et c'est là, pour beaucoup de cas, une redoutable complication.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 23 mars 1853. — Présidence de M. Guersant.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance manuscrite.

M. Borelli (de Turin), membre correspondant, adresse la dernière partie de son travail sur les injections iodées employées comme moyen thérapeutique dans certaines affections chirurgicales.

Correspondance imprimée.

La Société reçoit :

Du traitement des épanchements pleurétiques purulents par les injections en général, et les injections iodées en particulier, par M. Boinet;

Recherches sur quelques points de l'anatomie pathologique du rachitisme, par M. Broca ;

Études historiques et médicales sur l'usage des corsets, par M. Bouvier.

Fracture de la colonne vertébrale.

M. Huguier communique l'observation suivante :

Le 1er janvier 1853, on amena à l'hôpital Beaujon le nommé Delaplace, âgé de vingt-six ans; il venait de tomber à la renverse de la hauteur d'un deuxième étage sur un tas de décombres. A la suite de cet accident il resta un quart d'heure environ sans connaissance, et lorsqu'il revint à lui il s'aperçut que ses membres inférieurs ne pouvaient plus se mouvoir et qu'ils étaient insensibles.

Le blessé éprouvait une vive douleur au niveau de la troisième vertèbre lombaire, et la pression sur ce point l'augmentait. La sensibilité est entièrement abolie dans toute la région fessière; en avant le pli inguinal marque la limite de la perte du sentiment. La vessie et le rectum sont également paralysés. On est obligé de sonder le malade.

Le 3 janvier, M. Landry, interne de l'hôpital, a électrisé plusieurs fois Delaplace, et a observé ce qui suit : les membres inférieurs sont absolument privés de mouvement, et, quelle que soit la volonté du malade, il ne peut en déterminer aucun dans les orteils, les pieds, la jambe ou la cuisse. Les muscles de l'abdomen se contractent volontairement. Depuis les orteils jusqu'au tiers supérieur de la cuisse, le malade n'apprécie nullement le toucher simple, les piqûres légères ou profondes ou les changements de température. A partir du tiers supérieur de la cuisse la sensibilité reparaît, mais elle est obtuse.

L'insensibilité de la jambe était telle, que lorsque l'aiguille à acupuncture, après avoir été assez fortement enfoncée, fut mise en contact avec l'appareil électrique de Breton, le malade dit qu'il n'éprouvait aucune douleur; seulement il prétendit qu'il sentait remuer ses orteils et ses pieds; il indiquait effectivement la direction des mouvements que les contractions musculaires imprimaient à la jambe sous l'influence de l'électricité. Comme on pouvait craindre une erreur, on banda les yeux du malade, et à plusieurs reprises le résultat fut le même. Pareillement, si l'on essayait avec la main de faire mouvoir le pied ou la jambe sans remuer la cuisse, le malade rendait parfaitement compte du mouvement imprimé.

La contractilité musculaire semblait normale; il suffisait de faibles doses d'électricité pour la développer; cependant il fallait une dose moins forte pour déterminer des contractions dans les membres supérieurs.

Pendant cet intervalle de temps le ventre fut tenu libre, des cataplasmes émollients furent appliqués sur la région lombaire, et une saignée de 5 palettes fut pratiquée.

Du 4 au 11 janvier, les symptômes allèrent toujours en s'aggravant. A cette époque, on remarque que le malade n'apprécie plus les mouvements qu'on imprime aux pieds ou aux jambes; la contractilité musculaire est sensiblement diminuée; et même, lorsque le courant électrique est dirigé sur le trajet d'un cordon nerveux au moyen de l'électro-puncture, on ne peut plus faire mouvoir les membres. On n'obtient que des contractions fibrillaires, quelle que soit l'intensité du courant.

Du 11 au 27 janvier, l'état devint encore plus alarmant; l'appétit disparut, la soif était vive. Malgré la précaution de le sonder plusieurs fois par jour, le malade ne pouvait plus conserver ses urines; les selles étaient involontaires, et de larges eschares se formèrent au sacrum.

Dans les derniers jours qui précédèrent sa mort, arrivée le 8 février, le malade avait la respiration très gênée; il était tourmenté par des nausées et des vomissements. L'intelligence fut conservée jusqu'aux derniers instants.

Autopsie. — Après avoir enlevé les parties molles qui recouvrent la partie postérieure de la colonne vertébrale, on trouve qu'à la région dorsale il y a trois vertèbres, les 10e, 11e et 12e, dont les apophyses épineuses sont déjetées à droite et à gauche, et un peu écartées l'une de l'autre; cependant on ne découvre pas encore de fracture. En examinant la colonne vertébrale en avant, on trouve que le corps de la 12e vertèbre dorsale a presque disparu et est remplacé par une saillie séparant l'un de l'autre le disque intervertébral inférieur de la 11e vertèbre dorsale et le disque supérieur de la première lombaire. Une fissure occupant la partie moyenne de l'enveloppe aponévrotique qui revêt cette saillie laisse voir une fracture par écrasement occupant tout le corps de la 11e vertèbre, moins les parties latérales, qui ont à peu près leur hauteur normale, tandis que la partie moyenne n'a à peu près que la moitié de sa hauteur. Le corps de la 10e vertèbre lombaire est aussi fracturé en avant, mais presque sans déplacement.

Examen de la moelle et de ses enveloppes. — Au-dessus et au-dessous de la fracture, la moelle est saine ; il n'existe dans la gaîne qu'un peu de sérosité légèrement teinte de sang. La queue de cheval est dans l'état normal. Au niveau de la fracture, on trouve une saillie en arrière de toute l'épaisseur de la moelle. Cette courbure est due à la saillie du corps de la vertèbre fracturée. Dans ce point, la moelle présente à sa partie postérieure une déchirure et son tissu n'est plus qu'une sorte de détritus blanchâtre. A cet endroit, l'arachnoïde présente une déchirure de près d'un centimètre d'étendue.

On connaît les opinions de M. Marshall-Hall sur les fonctions respectives de la moelle et du cerveau. La moelle, suivant ce physiologiste, aurait pour propriété d'entretenir la contractilité musculaire, et le cerveau celle de l'épuiser : aussi rapporte-t-il à une lésion, soit matérielle, soit fonctionnelle, de la moelle toutes les paralysies dans lesquelles on constate l'abolition de la contractilité électro-musculaire. Malgré l'erreur contenue dans cette assertion trop absolue, elle contient cela de vrai que toute altération profonde de cet organe entraîne tôt ou tard le trouble fonctionnel dont il est question. L'observation précédente en est une preuve; mais il est des faits pathologiques qui font exception à cette règle.

Un autre fait bien digne de remarque, c'est que chez ce malade toute sensation de contact, de température ou de douleur était totalement abolie, aussi bien dans les parties profondes que sur la peau; malgré cela il avait très bien, pendant les premiers jours, le sentiment des mouvements imprimés à ses pieds, soit par une main étrangère, soit sous l'influence de l'électricité, comme l'a observé M. Landry. Non-seulement il ressentait ces mouvements, mais il en appréciait l'énergie et la direction. Cette persistance dans la perception de l'action musculaire coïncidant avec l'abolition de tout autre sentiment semble confirmer ce qui a été dit récemment sur l'existence d'une sensation particulière d'activité musculaire qui paraît être essentiellement distincte des autres sensations cutanées ou profondes.

M. Gerdy. L'observation que vient de nous communiquer M. Huguier vient à l'appui des observations que j'ai faites sur les diverses natures de sensibilité. Aussi, rien d'étonnant que ce malade conservât le sentiment du mouvement qu'on imprimait à ses jambes, tandis qu'il ne sentait plus les aiguilles qu'on enfonçait.

De l'emploi des ponctions exploratrices aidées du microscope comme élément de diagnostic.

M. Marjolin. Dans la séance du 16 février dernier, j'ai eu l'honneur de vous présenter plusieurs tumeurs enkystées siégeant dans le creux axillaire et remontant jusqu'au-dessous de la clavicule. Ces tumeurs, qui, par leur aspect et leur développement, semblaient être de nature tuberculeuse, examinées au microscope par MM. Robin et Follin, ont présenté l'élément cancéreux dans toute sa pureté. Ce matin la malade est sortie de mon service entièrement guérie quant à présent. Si plus tard il survenait une récidive, j'aurais soin de vous tenir au courant.

Aujourd'hui je mets sous vos yeux une tumeur cancéreuse du sein, enlevée sur une femme encore jeune. Les divers symptômes observés pendant la marche de la maladie et l'aspect de la tumeur ne m'avaient laissé aucun doute sur sa nature ; aussi n'ai-je été nullement supris de constater, à l'aide du microscope, la présence des cellules cancéreuses.

J'ai pensé, en présence de ce fait, que l'occasion était favorable pour rechercher jusqu'à quel point on pouvait établir le diagnostic sur des ponctions exploratrices aidées du microscope. A cet effet, le lendemain de l'opération, après avoir eu la précaution de conserver la tumeur dans une température égale et à l'abri de la chaleur pour empêcher sa décomposition, à deux reprises différentes je l'ai traversée dans son plus grand diamètre avec un petit trocart à hydrocèle ; j'avais eu soin de faire faire sur la canule sept ouvertures de 3 à 4 millimètres d'étendue, de manière à laisser un libre accès aux liquides ou aux tissus lorsque je viendrais à retirer le trocart. La tumeur, qui était assez dure, n'a pu être traversée que très difficilement. Une première ponction n'a rien ramené, et à la seconde M. Mandl, qui avait bien voulu m'assister dans cette recherche, a eu beaucoup de peine à trouver suffisamment de tissu pour en soumettre quelques parcelles au microscope, et l'examen qui en a été fait n'a donné que des résultats fort douteux. Cette première expérience, faite avec toutes les précautions qu'exige ce genre de recherches, ne suffira pas, comme bien vous devez le croire, pour juger une question aussi délicate ; il serait donc, je crois, important, pour arriver assez promptement à sa solution, que chacun d'entre nous la répétât. J'ajouterai, en terminant, que jamais les ponctions exploratrices ne pourraient être faites avec un trocart semblable sans exposer les malades à de très vives douleurs et à des accidents consécutifs souvent très graves. Si j'ai agi de la sorte, c'est que je voulais voir si, même en exagérant la puissance des moyens, on aurait un résultat.

M. Giraldès. Je ferai remarquer que l'instrument employé par M. Kys pour ces sortes de ponctions est beaucoup plus petit.

M. Gerdy. Aux précautions qui ont été prises, il faudrait peut-être ajouter les suivantes : rendre l'ouverture des fenêtres de la canule aussi tranchante que possible ; retirer à moitié la canule et la faire refouler de nouveau dans la voie qu'elle a parcourue, de manière qu'elle agît comme un emporte-pièce : de cette façon, on obtiendrait probablement une quantité suffisante de tissus.

Quant aux accidents, il est toujours facile d'éviter les gros troncs vasculaires ou nerveux, et si des accidents consécutifs se manifestaient, on est toujours à même de les combattre ; il ne faut donc pas avoir tant de crainte pour l'emploi de ce moyen, qui pourra peut-être fournir des éléments précieux pour le diagnostic.

M. Robert. M. Marjolin, dans les réflexions judicieuses qu'il vient de vous présenter, a voulu seulement démontrer le peu d'utilité des ponctions exploratrices appliquées au diagnostic des tumeurs solides. Quant à moi, je vais plus loin ; je repousse ces ponctions, non-seulement parce qu'elles sont inutiles, mais parce qu'elles peuvent être dangereuses. Il n'est permis, suivant moi, de recourir au trocart explorateur que lorsque l'on soupçonne dans la tumeur l'existence d'un liquide ou d'une substance organique molle, et c'est, du reste, dans ces limites d'application que ce moyen d'investigation est employé par la plupart des chirurgiens. Si on est certain qu'une tumeur est solide, la ponction fournira peu de lumières sur les indications opératoires. En effet, en supposant même que la canule pût amener quelques-uns des éléments histologiques de la tumeur, ce n'est point dans la connaissance de ces éléments que le praticien devrait puiser les motifs principaux d'agir avec l'instrument tranchant ou de s'abstenir ; comme l'a dit avec justesse M. Forget, ce serait réellement amoindrir la chirurgie que de se baser sur de telles notions. Une tumeur solide étant donnée, cancéreuse ou non (jusqu'à ce qu'il soit démontré qu'on ne doit opérer aucun cancer), le chirurgien devra se déterminer d'après le volume, la circonscription de la tumeur, son degré de mobilité ou d'adhérence, ses connexions, son isolement ou sa coïncidence avec d'autres tumeurs, sa marche plus ou moins rapide, les troubles qu'elle apporte ou peut apporter ultérieurement dans l'exercice des fonctions, et enfin l'état général de la constitution.

J'ajouterai que les ponctions exploratrices doivent être sobrement employées, parce qu'elles ne sont pas exemptes de dangers; elles peuvent amener des érysipèles, des inflammations phlegmoneuses au sein de la tumeur ; elles peuvent hâter la dégénérescence de celles dont la nature est maligne. Enfin des accidents singuliers peuvent s'ensuivre, ainsi que le prouve le fait suivant.

Il y a une dizaine d'années environ, un jeune homme ayant les apparences d'une bonne santé me consulta pour une tumeur assez volumineuse qu'il portait dans la bourse droite ; comme il existait de la transparence à la partie antérieure, je crus devoir la vider à l'aide d'un trocart explorateur afin de pouvoir mieux étudier ensuite l'état du testicule. Un quart d'heure ne s'était pas écoulé depuis cette ponction, que le malade accusa une douleur atroce dans le ventre ; il fut pris des symptômes d'une péritonite sur-aiguë, et succomba en douze heures. Etonné autant qu'effrayé d'un fait aussi étrange, je fis l'ouverture, et je trouvai que la tumeur du testicule était un sarcocèle complétement ramolli, n'ayant aucune connexion directe ou indirecte avec l'abdomen. La cavité du péritoine était remplie par du sang et un détritus encéphaloïde. En cherchant, je trouvai derrière le lobe droit du foie une tumeur du volume d'une orange, formée de matière encéphaloïde, également ramollie et sous-jacente au péritoine. Cette tumeur s'était sans doute rompue sous l'influence du léger spasme produit par l'opération, et avait donné lieu à une péritonite.

M. Marjolin. Je suis très heureux de voir, dans cette circonstance, notre honorable collègue M. Robert venir appuyer de son expérience ce que j'ai dit sur la valeur et l'opportunité des ponctions exploratrices; mais ce serait grandement se méprendre que de vouloir me faire dire que je regarde ce moyen comme tout à fait inutile. J'ai dit, et je le répète encore, que, dans les cas où la symptomatologie ne nous fournit pas des éléments suffisants pour porter un diagnostic précis, il est quelquefois nécessaire de pratiquer une ponction exploratrice pour prendre une détermination ; mais il faut être très réservé sur ce genre d'investigation, car l'expérience nous démontre que si nous différons l'opération, ou si nous sommes obligés d'y renoncer par suite de la nature même de la maladie, il survient assez souvent des accidents d'une gravité telle que les jours du malade peuvent être en danger.

Aujourd'hui une question toute nouvelle nous est soumise, celle de savoir quel avantage on peut tirer d'une ponction exploratrice pour connaître la nature intime d'une tumeur à l'aide du microscope. Loin de repousser ce nouveau moyen d'investigation, qui rend alors l'emploi du microscope précieux comme moyen clinique, il faut l'étudier avec soin, sans prévention, et voir si le diagnostic en deviendra réellement plus précis.

Ce n'est donc plus, comme vous le pressentez, par un simple motif de curiosité que je me suis livré à cette recherche, mais pour voir si réellement nous trouverons dans les ponctions exploratrices aidées du microscope des éléments de diagnostic capables de compenser tous leurs inconvénients.

Pour résoudre cette question, il faudra, après leur extirpation, examiner, comme je l'ai fait, toutes les tumeurs et consigner avec exactitude combien de fois nous serons d'accord avec le diagnostic qui nous a déterminés à entreprendre l'opération ; seulement il ne faut pas oublier que c'est une difficulté de plus que nous allons apporter dans l'appréciation des faits, qu'il y a là toute une éducation à faire, et que, lors même que nous serions familiers avec toutes les finesses du procédé, à chaque instant nous trouverons des obstacles matériels presque insurmontables, peut-être même d'autres sources d'erreur.

Enfin j'admets que, dans une circonstance difficile, ne trouvant pas dans la symptomatologie assez d'éléments pour arriver à un diagnostic précis, avant de prendre une détermination, vous recouriez à ce nouveau mode d'examen, qui n'a, à ma connaissance, été employé par aucun de vous, même dans les cas les plus obscurs ; que faudra-t-il faire lorsqu'on aura la certitude qu'il s'agit d'un cancer ? Tout récemment vous avez entendu dire dans cette enceinte que « la statistique démontrait que le cancer était incurable, tandis que pour le tissu fibro-plastique la curabilité était la règle. » Supposez que cette nouvelle loi posée par M. Lebert soit vraie, qui d'entre nous osera entreprendre l'extirpation d'une de ces épouvantables tumeurs qui occupent une moitié de la face? Nous hésiterons, et, par la suite, il en résultera une incertitude fâcheuse, qui fera repousser dans d'autres cas des opérations indiquées.

Comme vous le voyez, il est donc bien important d'arriver à la solution de cette question, solution qui pourra être obtenue assez promptement sans aucun préjudice pour les malades, si chacun de nous veut répéter la même expérience et faire part de ses résultats.

Lorsque notre honorable collègue M. Gerdy nous a objecté qu'avec du soin on peut éviter les troncs vasculaires ou nerveux, j'aurais pu lui répondre que je faisais abstraction de ce genre d'accidents. Encore ne faut-il pas perdre de vue que souvent des organes importants, qu'il faut éviter, sont déplacés par les tumeurs. Ce que je ne partage pas, c'est son peu de crainte pour les accidents consécutifs, accidents souvent mortels.

Enfin il est une considération que je ne puis passer sous silence, c'est l'influence morale que ce nouveau genre d'investigation peut produire sur le malade. Aujourd'hui que chaque découverte se trouve connue de tous, votre client est en droit de vous demander le résultat de votre examen; il peut lui-même, si le microscope ne vous est pas familier, vous guider dans votre recherche. Qu'aurez-vous à lui répondre lorsqu'il verra par lui-même, ou qu'il devinera par votre abstention qu'il est incurable? Vous l'aurez privé d'une grande ressource, de l'espoir, et désormais vous ne pourrez plus rien pour remonter son moral.

M. Richet. J'ai été témoin d'un fait qui vient à l'appui de ce que vient de nous dire M. Robert. Un chirurgien ayant été appelé près d'un postillon, homme fort et bien constitué, qui portait à la partie supérieure de la cuisse une tumeur dont la nature était douteuse, crut devoir, pour éclairer le diagnostic, pratiquer une ponction exploratrice avec un bistouri à lame très étroite; à peine l'eut-il retiré qu'il sortit un jet de sang rutilant et saccadé : c'était un anévrisme. La plaie fut réunie par un point de suture et le malade conduit à la Maison de santé. M. Monod, dont j'étais alors l'interne, pratiqua la ligature de l'artère iliaque externe. Dès les premiers jours qui suivirent l'opération, les lèvres de la première petite plaie se gangrenèrent et devinrent le point de départ d'un sphacèle qui s'étendit bientôt à toute la partie anévrismale, et le malade succomba. A l'autopsie, nous trouvâmes que c'était un anévrisme diffus de l'artère crurale. (On trouverait de plus amples détails en consultant l'observation que j'ai publiée dans les *Archives de médecine*, année 1840, no de juin.)

N'est-il pas évident que la ponction exploratrice a été la cause déterminante d'accidents qui ne seraient pas survenus sans cette circonstance? Et cependant elle avait été faite avec un bistouri à lame étroite. Que serait-il donc arrivé si on se fût servi d'un trocart?

Je me crois donc autorisé à dire avec M. Robert qu'il ne faut user des ponctions exploratrices qu'avec les plus grands ménagements, et alors seulement que tous les moyens rationnels de diagnostic sont restés sans résultat pour établir une opinion. Il est certain que dans le cas dont je viens de parler l'auscultation de la tumeur, si elle eût été faite, aurait pu mettre sur la voie, car on pouvait manifestement entendre un bruit de souffle.

M. Lallemand. Avant de recourir à des moyens qui ne sont pas sans inconvénients, je crois qu'il faut avoir grand soin de s'entourer de tous

les renseignements qui peuvent porter du jour dans des questions obscures; c'est souvent en interrogeant chaque organe, en examinant comment ses fonctions se remplissent, qu'on peut arriver au diagnostic véritable. Je me souviens d'avoir été consulté par un jeune homme ayant les deux testicules inégaux, tuméfiés. L'absence de toute transparence dans les deux tumeurs avait fait craindre l'existence d'un double sarcocèle. Ce malade, avant l'opération, voulut avoir mon avis. Je l'examinai avec soin, et comme il était marié, je lui demandai comment il remplissait ses fonctions maritales. Sa réponse fut que jamais il n'avait ni cessé, ni même diminué. Sur ce je pensai qu'il s'agissait d'une hydrocèle, et je pratiquai une ponction. Il sortit un liquide visqueux semblable à de la lie de vin, et je constatai que les deux testicules avaient un volume normal.

M. Demarquay. Aux faits qui viennent d'être cités, j'ajouterai que dans un cas de tumeur douteuse des bourses, j'ai été témoin d'une ponction exploratrice qui détermina le lendemain des accidents très graves.

M. Giraldès. Malgré ce que nous a dit M. Robert, il est partisan des ponctions exploratrices; comme les autres chirurgiens, il les emploie dans les cas où le diagnostic des tumeurs est difficile ou obscur. Ce n'est que par une exagération de langage qu'il laisse supposer que les ponctions exploratrices sont employées à tout propos et sans but déterminé. Cette opération est indispensable dans un grand nombre de tumeurs formées par des kystes; le chirurgien a souvent besoin de connaître la nature du liquide ou de la matière qu'elles renferment pour pratiquer une opération convenable. Je vais plus loin, et j'ajoute que cette opération pourra devenir indispensable, si les prévisions annoncées par M. James Paget dans un cours sur les maladies cancéreuses, professé en 1852 au collége royal des chirurgiens de Londres, venaient à se confirmer. Il paraît résulter des recherches de ce chirurgien que les malades qui sont opérés pour des affections cancéreuses succombent dans un laps de temps plus court que si la maladie était abandonnée à elle-même sans être opérée.

M. Forget. La Société se rappelle comment la question des ponctions exploratrices a été introduite dans la discussion au sujet des tumeurs fibro-plastiques, à laquelle M. Robert vient de faire allusion. Ce n'est pas comme procédé de diagnostic général que nous l'avons attaquée, mais bien comme moyen spécialement appliqué au diagnostic différentiel des tumeurs fibro-plastiques et cancéreuses. A mon avis, c'est là un point de pratique que la discussion récente a permis de juger d'une manière définitive. Il me semble que, la coexistence de l'élément cancéreux et fibro-plastique dans une même tumeur ne pouvant plus être contestée, la ponction exploratrice serait impropre à déterminer d'une manière certaine la nature d'un semblable produit pathologique.

Je rappellerai au surplus que, dans sa réponse aux objections qui lui ont été faites, M. Lebert lui-même a abandonné les ponctions pratiquées dans ces tumeurs, comme étant dangereuses et pouvant déterminer des accidents inflammatoires.

Quant à ce qu'a dit M. Giraldès de l'utilité de réserver les ponctions dont il s'agit pour les cas de tumeurs solides de nature douteuse, il me semble que l'exemple qu'il a pris n'est pas heureux. En suivant l'indication qu'il vient de donner, à savoir, de s'assurer si une tumeur est ou n'est pas cancéreuse, à cette seule fin de ne pas l'opérer dans le cas où il y aurait cancer, attendu que les cancéreux que l'on opère vivent moins longtemps que ceux auxquels on ne touche pas; en suivant, dis-je, cette indication, on s'exposerait à ponctionner précisément les tumeurs auxquelles il est le plus dangereux de toucher. N'est-ce pas en effet un précepte classique de respecter les tumeurs de mauvaise nature, et ne sait-on pas avec quelle rapidité elles se développent à l'occasion d'une simple piqûre.

M. Robert. Je fais usage des ponctions exploratrices pour des tumeurs liquides, comme Dupuytren et Récamier l'ont conseillé pour certains kystes ou des tumeurs du foie; mais quant aux tumeurs solides, il faut s'en abstenir. Je n'ignore pas qu'il y a des tumeurs cancéreuses qu'il faut respecter, mais il en est aussi dont l'extirpation prolonge la vie des malades, et tant qu'il ne me sera pas démontré que le cancer marche d'autant plus lentement qu'on y touche moins, je continuerai à opérer toutes les fois qu'il y aura indication.

M. Giraldès. En voulant détruire une partie de ce que j'ai avancé, M. Forget oublie une prémisse de mon raisonnement. J'ai dit en effet que les ponctions exploratrices dans le diagnostic des tumeurs cancéreuses deviendraient indispensables si les prévisions de M. Paget se confirmaient, car il faudrait alors déterminer la nature des tumeurs, afin de savoir si elles devraient être opérées ou abandonnées.

Quant à M. Robert, il admet les ponctions exploratrices, surtout pour les tumeurs du foie. Mais, à mon avis, il y a plus de danger à les employer dans ces cas que dans ceux dont il a été question. En effet, une tumeur peut être entourée de vaisseaux veineux très développés, et lorsqu'il n'y a pas d'adhérences, il suffit de la lésion d'un seul vaisseau par l'instrument explorateur pour amener une hémorrhagie mortelle. C'est ce qui m'est arrivé dans un cas de tumeur du foie. Le malade succomba à la suite de la ponction avec tous les signes d'une hémorrhagie interne, et à l'autopsie je trouvai toute la cavité du péritoine remplie de sang veineux.

M. Larrey. La pratique des ponctions exploratrices, tendant à se généraliser de plus en plus, est certes avantageuse pour établir ou modifier le diagnostic de certaines tumeurs, constituées surtout par des liquides; et cette pratique peut être utile aussi à la connaissance exacte de quelques tumeurs solides, dont le produit devient appréciable à l'observation microscopique; mais les ponctions exploratrices ne sont pas sans inconvénients dans des cas même très douteux, et notamment lorsqu'elles s'appliquent à des tumeurs dégénérées ou cancéreuses. Il semble alors que l'irritation intérieure déterminée par l'instrument explorateur favorise le développement de la tumeur, hâte les progrès de la dégénérescence ou aggrave les accidents. Tel est du moins le résultat que j'ai observé, pour ma part, dans quelques cas dont le souvenir précis m'échappe, mais bien positivement chez un malade placé actuellement dans mon service de clinique au Val-de-Grâce.

Il s'agit d'un homme adulte atteint d'une tumeur cancéreuse de la cuisse. La cause accidentelle de cette tumeur a été une contusion assez violente survenue il y a près d'une année. Le développement primitif en a été assez lent; et, quoique la nature du mal ne laissât pas d'incertitude sur le diagnostic, une ponction exploratrice fut faite avec les précautions convenables dans un point ramolli en apparence fluctuant; il ne sortit que quelques gouttelettes de sang. Mais dès lors les douleurs lancinantes sont devenues tellement vives et prolongées, les progrès de la tuméfaction et du ramollissement si marqués de jour en jour et les symptômes réactionnels si redoutables que l'amputation de la cuisse, malheureusement prévue depuis longtemps, est à la veille d'être pratiquée.

La conclusion à tirer de ce fait et de ceux qui lui seraient comparables n'est-elle pas, ajoute M. Larrey, de recourir avec beaucoup de réserve aux ponctions exploratrices dans l'appréciation des tumeurs dégénérées ou cancéreuses?

M. Forget. Je ne crois pas avoir mal interprété les paroles de M. Giraldès en concluant qu'elles ne tendaient pas à autre chose qu'à faire pratiquer la ponction dans des tumeurs qu'il y a un grand intérêt à ne pas léser. Si, comme vient de nous le dire notre honorable collègue, il résulte de recherches récemment publiées que les cancéreux non opérés vivent plus longtemps que ceux que l'on opère et qu'il y avait dès lors avantage de connaître la nature des tumeurs, afin de ne pas les opérer si elles étaient produites par des éléments cancéreux, la conséquence ici ne découle-t-elle pas naturellement des prémisses, et dès lors n'ai-je pas eu raison de dire que la ponction, seul moyen d'arriver à cette connaissance, était appliquée ainsi aux tumeurs qu'il faut surtout ne pas léser si on veut que le but que notre collègue a indiqué soit atteint, celui de voir se prolonger les jours du malade plus longtemps que si on l'opérait?

Et, comme pour confirmer l'opinion que je venais d'émettre sur le danger de ces ponctions dans les tumeurs cancéreuses, M. Larrey a cité un fait qui rend la démonstration on ne peut plus frappante.

De la coagulation du sang par l'introduction du perchlorure de fer dans les vaisseaux artériels.

M. Lallemand. Dans mon dernier voyage, j'ai été témoin de plusieurs expériences faites à Lyon par un des membres de cette Société, notre honorable collègue M. Pravaz, et j'ai été tellement frappé de l'importance du résultat obtenu que je me crois obligé de vous en faire part, dans l'idée que vous pourrez de votre côté continuer ces expériences et les tourner au profit de plusieurs affections chirurgicales très graves. Il s'agit de la coagulation presque instantanée du sang dans les artères par suite de l'introduction d'une très petite quantité de perchlorure de fer dans le point même où l'on veut obtenir un coagulum.

Vous savez tous que dans ces derniers temps M. le docteur Pétrequin (de Lyon), d'après les recherches de M. Pravaz, a employé l'acupuncture et l'électro-puncture dans le but de coaguler le sang dans des tumeurs anévrismales; vous savez également que ce moyen, quelque ingénieux qu'il soit, n'est pas sans dangers. Frappé de divers inconvénients de cette méthode, M. Pravaz a cherché si la chimie ne pourrait pas à son tour lui fournir quelque moyen moins dangereux pour arriver au même résultat. Il fallait trouver un agent capable non-seulement de ralentir la circulation, mais de coaguler le sang: or le perchlorure de fer concentré coagule le sang en quelques instants, et son introduction dans les vaisseaux artériels n'a été suivie d'aucun accident.

Voici les expériences que j'ai répétées avec M. Pravaz pendant mon séjour à Lyon:

On ne se sert que de trocarts d'une finesse extrême; ils ne sont pas plus volumineux qu'une aiguille; une seringue très douce peut s'adapter sur eux. Le piston de cette seringue est gradué et n'avance qu'au moyen d'un pas de vis très fin, de telle sorte que non-seulement on évite toute secousse, mais l'injection est mesurée, chaque tour de vis donnant une quantité de gouttes fixée, il est facile de connaître combien on en a injecté.

Notre première expérience a été faite sur un mouton; la carotide ayant été mise à nu, le trocart a été introduit, et trois ou quatre gouttes de perchlorure de fer ont été injectées; pendant l'opération, nous avions eu la précaution de comprimer l'artère au-dessus et au-dessous. Sur-le-champ nous avons senti le vaisseau devenir plus ferme. Au bout de deux mois, le mouton ayant été tué, nous avons trouvé un petit caillot assez ferme, rougeâtre, obstruant la carotide.

Nous avons fait la même expérience sur des chevaux; là l'expérience était bien plus décisive: six gouttes de perchlorure de fer furent introduites dans la carotide; on pouvait évaluer à environ six cuillerées la colonne de sang comprise dans l'intervalle des deux points comprimés. Au bout de quatre minutes et demie, la compression fut abandonnée; pendant ce temps, le caillot avait déjà une consistance pâteuse; puis il s'est durci si rapidement qu'au bout de cinq minutes il donnait la sensation d'une olive; malgré la vive impulsion du cœur, le caillot est resté en place.

Le cheval a été abattu au bout de six minutes, et nous avons trouvé un caillot consistant: à son niveau, la membrane interne de l'artère présentait des plis longitudinaux et des rides transversales; au-dessus et au-dessous, rien de semblable.

L'expérience a été répétée sur un second cheval, qui a vécu dix jours sans accidents; à l'ouverture, nous avons trouvé un caillot très dur au centre et terminé en olive à ses deux extrémités; il s'arrêtait au niveau de la première collatérale.

Ce moyen n'a pas encore été employé sur l'homme, M. Pravaz n'ayant encore eu aucune occasion; il est bien à désirer qu'il réussisse, car ce serait d'un puissant secours dans plusieurs cas d'anévrisme. Seulement il y aura là des difficultés, le sang étant moins coagulable et les parois artérielles étant souvent très altérées. Comme opération, si elle doit réussir, ce sera un pas immense de fait, car on évitera une foule de difficultés des plus grandes.

M. Debout. Je commencerai par remercier M. Lallemand de cette communication, qui est d'un haut intérêt, et lui demanderai ensuite s'il ne craint pas de voir plus tard le caillot se dissoudre, car ce n'est pas tout de former un caillot; on a pu y arriver par l'électro-puncture; ce qu'il faut, c'est l'empêcher de se redissoudre; ainsi, dans un cas d'anévrisme de l'artère brachiale, où l'on avait employé l'électro-puncture, un caillot du volume d'un œuf de pigeon fut obtenu en dix minutes; mais, comme il n'y avait pas eu une inflammation suffisante de la paroi artérielle, il s'est dissous, et M. Robert a dû recourir à la ligature.

M. Lallemand. On ne peut guère établir de comparaison entre les résultats obtenus par l'électro-puncture et ces derniers; dans le premier cas, comparativement, le caillot est lent à se former et il n'a pas autant de consistance. Là, au contraire, sa formation est rapide: il devient très promptement ferme, comme nous avons pu nous en convaincre en l'ouvrant. De plus, cette modification des parois de l'artère dont j'ai fait mention me paraît suffisamment expliquer pourquoi le caillot a pu résister à l'impulsion du cœur; j'ajouterai qu'en détachant les deux caillots par leurs extrémités j'ai trouvé des adhérences en forme de petites pellicules.

M. Debout. Le temps nécessaire pour obtenir des caillots par la galvano-puncture varie suivant la manière dont on agit. Ils se forment avec d'autant plus de rapidité que le courant électrique n'est pas interrompu.

M. Demarquay. Ayant fait dans ces dernières années des expériences de galvano-puncture qui m'avaient donné des résultats opposés à ceux de M. Debout, j'en parlai à M. Pouillet, qui me dit que, ce moyen présentant trop d'inconvénients et de difficultés dans son application, il était préférable de chercher si on n'arriverait pas au même résultat par l'emploi des sels de fer.

Le secrétaire de la Société, Marjolin.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Le Conseil académique s'est réuni aujourd'hui à trois heures pour s'occuper de la présentation de trois candidats à la chaire d'histoire naturelle médicale.

Nous ne connaissons pas la décision d'une manière officielle; mais personne ne doute que le premier candidat ne soit M. Moquin-Tandon. Nous en doutons d'autant moins pour notre part, que le deuxième candidat, M. Martins, ainsi que nous l'avons annoncé, a déclaré ne pas poser sa candidature devant le Conseil académique. M. Moquin-Tandon sera non-seulement présenté en première ligne, mais nommé à coup sûr.

— Dans le comité secret de l'Académie de médecine, séance du 29 mars, et sur le rapport conforme de M. Dubois (d'Amiens), la permutation de M. Paul Dubois, qui avait demandé à passer dans la section d'accouchements, a été adoptée à l'unanimité moins une voix.

— M. Maillot, inspecteur du service de santé des armées, est chargé d'une mission pour étudier l'état sanitaire des régiments qui reviennent d'Afrique (circonscription de Bone), où a régné une épidémie de fièvre intermittente. Ces régiments sont en garnison à Marseille et à Perpignan.

— C'est le samedi 26 mars qu'a commencé le concours pour trois places de chirurgien au bureau central des hôpitaux. Voici le sujet de la composition écrite: « Quels sont les cas dans lesquels le chirurgien » doit ou peut pratiquer l'ablation des affections cancéreuses? Quels » sont les cas dans lesquels l'opération est contre-indiquée? »

— Nous avons annoncé dans notre n° du 24 février que la place de chef des travaux chimiques à la Faculté de Montpellier était devenue de nouveau vacante par suite de la démission de M. Galtier. Des trois candidats qui se sont présentés, deux, MM. Lazowski, préparateur à l'Ecole supérieure de pharmacie, et Faget, agrégé à cette même Ecole, ne satisfaisant pas, au moment voulu, aux conditions de l'ordonnance ministérielle, n'ont pu être placés sur la liste de présentation. La Faculté a donc dû se borner à mentionner ces honorables candidats dans son rapport, et à présenter seulement M. le docteur Brousse, agrégé, et ancien chef des travaux chimiques.

— Le conseil académique de Montpellier a présenté comme la Faculté et dans le même ordre, pour la chaire d'anatomie, MM. Benoît et Lacauchie.

— On lit dans l'*Akbar* d'Alger, 22 mars: « Une espèce de révolution concernant les prix et les qualités se fait ou va se faire dans la pharmacie algérienne. Comme partout et en toute chose, la concurrence amène le rabais; mais aussi comme partout et en toute chose, elle peu amener l'altération des qualités, et même la falsification des produits. De là des accidents, qu'il faut chercher à prévenir, car il ne s'agit de rien moins que de la santé publique. En France, les pharmaciens sont visités et inspectés par un jury médical; ne conviendrait-il pas de confier ici ce soin à une commission spéciale? »

— Le gouvernement autrichien vient, comme celui de Sardaigne, de nommer une commission chargée d'étudier l'importante question du goître et du crétinisme, qui font de grands ravages en Styrie.

— M. Reveilhe, nommé médecin en chef des hospices de Nîmes (Gard), en remplacement de M. Martin, décédé, a été installé dans ses nouvelles fonctions.

— *Nécrologie*. — M. le docteur Godefroy, président d'honneur de la Société médicale d'Indre-et-Loire, ancien membre du conseil municipal de Tours et ex-maire de Chambray, vient de mourir à Tours.

— Le docteur Fernandez, professeur à Madrid, est mort dernièrement et d'une manière extraordinaire. Etant entré chez un client, il s'approche du feu en disant: J'ai froid. A peine eut-il prononcé ces mots qu'il tomba mort.

— Le journal de médecine espagnol *El Heraldo medico* du 24 mars nous arrive encadré d'un filet noir, en signe de deuil de la mort de M. Orfila.

— Le choléra est en permanence à Saint-Pétersbourg. Le 4 mars au matin il y avait 201 malades en traitement; on a compté pendant cette journée 32 nouveaux cas, 10 guérisons, 19 décès. Restaient 204 malades.

— La Société de médecine de Nîmes avait mis au concours la question suivante:

1° Le tartre stibié et l'ipécacuanha, administrés à haute dose dans le traitement des maladies de poitrine, possèdent-ils le même mode d'action thérapeutique?

2° S'il n'en est pas ainsi, préciser les cas qui réclament l'une ou l'autre de ces médications.

Ce concours a été très riche en résultats; la Société a reçu dix mémoires doués presque tous d'un mérite incontestable.

L'auteur du mémoire couronné est M. le docteur Bassaget, de Marsillargues. Une mention honorable a été accordée aux docteurs Massard (Amédée), de Napoléon-Vendée; Bestien (Joseph), du Vigan; Sabatier (Aristide), de Bédarieux; Falot (R.), de Saint-Laurent-d'Aigouze.

— Une députation importante par le nombre et l'influence des membres s'est présentée ces jours derniers à lord Aberdeen, premier ministre d'Angleterre. Elle était composée de membres de l'Université, des chefs des principales institutions universitaires et maisons d'éducation de Londres, de plusieurs membres influents de la médecine et du barreau, et a exposé au gouvernement le vœu de l'Université d'être représentée au parlement par deux membres au moins choisis dans ses rangs.

M. Portes a lu au nom de ses collègues un mémoire dans lequel sont exposés les titres de l'Université, et où il évoque des décrets tombés en désuétude, mais qui sont néanmoins un précédent favorable à cette demande.

Le lord premier ministre a promis de prendre en grande considération le vœu de l'Université et de l'appuyer de toute son influence personnelle.

M. Piorry, professeur de la Faculté de médecine, commencera son cours de clinique médicale de la Faculté, à l'hôpital de la Charité, le mercredi 6 avril 1853, et le continuera les jours impairs (lundi, mercredi, vendredi) de chaque semaine pendant tout le semestre d'été.

La visite des malades aura lieu à 8 heures du matin et la leçon à 9 heures.

— M. Guersant, chirurgien de l'hôpital des Enfants, continuera son cours clinique sur les maladies chirurgicales des enfants à dater d'avril:

1° Les visites, tous les jours, à sept heures et demie;

2° Les leçons et opérations, tous les jeudis, de sept heures et demie à dix heures;

3° Les consultations, tous les jours, à huit heures, excepté le jeudi et le dimanche.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

Nº 41. — JEUDI 7 AVRIL 1853. (26e ANNÉE.) Nº 41. — JEUDI 7 AVRIL 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris
au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères,
en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Pays	Durée	Prix
Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	Trois mois	8 fr. 50 c.
	Six mois	16 »
	Un an	30 »
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	Trois mois	9 fr.
	Six mois	17
	Un an	33
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	Trois mois	10 fr.
	Six mois	20
	Un an	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

PARIS LE 6 AVRIL 1853.

Séances des Académies.

Deux rapports officiels ont précédé la discussion sur l'observation de paralysie progressive atrophique de M. Cruveilhier.

Le premier rapport, fait par M. Chailly, a paru contenir des conclusions un peu trop favorables, et l'Académie a cru devoir les faire réformer. Il s'agissait d'appareils proposés par M. Fléchelle, et entre autres d'un lit mécanique destiné aux accouchements. MM. Depaul et Moreau ont affirmé qu'un lit ordinaire remplissait aussi bien les indications.

C'est M. Michel Lévy qui a lu le deuxième rapport, au nom de la commission des épidémies pour l'année 1850. Comme on le voit, l'Académie, ou du moins la commission, ne se hâte guère, et cette lenteur est d'autant plus fâcheuse, que M. Piorry est depuis longtemps prêt à lire le rapport dont il est chargé pour les épidémies de 1851.

Quoi qu'il en soit, et sur l'insistance ministérielle, la commission s'est exécutée, le rapport pour 1850 a été lu, et il aurait été écouté avec intérêt si la lecture n'avait pas été faite malheureusement d'une voix faible, et que rendait moins intelligible encore l'accent étranger de M. Lévy.

Après une courte discussion, les conclusions ont été adoptées. Dans ces conclusions, nous en avons remarqué deux surtout qui méritent d'être approuvées; elles ont trait, la première à la demande adressée au ministre de réunir aux travaux sur les épidémies ceux relatifs aux épizooties, la deuxième au vœu manifesté que les travaux de ce genre soient généralisés, et les médecins engagés à faire parvenir sur chaque localité une réponse affirmative ou négative sur l'existence des épidémies. On aurait ainsi un état général du génie épidémique en France. L'adjonction de quelques membres de la section vétérinaire à la commission suffirait pour provoquer le même mouvement au sujet des épizooties.

Deux membres seulement ont pris la parole à l'occasion du fait de M. Cruveilhier, MM. Roux et Bouvier.

M. Roux a témoigné le regret que l'état du diaphragme et des muscles de la vie organique n'ait pas été noté assez exactement, ce que M. Cruveilhier a contesté avec raison.

M. Bouvier refuse à cette maladie le nom de paralysie; il y voit une dégénérescence musculaire avec conservation des mouvements tant que la transformation n'est pas complète. Il propose de lui donner une dénomination un peu complexe : *atrophie musculaire graisseuse envahissante.* Il cite un cas rapporté à la fin de la traduction d'Abercrombie par M. Gendrin, qui paraît être le même qu'un autre observé par Dupuytren : il s'agissait de l'atrophie de la moitié de la langue, que Dupuytren présumait due à la présence d'un kyste hydatique.

Le malade mourut quelque temps après dans le service de M. Gendrin, qui trouva, en effet, un kyste hydatique.

L'argumentation de M. Bouvier a été pleine d'intérêt. D'autres membres, entre autres MM. Bérard et Bégin, se proposent de prendre la parole dans la prochaine séance.

La séance de l'Académie des sciences nous offre une seule communication, celle de M. le professeur Piorry, sur le mal de Pott, qu'il traite souvent avec succès par l'iodure de potassium, le phosphate de chaux et le régime.

Le point qui paraît le plus important à M. Piorry consiste à reconnaître le mal dès le principe, et il pense qu'on ne peut le faire sans la percussion de la colonne vertébrale exercée avec soin par le plessimètre.

Il nous paraît, en effet, important de reconnaître et de traiter dès le principe une maladie si fréquemment rebelle aux secours de l'art. Plus de 20 guérisons sur 40 faits, tel est le résultat offert par la méthode du médecin de la Charité, et ce résultat est tellement avantageux qu'il exerce sur notre esprit beaucoup d'influence, et nous dispose à accepter avec faveur et le mode de traitement, et les moyens de diagnostic préconisés.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. GENDRIN.

Leçons sur l'hystérie (1).

TRAITEMENT. — Il ressort de l'observation dans les maladies hystériques qu'en plaçant les sujets dans des conditions hygiéniques convenables, et laissant l'affection marcher, avec l'âge elle cesse d'elle-même; de sorte que par cette donnée générale la médication expectante peut conduire à la guérison; mais ce sera toujours dans un temps assez long; le médecin qui voudrait l'obtenir promptement méconnaîtrait la marche et la nature d'une maladie essentiellement chronique.

Si on a des sujets chez lesquels on ne peut instituer de traitement, pour quelque cause que ce soit, force sera au médecin d'employer la médication expectante, mais à la condition de ne rien faire qui puisse exaspérer la maladie.

Il faudra surtout écarter toutes les circonstances qui surexcitent le système nerveux. Si la femme hystérique est malheureuse dans sa famille, si elle est entourée de personnes qui, ne comprenant pas son caractère, sont pour elle des causes de contrariétés fréquentes, il faudra l'éloigner, la placer loin de tout ce qui peut amener des ébranlements passagers dans son organisme; voilà la médication hygiénique capitale.

J'ai fait intervenir plus haut les dérangements de la santé comme causes d'exacerbation de l'hystérie, ou même de son retour, quand elle ne s'était pas montrée depuis longtemps; il faut donc, autant que possible, éloigner des sujets les causes morbigènes, et pendant la maladie, quand elle existe, il faut surveiller attentivement pour empêcher les causes d'ébranlement.

La quiétude morale et physique, une vie rendue heureuse en multipliant les satisfactions de toute espèce autour de la malade, telles sont les conditions les plus favorables pour que la maladie s'use d'elle-même en passant aussi rapidement qu'il est possible par toutes les phases qu'elle doit parcourir.

On peut instituer complétement cette méthode chez tous les sujets; mais elle varie selon les individus auxquels elle doit s'appliquer : c'est au médecin, dans sa sagacité, à se rendre compte de toutes les circonstances qui entourent sa malade, à favoriser les unes, à éloigner les autres, enfin à instituer sa médication de telle sorte qu'elle arrive au but qu'il se propose.

Mais il n'est pas toujours possible ni même raisonnable de maintenir sa thérapeutique restreinte à l'expectation; il existe des moyens de traitement et même des agents pharmaceutiques propres à modifier le système nerveux et à faire cesser l'hystérie.

Les auteurs qui en ont parlé se sont trop attachés à la recherche des remèdes seulement contre les attaques; ils ne font que la médication des paroxysmes. Un grand nombre d'agents thérapeutiques ont été tour à tour préconisés, et tous sont assez nuls dans leurs résultats; par eux, il est évident qu'on n'atteint pas la maladie elle-même. C'est en quoi ces auteurs ont manqué de logique. Les attaques se reproduisent malgré le remède, et l'hystérie n'en persiste pas moins avec ses accidents continus.

D'abord, il faut placer les malades de telle sorte qu'elles ne se blessent pas dans leurs mouvements violents; qu'elles ne puissent prendre, par exemple, leur oreiller entre les dents de manière à empêcher par le resserrement convulsif des mâchoires l'inspiration de se faire et de déterminer l'asphyxie.

Faire revenir les malades des attaques d'hystérie est une chose à ne pas négliger si l'attaque se prolongeait trop longtemps; mais il faut pour cela user de moyens capables de frapper subitement d'inertie le système nerveux. En plongeant rapidement la malade dans l'eau froide (c'est ce que l'on fait par de larges affusions), on suspendra les mouvements cloniques et on fera cesser les attaques; mais si on emploie ce moyen avec timidité, il ne sera pas un sédatif suffisant, et, loin de calmer les accidents cloniques, il pourra les exaspérer. Si on lance un verre d'eau à la figure des hystériques tombées en attaque, comme cela se pratique si souvent, il en est bien quelques-unes chez lesquelles l'accès cessera, surtout s'il est vers son déclin; mais chez la plupart cette pratique sera suivie d'exaspération dans les phénomènes cloniques. Si on veut obtenir un résultat, il faut faire de larges affusions sur tout le corps, et frapper le système nerveux de paralysie par une rapide soustraction de calorique.

On obtient peu d'effet des moyens topiques extérieurs : des cataplasmes sinapisés, par exemple, surtout dans la forme extatique; c'est un traitement de garde-malades qui ne donne aucun résultat. Dans le monde, on vous dira : Elle était tellement mal qu'elle n'a rien senti, et on laissera les sinapismes jusqu'à déterminer des eschares; cela n'a pour vous rien d'étonnant quand vous savez jusqu'à quel point existe l'anesthésie chez ces sujets, même pour les odeurs.

Il en est cependant qu'on peut surexciter par les substances odorantes fétides, qui quelquefois, même chez les gens qui se portent bien, impressionnent au point de déterminer des vomissements et des lipothymies. Chez les hystériques qui conservent la sensibilité de la pituitaire, on se sert de ces odeurs fétides pour faire cesser leurs attaques : ainsi l'assa-fœtida, la teinture de castoréum, l'éther, l'acide acétique, l'ammoniaque; ces deux derniers exercent, en outre, une action topique. On emploie encore la plume, la corne brûlées; ces diverses odeurs exercent de l'influence sur l'attaque d'hystérie et en favorisent la cessation.

Chez un grand nombre, on la fait cesser en recherchant une partie du corps où l'anesthésie ne soit pas profonde, et par laquelle on puisse stimuler les organes internes; ainsi quelques-uns de ceux contenus dans l'abdomen, et surtout les organes digestifs supérieurs. Si l'estomac est gonflé, ce qui se produit parce que la malade avale de l'air en grande quantité, une forte pression exercée sur lui, en y enfonçant le poing pour ainsi dire, peut faire cesser l'attaque. Chez d'autres, ce résultat s'obtient en faisant pénétrer dans l'œil, d'une manière continue, un rayon lumineux. La plupart des hystériques conservent la sensibilité de la vue, et sont impressionnables par l'excitation de la rétine. Dans les attaques, les paupières se serrent convulsivement; la lumière incommode les malades. Si on fait pénétrer dans l'œil un rayon lumineux en écartant de force les paupières, on en fera sortir un certain nombre de leur accès, mais, chez d'autres, [illegible] grande pour déterminer de la douleur et augmenter les mouvements cloniques. C'est un moyen à essayer.

Dans la forme extatique, les mêmes moyens donnent à peu près les mêmes résultats. Il faut cependant étudier l'action de ces agents sur les divers sujets. Je vous ai parlé d'une dame que les odeurs les plus faibles faisaient sortir de son attaque avec la rapidité de l'étincelle électrique; chez d'autres il faudra une odeur donnée, l'acide acétique, par exemple, et on ne pourra pas obtenir le même résultat chez d'autres.

Quelques hystériques sont sensibles à certains bruits musicaux, à un air qu'elles chérissent pour une cause ou pour une autre, tandis que les autres bruits ne les impressionneront pas. Elles seront sensibles à certaines voix et ne le sont pas à d'autres; ces moyens spéciaux peuvent donc être employés pour les faire sortir de leurs attaques extatiques.

Vous voyez qu'il faut chercher les surfaces et les points par lesquels on peut faire pénétrer dans l'organisme les moyens de traitement contre l'hystérie clonique et l'hystérie extatique. Ces moyens de traitement pénètrent jusqu'au système nerveux par telle ou telle voie laissée libre par la nature.

Quand une hystérique est placée dans les conditions d'une attaque imminente, et qu'on arrive avec des moyens capables de la distraire des causes qui ont donné lieu à cet état, on peut quelquefois détourner l'attaque. Une femme est menacée d'un accès sous l'influence d'une conversation : déjà son épigastre se gonfle; si vous parvenez à la distraire en détournant fortement son attention, si vous dégagez son système nerveux de l'impression qu'il a reçue, vous aurez prévenu l'accès.

Mais ce traitement des attaques n'atteint pas la maladie elle-même, consistant surtout dans les accidents continus, ce n'est qu'une médication indirecte; il faut trouver des médicaments agissant sur les conditions de l'état pathologique continu du système nerveux; en un mot, il faut trouver les médicaments curatifs. C'est ce dont nous nous occuperons dans un prochain article.

(1) Suite. — Voir les numéros des 27 février, 1er, 8 et 24 mars.

MALADIES DES YEUX. — M. DESMARRES.

Inflammation de la base de l'orbite.

J'ai remarqué avec Chélius et Mackensie que c'est la partie inférieure de l'angle externe de l'orbite qui est le plus fréquemment affectée. Cela tient sans aucun doute à sa position, qui la rend facilement accessible aux violences extérieures. En effet, la cause occasionnelle de cette inflammation est habituellement une chute ou un coup sur cette région. S'il s'agit d'un enfant dont la constitution soit lymphatique et surtout strumeuse, il survient bientôt dans la portion malaire de l'orbite de la douleur, de la rougeur, puis un peu de saillie des tissus et de la fluctuation. La paupière inférieure devient œdémateuse, la conjonctive rougit; il y a de la photophobie, et la fièvre se déclare; bientôt la saillie devient d'un

rouge obscur; elle s'élève, s'ouvre et verse un pus d'abord de bonne nature, mais ensuite séreux et sanieux.

L'ouverture qui s'est ainsi faite spontanément est contiguë au bord de l'orbite et au bord adhérent de la paupière; la tumeur s'affaisse, mais ne s'efface pas entièrement; les téguments environnant l'ouverture restent rouges et excoriés par la suppuration. La plaie devient fistuleuse; souvent elle est entourée par des granulations fongueuses; le stylet explorateur rencontre un os dénudé, inégal. Quelquefois les os s'exfolient, se carient, se nécrosent, et enfin, après plusieurs mois et même plusieurs années, les parties se réparent, la fistule se ferme, et dans ce travail de guérison la peau devient adhérente au périoste et présente une cicatrice profondément déprimée avec un raccourcissement plus ou moins prononcé de la paupière, accident que l'on a appelé *lagophthalmie;* il peut y avoir en même temps un renversement de la paupière en dehors ou *ectropion.*

Lorsque l'on a à constater la présence d'un abcès et que la fluctuation est évidente, on doit se hâter d'en faire la ponction; mais il convient de ne pas oublier que ces ouvertures demandent certaines précautions. On sait avec quelle facilité les plaies des paupières ou de leur voisinage déterminent des déformations préjudiciables au globle oculaire (*entropion, ectropion*, etc.). Ici il s'agit d'une plaie qui devra suppurer plus ou moins longtemps, dont les bords pourront se cicatriser d'une manière irrégulière; il est à craindre que les paupières puissent être lésées dans leur forme comme dans leurs fonctions. Aussi, dans le but de prévenir cet accident, j'ai l'habitude d'ouvrir ces abcès, non dans la partie la plus saillante, comme la plupart des chirurgiens le conseillent, mais dans un point éloigné, tel que la circonférence de l'orbite, quitte à faire une ponction sous-cutanée et un trajet un peu long. Après l'ouverture de l'abcès, une mèche est introduite dans le foyer par cette voie détournée.

J'ai bien des fois eu l'occasion de pratiquer la ponction des abcès du pourtour de l'orbite selon cette méthode; voici un fait à peu près semblable à tous les autres;

Un garçon de quinze ans me fut présenté le 10 juin 1848; il avait à la paupière inférieure, à peu près vers le centre du bord orbitaire, une tumeur de la grosseur d'une noisette, mal circonscrite, fluctuante et peu douloureuse. La pression n'y développait qu'une sensation obtuse et ne faisait pas reculer le petit malade; mais elle permettait de constater une inégalité évidente de l'os. J'ouvris l'abcès le plus bas possible, bien au-dessous de son centre, et le stylet me fit constater une carie peu étendue. Des mèches furent introduites dans l'ouverture pendant trois mois et demi, et des injections furent régulièrement pratiquées tantôt avec de l'eau pure, tantôt avec de l'eau chlorurée.

Enfin, le 15 octobre, le stylet m'ayant fait constater la présence d'un séquestre mobile, j'agrandis la plaie avec le bistouri, et je l'enlevai. La portion d'os nécrosée n'avait guère plus de cinq à six lignes de longueur sur deux et demie environ de hauteur. Une semaine plus tard, la plaie était fermée, et j'eus la satisfaction de reconnaître que la paupière ne serait pas déformée, grâce au lieu que j'avais choisi pour la ponction de l'abcès.

Inflammation du sommet de l'orbite.

On comprend que l'inflammation osseuse sera beaucoup plus grave quand elle atteindra la partie postérieure de l'orbite, où le tissu cellulaire environne immédiatement le nerf optique. En effet, le pus qui se forme dans cette partie tend à pousser l'œil en avant hors de sa place naturelle, et à faire issue soit à l'intérieur du crâne, soit au dehors de l'orbite.

Assez souvent le globe oculaire est désorganisé par l'inflammation, en même temps qu'il est chassé de l'orbite; quand cela n'arrive pas, la vision est fortement compromise, souvent même à jamais anéantie, parce que le pus, cessant de produire l'exorbitisme, comprime le nerf optique dans le sens de sa longueur.

Cette inflammation du sommet de l'orbite ne se borne pas à compromettre la vision, elle menace aussi la vie; ainsi Mackenzie a vu un abcès profond de l'orbite devenir mortel sur un malade qui présenta pendant deux jours des phénomènes de compression du cerveau.

On s'attendra dans ce cas à voir le périoste et les os de l'orbite présenter des altérations graves, surtout si le pus séjourne dans les parties et que la maladie se prolonge; mais, outre que l'on n'est pas certain de la formation du pus dans un endroit aussi profond, on n'ose pas toujours aller l'y chercher avec le bistouri, dans la crainte de produire quelques regrettables désordres.

Dans l'inflammation du sommet, de même que dans les autres parties de l'orbite, la carie est une conséquence ordinaire, et le pus cherche à se frayer une sortie extérieure en déterminant un trajet fistuleux. Cependant il peut arriver, à cause de la profondeur de la lésion, surtout si celle-ci siége dans l'os sphénoïde au niveau de l'endroit où il donne passage au nerf optique ou aux autres nerfs de l'orbite, il peut arriver, dis-je, que l'amaurose survienne avant toute apparence de suppuration, et que la mort même puisse avoir lieu avant qu'on aperçoive aucune marque extérieure de la lésion osseuse.

Le traitement varie selon les périodes de la maladie. Dans la première, celle qui précède la formation du pus, on aura recours aux antiphlogistiques dans une mesure proportionnée à l'intensité de la phlegmasie et à la constitution du malade. Mackensie conseille l'incision du périoste enflammé aussitôt que les symptômes indiquent suffisamment la nature et le siége de l'affection. Je doute que cet auteur ait pu mettre souvent ce conseil en pratique. Si la constitution est scrofuleuse, tuberculeuse, syphilitique, les médications spéciales à ces diverses cachexies pourront être d'un grand secours.

On appliquera à la deuxième période, celle des abcès, ce que nous avons dit à propos du lieu d'élection de l'ouverture.

Dans la troisième période, celle des fistules symptomatiques de nécrose et de carie, on aura soin de faciliter la sortie du pus, soit à l'aide de mèches, soit à l'aide d'injections détersives, soit encore au moyen d'une contre-ouverture, comme nous l'avons fait chez notre malade M. L., et chez la femme atteinte d'une carie avec communication dans le sinus maxillaire, et chez laquelle l'avulsion d'une dent a été nécessaire. (Voir la *Gazette des Hôpitaux* du 1er mars 1853.)

Si l'on voulait agir directement sur l'os malade, on pourrait avoir recours aux injections iodées, dont on a retiré d'assez grands avantages dans les ostéites et caries en général (voir les comptes-rendus de la Société de chirurgie, *Gazette des Hôpitaux*, 1851-1852); cependant je crois qu'il faut être prudent en employant ce médicament dans la région orbitaire, et cela à cause du voisinage des méninges, du moins dans les inflammations du sommet. Ensuite l'usage du liquide iodé déterminant habituellement une induration du tissu cellulaire environnant les parties malades, on a quelque peine à en obtenir la résolution.

Mackensie conseille l'emploi du nitrate d'argent appliqué sur l'os malade, soit avec le crayon, soit avec une injection. Suivant cet auteur, son effet est de nécroser la portion d'os cariée et de déterminer la séparation des parties mortifiées. J'ai employé ce moyen, et je l'ai trouvé long et infidèle. Une fois la nécrose constatée, on cherchera à favoriser l'expulsion du séquestre.

Si le trajet fistuleux n'est pas assez grand, on l'élargira, soit à l'aide d'un bistouri, soit au moyen de tentes de charpie de volume gradué. Dès qu'on pourra juger (ce qui est très difficile) que toute la portion osseuse malade a été éliminée, on supprimera l'usage des mèches de charpie, et la plaie ne tardera pas à s'oblitérer. La prudence exige toutefois que l'on continue le pansement le plus longtemps possible.

La quatrième période comprend les déformations des paupières, déformations qui varient selon l'étendue, la durée et le lieu de l'affection des os qui les aura produites. Le chirurgien, dans quelques cas de déformations semblables, accompagnées de fistules suppurantes et devant longtemps encore tarder à se fermer, ne devra pas rester inactif si l'œil s'inflamme parce qu'il est trop découvert, ou que l'on ait à craindre plus tard cette grave complication.

Si la paupière est entraînée vers la fistule et qu'elle s'y engage de plus en plus par le fait de la suppuration, il faut se hâter de la repousser vers l'œil, qu'elle doit protéger. Voici le moyen très simple que dans plusieurs cas semblables j'ai employé avec succès: j'isole la fistule en incisant la peau par deux traits de bistouri; je fais glisser la lèvre inférieure de la plaie que je viens de faire par-dessus le trajet fistuleux, jusqu'à ce que l'œil soit largement couvert, et de manière à redresser complétement la paupière renversée; puis je fais à la peau, au niveau de la fistule, une boutonnière assez large qui doit être fixée en cet endroit, autour de la fistule, par des points de suture. Les lèvres de la première plaie sont réunies par première intention au moyen de serres-fines ou d'une épingle, et il résulte de cette petite opération que l'œil se trouve protégé convenablement par les paupières, que la difformité a disparu, et que la fistule continue comme par le passé de donner du pus, mais à travers une partie de la peau plus éloignée de l'œil.

Toutefois, cette petite opération n'est pas toujours applicable, et doit faire place aux procédés employés pour la guérison de l'*ectropion*, soit parce que la peau a suppuré dans une trop grande étendue, soit parce que, la fistule étant depuis longtemps fermée, l'œil se trouve protégé par une sorte d'allongement de la face muqueuse de la paupière renversée et du rapprochement de la paupière [illegible]

HOPITAL DE MONTPELLIER. — M. Caizergues.

Deux cas de fièvre sextane.

Nous empruntons à la *Revue thérapeutique* les deux faits suivants, qui nous paraissent offrir de l'intérêt par leur rareté.

Obs. I. — *Fièvre sextane précédée de deux accès quartes. Guérison spontanée après cinq accès.*

Tendil, vingt-quatre ans, cultivateur, bien constitué, lymphatico-sanguin, travaillant depuis trois ans aux rizières de la Camargue, a été atteint à plusieurs reprises de fièvre tierce et quarte coupée chaque fois par le sulfate de quinine. Il entre à l'hôpital de Montpellier le 9 avril 1850, ayant eu depuis quinze jours, à Avignon, quatre accès, dont les deux premiers ont présenté le type quarte, et le troisième a paru le 4 avril, après quatre jours d'apyrexie.

Le 9 avril, face jaune, terreuse; appétit diminué; rate sensible au niveau du rebord costal. Quatrième accès de cinq à neuf heures du soir; c'est le second qui paraît sous le type sextane.

Les 10, 11, 12 et 13 avril, apyrexie parfaite.

Le 14, troisième accès sextane, un peu moindre que les précédents; fièvre pendant une heure, chaleur et sueur pendant deux heures.

Les 15, 16, 17 et 18, apyrexie.

Le 19, quatrième accès sextane à sept heures du soir; frisson pendant vingt-cinq minutes, chaleur et sueur jusqu'à dix heures du soir.

Le 24, cinquième accès sextane, plus léger.

Le 29, l'accès manque.

Le 4 mai, sortie; amélioration de l'état de la fièvre, appétit normal, persistance de l'engorgement splénique.

Obs. II. — *Fièvre sextane précédée de deux accès quotidiens, ipécacuanha. — Guérison après cinq accès.*

Maillot, quarante ans, domestique, bien constitué, lymphatico-sanguin.

Le 10 mai 1850, accès complet de sept heures du soir à minuit, se reproduisant le 11 à la même heure.

Du 12 au 16, santé parfaite.

Le 16, nouvel accès se reproduisant le 21 et le 26.

Le 27, entrée à l'hôpital; symptômes d'un état gastrique bilieux. — 1 gramme d'ipéca.

Du 28 au 31, apyrexie; inappétence. — Potion avec une infusion d'ipéca, 1 gramme; d'écorce d'orange amère, 1 gramme 50 dans 180 grammes d'eau édulcorée, à prendre par cuillerée d'heure en heure.

Le 31, accès plus léger que les précédents, de midi à trois heures; c'est le quatrième sous le type sextane.

Le 5 juin, cinquième et dernier accès sextane.

Le 18, sortie; guérison complète.

L'auteur, à la suite de ces deux observations, fait remarquer que le type sextane ne s'est pas établi d'emblée; que le premier malade a offert d'abord deux accès quartes, et le second malade deux accès quotidiens. Il insiste sur l'extrême rareté des fièvres présentant un pareil type.

CLINIQUE ÉTRANGÈRE.

Passage spontané du cristallin dans la chambre antérieure, ayant produit un dérangement cérébral. — Guérison par l'extraction;

Par M. le docteur Henry Howard, professeur de clinique à l'hôpital de Saint-Patrick de Montréal (États-Unis d'Amérique).

Marie M..., âgée de vingt-quatre ans, non mariée, fut reçue le 20 novembre 1852 à l'hôpital Saint-Patrick. Elle dit que depuis le 1er mai elle avait éprouvé une vive douleur et de l'inflammation dans l'œil gauche; douleur qui, depuis les trois derniers mois, avait attaqué son cerveau de manière à la priver parfois de ses sens et à rendre sa vie misérable. Pendant longtemps elle n'a eu aucun désir de manger, et a éprouvé depuis les trois dernières semaines des vomissements continuels. Depuis longtemps la vue est perdue de l'œil malade, qu'elle assure n'avoir reçu aucune blessure et n'avoir jamais été enflammé avant l'attaque actuelle. Elle a fait beaucoup de remèdes depuis le mois de mai.

A son arrivée, son aspect était celui d'une femme malheureuse, épuisée par la maladie et la douleur. Elle ne pouvait faire un pas sans appui et vomissait à chaque instant. Le pouls était fréquent et petit (de 95 à 100), la langue chargée. La cornée entière de l'œil gauche était enflammée, et le cristallin était dans la chambre antérieure. Présumant que la cause de toutes ses souffrances était dans la compression exercée par le déplacement du cristallin, je résolus de l'enlever par extraction, et sur-le-champ j'incisai la moitié inférieure de la cornée, ce qui me permit d'extraire aisément le cristallin.

Le traitement fut le même qu'après l'extraction d'une cataracte ordinaire. Le douzième jour la plaie de la cornée était parfaitement cicatrisée et toute l'inflammation abattue. Quelques apéritifs légers et des doses faibles et répétées de calomel avaient suffi. Depuis l'opération il n'y a plus eu de vomissements, et les symptômes cérébraux, calmés graduellement, étaient dissipés au bout de quarante-huit heures. L'œil a le même aspect que le sain, et la vue est revenue entièrement, ce que je n'osais espérer quand je l'examinai pour la première fois. (*Canada medical journal.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 5 avril 1853. — Présidence de M. Bérard.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Permutation de M. P. Dubois.

M. le ministre de l'instruction publique transmet à l'Académie l'arrêté qui approuve la permutation demandée par M. P. Dubois.

Maladies en Moldavie.

M. le ministre de l'intérieur et du commerce transmet un rapport de M. le docteur Bassereau sur les maladies qui règnent en Moldavie.

Source minérale de l'Échaillon.

Le même ministre transmet des échantillons d'une source minérale dite de l'Échaillon, dans la commune de Veurey (Isère), et demande l'avis de l'Académie.

Remède pour faciliter la dentition.

Le même ministre consulte l'Académie sur la valeur d'un remède pour faciliter la dentition, proposé par M. le docteur Delabarre fils.

Épidémies du Brésil.

M. le docteur Jacinthe Rodrigues Pereira Reys (de Rio-Janeiro) adresse un mémoire sur les épidémies du Brésil, et en particulier sur la fièvre jaune qui y a régné de 1849 à 1850 (Commissaires: MM. Londe, Louis et Gérardin.)

Vaccinations.

M. le docteur Marcel Petiteau, des Sables d'Olonne (Vendée), adresse un travail sur les vaccinations.

Mode de chauffage des eaux sulfureuses froides.

M. Beaude, inspecteur des établissements d'eaux minérales, réclame la priorité relativement au mode de chauffage des eaux sulfureuses froides, dont on a entretenu récemment l'Académie.

Rétroversion de l'utérus.

M. le docteur Priou (de Nantes) adresse une note sur la rétroversion de l'utérus. (Commissaires: MM. Hervez de Chégoin et Jobert.)

Empoisonnement par le plomb.

M. Deroche, médecin à Vitry (Seine), adresse un mémoire sur plusieurs cas d'empoisonnement par le plomb, provenant de l'usage d'une pompe qui servait à faire monter du vin et de l'emploi d'appareils à eau de Seltz. (Commissaires: MM. Boutron et Chevallier.)

Appareil pour l'usage obstétrical.

M. Chailly-Honoré lit un rapport officiel demandé par le ministre sur diverses inventions du sieur Fléchelle. Ces inventions consistent en un *matelas*, une *baignoire*, un *brancard* et un *lit pour accouchement et pour certaines opérations chirurgicales*. Les conclusions favorables du rapport sont adoptées avec une légère modification réclamée par MM. Moreau et Depaul.

Épidémie de 1850.

M. Michel Lévy lit, au nom de la commission des épidémies, un rapport sur les épidémies de 1850.

M. le rapporteur termine ce rapport très étendu par les considérations suivantes:

Telle est, messieurs, la substance des communications que votre commission a reçues sur les maladies épidémiques de la France pendant l'année 1850. Les faits consignés dans l'ensemble de ces docu-

ments lui suggèrent une suite d'observations qu'il lui paraît utile de porter à la connaissance de l'autorité, quoiqu'elles aient pu être formulées dans des rapports antérieurs; mais tant que subsistent les mêmes abus, les mêmes obstacles à la salubrité publique, les mêmes causes d'aggravation et d'extension des épidémies, l'Académie ne doit pas se lasser de les signaler.

1° Les dispositions du décret du 12 juin 1804, en ce qui concerne l'emplacement et le régime des cimetières, ne sont pas encore exécutées dans un très grand nombre de bourgs et villages, et notamment en Bretagne; les tombes sont groupées autour des églises, au milieu, et même au contact des habitations, de la façon la plus irrégulière. A Renac, dont nous avons relaté l'épidémie dyssentérique, les fosses n'ont que 75 à 88 centimètres de profondeur, au lieu de 1 mètre et demi à 2 mètres, suivant la prescription légale; l'exiguïté du cimetière oblige à rouvrir les fosses avant l'entière décomposition des corps. M. R. en a vu extraire des débris humains mal consumés. Il importe d'avoir présent à la pensée cet état de choses encore si arriéré dans nos campagnes, au moment où l'on songe à rétablir, à titre de privilége, et par concession exceptionnelle, la faculté d'inhumer dans les caveaux des églises.

2° L'état de la voirie rurale continue à blesser toutes les lois de l'hygiène publique : des amas de fumier dans les rues et dans les cours, des mares fétides, des étangs bourbeux, des puisards qui ne dissipent pas complétement les eaux par infiltration dans le sol, des rues sans pavé que la pluie convertit en fondrières et dont la fange humide baigne le pied des maisons, etc. Quand une épidémie survient, la municipalité, sur les instances des médecins, fait enlever les fumiers, écouler les eaux croupissantes au moyen de saignées et de rigoles, ventiler les habitations. Le péril passé, les mêmes inconvénients se reproduisent, la même incurie laisse renaître les causes d'infection et de maladie. Les lois des 28 septembre et 6 octobre 1791, déjà invoquées par le rapporteur de votre commission de 1830, contiennent à cet égard des prescriptions qui ne sont pas exécutées. La création récente des commissaires départementaux sous la direction des préfets permettrait peut-être, avec le concours des comités d'hygiène locaux, de préparer et d'instituer une police efficace de la voie publique dans les localités rurales; beaucoup de communes, non dépourvues de ressources, n'attendent qu'une impulsion et des conseils. Le pavage au bord des maisons, des ruisseaux d'écoulement des eaux ménagères, l'éloignement des fumiers, la suppression des mares et réservoirs d'eau stagnante au voisinage des habitations seraient une première série de mesures excellentes. Dans un village du Haut-Rhin (Leynen), une épidémie dyssentérique s'est montrée immédiatement après la vidange d'un vaste réservoir d'eau situé au centre des habitations. Cette opération a coïncidé avec les plus fortes chaleurs. L'administration locale doit avoir assez de lumières et de force pour s'opposer à une tentative aussi inopportune.

3° Il sera plus difficile d'améliorer les habitations de la campagne; mais l'intervention éclairée de l'autorité peut régler dans une certaine limite les constructions nouvelles : des instructions à la portée des classes agricoles et ouvrières peuvent les édifier sur les causes d'insalubrité que par ignorance ou laisser-aller elles multiplient dans leur intérieur. La plupart des relations que la commission a examinées signalent la malpropreté des logements, l'insuffisance de leur aération, l'entassement des familles dans la même pièce, située le plus souvent dans un rez-de-chaussée humide, presque en communauté avec les animaux domestiques, dont elles ne sont séparées que par des cloisons à jour ou des planches mal jointes; ailleurs des alcôves impénétrables à l'air et à la lumière reçoivent plusieurs individus dans un seul lit hermétiquement fermé par des rideaux; ailleurs les lits se touchent par tous les points et encombrent une seule chambre. Dirons-nous la saleté des objets de couchage, l'absence des latrines, le méphitisme de la promiscuité des hommes et des animaux dans la même atmosphère ? Nous ne pouvons croire qu'il soit impossible, par le concours de l'administration, du prêtre et du médecin, d'éclairer sur les dangers de ces habitudes les pauvres paysans qui se les transmettent de génération en génération.

4° Dans plusieurs épidémies, les médecins ont été envoyés tardivement sur les lieux.

5° Des distributions de médicaments ont été faites généralement aux malades indigents; toutefois, quand les médecins envoyés par l'autorité ne sont arrivés qu'au déclin des épidémies, on peut craindre qu'elles n'aient pas toujours eu lieu en temps opportun. En rappelant ici qu'un décret impérial de 1805 ordonne l'établissement dans la plupart des arrondissements d'une caisse de médicaments à l'usage des habitants des campagnes en temps d'épidémie, la commission exprime le vœu que cette prévoyance du législateur ait tout son effet, et elle pense que dans un ensemble de dispositions destinées à fonder efficacement le régime sanitaire des campagnes cette sage mesure trouverait encore sa place.

6° Les préjugés, les routines dangereuses, les pratiques insensées, les résistances aux prescriptions de l'art n'ont pas disparu depuis que M. Pariset (1827) et M. Villeneuve (1830) les ont énergiquement dénoncées à l'Académie. Dans la suette miliaire, l'accumulation des couvertures pour provoquer les sueurs; dans la variole, l'emploi des boissons alcooliques; dans la dyssenterie, l'abus des aliments; dans l'épidémie typhoïde, un pèlerinage lointain par une saison mauvaise, etc., voilà ce que nous voyons en 1850. Malheureusement, quelques médecins ajoutent aux erreurs populaires un contingent de paradoxes ou d'opinions non moins susceptibles de nuire : l'un appelle la vaccine une pratique funeste patronnée par le gouvernement; d'autres propagent involontairement les erreurs de la contagion. Il convient qu'une grande réserve soit recommandée aux médecins délégués par les préfets et les sous préfets pour observer et traiter les maladies épidémiques.

7° La plupart des indications qui précèdent se résolvent dans une mesure que l'Académie ne saurait trop recommander à la sollicitude si éclairée du gouvernement, parce qu'elle a reçu déjà dans quelques départements la sanction de l'expérience : la création de médecins cantonaux, chargés spécialement du soin des pauvres malades et reliés aux commissions d'hygiène publique qui peuvent être formées dans les chefs-lieux de canton, en vertu de l'article 3 du décret du 18 décembre 1848, et aux conseils d'hygiène d'arrondissements déjà existants. Membres nés des commissions d'hygiène cantonales, responsables envers le conseil d'hygiène d'arrondissement et l'autorité administrative, dont ils seraient à la fois les guides et les agents d'exécution en ce qui concerne l'intérêt de la santé publique, leur ministère ne pourrait manquer d'acquérir un haut degré d'utilité. Aucune institution ne répondra mieux à cette grande pensée d'assistance et d'accroissement du bien-être public qui inspire aujourd'hui le pouvoir.

Il ne nous reste, messieurs, qu'à formuler en propositions, sur lesquelles la commission vous prie de statuer, deux pensées qui ont trouvé place dans la première partie de ce rapport:

1° Compléter le rapport annuel sur les épidémies par un travail analogue sur les épizooties qui se sont manifestées dans la même période. C'est à nos savants collègues de la section de médecine vétérinaire que nous demanderions cette preuve périodique d'un concours qui n'a jamais manqué à vos travaux, et dont la science a depuis longtemps proclamé les résultats. S'il en résulte pour cette section une obligation nouvelle, vous voudrez bien considérer que cette obligation augmente l'importance de son rôle, et tend à faire converger, pour le bien de la science et de l'humanité, les efforts de l'une et de l'autre médecine. Au reste, nous l'avons dit, l'ordonnance de 1820 implique cette publication annuelle, autant que celles qui ont été adoptées pour les eaux minérales, la vaccine, les épidémies. L'article 2, vrai sommaire des attributions fondamentales de l'Académie, énonce qu'elle est spécialement instituée pour répondre aux demandes du gouvernement sur tout ce qui intéresse la santé publique, et principalement sur les épidémies, les maladies particulières à certains pays, les épizooties, les différents cas de médecine légale, etc. C'est sous forme de rapports collectifs ou particuliers que l'Académie s'acquitte de ces tâches diverses; il ne s'agit donc que de décider qu'il sera procédé pour les épizooties comme vous procédez pour les épidémies, laissant à la section compétente le soin de vous proposer un plan de recherches et d'exposition.

2° Demander à l'autorité et provoquer par les voies des correspondants des renseignements exacts sur la situation sanitaire annuelle des communes et des arrondissements. A cet effet, des états négatifs seraient envoyés à M. ministre de l'intérieur pour les localités qui n'auraient pas eu de maladie épidémique d'une année à l'autre. Celles qui en auraient éprouvé feraient parvenir des rapports conformes à un modèle identique pour toutes les relations de ce genre. Il n'y a plus à discuter sur le meilleur plan à suivre dans la description des épidémies; l'Académie s'en est beaucoup occupée à d'autres époques. A peine organisée, elle créa une commission composée des plus illustres maîtres, dont M. le professeur Duméril est aujourd'hui le seul survivant, pour élaborer sur ce sujet un projet d'instruction. Le travail de cette commission, divisé en six sections, est une belle et philosophique introduction à l'histoire des épidémies, portique d'un monument qui reste à construire. La commission qui fit le premier rapport sur les épidémies de 1771 à 1830 n'a pu se conformer à ce programme; mais de l'énumération méthodique, des omissions qu'elle a remarquées dans les documents soumis à cet examen, résulte un véritable plan excellent à suivre.

Ce qui importe, c'est que des modèles imprimés de rapports soient envoyés périodiquement dans toutes les mairies; que les sous-préfets et préfets exigent que ces rapports officiels soient remplis par les médecins des épidémies, sans détriment pour les notes ou dissertations scientifiques que ceux-ci voudront y annexer. Votre commission leur sera reconnaissante de toutes les communications complémentaires; mais elle tient surtout à recevoir des documents positifs, précis, uniformes et se prêtant à un résumé général. Il lui paraît essentiel que les rapports qu'elle est chargée de vous faire elle-même, au lieu de porter sur quelques mémoires épars et sur des faits isolés, aient la signification et l'unité d'un tableau des épidémies annuelles de la France. Les mesures indiquées plus haut peuvent conduire à ce résultat. Les médailles d'encouragement que vous êtes autorisés à décerner tous les ans aux auteurs des meilleures relations épidémiques correspondent à cet ensemble de dispositions sur lequel votre commission a eu à délibérer; elle pense aussi que, dans les promotions ultérieures au titre de correspondant, il y aura justice de prendre en considération l'honorable précédent de médailles obtenues pour ce genre de travaux qui exigent, outre les qualités de l'observateur, l'activité des recherches, l'exactitude des détails, un esprit de généralisation.

Ajoutons, pour l'honneur de nos confrères, que presque toujours l'œuvre de dévouement et d'abnégation a précédé l'œuvre de la plume; ils racontent ce qu'ils ont vu et taisent ce qu'ils ont fait!

Ces propositions sont mises aux voix et adoptées.

— La parole est à M. Roux, pour la discussion du mémoire de M. Cruveilhier.

Paralysie musculaire atrophique.

M. Roux croit, s'il a bien entendu la communication de M. Cruveilhier, que l'atrophie aurait été bornée aux muscles qui reçoivent les nerfs de la moelle épinière. Il lui semble cependant difficile à comprendre que certains autres muscles, bien que n'étant pas sous la dépendance immédiate de ces nerfs, n'aient pas eu à se ressentir de leur lésion. Tels sont, par exemple, le diaphragme, les muscles de l'œsophage, ceux de l'estomac, de la vessie, etc. M. Cruveilhier a-t-il bien examiné tous ces organes, et est-il bien certain qu'ils n'aient point participé à l'altération qui a frappé les autres muscles. C'est sur ce point en particulier que M. Roux désirerait quelques explications.

M. Cruveilhier a dit très explicitement dans son travail que l'atrophie ne portait exclusivement que sur les muscles soumis à la volonté. Tous les muscles de la vie organique avaient conservé l'intégrité de leurs fonctions et de leur texture. Le pharynx seul paraissait affaibli, à en juger par la difficulté de la déglutition; mais il faut dire que cette difficulté tenait en grande partie à la paralysie de la langue, qui était complète vers la fin. Quant au diaphragme, il agissait, et il agissait seul même dans l'acte de la respiration, les muscles intercostaux étant complétement inactifs.

M. Bouvier. Les faits et les considérations d'un haut intérêt que renferme le travail de M. Cruveilhier ont fait faire un pas à l'anatomie pathologique de la maladie nouvelle, ou considérée comme nouvelle, que M. Aran a décrite sous le nom d'*atrophie musculaire progressive*, et M. Thouvenet sous celui de *paralysie musculaire atrophique*. C'est là un véritable progrès. On peut toutefois se demander si cette lésion des racines motrices est bien tout ce qui revient au système nerveux dans l'analyse des causes organiques et fonctionnelles de l'atrophie musculaire progressive.

Pour tenter de résoudre cette question, il faut d'abord s'entendre sur la nature des troubles fonctionnels du système musculaire dans l'atrophie dite progressive et dans les affections en apparence analogues; il faut poser entre les diverses maladies musculaires des distinctions indispensables.

Quatre phénomènes sont principalement à considérer sous ce rapport dans la pathologie musculaire :

1° La perte des mouvements volontaires, paralysie du mouvement proprement dit;

2° La perte de la contractilité musculaire, qu'on peut appeler paralysie de l'irritabilité (paralysie des contractions involontaires directement provoquées), paralysie du mouvement inhérent à la fibre musculaire;

3° Le défaut de nutrition, la résorption de la substance musculaire, l'atrophie, qui ne produit pas seulement une diminution de volume, mais fait perdre en outre à la fibre plusieurs de ses caractères essentiels;

4° L'*état gras*, ou la disparition complète des fibres et leur remplacement par de la matière graisseuse.

Chacun connaît la paralysie commune, hémiplégie, paraplégie accidentelle, qui procède des centres nerveux et n'est que l'abolition du mouvement volontaire seul, ou du mouvement et du sentiment en même temps. Les muscles conservent dans ce cas la faculté de se contracter par des excitations directes; leur nutrition est peu troublée; leur substance ne perd pas ses caractères propres; en d'autres termes, des quatre phénomènes rappelés plus haut on n'observe alors que le premier, la perte du mouvement volontaire.

La paralysie générale des aliénés appartient à cette première espèce de lésion de la motilité, en ce sens que les muscles qu'elle frappe ne sont pas non plus atteints dans leur irritabilité. MM. Brierre de Boismont et Duchenne l'ont trouvée intacte plusieurs années après l'invasion du mal et jusqu'à la mort des sujets; ce qui se lie également à l'intégrité de la nutrition dans le système musculaire.

Au contraire, dans d'autres affections rangées parmi les paralysies, parce que leur premier caractère est aussi la perte du mouvement volontaire, l'irritabilité n'existe plus, l'atrophie suit de près la manifestation des deux autres phénomènes, et elle peut même conduire avec le temps à la transformation graisseuse. Cette transformation, toutefois, n'est encore ici en quelque sorte qu'un accident plutôt qu'une suite nécessaire de la maladie dans la période extrême.

Des affections locales des nerfs à leur origine ou le long de leur trajet peuvent agir à la manière des lésions traumatiques, et produisent les mêmes effets, la paralysie des mouvements volontaires, la paralysie de l'irritabilité et l'atrophie nutritive des muscles.

Les lésions des centres nerveux eux-mêmes, lorsqu'elles sont congénitales, ne sont pas seulement suivies, comme chez l'adulte, d'hémiplégie, de paraplégie ou de paralysie générale du mouvement volontaire; il en résulte même dans beaucoup de cas l'arrêt de développement, l'atrophie des parties musculaires et autres, répondant aux nerfs dont l'action est anéantie, et souvent aussi la perte de l'irritabilité dans une plus ou moins grande étendue du système musculaire.

MM. Brierre de Boismont et Duchenne ont fait connaître une paralysie générale progressive, comme celle des aliénés, mais différente et par ses symptômes dans l'appareil locomoteur, et par l'intégrité des fonctions cérébrales. Cette affection se rapporte tout à fait au second ordre de paralysie signalé. Il y a encore ici, comme dans les exemples précédents, réunion de la perte du mouvement volontaire et de la paralysie de l'irritabilité musculaire, puis atrophie lente, graduelle, rarement et tardivement transformation graisseuse.

M. Bouvier examine ensuite les lésions dans lesquelles l'atrophie et la transformation graisseuse sont initiales et indépendantes des autres troubles fonctionnels dont il vient d'être question.

L'atrophie musculaire se manifeste sans altération préalable des facultés locomotrices. C'est ce qu'on voit dans une foule de maladies chroniques des membres, et même du tronc, telles que les tumeurs blanches, les luxations non réduites, les ankyloses, etc., en un mot, toutes les fois que dans une grande région du corps l'innervation et la circulation sanguine sont pendant longtemps au-dessous de leur rhythme normal. Un seul ordre de muscles, un seul muscle même peuvent être atrophiés.

L'atrophie peut être étendue à tout le système musculaire; c'est une sorte de *macilence*, de marasme musculaire général. Tel a été le cas d'un sujet mort, sans qu'aucune lésion ait été trouvée dans les viscères. On a vu que la transformation graisseuse des muscles n'est, dans toutes les espèces d'abolition de la motilité dont il a été question, qu'un épiphénomène en quelque sorte, qu'un accident.

Il n'en est pas de même dans l'affection qui a fait le sujet de la communication de M. Cruveilhier, et dont il reste à fixer la place dans ce cadre.

M. Bouvier est frappé d'une première chose dans ce fait, c'est l'atrophie avec conservation de l'irritabilité musculaire. L'atrophie simple est évidemment le premier symptôme et d'abord l'unique symptôme de la maladie. C'est là spécialement ce qui la caractérise et ce qui la différencie des autres paralysies, notamment de la paralysie générale et de l'atrophie musculaire générale, avec lesquelles elle a le plus de ressemblance.

D'après cela, le nom de paralysie qu'on a donné à cette maladie ne saurait lui convenir, la paralysie n'étant ici que secondaire et consécutive à l'atrophie des muscles. Il faut donc la désigner autrement. M. Bouvier, considérant d'une part l'atrophie comme en étant le caractère essentiel, d'autre part l'état graisseux qui suit le plus ordinairement cette atrophie, et enfin la marche progressivement envahissante de la maladie, propose de la désigner sous le nom d'*atrophie musculaire graisseuse envahissante*, sauf à ajouter à cette dénomination un mot qui rappelle l'origine nerveuse de cette affection.

Examinant ensuite quelle est la part qui revient au système nerveux dans la production de cette lésion, M. Bouvier déclare être porté à croire avec M. Cruveilhier que l'altération musculaire est subordonnée à la lésion des nerfs. Mais quelle est au juste cette lésion ? C'est ce qui ne paraît pas à M. Bouvier susceptible d'être décidé dans l'état actuel de la question. Les nerfs, dit-il, exercent plusieurs sortes d'influences sur les muscles : une influence de sensibilité, l'influence de contractilité et de nutritivité. Ce n'est ni la contractilité, ni la sensibilité qui sont lésées dans ce cas, mais la nutritivité exclusivement, au moins à l'origine de la maladie. C'est ce qu'a démontré l'autopsie et ce que démontrent également les symptômes pendant la vie.

Mais il resterait à examiner quelle est la portion du système nerveux qui préside à la nutrition des muscles. Ici il n'y a que doute et contradictions entre les données de la physiologie et celles de la pathologie.

M. Bouvier ne croit pas qu'on puisse conclure absolument, du fait observé par M. Cruveilhier, que toute la lésion nerveuse soit dans l'atrophie des racines antérieures qu'il a constatée. On ne connaît pas toutes les lésions du système nerveux. Il y a des lésions vitales qui ne se traduisent par aucun caractère physique. M. Bouvier rapporte à cette occasion un fait observé dans le service de Dupuytren, et dans lequel il y avait une atrophie de la moitié de la langue, réduite à un état membraneux, sans qu'on eût pu constater aucune lésion nerveuse correspondante. (M. Bérard. Le fait que rappelle M. Bouvier a été rapporté par M. Montault, qui a constaté une atrophie du nerf hypoglosse par suite de la compression exercée sur ce nerf par un kyste.)

M. Bouvier, en résumé, tout en considérant le fait de M. Cruveilhier comme très important, pense qu'il ne suffit pas à lui seul pour établir une théorie de cette affection, d'une part, parce qu'il existe des opinions contradictoires sur la portion du système nerveux qui préside à la nutrition musculaire, et en second lieu, parce que ce fait est seul. Il avoue son ignorance sur la lésion nerveuse qui a produit dans ce cas l'altération musculaire, et termine en disant que, jusqu'à de nouveaux faits ou de nouvelles expériences, on ne peut conclure du travail de M. Cruveilhier que ce qui suit :

1° La maladie décrite par M. Cruveilhier a pour caractère une atrophie de la fibre musculaire tendant à sa transformation graisseuse.

2° Cette maladie est facile à différencier des diverses espèces de paralysies et même de l'atrophie musculaire générale.

3° On doit rester dans le doute sur la question de savoir si cette atrophie dépend ou non de la lésion constatée dans les racines antérieures des nerfs spinaux.

La suite de la discussion est renvoyée à la séance prochaine.

— L'Académie, dans cette séance, a procédé à la nomination des commissions de prix. Voici la composition de ces commissions :

Commission de onze membres pour déterminer à quelle section appartiendra le prochain remplacement. — MM. Duméril, Roche, Baffos, Desportes, Amussat, Chomel, Moreau, Londe, Huzard, Caventou et Guibourt.

Commission pour le prix Nadaud. — MM. Michel Lévy, Londe, Nacquart, Villermé et Chevallier.

Prix de l'Académie. — MM. Grisolle, Baillarger, Bouvier, Gimelle et Bouley jeune.

Prix Portal. — MM. Ferrus, Baillarger, Lévy, Bouchardat et Delafond.

Prix Civrieux. — MM. Pâtissier, Requin, Velpeau, Bégin et Larrey.

Prix Capuron (question d'accouchements). — MM. P. Dubois, Moreau, Danyau, Cazeaux et Depaul.

Prix Capuron (question des eaux minérales). — MM, Pâtissier, Boutron, Caventou, O. Henry et Bussy.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 4 avril 1853. — Présidence de M. de Jussieu.

Mal de Pott.

M. le professeur Piorry a la parole pour une lecture sur ce sujet.

L'auteur établit que l'affection désignée généralement sous le nom de mal de Pott, et qui consiste dans une tumeur de la colonne vertébrale avec paralysie des membres inférieurs, du rectum et de la vessie, comprend un grand nombre de maladies variées; tandis que le traitement par lequel on les combat, et qui consiste en cautères, moxas et sétons, est employé d'une manière banale. Ce traitement réussit tellement mal qu'une mort lente et douloureuse est presque constamment la conséquence de cette terrible affection, qui rend les malades paralytiques et presque imbéciles.

Le point capital, dit M. le professeur Piorry, est de reconnaître le mal dès son principe, et c'est ce que l'on ne peut faire sans percuter avec grand soin et sur le plessimètre la colonne vertébrale. Aussi, comme la plupart des médecins ne sont pas encore assez versés dans la pratique du plessimétrisme, il en résulte qu'ils n'examinent que très incomplètement la colonne vertébrale, alors qu'on se plaint à eux de douleurs, de rhumatisme dans les reins, de sciatique, etc.

On ne constate pas dès lors l'existence de la tumeur, le mal fait des progrès, et c'est lorsqu'il est incurable qu'on le combat.

M. Piorry soumet à l'Académie quarante observations desquelles il résulte que la méthode de traitement qu'il emploie, et qui consiste dans l'usage de phosphate de chaux et de l'iodure de potassium, dans le repos, un régime réparateur et de bons soins hygiéniques, a réussi d'une manière complète dans plus de vingt cas et a calmé les accidents dans plusieurs autres; souvent même des abcès locaux ou par congestion n'ont pas empêché la guérison.

Du reste, la mesure de l'efficacité du traitement était donnée par les variations en moins que présentait la figure de la colonne vertébrale malade tracée sur la peau au moyen du plessimétrisme et du crayon.

M. Piorry dépose sur le bureau plusieurs dessins représentant la forme et l'étendue des tumeurs vertébrales, et d'autres qui indiquent le décroissement successif et rapide survenu dans leur volume par suite de l'administration de l'iodure de potassium et du phosphate de chaux.

CONGRÈS SCIENTIFIQUE DE FRANCE;

XIXe SESSION;

Par M. le Dr Bally, membre de l'Académie de médecine.

Toulouse (1).

L'*École préparatoire* de médecine de Toulouse est une de celles qui comptent le plus d'étudiants. La longue chaîne des Pyrénées, le voisinage de l'Espagne, la vieille réputation, le soin que l'on prend de n'y introduire que de bons professeurs, tout contribue à ce succès. Les matricules enregistrent annuellement de 150 à 160 élèves. Il n'est donc pas étonnant que cette école alimente les Facultés des sujets les plus distingués.

J'ai déjà fait connaître le directeur de cette école, M. Dassier. Ce n'est pas seulement un médecin d'immense savoir, à la tête bien meublée; c'est encore un homme spirituel et du commerce le plus agréable. J'ai fait avec lui de longues promenades, et dans sa conversation il me semblait entendre Platon à l'Académie ou sur le promontoire de Sunium, au milieu de ses disciples. J'aurais volontiers transmis ici l'analyse de ses nombreuses publications, mais l'espace me manque. Je me bornerai à énoncer ce que, dans sa cité, l'hygiène lui doit de reconnaissance. C'est surtout dans le compte-rendu des travaux du Conseil de salubrité que sont examinées avec science toutes les questions qui intéressent la santé des habitants et la longévité. Ce travail a exercé l'influence la plus remarquable, tant sur les améliorations qui ont été accomplies que sur celles qui sont en projet. L'auteur a surtout insisté sur l'insalubrité de l'hôpital de la Grave, où l'on ne mesure que 300 à 350 cubes d'air, là où il en faudrait 1,000 par heure.

MM. Bessières et Dieulafoy sont chargés de l'enseignement au lit des malades: le premier pour la clinique interne, le second pour la clinique externe. M. Bessières est le médecin qui a le mieux étudié la maladie asiatique en 1832. Quant à M. Dieulafoy, on trouvera dans un excellent mémoire de M. Laforgue, son adjoint, l'exposé de sa pratique. Ce mémoire est intitulé: *Statistique des maladies observées et des opérations faites à l'Hôtel-Dieu pendant l'année* 1850. Livre rempli de faits instructifs, et qui, dans les intérêts de l'humanité comme dans ceux de la science, mériterait de trouver des imitateurs. Combien seraient précieuses et utiles des collections où les faits les plus intéressants seraient rassemblés et où la savante pratique de nos illustrations parisiennes serait mise à jour!

M. Gaussail, ancien interne de nos hôpitaux, lauréat et correspondant de l'Académie impériale de médecine, a remplacé M. Dupré, dont la Faculté de Montpellier vient de faire la conquête. Comme écrivain, M. Gaussail est d'une fertilité étonnante. Jeune encore, il a publié plus de quarante mémoires ou brochures, parmi lesquels il faut citer un volume de 350 pages, sur l'influence de l'hérédité dans la production de la surexcitation nerveuse, ouvrage couronné. M. Gaussail imite, dans sa fertilité d'écrivain, des hommes comme Landouzy, Brachet, etc.

Je me faisais une joie de revoir à Toulouse une de mes anciennes connaissances, le professeur Hippolyte Combes, mais il habite à plusieurs lieues de la ville, et n'y séjourne que pendant la durée de son cours d'hygiène et de médecine légale. Ce médecin est auteur d'un ouvrage remarquable sur la médecine en Italie, ouvrage qui a reçu les honneurs de la traduction, faite par l'un des plus illustres médecins de la Péninsule, le chevalier de Renzi. Cette traduction, augmentée de notes précieuses, fut dédiée au chevalier Felice Saint-Angelo, alors surintendant de l'Asile des pauvres, magnifique établissement, comme notre Salpêtrière, mais placé sur un point culminant. De là on peut admirer l'élysée qui entoure Parthénope, et la vue embrasse ce golfe, fermé au sud par les îles d'Ischia, de Procida, où l'ancien costume des Grecs est conservé; de Capri, ou Caprée, du sommet de laquelle Tibère distillait son fiel et son venin sur le monde.

Le chevalier Saint-Angelo, dont j'ai reçu un accueil bienveillant en 1846, alors qu'il était ministre dirigeant, avait été auditeur au conseil d'État à Paris. Homme de capacité et de mœurs douces, sans faiblesse, il connaissait parfaitement le peuple napolitain, et si cet habile administrateur avait eu encore la direction des affaires en 1848, il est probable que les troubles de Naples n'auraient pas eu d'importance. Cet homme de bien a payé son tribut à la nature.

L'homonyme de M. Hippolyte Combes, M. Emmanuel Combes, secrétaire de la section des sciences médicales, est auteur d'un bon nombre de mémoires, parmi lesquels il faut distinguer celui qui a remporté la médaille d'or, sur la question des altérations du sang, travail plein d'érudition, et où ce médecin démontre jusqu'à l'évidence que le sang est susceptible d'une foule d'altérations, de modifications dont il faut tenir compte en thérapeutique. M. E. Combes s'est beaucoup occupé de la maladie asiatique; il se proposait de prendre une bonne part à la discussion provoquée à ce sujet: le temps ne l'a pas permis.

A ces titres médicaux il faut joindre un album riche de morceaux gracieux, dont il a fréquemment ouvert les trésors dans les soirées littéraires du congrès.

J'ai déjà parlé de M. Moquin-Tandon, si digne d'occuper la chaire qu'avait illustrée Picot de Lapeyrouse; il est aujourd'hui premier candidat de la Faculté de médecine de Paris, et tout porte à croire comme à espérer qu'il succédera à un professeur bien regrettable, M. Richard.

Un autre professeur éminent est M. Filhol, dont M. Dassier crayonne ainsi le portrait: « Cette École a dans M. Filhol un pro» fesseur de chimie dont la science semble n'avoir pas de mystères.
» Il jouit d'une juste renommée dans le monde savant; entre ses
» mains la chimie est un flambeau qui éclaire non-seulement ses
» points les plus obscurs et les plus difficiles de notre art, mais
» encore les problèmes qui intéressent le plus l'ordre social tout
» entier. »

Le respect dû à la mémoire des morts est une maxime consacrée dans la société; mais cela ne suffit pas lorsque les hommes ont traversé les sentiers de la vie toujours occupés des moyens de soulager l'humanité souffrante. Lafont-Gouzi, longtemps professeur de l'Ecole préparatoire, mérite une mention d'autant plus juste qu'il était aussi laborieux qu'instruit, et qu'il a abordé les plus difficiles questions dans ses écrits. Médecin des armées, puis professeur de pathologie interne, il a pendant une assez longue carrière fait de nombreuses publications.

Le professeur Lafont-Gouzi appartenait à presque toutes les sociétés médicales de la France et à plusieurs de l'étranger. Entre autres écrits, on lui doit les *Matériaux pour servir à l'histoire de la médecine militaire* C'est dans cet ouvrage que se trouve cette pensée aphoristique, inspirée par de longues études, sur les épidémies et le typhus des armées: *Le temps nous apprendra si la classe des maladies contagieuses n'est pas plus commune qu'on ne le pense.*

Sur ce sujet, qui est et qui fut le rêve de toute ma vie, je suis arrivé à des conclusions affirmatives que je formule de la manière suivante: *Toute épidémie, quelle que soit sa source ou son origine, doit son extension ou sa propagation à des miasmes contagio-infectieux que la maladie multiplie et qui transmet une affection identique, tantôt par le contact, tantôt et plus souvent par la respiration.*

On ne saurait contester qu'à la Havane et à la Vera-Cruz la fièvre jaune ne naisse spontanément; qu'en Egypte ou dans l'Asie-Mineure la source de la loïmie ne soit inhérente au sol ou peut-être à des combinaisons atmosphériques et telluriques; que dans la presqu'île du Gange il n'y ait des causes spéciales qui engendrent l'hydrhémo-choladrée, ou choladrée lymphatique. Mais une fois l'une ou l'autre de ces maladies développée, elle reçoit une nouvelle faculté propagatrice de l'intoxication du sang. La même interprétation peut s'appliquer aux épizooties.

M. Lafont-Gouzi donna en 1821 un mémoire substantiel de 84 pages, qui eut du retentissement, sur les caractères propres des maladies pestilentielles. Il y combat par d'excellentes raisons cette pensée de Bacon, qu'il faut chercher les causes d'une épidémie *moins dans l'état présent de l'air que dans celui qui l'a précédé;* opinion acceptée par Delaporte, Vicq-d'Azyr, Raymond, Grimaud, Broussonnet et Tourtelle. Il objecte que les agents nuisibles produisent toujours leurs effets plus ou moins promptement, selon la durée et l'intensité de leur action, et en raison de la capacité de l'organisme à leur résister. On ne saurait donc admettre que le corps humain ne doive être attaqué de maladie qu'un ou deux ans après avoir éprouvé l'action nuisible des constitutions atmosphériques, etc...

Il me reste à dire quelques mots sur l'opinion que Lafont-Gouzi professe sur l'identité de la peste d'Athènes et de la maladie décrite par Hippocrate dans le IIIe livre des *Épidémies*. Si l'on compare ce qu'en ont dit Lucrèce, Ovide et surtout Thucydide, qui en a donné une description si merveilleuse, on ne trouvera pas de grands rapports. Il n'existe d'ailleurs aucun monument, aucune citation qui démontrent que pendant cette peste Hippocrate fût encore au nombre des médecins en exercice.

Terminons par un passage bien curieux qui caractérise parfaitement l'action, déjà soupçonnée, contagio-infectieuse des maladies épidémiques; il est d'Ovide: *Nec moderator adest, inque ipsos sæva medentes erumpit clades, obsuntque auctoribus artes. Quo proprior quisque est, servitque fidelius ægro, in partem lethi citius venit.*

(1) Voir le numéro du 29 mars.

Les renseignements que nous avons recueillis dans les hôpitaux sur la marche de l'épidémie typhoïque concordent parfaitement. Partout on observe la même diminution dans le nombre des entrées et dans le nombre des décès: à Bicêtre, à la Salpêtrière, à la Pitié, à Beaujon, comme à l'Hôtel-Dieu, à Saint-Louis, à Necker, à Cochin, etc., le nombre des nouveaux malades est on ne peut plus restreint.

Depuis les premiers jours du mois de janvier, nous avons suivi avec soin les phases diverses de cette épidémie; nous avons noté ses progrès, la physionomie particulière qu'elle a revêtue, les anomalies qu'elle a présentées; nous en avons prévu l'accroissement et prédit avec une exactitude pour ainsi dire mathématique la décroissance et le déclin. Nous pouvons aujourd'hui en annoncer la fin. Paris est rentré dans son état normal sous ce rapport; les cas sporadiques qui se présentent encore de temps à autre n'offrent ni plus de gravité ni plus de fréquence qu'on ne l'observe en tout temps. C'est, en un mot, une endémie que nous sommes forcés de subir, car elle existe d'une manière permanente dans notre ville, où elle frappe en général les nouveaux arrivants, et on ne doit pas plus espérer de s'y soustraire qu'on ne se soustrait aux pleurésies, aux pneumonies et à une foule d'autres maladies dont les salles de nos hôpitaux offrent incessamment de nombreux exemples.

La chaleur humide que nous éprouvons depuis quelques jours n'a pas été moins favorable au déclin de l'affection typhoïque que les chaleurs sèches qui ont précédé. La saison qui avance nous garantit contre le retour du froid, et, à moins de variations que rien ne fait prévoir, nous croyons pouvoir affirmer sans crainte de nous tromper que l'influence épidémique a complétement disparu.

M. le préfet de Loir-et-Cher vient de faire dresser et publier la liste des docteurs en médecine, officiers de santé, sages-femmes et pharmaciens exerçant dans le département. Il en résulte que le soin de veiller à la santé publique est confié dans ce département à 69 docteurs en médecine, 28 officiers de santé, 29 pharmaciens et 86 sages-femmes. Ensemble 212.

En comparant ces chiffres à la statistique dressée dans l'*Annuaire médical et pharmaceutique de la France*, on trouve une légère différence entre les deux résultats. Tandis que la liste du préfet donne 69 docteurs, 28 officiers de santé et 29 pharmaciens, celle de M. Roubaud contient 74 docteurs, 29 officiers de santé et 29 pharmaciens.

Quoique la différence soit minime, nous avons voulu en rechercher la cause, et nous nous sommes adressé à M. Roubaud lui-même. Il résulte de ses documents que depuis l'impression du département de Loir-et-Cher, en novembre dernier, il a reçu la nouvelle de la mort de 3 docteurs; de telle sorte que la différence entre la nouvelle liste de l'administration départementale et la sienne se réduirait à 2 docteurs et à 1 officier de santé.

C'est en faisant un travail comparatif pareil pour tous les départements que l'*Annuaire médical et pharmaceutique* présentera le tableau exact et fidèle de la profession médicale en France; nous ne saurions donc trop engager le gouvernement à faire exécuter la loi de ventôse, et à exiger que les préfets publient tous les ans la liste complète des praticiens de leur département.

Une remarque qui a son intérêt, c'est que sur les 69 docteurs en médecine du département de Loir-et-Cher, 63 ont été reçus par la Faculté de Paris, 4 par celle de Montpellier, 1 par celle de Strasbourg, 1 par celle de Modène. Les deux tiers environ des officiers de santé ont été reçus par l'Ecole de Paris, le reste par des jurys de province. 14 pharmaciens ont été reçus par l'Ecole de Paris, le reste par des jurys de province. 26 sages-femmes sur 86 ont été reçues à Paris; parmi les 40 qui ont été reçues en province, 14 ont subi leurs examens à Blois.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— M. le docteur Paul Diday, ancien chirurgien en chef de l'hospice de l'Antiquaille, a été élu secrétaire général de la Société de médecine de Lyon, en remplacement de M. le docteur Candy, arrivé au terme de ses fonctions. MM. les docteurs Bricheteau, de Paris, et Robin, de la Côte-Saint-André, ont été élus membres correspondants.

— *Du secret dans l'exercice de la médecine militaire.* — Les *Archives belges de médecine militaire* rapportent, d'après la *Revue scientifique et administrative des armées de terre et de mer*, une décision ministérielle, en date du 4 août 1845, qui décide ainsi qu'il suit la conduite à tenir par le médecin militaire en rendant compte de l'état des officiers malades:

« Le ministre de la guerre de Belgique a été consulté sur la question de savoir si l'officier de santé chargé, en exécution des articles 11 (infanterie) et 13 (cavalerie) de l'ordonnance du 2 novembre 1833, de voir les officiers malades doit, en rendant compte au lieutenant-colonel de l'état de ces officiers, faire connaître en même temps la *nature* de leur maladie.

» Cette obligation ne saurait être nullement imposée aux officiers de santé, dont les fonctions, purement médicales, d'après les règlements, se trouveraient par là dégénérer en un moyen supplémentaire de police. En gardant le silence à ce sujet, les officiers de santé ne sont pas d'ailleurs mus seulement par une honorable susceptibilité, ils ne font que se soumettre aux prescriptions que la loi leur impose. (Art. 378 du Code pénal.) »

Cette réponse devrait être gravée en lettres d'or.

Nous ne voyons aucune contradiction entre cette réponse et la décision que vient de prendre en France le ministre de la guerre; désirant étendre à l'armée, en ce qui concerne les décès constatés dans les hôpitaux militaires, l'application des nouvelles instructions qu'a données le ministre de l'intérieur, en date du 29 décembre dernier (voir notre n° du 22 janvier), ce ministre a décidé que désormais, lorsqu'un militaire viendra à décéder par une cause quelconque, soit pathologique, soit accidentelle, l'officier de santé militaire aura à préciser sur le bulletin de décès la nature de la maladie ou la cause du décès.

Cette prescription n'est donnée que pour la formation du tableau annuel de la population et au point de vue de la statistique, et nous ne doutons pas que les ministres français, comme le ministre belge, ne soient tout disposés à laisser toute liberté de conscience au médecin pour les cas exceptionnels où il croirait de son devoir de taire la nature de la maladie.

— On écrit d'Apt, 2 avril, que, pendant l'ouragan qui a eu lieu dans le département, M. le docteur Chauvet a été emporté près de Murs avec sa voiture à quatre roues et un fort cheval. Encore étourdi du coup et comme asphyxié par la perturbation atmosphérique, à peine se relevait-il de sa chute qu'il fut repris par une nouvelle rafale s'engouffrant dans son manteau, et enlevé presque sans toucher terre, puis transporté à un kilomètre de là, forcé de tout abandonner au gré de la tempête. Heureusement notre confrère n'a pas été blessé.

— M. Baillarger commencera son cours de clinique sur les maladies mentales le dimanche 10 avril, à neuf heures du matin, et le continuera tous les dimanches suivants, à la même heure.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 42. — SAMEDI 9 AVRIL 1853. (26e ANNÉE.) N° 42. — SAMEDI 9 AVRIL 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE.	Trois mois. . . . 8 fr. 50 c. Six mois. . . . 16 » Un an. . . . . 30 »	
GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES.	Trois mois. . . . . 9 fr. Six mois. . . . . . 17 Un an. 33	
ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR.	Trois mois. . . . . 10 fr. Six mois. . . . . . 20 Un an. 38	

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Ouverture du cours clinique de M. Piorry.

En rouvrant son cours clinique, ou plutôt en le continuant, car il a toujours fait leçon trois fois par semaine dans le semestre d'hiver, et nous nous plaisons à rendre justice à son zèle, M. le professeur Piorry a commencé par l'éloge de son collègue M. Bouillaud, avec lequel il affirme avoir tant de points de contact sous le rapport des doctrines médicales, qu'il croit inutile de s'arrêter sur quelques points de dissidence fort peu importants. Tous deux sont des hommes de progrès, tous deux se sont toujours efforcés de faire prévaloir les idées de la nouvelle réforme médicale, selon laquelle il n'y a plus d'entités morbides, mais des organes malades; tous deux ont voulu et veulent la précision presque mathématique du diagnostic obtenue par la percussion, l'auscultation et les autres moyens d'observation que les progrès des sciences physiques ont apportés dans l'art de guérir. M. Piorry insiste sur les idées d'organicisme, qui désormais ont envahi les écoles de tous les pays, et dont on ne peut s'écarter si on veut faire vraiment de la science. Nous sommes complétement d'accord avec M. Piorry sur les importants progrès que la médecine a faits depuis trente ou quarante ans, grâce aux travaux de l'anatomie pathologique, de la physiologie et des sciences physiques et chimiques; nous sommes les premiers à reconnaître que les anciens médecins, sous ce rapport, nous étaient bien inférieurs. Mais la médecine est-elle là tout entière? La partie si importante de l'art de guérir qu'on appelle la thérapeutique a-t-elle fait de pareils progrès? Nos médecins d'aujourd'hui traitent-ils mieux les malades que ne les traitaient Sydenham, Baglivi, Lancisi, Boerhaave lui-même? Cette question n'est pas moins importante.

Quant à la méthode à suivre pour rendre plus profitable aux élèves la clinique médicale, M. Piorry avait, dit-il, conçu un plan que l'Ecole n'a pas jugé convenable d'adopter; ce plan consistait à avoir dans son service, indépendamment du chef de clinique qui représente le professeur en cas d'absence, des aides, soit docteurs, soit élèves, assez instruits pour diriger de leur côté un certain nombre d'élèves dans l'art difficile d'observer, de diagnostiquer les maladies. Ces aides se réuniraient, sous la présidence du chef de clinique, avec les élèves placés sous leur direction, pour faire des conférences sur les faits observés, lire des mémoires, etc. ; en un mot, ils seraient la base, le fondement de nouvelles associations médicales si utiles sous le point de vue scientifique et fraternel.

En admettant avec M. Piorry la difficulté pour le professeur de diriger à lui seul tous les élèves qui suivent son enseignement, surtout avec le système adopté à l'Ecole de Paris, où tout doit être terminé vers dix heures du matin, visite et leçon clinique, nous ne saurions approuver le plan qu'il avait conçu. Quelque instruits qu'on suppose les aides, ils ne peuvent l'être assez pour remplacer le maître, et il serait à craindre que les élèves ne fussent entraînés dans une fausse voie. Il vaudrait mieux, ce nous semble, modifier le cours clinique de manière à imiter ce qui se fait dans beaucoup de cliniques étrangères, en Italie et en Allemagne, où, au lieu de se précipiter tumultueusement sur les lits, les élèves font un cercle assez grand pour voir et entendre, où des élèves instruits interrogent les malades, les traitent même sous l'œil et la direction du chef.

Mais la place nous manque pour traiter avec toute l'étendue convenable ce sujet important, sur lequel nous aurons sans doute occasion de revenir.

Un mot en finissant sur la nomenclature. Nous ne voudrions certes blesser M. Piorry d'aucune manière, et surtout sur un point auquel il attache tant d'importance qu'il est prêt, après vingt ans de lutte, à combattre vingt ans encore pour le faire accepter. Mais en vérité, quoique cette nomenclature soit adoptée, selon le professeur, dans quelques pays étrangers et entre autres à Moscou, nous avons peine à croire que ses efforts soient suivis de succès. L'ancienne nomenclature est vicieuse, imparfaite, nous en convenons; mais les médecins des diverses écoles, vitalistes, solidistes, humoristes, etc., par une convention tacite, l'ont acceptée; sauf quelques modifications introduites par les progrès des sciences physiques et physiologiques au dix-neuvième siècle, elle continue à être suivie partout, et grâce à elle on se comprend dans tous les pays. Admettons que le système de M. Piorry soit meilleur, plus logique, aussi avantageux que le système décimal, que faudrait-il pour le faire entrer dans la science et reconnaître généralement? Suffit-il de l'enseigner aux élèves qui le suivent et qui une fois éloignés seront forcément ramenés aux anciens noms de maladies? Le seul moyen véritablement efficace serait de réunir un congrès médical européen qui en reconnût l'utilité et en prescrivît l'adoption. C'est là une dernière ressource que nous proposons à l'honorable et zélé professeur; mais s'il n'a pas la puissance de réunir cet aréopage médical, nous craignons, il faut bien le dire, qu'il n'échoue dans toutes ses tentatives, quelque persévérant qu'il soit, et que sa nomenclature ne meure avec lui.

Rétroversion de l'utérus avec ulcération du col. — Cautérisation avec le caustique Filhos. — Guérison.

On sait que M. Filhos a modifié d'une manière avantageuse le caustique de Vienne, qui était difficile à manier à cause de sa consistance, et dont l'application était presque impossible pour les cautérisations utérines. La préparation due à M. Filhos n'offre ni ces inconvénients ni celui de la diffluence de la potasse caustique. M. Amussat s'en sert habituellement dans les affections du col utérin, et se loue beaucoup de son action. Voici en résumé un fait qui confirme l'opinion du célèbre chirurgien :

Mme F..., âgée de trente-neuf ans, d'un tempérament nerveux, ayant eu dans sa jeunesse une assez bonne santé, se maria à dix-neuf ans; elle eut deux enfants et quatre fausses couches, dont la dernière, il y a onze ans, fut suivie d'une péritonite assez grave. Depuis lors sa santé s'est notablement altérée; elle a eu de fréquents maux d'estomac, des palpitations de cœur, de l'oppression, surtout le matin; des douleurs dans les reins, de la faiblesse dans les jambes, des douleurs abdominales et dans les aines, de fréquentes envies d'uriner, et surtout de la difficulté à marcher et à se tenir longtemps debout. Ces derniers symptômes ayant augmenté d'intensité, surtout à la fin de 1850 et au commencement de 1851, elle vint consulter M. Amussat au mois de juin de cette année. Le toucher fit constater un col gros, bosselé, bas, entr'ouvert, permettant facilement l'introduction de la première phalange de l'indicateur, et une rétroversion un peu oblique à droite. Le spéculum permit de voir une ulcération pénétrant profondément dans le col et s'étendant surtout sur la lèvre postérieure, qui était grosse, dure et bosselée. Des injections émollientes et des cataplasmes de racine de guimauve furent prescrits afin de diminuer l'état inflammatoire de cette région.

Le 7 juillet, M. Amussat cautérisa la lèvre postérieure avec du caustique Filhos en bâton, et conseilla à la malade le repos complet pendant huit jours, des injections émollientes souvent répétées dans le jour, et la nuit l'introduction dans le vagin d'un cataplasme fait avec de la racine de guimauve. A la suite de cette cautérisation, Mme F... eut un écoulement blanc assez abondant et perdit un peu de sang pendant une journée.

Le 19, en présence de M. le docteur Levaillant, qui avait constaté l'affection de l'utérus, M. Amussat place son spéculum trivalve de manière à mettre bien à découvert la lèvre et le cul-de-sac vaginal postérieurs, et y fit une cautérisation avec le caustique Filhos. Les parties cautérisées furent bien lavées avec de l'eau fraîche, afin d'enlever le caustique qui n'avait pas encore agi et de diminuer la douleur. La prescription fut la même qu'après la première cautérisation. Les règles, qui parurent le 26 de ce mois, furent plus fortes que d'ordinaire.

Le 22 septembre, une cautérisation légère de la lèvre antérieure fut faite avec le même caustique.

Le 21 octobre, l'examen au spéculum ayant fait constater de l'ulcération sur la lèvre antérieure et profondément dans le col, le caustique fut porté une dernière fois sur les points malades.

Le 28 octobre, MM. Dechambre et Levaillant voient la malade, et constatent une forte bride à la partie postérieure du col de l'utérus. Mme F... se trouve beaucoup mieux, quoique la plaie produite par l'action du caustique soit encore en voie de cicatrisation. Les symptômes morbides développés sous l'influence de l'engorgement de l'utérus, de l'ulcération du col et de la rétroversion ont presque complétement disparu, et la malade se propose de partir prochainement pour Londres, ce qu'elle n'avait pu faire jusqu'alors, à cause de l'état de sa santé.

Au mois de janvier 1853, Mme F..., de retour d'Angleterre, vint consulter M. Amussat pour une bronchite chronique qui lui était survenue pendant son séjour à Londres, et dont elle souffrait beaucoup. L'utérus, maintenu par la bride à la partie postérieure du col, n'a pas repris son ancienne position; le col est sain, et la malade ne ressent plus dans le ventre et dans les aines les douleurs qu'elle y éprouvait autrefois; elle peut actuellement faire de longues promenades et vaquer à ses occupations.

Chute sur l'épaule. — Paralysie persistante de muscles du bras et de l'épaule, sans fracture ni luxation.

Il est rare que la paralysie des muscles du bras s'observe dans le cas de chute sur l'épaule sans qu'il y ait eu luxation ou fracture. C'est ce qui est arrivé pourtant chez un malade couché au n° 17 de la salle des hommes, service de M. le professeur Nélaton, à l'hôpital des Cliniques.

Cet homme est tombé sur le moignon de l'épaule, et il n'a été constaté ni luxation ni fracture. Malgré l'emploi bien indiqué de vésicatoires et du galvanisme, la paralysie, qui s'était manifestée dans quelques muscles, a persisté, et le malade est entré à la Clinique.

Les muscles paralysés sont, autant que nous pouvons nous le rappeler, le deltoïde, le biceps brachial, les sus et sous-épineux, le grand dentelé, le coraco-brachial, le brachial antérieur et le grand supinateur.

Le professeur se demande à quelle cause la paralysie de ces muscles, dont quelques-uns ne reçoivent pas l'action des mêmes nerfs, peut être due. M. Malgaigne, dont on connaît l'esprit positif, a cependant laissé du doute sur son opinion en cette circonstance; il attribue la paralysie à la commotion, sans dire si cette commotion porte, selon lui, sur les nerfs locaux ou sur la moelle.

M. Danyau a cité le cas d'un enfant qui, après l'application du forceps, eut une paralysie de la face et du bras. A la mort, on trouva une attrition du plexus brachial.

M. Nélaton incline à penser aussi que le siége de la maladie en ce cas peut se trouver dans le plexus brachial entre la première côte et la clavicule. La compression qui est exercée par suite de la chute peut déterminer soit une désorganition, soit une commotion suffisante pour occasionner la paralysie.

Il trouve aussi dans la paralysie des muscles du bras la cause de quelques luxations congéniales. On conçoit, en effet, que, les muscles de l'avant-bras ne participant pas à la paralysie, et l'enfant continuant à saisir des objets plus ou moins lourds, il s'ensuive, par le défaut d'action des muscles de l'épaule et du bras, un allongement du membre; l'humérus, n'étant plus retenu par des muscles, mais seulement par des ligaments, cède, et la distension amène et entretient la luxation.

Quoi qu'il en soit, que doit-on faire dans le cas actuel? Les vésicatoires ont échoué, le galvanisme ne produit aucune contraction dans les muscles paralysés. On appliquera des raies de feu à la région cervicale de la colonne épinière; on fera usage de la strychnine; de temps en temps on reprendra l'emploi du galvanisme. Peut-être avec de la persévérance obtiendra-t-on quelque amélioration; mais il faut avouer que dans quelques cas la paralysie résiste, et il est à craindre que le fait actuel n'offre un de ces exemples d'insuccès.

Nouveau cas de stomatorrhagie dans la fièvre typhoïde. Mort.

Dans notre *Revue clinique* du 19 mars, nous avons fait connaître un cas de stomatorrhagie suivie de mort dans la fièvre typhoïde. Nous avons en même temps signalé l'extrême rareté de cette hémorrhagie. Un nouveau fait analogue vient de se présenter à la Maison municipale de santé, dans le service de M. Vigla. Il est publié dans l'*Union médicale* du 5 avril par M. Vidal, interne du service. Ce journal fait remarquer avec raison que chez notre malade les symptômes d'adynamie avaient prédominé, tandis que dans celui de M. Vigla il y a eu prédominance des symptômes ataxiques.

Le malade de M. Vigla, nommé Barango, était âgé de vingt-deux ans, d'une forte constitution, convalescent d'une fièvre typhoïde de gravité moyenne, qui avait débuté le 21 février.

Sans fièvre depuis plusieurs jours, il fut pris, le 14 mars, de vomissements et de diarrhée avec fièvre et rêvasseries pendant toute la nuit.

Le 16 mars il entra à la Maison de santé dans l'état suivant : décubitus dorsal, stupeur, réponses lentes, céphalalgie, douleur abdominale, insomnie, diarrhée peu abondante, pouls plein, large, à 98. La nuit est agitée.

Le 18, délire assez violent, épistaxis, contracture des mâchoires, tête renversée en arrière, lèvres sèches, fendillée, gencives fuligineuses, langue tremblotante, sèche; soif vive.

Le 20, abondante épistaxis; le malade a rendu beaucoup de sang par la bouche; le sang coulait par les deux commissures sans effort d'expuition; sueur abondante, face cyanosée, traits tirés, yeux hagards, pupilles contractées; pouls plein, fort, à 96.

En essuyant les lèvres et les gencives, on voit le sang couler abondamment et en nappe de plusieurs gerçures qui existent sur les deux lèvres, à la partie moyenne. Sur la lèvre inférieure, une ulcération aphtheuse, située sur la muqueuse buccale, laisse suinter le sang en assez grand quantité.

Les gencives ne sont ni boursouflées, ni fongueuses. On voit le sang sourdre entre les gencives et les dents, surtout au niveau des

incisives latérales, canines et petites molaires de la mâchoire inférieure. La gencive présente un petit liséré rouge sur la sertissure de ces dents. Les autres parties de la muqueuse buccale sont injectées, mais ne fournissent pas de sang. Le malade ne peut amener sa langue au dehors; mais en la débarrassant de la couche visqueuse sanguinolente qui la recouvre, on n'en voit pas sortir de sang.

Il y a eu des selles sans traces de sang. — Cautérisation des lèvres avec le nitrate d'argent en crayon; glace dans la bouche et sur la tête; julep avec essence de térébenthine, 3 grammes; tisane et lavements au quinquina.

Le 21, grande agitation, mouvements convulsifs; pouls à 108.

Le 22, épistaxis la nuit; nouvelle hémorrhagie buccale à six heures du matin; face très cyanosée; pouls assez plein, à 116; sueur abondante; carphologie. Mort à une heure après midi.

Paralysie musculaire progressive.

Au nº 6 du service de M. Rostan, à l'Hôtel-Dieu, est couché un homme d'une trentaine d'années, grand et vigoureux, qui a présenté des symptômes de cette maladie sur laquelle M. Cruveilhier vient de lire un mémoire si intéressant. La paralysie avait envahi successivement les bras, les mains et les jambes; la bouche était restée libre; des bains de vapeur répétés (25 environ) ont amené de l'amélioration et paraissent avoir enrayé la maladie. Le malade cependant dit conserver beaucoup de faiblesse. Nous ne citons ce fait que comme indication, et signalerons un autre cas de ce genre que M. le professeur Rostan dit avoir observé naguère dans ses salles sur une vieille femme qui a été évacuée sur la Salpêtrière. Nous espérons avoir des renseignements plus précis sur ce dernier fait.

Variole confluente. — Gangrène du prépuce.

Plusieurs cas de variole ont été observés dans la même salle. Parmi eux, M. Rostan nous a fait remarquer un sujet jeune et vigoureux convalescent d'une variole confluente et qui a été atteint d'une gangrène qui a fait tomber une grande partie du prépuce.

La gangrène, pansée convenablement, est arrêtée, et le malade en sera quitte pour une difformité de cette partie.

Des pustules se sont sans doute développées sur le prépuce, qui, étroit chez ce malade, s'est étranglé et a été amené à gangrène. Nous ne connaissons aucun fait de ce genre.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. NONAT.

Deux observations de thoracentèse suivie de guérison.

Le dernier numéro de la *Gazette médicale de Lyon* contient une observation intéressante de thoracentèse due à M. le docteur Bouchet, et suivie de succès, dans un cas de pleurésie aiguë avec épanchement considérable. Elle est suivie d'un fait analogue avec autopsie, et dans lequel le médecin regrette de n'avoir pas pratiqué la thoracentèse.

Nous saisissons avec empressement cette occasion de publier deux faits analogues, dont nous devons la communication à l'obligeance de notre honorable confrère M. Nonat. L'un de ces faits est relatif aussi à un épanchement à la suite d'une pleurésie aiguë; le deuxième était consécutif à une pleurésie chronique. Nous ferons suivre ces deux observations de celle de M. le docteur Bouchet. Dans le cas de M. Bouchet et dans le premier de M. Nonat, l'opération n'a été suivie d'aucun accident; les suites en ont été simples autant qu'heureuses. Le sujet de la deuxième observation de M. Nonat est sorti dans un état peu satisfaisant; il y avait doute sur l'existence de tubercules.

OBS I. — *Epanchement thoracique considérable à la suite d'une pleurésie aiguë. — Thoracentèse. — Guérison.*

Le 3 mars 1852, est entrée au nº 23 de la salle Sainte-Geneviève Jeanne N..., âgée de vingt-cinq ans, marchande, d'un tempérament lymphatique, née à Privas (Ardèche).

Elle a été atteinte de tous les symptômes d'une pleurésie aiguë fort intense, il y a dix jours environ. La malade n'a eu recours à aucun homme de l'art, et s'est contentée de quelques soins domestiques qui, loin d'enrayer la marche de l'affection, laissèrent toute liberté à son développement. Elle se présente la figure pâle, les traits allongés, le nez effilé, les lèvres décolorées, le corps émacié; la faiblesse est extrême, le pouls petit, misérable, fréquent; la respiration pénible, anxieuse, difficile; le point de côté n'existe plus. La malade ne peut introduire de l'air dans sa poitrine qu'après de grands efforts, en se tenant sur son séant ou se couchant sur le côté gauche. C'est de ce côté qu'avait été primitivement le siége de la douleur.

Les parois thoraciques ont perdu de ce côté toute leur élasticité; elles ne vibrent point quand la malade parle ou quand elle tousse. La percussion donne un son mat qui s'étend à tout ce côté du thorax, depuis le sommet jusqu'à la base, si ce n'est dans la fosse sus-claviculaire et dans l'espace qui sépare la clavicule de la première côte. Le murmure vésiculaire est nul de ce côté du thorax. On ne perçoit pas non plus de bruits anormaux, tels que la bronchophonie ou le souffle tubaire, ainsi que cela s'observe dans les épanchements très considérables.

La malade, soigneusement interrogée sur ses antécédents, sur la santé de ses parents, nous assure qu'elle a toujours joui jusqu'alors de la plus parfaite santé, que son amaigrissement ne date que de l'époque encore récente de sa maladie. Ayant ainsi pris soin d'écarter tout soupçon de tubercules pulmonaires, et après nous être dûment assuré que l'épanchement pleurétique n'était lié à aucune complication organique grave, nous résolûmes de pratiquer la thoracentèse.

Cette opération fut pratiquée le 5 mars, c'est-à-dire deux jours après l'entrée de la malade à l'hôpital. On a eu recours au procédé ordinaire, que nous ne décrirons pas ici, et qui est le même d'ailleurs que dans l'observation qui suit. La ponction a donné issue à 1,200 grammes d'un liquide franchement séreux, homogène. Immédiatement après l'évacuation de l'épanchement, la malade respire plus facilement et la poitrine reprend son aspect normal. La percussion n'indique plus cette matité des jours précédents. La respiration peut être perçue par l'auscultation dans les parties supérieures du thorax.

Le lendemain, 6 mars, la malade avait passé une bonne nuit; elle avait dormi pour la première fois depuis huit jours; elle respirait également bien dans toutes les positions qu'elle prenait. Déjà l'élasticité était revenue aux parois thoraciques; on y percevait une vibration encore obscure. La matité n'occupait plus que 4 centimètres de hauteur à la base de la poitrine; partout ailleurs il y avait de la sonorité comme du côté sain; le murmure respiratoire s'entendait faible encore, mal caractérisé, tandis que de l'autre côté du thorax le poumon donnait une respiration puérile déjà moins intense cependant qu'avant la ponction. Le pouls était moins fréquent; il avait repris de la force et de l'ampleur.

Les jours suivants, l'état de la malade s'améliora encore à vue d'œil; toute réaction tomba; les phénomènes plessimétriques et sthétoscopiques de la poitrine annonçaient chaque matin que l'organe respiratoire reprenait son volume et son état normaux. Des toniques, des fortifiants furent administrés à la malade, qui sortit de l'hôpital, le 23 mars, méconnaissable, rendue à la santé et à la force qu'elle avait perdues depuis un mois environ.

OBS. II. — *Pleurésie chronique. — Epanchement thoracique considérable. — Thoracentèse. — Amélioration.*

Louise David entre à la Pitié le 8 octobre 1852 avec tous les symptômes de l'hydrothorax: face cyanosée, orthopnée; respiration fréquente, anxieuse; pouls petit, faible, mou, fréquent; insomnie; sentiment de pesanteur du côté gauche de la poitrine; voussure légère de la partie antérieure de cette région; matité complète de ce côté, devant, derrière et sur les parties latérales, depuis la base du thorax jusqu'au niveau de la deuxième côte; perte de l'élasticité des parois, défaut complet de vibrations thoraciques; absence du murmure vésiculaire dans toute l'étendue de la matité; respiration puérile à droite; souffle bronchique à gauche; égophonie; refoulement du cœur; déviation de cet organe à droite.

La malade, interrogée avec soin sur ses antécédents, ne se souvient pas d'avoir eu d'affection aiguë qui ait pu devenir le point de départ de l'épanchement pleural. Elle assure seulement que depuis dix-huit mois environ elle est sujette à de fréquents points de côté, passagers, survenant surtout à la suite d'efforts, de travaux pénibles et prolongés. Ces points de côté, toujours bornés à une partie du côté gauche de la poitrine, étaient suivis d'une dyspnée peu intense qui se dissipait avec le point douloureux.

Il y a douze jours, ces phénomènes se sont aggravés; la dyspnée est devenue plus intense et continuelle; la malade a perdu l'appétit, elle a un peu maigri; elle est sujette à de fréquentes transpirations, et demande instamment qu'on la débarrasse du poids qu'elle a sur la poitrine.

Le 13 octobre, la thoracentèse fut pratiquée. Nous avons constaté de nouveau les signes stéthoscopiques signalés plus haut. L'épanchement avait fait de nouveaux progrès; la matité occupait toute la cavité gauche du thorax jusqu'au creux sus-claviculaire en haut, dépassait en dedans le bord gauche du sternum et s'étendait jusqu'au milieu du médiastin antérieur. Le trocart, enfoncé à travers le septième espace intercostal, au-devant du bord antérieur du grand dorsal, a donné issue à 950 grammes d'un liquide clair, séreux, jaune-serin, sans mélange d'aucune nature.

Quand la sérosité a été évacuée, la malade s'est sentie immédiatement soulagée; elle respirait plus facilement, et ne sentait plus cette oppression du côté gauche de la poitrine qui la gênait si fort. Déjà les parois thoraciques avaient repris un certain degré d'élasticité, et leurs vibrations pouvaient se percevoir. Dans toute l'étendue du côté gauche, il y avait une matité à peu près uniforme, mais bien moins caractérisée qu'avant la ponction; pouls à 120.

Le 14, la malade se plaint d'une diarrhée abondante. Elle respire plus facilement; elle a eu de la fièvre toute la nuit; le matin, la peau est chaude, moite; le pouls petit et mou. La partie antérieure du côté gauche de la poitrine conserve un certain degré d'élasticité. La partie supérieure et toute la région sous-claviculaire ont acquis un degré de résonnance qui se rapproche de l'état normal.

Il y a de la matité à la partie postérieure, mais elle n'a pas la même intensité qu'avant la ponction.

Le 15, l'état général de la malade est plus satisfaisant. La diarrhée, attribuée à l'usage du calomel donné pendant deux jours avant la thoracentèse, persiste encore. Mêmes phénomènes stéthoscopiques et plessimétriques que la veille. A la partie postérieure de la poitrine et du côté gauche, on perçoit un souffle bronchique, mais un peu moins fort qu'avant l'opération. — Diète: sinapismes aux extrémités inférieures; six ventouses scarifiées derrière le thorax à gauche.

Le 17, le mouvement fébrile persiste; la matité fait des progrès, elle s'étend jusqu'au niveau de la 4ᵉ côte. Tous les autres signes de l'épanchement se reproduisent.

Le 19, la diarrhée a diminué d'intensité, la malade ne s'est présentée que deux fois à la garde-robe; le mouvement fébrile est tombé également; l'épanchement semble se résorber, il n'atteint plus par son niveau supérieur que la 5ᵉ côte.

Le 20, la diarrhée a complétement cessé; le pouls bat 116 fois; la peau est moins chaude; la matité s'élève moins haut que la veille.

Le 23, les phénomènes de réaction se calment; la diarrhée ne reparaît plus; pouls à 110.

Le 28, la matité ne présente pas la même étendue, elle n'atteint en haut que le niveau de la 5ᵉ côte; les parois pectorales sont peu élastiques, elles vibrent au-dessus du niveau du liquide; pouls à 100.

Le 31, la malade se plaint encore de quelques douleurs dans le côté gauche de la poitrine. Elle respire plus facilement, mais moins bien qu'à l'état normal. Inappétence complète; pouls à 105.

Le 2 novembre, l'épanchement demeure stationnaire; la malade souffre toujours beaucoup des parois du thorax. — On applique sur le côté gauche un vésicatoire volant de la largeur de la main.

Les jours suivants, les symptômes de réaction persistent; le pouls est petit, dur et fréquent. Mêmes phénomènes stéthoscopiques et plessimétriques.

L'épanchement se résorbe avec une extrême lenteur; le pouls tombe à mesure que la matité diminue d'étendue. L'administration de quelques diurétiques avec l'application d'un nouveau vésicatoire volant sur le côté gauche du thorax produit une diminution notable dans les quantités du liquide, rendues appréciables par la percussion et l'auscultation. La matité ne s'étend plus que jusqu'à la 7ᵉ côte gauche, quand la malade demande sa sortie, le 1ᵉʳ décembre 1852. Le bruit respiratoire était affaibli encore au-dessus de l'épanchement; les parois de la poitrine n'avaient pas recouvré toute leur élasticité. La diarrhée, qui subsistait encore, le mouvement fébrile à peu près continu, quelques sueurs nocturnes nous donnèrent à penser que l'épanchement pleural n'était pas simple, et s'accompagnait de quelques complications tuberculeuses des poumons.

Voici maintenant les faits de M. Bouchet.

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. Bouchet.

OBS. I. — *Pleurésie aiguë avec épanchement considérable. Thoracentèse. — Guérison.*

Joseph Charbon, trente-cinq ans, voiturier, homme fort et vigoureux, était malade depuis quinze jours par suite d'un refroidissement qui s'était tout d'abord manifesté par un violent point de côté. A son entrée à l'Hôtel-Dieu, on constata les symptômes suivants: toux, expectoration peu abondante, essoufflement, peau sudorale, pouls fébrile, insomnie et inappétence.

A la percussion on trouve une matité complète de tout le côté droit, en haut, en bas, en avant, en arrière. A la vue, le côté droit de la poitrine est bombé, les côtes paraissent soulevées, et, par la mensuration, ce côté donne 2 centimètres de plus que du côté opposé. Par l'auscultation, on reconnaît que le murmure vésiculaire n'est perçu qu'en haut dans une petite étendue, le malade étant assis; plus bas un léger souffle tubaire, et rien dans le reste de l'étendue du thorax. Mais quand le malade parle, l'égophonie s'entend partout.

Ces symptômes liés et comparés entre eux; leur coexistence dénotait un épanchement pleurétique remplissant presque toute la cavité pleurale, ayant refoulé le poumon en haut et fait vousser les côtes. Le malade fut mis à l'usage des remèdes ordinaires en pareil cas et des diurétiques assez énergiques: ils produisirent très peu d'effet. La fièvre devenait continue et active. Évidemment la maladie s'aggravait, la nature ne faisait rien pour favoriser la résorption de l'épanchement. Ces faits furent constatés par M. le professeur Brachet, que j'avais prié de venir voir le malade, et par plusieurs élèves et internes.

Je songeai alors à pratiquer une ponction avec le trocart, pour faire évacuer le liquide, et favoriser les adhérences des deux feuillets séparés de la plèvre, mode de guérison le plus habituel des cavités séreuses qui ont été le siége d'un épanchement. J'en parlai d'avance à mes confrères, qui n'approuvèrent pas cette tentative. Cependant en considérant les conditions favorables que présentait le malade, le peu d'amendement obtenu pendant dix jours par le traitement employé, et le danger certain que lui faisait courir cet épanchement passant à l'état chronique, je me décidai à essayer ce moyen. M. Reybard, qui avait eu l'obligeance de venir voir le malade, offrit son concours pour opérer, suivant la modification de la soupape en peau de baudruche adaptée à son trocart.

L'opération fut faite le 19 mai; le trocart introduit entre les digitations du grand dorsal sur la partie latérale vers le neuvième espace intercostal. Cette ponction se fit très simplement, sans douleurs vives, sans accidents; elle donna issue à un litre et demi de sérosité claire, de bonne nature, légèrement poisseuse au doigt.

Le lendemain on constata une diminution de la voussure thoracique en bas; le malade pouvait se coucher des deux côtés; la respiration était plus facile; l'oreille percevait le bruit respiratoire en haut, preuve de l'ampliation du poumon, seulement il semblait que ce bruit était plus éloigné que dans l'état normal. Je fis appliquer quatre pastilles de potasse en losange, à partir de l'angle inférieur de l'omoplate. Le 23, quatre jours après, le malade n'avait plus d'oppression, le mouvement fébrile avait diminué, il restait seulement un peu d'expectoration catarrhale. Le 26, on constata que le traitement diurétique produisait de l'effet; les urines devinrent abondantes, le bruit respiratoire à l'auscultation était plus distinct et plus rapproché. Le 2 juin, une nouvelle ponction dans le même lieu, de la même manière, donna issue à une verrée de liquide, un peu plus albumineux et onctueux que la première fois. Comme remèdes, on fit prendre successivement des potions scillitiques, les eaux-bonnes le matin, deux pilules écossaises. Le malade disait se trouver très bien, sans oppression; il mangeait le quart et se rétablissait bien, mais il conservait une légère fièvre qui faisait soupçonner le travail inflammatoire et plastique de la plèvre, produisant les adhérences de guérison et l'épaississement de cette séreuse. Le 25, la respiration s'entendait jusqu'au niveau de la huitième côte; la voussure avait presque entièrement disparu; il ne restait qu'un peu de matité à la partie inférieure, avec une légère égophonie; état général très bon. Le malade acheva sa guérison et sortit le 3 juillet, un mois après la seconde ponction, 45 jours après la première, 55 jours après son entrée à l'hôpital, 70 jours à partir de l'invasion de la maladie. A cette époque, il n'y avait plus qu'un peu de matité tenant à l'épaississement des plèvres, tous les autres symptômes avaient disparu, la guérison était complète.

La première question à s'adresser ici, c'est de savoir si le malade aurait pu guérir sans la ponction? Je réponds nettement pour ma part, avec tous ceux qui l'ont observé, par la négative; c'est un cas qui semblait devoir passer à l'état chronique, avec tout le cortége de symptômes fâcheux qui en dépendent.

Un second point qui me semble devoir être établi, c'est l'innocuité et la simplicité de l'opération. Peut-être s'est-on trop préoccupé des prétendus dangers de l'introduction de l'air dans une cavité séreuse? Dans tous les cas, le perfectionnement apporté à l'opération par le procédé du docteur Reybard répond à tout ce qu'on peut objecter sur ce point, et les deux ponctions successives,

à peu de distance l'une de l'autre, sans accident aucun, montrent combien les appréhensions à cet égard sont exagérées.

Quant à la simplicité de l'opération, en la faisant sur les parties latérales du thorax de la huitième à la dixième côte, dans l'intervalle intercostal, entre les digitations du grand dorsal, elle est complète, puisqu'on a à traverser le plan charnu formé par les muscles intercostaux; et encore ceux-ci sont-ils refoulés et soutenus par la pression du liquide séreux.

Ce serait ici l'occasion d'examiner s'il ne serait pas opportun de pousser dans la cavité pleurale des injections iodées, dans le but d'obtenir des adhérences inflammatoires, pour guérir radicalement les empièmes purulents et les épanchements anciens.

En opposition à cette observation de succès, je rapporterai sommairement le fait suivant et les détails nécroscopiques, parce qu'ils me semblent démontrer jusqu'à l'évidence et le danger et les phases fâcheuses qui menaçaient mon premier malade s'il n'avait pas eu le bonheur de guérir. J'avais songé aussi à faire une ponction et user du même procédé, mais plusieurs circonstances tirées de l'état général du malade m'en avaient détourné; en constatant les désordres de la pleurésie, j'ai eu le regret de ne pas avoir passé pardessus toute considération et de ne pas avoir tenté l'opération; c'eût été peut-être pour lui une chance de salut.

Obs. II. — *Pleurésie avec épanchement thoracique considérable. Mort. — Autopsie.*

J.-B. Garnier, âgé de trente-sept ans, domestique, bonne constitution, entra à l'Hôtel-Dieu le 21 juin 1852, et fut dans la salle en même temps que le sujet de la première observation. Au début, il disait être malade depuis trois semaines, avoir expectoré des crachats épais et sanguinolents, avec un violent point de côté; il ne s'était pas remis depuis, et s'était décidé à entrer à l'hôpital. Comme remèdes, il s'était seulement fait transpirer suivant la coutume du peuple, mais n'avait point vu de médecin. Il présentait comme symptômes de la dyspnée et de l'essoufflement, mais médiocre, de la toux sans expectoration, une légère voussure thoracique, matité à gauche dans toute l'étendue, bruit respiratoire à peine perceptible en haut, voix bredouillée à l'angle de l'omoplate, urines rares et briquetées, malaises de l'estomac avec nausées et vomissements glaireux le matin. On diagnostiqua une pleurésie subaiguë à gauche, épanchement et épaississement de la plèvre. On fit appliquer de la potasse à l'angle de l'omoplate; à l'intérieur, béchiques et légers expectorants: l'eau du Mont-Dore le matin, vésicatoires. La maladie fut légèrement enrayée pendant quelques jours; le 12 juillet, on constata que les battements du cœur étaient plus perceptibles à droite; le cœur semblait déjeté; il y avait de l'anxiété et un malaise général. Il survint une diarrhée sanguinolente qui dura jusqu'à la fin d'août; le rejet du cœur à droite fut encore plus prononcé.

Dès les premiers jours de septembre, l'anasarque se prononça, fit des progrès assez rapides; le malade succomba le 10 octobre.

Ce triste tableau d'une maladie passée à l'état chronique et entraînant le malade est une preuve nouvelle de l'importance des médications actives au début: *principiis obsta, sero medicina paratur.* Ayant bien reconnu l'épanchement, j'aurais pu peut-être tenter la ponction; je crois qu'elle eût été une chance de guérison; mais je ne croyais pas l'épanchement aussi considérable; le malade respirait sans grands efforts et en outre se plaignait à chaque instant de divers malaises fonctionnels qui détournaient forcément l'attention.

Voici maintenant les détails nécroscopiques sur lesquels je m'appuie pour démontrer l'importance de la ponction avant que ces désordres aient eu le temps d'être produits:

Autopsie. — Anasarque et infiltration générale.

Toute la cavité de la poitrine du côté gauche est remplie par un liquide séreux et citrin; les parois de cette cavité sont formées par la plèvre épaissie, compacte, rugueuse. Vers le médiastin, elle a près d'un demi-centimètre d'épaisseur; là elle est adhérente à la colonne vertébrale, et par la dissection on trouve le poumon appliqué sur le rachis et retenu par les adhérences sous forme d'une tranche n'ayant pas plus d'un doigt d'épaisseur, induré et point crépitant. La quantité de liquide peut être évaluée à quatre ou cinq litres; quelques fausses membranes molles sont flottantes dans la cavité.

Le péricarde est distendu et plein de sérosité; il est tellement rejeté avec le cœur du côté droit que les quatre cinquièmes sont en dehors de la ligne médiane. A l'intérieur, sérosité sanguinolente et péricardite mamelonnée.

En pratiquant une incision intercostale, comme pour l'empyème, dans le but de faire écouler le reste du liquide, on voit le cœur revenir à sa place à mesure que le liquide de l'empyème s'écoule et la cavité de l'empyème se rétrécir. Une heure après, la cavité, par ce simple effet, avait diminué de près de la moitié. Les poumons sont sains.

CLINIQUE DÉPARTEMENTALE.

De l'hydrocyanate de fer dans l'épilepsie.

Par M. Fabre, d.-m.-p., ex-chef de chirurgie interne à l'Ecole de Marseille.

Les premières cures produites par l'hydrocyanate de fer dans l'épilepsie furent d'abord signalées en 1829, dans une lettre à l'Académie de médecine, par Bertrand, médecin à Pont-du-Château (*Archives gén. de méd.*).

Dans la même année, M. Gergerès (de Bordeaux) fit connaître deux autres cas, celui d'un homme de trente-six ans, dont les accès, se répétant toutes les semaines, cédèrent à l'usage de ce médicament porté graduellement de 1 à 4 grains, et celui d'une fille que ce même moyen rétablit (*Revue médicale*). Ces faits passèrent inaperçus pour la plupart des médecins. M. le professeur Roux (de Brignolles), ancien condisciple de M. Gergerès, avait plusieurs épileptiques qui lui étaient confiés, et sur lesquels tous les autres remèdes avaient échoué, lorsque parurent ces observations; il se hâta d'expérimenter ce nouveau médicament. Les succès qu'il en obtint furent si concluants qu'il crut dès lors devoir traiter presque tous ses épileptiques par une substance qui produisait des résultats aussi extraordinaires. Je donnerai plus loin quelques observations qui m'ont été communiquées par mon ancien maître, et j'espère que la source d'où elles émanent contribuera à populariser un remède jusqu'à présent trop négligé. Quelques années après la publication de MM. Bertrand et Gergerès, M. Jansion, médecin à la Bruguière, vint à son tour exposer dans un mémoire les résultats d'une expérience ancienne. (*Journal des connaissances méd.-chir.*)

M. Jansion, qui a traité beaucoup d'épilepsies, a obtenu de grandes *consolations et souvent des guérisons durables* (expression de l'auteur). Dans son mémoire, il ne rapporte que quatre cas de guérison d'épilepsie, pour ne pas, dit-il, multiplier inutilement des exemples analogues.

La première appartient à un muletier de vingt-trois ans, qui fut vivement impressionné par diverses chutes qu'il fit dans ses voyages. Il fut pris en 1833 d'attaques d'épilepsie et ne s'en préoccupa que faiblement pendant deux ans. Mais ces attaques étant devenues fréquentes au point de se répéter deux ou trois fois par semaine, on fut consulter M. Jansion, qui expérimenta différents remèdes sans aucune amélioration; alors il donna l'hydrocyanate de fer. Quinze jours après cette médication, les accès disparurent; trois années s'écoulèrent sans attaques. Enfin, un excès de boisson ayant été suivi de récidive, celle-ci fut vaincue comme la première.

Le second cas est celui d'un paysan de dix-huit ans, robuste et sanguin. Son mal, qui datait de six mois et le prenait plusieurs fois par semaine, avait été provoqué par une grande frayeur; des gardes l'avaient surpris en délit dans une forêt royale. La valériane donnée d'abord ayant échoué, on en vint à l'hydrocyanate de fer, qui dissipa les accès sans retour. Appelé ultérieurement sous les drapeaux, notre épileptique a fait parfaitement son service sans jamais rien ressentir; il est rentré dans ses foyers bien portant.

Un succès non moins remarquable a été obtenu chez les deux derniers malades, l'un âgé de neuf ans et l'autre de quinze, dont l'affection ancienne et grave avait résisté aux remèdes ordinaires; les convulsions, promptement arrêtées, n'avaient pas reparu depuis six ans.

M. Delasiauve, médecin de Bicêtre, qui a expérimenté ce médicament, dit: « Pour notre compte, nous avons fréquemment employé l'hydrocyanate de fer pour les épileptiques confiés à nos soins, et, si la plupart n'en ont éprouvé des effets marqués ni en bien ni en mal, il en est quelques-uns à qui ce médicament a été évidemment utile par l'éloignement, l'affaiblissement et le nombre des attaques. Au moment même (1847), nous le prescrivons à l'un de ces infortunés, entré il y a un mois à l'hospice et qui ne passait guère de jour sans tomber deux ou trois fois. Voilà une quinzaine de jours que le traitement est entrepris, et depuis cette époque il n'y a pas eu un seul accès. » Enfin, au mois de janvier 1852, la *Gazette des Hôpitaux* a fait paraître l'observation d'une chienne guérie par ce moyen. Cette chienne, de race anglaise, âgée de trois ans, jouait dans un jardin au milieu duquel se trouvait un bassin dans lequel elle tomba tout à coup. Au bout de quelques instants, on vint la retirer. Huit jours après cet accident, cette chienne, qui couchait dans la chambre de son maître, fut prise dans la nuit d'un étourdissement et fit assez de bruit pour le réveiller; il se leva aussitôt, mais tout était passé; il reconnut seulement que la gueule était salie par la bave.

A quelques jours de là, le maître fut réveillé encore par le même bruit, et, quatre jours plus tard, la même chose se renouvela. M. Gourdier, prié d'examiner cet animal, l'ayant pris chez lui, observa les symptômes suivants: les premier, second, troisième jours, la petite chienne fut calme; elle ne paraissait pas malade. Le quatrième jour, après avoir mangé la souqe du matin, elle fut prise d'un violent accès qui dura de trente à quarante secondes. Pendant trente-sept jours, les accès se sont montrés à trois et à cinq jours d'intervalle, et offrant les mêmes symptômes. Dès le début, M. Gourdier donna la poudre de valériane, à la dose de 2 centigrammes en pilules, qui furent administrées le matin à jeun, et le soir une heure après le repas, cela pendant dix-neuf jours. Les accès étant toujours aussi forts et aussi fréquents, on cessa l'usage des pilules. Après divers tâtonnements, tous sans succès, et qui ne durèrent pas moins de soixante-six jours, pendant lesquels la maladie s'était aggravée au point qu'on croyait n'avoir plus qu'à sacrifier l'animal, M. Gourdier, à qui son pharmacien en avait suggéré l'idée, employa l'hydrocyanate de fer. On composa des pilules dans lesquelles il entrait 3 grains de ce sel, et on en donna pendant quarante-cinq jours. Les accès furent les mêmes dans le commencement; mais, au dix-neuvième jour, ils parurent plus réguliers, c'est-à-dire tous les sept à huit jours; puis ils s'éloignèrent davantage, et finirent par disparaître. La bête reprit ses habitudes; elle fonctionna parfaitement bien, et son propriétaire a pu la reprendre le cinquante-neuvième jour de son nouveau traitement. Elle a été tenue à la surveillance pendant une année entière, durant laquelle la guérison ne s'est pas démentie.

Les documents que je viens d'analyser sont bien précieux, sans doute; ils semblent suffisants pour faire adopter l'usage du médicament qui a donné de tels résultats. Cependant l'épilepsie est une maladie dont les vraies causes et la nature intime échappent si souvent aux praticiens, qu'on ne doit pas être étonné de les voir recourir d'ordinaire aux débilitants, tels que la saignée, les bains, etc., dans l'intention de diminuer et d'arrêter la congestion cérébrale. Je viens donc insister sur l'utilité de l'hydrocyanate de fer, en rapportant quelques faits tirés de la pratique d'un médecin qui ne se pique pas d'expliquer les névroses, et qui se souvient de la devise toujours vraie des médecins de l'antiquité: *Tota in observationibus ars medica.*

Accès épileptiformes guéris par l'hydrocyanate de fer et de la valériane (1).

Obs. I. — M. le lieutenant-général O..., âgé de soixante ans, né en Corse, d'un tempérament sanguin, d'une taille élevée, d'une forte constitution, avait passé sa vie dans les camps jusqu'en 1814, époque où il fut rayé des cadres du service actif et forcé de vivre dans la retraite. Ce genre de vie eut une influence fâcheuse sur sa santé. Des accès épileptiformes, d'abord rares, puis plus rapprochés, se manifestèrent. Lorsque, en 1828, je fus consulté, ils se répétaient jusqu'à trois fois par jour; l'*aura epileptica*, montant des extrémités inférieures vers la tête, avertissait le malade de leur arrivée. Le général chancelait; quelquefois il perdait connaissance; le plus souvent il n'était qu'étourdi, et l'accès était terminé. Il n'y avait point d'écume à la bouche, point d'émission involontaire des urines, point de tournoiement circulaire, point de contorsion dans les muscles de la face.

Divers traitements avaient déjà été employés; ils avaient, en général, consisté dans l'emploi des bains, des antiphlogistiques et d'un régime sévère. Le malade se transporta, en 1829, à Montpellier, où il consulta MM. Lordat, Lallemand et Dubreuil; il retourna de cette Faculté auprès de moi avec une consultation indiquant un traitement antiphlogistique le mieux réglé, qu'il fut suivi en tout pendant près d'un an, et la maladie ne fit qu'empirer. C'est alors que, au lieu d'un accès, il en vint trois par jour. Le malade et moi, désolés d'un pareil résultat, nous primes le parti de laisser de côté les moyens en apparence les plus rationnels pour adopter l'usage de l'hydrocyanate de fer, à l'exemple de M. Gergerès, de Bordeaux, qui disait en avoir obtenu les meilleurs résultats. Des pilules, composées chacune d'un demi-grain d'hydrocyanate de fer et d'un grain de poudre de valériane, furent données, matin et soir, avec une tasse de tilleul; on commença par une, et on augmenta progressivement jusqu'à seize par jour. Au bout de trois mois le général était calmé et n'avait plus eu un seul accès. Cette guérison lui paraissait si extraordinaire, qu'il craignait toujours une récidive; cependant ce traitement fut continué pendant près d'un an, et la guérison fut maintenue. Vingt-quatre ans se sont écoulés, et M. le général O... jouit de la meilleure santé.

Le résultat de ce traitement était trop satisfaisant pour ne pas en tenir compte dans des circonstances plus concluantes, c'est-à-dire chez des malades atteints d'accès complets, accompagnés des conditions les plus graves: ancienneté, chute, perte de connaissance fort prolongée, etc.

Voici des observations qui ne laissent rien à désirer.

Épilepsie complète guérie par l'hydrocyanate de fer en poudre.

Obs. II. — Pascal Degromety, jeune paysan de vingt ans, d'une bonne constitution, avait, pendant son enfance, eu l'œil droit ouvert par un corps pointu; le moignon qui en était résulté avait conservé un peu de sensibilité. Un jour qu'il était aux champs avec son père, au moment où celui-ci fut frappé d'apoplexie foudroyante, le jeune Degrometty éprouva une grande frayeur, qui fut suivie, quelques jours après, d'une attaque d'épilepsie des plus complètes: chute, convulsions, écume abondante, émission involontaire des urines, perte prolongée de connaissance; rien ne manquait. Ces attaques se répétaient assez fréquemment, et restèrent les mêmes pendant quatre ans.

En mai 1831, les pilules d'hydrocyanate de fer et de valériane furent administrées, matin et soir, dans une infusion de tilleul; mais ce médicament ne produisit sous cette forme aucun amendement, quoique le nombre en fût porté jusqu'à seize par jour. Après quelques mois, les pilules furent remplacées par des prises de 1 grain de l'hydrocyanate de fer pur en poudre mêlé avec du tilleul.

Les accès d'épilepsie furent amendés aussitôt; ils devinrent d'abord moins forts, puis ils s'éloignèrent, et enfin ils disparurent complètement. Le traitement fut continué pendant huit mois, et abandonné sans que l'épilepsie ait reparu jamais depuis vingt ans. Quand ce jeune homme était pris d'attaques d'épilepsie, le moignon de l'œil devenait douloureux, et chaque attaque était précédée et comme annoncée par des douleurs fort vives; la maladie dissipée, les douleurs s'apaisaient.

Lorsque l'épilepsie se manifesta, Degromety, âgé de vingt ans, était garçon; mais il se maria trois ans après, et, sous l'influence du mariage, ses accès se rapprochèrent beaucoup, et finirent par faire craindre à sa femme une terminaison fatale par apoplexie. Ce fut alors qu'il réclama mes soins, et qu'il se soumit à toutes mes prescriptions. J'avais remarqué que les pilules étaient rendues presque entières, et je m'étais expliqué ainsi leur inefficacité; mais, n'insistant pas plus longtemps, j'eus recours à l'hydrocyanate de fer en poudre, qui fit sentir son influence dès les premiers jours. Ce malade, fort épris de sa femme, n'avait jamais renoncé à ses rapports avec elle, et, fort heureusement, sa guérison ne fut point empêchée par une position qui avait eu pourtant une influence fâcheuse avant le traitement.

Obs. III. — Le nommé Alègre, de Signes (Var), âgé de seize ans, était épileptique depuis quelque temps, lorsque je fus consulté par ses parents dans l'été de 1835; les accès étaient rapprochés et violents. Je conseillai l'hydrocyanate de fer et la valériane, qui furent pris pendant plus de six mois: la guérison fut parfaite et ne s'est pas démentie.

Obs. IV. — La nommée Bois (Madeleine), de Signes (Var), âgée de seize ans, d'une taille élevée, d'un tempérament sanguin, cousine germaine du sujet de la précédente observation, vint me consulter, après la guérison d'Alègre, pour une épilepsie avec accès complets, désirant se soumettre à un traitement dont elle avait vu l'efficacité.

La menstruation était assez irrégulière et peu abondante chez cette jeune personne, et je crus l'usage de l'hydrocyanate de fer doublement indiqué. En effet, tout rentra dans l'ordre au bout de quelques mois; le traitement fut continué pendant huit mois, et la guérison a été complète depuis lors.

Obs. V. — Le nommé Louis Blanc, ouvrier tanneur, domicilié à Marseille, rue Désirée, 8, âgé de trente ans, tempérament sanguin, n'avait jamais éprouvé de maladie grave; il est marié depuis trois ans. Il n'a fait, disait-il, d'autre excès que celui du travail. Le 2 décembre 1838, il fut pris d'une attaque violente d'épilepsie, qui a duré assez longtemps, avec convulsions, écume à la bouche et perte de connaissance; le lendemain, une deuxième attaque semblable à la première, à la suite de laquelle je jugeai convenable de pratiquer une saignée.

Le malade voulut aller respirer l'air natal à Barjols (Var). Durant une quinzaine de jours qu'il y resta, et pendant lesquels il fut soumis à l'usage de la valériane seule, ses attaques se reproduisirent à des époques assez rapprochées. Rentré à Marseille, il fut soumis à l'hydrocyanate de fer combiné à la valériane, et de suite les accidents se dissipèrent pour ne plus se reproduire jusqu'à ce jour.

Le traitement de Louis Blanc a duré six mois; les pilules ont été portées jusqu'à seize par jour: chacune contenait 5 centigrammes.

Obs. VI. — Barlet (Philippe), âgé de quinze ans, tempérament sanguin, apprenti cordonnier, était atteint d'épilepsie depuis trois ans. Ses accès revenaient à des époques irrégulières et quelquefois éloignées, plus rapprochées depuis qu'il avait été soumis au magnétisme. Ses fonctions s'exécutaient bien.

Le 19 juillet 1840, il commença l'usage des pilules d'hydrocyanate de fer et de valériane; le 9 septembre suivant, sa mère me raconta que l'accès, qui revenait ordinairement tous les quinze jours, n'avait pas reparu. Le nombre des pilules fut augmenté le matin et le soir: les accès s'éloignèrent de plus en plus; et je perdis le malade de vue, comme cela arrive trop souvent avec les gens du peuple, qui ne vont plus consulter le médecin dont ils n'ont plus besoin.

Obs. VII. — Mlle Baudeuf, âgée aujourd'hui de treize ans, demeurant à Marseille, fut conduite chez moi, en mai 1850, par une de ses

(1) Cette observation, ainsi que les suivantes, m'a été communiquée par M. Roux (de Brignolles), professeur à l'Ecole de médecine de Marseille.

tantes, qui me raconta qu'elle avait éprouvé, à de courts intervalles, plusieurs accès d'épilepsie peu intenses, mais cependant bien caractérisés. Je demandai qu'elle fût bien observée et qu'on me rendît compte, dans quelque temps, des symptômes de la maladie; bientôt j'appris que rien ne manquait à ses accès, et que les alarmes de sa famille étaient bien légitimes. Comme il se manifestait quelques craintes sur l'exactitude de l'exécution de mes prescriptions, je reçus la promesse que le traitement serait suivi et surveillé avec la plus grande sévérité.

Ce traitement consista dans l'usage de l'hydrocyanate de fer en pilules pendant six mois. Les accès disparurent dès les premiers jours de son emploi, et depuis deux ans ils n'ont point reparu; la menstruation s'est établie, et tout semble promettre une guérison durable.

Il nous suffira de publier les sept observations que nous venons de rapporter, et que nous avons puisées dans les notes de M. le professeur Roux (de Brignolles), où elles sont accompagnées d'une foule de faits semblables.

L'hydrocyanate de fer, qui est si puissant contre l'épilepsie, s'est montré bien plus efficace lorsque cette névrose présentait un ensemble de symptômes moins complet. La première observation se rapporte à un vieillard de soixante ans, que le repos, après l'habitude des fatigues de la guerre, a rendu sujet à des accès épileptiques de plus en plus nombreux et rapprochés, et qui, après une consultation des mieux motivées, et suivie scrupuleusement pendant un an, n'a retiré aucun bénéfice de tant de soins. La maladie, qu'un traitement rationnel n'a pu guérir, n'a pas résisté à l'hydrocyanate de fer, et ce succès a conduit M. Roux à adopter depuis lors (vingt-quatre ans) ce puissant médicament dans presque tous les cas d'épilepsie qui se sont présentés à lui.

La chorée, la boulimie et d'autres névroses ont aussi cédé promptement toutes les fois que l'on pouvait reconnaître un état chlorotique un peu prononcé. Dans certaines circonstances même, où les préparations ferrugineuses les plus préconisées avaient été impuissantes, l'hydrocyanate de fer a semblé doué d'une merveilleuse activité sur les organes utérins. (*Revue médico-chirurg.*)

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

De l'éther et de son emploi. — Nouveau mode d'administration à l'intérieur.

Avant la découverte des propriétés anesthésiques que l'éther possède à un si haut degré, cette substance était employée dans un grand nombre de cas divers et avec des indications multipliées à l'infini.

On l'avait recommandé comme stimulant diffusible, calmant, réfrigérant, à l'intérieur et à l'extérieur, à doses faibles ou élevées. Comme excitant, on l'administrait en vapeurs dans l'asphyxie et les lipothymies, dans les catarrhes chroniques avec expectoration abondante; comme résolutif, à l'extérieur en frictions, mais presque toujours associé à d'autres médicaments plus fixes et par conséquent plus efficaces; à l'intérieur, à la dose de 2 à 4 grammes, soit contre les flatuosités, soit dans les cas d'indigestion, où, en se volatilisant dans l'estomac qu'il gonfle, il peut provoquer le vomissement; Fourcroy le donnait même comme vomitif chez les personnes nerveuses qui redoutaient l'émétique, à la dose d'un gramme dans l'eau sucrée, après avoir fait prendre 2 ou 3 verres d'eau chaude au malade; enfin on l'administrait comme purgatif et comme hydragogue.

L'éther a encore été employé avec avantage contre les vomissements réputés nerveux, contre certaines diarrhées, contre la plupart des phénomènes de l'hystérie, contre l'ivresse alcoolique. Les étourdissements, les vertiges et les céphalalgies sont chaque jour traités heureusement à l'aide de l'éther. On s'en sert presque toujours utilement contre les convulsions en général, les spasmes et même les douleurs dites nerveuses. On le prescrit avec succès dans les palpitations, les cardialgies, l'asthme, les dyspnées de diverses origines, les pneumonies intestinales.

Enfin, nous lisons dans l'*Annuaire de thérapeutique* de M. Bouchardat pour l'année 1853, que le docteur Delioux, médecin en chef de la marine, affirme avoir traité avec succès plusieurs malades atteints d'aphonie nerveuse sans complication, avec l'éther, à la dose de 1 à 4 grammes dans une potion à prendre par cuillerées d'heure en heure. Une bandelette de coton imbibée d'éther a servi à M. Gintrac fils, de Bordeaux, pour arrêter deux fois une hémorrhagie nasale qui avait résisté aux autres hémostatiques, chez des sujets atteints de scarlatine.

Nous ne parlerons pas ici des autres et très nombreux modes d'emploi de l'éther à l'extérieur, quoiqu'il semble appelé à prendre chaque jour plus d'extension.

Mais, pour qu'à l'intérieur cet emploi, si avantageux en quelques circonstances, ne tombât pas presque en désuétude, comme cela était arrivé il y a quelques années, il était essentiel que l'on parvînt à s'opposer à son extrême volatilité et à la facilité avec laquelle il se décompose. En effet, s'il est ancien et conservé dans des flacons incomplétement bouchés, l'éther s'altère aisément par le contact de l'air, présente une saveur âcre et brûlante, contient alors de l'acide acétique et n'est plus le même médicament que l'éther fraîchement préparé.

D'un autre côté, à cause de son extrême volatilité, on ne peut pas toujours se flatter de faire ingérer toute la quantité d'éther qu'on a voulu prescrire. Ce sont là deux inconvénients réels auxquels il était d'une extrême utilité de remédier. C'est dans ce but que M. le docteur Clertan, de Dijon, a imaginé ce qu'il appelle ses perles d'éther.

Ces perles, qu'on aurait tout aussi bien pu appeler d'un autre nom, quoique leur apparence rappelle assez les perles véritables, sont de petites capsules contenant chacune 4 à 5 gouttes d'éther. Cette préparation offre le double avantage de conserver à l'éther sa pureté et son action médicatrice, et de donner au praticien la certitude qu'il a réellement administré la dose prescrite. Dans les cas où le malade répugne à prendre à nu l'éther, dont la saveur lui est désagréable ou même pénible, surtout lorsque la bouche, le pharynx et l'ouverture de la glotte se trouvent dans un état d'irritation inflammatoire ou nerveuse, elle lui en épargne le goût, la sensation plus ou moins douloureuse et les quintes de toux que provoque souvent son ingestion. L'éther arrive ainsi directement dans l'estomac, et le malade n'en perd pas un atome. Nous avons pu déjà vérifier nous-même l'utilité de ce nouveau mode de préparation, et nous avons vu M. le professeur Trousseau l'employer à diverses reprises et dans diverses maladies. Très récemment encore il en a fait usage avec succès dans quelques cas de choléra sporadique grave qui se sont présentés dans son service de l'Hôtel-Dieu.

Diarrhée chez les enfants traitée par la viande crue. Emploi du sang de bœuf.

A l'époque du sevrage et pendant les premières années qui le suivent, les enfants sont quelquefois atteints de diarrhée qui cède difficilement aux préparations pharmaceutiques. Ces évacuations fréquentes sont le plus souvent accompagnées d'anémie, celle-ci n'obéit pas alors à la médication ferro-manganésienne de nos pharmacies. M. Trousseau administre avec succès dans ces cas de la viande crue hachée finiment et un peu salée. Chez un enfant de trois ans, il en a donné chaque matin de 125 à 200 grammes.

La viande crue retient entre ses fibres une certaine quantité de sang; ce liquide organique contient du fer et du manganèse, mais dans une combinaison beaucoup plus naturelle et d'une digestion plus facile que les préparations de nos pharmacies. La viande crue est préférable à la viande cuite, et le sang de bœuf est de beaucoup préférable encore à la viande crue.

« Nous ajouterons, dit la *Presse médicale belge*, que c'est un usage vulgaire à Bruxelles et dans beaucoup d'autres villes de notre pays de boire du sang de bœuf chaud encore, le matin à jeun, à dose croissante, dans certaines affections. J'ai vu des personnes hémoptysiques, épuisées par de fréquentes hémorrhagies, prendre chaque matin un quart de litre de sang de bœuf à l'abattoir, et se remettre en fort peu de temps de leurs pertes de sang.

» Aucune préparation pharmaceutique connue ne saurait rivaliser avec cette préparation ferro-manganésienne que la nature nous livre toute prête à être digérée et assimilée, mais il faut que le sang soit bu au moment où le bœuf vient d'être abattu; par le refroidissement il perd en partie ses propriétés, il les perd dès que la séparation des globules et du sérum a lieu. Les enfants prennent le sang sans dégoût; malheureusement il n'en est pas de même de la plupart des adultes, et malheureusement encore il n'est pas toujours facile au médecin de procurer à ses malades du sang non encore coagulé. » (*L'Observateur de Courtrai.*)

Nouvelle formule pour le traitement des fièvres intermittentes.

M. le docteur Turchetti publie, dans la *Gazette médicale de Toscane*, une recette de fébrifuges indigènes qui serait bien précieuse, si elle avait chez nous les mêmes succès qu'entre les mains de son auteur. Voici quel est ce remède.

Feuilles d'olivier.	15 grammes.
Écorce intérieure de saule. . .	12 —
Germandrée.	24 —

F. S. A. une décoction dans 500 grammes d'eau distillée et passez ensuite.

M. Turchetti administre la moitié de cette décoction trois heures avant l'invasion de l'accès, et l'autre moitié deux heures après la première, c'est-à-dire une heure avant l'accès. On en continue l'usage quelques jours après la guérison, afin de se mettre à l'abri des récidives.

M. Comucci a employé, comme M. Turchetti, cette formule dans un grand nombre de fièvres périodiques légitimes, et en a obtenu les meilleurs résultats. (*Revue de thérap.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

ADDITION AUX SÉANCES DES 29 MARS ET 4 AVRIL.

Physiologie du mal de mer.

Nous reproduisons la note que M. Marshall-Hall a adressée dans la dernière séance, et dans laquelle il expose les résultats de ses études physiologiques sur le mal de mer pendant un trajet qu'il a fait récemment de Liverpool aux États-Unis d'Amérique.

« Tous les phénomènes de cette maladie me conduisent à croire que c'est la moelle épinière qui est le centre nerveux, et que ce sont le nerf pneumo-gastrique et les nerfs diaphragmatiques intercostaux et abdominaux qui sont les nerfs cisodiques et exodiques qui présentent en leur liaison avec ce centre l'origine et les cours d'actions catastaltiques et diastaltiques dans cette circonstance.

» Il me paraît que les mouvements d'élévation et d'abaissement du vaisseau influent spécialement sur l'état de la circulation du sang de la moelle épinière. Dans les premiers, la force de l'impulsion du sang sur cet organe est diminuée; dans les seconds, elle est augmentée. Il y a donc changement perpétuel dans la force de cette impulsion, d'où résulte l'excitation, l'agacement de la moelle, du nerf pneumo-gastrique, des nerfs diaphragmatiques, etc.

» Les mouvements d'une voiture, d'une balançoire, etc., s'ils sont assez continus, produisent les mêmes effets chez les individus très susceptibles.

» L'influence de la position du corps par laquelle ces mouvements d'élévation et de dépression sont augmentés ou diminués est très remarquable. Si la position horizontale dans la direction de l'axe du mouvement du vaisseau est choisie et bien conservée, le voyageur peut échapper au mal de mer, et ce n'est qu'en changeant de position qu'il en éprouve les premiers symptômes. »

Exemples remarquables de sécrétion laiteuse. — Analyse du lait dans deux cas anormaux.

MM. N. Joly et E. Filhol communiquent sous ce titre une note extraite d'un travail qu'ils préparent en commun sur le lait de la femme et des mammifères. Voici les principaux faits énoncés dans cette note, et qui tendraient, suivant les auteurs, à démontrer que tout être vivant puise dans l'œuf où il a pris naissance un seul et même aliment.

Dans le lait de la femme qui ne nourrit pas, dans celui des femelles dont les glandes mammaires sécrètent quelquefois ce liquide aux approches du rut, nous trouvons, non pas de la caséine, mais bien de l'albumine proprement dite, en tout semblable à celle de l'œuf et de la graine; en sorte que ces laits exceptionnels établissent réellement le passage de l'une de ces substances à l'autre.

L'analyse des deux laits suivants prouve de la manière la plus incontestable la vérité de cette assertion.

Le premier de ces deux laits nous a été fourni par Mme D..., jeune femme de vingt-huit ans, brune, aux yeux et aux cheveux d'un beau noir, aux seins bien faits, mais peu développés, d'un tempérament vif et nerveux, d'une taille moyenne, d'une bonne constitution.

Mme D... est accouchée pour la troisième fois le 23 avril 1852. Ses enfants, tous du sexe masculin, sont robustes et jouissent d'une excellente santé. Bien qu'elle ne nourrisse pas et ne soit pas enceinte, bien qu'elle ait régulièrement ses menstrues, Mme D... a du lait, même à l'heure où nous écrivons; par conséquent plus de dix mois après ses couches.

Ce lait est d'un blanc légèrement jaunâtre, sans odeur, d'une saveur sensiblement salée. Vu au microscope, il présente de très nombreux et très gros globules graisseux entremêlés de globules plus petits; enfin, un grand nombre de corps granuleux jaunes, semblables à ceux du colostrum. Il est visqueux et même un peu filant; l'ammoniaque n'en augmente pas la viscosité; la présure ne le coagule pas. Il ramène lentement au bleu le papier de tournesol, se prend en masse lorsqu'on le fait chauffer jusqu'à 75 ou 80 degrés centigrades, et acquiert alors la consistance et l'aspect du blanc d'œuf coagulé.

L'analyse chimique du lait de Mme D... a montré qu'il était remarquable sous plusieurs rapports :

1° Il renferme beaucoup moins d'eau et de sucre que le lait normal;

2° Il contient beaucoup plus de sels;

3° On n'y trouve que de l'albumine sans aucune trace de caséine. La proportion de matière albumineuse y est énorme.

Enfin, on voit que le sel marin est l'élément dominant, tandis que dans le lait normal c'est le phosphate de chaux qui domine.

Le lait d'une jeune chienne qui n'a jamais subi les approches du mâle a présenté les mêmes caractères physiques et chimiques.

On sait, ajoutent les auteurs, que les jeunes vierges, les femmes âgées (soixante-quinze ans et au delà), les boucs, pendant et après le rut, et même certains individus de notre propre espèce, ont quelquefois assez de lait pour être en état de remplir au besoin le rôle de nourrice. Aristote, Haller, Al. de Humboldt, Burdach, Isidore-Geoffroy Saint-Hilaire, Auzias-Turenne, etc., en ont cité de curieux exemples. Ces faits, auxquels s'ajoutent ceux que nous venons de rapporter, prouvent de la manière la plus évidente que la sécrétion laiteuse peut avoir lieu indépendamment de l'état de grossesse, de l'allaitement, de toute influence du sexe féminin, et même de tout rapprochement sexuel. Le sang des mâles, comme celui des femelles, renferme donc tous les éléments du lait. Partout où il y a des glandes mammaires, il peut y avoir sécrétion laiteuse. La menstruation n'empêche pas cette sécrétion chez les femmes, même lorsqu'elles n'ont pas de nourrisson. Mme D... était réglée un des jours où nous avons analysé son lait (18 décembre 1852).

CORRESPONDANCE.

A M. le Rédacteur de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Paris, 7 avril 1853.

Mon très honoré confrère,

Permettez-moi de vous adresser une petite réclamation relative à votre compte-rendu de la dernière séance de l'Académie de médecine. La difficulté de saisir dans tous ses détails une improvisation rapide explique parfaitement l'erreur qui s'est glissée dans un passage de mon discours que vous avez bien voulu reproduire. C'est au bas de la 3e colonne de la page 169. On y lit ce qui suit :

« M. Bouvier rapporte à cette occasion un fait observé dans le ser- » vice de Dupuytren, et dans lequel il y avait une atrophie de la moitié » de la langue, réduite à un état membraneux, *sans qu'on eût pu con- » stater aucune lésion nerveuse correspondante.* (M. BÉRARD. — Le fait » que rappelle M. Bouvier a été rapporté par Montault, *qui a constaté » une atrophie du nerf hypoglosse par suite de la compression exercée » sur ce nerf par un kyste.* »).

C'est dans les membres de phrases soulignés que se trouvent les petites inexactitudes qui ont échappé au rédacteur du compte-rendu. Voici ce que j'ai dit avec l'interruption de M. Bérard exactement rapportée :

« Notre honorable collègue (M. Cruveilhier) a cité un second fait » (d'atrophie musculaire par lésion des nerfs moteurs) relatif au nerf » hypoglosse et observé par Dupuytren; mais je soupçonne que ce cas » est le même que celui qui est rapporté par M. Gendrin à la suite de » sa traduction du traité d'Abercrombie. M. Gendrin dit, en effet, que » le malade avait d'abord été dans le service de Dupuytren, et que » d'autres, qu'il ne nomme pas, ont donné une relation inexacte du » fait, qu'il a été seul à même d'exposer dans tous ses détails. (M. BÉ- » RARD : C'est Montault qui a publié cette observation; il s'agit d'un » kyste hydatique qui avait traversé le trou condylien antérieur.) Je » remercie M. Bérard de ce renseignement. Il en résulte que c'est » bien, comme je l'avais pensé, le même fait que celui dont parle » M. Gendrin, un cas de kyste hydatique ayant traversé le trou con- » dylien antérieur. Or, d'après le récit de cet observateur, qui a pra- » tiqué lui-même l'autopsie dans son service de l'hôpital Cochin, » l'*atrophie de la moitié gauche de la langue coïncidait avec une atro- » phie extrême du nerf glosso-pharyngien. L'hypoglosse était seulement » un peu moins volumineux que celui du côté opposé.* »

Agréez, etc. BOUVIER.

M. le docteur Barthélemy (de Saumur) nous prie d'insérer comme dernière réponse les quelques lignes qui suivent :

« La dernière lettre de M. Amussat fils renfermant quelques insinuations auxquelles je ne crois pas devoir répondre, je me bornerai, pour résumer notre discussion, aux deux mots que voici :

» En 1844, deux ans avant ces messieurs par conséquent, *j'ai imprimé* (vous entendez bien, *imprimé!*) *que l'on pouvait détruire les tumeurs hémorrhoïdales par le caustique de Vienne appliqué à leur pédicule.*

» Par cela seul, la priorité de l'*idée* de ce mode opératoire est à moi, et bien à moi.

» Maintenant, qu'avant ou après 1844 ces messieurs aient opéré un, deux ou quatre malades par la cautérisation circulaire, qu'ils aient fait faire telles ou telles pinces qu'ils ont voulu, tout cela ne fait rien à la question de priorité qui s'établit dans la science par de tout autres usages auxquels ces messieurs ont eu le tort de ne pas se conformer. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Le concours ouvert à la Faculté de médecine de Paris pour l'agrégation en médecine vient de se terminer.

Après une lutte brillante et vivement soutenue, les nominations ont eu lieu aujourd'hui dans l'ordre suivant :

MM. Aran, Bouchut, Lasègue, Delpech et Gubler.

— MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. *Cours de zoologie* (Histoire naturelle des reptiles et des poissons.) — M. le professeur C. Duméril, membre de l'Académie des sciences, ouvrira ce cours le lundi 11 avril, à onze heures et demie très précises, dans les galeries du Muséum. Les leçons suivantes auront lieu les lundis, mercredis et vendredis, à la même heure.

Le professeur sera suppléé, en cas d'absence, par M. le docteur Aug. Duméril, aide-naturaliste, agrégé à la Faculté de médecine.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de PLON frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 43. — MARDI 12 AVRIL 1853. (26e ANNEE.) N° 43. — MARDI 12 AVRIL 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Pays	Trois mois	Six mois	Un an
Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	8 fr. 50 c.	16 »	30 »
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	9 fr.	17	33
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	10 fr.	20	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

PARIS, LE 11 AVRIL 1853.

Étude hygiénique sur les marais.

Jamais, à aucune époque, l'hygiène publique n'a été l'objet d'une sollicitude plus active de la part du gouvernement, et d'un zèle plus éclairé de la part du corps médical. C'est dire qu'un intérêt singulier s'attache à toutes les questions qui touchent à la santé des populations, et qu'il est du devoir de la presse scientifique de mettre en lumière et de propager autant qu'il est en elle tous les faits qui peuvent servir à éclairer quelque point de l'hygiène générale. Il serait digne d'elle de passer en revue et de présenter sous forme de résumé les principales questions sur lesquelles ont porté, dans ces derniers temps, les efforts des savants et des administrateurs, non moins que les vues philanthropiques du gouvernement. A cet égard, il n'est pas de sujet d'étude dont l'importance soit à la fois plus haute et plus constante que celui dont, sans prétendre en aucune façon donner l'exemple dans la voie que nous venons d'indiquer, nous voulons essayer de donner ici un exposé succinct et rapide.

Les marais et les effluves miasmatiques qui s'en échappent constituent en effet l'une des causes d'insalubrité les plus anciennement reconnues, et pourtant encore aujourd'hui les plus formidables qui puissent être signalées, et qui doivent être combattues avec le plus d'énergie et de persévérance. Au point de vue de l'hygiène, on doit comprendre sous le nom de marais, non pas seulement ce que désigne le langage vulgaire, mais, dans un sens plus général, *toutes les portions du sol alternativement couvertes et abandonnées par les eaux, et donnant lieu, sous l'influence du dessèchement et de la chaleur, au dégagement des miasmes qui engendrent la fièvre.* Ainsi, marais, étangs, lacs, fleuves débordés, plages découvertes, embouchure des rivières, canaux, exfodiations, défrichements, déboisements, fossés, mares, ruisseaux, réservoirs mêmes, peuvent, à titre égal et malgré les conditions les plus diverses, devenir des foyers d'émanations miasmatiques où s'altèrent et se consument la santé et la constitution des individus et des populations entières qui y sont exposés. Mais, on le comprend, nous devons nous borner à indiquer quelques-unes de ces conditions secondaires ou accidentelles, pour arriver et nous arrêter à la source principale de l'infection marématique, aux marais proprement dits.

Si l'on pouvait embrasser du regard toute la surface du globe, il n'est pas une région où l'on ne trouvât une plus ou moins grande étendue du sol occupée par des eaux stagnantes. L'Europe du Nord, en Hollande, en Russie, en Norwége ; l'Europe méridionale, en Grèce et en Italie ; le littoral de l'Afrique, l'Asie centrale, le delta du Gange et les bords de l'Euphrate ; l'Amérique, l'Océanie, sont également couverts de marais. Mais, pour ne parler que de la France, c'est rester encore au-dessous de la vérité que de porter à 450,000 hectares l'étendue des surfaces occupées par les sols marécageux, parmi lesquels il importe de distinguer, d'une part, les marais ou étangs ordinaires, appelés *marais doux*, et placés dans l'intérieur des terres ; de l'autre, les marais mixtes ou saumâtres, et étangs salés voisins de la mer.

A la tête des pays d'étangs, il faut citer la Sologne, grand plateau entre la Loire et le Cher, s'étendant sur les trois départements du Loiret, de Loir-et-Cher et du Cher, et formé de parties élevées parsemées d'étangs et de vallées larges et marécageuses, à pentes peu élevées, où l'écoulement des eaux est par conséquent très faible, et où le lit des rivières et des ruisseaux se transforme en marais qui se dessèchent pendant les chaleurs de l'été. Après la Sologne, viennent la Dombes et une partie de la Bresse, dans le département de l'Ain ; la Brenne, dans l'Indre ; le Forez, dans le département de la Loire. Ces différents pays d'étangs qui sont les plus connus renferment cependant à peine un tiers de ceux qui existent en France. Parmi les départements qui en contiennent le plus après ceux que nous venons de nommer, on remarque Eure-et-Loir, le Jura, Saône-et-Loire, l'Allier, la Nièvre, le Lot, Maine-et-Loire, la Marne, la Meurthe, la Moselle.

Les marais de la seconde espèce, ou étangs salés, s'étendent sur une grande partie du littoral de la Méditerranée et de l'Océan, dans les départements des Bouches-du-Rhône, du Var et de l'Hérault, dans ceux de la Charente-Inférieure, de la Manche et du Calvados. Il n'est pas inutile de donner un aperçu des conditions que présentent ces portions du territoire de la France, analogues, à cet égard, aux plus lointains rivages. Tantôt ce sont des plaines immenses, basses et marécageuses, couvertes de lacs et d'étangs, comme dans la Camargue ; tantôt des prés salés inégalement submergés, reliés par des cours d'eau sinueux à des plages sablonneuses ou vaseuses, comme la plupart des baies de nos côtes.

Nous chercherons à montrer comment, en raison de leurs dispositions différentes, ces marais réclament des moyens d'assainissement très divers.

Une autre division préliminaire importante à établir entre les marais est celle qui est relative à leur origine. Les uns peuvent être considérés comme naturels, les autres comme artificiels. Parmi les premiers doivent être rangés les marais ordinaires, simples ou tourbeux ; parmi les autres, il faut compter les marais salants, destinés à l'extraction du sel dans l'ouest et le midi de la France, les rizières, qui tendent à se naturaliser dans le delta du Rhône, et les marais à sangsues, qui, sous les efforts d'une industrie nouvelle, revivent sur les rives de la Gironde et menacent de s'étendre jusque sous les murs de Bordeaux. Sans négliger les particularités relatives à ce second ordre, nous devons borner nos vues aux marais proprement dits, marais naturels, doux ou mixtes.

Envisagés d'une manière générale, les marais sont ordinairement constitués par un sol peu perméable, argileux ou argilo-siliceux que recouvrent des eaux stagnantes fournies par des sources peu vives ou simplement pluviales. Ces eaux, plus ou moins vaseuses, d'une odeur et d'une saveur souvent fétides, alimentent une végétation toute spéciale, où dominent, dans nos climats, les renoncules, les algues d'eau douce et marines, les carex, etc., et donnent asile à une foule innombrable d'infusoires. De leur sein se dégagent incessamment des gaz hydrogène carboné ou phosphoré et de l'acide carbonique. Mais en même temps elles sont le siége d'un phénomène extrêmement curieux, qui ressort des belles expériences de M. Morren.

Sous l'influence de la lumière même diffuse et des animalcules verts qui y sont répandus avec profusion, les eaux stagnantes acquièrent un degré d'oxygénation qui peut aller jusqu'à 61 0/0 de l'air dissous. D'où résultent des variations considérables dans les proportions d'oxygène qu'elles contiennent et qu'elles versent dans l'atmosphère, aussi bien que dans celle de l'acide carbonique, qui, sous la même influence, se décompose en partie. Double phénomène dont il est permis de pressentir plus que de démontrer l'importance au point de vue des effets des effluves marématiques. Un fait plus saisissable et non moins essentiel, c'est la formation de l'hydrogène sulfuré résultant de la décomposition des sulfates par les matières organiques dans les marais où croupissent des eaux salées et où peut s'opérer leur mélange avec des eaux douces. La destruction des végétaux et animaux aquatiques, pour lesquels ce mélange est mortel, s'ajoute encore à cette nouvelle et puissante cause d'insalubrité. Ce n'est pas seulement au voisinage de la mer et à l'embouchure des rivières qu'elle se rencontre ; certains terrains plus ou moins éloignés du littoral peuvent, en raison de leur composition, soit qu'ils aient retenu du sel marin, soit qu'ils abondent en masses séléniteuses, donner lieu aux mêmes réactions, ainsi que l'ont montré, notamment pour l'Italie, les savants Salvi et Taddei. On le voit, la qualité des eaux, la composition du sol, la présence des matières organiques constituent autant d'éléments des émanations marécageuses. Mais ni les uns ni les autres, isolés ou réunis, ne peuvent suffire à révéler la nature de ces miasmes délétères qui engendrent les fièvres, de ces effluves qui se font connaître par leurs effets, mais restent ignorés dans leur essence et ne peuvent être désignés que sous le nom mystérieux et poétique de la *malaria*.

Quelque incomplètes que soient, malgré les efforts de la science moderne, nos connaissances sur ce sujet, il nous reste encore un champ d'études assez vaste et assez fécond au double point de vue de la médecine pratique et de l'hygiène, si nous voulons rechercher les conditions de production et de dégagement des miasmes, leurs modes d'action et surtout les moyens de détruire les foyers où ils s'élaborent.

Deux circonstances principales influent sur la production des effluves marématiques : d'une part, l'état de la surface d'évaporation ; de l'autre, l'élévation de la température. Ainsi, c'est au mois de juillet, d'août et de septembre que dans nos climats les marais exhalent leurs miasmes les plus actifs, et les saisons les plus favorables à cette action sont un été chaud succédant à un hiver et à un printemps pluvieux ; un automne chaud précédé d'un été pluvieux, ou d'une façon générale un été et un automne chauds et humides.

L'état des marais n'a pas moins d'importance. Le sol, pour dégager le plus d'effluves, ne doit être ni complétement submergé ni complétement sec. Dans ce dernier cas, ce ne sont plus des vapeurs chargées de miasmes qui s'élèvent, mais parfois une poussière tellement subtile et brûlante qu'on a pu observer à la surface des tourbières du centre de la France, comme au milieu des sables du désert, les phénomènes d'un véritable mirage. Lorsque, au contraire, la couche d'eau est profonde, les matières putrescibles qu'elle renferme sont soustraites à l'action immédiate de l'air et de la chaleur, et les effluves cessent de se former. Un exemple bien frappant est fourni à cet égard par l'exploitation des étangs empoissonnés. On voit, en effet, des épidémies périodiques correspondre successivement et dans un ordre régulier aux trois années de mise en eau, de pleine eau et d'assec. M. le docteur Ancelon a fait aux environs du grand étang de Lindre, dans la Meurthe, la remarque curieuse que les maladies revêtaient la première année le type franchement intermittent, la seconde la forme typhoïde et la troisième le caractère charbonneux. Quelque chose d'analogue se passe encore dans les marécages de la Bretagne, de la basse Normandie, aux environs de Dole, de Carentan et d'Isigny, où l'irrégularité de l'écoulement des eaux et les alternatives d'inondation et de desséchement des prés salés produisent, quoique avec une périodicité moins fixe, les mêmes effets.

Les effluves entraînés par la vapeur d'eau se répandent dans l'atmosphère sous l'influence de la radiation solaire, et tombent le soir et pendant la nuit à mesure que la vapeur se condense. Aussi est-ce à ce moment que leur action délétère est le plus à craindre. Leur dispersion ne s'opère pas toujours d'une manière égale. Dans certaines vallées, comme dans les excavations, les miasmes se concentrent et sont pour ainsi dire stagnants. Ailleurs les vents les entraînent au loin ; et Puvis, dans ses belles recherches sur les étangs, calcule que, là où ils occupent seulement la 200e partie du sol, l'action des miasmes se fait sentir sur 1/13e de l'étendue totale du pays. Le docteur Lefèvre assure que les marais du Brouage envoient leurs effluves jusqu'à Rochefort, distant de 7 ou 8 kilomètres. On sait que les effluves suivent exactement la direction des vents : celui qui souffle de l'est à travers la Hollande apportait la fièvre sur les côtes d'Angleterre. M. Mélier a signalé ce même fait pour les marais gats des environs de Marennes, où la ville est tour à tour préservée ou atteinte, suivant que le vent vient de l'est ou de l'ouest. La limite qu'atteignent en hauteur les miasmes marématiques est beaucoup plus restreinte. Une différence d'étages suffit à Rome pour atténuer, peut-être même pour enrayer leur action.

Nous ne pouvons avoir la prétention de tracer ici le tableau des effets que produisent les effluves sur les êtres vivants. Nous devrons nous borner aux traits principaux en rappelant les faits que les grands observateurs de tous les temps ont si éloquemment signalés et qui sont résumés avec tant de précision dans l'*Annuaire des eaux de la France*. La végétation aux environs des marais présente un caractère tout à fait particulier. On n'y voit croître avec vigueur que les plantes aquatiques ; les arbres y sont généralement chétifs, rabougris, et il est difficile d'amener leurs fruits à une complète maturité ; ceux-ci restent gorgés de sucs aqueux, sans saveur et sans arome. Les céréales sont de qualité très inférieure ; les plantes potagères ne réussissent qu'imparfaitement ; les légumineuses sont froides et abondent aussi en principes aqueux.

Les plantations conseillées pour assainir les marais échouent si on n'a pas le soin de choisir les espèces, car les arbres et les arbustes périssent dès qu'ils sont parvenus à un certain développement. Mais ce sont surtout les animaux qui souffrent de l'action des effluves. Ce fait n'avait pas échappé à l'observation des anciens. Personne n'ignore le conseil donné par Vitruve d'interroger les viscères des moutons pour reconnaître la salubrité des lieux. Il est constant que le gros bétail dépérit rapidement dans les contrées marécageuses, telles que la Bresse et la Sologne, et que les races de chevaux et de bœufs s'y dégradent visiblement. Les animaux y sont généralement petits, maigres et peu actifs, et des épizooties meurtrières les ravagent à certaines époques.

Il en est de même de l'homme. Les habitants des marais ont une physionomie caractéristique et portent en quelque sorte la marque des tristes conditions au milieu desquelles ils vivent. Sans parler de la misère qui les accable, leur constitution est dès les premiers temps de leur naissance profondément altérée par une cachexie spécifique caractérisée par une taille très petite, un teint blafard, une mollesse particulière et une sorte de bouffissure des tissus, l'appauvrissement du sang, le développement exagéré du ventre, l'engorgement du foie et de la rate, la tendance aux hydropisies, l'état de langueur et de paresse de l'intelligence et du système nerveux tout entier. Puvis a tracé un portrait saisissant de ces pauvres petits pâtres de la Dombes qui passent les nuits à garder leurs troupeaux exposés sans résistance à toute l'activité des miasmes.

Ce n'est pas seulement par cette altération lente des sources de la vie que se manifeste l'influence délétère des émanations marécageuses. Elles engendrent les fièvres d'accès dont les diverses formes ont été attribuées aux différents degrés d'énergie des effluves, qui varient suivant la nature des eaux, l'état des marais, la saison et le climat. Nous ne pouvons examiner en détail les conditions du développement des effluves et leur mode d'action. Qu'il nous suffise de dire que, si l'homme peut, en raison de sa force et de sa constitution, résister aux miasmes, il ne peut s'habituer à leur influence, et que contre eux il n'y a pas d'acclimatement possible.

Mais il ne faut pas oublier qu'il ne s'agit pas ici seulement d'une cause de maladie individuelle. La question est plus haute et plus vaste. (C'est à ce nouveau point de vue que nous chercherons à l'étudier dans un prochain article.)

Ambroise TARDIEU.
Professeur agrégé à la Faculté de médecine.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. GENDRIN.

Leçons sur l'hystérie (1).

TRAITEMENT (fin). — Il nous reste à parler des moyens curatifs proprement dits de l'hystérie, c'est-à-dire des moyens par lesquels on arrive à diminuer l'irritabilité du système nerveux et à faire cesser la manière anormale dont il fonctionne dans cette maladie. Il ne s'agit pas des moyens curatifs des accès seulement, mais des moyens portant sur les accidents continus, et que l'on doit continuer pendant l'intervalle des paroxysmes.

Il en existe qui sont propres à diminuer la mobilité nerveuse, et par le moyen desquels on peut ramener la perception normale dans les fonctions sensitives, puisque, comme nous l'avons vu, il y a dans l'hystérie anomalie des sensations éprouvées sous l'influence des agents extérieurs : ainsi agit l'opium, déjà signalé par Galien comme propre à diminuer l'aptitude aux convulsions.

Ce médicament, en effet, émousse la sensibilité des organes où les actes sensitifs se produisent anormalement. En l'administrant à l'intérieur, il agit sur l'ensemble de l'organisme et des fonctions du système nerveux; ce n'est que de cette manière qu'il suspend momentanément les fonctions de relation et produit le sommeil.

Il perd sa vertu narcotique chez les sujets dont les fonctions nerveuses sont anormales. Ces sujets peuvent acquérir, et acquièrent en réalité, la possibilité de subir l'influence narcotique de l'opium sans stupéfaction; ou bien, s'il existe chez ces sujets une hypéresthésie des organes digestifs, ce qui arrive assez souvent, il donne lieu à des vomissements, même aux plus faibles doses. En sorte que, au point de vue de ses effets immédiats chez les hystériques, l'opium ou bien exagère la sensibilité du tube digestif, ou bien est supporté facilement, et perd alors son influence, à moins qu'il ne soit porté à des doses élevées. Du reste, l'impossibilité de supporter ce médicament n'appartient qu'à la plus petite partie des sujets, et la tolérance dans une assez grande limite est le propre de la plupart des malades.

L'hystérie n'est pas la seule maladie dans laquelle l'opium puisse être administré à des doses exagérées sans produire d'effet stupéfiant. Ainsi, dans le tétanos, on peut donner des doses excessives de ce médicament sans exercer sur les sujets la moindre influence; on produit seulement des effets immédiats sur le tube digestif, comme des vomissements, sans effets secondaires, c'est-à-dire sans narcotisme.

Vous comprenez qu'il y a une multitude de degrés entre celui dans lequel une hystérique a l'aptitude de ressentir l'influence immédiate exagérée de l'opium, et vomit à la dose d'un quart de grain, par exemple, et celui où elle peut en prendre des doses assez considérables sans en ressentir d'influence marquée : de là la nécessité, lorsqu'on entreprend d'émousser par ce moyen la mobilité du système nerveux, de procéder par degrés pour atteindre le point où la malade sera sensible à l'action thérapeutique du médicament, et rester en deçà de celui où surgit l'exagération. Aussi, la première règle, dans ce cas, est d'administrer l'opium *gradatim* jusqu'au point où l'organisme sentira l'influence du médicament. On commencera par un, deux grains, et on augmentera peu à peu. Chez la femme couchée au n° 2 de la salle du Rosaire, et dont la maladie éprouve une exacerbation manifeste à la suite des changements de salle, nous administrons 34 grains d'opium sans obtenir de phénomènes manifestes de narcotisme; cependant elle a des dispositions aux nausées qui montrent que le médicament agit d'une manière immédiate sur l'estomac, et je vous ai déjà fait remarquer que c'est à ce moment que la sensibilité est revenue sur la peau de la face. Il est des sujets chez lesquels il n'est pas besoin d'aller si loin pour obtenir le même résultat. Ainsi, chez la femme couchée au n° 23 de la même salle, à la dose de 6 grains nous avons commencé à avoir des effets narcotiques; malheureusement nous avons été obligé de suspendre la médication, arrêté par des prodromes manifestes de typhus.

Chez les hystériques qui ne supportent pas l'opium, même à faible dose, il produit des vomissements presque incoercibles et des douleurs cardialgiques violentes, quel que soit le mode d'administration, qu'on le fasse prendre à l'intérieur, qu'on le fasse absorber par la surface tégumentaire dénudée. J'ai vu un quart de grain appliqué sur un vésicatoire déterminer des vomissements. Chez ces sujets, souvent on ne peut arriver au narcotisme; et la médication n'est pas applicable; mais dans la plupart des cas l'opium agit à des doses très variées, et on arrive à des effets sédatifs aussitôt qu'on voit se produire des propensions aux nausées.

L'expérience vous apprendra que par cette modification du traitement qui, dans la plupart des cas, doit être longtemps continué, chez beaucoup d'hystériques vous affaiblirez peu à peu la mobilité exagérée du système nerveux, vous rétablirez l'équilibre entre la perception des impressions sensitives et la cause qui les aura produites; et une fois la sensibilité rétablie, les attaques disparaîtront; souvent même elles disparaîtront avant le rétablissement de la sensibilité. C'est de cette manière que nous concevons l'effet des narcotiques, qui agissent en faisant sortir le système nerveux de son irritabilité anormale, et leur utilité dans cette affection.

Chez les sujets qui supportent difficilement l'opium, on le fait tolérer mieux en administrant de l'éther, qui a pour action de combattre le narcotisme causé par ce médicament. L'éther est un stimulant diffusible, mais sédatif, du système nerveux. Son action s'opère en calmant les mouvements convulsifs, en jetant les malades dans une espèce de torpeur, et en déterminant une surexcitation de la circulation et des facultés intellectuelles.

Nous ne croyons pas que l'éther agisse autrement qu'à dose élevée. On l'administre habituellement comme le musc, à faible dose; ainsi, on en donne 20, 30, 40 gouttes; c'est comme si on ne faisait rien. On a d'abord la volatilité de l'éther favorisée par la chaleur des appartements, l'évaporation qui se fait dans la bouche, dans l'œsophage, pendant qu'on l'avale, et la petite dose qui arrive dans l'estomac est tout à fait inerte. Mais en portant ce médicament à des doses élevées, vous avez une sédation marquée, non-seulement dans l'hystérie, mais encore chez les sujets dont le système nerveux est facilement ébranlé. Nous ne donnons pas moins de 10 grammes d'abord, et nous portons la dose jusqu'à 15 et 20 grammes. Il faut, de plus, donner cette dose dans une grande quantité de liquide froid; car l'éther est peu soluble dans l'eau, et quand il est dilué on évite sa volatilisation et on en obtient des effets marqués.

Son action, comme celle des excitants diffusibles, est fugitive; les sujets le perdent assez vite par les voies respiratoires, et son effet cesse. Pour obtenir de l'administration de l'éther une action réelle, il faut le faire prendre à doses fractionnées; aussi a-t-on avantage à le donner, comme nous l'avons dit, dans beaucoup d'eau, en en faisant prendre toutes les heures, ou même toutes les demi-heures; ainsi, dix, quinze, vingt fois par jour.

J'ai parlé tout à l'heure d'une sensibilité exagérée, d'une sorte d'hypéresthésie des voies digestives chez les sujets hystériques, donnant lieu à des douleurs cardialgiques, à des crampes d'estomac, même après l'ingestion d'aliments ou de substances médicamenteuses; en sorte qu'il est avantageux d'émousser cette susceptibilité exagérée du tube digestif pour faire supporter les médicaments nécessaires à la guérison. De là une médication spéciale, qui n'est qu'adjuvante, il est vrai, mais utile : l'administration du sous-nitrate de bismuth; elle fournit le moyen d'obvier à l'irritabilité des organes digestifs que l'on observe à un haut degré chez certains sujets; tellement qu'elle donne lieu souvent à des pandiculations, à des bâillements, à un état de malaise réel. Ce médicament à des doses convenables diminue ces accidents et permet de nourrir les hystériques sans qu'elles éprouvent ces douleurs qui peuvent, chez elles, déterminer des attaques convulsives. On calme le retentissement de ces douleurs sur tout l'ensemble de l'organisme, et on fait cesser cet état nerveux singulier, cette mobilité exagérée, cette disposition aux spasmes qui se produit souvent chez les hystériques.

Mais, pour obtenir des résultats, il faut le donner à certaine dose : il y en a qui croient être hardis en donnant 1 gramme, 1 gramme et demi de cette substance, et préconisent cette méthode comme une découverte brillante. Les auteurs qui ont introduit ce médicament dans la pratique, les élèves de Reil surtout, le donnaient à la dose de deux ou trois scrupules, et le scrupule est de vingt-quatre grains; on trouve relatées dans la clinique de Reil les expériences qu'il fit pour établir la dose à administrer : ces expériences portent également sur le magistère de zinc, qui, lui aussi, possède une action sédative marquée.

Ordinairement, à la dose de vingt-quatre à trente grains, le sous-nitrate de bismuth exerce une action sédative incontestable qui diminue l'irritabilité de l'estomac, permet aux malades de supporter l'opium et les aliments, et met le tube digestif dans de bonnes conditions.

La douleur ressentie du côté du tube digestif modifie les sécrétions du suc gastrique et du liquide hépatique, et on a non-seulement des phénomènes de cardialgie, mais de véritables dyspepsies : les malades ont des éructations acides, des renvois érodant le collet des dents, de la constipation, de l'impossibilité de supporter les diverses substances acides; et dans ce cas on n'a pas seulement une hypéresthésie de l'estomac, mais encore une dyspepsie acescente : de là obstacle à l'ingestion de l'opium et des aliments en quantité suffisante, qui viennent provoquer une exagération de souffrance du côté de l'estomac et son retentissement sur le système nerveux capable de déterminer des attaques d'hystérie. On a pour remédier à ces inconvénients les médicaments qui modifient la nature du suc gastrique, comme les absorbants alcalins en boisson, les poudres absorbantes alcalines.

Je n'ai pas parlé de toutes les médications par lesquelles on peut, en stupéfiant le système nerveux, prévenir les attaques d'hystérie; je ne vous ai mentionné que les deux substances dans lesquelles nous avons le plus de confiance, l'opium et l'éther.

Il en est d'autres qui peuvent rendre des services, mais il faut les employer avec hardiesse : ainsi la substance albumino-mucoso-résineuse provenant de la glande préputiale du castor. Le castoreum est depuis longtemps employé en médecine, et on a sur son emploi d'importants travaux de Tourtelle. Le castoreum a une odeur fétide et désagréable, mais son action sur le système nerveux est incontestable. De même que l'éther, il a été donné par plusieurs médecins comme excitant, et à ce sujet il faut remarquer que certains médicaments peuvent à la fois surexciter le système circulatoire et stupéfier le système nerveux : le vin est dans ce cas en produisant l'ivresse; le castoreum de même exerce une action stimulante sur la circulation, puisqu'il élève le pouls, mais il stupéfie le système nerveux et constitue un antispasmodique, pourvu qu'il soit donné à dose élevée. Si on l'administre par grains, si on emploie la teinture à faible dose, on n'obtiendra aucun résultat : il faut porter la dose assez haut, à vingt, vingt-quatre grains dans les cas légers, et en général à trente ou quarante grains; dans tous les cas, nous préférons la substance même à la teinture, qui pourrait ne pas dissoudre tous les principes actifs.

L'assa-fœtida a été préconisé dans le même but; à part l'influence évidemment sédative de l'odeur fétide de ce médicament, à part son action purgative sur le tube intestinal, nous croyons qu'elle a peu d'action; elle est peu soluble, et, en l'administrant en pilules, on court risque de les faire promener le long du tube digestif sans qu'elles soient dissoutes et que le malade les rende à peu près telles qu'il les a prises. En lavement l'assa-fœtida agit comme purgatif, et on ne voit pas qu'il soit bien évidemment antispasmodique.

Nous n'avons pas à passer en revue tous les médicaments qui ont été préconisés dans l'hystérie : tous les stupéfiants, en agissant directement sur le système nerveux, peuvent atténuer ses manifestations et conduire l'hystérie à disparaître peu à peu : ainsi les feuilles d'oranger, la valériane, la feuille desséchée de la vulvaire, la fleur de tilleul, qui agissent sur le système nerveux d'une manière immédiate par leur principe odorant, mais qui n'atteignent jamais, comme le fait l'opium, un résultat directement curatif.

Pour connaître l'action des médicaments, on est obligé d'appeler l'empirisme à son secours, car ce n'est que par l'expérience que nous pouvons apprécier leur action : c'est par l'expérience que nous savons à l'opium une action antispasmodique puissante; il agit surtout à un haut degré sur les facultés intellectuelles et n'a pas d'action sur les organes des sens comme les substances fortement odorantes, qui peuvent incommoder les malades et provoquer chez elles des attaques d'hystérie. Mais, tant qu'il y a anesthésie intestinale, il n'y a pas d'action de la part de l'opium; on peut alors le donner à très haute dose sans produire aucun effet sur le tube digestif et sur la circulation, et dans ces cas il ne produit rien sur la maladie hystérique; cependant c'est un antispasmodique puissant.

Si on veut guérir les hystériques par la seule action des médicaments, sans régler le régime, on n'obtiendra pas de résultat : il faut les soumettre à une hygiène bien entendue, qui affaiblisse les impressions sensitives et la mobilité du système nerveux, en régularisant ses mouvements, et par ces moyens, en y ajoutant les sédatifs que je vais vous exposer tout à l'heure, on peut obtenir un résultat satisfaisant. Il faudra s'enquérir des habitudes irrégulières de la malade pour y remédier, régulariser le sommeil et la veille, car souvent ces malades font de la nuit le jour et réciproquement; les éloigner des habitudes vicieuses qui modifient l'air qu'elles doivent respirer; empêcher les odeurs fortes, les fleurs, qui introduisent dans l'appartement des principes stupéfiants ou odorants par l'huile essentielle qui s'en dégage sans cesse.

Il est des malades qui ont des habitudes d'excitation des organes des sens auxquelles il faut s'opposer, comme celle de respirer ces odeurs singulières qu'elles aiment souvent, celle d'entendre de la musique, de vivre dans un milieu qui les surexcite continuellement. Toutes ces habitudes éloignent la guérison par l'excitation qu'elles entretiennent dans le système nerveux.

La masturbation, qui est assez commune chez les sujets hystériques, empêche la guérison. Il en est de même des vêtements trop étroits : les unes s'étranglent les pieds comme des Chinoises, d'autres porteront des corsets trop serrés; ce sont là des habitudes vicieuses qui modifient la circulation et produisent une gêne retentissant sur le système nerveux.

Celles qui sont trop sédentaires doivent être exposées au grand air, l'exercice doit leur être ordonné; c'est un moyen curatif quand on le porte assez loin. En dirigeant l'influence nerveuse sur la locomotion on l'empêche de se porter sur la perception des impressions sensitives, et on évite ainsi la surexcitation du système nerveux, et par suite l'opportunité des attaques d'hystérie.

Il est une méthode de traitement connue depuis longtemps sous le nom de méthode de Pomme. Ce médecin, qui vivait dans le dernier siècle, devint riche par cette pratique, quoiqu'elle ne fût pas de lui; il ne fit que généraliser les idées de Robert Whyte. Pomme était un ignorant parfait, mais ce n'était pas un imbécile, c'était même un charlatan fort habile, qui avait imaginé que les attaques d'hystérie étaient déterminées par les nerfs qui étaient durcis et craquaient dans leur action : aussi prescrivait-il aux hystériques des bains prolongés pour ramollir les nerfs et les empêcher de craquer dans leur action. Il mettait en outre les malades au bouillon de poulet pour ramollir les organes. Il faisait durer les bains de quatre à cinq heures et les portait à 24 ou 25 degrés. Il opérait ainsi une action sédative et relâchante qui, poussée assez loin, avait pour résultat de diminuer les accidents hystériques. On ne peut refuser à cette médication de l'efficacité.

Dans ce temps elle avait de plus un effet qu'elle n'aurait plus maintenant, car les habitudes de vie sont changées. Alors on soupait tard, les repas étaient prolongés dans la nuit, et ce traitement changeait ces habitudes nuisibles à la maladie hystérique.

Voilà les moyens curatifs principaux employés contre l'hystérie; seulement ces bains tièdes prolongés ont des inconvénients : beaucoup de malades sont des femmes lymphatiques à chair molle, mal réglées, chlorotiques, chez lesquelles cette pratique peut augmenter la débilité. Il vaut mieux diminuer l'action diluante de l'eau par l'addition de sels alcalins. Les soustractions de calorique donnent une action sédative qui assure leur efficacité; nous croyons qu'en abaissant leur température jusqu'à celle des rivières en été, c'est-à-dire jusqu'à 17 ou 18 degrés, on pourra augmenter la sédation. Il sera bon d'y ajouter les ablutions et les affusions avec l'eau froide, et nous avons guéri un grand nombre de malades par les seuls secours d'une hygiène bien entendue et des ablutions d'eau froide sur tout le corps faites deux fois par jour.

En résumé, une hygiène régulière mettant à l'abri des actions stimulantes des impressions extérieures, l'usage des sédations portées sur la périphérie du corps par les bains frais prolongés et les ablutions, voilà la médication la plus efficace de l'hystérie. Joignez-y l'opium à dose élevée, mais en la mesurant toujours sur la susceptibilité des malades; le sous-nitrate de bismuth pour faire supporter à l'estomac les médicaments et la nourriture nécessaires; l'action des absorbants pour remédier aux dyspepsies, qui sont assez fréquentes; les ferrugineux quand il y a de la chlorose, ce qui se présente assez souvent.

En appliquant ces médicaments à l'hystérie, on peut arriver à guérir un certain nombre de sujets. En tout cas, c'est une maladie essentiellement chronique, comme nous l'avons dit, et à laquelle il faut opposer un traitement chronique. Il vous faudra peut-être un an, deux ans et plus, mais vous arriverez certainement à une amélioration définitive.

Tel est le résultat que l'on obtient dans tous les cas, quand il n'y a pas complication d'épilepsie; car alors le pronostic est bien différent.

(1) Suite. — Voir les numéros des 27 février, 1er, 8, 24 mars et 7 avril.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Huile de pieds de bœuf comme succédané de l'huile de foie de morue,

Par M. RADCLIFFE HALL.

L'auteur, qui a été à même d'observer les bons effets de l'huile de foie de morue, n'a pas, dit-il, la prétention de lui substituer une autre huile animale; il recommande l'huile de pieds de bœuf, dans quelques cas seulement où celle de morue ne peut être supportée.

Malgré les précautions qu'on peut prendre en administrant l'huile de foie de morue, il est certain qu'il est des cas où on ne peut en continuer l'usage. Certains malades ne peuvent surmonter la répugnance qu'elle leur inspire; chez d'autres, elle dérange les fonctions digestives. On ne peut non plus la donner aux sujets qui ont de la diarrhée ou des signes d'embarras gastrique. Dans ces cas,

l'huile de pieds de bœuf doit être administrée à la même dose et avec les mêmes précautions que l'huile de foie de morue, c'est-à-dire qu'il n'en faut pas prendre une dose trop considérable, qu'il faut éviter de l'avaler à jeun, qu'on doit en interrompre l'usage quand les digestions paraissent se faire mal, et alors il faut prendre un léger purgatif. L'huile de pieds de bœuf purge doucement, ou plutôt elle tient le ventre libre. On peut la donner sans qu'elle augmente la diarrhée chez les malades qui en sont affectés; s'il existe un flux de ventre un peu considérable, on peut y joindre de l'opium, du tannin, etc.

Elle produit chez les malades les mêmes effets thérapeutiques que l'huile de foie de morue. Elle est utile à la fin de certaines bronchites; on la donne avec avantage aux sujets habituellement constipés, à ceux que tourmentent les hémorroïdes, aux enfants maigres et chétifs, dont elle améliore les conditions de santé. Il faut être prévenu que chez quelques malades elle a été impuissante à vaincre la constipation habituelle, tandis que chez d'autres elle a produit une diarrhée qui a réclamé l'emploi de substances astringentes. On a vu chez quelques-uns des malades qui en faisaient usage se produire autour de la bouche une affection herpétique, analogue à celle que l'huile de morue produit souvent au même endroit; mais le nombre des malades à qui on en a fait prendre n'est pas encore assez considérable pour qu'on puisse savoir laquelle des deux huiles produit le plus souvent ce léger accident. On ne doit pas employer de l'huile de pieds de bœuf trop purifiée; elle est alors dépouillée d'une grande partie de sa stéarine, substance qui paraît nécessaire pour que l'huile agisse convenablement.

(*London journ. of med.*, et *Arch. de méd.*)

Asthme et coqueluche. — Emploi de la limonade nitrique.

M. Arnoldi prétend que la limonade nitrique est un moyen excellent et d'une efficacité certaine contre la coqueluche et l'asthme. Dans la coqueluche, dit ce médecin, et quel que soit l'âge de la personne qui en est affectée, j'administre la limonade nitrique édulcorée convenablement. J'ai donné de cette manière, à un enfant de deux ans, près de 6 grammes d'acide nitrique dans les vingt-quatre heures, et je n'ai jamais vu la maladie résister à son emploi plus de trois semaines. Dans l'asthme chez l'adulte, ce moyen n'aurait pas moins d'efficacité. (*Canada med. journ.*)

Du sucre dans la phthisie.

Avicenne conseillait le sucre comme le meilleur palliatif de la phthisie. De nos jours, le peuple grignote encore le sucre candi contre les catarrhes, ce qui a sans doute pour effet d'humecter la gorge et de faciliter l'expectoration. Mais il y a loin de cela à un traitement régulier de la phthisie. Voici qu'un médecin américain, le docteur Calwright, prétend avoir guéri des phthisiques avec du sucre; mais il administre celui-ci sous une autre forme. Il envoie ses malades passer plusieurs heures par jour dans une fabrique de sucre. Il paraît que les vapeurs sucrées qui en émanent produisent presque instantanément l'enrayement de la phthisie. (*Revue de thér.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 30 mars 1853. — Présidence de M. Guersant.

Lecture et adoption du procès-verbal.

M. Larrey demande la parole à l'occasion du procès-verbal pour lire à la Société une observation digne du plus grand intérêt, et qui lui a été adressée par l'un de ses anciens élèves du Val-de-Grâce, M. Raoult Deslongchamps, le jour même où, par une singulière coïncidence, M. le professeur Lallemand venait de communiquer à la Société les résultats si remarquables des expériences de M. Pravaz sur la coagulation du sang à l'aide du perchlorure de fer.

« Cette observation, dit M. Larrey, recueillie avec le plus grand soin, est sans doute le premier exemple d'application chez l'homme d'une méthode destinée à introduire dans la thérapeutique des anévrismes la modification, sinon la réforme la plus salutaire... »

Cas de guérison d'un anévrisme sus-orbitaire par l'injection de perchlorure de fer.

Dans une communication faite le 10 janvier 1853 à l'Académie des sciences sur un *nouveau moyen d'opérer la coagulation du sang dans les artères, applicable à la guérison des anévrismes*, le docteur Pravaz, de Lyon, appelait sur sa découverte l'attention des expérimentateurs et des praticiens. Je me suis efforcé de répondre à cet appel, et voici un fait qui, je l'espère, mettra hors de doute la possibilité, la facilité et l'innocuité du traitement de certains anévrismes par les injections de perchlorure de fer concentré.

Le 5 janvier 1853, je fus consulté par le nommé Coutable, ouvrier serrurier, âgé de vingt-six ans, d'une bonne constitution, demeurant rue Basse, n° 1, au Mans, pour une tumeur siégeant au-dessus du sourcil gauche. Il me raconta qu'il y a à peu près deux ans, en se livrant à l'exercice du bâton, il avait reçu un coup assez violent dans cette partie, sans plaie extérieure; qu'il en était résulté une bosse sanguine considérable, laquelle avait disparu au bout de quelques jours. Il resta près d'un an sans rien remarquer d'anormal dans la région. Puis insensiblement il vit se développer une petite grosseur avec coloration un peu rosée de la peau et faibles pulsations, laquelle, au bout de six mois, avait acquis le volume d'une noisette. Il consulta alors un médecin qui diagnostiqua un anévrisme, lui proposa de le traiter par l'électro-puncture, et, sur son refus, lui conseilla d'éviter avec grand soin de ne jamais se laisser ouvrir cette tumeur. L'affection continua à faire des progrès jusqu'au moment de ma visite. Voici ce qu'une inspection attentive me permit de constater :

La tumeur, du volume d'un petit œuf de pigeon, à grand diamètre vertical, un peu aplatie, rouge surtout au centre, s'étendait en bas jusqu'à 8 millimètres au-dessus du rebord orbitaire et en dedans à 15 millimètres de la ligne médiane. Elle présentait un mouvement d'impulsion assez marqué pour frapper au premier coup d'œil. L'oreille appliquée sur elle n'entendait aucun bruit anormal, si ce n'est un petit frémissement, mais si fugitif que je n'ose affirmer l'avoir bien constaté. Au moyen du toucher, on sentait des pulsations assez énergiques, isochrones, ainsi que l'impulsion, aux battements du pouls; ces pulsations augmentaient par la pression au-dessus de la tumeur et diminuaient en comprimant au-dessous; mais sans cesser complétement, tandis qu'elles disparaissaient en comprimant à la fois au-dessus et au-dessous. Je dois faire remarquer qu'on n'obtenait ce résultat qu'en évitant d'agir directement sur le rebord orbitaire, où l'échancrure, probablement convertie en trou, soustrayait l'artère à la compression. La pression directe sur la tumeur l'affaissait et la faisait disparaître complétement; puis, dès qu'elle n'était plus comprimée, elle revenait avec rapidité à son volume primitif; elle reparaissait encore, mais plus lentement, en tenant l'artère comprimée au-dessous d'elle, et même, dans ce cas, les battements s'y faisaient de nouveau sentir, mais un peu affaiblis. Du reste, la tumeur était tout à fait indolente et n'a jamais forcé Coutable à cesser son travail; à peine éprouvait-il, et seulement lorsqu'il y portait son attention, de vagues sensations de battements dans cette partie, et c'est uniquement l'envie d'être guéri d'une difformité et le développement continuel qu'elle prenait qui l'ont engagé à s'adresser à moi. D'après tous ces signes, il ne me fut pas difficile d'établir mon diagnostic. J'avais affaire à un anévrisme de l'artère sus-orbitaire, branche de l'ophthalmique.

Pour le traitement, plusieurs moyens s'offraient à mon esprit. La ligature par la méthode d'Anel; mais la difficulté de cette opération, à cause du tissu dense et serré du front et du peu d'espace restant entre la tumeur et le bord orbitaire, et surtout l'incertitude du succès, puisque le sang ainsi que les battements revenaient dans la poche anévrismale, même pendant la compression de l'artère au-dessous d'elle, me la firent rejeter. L'incision du sac, plus sûre, mais plus difficile encore et très dangereuse surtout dans cette région, à cause des accidents inflammatoires auxquels elle aurait pu donner lieu, fut également repoussée. Je ne songeai qu'un instant à l'électro-puncture, à cause du manque d'appareil et de la crainte exagérée que le malade témoignait pour ce mode d'opération. Restait la compression, qui n'avait pas encore été essayée, et dont le siége de l'anévrisme, reposant sur un plan uni et résistant, semblait réclamer l'emploi. J'espérais que l'application continuelle des parois du sac l'une contre l'autre finirait par en déterminer l'adhésion. Je la pratiquai ainsi : je fis faire à mon malade, ouvrier intelligent, au moyen d'un ressort de pendule, un cercle flexible et très élastique, embrassant la tête, sur lequel était fixé une branche descendante terminée par une pelote qui venait s'appliquer sur la tumeur. Cet appareil, conservé jour et nuit, fut facilement supporté, causant à peine un peu de gêne et n'empêchant nullement le travail. Cette compression fut continuée pendant vingt-cinq jours sans succès bien marqué. Ainsi, dès qu'elle était supprimée, on voyait la tumeur revenir lentement à son volume primitif, et au bout de deux heures les pulsations avaient reparu presque aussi énergiques qu'auparavant. La paroi antérieure du sac me parut amincie, d'un rouge plus foncé, et, craignant la gangrène et la rupture du sac, je suspendis l'emploi de l'appareil. Quelques jours auparavant j'avais eu connaissance des expériences faites par M. Pravaz avec le perchlorure de fer concentré. Je résolus d'essayer le nouveau mode de traitement que cet expérimentateur propose d'employer, bien décidé, si j'échouais, à recourir à la ligature de la sus-orbitaire.

Le 4 février, le malade placé en position convenable, la tête renversée et reposant sur un plan solide, après avoir fait comprimer par un aide au-dessus et au-dessous de la tumeur, je fis à la partie interne du sac, pour m'éloigner du nerf frontal, une ponction oblique de 3 millimètres avec un bistouri très aigu; il sortit le long de la lame quelques gouttes de sang rouge rutilant. J'avais eu soin de charger une seringue en verre, à bec effilé, d'une solution concentrée de perchlorure de fer; je l'introduisis le long de la lame du bistouri jusque dans le sac, et je pressai sur le piston. La seringue retirée, il sortit encore trois ou quatre gouttes de sang, et l'écoulement fut de suite arrêté en portant de nouveau dans la plaie le bec de la seringue trempé dans la solution. Je vis alors combien est énergique l'action du perchlorure de fer sur le sang. Une goutte de solution sur celui-ci détermine instantanément un caillot grisâtre d'une grande densité. En palpant, je ne sentis de dureté dans la tumeur qu'aux environs de la ponction : là aussi les pulsations avaient cessé, tandis qu'elles existaient encore dans le reste du sac. Je me rendis compte de cette singularité en examinant la seringue, dont je trouvai l'extrémité bouchée par un petit caillot qui empêchait la sortie du liquide, même en poussant fortement le piston; de sorte qu'il était probable que je n'avais introduit dans le sac qu'une quantité presque insignifiante de solution. Je laissai le malade tranquille jusqu'au lendemain, la partie légèrement comprimée; il n'éprouva presque aucune douleur et fut travailler comme d'habitude.

Le 6 février, enhardi par ce demi-succès, je résolus de pratiquer une seconde injection. Je n'avais à ma disposition que la même seringue en verre, et j'avais à craindre encore la formation d'un caillot qui empêcherait la sortie du liquide coagulant. Pour y obvier, j'imaginai de munir l'extrémité de la seringue chargée d'un peu de suif pour empêcher, pendant l'introduction, le contact de la solution avec le sang. Un stylet fut introduit pour détruire les adhérences; je pus le faire manœuvrer dans toute l'étendue du sac. L'injection de 10 à 12 gouttes de liquide fut pratiquée avec facilité et avec les mêmes précautions que précédemment; la douleur fut assez vive, cuisante, de peu de durée, et au bout de trois minutes je sentis la tumeur durcie, et les battements avaient disparu. La seringue retirée, pas une goutte de sang ne s'écoula. J'ordonnai au malade de cesser toute compression, et d'appliquer sur la partie une petite compresse imbibée d'une légère solution de perchlorure de fer.

Le 7, le malade vint me trouver très effrayé. Il avait souffert, peu dormi. La tumeur avait presque doublé de volume, était chaude, dure, tendue, et lui donnait la sensation de battements fort incommodes. D'abord je craignis un anévrisme diffus, mais je fus bientôt rassuré en reconnaissant tous les signes d'un gonflement inflammatoire, rendu probablement trop considérable par la quantité assez grande du liquide injecté. Je me contentai de prescrire la continuation des compresses astringentes et le repos.

Je ne revis Coutable que le 10 février. Dès le 8 il avait repris son travail. La tumeur anévrismale était revenue à son premier volume; il n'y avait plus de pulsations. Elle était très dure, un peu moins rouge; un écoulement séro-purulent sortait par la petite plaie. Cet écoulement a continué pendant six ou huit jours. En même temps la tumeur, toujours très dure, a diminué considérablement de volume, et a pâli de jour en jour. Le 20 février, la guérison était complète.

Aujourd'hui, 15 mars, à peine aperçoit-on, à la place de l'anévrisme, la peau un peu plus rouge et plus élevée que du côté opposé. On y remarque la trace de la ponction. Au toucher, on éprouve la même sensation que si la peau était simplement épaissie. Avec le temps, il est très probable que cette rougeur, du reste très légère, et cet épaississement de la peau finiront par disparaître. Je termine ici cette observation, que l'on trouvera peut-être remplie de détails inutiles, mais que j'ai voulu présenter ainsi, parce que c'est là ce que j'ai vu et la manière dont je l'ai vu, et pour qu'il ne restât aucun doute dans l'esprit de ceux qui la liront. Je m'abstiendrai des considérations auxquelles peut donner lieu l'emploi du perchlorure de fer comme coagulant et comme hémostatique : j'y reviendrai peut-être plus tard. Aujourd'hui je n'ai voulu exposer qu'un fait qui s'est offert à moi, et un mode de guérison qui, à ma connaissance, n'avait pas encore été essayé. Je les donne tels quels.

M. Lallemand. L'observation qui vient de nous être communiquée m'engage à insister sur une précaution à mon avis très importante pour la réussite du moyen : je ne crois pas qu'il soit nécessaire pour faire pénétrer le trocart dans la tumeur de faire une incision à la peau, et encore moins au sac anévrismal; je pense que la moindre incision ne peut amener que des accidents. Il faut encore avoir la précaution, lorsqu'on pratique l'injection, d'agir avec continuité, sans interruption, car l'action du perchlorure de fer est si instantanée, que de suite la petite canule peut se trouver obstruée par du sang coagulé. C'est pour cette raison en partie que M. Pravaz a fait établir un pas de vis le long de la tige du piston : on agit d'une manière continue et sans secousse.

M. Robert. J'ai écouté avec beaucoup d'attention la lecture de ce fait, et je me demande si véritablement il s'agit bien là d'un anévrisme proprement dit, ou anévrisme sacciforme. En effet, d'une part on sait que la contusion, la déchirure même des tuniques artérielles donnent lieu plus souvent à l'oblitération du vaisseau qu'à la formation d'un anévrisme, surtout quand l'artère est d'un très petit calibre (et il s'agit ici de l'artère frontale, une des branches terminales de l'artère ophthalmique); d'autre part, les contusions ou les plaies des téguments du crâne sont quelquefois suivies d'un travail morbide dans les artères qui rampent à la face interne du derme, travail d'où résulte la formation de tumeurs érectiles ou d'anévrismes cirsoïdes. Je crois donc qu'on peut émettre quelques doutes sur la nature de la tumeur observée par M. Deslonchamps; il est même important, je crois, que la Société de chirurgie exprime ces doutes, ou discute au moins l'observation dont il s'agit, car cette observation va être introduite dans la science comme le premier exemple de l'application sur l'homme de la méthode de M. Pravaz, la coagulation du sang dans les tumeurs sanguines; il est utile qu'on sache à quoi s'en tenir sur sa valeur.

M. Larrey s'empresse de déclarer que, comme M. Robert, il avait été tout d'abord porté à admettre l'existence d'une tumeur plutôt érectile qu'anévrismale dans l'observation dont il vient de donner lecture. Mais, en tenant compte des cas de tumeurs sanguines anévrismatiques développées dans les régions antérieures du crâne, notamment à la suite des lésions mécaniques ou contondantes, en appréciant surtout les détails si exacts, si précis de l'observation de M. Raoult Deslonchamps, et notamment ce qui est relatif à la cavité de la tumeur, on ne saurait se refuser à admettre le diagnostic établi par l'auteur de cette intéressante observation.

M. Jarjavay. Je ferai remarquer, contre l'observation de M. Robert, que des contusions peuvent amener des anévrismes des artères de la région du crâne. Il existe au musée Dupuytren une pièce pathologique offerte par M. Laugier. Cette pièce provenait d'une femme qui avait reçu une forte contusion de la région occipitale; il en était résulté un anévrisme artérioso-veineux de l'artère et de la veine occipitales. Il n'y aurait donc rien d'étonnant qu'à la suite d'une contusion de la région frontale M. Deslonchamps ait eu occasion aussi d'observer un anévrisme.

M. Demarquay. Je ne crois pas que M. Robert ait eu des raisons suffisantes pour nier la possibilité d'un anévrisme des artères occipitale ou sus-orbitaire, car il y en a des exemples dans la thèse de M. Chassaignac.

M. Forget. Tout en partageant la manière de voir de M. Demarquay sur la possibilité de tumeurs anévrismales sur le trajet des artères du crâne, je crois qu'il ne faut pas non plus porter trop de doutes sur la nature même du fait. Je viens de relire avec attention l'observation, et je suis disposé à croire qu'il s'agit plutôt d'un anévrisme que d'une tumeur érectile.

Je fonde mon opinion sur la circonscription exacte de la tumeur; sur ce qu'elle disparaît et s'efface complétement lorsqu'on la comprime, sans laisser sous le doigt aucune trame organisée, aucun canevas cellulo-musculaire, comme cela aurait lieu s'il s'agissait d'une tumeur érectile; enfin sur l'intégrité du vaisseau au-dessus de la tumeur, ce qui n'a pas lieu lorsqu'il existe une varice artérielle. J'ajoute enfin que le frémissement perçu dans la tumeur semble aussi prouver l'existence d'un anévrisme.

M. Robert. Tout à l'heure, M. Jarjavay nous parlait d'une pièce pathologique déposée au musée Dupuytren : je la connais, et je crois qu'elle n'a pas trait à la question. Il s'agit d'un anévrisme artérioso-veineux, dont j'ai fait mention dans ma communication en 1851 à l'Académie de médecine. Quant aux faits contenus dans la thèse de M. Chassaignac, la plupart ont trait à des anévrismes cirsoïdes du cuir chevelu. M. Forget a dit que la tumeur s'affaissait complétement sous la pression; mais c'est là un des caractères des tumeurs érectiles ou des anévrismes cirsoïdes. Enfin il existait là un frémissement qui n'a pas lieu dans les anévrismes sacciformes d'un petit volume; le bruit qui a été entendu dans le cas actuel semble plutôt avoir du rapport avec celui qu'on remarque dans les anévrismes cirsoïdes. Si j'insiste autant sur ces divers points, c'est bien moins pour atténuer le mérite de cette observation, qui est très intéressante, que pour en établir la véritable signification.

M. Lenoir. Je n'ai pas l'intention de faire dévier la discussion, mais puisqu'il s'agit des moyens employés pour ralentir le cours du sang, je citerai un fait qui y a trait, et dont on pourra également tirer des applications utiles.

Il y a en ce moment dans mon service un homme âgé, affecté d'anévrisme poplité bien caractérisé. J'avais d'abord tenté sans succès la compression dans le pli de l'aine, lorsqu'en examinant la tumeur et en imprimant certains mouvements à la jambe, je m'aperçus que la simple flexion sur la cuisse suffisait pour suspendre entièrement le cours du sang dans le sac anévrismal. J'ai répété plusieurs fois cet essai, et voyant que l'effet était constant, j'ai placé la jambe sur un coussin, en la maintenant fortement fléchie sur la cuisse. Depuis, non-seulement le cours du sang a été supendu, mais la tumeur du creux poplité a diminué et est devenue dure. Il est probable que dans ce cas, par suite du déplacement de la tumeur, l'une des deux ouvertures se trouve fermée, ou bien il y a un défaut de parallélisme entre elles.

M. Larrey. Je crois qu'on a signalé des faits de ce genre pour des plaies des artères de l'avant-bras.

M. Lenoir. Ce n'est plus simplement par la simple position, mais par la flexion forcée de l'avant-bras sur le bras, qu'on est arrivé à arrêter l'hémorrhagie.

M. Debout. L'intéressante observation que nous a lue notre honorable collègue M. Larrey et la discussion qui l'a suivie abrégeront la communication que je me proposais de vous faire sur l'action des liquides coagulants. Le perchlorure de fer n'est pas le seul liquide qui ait la propriété de coaguler le sang; l'alun et surtout l'acide acétique jouissent de cette vertu à un degré au moins égal. Ce point étant établi dans le *Traité de l'art de formuler* de M. Mialhe, je ne m'y arrête pas. Le seul fait sur lequel je croie devoir fixer votre attention est le suivant : lorsqu'une quantité déterminée de sang se trouve fixée dans le sac anévrismal par la compression, le chirurgien doit tenir compte de la quantité de fer qui est injectée; car si elle est trop considérable, il redissoudra le caillot qu'il avait tout d'abord formé.

A l'appui de cette proposition, M. Debout fait une expérience avec l'albumine. Le liquide, coagulé d'abord avec quelques gouttes d'une dissolution de perchlorure de fer, est redissous aussitôt qu'on augmente la quantité de cette solution.

M. Debout met ensuite sous les yeux de la Société une seringue d'Anel, à laquelle M. Charrière a fait subir les modifications qui doi-

vent permettre à notre collègue d'expérimenter l'action du perchlorure de fer sur un malade couché dans le service de M. Denonvilliers. Le fait de M. Larrey vient légitimer cette tentative.

M. MICHON. Les expériences de M. Debout sont sans doute très intéressantes, mais je crois qu'elles s'éloignent un peu du cercle habituel des travaux de la Société.

M. DEBOUT. Je ferai observer à M. Michon que je ne veux pas donner aux observations que j'ai présentées à la Société plus d'importance qu'elles n'en ont. Le fait que j'ai signalé ne forme qu'un élément infime de la question; par cela seul il aurait pu échapper : aussi ai-je cru devoir le mentionner. Nous devons emprunter aux sciences physiques et chimiques tous les enseignements qu'elles peuvent nous fournir, sans oublier que les actions qu'elles provoquent au sein de l'économie appellent des réactions, et que ces dernières seules profitent aux malades. Il ne faut pas tant dédaigner d'ailleurs les expériences que je viens de répéter devant vous, puisque ce sont elles seules qui ont conduit M. Pravaz à formuler la méthode nouvelle de traitement des anévrismes que vous a signalée notre savant collègue M. Lallemand.

M. LALLEMAND. J'ai suivi avec attention les expériences que M. Debout vient de faire en notre présence; mais elles ne changent en rien les résultats obtenus par M. Pravaz. Toutes ces expériences, il les a longtemps répétées, modifiées, et ce n'est que lorsqu'il a bien connu les doses nécessaires pour arriver au coagulum, sans le redissoudre par un excès de perchlorure de fer, qu'il a fait les expériences dont je vous ai rendu compte dans la dernière séance.

Correspondance.

M. LE ROY-D'ÉTIOLLES écrit à la Société pour l'informer que dans l'année 1832 il s'était occupé de rechercher quels étaient les moyens de suspendre le cours du sang dans les artères, afin de guérir les anévrismes des membres.

Cette lettre sera déposée aux archives.

PRÉSENTATION DE MALADE.

Ablation partielle du maxillaire supérieur pour un cancroïde.

M. MICHON présente un malade sur lequel il a pratiqué l'ablation partielle du maxillaire supérieur pour un cancroïde, et donne à ce sujet les détails suivants :

Le 6 novembre 1852, le nommé Saumon, âgé de cinquante et un ans, gazier, entra dans mon service pour y être traité de l'affection qui a nécessité l'opération dont j'ai à vous parler. Depuis l'âge de vingt-cinq ans, cet homme ressentait en mangeant des douleurs assez vives dans le côté gauche de la mâchoire supérieure pour être obligé de mâcher toujours de l'autre côté. Pendant très longtemps l'affection resta stationnaire, lorsqu'il y a deux ans il s'aperçut que la dernière grosse molaire vacillait et devenait douloureuse sans se gâter; un jour il l'aracha lui-même. Depuis, les douleurs augmentaient, surtout dans les neuf mois qui précédèrent son entrée à l'hôpital, et successivement toutes les dents de ce côté tombèrent.

Lorsque j'examinai le malade, outre la perte des dents d'un côté, je constatai que tout le rebord alvéolaire avait disparu ; à sa place existait une ulcération profonde, à bords irréguliers, fongueux, surtout en arrière. Dans ce point, la maladie avait envahi une partie de la voûte palatine.

Un stylet enfoncé pénétra assez profondément sans rencontrer le tissu osseux, et détermina un écoulement de sang. En examinant la joue au niveau de la branche montante du maxillaire supérieur, on sentait un peu d'induration ; mais la membrane muqueuse était saine au niveau du repli.

Voulant, avant de prendre aucun parti, savoir quelle pouvait être la nature de la tumeur, comme dans ce cas je pouvais le faire sans aucun danger pour le malade, je fis examiner au microscope quelques-unes des fongosités du rebord alvéolaire; elles parurent appartenir au genre d'affection désignée sous le nom de cancroïde épithélial.

Le 28 novembre j'opérai le malade de la manière suivante : je fis à deux centimètres en avant du conduit auditif une incision un peu curviligne qui vint aboutir à la commissure des lèvres. Le lambeau fut disséqué et relevé de manière à mettre toute la partie malade à découvert; puis, à l'aide de la scie à molette de M. Ferdinand Martin, je coupai horizontalement toute la base du maxillaire gauche. Cette première division opérée, je passai la scie à chaînette dans la narine, pour séparer l'os suivant la ligne médiane. J'achevai ensuite de diviser les points par lesquels l'os tenait encore, en conservant le voile du palais qui était intact. N'ayant pu lier une petite artériole située tout au fond de la plaie, j'appliquai un bouton de feu.

La plaie fut ensuite réunie au moyen de la suture entortillée. A part un peu de tension inflammatoire survenue dans les premiers jours et combattue à l'aide d'un régime convenable, il n'est survenu aucun accident.

Le 15 décembre, je m'aperçus que le malade perdait au niveau de la suture une assez grande quantité de salive. Je poussai un stylet suivant le trajet fistuleux, en décollant un peu la plaie à l'intérieur, et je fus assez heureux pour obtenir une réunion complète.

Au 25 décembre, on ne voyait plus d'autre trace de l'opération qu'une cicatrice linéaire sur la joue. Depuis, un obturateur fabriqué par M. Charrière permet au malade de parler et de manger sans difficulté. Il ne reste au sujet, comme suite de la section de quelques filets du nerf facial, qu'un léger abaissement de la paupière inférieure; l'œil est un peu larmoyant, mais il n'y a pas cependant d'épiphora; la commissure labiale est un peu déviée du côté sain; peu à peu la perte de substance de la voûte palatine diminue; par ce procédé, en conservant une partie de l'os maxillaire, non-seulement j'ai obtenu une cicatrice sans difformité, mais encore j'ai obtenu une guérison qui laisse ce malade sans aucune infirmité. A entendre parler le malade et à le voir, on doute qu'il ait subi une pareille opération.

Rapport de M. Broca sur les travaux de M. Heyfelder, professeur de clinique chirurgicale à Erlangen.

Messieurs, j'ai eu l'honneur, dans une séance précédente, de vous soumettre une analyse verbale des principaux faits consignés dans les deux derniers comptes-rendus de la clinique chirurgicale d'Erlangen. Ce n'était pas la première fois que le nom de M. Heyfelder fixait l'attention de la Société de chirurgie, et vous n'avez certainement pas oublié les observations importantes de résection des deux maxillaires supérieurs que ce professeur vour adressa le 14 août 1850, pour obtenir le titre de membre correspondant. Par une coïndidence singulière, ces observations vous parvinrent au moment où M. Maisonneuve venait de vous communiquer un fait exactement semblable, tiré de sa pratique à l'hôpital Cochin.

La première opération de M. Heyfelder remonte à 1844, et a été publiée dans le journal de Walther et d'Ammon. Avant cete époque, il est vrai, une tentative analogue avait été faite par Liston (1), qui avait enlevé une partie du maxillaire droit et la totalité du maxillaire supérieur gauche. Il paraît même que dès l'année 1824 M. Rogers avait fait l'ablation totale de ces deux os jusqu'aux apophyses ptérygoïdes.

Mais cette observation n'a pas été publiée, et nous ne la connaissons que par le passage suivant de la *Médecine opératoire* de M. le professeur Velpeau (1) :

(1) RIED, *Die resectionen der knochen*, Nürnberg, 1847, s. 139.

« M. Rogers, qui, en 1824, enleva la mâchoire des deux côtés jus- » qu'aux apophyses ptérygoïdes, eut à peine besoin de diviser la » lèvre. »

Contrairement à ses habitudes, M. Velpeau n'a pas indiqué la source où il a puisé ce document. J'ai vainement parcouru les journaux américains qui sont à la bibliothèque de la Faculté, et je n'ai pu mettre la main sur l'observation originale. Ried n'a pas été plus heureux que moi. Il est probable, par conséquent, que ce fait a été transmis directement par l'auteur à M. Velpeau.

Du reste, nous ignorons et le procédé opératoire suivi par Rogers et la nature de l'affection pour laquelle l'opération fut pratiquée. Sur ce dernier point, nous en sommes réduits aux conjectures, et nous sommes portés à croire qu'il s'agissait d'une nécrose des deux maxillaires supérieurs. Toute autre supposition serait en contradiction avec la rédaction que nous avons citée. M. Rogers, avons-nous dit, *eut à peine besoin de diviser la lèvre.* Certes, une semblable incision n'eût pas permis de pratiquer une résection totale des deux maxillaires supérieurs jusqu'aux apophyses ptérygoïdes s'il se fût agi, par exemple, d'une tumeur cancéreuse.

En tout cas, le fait de M. Rogers était tellement obscur, tellement incomplet qu'il ne pouvait suffire pour introduire dans la pratique la résection simultanée des deux maxillaires supérieurs. Le mérite de cette innovation revient donc à M. Heyfelder.

Du reste, messieurs, l'analyse que je vous ai présentée des deux dernières brochures de M. Heyfelder vous a prouvé que ce professeur est l'un des chirurgiens les plus habiles et les plus hardis de l'Allemagne. Chargé depuis douze années de l'enseignement de la chirurgie à Erlangen, il a donné une vive impulsion aux études chirurgicales jusqu'alors trop négligées dans cette Université. Il a particulièrement insisté sur l'utilité des résections, dont il est grand partisan ; et peu de praticiens peuvent se vanter d'avoir pratiqué aussi souvent que lui les opérations de ce genre.

Les publications de M. Heyfelder sont nombreuses. Plusieurs sont relatives à la pathologie interne et à la médecine légale (2). Celles qui se rattachent à la chirurgie sont les suivants :

1° *Observations sur les maladies des nouveau-nés*, 1825. Ce travail, en partie médical, renferme des considérations chirurgicales sur les difformités congéniales.

2° *De lipomate et steotomate*, 1842; dissertation latine publiée à l'occasion de la nomination de l'auteur à la chaire de clinique d'Erlangen.

3° *Observations d'anatomie pathologique*, publiées en 1829 et 1841 dans les *Nova acta academica Carolo-Leopoldinæ*.

4° *Etudes médicales et chirurgicales;* Stuttgard, 1838 ; 2 volumes. Ce travail, l'un des plus importants de l'auteur, renferme dix-huit mémoires originaux sur diverses maladies. Trois de ces mémoires ont été traduits dans les *Archives générales de médecine*. Ils sont relatifs aux tumeurs du foie, aux cancers des poumons et à l'opération de l'empyème pratiquée dans le cas d'épanchements chroniques. L'auteur a exécuté quatre fois cette opération avec succès.

5° Deux mémoires sur les agents anesthésiques publiés en 1847 et 1848.

6° *Mémoire sur la résection simultanée des deux maxillaires supérieurs;* Stuttgard, 1850.

7° *Mémoire sur la nécrose des mâchoires produite par l'action du phosphore* (*Archiv. für physiol.* Heck., 1845). C'est la première monographie qui ait paru sur cette affection singulière. M. Lorinzer (de Vienne) en avait parlé, il est vrai, avant M. Heyfelder, mais il avait signalé le fait sans le décrire et avait rencontré beaucoup d'incrédules. Le travail de M. Heyfelder leva tous les doutes.

Enfin, messieurs, depuis son entrée à la clinique d'Erlangen, M. Heyfelder a publié chaque année un fascicule pareil à ceux que j'ai analysés devant vous. Tous les faits observés dans le courant de l'année, toutes les opérations pratiquées à l'hôpital y sont présentés sous forme de statistique, et de plus les observations importantes y sont publiées dans tous leurs détails. La collection de ces comptes-rendus annuels constitue par conséquent un recueil précieux.

Tels sont les titres scientifiques de M. Heyfelder. Votre commission n'hésite pas à vous proposer d'inscrire cet honorable candidat sur la liste des membres correspondants étrangers.

— Après la lecture de ce rapport, M. le président ayant mis la conclusion de la commission aux voix, M. le docteur Heyfelder, professeur à l'Université d'Erlangen, est nommé à l'unanimité membre correspondant étranger.

Compression de la trachée par les ganglions bronchiques. — Trachéotomie. — Nouveau signe de diagnostic des engorgements ganglionaires du médiastin.

(Observation communiquée par M. CHASSAIGNAC.)

Gérardet (Victor), vingt-trois ans, ouvrier en papiers peints, entre à l'hôpital Saint-Antoine le 28 février 1853.

A son arrivée, il avait le visage pâle, la peau légèrement ictérique et comme un peu infiltrée; la station était difficile même avec l'aide des deux personnes qui l'accompagnent. Les ganglions cervicaux du côté droit sont engorgés, volumineux; l'aphonie presque complète; le fond de la gorge est douloureux; la déglutition des aliments très pénible d'abord, puis un peu moins difficile vers la fin du repas. La respiration se fait avec bruit; elle est fréquente, anxieuse; la toux offre un timbre métallique très prononcé; la pression exercée sur le conduit laryngé est très douloureuse. En examinant minutieusement l'intérieur du larynx, je m'aperçus que le cartilage cricoïde occupait une position tellement déclive qu'il ne pouvait pas s'élever de plus d'un travers de doigt au-dessus de la fourchette sternale, même dans les mouvements d'extension forcée du cou. Cette circonstance fut notée au point de vue de la possibilité d'une opération de trachéotomie. Le fait en lui-même resta inexpliqué.

L'affection avait débuté il y a trois mois; les accidents cessaient par intervalles irréguliers pour reparaître ensuite; le malade n'a jamais craché de sang; il tousse peu; la sonorité du thorax est normale, le bruit respiratoire complétement oblitéré par des râles qui lui donnent un caractère de rudesse très prononcé. Gérardet n'a jamais eu aucune affection syphilitique.

Le 8 mars, à la visite du matin, le malade est pris tout à coup d'accidents convulsifs et d'un accroissement de gêne respiratoire allant jusqu'à la suffocation. Je me transporte en toute hâte auprès de lui, et la trachéotomie est pratiquée sur-le-champ par le procédé dont je vous ai parlé en présence de MM. de Hubbenet et de M. le professeur Heyfelder.

Au moment de l'opération, qui fut exécutée très rapidement, le malade était plongé dans un état comateux qui n'a cessé que dans la soirée du même jour. Malgré l'abaissement considérable du cartilage cricoïde, je suis parvenu, au moyen de l'érigne cricoïdienne implantée d'emblée à travers la peau, à le remonter assez pour pouvoir diviser quatre anneaux de la trachée et placer la canule sans aucune difficulté.

(1) VELPEAU, *Méd, opér.*, 2e édit., 1839, t. II, p. 628.

(2) *Der Selbstmord*, etc. (Le suicide sous le rapport de la médecine légale.) Berlin, 1828. — *Beobachtungen über die cholera*, etc. (Observations sur le choléra de 1832.) 2 volumes. — *Die Heilquellen*, etc. (Eaux minérales de Hohenzollen, 1840 ; *id.* du grand-duché de Bade, 1841.) Ces deux ouvrages ont eu une 2e édition en 1846.

La nuit suivante, les phénomènes d'asphyxie se reproduisirent, et le malade mourut le 9 mars à six heures du matin.

Le diagnostic qui avait été porté reposait sur l'idée d'un obstacle respiratoire siégeant au larynx, et cela à cause de l'aphonie que présentait le malade et de la douleur qu'on produisait par la pression sur cet organe. Rien n'avait fait soupçonner la véritable cause de mort reconnue à l'autopsie.

Autopsie. — On constate l'existence d'ulcérations occupant la membrane muqueuse des cordes vocales. Les bronches sont remplies d'une écume blanche et fine. La partie antérieure de la trachée, au niveau et un peu au-dessus de sa bifurcation, est masquée par une tumeur égalant en volume la moitié du poing d'un adulte. Cette tumeur est composée de ganglions énormément hypertrophiés, très durs, offrant à l'intérieur une coloration gris-jaunâtre. Un ganglion très volumineux se trouve encadré dans l'angle de bifurcation des deux bronches. La bronche droite est de toutes parts en contact avec d'autres ganglions hypertrophiés, qui lui forment un anneau complet. De telle sorte que la compression s'exerçait à la fois sur la trachée elle-même, un peu au-dessus de sa bifurcation, par la tumeur principale, et sur la bronche droite, par l'anneau ganglionaire qui l'entourait. Le nerf laryngé à droite ne paraît pas altéré dans sa texture au milieu de la masse hypertrophique qu'il traverse. Quelques granulations clairsemées existent dans les poumons, qui sont le siége d'une congestion œdémateuse générale.

Cette observation nous a paru digne d'appeler l'attention de la Société, à raison surtout de la position toute spéciale du cartilage cricoïde, qui avait subi une sorte de rétraction descendante vers la cavité thoracique. Ce phénomène curieux dépend, suivant nous, de l'action mécanique exercée sur la trachée et la bronche droite par la tumeur ganglionaire. Il nous a paru de nature à constituer un signe précieux pour le diagnostic des tumeurs ganglionaires du médiastin.

On pourrait jusqu'à un certain point se rendre compte du tiraillement exercé sur la trachée, en considérant d'une part que la tumeur, qui était très compacte, pouvait causer une traction par le seul fait de son poids, et en admettant d'autre part, comme l'a fait remarquer M. Bailly, interne du service, que cette tumeur, dans son accroissement de volume, étant retenue à sa partie supérieure par le sternum, était forcée d'effectuer son développement vers la partie inférieure, et entraînait par conséquent avec elle la bifurcation du conduit aérien. La coexistence de l'aphonie due à l'ulcération des cordes vocales et la douleur du larynx résultant de la pression expliquent l'erreur de diagnostic qui avait consisté à placer au larynx l'obstacle respiratoire qui siégeait beaucoup plus bas, comme l'autopsie l'a démontré.

Le secrétaire de la Société, MARJOLIN.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Par arrêté du 21 mars, M. le docteur Lépine, professeur suppléant à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon, est définitivement nommé professeur titulaire d'accouchement à cette école, en remplacement de M. Naigeon, décédé.

— Par arrêté de M. le préfet du Gard du 30 mars, M. le docteur Étienne Pleindoux a été nommé médecin de la maison d'arrêt *et* de justice de Nîmes, en remplacement de M. le docteur Gril, décédé.

— Il y a en ce moment à Londres un excédant de mortalité que l'on peut évaluer à 250 par semaine. Les maladies sur lesquelles porte cette augmentation sont les affections *zymatiques* (fièvres éruptives, fièvres typhoïdes) et les affections des bronches et du parenchyme pulmonaire. Les maladies *zymatiques* ont compté 244 morts ; les affections bronchiques et pulmonaires, 388. Dans ce dernier chiffre, la phthisie figure pour 160, la pneumonie pour 108.

NÉCROLOGIE. — L'Espagne vient de perdre le professeur don Andreas Saravia y Garona, mort à Madrid. Le docteur Saravia avait remporté plusieurs prix de l'Académie de chirurgie de cette ville.

— Les Etats-Unis ont à regretter le docteur Jonathas Cowdery, doyen d'âge des chirurgiens de marine de cette nation, qui vient de mourir à Norfolk après cinquante-trois ans de service. Il avait pris part à l'expédition de Tripoli (où il a été fait prisonnier) et à la dernière guerre contre la Grande-Bretagne.

Le docteur Daniel Drake, qui a jeté tant de lustre sur la profession médicale en Amérique, est mort aussi à Cincinnati dans un âge avancé.

— La médecine a eu à déplorer en Angleterre dans ces derniers temps deux pertes bien regrettables. Le docteur Georges Gregory, médecin de l'hôpital de la Petite-Vérole, professeur au collége Saint-Thomas, a succombé au commencement de l'année à une maladie du cœur. Ce professeur distingué joignait à une haute capacité pratique un grand talent d'exposition. Ecrivain remarquable et praticien éminent, il a enrichi la médecine de plusieurs travaux recommandables et a publié des articles d'un grand intérêt dans la presse médicale. — Le docteur Charles Worth, vice-président honoraire à l'hospice des aliénés de Lincoln, praticien désintéressé et d'une exactitude religieuse à accomplir ses devoirs professionnels, a succombé à une attaque d'apoplexie, et emporte les regrets de ses confrères et de ses compatriotes.

Nouveau cas de mort par le chloroforme. — Nous apprenons à l'instant qu'un nouveau cas de mort par le chloroforme vient d'avoir lieu à la Pitié, dans le service de M. Valleix. Il s'agit d'un homme porteur d'un anévrisme de la crosse de l'aorte, qui avait en même temps une chute du rectum. Pour la réduire, on l'a soumis au chloroforme, qui a déterminé la mort. Nous reviendrons sur ce fait.

Aujourd'hui commenceront à la Faculté :

1° Le cours de pathologie interne. — M. Requin, professeur.

2° Le cours de chimie organique. — M. Wurtz, professeur.

— M. Bouchut, médecin de l'hôpital Bon-Secours, commencera son cours de *pathologie médicale* le mercredi 13 avril, à quatre heures, amphithéâtre n° 1 de l'École pratique, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis, à la même heure.

On s'inscrit chez M. Gaucheraud, à l'École pratique.

LE SOURD.

Paris. — Typographie de PLON frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

On s'abonne à Paris
au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères,
en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Pays	Durée	Prix
Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	Trois mois	8 fr. 50 c.
	Six mois	16 »
	Un an	30 »
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	Trois mois	9 fr.
	Six mois	17
	Un an	33
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	Trois mois	10 fr.
	Six mois	20
	Un an	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

PARIS, LE 13 AVRIL 1853.

Séances des Académies.

Nous nous attendions à une discussion sérieuse sur le mémoire de M. Cruveilhier. Plusieurs orateurs avaient manifesté l'intention de prendre la parole. A MM. Bérard et Bégin nous avions vu avec plaisir se joindre d'autres membres. Malheureusement des circonstances particulières l'ont pour ainsi dire fait avorter : M. Bérard était absent, et M. Bégin, qui pouvait porter la lumière dans cette question obscure et difficile, n'en a parlé que pour en écarter l'examen. Sa voix s'est élevée pour soutenir M. Piorry, qui demandait la priorité pour un rapport officiel, et il n'a fallu rien moins qu'un vote de l'Académie, provoqué par les observations de M. Bouvier, pour repousser cette prétention, concevable chez M. Piorry, mais au moins singulière de la part de M. Bégin. En conséquence de ce vote, la discussion sur la paralysie progressive atrophique s'est ouverte.

Deux orateurs seulement, MM. Parchappe et Jules Guérin, ont pris la parole et ont été écoutés avec un vif intérêt. Nous ne pourrons donner leurs discours que dans notre prochain numéro.

Le reste de la séance a été occupé par quelques rapports sur des remèdes secrets *abattus* par M. Bouchardat, et le commencement d'un rapport de M. Collineau sur l'éducation des idiots, dont la fin est remise à mardi prochain.

Une triste nouvelle est venue affliger les membres de l'Académie et les auditeurs. M. Mélier, qui présidait la séance à la place de MM. Bérard et Nacquart absents, a annoncé la mort de M. Husson.

Connu par plusieurs rapports importants sur la vaccine et le magnétisme, médecin de l'Hôtel-Dieu, où sa clinique a eu longtemps un grand succès, ce vénérable confrère a succombé à une longue maladie dans un âge très avancé. Il souffrait depuis plusieurs années d'une affection qu'avait aggravée la douleur de la perte d'un fils qui promettait de succéder dignement à son père, et qu'une maladie a enlevé à la fleur de l'âge.

La séance de l'Académie des sciences a offert le plus vif intérêt, grâce à une communication de M. Baudens sur le traitement de l'hydrocèle.

On verra par la lecture de cet important mémoire, que nous publions en entier, qu'aux avantages d'éviter à coup sûr la lésion du testicule, de permettre à la canule de ne pas se déplacer, de ne pas laisser couler le liquide dans le dartos et de ne pas exposer à la gangrène du scrotum, la méthode de M. Baudens réunit celui de déterminer une inflammation graduelle dans la tunique vaginale et d'apprécier ce degré par la sécrétion de la lymphe plastique coagulable, signe certain, selon l'auteur, et que l'on reconnaît en retirant après un séjour de quelques heures la tige pleine qui fermait la canule à l'issue d'un liquide séreux, dont une partie se dépose en exsudations plastiques.

Étude hygiénique sur les marais (1).

C'est sur des populations entières que se fait sentir la malaria; aussi la vie moyenne est-elle notablement réduite dans les localités marécageuses. Suivant Sausset et Price, elle ne va pas au delà de 26 ans; suivant Condorcet, elle est seulement de 18. Et en effet, de 1790 à 1799, elle était à Rochefort de 19 ans. M. Becquerel, en 1850, l'a fixée à 22 ans pour le canton de Sully (Loiret). Nous empruntons à l'une des publications de ce savant les résultats suivants, recueillis par M. Marchant, ingénieur en chef chargé des travaux d'assainissement de la Sologne,

« Si l'on compare d'abord entre eux les cantons limitrophes dans » le département du Loiret et dans celui de Loir-et-Cher, on voit, » suivant que la proportion des étangs s'élève, la population varier » dans un rapport plus grand que celui du simple au double, et la » durée de la vie moyenne décroître d'un quart à un sixième. L'in» fluence des exhalaisons méphitiques se montre là dans toute sa » force. Que l'on rapproche les cantons du Cher de ceux de l'ouest » de Loir-et-Cher (Bracieux, Contres, etc.), quoique la surface » des étangs soit un peu plus forte dans ces derniers, on y trouvera » la vie moyenne sensiblement plus longue, et la population presque » triple. C'est qu'ici on commence à entrer dans des terrains mar» neux, tandis que les terres sablonneuses du Cher sont les plus » arides de la Sologne. La différence de fertilité du sol compense, » et bien au delà, celle que pourrait apporter dans la salubrité du » climat les proportions légèrement inégales des étangs. Enfin dans » les argiles compactes des cantons de la Ferté et de Sully, à grande » distance des marnières, les deux causes de dépopulation et de » mortalité, la misère et la fièvre, agissent réunies. Le nombre » d'habitants est inférieur même à celui du Cher, et la vie moyenne » se réduit aux deux tiers de la durée qu'elle atteint dans les terres » marneuses de Loir-et-Cher. » M. Becquerel ajoute que le nombre d'habitants n'est en moyenne par kilomètre carré que de 21,15, tandis que dans le reste de la France il est trois fois plus considérable, et que les relevés des conseils de révision nous apprennent que la moitié des jeunes gens atteints par la conscription sont impropres au service militaire. La même observation a été faite dans les arrondissements de Rochefort et de Marennes. Il est arrivé bien des fois que dans certaines localités de ces arrondissements, de tous les hommes appelés, il ne s'en trouvait pas un seul qui fût propre au service. Bien plus, on a vu des années où il ne restait pas un seul homme de la classe appelée, tous étaient morts avant l'âge du recrutement, et pour la plupart dès leur enfance. L'administrateur éclairé, l'homme de bien qui a entrepris d'assainir ce pays, M. Leterme, assure que ce fait de toute une population réduite à néant avant vingt ans s'est reproduit maintes fois dans le cours de son administration.

Ainsi que ces faits peuvent facilement le faire prévoir, la mortalité des pays de marais atteint parfois un chiffre considérable. M. Mélier, dont les travaux d'hygiène publique sont tous dignes d'être cités comme des modèles, a consigné dans son admirable rapport sur les marais salants des relevés statistiques qui portent en eux un bien cruel enseignement. Dans certaines communes du département de la Charente-Inférieure la mortalité s'est élevée à la proportion véritablement effrayante de 1 habitant sur 13. La moyenne du canton auquel appartient Brouage, calculée pour une période de seize ans, de 1817 à 1832, a donné 1 décès sur 21 habitants, c'est-à-dire à peu près le double de la mortalité commune de toute la France. Tous les observateurs s'accordent à reconnaître que c'est principalement sur les enfants du premier âge et les nouveau-nés que frappe cette excessive mortalité. Notre savant maître M. Villermé, dans son intéressante étude de l'influence des marais sur la vie, a mis ce fait capital hors de doute, non-seulement pour notre pays, mais pour la Hollande et pour l'Angleterre, et en a fait ressortir les conséquences si graves et si déplorables. Il est impossible d'attribuer à une autre cause qu'aux émanations marécageuses cette mortalité extraordinaire, puisque, si l'on compare les mois dans lesquels le dégagement des miasmes est le plus actif avec ceux où ils sommeillent, on voit une différence considérable entre la mortalité des uns et des autres. Les statistiques de Salvagnoli confirment pour la Toscane les recherches de Montfalcon et de M. Villermé.

Enfin un dernier fait, qui complète sur ce point la démonstration de l'influence désastreuse des marais, c'est le mouvement de la population et l'excédant notable des décès sur les naissances. Dans quelques localités de la Charente-Inférieure le nombre des décès dépasse d'un quart et même d'un tiers celui des naissances; et cependant ces dernières ont lieu dans une proportion supérieure à celles du reste de la France. Il y a beaucoup de naissances, mais il y a encore plus de décès : triste condition qui, suivant la profonde remarque de M. Mélier, est en général celle des populations malheureuses. Dans le département de l'Ain, les chefs-lieux des arrondissements situés dans les montagnes du Jura présentent un accroissement de population qui, pour une période de dix ans, est en moyenne de 18 à 26, tandis que ceux des plaines marécageuses de la Bresse offrent une diminution qui, pour la même période, est allée jusqu'à 72. Les mêmes faits se reproduisent invariablement et dans des proportions semblables pour les parties différentes des départements du Gard, des Bouches-du-Rhône, de Loir-et-Cher, et généralement de tous ceux où le sol est couvert de marécages. Malgré les immigrations qui comblent les vides faits par la mort, pour certaines localités, cette différence entre le chiffre des décès et celui des naissances dépasse ce que l'on pourrait imaginer. De 1826 à 1835, la population de Rochefort diminue annuellement de 360 individus. Et que dire de cette ville de Brouage, dont M. Mélier a peint si éloquemment la désolation et la ruine?

On le voit, les effluves des marais portent la mort sur leur passage, déciment les enfants et les hommes, dépeuplent les cités, et réduisent dans une proportion effrayante la durée moyenne de la vie humaine.

A de tels maux, rien ne doit être négligé pour trouver un remède; et ce n'est pas trop, pour atteindre ce but, des efforts réunis du pouvoir et de la science. Disons-le du reste dès le principe, il n'est pas un chef d'État digne de ce nom qui n'ait tenu à honneur de montrer sa sollicitude pour ces graves problèmes, qui intéressent si directement la santé publique, et de donner l'impulsion aux grands travaux qui peuvent seuls détruire les foyers d'infection que constituent les marais. En Italie, en Hollande, comme en France, les plus beaux résultats ont été obtenus à différentes époques. En ce moment même, une entreprise aussi grande par la pensée qui l'a conçue que par les moyens d'exécution réalise la régénération de la Sologne; et tout ce que l'on peut demander, c'est de voir s'étendre à tous les points insalubres de notre territoire ces vues généreuses qui, en les assainissant et en les rendant à l'agriculture, seront un double bienfait pour ces populations, qu'elles sauveront à la fois de la misère et de la mort.

En effet, on ne saurait le dire trop haut, les moyens de combattre l'influence des marais sont du ressort de l'administration plus encore que de la médecine. Et si l'hygiène peut donner des conseils utiles sur la disposition des habitations exposées aux miasmes, sur l'importance des vêtements chauds et d'une nourriture fortifiante, sur les précautions à prendre touchant les heures et la durée du travail, enfin sur l'efficacité préservatrice du tabac, du sel et des préparations de quinquina, aucun de ces moyens, il faut le reconnaître, n'atteint le mal dans sa source; et tous, il est permis de l'affirmer, échouent devant le défaut de ressources et l'absolu dénûment de la plupart des pauvres habitants des marais.

Aussi est-ce à des mesures plus radicales que la science doit demander la destruction du fléau marématique, et à des travaux qui, pour n'être pas du domaine de la médecine, n'en ont pas moins pour nous le plus haut intérêt, car le médecin hygiéniste ne doit rester étranger à rien de ce qui peut contribuer à protéger la santé des hommes. Nous allons donc passer en revue les principaux moyens d'assainir les marais considérés d'une manière générale, en laissant de côté les particularités relatives aux marais artificiels, tels que marais salants et marais à sangsues.

Avant tout, il importe de préciser nettement le but à atteindre. Il s'agit d'obvier aux alternatives d'inondation et de sécheresse des sols marécageux, et d'éviter la stagnation d'eaux croupissantes là surtout où peut avoir lieu le mélange des eaux douces et des eaux salées.

La première indication peut être remplie de deux manières, soit en maintenant les étangs et marais en pleine eau, soit en les desséchant d'une manière complète; la seconde, en donnant un écoulement facile aux eaux accumulées par suite de l'encombrement des cours d'eau et de l'état marécageux des plaines ou des vallées, ou en interceptant l'afflux des eaux de la mer de manière à empêcher leur mélange avec les eaux douces.

Un fait qui ne saurait être négligé et qui est de nature à fournir un précieux enseignement, c'est que dans les contrées à sol argilo-siliceux et à sous-sol imperméable, tels que la Sologne, la Dombes, la Gascogne, le déboisement est l'origine de l'état actuel des choses, et qu'on peut légitimement attribuer à cette cause les landes, les bruyères, l'envahissement des eaux, les terrains marécageux, l'établissement des étangs, l'insalubrité et la dépopulation. De là on peut comprendre l'avantage qu'il y aurait à rendre à ces pays leur état primitif. Aussi est-ce sur ce principe que sont fondés les projets d'assainissement de la Sologne, qui consistent dans l'établissement de canaux, l'irrigation, le marnage et le boisement; exemple fécond qui doit donner une puissante impulsion aux travaux de dessèchement trop peu suivis, malgré les ordonnances de Henri IV et de Louis XIV, malgré les lois de l'Assemblée constituante et de l'Empire. Dans d'autres pays, les sols desséchés et assainis sont rendus à la culture et fournissent, grâce à des amendements calcaires, d'excellentes terres labourables et de riches pâturages, ainsi qu'on en peut juger dans certaines parties de la Bresse, et surtout dans les polders de la Hollande.

Mais, quelle que soit la destination que l'on donne aux terrains reconquis, la première condition de dessèchement est la soustraction des eaux stagnantes que le génie rural désigne d'une manière générale sous le nom d'*assainissements*. Pour la remplir, il est nécessaire d'étudier la provenance des eaux, ainsi que la configuration et la nature du sol et du sous-sol. Ces considérations doivent déterminer le système de travaux à effectuer. L'eau peut provenir de la surface ou du sous-sol. Dans le premier cas, la configuration du terrain peut permettre de pratiquer une issue directe à l'eau, soit par le nivellement du sous-sol, soit par l'établissement de fossés et de rigoles ou de canaux souterrains; si l'eau ne peut avoir d'issue sur le sol, on peut recourir à l'établissement de puisards. Enfin, si l'eau ne peut être évacuée ni sur le sol, ni souterrainement, il y a lieu d'employer les machines élévatoires qui ont été si habilement utilisées par le génie des Hollandais. La plupart des dessèchements anciens se sont exécutés au moyen des moulins à vent; mais on pourrait très avantageusement y substituer aujourd'hui l'action plus puissante et plus rapide des machines à vapeur. Dans le cas où l'eau provient du sous-sol, les moyens de l'évacuer doivent être appropriés à leur origine. Le drainage trouve ici une de ses plus utiles applications.

Enfin, un dernier mode d'assainissement des sols insalubres est le colmatage qui a été employé avec tant de succès dans la Gironde, et qui consiste dans une sorte d'alluvion artificielle destinée à exhausser les terrains bas et marécageux au moyen des dépôts qu'y laissent après un séjour plus ou moins long les eaux limoneuses momentanément détournées de leur cours.

(1) Fin. — Voir le numéro précédent.

Nous avons dit qu'un des obstacles à l'écoulement des eaux stagnantes était l'encombrement des cours d'eau. Cette condition se rencontre au plus haut degré dans la Bretagne et dans la basse Normandie. Les marécages des environs de Dôle, de Carentan et d'Isigny, si éminemment insalubres et qu'il serait si facile d'améliorer, sont en grande partie entretenus par la difficulté presque insurmontable que les eaux éprouvent à se frayer un passage à travers les amas de tangue et les plages sablonneuses qui les séparent de la mer. En effet, les petites rivières qui coulent dans ces sables n'ont pas de lit fixe, et tendent incessamment à s'encombrer. Aussi le moyen le plus sûr, le plus direct d'assainir les marécages de cette partie de la France et de faire disparaître les maladies qui, à certains moments de l'année, déciment sa population serait de donner aux cours d'eau et aux canaux d'écoulement un chenal fixe au milieu des grèves de sable et une pente régulière vers la mer. Ce sont là des travaux qui ne sauraient être trop hautement encouragés dans l'intérêt bien entendu de l'hygiène et de la salubrité. Le gouvernement en a déjà pris l'initiative en faisant endiguer les rivières d'Aure et de Vire (Manche), d'après les plans proposés par M. l'ingénieur en chef Bouniceau. La réunion en un seul chenal de ces deux rivières, et sa fixation au moyen de digues parallèles dans la baie des Veys permet l'écoulement des eaux stagnantes et malsaines.

Enfin, s'il s'agit d'empêcher le mélange des eaux salées et des eaux douces, on en trouve le moyen dans l'établissement d'écluses qui s'opposent à l'accès des flots de la mer. L'expérience a prononcé depuis longtemps déjà sur l'efficacité de cette mesure; car c'est à elle qu'est dû l'assainissement des maremmes de Toscane, où l'habile ingénieur Giorgini a réalisé avec tant de bonheur et de succès les améliorations déjà tentées à la fin du dernier siècle dans les maremmes de Lucques.

Tels sont d'une manière générale les moyens les plus propres à détruire une cause d'insalubrité dont nous avons cherché à faire voir la funeste influence. Il est regrettable que les marais ne puissent être classés parmi les établissements dangereux contre lesquels s'exerce l'action de la loi; mais il appartient aux gouvernements soucieux de protéger la santé publique d'ordonner ou d'encourager par tous les moyens dont ils disposent ces grands travaux d'assainissement qui doivent profiter à la fois à la richesse du pays et au bien-être de tant de populations.

Ambroise TARDIEU,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. NÉLATON.

Farcin chronique. — Considérations générales.

Un malade atteint d'une affection grave, couché au n° 10, raconte qu'il y a deux mois environ, pendant qu'il faisait un service de cocher et pansait deux chevaux, il fut pris tout à coup d'une courbature très prononcée caractérisée par une fatigue extrême, des douleurs dans diverses parties du corps, les épaules, les bras, les membres inférieurs; en même temps il éprouva des frissons se renouvelant un certain nombre de fois; l'appétit devint nul. Cependant il continua son service.

Pendant quinze jours ces accidents persistèrent, puis il commença à éprouver une douleur locale fixe concentrée en un point situé à la partie inférieure et externe de la cuisse gauche. Presque en même temps une douleur analogue se fit sentir vers la partie externe et supérieure de la jambe gauche, augmentant par la pression et la marche; néanmoins il continua à se lever et à faire une partie de son service.

Quelques jours plus tard la plante du pied du membre gauche fut atteinte, et cette fois la pression qu'exerçait le poids du corps dans la marche causa de telles douleurs que le malade, malgré son courage, fut obligé de s'aliter.

Ainsi donc le cortége des phénomènes généraux se montra seul depuis le 10 février jusqu'au 25, époque à laquelle les phénomènes locaux commencèrent à se montrer, et le 2 mars, la douleur très gênante de la plante du pied força le malade à se mettre au lit. On le traita par l'application de vésicatoires, dont on peut voir les traces aux parties supérieures et inférieures de la jambe et de la cuisse gauches. Le malaise continua néanmoins, avec quelques alternatives d'une légère amélioration, et le malade, qui, d'après le dire de son médecin, croyait être atteint d'un rhumatisme, s'attendait d'un jour à l'autre à entrer en convalescence, lorsque dans le courant du mois de mars de nouvelles douleurs se montrèrent, d'abord dans le mollet droit, puis successivement à la partie antérieure et moyenne de la cuisse droite, supérieure et externe du bras droit. Pendant ce temps les symptômes généraux persistaient. Le malade vint alors à notre consultation.

Dans un examen superficiel, je reconnus un abcès très étendu, et lui proposai de l'ouvrir. Le malade retourna chez lui, où je le revis dans le courant de la journée, et pratiquai l'ouverture de son abcès; mais en même temps j'appris de lui des détails qui me mirent sur la voie, et dès lors je procédai à un examen plus approfondi. En palpant successivement tous les points douloureux, je pus reconnaître de la fluctuation dans tous, et constater ainsi l'existence de six abcès : autant d'abcès que de points douloureux. Je me demandai dès lors quelle pouvait être la nature de cette affection qui, par l'ensemble des symptômes, semblait indiquer un état si grave, et en réfléchissant je fus frappé d'une chose : cet homme exerçait les fonctions de cocher et avait deux chevaux à soigner; il est employé chez un vétérinaire qui a dans Paris une infirmerie où se trouve réuni un certain nombre de chevaux malades. J'appris qu'il soignait quelquefois les chevaux de l'infirmerie quand ils étaient en trop grand nombre, et que précisément il avait fait plusieurs fois ce service à la fin de janvier. Je demandai au maître de la maison si à la même époque il ne se rappelait pas avoir eu des chevaux morveux ou farcineux, et effectivement, il paraît qu'à cette époque un cheval atteint de farcin se trouvait dans son infirmerie. Ces renseignements ne pouvaient plus laisser de doute dans mon esprit : j'avais évidemment à traiter une affection farcineuse à marche chronique.

Chez l'homme, cette maladie peut se montrer à l'état aigu ou à l'état chronique, et c'est bien certainement à cette dernière catégorie qu'appartient celle que nous observons actuellement.

Indépendamment de ces deux subdivisions, le farcin peut se montrer chez l'homme sous trois formes distinctes, et suivant le mode de transmission de la maladie.

Lorsque le farcin se développe à l'occasion d'une blessure qui a permis l'introduction du principe virulent, la petite plaie est douloureuse, ne se ferme pas comme une plaie ordinaire, mais au contraire elle s'étend et s'entoure d'une auréole inflammatoire; elle donne naissance à des traînées rougeâtres qui remontent pour se rapprocher du tronc. Cette angéioleucite peut se montrer à l'état aigu, et on observe alors dans l'espace de quelques jours un certain nombre de petits abcès qui restent ouverts pendant quelque temps et donnent issue à une certaine quantité de pus. Quelquefois l'angéioleucite se développe lentement, le membre reste pâteux, engorgé, et au bout d'un temps variable les collections purulentes se montrent. Quelquefois l'angéioleucite prend la forme ulcéreuse; sur le trajet des lymphatiques apparaissent des plaques érysipélateuses qui, en s'ulcérant, ne semblent pas aggraver d'une manière notable l'état général.

Quand la maladie n'a pas été transmise par inoculation, elle débute par des douleurs qui se font sentir en un ou plusieurs points à la fois, qui deviennent ensuite le siége de collections purulentes, et il existe des différences assez notables sous le point de vue du siége précis de ces abcès; c'est ainsi qu'ils peuvent se fixer dans le tissu cellulaire sous-cutané, dans les interstices musculaires, profondément derrière les muscles, enfin dans la trame même du tissu musculaire. La cavité de ces abcès contient du pus ou un liquide purulent mélangé de sang; leur forme n'offre rien de particulier à noter.

Quelquefois les téguments et le tissu cellulaire présentent des traces d'inflammation; d'autres fois la coloration de la partie est normale, le tégument est souple, sans adhérences. Chez notre malade, les deux formes existent : l'abcès situé à la partie supérieure et externe de la jambe gauche s'accompagne d'une vive inflammation de la peau et des tissus circonvoisins. L'abcès qui siége à la partie supérieure du bras droit est exempt d'inflammation.

Le liquide des abcès, comme nous l'avons dit, est variable : tantôt c'est du sang veineux; tantôt, moins ordinairement, il paraît se rapprocher un peu de la coloration du sang artériel. Quelquefois c'est un mélange de pus et de sang avec prédominance de l'un ou l'autre de ces deux principes; quelquefois encore le liquide est du pus véritable. Vous avez pu voir chez notre malade deux de ces variétés; l'abcès du membre inférieur contenait du pus sanguinolent, celui du bras renfermait du pus véritable.

Pour confirmer le diagnostic une chose reste à faire : elle consiste à inoculer à un animal le pus qui a été conservé. Cette expérience, qui a déjà été faite souvent sur des chevaux et des ânes, a eu pour résultat constant de faire naître une maladie farcineuse chez ces animaux. L'expérience sera faite, et je vous en rendrai compte.

La maladie est des plus graves et doit faire concevoir des craintes sérieuses.

Quelquefois les abcès ouverts spontanément ou par le chirurgien donnent lieu à des trajets qui restent fistuleux pendant longtemps, ou bien la plaie se ferme, l'abcès se forme de nouveau et l'ouverture reparaît. Pendant ce temps, l'appétit est nul, une diarrhée séreuse s'établit, les poumons deviennent malades, on observe des signes de catarrhe pulmonaire chronique, quelquefois de phthisie, et les malades soumis à ces causes d'affaiblissement succombent dans le marasme; d'autres présentent avant de mourir les symptômes de l'infection putride.

Quelquefois il y a transformation ou plutôt substitution de la morve au farcin; des eschares surviennent, ainsi que les symptômes de la maladie du côté des fosses nasales, d'où s'écoule un pus sanieux, et les malades, après avoir présenté un ensemble de symptômes formidables, meurent en quelques jours. Cependant l'issue de la maladie n'est pas constamment fatale, et l'on peut voir dans le mémoire de M. Roger, la thèse de M. Tardieu, des exemples d'affections farcineuses chroniques terminées par la guérison. Un vétérinaire me disait même que les chevaux guérissaient assez fréquemment du farcin chronique; mais ces animaux s'essoufflaient ensuite promptement et n'étaient plus propres à leur service habituel; des épanchements dans la poitrine survenaient au bout d'un temps plus ou moins long et emportaient l'animal, car chez les chevaux la résorption de ces épanchements ne se fait pas comme chez l'homme. Il résulte de tout cela que l'affection farcineuse, quoique guérie en apparence, laisse chez l'individu un germe indestructible.

En présence de ces symptômes, de ces abcès multiples, quelle conduite convient-il de tenir ?

On doit ouvrir les abcès, car la présence de ce pus virulent doit être nécessairement nuisible. Les vétérinaires, après avoir ouvert largement les abcès, les cautérisent profondément avec le cautère actuel. Sans suivre une pratique aussi énergique, nous nous en rapprocherons cependant. J'ouvrirai l'abcès, et j'introduirai un corps étranger entre les lèvres de l'incision; la fistule s'établira rapidement, et j'introduirai un liquide caustique dans la cavité, peut-être le nitrate d'argent, peut-être l'injection iodée, celui qui nous semblera donner les meilleurs résultats.

Le traitement général consistera principalement dans l'emploi des toniques, le quinquina sous ses diverses formes. Nous lui ferons donner une nourriture aussi bonne que possible, des côtelettes, des viandes grillées; les boissons amères, la rhubarbe lui seront administrées en même temps, afin d'exciter d'une manière favorable son tube digestif et faciliter ainsi la digestion.

NOTA. — Nous saisissons l'occasion de cette intéressante leçon de M. Nélaton pour rappeler deux faits analogues que nous avons publiés dans notre numéro du 27 novembre 1852. La guérison, qui avait résisté à d'autres médications, a été obtenue par l'emploi de l'extrait d'aconit, dont la dose a été élevée à 75 centigrammes par jour dans le premier cas, et à 2 grammes 25 centigrammes dans le second.

Le premier malade a guéri complétement; l'autre était aussi parfaitement rétabli quand il fut pris de fièvre typhoïde, à laquelle il succomba. Ces deux faits, dus à M. Hamoir, et extraits des *Archives belges de médecine militaire*, offraient cela de remarquable que l'emploi de l'aconit fut suivi d'un amendement instantané. Sa suspension laissa revenir les accidents, qui se dissipèrent aussitôt après la reprise du médicament.

TRAITEMENT DE L'HYDROCÈLE DE LA TUNIQUE VAGINALE

par la méthode de M. Baudens.

(Lu à l'Académie des sciences, séance du 11 avril 1853.)

Notre traitement de l'hydrocèle repose, l'Académie se le rappelle (séance du 9 décembre 1850), sur ce fait incontestable, que, l'irritabilité de la tunique vaginale n'étant pas toujours la même, et présentant, au contraire, des différences marquées selon les individus, la même injection, invariable dans sa composition, ne saurait être considérée comme une panacée; il faut dès lors graduer, selon l'irritabilité de cette séreuse, l'inflammation qu'on doit y produire; et comme l'irritabilité spéciale de la séreuse est un inconnu, on doit agir avec prudence, avec des tâtonnements bien ménagés, pour s'arrêter au moment où l'inflammation ne pèche ni par impuissance, ni par excès. Par impuissance, on aurait des récidives; par excès, on aurait à combattre des accidents inflammatoires capables de s'élever, on le sait, jusqu'à la gangrène.

Les méthodes ordinaires de traitement ne reposant pas sur ces principes manquent de cette précision mathématique de laquelle on doit toujours se rapprocher le plus possible. En effet, elles ne tiennent pas compte de l'irritabilité variable de la tunique vaginale selon les sujets; le liquide à injecter ne varie pas; il est irritant toujours au même degré. Tel praticien emploie bien l'iode à l'exclusion du vin, tel autre le vin à l'exclusion de l'iode; tel autre encore un liquide irritant à l'exclusion des deux premiers. Cela est vrai; mais quand une fois le choix d'un liquide est fait, le liquide ne varie plus dans ses éléments constitutifs ni dans son action dynamique.

On agit alors au hasard, sans guide, sans boussole. L'inflammation peut ou faire défaut, ou être en excès; ou bien, si la chance a été propice, se produire dans les limites désirables. Cette échelle mobile de circonstances fortuites a donné naissance à une foule de traitements nouveaux qui tous ont échoué ou réussi, selon que le hasard les a favorisés; mais qui, jugés d'un point de vue général, ne sont ni absolument mauvais, ni absolument bons.

La voie nouvelle dans laquelle nous sommes entré depuis vingt années ne livre rien aux chances du hasard; elle permet d'agir à coup sûr; aussi d'éminents praticiens, M. le professeur Sédillot entre autres, ont-ils adopté notre méthode.

Notre procédé opératoire permet, en outre, d'éviter sûrement la lésion, soit du testicule, soit du cordon des vaisseaux spermatiques. Et, bien que dans ces derniers temps on ait cherché à prouver que la lésion du testicule par la pointe du trocart n'entraîne pas toujours d'accidents très sérieux, il n'en reste pas moins démontré qu'il faut éviter de blesser cet organe. Un autre avantage de la canule par nous employée, c'est qu'une fois en place, elle n'est pas sujette à se déplacer. Ainsi, on n'a pas à redouter, comme par la méthode ordinaire, le passage dans le dartos du liquide injecté, et la gangrène consécutive du scrotum, accident assez fréquent, puisqu'il est peu de praticiens qui ne l'aient observée.



FIG. 2

Notre trocart-acupuncture trèsmince s'introduit comme une aiguille à acupuncture dans le point le plus fluctuant de la tumeur, en évitant soigneusement les veines du scrotum. Une fois dans la poche, on fait rentrer le dard, on applique le bout de la canule ainsi désarmée contre la paroi opposée de la tunique vaginale; on le reconnaît avec le doigt à travers le dartos, puis on pousse le dard, et la canule armée de nouveau transperce facilement tous les tissus. Le scrotum est ainsi embroché par la canule. On met l'ouverture centrale dont elle est percée en contact avec le liquide, on retire le dard, et celui-ci s'écoule par les deux bouts de la canule. On peut encore, si on le préfère, refouler le testicule en bas, rapprocher l'une contre l'autre les parois et les transpercer d'un seul coup, absolument comme si on voulait passer un séton.

Ceci fait, il ne s'agit plus que de développer graduellement, et dans de justes limites, l'inflammation de la tunique érytroïde. Pour cela, au lieu de retirer, comme on le fait, la canule aussitôt après l'injection, il faut la laisser en place pendant plusieurs jours; et à la faveur de l'ouverture centrale elle reste en communication avec la tunique vaginale tout le temps nécessaire au développement graduel de l'inflammation. Le degré d'irritabilité de la séreuse étant inconnu, on commence par des injections douées d'une très faible puissance et en très petite quantité à la fois, quelques grammes. Ainsi, le premier jour on se borne à injecter de l'air plusieurs fois dans la journée; si l'air ne suffit pas, on injecte de l'eau pure ou animée avec du vin ou quelques gouttes d'eau de Cologne. Si ce liquide est insuffisant, on élève sa puissance; on choisit si l'on veut parmi ceux qui ont été le plus préconisés, le vin, l'iode, etc. Celui qui nous réussit le mieux, c'est une solution aqueuse contenant 5 centigrammes d'azotate d'argent sur 120 grammes d'eau distillée.

Ce traitement, on le comprend, est fort peu douloureux; il ne cause guère plus de souffrance que la simple ponction du traitement palliatif; il ne provoque jamais ces atroces souffrances que développent parfois les injections par la méthode ordinaire.

On reconnaît que l'inflammation est élevée à un degré suffisant quand le volume du testicule augmente, quand le scrotum devient un peu tuméfié, chaud, douloureux à la pression; quand la souf-

france remonte sourdement au-dessus de la région inguinale ; en un mot, quand la tunique vaginale sécrète une lymphe plastique coagulable indispensable à la cure radicale.

Ce signe est de tous le plus certain. Dès qu'il est obtenu, on ne doit pas pousser plus loin l'inflammation, sans quoi la séreuse ne se bornerait plus à une sécrétion plastique; celle-ci deviendrait purulente, ainsi que cela arrive quelquefois, sans que pour cela le résultat final, la guérison, se trouve compromis. Loin de là, quelques chirurgiens pensent que, pour plus de certitude, il faut tendre à l'obtenir ; ce n'est pas notre avis: nous sommes convaincu qu'il n'y a que des inconvénients à aller au delà des sécrétions plastiques.

Le moyen de reconnaître la plasticité des sécrétions est bien facile, comme on va le voir ; nous ne l'avons découvert que depuis un an : nous le publions pour la première fois.

Pour constater que la sécrétion est devenue plastique, rien de plus simple : en effet, après un séjour de quelques heures, quand on retire la tige pleine qui fermait la canule, il s'écoule un liquide séreux plus ou moins abondant ; on le conserve dans un petit verre, et, par le refroidissement, il arrive, quand l'inflammation est suffisante, que ce liquide se sépare, comme le sang d'une saignée, en deux parties, l'une liquide, séreuse, l'autre solide, représentée par des exsudations plastiques flottant comme des toiles membraneuses, blanchâtres.

Nous attachons à ce signe, qui, observé dans une vingtaine de cas, n'a jamais été infidèle, une grande importance ; il imprime à notre méthode le dernier cachet d'une précision rigoureuse.

Nous nous bornerons à citer à l'appui de notre opinion les deux faits suivants, auxquels se rattachent d'autres considérations importantes.

Obs. I. — *Énorme hydrocèle du cordon gauche avec épaississement considérable des enveloppes, compliquée de deux hernies inguinales. Guérison.*

Cl..., âgé de cinquante-deux ans, capitaine au long cours, d'une forte constitution, a reçu, il y a cinq ans, pendant une manœuvre de son navire, un coup sur le testicule gauche; ce coup aurait été le point de départ de l'hydrocèle dont il est question.

A l'examen, on reconnaît à droite une hernie inguinale réductible, et à gauche, également dans le scrotum, une tumeur du volume de la tête d'un enfant. Une partie de cette tumeur peut se réduire, elle appartient à une hernie entéro-épiplocèle; l'autre portion, non réductible, mesure dans le sens vertical une circonférence de 48 centimètres, et dans le sens transversal 46 centimètres.

Cette tumeur, beaucoup plus longue que large, est dure, rénitente, d'une transparence parfaite. Examinée à la bougie, impossible d'y découvrir la présence du testicule. En recherchant ce dernier avec attention, nous le rencontrons tout à fait en bas et en avant, saillant sous la peau qui n'a subi aucune altération, souple, élastique, sans notable augmentation de volume. En le comprimant un peu, le malade ressent une douleur caractéristique. Le testicule forme là, en bas, une sorte de petite tumeur accessoire, mais parfaitement isolée, parfaitement en dehors du sac qui contient le liquide de l'hydrocèle. On avait affaire évidemment à une hydrocèle du cordon, bien que ses énormes proportions fussent de nature à en faire douter ; mais la suite démontrera mieux encore l'exactitude du diagnostic.

Après avoir préparé le malade par quelques bains et par un purgatif donné la veille, la hernie étant réduite, le 30 décembre 1852, nous faisons, en présence de MM. les docteurs Marchessaux et Rochard, la ponction de l'hydrocèle d'après les règles tracées plus haut. Il s'écoule un liquide séreux, mais beaucoup moins abondant qu'on ne s'y attendait, en raison du volume et de la parfaite transparence de la tumeur. Après l'avoir vidée complétement, on reconnaît que ses parois ont au moins trois centimètres d'épaisseur. Celles-ci sont, du reste, souples, sans dureté cartilagineuse, sans plaques osseuses, sans dégénérescence d'aucune espèce ; il n'y a qu'une simple hypertrophie. Le scrotum reste flasque, sans ressort, et, dans cet état, on constate mieux encore la présence du testicule en bas, à l'état d'isolement parfait, recouvert uniquement par des tissus normaux.

Des injections d'air sont faites sans être même perçues par le malade ; peu d'instants après, on les remplace par des injections d'eau froide, et la sensation du froid détermine dans les enveloppes scrotales un mouvement vermiculaire dû à la contraction du muscle crémaster. La tumeur durcit et remonte vers l'anneau.

L'inflammation étant nulle, on injecte dans la soirée quelques grammes d'eau légèrement chargée d'azotate d'argent; le liquide est maintenu renfermé dans le sac en bouchant la canule avec une tige pleine. Légère cuisson, mais passagère ; sommeil bon ; pas de réaction, pas de fièvre, pas de soif ; appétit conservé.

Le 31 décembre, quelques grammes de liquide s'écoulent par la canule au moment où l'on retire la tige; ce liquide est séreux, mais trouble. Nouvelles injections avec eau et azotate d'argent; le malade mangera modérément dans la journée. Sensation de chaleur dans le scrotum ; un peu de douleur sourde remontant vers l'aine.

Le 1er janvier, la nuit a été bonne, sans fièvre, sans douleur; mais le pouls est plus plein, un peu fréquent. Le liquide recueilli la veille contient quelques membranes de sécrétions plastiques fibrineuses.

Le 2, même état; d'abondantes sécrétions plastiques surnagent sous forme de toiles membraneuses dans le liquide conservé du jour précédent. Dans les cas simples ordinaires, nous nous arrêtons ici ; mais, en raison de l'épaisseur des enveloppes, nous jugeons nécessaire d'aller plus loin, et afin d'en obtenir plus facilement la résolution, aux injections avec azotate d'argent, nous substituons les injections iodées dans les proportions ordinaires d'eau et de teinture d'iode. Notons, toutefois, déjà la formation d'abondants dépôts plastiques à la partie inférieure de la tumeur où n'arrive plus le liquide injecté.

Le 3, la tumeur durcit de plus en plus dans sa moitié inférieure ; le testicule ne participe pas à ce travail, il reste à l'état normal, toujours dans la position signalée. Nuit très bonne ; pas de fièvre; soif nulle ; léger mal de tête; moins d'appétit. Potages pour toute nourriture. — Nombreuses toiles membraneuses dans le liquide retiré le jour précédent. Nouvelle injection iodée avec addition d'iodure de potassium ; réaction modérée.

Le 4, rien à noter. Troisième injection iodée, mais avec moitié eau, moitié teinture d'iode et addition d'iodure de potassium ; la réaction continue à être douce, sans douleur. Dépôts membraneux dans le liquide extrait depuis vingt-quatre heures ; ce liquide, en raison de l'iode, est un peu plus coloré.

Le 5, même injection; même résultat.

Le 6, injection de vin pur, réaction et douleurs passagères, mais assez vives. La tumeur est très dure dans ses trois quarts inférieurs ; il ne reste plus qu'en haut une petite poche encore susceptible d'admettre du liquide injecté.

Le 7, la nuit a été bonne. Pas de fièvre. Réaction locale modérée. Le liquide sécrété est purulent. Les ouvertures scrotales se sont agrandies par la présence de la canule ; on retire celle-ci.

Prescription : Frictions mercurielles camphrées abondantes sur toute la tumeur, qui présente encore un volume à peu près de moitié de ce qu'elle était.

Le 8, en comprimant la poche, on fait sortir une ou deux cuillerées de pus peu épais mêlé à de la sérosité. Par de petites mèches de charpie, on entretient béantes les ouvertures laissées après l'extraction de la canule pour faciliter l'écoulement des matières purulentes. La masse diminue graduellement de volume, les deux ouvertures agissant comme deux cautères. — Mêmes frictions et cataplasmes ; bandage en T comprimant la tumeur et la reportant en haut appuyée sur les aines.

Le 9, la diminution se prononce de plus en plus. On alterne avec les douches, les frictions d'iodure de plomb, la compression avec les bandelettes de Vigo ; et après quarante jours de traitement le malade, parfaitement guéri, prend le chemin de fer et retourne chez lui, à cent lieues de Paris. Il ne restait plus alors qu'un petit noyau d'induration de la grosseur d'un œuf de pigeon, qui depuis a disparu, et audessous de ce noyau était le testicule libre et à l'état normal.

Cette observation est intéressante à plus d'un point de vue :

Et d'abord, les hydrocèles du cordon avec les énormes proportions signalées sont excessivement rares, si rares même que nous n'en connaissons pas un second exemple cité par les auteurs. Le testicule, situé en bas et en avant de la tumeur, aurait été infailliblement atteint par le trocart, si on avait fait la ponction dans le lieu d'élection classique. L'épaisseur des enveloppes semblait de nature à exiger le traitement de l'hydrocèle dit par incision, et notre traitement, beaucoup plus simple, bien moins dangereux, en a triomphé. La canule a pu rester en place pendant huit jours sans déterminer autre chose qu'une suppuration du sac dans la moitié supérieure, suppuration qu'exceptionnellement nous avons cherchée pour obtenir avec une oblitération radicale la résolution des enveloppes scrotales ; suppuration d'ailleurs inoffensive, sans fièvre, sans douleur notable, et dont les résultats ont été fort heureux.

Obs. II. — *Hydrocèle double traitée une première fois sans succès par le gaz ammoniac; une autre fois, sans succès également, par les injections iodées ; guérison par notre méthode de traitement.*

M. R..., sous-intendant militaire, âgé de cinquante ans, de bonne constitution, est porteur depuis cinq ans d'une double hydrocèle de la tunique vaginale, dont la cause lui est inconnue.

Il a été opéré il y a deux ans par un médecin militaire, qui a introduit dans la tunique vaginale du gaz ammoniac : l'inflammation a fait défaut, l'hydrocèle s'est reproduite en très peu de temps. Un an plus tard un autre médecin l'a opéré par la méthode des injections iodées; le résultat a été négatif comme la première fois.

Ce double insuccès inquiète cet officier, et c'est alors qu'il s'adresse à nous, en janvier 1853.

Les deux hydrocèles sont d'un volume moyen et d'une transparence parfaite ; la gauche est un peu plus forte que la droite, mais de ce côté le testicule, plus gros que dans l'état normal, offre un noyau d'induration voisin de l'épididyme et assez prononcé.

Appelé en consultation, notre savant confrère M. Velpeau est d'avis que, sans se préoccuper de l'induration, il convient d'opérer les deux hydrocèles sans délai et simultanément.

Après avoir disposé le malade par quelques bains généraux et par un léger purgatif, nous opérons le 16 janvier, et, d'après notre méthode, d'abord l'hydrocèle du côté gauche. La poche, qui contenait 130 grammes d'un liquide séreux citrin, est immédiatement remplie d'air, dont on renouvelle l'injection deux fois dans la journée.

Le 16 janvier, nuit bonne, calme parfait, peu de réaction locale, pas de soif, appétit bon, pouls normal. On débouche la canule et on recueille dans un verre quelques grammes de liquide sécrété. Au lieu d'air on pousse matin et soir une injection d'eau pure.

Le 17, le liquide citrin conservé de la veille ne contient pas de matière plastique. Nuit calme, réaction locale à peine notable. — Injection de quelques grammes d'eau très légèrement chargée d'azotate d'argent. Sensation légère de cuisson pendant une grande partie du jour ; douleur sourde, mais peu vive, se prolongeant vers l'aine.

Le 18, nuit calme, mais peu de sommeil; pouls plus développé; pas de soif, mais peu d'appétit. Le liquide retiré la veille ne contient pas encore de flocons membraneux. On enlève le liquide accumulé dans la tunique vaginale et on le conserve dans un verre. Une réaction manifeste a lieu dans les bourses. On ne fait pas de nouvelle injection, mais on laisse en place la canule, pour s'en servir s'il y a lieu. On trouve le soir dans le liquide retiré le matin une toile membraneuse abondante. L'inflammation de la séreuse est arrivée au degré voulu, puisqu'elle sécrète une matière plastique coagulable par le refroidissement. La canule ne doit plus fonctionner ; elle est retirée.

Le 19, le malade est dans un état général parfait ; il n'a pour ainsi dire pas souffert ; il est sans fièvre. Nous opérons l'hydrocèle du côté droit de la même manière ; seulement, comme nous connaissons le degré d'irritabilité de la tunique vaginale, l'hydrocèle opérée nous servant de critérium, nous recourons d'emblée à l'injection au nitrate d'argent.

Le 20, la réaction est à peine sensible. — Nouvelle injection.

Le 21, on trouve des dépôts floconneux de sécrétion plastique dans le liquide extrait la veille du sac. — La canule est retirée.

Le malade est très bien ; mais comme il avait beaucoup souffert des deux opérations faites sans succès et qu'il a éprouvé bien moins de souffrance de celles que nous venons de lui pratiquer, il s'inquiète de ce que nous retirons si vite la canule ; il est convaincu qu'il ne guérira pas, et cette inquiétude, que nous avons beaucoup de peine à dissiper, lui donne de l'insomnie et de l'agitation ; toutefois il ne tarde pas à reconnaître son erreur.

Les deux hydrocèles opérées ont repris peu à peu leur volume ordinaire; mais, au lieu d'être souples, elles sont dures comme deux pommes. Peu à peu les duretés se fondent et disparaissent par résolution sous l'influence de frictions fondantes, principalement du liniment huileux à 8 grammes de camphre par 32 grammes d'huile, et la guérison radicale des deux hydrocèles a lieu en même temps, bien qu'elles aient été opérées à quatre jours de distance. Vingt jours après la première des deux opérations M. R... a quitté Paris parfaitement guéri ; de sorte que la première hydrocèle n'a exigé qu'un traitement de vingt jours, et la deuxième un traitement de seize jours seulement. Le noyau d'induration du testicule a disparu sous l'influence de la médication.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 11 avril 1853. — Présidence de M. de Jussieu.

Action physiologique de l'huile essentielle d'oranges amères.

M. le docteur Imbert-Gourbeyre, de Clermont-Ferrand, adresse un mémoire sur l'action physiologique de l'huile essentielle d'oranges amères, qu'il résume dans les conclusions suivantes :

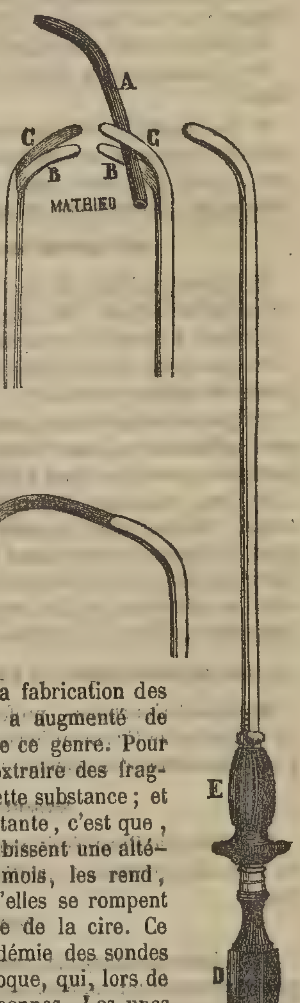
1° L'huile essentielle d'oranges amères développe dans l'organisme à l'état physiologique des affections *sui generis*, des accidents spéciaux.

2° Ces accidents sont de deux ordres : d'un côté des accidents locaux caractérisés par des éruptions de diverse nature; de l'autre des phénomènes nerveux, tels que céphalalgie, névralgies faciales, bourdonnements d'oreilles, oppression thoracique, gastralgie, pandiculations, agitation et insomnie nocturnes et même des convulsions épileptiformes.

3° L'action du principe volatil des aurantiacés a beaucoup de rapport avec celle du camphre.

4° Cette huile essentielle paraît être soumise à la loi dite de *substitution* ou de similitude.

Rupture des sondes et des bougies dans la vessie. Leur extraction par les voies naturelles sans incision.



M. Le Roy-d'Etiolles, après avoir rappelé ses communications précédentes sur les moyens d'extraire de la vessie des corps étrangers autres que les calculs, cite des faits nouveaux qui démontrent leur efficacité. Mais comme le mécanisme des instruments extracteurs varie en raison de la nature et de la forme des corps à extraire, il déclare, pour ne pas faire de confusion, qu'il ne parlera dans cette lettre que des bougies et des sondes. Si elles sont petites, un instrument les ploie en double, les deux bouts dirigés en arrière; si elles sont assez grosses pour que leur volume, ainsi ployées, ne permette pas leur sortie, un autre instrument, les saisissant par le travers, les fait tourner sur elles-mêmes et les place dans la direction de l'urètre. C'est une sorte de brise-pierre dont les branches ou mors, au lieu de s'affronter d'avant en arrière, s'accolent littéralement. (Voir la figure ci-jointe.)

L'application de la gutta-percha à la fabrication des sondes, ajoute M. Le Roy-d'Etiolles, a augmenté de beaucoup la fréquence des accidents de ce genre. Pour sa part, il a eu cinq fois l'occasion d'extraire des fragments de bougie et sondes faites de cette substance ; et à ce sujet il fait une remarque importante, c'est que, parmi ces instruments, il y en a qui subissent une altération spontanée, qui, après quelques mois, les rend, sans avoir servi, tellement fragiles, qu'elles se rompent comme le bois le plus léger ou comme de la cire. Ce chirurgien met sous les yeux de l'Académie des sondes et des bougies fabriquées à la même époque, qui, lors de leur livraison, paraissaient également bonnes. Les unes ont subi l'altération dont il vient d'être parlé, tandis que d'autres ont conservé leur souplesse. Des chirurgiens et des malades ignorant cette particularité ont introduit de ces bougies et les ont brisées sans avoir fait aucun effort pour les introduire.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 12 avril 1853. — Présidence de M. Mélier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Commission de l'Annuaire des eaux de la France.

Le ministre de l'intérieur et du commerce informe l'Académie qu'il autorise la reprise des travaux de la commission de l'*Annuaire des eaux de la France*, pour la seconde partie de sa publication.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Traitement de l'anévrisme par injection de substances coagulantes dans l'artère.

M. Le Roy-d'Etiolles adresse sur ce sujet une lettre dont nous extrayons les passages suivants :

« Dans le procédé dont il est question, il y a trois idées distinctes :

» 1° L'idée de suspendre, d'isoler une petite colonne de sang dans une artère, et de la rendre stagnante entre deux points de compression;

» 2° L'idée de favoriser la coagulation de cette portion de sang stagnante en injectant une solution styptique dans la cavité de l'artère au moyen d'une canule assez effilée pour ne pas léser le vaisseau;

» 3° Le choix de la substance la plus propre à déterminer la coagulation.

» De ces trois idées, je crois pouvoir dire que deux m'appartiennent; je les ai publiées en 1832, en 1835 et 1844. Je place sous les yeux de l'Académie un recueil de mémoires et de lettres où se trouvent consignées les expériences que j'ai faites à ce sujet; reste la troisième idée, c'est-à-dire le choix de la substance la plus propre à produire la coagulation. L'on a parlé de perchlorure de fer. Je crois qu'en effet une solution de ce sel sera plus efficace que l'alcool dont je me suis servi dans mes expériences ; peut-être en trouvera-t-on une autre d'un effet plus puissant encore ; je le désire; car la réussite de la méthode en deviendrait plus certaine. S'il est vrai, comme on l'a dit à la Société de chirurgie, que cette méthode soit appelée à avoir dans le traitement des anévrismes une importance égale à celle de la lithotritie dans les affections calculeuses, on devra trouver naturel que je rappelle quelle part me revient dans son invention, et l'Académie, je le suppose, ne me saura pas mauvais gré de la saisir de la question. »

Goître et crétinisme.

M. Chatin adresse sous ce titre : *Un fait dans la question du goître et du crétinisme*, un mémoire qu'il résume par les lignes suivantes :

Fully et Saillon sont deux villages contigus et placés au milieu des vignobles qui s'étendent sur la rive droite du Rhône; Fully, où toute la population a le goître, est cité pour le grand nombre de ses crétins.

Saillon est, au contraire, renommé dans le Valais pour la belle santé de ses habitants, que n'atteignait que rarement le goître, plus rarement encore le crétinisme.

Le contraste était d'autant plus remarqué que les conditions d'altitude, d'aération, d'exposition, etc., sont aussi semblables que possible entre les deux villages.

Mais depuis quelques années Saillon a perdu l'heureux privilége dont il jouissait ; le goître et le crétinisme frappent ses habitants, auxquels ceux de Fully n'auront bientôt plus rien à envier.

Les observations faites par M. Moulin, président de Saillon, établissent que les progrès du goître et du crétinisme datent de l'époque où, malgré les conseils de M. Barman, frère de l'ambassadeur suisse à Paris, la commune a remonté la prise d'eau destinée au village de la partie inférieure du torrent (la Salente) au point où celui-ci se précipite en cascades des glaciers de la montagne.

Entre les deux prises d'eau est une source thermale (environ 28° c.) abondante qui se jette dans le torrent, dont elle forme à peu près la soixantième partie.

Or il résulte de mes analyses :

Que l'eau du torrent détournée en amont de la source chaude et qui n'est autre que celle actuellement consommée à Saillon est privée d'iode, comme celle de Fully et de la plupart des contrées du Valais;

Que l'eau du torrent puisée sur le point où était l'ancienne prise d'eau est plus iodurée que l'eau bue à Paris;

Que l'eau de la source thermale qui se jette dans le torrent entre la prise d'eau ancienne et la nouvelle est une véritable eau minérale qui contient au moins soixante fois plus d'iode que l'eau de Paris et la plupart des contrées où le goître est inconnu.

Ces observations ont pour effet d'établir :

1° L'existence et la nature d'une cause locale du goître et du crétinisme;

2° La possibilité d'introduire les eaux minérales iodurées comme prophylactiques de ces maladies dans le régime alimentaire des hommes, ainsi que dans celui des animaux producteurs de lait, de viande, etc. (Commission du goître et du crétinisme.)

Des gâteux dans les asiles d'aliénés.

M. Girard, médecin en chef de l'asile d'aliénés d'Auxerre, adresse un mémoire intitulé : *Des gâteux dans les asiles d'aliénés.*

L'auteur a cherché à prouver dans ce mémoire :

1° Que gâter n'est qu'un symptôme d'une affection plus ou moins grave du système nerveux;

2° Que ce symptôme se manifeste dans le délire aigu, dans la stupeur mélancolique, dans l'idiotie, dans la démence avancée, dans la paralysie générale et dans l'épilepsie;

3° Que, pour faire disparaître ou atténuer ce symptôme, il faut traiter l'affection dont il émane selon les indications qui lui sont propres, absolument comme dans la fièvre typhoïde il faut guérir l'affection typhoïde pour rendre les excrétions volontaires; ou encore comme dans les inflammations des organes il faut traiter l'inflammation pour supprimer la fièvre. (Commissaires : MM. Ferrus, Londe et Baillarger.)

Action physiologique de l'huile essentielle d'oranges amères.

M. Imbert-Gourbeyre, professeur suppléant à l'Ecole préparatoire de médecine de Clermont-Ferrand, adresse un mémoire sous ce titre. (Voir l'Académie des sciences.)

Pessaire à gouttière.

M. Debry (de Brest) écrit pour prendre date de l'invention qu'il vient de faire d'un pessaire à gouttière pour porter les remèdes dans le vagin.

Seigle ergoté.

M. Spitzer (de Marseille) adresse une nouvelle note sur le seigle ergoté et réclame un rapport sur ses précédentes communications sur le même sujet. (Renvoyé à la commission nommée.)

Moyen de prévenir les infiltrations urineuses.

M. Basset adresse un mémoire destiné à faire connaître un nouveau moyen de prévenir les infiltrations urineuses dans les opérations d'urétrotomie et d'urétroplastie.

Sur la demande de l'auteur, ce mémoire est renvoyé à la commission du prix d'Argenteuil.

Opération césarienne.

MM. Bouyer (de Fursac), Pontis (de Laurière) et Lacaux (de Lajonchère) adressent une réclamation au sujet de l'opération césarienne dont M. Maslieurat-Lagémard a fait la relation dans son mémoire intitulé : *Dix ans de pratique obstétricale*, etc., qui a été récemment l'objet d'un rapport à l'Académie. (Renvoyé à la commission qui avait été chargée du rapport sur le mémoire de M. Maslieurat.)

— M. Renauldin informe l'Académie qu'il fait hommage à chacun de ses membres d'un exemplaire de son ouvrage sur les médecins numismatistes.

M. Renauldin sera remercié au nom de l'Académie.

Anus contre nature.

M. Velpeau présente un mémoire de M. Goyrand (d'Aix) sur un cas d'anus contre nature.

Nous reviendrons sur cette communication, dont l'analyse a été remise au dépouillement de la correspondance de la séance prochaine.

Mort de M. Husson.

M. le président annonce à l'Académie la nouvelle perte qu'elle vient de faire d'un de ses membres, M. Husson.

Les funérailles de M. Husson auront lieu le lendemain mercredi. Une députation de l'Académie assistera au convoi.

Remèdes secrets.

M. Bouchardat lit au nom de la commission des remèdes secrets un rapport sur une demande d'application des décrets relatifs aux remèdes.

Un membre demandant la parole sur ce rapport, la discussion est ajournée à la prochaine séance, l'ordre du jour étant trop chargé pour laisser engager aujourd'hui une discussion.

Huiles de foie de morue.

M. Bouchardat lit en son nom et celui de MM. Grisolle, Guibourt et Soubeiran, un rapport sur des travaux que M. Berthé, pharmacien à Paris, a soumis à plusieurs reprises au jugement de l'Académie, et qui se rapportent à l'huile de foie de morue et à ses succédanés.

Dans les différents mémoires que M. Berthé a présentés à l'Académie, dit M. le rapporteur, il a ajouté des faits importants à l'histoire des huiles de foie de morue; il a en particulier exécuté des expériences intéressantes pour démontrer la présence du phosphore dans cette huile; il y a établi comment la réaction de l'iode sur l'huile était autre que celle que l'on avait admise. Partant de ce point, il a montré comment on avait pu être induit en erreur sur la composition de l'huile iodée, et comment il fallait procéder pour arriver à un résultat constant.

En conséquence la commission propose d'adresser des remercîments à l'auteur pour ses utiles communications. (Adopté.)

— L'ordre du jour appelle à la tribune M. Piorry pour la lecture d'un rapport officiel.

M. Bouvier fait remarquer que M. Cruveilhier a déjà dû ajourner deux fois l'ouverture de son cours pour la discussion de son mémoire. Il demande que la discussion ait la priorité. (Appuyé.)

M. Piorry réclame énergiquement son tour d'inscription.

M. Bégin appuie la réclamation de M. Piorry.

La proposition de M. Bouvier étant appuyée, M. le président la met aux voix.

L'Académie adopte la proposition. La discussion sur le mémoire de M. Cruveilhier est reprise.

MM. Parchappe et J. Guérin prennent successivement la parole.

Nous résumerons ces deux argumentations dans le numéro prochain.

— M. Collineau commence la lecture d'un rapport sur un mémoire de M. Voisin relatif au traitement et à l'éducation des idiots. L'heure avancée oblige à remettre la suite à la prochaine séance.

— La séance est levée à cinq heures.

OBSERVATION DE TROIS HERNIES,

dont une à l'ombilic et deux à la région épigastrique; guérison

Par M. le docteur Fournier de Lempdes fils.

Comme son père, M. le docteur Fournier de Lempdes fils s'occupe exclusivement du traitement des hernies; ces deux confrères construisent eux-mêmes leurs appareils contentifs et ne s'en rapportent pas, pour leur application et pour les changements qu'ils ont à leur faire subir, à un mécanicien qui, quelque habile qu'on le suppose, n'a pas les connaissances anatomiques suffisantes pour apprécier avec justesse la nécessité de certaines modifications. Sous ce rapport, il y a avantage, sans contredit, à ce que les chirurgiens soient aptes à remédier eux-mêmes aux imperfections des appareils. Voici un exemple de succès que nous adresse M. Fournier :

« Mme Dieb..., boulangère à Saint-Germain-en-Laye, était affectée depuis près de quinze ans d'une tumeur herniaire siégeant à la région épigastrique. Cette dame, âgée d'une cinquantaine d'années, voyait son affection augmenter tous les ans de volume. Elle s'était contentée de porter jusqu'alors un corset recourbé audessous de la région ombilicale pour soutenir sa volumineuse tumeur. Cette hernie n'était jamais rentrée, et la malade, qui n'en souffrait pas beaucoup dans le principe, n'avait jamais cherché à la réduire et à appeler un médecin; elle suivait ainsi la routine du bandagiste qui lui avait fourni sa ceinture. Cependant cette hernie, en augmentant de volume, commença à la faire souffrir; bientôt les souffrances devinrent de plus en plus fréquentes et inquiétantes : c'étaient des suffocations, un malaise général, des indigestions, des crampes d'estomac, etc. En 1849 et 1850, les souffrances acquirent un tel degré d'intensité que la malade se vit obligée d'avoir recours à un médecin. Elle fit appeler M. le docteur Lamarre, qui observa des vomissements et des défaillances, symptômes précurseurs de l'étranglement. Ces redoutables accidents se renouvelaient souvent; mais, grâce aux soins habiles et dévoués du docteur Lamarre, la malade fut, à chaque attaque, sauvée du danger auquel elle était exposée. A chaque visite du médecin, elle demandait qu'il lui indiquât les moyens les plus capables, sinon de guérir, au moins de prévenir ces accidents qui ruinaient et usaient son existence. Ce fut dans ces circonstances que cet honorable confrère m'adressa cette malade à la fin de 1850.

» La tumeur herniaire, qui occupait toute la région épigastrique depuis la base de la poitrine jusqu'à l'ombilic, présentait un volume considérable; elle avait 60 centimètres environ de circonférence, soulevait les téguments à une hauteur de près de 10 centimètres et se dirigeait par son poids vers l'ombilic. Je crus avoir affaire à une hernie irréductible; néanmoins, je tentai d'en opérer la réduction en entourant et resserrant la base de la tumeur avec toute l'étendue des deux mains. A l'aide de circonvolutions bien dirigées, la tumeur commença à rentrer; ce ne fut qu'après un taxis d'une demi-heure pratiqué sans précipitation, mais avec méthode et ménagement, que la réduction devint complète, sauf quelques adhérences épiploïques au pourtour des ouvertures. Je rencontrai alors, en explorant la ligne blanche, deux ouvertures assez grandes pour admettre l'extrémité de trois doigts, l'une située sur le milieu de la ligne blanche, l'autre à 2 ou 3 centimètres à droite; toutes les deux avaient la forme d'une ellipse très allongée et transversale, mais avec un peu d'obliquité dans le sens des fibres aponévrotiques du muscle grand oblique : elles étaient distantes de 8 centimètres environ de la cicatrice ombilicale. Outre cette double hernie de la ligne blanche, il existait encore une exomphale de la grosseur d'un œuf, difficile aussi à réduire.

» Après avoir bien mesuré l'étendue qu'occupaient les trois hernies et avoir examiné la position des trois ouvertures formant ensemble un triangle dont le plus petit côté était tourné en haut en correspondant aux deux ouvertures de la ligne blanche, je fis établir une pelote assez longue et assez large pour couvrir les trois ouvertures. Cette pelote était maintenue en place par une ceinture résistante enveloppant les deux tiers de l'abdomen. Dans ces cas de hernies volumineuses et compliquées, le mécanisme de mes appareils est construit de manière à exercer une grande action sur la pelote à l'aide de courroies qui terminent leurs extrémités et qui viennent se fixer en avant à une plaque transversale sur laquelle est vissée cette même pelote. La disposition de ces courroies et de cette plaque est telle qu'elle présente la plus grande facilité de graduer à volonté les puissances de constriction et de compression, et qu'elle donne l'avantage plus important encore de diriger l'action de la ceinture et de la pelote dans le sens qui paraît le plus efficace.

» Quand l'appareil fut mis en place, après la réduction complète des hernies, je m'assurai de leur contention parfaite en faisant tousser la malade et lui recommandant de prendre les positions les plus défavorables à l'action de l'appareil. Celui-ci fut ensuite perfectionné d'après mes observations et celles de la malade. Cette dame vit aussitôt après cette application ses forces revenir; elle sentit plus d'agilité et plus d'aisance dans ses mouvements, quoique l'abdomen fût enveloppé dans tous les sens par l'appareil qui le tenait pour ainsi dire emprisonné.

» Là ne se bornent pas les soins et les efforts du chirurgien-herniaire; il ne suffit pas, dans le traitement des hernies, d'être parvenu à réduire ces tumeurs malgré leur ancienneté et leurs complications, et d'appliquer un bandage qui paraît bien les contenir; il doit encore surveiller, corriger, perfectionner son appareil selon les changements survenus par l'effet des mouvements dans les parties comprimées, et selon les indications nouvelles que ses observations lui auront fait découvrir, pour obtenir la guérison qui doit être opérée par la rétraction et par l'occlusion des passages et des ouvertures herniaires.

» C'est d'après ces préceptes que je recommandai à la malade de venir tous les huit jours chez moi, pour que je pusse m'assurer de la parfaite réduction des parties herniées qui cherchaient à glisser tantôt à droite, tantôt à gauche.

» Dès la seconde semaine, il n'y eut plus le moindre échappement des viscères abdominaux sous la pelote, que j'avais pu modifier. Je visitai la malade pendant plusieurs mois et augmentai chaque fois l'efficacité de la compression; ensuite je ne la vis plus que trois ou quatre mois après. Mme D... assura n'avoir jamais quitté pendant ce long espace de temps son appareil et n'avoir jamais eu à se plaindre de son action, quoiqu'il comprimât sur une large surface.

» J'enlevai alors le bandage pour examiner l'état des parties comprimées, et ne voyant aucune apparence de hernie, j'ordonnai à la malade de tousser et de marcher. La réduction des trois hernies se maintint très bien, malgré les secousses et les mouvements du corps; toutes les adhérences étaient détruites.

» J'explorai ensuite les trois ouvertures : l'anneau ombilical et l'ouverture située sur le centre de la ligne blanche étaient complétement fermés; il n'y avait plus que l'ouverture située sur le bord latéral droit de cette ligne qui était assez dilatée pour permettre encore l'introduction d'une extrémité digitale. Cet examen m'autorisa à assurer à Mme D... qu'elle était dans les meilleures conditions de guérison, et qu'il ne s'agissait plus, pour consolider la cure, que de resserrer davantage l'ouverture qui restait dilatée, en continuant à porter l'appareil, et à augmenter la compression autour du corps ainsi que sur les régions épigastrique et ombilicale pendant encore six mois.

» J'examinai de nouveau cette ouverture après cet intervalle; elle me parut diminuée de moitié de l'étendue qu'elle avait à mon précédent examen. Les autres ouvertures herniaires restaient complétement closes. Cette dame est aujourd'hui guérie, mais elle continue néanmoins de porter le jour seulement son appareil, auquel elle est parfaitement habituée. »

On lit dans le journal la *Suisse:*

« L'ivrognerie est le vice le plus ordinaire des basses classes de l'Allemagne. On compte tous les ans 40,000 morts à la suite des excès de boissons. Dans le Zollverein seulement, on vend et consomme 360 millions de quarts d'eau-de-vie, et, dans la Hesse, on fait servir à la distillation la moitié des grains que produit le sol.

» Cette statistique de la mortalité est encore à faire en Suisse; elle nous révélerait aussi de grandes misères. Aujourd'hui encore nous lisons dans le *Narrateur* de Fribourg que, lundi dernier, un homme qui venait de boire plus d'un pot d'eau-de-vie a succombé peu d'instants après qu'il eut quitté le cabaret. »

Des faits de mort sont quelquefois observés en France. En voici un qui a été constaté tout récemment dans la banlieue de la Seine. En effet, le bruit s'était répandu à Neuilly qu'un assassinat avait été commis dans cette commune. Ce qui a pu donner lieu à cette rumeur, heureusement sans fondement, c'est que dans la nuit on a ramassé, au milieu d'une mare de sang, le corps du nommé L..., palefrenier.

Les médecins requis pour examiner le cadavre ont constaté que la mort de L... était due à une congestion cérébrale résultant d'un excès de boissons alcooliques, et suivie de la rupture d'un vaisseau aortique qui avait occasionné l'épanchement de sang.

On sait qu'on peut faire cesser l'ivresse chez les gens qui ont bu outre mesure, en leur faisant avaler de l'eau dans laquelle on a fait dissoudre 1, 2, 3 et même 4 grammes d'acétate d'ammoniaque.

(*Journal de chimie méd.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

L'Académie impériale de médecine et de chirurgie de Saint-Pétersbourg a, dans une de ses séances du mois de janvier dernier, nommé à l'unanimité membre correspondant notre confrère M. le docteur A. Legrand.

— En Allemagne, M. Jean-Chrestien-Frédéric Harless, professeur de thérapeutique et de matière médicale à l'Université de Bonn, est mort dans cette ville le 3 avril à l'âge de près de 80 ans.

Le docteur Harless a publié plusieurs ouvrages estimés et a été fondateur et rédacteur en chef des plus célèbres journaux de médecine en Allemagne.

M. Harless avait été reçu docteur et nommé professeur à Erlangen (Hanovre) à l'âge de vingt ans. Il était fils du célèbre philologue de ce nom.

M. le docteur Tavignot commencera son cours pratique des maladies des yeux le lundi 18 avril à onze heures, et le continuera les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine, à la même heure, à son dispensaire, rue Grégoire-de-Tours, 8, près la rue de Bussi.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité de médecine opératoire, bandages et appareils, par le docteur Ch. Sédillot, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Strasbourg. Deuxième édition, publiée en quatre parties. Prix : 16 fr. — En vente, la première partie, renfermant 206 figures intercalées dans le texte. Prix : 4 fr. — Les autres parties paraîtront de quatre mois en quatre mois.—Chez Victor Masson, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine.

Hygiène du corps et de l'âme, ou Conseils sur la direction physique et morale de la vie, adressés aux ouvriers des villes et des campagnes par le docteur Max Simon. Un beau vol. in-18 de 130 pages. Prix : 1 fr. Chez J-B. Baillière, libraire, rue Hautefeuille, 19.

Éloge de Récamier, par le docteur H. Gouraud. Brochure in-8° sur très beau papier. Prix : 2 fr. — Au bureau du journal.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 45. — SAMEDI 16 AVRIL 1853. (26e ANNÉE.) N° 45. — SAMEDI 16 AVRIL 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pays	Durée	Prix
Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	Trois mois	8 fr. 50 c.
	Six mois	16 »
	Un an	30 »
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	Trois mois	9 fr.
	Six mois	17
	Un an	33
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	Trois mois	10 fr.
	Six mois	20
	Un an	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Mort par l'inhalation du chloroforme.

Le malade dont nous avons parlé dans le numéro du 12 avril, et qui a succombé à l'inhalation du chloroforme, dans le service de M. Valleix, présentait, comme nous l'avons dit, un anévrisme de la crosse de l'aorte. Il portait en outre une tumeur hémorrhoïdale très considérable.

Cet anévrisme de l'aorte, qui faisait à la région supérieure et antérieure du thorax une saillie assez grande, avait été en partie diagnostiqué pendant la vie ; cependant on ne pouvait s'attendre aux désordres dont nous rendrons compte tout à l'heure, et que l'on a pu voir à la clinique de M. Valleix, qui a mis les pièces pathologiques sous les yeux des élèves.

M. Valleix, mu sans doute par un sentiment très louable, voulut épargner au malade les douleurs atroces, on le sait, de la pression que l'on est obligé d'exercer sur des tumeurs hémorrhoïdales considérables pour les faire rentrer, et le chloroforme fut employé à cet effet. La période d'agitation eut lieu, puis la période de résolution, et quand M. Valleix, occupé à examiner le bourrelet hémorrhoïdal, leva les yeux vers le malade, celui-ci ne respirait plus.

Quant à la tumeur anévrismale, voici en quoi elle consistait : on voyait d'abord, un peu après la naissance de l'aorte, dans la partie sous-sternale de cette artère, une tumeur considérable, égale à peu près en volume à celui des deux tiers du cœur. Cette tumeur, un peu pédiculée, se prolongeait vers la droite et formait la saillie qu'on avait observée pendant la vie ; puis, au niveau de la naissance des trois gros troncs artériels, l'aorte, simplement dilatée, présentait un diamètre d'environ 5 pouces sans tumeur latérale ; et enfin, dans la portion descendant le long de la colonne vertébrale et y adhérant, était une seconde tumeur presque égale au volume du cœur, semblable à celle de la portion sous-sternale, et de là partait le reste de l'aorte descendante, un peu rétrécie dans son calibre.

Cet anévrisme était donc composé de trois anévrismes : d'abord un anévrisme faux consécutif avec destruction de la lame interne de l'artère, puis un anévrisme vrai au niveau de la courbure de l'aorte par-dessus la bronche gauche, elle-même très comprimée dans le sens antéro-postérieur. Cet anévrisme vrai, ou cette simple dilatation de l'aorte, conservait encore la tunique interne, mais çà et là incrustée de plaques crétacées, qui donnaient à cette partie de l'artère une grande dureté et une perte complète d'élasticité. Enfin le troisième anévrisme, semblable au premier, adhérait aussi à la colonne vertébrale, comme l'autre adhérait aux côtes.

Ce qui peut diminuer le regret de cet accident, c'est que ce malade était condamné à une mort inévitable et prochaine, qui se serait accompagnée des affreuses angoisses d'une hémorrhagie incoercible ou d'une asphyxie par compression des bronches, comme nous en avons vu un exemple il y a peu de temps.

Épilepsie simulant l'hystérie chez l'homme.

A propos des leçons sur l'hystérie faites par M. Gendrin et dont nous venons de terminer la publication, nous croyons devoir signaler un malade qui se trouve actuellement dans son service et qui est couché au n° 21 de la salle Saint-Athanase.

Ce malade, âgé de dix-huit ans, fumiste, n'avait jamais eu dans son enfance d'attaques de nerfs. Il y a un an environ, à la suite d'une peur violente causée par un homme dont il reçut un coup de couteau vers minuit sur le pont d'Austerlitz, il fut pris d'une attaque qui ne se renouvela pas pendant huit mois.

Depuis quatre mois, il a vu reparaître ces attaques à des intervalles d'autant plus rapprochés qu'il est plus inactif. Entré pour une maladie intercurrente dans un des services provisoires de Bicêtre, il y fut considéré comme hystérique et traité surtout par les affusions froides.

Sorti de Bicêtre, il vint à l'hôpital de la Pitié, et à son entrée présentait une anesthésie assez étendue du corps et de la face, telle qu'il n'avait pas le sentiment de la position qu'on faisait prendre à l'un de ses bras.

Lorsqu'il est pris d'attaque, il éprouve un étourdissement passager, puis ses yeux se retournent un peu et ses membres présentent une roideur considérable : la main est assez fortement ployée sur l'avant-bras, les doigts allongés, et le pouce, étendu également, est dans l'opposition. Les avant-bras sont fléchis à angle droit sur les bras.

Les membres inférieurs sont allongés, roidis et le pied fortement étendu sur la jambe. Le malade éprouve en même temps une douleur violente dans tous les membres, surtout quand on cherche à les redresser pour les mettre dans leur position normale.

En même temps, le malade éprouve la sensation d'un corps qui remonte de la région épigastrique vers la base du cou, s'y arrête et l'étouffe ; le cou se roidit et se gonfle, la tête se renverse en arrière, la face devient vultueuse, tous les muscles sont spasmodiquement contractés et le malade fait entendre des plaintes comme arrachées par la douleur.

Par moments tous les muscles de la région postérieure du corps se contractent, et le malade se courbe tout entier en arc de cercle à concavité postérieure comme par soubresauts. Ces accidents cessent bientôt pour se reproduire de nouveau ; puis, les mouvements convulsifs complétement terminés, la flexion forcée des membres ne se résout que peu à peu. Peu à peu aussi et parallèlement la sensibilité revient, et vingt-quatre heures après elle est presque complétement normale.

Nous ajouterons à la description de ces symptômes que le malade ne mousse pas, qu'il a souvent des étourdissements passagers dans l'intervalle de ses attaques convulsives, étourdissements dans lesquels il tombe pour se relever aussitôt.

D'après cette description, on serait bien tenté de croire à l'hystérie chez cet homme ; mais remarquons d'abord l'invasion qui a eu lieu à la suite d'une peur violente, puis huit mois d'intervalle et des attaques qui se renouvellent assez souvent ; remarquons surtout cet étourdissement passager dont le malade se relève instantanément pour passer à des accidents convulsifs. Cette marche, ces symptômes sont ceux d'un commencement d'épilepsie consistant surtout dans les vertiges. Ajoutons à cela que l'anesthésie qui survient pendant ses attaques disparaît presque complétement en un jour. Ce symptôme est des plus probants pour éloigner l'idée de l'affection hystérique, qui présente d'une manière constante des symptômes d'anesthésie persistant entre les attaques et constituant presque, à proprement parler, l'affection hystérique elle-même sous la forme continue.

Ce jeune homme est épileptique ; telle est la conclusion à laquelle est arrivé M. Gendrin. Quant aux accidents convulsifs, ils se montrent là comme ils se montrent souvent dans l'épilepsie à forme vertigineuse, revêtant une forme identique. Ici ce sont des contractures, là des mouvements involontaires réguliers et toujours les mêmes chez le même sujet ; par exemple, la rotation continue d'une main pendant un temps plus ou moins long, comme dans un exemple cité par M. Gendrin.

Nous avons cru devoir appeler l'attention sur ce cas pour éviter aux médecins, dans des cas analogues, une méprise qui les entraînerait dans une erreur de diagnostic, comme cela est arrivé à des personnes d'un mérite reconnu, et surtout dans une erreur de pronostic toujours préjudiciable à la réputation.

Nouveau réflecteur pour le diagnostic de l'hydrocèle.

On sait combien, dans certaines circonstances, il est difficile de diagnostiquer l'hydrocèle, et combien, dans tous les cas, les moyens habituellement mis en usage sont insuffisants. Il faut qu'une hydrocèle soit bien volumineuse, bien tendue, d'une transparence parfaite, sous le double rapport de la nature du liquide et de l'état de la peau, pour que l'on arrive sans aucune incertitude, et du premier coup, à reconnaître la maladie, sa nature et quelques autres circonstances accessoires, mais importantes, nécessaires même au succès de l'opération, la position du testicule, etc.

Un jeune médecin qui s'est distingué dans la chirurgie de marine, M. Rémondet, vient d'inventer un nouveau réflecteur qu'il propose d'appliquer spécialement au diagnostic de l'hydrocèle, et qui, outre cet usage, peut servir dans presque tous les cas où l'emploi de la lumière artificielle est nécessaire en chirurgie, pour éclairer, par exemple, le fond du spéculum, etc. Voici comment est composé l'instrument :

Dans un tube ou cylindre en fer-blanc de 5 centimètres de diamètre sur 15 centimètres de hauteur, se meut, par le mécanisme très simple des anciens chandeliers de ménage, une bougie dont on peut varier la hauteur suivant le besoin. Sur l'une des parois du tube est disposé un réflecteur formé d'une lame de cuivre argenté légèrement concave. Vis-à-vis le réflecteur, une ouverture cylindrique de 5 centimètres également de diamètre est pratiquée au tube, ouverture à la circonférence de laquelle sont soudés les bords d'un cône tronqué, de même métal que le tube lui-même, destiné à laisser passer les rayons lumineux concentrés par le réflecteur. Ce cône est garni à sa circonférence libre d'un disque de buffle. Il est facile de se rendre compte de l'emploi de l'instrument.

La bougie étant allumée et mise à la hauteur convenable, le disque de buffle, destiné à empêcher le contact du métal sur la peau et la diffusion des rayons lumineux, est appliqué sur un des côtés de la tumeur à explorer, et l'observateur s'assure immédiatement, en regardant la tumeur de l'autre côté, de son degré de transparence. On se ferait difficilement une idée de la netteté avec laquelle on se rend compte ainsi du contenu de la tumeur et de la position du testicule, chose assez malaisée, nous le répétons, dans certaines hydrocèles, dont la transparence peut être altérée par le changement de nature du liquide, par un épaississement ou une dégénérescence des enveloppes.

Le grand avantage de ce petit instrument si simple et si commode, c'est de ne perdre presque aucun rayon lumineux, tous se trouvant projetés par le réflecteur dans l'axe du cône tronqué vide soudé à angle droit sur le *tube porte-bougie* ; d'être beaucoup moins gênant pour l'opérateur, et de ne pas l'exposer, comme une simple bougie ordinaire, à répandre sur la peau du malade une goutte de cire brûlante.

Nous l'avons vu employer plusieurs fois déjà par M. Amussat avec succès dans sa clientèle particulière, et nous ne doutons pas qu'il ne rende dans nombre de cas des services réels en chirurgie. Nous savons, du reste, que M. Rémondet s'occupe de faire subir à son appareil quelques perfectionnements qui le rendront plus parfait encore.

Opération du phimosis. Nouveau procédé.

M. Maisonneuve a fait, il y a quelques jours, l'opération du phimosis chez un adulte (salle Cochin, n° 10), par un procédé qui nous a frappé, remarquable à la fois par son extrême simplicité et sa réussite parfaite. Si, chez un individu affecté de phimosis, on tire le prépuce en avant au moyen de deux pinces qui servent en même temps à le tendre, on voit que cet organe représente une espèce de manchon dans l'intérieur duquel le cercle rétréci forme relief.

Il suffit alors de porter sur un point quelconque de ce cercle le tranchant d'un bistouri boutonné pour l'inciser et obtenir son relâchement. Il n'est pas nécessaire que l'incision ait une grande étendue ; 2 centimètres de longueur sont parfaitement suffisants.

Le malade opéré suivant ce procédé par M. Maisonneuve s'est à peine aperçu de cette petite opération, et est complétement débarrassé de son infirmité tout en conservant l'intégrité de son prépuce.

M. Maisonneuve fait remarquer que c'est l'opération de M. Reybard pour les rétrécissements de l'urètre qui lui a inspiré cette idée.

Érysipèle de la face suivi de gangrène dans une fièvre typhoïde.

Chez les malades qu'a amenés dans les hôpitaux la recrudescence de la fièvre typhoïde qui a précédé le déclin de l'épidémie, nous avons encore remarqué quelques complications que nous croyons utile de signaler. C'est de l'ensemble et du rapprochement de ces faits épars que la maladie prendra son véritable caractère, sa physionomie réelle.

Il est assez rare, par exemple, que l'érysipèle se présente comme complication ou phénomène secondaire dans la fièvre typhoïde, mais lorsqu'il survient, cette maladie, déjà grave par elle-même, acquiert bien plus de gravité encore par sa concomitance avec une affection qui prédispose tant aux gangrènes.

C'est ce qui est arrivé chez un malade couché dans le service de M. Aran à la Pitié, n° 3 de la salle Saint-Benjamin. Pendant le cours d'une fièvre typhoïde, cet homme a été pris d'un érysipèle qui a revêtu le caractère phlegmoneux. Quand nous avons vu ce malade, l'exanthème occupait toute la tête, le cou et la partie supérieure du tronc dans une petite étendue. Il était sans connaissance ; les dents et les lèvres étaient fuligineuses, la langue ne pouvait être tirée hors de la bouche ; la respiration était stertoreuse, la peau chaude, sèche ; le pouls très vif, petit, redoublé, facilement dépressible ; le dévoiement peu considérable.

Les paupières, qui recouvraient entièrement l'œil gauche, étaient en partie gangrenées ; on y voyait pendre des lambeaux de tissu cellulaire ; l'œil droit semblait le siége d'une exophthalmie et n'était plus recouvert par les paupières ; peut-être le tissu cellulaire qui entoure le globe oculaire était-il envahi par le phlegmon. La cornée avait perdu sa transparence ; la conjonctive était fortement injectée, d'un rouge terne, tout à fait sèche ; l'œil pouvait encore exécuter des mouvements.

Ce malheureux a succombé.

Nouveau cas d'hémorrhagie intestinale très abondante dans la fièvre typhoïde.

Nous avons déjà signalé des exemples d'hémorrhagies soit intestinales, soit provenant d'autres sources, dont les unes ont été mortelles et les autres ont eu une terminaison heureuse. Parmi les malades qui restent dans les hôpitaux, nous avons encore à indiquer un fait de ce genre, qui n'a pas eu cependant une issue fatale.

Il s'agit d'une femme couchée à la Salpêtrière, dans le service de M. Béhier. Chez elle, l'hémorrhagie intestinale a été tellement abondante que le sang avait traversé les matelas et coulait à terre sous le lit; c'est ainsi qu'on s'en est aperçu. L'hémorrhagie a pu être réprimée, et la malade est en pleine convalescence.

HOTEL-DIEU. — M. Trousseau.

Leçon clinique sur la varicelle.

Sous le nom générique de maladies varioliques, les médecins confondent aujourd'hui des maladies éruptives distinctes, la variole, la varioloïde, la varicelle. En abordant ce sujet, mon intention est de traiter devant vous, de passer successivement en revue tout ce qui se rattache aux différentes formes de la maladie variolique; son origine, sa transfiguration, les questions qui se rattachent à l'inoculation varioleuse; questions pleines d'intérêt à peine entamées aujourd'hui, et qui, avant trente ans, deviendront l'occasion de discussions ardentes. Aujourd'hui mon intention est de vous parler de la varicelle et de faire ressortir les caractères tranchés que présente cette maladie.

Quand vous lisez les auteurs anciens, et principalement la relation de Sydenham sur les épidémies de variole, vous les trouvez classées en deux groupes : les varioles franches et les varioles anormales, qui ont dans quelques circonstances des points de contact avec la varioloïde, et en diffèrent néanmoins par les caractères que je vous indiquerai.

Plus près de nous, on s'est servi des épithètes d'anomales, d'irrégulières, qu'on a appliquées à certaines varioles. Dans les auteurs plus récents encore, ceux qui ont précédé la découverte de la vaccine, on est frappé de trouver certaines varioles désignées sous le nom de *variolæ cristallinæ, cornatæ*. De nos jours, et depuis la vaccine, ces dénominations de varioles cornées, varioles anomales, sont devenues générales. Examinons donc l'influence du virus transmissible de la variole sur l'économie.

Quelle que soit la voie par laquelle il ait été transmis, le virus variolique détermine des phénomènes particuliers, une fièvre intense se déclare après la période d'incubation, puis apparaît l'éruption que vous connaissez. Il résulte de la nature de la maladie qu'elle détermine, chez l'individu qui l'a contractée une fois, des modifications organiques telles, qu'il perd l'aptitude à être atteint de nouveau; et non-seulement cette inaptitude qui succède à une première atteinte de la maladie ou à l'inoculation du virus par la pointe de la lancette se remarque à la suite de la variole, mais on la retrouve encore dans des affections dont la nature diffère essentiellement des fièvres éruptives, telles, par exemple, que la coqueluche, la fièvre jaune; il semble que l'économie ne peut subir deux fois cette même influence.

Cependant, et par exception, chez certains sujets, la maladie peut apparaître de nouveau. Déjà, avant la découverte de la vaccine, on avait constaté de ces cas exceptionnels. Vers la fin du siècle dernier, lorsque la *vaccination* commençait à se répandre, de nombreux cas de récidive sur des individus inoculés ou non avaient été observés, et l'on constatait que cette variole *secondaire* affectait une forme particulière. La pustule prenait moins de développement et la dessiccation avait lieu plus promptement. C'était évidemment une variole modifiée.

De même dans ces épidémies qui, en 1819 et 1820, éclatèrent successivement à Marseille, à Édimbourg, en Danemark, on constata qu'un grand nombre d'individus variolés étaient atteints. Chez ceux-là, la maladie, offrant une marche distincte, fut étudiée plus particulièrement, et on lui donna le nom de varioloïde. En même temps que ceux qui avaient eu auparavant la variole prenaient la varioloïde, d'autres étaient de nouveau atteints de la variole normale. En adjoignant à ce dernier groupe ceux qui, variolés ou non, subissaient l'influence de la vaccine, on fit une troisième catégorie, une troisième forme de variole à laquelle on donne le nom de varicelle. C'est ainsi que des médecins antagonistes de la spécificité des maladies, se fondant sur de prétendues affinités, refusèrent à la varicelle toute spécificité. D'après eux, la variole récidivée n'était plus qu'une varicelle. Voyons donc si, par ses caractères, la varicelle occupe effectivement la place qui lui a été assignée près de la variole.

La varicelle, petite vérole volante, petite vérole des poules, comme l'appellent les Anglais, frappe ordinairement les très jeunes enfants, rarement les adultes, presque jamais les enfants vaccinés, presque toujours au contraire elle atteint les adultes qui ont subi l'influence de la vaccine. Que l'individu ait été vacciné ou non, qu'il ait déjà été atteint ou non de la variole, de la varioloïde, la varicelle n'en éprouve aucune modification; elle conserve chez tous ses caractères spéciaux. La maladie débute par un mouvement fébrile brusque, sans vomissements. Avant vingt-quatre heures révolues, quelquefois après quatre ou cinq heures, apparaissent de petits boutons rouges, légèrement acuminés, ayant l'apparence des boutons de petite vérole au deuxième jour de l'éruption. La fièvre présente ce caractère que, presque nulle pendant le jour, elle reparaît avec violence pendant la nuit. Elle dure ainsi quatre ou cinq jours, plus ou moins, chaque accès fébrile nouveau amenant une éruption nouvelle, caractère capital. Ainsi, en supposant que le premier jour on constate l'existence de 10 à 15 points rouges sur la face, le lendemain, après le deuxième accès fébrile, on en trouve 30, le surlendemain 40, et ainsi de suite sur tous les points du corps jusqu'à la cessation des accès. Distincte en cela des autres maladies éruptives (rougeole, scarlatine, variole, varioloïde), la fièvre d'invasion manque dans la varicelle; elle se perd pour ainsi dire en petite monnaie; l'éruption marche graduellement chaque jour, et sur tous les points du corps on trouve à côté de pustules anciennes des pustules plus récentes, d'autres qui viennent seulement de paraître. Le médecin distingue facilement l'éruption qui s'est faite hier de celle qui s'est montrée avant-hier, et celle-ci de celles qui ont trois, quatre, cinq jours de date.

Le bouton, acuminé d'abord, prend, douze ou vingt-quatre heures au plus après son apparition, exactement la forme d'une bulle analogue à celles du pompholix, du pemphigus, de certains érysipèles, elle est parfaitement arrondie; c'est une petite gouttelette d'eau d'une limpidité parfaite. Au bout de douze à quinze heures elle s'entoure d'une auréole inflammatoire, caractère qui la distingue encore de la variole et de la varioloïde, où l'auréole inflammatoire ne se forme que vers le quatrième jour de l'éruption.

Peu à peu la bulle s'étend, elle se défigure en grandissant, perd sa forme arrondie, et le liquide qu'elle contient prend une teinte opaline. L'auréole inflammatoire grandit également, prend une couleur rouge plus foncée que celle de la variole. Enfin, le quatrième jour la bulle se dessèche et laisse à sa place une plaque noire, croûteuse comme les pustules d'ecthyma. Lorsqu'on examine la face, la poitrine, l'abdomen, toutes les parties où l'éruption s'est produite, on peut voir en même temps ces transformations successives des pustules. La fièvre tombe complétement après l'apparition de la dernière pustule. C'est ordinairement vers le dixième jour que la dessiccation et la guérison complète ont lieu chez les enfants.

Dans une épidémie qui régna dans mes salles de l'hospice Necker, j'observai les phénomènes suivants : toutes les bulles avaient l'apparence du pemphigus et se renouvelèrent pendant longtemps, ainsi que les accès fébriles. Ces caractères, qui se montrèrent en même temps chez quinze ou vingt enfants, m'ont paru imprimer à la maladie une gravité spéciale.

Depuis que j'exerce, tant en ville que dans les hôpitaux, jamais je n'ai vu un seul individu succomber à la varicelle, et celle-ci ne m'a jamais paru offrir plus de gravité chez les individus non vaccinés que chez ceux qui l'étaient. J'ai vu cette maladie frapper dans mes salles à Necker des enfants au-dessous de deux ans qui tous avaient été vaccinés; or, on sait que l'immunité de la vaccine se prolonge assez pour qu'il soit rare d'observer des varioles chez les enfants vaccinés. La varicelle atteint les enfants vaccinés ou non, avant les limites de l'immunité préservatrice de la vaccine, exactement comme la rougeole, la scarlatine et tant d'autres affections qui n'ont rien de commun avec la variole, dont elle diffère essentiellement par la marche de l'éruption, des autres symptômes, par la gravité, par la durée de la maladie; de telle sorte que je ne connais aucune maladie qui ressemble moins à la variole.

Cette maladie si bénigne laisse souvent des traces ineffaçables, consistant en un ou plusieurs points profondément marqués.

Souvent le médecin, moins excusable que les parents, confond la varicelle avec la variole; d'autres, moins excusables encore, induisent en erreur des parents qui étaient dans le vrai, et de l'existence d'une varicelle concluent à l'inutilité de la vaccine. « L'enfant a la picotte (expression dont les parents se servent pour désigner une maladie différente de la variole, la varicelle), il faut le vacciner, » disent-ils, et le médecin, qui confond variole et varicelle, attribuant l'immunité à la dernière, déclare la vaccination inutile. Il est utile de savoir que la varicelle peut laisser des traces aussi indélébiles que la variole, car un médecin inattentif pourrait confondre les deux maladies d'après ce seul indice.

HOTEL-DIEU. — M. Jobert (de Lamballe).

Cancer de la lèvre inférieure. — Autoplastie par glissement. Procédé de M. Roux (de Saint-Maximin).

Au n° 23 de la salle Saint-Côme est couché le nommé Legranger (Louis), né à Marest-sur-le-Mast (Oise); il est âgé de cinquante-huit ans, et exerce la profession de cantonier. Cet homme est très vigoureux.

Dans son enfance, il n'a jamais eu de glandes engorgées, jamais de croûtes dans la tête, rien, en un mot, de ce qui peut indiquer un tempérament scrofuleux. A l'âge de six ans, il a eu la jaunisse; à dix, la fièvre tierce, qui l'a tourmenté pendant deux ans. Entré au service en 1814, il a eu la gale trois fois; jamais elle n'a persisté au delà de quinze jours. Trois fois aussi, pendant qu'il était soldat, il a contracté la blennorrhagie; à la suite de la première, toutes ses articulations se prirent en même temps, devinrent tuméfiées et douloureuses, à tel point qu'il lui était impossible de porter la main à sa bouche. Il affirme n'avoir jamais eu la syphilis; il avoue cependant qu'à deux reprises différentes il a eu sur la verge des boutons qu'il pansait avec du cérat de Goulard, et pour lesquels on lui fit prendre du mercure.

Sa mère est morte à l'âge de soixante-huit ans d'une attaque d'apoplexie; jamais, au dire de notre malade, elle n'avait eu de tumeur du sein, jamais rien du côté de l'utérus.

Son père a succombé à l'âge de quarante-huit ans des suites d'un coup de pied de cheval qui l'avait atteint dans le côté.

Enfin il a un frère très vigoureux, et jamais aucun membre de sa famille n'a eu d'affection pareille à celle dont il est atteint.

La nourriture de Legranger a toujours été saine et abondante; jamais il n'a eu à souffrir de la misère. Il nous rapporte qu'il a toujours beaucoup fumé et qu'il se servait de pipes très courtes, de telle sorte qu'il en sentait constamment la chaleur et se brûlait même quelquefois. Depuis cinq ou six mois il fume moins, mais sans avoir jamais cessé d'une manière complète.

Quant au début de sa maladie, voici ce qu'il nous raconte :

Il y a deux ans, il vit apparaître sur la lèvre inférieure et sur la ligne médiane un bouton qui, pour nous servir de son expression, se creva bientôt et fit place à une gerçure assez profonde. Comme il ne souffrait pas, il ne s'en inquiéta en aucune façon, et ce ne fut que quatorze mois après, qu'effrayé par les progrès du mal, il se décida à consulter un *pharmacien*. On lui conseilla de panser son ulcération avec du cérat, et d'appliquer matin et soir des compresses trempées dans l'alcool camphré; en même temps, on lui donna *une eau* dont notre malade ne se rappelle pas le nom, mais qui, disait-on, *devait purifier la masse du sang*. A partir de ce moment le mal, dont la marche avait été assez lente, fit de rapides progrès, et le pharmacien pratiqua une cautérisation avec une pierre verte que nous supposons être du sulfate de cuivre; cette cautérisation ne produisit aucun résultat. Aussi notre malade se décida-t-il à consulter M. le docteur Duquesnel, qui lui conseilla de venir à Paris; il se soumit, et entra à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Jobert, le 24 janvier 1853.

Au moment où nous l'examinons, le 29, voici ce que l'on remarque :

Les dents sont saines; mais à la mâchoire inférieure et à gauche on voit qu'elles présentent quelques particularités remarquables. Comme notre malade tenait constamment sa pipe de ce côté et qu'il la plaçait tantôt entre la quatrième incisive et la canine, tantôt entre la canine et la première molaire, il en résulte que ces dents sont usées, et que la canine, en contact avec le tuyau de la pipe tantôt par un de ses côtés, tantôt par l'autre, présente supérieurement un bord tranchant dont l'extrémité antérieure, taillée en pointe, vient irriter sans cesse la portion de la lèvre inférieure avec laquelle elle se trouve en rapport.

Voici maintenant les particularités que présentent les dents correspondantes de la mâchoire supérieure. La quatrième incisive est complétement découronnée. Elle n'est pas cariée, mais elle est tombée morceau par morceau, usée par le tuyau de la pipe. La canine présente un bord inférieur tranchant, qui correspond au bord supérieur de la canine inférieure. La première molaire est usée aussi.

Sur la lèvre inférieure, on aperçoit une tumeur ulcérée, parsemée d'inégalités d'un rouge violacé et saignant au moindre contact. Les bords en sont inégaux, durs et renversés en dehors. Cette tumeur s'étend transversalement, un peu plus à gauche qu'à droite; elle va d'une commissure labiale à l'autre, sans les atteindre cependant; elles sont saines; un léger intervalle les sépare de la tumeur. Inférieurement la tumeur se prolonge jusqu'au sillon mento-labial; son bord inférieur, renversé en bas, déborde même un peu le sillon que nous venons de nommer.

Cette tumeur présente dans son diamètre transversal, qui est le plus considérable, une longueur de 0,05 c. 1/2; son diamètre vertical n'en atteint pas tout à fait 4.

Le bord libre de la lèvre inférieure est malade, mais l'ulcération qui le surmonte ne présente pas ces inégalités que nous avons mentionnées tout à l'heure; elle se prolonge un peu sur la muqueuse qui revêt la face interne de la lèvre, et, si l'on promène le doigt sur cette face, on sent une induration considérable qui arrive jusqu'au point où la muqueuse buccale se réfléchit de la lèvre sur la gencive.

Le malade perd une quantité de salive considérable, sans que cependant ses fonctions digestives aient à en souffrir.

Enfin, on ne rencontre aucune trace de ganglions indurés à la base de la mâchoire inférieure.

Le 5 février, le malade est conduit à l'amphithéâtre. On le fait asseoir sur une chaise assez élevée; un aide soutient la tête et comprime les deux artères faciales; un autre soulève les commissures et les attire au dehors. M. Jobert porte alors son bistouri du talon vers la pointe de manière à intéresser toute l'épaisseur de la lèvre inférieure et à détruire les commissures, moins la partie que forme la lèvre supérieure. Cela fait, le chirurgien promène le bistouri en dehors de la tumeur jusque dans l'épaisseur des parties molles du menton. Deux longues incisions pratiquées à droite et à gauche se réunissent à son sommet. C'est à ce moment que la dissection complète de la lèvre et de toutes les parties malades est exécutée de manière à ne laisser aucune trace de l'altération cancéreuse.

Restait à réparer la perte de substance; la réunion latérale par la méthode de Franco était impraticable; on ne pouvait songer davantage à tailler un lambeau quadrilatère, ainsi que le voulait Chopart : aussi M. Jobert se détermine-t-il à employer l'autoplastie composée et ingénieuse de M. Roux (de Saint-Maximin). Il décolle sans désemparer la peau du cou et des joues en formant autant que possible un lambeau épais et régulier, qui, après la dissection, doit être tout simplement attiré en haut.

Le déplacement du lambeau fut exécuté avec une remarquable facilité, et on le remonta comme un tablier au-devant du maxillaire inférieur.

Les deux angles de la demi-lune, fixés sur la lèvre supérieure par des points de suture entortillée, servirent à rétablir les commissures. Les deux bords du lambeau furent réunis aux joues par le même moyen.

Il s'est écoulé pendant l'opération une certaine quantité de sang, qui a été facilement arrêtée par la suture et la compression régulièrement exercée de bas en haut.

Le 7 février, M. Jobert enlevait toutes les épingles, moins une que l'on a laissée en place jusqu'au 9.

La réunion a eu lieu par première intention. La lèvre est parfaitement confectionnée.

CLINIQUE ÉTRANGÈRE.

HÔPITAL DE GAND. — Service de M. de Fuisseaux.

Plaie de tête. — Section du pariétal droit et de la dure-mère. — Esquilles, abcès intra-crânien, absence de tout phénomène de commotion ou de compression. — Guérison.

Voici encore un fait de plaie de tête (non, il est vrai, par arme à feu, mais par arme blanche) qui n'a produit aucun accident cérébral, bien qu'il y ait eu des esquilles et un abcès intra-crânien. On rapprochera donc avec intérêt cette observation des faits récents que nous avons publiés dans nos numéros des 5, 8 février et 24 mars derniers.

Le mardi 1er juin 1852, à huit heures du soir, une rixe s'éleva entre des soldats du 3e régiment de chasseurs, dans la rue dite Kattemberg. Les armes furent tirées, et le nommé Emmerechts reçut à la tête un coup de sabre qui nécessita son transport immédiat à l'hôpital. La blessure était située à la partie supérieure et latérale gauche, et intéressait tout le pariétal, qui était coupé de part en part dans une étendue d'environ 12 centimètres; le cuir chevelu l'était dans une étendue de 14 à 15 centimètres. On voyait très bien à travers la plaie les battements du cerveau. Les membranes étaient coupées, et on remarqua une dépression des os à l'endroit de la blessure. Au moment de l'accident, le malade ne présenta pas le moindre symptôme de commotion ou de compression, et à son entrée à l'hôpital il se plaignait seulement d'une douleur à l'endroit de la blessure. La voix était affaiblie.

Le 2, à la visite, il y avait une réaction générale ainsi qu'une légère céphalalgie. — Saignée générale et tartre stibié. On fit un pansement à plat et l'on continua à mettre de l'eau froide sur la

plaie. L'après-dîner, seconde saignée de 18 onces. Diète absolue.

Le 3, même état. La soif est assez grande. — Même pansement.

Le 4, légère céphalalgie. La langue est recouverte d'un enduit saburral; il y a constipation. La plaie commence à bourgeonner; mais les bords, ainsi que les environs, sont fortement tuméfiés. Le stylet fait reconnaître un peu de mobilité d'une partie osseuse que l'on veut enlever avec la pince, mais elle est trop adhérente. — Cataplasme émollient.

Le 5, le malade est dans le même état; il n'a pas eu de selle. — Une once d'huile de ricin lui est administrée.

Le 6, on constate une légère amélioration. Le malade a eu quelques selles; le gonflement des bords de la plaie est légèrement diminué; une suppuration blanche et crémeuse, de bonne nature et assez abondante s'établit. Le malade se plaint d'une douleur de tête lorsqu'on ébranle légèrement la partie osseuse mobile; les battements du cerveau se voient parfaitement. — Le pansement est le même. On donne quelque nourriture.

Le 7, même état, même pansement, même régime.

Le 8, le gonflement ayant augmenté, on se décide à débrider pour mettre à découvert la portion d'os mobile; on fait quelques efforts infructueux pour l'extraire. — Même pansement.

Le 9, les douleurs sont plus grandes, la suppuration plus abondante; le malade a peu dormi la nuit. L'examen de la plaie fait reconnaître que des fragments d'os sont en contact avec le cerveau. Après quelques tentatives, on enlève deux fragments de la longueur de 3 à 6 centimètres, l'un appartenant à la table externe, l'autre à la table interne.

Le 10, le malade est mieux, il a bien dormi toute la nuit, toute douleur de tête a disparu, l'étendue de la plaie et la suppuration ont diminué, l'appétit renaît.

Les 11, 12 et 13, même état. Les bords de la plaie et la dure-mère bourgeonnent.

Le 14, le malade a moins bien dormi; il se plaint d'une forte douleur dans la plaie. On l'examine et on trouve une esquille sur le cerveau; on l'enlève. Elle a la même longueur que les autres, mais elle est moins épaisse.

Le 15, plus de douleurs.

Les 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22 et 23, même état.

Le 24, dans la nuit, des douleurs lancinantes intenses surviennent dans la tête à l'endroit correspondant à la lésion des os du crâne; le malade est agité, il n'a pu fermer l'œil de toute la nuit; force lui a été d'enlever lui-même sa bande, supposant que la compression était la cause de ses douleurs. A la visite, on lève l'appareil et on découvre un foyer purulent assez considérable, ayant son siége entre la substance cérébrale et l'enveloppe crânienne. Le cuir chevelu ayant une tendance à se cicatriser beaucoup plus vite que le fond de la plaie et apportant ainsi un obstacle à la sortie du pus, un petit débridement est opéré et une mèche de linge servant de siphon est placée à l'angle inférieur de la plaie; on a soin de ne serrer que médiocrement le bandage. L'état général, du reste, est assez satisfaisant.

A trois heures, les douleurs, qui avaient semblé diminuer, reparaissent tout à coup avec la même intensité. Appelé près du malade, le médecin de service s'empresse d'ôter l'appareil et fait appliquer un cataplasme de lin que l'on maintient à l'aide d'une simple bande.

Le 25, le malade a bien passé la nuit, la suppuration est moins abondante, la plaie présente un bon aspect. Le fond semble se remplir et présente des bourgeons de bonne nature. — On continue les cataplasmes.

Le 26, le malade continue à aller bien. La peau est chaude et sèche, la langue légèrement blanche. — Boissons délayantes et rafraîchissantes; même régime.

Le 27, même état que la veille. On observe à l'angle inférieur de la plaie un engorgement œdémateux du cuir chevelu assez prononcé, douloureux à la pression.

Le 28, l'œdème existe toujours. La face et particulièrement les paupières sont œdématiées du même côté. Depuis la veille le malade n'a pas éprouvé de grandes douleurs, la nuit s'est bien passée. On pratique une incision au point le plus douloureux du cuir chevelu, perpendiculaire à l'angle inférieur de la plaie et d'une longueur de 4 centimètres; il en résulte un écoulement abondant de sang. Quant à l'aspect de la plaie, il est satisfaisant; le bourgeonnement continue, la suppuration est modérée.

Le 30, suppuration plus abondante et tenue. Les alentours de la plaie sont toujours douloureux. Le stylet, introduit dans l'incision de la veille, fait sentir la surface osseuse dénudée et rugueuse. La nuit s'est bien passée.

Le 1er juillet, on découvre une fluctuation manifeste à la partie antérieure et latérale du crâne, qui semble être le résultat d'un travail morbide profond, latent. Une incision pratiquée en cet endroit donne lieu à la sortie d'une petite quantité de pus. L'extrême irritabilité du sujet ne permet pas de pousser plus loin l'exploration de la partie malade; cependant un stylet introduit dans la plaie fait reconnaître une dénudation plus ou moins étendue du péricrâne.

Peu de jours après, on parvient à retirer deux esquilles en aiguille, longues de 4 centimètres environ, et provenant des bords divisés du pariétal. La sortie de ces corps étrangers produit un effet des plus avantageux. La suppuration ne tarde pas à se tarir; le malade est sans fièvre; le sommeil et l'appétit ne laissent rien à désirer. La granulation de la plaie est satisfaisante, et l'on doit même recourir au nitrate d'argent pour la modérer.

Depuis cette époque, la plaie marche, mais lentement, vers une guérison certaine. Les battements observés au fond de la plaie s'affaiblissent insensiblement par suite du travail de cicatrisation. Il est digne de remarque que toutes les fonctions intellectuelles sont restées intactes. Bientôt, nous l'espérons, le blessé pourra sortir de l'établissement. Toutefois, il sera indispensable de lui appliquer un obturateur sur la cicatrice, car la perte de substance du pariétal est irrémédiable, et la plus petite pression pourrait occasionner des accidents. (*Arch. belges de méd. milit.*)

DE LA MINÉRALISATION ET DE LA STABILITÉ

des eaux sulfureuses des Pyrénées que l'on transporte, et particulièrement de la source de Labassère.

L'exportation des eaux minérales prend chaque jour plus d'extension, parce que l'expérience démontre de plus en plus que certaines de ces eaux conservent loin de leurs sources leurs propriétés curatives, qu'on peut en obtenir *chez soi* d'excellents effets et éviter ainsi les fatigues et les frais d'un voyage et d'un déplacement.

Il devient dès lors d'une haute importance pour les médecins de bien connaître ces eaux et d'être à même d'apprécier celles dont ils peuvent espérer loin des sources les meilleurs résultats.

C'est à ce point de vue que nous croyons utile de rappeler et de préciser quelques *faits* relatifs à la *minéralisation* et à la *stabilité* des eaux sulfureuses des Pyrénées, que l'on transporte le plus.

Deux conditions sont indispensables pour qu'une eau minérale soit propre à l'exportation :

Il faut d'abord qu'elle soit douée d'une *assez forte minéralisation à la source* pour que son principe, inévitablement amoindri par l'embouteillage, le transport et le temps qui s'écoule jusqu'à son emploi, reste encore assez puissant pour produire des effets thérapeutiques réels;

Il faut, en second lieu, que l'eau minérale destinée à voyager au loin soit douée de cette propriété que M. Filhol, dans son remarquable travail sur les eaux sulfureuses des Pyrénées, a désignée sous le nom de stabilité, propriété précieuse, qui tient à la basse température de l'eau et qui peut provenir aussi d'autres causes, par exemple : de l'absence d'un excès de silice libre, comme l'a observé le premier M. Filhol dans l'eau de Labassère (Hautes-Pyrénées).

Cela posé, plaçons en regard les uns des autres les résultats les plus positifs des analyses faites jusqu'à ce jour de certaines eaux sulfureuses des Pyrénées employées habituellement loin de leurs sources.

Les noms qui se présentent le plus naturellement sont ceux de *Baréges*, *Cauterets*, *Eaux-Bonnes*, *Labassère*.

Voici ce que nous apprend sur la minéralisation de ces eaux *à la source* un tableau dressé en 1838 par M. Fontan, et dans lequel il les a rangées d'après la quantité du principe sulfureux évalué pour un litre d'eau :

1° *Labassère*	contient	0,0455	milligr. de sulfure de sodium.
2° *Baréges*	—	0,0384	— — —
3° *Cauterets* (Le Espagnole.)	—	0,0205	— — —
4° *Eaux-Bonnes*	—	0,0200	— — —

Si nous consultons les *Recherches* publiées en 1851 par M. Cazalas, le rang de minéralisation de ces sources reste à peu près le même. Voici le chiffre moyen qu'il a trouvé pour les analyses qui en ont été faites :

Pour *Labassère*,	0,0440	milligr. de sulfure de sodium.
Pour *Baréges*,	0,0430	— — —
Pour les *Eaux-Bonnes*,	0,0210	— — —
Pour *Cauterets*, (La Raillère.)	0,0200	— — —

Ainsi, d'après ces documents dignes de toute confiance, *Labassère* et *Baréges* sont des eaux sulfureuses bien plus riches que *Cauterets* et *Bonnes*, qui ne contiennent guère que la moitié de leur sulfure.

Passons à l'examen comparatif de ces mêmes sources sous le rapport de la *stabilité*.

M. Gintrac a fait à ce sujet diverses expériences que M. Cazalas a renouvelées. En voici le résumé :

L'eau de *Cauterets*, dont la température est de 48° centigr., conservée pendant quelque temps *à l'abri du contact de l'air*, a perdu la *moitié* de son sulfure;

L'eau de *Bonnes*, qui est à 33° centigr., conservée de la même manière, en a perdu *un peu plus du tiers*;

L'eau de *Baréges*, qui marque 45° centigr., placée dans la même condition, a perdu *près du tiers*;

Et l'eau de *Labassère*, qui n'a que 12° centigr., conservée de même, *n'a pas perdu sensiblement* de son sulfure.

Donc, *à l'abri du contact de l'air*, c'est-à-dire dans des bouteilles bien bouchées, *Labassère* est la seule de ces eaux sulfureuses qui jouisse d'une *stabilité complète*. — *Baréges* vient ensuite, mais de loin, puisqu'elle perd *près du tiers*. — *Bonnes* et *Cauterets* éprouvent des altérations encore plus considérables.

Des expériences semblables ont été faites par MM. Gintrac et Cazalas sur ces mêmes eaux, mais *en affectant de les mettre en rapport avec l'air pendant quelques minutes*.

Les résultats ont été à peu près les mêmes quant à leur degré de stabilité :

Cauterets, exposée à l'air pendant quelques minutes, n'a plus retenu que *le quart* de son sulfure;

Bonnes n'en a conservé que *la moitié;*

Baréges, *le quart* environ;

Et *Labassère*, agitée pendant cinq minutes dans une bouteille débouchée et à moitié vide, en a retenu les *huit neuvièmes!*

Si Labassère est donc à la tête de ces eaux sulfureuses pyrénéennes par la richesse de son principe minéralisateur, elle l'est plus encore par sa stabilité.

Voilà des faits certains, incontestables, dont la vérification peut d'ailleurs être renouvelée chaque jour. En les groupant, en les replaçant ainsi sous les yeux de nos confrères, nous n'avons voulu rien préjuger sur la valeur de ces eaux justement renommées, ni sur les effets thérapeutiques qu'on en obtient chaque saison thermale *à la source;* mais nous avons cru faire une chose utile dans la pratique, au point de vue de l'étude et de l'administration de ces mêmes eaux *loin de leurs sources*. C'est seulement comme *eaux d'exportation* que nous les avons comparées et classées d'après les diverses analyses dont elles ont été l'objet.

Et c'est au même point de vue que nous publions le fait suivant, qui vient confirmer ceux que nous avons exposés déjà sur la *stabilité* de l'eau de *Labassère* :

MM. Ossian Henry et Blondeau ont bien voulu analyser, le 31 juillet dernier, de l'eau de Labassère arrivée à Paris en 1850 et déposée depuis cette époque dans les caves et les magasins de l'entrepôt général de la rue des Billettes. Ces messieurs ont constaté qu'elle contenait 0,04021 milligr. de sulfure de sodium.

Or le liquide de ce même envoi avait été analysé à son arrivée à Paris, c'est-à-dire en 1850, par M. Poggiale, qui avait trouvé un chiffre presque exactement semblable : 0,0400 milligr.

Ces deux analyses, faites à près de *trois années* d'intervalle, ont donc amené le même résultat. L'eau sulfureuse de Labassère s'était donc conservée sans diminution de son principe pendant ce long espace de temps, soit à la lumière d'un magasin, soit dans l'obscurité d'une cave. Nous ne connaissions pas encore d'exemple d'une pareille *stabilité*.

En terminant cet exposé de faits, nous croyons utile de rappeler que, dans les conclusions de son travail sur l'eau de Labassère, M. Cazalas affirme « qu'on peut l'employer avec avantage *chez soi* dans le » traitement de toutes les maladies où les eaux sulfureuses sont indi- » quées en boisson;

» Qu'elle jouit d'une efficacité spéciale, que l'on ne saurait mettre en » doute, dans les affections suivantes :

» Le *catarrhe chronique des bronches*,

» Les *toux convulsives*,

» Les *congestions passives du poumon*,

» La *tuberculisation pulmonaire*,

» La *laryngite chronique*,

» Et dans le traitement des *maladies de la peau*, notamment de la » *pellagre*, qui semble ne jamais résister à son emploi. »

Docteur Soulé,
Chirurgien en chef de l'hôpital de Bagnères.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

ADDITION A LA SÉANCE DU 12 AVRIL.

Discussion sur le mémoire de M. Cruveilhier sur la paralysie musculaire atrophique.

Après un préambule dans lequel il déclare partager l'opinion de M. Cruveilhier sur la coïncidence de l'atrophie des racines motrices spinales avec l'atrophie des muscles volontaires, M. Parchappe continue en ces termes :

En déterminant la nouvelle espèce morbide, M. Cruveilhier, comme on devait l'attendre de sa sagacité, n'a pas manqué de l'opposer à la maladie depuis longtemps connue sous le nom de paralysie générale des aliénés.

Dès 1838, dans un mémoire sur les altérations de l'encéphale dans l'aliénation mentale, j'ai élevé la prétention d'avoir déterminé anatomo-pathologiquement cette dernière espèce de maladie sous le nom de folie paralytique, en lui attribuant pour caractère essentiel le ramollissement phlegmasique de la couche corticale cérébrale. Dans tous les cas de paralysie générale rigoureusement diagnostiquée et suivie de mort qui se sont présentés à mon observation dans l'asile public des aliénés de la Seine-Inférieure depuis le 1er janvier 1835 jusqu'au 1er janvier 1848, j'ai positivement, et sans rencontrer une seule exception, constaté l'existence du ramollissement plus ou moins étendu, plus ou moins profond de la couche corticale cérébrale. Le nombre de ces observations, qui s'élevait en 1838 à 43, avait atteint en 1841, époque de la publication de mes documents nécroscopiques, le chiffre 86, et en 1848, époque d'une communication faite à l'Académie des sciences, le chiffre 201.

Parmi les différences nombreuses qui séparent la paralysie générale des aliénés, la folie paralytique, soit des diverses espèces de paralysie qu'on a essayé de confondre avec elle sous le nom de *paralysie générale progressive*, soit de la maladie décrite par M. Cruveilhier, il en est une qui porte sur le mode même de l'altération du mouvement, et que je crois utile de signaler en quelques mots.

Dans la paralysie générale des aliénés, dans la folie paralytique, quand il n'y a pas de complication avec une autre maladie, c'est-à-dire quand le ramollissement phlegmasique qui la constitue anatomiquement se borne à la couche corticale cérébrale, l'altération du mouvement, qui augmente lentement et graduellement, n'arrive jamais jusqu'à sa suppression absolue. La paralysie demeure incomplète, caractère qui a été saisi dès la première époque où cette maladie a été observée. Et, d'autre part, l'affaiblissement graduel de la force motrice volontaire, qui est le caractère essentiel de cette paralysie, porte à la fois sur tous les muscles volontaires, bien qu'elle se traduise dans les mouvements partiels par des effets fort inégaux, sans aucun doute, suivant le siége, l'étendue et la profondeur du ramollissement, mais surtout suivant l'inégalité du degré de précision et de force réclamé par les divers mouvements composés qui donnent naissance à la parole, à la station, à la marche, etc. La paralysie est primitivement générale, et son développement est bien plus un développement d'intensité graduelle dans tous les mouvements volontaires qu'un développement d'extension graduelle d'un muscle ou d'un système de muscles à un autre muscle ou à un autre système de muscles. Il en est de la diminution de la motricité volontaire dans la folie paralytique comme de la diminution de la sensibilité, qui dans cette maladie a aussi pour caractères d'être graduelle, générale et incomplète.

Après avoir déterminé par des preuves, à mon avis irréfragables, les caractères nosologiques de la nouvelle espèce distincte de paralysie des mouvements volontaires, M. Cruveilhier a posé la question pathogénique en ces termes :

« Quelle est la part respective de l'atrophie musculaire et de l'atrophie des racines spinales antérieures dans la production de cette paralysie? ou quel est le rapport qui existe entre ces deux atrophies? »

M. Cruveilhier pense que l'atrophie des racines motrices est l'altération primitive et essentielle, celle qui amène consécutivement dans les muscles d'abord la paralysie, puis l'atrophie, et il résume sa doctrine pathologique en disant :

« Il existe une espèce de paralysie du mouvement, tantôt partielle, tantôt générale, coïncidant avec l'intégrité du sentiment et de l'intelligence, qui a son principe dans l'atrophie des racines antérieures des nerfs spinaux. »

C'est ainsi que M. Cruveilhier a dénoué ce qu'il a fort justement appelé le nœud de la question.

C'est en effet à cette question de l'antériorité pathogénique de l'atrophie dans les nerfs ou dans les muscles que commencent les grandes difficultés et que commenceront aussi les grands dissentiments.

La connexion pathogénique des deux lésions est démontrée dans l'observation de Lecomte par la concordance du degré d'intensité de lésion entre les parties nerveuses et musculaires anatomiquement et physiologiquement unies. Cette connexion, dont la réalité s'appuie en outre sur toutes les analogies pathologiques, avait déjà été positivement constatée par M. J. Guérin. (Voir le discours de M. Guérin.)

M. Cruveilhier, qui ne conçoit la possibilité de cette connexion entre les deux lésions que sous la condition d'un rapport de subordination, admet lui-même qu'on peut chercher dans l'une ou l'autre des deux lésions celle qui aurait le caractère d'un point de départ, d'une cause.

Après avoir comparé les motifs qui peuvent être invoqués en faveur de l'une ou l'autre des deux hypothèses, le savant professeur se décide en faveur de celle qui attribue le rôle de point de départ et de cause à l'atrophie des racines nerveuses.

Mais il est tout d'abord important de remarquer que les deux hypothèses discutées par M. Cruveilhier n'épuisent pas la question.

Il y a des atrophies coexistantes du système nerveux et du système locomoteur sur l'antériorité relative desquelles il est impossible de se prononcer et qui paraissent représenter deux faits contemporains simultanément produits sous l'influence d'une même cause; ce sont toutes les atrophies congéniales qui peuvent être véritablement rapportées à l'agénèse. L'agénèse simultanée de diverses parties du système nerveux et des appareils sensitifs ou locomoteurs qui s'y rattachent n'est-elle pas le plus souvent l'expression d'une lésion dynamique unique qui étend à la fois son action sur toutes les parties instrumentales d'une fonction?

Un caractère analogue ne pourrait-il pas appartenir à la maladie nouvellement étudiée, dont les éléments anatomiques, atrophie nerveuse et atrophie musculaire, seraient la commune expression d'une lésion dynamique, essence de la maladie et condition primitive des deux lésions simultanées et secondaires? Mais ici le domaine de la question s'élargit à un tel point que la pathologie tout entière pourrait y entrer.

Je crois qu'il est sage, au moins quant à présent, de la restreindre dans les données positives des faits anatomo-pathologiques, comme l'a fait sciemment et volontairement M. Cruveilhier, et de se borner par conséquent à l'appréciation comparée des deux hypothèses qu'il a discutées.

M. Cruveilhier admet d'une manière générale la possibilité de l'atrophie nerveuse consécutive à une atrophie musculaire primitive ou idiopathique. En effet, il croit que le système nerveux devenu inactif peut s'atrophier; il cite les faits bien connus d'atrophie du nerf optique dans les cas de suppression de la vision dépendante de lésion du globe de l'œil; il est disposé à admettre qu'à la suite de l'amputation d'un membre les racines spinales antérieures et postérieures qui présidaient au mouvement et au sentiment des parties qui n'existent plus doivent présenter des atrophies correspondantes.

Je crois que l'influence de l'inactivité fonctionnelle sur l'atrophie des diverses parties constituantes du système nerveux, bien qu'assez généralement admise, n'est pas encore exactement appréciée dans toute son importance.

Persuadé que la diminution du mouvement de composition nutritive sous l'influence de l'inactivité fonctionnelle représente une loi générale de l'économie vivante, j'avais admis, *à priori*, dès mes premières recherches d'anatomie pathologique sur l'aliénation mentale, que la diminution ou la suppression de l'activité cérébrale dans la démence devait avoir pour effet de produire à la longue une atrophie plus ou moins considérable du cerveau.

C'est en partie pour donner une base solide aux recherches que je me proposais de faire pour la vérification de cette loi que je me suis d'abord efforcé de déterminer aussi rigoureusement que possible le volume et le poids normal de l'encéphale, en tenant compte de toutes les différences physiologiques, résultats que j'ai publiés en 1836.

De 1835 à 1848, j'ai pesé avec soin le cerveau de tous les aliénés qui ont succombé dans le service à la tête duquel j'étais placé, et j'ai ainsi obtenu, en définitive, une masse considérable de faits parfaitement concluants. La discussion raisonnée de 284 observations m'avait conduit, dès 1841, à formuler, dans mon *Traité de la folie*, la loi pathologique du décroissement graduel du cerveau en raison de la dégradation successive de l'intelligence dans la folie simple. Une nouvelle série de 498 observations m'a permis de confirmer cette loi. Dans une note communiquée à l'Académie des sciences le 31 juillet 1848, j'ai résumé les résultats de ces deux séries d'observations, qui se contrôlent l'une l'autre, et qui s'appuient définitivement sur 782 observations.

	1re SÉRIE.		2e SÉRIE.		TOTALITÉ.		PROPORTION DES DIFFÉRENCES.	
	hom.	fem.	hom.	fem.	hom.	fem.	hom.	fem.
Folie aiguë (manie et mélancolie, état aigu). . . .	1,449	1,295	1,428	1,253	1,433	1,274	1,000	1,000
Folie chron. (dém.).	1,363	1,186	1,335	1,191	1,344	1,189	923	933
Folie chronique:								
1° Simple affaiblissement intellect.	1,402	1,216	1,418	1,214	1,405	1,227	680	963
2° Manie et mélancolie chronique..	1,395	1,231	1,370	1,237	1,381	1,235	963	969
3° Incohérence. . .	1,374	1,202	1,353	1,210	1,358	1,208	947	948
4° Stupidité. . . .	1,297	1,152	1,274	1,129	1,281	1,139	886	894

L'existence de la loi ressort clairement de la comparaison des deux catégories de folie aiguë et folie chronique, dont les moyennes diffèrent d'une quantité en poids égale à 89 grammes pour les hommes, à 85 grammes pour les femmes; en proportion égale à 77/1000 pour les hommes, à 67/1000 pour les femmes.

Elle se révèle encore plus évidemment par la comparaison des moyennes dans les quatre catégories de la folie chronique, où l'on voit le poids du cerveau diminuer en même temps que la puissance intellectuelle, et où la différence des moyennes entre la folie aiguë et le dernier degré de la folie chronique atteint 152 grammes, ou 114/1000, chez les hommes, et 135 grammes, ou 106/1000, chez les femmes.

L'atrophie avec induration joue dans les maladies de la moelle, assez confusément rapportées à l'inflammation, un rôle très important. Je suis porté à croire que dans un certain nombre de cas de paralysie ancienne où je n'ai trouvé, après la mort, d'autre altération qu'une induration atrophique de la moelle épinière, la diminution de l'activité fonctionnelle avait eu une part principale dans l'atrophie de l'organe nerveux.

Chez une femme atteinte de paraplégie depuis dix ans, dont la paralysie avait d'abord porté exclusivement sur le mouvement complétement aboli dans les jambes, s'était, dans les deux dernières années de la vie, étendue à la sensibilité; l'anesthésie occupait les extrémités inférieures des deux côtés jusqu'au-dessus du genou, et avait respecté les fonctions de la vessie et du rectum, j'ai constaté après la mort une atrophie très notable de la moitié inférieure de la moelle épinière, des nerfs de la queue de cheval et des muscles des extrémités inférieures, surtout des jambes.

Ollivier (d'Angers) a cité, d'après M. Magendie, l'observation d'une vieille femme qui était depuis une douzaine d'années dans une inaction presque complète, le corps fortement fléchi en avant et les membres inférieurs dans un état de contracture assez prononcé. Aucune altération de la sensibilité n'accompagnait la lésion du mouvement. On trouva la moelle épinière considérablement diminuée de volume et très dure. Les racines antérieures des nerfs rachidiens étaient réduites en quelque sorte à leur névrilème, tandis que les postérieures n'offraient aucun changement appréciable.

On ne trouve, il est vrai, dans les annales de la science, qu'un petit nombre de cas d'atrophie des nerfs coïncidant avec l'atrophie des muscles dans les paralysies anciennes de cause encéphalique; mais souvent on a constaté, en même temps que la conservation du volume, l'altération de la couleur et de la consistance, expression non équivoque d'une lésion de nutrition.

Bien que je sois disposé à accorder une part importante à l'inactivité fonctionnelle dans la génération de l'atrophie nerveuse, et à admettre que la suppression de toute action musculaire, et à plus forte raison la suppression des muscles eux-mêmes, en tant qu'organes de mouvement, puisse et doive provoquer l'atrophie des nerfs moteurs et des racines motrices, j'avoue pourtant que, dans l'observation qui est le sujet de cette discussion, l'atrophie des racines motrices est signalée comme si considérable dans son intensité et si rapide dans son développement, que je ne puis pas plus que M. Cruveilhier consentir à la considérer comme une simple atrophie d'inactivité fonctionnelle, consécutive à l'atrophie primitive et essentielle des muscles.

C'est en m'appuyant sur l'accord, beaucoup plus constant qu'on ne le croit, de l'anatomie, de la physiologie et de la pathologie, que je passerai rapidement en revue les objections adressées à la doctrine de M. Cruveilhier par M. Bouvier, dans son intéressante et savante improvisation.

Quand cet accord n'existe pas, ce n'est pas la faute de la nature, qui a soumis à des lois constantes, invariables, les phénomènes de la vie; c'est la faute ou de l'anatomie, ou de la physiologie, ou de la pathologie, la faute même de toutes les trois, et quelquefois aussi, il faut bien l'avouer, la faute des observateurs.

Il y a déjà, dans l'observation si patiemment étudiée, si clairement exposée, si judicieusement interprétée de M. Cruveilhier, un exemple assez éclatant de l'accord de l'anatomie, de la physiologie et de la pathologie en ce qui se rapporte au théorème de Ch. Bell. Il n'est pas sans intérêt de rappeler, à ce sujet, que la distinction des nerfs purement moteurs et purement sensitifs, que Galien avait admise par induction anatomique, a été construite par Ch. Bell, dans l'admirable développement qu'il lui a donnée, sur des données en quelque sorte purement anatomiques, que l'expérimentation physiologique et l'observation pathologique ont élevées jusqu'à la hauteur de démonstration scientifique, déjà strictement dans l'œuvre de Bell lui-même, et depuis largement et magnifiquement dans les œuvres des plus éminents physiologistes, Magendie, Béclard, Muller, Longet, etc.

Les distinctions exactes et judicieuses que M. Bouvier a faites ou rappelées, en ce qui se rapporte aux divers degrés de la paralysie et de l'atrophie dans les muscles, et aux résultats des expériences de MM. Duchenne et Brierre de Boismont, sur la persistance et la disparition de l'irritabilité musculaire, ne font qu'exprimer, sous une forme restreinte, des ordres distincts de faits que la physiologie est parfaitement en mesure de compléter.

Le mouvement volontaire seul est paralysé dans les muscles par les maladies qui ont exclusivement leur siége dans l'encéphale. Le mouvement par les excitations directes portées sur les muscles, sur les nerfs, sur la moelle, est encore possible. L'irritation électrique démontre la persistance de la contractilité musculaire. Les muscles gardent jusqu'à un certain point leur tension motrice. Leur atrophie est lente et limitée. C'est le cas des hémiplégies cérébrales et cérébelleuses; c'est aussi le cas de la paralysie générale des aliénés, dans laquelle la maladie a pour siége la couche corticale cérébrale.

Le mouvement volontaire est paralysé, la contractilité musculaire s'éteint consécutivement après une durée plus ou moins longue, en même temps que se prononce un mouvement rapide d'atrophie profonde, dans les maladies qui suppriment l'action des centres nerveux par une lésion profonde de la moelle épinière, et plus sûrement encore par une lésion profonde des racines motrices et des nerfs moteurs. Les muscles perdent leur tension motrice. Ils ne répondent que faiblement, et finissent par cesser de répondre à l'irritation galvanique en même temps qu'ils s'atrophient rapidement et profondément. C'est le cas des paralysies vraies, dans lesquelles MM. Duchenne et Brierre de Boismont ont constaté la suppression de l'irritabilité musculaire. C'est le cas de la maladie dont l'observation de Lécomte est un exemple.

Enfin, dans l'atrophie musculaire idiopathique, sans lésion des nerfs des centres nerveux, dont j'admets parfaitement l'existence, il est évident que le mouvement volontaire et l'irritabilité musculaire doivent diminuer graduellement, pour disparaître complétement et sans retour dans tout muscle, dans tout faisceau, dans toute fibre musculaire dont l'atrophie a atteint son dernier terme, c'est-à-dire la transformation graisseuse.

Certainement le nom de paralysie, qui implique la diminution ou la suppression du mouvement par altération du système nerveux, ne serait pas applicable à ces cas d'atrophie musculaire, idiopathique et primitive, qui, jusqu'à la dernière observation de M. Cruveilhier, paraissaient devoir comprendre toutes les observations groupées par M. Aran sous le nom d'*atrophie musculaire progressive* et par M. Thouvenet sous le nom de *paralysie musculaire atrophique*.

Mais certainement aussi il ne s'agit pas d'un cas de ce genre dans l'observation de Lecomte, qui est bien une paralysie, puisqu'un de ses caractères anatomiques essentiels est la lésion profonde des racines nerveuses motrices.

Comme M. Bouvier, je conçois qu'on puisse accorder une certaine importance à la dénomination des maladies, et je partage bien sincèrement son éloignement pour cette qualification de *progressive* depuis quelques années introduite dans la nomenclature nosographique. Je connais peu de maladies auxquelles cette appellation ne puisse être appliquée, soit à un moment donné, soit même dans tout le cours de leur développement; et il me semble que toutes les paralysies du mouvement qui n'atteignent pas du premier coup leur terme, c'est-à-dire qui ne sont pas dues à une désorganisation rapide et profonde de l'une des parties du système nerveux d'où dépendent les mouvements, sont progressives dans leur développement. Je laisserai très volontiers à M. Cruveilhier le soin de tenir compte de cette observation, s'il le juge utile ou convenable; mais je tiens essentiellement à ce que le nom de paralysie soit conservé à une maladie dont un des caractères essentiels est une altération du mouvement liée à une altération du système nerveux.

En définitive, je pense que la maladie dont M. Cruveilhier a déterminé les caractères symptomatiques et anatomo-pathologiques doit entrer comme espèce distincte dans le cadre nosologique; qu'elle doit y être rapportée à la classe des paralysies du mouvement; et que, quant à présent et jusqu'à plus ample informé, elle peut être considérée selon la formule donnée par M. Cruveilhier, *comme une espèce de paralysie tantôt partielle, tantôt générale, coïncidant avec l'intégrité du sentiment et de l'intelligence, et ayant son principe dans l'atrophie des racines antérieures des nerfs spinaux.*

M. J. Guérin. De quelque manière qu'on envisage la maladie qui a fait le sujet de l'intéressante communication de M. Cruveilhier, on ne saurait méconnaître qu'elle est entourée de grandes obscurités. Je n'en voudrais d'autre preuve que la diversité des opinions exprimées par les trois honorables membres qui ont pris part jusqu'ici à la discussion. Pour M. Cruveilhier, c'est une paralysie du mouvement par atrophie des racines antérieures. Pour M. Bouvier, c'est une atrophie musculaire essentielle primitive, dans laquelle la lésion nerveuse mérite d'être prise en considération, mais comme phénomène accessoire. Pour M. Parchappe, c'est évidemment une paralysie du mouvement, mais par des considérations un peu différentes de celles invoquées par M. Cruveilhier. Comme fait et comme doctrine, n'y a-t-il rien de plus à voir dans la maladie de Lecomte? Après avoir lu et écouté attentivement les raisons données de part et d'autre, il m'a paru qu'on avait négligé quelques-unes des circonstances de l'observation rapportée avec tant de soin par M. Cruveilhier, capables de jeter quelque lumière sur le sujet en discussion. Précisons d'abord l'objet du débat. De quoi s'agit-il?

1° De savoir si la maladie observée par M. Cruveilhier est une paralysie du mouvement produite par l'atrophie des racines antérieures ou une maladie essentielle et primitive des muscles, telle qu'elle a été désignée dans ces derniers temps sous le titre *atrophie musculaire progressive;*

2° Si, en envisageant la maladie de Lecomte comme une paralysie, on peut la considérer comme maladie nouvelle.

Il y a dans l'observation rapportée par M. Cruveilhier trois circonstances principales, matérielles : l'atrophie des racines nerveuses dévolues au mouvement, l'atrophie des muscles, et la transformation graisseuse des muscles atrophiés. Il s'agit de déterminer le mode de génération et de subordination de ces faits par rapport à la paralysie.

La paralysie n'est pas, comme on le suppose généralement, un état absolu : elle présente plusieurs phases, plusieurs degrés, plusieurs modes qui la diversifient de manière à multiplier ses apparences et ses manifestations. Aussi, depuis plusieurs années, ai-je cherché à établir que la paralysie comprend surtout trois modes, trois degrés : la *contracture simple*, la *contracture paralytique* et la *résolution paralytique*. Ces trois états, émanant de la même origine, se trouvent souvent réunis chez le même individu et sur un même appareil musculaire. C'est ce que l'on a pu observer chez Lecomte.

Mais quelle est, dans l'état actuel de la science, la signification de cette paralysie et la place qu'elle doit occuper dans le cadre nosologique; en d'autres termes, faut-il la regarder comme une espèce nouvelle de paralysie?

Il convient de considérer, dans le cas de Lecomte, l'atrophie des racines antérieures liée à la paralysie du mouvement d'une part, de l'autre, l'atrophie des muscles paralysés et leur transformation graisseuse. Relativement à la concordance de l'atrophie des racines du mouvement avec l'abolition de la contractilité, le fait rapporté par notre savant collègue M. Cruveilhier n'est pas le premier qui soit connu dans la science. Ainsi que l'a déjà fait remarquer M. Parchappe, à la date de 1842, M. Longet avait déjà publié un fait de ce genre, que je lui avais communiqué. Ce fait n'offre pas seulement, comme le dit M. Parchappe, un premier exemple de l'atrophie des racines antérieures ayant coïncidé avec une paralysie de quelques-uns des muscles du membre inférieur correspondant, mais on y trouve surtout *deux circonstances* très précieuses propres à mettre hors de doute le rapport de subordination de la paralysie du mouvement à l'atrophie des racines. Ces deux circonstances sont :

1° L'association, dans les différents muscles de la jambe, des différents degrés et modes de la paralysie (contracture et résolution paralytiques), desquels était résultée une difformité du pied;

2° La décoloration et l'atrophie des muscles et faisceaux de muscles paralysés. Ajoutons que, comme dans le cas rapporté par M. Cruveilhier, toutes les racines nerveuses n'étaient pas également et complétement atrophiées, et que corrélativement tous les muscles, tous les faisceaux de muscles n'étaient pas également paralysés, décolorés et atrophiés. Voilà pour la question physiologique.

Cependant, ainsi que M. Bouvier l'a très justement fait remarquer, chez Lecomte, le fait de la dégénérescence graisseuse des muscles, rapide, général, arrivant pour ainsi dire en même temps que l'atrophie, n'est pas en rapport avec ce que l'on observe dans les paralysies dépendant d'une altération de la moelle ou des nerfs rachidiens. Le fait est exact; la dégénérescence graisseuse est dans ces sortes de paralysies beaucoup plus tardive, beaucoup moins générale et moins complète. Mais cette difficulté n'en est peut-être pas une si l'on veut bien tenir compte de la nature des faits et de leurs conditions de diversité.

Jusqu'ici nous ne nous sommes préoccupé que de l'existence de la paralysie considérée d'une manière absolue. Mais en principe il doit exister, et en fait il existe différentes espèces de paralysies, dont la nature étiologique différente implique une différence proportionnelle dans les caractères. Ceci n'est pas une hypothèse, et pour n'en citer que deux exemples : la paralysie saturnine et la paralysie syphilitique n'offrent-elles pas des différences corrélatives à la différence de leur cause? Or, dans l'évolution de la maladie de Lecomte, n'a-t-il pas existé aussi des circonstances étiologiques capables de rendre compte des caractères particuliers de l'altération musculaire : l'atrophie graisseuse? Sans aucun doute, suivant nous.

Après une première nuit passée sur un pavé boueux, première atteinte, état local et stationnaire; après une seconde nuit froide et humide passée à la belle étoile, extension de la maladie. La seconde épreuve ne confirme-t-elle pas, ne met-elle pas hors de doute la signification de la première, et toutes deux ne s'accordent-elles pas pour établir que Lecomte a contracté sur ce pavé humide, dans la boue, une paralysie de nature rhumatismale, en un mot, d'une nature spéciale quelconque? Comment a dû agir organiquement cette cause, sinon de l'extérieur à l'intérieur, à la périphérie du système nerveux, c'est-à-dire sur les extrémités terminales et complexes des deux systèmes nerveux, ganglionaire et rachidien? En admettant cette manière de voir, infiniment probable, quoi de plus facile à expliquer que les phénomènes de contracture spasmodique d'une part, et de l'autre le mode d'altération particulière de la contexture des muscles, l'atrophie graisseuse, par la paralysie d'une portion périphérique du système nerveux ganglionaire, combinée avec la paralysie périphérique des filets nerveux rachidiens correspondant aux racines atrophiées? De cette façon, ne met-on pas d'accord toutes les circonstances anatomiques, physiologiques et pathologiques de la maladie : la spécificité des caractères en rapport avec la spécificité des causes?

D'après cet exposé, la maladie dont M. Cruveilhier nous a présenté l'observation serait donc, au point de vue physiologique, une paralysie du mouvement produite par l'atrophie des racines des nerfs affectés au mouvement volontaire, et au point de vue pathologique, une paralysie spéciale, de nature rhumatismale, ayant commencé par la périphérie du système nerveux, et ayant atteint simultanément des filets appartenant aux deux systèmes nerveux : animal et ganglionaire; en un mot, une *paralysie rhumatismale périphérique du mouvement.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

L'Espagne ne veut pas rester en arrière dans la question des honneurs à rendre à la mémoire de M. Orfila. Sur la proposition de M. José Gutierrez de la Vega, l'habile rédacteur de l'*Heraldo medico*, une souscription est ouverte pour élever un monument à son célèbre compatriote. Un minimum de 4 réaux a été fixé. La première liste de souscription, publiée par le *Heraldo*, est ainsi composée:

D. Pedro Calvo Asensio, directeur du *Restaurador pharmaceutico*..	100 réaux
D. Matias Nieto y Serrano, directeur de la *Gaceta medica*.	100
D. Ciriaco Ruiz Jimenez, directeur de la *Union medica*.	100
D. Enrique Suender, directeur d'*El Porvenir*. . . .	100
D. Manuel Alvarez Chamorro, directeur d'*El Repertorio de higiene publica y medicina legal*. . . .	100
D. José Gutierrez de la Vega, directeur du *Heraldo medico*.	100
Total.	600 réaux.

Le frère de l'illustre défunt, D. Antoine Orfila, consacre une somme considérable à cet objet.

— Nécrologie. — Le docteur Jean-Baptiste Bellini, auteur d'un traité sur la métastase, vient de mourir à Florence à la suite d'une courte maladie.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 46. — MARDI 19 AVRIL 1853. (26e ANNÉE.) N° 46. — MARDI 19 AVRIL 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Pays	Durée	Prix
Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	Trois mois	8 fr. 50 c.
	Six mois	16 »
	Un an	30 »
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	Trois mois	9 fr.
	Six mois	17
	Un an	33
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	Trois mois	10 fr.
	Six mois	20
	Un an	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

PARIS, LE 18 AVRIL 1853.

De la paralysie musculaire atrophique.

Dans l'avant-dernière séance de l'Académie de médecine, M. Cruveilhier est venu exposer l'histoire d'une paralysie spéciale ayant pour résultat l'atrophie et la dégénérescence graisseuse musculaires, maladie nouvelle ou plutôt espèce morbide nouvelle dont MM. Aran et Thouvenet ont fait connaître les principaux caractères. M. Cruveilhier donne à cette maladie le nom de *paralysie musculaire atrophique*. C'était une belle occasion pour l'Académie d'explorer d'une manière complète ce terrain nouveau de la pathologie et de dissiper les obscurités qui le couvrent. Mais les questions qui sont du ressort de la médecine n'ont pas, à ce qu'il paraît, le même charme et ne soulèvent pas autant de passions que les sujets tirés du domaine de la chirurgie ou des spécialités, et c'est à peine si la discussion s'est engagée d'une manière contradictoire et rétrospective ; il a fallu de véritables efforts, nous allions dire une sorte de dévouement, pour rendre hommage au travail du savant professeur et lui faire les honneurs d'un débat sérieux. MM. Bouvier, Parchappe et J. Guérin avaient à peine ouvert la discussion, qu'elle s'est terminée au moment même où toutes les questions de pathogénie et de physiologie pathologique qu'elle devait soulever venaient à peine d'être mises en lumière et posées devant l'Académie. Cela est fâcheux, car la communication de M. Cruveilhier est une des plus importantes que nous ayons entendues depuis longtemps, et elle renferme, comme les discours qu'elle a provoqués, des éléments nosologiques du plus haut intérêt et suffisants pour décider la nature de cette espèce morbide nouvelle.

En quoi consiste cette paralysie musculaire atrophique ? Quels sont ses causes, ses caractères dynamiques, sa marche, ses conséquences matérielles ou organiques et quelle en est la nature ? Voilà ce que nous allons examiner en suivant pas à pas le travail de M. Cruveilhier et les observations dont il a été l'objet dans l'Académie de la part de MM. Roux, Bouvier, Parchappe et J. Guérin.

M. Cruveilhier a eu l'occasion d'observer plusieurs fois à son point de vue particulier des exemples de paralysie incomplète, partielle ou générale, suivie de l'atrophie et de la dégénérescence graisseuse des muscles paralysés. Il désigne ces accidents sous le nom de *paralysie musculaire progressive atrophique*, et il en a fait connaître à l'Académie les principaux caractères en même temps que la cause anatomique.

La paralysie musculaire atrophique se montre surtout chez l'homme, assez souvent dans l'âge adulte ; mais elle est très commune chez les vieillards, où elle passe souvent inaperçue. Elle succède souvent à des rhumatismes musculaires et à l'action du froid humide, comme on le voit dans la troisième observation dont M. Cruveilhier a donné lecture à l'Académie. Ailleurs elle se développe sans cause connue, peut-être par suite d'un exercice exagéré des muscles paralysés, si l'on en croit l'hypothèse très acceptable formulée par M. Aran.

Les malades éprouvent au début des douleurs vagues dans les articulations, des fourmillements, des engourdissements, des picotements dans les muscles qui seront ultérieurement frappés de paralysie. Ce sont ordinairement les muscles du membre supérieur et de la main. Ces mêmes muscles perdent leur force intrinsèque et sont insuffisants à remplir les ordres transmis par la volonté. Alors ils diminuent de volume et commencent à s'atrophier ; les faisceaux musculaires sont le siége d'oscillations et de contractions fibrillaires qui forment des saillies longitudinales à la surface de la peau, et produisent une petite secousse intérieure dont le malade a la conscience.

La sensibilité au froid est très grande dans les parties affectées, et à part les sensations de fourmillement et de picotement dont nous venons de parler, la sensibilité cutanée n'est pas amoindrie.

La paralysie est d'abord incomplète et ne frappe qu'un petit nombre de muscles ; rarement elle est générale. Cependant on en a vu des exemples : M. Cruveilhier les a rapportés dans le travail qu'il a lu devant l'Académie.

Cette paralysie débute ordinairement par les muscles de la main, dans l'éminence thénar et hypothénar et dans les muscles interosseux ; elle s'établit d'un côté d'abord, puis dans les muscles homologues du côté opposé, puis dans l'avant-bras, le bras et l'épaule. Quand elle devient générale, elle affecte les muscles des membres inférieurs, ceux de la poitrine, du cou, de la face, de la langue et du tronc, et détermine la mort par asphyxie.

A mesure que les phénomènes de paralysie se prononcent, et sans qu'ils aient encore atteint un haut degré d'intensité, lorsqu'il n'y a qu'un état de paralysie incomplète, les muscles perdent leur volume et s'atrophient notablement. C'est même là le caractère spécial de cette forme particulière de paralysie, et qui lui donne son droit d'entrée et son nom en nosologie ; c'est ce caractère qui lui fait donner la dénomination de *paralysie musculaire progressive atrophique*.

Cette atrophie augmente lentement et graduellement avec la paralysie, et elle s'arrête à un certain degré, lorsqu'elle a fait disparaître une plus ou moins grande quantité de faisceaux musculaires. La paralysie, au contraire, continue ses progrès, et d'incomplète qu'elle est presque toujours au début, elle devient avec le temps entière, absolue, complète et incurable.

Les muscles incomplètement paralysés et atrophiés perdent aussi graduellement leur sensibilité électro-musculaire. Le courant galvanique ne détermine pas la sensation douloureuse qu'il provoque habituellement dans les muscles sains, mais il y provoque toujours la contraction des faisceaux musculaires, tant que l'atrophie n'a pas trop modifié leur structure, et tant qu'ils n'ont pas subi la dégénérescence graisseuse. Alors ils cessent de se contracter, par cette excellente raison qu'ils n'existent plus comme muscles, et qu'ils sont remplacés par un tissu nouveau, dépourvu de toute propriété contractile. Il ne faut donc pas dire que les muscles atteints de paralysie musculaire atrophique ne se contractent pas sous l'influence des stimulants galvaniques, et il faut distinguer : ou le muscle existe encore, et le peu qu'il en reste, s'il est sain, se contracte ; ou le muscle altéré et transformé n'existe plus, et c'est une naïveté de dire qu'il a perdu ses facultés contractiles et motrices.

Pendant que s'opère tout ce travail de destruction partielle ou générale du système musculaire, consécutivement à la paralysie incomplète et primitive des différentes parties de ce même système musculaire, l'organisme et la santé générale ne paraissent pas trop souffrir. Les fonctions de respiration, de circulation et de digestion ne sont pas troublées, du moins au début. Quand la paralysie musculaire atrophique est partielle et limitée à un petit nombre de muscles, ces fonctions ne s'altèrent même jamais ; mais si la paralysie se généralise, si, comme dans les exemples publiés par MM. Aran, Thouvenet et Cruveilhier, un grand nombre de muscles se trouvent affectés, et surtout si la maladie s'étend aux muscles du thorax et au diaphragme, la respiration, entravée par le défaut d'action de ses agents mécaniques, cesse de se faire, et il en résulte une asphyxie nécessairement suivie de la mort.

Ce qu'il y a de très remarquable dans cette *paralysie musculaire progressive atrophique*, c'est qu'elle ne va jamais au delà du système musculaire de la vie de relation, c'est qu'elle n'atteint pas les muscles de la vie organique, c'est qu'elle respecte les appareils des sens, même le toucher, et aussi l'intelligence, qui reste intacte, entière, parfaite jusqu'à la fin des accidents et à la mort des individus.

Cette remarque différencie absolument cette paralysie dite *progressive* d'une autre espèce de paralysie dite également *progressive*, mais sans atrophie musculaire, qu'on observe assez souvent avec et sans aliénation mentale. Il est donc important de se rappeler que la paralysie progressive musculaire atrophique ne ressemble en rien à la paralysie musculaire progressive non atrophique des sujets aliénés ou non aliénés. Celle dont nous parlons entraîne l'atrophie des muscles ; voilà son caractère spécifique, et elle ne frappe jamais l'intelligence, ce qui constitue son caractère différentiel.

La paralysie musculaire atrophique marche très lentement, et n'amène l'atrophie des muscles qu'au bout de plusieurs mois, de plusieurs années. Elle s'arrête quelquefois, ce qui est rare, et laisse les malades à peu près guéris, et plutôt infirmes ; ou bien, au contraire, elle gagne chaque jour du terrain, s'étend à d'autres muscles, se généralise, comme dans les trois faits que rapporte M. Cruveilhier, et détermine la mort.

Chez les sujets qui succombent, les muscles qui ont été le siége de la paralysie sont réduits dans leur volume et altérés dans leur structure. Frappés en plus ou moins grand nombre dans la paralysie atrophique partielle et dans la paralysie atrophique générale, ils perdent leur coloration rouge ; ils sont pâles, décolorés ; leurs faisceaux primitifs, moins distincts, sont séparés par des cellules abondantes de graisse. Le tissu adipeux augmente chaque jour, étouffe le faisceau primitif, qui ne se reproduit pas dans le mouvement de recomposition générale du corps, et la graisse ainsi substituée au tissu musculaire le transforme en organe contractile incomplet et insuffisant aux besoins de la locomotion.

M. Cruveilhier a rapporté avec infiniment de soin, d'après M. Gaillet, les modifications réelles, faciles à constater au microscope, qui surviennent dans la fibre musculaire.

Les muscles qui offrent encore la couleur rosée ont des faisceaux primitifs assez nets garnis de leurs stries transversales, et sont séparés par un assez grand nombre de globules graisseux d'inégal volume.

Les muscles décolorés offrent la teinte jaune-paille, et leurs faisceaux primitifs ne sont plus striés. Leur volume est réduit dans des proportions considérables, et tombe de deux centièmes de millimètre à huit ou neuf millièmes. Le perimisium qui les entoure est granuleux et rempli de globules de graisse ; en quelques points il a disparu, comme les faisceaux primitifs eux-mêmes, qui sont transformés en cylindres granulo-graisseux plus ou moins marqués.

Voilà pour les muscles ; mais il faut remonter au delà de ces instruments de la locomotion, et voir dans quel état sont les instruments de la puissance locomotrice : nous voulons parler du cerveau et des nerfs. C'est ce que M. Cruveilhier a fait avec bonheur, et la peine qu'il a prise méritait bien que ses recherches fussent couronnées de succès.

Deux fois, chez des sujets morts avec une paralysie musculaire atrophique, M. Cruveilhier avait fait l'anatomie pathologique des centres nerveux, qu'il avait trouvés dans leur état normal, et il avait négligé l'étude des cordons nerveux. A une troisième nécropsie, cette omission fut réparée, et de suite il trouve dans les nerfs moteurs une lésion considérable à laquelle il rapporte non sans quelque raison les phénomènes organiques de la destruction du système musculaire.

Dans cette troisième nécropsie, que M. Cruveilhier a fait connaître à l'Académie, le cerveau et la moelle épinière étaient dans leur état naturel ; mais les racines antérieures de la moelle étaient toutes atrophiées. Celles de la région cervicale étaient, en volume, la dixième partie des racines postérieures, et à la région dorsale et lombaire elles n'étaient que le quart ou le cinquième de ces mêmes racines postérieures. En quelques points, la racine antérieure était réduite à son névrilème, et le tissu nerveux semblait avoir disparu ; de sorte qu'il y avait dans ces racines différents degrés d'atrophie, depuis l'atrophie simple jusqu'à la disparition entière de l'organe.

Toutefois, avant d'admettre ce résultat comme définitif, il faudrait faire une recherche qui a été omise dans ce cas particulier et qui a précisément une très grande importance ; que M. Cruveilhier nous permette de la lui signaler : il faudrait examiner au microscope les éléments constitutifs des racines antérieures, c'est-à-dire les tubes nerveux, comme on a examiné au microscope les éléments constitutifs des muscles atrophiés. C'est seulement après une étude de ce genre que l'on pourrait dire s'il y a réellement disparition du tissu nerveux. En pareille matière l'œil et la loupe ne sauraient suffire. Le microscope seul permettra non-seulement de juger cette question, mais aussi celle non moins importante de l'altération même des tubes nerveux dans leur nombre, dans leur forme et dans la matière huileuse qu'ils renferment.

Voilà donc en résumé des faits de paralysie musculaire atrophique dans lesquels :

1° L'intelligence reste parfaite et répond anatomiquement à l'intégrité parfaite de l'encéphale ;

2° La sensibilité persiste en rapport avec la parfaite conservation des faisceaux postérieurs de la moelle et des racines postérieures des nerfs spinaux ;

3° Une paralysie du mouvement qui répond :

1° A l'atrophie des racines antérieures des nerfs spinaux et des nerfs mixtes de chaque muscle ;

2° A l'atrophie musculaire.

M. Cruveilhier, analysant ainsi les éléments de ce sujet fort obscur et presque nouveau pour le résumer fort habilement dans les termes que je viens de transcrire, laisse immédiatement entrevoir les principes qui le guident dans l'observation de cette maladie. Anatomiste et physiologiste, subordonnant la fonction à l'organe, l'organe à sa puissance, et hiérarchisant les fonctions selon les principes d'une bonne philosophie médicale, il n'hésite qu'en apparence et se prononce bientôt en faveur des principes et de l'analogie raisonnée. Or dans la paralysie musculaire atrophique, se trouvant dans cette alternative de rapporter la paralysie, l'atrophie et la dégénérescence graisseuse musculaire à une affection essentielle indéterminée des muscles ou à une atrophie primitive constatée des cordons nerveux moteurs, il se décide pour cette dernière opinion, qui est aussi la nôtre et celle que MM. Parchappe et J. Guérin ont vivement soutenue dans la discussion. Il ne croit pas que cette altération des cordons nerveux soit une simple coïncidence et n'ait aucun rapport avec la paralysie et l'atrophie ; il ne croit pas davantage que ce soit un effet de cette paralysie et de la cessation d'action organique, ce qu'on pourrait penser d'après quelques faits particuliers très réels où, un organe ayant cessé de fonctionner, on a constaté ultérieurement l'atrophie du cordon nerveux correspondant. Non, M. Cruveilhier, subordonnant la motilité à sa puissance première, qui est l'influx nerveux, trouve plus philosophique de rapporter à l'altération organique nerveuse des phénomènes que dans l'état actuel de la science il est très difficile d'expliquer autrement. D'ailleurs dans le cas spécial rapporté par M. Cruveilhier la conclusion ne saurait être douteuse, et elle ne l'a pas été pour nous un seul instant.

M. Bouvier, qui ne partage pas entièrement cette opinion, et qui établit dans la paralysie de l'atrophie musculaire des nuances qui portent une atteinte sérieuse au principe de la subordination des fonctions et des appareils, a développé avec une grande netteté ses opinions devant l'Académie. Peut-être est-il un peu en dehors des résultats de l'observation ordinaire quand il déclare que l'atrophie musculaire simple est le premier symptôme de la maladie et qu'il commande tous les autres de manière à justifier le nom d'atrophie musculaire progressive choisi par M. Aran. Cette asser-

tion ne nous semble pas justifiée par les faits que nous avons lus et dans lesquels le point de départ est, comme l'a très bien fait ressortir M. Guérin, la contracture, l'affaiblissement musculaire, et tout à fait sur le second plan l'atrophie plutôt comme un résultat que comme une cause de la paralysie. Toutefois, si cette préoccupation a placé M. Bouvier à un point de vue différent de celui où s'est mis M. Cruveilhier, il n'a prononcé qu'avec réserve et en appelant sur cette question nouvelle les lumières de l'avenir.

M. Parchappe a succédé à M. Bouvier. Ses idées ne sont pas très différentes de celles qui ont été défendues par M. Cruveilhier, et il a surtout traité la question relative à la nature de cette paralysie musculaire atrophique. Il a montré que dans la plupart des cas l'atrophie doit s'étendre des nerfs aux muscles, comme la cessation d'action des premiers entraîne nécessairement la suspension de leurs contractions fibrillaires. Il accepte entièrement comme un principe incontestable la subordination pathologique de l'atrophie musculaire à l'altération des divers éléments constituants du système nerveux, encéphale, moelle, nerfs; et il paraît même disposé à croire que les cas exceptionnels ne sont pas des fautes de la nature, mais bien plutôt des fautes résultant de l'inattention ou de l'inexpérience des observateurs. Admettant même éventuellement l'existence des faits de paralysie sans altération du système nerveux, M. Parchappe déclare qu'il faudrait alors les considérer comme l'expression de deux maladies différentes par leur nature, bien que semblables par leurs symptômes.

C'est M. J. Guérin qui a terminé la discussion en étudiant le sujet à un point de vue un peu différent des orateurs qui l'avaient précédé. Après avoir rappelé que la paralysie offre trois modes particuliers, qui sont la *contracture simple*, la *contracture paralytique* et la *résolution paralytique*, modes observés chez le dernier des malades de M. Cruveilhier, M. Guérin a justement conclu que chez ce malade la paralysie avait précédé et produit l'atrophie musculaire, et que sa maladie était bien une paralysie.

Voilà pour le fait; quant à la physiologie, elle est tout entière dans des faits anciennement observés par M. J. Guérin, et qui lui ont déjà servi à soutenir le principe de la subordination des paralysies du mouvement à l'atrophie des racines antérieures. Sur ce point, M. Guérin croit qu'il n'y a pas à hésiter, et que la paralysie et l'atrophie musculaire observées chez le troisième malade de M. Cruveilhier doivent être rapportées à l'altération des racines antérieures.

Quant à la cause du mal, l'étude des conditions de son développement la fait suffisamment pressentir. La spécificité des causes donne l'explication de la spécificité des caractères d'une maladie, dit M. Guérin; or, comment s'est développée la paralysie musculaire atrophique chez le malade de M. Cruveilhier? Sous l'influence du froid et de l'humidité, qui ont exercé leur action sur la périphérie du système nerveux. Le malade a plusieurs fois couché la nuit entière sur un sol boueux et humide, en plein air, et c'est après ces nuits ainsi passées à la belle étoile que le mal s'est développé rapidement. A ce point de vue, c'est donc une paralysie spéciale, de nature rhumatismale, ayant commencé par la périphérie du système nerveux et ayant atteint simultanément des filets appartenant aux deux systèmes nerveux : animal et ganglionaire; en un mot, c'est une *paralysie rhumatismale périphérique du mouvement.*

E. BOUCHUT.

NOTE SUR L'EMPLOI DU SEIGLE ERGOTÉ
dans les accouchements ;

Par M. E.-A. ANCELON, médecin de l'hôpital de Dieuze (Meurthe).

En rendant compte, dans notre numéro du 24 mars, de la discussion qui avait eu lieu à l'Académie de médecine sur les avantages et les inconvénients, et sur l'opportunité de l'emploi du seigle ergoté dans l'accouchement, nous manifestions le regret de ce que l'absence d'un grand nombre de membres ne leur avait pas permis de prendre part à une discussion d'un aussi grand intérêt.

La note que nous recevons de notre honorable et savant correspondant M. le docteur Ancelon tend en partie à remplir cette lacune, et présente ainsi un caractère d'actualité; aussi nous empressons-nous de la publier.

Dans la séance du 22 mars dernier, il y eut à l'Académie de médecine, à propos du seigle ergoté, une discussion d'un haut intérêt, où M. Depaul parla en accoucheur, M. Villeneuve en habile parrain du *blé cornu*, et où M. Cazeaux se retrancha dans les limites étroites d'une prudente réserve.

Malgré le talent d'exposition, et en dépit de l'expérience des orateurs, on peut douter encore que les accoucheurs soient pleinement édifiés sur la question. Connaissons-nous davantage les circonstances dans lesquelles il convient d'employer le seigle ergoté? Sommes-nous plus éclairés qu'avant la discussion touchant l'action de ce médicament sur l'utérus en particulier, et sur l'économie de la femme en travail, en général? C'était le cas, puisqu'on parlait de la lutte opiniâtre soutenue autrefois par Capuron contre les partisans de la poudre obstétricale, de rechercher d'où venait cette répulsion invincible du vieil accoucheur qui, resté sur la brèche jusqu'au dernier moment, ne voulut croire ni à l'inertie idiopathique de la matrice, ni à l'action spécifique de la céréale avariée, qu'avec Hossack et les Américains il appelait *pulvis ad partum, pulvis ad mortem*.

I. *a.* Quoiqu'on l'ait mise en avant, quoiqu'on en ait parlé beaucoup, je ne sache pas que l'on ait déposé quelque part la définition de cette inertie essentielle, idiopathique de l'utérus.

L'organe maternel ne fonctionne pas ou fonctionne difficilement et avec une extrême lenteur quand il est distendu outre mesure par un fœtus et une trop grande quantité de liquide enfermés dans une membrane résistante. Il suffit alors de livrer un passage aux eaux de l'amnios pour voir s'établir une série de contractions normales, et le travail suivre une progression convenable. La seule règle à observer dans cette circonstance est de s'assurer que le fœtus présente au détroit supérieur une de ses extrémités céphalique ou pelvienne, et de ne pas attendre une dilatation trop complète du col utérin, dans la crainte que, l'accouchement venant à se terminer avec une extrême rapidité, il ne survienne une syncope grave ou une menaçante hémorrhagie.

L'espèce d'inertie produite par une position transversale et la présentation du ventre, ou par la présence de jumeaux et de membranes douées d'une trop grande force de cohésion, n'indique pas davantage l'emploi du seigle ergoté; c'est encore à la main seule de l'accoucheur qu'il appartient de régulariser le travail.

Les contractions utérines languissent, se suspendent même quelquefois sous l'influence d'impressions morales variées ou après avoir été trop vives, trop fréquentes, trop rapprochées, lors de l'engagement de l'extrémité fœtale au détroit supérieur, chez les primipares, dont elles épuisent momentanément les forces; il arrive souvent aussi qu'elles s'établissent fort mal dans la pléthore partielle ou générale. Dans les deux premiers cas, on le sait, il suffit de laisser la femme en repos ou de calmer les craintes qui l'agitent; dans le dernier, il faut recourir à une évacuation sanguine convenable.

Le seigle ergoté, répète-t-on dans les livres classiques, est indiqué chez les femmes molles, lymphatiques ou déjà affaiblies. Qu'est-ce à dire? Est-ce que les scrofules, le crétinisme, la phthisie pulmonaire, par exemple, seraient des signes pathognomoniques de l'*inertie essentielle*? Mais tous les jours je vois les filles et les femmes strumeuses accoucher avec les seules ressources que leur fournit leur propre vitalité : chez elles, la force de résistance n'est pas supérieure à la puissance d'expulsion; tous les jours, chez des malheureuses molles, lymphatiques, blafardes, réduites à la simple vie végétative sous l'influence d'un affreux crétinisme; chez des phthisiques à des degrés différents, qu'elles soient ou non primipares, je vois les contractions utérines s'établir avec une grande énergie et l'accouchement se terminer avec facilité; faut-il ajouter ici que, chez quelques filles de campagne réduites à un marasme effrayant pour s'être *droguées* dans le cours de leur grossesse, j'ai remarqué que l'utérus, après un très long repos, s'est puissamment contracté et a expulsé rapidement, heureusement le produit de la conception encore assez bien conservé?

b. Mais si nul n'a su mettre en évidence cette insaisissable inertie essentielle de la matrice, est-on du moins parvenu à préciser le moment opportun pour l'emploi de l'ergot de seigle? Pas davantage. Je ne pense pas que, se fondant sur l'unique observation rapportée par Dégranges, beaucoup d'accoucheurs soient tentés de conseiller la poudre obstétricale avant l'apparition des phénomènes initiaux du travail; non moins imprudents seraient ceux qui oseraient recourir à cette poudre tant que durent ces contractions dites *lombaires*, contractions intermittentes, alternativement fortes et languissantes, destinées à dilater, à effacer le col utérin lorsqu'une fois l'extrémité fœtale, placée à l'entrée de la filière, tend à plonger dans l'excavation; il faudrait être bien plus imprudent encore pour méconnaître la nécessité et l'existence de ce temps de relâche plus ou moins long que la nature a sagement placé, surtout chez les primipares, entre les douleurs lombaires et les contractions expultrices, non moins intermittentes que les premières.

Dans les cas fort rares où après l'effacement complet du col utérin, après un très long et prudent délai, les contractions cesseraient peu à peu pour ne plus reparaître, la tête du fœtus restant invariablement fixée au détroit supérieur ou dans l'excavation sans y terminer son mouvement de rotation, on pourrait désespérer de l'efficacité des contractions naturelles et artificielles, il serait plus sûr et pour la mère, dont la matrice pourrait se rompre sous l'influence de contractions intempestivement énergiques, et pour l'enfant, dont la circulation serait infailliblement compromise (comme l'a fort bien démontré M. Depaul), de se hâter d'appliquer le forceps. Je comprendrais encore moins l'emploi du seigle ergoté lorsqu'il ne reste plus à la tête qu'à franchir le détroit inférieur, quand on dispose d'un forceps; car, quoi qu'en dise M. Villeneuve, il est bien facile de faire accepter ce moyen, aujourd'hui bien connu du public, aussi prompt qu'inoffensif, quand la femme est harassée, désespérée par les douleurs d'un long travail.

Des gens de l'art timides, inexpérimentés ou inhabiles s'effraient promptement à la vue des souffrances, et se laissent aisément emporter par les cris, les plaintes, le désespoir nerveux des patientes et les sollicitations inopportunes des assistants; ou bien ils s'ennuient et se fatiguent de ce qu'ils appellent à tort longueur du travail, et alors ils ont recours à l'administration du seigle ergoté, en prononçant le mot *inertie*. Les accoucheurs consommés, au contraire, qui ont vieilli dans la pratique de leur profession, savent s'en remettre aux ressources inépuisables, immenses et souvent désespérées de la nature; ils répètent, avec plus ou moins de variantes, ce précepte de mon illustre maître Flamant : « La plus précieuse qualité d'un accoucheur est de savoir attendre. »

« En général, quand les douleurs sont ralenties, le plus sûr et le » mieux est de laisser à la nature le temps d'agir selon ses forces » et sa disposition, en se bornant à donner à la femme une nour» riture suffisante et à calmer son impatience et son inquiétude » par tous les moyens possibles. » (Désormeaux et P. Dubois, *Dict. de méd.*, t. I, p. 400.)

II. Au début de ma carrière médicale, cédant à un entraînement trop commun dans le jeune âge, j'ai souvent administré le seigle ergoté dans des circonstances où je croyais avoir affaire à un état de véritable inertie utérine; plus tard, le courage d'entreprendre une lutte, fort difficile d'ailleurs, avec la femme en travail impatientée et avec les assistants alarmés m'étant venu avec l'âge et l'expérience, j'ai dû constater qu'il n'existe pas d'inertie absolue de la matrice, et que celle-ci se contracte normalement dès qu'on lui a laissé le temps de recouvrer de nouvelles forces; d'où j'ai été amené à conclure, relativement à l'action du seigle ergoté :

1° Que cette action est nulle si la substance obstétricale est administrée trop longtemps avant que l'organe ait repris des forces;

2° Qu'elle semble au contraire très marquée, et menacer par sa violence la vie du fœtus, si la céréale avariée est fortuitement administrée vingt ou trente minutes avant que la matrice ait fini de puiser une nouvelle énergie dans un repos convenable; m'expliquant ainsi, en partie, les variations de l'action obstétricale du *blé cornu* (1) mise en évidence par quelques auteurs.

a. Aux yeux des hommes spéciaux, l'ergot de seigle n'a de valeur qu'autant qu'il a été recueilli dans l'année, surtout si elle est humide, et peu de temps avant la moisson; il doit être conservé en vases clos, exempt de toute trace d'agression de la part des insectes qui ont l'habitude de le dévorer, exhaler une forte odeur de poisson (et non pas de moisi, comme on l'a écrit quelque part), et surtout n'être pulvérisé qu'extemporanément. Quand je m'en servais, j'en donnais la poudre, suivant les cas, à la dose de 4 à 6 grammes, divisés en quatre prises, et chaque prise était administrée dans quelques cuillerées d'eau tiède de quart d'heure en quart d'heure. Voici ce qui se passait :

1° Quelques femmes, dont les contractions utérines, devenues latentes sans doute, semblaient avoir fait place à des soulèvements d'estomac, n'en pouvaient conserver un atome; force était bien alors de recourir à l'application de la main et des instruments.

2° Il y eut quelques patientes chez lesquelles la poudre obstétricale provoquait des vomissements presque immédiatement suivis d'utiles et efficaces contractions utérines.

3° Chez d'autres, et c'était les plus épuisées en apparence, des heures entières s'écoulaient après l'administration du médicament soi-disant accélérateur, sans que l'on vît se réveiller les contractions. Tantôt celles-ci revenaient spontanément avec assez d'énergie pour que la parturition s'accomplît à l'aide des seules ressources de la nature; tantôt, au contraire, le forceps nous restait comme unique et dernière ressource.

4° Il y en eut enfin qui, après une suspension d'une ou plusieurs heures, ayant pris 2 ou 3 grammes de seigle ergoté, virent en dix ou quinze minutes les contractions se réveiller avec une énergie, une ténacité compromettantes et pour la vie de la mère et pour celle du fœtus. J'ajouterai ici (où il n'est question que de femmes bien conformées) avec bonheur que jamais je n'ai vu de rupture de la matrice.

b. Le castoréum substitué au seigle ergoté, surtout chez les femmes nerveuses, auxquelles cette dernière substance est formellement interdite, ne tarde pas, s'il est ingéré à la dose de 4 ou 5 grammes, à être suivi de contractions extrêmement puissantes; mais aucun stimulant ne m'a paru solliciter les contractions de la matrice aussi fidèlement que les lavements de savon.

III. Malgré les sages avertissements des maîtres, malgré les contre-indications les plus flagrantes, le seigle ergoté a été administré à des femmes nerveuses, et les a exposées dès lors et pour toujours à toutes les péripéties hypocondriaques. Dans ces circonstances malheureuses, soit que l'appareil encéphalo-rachidien ait reçu une atteinte profonde, soit que les extrémités nerveuses et les surfaces organiques directement attaquées par la poudre obstétricale aient subi une modification pour nous encore inappréciable, la fièvre de lait a été le signal de désordres variés, tantôt du côté du tube digestif et des sens internes, tantôt du côté de la tête et des sens externes; la convalescence des accouchées de cette catégorie est lente, pénible, entravée par une perversion remarquable des facultés assimilatrices, par toutes sortes de phénomènes bizarres, insolites, de troubles anormaux de la sensibilité, dont le point de départ matériel serait quelque lésion sous-diaphragmatique occulte, inaccessible à nos moyens d'investigation non moins qu'à l'action bienfaisante des agents thérapeutiques.

Il est des sujets à idiosyncrasie malheureuse que la médecine d'autrefois eût placés sur la limite des tempéraments lymphatiques et sanguins et qui semblent toujours être sous le coup d'une phlébite imminente; ce n'est pas ailleurs que dans ces prédispositions physiologiques mises en jeu au moment de la parturition par l'ergot de seigle qu'il faut chercher la cause d'un grand nombre de fièvres puerpérales sporadiques, dont les curieuses recherches de Dance et les beaux travaux de M. Cruveilhier ont définitivement fait une phlébite utérine. J'en pourrais citer de nombreux et tristes exemples.

D'après ce qui précède, on le voit, je suis arrivé, comme Capuron, à croire que le seigle ergoté est un moyen *incertain*, *inutile* et *dangereux* dans l'accouchement.

(1) Cette expression appliquée au seigle est inexacte, attendu que je possède du blé ergoté de la récolte de 1852 dont toutes les propriétés physiques sont celles du seigle ergoté.

HOPITAL BEAUJON. — M. ROBERT.

Adénite volumineuse du creux de l'aisselle. — Extirpation du ganglion. — Guérison. — Réflexions générales.

Le 9 décembre 1852 entra à Beaujon, dans le service de M. Robert, un jeune homme de Saint-Flour, âgé de vingt-cinq ans.

Il y a deux ans, étant militaire, L... souleva it avec un aide une poutre d'un poids considérable; celui qui l'aidait lâche tout à coup; L... reçoit une secousse et entend un léger craquement dans l'articulation scapulo-humérale. Telle est la cause qu'il donne à l'apparition huit jours après dans le creux de l'aisselle d'une petite tumeur dure et mobile.

Il entre à l'hôpital et y subit pendant un temps assez considérable un traitement iodé interne et externe, qui n'amène aucun changement notable.

La tumeur reste stationnaire pendant deux ans.

Il y a un peu plus de deux mois, après une journée de travail qui avait nécessité des mouvements fréquents de l'articulation scapulo-humérale, L..., voit poindre sur la tumeur un petit furoncle, qui se perce et ne donne issue qu'à très peu de pus. La cicatrisation s'opère, et presque instantanément la tumeur triple de volume et occupe tout le creux de l'aisselle; c'est alors qu'il entre à Beaujon.

L... est grand, bien constitué, blond, d'un tempérament lymphatique. Sa poitrine est saine; on n'y constate pas de tubercules.

Le creux de l'aisselle est effacé; il est occupé par une tumeur grosse au moins comme le poing, repoussant en avant le bord du grand pectoral, qu'elle déborde en bas, et gênant les mouvements du bras. Elle est dure, légèrement bosselée, parfaitement mobile sous les téguments, sans changement de couleur à la peau.

Le malade avait été envoyé à M. Robert comme porteur d'une tumeur de mauvaise nature dont il fallait le débarrasser par l'instrument tranchant; mais, grâce à des investigations minutieuses et

plusieurs fois répétées, on constate dans son voisinage quelques ganglions lymphatiques qui donnent au toucher exactement la même sensation que la tumeur principale.

D'après ces circonstances et l'absence de douleurs lancinantes, M. Robert, soupçonnant une adénite, malgré le volume qu'atteignent rarement les ganglions, ordonne des frictions iodées et un régime interne. Au bout de quelques jours on peut sentir un point fluctuant sur lequel on fait une incision. De la solution iodée est injectée dans le foyer.

Malgré une suppuration abondante, la tumeur ne s'affaisse pas tout à fait et reste aux deux tiers de son volume primitif, constituant un noyau dur que M. Robert se propose d'enlever.

Vers la fin de janvier, une large ouverture est pratiquée, et on aperçoit alors une masse flottant presque librement au milieu de l'abcès complétement vidé. Elle est revêtue de fausses membranes grisâtres, livides, ainsi que les parois de cette caverne. M. Robert, insinuant alors les doigts, peut isoler complétement la tumeur, excepté en arrière, où elle est attachée par des vaisseaux et des brides fibreuses. Il tire violemment, et après quelques efforts le ganglion, un peu écrasé, sort tout entier sans donner lieu à une perte de sang abondante.

Coupée, la tumeur offre un tissu dense, filamenteux, d'une couleur jaunâtre, sans aucune loge, ni ramollissement. L'observation microscopique y démontre la présence du tissu ganglionaire, de globules de pus et d'un peu de tubercules, mais pas de cellules cancéreuses.

Après l'avulsion, la suppuration redevient abondante. De peur qu'elle ne tarisse trop vite, on cautérise les parois de la poche avec un crayon de caustique de Vienne solidifié, puis on exerce une compression méthodique sur le creux de l'aisselle, et on y fait des injections iodées.

Le santé générale n'a aucunement souffert. Il y a eu un léger engorgement des ganglions lymphatiques voisins, mais de peu de durée. Aujourd'hui la plaie est presque entièrement fermée; il n'y a ni clapiers, ni fistules. L... se sert de son bras sans douleur ni fatigue.

A propos de cette observation, M. Robert émit plusieurs réflexions neuves, et qui peuvent être utiles dans le traitement de l'adénite, soit du creux de l'aisselle, soit du pli de l'aine, soit traumatique, soit syphilitique, traitement qui souvent, par son peu d'activité, éternise la maladie.

Voici ces réflexions, exprimées succinctement et d'une manière générale :

Dans les cas d'adénite le ganglion s'enflamme le premier, ou son inflammation est la suite de celle des vaisseaux lymphatiques qui se rendent à ce ganglion.

Dans l'un et l'autre cas, le ganglion se tuméfie, son tissu devient rouge, spongieux, mou, et des dépôts plastiques, jaunâtres, purulents, semblables à du tubercule, se forment dans son intérieur. Sa consistance approche de celle du tissu encéphaloïde. Son volume augmente quelquefois énormément; il y a indolence ou peu de douleurs.

Après cette subinflammation peu intense, le pus qui s'est formé se concrète et ne peut plus se résorber. La tumeur est dite alors indurée. Mais qu'après un certain temps les symptômes repassent à l'état aigu, le tissu cellulaire qui entoure le ganglion et lui forme une sorte d'atmosphère est atteint, il donne lieu à un abcès périphérique. On sent de la fluctuation sur un espace étendu. Si on ouvre, le pus s'échappe ; mais le ganglion induré qui flottait dans le pus et ne tenait à sa coque fibreuse que par les vaisseaux et les nerfs, le tissu cellulaire ayant été détruit, reste dans l'état primitif et empêche l'affaissement complet de la tumeur. Il faut alors amener un travail phlogistique en pratiquant des frictions iodées ou mercurielles, en plaçant des vésicatoires volants, etc. ; car une fois le pus de la circonférence évacué, le ganglion, libre dans une caverne, n'y adhèrera jamais, même avec l'aide de cautérisations. Il se couvrira de bourgeons mous et fournira un pus sanieux qui ne tarira pas et amènera des fistules interminables.

Si on ne réussit pas à provoquer l'inflammation du ganglion, et c'est ce qui arrivera le plus souvent, il faut le détruire ou l'enlever; c'est incontestablement le plus sage parti à prendre. On peut l'écraser, soit avec des pinces, soit avec le doigt, et en faire une bouillie qui est éliminée sans qu'il y ait d'hémorrhagie à craindre. D'autres fois, et ici les circonstances décideront le chirurgien, on peut lier le pédicule du ganglion, ou enfin l'arracher violemment, comme dans le cas cité. La section amène une perte de sang qu'il faut éviter.

On n'a plus affaire alors qu'à une caverne suppurante simple. La compression doit être exercée. Si elle ne suffit pas, on cautérise violemment les parois paresseuses; des bourgeons charnus se forment, et on aide le recollement par des injections iodées.

A.-P. Maugin.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 6 avril 1853. — Présidence de M. Guersant.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté après quelques rectifications.

Au commencement de la séance, M. Guersant invite M. le professeur Heyfelder, nommé dans la dernière séance, à vouloir bien prendre place.

Communications.

La Société reçoit :

Le *Compte-rendu des travaux de la Société médicale du 7e arrondissement pendant l'année* 1852, par le docteur Perrin ;

Le *Bulletin de la Société de médecine du département de la Sarthe pendant l'année* 1852.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Inflammation rétractile dans le tissu cellulaire.

M. Gerdy. Les deux malades que je vous présente sont un exemple bien frappant des suites de l'inflammation dans les tissus blancs et dans le tissu cellulaire. Cette sorte de bride tendineuse momentanée que vous voyez chez tous les deux au milieu du bras est survenue chez un des malades à la suite d'un érysipèle phlegmoneux de la main; chez ce malade, j'avais insisté sur la position élevée de la main pendant toute la période inflammatoire, et c'est après la disparition de l'érysipèle que la rétraction s'est prononcée.

Chez le second malade, il y a eu à la suite d'un panaris une lymphite très prononcée, et c'est aussi pendant la période de résolution que cette bride s'est montrée. Quel est le siége de cette bride? Est-il simplement dans le tissu cellulaire ou dans le système lymphatique? C'est très possible, car l'un et l'autre ont été le siége d'une inflammation assez vive.

Ce qu'il est important de constater, c'est que toutes les fois que les tissus blancs s'enflamment ils tendent à se raccourcir. On triomphe de ces indurations momentanées par l'emploi des émollients ; mais, plus tard, il faut recourir à des extensions forcées ou à la ténotomie.

Arrachement des doigts médius et indicateur.

M. Chassaignac présente une malade âgée de vingt ans qui a été amenée à l'hôpital Saint-Antoine pour un arrachement complet des doigts médius et indicateur de la main droite, dans leur articulation métacarpo-phalangienne. Une portion de la peau qui recouvre la face dorsale de la main a été arrachée; celle de la paume a résisté. Malgré la gravité de cette lésion, il n'est survenu aucun accident, et une cicatrice très régulière s'est formée. Ce résultat a été obtenu au cinquième pansement à partir du moment de la lésion. Les surfaces traumatiques n'étaient mises à découvert qu'une fois tous les huit jours.

Trachéotomie pratiquée dans un cas de croup.

Le même membre présente une jeune fille de dix ans opérée il y a deux mois dans la période extrême d'un croup pseudo-membraneux qui envahissait la trachée et les premières divisions bronchiques. La cicatrice présente à peine l'étendue d'un centimètre et demi, et siége immédiatement au-dessous du cartilage cricoïde.

Cette jeune fille a été opérée de la manière suivante ;

Le cartilage cricoïde ayant été reconnu avec certitude, un ténaculum à cannelure fut implanté à travers la peau dans la trachée, immédiatement au-dessous du cartilage ; sur la cannelure fut guidé un bistouri aigu, puis un bistouri boutonné qui divisa d'un même coup la peau et quatre anneaux de la trachée. Aussitôt après, un dilatateur coudé fut introduit, servant, par le mécanisme qui lui est propre, d'une part, à dilater la plaie, d'autre part, à retenir solidement le conduit aérien, d'où il ne peut plus s'échapper une fois qu'il a été mis en place, à moins que ce ne soit par une volonté expresse de l'opérateur.

Le procédé dont il s'agit repose donc sur le double principe de la fixation du conduit aérien pendant toute la durée de l'opération et de l'implantation d'emblée d'un crochet au bord inférieur du cartilage cricoïde. Dans le cas où aucun doute n'existe, l'implantation se fait à travers la peau ; dans le cas contraire, elle est précédée par une moucheture destinée à faire plonger très sûrement l'érigne au-dessous du cartilage cricoïde.

M. Guersant. Outre le fait de la guérison chez la malade de M. Chassaignac, il y a un autre point à prendre en considération. Le procédé dont vient de nous entretenir notre honorable collègue met-il l'opérateur à l'abri de l'écoulement du sang? Nous savons tous qu'il y a des cas où il est possible de ne pas ouvrir de vaisseaux; mais le plus habituellement, ce qui gêne le plus pendant l'opération, c'est l'écoulement du sang veineux, qui est d'autant plus abondant que la respiration est plus gênée.

M. Gerdy. Je serai bien aise de connaître pour quelles raisons M. Chassaignac juge l'emploi du ténaculum presque indispensable pour terminer promptement et sûrement l'opération. Je conçois qu'on rencontre dans l'exécution de la trachéotomie beaucoup d'obstacles, mais je crois qu'on peut les surmonter assez facilement; pour cela, il suffit de renverser assez fortement en arrière la tête du malade. Étant moi-même gravement indisposé, je fus mandé par un de mes voisins pour voir son enfant qui suffoquait; en vain j'alléguai l'état dans lequel j'étais, il fallut me rendre près de la malade pour l'opérer, ce que je n'aurais certes pas pu faire si l'opération eût présenté tant de difficultés. Je pratiquai la trachéotomie sans que j'eusse besoin de faire tendre sur les côtés les lèvres de la plaie. Je n'ignore pas que cette opération demande des précautions pour éviter les obstacles; mais quelle est l'opération qui n'en présente pas? Si les veines me gênent, je les fais détourner, au besoin même j'applique une ligature momentanée. A la différence de M. Chassaignac, ce que je m'efforce de faire, c'est d'inciser largement la trachée avec la pointe du bistouri; ce temps de l'opération est rapide ; mais sitôt la trachée incisée, le sang cesse de couler. Je ne suis pas d'avis de faire préalablement une petite incision pour voir si on est dans la trachée ; il y a un moment où il faut reprendre ses forces; sitôt l'émotion passée, il faut placer l'éponge sur le point de la trachée que l'on va piquer et bien prendre garde, dans l'incision, d'atteindre le tronc brachio-céphalique. Lorsque l'incision est étroite, on éprouve une gêne indicible; l'enfant ne respire pas, il ne rend rien; il siffle, tousse et cherche à se débattre. Si, au contraire, l'incision est large, il respire et peut rendre de suite des mucosités ou des fausses membranes. Un autre inconvénient des ouvertures trop étroites, c'est d'empêcher l'introduction de la canule malgré tous les dilatateurs. Pour éviter toute difficulté, j'introduis dans la canule une sonde en gomme élastique, et elle me sert de conducteur.

M. Guersant. Il est très possible que tous ces divers temps de la trachéotomie soient très faciles pour M. Gerdy ; cependant je dois dire que le procédé de M. Chassaignac simplifie beaucoup l'opération, il l'abrége et s'oppose ainsi aux chances de l'emphysème. Car il permet d'ouvrir presque en même temps tous les tissus placés au-devant de la trachée, et même il permet de ne pas perdre l'ouverture de la trachée-artère, puisqu'il fixe le conduit aérien tout le temps que dure l'opération.

Il permet également de ne pas prolonger aussi bas l'incision et d'éviter ainsi de toucher le tronc brachio-céphalique, comme cela est arrivé chez les petits enfants, où la région est très courte en hauteur. Dans le procédé ordinaire on prolonge beaucoup plus bas l'incision en la pratiquant de haut en bas. Arrivé sur la trachée-artère, nous donnons le conseil de porter le doigt vers la partie inférieure pour garantir et même déprimer le tronc brachio-céphalique, et nous insistons sur la nécessité d'ouvrir la trachée de bas en haut, en employant le doigt indicateur gauche placé à la partie inférieure de la plaie; il sert ainsi à fixer la trachée, à garantir le tronc brachio-céphalique et à diriger le bistouri.

M. Giraldès. Je demanderai à M. Chassaignac si déjà le conseil n'avait pas été donné par Liston, dans ses leçons de chirurgie, de fixer avec un ténaculum la trachée-artère après l'avoir découverte.

M. Chassaignac. Je reconnais que chez l'adulte l'opération n'offre que peu de difficultés; mais ces difficultés deviennent d'autant plus grandes qu'on opère sur de plus jeunes enfants. Chez eux, en effet, l'excessive mobilité de la trachée et les dimensions exiguës de la région mettent quelquefois l'opérateur dans le plus grand embarras. C'est dans le but d'éviter cette situation pénible que j'ai proposé des moyens propres à donner à cette opération toute la sûreté et toute la précision qu'elle réclame.

Quant à l'écoulement du sang et aux dangers d'atteindre des organes importants, je pense qu'un des meilleurs moyens pour s'en mettre à l'abri, c'est de ne donner à l'incision que l'étendue nécessaire pour le placement de la canule. De cette manière on ouvre un moins grand nombre de vaisseaux, et la pénétration si fâcheuse du sang dans les bronches est prévenue par la promptitude et la sûreté avec lesquelles on place la canule au moyen de ce dilatateur coudé, qui a été construit, sur ma demande, par M. Mathieu.

Je reconnais, eu égard aux assertions de M. Giraldès, que l'idée de fixer la trachée au moyen d'instruments en forme d'érigne a été déjà émise. M. Bretonneau avait proposé, dans ce but, l'emploi d'aiguilles ordinaires recourbées à une extrémité en guise de crochet, et garnies à l'autre d'une petite boule de cire à cacheter. Ce moyen lui a paru complétement inefficace, à raison de la grande solidité qu'exige la fixation d'un conduit aussi mobile que la trachée. Quant à l'instrument de Liston et à son procédé, j'en ignorais complétement l'existence, et je me bornerai à faire remarquer que le ténaculum que j'emploie est armé d'une cannelure sur sa convexité. Je le place dans un point toujours le même, le bord inférieur du cartilage cricoïde, et enfin je l'implante à travers la peau avant aucune incision.

Du reste, j'ai soumis à la Société de chirurgie ce procédé sans élever la question de priorité. Je pense qu'à cet égard il n'est permis de présenter une opération comme tout à fait neuve que quand on s'est assuré par les recherches bibliographiques les plus étendues que la science ne renferme rien encore sur ce point.

— A l'occasion du procès-verbal :

Suite des expériences sur la coagulation du sang par le perchlorure de fer.

M. Giraldès. Depuis la dernière séance, j'ai voulu répéter quelques-unes des expériences de M. Pravaz, et je suis allé à Alfort. Là, avec l'assistance de M. le professeur Goubaux, j'ai mis, sur un âne, la carotide gauche à nu dans l'étendue de 0,11 cent., le vaisseau étant comprimé du côté de la tête; nous avons eu soin de laisser pénétrer dans la partie sur laquelle nous devions agir autant de sang que possible; la compression a été faite alors du côté du cœur. Six gouttes de perchlorure de fer au maximum de concentration ayant été injectées dans l'artère avec toutes les précautions voulues, nous avons remarqué que le vaisseau devenait moins souple et comme racorni, mais la coagulation ne se faisait pas. Onze gouttes de liquide furent de nouveau injectées; après cette seconde injection l'artère devient plus dure, plus racornie, et nous constatons une véritable coagulation dans l'intérieur du vaisseau. Ce résultat est constaté par M. Colin, chef des travaux anatomiques de l'École, et par MM. les docteurs Fabius et Ecker.

La deuxième expérience a été faite sur un cheval. L'artère carotide ayant été mise à découvert dans l'étendue de 0,110 millim., le vaisseau comprimé dans deux points; quinze gouttes de liquide ont été injectées; on constate que le vaisseau devient dur et racorni, qu'il se forme un caillot assez dur dans son intérieur. Dans les deux cas, la compression du vaisseau ne dura qu'une minute.

La troisième expérience a été faite sur un âne; et cette fois c'est dans le système veineux que le perchlorure de fer a été introduit. La veine jugulaire droite ayant été mise à découvert dans l'étendue de 0,120 millim., le vaisseau également comprimé du côté du cœur et du côté de la tête, quinze gouttes de liquide ont été injectées; de suite il se forme un caillot, le vaisseau devient dur, ses parois sont moins souples; aussitôt que la compression est abandonnée le caillot est entraîné vers le cœur. Une seconde injection dans le même vaisseau donne le même résultat; seulement on constate que les parois de la veine sont doublées par une masse dure due à des caillots.

M. Debout. La communication que vient de vous faire M. Giraldès m'engage à vous rendre compte d'expériences que j'ai tentées de mon côté avec le concours de MM. Leblanc et Denonvilliers. Les résultats que j'ai obtenus fournissent déjà quelques renseignements utiles à connaître. Je ferai d'abord observer que, ainsi que je l'avais prévu, ce n'est pas une coagulation du sang que l'on obtient, mais une décomposition de la solution de perchlorure de fer; il se produit une sorte de magma constitué par un mélange d'albuminurate de fer, et surtout de sesquioxyde ferrique. Ce magma forme une sorte de bouchon qui obture le calibre du vaisseau.

Ce prétendu caillot se forme assez rapidement; nous l'avons vu se produire en une minute avec cinq à six gouttes de perchlorure de fer. La malaxation de l'artère après l'injection semble hâter sa formation ; seulement, si on ne prolonge pas la compression, le caillot ne persiste pas, et, battus en brèche par l'ondée sanguine, ses matériaux sont chassés dans les vaisseaux de la périphérie. Il n'en a pas été de même dans la seconde expérience de M. Pravaz, dans laquelle la compression a été maintenue pendant cinq minutes. Un résultat semblable peut se produire lorsqu'on injecte une plus grande quantité de liquide. Mais serait-il indifférent d'introduire dans le torrent circulatoire une plus ou moins grande quantité de perchlorure de fer? M. Debout ne le pense pas, et il en trouve la preuve dans les phénomènes que les chevaux soumis à ses expériences ont éprouvés.

M. Leblanc, qui avait eu l'obligeance de les conserver dans son écurie pour les mieux observer, leur a trouvé de la fièvre; ils étaient abattus, ne mangeaient point. C'est au transport du sel de fer dans la circulation cérébrale qu'étaient dus les effets généraux subis par ces animaux; car rien de semblable n'a lieu même lorsqu'on pratique la ligature des deux carotides. Le fait mérite d'être examiné de nouveau.

Un point sur lequel j'appellerai encore l'attention de la Société est l'action locale du perchlorure de fer. Il semble tanner les parois artérielles, les durcit, et peut les amincir au point que sous le retour de l'ondée sanguine elles se laissent dilater. Ainsi sur l'un des chevaux (leur plaie n'avait pas été réunie, afin de pouvoir suivre la marche des phénomènes locaux), j'ai constaté, avec M. Leblanc, la dilatation variqueuse de la carotide quarante-huit heures après l'injection. Le second cheval ne présentait rien de semblable; les parois artérielles, dans la portion où s'était formé le magma, présentait au contraire une densité plus considérable.

Les phénomènes locaux et généraux observés sur ces animaux impliquent, aux yeux de notre collègue, la réserve d'agir avec prudence dans les applications que l'on tentera sur l'homme, et de n'employer jamais que la quantité indispensable à la coagulation du sang.

M. Giraldès. Je n'ai point voulu dogmatiser la question, j'ai seulement fait part de ce que j'avais observé après une injection de 8 gouttes de perchlorure de fer; sur l'instant même il n'y avait pas un véritable coagulum, mais ensuite il y avait un véritable caillot olivaire.

M. Jarjavay. Dans la dernière séance M. Robert a semblé émettre des doutes sur la possibilité de voir naître de véritables anévrismes à la suite de contusions; je pourrais au besoin lui citer plusieurs exemples d'anévrismes de ce genre.

Le premier est dû à M. Barrier; il est publié dans la *Gazette médicale* de 1848, p. 774. Il s'agit d'une femme de trente ans qui avait fait une chute sur la tempe. Huit jours après apparut une petite tumeur qui devint plus tard grosse comme une pomme. Au bout de quatre mois elle était volumineuse comme les trois quarts d'une orange. Pulsations apparentes. Elle s'étendait du conduit auditif cartilagineux à l'apo-

physe orbitaire externe, et de l'arcade zygomatique au sommet de la portion écailleuse du temporal. Ligature de la carotide; guérison.

Le second est publié dans le journal de M. Malgaigne, t. VII. Il s'agit d'un employé des postes de Saint-Lô, qui avait reçu un coup de canne sur la bosse temporale droite. Tumeur au bout de trois semaines; elle est pulsatile, grosse comme un œuf de pigeon; elle est mobile. Extirpation. C'était un anévrisme vrai, car les trois tuniques furent distinguées par l'opérateur, M. le docteur Frestel.

M. Chassaignac. M. Demarquay avait également raison lorsque dans la dernière séance il a dit que ma thèse renfermait des cas d'anévrismes sacciformes survenus de cette manière.

— M. le professeur Heyfelder, après avoir remercié la Société dans une courte et très bienveillante improvisation, a communiqué l'observation suivante :

Résection de l'os maxillaire supérieur et de l'os zygomatique du côté droit, et de la moitié droite de la mâchoire inférieure.

Adam Gerbing, âgé de dix-huit ans, de Sommersdorf, bien développé, quoique d'une taille peu élevée, et qui avait joui toujours d'une bonne santé, remarqua à la fin du mois de mai dernier pour la première fois qu'une tumeur arrondie, indolente, de la grosseur d'une noisette, se formait à la région parotidienne du côté droit.

Ayant consulté un médecin de son pays, qui le rassura complétement sur la nature de la tumeur, il ne s'en occupa guère jusqu'à la fin du mois d'août, époque à laquelle la tumeur avait acquis beaucoup de développement et commençait à devenir douloureuse, de sorte que le malade mâchait, déglutissait et parlait avec quelque difficulté. Il avait la tête embarrassée et le sommeil agité.

Le 6 octobre 1852, le malade entra à la Clinique. Ce jour-là le pseudo-plasme s'étendait du bord inférieur de l'orbite droit jusqu'au bord inférieur de la mâchoire inférieure de ce côté, et du bord externe de la branche ascendante de la mandibule jusqu'au nez. Le nez était comprimé et dévié vers le côté gauche. La peau qui recouvrait la tumeur était tendue, la disproportion entre les deux moitiés de la figure très prononcée, et la difformité assez considérable. La déglutition se faisait avec beaucoup de difficulté, et la prononciation était telle, que je ne comprenais pas le malade quand il me parlait. Il reste à dire que le malade ne pouvait écarter les mâchoires que d'un petit nombre de lignes, de sorte que l'examen de l'intérieur de la bouche se faisait difficilement et d'une manière insuffisante. Cependant je découvris que la tumeur avait deux parties presque de la même grandeur, dont la première s'était développée dans la mâchoire supérieure. L'une et l'autre présentèrent le même degré de développement en dehors et en dedans, de sorte que la langue était expulsée de sa position naturelle vers le côté opposé de la bouche. Ces deux moitiés du pseudo-plasme étaient complétement unies l'une à l'autre, à ce point qu'il était impossible de faire pénétrer la sonde entre elles.

La consistance de la tumeur n'était pas partout la même, on la trouvait alternativement très dure et ramollie; sa surface était mamelonnée, les parties ramollies étaient très sensibles et même douloureuses au toucher. La ponction exploratrice de la tumeur prouva que celle-ci avait au centre une matière ramollie qui, sous le microscope, fit voir beaucoup de cellules cancéreuses. La déglutition se faisait avec beaucoup de difficulté, et le malade en était réduit à se nourrir avec des boissons. Malgré cela la santé générale était assez bonne, toutes les fonctions s'exerçant régulièrement. Toutes ces circonstances, mais principalement le développement rapide de la tumeur et le résultat de l'examen microscopique des matières contenues au centre de cette production ne laissaient presque aucun doute sur la nature cancéreuse du pseudo-plasme, dont l'ablation complète rendait nécessaire la résection totale de l'os zygomatique, de l'os maxillaire supérieur du côté droit et de la plus grande moitié de la mandibule. Je l'effectuai de la manière suivante, le 9 octobre 1852, après avoir mis le malade dans l'anesthésie complète par les inhalations du chloroforme.

Je fis d'abord une incision qui commençait à 15 lignes de l'angle externe de l'œil droit, et longeait le bord externe de la branche ascendante et de la base de la mâchoire inférieure jusqu'au menton. Une seconde incision fut tracée du milieu de la lèvre inférieure jusqu'au menton, où elle se réunit à la première. Après avoir détaché la peau et toutes les parties molles sous-jacentes jusqu'au nez, j'avais taillé un assez grand lambeau, que je renversai vers le côté opposé. Cela fait, je pus voir l'étendue du pseudo-plasme, qui avait envahi un peu plus que la moitié droite de l'os maxillaire inférieur, l'os maxillaire supérieur droit tout entier et l'os zygomatique du même côté. Il présentait, ainsi que j'ai déjà dit, deux parties, dont l'une inférieure appartenait à la mâchoire inférieure, tandis que l'autre tirait son origine de l'os zygomatique et de l'os maxillaire supérieur. La résection de l'os zygomatique et de l'os maxillaire supérieur fut effectuée au niveau de l'angle externe de l'œil et à la jonction de cet os avec l'os frontal au moyen de la tenaille coupante de Liston, et je me servis de la scie à chaînette pour la séparation de la jonction des deux os maxillaires supérieurs.

M'étant assuré que le pseudo-plasme n'avait pas seulement envahi la mâchoire supérieure droite, mais aussi en certains points l'os maxillaire gauche, j'enlevai également cette partie de l'os, faisant agir la scie à chaînette sur l'autre côté de la cloison nasale. Cette disjonction faite, une pression légère avec la main suffit pour enlever toute cette partie de la tumeur. Restait encore l'ablation de la moitié droite de la mâchoire entourée du pseudo-plasme; je parvins à l'effectuer sans difficulté après avoir scié l'os au niveau de la première dent incisive du côté gauche.

L'opération terminée et quatre artères liées, je rapprochai les bords de la plaie, que je réunis par vingt et un points de suture et fis recouvrir d'un linge fenêtré. Je fis ensuite remettre l'opéré dans son lit, et j'ordonnai des fomentations froides.

Comme il demandait à boire et à manger, l'eau et le bouillon lui furent donnés à l'aide d'une seringue. Le reste de la journée et la nuit suivante se passèrent assez tranquillement; le lendemain, il prit l'eau et un consommé à l'aide d'une cuiller; le troisième jour, il buvait avec une tasse.

Aucun symptôme de réaction fébrile.

Le quatrième jour, je renouvelai le pansement, j'ôtai les sutures, et je trouvai la plaie presque partout réunie. Les parties molles de la moitié droite du visage étaient peu gonflées; l'œil droit était plus proéminent que l'autre.

Le cinquième jour, l'opéré parut abattu, but et mangea peu; son pouls présentait 80 battements. Il passa la nuit suivante avec du délire et sans sommeil.

Le sixième jour, l'abattement était encore plus prononcé; pas d'appétit, point de soif, petitesse du pouls, qui était peu accéléré; excrétion des urines et des selles régulière, langue sèche; la percussion et l'auscultation ne firent découvrir, ni à présent ni les jours suivants, rien d'anormal; la réunion de la plaie était parfaite partout.

Le malade présenta le même état pendant les onze jours qui suivirent.

Dans la nuit du dix-septième au dix-huitième jour après l'opération, il fut pris tout à coup d'une grande exaltation, de sorte qu'on ne le pouvait presque pas retenir au lit. L'œil droit sortit davantage de l'orbite; sa cornée, devenue opaque, présenta une crevasse au centre. La vue était abolie. Cet état dura pendant la journée et la nuit suivante.

Le dix-neuvième jour, le malade se trouva dans un état apathique, d'où il sortait quelquefois en poussant des cris et en se remuant; la main gauche parut paralysée, tandis que la main droite tremblait. Décubitus sur le dos, pas de sommeil, augmentation de l'abattement.

Le vingtième jour, le pouls présenta une grande fréquence et une petitesse extrême.

Le vingt-deuxième jour, le malade présenta l'état soporeux très prononcé; il parle inintelligiblement; l'excrétion des selles et des urines se faisait involontairement. Le malade mourut le vingt-septième jour après l'opération.

Autopsie après vingt-quatre heures. — Amaigrissement; cependant les muscles sont volumineux; c'est seulement la graisse qui a diminué ou presque disparu. Le cœur est très petit, les poumons sont refoulés dans la partie postérieure du thorax. Le poumon gauche présente beaucoup d'adhérences de nouvelle date avec la plèvre costale; à son sommet, le tissu est normal, rempli d'air et parsemé de taches pigmenteuses; dans sa partie inférieure, il contient plusieurs abcès de la grosseur d'une fève jusqu'à celle d'une noix; ces abcès se trouvent particulièrement vers la surface du poumon.

Le poumon gauche présente le même état normal.

Les deux plèvres contiennent 10-12 onces d'un fluide séreux, jaunâtre, mêlé avec des flocons de fibrine. Ce même fluide existe dans le péricarde. La rate présente un abcès assez volumineux, qui a percé la surface supérieure de cet organe vers le diaphragme. Le foie est sain. Il y a des signes évidents de péritonite partielle avec exsudation d'une sérosité floconneuse dans le bassin.

L'hémisphère droit présente un grand abcès rempli de pus jaune et épais; la substance du cerveau qui entoure cet abcès est ramollie; l'orbite droit contient une tumeur cancéreuse qui entoure le nerf optique, pousse le globe en avant et se prolonge jusque dans la cavité du crâne; les parois osseuses de l'orbite en sont atrophiées.

L'examen anatomique des pièces enlevées par l'opération fait voir l'os zygomatique et l'os maxillaire supérieur tellement changés par le pseudo-plasme qu'il n'y a plus de trace de l'antre d'Higmor et que l'on n'y trouve presque pas de parties osseuses. Aucune dent n'existe.

La mâchoire inférieure présente le même état, c'est-à-dire l'infiltration cancéreuse au plus haut degré. Au milieu de ce pseudo-plasme, on découvre des excavations cystiques remplies de sang ou d'une matière gélatineuse, dans laquelle l'examen microscopique fait voir toutes sortes de cellules de forme spirale, de cellules granuleuses avec et sans noyaux.

L'autopsie prouve donc que l'opéré est mort de pyémie, qui ne s'est manifestée ni par des frissons, ni par des sueurs, ni par un teint ictérique, ni par la cyanose, ni par aucun autre symptôme que l'on observe ordinairement dans l'infection purulente. Cela doit étonner d'autant plus que les dépôts de pus dans le cerveau, dans les poumons et dans la rate étaient assez considérables.

En outre, on doit bien se rappeler que la plaie des parties molles faite par l'opération avait guéri bien rapidement; on peut dire par union immédiate.

L'auscultation et la percussion, que nous avions pratiquées tous les jours, n'avaient pas éclairé ici le diagnostic, ce que j'avais déjà observé dans des cas semblables où les malades succombèrent à la suite de l'infection purulente.

Le délire dont cet individu fut pris et l'état paralytique de sa main gauche me firent soupçonner la présence d'un abcès, d'autant plus que j'avais déjà observé des cas où la présence du pus dans le cerveau s'était manifestée par une telle série de symptômes.

— M. le docteur Salneuve lit un mémoire sur le traitement des abcès phlegmoneux et des plaies suppurées par la teinture d'iode. (Commission : MM. Monod, Larrey, Gosselin.)

— M. Demarquay présente une série de tumeurs fibro-plastiques recueillies chez l'homme qu'il avait présenté pour une tumeur pulsatile du bras, sur la nature de laquelle M. Lebert avait donné son opinion; il se réserve de communiquer plus tard toute l'observation.

Tumeur cancéreuse de la cuisse au-dessus du genou.

M. Larrey présente une tumeur cancéreuse à laquelle il avait fait allusion dans une précédente séance à propos des ponctions exploratrices et pour laquelle il a dû pratiquer ces jours derniers l'amputation de la cuisse.

Cette tumeur, située à la face interne du tiers inférieur de la cuisse, s'était développée à la suite d'une contusion violente un an auparavant et avait envahi le pourtour du membre au-dessus du genou chez un soldat âgé de trente ans et d'une assez bonne constitution. Elle avait été assez ferme et résistante d'abord, offrant les caractères d'une tumeur squirrheuse, adhérant au fémur et à la surface de l'articulation; puis elle était devenue molle, dépressible, avec fausse fluctuation et des douleurs lancinantes très aiguës, surtout depuis la ponction, à tel point que l'amputation ne put être différée.

Aussitôt après l'opération, à laquelle avait assisté M. le professeur Heyfelder (d'Erlangen), une injection fut faite, selon son conseil, dans l'artère fémorale, afin de rechercher, comme il y avait réussi pour un cas analogue, si le liquide injecté passerait des artères dans les veines; mais il n'en fut rien.

La tumeur, examinée secondairement, offre à considérer les particularités suivantes :

Une dimension de 42 centimètres dans sa plus grande circonférence, une distension marquée des téguments amincis à toute sa surface avec fausse fluctuation et ulcérés dans un point, une crépitation et une mobilité singulières un peu au-dessus du niveau de l'articulation, une infiltration séreuse du tissu cellulaire et des muscles décolorés, quelques dépôts de la matière à injection, des foyers sanguins ou apoplectiques disséminés à la superficie ou dans l'intérieur de la tumeur, une masse enfin de tissu encéphaloïde circonscrivant toute la région du genou et offrant vers le creux du jarret un aspect et une disposition d'autant plus comparables à la substance cérébrale que cette tumeur se trouvait comme séparée en deux lobes distincts par les vaisseaux poplités.

Quant à l'articulation du genou, le condyle interne du fémur, spontanément détaché du corps de l'os, en est séparé tout à fait par une certaine quantité de tissu cancéreux. Le condyle externe n'est plus adhérent au reste de l'os que par une lamelle osseuse très friable. Un filet d'eau dirigé sur cette partie fait constater l'érosion des parois du canal médullaire contenant un liquide huileux mêlé au détritus de la matière encéphaloïde devenue diffluente presque en totalité.

Le tibia et le péroné sont intacts, ainsi que les cartilages diarthrodiaux, les cartilages semi-lunaires et les tissus fibreux entourant l'articulation.

Quant à l'état de l'amputé, il est aussi satisfaisant que possible eu égard à un cas aussi grave et aux chances si redoutables de la récidive.

M. Heyfelder. A l'occasion de cette communication, je dirai que peu avant mon départ d'Erlangen j'ai dû pratiquer la désarticulation de la cuisse pour un cancer s'étendant du genou au grand trochanter; malgré la gravité de l'opération, j'ai préféré ce moyen à une amputation sous-trochantérienne comme mettant plus à l'abri de la récidive. Lorsque je quittai le malade, la plaie était presque fermée. D'après l'indication d'un de mes collègues, ayant fait une injection dans l'artère crurale, j'ai vu qu'elle revenait par les veines.

Le secrétaire de la Société, Marjolin.

Emploi du chloroforme dans l'accouchement de la reine d'Angleterre.

On sait que la reine d'Angleterre est heureusement accouchée d'un nouveau prince le 7 avril dernier; mais ce que l'on n'a pas dit, c'est que le chloroforme a été employé dans le but d'épargner à Sa Majesté la sensation des douleurs de l'enfantement.

Sur l'approbation donnée par sir James Clark, médecin ordinaire, par le docteur Locock, premier accoucheur, et par le docteur Ferguson, également accoucheur de la reine, le chloroforme a été administré par le docteur Snow.

C'est dans la dernière période du travail que le chloroforme a été employé; l'effet en a été très avantageux, et la reine a exprimé elle-même sa satisfaction de la découverte d'un moyen capable de soulager et de prévenir la douleur.

Ce fait aura du retentissement, et les partisans de cette méthode dans l'obstétrique l'exalteront sans doute; pour nous, il ne change rien à notre opinion sur le degré d'utilité et les dangers que présente toujours l'emploi de cet agent.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

On lit dans le *Moniteur universel :*

« Une commission présidée par M. le professeur Bérard, inspecteur général des études médicales, a été organisée pour réunir les fonds d'une souscription destinée à élever un monument à M. Orfila, l'illustre créateur de la toxicologie. Un grand nombre d'hommes du monde, de magistrats, de fonctionnaires, d'artistes, ont témoigné le désir de prendre part à cette souscription, qui s'élève déjà à un chiffre considérable. Les souscriptions sont reçues chez M. Amette, secrétaire-trésorier de la Faculté de médecine, à la Faculté, de midi à trois heures. »

Nous rappelons à nos lecteurs que cette souscription est toujours ouverte dans nos bureaux, et que les moindres offrandes y sont reçues avec reconnaissance. Les personnes éloignées de Paris peuvent nous adresser leur souscription en timbres-postes.

— Par décret du 16 avril, M. Lauvergne, second médecin en chef de la marine, a été promu au grade de premier médecin en chef, en remplacement de M. Fischer, admis à faire valoir ses droits à la retraite, à titre d'ancienneté de services.

— Dans la séance du 12 avril de l'Académie des sciences, M. Bunsen, d'Heidelberg, inventeur de la pile qui porte son nom, a été nommé membre correspondant pour remplir la place laissée vacante par la mort de M. Walter dans la section de chimie. La section avait fait les présentations suivantes;

1° M. M. Bunsen;

2° Et *ex æquo*, MM. Hoffmann (de Londres), Malaguti (de Rennes), et Piria (de Pise).

Au premier tour de scrutin, M. Bunsen a eu 46 voix, M. Malaguti 3.

— *Banquet des internes en pharmacie.* — Quelques internes en pharmacie ont eu l'heureuse pensée de réunir dans un banquet les internes actuellement en activité dans les hôpitaux et leurs anciens collègues habitant Paris ou les départements.

La réunion était composée de cent personnes, parmi lesquelles on remarquait MM. Soubeiran, Tassart, Boissel, Chevallier, Toutin, Guiart, Garot, Bouchardat, Mialhe, Fordos, Chatin, Dorvault, Gelis, Fermond, Grassi, Ducommun, Réveil, Cloes, etc. M. Quevenne était malade et n'a pu se rendre à la réunion.

M. Soubeiran a prononcé un discours qui a excité l'approbation générale, auquel a répondu avec chaleur M. Ossian (Henri) fils, lauréat du concours de cette année.

— M. le professeur Ribes a demandé à la Faculté de médecine de Montpellier son approbation pour permuter la place de professeur d'hygiène qu'il occupe contre celle de pathologie médicale, que laisse vacante la mort de M. Rech. Cette demande a été accueillie à l'unanimité.

— La nomination de M. le docteur Brousse comme chef des travaux chimiques à Montpellier a été confirmée par le ministre.

— Le corps des officiers de santé de l'armée sarde vient d'adresser des félicitations publiques au professeur Allessandro Riberi, sénateur du royaume, président du conseil de santé militaire et médecin du roi de Piémont, à l'occasion de la décoration de commandeur de la Légion-d'Honneur qui lui a été accordée par l'Empereur des Français.

— La *Société médicale allemande* vient de transférer son siége dans un local plus vaste, au n° 24, rue de l'École-de-Médecine.

Les séances ont lieu, en hiver, tous les lundis; en été, les premier et troisième lundis de chaque mois, à huit heures du soir.

— On lit dans les journaux politiques qu'un négociant de la rue Montmartre serait mort dans d'atroces convulsions deux jours après s'être introduit dans l'oreille une allumette chimique qui aurait pris feu par le frottement et aurait déterminé des brûlures profondes.

Nous rapportons ce fait sans le garantir, bien entendu. Il est à désirer que le médecin qui a dû être appelé rectifie ou confirme la nouvelle et donne les détails scientifiques nécessaires.

M. Bernard, suppléant de M. Magendie au Collége de France, commencera son cours mercredi prochain 20 avril à midi, et le continuera les mercredi et vendredi de chaque semaine à la même heure.

— M. Robin, agrégé de la Faculté de médecine, chargé du cours de botanique et d'histoire naturelle, commencera son cours mardi 19 avril.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Recueil des discours prononcés aux funérailles de M. Orfila. In-8. Prix : 75 centimes. — A Paris, chez Labé, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine.

L'huile de foie de morue envisagée sous tous les rapports comme moyen thérapeutique; par L.-J. de Jongh, docteur-médecin à La Haye. — 1 vol. in-8°. Prix: 5 fr. 50 c. — Paris, librairie de Victor Masson, place de l'École-de-Médecine, 17.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Plon frères, Imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 47. — JEUDI 21 AVRIL 1853. (26e ANNÉE.) N° 47. — JEUDI 21 AVRIL 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE.	Trois mois. . . . 8 fr. 50 c. Six mois. . . . 16 » Un an. . . . . 30 »
GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES.	Trois mois. . . . . . 9 fr. Six mois. . . . . . 17 Un an. 33
ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR.	Trois mois. . . . . 10 fr. Six mois. . . . . . 20 Un an. 38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

PARIS, LE 20 AVRIL 1853.

Séance de l'Académie de Médecine.

Enfin, M. Piorry a lu son rapport officiel, d'autant plus satisfait sans doute que ce rapport a été écouté avec un véritable intérêt, et que la séance presque tout entière qui a été consacrée à l'entendre n'a pas suffi à la discussion, qui a été renvoyée à la prochaine séance.

Le sujet était l'examen et l'appréciation de la méthode de traitement de la surdi-mutité mise en usage à l'Institut des sourds-muets par M. le docteur Blanchet. Nous reviendrons aussi sur ce sujet jeudi prochain.

Avant et après la séance un assez grand nombre d'honorables confrères, membres ou non de l'Académie, nous ont demandé des informations sur la question depuis si longtemps pendante et non encore résolue de la nomination aux chaires vacantes dans les Facultés de Paris et de Montpellier.

Si nous sommes bien renseigné, le retard apporté à ces nominations tiendrait aux hésitations fort naturelles de M. le ministre de l'instruction publique.

En examinant, en effet, les présentations faites à Paris, on trouve M. Grisolle pour premier candidat à la chaire de matière médicale et de thérapeutique. Mais M. Grisolle, dont le mérite est généralement reconnu, malgré l'insuccès qu'il a éprouvé dans un concours récent, n'appartient-il pas à une école qui ne fait pas profession d'une foi bien large dans l'emploi des médicaments, et dont la thérapeutique est bornée? Ne s'ensuit-il pas qu'on peut se demander si le professeur pathologiste n'aura pas besoin de se livrer lui-même à de nouvelles études thérapeutiques pour présenter aux élèves un cours complet sur la matière?

Pour la chaire d'histoire naturelle médicale, les avis ont été tellement partagés, et la présentation disputée avec tant de persévérance, que nous concevons mieux encore l'hésitation du ministre.

La présentation de la Faculté de Montpellier est plus nette. Elle a mis en première ligne un de ses agrégés, M. Benoît, connu depuis longtemps par son succès dans l'enseignement spécial à la chaire vacante, et pour faire un professeur d'anatomie, elle a eu le bon esprit de choisir un anatomiste.

Mais à côté des présentations officielles, les recommandations officieuses ne manquent pas; les protecteurs grands ou petits se remuent à qui mieux mieux, et le pouvoir peut bien se trouver un peu embarrassé entre les sollicitations qui s'agitent et se croisent autour de lui.

Disons-le franchement, ces inconvénients sont inhérents au mode de nomination nouvellement adopté; et voilà précisément pourquoi nous lui avions toujours préféré le concours. Avec le concours les sollicitations ne font certes pas défaut non plus, mais le mérite professoral relatif des candidats est patent; il est présent, actuel dans la mémoire des juges; les juges d'ailleurs sont parfaitement compétents, et par cela même moins aisément influencés; l'opinion de l'auditoire est là d'ailleurs pour rectifier les erreurs volontaires ou non, et une injustice estmoins facile. Ce n'est pas que nous ayons jamais regardé comme parfait le concours tel qu'il était établi; des modifications importantes y étaient généralement reconnues nécessaires : il fallait que ce mode cessât d'écarter quelques hommes dont la valeur était incontestable. Mais de la modification d'une institution à sa suppression, il y a loin; et les inconvénients si patents et si clairs du mode nouveau ont sans doute déjà fait regretter la concession accordée, un peu trop précipitamment peut-être, à des sollicitations plus ou moins intéressées. F. Fabre.

HOSPICE DES ENFANTS-TROUVÉS.

M. MOREL-LAVALLÉE.

Diphthérite chez une enfant de onze ans. — Mort subite due à l'occlusion de l'isthme du gosier par des fausses membranes détachées de la face convexe du voile du palais.

Nous croyons qu'il est utile, à propos du fait extrêmement remarquable qui nous est communiqué par M. Thomas, interne des hôpitaux, de rapporter succinctement l'observation d'un cas de diphthérite qui a fourni à M. Nathalis Guillot le sujet d'une leçon intéressante. En rapprochant ces deux observations de celle qui a été recueillie dans le service de M. Trousseau et que nous avons publiée dans les numéros des 26 mars et 2 avril, le lecteur pourra saisir un ensemble de faits capable de faire ressortir les variétés de cette affection générale que MM. Trousseau et Nathalis Guillot, comme M. Bretonneau, désignent sous le nom de diphthérite, et dont le croup ne serait dès lors qu'une manifestation locale particulière. Voici en quelques mots l'observation que nous avons recueillie de la bouche de M. Nathalis Guillot.

Un enfant de deux mois pris, il y a environ un mois, de diarrhée et de vomissements a offert à l'examen des traces de fausses membranes dans l'arrière-bouche, en même temps que l'œil gauche aurait été atteint d'une conjonctivite purulente, sans cependant présenter les caractères de l'ophthalmie purulente proprement dite. Les narines sont devenues le siége d'un écoulement puriforme consécutivement. Aux membres, aux fesses, aux parties génitales se sont développés des érythèmes, puis des abcès qui ont donné lieu à des fistules. Des piqûres de sangsues appliquées pour combattre l'inflammation se sont ulcérées; un vésicatoire appliqué au bras gauche a donné lieu à une plaie de mauvaise nature, qui s'est recouverte de fausses membranes. Des excoriations érythémateuses survenues sur le poignet ont donné lieu à des exsudations pseudo-membraneuses. L'état général de l'enfant est bon, et sa santé n'a souffert en apparence aucune atteinte. On entend au côté gauche de la poitrine quelques râles humides; le pouls est normal.

M. Nathalis Guillot ne voit dans l'ensemble de ces phénomènes locaux que l'expression multiple d'une affection générale à laquelle il donne, faute de mieux, le nom de diphthérite.

Si maintenant, ne tenant compte que des symptômes généraux, nous comparons l'observation des 26 mars et 2 avril à celle que nous venons de rapporter et à l'observation qu'on va lire, peut-être pourrions-nous conclure tout différemment et trouver les symptômes généraux, et par conséquent l'affection générale, très différents, la manifestation locale restant au contraire la même. On doit néanmoins, dans ces trois observations, tenir compte du siége de la diphthérite et de l'influence qu'il a du exercer sur la marche de la maladie. Quoi qu'il en soit, nous mettons le lecteur à même de décider.

Le 10 février 1852, la police déposait aux Enfants-Trouvés la nommée Maréchal, jeune fille âgée de onze ans, qu'elle avait recueillie la nuit précédente dans les rues de Paris.

Présentée à la visite le 11 février, cette fille ne donne sur ses antécédents aucun renseignement. L'état actuel est le suivant :

Enfant maigre, étiolée. Peau chaude; accélération du pouls; dyspnée évidente, sans être considérable; pas de gonflement des veines jugulaires; pas de cyanose de la face.

Dans la poitrine, quelques râles sonores; pas de matité à la percussion; pas de toux.

En examinant la cavité buccale et déprimant la base de la langue, on aperçoit sur la face concave du voile du palais une fausse membrane assez étendue. On la détache immédiatement au moyen d'une pince à dissection.

L'amygdale droite apparaît plus volumineuse que la gauche. Du reste, la surface des deux amygdales est rouge; elle ne présente pas de points pseudo-membraneux manifestes.

Rien à la base de la langue, ni dans l'intervalle glosso-épiglottique. L'examen de l'ouverture antérieure des narines ne fait rien découvrir.

Diagnostic. — Angine avec tendance à la production de fausses membranes; bronchite.

Prescription. — Tisane sucrée; tartre stibié, 0,05, dans un demi-litre de bouillon aux herbes.

Sous l'influence de la potion émétisée, cette malade vomit abondamment. Vers le soir, sa situation générale semble améliorée; elle a dormi pendant deux heures d'un sommeil tranquille.

Le 12 février, la nuit a été assez calme; il n'y a pas eu d'accès de suffocation. A huit heures, lors de l'arrivée de l'interne du service, l'enfant présente à peu près les mêmes symptômes généraux que la veille. Cependant la dyspnée s'est accrue, quoiqu'il n'y ait pas imminence de suffocation. L'aphonie existe à un degré plus avancé. La religieuse de la salle assure n'avoir pas entendu la malade tousser. Un quart d'heure après, on vient de la salle voisine prévenir M. Morel-Lavallée que l'enfant étouffe. On s'empresse de se rendre au lit de cette jeune fille, et on la trouve rendant le dernier soupir.

Autopsie, pratiquée vingt-quatre heures après la mort. — On détache le pharynx au moyen de la coupe usitée pour l'étude de cet organe. On divise longitudinalement sa paroi postérieure et on trouve l'isthme du gosier complétement oblitéré par une fausse membrane appendue à l'extrémité et aux bords de la luette.

Malgré l'ouverture de la bouche, la dépression de la base de la langue et l'exposition de la face à la lumière, on n'aperçoit sur les côtés de la fausse membrane aucune fissure qui puisse donner passage à l'air. Cette fausse membrane est molle, grisâtre, du volume d'une aveline; elle se prolonge un peu sur la face convexe du voile du palais, auquel elle n'adhère que faiblement.

Plus en arrière, se voit une autre fausse membrane plus blanche, plus consistante que la première; son extrémité inférieure, qui flotte librement dans la cavité pharyngienne, est roulée en cylindre, et présente un volume à peu près égal à celui d'une grosse plume d'oie.

Par son extrémité supérieure, elle s'aplatit, s'étale sur la partie médiane du voile du palais. Arrivée à la cloison des fosses nasales, elle se divise en deux parties, dont chacune pénètre dans la fosse nasale correspondante. Enfin, les deux lames pseudo-membraneuses envoient dans chaque méat un prolongement qui se termine vers le milieu de chacune de ces gouttières. C'est ce qui explique pourquoi l'inspection de l'ouverture antérieure des narines n'a rien fait découvrir.

Pas de fausses membranes sur les cornets. A ce niveau, la membrane de Schneider présente un pointillé rouge très remarquable.

Il y a une nouvelle fausse membrane sur la face antérieure du voile du palais.

Les deux amygdales sont tuméfiées, la droite plus que la gauche. Toutes deux sont ramollies, converties en un tissu rouge friable.

L'amygdale gauche présente çà et là quelques points noirâtres.

Il y a un petit abcès dans l'épaisseur de l'amygdale droite.

Dans le cul-de-sac glosso-épiglottique existe une fausse membrane mince, laissant voir à travers son épaisseur la vascularisation sous-jacente.

Il y a des fausses membranes disséminées dans les gouttières limitées par le bord postérieur du cartilage thyroïde et les ligaments ary-épiglottiques.

La glotte est complétement libre. La cavité du larynx présente de petites plaques pseudo-membraneuses rares, arrangées sous forme de pointillé. Quelques fausses membranes dans les ventricules.

Dans la trachée, il n'y a guère de dépôt plastique à noter qu'au niveau du premier cerceau.

Les bronches renferment des mucosités.

Les poumons sont engoués légèrement en arrière.

Rien du côté du cerveau.

Rien du côté du tube intestinal.

Ayant pour but principal de démontrer que, dans l'angine pseudo-membraneuse, la mort peut résulter instantanément de l'occlusion de l'isthme du gosier par une fausse membrane détachée à un moment donné du voile du palais, nous n'avons jugé nécessaire que de donner une annotation approximative de l'état de la circulation et de l'état de la respiration. De plus grands détails eussent surchargé cette observation de faits que la science possède amplement. Dès qu'un phénomène nouveau s'est déclaré, l'attention a été mise en éveil, et on a cherché avec soin dans l'autopsie les causes de ce brusque changement survenu. On croit les avoir trouvées dans la présence du paquet pseudo-membraneux appendu à l'extrémité de la luette.

La science possède, il est vrai, des cas dans lesquels un accès de suffocation a entraîné la mort, le larynx ne renfermant que quelques fausses membranes, et cela sans obstruction d'aucun point des voies respiratoires.

Dans d'autres cas, les parties supérieures des voies respiratoires restant libres, la mort a été inopinément causée par l'accumulation de mucosités dans les bronches.

Il serait oiseux, après l'examen nécroscopique, de vouloir prouver que l'une ou l'autre de ces deux dernières causes est inadmissible dans ce cas.

Sous quelle influence s'est fait l'enroulement de la fausse membrane à l'extrémité de la luette? L'enfant, selon la religieuse du service, n'a pas eu un seul accès de toux. L'état anatomo-pathologique ne permet pas d'accepter une pareille assertion. D'ailleurs il y a eu un vomitif administré; des vomissements nombreux et abondants se sont manifestés. Il est donc permis de supposer que, sous l'influence de la tension brusque et réitérée du voile du palais dans l'acte du vomissement, la fausse membrane s'est incomplétement détachée, et qu'enfin, la toux intervenant, la fausse membrane s'est abaissée et a formé obstacle à l'entrée de l'air dans les voies respiratoires.

Est-ce à dire pour cela qu'on doive bannir la médication vomitive du traitement de la diphthérite? Évidemment non. Seulement il faut en bien surveiller les effets, car si des faits antérieurs semblables eussent mis en garde contre une pareille terminaison, il est clair que, l'obstacle à l'entrée de l'air écarté avec le doigt ou un

instrument, la vie de cette enfant eût été certainement prolongée, sinon complétement sauvée. THOMAS aîné, interne.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. CHASSAIGNAC.

Nouveau bandage employé par M. Chassaignac pour le traitement des fractures de la clavicule.

Si l'on considère les nombreux appareils qui ont été proposés pour le traitement des fractures de la clavicule, on est frappé de cette vérité, qu'aucun d'eux ne remplit irréprochablement les indications auxquelles donne lieu la fracture. Il y a plus, presque tous présentent de notables inconvénients que M. le professeur Nélaton a fait ressortir avec beaucoup d'exactitude dans son *Traité de pathologie chirurgicale*. Ils sont d'ailleurs bien sentis des chirurgiens, qui ont renoncé, beaucoup du moins, à l'usage d'un appareil inutile, souvent gênant pour le malade, et se contentent de soutenir le membre à l'aide d'une simple écharpe nouée sur l'épaule saine ou du mouchoir en triangle de Mayor. Cependant on ne saurait nier que certaines personnes n'aient un grand intérêt à obtenir une guérison exempte de difformité, et qu'un cal vicieux ne soit bien souvent le résultat de l'inexactitude des appareils.

Sans doute la présence de seins volumineux, chez les femmes pourvues de beaucoup d'embonpoint, l'alternative des mouvements de resserrement et de dilatation du thorax sont des conditions défavorables à la fixité des moyens de contention; mais ces obstacles sont-ils insurmontables? Doit-on renoncer à l'espoir d'obtenir quelque chose de plus satisfaisant que ce qui existe? Nous venons essayer de démontrer le contraire.

De l'aveu de tous les chirurgiens, le traitement de la fracture du corps de la clavicule présente trois indications :

1° Attirer en dehors le fragment externe pour faire cesser le chevauchement;

2° Relever ce fragment externe qui est dans une position déclive par rapport à l'autre;

3° Le repousser en arrière pour lutter contre la tendance qu'il a à se porter sur un plan antérieur à celui du fragment interne.

Desault a bien saisi ces indications, et l'on sait avec quelle faveur fut accueilli le bandage auquel cet illustre chirurgien avait recours pour les remplir. Malgré ce qu'il présente de défectueux, c'est encore celui qu'emploient plusieurs chirurgiens de nos jours.

Or, il est un fait expérimental constamment vérifié par M. Chassaignac pour toutes les fractures du corps de la clavicule, c'est qu'il est au pouvoir du chirurgien de les réduire toutes par le seul secours d'une manœuvre que voici : si, le malade étant assis sur un tabouret peu élevé, on appuie contre soi le moignon de l'épaule saine comme pour y prendre un point d'appui, et si, passant un bras en avant de la poitrine, l'autre en arrière, on vient, avec toute la force qu'on peut tirer de cette attitude, relever au moyen des mains croisées sur le coude l'humérus au plus haut degré possible, et avec lui le fragment externe de la clavicule, on parvient constamment à obtenir la réduction parfaite de cette fracture.

C'est de ce fait que M. Chassaignac a déduit la conclusion que, pourvu qu'on obtînt l'élévation de l'épaule au degré voulu, on pourrait se dispenser de songer à toute autre indication; qu'elles étaient par cela seul rendues inutiles, et que dès lors le traitement des fractures de la clavicule pouvait se résumer tout entier en une seule indication : maintenir au plus haut degré possible l'élévation de l'épaule malade.

Ce fut donc dans ce but que de premiers essais furent tentés, tous eurent pour résultats primitifs de rétablir d'emblée la coaptation; mais, comme ils exigeaient une pression excessivement forte sur le coude, leur usage devenait bientôt intolérable, et même ils déterminèrent des eschares chez plusieurs malades. Dès lors il fut impossible de continuer dans cette voie.

L'écueil résultait évidemment ici de ce qu'une somme de compression trop forte se concentrait sur un espace trop circonscrit et très mal disposé pour supporter une pression permanente.

Voici donc sur quel principe fut basée la nouvelle combinaison dont nous avons à nous occuper. On pensa que, si, au lieu de concentrer la pression sur le coude, on venait à la répartir sur toute la longueur du bord cubital de l'avant-bras, on pourrait se permettre un degré de compression aussi considérable qu'il serait nécessaire sans amener d'accidents locaux.

Une cuirasse épaisse de dextrine disposée autour de l'avant-bras dans toute sa longueur, et du bras dans sa moitié inférieure seulement, a présenté, une fois la solidification obtenue, une sorte d'étui à la surface duquel les pressions les plus fortes étaient impunément supportées par le membre.

Il ne s'agissait plus que de prendre sur la partie latérale du côté sain un contre-appui d'une résistance très solide et d'une tolérance très grande pour la compression. Or, il est à remarquer qu'aucune partie du corps peut-être n'est mieux disposée pour cet effet que cette surface légèrement convexe qui des parties latérales de la nuque s'étend à l'épaule; il y a dans ce lieu des couches musculaires qui préviennent la pression trop douloureuse de la peau contre le squelette de la région; d'un autre côté, cet espace offre assez d'étendue pour permettre de répartir la pression sur un grand nombre de points.

C'est donc sur cette partie qu'on a placé un coussin assez épais, et il a été dès lors très facile de maintenir au degré nécessaire l'élévation de l'épaule en se servant d'une espèce d'ovale formé par des bandes, et aux deux extrémités duquel se trouvaient, d'un côté, l'avant-bras avec sa cuirasse, et de l'autre, la surface qu'on peut appeler le plan trapézoïdien.

A l'appui des idées que nous venons d'exposer, dit M. Chassaignac, nous présenterons l'observation de la malade sur laquelle nous avons fait pour la première fois l'application de ce bandage.

C'est une femme de cinquante-cinq ans, d'une constitution robuste, pourvue d'un embonpoint assez considérable, n'ayant pas eu antérieurement de fractures.

Dans l'impuissance où elle se trouve de se servir du membre thoracique droit, à la suite d'une chute faite dans un escalier sur l'épaule du même côté, elle se présente à l'hôpital Saint-Antoine, où on l'admet.

On reconnaît que la clavicule est fracturée dans son corps : le moignon de l'épaule est abaissé; le fragment externe s'engage par son extrémité au-dessous de l'interne, qui fait saillie en cet endroit; la mobilité anormale, la crépitation sont facilement perçues; l'ecchymose est déjà bien accusée dans le point correspondant à la solution de continuité.

Deux jours après l'accident on construit sur les indications de M. Chassaignac le bandage que nous avons fait connaître.

La première et la seconde section du membre sont invariablement fixées sous un angle de 90 degrés au moyen d'un cylindre de dextrine formé comme nous l'avons dit plus haut, et qui convertit le membre thoracique en un levier solide sur lequel on peut agir puissamment de bas en haut de manière à produire l'ascension du fragment externe. Entre la bande sèche et les téguments se trouve interposée une couche mince de coton cardé qui prévient les effets fâcheux d'un contact trop immédiat avec le cylindre de dextrine. La réduction étant opérée, on la maintient par une bande également imprégnée de solution de dextrine qui décrit des circulaires obliques en passant sur l'épaule saine et sous le coude du côté malade; un coussin a préalablement été placé sur la partie latérale et postérieure du cou, qui fournit un point d'appui solide, un autre moins épais éloigne légèrement l'avant-bras de la paroi thoracique.

Le 30 janvier, la malade a quitté l'hôpital, la consolidation ne laisse rien à désirer, la saillie légère qui rappelle le siége de la fracture n'est pas sensible à la vue et est perçue seulement par le doigt promené sur la clavicule.

Le bandage que nous venons de décrire est d'une application facile, il remédie bien au déplacement des fragments, et, dans ce cas particulier, il a pu procurer une consolidation exempte de difformité.

On objectera peut-être que le point d'appui est fourni par le bord externe du muscle trapèze, qui se contracte et se relâche alternativement; que, par conséquent, le bandage se trouve soumis aux mêmes alternatives de tension et de relâchement. Cette objection ne paraîtra pas aussi sérieuse qu'elle semble l'être tout d'abord, si l'on considère que le coussin qui supporte la pression repose principalement sur les apophyses épineuses des vertèbres dorsales supérieures et de la septième cervicale, et nous avons pu nous convaincre par l'observation que les mouvements de latéralité de la tête n'influaient pas d'une manière notable sur la fixité des moyens de contention.

Si le bandage que nous proposons n'est pas à l'abri de tout reproche, s'il ne répond pas aussi complétement que possible aux besoins de la pratique, au moins avons-nous cru que sous ce rapport il laisse moins à désirer que ceux qui l'ont précédé; à ce titre, nous avons le désir d'appeler sur lui toute l'attention des praticiens.

CLINIQUE DE LA VILLE.

De la fièvre typhoïde chez les enfants.

Les caractères symptomatiques de la fièvre typhoïde étaient connus de nos devanciers; mais les lésions anatomiques attribuées à cette maladie semblent complétement ignorées jusque vers 1811, époque où parut le *Traité de la fièvre entéro-mésentérique* de MM. Petit et Serres. Ces pathologistes, d'ailleurs, regardaient cette fièvre comme exclusivement propre à l'âge adulte. M. Andral avait pensé qu'on ne l'avait jamais observée au-dessous de l'âge de douze ans, et M. Chomel avait dit qu'à partir de l'âge de quinze ans le nombre de jeunes malades atteints de fièvre typhoïde allait toujours en diminuant jusqu'à l'âge de dix ans, au-dessous duquel il était très rare de rencontrer cette affection. De 1820 à 1825, MM. Denis (de Commercy) et Billard, dans leurs *Traités des maladies des nouveau-nés*, exposaient que l'inflammation de l'appareil folliculeux de l'intestin ne donnait lieu aux symptômes de la *fièvre putride maligne* que chez les enfants déjà un peu avancés en âge, tandis que chez les plus jeunes elle se montrait avec les caractères propres à l'entérite simple. M. le docteur Taupin, dans une *Monographie de la fièvre typhoïde propre à l'enfance*, publiée en 1839 et 40, trouve, ainsi que MM. Bretonneau, Thirial, etc., une grande analogie entre la fièvre typhoïde et les affections exanthémateuses; ce médecin n'a pas vu de fièvre typhoïde chez des sujets âgés de moins de deux ans. M. Littré (*Dictionnaire de médecine en 25 volumes*), en cite un cas observé chez un enfant de vingt-deux mois. Dans les deux éditions de mon *Traité des maladies des enfants*, j'ai cité des faits à l'appui de la ressemblance séméiotique qui se rencontre parfois chez les enfants entre les fièvres typhoïdes et les méningo-encéphalites. MM. Taupin, Rilliet, Barthez ont également parlé de la possibilité de cette analogie. En définitive, il résulte des différentes et multiples observations qui ont été faites à ce sujet que les symptômes et les lésions de la fièvre typhoïde se rencontrent également pendant les premiers âges de la vie; que les altérations anatomiques peuvent n'être accompagnées que des symptômes de l'entérite simple, ce qui est plus particulièrement commun chez les enfants en bas âge, de deux à trois ans et au-dessous; que ces lésions, et c'est surtout chez les plus âgés, de trois à six ans, par exemple, sont plutôt accompagnées de symptômes cérébraux tellement prédominants que leur diagnostic peut facilement se confondre avec celui de la méningite; que pendant l'existence de ces mêmes lésions anatomiques peuvent se manifester seulement quelques troubles fonctionnels résultant d'affections étrangères au cerveau et aux organes digestifs; qu'inversement on peut observer les symptômes typhoïdes pendant l'existence de traces anatomo-pathologiques d'une phlegmasie ordinaire, d'une phlegmasie érythémateuse de la membrane muqueuse intestinale; rencontrer même ces symptômes avec absence de lésions anatomiques gastro-intestinales; qu'en un mot les phénomènes typhoïdes et les altérations pathologiques des follicules isolés et des plaques de l'intestin peuvent s'isoler; ainsi, que, loin de pouvoir toujours être localisés à l'aide de ces dernières traces, ces symptômes, à l'instar de ceux nommés adynamiques, ataxiques, de ceux attribués à la résorption purulente, etc., constituent plutôt une sorte de cachet particulier susceptible de s'imprimer sur certains états morbides; que, néanmoins, les circonstances les plus propres au développement de ces phénomènes spéciaux paraissent se rencontrer, dans la majorité des cas, lors de l'altération pathologique des glandes de Peyer et de Brunner. Il demeurerait, du reste, évident que ces symptômes ne se présenteraient toujours ni au même degré, ni en même nombre; que les lésions anatomiques seraient susceptibles d'offrir la même instabilité.

On ne peut donc, dans l'état actuel de la science, réserver la désignation de fièvre typhoïde au groupe complet, à l'entière réunion des symptômes et des lésions les plus caractéristiques de cet état morbide; car il faudrait créer de nouvelles dénominations pour les cas où les symptômes existent, ont existé sans qu'il y ait les traces anatomiques signalées, ou quand ces derniers se rencontrent sans que l'on ait observé pendant la vie les phénomènes symptomatiques habituels, et encore pour les circonstances où les uns et les autres sont incomplets, en petit nombre ou comme effacés, etc.

On peut donc, en résumé, plus particulièrement reconnaître trois sortes de formes ou de modes d'être de la fièvre typhoïde chez les enfants. La première variété, différant peu ou point par ses symptômes des entéro-colites ordinaires, et spécialement plus fréquente chez les jeunes enfants et jusqu'à l'âge de deux à trois ans; la seconde, affectant les caractères de la méningo-encéphalite, plus commune de deux, trois à six ans; et la troisième, que l'on rencontre davantage entre cinq, six ans et la douzième année, souvent incomplète dans ses manifestations, et surtout remarquable par sa courte durée, l'effacement ou le manque de plusieurs de ses phénomènes habituels. Passé ces premières époques de la vie, les caractères de la maladie présentent plus d'uniformité. Toutes ces règles d'ailleurs ne sont pas sans exceptions, et ce qui précède est surtout vrai d'une manière générale, mais non absolue, car il est possible de rencontrer des cas anormaux et normaux, graves, incomplets ou légers, non-seulement dans le jeune âge, mais aux époques suivantes de la vie; la seule différence c'est que d'un côté c'est chose commune, et de l'autre chose rare.

Je vais exposer sommairement quatre observations de ces sortes de fièvres typhoïdes bâtardes que je viens d'avoir à soigner dans ma pratique particulière et chez des enfants de cinq à dix ans.

Dans le 1er cas, il s'agissait d'un petit garçon de 9 ans et demi. Après quelques prodromes marqués par de la céphalalgie, un peu de fièvre et de l'anorexie, je fus appelé et observai les principaux symptômes suivants : quelques saignements de nez les premiers jours; céphalalgie persistante, douleur et pesanteur sus-orbitaire avec chaleur frontale; bourdonnements d'oreilles; intelligence intacte; agitation fréquente la nuit, mais sans délire; alternatives de diarrhée et de constipation. Le ventre était indolent, parfois ballonné, et plusieurs fois le gargouillement fut sensible vers la fosse iliaque droite. Le pouls varia entre 100 et 120 pulsations; et vers le sixième jour quelques taches lenticulaires furent observées. A partir du huitième jour, tous ces phénomènes commencèrent progressivement à s'effacer, de sorte qu'après le douzième se manifesta un état de convalescence suivi en peu de jours d'une guérison complète.

Le second cas concerne une petite fille de 6 ans 1/2. Elle était alitée et avait de la fièvre depuis quatre jours quand je fus appelé. Je la visitai les 19, 20, 21, 22, 23, 24, 26 et 28 décembre dernier. Le pouls était à 120; il y avait de la céphalalgie, de la chaleur frontale. La nuit, la malade était agitée et délirait; parfois même le jour il y avait passagèrement de l'incohérence dans les idées. La figure était colorée et exprimait l'abattement et la souffrance; la langue était sèche et recouverte d'un enduit muqueux, excepté vers la pointe, qui était piquée de rouge. La soif était vive; il y avait de l'anorexie. Le ventre était tendu et ballonné, et un gargouillement manifeste se rencontrait vers la fosse iliaque du côté droit; il y avait de la constipation, que vainquirent plusieurs fois les lavements et les laxatifs. Tous ces symptômes, à quelques modifications près, persistèrent pendant cinq à six jours, et disparurent ensuite progressivement, de sorte que cette affection eut la durée du cas qui précède.

Il est question dans la troisième observation d'une petite fille de sept ans, que je vis du 17 février dernier au 4 mars. Elle était pareillement malade depuis quelques jours lors de mon arrivée. Voici ce que j'observai de plus remarquable : fièvre avec exacerbation deux à trois fois par jour; le pouls, de 80 à 100, montait de 120 à 130 pendant les paroxysmes. Nuits agitées; insomnies; quelquefois même délire; douleur de tête continue, avec intelligence intacte pendant le jour. Il y eut un épistaxis léger le troisième jour de ma visite. Il y avait des alternatives de diarrhée et de constipation; le ventre était tantôt ballonné, tantôt flasque; la sensation et le bruit de gargouillement furent plusieurs fois perçus vers la fosse iliaque droite. La langue était un peu blanche, un peu sèche et la soif modérée. A partir du quatorzième jour (2 mars) les symptômes allèrent aussi en s'effaçant, et je laissai la malade en voie de convalescence.

Enfin, dans le dernier des faits dont je présente également ici une courte analyse, il s'agit d'un enfant de six ans trois mois; il était pareillement malingre depuis quatre à cinq jours lorsque je fus appelé le 22 février dernier; il s'était plaint de la tête, avait de l'inappétence et de la diarrhée. Lors de ma visite le pouls battait de 110 à 112 fois par minute; la chaleur de la peau était modérée; le front était chaud, le mal de tête continu; il y avait quelques coliques, le ventre était météorisé et tendu, très peu sensible cependant à la pression, et donnant en plusieurs points la sensation de gargouillement; la langue était blanche, un peu piquetée de rouge vers la pointe; la soif était vive; la figure pâle et altérée. Les nuits étaient agitées, mais sans délire; les jours, l'enfant était taciturne et somnolent. Certains jours le ventre était distendu et non ballonné; la diarrhée cessa plusieurs fois ou reparu moins abondante, etc. Tels furent aussi les phénomènes les plus saillants observés pendant quatorze ou quinze jours, époque après laquelle ils s'amoindrirent et allèrent en se dissipant, de telle sorte que, du dix-huitième au vingtième jour, la convalescence était bien établie, quoique accompagnée encore de beaucoup de faiblesse.

De tels états morbides sont fréquents chez les enfants, surtout vers les âges indiqués, et si, malgré la réunion de quelques symptômes caractéristiques, et soit par le fait de leur ensemble incomplet ou de leur durée insuffisante, on voulait en contester la nature typhoïde (à tort selon moi), on aurait au moins l'embarras plus grand de les classer; car, d'autre part, ils ressemblent bien moins à des entérites, à des colites ou à des méningites qu'à la fièvre pu-

tride adynamique ou ataxique, qu'à la fièvre typhoïde. Sans étendre davantage une discussion qui serait hors de proportion avec le cadre de ce journal, je dirai en terminant quelques mots sur le traitement de cette maladie, du moins sur celui qui m'a toujours le mieux réussi, non-seulement dans les cas bâtards ou légers, mais dans ceux les mieux caractérisés et dans les plus graves. Sans passer en revue toutes les méthodes conseillées, je me prononcerai pour le mode de traitement qui consiste à satisfaire aux précises et principales indications. On calme la diarrhée, on dissipe la constipation, on combat les intermittences, les rémittences régulières et l'adynamie par le sulfate de quinine; aux douleurs de ventre on oppose les cataplasmes, les lavements émollients, quelquefois même les sangsues en moindre nombre possible; à la céphalalgie, à la congestion cérébrale, au délire, on oppose les applications réfrigérantes sur le front, les sinapismes vers les extrémités inférieures, les potions légèrement camphrées, quelquefois même les sangsues, tenant du reste compte de la marche, de la forme, des nuances de l'affection, des circonstances individuelles, etc., etc. Mais ce que j'adopte toujours, ce que je prescris indistinctement dans tous les cas, en toutes éventualités, c'est le lait d'ânesse. Je le fais prendre continuellement à toutes les périodes, à tous les âges, et à la dose depuis un demi-litre jusqu'à un litre entier par jour; ce qui ne m'empêche pas de donner fréquemment du bouillon de poulet ou de bœuf, ce dernier plus ou moins léger ou concentré, et ce qui n'implique pas non plus l'idée d'abstention des agents thérapeutiques indiqués, jugés nécessaires. Je n'ai trouvé que des succès dans cette voie de traitement, et je pourrais citer quelques cas presque désespérés, au su et au dire même de plusieurs de nos honorables confrères, dont l'issue a fini de la sorte par être heureuse. Est-ce plus particulièrement au lait d'ânesse que sont dues ces réussites? Y a-t-il quelque chose d'antiputride, de spécifique dans ce fluide animal? Sans prétendre résoudre cette dernière question, tout ce que je puis répondre, c'est qu'au point de vue seulement pratique cet agent naturel m'a paru avoir au moins une grande part dans les bons résultats obtenus.

Dr BERTON,

Médecin consultant de la maison impériale de la Légion-d'Honneur, médecin de l'Ecole d'état-major.

CLINIQUE DÉPARTEMENTALE.

Observation d'atrophie musculaire progressive,

Par M. le Dr NIEPCE, médecin inspecteur des eaux d'Allevard, à Mâcon.

Nous reproduisons les principaux détails de cette observation, qui présente un double intérêt :

1° Parce que, cette maladie existant chez un médecin, elle a pu être suivie scientifiquement dans sa marche;

2° Parce que non-seulement elle a pu être arrêtée dans sa marche, mais encore parce qu'elle est en voie de guérison.

Le docteur M..., âgé de quarante-deux ans, d'une constitution qui avait été bonne jusqu'à l'apparition des premiers symptômes de la maladie, a ressenti il y a trois ans quelques douleurs rhumatismales dans différentes parties du corps, principalement dans les muscles du cou, du dos et des bras, accompagnées d'accès de fièvre intermittente. Deux mois après environ, le malade s'aperçut que la région postérieure du cou, le bras, l'avant-bras et la main gauche s'amaigrissaient, que les mouvements musculaires s'affaiblissaient dans ces parties.

Un traitement par les eaux d'Aix fit disparaître les douleurs; mais l'amaigrissement musculaire et la faiblesse des mouvements augmentant, et craignant alors d'être atteint d'une affection de la moelle épinière, le malade, après avoir essayé vainement plusieurs médications actives (moxas, vésicatoires, strychnine, etc.), se rendit à l'établissement thermal d'Allevard.

A son arrivée, M. Niepce constate l'état suivant :

La tête est fléchie en avant et le menton reposant sur le thorax. La région postérieure du cou est atrophiée au point que les apophyses transverses et épineuses sont apparentes.

Le membre thoracique gauche est pendant le long du corps; les doigts de la main fortement fléchis. Pour relever un peu la tête, le malade est obligé de faire de violents efforts, qui parviennent seulement à la soulever très faiblement.

Les mouvements du bras, de l'avant-bras et de la main gauche sont très faibles; ceux du bras droit sont plus mobiles et plus faciles.

La respiration est facile.

L'appétit est bon.

Les digestions faciles.

Les membres inférieurs sont intacts; la locomotion est facile.

Muscles postérieurs du cou. — Le trapèze est atrophié dans toutes ses parties, beaucoup plus à gauche qu'à droite. Les mouvements d'élévation du moignon de l'épaule du côté gauche sont impossibles. L'inclinaison latérale et l'extension de la tête et son mouvement de rotation à gauche sont réduits à très peu de chose. Du côté droit, ils sont plus prononcés.

Le grand dorsal et le grand rond présentent dans leur moitié supérieure une atrophie considérable; aussi les mouvements d'adduction et de rotation en dedans et en arrière du bras gauche sont impossibles. A droite, ils le sont beaucoup plus.

Le rhomboïde est également plus atrophié à gauche qu'à droite et les mouvements de rotation qu'il imprime à l'omoplate sont impossibles.

L'angulaire de l'omoplate est aussi atrophié.

Le splénius est spécialement atrophié, puisque les mouvements d'extension de la tête sont presque abolis.

Muscles antérieurs du cou. — A la région antérieure du cou, les muscles sterno-cléido-mastoïdiens sont atrophiés, principalement du côté gauche. Les mouvements qu'ils impriment sont presque nuls à gauche.

Les autres muscles sont sains.

Muscles de l'épaule. — Le muscle deltoïde gauche présente une atrophie considérable. Son action est nulle.

Il en est de même du sus-épineux, du sous-épineux et du sous-scapulaire.

L'aspect de l'épaule présente une déformation considérable, et l'on voit que les muscles sont réduits à une très faible épaisseur. Les muscles de l'épaule droite sont un peu affaiblis et leurs mouvements sont presque intacts.

Muscles du bras. — Tous les muscles du bras gauche sont atrophiés et leurs mouvements abolis. Ceux du bras droit sont à peine déformés et leurs mouvements sont à peu près à l'état normal.

Muscles de l'avant-bras. — L'atrophie considérable des muscles du membre gauche rend leurs mouvements presque nuls. L'avant-bras droit est sain, ainsi que ses mouvements.

Muscles de la main. — Les muscles de l'éminence thénar de la main gauche sont complétement atrophiés et ne jouissent d'aucun mouvement. Il en est de même de ceux de l'éminence hypothénar et des interosseux. Les doigts sont fléchis. Dans cette main, la paralysie est à peu près complète.

La main droite est normale.

Muscles de la région thoracique. — Le grand pectoral gauche a diminué de moitié de volume. Le droit est intact. Il est impossible au malade de croiser le bras gauche et de porter la main gauche sur le devant de la poitrine, tandis que ces mouvements sont faciles pour le bras droit.

Le petit pectoral et le sous-clavier gauches sont un peu atrophiés. Il en est de même du grand dentelé.

Tous les muscles de l'abdomen, des lombes et des membres pelviens sont sains et leurs mouvements intacts.

Les muscles de la face n'ont éprouvé aucune altération appréciable.

La déglutition, les mouvements de la langue, la voix, les digestions n'ont éprouvé aucune modification.

Tous les muscles de la vie organique ont conservé leurs fonctions.

Dans toutes les régions atrophiées, la sensibilité s'est conservée soit à la peau, soit dans les parties profondes. Il y a seulement affaiblissement et perte des mouvements volontaires.

Tel était l'état de ce malade à son arrivée à Allevard.

Le traitement thermal a fait découvrir à M. Niepce la cause de cette affection.

Soumis à l'action interne et externe des eaux sulfureuses et fortement iodurées d'Allevard, ce malade a été atteint d'une poussée très forte qui a amené la sortie sur la surface cutanée d'une éruption de syphilides nombreuses.

Le traitement thermal a été énergique, et la poussée s'est prolongée pendant plusieurs jours. Le malade a pris des bains, des douches générales, des douches écossaises dirigées sur la nuque et le long du rachis, et des bains de vapeur.

Ce traitement, supporté très facilement par le malade, ne parut avoir d'autre résultat que celui de l'apparition des syphilides, et le malade retourna chez lui dans le même état; mais, à dater de ce moment, l'atrophie n'a plus fait de progrès, et dès le mois de janvier suivant, le malade, auquel M. Niepce avait conseillé l'usage de l'iodure potassique, s'est aperçu que les muscles atrophiés avaient légèrement augmenté de volume, principalement à la nuque, et que les mouvements semblaient revenir.

A dater de ce moment, la substance fibreuse augmenta de volume, les mouvements devinrent plus sensibles, et le malade étant revenu à Allevard au commencement de juillet de l'année suivante, il fut facile de constater une amélioration très notable, au point que l'atrophie a diminué de moitié. La main gauche a repris un peu de force; les doigts sont moins fléchis et les muscles plus développés.

Le traitement thermal a consisté en bains et surtout en douches écossaises. Une nouvelle poussée s'est manifestée; mais elle a consisté seulement en une éruption miliaire; il n'est survenu aucune syphilide.

IDENTITÉ DE LA VARIOLE CONFLUENTE
et de la fièvre typhoïde.

> La vaccine n'a réussi qu'à faire changer la variole de place, souvent de forme. (H. CARNOT.)

Dans mon mémoire sur la *gastro-entérite varioleuse*, la proposition XIe est ainsi conçue :

« La variole confluente et la fièvre typhoïde ne sont en réalité » qu'une seule et même maladie, tantôt *externe*, tantôt *interne*, » produite par la combinaison de la variole et du typhus. »

Donner quelques développements à cette proposition, le faire moins par la symptomatologie, car ici des maîtres illustres m'ont précédé, que par des observations que je puiserai, non dans ma pratique particulière, on pourrait m'accuser de les assouplir, mais dans celle d'hommes dont on ne pourra suspecter ni la science ni la probité, tel est le but de cet article.

M. Serres, dans ses remarquables mémoires, en 1847, sur l'analogie de nos deux maladies, s'exprime de la sorte :

« Si, dans la comparaison de ces deux maladies, on fait abstraction de l'éruption propre à chacune d'elles, on trouve une *similitude parfaite* dans les phénomènes de la fièvre secondaire qui » les constitue : même infection du sang, même permanence dans » la source de cette infection, même saturation de l'organisme par » un principe délétère. » (1er mém., § 17, 1847.)

« Pour le *fond*, de même que pour la *forme*, la fièvre typhoïde » répète la forme et le fond de la variole. Quel sujet de méditation » pour la médecine et les gouvernements! Quelle parenté entre ces » deux terribles affections! » (*Idem.*)

Je passe rapidement aux observations, mais avant quelques réflexions sont nécessaires pour l'intelligence de ce qui va suivre.

La variole, indépendante de son symptôme le plus apparent, faciale ou viscérale, externe ou interne, est bénigne dans son isolement.

La variole, constamment bénigne lorsqu'elle est inoculée, devient au contraire, par son *union*, son *mélange* avec les maladies intercurrentes, suivant Stoll, et particulièrement avec le typhus, d'après Ozanam et Fodéré, confluente, maligne et mortelle. « Le danger, » dit M. Carnot, tient à la nature occulte de leur combinaison. »

Virus varioleux isolé, virus varioleux combiné trouvent leur explication dans la variole inoculée et dans la variole épidémique.

Ce que je dis pour l'élément morbide varioleux, ou V, je le dis également pour l'élément typhus, ou T. Ce dernier, comme l'autre, est isolé ou bien combiné : le premier est le typhus simple, le second le typhus fever des Anglais, ou notre fièvre typhoïde; l'un est l'affection abdominale bénigne, l'entérite discrète, muqueuse, catarrhale, etc., l'autre l'entérite folliculeuse, l'entérite typhoïde, la dothinentérie, la fièvre putride; pour moi, c'est la combinaison de l'élément typhus avec l'élément varioleux, c'est T+V, c'est en un mot la fièvre typhoïde, qui n'est que le *summum* de la maladie combinée : c'est donc à cette combinaison que je vais m'attacher.

On comprend déjà que je n'établis aucune identité entre nos éléments morbides. La nature a souvent soin de les isoler; elle donne fréquemment à l'enfant une variole discrète, et plus tard, à lui devenu adolescent un typhus discret : deux maladies qui n'ont aucune analogie entre elles.

Je reviens à la combinaison de ces deux causes morbides, et j'ajoute qu'elle peut avoir lieu à une époque quelconque de leur durée (Stoll); que dans la variole la gravité tient moins au nombre, à la grosseur des boutons qu'à leur petitesse, qu'à la lividité et aux taches noires qui les entourent, ainsi qu'à l'affaissement rapide de l'enflure qui leur sert de base (Boerhaave, Stoll). Dans ce cas, qui est mortel, qui dénote la combinaison avec un élément nouveau, n'est-il pas évident que l'affection intestinale vient dominer la première? Enfin, et comme dernière observation, qui semble n'être que le corollaire de celle-ci, il faut redire avec M. Dégin : « Dans » certains cas l'inflammation des *organes digestifs* est tellement » violente que l'éruption est entièrement empêchée. Alors la fièvre » persiste et la gastro-entérite continue ses progrès. »

M. Carnot, qui a bien droit de se faire écouter dans cette question, a dit à son tour : « Dans tous les temps et dans tous les pays, » l'agent de la variole a toujours eu deux modes d'action : l'un *externe*, l'autre *interne*. Le premier, l'*invariable* effet du contage » varioleux, est de produire une fièvre aiguë, entérite *sui generis*, » *avec ou sans éruption cutanée*, qui constitue *seule* la variole, accompagnée souvent dans l'enfance par de violentes convulsions » dont le formidable aspect défie l'investigation, présentant un imminent danger, qui ne cesse que par l'éruption des pustules, ou » *la mort.* »

J'arrive aux observations :

1° En 1846, un jeune militaire au 11e léger, portant de véritables cicatrices de vaccine, est pris de fièvre typhoïde dans sa garnison, où elle régnait épidémiquement. Il a du dévoiement, du délire, une prostration extrême; sa position est jugée des plus graves. Le huitième jour, on lui applique un long vésicatoire sur le sternum; immédiatement il est pris de sueurs abondantes; une éruption varioleuse débute, s'étend à tout le corps. Cette variole suit la marche naturelle. Guérison.

2° A Paris (1852), un garde municipal atteint de la fièvre typhoïde au plus haut degré se rétablit, et entre dans une convalescence pénible interrompue, après trois semaines, par la petite vérole. Guérison.

3° et 4° MM. Becquerel et Bouvier rapportent chacun une observation pareille.

5° Enfin, M. Forget (de Strasbourg) a vu une entérite folliculeuse très grave; guérison lente. Variole confluente au moment de la convalescence; guérison.

Cet honorable professeur, dont l'estime m'honore et dont le nom et la haute probité scientifique font autorité, voit « dans ce beau » fait un argument contre la similitude des deux maladies. » (*Gaz. des Hôpitaux*, 17 février 1851.)

A quels signes sur le corps vivant, lui demanderai-je, avez-vous reconnu que l'entérite était folliculeuse; en d'autres termes, qu'il y avait chez le malade éruption intestinale? Je suis autorisé à croire la chose difficile par cette autre observation de votre part : « A » côté de ce même malade, un autre convalescent d'entérite folli» culeuse, *mais moins grave*, fut pris de variole. » (*Gaz. des Hôp.*)

Pour moi, il n'existait dans ces observations citées qu'une entérite simple suivie plus tard d'une variole simple, ou bien une entérite qui pendant son cours s'est combinée avec le contage varioleux; ce n'est donc pas une maladie qui a succédé à une maladie analogue, c'est un élément morbide nouveau qui est venu succéder ou s'unir à un autre. Dès lors, il est évident qu'un sujet attaqué d'une entérite discrète peut, dans le cours de la maladie, par l'adjonction subite du contage varioleux, avoir la fièvre typhoïde ou la variole confluente, selon sa prédisposition; mais il n'aura deux fois ni l'une, ni l'autre.

Toute la question se réduit donc à admettre ou à n'admettre pas que la variole bénigne est *isolée*, que la variole maligne est *une combinaison*. M. Forget ne saurait ignorer d'ailleurs qu'il n'en est pas de même lorsqu'on inocule la petite vérole à un individu sain ou à un individu malade, surtout si la maladie est une affection des voies digestives. Dans le premier cas, la maladie est *bénigne*; dans le second, elle est *très grave*. « La malignité de la maladie, dit » Swieten, ne vient ni de la nature, ni de la quantité du levain, mais du *mauvais état* du corps. » Il sait ensuite qu'une variole bénigne à son début devient quelquefois confluente et mortelle au moment où le médecin est bien loin de s'y attendre.

Lorsque des convulsions graves se manifestent chez un enfant, le médecin donne à la maladie le nom du symptôme effrayant qui le premier apparaît à ses yeux; mais si à ces convulsions succède une éruption, alors le praticien éclairé modifie son diagnostic et reconnaît chez son jeune malade une gastro-entérite varioleuse, dont le symptôme le plus apparent pour lui avait consisté jusqu'alors dans des désordres nerveux, symptômes dus à l'âge et à la prédisposition du sujet. De même, par une autre erreur de diagnostic, on donne souvent à la gastro-entérite varioleuse le nom d'entérite aiguë, d'entérite typhoïde, jusqu'au moment où par la manifestation d'un nouveau symptôme la maladie vient se nommer elle-même; car il est, pour moi, hors de doute que les médecins dont j'ai publié les observations n'eussent pas prononcé le nom de *fièvre entérite*, *fièvre typhoïde*, s'ils eussent prévu qu'une éruption varioleuse, dans la huitaine ou un peu plus tard, se ferait jour au milieu des symptômes abdominaux.

Il serait inutile d'insister davantage sur l'*isolement* ou *la combinaison* des principes morbides. Mon honorable professeur M. Forget me fournirait les meilleurs arguments de cette thèse; je lis, en

effet, dans un ouvrage récent de ce savant pathologiste, que « la » maladie est *un ensemble d'éléments primitifs*; de là la nécessité » d'une médication directe qui s'attaque au premier, indirecte qui » s'attaque au second; de là on peut formuler cet axiome : *atta-» quer la maladie par celui de ses éléments qui présente le plus de » chances de succès.* C'est la clef, ajoute notre auteur, des traite-» ments variés dont nous nous obstinons à chercher le remède uni-» voque, telle que la fièvre typhoïde; ici l'empirisme lui-même » devient rationnel, car il s'illumine des éléments constitutifs des » maladies. » (*Doctr. des élém. morbides*, 1852.) Dr BAYARD.

Nous donnerons dans le prochain numéro la deuxième partie de ce mémoire.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 19 avril 1853. — Présidence de M. BÉRARD.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'intérieur et du commerce adresse :

Épidémie de rougeole et de suette.

1° Un rapport de M. le docteur Lemazurier, médecin des épidémies de l'arrondissement de Versailles, sur une épidémie de rougeole et de suette miliaire qui a régné dans la commune de Viroflay en novembre 1852.

Eaux minérales de Trébas.

2° Un rapport de M. le docteur Lafon, médecin inspecteur des eaux minérales de Trébas (Tarn), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1852.

Remèdes secrets.

3° Des demandes d'avis sur divers remèdes secrets.

Statistique des décès dans la ville de Paris.

M. le préfet de police transmet le relevé statistique des décès dans la ville de Paris pour les mois d'avril, mai, juin, juillet, août, septembre, octobre, novembre et décembre 1852.

Choléra.

M. Ribes (de Nîmes) écrit, à l'occasion de la dernière communication de M. le docteur Ischetgrin, médecin inspecteur du service sanitaire de Pologne, sur le développement spontané du choléra dans des lieux autres que ceux limitrophes des rives du Gange, qu'il croit avoir prouvé lui-même, il y a plus de trois ans, que généralement ce fléau naît et se développe spontanément dans les lieux où il exerce ses ravages.

Vaccine.

M. Montfeuillard (de Ville-sur-Tourbe), adresse le tableau des vaccinations qu'il a pratiquées en 1852 dans les communes de Courtimont et de Barzieux (Marne).

Hydrothérapie.

M. Gillebert-d'Hercourt, directeur de l'établissement hydrothérapique de Lyon, adresse un mémoire intitulé : *De l'hydrothérapie dans le traitement de la surexcitabilité nerveuse.* (Commissaires : MM. Pâtissier et Gibert.)

Invagination intestinale.

M. le docteur Haleguet (de Châteaulin) communique une observation d'invagination intestinale avec expulsion d'une anse d'intestin grêle gangrenée. (Commissaires : MM. Cruveilhier et Gaultier de Claubry.)

Gangrène pultacée de la lèvre.

M. Chevillon (de Vitry-le-Français) envoie une observation de gangrène pultacée de la lèvre, accompagnée d'accidents généraux graves à la suite d'une piqûre de sangsue. (Commissaires : MM. Gaultier de Claubry et Requin.)

Glucosurie.

M. Szokalsky, de Savigny-sous-Beaune (Côte-d'Or), adresse une observation de glucosurie consécutive à la fracture du crâne. (Commissaires : MM. Bérard et Bouchardat.)

Digitaline.

M. Dumont, pharmacien à Cambrai, envoie un mémoire sur l'action de la digitaline dans les affections cutanées, faisant suite à la note qu'il a précédemment envoyée.

Nouveau fébrifuge.

M. Serres (de Dax) adresse un mémoire sur un nouveau fébrifuge qui guérit, dit-il, plus sûrement que le sulfate de quinine, non-seulement les fièvres intermittentes, mais encore les fièvres continues et même les fièvres symptomatiques. Ce succédané du quinquina n'est autre chose que du charbon végétal.

Anus artificiel pratiqué au-devant de la fosse iliaque.

M. Goyrand (d'Aix) adresse, par l'intermédiaire de M. Velpeau, une observation intitulée : *Observation d'imperforation de l'anus et absence d'une partie du rectum. Anus artificiel pratiqué au-devant de la fosse iliaque gauche.* Il s'agit d'un enfant nouveau-né ayant une imperforation de l'anus, et chez lequel il était urgent de pratiquer un anus artificiel. Connaissant les résultats à peu près toujours funestes des opérations pratiquées par la région ano-périnéale dans les cas où l'intestin se termine vers les régions supérieure ou moyenne du bassin, M. Goyrand se décida à ouvrir l'S du côlon au-devant de la fosse iliaque. L'enfant était né depuis quarante-huit heures lorsque l'opération fut pratiquée. M. Goyrand fit à la partie inférieure gauche de la paroi antérieure de l'abdomen, au-devant de la fosse iliaque, une incision de 3 centim. 1/2, oblique de bas en haut et de dedans en dehors, commençant en dehors du muscle droit abdominal, et se terminant à 6 ou 8 millimètres au-dessus de l'épine iliaque antérieure supérieure. Du premier coup il incisa la peau et la couche cellulo-adipeuse sous-cutanée; puis, s'aidant de la pince et de la sonde cannelée, il divisa les couches aponévrotiques et musculaires jusqu'au péritoine. Cette membrane fut divisée à son tour, et l'on vit alors s'engager dans l'ouverture de la paroi du ventre l'S du côlon, distendue par le méconium.

Après avoir amené l'intestin au dehors, un double fil ciré fut porté derrière l'organe à travers le mésocôlon, et, l'intestin étant ainsi fixé, l'opérateur l'ouvrit parallèlement à l'incision de la paroi abdominale, mais dans une étendue moindre que celle-ci. Il s'écoula à l'instant une grande quantité de méconium. L'intestin vidé s'affaissa. Les bords de l'incision de l'intestin furent réunis avec ceux de l'incision de la peau à l'aide de sept points de suture, dont trois en haut, deux en bas et un dans chaque angle. Cette réunion opérée, la paroi postérieure de l'organe, poussée au dehors par les viscères flottants de l'abdomen, se présenta sous forme d'une tumeur muqueuse, dont la saillie augmentait et les plis s'effaçaient quand l'enfant faisait des efforts. Un petit appareil approprié fut appliqué sur la plaie.

Six jours après l'opération, l'anus artificiel formait une tumeur semi-ovoïde de 3 centimètres et demi d'étendue dans son plus grand diamètre, de 2 et demi de largeur, et faisant à sa partie moyenne une saillie qui variait entre 6 et 10 millimètres, selon que l'enfant était calme ou s'agitait, pleurait et faisait des efforts.

M. Goyrand a revu deux mois après son petit opéré, qu'il a trouvé gros, frais, bien portant et ne le cédant en vigueur à aucun enfant de son âge. L'anus artificiel fonctionnait bien.

Cette communication a été renvoyée à l'examen d'une commission composée de MM. Laugier, Bouvier et Velpeau.

Evacuation artificielle des débris des pierres vésicales après la lithotritie.

M. Le Roy-d'Etiolles adresse à l'Académie une note relative à l'évacuation des débris de la pierre au moyen de la sonde à double courant : il rappelle que cet instrument, imaginé par Haler et par M. Cloquet dans le but de dissoudre les calculs urinaires, a été appliqué par lui à l'évacuation artificielle du détritus de la pierre broyée dans la vessie. Il en a publié l'idée dès l'année 1825 dans son livre intitulé : *Exposé des procédés pour guérir de la pierre*, p. 96. La sonde qu'il emploie dans ce but, et qu'il met sous les yeux de l'Académie, diffère de celle de Haler et de M. Cloquet en ce que les deux tubes sont de diamètres très inégaux, le tube de sortie devant être beaucoup plus large que le tube d'arrivée du liquide. Quant aux rapports des tubes, il est d'observation que sur certains malades l'ouverture évacuatrice placée en dessous donne une issue plus facile aux fragments, tandis que pour d'autres c'est le contraire. Dans ce cas, le jet de liquide dirigé en bas frappe sur les fragments rassemblés dans le bas-fond, les disperse et les fait retomber dans l'œil de la sonde avec l'eau qui les entraîne.

Paralysie musculaire atrophique.

M. Niepce communique une observation de paralysie musculaire atrophique. (Voir plus haut.)

Choléra.

M. Cloquet communique une lettre de son neveu, M. Ernest Cloquet, sur la marche actuelle du choléra. Il résulte des détails dans lesquels M. E. Cloquet entre à cet égard qu'une invasion prochaine du choléra serait à craindre à Téhéran, où il réside.

Surdi-mutité.

M. Piorry lit au nom d'une commission un rapport officiel sur le traitement de la surdi-mutité institué par M. le docteur Blanchet à l'institution des sourds-muets de Paris.

Par suite d'une discussion qui s'est élevée sur ce rapport et à laquelle ont pris part MM. Villermé, Ferrus, Bousquet, Bérard, etc., le vote sur les conclusions a été renvoyé à la séance prochaine.

Nous résumerons en même temps le rapport et la discussion.

— La séance est levée à cinq heures.

CORRESPONDANCE.

A M. le Rédacteur de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

De l'anesthésie hystérique.

Monsieur le rédacteur,

Permettez-moi de vous adresser quelques réflexions, non pas au sujet, mais à l'occasion des leçons de M. Gendrin sur l'hystérie.

Un des caractères de la littérature médicale de notre époque est la facilité avec laquelle on donne et on accepte comme nouvelles des observations qui quelquefois sont aussi vieilles que la science; et, ce qui n'est pas moins remarquable, ce sont les hostilités que rencontrent ces mêmes innovations prétendues, jusqu'à ce que leur vétusté soit bien démontrée. Ces deux phénomènes se sont réalisés au sujet de l'anesthésie comme symptôme concomitant de l'hystérie.

On lit dans l'*Union médicale* du 19 février 1853 un travail intéressant sur ce sujet, dont l'auteur débute par ces mots : « Un des phé-» nomènes les plus *remarquables* et les plus *constants* de l'affection » hystérique consiste dans l'affaiblissement, quelquefois dans l'abolition » complète de la sensibilité »; et plus loin il s'exprime ainsi : « La con-» naissance de l'anesthésie hystérique est de date récente; M. Maca-» rio et M. Gendrin sont les deux *premiers auteurs* qui en aient parlé. » M. Landouzy a cherché à réfuter les opinions de M. Gendrin, et elles » ont été combattues depuis non moins vivement par M. Sandras. »

Je ne sais ce qui m'a le plus étonné, de cette prétendue découverte ou de cette singulière opposition; car j'ai toujours vécu dans l'idée qu'il existe des paralysies hystériques. En effet, rien n'est plus flagrant que l'abolition complète de la sensibilité dans certains accès d'hystérie dite épileptiforme, particulièrement en raison de la perte du sentiment jointe aux convulsions; rien de plus frappant que cette anesthésie plus ou moins générale et complète dans les cas de catalepsie hystérique, de somnambulisme naturel hystérique. Tous les historiens de l'hystérie s'accordent à considérer comme appartenant à cette affection les prétendues possédées du moyen âge, les convulsionnaires du tombeau du diacre Paris, lesquelles souffraient les tortures les plus cruelles et s'y soumettaient même volontiers, sans accuser la moindre douleur. On les foulait aux pieds, on les rouait de coups, on leur déchirait les chairs, on les clouait sur une croix sans provoquer la moindre manifestation de souffrance; on assure même qu'elles subissaient ces supplices avec une certaine volupté. Comment, après tout cela, prétendre que l'anesthésie hystérique soit d'observation nouvelle? Il est vrai que les auteurs classiques les plus modernes ne font pas figurer l'anesthésie dans la symptomatologie régulière de l'hystérie; on la cherche vainement dans les traités honorés de palmes académiques de MM. Dubois (d'Amiens), Brachet et autres. Mais, quelque singulière que soit cette omission, elle ne prévaut pas contre les remarques notoires énoncées ci-dessus, et contre ce que j'appellerai la *commune renommée*.

Pour ma part, cette anesthésie m'apparaissait comme un fait vulgaire et classique. Je me souviens avoir vu à Paris, il y a vingt-cinq ans, avec M. le docteur Laurand, une jeune fille hystérique chez laquelle de larges surfaces du tronc étaient insensibles, même dans les intervalles des accès, au point qu'on pouvait y enfoncer des épingles sans produire de sensation. Cela nous paraissait extraordinaire, mais non pas nouveau. Dans un mémoire sur l'hystérie publié dans la *Gazette médicale de Paris* en 1848, j'ai rapporté le fait d'une malade observée à ma clinique en 1842, malade chez laquelle, entre autres phénomènes singuliers, se produisit, un beau jour, une paralysie du mouvement et du sentiment des membres inférieurs et du bras droit. Les assistants prenaient déjà cette paralysie pour un signe d'hémorrhagie cérébrale, lorsque je m'empressai de les rassurer, leur disant que ce n'était là qu'une des mille manifestations de l'hystérie, et que ce redoutable symptôme cesserait de lui-même en peu de temps. En effet, le lendemain une jambe seule était paralysée, et les jours suivants il n'y avait plus vestige de paralysie. (*Recherches cliniques sur les névroses*, obs. XI.) Dans le même travail je dis encore : « Nous n'osons classer » l'hystérie parmi les névroses actives; nous craindrions que l'obser-» vation et la thérapeutique surtout ne nous donnassent un démenti, » car il y a des hystéries *anesthésiques*, comme il y en a d'hyperesthé-» siques; il y en a de paralytiques comme il y en a de convulsives; » il y en a qui sont avantageusement modifiées par les toniques et les » excitants comme il y en a qui réclament l'emploi des saignées et » des narcotiques. » Enfin je dis plus loin : « La névropathie hystérique » se compose presque toujours d'une association de phénomènes sen-» sitifs et spasmodiques. Il peut arriver pourtant qu'un de ces éléments » vienne à manquer. On conçoit en effet qu'il peut y avoir hyperes-» thésie ou *anesthésie* isolées, comme cela s'observe dans certains cas » d'endolorissement ou d'*insensibilité* de certaines parties... Mais ces » symptômes exclusifs ne sont presque toujours que transitoires, et » l'association normale se retrouve dans l'ensemble des phases de la » maladie. » Voilà ce que j'ai toujours pensé et ce que je professe depuis dix-huit ans.

Maintenant je m'empresse de reconnaître que l'anesthésie hystérique n'a jamais été étudiée avec autant d'attention et de détails que dans ces derniers temps; il est incontestable que c'est à quelques observateurs tout récents que revient l'honneur d'avoir fait ressortir la grande fréquence et beaucoup de particularités de l'anesthésie hystérique, etc.; mais ce que je voulais constater, dans l'intérêt de la science et de la vérité, c'est uniquement l'ancienneté, la vulgarité même d'une notion légèrement présentée comme d'invention toute moderne. Je le fais d'autant plus volontiers qu'il ne s'agit ici d'aucune prétention de ma part à une priorité qui n'appartient à personne parmi les contemporains.

Agréez, etc.

Professeur FORGET (de Strasbourg).

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

L'assemblée générale annuelle de la Société de prévoyance des pharmaciens du département de la Seine a eu lieu le 30 mars, dans la grande salle de l'Ecole de pharmacie.

M. Fumouze, secrétaire, a donné lecture du compte-rendu annuel des travaux du conseil d'administration. Il a rappelé qu'aussitôt son installation le conseil s'était empressé d'adresser un travail sur l'ensemble de la législation pharmaceutique au comité supérieur d'hygiène publique, saisi de la question; que ce travail, distribué à tous les membres de la Société, avait paru obtenir leur assentiment presque unanime.

L'assemblée a pris ensuite plusieurs résolutions, parmi lesquelles il en est une qui mérite surtout d'être signalée.

La Société, qui avait déjà pris sous son patronage le placement des élèves en pharmacie, a institué, cette année, six prix annuels qui seront accordés aux plus méritants.

Nous applaudissons vivement à cette tendre sollicitude et à ces encouragements donnés à la jeunesse studieuse parmi laquelle se recrute chaque année le corps pharmaceutique.

La Société a procédé ensuite au renouvellement partiel de son bureau.

M. Vée a été nommé vice-président; M. Pennes, secrétaire-adjoint, et M. Hottot a été réélu trésorier. MM. Garot, Robiquet, Martial Lamouroux, Lebrou, Savoye et Fournier ont été nommés conseillers.

Ces élections, faites à une très grande majorité, témoignent de l'esprit qui anime la Société.

Elles sont la consécration des idées émises dans le mémoire adressé au comité d'hygiène par le précédent conseil d'administration.

Elles prouvent que les pharmaciens de Paris pensent, qu'en présence de la responsabilité si réelle qui leur incombe, une large part doit être faite à l'intelligence dans la législation destinée à les régir, et qu'ils sont peu partisans des mesures absolues et restrictives demandées en leur nom; que s'ils sollicitent, comme tous les honnêtes gens doivent le faire, des poursuites contre le charlatanisme, ils désirent également que le pharmacien ne soit pas soustrait au droit commun, et qu'il puisse tirer honorablement parti d'une découverte utile à l'humanité. Ce sont ces idées que nous avons toujours soutenues et qui viennent de triompher à l'Académie de médecine.

Par suite de ces nominations, le conseil d'administration pour l'année 1853-54 se trouve ainsi composé :

MM. Labélonye, président;
Vée, vice-président;
Fumouze, secrétaire général;
Pennes, secrétaire adjoint;
Hottot, trésorier;
Schaufelle, Barruel, Favrot, Jutier, Garot, Robiquet, M. Lamouroux, Lebrun, Savoye et Fournier, conseillers.

— MM. Boinet, Broca, Follin, Boyer, Triquet, Verneuil, Depaul, Sappey, Laborie et Houel ont été admis pour le concours du bureau central à prendre part aux épreuves définitives pour trois places de chirurgiens des hôpitaux.

— La démolition de la partie de l'Hôtel-Dieu située sur la rive droite du petit bras de la Seine vient d'être arrêtée en principe par le conseil municipal, qui a décidé la prolongation du quai du Marché-Neuf sur l'emplacement de l'Hôtel-Dieu.

— M. le docteur Saint-Yves a été nommé médecin inspecteur des aliénés du département de Seine-et-Marne.

— M. Aubanel, médecin en chef de l'asile des aliénés de Marseille, dont on connaît les travaux remarquables, a été nommé chevalier de la Légion-d'Honneur.

— M. le docteur Alfred Sauze, ancien chef interne de l'asile des aliénés de Marseille, a été nommé médecin adjoint de cet établissement.

— Le docteur Franz Kostl vient d'être appelé aux fonctions de médecin-directeur de l'asile de Prague.

— Le docteur Zillner a été nommé médecin en chef de l'asile de Zalzburg.

— On vient de bâtir un asile à Port-Philippe, en Australie.

— Les élèves du professeur Van der Kolk ont célébré, le 28 février, l'anniversaire de sa vingt-cinquième année de professorat à l'Académie d'Utrecht. On aime à rappeler ces preuves de bon rapport entre les maîtres et les élèves.

— Le *Courrier de Marseille* publie et le *Moniteur officiel* reproduit la nouvelle suivante : « Un magnifique banquet réunissait hier 13 avril, à l'hôtel des Bains-du-Prado, les médecins homœopathes de Marseille et des départements circonvoisins. M. le ministre de la guerre avait été invité à cette brillante fête; mais, son état de convalescence ne lui permettant pas d'y prendre part, il s'y est fait représenter par les officiers supérieurs de sa suite. » Honneur donc à l'homœopathie!

— La dernière séance de l'Académie des sciences a été consacrée à des objets étrangers à la médecine.

LE SOURD.

Paris. — Typographie de PLON frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 49. — MARDI 26 AVRIL 1853. (26e ANNÉE.) N° 49. — MARDI 26 AVRIL 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40; EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Pays	Trois mois	Six mois	Un an
Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	8 fr. 50 c.	16 »	30 »
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	9 fr.	17	38
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	10 fr.	20	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

SOMMAIRE. — PARIS. De l'emploi du chloroforme dans les accouchements. — HÔTEL-DIEU (M. Bouchut). Des oreillons. — HÔPITAL BEAUJON (M. Robert). Abcès froid dans la gaîne du psoas iliaque. Injection iodée. Mort. — Faits analogues. Considérations pratiques. — Société de chirurgie, séance du 13 avril. — Chronique et nouvelles.

A NOS LECTEURS.

Le tribunal civil de la Seine (4e chambre) a statué samedi dernier sur l'action intentée par la Gazette des Hôpitaux *contre M. de Castelnau, gérant du* Moniteur des Hôpitaux.

La confiance que nous avions placée dans la justice n'a pas été trompée. Le tribunal, sur la plaidoirie de Me Freslon, a condamné M. de Castelnau sur tous les chefs de notre demande. Nous espérons pouvoir, dans notre prochain numéro, publier le texte du jugement intervenu.

PARIS, LE 25 AVRIL 1853.

De l'emploi du chloroforme dans les accouchements.

Nous avions raison de penser que l'emploi du chloroforme dans l'accouchement de la reine d'Angleterre aurait du retentissement. Voici déjà deux communications qui nous arrivent, et que nous publions avec empressement.

L'une est de notre collaborateur M. Charles Bernard, l'autre de M. Houzelot (de Meaux). La première est un résumé de la question ; la deuxième contient l'annonce de l'envoi à la Société de chirurgie d'un mémoire qui provoquera sans doute une discussion. Espérons que l'Académie de médecine s'occupera aussi de ce sujet important, et que les indications et les contre-indications de cet agent puissant et redoutable seront nettement posées. Il est à désirer que le reproche d'ambiguïté adressé, peut-être avec quelque raison, aux conclusions de M. Paul Dubois dans la discussion qui eut lieu sur ce sujet, en février 1847, dans le sein de la docte Compagnie, ne puisse pas être renouvelé cette fois, et que tout soit clair et précis dans une question aussi capitale.

Quant à nous, nous prenons l'engagement d'enregistrer toutes les opinions, tous les faits pour ou contre ; car si nous avons une opinion que nous croyons fondée, nous n'avons cependant pas de parti pris d'avance ; et dans cette question comme dans toute autre, nous nous efforcerons de rester dans une ligne de stricte impartialité.

Cette question, qui depuis quelques années a fait l'objet de nombreuses controverses, et sur laquelle la plupart des médecins restent dans le doute ou sont encore dans l'ignorance, nous paraît appelée à avoir, non-seulement dans le corps médical, mais aussi dans le monde, un nouveau retentissement, par suite de l'annonce que le chloroforme a été employé avec avantage sur la reine d'Angleterre pendant son dernier accouchement. Aussi croyons-nous convenable de présenter à nos lecteurs un résumé de l'état actuel de cette grave question, en nous aidant des travaux les plus récents sur l'emploi des anesthésiques. Il est important de mettre les médecins en garde également contre un engouement dangereux et contre une opposition systématique.

C'est le 19 janvier 1847 que M. Simpson (d'Edimbourg) eut pour la première fois recours aux inhalations d'éther sur une femme dont le bassin était mal conformé, et chez laquelle il voulait pratiquer la version. L'essai réussit complétement, et montra que la contractilité utérine persistait malgré l'abolition complète de la sensibilité.

Presque en même temps que le célèbre accoucheur d'Edimbourg, un grand nombre de médecins, en Angleterre et en France, se servirent du nouvel agent dans différents cas d'obstétrique. En France, ce fut M. Fournier-Deschamps qui l'employa le premier. Au mois de février de la même année, M. Paul Dubois entretenait l'Académie du résultat de ses remarques dans six accouchements. M. Stoltz, à Strasbourg ; M. Delmas, à Montpellier ; à Paris, MM. Cazeaux, Chailly, Villeneuve, etc., continuèrent les expériences et complétèrent les recherches sur ce nouveau et précieux moyen d'abolir la douleur. Mais c'est surtout depuis la substitution du chloroforme à l'éther que l'emploi des anesthésiques s'est multiplié. Maintenant l'usage s'en est bien plus généralisé en Angleterre qu'en France, où nous verrons qu'il est habituellement réservé à un certain nombre de cas bien spécifiés.

Mais avant de poser les indications et de parler du mode d'administration, nous allons examiner successivement l'influence du chloroforme sur la contraction utérine, sur la contraction des muscles abdominaux, sur la résistance du périnée, sur la santé de la mère et sur la santé de l'enfant.

1° *Influence des anesthésiques sur la contraction utérine.* — *A priori* on pouvait croire que le chloroforme et l'éther, abolissant la contraction musculaire, suspendraient celle de l'utérus d'une façon absolue ou temporaire; l'expérience répétée, quotidienne, est venue démontrer le contraire de la façon la plus positive. Cependant, dans l'anesthésie complète, les contractions le plus souvent diminuent de fréquence, d'intensité, cessent même entièrement, d'après le témoignage de M. Simpson lui-même, un des partisans les plus déclarés du chloroforme. Aussi doit-on éviter avec soin de pousser l'effet du médicament jusqu'à ce degré ; car, quoi qu'en dise l'accoucheur d'Edimbourg, il ne suffit pas toujours de supprimer les inhalations pendant quelques instants pour que la contractilité utérine reparaisse. M. Montgomery (de Dublin) a vu plusieurs fois, dans ce cas, l'utérus rester inerte pendant plusieurs heures.

2° *Sur la contraction des muscles abdominaux.* — Encore ici il semblerait que ces muscles, dépendant de la vie animale, devraient suspendre leur action sous l'influence de l'éther et du chloroforme. Généralement pourtant les accoucheurs ont observé le contraire, ce que M. Laugier explique par ce fait qu'au milieu du collapsus complet les mouvements respiratoires continuent à s'exécuter. Or l'effort en général, dit M. Cazeaux, et celui qui accompagne l'accouchement en particulier ne sont qu'une modification de l'acte respiratoire ; c'est un état dans lequel doivent se contracter énergiquement les muscles de la poitrine, le diaphragme et ceux des parois abdominales. Enfin, puisque, ainsi que le fait observer M. Bouisson, le pouvoir réflexe ou excito-moteur de la moelle épinière, qui détermine des mouvements sans la participation de la volonté, ne cesse que quand l'éthérisation est poussée fort loin, la contraction des muscles abdominaux pendant l'accouchement pourrait fort bien être rapportée à une action réflexe.

3° *Sur la résistance du périnée.* — Cette influence est encore très controversée. Car, si MM. Dubois, Chailly et quelques autres paraissent disposés à admettre que l'éthérisation relâche le plancher du périnée, M. Cazeaux, d'après ses observations personnelles et d'après un cas rapporté par M. Villeneuve (de Marseille), dans lequel il se produisit, par suite de la résistance, une déchirure très étendue, conteste le fait, et ajoute d'ailleurs cette proposition importante que les accoucheurs ne sauraient trop se rappeler : la résistance du périnée est si variable chez les différents individus, qu'il est à peu près impossible de prévoir ce qu'elle sera dans un cas déterminé, et à chaque instant, dans la pratique, l'événement vient démentir nos prévisions.

Après avoir étudié l'effet des inhalations anesthésiques sur la contractilité utérine et abdominale, voyons l'influence qu'elles semblent avoir eue sur la santé de la mère et sur celle de l'enfant. Cette dernière partie de la question est à la fois la plus importante et la plus difficile à élucider ; car, dans les accidents qui peuvent compliquer l'accouchement ou survenir pendant l'état puerpéral, il faut tenir compte de toutes les conditions physiques et morales qui ont pu agir sur la mère.

Influence du chloroforme sur la santé de la mère. — Elle est nulle ou satisfaisante, selon beaucoup d'accoucheurs. Aucune de mes malades, dit M. Simpson, n'a eu conscience des dernières contractions expulsives ; plusieurs d'entre elles, confiantes dans l'éthérisation, n'ont plus éprouvé les craintes que leur inspirait pendant les dernières semaines de leurs précédentes grossesses l'arrivée prochaine du travail. Epargnant aux femmes l'angoisse des dernières heures, l'anesthésie ménage leurs forces, leur épargne cet épuisement nerveux qui suit un travail pénible, et, parmi celles qui avaient déjà été mères, plusieurs exprimaient vivement leur reconnaissance et déclaraient que leur état n'était pas comparable à celui dans lequel elles se trouvaient après leurs autres couches. Leur rétablissement est aussi plus prompt et les inflammations consécutives beaucoup plus rares ou moins fâcheuses.

La sécurité du médecin anglais n'est pas partagée par les accoucheurs français, et à juste raison. Car tous les avantages que nous venons d'énumérer sont contestables et d'ailleurs se trouvent compensés par des dangers plus ou moins graves, tels que l'inertie de la matrice consécutive à l'accouchement, l'hémorrhagie, que Duncan a vue survenir 4 fois dans 78 cas d'anesthésie, et enfin la mort, dont jusqu'à présent on n'a pas encore publié d'exemple authentique, mais que l'administration d'un agent aussi puissant que le chloroforme peut aussi bien faire craindre pendant une couche que pendant une opération chirurgicale.

Relativement à l'action du chloroforme sur les attaques d'éclampsie, quoique des faits nombreux soient venus montrer que l'emploi de ce médicament pendant les attaques avait diminué la fréquence des accès ou les avait fait cesser, nous avons de la peine à admettre ce résultat comme définitif et comme certain. En effet, dans le collapsus de l'anesthésie il y a des phénomènes plus ou moins marqués de congestion cérébrale.

Aussi, en opposition avec les observations de M. Simpson sur les bons effets de l'éthérisation pratiquée pendant l'accouchement, croyons-nous devoir reproduire le tableau que M. Cazeaux trace de l'état de la mère en pareil cas :

« Au lieu de cette causerie agréable à laquelle se livrent si souvent les femmes, au lieu de ces aspirations maternelles et de tous ces rêves d'avenir qui bercent la jeune mère, que voyons-nous après les inhalations anesthésiques ? Un sommeil profond qui ressemble plus ou moins au coma de l'ivresse ou de la commotion cérébrale, un anéantissement complet des facultés sensoriales et intellectuelles, voilà pour la mère ; une inquiétude toujours croissante, voilà pour les assistants. Ajoutons enfin qu'en supposant le médecin à l'abri de toute crainte, il est obligé de rester constamment auprès de sa malade, d'administrer lui-même le médicament, de surveiller attentivement l'état du pouls, de la respiration et du cœur. »

Influence du chloroforme sur l'enfant. — Elle paraît être entièrement nulle.

Quels sont les cas qui réclament ou qui peuvent permettre l'emploi du chloroforme? Quelles sont, en d'autres termes, les indications de cet agent anesthésique? Les accoucheurs anglais, ainsi que nous l'avons déjà dit, ainsi que le prouve le fait récent de la reine d'Angleterre, le conseillent dans la plupart des accouchements, naturels ou laborieux. Les médecins français, se fondant sur les motifs que nous venons de faire valoir, en réservent exclusivement l'usage pour les parturitions difficiles et pour les conditions suivantes.

Le chloroforme est spécialement indiqué :

1° Chez les femmes très nerveuses, afin de calmer l'agitation excessive et les troubles intellectuels que souvent détermine chez elles le travail;

2° Chez celles dont le travail paraît suspendu ou notablement ralenti par une douleur causée par une maladie antérieure, ou par certains accidents, tels que vomissements, crampes, coliques vives, compression du nerf sciatique, etc.;

3° Contre les contractions irrégulières ou partielles, qui, malgré les douleurs atroces et presque continuelles qu'elles déterminent, n'avancent en rien le travail;

4° Dans la rétraction spasmodique et la rigidité du col de l'utérus;

5° Enfin dans l'éclampsie.

Quoique à cet égard les faits ne soient pas assez nombreux pour décider complétement la question, d'après les cas heureux observés, on est en droit de conclure aux bons effets du chloroforme sur la durée, la fréquence et l'intensité des accès. On devra donc y avoir recours.

Quant aux opérations obstétricales, la plupart réclament l'emploi du chloroforme, qui fait taire la douleur, rend la malade tranquille et facilite les manœuvres. Cependant, comme pour l'introduction des instruments, tels que le forceps ou le céphalotribe, il faut interroger d'instant en instant les sensations de la femme, afin de s'assurer qu'aucune partie de l'utérus ou du vagin ne se trouve prise entre les branches de l'instrument, il faudra naturellement s'abstenir des anesthésiques.

Mode d'administration. — C'est encore au procédé indiqué par M. Simpson qu'on a généralement recours. On verse 8 à 10 gram. de chloroforme sur une éponge concave ou sur un mouchoir replié sur lui-même ; on place l'une ou l'autre à une petite distance des narines et un peu au-dessus, puis, si on doit pratiquer une courte opération, on fait faire de fortes inhalations, afin de produire rapidement une anesthésie complète ; si au contraire l'éthérisation est employée pour calmer l'exaltation générale ou une douleur spéciale, et doit par conséquent être prolongée pendant un certain temps, il ne faut pas plonger la malade tout à fait dans le sommeil ; il suffit de lui faire respirer de temps en temps l'agent anesthésique. En agissant autrement on s'exposerait aux accidents contre lesquels nous avons cherché à mettre le praticien en garde.

CH. BERNARD.

A M. le Rédacteur de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Meaux, le 21 avril 1853.

Monsieur,

A propos de l'accouchement de la reine d'Angleterre, dans lequel le chloroforme a été employé pour anéantir la douleur, vous dites (19 avril) : *L'effet en a été très avantageux, et la reine a exprimé elle-même sa satisfaction de la découverte d'un moyen capable de soulager et de prévenir la douleur.*

Ce fait aura du retentissement, et les partisans de cette méthode dans l'obstétrique l'exalteront sans doute. Pour nous, il ne change rien à notre opinion sur le degré d'utilité et les dangers que présente l'emploi de cet agent.

Je viens, monsieur, réclamer contre une opinion trop absolue peut-être. Un mémoire sur l'anesthésie dans l'accouchement naturel simple a dû être déposé hier, en mon nom, sur le bureau de la Société de chirurgie, ou le sera à la première séance. Ce mémoire a pour but de vulgariser, en pareil cas, l'anesthésie, trop négligée en France, et dont les bienfaits comme l'innocuité sont généralement méconnus.

Vingt observations toutes concluantes, et que j'aurais pu multiplier, tirées de ma pratique tant en ville qu'à l'hôpital, m'ont permis, dans le cours de mon travail, de dire : « Il est dans l'anesthésie un point » qu'on peut appeler obstétrical, placé entre l'excitabilité et la résolu- » tion, qui permet, sans danger pour la mère ni pour l'enfant, de géné-

» raliser dans l'accouchement naturel simple l'emploi du chloroforme » pour soustraire la femme à la douleur. »

Et d'autre part : « Nous affirmons qu'employé dans une certaine » mesure pendant l'accouchement naturel simple, le chloroforme pro- » cure à la mère un soulagement notable, qui, sans danger pour elle » ni pour son enfant, va jusqu'à lui enlever la perception de la dou- » leur, mais non jusqu'à l'abolition de la sensibilité. La femme en tra- » vail sent, elle sait qu'elle a une contraction et la seconde; elle a une » douleur, mais ne souffre pas (c'est ainsi que les femmes s'expriment » d'ordinaire); elle conserve la notion de ce qui se passe autour d'elle, » voit, entend, parle; le travail n'est pas interrompu, et la mère qui, » sans souffrir, a parfaitement conscience de ce qui se passe en elle, » ne redoutant plus la douleur, aide plus librement, partant, avec plus » d'efficacité, aux contractions d'ordinaire si pénibles, indifférentes » aujourd'hui, qui doivent amener la délivrance. »

Vous le voyez, monsieur, je ne puis accepter vos conclusions : l'anesthésie dans l'accouchement naturel simple n'a pas été suffisamment étudiée en France ; la question n'a été qu'effleurée et nullement résolue.

Est-ce trop présumer que de croire qu'à propos de mon travail la Société de chirurgie voudra bien rouvrir la discussion? En tout cas, attendons et ne préjugeons pas.

Agréez, etc. HOUZELOT, D.-M.-P.,

Chirurgien de l'hôpital général de Meaux, ancien interne des hôpitaux civils de Paris, etc.

HOTEL-DIEU (maladies des enfants). — M. BOUCHUT.

Des oreillons.

Quelle singulière maladie que cet engorgement aigu de la glande parotide auquel les médecins ont donné le nom d'*ourles* ou d'*oreillons!* Combien son histoire est obscure, malgré le nombre des observations et des observateurs! Encore, si cette affection était nouvelle, et avait été inventée ou seulement découverte par un médecin de ce temps-ci! Mais point, les oreillons sont aussi anciennement connus que les plus anciennes de nos maladies; Hippocrate les connaissait et signalait leurs caractères à ses contemporains dans son premier livre des *Épidémies*. Cependant nous ne sommes guère plus avancés que lui; si les principaux phénomènes des oreillons sont chose vulgaire et facile à saisir, il n'en est plus de même de la marche de la maladie, de ses terminaisons, de ses métastases, ce grand mot qui nous a été légué par la foi médicale de nos pères et qui ne va guère plus à notre esprit que leurs habits et leurs habitudes ne vont à notre corps et à nos penchants. Il n'est pas, enfin, jusqu'à la nature de ces mêmes oreillons qui ne soit contestée et sur laquelle les idées ne soient en contraste les unes avec les autres.

Les oreillons sont une maladie de l'enfance, et plus particulièrement de la seconde enfance, aux environs de la puberté. Rarement se montrent-ils après la vingtième année révolue. Il y en a cependant des exemples observés bien au delà de cet âge, et M. Champion en a signalé un fait chez un homme de quarante-cinq ans. Ils semblent être jusqu'à un certain point l'apanage du sexe masculin; au moins sont-ils assez rares chez les filles et chez les femmes. Ils apparaissent au printemps et à l'automne, lorsque le temps est froid, humide ou subitement traversé par ces vicissitudes de l'atmosphère qui engendrent l'angine gutturale et pharyngée. On les voit au même moment sur un plus ou moins grand nombre d'enfants de manière à montrer leur caractère épidémique. Les oreillons, en effet, appartiennent à cette grande classe d'affections des muqueuses qui traduisent localement dans un petit coin de l'organisme la réaction d'une impression générale extérieure, épidémique et spéciale. Les oreillons sont le plus ordinairement à l'état épidémique. Hippocrate l'avait déjà indiqué. Tout le monde l'a redit après lui, non sans vérification nouvelle. C'est chose acceptée désormais comme incontestable. Nous n'en dirons pas autant des propriétés contagieuses attribuées aux oreillons par Thomas Lagghi et par quelques médecins modernes; rien ne prouve, quant à présent du moins, la contagion de cette maladie; il est probable même qu'on aura attribué, comme on le fait trop facilement pour beaucoup de maladies, à l'influence de la contagion ce qu'il aurait fallu rapporter, au contraire, à l'influence épidémique.

Quoi qu'il en soit, les oreillons occupent ordinairement les deux glandes parotides, et il est excessivement rare de n'avoir qu'un oreillon. C'est une maladie qui n'a pas de singulier.

Les oreillons s'annoncent par la courbature et une assez grande lassitude accompagnées d'une faible agitation générale nerveuse ou fébrile; puis apparaissent des symptômes locaux. Dans les deux régions parotidiennes, à la partie inférieure des oreilles, apparaît une douleur fixe plus ou moins vive et qui gêne les mouvements de la mâchoire; elle est bientôt suivie du gonflement des parties molles et des parotides, gonflement qui peut être modéré et sans changement de couleur à la peau, ou, au contraire, qui peut atteindre des proportions considérables, s'étendre aux parties latérales du cou et de la face de manière à donner au visage des proportions informes et monstrueuses. Si la maladie est très aiguë, au gonflement se joint une grande chaleur profonde et superficielle; la peau, très fortement tendue, devient lisse, quelquefois rosée, brillante: mais c'est, en général, un gonflement qui a plutôt l'apparence œdémateuse que l'aspect inflammatoire.

La douleur, le gonflement, la tension et la rougeur sont tout à fait en rapport avec l'acuité des oreillons. Ces phénomènes sont toujours accompagnés de sécheresse de la bouche et de la gorge, de douleur dans la déglutition. Les glandes sous-maxillaires et les tonsilles sont engorgées; il y a quelquefois de la salivation, et si l'on parvient à faire ouvrir la bouche aux malades, on trouve la muqueuse de l'isthme du gosier ou du pharynx rouge, tuméfiée et offrant les traces d'une inflammation érythémateuse bien prononcée.

La fièvre qui naît avec les oreillons grandit avec eux, s'élève plus ou moins, suivant le degré des accidents, et elle disparaît avec le gonflement de la partie supérieure du cou.

Les oreillons mettent de trois à cinq jours à se développer avant d'atteindre le maximum de leur intensité morbide. Ils marchent parallèlement de chaque côté du visage, mais par exception l'un d'eux peut être plus précoce et plus fort que l'autre. Leur apogée ne se prolonge guère; ils décroissent assez rapidement; la fièvre tombe, le gonflement des deux régions parotidiennes se dissipe, les mouvements de la mâchoire commencent à s'exécuter, la déglutition devient plus facile, et de jour en jour la *résolution* s'opère et devient plus complète. Elle est quelquefois accompagnée d'une légère moiteur de la peau dans les parties affectées et chez d'autres sujets par quelques évacuations alvines.

Si la *résolution* est la terminaison la plus ordinaire de l'engorgement parotidien qui forme les oreillons, ce n'en est pas la fin constante. Ailleurs la maladie laisse après elle une sorte d'*induration* de la glande parotide, qui persiste pendant plusieurs septaines et finit enfin par disparaître. Cela est rare. Chez d'autres, les oreillons se terminent par *suppuration*, mais c'est là encore un fait des plus exceptionnels. Il a été observé sur les demoiselles de Saint-Cyr dans une épidémie qui a frappé cette maison d'éducation et dont l'histoire a été rapportée en extrait par Dionis dans son *Cours d'opérations de chirurgie*. Alors les symptômes locaux augmentent beaucoup et offrent plus d'intensité. La peau se tend, rougit; les douleurs changent de caractère et deviennent pulsatiles; la tumeur proémine, s'amollit; la fluctuation, d'abord obscure, devient plus évidente, s'étend du centre à la circonférence et un abcès ordinairement très superficiel est formé. Une fois le pus évacué naturellement ou à l'aide d'une incision par le bistouri, la cicatrisation ne tarde pas à se faire et s'obtient rapidement à l'aide des pansements les plus simples.

Une autre terminaison assez fréquente, la plus curieuse, la plus réelle et cependant la moins compréhensible avec les idées actuelles de philosophie médicale, c'est la terminaison par *métastase*, ou, en d'autres termes, la terminaison par déplacement de l'engorgement parotidien, qui de la glande *parotide* passerait dans la glande *testiculaire* ou dans la glande *mammaire*. On voit, en effet, vers le cinquième ou sixième jour des oreillons, au moment où la résolution semble s'opérer d'une façon régulière, chez l'homme le testicule devenir douloureux, dur, engorgé, et chez la femme la mamelle présenter des phénomènes analogues. Scroeckius est, dit-on, le premier qui ait signalé ce fait, qu'ont vu et revu depuis lors Hévin, Thomas, Laghi, Hamilton, Rochard, Richter, Saucerotte, Louis et tous les médecins qui ont eu quelque pratique étendue de la médecine.

Le fait est donc vrai, mais alors quelle en est la cause? Comment s'en rendre compte? Est-ce une métastase? Il y a donc des métastases? Si ce n'est pas une métastase, qu'est-ce que cela peut-être? Voilà comment un simple phénomène placé dans son jour devient subitement le point de départ d'une méditation qui touche aux questions doctrinales les plus élevées de la médecine et pourrait heureusement servir au champion des siècles passés contre les prétentions exagérées des hommes du présent.

Les oreillons abandonnent donc quelquefois la parotide. Ils se portent chez l'homme sur les testicules, tantôt sur le côté correspondant à la délitescence de la parotide, tantôt sur le côté opposé; il n'y a point, quoi qu'on ait dit, de règles précises à cet égard. Alors le testicule lui-même, comme l'a vu plusieurs fois M. Grisolle, et non pas l'épididyme, se gonfle, devient dur et douloureux; le scrotum se remplit d'une petite quantité de sérosité; la peau se tend, rougit, sécrète de la sueur ou se mortifie du jour au lendemain, comme Ravaton dit en avoir vu des exemples. Mais ce sont là des faits exceptionnels.

L'engorgement testiculaire consécutif à l'engorgement parotidien se dissipe ordinairement en quelques jours, une septaine au plus, et il disparaît complétement sans laisser de traces.

Chez les femmes, les oreillons se déplacent de la région parotidienne pour occuper la glande mammaire et quelquefois les grandes lèvres. La mamelle ou les mamelles durcissent, augmentent de volume, offrent une chaleur inaccoutumée et deviennent douloureuses. Leur état se rapproche de celui qu'elles présentent dans l'engorgement des règles ou l'engorgement lacté qui suit la parturition, à cela près qu'il n'y a pas de sécrétion spéciale.

On a vu quelques malades chez lesquels même, s'il faut en croire d'anciens observateurs, l'engorgement parotidien ayant une première fois émigré sur les testicules ou les mamelles, serait revenu dans les parotides pour affecter une seconde fois les mamelles ou les testicules. On en a vu enfin chez lesquels ces accidents ont été traversés par des phénomènes d'inflammation aiguë des méninges et du cerveau, de manière à occasionner la mort. La même doctrine qui considère l'engorgement mammaire et testiculaire comme une métastase des oreillons sert à rendre compte de ces accidents cérébraux particuliers, toutefois assez rares pour n'avoir été vus que par un petit nombre de médecins. A part l'explication qui en a été donnée, et qu'on peut combattre, le fait doit rester et restera. Les oreillons peuvent exceptionnellement acquérir une gravité telle que la mort en soit la conséquence.

A présent, voyons ce qu'il faut penser de ce déplacement des oreillons, et s'il faut admettre une métastase de la maladie d'un organe sur un autre organe, ou au contraire le considérer comme le résultat d'une sympathie particulière, ou enfin comme la réaction obligée de tissus de même nature constituant des glandes et mises en vibration par une même influence morbide. Il serait difficile de démontrer que dans l'oreillon voyageur un principe morbide spécial et spécifique abandonne la glande parotide pour se jeter, on ne sait par quel chemin, sur les glandes mammaires et séminales. L'hypothèse du principe morbifique, élément principal de toutes les maladies épidémiques, peut seule être invoquée en faveur de la métastase, tandis qu'au contraire nos connaissances sur la composition des humeurs dans l'état pathologique se refusent à l'idée d'une viciation humorale circonscrite et mobile pouvant se promener d'un tissu à l'autre. Il y a au contraire une loi de physiologie pathologique qui rassemble au point de vue de la pathogénie les tissus de nature analogue ou semblable, et qui établit entre eux un lien naturel fondé sur l'existence de leurs propriétés spéciales, excitées, troublées et perverties par les mêmes causes et sous l'influence des mêmes agents. C'est ainsi que la peau et les muqueuses, les synoviales et les séreuses des viscères se balancent dans leurs fonctions et deviennent simultanément ou successivement malades, par identité de nature, et par sympathie plutôt encore que par métastase. Il en est peut-être de même des glandes, qui ont toutes une structure analogue, et dont les éléments glandulaires sont composés des mêmes tissus, doués des mêmes propriétés, qu'une même influence doit calmer ou pervertir. C'est à cette cause physiologique qu'il faut rapporter l'engorgement parotidien, mammaire et séminal que l'on voit apparaître et se succéder assez souvent dans la maladie vulgairement connue par le mot d'oreillons. La conformité de structure permet de croire à l'identité des susceptibilités morbides, et si cette disposition existe, quoi d'étonnant qu'une influence extérieure la mette en jeu et fasse succéder l'engorgement séminal et mammaire à l'engorgement parotidien! Nous ne trouvons à cela rien d'extraordinaire, et nous ne serions étonné que d'une chose, c'est que cela ne fût pas ainsi. Cependant, pourquoi l'analogie de structure ainsi évoquée ne permet-elle que la migration en une seule ligne des fluxions parotidiennes, c'est-à-dire des oreillons vers la mamelle ou vers le testicule, et non pas réciproquement des autres engorgements primitifs testiculaires et mammaires sur la parotide? Ne devrait-il pas y avoir, si le principe de notre interprétation est exact, une réciprocité parfaite entre tous les engorgements de ces glandes? Il semble au premier abord qu'il en doive être constamment ainsi. Mais si l'on pense que les formes communes de l'engorgement mammaire et testiculaire ont toujours une cause locale particulière, on comprendra pourquoi ces engorgements restent fixes et ne peuvent quitter leur point d'origine. D'ailleurs, est-ce qu'on ne voit pas le rhumatisme articulaire aigu atteindre secondairement les membranes fibro-séreuses extérieures et intérieures du cœur, pour faire l'endo-péricardite rhumatismale, sans que pour cela une endo-cardite primitive, *non rhumatismale*, ait la propriété réciproque de se déplacer ou de se voir ultérieurement compliquée de rhumatisme articulaire aigu? Il n'y en a pas moins analogie de propriétés et de susceptibilités morbides entre ces différentes membranes séreuses. L'ordre de succession de certains phénomènes pathologiques est le résultat de lois organiques immuables, et semble être tracé d'avance, de sorte qu'il est difficile de croire que ce que nous voyons se dérouler devant nos yeux d'une façon toute particulière puisse s'opérer autrement rien que pour obéir à nos théories.

Telles sont les terminaisons possibles et variées des oreillons. Comme on a pu le voir, il en est quelques-unes de graves, mais elles sont heureusement fort rares. La maladie, ordinairement légère, parcourt ses périodes en sept à huit jours, et se termine simplement pour ne jamais revenir. Les engorgements consécutifs possibles, mais non pas constants, du testicule et de la glande mammaire prolongent la maladie sans l'aggraver très notablement. Elle guérit presque toujours. La suppuration est un accident tout exceptionnel, et les cas de mort par suite de complications cérébrales sont encore plus rares.

Les oreillons ne sont pas difficiles à reconnaître, et sont, en général, d'un diagnostic assez simple. Le siége de la tumeur dans les deux parotides, le gonflement uniforme et modéré de ces glandes, sa faible tension, l'absence de réaction inflammatoire évidente, indiquent un engorgement simple des parotides plus qu'une inflammation très aiguë de ces glandes. Or, c'est cet engorgement glanduleux lui-même qui est le principal caractère des oreillons. La tuméfaction des glandes sous-maxillaires et le gonflement des parties latérales de la face et du cou achèveront de spécifier le diagnostic. Tous ces caractères se retrouvent, il est vrai, à un degré beaucoup plus prononcé dans l'inflammation de la parotide, qu'on appelle la *parotide*; mais cette dernière est toujours liée à un état général antérieur grave de l'organisme, à une maladie fébrile, putride ou pestilentielle; elle n'est qu'un accident secondaire, au lieu d'être l'élément primitif et le seul élément nosologique, comme cela se voit dans les *oreillons*. Entre les *oreillons*, maladie primitive, et la *parotide*, maladie secondaire, il n'y a qu'une grossière analogie de situation, et il y a une différence complète de nature qui sépare foncièrement ces deux maladies. Vouloir les confondre, ce serait faire ce qu'on a tenté dans un autre genre, lorsque quelques pathologistes ont voulu confondre la grippe avec la bronchite aiguë, le chancre avec l'inflammation ulcéreuse simple des tissus, etc. Si la nature des oreillons les sépare des parotides, la marche et la terminaison ne les en distinguent pas moins. Ici résolution, déplacement sur la mamelle ou sur le testicule, suppuration très rare, et la mort, chose presque impossible. Là, au contraire, jamais de résolution, jamais de déplacement; suppuration constante et la mort presque inévitable.

Il n'y a donc entre les oreillons et les parotides qu'une simple analogie de siége anatomique; les maladies sont essentiellement différentes.

Les oreillons sont généralement considérés avec de justes raisons comme une maladie de peu d'importance. En effet, malgré les complications dont nous avons parlé, la terminaison est presque toujours heureuse. 90 fois sur 100, ils guérissent sans laisser de traces de leur existence, et ailleurs ils se déplacent pour se porter sur les autres glandes extérieures, ou provoquent la suppuration, ou enfin des complications plus sérieuses, susceptibles d'occasionner la mort.

Le traitement des oreillons, quoique simple, exige une saine appréciation de la nature du mal et de sa terminaison naturelle. En présence d'un engorgement simple des parotides, sans phénomènes inflammatoires bien marqués ni menace de phlegmon aigu, la diète, le repos au lit, les boissons délayantes et sudorifiques, les bains, la chaleur, entretenue localement sur la région parotidienne par des fomentations ou des cataplasmes, suffisent pour conduire à une bonne terminaison. Il faut ici ne pas troubler la marche naturelle de la maladie.

Si, au contraire, les phénomènes inflammatoires généraux ou locaux sont très développés, la saignée générale et locale trouvera son emploi, malgré l'anathème lancé contre elle par Hamilton, qui considère ce moyen comme plus nuisible qu'utile, et comme devant provoquer les métastases. Cela ne nous est pas démontré, et dans l'indication formelle que nous supposons, il n'y a pas à hésiter dans la pratique de la saignée du bras ou dans l'application de quelques sangsues sur les parotides tuméfiées.

Hamilton, dans le but de prévenir les métastases, appliquait un vésicatoire volant sur chaque oreillon, et il déclare n'avoir jamais vu le déplacement du mal dans les cas où il a eu recours à cette pratique. C'est une affection dont il faut tenir compte, mais il ne faut pas en exagérer l'importance; et peut-être les vésicatoires n'ont-ils eu de pareils succès que par suite de ce fait général qui établit comme la règle la terminaison heureuse des oreillons.

Si la suppuration se forme, il faut immédiatement ouvrir l'abcès, le laver et panser la plaie comme une plaie ordinaire. La cicatrisation se fait assez vite et assez régulièrement.

Lorsqu'une induration marquée succède aux oreillons, et quand le gonflement de la parotide tarde à disparaître, il faut garantir les parties du froid, empêcher la sortie des malades, et faire des frictions sèches ou aromatiques, ou rendues légèrement excitantes avec l'ammoniaque, sur la région parotidienne. Dans ce cas les douches de vapeur aqueuse sont très utiles et peuvent hâter la résolution.

Enfin, pour terminer, nous dirons que le gonflement des mamelles ou des testicules qui résulte du déplacement des oreillons n'exige aucun traitement énergique, et que la chaleur, ainsi que les applications topiques émollientes, suffisent à le faire disparaître,

E. BOUCHUT.

HOPITAL BEAUJON. — M. ROBERT.

Abcès froid dans la gaine du psoas iliaque. — Injection iodée. Mort. — Faits analogues. — Considérations pratiques;

Par M. DESNOS, interne du service.

Lambert (Marie), âgée de cinquante-cinq ans, d'une bonne constitution, entrée au commencement de mars 1853 (salle Sainte-Agathe, n° 368), ne présente pas d'antécédents tuberculeux parmi ses parents. Elle-même ne tousse pas; l'auscultation et la percussion permettent de constater que sa poitrine est en bon état. Elle a eu six enfants et trois fausses couches. A l'âge de cinquante ans elle a cessé d'être réglée, et à cette époque elle a éprouvé divers accidents, tels que bouffées de chaleur à la tête, accumulation de gaz dans l'estomac, étouffements. Il y a vingt-deux mois, elle s'est aperçue pour la première fois de la maladie actuelle. Alors elle découvrit une tumeur située au-dessus du pli de l'aine du côté gauche. Cette tumeur, dont elle ne peut préciser le volume, causa d'abord une douleur assez vive, mais qui ne dura pas longtemps. Peu à peu elle grossit et vint faire saillie à la cuisse, à trois centimètres en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure et immédiatement en dedans de l'artère crurale. On ne peut savoir combien de temps après le début du mal la cuisse fut envahie; mais lorsque je vis la malade, au mois de juillet 1852, dans le service de M. Richet, on voyait déjà au-dessous du pli inguinal une tumeur de la grosseur d'un œuf de dinde et contenant un liquide communiquant avec une collection de la fosse iliaque.

A son entrée à l'hôpital Beaujon, voici ce qu'on observe : au-dessus du pli de l'aine gauche en partie effacé, surtout en dehors, existe une tuméfaction transversale, mal circonscrite, se continuant, sans ligne de démarcation précise, avec une saillie mal circonscrite également, de la grosseur du poing à peu près, située à la partie supérieure de la cuisse dans les rapports indiqués plus haut. Par la palpation, on sent que la fosse iliaque gauche et les régions de l'abdomen environnantes sont pleines, tuméfiées, surtout si on les compare à celles du côté opposé. En outre, si, posant une main sur la tumeur fémorale et l'autre sur la fosse iliaque, on exerce une pression avec la première, on sent et on voit la main abdominale soulevée par un flot de liquide. La peau, dans ces diverses régions, a conservé sa couleur normale; elle n'est ni chaude, ni amincie; la pression n'est nullement douloureuse. A ces caractères, on ne peut méconnaître un abcès froid de l'abdomen, descendu dans la cuisse en passant sous l'arcade crurale. Mais quelle est l'origine de cet abcès? En exerçant des pressions sur les apophyses épineuses des vertèbres, du haut en bas du rachis, on détermine constamment au niveau des apophyses des cinq vertèbres dorsales moyennes une douleur très vive. On produit bien aussi par la pression des douleurs en quelques autres points du rachis; mais elles ne sont pas constantes, et le peu d'intelligence de la malade ne permet pas de savoir quelle importance on doit y attacher. Autant qu'on peut s'en rapporter à elle aussi, il paraîtrait que jamais elle n'a éprouvé de douleurs spontanées dans la colonne vertébrale. Elle accuse quelques fourmillements, quelques démangeaisons dans les jambes; mais ces parties sont affectées de prurigo.

Le 4 mars, application de huit boutons de feu : quatre de chaque côté des apophyses dorsales douloureuses.

Le 8, M. Robert procède à la ponction de l'abcès, à la partie supérieure et externe de la cuisse. Cette ponction est faite avec un trocart plat à robinet, obliquement, de bas en haut et de dehors en dedans. Il recueille, soit par la pression sur la fosse iliaque, soit à l'aide d'un appareil d'aspiration, qui du reste fonctionne assez mal, 1,100 grammes de pus sans odeur, verdâtre, assez épais, bien lié, non grumeleux. Il injecte ensuite environ 125 grammes de solution iodée, préparée d'après la formule de M. Guibourt, et laissée dans l'abcès. Mais il faut remarquer que la seringue s'adapte mal au trocart, et que l'opération est longue et laborieuse. Le trocart retiré, la plaie est occluse au moyen de deux petites compresses fixées et enduites avec du collodion.

A la visite du soir, la malade est dans l'état le plus satisfaisant. Pouls calme (65 pulsations), peau fraîche; pas de vertiges ni d'éblouissements, ni de tintements d'oreilles; aucun signe, en un mot, d'ivresse iodique. Pas de coryza ni de mal de gorge. La douleur causée par l'injection n'a duré que trois heures; mais le soir, vers neuf heures, la malade est prise d'un frisson violent.

Le lendemain, 9, au matin, face profondément altérée; vibrisses pulvérulentes; pouls accéléré, mais petit et dépressible; extrémités froides; prostration profonde. La partie supérieure de la cuisse gauche est tendue, gonflée, douloureuse. Une plaque érysipélateuse peu étendue, sur laquelle on applique du collodion, se remarque sur sa partie supérieure et interne. — Limonade vineuse, eau de Seltz.

Le soir, tous les symptômes se sont aggravés. Le pouls ne se sent qu'avec peine; les extrémités sont plus froides, la face plus grippée encore que le matin. La malade a vomi deux fois. — Frictions sur tout le corps avec de l'alcool; 60 grammes de vin de Bagnols. Mort le même jour à neuf heures du soir.

L'autopsie est faite le 11 mars au matin.

Le cerveau est peut-être un peu moins consistant qu'à l'état normal, mais nulle part il ne présente de ramollissements circonscrits proprement dits. Les viscères des cavités thoracique et abdominale sont sains. Après qu'on a vidé presque totalement la poitrine et le ventre, il ne reste plus dans l'abdomen que les organes du petit bassin et un vaste abcès remplissant toute la fosse iliaque gauche, remontant le long de la colonne lombaire jusqu'aux dernières vertèbres dorsales, et diminuant un peu de largeur dans sa partie supérieure. On enlève le tissu cellulaire sous-péritonéal, et on voit que cet abcès est contenu dans la gaîne du psoas iliaque. Les vaisseaux iliaques disséqués sont à son côté interne et refoulés vers le centre du détroit supérieur. Le même côté est également longé par le ligament rond étalé, aplati. En incisant la peau sur la tumeur au niveau de la cuisse, et en ayant soin de conserver l'arcade crurale, on trouve le muscle couturier, dont les fibres sont étalées, traversé par la piqûre du trocart, et présentant autour d'elle une légère ecchymose. Le couturier enlevé, on incise le tissu cellulaire subjacent œdématié, et on tombe dans une cavité remplie d'une matière caséeuse un peu jaunâtre, ressemblant à du fromage mou et offrant une odeur d'iode très prononcée. Cette cavité, creusée au milieu des interstices musculaires, ne présente pas de membrane pyogénique; des branches du nerf crural non enflammées sont éparses sur ses parois, formées par des muscles altérés et du tissu cellulaire. Elle est dirigée de haut en bas et de dehors en dedans, oblongue, et remontant dans la fosse iliaque, en passant au-dessous de la partie externe de l'arcade crurale; en bas elle descend jusque vers le sommet du triangle de Scarpa, sans qu'on puisse saisir d'abord le point de communication avec le foyer principal. En incisant verticalement l'abcès de la fosse iliaque, dont les parois étaient minces et tapissées par une membrane pyogénique bien formée, on le trouva rempli de la matière caséeuse décrite plus haut. Cet abcès, dont nous avons indiqué les limites supérieures, allait se terminer en bas et en dedans, en passant sous le ligament de Fallope, aux attaches du psoas iliaque au petit trochanter.

Les vaisseaux fémoraux se trouvaient derrière lui à la cuisse après avoir occupé son côté interne dans le bassin. Mais on n'avait pas encore le point de la communication de ce foyer avec l'épanchement situé en dehors de lui. Enfin, à force de recherches, on rencontra à son côté externe, environ à la moitié de la hauteur du triangle de Scarpa, une petite ouverture à bords nets, dirigée de haut en bas, d'un demi-centimètre de longueur. Il était probable que cette ouverture était celle du trocart, qui, agrandie par des mouvements en sens divers, avait donné passage aux matières épanchées entre les muscles. Quant à la lésion osseuse de laquelle aurait dépendu cet abcès, on n'a pu la découvrir. Après avoir enlevé les viscères du thorax et de l'abdomen en disséquant la colonne vertébrale depuis le cou jusqu'au sacrum, ainsi que les côtes du côté gauche, nulle part on n'a pu trouver, ni avec les instruments, ni avec le doigt, de point osseux altéré. En promenant le doigt sur toute l'étendue de la membrane pyogénique, on n'a pas été plus heureux; on n'a pu rencontrer non plus de pertuis qui donnât passage à un stylet et conduisît sur le siége du mal. Les matières infiltrées, examinées au microscope, n'ont pas présenté les caractères du tubercule, mais ceux de la fibrine altérée.

RÉFLEXIONS. — Ce fait malheureux contient des enseignements utiles. Il montre, en premier lieu, toute la difficulté du diagnostic des abcès par congestion dans certaines circonstances données. On ne pensera pas qu'après les précautions avec lesquelles on a procédé à l'autopsie, une altération des vertèbres ou des côtes ait pu nous échapper, qu'il y ait eu, en un mot, un abcès lié à une maladie de ces os. Ici donc une erreur de diagnostic a été commise, et elle devait l'être. Quatre phénomènes capitaux, en effet, servent le plus ordinairement à établir l'existence de ces sortes de collections:

1° Une douleur persistante, spontanée ou provoquée en un point déterminé du rachis;

2° La déformation de cette tige osseuse;

3° Les symptômes du côté de la moelle;

4° Enfin, la présence de l'abcès lui-même.

Mais il s'en faut de beaucoup que ces quatre signes se présentent toujours simultanément. Il n'y a gibbosité que lorsque la maladie, déjà avancée, a produit l'affaissement des corps vertébraux, soit par écrasement, soit par usure progressive.

Les symptômes du côté de la moelle ne se montrent qu'au moment où le voisinage des os malades, la déformation de la cavité rachidienne ou des produits morbides épanchés ont causé soit l'irritation simple, soit la compression, soit une désorganisation plus profonde du centre nerveux ou de ses membranes.

Les deux ordres de phénomènes manquent donc fréquemment au début, et cependant tout le monde sait qu'en leur absence, et lorsqu'ils rencontrent les deux autres, les praticiens les plus éminents n'hésitent pas à déclarer qu'ils ont affaire à un abcès par congestion, et le plus souvent, il faut le dire, la marche de la maladie ou les nécropsies viennent confirmer leur opinion. Mais ici combien la vérité est voisine de l'erreur! que d'abcès froids idiopathiques pris pour des abcès ossifluents, traités et guéris comme tels! Je n'en veux pour preuve qu'un fait qui s'offrit dans la pratique de M. Robert en 1850 et consigné dans le 39e vol. du *Bulletin de thérapeutique*.

— Dans le service de M. Velpeau entra une femme qui présentait une douleur fixe dans la région lombaire, s'exaspérant par la pression, avec un abcès froid dans la région inguinale.

M. Velpeau crut à un abcès lié à l'état de la colonne lombaire, annonça à la malade qu'elle avait peu de chose à attendre de la chirurgie et la renvoya. Elle fut adressée ensuite à M. Robert, qui partagea complétement la manière de voir du savant professeur quant à la nature de la lésion. Cependant, après avoir fait appliquer aux lombes deux moxas, qui dissipèrent rapidement la douleur, il se décida à pratiquer une ponction sous-cutanée, sans en espérer cependant de bien heureux résultats. A la suite de cette opération, qui donna issue à 950 grammes de pus blanc et épais, l'abcès, sur lequel on exerça la compression, revint peu à peu sur lui-même, et, après sept ponctions successives qui fournirent 2,400 grammes de pus, on obtint une guérison complète. Depuis trois ans environ il n'y a pas eu de récidive.

Quoique le scalpel de l'anatomiste n'ait pas jugé le cas en dernier ressort, n'est-il pas permis d'affirmer que cette fois encore il y eut une méprise nécessaire, et qu'il s'agissait d'un abcès idiopathique? Car, bien que cette observation ait été inscrite dans le *Bulletin de thérapeutique* sous le titre d'*Abcès par congestion*, je ne pense pas qu'on se soit réellement adressé à un mal de Pott; la promptitude avec laquelle la douleur lombaire a disparu, la facilité avec laquelle la guérison a été obtenue par les ponctions simples portent à penser que les os étaient sains. N'est-ce pas ici le lieu d'appliquer l'aphorisme d'Hippocrate : *Naturam morborum curationes ostendunt*? Car, si une ponction simple peut pallier un abcès ossifluent, elle en amènera bien difficilement la guérison, la présence du pus n'étant que le résultat d'une affection plus grave que l'opération laisse subsister tout entière.

— Des faits de ce genre ne sont pas très rares. A côté de ces deux exemples, nous pourrions encore placer l'histoire d'un homme que nous avons eu occasion d'observer à Bon-Secours dans le service de M. Richet, et dont l'observation, curieuse à plus d'un titre, ne peut être rapportée ici en entier. Qu'il nous suffise de dire qu'il portait à la partie supérieure et interne de la cuisse gauche un abcès profond communiquant avec une collection considérable de la fosse iliaque du même côté et datant déjà de longtemps. Ajoutez à cela des douleurs au niveau des vertèbres lombaires, une rétraction du membre pelvien sur l'abdomen. C'était bien assez pour faire penser à un abcès par congestion. Le malade était depuis quelque temps dans les salles, soumis à un traitement iodique interne; on devait prochainement lui faire une ponction, lorsqu'il succomba aux accidents graves d'une variole noire. A l'autopsie, vaste abcès dans la gaîne du psoas iliaque; mais nulle part d'os affectés. Voici donc trois observations d'abcès idiopathiques présentant les caractères de dépôts ossifluents. Si nous n'avions eu d'autre but que de montrer la facilité d'une erreur dans les cas de ce genre, nous n'aurions peut-être pas autant insisté sur une vérité vulgaire peut-être, mais trop souvent oubliée. Mais la démonstration de cette difficulté de diagnostic nous paraît intéressante au point de vue thérapeutique. Au moment où la question des injections iodées comme moyen de cure radicale des abcès par congestion est remise à l'étude, on doit saisir toutes les occasions de l'élucider. Eh bien! n'est-il pas permis de se demander si les injections iodées ne doivent pas quelques-uns de leurs succès à des confusions analogues à celles que nous venons de signaler? Si ce moyen eût été mis en usage chez la malade de M. Robert, on n'eût pas manqué de lui attribuer l'honneur de la guérison d'un abcès par congestion, alors que ce foyer réellement idiopathique fut oblitéré par de simples ponctions multiples. Si le malade de M. Richet eût été soumis au même traitement et avec bonheur, nouveau triomphe enregistré et usurpé. Une conclusion importante nous semble ressortir naturellement de ces considérations; c'est que, pour juger sainement la valeur curative des injections iodées, il ne faudrait pas les employer d'emblée aussi facilement qu'on est parfois porté à le faire; c'est qu'on ne devrait les appliquer qu'après que les ponctions simples répétées auraient certainement échoué. Alors le diagnostic acquerrait une chance de précision de plus, et on pourrait mieux apprécier en connaissance de cause l'utilité de l'iode comme remède local.

La mort prompte de notre malade, emportée en trente-six heures par l'état de dynamie profonde qui a suivi de près l'opération, doit aussi être la source de quelques réflexions.

L'autopsie n'a révélé d'autre cause de mort que l'infiltration par la piqûre du trocart de la matière de l'abcès imbibée de teinture iodique dans le tissu cellulaire de la cuisse. Cet accident, tellement insolite que nous ne savons pas s'il en existe un autre exemple, mérite toute notre attention. Et d'abord, cette imbibition par l'iode du produit épanché n'a-t-elle pas été pour quelque chose dans l'intensité des symptômes qui se sont produits? C'est une question que nous soulevons sans la résoudre, tout en penchant pour l'affirmative. De plus, si rare que soit cette terminaison funeste des ponctions, soit simples, soit suivies de l'injection, il suffit qu'elle se soit rencontrée une fois pour qu'on doive se tenir en garde contre sa reproduction. Le manuel opératoire pourrait ici n'être pas sans influence. M. Robert pense qu'il conviendrait; ou bien de faire une ponction directe quand on est décidé à employer l'iode, l'introduction de l'air étant alors sans inconvénient; ou bien de continuer à faire des ponctions obliques et à long trajet, mais en ayant soin de comprimer sur ce trajet, pour fermer la route aux épanchements.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 13 avril 1853. — Présidence de M. GUERSANT.

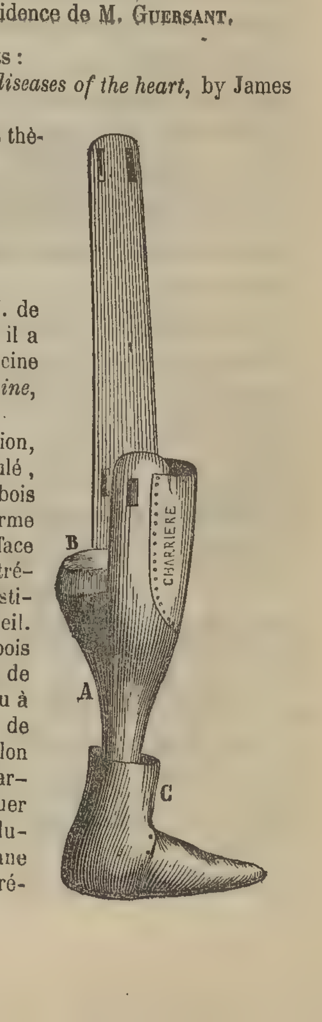
La Société reçoit les ouvrages suivants :

On the nature and treatement of the diseases of the heart, by James Wardrop; offert par l'auteur.

M. Chassaignac fait hommage des trois thèses suivantes :

Des plaies de la tête,
Des membranes muqueuses,
Des tumeurs de la voûte du crâne.

Pied artificiel.



M. LARREY présente, au nom de M. de Beaufort, un pied artificiel sur lequel il a déjà fait un rapport à l'Académie de médecine (*Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, t. XVII, p. 66).

Ce pied, fort simple dans sa confection, n'est point un pied mécanique ou articulé, c'est seulement une sorte d'ajoutage en bois substitué au pilon ordinaire sous la forme d'un pied décrivant à sa base ou à sa surface plantaire, depuis le talon jusqu'à son extrémité antérieure, une courbure qui constitue le principe et l'avantage de cet appareil.

Il permet, en effet, à la jambe de bois d'allonger et d'égaliser le pas, au lieu de l'exposer à heurter les aspérités du sol ou à entraîner le membre dans un mouvement de rotation en dehors, qui produit avec le pilon ordinaire l'action dite de *faucher* en marchant. Le pied artificiel tend ainsi à diminuer sensiblement la fatigue ressentie par la plupart des amputés, en même temps qu'il donne toute sécurité à leur progression et les pré-

serve des chutes auxquelles ils sont souvent exposés.

On n'a besoin que d'examiner le mécanisme si simple de la marche à l'aide de ce moyen prothétique pour en comprendre l'utilité; car, si la courbe antérieure sert à porter le membre en avant, la courbe postérieure le soutient par une surface large et solide. Le moignon et la hanche se trouvent maintenus sur un plan horizontal qui n'oblige plus le poids du corps à se porter ou à s'élever sur la pointe du pied naturel pour surmonter l'obstacle offert au pilon ordinaire.

Deux sous-officiers invalides amenés à la séance se servent si facilement du pied artificiel qu'ils démontraient eux-mêmes l'avantage de cet appareil substitué déjà au simple pilon chez un grand nombre d'amputés.

M. de Beaufort a fait une application de son système de support courbe à la confection des béquilles, plus faciles et plus sûres à manier ainsi pour les malades ou les convalescents et pour les amputés qui ne font pas encore usage d'un membre artificiel.

Fracture comminutive des deux avant-bras avec plaie de l'articulation radio-carpienne. Sphacèle des parties profondes sans application d'appareil.

M. Marjolin. Le premier des malades que j'ai l'honneur de vous présenter est un couvreur qui, le 26 octobre 1852, est tombé à la renverse du haut d'un mur de 13 pieds, sur les pieds et sur la tête. La commotion ne fut pas très forte. Le lendemain, à la visite, je constatai une fracture des os propres du nez et une fracture comminutive des deux avant-bras. Des deux côtés l'articulation radio-carpienne était assez largement ouverte. Du côté gauche, il y avait en outre une luxation des os du carpe, luxation qui se réduisait facilement, mais qui se produisait de même. Dans les premières heures, le malade fut en proie à une agitation extrême. Préoccupé comme je l'étais de la gravité de l'état général, j'avais laissé inaperçu une luxation métacarpo-phalangienne du gros orteil droit. M'en étant aperçu à la visite du lendemain, je la réduisis sans peine.

Pendant les premiers jours, le malade eut de fréquentes hémorrhagies par le nez; puis bientôt il fut pris de delirium tremens. J'étais parvenu à calmer tous les accidents nerveux, lorsque je me trouvai en face d'une nouvelle complication. Dans son délire, le malade s'était fortement agité, et malgré la précaution que j'avais eue de soutenir le bras droit sur un petit hamac sans exercer aucune constriction, en l'entourant seulement de cataplasmes presque froids, un sphacèle profond s'était déclaré, toute la peau étant restée intacte. C'était le onzième jour de l'accident. Je pratiquai deux incisions assez grandes suivant l'axe du membre, et il en sortit un pus fétide mêlé de caillots sanguins et de tissu cellulaire sphacélé.

Pendant les six jours qui suivirent le débridement du bras droit, des hémorrhagies très abondantes survenant, je dus, presque malgré le malade, pratiquer l'amputation du bras droit par la méthode à lambeaux.

J'ai choisi ce procédé comme étant le plus rapide et comme me permettant de manœuvrer plus facilement au milieu des diverses incisions que j'avais faites.

L'emploi du chloroforme et la constriction du tourniqnet, que j'avais été obligé de laisser appliqué, firent perdre au malade plus de sang veineux que je ne l'aurais voulu; de sorte qu'après être revenu à lui, dans la journée il eut plusieurs syncopes. Je dus le faire frictionner avec de l'ammoniaque et le soutenir avec du vin et du bouillon. La plaie a marché promptement vers la cicatrisation, et, bien que l'amputation ait été pratiquée aussi haut que possible, le résultat est encore très satisfaisant.

L'avant-bras gauche, qui était le plus malade, a guéri, mais après vingt ouvertures d'abcès survenus successivement et communiquant tous plus ou moins directement avec la fracture. Plusieurs esquilles très petites sont sorties; mais ce qui est à noter, c'est que presque tout le cubitus a été un instant dénudé. Je croyais que je serais obligé d'extraire un séquestre considérable pour hâter la guérison, comme l'a conseillé le professeur Mayor (de Genève); mais il y a eu là très probablement une exfoliation insensible, comme dans les plaies du crâne.

J'aurai, du reste, occasion de revenir plus tard sur ce fait, qui est un exemple de la possibilité de la gangrène d'un membre fracturé sans qu'il y ait eu la moindre constriction par un appareil.

Observations de fracture de la base du crâne.

Les deux autres malades ont tous les deux eu une fracture de la base du crâne; chez tous les deux il y a eu des complications sur lesquelles je reviendrai plus tard.

Chez cette jeune fille, âgée de dix-huit ans, la cause de la fracture a été une chute d'un deuxième étage; l'accident ne datait que de quelques heures lorsqu'elle fut amenée dans mon service. Il y avait une plaie contuse au niveau du pariétal droit; du sang s'écoulait par le nez et l'oreille gauche; la membrane du tympan était déchirée; une bosse sanguine considérable existait au niveau de la région temporale de ce côté. Sous l'influence d'un traitement convenable, l'état général s'était notablement amélioré; il restait simplement une otorrhée abondante, lorsque des accidents cérébraux se développèrent: la bosse sanguine de la tempe augmenta de volume et devint très fluctuante. J'incisai largement ce foyer, et du jour même l'otorrhée diminua et cessa très promptement. La malade s'était tout à fait remise, et avait même eu depuis une varioloïde assez confluente, lorsque, deux mois et demi après l'accident, étant entrée dans un violent accès de colère, elle fut prise d'un écoulement de sang par l'oreille gauche; les jours suivants, cet écoulement fut remplacé par de la sérosité sanguinolente. Du côté gauche, l'ouïe est entièrement perdue.

Le deuxième malade est un marinier, qui a eu également une fracture de la base du crâne en tombant d'environ huit pieds de haut sur le côté gauche dans l'entrepont d'un bateau. A son entrée à l'hôpital, il perdait du sang par l'oreille du côté gauche et le nez; la clavicule du même côté était littéralement broyée; au milieu d'un vaste épanchement sanguin qui occupait toute la région sus et sous-claviculaire, on sentait des esquilles mobiles menaçant de perforer la peau; hémiplégie faciale gauche. Le malade était à peine sorti de la commotion, qu'il survint un érysipèle du cuir chevelu et de la partie supérieure du tronc compliqué de delirium tremens. A la suite de ces accidents, cinq ou six abcès très considérables se sont formés aux cuisses, à la hanche et au niveau de la fracture de la clavicule.

Aujourd'hui le malade, malgré la perforation de la membrane du tympan, n'a pas perdu l'ouïe. Au niveau de la fracture de la clavicule, il existe une fausse articulation qui ne gêne en rien les mouvements du bras. Les traits de la face n'ont pas encore repris leur symétrie; mais il ne reste que très peu de déviation de la bouche à droite.

— A l'occasion du procès-verbal, M. le professeur Heyfelder adresse la lettre suivante:

« Monsieur le président,

» Je viens de lire le rapport très favorable et très flatteur que M. Broca a bien voulu faire de mes faibles travaux médico-chirurgicaux à la Société de chirurgie dans sa séance du 30 mars; cependant je regarde comme un devoir de vous signaler quelques erreurs qui s'y sont glissées, et je vous prie, monsieur, de vouloir bien en faire mention au rapport de la séance d'aujourd'hui, à laquelle je ne puis assister à cause d'une indisposition assez grave.

» M. Broca dit, entre autres, que M. Heyfelder, chargé depuis douze années de l'enseignement de la chirurgie à Erlangen, a donné une vive impulsion aux études chirurgicales, jusqu'alors trop négligées dans cette université.

» Je ne puis et ne dois pas accepter cet éloge dans toute son étendue; car la chirurgie n'avait jamais été négligée à l'université d'Erlangen, où des hommes tels que Schreger, Michel Jaeger et Louis Stromeyer m'ont précédé et peuvent être même considérés comme les fondateurs d'une école chirurgicale d'où est sorti M. Ried, professeur de clinique chirurgicale à Iéna, dont le *Traité des résections* vous a été remis il y a peu de semaines. C'est à l'activité des hommes que je viens de vous nommer qu'est dû l'esprit scientifique pour la chirurgie à l'université d'Erlangen; pour moi, je me suis efforcé de conserver et d'augmenter l'impulsion que d'autres avaient déjà donnée.

» Agréez, etc. Heyfelder. »

— M. Giraldès montre ensuite l'artère carotide d'un cheval chez lequel il avait pratiqué une injection de perchlorure de fer. On remarque un caillot olivaire assez consistant.

M. Debout montre également la carotide d'un cheval sur lequel il a pratiqué une injection semblable. On ne retrouve ni trace de caillot, ni trace d'inflammation de la membrane interne; seulement on remarque que le tissu cellulaire qui forme la gaîne de l'artère est noueux et comme épaissi au niveau de l'injection. M. Debout pense que le caillot s'est redissous.

M. Giraldès. Je viens d'examiner avec soin la pièce que M. Debout vient de mettre sous vos yeux, et, d'après ce que j'ai vu, je suis très porté à croire que l'injection n'a pas pénétré dans le vaisseau, mais simplement dans la gaîne.

M. Lenoir. Je crois également que l'injection n'a pénétré que dans la gaîne; car elle seule se trouve épaissie, tandis que la membrane interne est tout à fait saine.

M. Giraldès. Si l'injection avait pénétré dans l'artère, on devrait retrouver la trace de la piqûre; car, si petite qu'elle soit, elle permet encore au sang artériel de s'échapper. Du reste, j'ai déjà répété huit fois ces expériences, constamment j'ai obtenu un caillot olivaire solide, et jamais je n'ai observé le long du vaisseau ces bosselures ou chapelets dont nous a parlé M. Debout.

M. Robert. Je partage entièrement l'opinion de MM. Giraldès et Lenoir; je viens d'examiner avec beaucoup de soin la pièce de M. Debout, et je n'ai constaté qu'un peu de rétrécissement du calibre de l'artère dans l'étendue de deux travers de doigt; la tunique interne de l'artère est tout à fait saine; nulle part je n'ai retrouvé la trace d'une piqûre, tandis qu'en dehors il y a une tache noirâtre qui correspond à la partie du tissu cellulaire induré.

Je profiterai de cette circonstance pour rappeler que, si après l'injection dans les deux carotides d'un animal on a des accidents, la même chose a lieu chez l'homme lorsqu'on veut lier de suite les deux carotides. C'est ainsi que Langenbech et Liston ont perdu leurs malades. Il faut laisser entre les deux opérations un intervalle de quatre ou cinq mois pour le moins. Chez la jeune fille affectée d'anévrisme cirsoïde, chez laquelle j'ai pratiqué la ligature des deux carotides, bien que j'eusse mis tout ce temps entre les deux ligatures, j'ai encore eu des accidents: ainsi il y eut de suite une pâleur extrême, des fourmillements dans les jambes et presque perte de la vue.

M. Debout. Je suis convaincu que la canule a pénétré dans l'artère, et MM. Leblanc et Denonvilliers, qui assistaient à l'expérience, ont parfaitement vu, comme moi, le sang sortir de la canule de l'instrument, et ont constaté ensuite la formation d'un caillot dans l'artère. Seulement ce caillot n'a été que temporaire.

Correspondance manuscrite.

M. le docteur Fleury, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine secondaire de Clermont-Ferrand, adresse une observation ayant pour titre: *Introduction d'un haricot dans la trachée artère. — Tentatives d'extraction. — Mort.*

Commission: MM. Lenoir, Guersant, Chassaignac.

— M. le docteur Benoit, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier, communique deux observations dans le but de démontrer:

1° La réalité de l'étranglement par l'anneau crural;

2° L'influence fâcheuse et peu connue des adhérences intra-abdominales des viscères non herniés sur la réduction des viscères herniés.

Commission: MM. Michon, Larrey, Forget.

Grossesse extra-utérine simulant un kyste sanguin du petit bassin.

M. le docteur Aran, médecin des hôpitaux, présente les pièces anatomiques recueillies par lui dans un cas de grossesse extra-utérine simulant une tumeur sanguine du petit bassin.

Ce cas est relatif à une femme de trente ans, ouvrière en coton, habituellement bien réglée et déjà mère de cinq enfants, qui vint réclamer ses soins au mois de mars dernier pour une hémorrhagie utérine, dont elle était affectée depuis le 20 janvier. Cette hémorrhagie avait paru après un retard de sept jours et à la suite d'un violent chagrin. D'abord ne revenant qu'à intervalles, elle n'avait pas tardé à devenir continue, et avec elle avaient paru des douleurs semblables à celles de l'accouchement. Un examen assez détaillé, pratiqué le 28 mars, fit reconnaître un gonflement considérable des lèvres, du col, avec écartement, renversement en dehors et aspect fongueux, et de plus une tumeur située en arrière et à gauche du corps de l'utérus, et que l'on crut être une rétroflexion de cet organe.

Le 1er avril, des accidents aigus ayant appelé l'attention, on constata au-dessus du ligament de Fallope, du côté gauche, une tumeur qui le dépassait de 2 à 3 centimètres, et qui, se prolongeant dans le petit bassin, qu'elle remplissait en partie, circonscrivait l'utérus en arrière, et latéralement le refoulait en haut et en avant et comprimait la vessie.

Le 4 avril, il survint des signes de péritonite, et le lendemain on put constater que la tumeur s'était étendue supérieurement à droite. Cependant elle dépassait de cinq à six travers de doigt l'arcade de Fallope à gauche, tandis qu'à droite elle ne s'élevait au-dessus de ce ligament que de deux ou trois travers de doigt. En même temps la malade avait notablement pâli, et malgré une amélioration momentanée survenue dans son état à la suite de l'emploi des topiques et de l'application d'un large vésicatoire sur le ventre, elle succomba le 8 avril, trois heures après un frisson violent avec claquement de dents, et au milieu d'accidents qui semblaient indiquer une perte de sang intérieure.

L'examen du cadavre montra des adhérences filamenteuses récentes unissant les intestins entre eux et avec la paroi antérieure de l'abdomen; le péritoine épaissi et coloré en bleu noirâtre; du sang épanché et coagulé récemment dans divers points de la cavité péritonéale, surtout inférieurement, au voisinage d'une tumeur qui remplissait tout le petit bassin et le débordait de 2 centimètres et demi, refoulait en haut et en avant l'utérus, et était contournée par l'S iliaque, qui pénétrait dans le bassin à droite et en arrière, pour aller se placer ensuite en arrière et à gauche. Cette tumeur, qui paraissait revêtue partout par le péritoine, était constituée par un caillot sanguin pesant près d'un kilogramme, formé de deux parties: l'une située en avant et à gauche, de date plus ancienne, et comme stratifiée; l'autre située à droite et en bas, composée de sang noirâtre pris en gelée. En cherchant à enlever ce caillot, on entraîna à gauche un petit fœtus qui pouvait avoir deux mois ou deux mois et demi, qui était littéralemet aplati par le caillot contre les parois du bassin, et qui tenait par son cordon ombilical à une espèce de gâteau placentaire inséré sur la face postéro-inférieure gauche du caillot. L'utérus était un peu angmenté de volume; ses cavités dilatées sans aucune altération, et surtout sans membrane caduque. La lèvre antérieure du col était menue et tranchante; la postérieure se continuait avec la tumeur. Les orifices des trompes étaient dilatés, surtout celui de la trompe droite, qui, se dilatant bientôt, se renflait en entonnoir et venait s'insérer sur la tumeur sanguine. Cette espèce d'entonnoir pouvait avoir 6 à 7 centimètres de diamètre dans tous les sens; il communiquait avec la cavité de la tumeur sanguine par une ouverture arrondie, à bords lisses, de 1 1/2 à 2 centimètres de diamètre; il contenait quelques caillots noirâtres. L'ovaire correspondant était sain. A gauche, la trompe se portait en haut, et était accolée et aplatie sur la tumeur. L'ovaire n'a pas été retrouvé. La poche sanguine, d'un volume considérable, était garnie à son intérieur de couches fibrineuses; elle ne présentait nulle part trace de l'insertion des cotylédons du placenta.

Rapprochant ce cas des faits connus de véritables tumeurs sanguines du petit bassin, M. Aran a montré les nombreux et étroits rapports qui existent entre toutes les tumeurs sanguines qui se produisent dans cette région, quelle qu'en soit d'ailleurs la cause, et il en a conclu que la grossesse extra-utérine doit être considérée à l'avenir comme pouvant être le point de départ d'une de ces tumeurs. Le mécanisme de leur production reste encore assez obscur dans le cas de ce genre. En effet, il est permis de croire que c'est primitivement dans la trompe droite que le fœtus s'est développé, et que, chassé de cette trompe à travers l'ouverture qui a été retrouvée à l'autopsie, et qui s'est probablement rétrécie depuis, il a été refoulé peu à peu à gauche par des épanchements de sang successifs. Il ne faut pas oublier que l'ovaire gauche n'a pas pu être retrouvé d'une manière certaine, et que c'est peut-être dans sa cavité que le fœtus a pu rester et acquérir son développement. Ce fait n'est pas non plus de nature à juger la question du siége précis de l'épanchement sanguin, car si la tumeur paraissait avoir son siége au-dessus du péritoine, il y avait cependant des caillots en assez grande quantité dans la cavité abdominale; et l'on sait d'ailleurs que les couches fibrineuses anciennes sont susceptibles d'acquérir un aspect lisse et poli, qui rappelle tout à fait celui des membranes séreuses. Ce fait a néanmoins une véritable importance, dit en terminant M. Aran, en ce qu'il montre la nécessité d'établir entre les tumeurs sanguines du petit bassin des distinctions fondées sur leur véritable nature, et tant qu'on n'aura pas trouvé les signes qui caractérisent chacune de ces variétés, le traitement ne reposera pas sur des bases certaines et rationnelles.

Le secrétaire de la Société, Marjolin.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Par arrêté du 21 avril, M. le docteur Ch. Petit a été nommé médecin inspecteur des eaux minérales de Vichy, en remplacement du docteur Prunelle, nommé inspecteur honoraire.

— M. le docteur Seutin vient d'obtenir de S. M. le roi de Prusse la décoration de l'Aigle-Rouge de 3e classe.

— *Nécrologie.* — Le corps médical belge vient de faire une perte sensible. M. le docteur Florent Cunier, fondateur, rédacteur en chef des *Annales d'oculistique*, est mort le 19 avril à Bruxelles, à l'âge de quarante ans, à la suite d'une longue et douloureuse maladie.

M. Cunier était chirurgien en chef de l'Institut ophthalmique de la province de Brabant, médecin oculiste du duc de Brabant et du comte de Flandre, etc.

— L'association médicale de Toulouse a pris dans sa séance trimestrielle du 3 avril une mesure à laquelle nous applaudissons de grand cœur. Convaincu que, malgré le zèle et les efforts qu'elle a déployés dans la poursuite du charlatanisme dont les actes se produisent dans notre ville avec une audace incroyable, elle n'a pas obtenu, faute de preuves suffisamment établies, les résultats qu'elle est en droit d'espérer; elle a nommé une commission de cinq membres chargée de recueillir tous les faits de charlatanisme qui viendront à sa connaissance, afin qu'elle puisse en poursuivre efficacement la répression.

— Par décret impérial, en date du 4 avril, la Société de médecine, chirurgie et pharmacie de Toulouse a été reconnue comme établissement d'utilité publique.

— La *Gazette médicale de Montpellier* nous reproche d'avoir approuvé la suppression projetée de la chaire de chimie qu'occupait M. Orfila; nous n'avons approuvé que la réunion de cette chaire à celle de chimie organique, occupée par M. Wurtz; on sait que la chaire de chimie organique est de date récente et a été créée pour M. Dumas. Ces deux chaires font évidemment double emploi et le même professeur peut parfaitement réunir les deux enseignements.

M. le docteur Phillips commencera la seconde partie de son cours des maladies des voies urinaires le mardi 3 mai, à 3 heures, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'Ecole pratique.

Cette seconde partie comprend les maladies de la prostate et du col de la vessie.

— M. Grisolle, agrégé de la Faculté de médecine, commencera le cours de thérapeutique mardi, 26 avril, à deux heures, et le continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Eaux de Plombières. Du rhumatisme et de son traitement par les eaux thermo-minérales de Plombières; par le docteur Lhéritier, inspecteur-adjoint des eaux de Plombières, etc. — 1 vol. in-8. — Chez Germer Baillière, libraire, 17, rue de l'École-de-Médecine.

Études sur l'hydrothérapie faites pendant un voyage en Allemagne; par le docteur Constantin James, auteur du *Guide pratique aux eaux minérales et aux bains de mer*. — Une brochure in-8. — Prix: 3 fr. Chez Germer-Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

De l'emploi des eaux minérales dans le traitement des accidents consécutifs de la syphilis, par le docteur Constantin James. — Broch. in-8. Prix: 1 fr. 50. — Chez Victor Masson, place de l'École-de-Médecine, 17.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 50. — JEUDI 28 AVRIL 1853. (26e ANNÉE.) N° 50. — JEUDI 28 AVRIL 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE. Trois mois. . . . 8 fr. 50 c. Six mois. . . . 16 » Un an. . . . . 30 »

GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES. Trois mois. . . . . 9 fr. Six mois. . . . . . 17 Un an. 33

ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR. Trois mois. . . . . . 10 fr. Six mois. . . . . . . 20 Un an. 38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

PARIS, LE 27 AVRIL 1853.

TRIBUNAL CIVIL DE LA SEINE (4e chambre).

PRÉSIDENCE DE M. LEPELLETIER D'AULNAY.

La Gazette des Hôpitaux *contre le* Moniteur des Hôpitaux. — *Concurrence déloyale. — Tentative de détournement de clientèle. — Abus de liste d'abonnés. — Demande en dommages et intérêts. — Condamnation.*

Le Tribunal, après avoir entendu en leurs plaidoiries et leurs conclusions respectives Me Freslon, avocat, et Me Burdin, avoué de Le Sourd, Me Paillard de Villeneuve, avocat, assisté de Me Castaignet, avoué de Castelnau, et M. le substitut de M. le procureur impérial en ses conclusions, après en avoir délibéré conformément à la loi, jugeant en premier ressort;

« Attendu que le 12 janvier 1849, Fabre, rédacteur en chef du journal la *Lancette française, Gazette des Hôpitaux civils et militaires*, a cédé à de Castelnau la rédaction principale dudit journal, et que Le Sourd, propriétaire dudit journal, a donné son consentement à cette cession;

» Attendu qu'au mois de décembre 1852, H. de Castelnau, dans le but par lui annoncé d'entreprendre une œuvre nouvelle, et en expliquant qu'il créait un organe où son autorité serait au niveau de sa responsabilité, s'attacha en qualité de rédacteur en chef à un journal nouveau sur les mêmes matières, intitulé le *Moniteur des Hôpitaux;*

» Attendu que, dans l'intérêt de cette spéculation, H. de Castelnau a fait usage des listes des abonnés de la *Gazette des Hôpitaux*, qui n'étaient entre ses mains qu'à raison de ses fonctions de rédacteur principal de ladite feuille, et que, pendant trois mois il a fait adresser le nouveau journal aux abonnés de la *Gazette*, dans le but de les enlever à l'entreprise où il était entré comme rédacteur principal, et de les attacher à l'entreprise qu'il créait;

» Attendu, en outre, qu'à la même époque H. de Castelnau s'est permis de proposer à divers libraires qui avaient l'habitude de faire insérer leurs annonces dans la *Gazette des Hôpitaux*, d'en faire paraître dans un tirage extraordinaire à 20,000 exemplaires, et qu'il les a reçues d'eux et fait insérer dans le spécimen de la nouvelle feuille qui a été publiée, en leur faisant croire qu'il agissait toujours dans l'intérêt de la *Gazette des Hôpitaux*, à laquelle on le savait attaché;

» Attendu que ces faits constituent une concurrence déloyale qui doit être réprimée;

» Qu'ils ont causé à Le Sourd un préjudice dont la réparation lui est due, et que le Tribunal possède les éléments nécessaires pour l'évaluer;

» Que l'équité exige également que des mesures soient prises pour que ces moyens blâmables ne profitent pas à l'avenir à celui qui les a employés;

» Par ces motifs :

» Condamne H. de Castelnau, même par corps, à payer à Le Sourd 500 francs de dommages-intérêts; fixe à une année la durée de la contrainte par corps; dit que H. de Castelnau sera tenu de s'abstenir pendant six mois, à compter de l'expiration de la huitaine de la signification du présent jugement, de faire figurer son nom, soit comme rédacteur en chef du *Moniteur des Hôpitaux*, soit comme rédacteur d'aucun des articles qui y seront insérés; lui fait défense d'adresser gratuitement ledit journal aux abonnés de la *Gazette des Hôpitaux*, à peine de 100 fr. de dommages-intérêts, et par corps, par chaque contravention; dit que le dispositif du présent jugement pourra être inséré dans trois journaux de la capitale, au choix de Le Sourd et aux frais de Castelnau;

» Condamne H. de Castelnau aux dépens. »

Séances des Académies.

La discussion du rapport de M. Piorry sur le traitement de la surdi-mutité par M. Blanchet a rempli toute la séance de l'Académie de médecine; comme elle n'est pas terminée et que la suite en a été renvoyée à la semaine prochaine, nous attendrons à mardi pour en donner un résumé complet.

Nous nous contentons aujourd'hui de publier dans le compte-rendu les conclusions du rapport de la commission, en y joignant l'extrait d'une lettre écrite par M. Gueneau de Mussy et l'analyse des discours de MM. Bonnafont et Ferrus.

Un incident assez étrange a eu lieu : M. Cazeaux a demandé et obtenu la parole pour donner communication d'une lettre qu'il venait de recevoir d'un surnuméraire de l'Ecole des sourds-muets de Paris, M. Volquin.

Cette lettre contenait une critique assez acerbe des travaux de M. Blanchet, et ce n'est qu'à l'audition de quelques arguments un peu trop personnels que M. le président et quelques honorables membres se sont aperçus qu'on avait laissé s'introduire dans la discussion une personne étrangère à l'Académie; le mal était fait; pour y remédier, il n'y avait qu'un moyen, celui de regarder la lettre comme non avenue; c'est ce qu'a fort bien expliqué M. Bérard au milieu des sourires des membres de l'Académie et de l'auditoire.

Plusieurs communications intéressantes ont été faites à l'Académie des sciences.

Nous mettrons en première ligne une observation de guérison d'un anévrisme de l'artère poplitée par l'injection de la solution concentrée de perchlorure de fer. Ce nouveau mémoire est dû à l'un de nos plus zélés et plus habiles confrères des départements, M. le docteur Nicques, dont nous avons dernièrement publié un fait de paralysie progressive atrophique. Le fait actuel est un premier succès par la méthode proposée par M. Pravaz, et doit nous en faire présager d'autres. Nos prévisions sous ce rapport ne nous auront pas trompé.

La deuxième communication est de M. Poggioli; il s'agit d'une nouvelle méthode de traitement des névralgies sciatiques. M. Poggioli s'occupe depuis plusieurs années de ce sujet important; espérons qu'il aura réussi à guérir, ou du moins à soulager une affection toujours douloureuse, et souvent fort rebelle.

Enfin, MM. Vernois et Becquerel ont adressé aux deux Académies un nouveau mémoire sur le lait. Nous regrettons d'être forcé par le défaut de place de renvoyer au prochain numéro la publication des conclusions du mémoire de ces deux infatigables travailleurs.

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

Leçons sur la vaccine.

Ce n'est plus une chose litigieuse aujourd'hui que la revaccination des vaches par le vaccin pris sur l'homme et inoculé aux vaches mêmes; mais ce vaccin, transporté ainsi de l'organisme humain sur l'animal, perd de son activité, et doit nécessairement être moins sûr dans ses conséquences.

Tout le monde sait comment on vaccine : le virus est pris sur le bras d'un enfant vacciné et transporté sur ceux de l'enfant qu'on veut vacciner, en pratiquant 2, 4, 6, 8 piqûres, et même davantage. Dans les premiers trois ou quatre jours qui succèdent à la petite opération on ne voit presque rien; seulement au bout de ce temps paraît de la rougeur qui, sous forme d'auréole, entoure les piqûres. Cette rougeur augmente en intensité et en étendue jusqu'à ce qu'il apparaisse une petite vésicule au centre, remplie de sérosité, à laquelle succède une pustule qui, après avoir pris un accroissement plus ou moins considérable, sèche, se couvre de croûtes, qui tombent en laissant au-dessous une petite plaie dont la cicatrisation s'opère assez vite, et au bout de seize à dix-huit jours tout est fini; il n'y a plus au lieu des piqûres qu'une cicatrice d'une forme particulière, sur laquelle nous reviendrons tout à l'heure. Voilà ce qui se passe dans le procédé de vaccination qu'on emploie communément aujourd'hui, c'est-à-dire par le vaccin pris sur l'homme. Mais les choses se passent bien différemment lorsqu'on inocule, au lieu du vaccin humain, le cowpox, c'est-à-dire le vaccin pris sur les vaches : dans ce cas l'évolution vaccinale revêt des caractères particuliers; les symptômes qui se développent sont bien plus prononcés, les périodes d'incubation, d'inflammation, de suppuration, etc., sont beaucoup plus longues, de même que la fièvre concomitante est plus considérable. Il y a donc une différence notable entre l'action du vrai cowpox et celle du vaccin ordinaire. Quant aux symptômes généraux, la différence est encore plus sensible dans les deux procédés. Par le procédé ordinaire à l'aide du vaccin, le mouvement fébrile est généralement nul dans les premiers jours; il commence à se manifester vers le quatrième ou cinquième jour, et tombe vers le huitième ou neuvième, lorsque la suppuration est bien formée, sans présenter aucune gravité. Lorsqu'on vaccine par le cowpox, bientôt on voit les ganglions de l'aisselle du vacciné s'engorger, et la fièvre ne tarde pas à s'allumer, persistant plusieurs jours avec plus ou moins d'intensité. Cette fièvre, d'ailleurs, est toujours en raison directe du nombre des piqûres qu'on a pratiquées, c'est-à-dire à peine sensible lorsqu'il n'y a qu'une ou deux piqûres, fort intense quand on en a fait un certain nombre.

Dans le cours de la vaccination il survient quelquefois un accident qui peut en imposer beaucoup, et effrayer même ceux qui ne sauraient pas l'apprécier à sa juste valeur : c'est une éruption générale, une espèce d'exanthème vaccinal, qui s'étend à tout le corps des enfants vaccinés. Elle a ordinairement le caractère scarlatineux ou morbilliforme, et paraît vers le dixième ou douzième jour de la vaccination chez les enfants qui, par un excès de précautions de la part des parents et des personnes qui les soignent, sont trop couverts, et suent trop abondamment. Je l'ai vue quelquefois, mais plus rarement, prendre la forme pustuleuse et présenter tous les caractères de la pustule variolique; c'était chez des individus qui ne pouvaient pas s'abstenir de se gratter sur les piqûres de la vaccine, et qui par conséquent portaient çà et là sur leur corps affecté d'exanthème du pus vaccinal, qui donnait lieu à de véritables pustules.

Il est important de bien distinguer la fausse vaccine de la véritable : elle se comporte du reste sur l'organisme tout différemment; elle est à la vaccine normale, pour ainsi dire ce que la varioloïde est à la variole. On aura un caractère sûr pour la reconnaître dans son mode d'évolution : quand on verra survenir au bout de vingt-quatre, trente-huit heures une rougeur assez vive autour des piqûres, puis peu à peu cette rougeur tomber et disparaître, pour donner lieu à tous les phénomènes que nous avons décrits comme accompagnant l'évolution vaccinale ordinaire, on sera fondé à croire qu'il s'agit d'une fausse vaccine, ou vaccinoïde.

Quant aux cicatrices qui succèdent aux pustules vaccinales, c'est une question très grave, très importante, qui a été sérieusement discutée, surtout en Allemagne. Il en est résulté comme conclusion que la véritable vaccine laisse une cicatrice étroite, ronde, avec un petit piqueté gaufré semblable à celui que présentent les plaques de Peyer à l'état normal, tandis que si on trouve une cicatrice irrégulière dans sa forme, ayant de la ressemblance avec celles que laisse l'ecthyma, on doit déclarer qu'il s'agit d'une vaccine fausse, illégitime. Cette sorte de loi à laquelle les médecins allemands revinrent après de longues observations et de sérieuses discussions, leur servit pour ainsi dire de guide dans les épidémies varioliques qu'ils eurent à traiter, et surtout dans les revaccinations qu'ils pratiquèrent dans les armées; ils ne perdirent jamais de vue la régularité ou l'irrégularité des cicatrices vaccinales. Les épidémies varioliques éclatèrent en frappant les individus de toute espèce, vaccinés ou non vaccinés. Que fit-on alors? On ordonna que tout le monde fût revacciné. Dès lors on commença à se convaincre que cette condition de la cicatrice régulière de la pustule vaccinale qui parut si importante à Jenner, à Gregory, et à tous les médecins, qui s'occupèrent, après le grand fondateur de la vaccination, de cette matière, n'était plus suffisante pour constituer l'immunité constante, et on pensa sérieusement à la nécessité de la revaccination.

La vaccine préservait-elle? La vaccine préserve-t-elle? La vaccine préservera-t-elle? M. Trousseau a répondu en peu de mots à ces trois questions qu'il s'est posées. Quant à la première, si depuis 1799 jusqu'à 1814 on s'était fait une semblable question, on aurait passé pour un blasphémateur ou un fou, car personne à cette époque n'eût osé mettre en doute l'efficacité préservatrice de la vaccine. Mais lorsque en 1816 on commença à voir des cas assez nombreux de variole chez des individus qui avaient été vaccinés, lorsque en 1824 on vit éclater des épidémies terribles de variole, entre autres celle de Marseille, qui tuait 30 pour 100 des malades, sans épargner entièrement les vaccinés, il fallut bien reconnaître que la vaccine ne préservait pas d'une manière permanente du fléau que Jenner et les premiers vaccinateurs avaient cru pouvoir faire disparaître pour toujours à l'aide de ce moyen, et les médecins anglais eux-mêmes ne purent s'empêcher de convenir que la vaccine procurait simplement une immunité relative, c'est-à-dire que lorsqu'une épidémie venait à frapper une population, elle frappait en varioloïde les individus déjà vaccinés, et en variole tous les autres, et par conséquent avec une énergie et une mortalité bien différentes ; de sorte que si quelquefois la moitié des individus non vaccinés atteints par l'épidémie variolique étaient frappés de mort, la mortalité pour les vaccinés ne dépassait pas ordinairement 2 ou 3 pour 100. Il est donc évident que, même en ne donnant pas une immunité absolue, la vaccine donne toujours une immunité relative fort précieuse. Après cela, est-il nécessaire de dire que la fausse vaccine ne préserve nullement ? Nous avons déjà donné les caractères de cette vaccine inefficace, nous n'y reviendrons pas. Nous ajouterons seulement que même le bon vaccin, s'il se développe chez un individu qui soit sous l'influence d'une maladie quelconque, n'aura pas de vertu préservatrice. On devra regarder l'individu comme non vacciné et agir en conséquence.

Il faut aussi, pour bien apprécier les effets salutaires de la vaccination, considérer l'époque à laquelle elle a été pratiquée. On a observé que les individus vaccinés en France en 1801, 1802, 1803 et 1804, lors des épidémies qui se sont déclarées plus tard, ont été à l'abri du fléau beaucoup plus que ceux qui avaient été vaccinés en 1815, par exemple, de même que ceux chez lesquels on avait employé le cowpox pris sur la vache. Il s'ensuivrait que le vaccin dégénère à mesure qu'il se transmet d'une génération à l'autre et s'éloigne de son origine.

On doit également tenir compte du temps qui s'est écoulé depuis

la vaccination. M. Trousseau a bien vu des enfants contracter la variole vingt-quatre jours après qu'ils avaient été vaccinés ; cependant, dans les épidémies de varioloïde qui dominent quelquefois à l'hôpital des Enfants, il a vu que ceux qui avaient été vaccinés depuis quatre ou cinq ans, par exemple, contractaient la maladie en plus grand nombre que les vaccinés depuis un temps plus court. Donc, plus le temps écoulé depuis la vaccination est long, et plus il sera facile de contracter la varioloïde, surtout dans les époques d'épidémie. Donc, le temps doit entrer comme élément dans l'appréciation générale de l'efficacité préservatrice de la vaccine.

Nous disions tout à l'heure qu'il semblerait résulter des faits observés en grand nombre pendant les épidémies varioliques que le virus vaccinique semblait dégénérer à mesure qu'il s'éloignait de sa source primitive, et devait perdre proportionnellement de son efficacité. C'est là encore une très grave question. Jenner lui-même ne s'est pas aveuglé sur sa découverte. Tout en croyant que le virus vaccinique, quand il était dans sa pureté, comme le vrai cowpox, préserverait efficacement les individus auxquels il serait inoculé, il a bien prévu qu'il y aurait de la dégénération, et que de là viendrait la diminution de sa vertu préservatrice. Si on compare le cowpox ancien avec le jeune, la vaccine de 1824 avec celle de 1801, les peintures exactes qu'on a faites de leurs effets depuis 1799 jusqu'en 1801, avec celles qu'on nous a transmises depuis 1824, on voit une différence énorme, on voit que les phénomènes accompagnant les diverses périodes de l'évolution vaccinale sont bien différents dans les cas des premières époques et dans ceux des époques successives. Il est donc un fait bien constaté, que, quand on prend pour vacciner un vaccin régénéré de la vache, on obtient un cortége de phénomènes autre que celui que produit le vieux vaccin, et par suite une bien plus grande efficacité préservatrice.

Il y a d'autres causes de dégénération sur lesquelles M. Trousseau a appelé l'attention ; telle est en outre celle qui regarde la transmission par génération. En lisant le récit des accidents variés et vraiment effrayants que la vérole produisait au quinzième siècle, dans les livres des médecins de cette époque, et en les comparant avec ceux qu'elle entraîne ordinairement de nos jours, on y remarque une différence énorme. Alors elle produisait souvent des ravages tels dans l'organisme infecté, que les moyens thérapeutiques connus étaient impuissants à y porter remède. Peu à peu la violence d'action du virus syphilitique diminua ; on dirait que les générations qui se succédèrent depuis lors l'usèrent en grande partie, et aujourd'hui on remarque très rarement, chez les individus affectés de vérole constitutionnelle, des symptômes d'une véritable gravité.

On dira bien que les moyens de traitement dus aux progrès de l'art sont devenus plus rationnels et plus efficaces ; nous l'admettons volontiers ; mais cela n'expliquerait pas complétement la bénignité des accidents syphilitiques modernes ; et il nous semble rationnel de recourir, pour une complète explication, à la cause signalée par l'éloquent professeur. De même, ajoute-t-il, les épidémies de coqueluche qui régnaient à l'époque de la renaissance, et même plus près de nous, étaient bien plus graves que celles qui dominent de temps à autre de nos jours, parce qu'alors cette maladie était pour ainsi dire plus près de son origine et dans sa force juvénile, tandis qu'aujourd'hui, indépendamment des ressources thérapeutiques plus efficaces qu'on a pu y opposer, elle se trouve comme affaiblie par l'âge et par le seul fait de la transmission par génération. Ces exemples sont appliqués par M. Trousseau au sujet dont il parle.

Jenner a dit que c'est au sixième ou septième jour que le virus vaccinal a la plus grande énergie, et la sérosité dont les vésicules sont remplies à cette époque est très active. A mesure qu'on s'éloigne de ce temps son énergie diminue sensiblement, et finirait par devenir nulle. Aussi, le grand fondateur de la vaccination recommande-t-il de prendre le vaccin de bonne heure si on veut être sûr de son efficacité. Malheureusement la constitution religieuse qui nous régit nous met souvent dans l'impossibilité d'observer cette règle d'une importance capitale. A cause des fêtes religieuses, qui souvent arrivent dans la semaine, indépendamment des dimanches, on est obligé de prendre le vaccin, non pas le cinquième ou le sixième jour de la vaccination, mais bien le huitième ; telle est aujourd'hui la pratique forcée des établissements affectés à cette importante opération, comme il est facile de s'en convaincre. C'est un malheur, mais qu'il est assez difficile de prévenir dans l'état actuel des choses.

Ce qu'il ne faut donc pas perdre de vue, c'est que le virus vaccinique perd de sa puissance préservatrice en vieillissant, c'est-à-dire en étant transmis de génération en génération sans être régénéré par le cowpox de la vache, de même qu'il la perd en le prenant sur le bras d'un enfant à une époque trop éloignée de la vaccination.

M. Trousseau fait ressortir cette idée par un exemple emprunté à la clavelée, maladie contagieuse qui, dans le temps, faisait un grand ravage chez les moutons.

Un agriculteur, voyant que ses troupeaux étaient moissonnés par cette maladie pustuleuse, eut la pensée d'inoculer le pus des pustules à ses animaux. Il commença par les séparer en plusieurs groupes, afin de mieux suivre la marche de ses inoculations et leur résultat final ; il vit que ceux qui étaient assujettis à cette opération attrapaient la maladie d'abord, mais à un degré un peu moindre, et que parmi eux la mortalité commençait à diminuer. Il continua ses expériences initiées sous d'aussi beaux auspices, et remarqua l'affaiblissement toujours croissant du virus clavelique à mesure qu'on s'éloignait de sa première apparition ; de sorte que, arrivés à la sixième génération, les moutons furent entièrement préservés de la terrible contagion par la simple inoculation du pus des pustules. C'est ce que pratiquaient les anciens inoculateurs du pus variolique avant la découverte de Jenner, et ce qu'on pratique encore dans certaines parties de l'Écosse et ailleurs, où les médecins, à force d'inoculations du pus des pustules varioleuses, sont arrivés à en affaiblir tellement la violence, que maintenant, par ces inoculations, ils donnent lieu à une variole très discrète et très bénigne, capable, selon leur manière de voir, de préserver les individus inoculés de toute attaque successive mieux que par la vaccine jennérienne. On peut donc arriver à faire dégénérer le virus vaccinique.

Le cowpox, comme on sait, est un produit de la race bovine, et non de la race humaine ; c'est un fruit pour ainsi dire exotique, et pour qu'il conserve toute sa bonté originelle, qu'il ne dégénère pas, il faut le cultiver avec amour et le retremper souvent dans son sol natal, comme les habiles agriculteurs ont l'habitude de faire pour le froment (*triticum sativum*), qui, étant une plante exotique, finirait par s'abâtardir et se confondre avec d'autres plantes de la même famille improductives, si une culture appropriée ne le mettait à l'abri de ces accidents si fâcheux pour l'espèce humaine.

En conséquence, il faut autant que possible se procurer du bon vaccin, c'est-à-dire le moins vieux qu'on peut, et pratiquer les vaccinations vers le septième jour de la vaccination qui a fourni le pus vaccinique, si on veut en obtenir le but qu'on se propose.

De ces détails il résulte d'une manière incontestable que l'immunité produite par la vaccination est plus ou moins grande, selon l'époque à laquelle celle-ci a eu lieu, c'est-à-dire qu'elle va diminuant à mesure qu'on s'éloigne de cette époque ; comme il est résulté aussi que le vaccin perdait de sa vertu préservatrice à mesure qu'il s'éloignait de son origine primitive, c'est-à-dire du cowpox de la vache, et qu'il se transmettait d'homme à homme à travers les générations. Ce fait, bien constaté, devait nécessairement mettre en éveil les hommes de l'art et leur suggérer l'idée de la revaccination comme moyen de confirmer cette immunité même. Cela fut mis en pratique d'abord en Allemagne, où les revaccinations, pratiquées par ordre des gouvernements dans les armées, mirent hors de doute la nécessité de cette pratique même. En effet, il résulte des rapports d'un des principaux médecins du Wurtemberg que, sur 44,000 soldats soumis à la revaccination, 20,000 jeunes conscrits vaccinés dans leur enfance reprirent une vaccine légitime ; par conséquent, chez eux, l'immunité produite par la vaccination première avait pour ainsi dire cessé déjà ; 3,000 revaccinés présentèrent des pustules de simple vaccinoïde, ce qui prouverait que chez eux l'immunité, si elle n'était pas encore éteinte entièrement, avait pourtant beaucoup diminué ; enfin les autres 15,000 se montrèrent rebelles à la revaccination, et ne rattrapèrent pas la variole. Donc une moitié à peu près des individus vaccinés avec succès une première fois finiraient par perdre toute immunité, et devraient être revaccinés au bout de vingt ans : voilà la première conclusion à tirer de ces observations. Des épidémies de variole ayant éclaté dans les armées allemandes, un grand nombre de soldats, quoique bien vaccinés, en furent victimes ; et comme on n'était pas encore arrêté sur la nécessité de la revaccination, on ne revaccinait pas. En 1834, cependant, on commença à revacciner, et on s'aperçut bientôt que le nombre des varioles diminuait, au point qu'on arriva pour ainsi dire à préserver tous ceux qui n'avaient pas d'abord été frappés par la simple revaccination. Dès lors tous les doutes cessèrent dans l'esprit des médecins allemands, qui firent adopter par leurs gouvernements respectifs la loi qui obligeait tout soldat à être revacciné.

Dans une épidémie qui éclata en Bretagne, M. le docteur Guillon adopta le système de la revaccination toutes les fois qu'il eut du vaccin, et, faute de virus vaccinique, soumit les populations qu'il soignait à l'inoculation du pus variolique ; de cette manière, il arriva à diminuer d'abord le nombre des victimes, et finit par éteindre complétement l'épidémie. Le même système fut suivi avec le même succès en Prusse, en Saxe, en Bavière et ailleurs ; tandis que dans des localités voisines exposées à la même épidémie, les médecins ne revaccinant pas, les victimes de la variole étaient très nombreuses, et l'épidémie ne cessa que bien plus tard et comme de guerre lasse.

Pendant combien de temps dure l'immunité vaccinale ? Nous venons déjà de faire pressentir la réponse à cette question en parlant des revaccinations pratiquées dans les armées wurtembergeoises et ailleurs, puisque sur 44,000 soldats, tous vaccinés dès l'enfance, 20,000 conscrits, âgés par conséquent de vingt ans environ, prirent complétement une vaccine légitime par la revaccination ; il s'ensuit que la moitié à peu près des vaccinés perdent l'immunité variolique au bout de vingt ans, et peut-être l'avaient-ils perdue déjà bien avant. En 1842, M. Trousseau vaccinait lui-même une jeune fille de dix-sept ans, chez laquelle la vaccine prit parfaitement ; trois ans plus tard, cette jeune personne rentrait à l'hôpital des Enfants avec une varioloïde ; donc l'immunité chez elle s'était au moins déjà beaucoup affaiblie. Par conséquent, dans sa pratique particulière, il en est venu à proposer à tous ses malades de se faire revacciner tous les cinq ans, et il lui arrive rarement de rencontrer dans le nombre de ces revaccinés de la vaccine régulière. Sa petite fille, âgée de trois ans, a déjà été revaccinée deux fois, par une précaution peut-être un peu excessive ; c'est qu'il arrive, dit-il, assez souvent que l'immunité se perd d'une année à l'autre sans savoir pourquoi, et, dans le doute, dans cette incertitude terrible, il est sage de recourir à la revaccination, seul moyen préservatif.

Il importe beaucoup de multiplier les piqûres dans la revaccination ; nous avons déjà touché ce point, nous y revenons à dessein, car il est démontré par des faits nombreux que plus les piqûres de la vaccination sont multipliées, et moindre est la chance de la revaccination. M. Trousseau connaît un médecin, accoucheur vaccinateur dans le premier arrondissement, qui a l'habitude de faire au moins dix piqûres aux enfants qu'il vaccine ; il l'a assuré n'avoir jamais vu de ses vaccinés reprendre la variole, ou la varioloïde. Il y a peut-être un peu d'exagération dans ce qu'affirme cet honorable confrère ; toujours est-il qu'il doit y avoir du vrai, et qu'il faut multiplier les piqûres aux bras de ceux qu'on revaccine.

On se demande si la vaccine qui, pendant les vingt premières années de ce siècle, avait donné une immunité presque absolue, comme on a observé chez ceux qui ont été vaccinés dans cet intervalle, et surtout chez ceux qui se rapprochaient davantage de l'époque de Jenner, on se demande, dis-je, si cette vaccine, dégénérant, comme il est hors de doute, avec le temps, n'arriverait pas aussi à un degré tel de dégénération qu'elle perdît toute vertu préservatrice et qu'il en devînt inutile de vacciner ? Il est possible que, cette dégénération continuant à faire des progrès, l'inefficacité de la vaccine arrive au bout d'un temps plus ou moins long. Que faire dans cette circonstance ? Il resterait à tenter ce que déjà en 1836 Gregory avait pensé et proposé, c'est-à-dire l'inoculation de la variole, idée qu'il désavoua plus tard publiquement, mais qu'il conserva peut-être toujours dans son esprit. Il est évident qu'en inoculant la variole, on donne la variole, et il est de fait aussi que la variole communique aux individus qui l'ont eue une immunité beaucoup plus grande contre des varioles successives que la vaccine. On sait d'après les statistiques que sur 100 individus qui ont été sujets à la variole un seul peut être exposé à la rattraper, tandis que des vaccinés 1 sur 7 y est exposé, ce qui constitue une énorme différence sous le rapport de l'immunité entre les uns et les autres. Le fait est que dans le siècle dernier on regardait comme un phénomène extraordinaire qu'un individu qui avait eu déjà la variole la reprît une seconde fois ; de là vint l'inoculation, qui fut introduite en Europe de l'Asie, et parmi les premiers à l'expérimenter en France furent les membres de la famille royale, qui tous se hâtèrent d'y recourir, lorsque Louis XV succomba à une variole confluente.

Qu'est-ce donc que l'inoculation, et comment faudrait-il la pratiquer ? Quand les inoculateurs pratiquaient la transmission du virus variolique d'homme à homme, ils commençaient par s'assurer :

1° Que le virus variolique était de bonne qualité ;

2° Que l'individu à inoculer se trouvait dans des conditions de santé convenables.

Ils cherchaient ordinairement le virus de la variole la plus discrète et bénigne, l'expérience leur ayant démontré que le virus des varioles confluentes donnait lieu souvent à des symptômes locaux et généraux excessivement graves ; ensuite ils soumettaient le malade à un traitement préparatoire convenable par des bains, quelques purgatifs, etc., afin que la santé au moment de l'inoculation fût autant que possible parfaite ; et alors ils inoculaient le virus variolique au bras. De cette manière, les inoculations ne devenaient jamais cause d'une variole grave, et en même temps elles amenaient chez les inoculés une grande immunité. M. Trousseau a pratiqué aussi pendant deux ans les inoculations dans des circonstances toutes particulières, et avec succès ; mais de grands inconvénients sociaux y sont annexés, qui les font proscrire. Il est clair que, quand on inocule du virus variolique sur un individu bien portant, on lui donne une immunité bien plus grande que si on le vaccinait ; mais, pendant qu'on inocule la vaccine à 100, à 1,000 enfants sans que ce virus se communique à d'autres, parce que la maladie artificielle qui en résulte n'a pas du tout les caractères contagieux de la variole, le virus variolique inoculé peut être facilement transmis par simple contagiosité et donner lieu à une véritable épidémie, surtout dans une population agglomérée. Il serait donc permis à la rigueur de pratiquer l'inoculation dans une famille, par exemple, où l'on peut facilement isoler l'individu ou les individus qu'on inocule ; mais dans une ville, dans les établissements publics, il y aurait de grands dangers, et on a raison de la proscrire. Si l'inoculation était réglementée par les lois, s'il était prescrit que tout le monde fût inoculé, comme les inoculations se feraient sur des individus isolés et à mesure que le besoin se présenterait, il n'y aurait aucun danger de propagation ; mais dans l'état actuel des choses, encore une fois, il ne faut pas y penser.

Maintenant une chose fort remarquable, c'est la différence capitale qui existe entre le virus variolique et celui du vaccin sous le rapport de l'efficacité, qui diminue dans celui-ci avec l'âge et la transmission, tandis qu'elle paraît s'accroître dans l'autre par la même cause. M. Trousseau était à l'hôpital Necker pendant qu'il y dominait une épidémie de variole, et, ne pouvant pas avoir de vaccin pour vacciner ses petits malades, il fut obligé de recourir à l'inoculation du virus variolique pour éviter au moins un mal plus grand. Il prit du virus sur la jeune fille dont nous avons parlé plus haut et qui était entrée dans son service avec une varioloïde ; c'était par conséquent du virus en apparence très bénin, et il l'inocula sur les bras de cinq enfants avec une seule piqûre. Il en résulta une seule pustule avec ses caractères propres, sans aucune autre éruption. M. Trousseau fut très content de ce résultat ; il crut avoir trouvé dans la varioloïde un virus qui aurait pu remplacer le vaccin, et se félicita de sa découverte. Il porta ensuite ce même virus des enfants inoculés sur d'autres, et il vit que la pustule de l'inoculation s'entourait d'autres pustules plus petites, comme de satellites ; il le porta de ceux-ci sur une troisième série, et obtint une véritable variole générale discrète avec des symptômes généraux en rapport.

Ainsi le virus variolique acquiert une plus grande énergie à mesure qu'il s'éloigne de sa source. Donc, lorsqu'on est obligé de recourir à l'inoculation, comme il arrive quelquefois dans les familles faute de vaccin, il faut bien se garder de prendre du virus d'une variole confluente, mais choisir celui d'une variole discrète très bénigne, ou mieux encore d'une varioloïde, ce qui n'est pas difficile à pratiquer, même dans les cas d'épidémie. On aura ainsi ou une seule pustule au lieu de la piqûre d'inoculation, ou tout au plus un petit nombre de pustules qui n'offriront aucune gravité. De cette manière, on sera aussi à l'abri de tout reproche, car, agissant sur une population qui par hypothèse est déjà contaminée par l'épidémie, on ne s'exposera pas au danger d'augmenter le mal par l'inoculation, au contraire.

Est-il nécessaire de faire plusieurs piqûres dans l'inoculation ? Non, une seule suffit. Au bout de deux ou trois jours que la piqûre est faite et le virus inoculé, on voit une petite élévation paraître à la peau dans le point piqué entourée d'une auréole rouge, et vers le septième jour paraît une pustule semblable à la pustule résultant de la vaccination ; les jours suivants, la pustule devient bleuâtre, s'élargit au point d'atteindre la largeur d'une pièce de 10 sous, et l'auréole rouge qui l'entoure s'étend aussi et prend une forme déchiquetée. Vers le dixième ou douzième jour, de petites pustules surgissent comme des satellites autour de la principale. En même temps un mouvement fébrile se développe, ordinairement assez intense, avec courbature générale accompagnée d'une éruption variolique discrète sur une étendue plus ou moins grande de la surface cutanée.

On a vu quelquefois l'inflammation locale être assez vive pour donner lieu à un sphacèle de la peau sur laquelle s'était élevée la pustule principale, d'où il résultait une plaie profonde qui durait même plusieurs mois ; enfin, la cicatrisation avait lieu, mais en laissant une cicatrice fort irrégulière et difforme. Quelquefois on a observé des symptômes encore plus graves se développer à la suite de l'inoculation, quoique faite avec toutes les précautions possibles : on a vu une véritable variole générale confluente se déclarer et mettre en danger la vie des malades.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Traitement du carreau chez les enfants.

Par M. Duval.

Huile de ricin récente.	8 à 16 grammes.
Jaune d'œuf.	nº 1/2
Sirop de coing,	
Sirop de diacode, de chaque. . . .	30 grammes.
Infusion d'anis.	90 —

Mêlez. — Une cuillerée à bouche toutes les deux heures pendant huit ou même quinze jours quelquefois.

Si le ventre est douloureux, si la diarrhée est accompagnée d'épreintes, je fais, dit M. Duval, appliquer de deux à huit sangsues à l'anus, mettre la nuit des cataplasmes de farine sur le ventre et faire des onctions le jour avec :

Pommade au proto-iodure de mercure.

Axonge.	45 grammes.
Proto-iodure de mercure.	1 —
Extrait de ciguë,	
Extrait de jusquiame, de chaque. . .	5 —
Camphre.	3 —

Mêlez. — On donne en même temps des lavements avec une décoction de racine de guimauve ou de graine de lin et de têtes de pavot. (*Répertoire de pharmacie.*)

De l'emploi du collodion contre les érections accompagnant la blennorrhagie.

Par M. le docteur Doringer.

Les *Annales de la Flandre occidentale* rapportent, d'après le *Med. central Zeitung*, une observation d'une application fort curieuse du collodion contre les érections blennorrhagiques, et le résultat a été tel qu'il donne le désir de le voir vérifier.

Un jeune homme de vingt ans était affecté pour la troisième fois de blennorrhagie, qui s'accompagnait d'érections tellement prononcées et douloureuses que le malade ne pouvait guère garder le lit pendant une heure. Après avoir essayé inutilement le camphre, les narcotiques, etc., M. Doringer ordonna des fomentations froides, et, dès que le pénis serait revenu à son état de relâchement normal, l'application sur toute son étendue, y compris même sa portion prostatique, d'une forte couche de collodion. Ce moyen eut l'effet désiré, puisque le malade n'eut plus à partir de ce moment aucune érection et n'éprouva plus qu'une légère cuisson en urinant.

Ce qui prouve que cette amélioration était réellement due au moyen employé, c'est que le lendemain, le collodion étant enlevé, les érections revinrent, mais beaucoup moins prononcées, et qu'elles cessèrent de nouveau par l'application d'une nouvelle couche de matière adhésive.

Traitement de la blennorrhagie par les injections de cachou,

Par M. Henrotay.

Le cachou réduit en poudre très fine est placé dans un petit pot dans lequel on verse une petite quantité d'eau, de manière à en former une boue la plus épaisse possible, on en verse dans une seringue à injections après en avoir extrait le piston, qu'on replace ensuite. Pendant cette petite opération, on a soin de placer le doigt sur l'extrémité effilée de la seringue, pour que le liquide boueux n'en sorte pas. On fait ensuite une injection dans le canal, dont on maintient l'orifice fermé au moyen des doigts de la main gauche pendant cinq à six minutes. L'opération terminée, le cachou pénètre dans tous les replis de la muqueuse et y reste à demeure, de telle sorte que son action se continue pendant plusieurs heures. Lorsque survient le besoin d'uriner, le malade éprouve parfois quelque gêne, à cause de l'espèce de bouchon qui obstrue le canal, mais les efforts et la pression de l'urine en viennent assez vite à bout. On peut, en semblable circonstance, baigner la verge dans de l'eau tiède ou de l'eau de guimauve, et même faire une injection avec l'une ou l'autre de ces eaux.

Toutefois, sur une trentaine de cas, je n'ai observé que deux ou trois fois cette gêne dans l'émission de l'urine, et il n'a été nécessaire de recourir à aucun de ces moyens pour la faire cesser.

L'opération doit être répétée trois fois dans la journée, et, d'après ce qui m'a été dit, ces injections conviendraient également bien à l'état aigu et à l'état chronique. J'ai eu recours pendant quelque temps à ce mode de traitement; j'en ai obtenu quelques résultats avantageux, mais parfois aussi j'ai eu des insuccès à enregistrer. Il m'a paru plus applicable aux cas chroniques qu'à l'état aigu. Je pense que des expériences nouvelles seraient nécessaires pour nous fixer sur sa valeur. (*Arch. belges de méd. milit.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 26 avril 1853. — Présidence de M. Bérard.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Eaux minérales.

M. le ministre de l'intérieur transmet treize rapports sur les eaux minérales, savoir :

1º Rapport de M. Cissaville sur les eaux de Forges;
2º De M. Pagès sur les eaux de Barèges;
3º De M. Bernard sur les eaux d'Uriage;
4º De M. Cavaroc sur les eaux de Vic;
5º De MM. Tellier et Révolle sur les eaux de Bourbon-Lancy;
6º De M. Fabas sur les eaux de Saint-Sauveur;
7º De M. Choussy sur les eaux de Bourboule;
8º De MM. Massié, Arrat-Baloux et Bathédat sur les eaux minérales du département des Landes;
9º Enfin de M. Boulenger sur les bains de mer de Calais. (Commission des eaux minérales.)

Épidémies.

Le même ministre transmet huit rapports sur des épidémies, notamment sur une épidémie de fièvre typhoïde à Château-Gonthier; une épidémie de rougeole dans le canton de Briey (Moselle); une épidémie de fièvre miliaire dans la commune de Menetrux (Jura), et sur des épidémies de fièvres typhoïdes muqueuses dans les communes de Trégunc (Finistère), et de Margilley, dans l'arrondissement de Melle (Deux-Sèvres), dans la commune de Sainte-Barbe, et dans la commune de Coincy (Moselle).

Remèdes secrets.

Le même ministre adresse six demandes relatives à des remèdes secrets.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

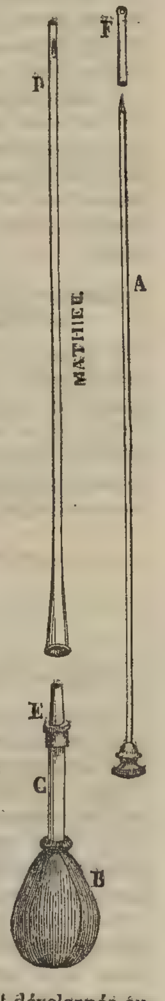
M. Mercier adresse une protestation contre ce qu'il appelle la nouvelle usurpation que M. Le Roy-d'Etiolles vient de commettre à son préjudice dans la dernière communication qu'il a adressée à l'Académie relativement à une sonde évacuatrice. Cette sonde, d'après M. Mercier, à quelque différence de courbure près, serait la même que celle qu'il a présentée en avril 1851. (Commissaires : MM. Laugier, Ségalas, Robert et Larrey.)

Paralysie musculaire progressive guérie par les armatures métalliques.

M. Burq adresse une observation de paralysie musculaire qu'il a recueillie il y a quelques années dans le service de M. Rostan, et qui aurait été guérie par les armatures métalliques. (Commissaires : MM. J. Cloquet, Guérin, Bérard.)

Trocart aspirateur.

M. Mathieu soumet à l'examen de l'Académie un nouveau moyen d'aspiration dans l'exploration des tumeurs. C'est une petite ampoule en caoutchouc vulcanisé fixée à un petit tube en verre, lequel s'ajuste par une petite pièce métallique au trocart explorateur ordinaire, et fait le vide par une simple pression exercée avec les doigts. L'auteur dit, dans son mémoire, que cet instrument a été employé avec succès dans différents hôpitaux de Paris, et est dans les mains de beaucoup de praticiens. Il entre dans la trousse sans surcroît de volume. (Commissaires : MM. Ricord et Robert.



Présence de l'albumine dans le lait.

MM. Vernois et Becquerel adressent un mémoire sur les appareils polarimétriques, contenant des expériences nouvelles sur la présence de l'albumine dans le lait. (Nous donnerons les conclusions dans le prochain numero.)

Surdi-mutité.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le rapport de M. Piorry sur le traitement de la surdi-mutité institué par M. le docteur Blanchet à l'institution des sourds-muets de Paris.

Voici les conclusions de ce rapport :

Il résulte des observations de la commission et des faits consignés dans ses procès-verbaux :

Que la plupart des élèves traités par M. le docteur Blanchet ont éprouvé une amélioration notable dans l'état de leurs appareils auditif et vocal;

Que, relativement à ceux de la première série, le nº 1, qui n'entendait, au moment de son entrée dans l'école (*Procès-verbal* 4, page 11), aucun son articulé et pas d'ondes sonores au-dessus de 312 vibrations, percevait, après le traitement, des sons de 2,000, la parole à voix haute près de son oreille, et à l'aide d'un cornet acoustique les mots prononcés à voix basse. Chez le nº 2, qui n'entendait que 512, l'audition s'était développée au point de percevoir 4,600 vibrations, et de pouvoir mettre sa voix d'accord avec tous les sons de l'harmonium qui se trouvaient dans le registre de son appareil vocal, d'entendre les mots prononcés à environ 2 mètres de son oreille et de pouvoir les répéter. (*Procès-verbaux* 1, 2, 4.) Le nº 3, qui précédemment ne percevait que des sons de 172 à 300, entendait maintenant jusqu'à 2,500 vibrations, répétait les mots proférés à la distance d'un mètre et exécutait les ordres qu'on lui donnait à l'aide de la parole (*Procès-verbaux* 1, 2, 4).

Le nº 4 était parvenu à acquérir la parole et la faculté de la lire facilement sur les lèvres, quoique son audition ne se fût élevée que de 86 à 526.

Que, relativement aux élèves de la deuxième série, le nº 1 était parvenu à causer facilement (*Procès-verbaux* nºs 2 et 4), à chanter des airs variés, à réciter des fables; sa voix avait acquis un notable développement, et sa parole, quoique un peu rude, était très distincte. Ses progrès pour l'audition et la parole étaient si avancés, que la commission l'a vu exerçant très bien son jeune frère à la gymnastique vocale et auditive (*Procès-verbal* 4).

Le nº 2, comme le précédent, atteint de surdi-mutité congéniale, entendait tous les mots à une certaine distance de son oreille et pouvait facilement les reproduire (*Procès-verbaux* 2 et 4).

Que, parmi les élèves de la troisième série, il s'en trouvait quatre dont l'audition s'était étendue jusqu'à 4,000 vibrations et qui percevaient la voix, la parole à 30 ou 40 centimètres de distance, répétaient aisément les mots qu'on leur disait et répondaient, pour la plupart, aux diverses questions qu'on leur adressait (*Procès-verbal* 4, pages 1, 2 et 3);

Que, relativement aux élèves de la quatrième série, la commission en a observé cinq dont l'audition s'étendait pour quatre à 2,000, et chez un cinquième à 4,087 vibrations. Tous entendaient les mots, les répétaient distinctement; le cinquième percevait même la parole à plus d'un mètre de distance (*Procès-verbal* 4, page 12);

Que, d'après l'examen des élèves auquel la commission a procédé, il s'en est trouvé constamment dans chaque série un certain nombre (1 sur 3, 4 ou 5) dont l'affection s'est montrée susceptible d'être guérie ou améliorée, et qui, soumis à une éducation et à un traitement convenables, pourraient arriver à saisir directement la parole par l'oreille ou par l'intermédiaire d'instruments d'acoustique;

Que l'appréciation des altérations de l'ouïe, de l'appareil vocal et des résultats du traitement, faite à l'aide des acoumètres et du nombre de vibrations perçues, a paru à la commission un moyen d'une grande exactitude, et non moins utile que l'emploi de l'orgue appliqué aux exercices de gymnastique vocale et auditive;

Que, relativement aux sourds-muets atteints de la perte de l'ouïe à un âge avancé, mais possédant encore à un degré plus ou moins parfait l'usage du langage articulé, ils peuvent, quoique affectés d'une surdité à peu près incurable, non-seulement conserver, mais encore développer la faculté de parler, et acquérir celle de lire la parole sur les lèvres;

Que les sourds-muets de cette dernière catégorie, ainsi que le constatent les expériences nombreuses que les membres de la commission ont répétées eux-mêmes, peuvent percevoir par les nerfs de sensibilité générale des vibrations, depuis 80, 90, 100 jusqu'à 1,000, et même 1,200, et recevoir ainsi l'impression tactile d'un certain nombre d'ondes sonores, et que la culture et le développement de cette faculté devront nécessairement leur faciliter la vie de relation et alléger leur infirmité;

Qu'il est indispensable que les élèves des deux catégories que nous venons de signaler, les uns pour retirer plus de bénéfice du traitement, les autres pour conserver et développer leur faculté de parler et d'entendre, d'autres enfin pour acquérir celle de lire la parole sur les lèvres et ne pas perdre l'usage du langage articulé, reçoivent une éducation spéciale, donnée exclusivement par des professeurs parlants, chargés de les exercer suffisamment à l'articulation;

Qu'il est encore nécessaire, pour assurer et hâter le progrès de la parole et le développement de l'audition, de les placer dans une division spéciale, de les isoler dans tous les instants de la journée des autres enfants qui n'offrent pas les mêmes dispositions à acquérir le langage articulé ou à recouvrer l'ouïe;

Que, pour pouvoir établir cette division, et empêcher que, d'après le système de rotation en usage à l'école de Paris, les sourds-parlants, les demi-sourds-muets, les sujets susceptibles de recouvrer l'ouïe et la parole, ne restent entièrement confondus avec ceux qui sont tout à fait sourds-muets, qu'ils ne soient indistinctement instruits comme eux, pendant toute la durée de leurs études, presque exclusivement à l'aide des signes, par des professeurs sourds-muets ou parlant, qu'ils perdent par conséquent l'usage de la parole, et sortent des écoles avec une aggravation de leur infirmité, il faut classer tous ces enfants dès leur entrée dans l'institution;

Qu'enfin en observant ces règles il y a tout lieu d'espérer que les élèves des deux catégories mentionnées pourront rentrer à la fin de leurs études dans leurs familles et dans la société avec la faculté de communiquer et de converser plus ou moins complétement à l'aide du langage articulé.

M. Gueneau de Mussy, qu'une indisposition retient loin de l'Académie, adresse au sujet du rapport de M. Piorry une lettre dont M. le secrétaire perpétuel donne lecture et qui se résume en ces termes :

« En entendant la lecture du rapport, M. Gueneau de Mussy a été frappé de ce que, en rapportant toutes les tentatives faites par Itard pour réveiller le sens auditif chez quelques-uns des enfants confiés à ses soins médicaux, M. Piorry n'a pas fait connaître les résultats auxquels ce médecin était parvenu; omission d'autant plus regrettable, que ces résultats ont été constatés par l'Académie, qui, à cette occasion, a déjà répondu à la plus importante des questions qui lui sont de nouveau adressées par le ministre. »

M. Gueneau de Mussy, après avoir rappelé les faits d'Itard, qui se sont en partie passés sous ses yeux, et les travaux de M. Deleau sur le même sujet, termine sa lettre en ces termes :

« Depuis vingt-cinq ans la voie était ouverte et toute tracée. Le docteur Blanchet y est entré et y a marché avec un zèle et une constance dignes d'éloges; il n'y a pas apporté une méthode nouvelle, des principes nouveaux, comme il paraît le croire. Ce qui lui appartient c'est d'avoir mis en usage des instruments au moyen desquels il gradue d'une manière plus exacte qu'on ne l'avait fait avant lui l'excitation portée sur le sens auditif, et mesure avec plus de précision les progrès de l'audition chez les élèves soumis à ses procédés. On ne peut mettre en doute qu'à l'aide de ces moyens perfectionnés et de sa persévérance il ne parvienne à égaler les résultats qui ont été obtenus par ses devanciers. Il est à remarquer qu'il n'a pas été conduit à assigner, pour le nombre des élèves susceptibles d'être instruits par l'ouïe, une autre proportion que celle qui a été indiquée par Itard et vérifiée par l'Académie. »

M. Deleau rappelle, à l'occasion du rapport lu dans la dernière séance par M. Piorry, que depuis trente ans il s'occupe de ces sortes de travaux.

M. Deleau transmet plusieurs ouvrages : l'un, qu'il désigne sous le nº 1, dans lequel il traite de l'état de l'oreille chez les sourds-muets, et dans lequel il démontre qu'il est facile d'explorer cet organe, même dès le bas âge.

À cet ouvrage est jointe une observation manuscrite d'un jeune sourd-muet de l'institution de Paris qui lui a été confié par M. le ministre de la guerre.

Dans une seconde pièce, M. Deleau démontre qu'en deux jours il a établi le diagnostic des causes de surdi-mutité chez soixante enfants plus ou moins âgés.

Dans un autre ouvrage intitulé : *Nouvelles recherches physiologiques sur les éléments de la parole qui composent la langue française, et sur leur application à la nouvelle dactylologie pour l'éducation des sourds-muets*, M. Deleau cite le nom de plusieurs de ses élèves, et notamment Benjamin Dubois, sourd-muet, qui a fondé une institution renfermant quarante élèves, qui parlent tous comme leur maître.

M. Deleau propose, en terminant, qu'on choisisse dix à douze sourds-muets de l'âge de quatre à huit ans, à peu près aussi sourds les uns que les autres, et que le sort les confie aux médecins qui se proposeront de traiter l'organe de l'ouïe et de leur inculquer la parole. Après huit jours d'examen, les médecins qui entreront en lice feront un rapport sur l'état physiologique et pathologique de l'oreille moyenne des enfants qui leur auront été confiés. Une année après, on constaterait leurs progrès dans l'art de parler.

— L'ordre du jour appelle à la tribune M. Bonnafont pour la lecture d'un travail relatif au sujet en discussion.

M. Bonnafont commence par faire remarquer les difficultés que présente la solution de la question pendante devant l'Académie. La surdi-mutité, suivant lui, est une infirmité complexe qui n'intéresse pas seulement les organes de l'appareil de l'ouïe et de la parole; il y a aussi au-dessus de ces appareils un organe qui les domine tous et qui est trop souvent le point de départ de cette infirmité. Toutes les personnes qui ont vu et observé de près les sourds-muets de naissance ont pu constater que cette infirmité se trouve assez souvent liée à un état plus ou moins marqué de débilité dans les organes du cerveau. L'apathie des facultés intellectuelles qui résulte alors de cette dernière circonstance ne saurait être confondue avec les effets propres à la surdité et au mutisme.

La distinction de la surdi-mutité en deux genres, l'une innée, l'autre qui est la conséquence d'une maladie accidentelle survenue après la naissance, lui paraît d'une haute importance, la première se compliquant presque toujours d'un affaiblissement des facultés intellectuelles et restant rebelle à tous les moyens curatifs, tandis que la seconde, bien qu'elle paraisse aussi grave que l'autre, peut n'avoir pour cause que la paralysie plus ou moins complète des nerfs labyrinthiques, ou toute autre affection de l'appareil de l'ouïe.

Cette distinction faite des surdi-mutités innées et accidentelles, reste à établir des catégories entre ces derniers individus, afin de juger ceux qui devront être rebelles à toute médication et ceux qui, moins affectés, pourront offrir quelques chances d'amélioration. Aux cinq classes établies par Itard, M. Bonnafont propose de substituer la division en trois classes. Le moyen qu'il a employé pour opérer ce classement consiste dans l'application du diapason, comme fait M. Blanchet; seule-

ment il croit devoir réclamer la priorité de l'emploi de cet instrument pour apprécier les divers degrés de sensibilité du nerf acoustique en l'apposant sur les régions du crâne voisines de l'oreille.

Voici, dit M. Bonnafont, comment nous procéderions si nous étions appelé à faire un classement des sourds-muets.

Nous les soumettrions tous d'abord indistinctement à l'action du diapason appliqué sur le crâne ou à la partie supérieure du sternum, et bientôt nous verrions les sujets expérimentés se diviser en trois catégories bien tranchées :

1° Celle formée des individus qui ne peuvent entendre d'aucune manière ;

2° Celle représentée par les sourds qui perçoivent le son du diapason appliqué seulement et non à distance ;

3° Celle comprenant les individus, probablement en petit nombre, qui entendront le diapason appliqué sur le crâne et à une certaine distance de l'oreille.

Ces catégories bien établies, tous les sujets devront-ils être soumis au même mode d'instruction ? Non sans doute, et c'est ici que le système que je propose peut recevoir d'heureuses applications. Ainsi, les sourds de la première catégorie qui n'auraient rien entendu, je les considérerais comme rebelles à tout traitement chirurgical, e je les livrerais immédiatement à l'étude du langage mimique.

Pour ceux de la deuxième catégorie qui auraient été sensibles à l'application du diapason, je voudrais qu'on les mît en communication avec un instrument plus complet, le piano, par exemple, ou tout autre, à l'aide d'un appareil qui transmettrait les sons aux parties les plus propres à les recevoir. Il me semble qu'en donnant une valeur convenue à chaque son il serait possible d'apprendre par cette voie bien des choses à l'élève.

Pendant qu'il serait soumis à ces épreuves, il va sans dire que l'on ne devrait pas négliger le traitement chirurgical, consistant dans le cathétérisme de la trompe d'Eustache, dans sa dilatation au moyen de petites bougies, dans les insufflations, plus ou moins excitantes ou balsamiques, dans l'oreille moyenne, et enfin dans l'emploi de l'électricité selon le mode que j'ai indiqué dans le cours de ce travail.

Ce traitement devra durer de quatre à six mois, et si après ce temps aucun résultat n'a été obtenu, il faudra y renoncer et renvoyer l'élève à la classe de mimique, où il restera cependant soumis encore aux exercices de la transmission des sons.

Quant aux sourds-muets de la troisième catégorie, qui entendent le diapason à une distance quelconque de l'oreille, il ne peut y avoir aucune hésitation dans le choix du mode d'instruction qu'on devra leur appliquer.

Comme il nous est bien démontré que tout individu entendant le son d'un diapason, surtout celui donnant le *sol* de la troisième octave, à la distance de $0^m,02$ seulement, doit avoir l'ouïe assez développée pour *s'entendre parler*, il est indispensable de le faire profiter de tous les bénéfices du langage oral. C'est aussi sur les sujets de cette catégorie que le traitement chirurgical dont il a été parlé pourra être employé avec le plus de chance de succès.

M. Piorry regrette que MM. Gueneau de Mussy et Deleau n'aient pas entendu la lecture de son rapport ; ils se seraient épargné une réclamation inutile, le rapporteur ayant rappelé les travaux d'Itard et ceux de M. Deleau, et leur ayant rendu toute justice.

Au sujet du travail de M. Bonnafont, M. Piorry croit devoir faire remarquer que le diapason qu'il emploie n'est pas le même que celui de M. Blanchet, et que la manière de l'appliquer diffère. C'est surtout par l'usage de l'aurimètre que la méthode de M. Blanchet se distingue encore de celle que M. Bonnafont vient de faire connaître.

M. Ferrus pense que la commission n'a pas entièrement rempli l'objet de la demande du ministre. Il y a deux buts et deux moyens dans le traitement des sourds-muets : les moyens médicaux et l'enseignement, ou, en d'autres termes, le traitement proprement dit et l'éducation. Or dans le rapport, ainsi que dans les recherches de M. Blanchet, il ne s'agit que de l'éducation, et nullement de traitement médical. Cette éducation, d'ailleurs, ce n'est pas la première fois qu'on s'en occupe ; Itard s'en était occupé avant M. Blanchet, Sicard et l'abbé de l'Épée avant Itard, et elle est en usage aujourd'hui dans beaucoup d'établissements. M. Blanchet a-t-il fait des progrès sur ses devanciers? Là est la question. Il est permis d'en douter. A en juger par les quelques résultats qu'il a été possible à M. Ferrus de comparer avec ceux qu'ont déjà obtenus d'autres personnes, M. Blanchet ne paraîtrait pas, en définitive, beaucoup plus avancé.

M. Ferrus croit que M. Blanchet et la commission n'ont pas assez tenu compte de toutes les difficultés et de tous les éléments de la question, en particulier de l'appréciation du degré d'intelligence des sourds-muets. Il pense, en définitive, que, si l'on compare l'enseignement par la parole articulée avec l'enseignement par les signes et par l'écriture, relativement au degré d'intelligence des sourds-muets, le premier procédé ne sera applicable qu'aux plus intelligents seulement, c'est-à-dire au plus petit nombre, et le plus grand nombre devra être soumis au mode d'éducation le plus anciennement et le plus généralement usité.

M. Cazeaux lit une lettre de M. Volquin, chargé du cours d'articulation. L'auteur de cette lettre, après avoir rappelé que l'enseignement de l'articulation se fait depuis longtemps dans l'Institution de Paris, et que sous ce rapport la découverte de M. Blanchet n'est pas nouvelle, donne quelques détails sur l'organisation du cours. Il résulte de ces renseignements que le cours de M. Blanchet en diffère en ce qu'il ne comprend que des enfants nés parlants et qui ont perdu l'ouïe à un âge assez avancé. L'auteur déclare ne savoir dans quel but M. Blanchet cherche à introduire un nouveau mode dans l'enseignement ; il conteste qu'il soit jamais parvenu à apprendre à parler à un sourd de naissance, et il affirme qu'il n'y réussira jamais.

— Plusieurs membres demandant la parole, la suite de la discussion est renvoyée à la séance prochaine.

La séance est levée à cinq heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 25 avril 1853. — Présidence de M. de Jussieu.

Nouvelle méthode curative externe contre les névralgies sciatiques.

M. Poggioli lit un mémoire sur une nouvelle méthode curative externe contre les névralgies sciatiques.

L'auteur soumet au jugement de l'Académie le résultat de plusieurs années de recherches sur le traitement de la névralgie sciatique.

M. Poggioli, ayant observé que les combinaisons de substances médicamenteuses analogues donnaient de meilleurs résultats que les mêmes substances employées isolément, a cherché un médicament réunissant un certain nombre de substances sédatives combinées dans des proportions spéciales. Voici la formule qui lui a le mieux réussi :

Extrait de Belladone.	5,0
Hydr. morph.	0,40
Ong. popul.	16,0

Axonge macérée dans quantité suffisante,
Essence de lavande, q. s.

L'application du médicament consiste en frictions douces et prolongées. L'auteur cite, dans ce mémoire, dix cas de guérison de sciatique, tous remarquables par la durée antérieure de la maladie, l'insuccès des médications précédemment employées, la rapidité et la persistance du succès après l'application du médicament.

L'auteur termine son mémoire par les conclusions suivantes :

Le rôle que joue la douleur dans les maladies est plus important que beaucoup de pathologistes ne le pensent ; à lui seul, l'élément douleur est une cause puissante de maladie, et peut produire les accidents les plus graves. Dans beaucoup d'affections, la douleur est le symptôme prédominant, si ce n'est toute la maladie, et en la faisant cesser l'état morbide tout entier disparaît.

La médecine contemporaine, trop analytique, substitue souvent à tort les formules simples aux formules complexes. La réunion de plusieurs substances analogues donne de meilleurs résultats que leur emploi isolé et successif ; nous en avons des preuves dans les effets parfois surprenants de quelques médicaments très composés, qui ont traversé les siècles, survivant à tous les systèmes, la thériaque, entre autres.

Traitement d'un anévrisme de l'artère poplitée par l'injection de la solution concentrée de perchlorure de fer.

M. Niepce adresse un mémoire sur un cas d'anévrisme de l'artère poplitée traité et guéri par l'injection de la solution concentrée de perchlorure de fer, suivant le procédé de M. Pravaz.

Cette observation, dit l'auteur dans la lettre qui accompagne son mémoire, offre de l'intérêt en ce qu'elle démontre que la coagulation du sang dans les artères peut être très utilement employée dans les anévrismes des gros vaisseaux.

CORRESPONDANCE.

Paris, le 27 avril 1853.

Monsieur le Rédacteur,

L'heureux accouchement de la reine d'Angleterre par le chloroforme vient une fois de plus démontrer tout le parti que l'on peut tirer de la plus importante des découvertes modernes.

Pour administrer les anesthésiques avec succès, il suffit de suivre certains préceptes et certaines règles bien déterminés.

Il est clair que les vapeurs d'éther et de chloroforme ne sauraient échapper à une loi générale et commune ; elles ne sauraient être constamment et toujours inoffensives.

Précisément par les mêmes motifs qui engagent à proscrire d'une manière absolue l'usage de certains médicaments et de certains aliments dans quelques circonstances spéciales, l'on doit aussi, dans quelques cas particuliers, renoncer aux avantages que présentent les vapeurs anesthésiques.

Dans un mémoire adressé à l'Académie en 1847, j'indiquais les cas dans lesquels il était prudent de s'abstenir.

Ainsi, les sujets qui ont mangé et les malades affectés de lésions graves des organes essentiels à la vie ne doivent pas être éthérisés.

C'est toujours pour s'être écarté de ces préceptes que les accidents se sont déclarés. Le dernier, survenu à la Pitié, en est une preuve nouvelle : le malade était affecté d'un anévrisme très avancé de l'aorte. La méthode d'éthérisation que j'ai publiée en 1847, avant qu'aucun accident fût signalé, se termine par cette phrase :

Conclusion.

« En résumé, si l'on suit une méthode, l'éthérisation est la plus » utile et la plus admirable des inventions.

» Sans méthode, au contraire, elle est et passera longtemps encore » pour une découverte imparfaite et dangereuse aux yeux de beaucoup » de gens. »

Je crois aujourd'hui être parfaitement d'accord à cet égard avec tous ceux auxquels la pratique de l'éthérisation est devenue familière ; et, en effet, les meilleures choses n'acquièrent de valeur qu'autant qu'elles sont employées avec discernement.

Agréez, etc.

Delabarre fils,
Chirurgien-dentiste de l'hospice des Enfants trouvés.

Monsieur le Rédacteur,

Permettez-moi de vous remercier de l'appui que vous avez donné à l'*Annuaire médical et pharmaceutique de la France*, et de me servir de la voie de votre estimable journal pour remercier aussi le corps médical et pharmaceutique de l'accueil bienveillant qu'il a fait à cet ouvrage.

La pensée qui me dirigea lors de sa première publication, en 1849, a été comprise par les médecins et les pharmaciens ; ils ont senti que ce livre, qui devait relier entre eux tous les praticiens de la France et montrer les ressources sanitaires que possède notre pays, était autant leur œuvre que la mienne, et prenant leur tâche au sérieux, ils m'ont secondé dans la coordination de mes matériaux par des documents relatifs à leurs localités et ont soutenu cette entreprise onéreuse par des souscriptions abondantes.

Encore une fois je les en remercie profondément.

Mais pour que cette œuvre se perpétue, se perfectionne et devienne complètement digne de ses protecteurs, il faut que le concours que j'ai déjà rencontré ne me fasse pas défaut et que le zèle de mes nombreux correspondants ne se ralentisse pas.

Je viens donc renouveler l'appel que je fais toutes les années et qui a toujours été entendu, et prier les médecins et les pharmaciens de tous les points du territoire de me faire parvenir (*franco*) les rectifications à faire dans l'édition de 1854.

Je le répète en terminant, l'*Annuaire médical et pharmaceutique de la France* n'a et ne peut avoir quelque valeur qu'avec le concours empressé du corps médical et du corps pharmaceutique, et doit être considéré par tous comme une œuvre commune à la bonté et au succès de laquelle chaque praticien est intéressé.

Recevez, etc.

Félix Roubaud.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Le concours ouvert à la Faculté de médecine de Paris pour l'agrégation en chirurgie s'est terminé lundi dernier par la nomination de

MM. Follin, prosecteur de la Faculté ;
Depaul, membre de l'Académie de médecine ;
Broca, ancien prosecteur de la Faculté.

Ces nouveaux agrégés entreront en exercice au mois de novembre prochain en remplacement de MM. Gosselin, Voillemier et Giraldès, qui passeront alors dans la section des agrégés libres.

MM. Aran, Bouchut, Lasègue, Delpech et Gubler, nommés au commencement de ce mois agrégés en médecine, entreront en exercice à la même époque et en remplacement de MM. Fleury, Burguières, Tardieu, Grisolle et Beau.

— Par décret du 23 avril, l'Empereur a nommé officier de la Légion-d'Honneur M. le docteur Ernest Cloquet, médecin français près du schah de Perse.

M. Cloquet, neveu du célèbre professeur de la Faculté de médecine de Paris, a mérité cette distinction par son dévouement à la science, son amour de l'humanité et son noble caractère, qui font honneur au nom français dans ces contrées lointaines.

— Le *Journal du Loiret* signale un fait qui mérite de fixer l'attention des naturalistes. Il s'agit de l'emploi du chloroforme sur les plantes.

M. le docteur Bretonneau (de Tours) a soumis, dit-on, des fleurs de sensitive à l'action du chloroforme, et ces fleurs, si susceptibles, si délicates lorsqu'elles sont éveillées, ont subi pendant leur sommeil des attouchements réitérés sans éprouver la moindre sensation.

Cette expérience a été renouvelée ces jours derniers sur une jeune sensitive qui fleurissait pour la première fois dans une serre d'Orléans. A l'approche de l'éponge, la corolle est restée ouverte et s'est livrée avec une résignation insensible à l'autopsie qui a été faite de son ovaire et de ses organes les plus essentiels. Sur la même tige, une autre fleur non chloroformée s'est refermée, comme une paupière, à l'approche de la main.

— *Concours pour le grade de médecins aide-majors de 2e classe.* — Trois concours viennent de finir en même temps : le premier, présidé par M. Alquié ; le deuxième, par M. Vaillant ; le troisième, par M. Baudens, tous trois inspecteurs du service de santé.

Nous n'avons pas encore la liste des candidats élus par ordre de mérite dans la première division de ce concours ; nous espérons pouvoir la publier sous peu. En attendant, voici les noms des candidats élus dans les deux autres sections, et classés aussi par ordre de mérite.

Jury présidé par M. Vaillant.

28 candidats élus : MM. Gasté, Simon, Pillon, Barthet, Morel, Morand, Ving, Liotard, Beraud, Mutel, Mulot, Alezais, Mathieu, Creutzer, Japiot, Thevenon, Fouquet, Constantin, Duval, Delune, Dandreau, Cousturier, Cledat de la Vigerie, Beragol, Licardy, Portafax, Clary, Fontez.

Jury présidé par M. Baudens.

28 candidats élus : MM. Vézien, Damien, Sisbrac, Chaslon, Rizet, Rizet, Duméril, Molinier, Rioublant, Rogues, Malapert, Friant, Bézard, Milbaud, Duruthy, Viennet, Fournier, St Plancat, Vaguey, Rivière, Raoult, Cabaud, Aldrovandi, Peigné, Templer, Causse, Maurel de la Pommarède, Brunot, Ségur.

— M. le prince Poniatowski, envoyé extraordinaire et ministre plénipotentiaire de Toscane à Paris, a signé, au nom de son gouvernement, avec M. Drouyn de L'Huys, ministre des affaires étrangères, la convention sanitaire internationale et le règlement annexe déjà successivement adoptés par la Sardaigne, le Portugal et la Turquie. Cette nouvelle adhésion porte à cinq, en y comprenant la France, le nombre des puissances qui se sont engagées, dans l'intérêt du commerce et de la navigation, à modifier leur régime sanitaire d'après les bases arrêtées par la conférence internationale réunie à Paris dans le courant de l'année dernière. (*Moniteur.*)

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 51. — SAMEDI 30 AVRIL 1853. (26e ANNÉE.) N° 51. — SAMEDI 30 AVRIL 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine, le mardi, le jeudi et le samedi.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, en face de l'Académie de médecine.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	Trois mois. . . .	8 fr. 50 c.
	Six mois. . . .	16 »
	Un an.	30 »
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	Trois mois.	9 fr.
	Six mois.	17
	Un an.	33
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	Trois mois.	10 fr.
	Six mois.	20
	Un an.	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Vaste abcès de la cuisse pris pour une coxalgie.

Au n° 25 du service de M. Nélaton, à l'hôpital des Cliniques, est un jeune homme adressé hier par un médecin de la ville, qui a cru chez lui à l'existence d'une coxalgie. Les renseignements recueillis à cet égard sont les suivants : Le malade a été assez bien portant dans ces dernières années ; seulement, il y a quelque temps, il tomba malade au point de garder le lit pendant deux mois environ, durant lesquels il fut purgé, dit-il, dix à douze fois. Tout en ignorant la nature précise de cette maladie, il est fort probable que ce fut une fièvre typhoïde, qui a régné dernièrement assez longtemps d'une manière épidémique. Il s'était relevé de cette affection; mais, dans le cours de sa convalescence, il commença à éprouver des douleurs à la hanche gauche, et le médecin qui le soignait crut pouvoir diagnostiquer une fémoro-coxalgie, contre laquelle il appliqua plusieurs vésicatoires et des pointes de feu très nombreuses autour de l'articulation coxo-fémorale. Malgré cela, M. Nélaton ne croit nullement à l'existence de cette maladie, et voici pourquoi :

1° Le malade, interrogé à plusieurs reprises, affirme n'avoir jamais éprouvé de douleurs au genou correspondant, et comme la maladie est d'une date assez récente, il n'est guère probable qu'il se trompe ; or ces douleurs ne manquent jamais dans le début d'une véritable coxalgie, et constituent presque à elles seules un symptôme caractéristique de cette maladie.

2° L'aspect général du membre n'est pas celui qu'il présenterait dans la première période de la coxalgie ; car, dans cette maladie, le membre affecté est ordinairement dans l'abduction et dans la rotation en dehors, pour des raisons qu'il est très facile de comprendre : dans le cas dont il s'agit, on voit le membre dans l'adduction et dans une rotation en dedans.

3° Il y a des signes précieux tirés des mouvements dont le membre malade est susceptible. Quand il existe une coxalgie, les mouvements qu'on veut faire exécuter au membre sont très difficiles, et surtout douloureux. Ici il y a bien une certaine gêne dans les mouvements de la cuisse; ceux-ci sont même circonscrits dans des limites beaucoup plus restreintes qu'à l'état normal, mais ils n'occasionnent aucune douleur.

Donc l'absence de douleurs au genou au début de la maladie, l'état d'adduction et de rotation en dedans dans lequel se trouve actuellement le membre, et l'absence de douleur dans les mouvements qu'on imprime au membre même, excluent l'idée d'une coxalgie véritable.

Qu'y a-t-il donc? Le professeur croit à l'existence d'un vaste abcès dans la région coxo-fémorale. On constate, en effet, avec un peu d'attention, à la partie supérieure et externe de la cuisse une saillie arrondie, étendue, qui se trouve être le siége d'une collection profonde de liquide fuyant sous les doigts qui la compriment. Ce vaste abcès occupe la partie antérieure et externe de la hanche, contourne la partie externe et supérieure de la cuisse, et a probablement des communications avec les parties profondes de cette région. Ces sortes d'abcès ne sont pas rares à la suite de certaines maladies graves, telles que la fièvre typhoïde, la variole, la scarlatine, etc., et on les désigne communément sous le nom d'abcès critiques. Il s'agit certes d'une affection fort grave, mais qui est encore susceptible de guérison, et qu'on guérit assez souvent.

Quant au traitement à employer, il n'y en a qu'un, c'est de donner jour au pus contenu dans le vaste foyer. Seulement, comme il y a à craindre qu'une partie de ce liquide, une fois l'ouverture faite, ne séjourne encore dans la poche, et par son contact avec l'air extérieur ne s'altère et ne donne lieu à des symptômes d'intoxication générale, M. Nélaton commencera par faire une ouverture à la partie la plus déclive de l'abcès pour en extraire le liquide purulent, et y fera une injection iodée. Si ensuite il s'apercevait que le liquide stagnât, même en partie, dans le foyer, il se déciderait à multiplier les ouvertures de manière qu'il ait un écoulement libre et complet. C'est en procédant ainsi, et par la réunion de ces deux méthodes, qu'il espère venir à bout de cette grave maladie.

De l'alimentation dans les maladies aiguës et chroniques.

Parmi les questions qui se rattachent à l'hygiène des malades, l'alimentation, qui, par son importance, mérite d'être placée au premier rang, est une de celles sur lesquelles l'opinion des médecins a le plus varié. Les uns, craignant de fournir des matériaux à l'élément morbide, prescrivent une diète rigoureuse pendant tout le cours des maladies aiguës, et n'accordent qu'à regret, et contraints par l'état d'inanition de leurs malades atteints d'affections chroniques, une alimentation insuffisante; les autres, au contraire, dans le but de hâter la réparation et de donner à l'économie des forces capables de l'aider à se débarrasser du principe morbifique, et à rétablir l'équilibre des fonctions, donnent à leurs malades une nourriture trop succulente et prématurée. Ces deux extrêmes doivent être également évités, et M. Trousseau a tracé les préceptes qu'il convient de suivre dans cette voie difficile.

Ce professeur rappelle d'abord les expériences physiologiques faites sur les animaux en parfaite santé, et qui font voir l'influence que les différents modes d'alimentation exercent sur la composition du sang, sur les sécrétions et les excrétions. Un habile physiologiste, M. Bernard, dans ses expériences sur les lapins, qu'il soumettait successivement à un régime exclusivement végétal ou animal, a constamment trouvé, dans le premier cas, le sang, les sécrétions, les urines alcalins. Lorsque les lapins, au contraire, étaient soumis à un régime animal, le sang, les sécrétions et les urines devenaient très acides.

Ces animaux, mis à une diète rigoureuse, devenaient en quelque sorte autophages ; ils vivaient de leur propre substance, et le sang, les sécrétions, les excrétions, reprenaient les caractères qu'ils présentaient chez les lapins auxquels on donnait une alimentation exclusivement animale.

Des expériences comparatives sur l'homme ont été faites par M. Guislain, médecin d'aliénés à Gand. Il a pu recueillir un certain nombre d'observations sur des aliénés et des maniaques qui voulaient se laisser mourir de faim, et il a noté avec soin les symptômes qu'ils présentaient à mesure que l'inanition faisait des progrès. Le premier jour, le pouls avait subi un affaiblissement considérable, les forces s'annihilaient. Après quelques jours, il trouvait un mouvement fébrile d'abord peu marqué, et qui prenait plus d'intensité en même temps que la chaleur de la peau augmentait; la langue devenait rouge à la pointe, sèche, fuligineuse; l'haleine prenait une odeur infecte. Dans le principe, il n'y avait pas de vomissements ni de douleurs d'entrailles; mais bientôt se montraient des signes évidents d'une phlegmasie intense de l'estomac. La respiration, d'abord lente, s'accélérait de plus en plus, et les malades succombaient en proie à un délire furieux. L'autopsie démontrait des symptômes d'irritation évidente dans les principaux viscères, le cerveau, l'estomac, le poumon; ce dernier offrait des désordres analogues à ceux qu'on observe dans les fièvres de mauvais caractère; quelquefois il était le siége d'une véritable gangrène.

Quand on étudie en grand ces phénomènes d'inanition sur une réunion d'hommes exempts de maladies nerveuses ou autres, comme, par exemple, cela a pu être fait d'après les récits du petit nombre de malheureux échappés au naufrage de *la Méduse*, on voit que ceux qui ont succombé ont présenté les symptômes des fièvres graves, et sont morts dans un délire phrénétique.

La conclusion à tirer de ces faits est que l'inanition met l'individu dans des conditions telles, que l'organisme est profondément modifié, comme dans les affections typhoïdes, mot qui, pris dans un sens général, désigne les maladies à mauvais caractère, telles que la variole, la scarlatine, les affections gangréneuses, maladies qui débilitent profondément l'économie.

Si maintenant nous appliquons ces données à l'homme atteint d'une affection aiguë, franchement inflammatoire, nous voyons que, s'il y a avantage à soumettre pendant les premiers jours le malade à une diète sévère, il est bon, lorsque la violence des premiers phénomènes inflammatoires a cessé, de permettre au malade une légère alimentation. Celle-ci, en effet, permet au sang dégénéré et devenu impropre à la réparation de reprendre peu à peu ses qualités normales. A plus forte raison devra-t-on également permettre une alimentation suffisamment réparatrice dans les fièvres typhoïdes, maladies qui doivent durer plusieurs mois.

Une expérience dont le résultat peut être applicable à l'homme prouve combien, dans le cours de certaines affections, il est important que le médecin mette la plus grande attention à la manière dont il alimente son malade.

M. Magendie a injecté de la strychnine dans le tissu cellulaire d'un animal en même temps qu'il introduisait dans les canaux vas-

FEUILLETON.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

L'huile de foie de morue envisagée sous tous les rapports comme moyen thérapeutique, par le docteur De Jongh. — 1 vol. in-8°. Chez Victor Masson.

Manuel complet de médecine légale.

L'huile de foie de morue est un médicament tout moderne; son emploi remonte à quelques années à peine, et il s'est cependant généralisé avec une telle promptitude contre une foule d'affections différentes, que l'on a dû se demander si l'engouement seul du premier moment aurait suffi pour donner à un remède nouveau une vogue aussi universelle. Le temps des études sérieuses est arrivé aujourd'hui pour l'huile de foie de morue, et tout semble prouver qu'il n'arrivera pas une époque où l'on dira, comme on a été forcé de le faire pour tant d'autres méthodes thérapeutiques, pour l'oxyde blanc d'antimoine, pour la cautérisation du lobule de l'oreille, par exemple, où l'on dira : Du temps que l'huile de foie de morue guérissait encore...

L'un des derniers travaux publiés sur cet important sujet est la monographie du docteur de Jongh (de La Haye), qui ne date que de quelques semaines. En 1843, le même auteur avait publié une dissertation, plutôt chimique que médicale, sur les différences qui existent sous le rapport de la composition entre les diverses espèces d'huile rencontrées dans le commerce. Aujourd'hui, M. De Jongh a agrandi son cadre. A cette analyse comparative, qui n'a pas subi de grandes modifications, et à dix années de distance ces modifications ne pouvaient être très sensibles, l'auteur a ajouté des chapitres intéressants sur les falsifications de l'huile de foie de morue, et sur les moyens propres à faire reconnaître l'huile véritable, sur le choix qu'il convient de faire, sous le rapport médical, parmi les différentes espèces, et enfin sur l'action thérapeutique de ce remède.

C'est par des considérations historiques sur l'emploi médical de cette huile que commence l'ouvrage, considérations desquelles il résulte qu'il n'y a guère plus de dix à douze ans que l'on en fait usage, bien que l'on puisse trouver dans des écrits antérieurs quelques exemples de cas où elle a rendu des services réels. Mais c'était presque toujours le hasard qui avait conduit à cette médication, et aucun des succès obtenus n'avait suggéré aux expérimentateurs cette idée que l'huile de foie de morue pourrait bien constituer un médicament susceptible d'un emploi méthodique et journalier. Dans ce chapitre, M. De Jongh présente un tableau de tous les travaux, même des articles publiés dans les journaux périodiques, relatifs à l'agent thérapeutique qu'il étudie, tableau dans lequel on trouvera des indications bibliographiques précieuses pour ceux qui voudraient consulter eux-mêmes les sources auxquelles il a puisé. Un historique également complet de toutes les analyses entreprises par les chimistes français et étrangers termine cet exposé, après lequel l'auteur entre en matière par l'origine et la préparation de l'huile de foie de morue.

Au point de vue médical, cette origine et cette préparation nous importent peu. Que nous sert-il de savoir les procédés à l'aide desquels on obtient l'huile pâle, l'huile brune, l'huile noire? Chose singulière; de tous ceux qui se sont occupés de recherches analogues, il n'en est pas deux qui soient complétement d'accord sur les procédés mis en usage pour l'extraction de cette substance. M. De Jongh, voulant éclaircir la question, s'est adressé directement à deux personnes en état de lui fournir les meilleurs renseignements, et en a obtenu deux versions qui diffèrent en plusieurs points. Le travail actuel, s'il n'est pas directement utile, est au moins très curieux, et ne pouvait, du reste, manquer à une monographie de ce genre sans que son absence constituât une véritable lacune.

Vient ensuite un long chapitre sur l'analyse chimique de l'huile considérée dans ses trois variétés. De la lecture attentive des conclusions de ce chapitre et du suivant, dans lequel M. De Jongh traite du choix à faire entre les différentes espèces d'huile pour l'usage médical, ressort clairement un fait en désaccord avec la manière de voir de beaucoup de médecins, mais qui ne nous semble pas moins être l'expression de la vérité : c'est que, si l'iode est pour quelque chose dans l'action de l'huile de foie de morue, il y a aussi d'autres principes constituants de cette huile qui agissent sur l'économie, et probablement avec plus d'énergie encore que l'iode.

En effet, l'analyse démontre que *les espèces pâles sont les plus riches en principes inorganiques, et principalement en iode.* D'autre part, l'expérience démontre, et M. De Jongh a fait la même remarque, que *les huiles foncées agissent beaucoup plus efficacement et plus promptement que les huiles pâles.* D'où la conséquence nécessaire que, si l'iode agit dans l'huile de foie de morue, il n'est pas le seul principe actif, et que c'est autre part qu'il faut chercher la source des utiles propriétés du médicament. Une preuve de plus en est encore que l'on n'a pu, dans la grande majorité des cas, remplacer l'huile de poisson par l'huile iodée, ingénieusement proposée par notre ami et ancien collaborateur M. Marchal (de Calvi); que les préparations d'iode, si longtemps vantées dans le traitement des maladies scrofuleuses, sont reconnues aujourd'hui n'avoir que bien peu de vertu contre ces terribles affections, tandis que personne ne peut mettre en doute celle de l'huile de foie de morue.

Il est évident pour nous que les principes organiques, quels qu'ils soient, matière colorante, résine, extractif, quel que soit le nom qu'on leur donne, principes dont nous ignorons la composition, et que la chimie est impuissante à reproduire de toutes pièces, sont presque les seuls qui donnent à l'huile de foie de morue les propriétés dont elle jouit. Sous ce rapport, nous partageons complétement les idées de notre savant confrère le professeur Champouillon, qui nous disait un jour qu'il n'emploierait presque que l'huile *noire*, cette huile exclusivement consacrée à la préparation des cuirs, si son odeur fétide et son goût âcre n'en faisaient un objet de répugnance invincible pour la plus grande partie des malades. Mais si l'huile noire est d'un emploi presque impossible, les huiles les plus foncées en couleur sont assez facilement prises, même par les personnes les plus délicates; et quant aux huiles pâles, d'un aspect beaucoup plus agréable, nous les proscrivons complétement, bien qu'elles soient les plus riches en iode, comme un médicament *à peu près inerte*, ou dont l'administration doit être poursuivie pendant un temps très long pour n'obtenir que des résultats presque insignifiants.

La partie la plus spécialement médicale du travail de M. De Jongh est celle dans laquelle il se livre à l'examen des maladies dans lesquelles on doit ou l'on peut employer l'huile de foie de morue. Nous avons vu avec plaisir l'auteur ne pas céder au désir trop commun de

culaires une grande quantité d'eau. L'absorption fut nulle ; aucun phénomène d'intoxication ne fut observé ; une saignée fut pratiquée, et aussitôt des phénomènes nerveux considérables démontrèrent que l'absorption se faisait avec activité.

De même chez l'homme, les produits de mauvaise nature déposés dans toute l'économie dans le cours des maladies graves peuvent être repris par les vaisseaux lorsque ceux-ci sont affamés par une inanition prolongée, et donner lieu ensuite à des désordres graves ; une alimentation bien dirigée a pour effet de les prévenir.

Chaque cellule du tissu cellulaire peut être comparée à un estomac ayant ses organes, afférent représenté par l'artériole, efférent représenté par la veine, qui se rendent à la cellule ou en sortent.

Dans l'état inflammatoire, il y a disproportion entre la quantité de liquide qui entre ou sort de la petite cellule ; et selon qu'il y a engorgement ou que la résolution commence à se faire, il y a prédominance dans la quantité du liquide efférent ou afférent. Si l'on transporte ces données à l'économie en général, on voit que, lorsque dans certaines affections chroniques on veut obtenir la résolution, il est bon, tout en alimentant les malades, d'y mettre cependant une certaine réserve, de manière à conserver un excédant d'absorption qui sera dès lors employé à la résorption.

Lorsque vous commencerez à alimenter les malades, certains phénomènes qui en imposent quelquefois pourront se présenter à vous. Ainsi, un individu sera resté quinze jours sans manger ; vous lui prescrivez des aliments légers. Cet homme, qui a perdu en quelque sorte l'habitude de ce régime nouveau pour lui, sera pris d'un mouvement fébrile assez intense accompagné de frissons. Ce phénomène, qui n'a rien que de très normal, et qui se présente à un degré beaucoup moindre, il est vrai, pendant la digestion d'un homme bien portant, pourra vous induire en erreur et vous faire craindre une récidive, une rechute, contre laquelle vous croirez, au grand préjudice du malade, devoir employer de nouveau les moyens que vous avez mis en usage contre la phlegmasie, lorsque la continuation de l'alimentation eût suffi pour dissiper vos craintes. Ces phénomènes seront d'autant plus marqués que vous aurez débuté par une nourriture plus abondante.

Lorsque, dans le cours d'une affection grave, aiguë ou chronique, vous avez à vous prononcer sur le régime à donner au malade, il ne faut pas s'en rapporter à ses sensations, à ses besoins ; et à ce propos, on pourrait répéter ces paroles célèbres qui faisaient allusion aux malades atteints de fièvres de mauvais caractère : « Ces » gens-là ne sentent pas les escharres qu'ils ont au sacrum ; ils » n'ont pas conscience des phénomènes pulmonaires et des érysi» pèles dont ils sont atteints ; et vous voulez qu'ils éprouvent le » besoin de la restauration ! »

Dans ces cas, nous devons avoir la sensation de la faim pour les malades, et leur donner des aliments comme nous leur administrons des médicaments.

Dans le monde, on rencontre certains individus atteints d'hypochondrie, de gastralgie. Ces malades, qui souffrent à chaque ingestion d'aliments, en diminuent peu à peu la quantité sans cependant alléger leurs souffrances ; ils finissent, au bout d'un mois ou deux, par ne plus prendre que quelques cuillerées de bouillon, dont la digestion les fait souffrir autant que lorsqu'ils prenaient des repas beaucoup plus copieux. Si, malgré leurs instances et le récit de leurs souffrances, vous forcez ces malades à augmenter graduellement la dose de leurs aliments, l'estomac s'habitue peu à peu à les digérer, et il est rare que les malades ne s'en trouvent pas beaucoup mieux, même au bout d'un temps assez court.

Extirpation d'un lipome volumineux par la méthode d'énucléation forcée.

M. Maisonneuve a pratiqué mardi dernier, 25 avril, à l'hôpital Cochin, l'extirpation d'un lipome volumineux placé sur la région dorsale chez une femme âgée de cinquante-sept ans. La méthode opératoire qu'il a mise en usage nous a paru, par la rapidité et la facilité de son exécution, mériter d'être signalée à nos lecteurs. On sait que les lipomes d'un certain volume sont ordinairement enveloppés d'un tissu cellulaire dense et comme fibreux, dont les cloisons se prolongent dans l'épaisseur de leurs tissus, et rendent leur dissection longue et difficile. M. Maisonneuve a pensé qu'on pourrait avec avantage appliquer à leur extirpation une méthode opératoire que M. Chassaignac a proposée récemment pour l'ablation des petites tumeurs cystiques sous-cutanées, et qui consiste à diviser d'abord la peau qui les recouvre, et à passer ensuite autour de leur base un lien circulaire que l'on serre avec force pour les isoler des parties sous-jacentes. La résistance considérable du tissu cellulo-fibreux qui enveloppe les lipomes et se prolonge dans leur intérieur en leur constituant des cloisons avait fait croire, jusqu'à présent, que ces tumeurs n'étaient point susceptibles de se prêter à ce mode opératoire. L'opération actuelle prouve qu'elle peut rendre encore dans ces circonstances d'éminents services. En effet, après avoir d'un seul trait divisé la peau dans toute l'étendue de la tumeur, M. Maisonneuve, passant un lien solide, large de deux doigts, autour de sa base, parvint, en serrant ce lien avec force, à former un pédicule artificiel dont la section put être ensuite facilement pratiquée au moyen de quelques coups de ciseaux.

Par cette manœuvre, l'extirpation de ce lipome volumineux fut exécutée en quelques secondes ; et, chose remarquable, la tumeur se trouva disséquée avec une précision que le bistouri ne saurait atteindre.

Toutes ses cloisons fibreuses se sont trouvées arrachées de son intérieur, et la masse extraite, du volume des deux poings, n'était entamée dans aucune de ses parties ; ses lobes seulement étaient isolés et flottants, comme si l'on eût opéré leur dissection avec le soin le plus minutieux.

La réunion fut ensuite opérée par première intention, et dès aujourd'hui la guérison peut être considérée comme certaine.

DE L'EMPLOI DE L'ERGOT DE SEIGLE

dans certaines rétentions d'urine,

Par M. Passot (de Lyon).

L'ergot de seigle n'a pas seulement la propriété d'exciter des contractions utérines dans le cas d'inertie de la matrice, mais il est encore très efficace contre la rétention d'urine qui résulte de l'atonie et de la paralysie de la vessie.

MM. Baudin et Payan (d'Aix) sont les premiers qui ont cherché à démontrer que ce médicament n'agit pas précisément sur l'utérus, mais plutôt sur la partie inférieure de la moelle épinière ; aussi le vantent-ils beaucoup dans l'affection dont nous parlons, ainsi que dans la faiblesse et la paralysie des membres inférieurs.

Les docteurs Kinsley, Canuto-Canuti, Sainmont (de Rocroy), Allier (de Marcigny), ont également cité des faits qui témoignent hautement de l'utilité du seigle ergoté dans la paralysie de la vessie. Je vais en analyser quelques-uns.

Le capitaine B..., soixante ans, éprouvait une dysurie qui allait en augmentant depuis trois mois, lorsqu'elle se changea tout à coup en une rétention complète qui nécessita l'emploi du cathéter plusieurs fois le jour. Pendant deux mois on employa inutilement une foule de moyens ; il n'y eut pas la moindre amélioration. La prostate s'engorgea, et le malade supportait très mal le cathétérisme, qu'il fallait lui pratiquer deux fois par jour.

50 centigrammes d'ergot de seigle mis en infusion dans une cuillerée d'eau bouillante furent administrés trois fois par jour.

Au bout de six heures le malade rendit un peu d'urine et n'eut plus besoin d'être sondé qu'une fois par jour. Bientôt on ne le sonda plus que toutes les quarante-huit heures, et après dix jours la vessie put se suffire à elle-même. (Kinsley, *Journal des Connaissances médico-chirurgicales*, mars 1844.)

Une dame de soixante-quinze ans environ était atteinte d'une paralysie de la vessie qui nécessitait depuis longtemps le cathétérisme. On prescrivit l'ergot de seigle à la dose de 15 décigrammes en infusion. Dès le sixième jour de ce traitement, il ne fut plus nécessaire de sonder, la malade ayant pu uriner spontanément. (Canuto-Canuti, *Bull. des scienc. méd. de Boulogne*, 1845.)

Le nommé Rousseau, cinquante-huit ans, d'un tempérament nerveux, fut pris à la suite d'un violent accès de colère d'une impossibilité complète d'uriner. Il fallut vider la vessie par le cathétérisme. L'inertie de cet organe persista malgré les injections froides dans son intérieur, malgré les lavements froids, l'application de la glace, voire même d'un vésicatoire sur l'hypogastre.

La strychnine, employée en pommade à la surface du vésicatoire et en frictions aux aînes, produisit dès le lendemain des crampes dans les jambes et dans les bras, et bientôt une roideur du cou telle qu'il fallut renoncer à la médication tétanique, qui n'avait aucune action sur la vessie.

Ce fut alors que l'auteur eut l'idée de donner l'ergot de seigle. Il en fit mettre 6 grammes grossièrement concassés dans un litre d'eau, laissa macérer pendant deux jours, passa et fit une injection froide de ce liquide dans la vessie. Sept minutes après le malade éprouva le besoin d'uriner, qu'il ne put néanmoins satisfaire ce jour-là. Le lendemain matin, nouvelle injection ergotée ; huit minutes après, ténesme vésical, puis émission spontanée de l'urine. L'eau ergotée a été continuée quelques jours. La guérison a été complète et ne s'est point démentie. (Sainmont, *Gazette des Hôpitaux*, 15 juillet 1848.)

En 1848, le docteur Allier de Marcigny a envoyé à l'Académie nationale de médecine une lettre dans laquelle il annonce qu'il résulte de ses observations qu'une seule fois sur quatorze l'action de l'ergot a été nulle dans la paralysie de la vessie.

Je possède également plusieurs faits qui prouvent d'une manière incontestable la propriété qu'a l'ergot de seigle de rendre à la vessie sa contractilité.

Voici le plus remarquable :

Au mois de juillet 1846, je suis consulté par M. H..., âgé de soixante ans, d'une constitution sèche et d'un tempérament nerveux très prononcé.

M. H... m'avoue s'être livré soit à des excès vénériens, soit à des excès de table, et c'est à eux qu'il rapporte la paralysie vésicale dont il est atteint et qui depuis quinze mois bientôt exige deux fois par jour l'emploi du cathétérisme.

Du reste, aucun symptôme d'altération organique, pas de fièvre, pas ou peu d'engorgement de la prostate, le canal de l'urètre est libre dans toute son étendue et les urines sont retirées parfaitement claires.

Après avoir constaté l'inutilité des frictions avec la teinture de cantharides et du vésicatoire sur l'hypogastre, je fis la prescription suivante :

1° Ergot de seigle récemment pulvérisé. . . 2 grammes.
Potion gommeuse. . . . . 120 —

A prendre par cuillerées à soupe toutes les demi-heures ; agiter la fiole chaque fois.

2° Ergot de seigle pulvérisé. . . . . 15 décigrammes.
Beurre de cacao pulvérisé. . . . . q. s.

F. S. A. Deux suppositoires, qu'on introduira l'un le matin et l'autre le soir.

Dans la même journée et au bout de quelques heures, M. H... éprouva du ténesme vésical. A ma visite du soir je prescrivis un grand bain. A peine le malade fut-il dans la baignoire, que la miction eut lieu spontanément et avec force. A partir de ce moment jusqu'à sa mort, M. H... a toujours uriné librement et sans le secours de la sonde. Je dois dire que pour consolider la guérison je continuai pendant trois ou quatre jours, mais à dose décroissante, la médication ergotée.

M. H... est mort le 30 janvier 1848 d'une pleuro-pneumonie aiguë, durant le cours de laquelle il n'a pas présenté le moindre symptôme morbide du côté de la vessie.

Il est donc certain que l'ergot de seigle guérit très bien la rétention d'urine qui dépend d'une atonie ou d'une paralysie pure et simple de la vessie. Quant à la paralysie des membres consécutive à l'apoplexie ou dépendante d'une autre affection des centres nerveux, on sait qu'elle est réfractaire à l'emploi de l'agent médical dont il vient d'être question. (*Gaz. méd. de Lyon.*)

---

faire du médicament sujet de son étude une panacée universelle. Il circonscrit son administration dans le cercle, assez étendu déjà, des affections goutteuses, rhumatismales et surtout scrofuleuses. Des observations intéressantes et nombreuses sont apportées à l'appui des réflexions qu'il présente sur chaque maladie, et nous avons été heureux d'y retrouver entre autres ce fait éminemment curieux de M. Champouillon, publié il y a deux ans dans la *Gazette des Hôpitaux*, d'une phthisie tuberculeuse guérie par l'huile de foie de morue.

Pour nous résumer en deux mots, nous dirons que le livre de M. De Jongh nous paraît être un bon travail, un des plus complets, sinon le plus complet, qui existe sur l'huile de foie de morue et sur son emploi en médecine, et qu'il prouve chez son auteur un grand savoir pratique joint à une érudition étendue et à un rare esprit d'impartialité.

Dr A. Foucart.

Manuel complet de médecine légale, par Briand, ex-professeur d'anatomie, de médecine et de chirurgie ; E. Chaudé, avocat, docteur en droit ; suivi d'un *Traité élémentaire de chimie légale*, par Gauthier de Claubry, de l'Académie de médecine. — 5e édition.

« Parmy les conditions humaines, cette-cy est assez commune, de » nous plaire plus des choses estrangeres que des nostres, et d'aimer » le remüement et le changement. »

Cette appréciation que Montaigne faisait de son siècle s'applique au nôtre avec une rigoureuse exactitude. Jamais l'homme ne s'est précipité avec plus d'entraînement vers l'inconnu. Si un jour l'esprit froid et impartial de la philosophie cherche à analyser le tourbillon qui nous entraîne, l'imagination éblouie croira voir voltiger devant elle les personnages fantastiques d'une ballade allemande. La science elle-même a subi l'influence de cette dévorante activité ; nous voulons tout savoir, tout connaître, tout comprendre. Grâce à ce travail incessant, chaque jour amène sa découverte, chaque jour perfectionne ce qui a été trouvé la veille. Mais le cercle de nos connaissances ne s'agrandit que par des recherches individuelles, isolées ; afin de les rendre accessibles à toutes les intelligences, il faut prendre ces éléments épars, les choisir, les grouper. Pour que ce travail porte des fruits, il faut qu'il soit entrepris par des hommes spéciaux qui ont longtemps suivi et étudié la route qu'ils veulent ouvrir.

C'est ce qui a été heureusement compris et mis à exécution par les auteurs du *Manuel de médecine légale* que nous examinons aujourd'hui. Trois hommes éminents, un médecin, un chimiste et un jurisconsulte, se sont réunis pour donner au public cet ouvrage, résultat de longues et persévérantes études ; le public a su comprendre et apprécier leurs efforts, et la cinquième édition, qui paraît aujourd'hui, prouve mieux que nous ne pourrions le faire le mérite incontestable de ce travail.

Ce n'est pas, en effet, un *manuel* dans le sens industriel et commercial qu'on peut donner aujourd'hui à ce mot ; ce n'est pas un de ces recueils mal compilés, mal digérés, qui n'ont de scientifique que le titre et que la spéculation lance dans le commerce. Non, c'est un ouvrage sagement conçu et habilement exécuté. Ce titre de manuel indique simplement le but qu'on a voulu atteindre. Ce n'est pas un ouvrage didactique rempli de discussions quelquefois pleines d'intérêt scientifique et plus souvent d'amour-propre ; c'est un ouvrage essentiellement pratique qui réunit, dans les mille pages qui le composent, tout ce que la science, l'étude et l'expérience nous ont appris jusqu'à ce jour.

Ils ont voulu que ce volume fût un véritable *vade mecum* pour le médecin, le magistrat, l'officier de police judiciaire ; en un mot, pour toutes les personnes qui, par leur position, peuvent être appelées soit à diriger, soit à exécuter une enquête médico-légale. Aussi les précautions à prendre lors des premières constatations sont-elles minutieusement décrites dans une remarquable introduction. Que tout médecin se pénètre profondément de l'importance de ces observations ; qu'il songe que souvent c'est là, dans ce cadavre qui est devant lui, que se trouve la vérité. Est-ce un crime?... Est-ce un accident?... C'est au cadavre à répondre ; c'est au médecin à traduire cette réponse. Tout le monde comprend la gravité d'une pareille mission et quelle scrupuleuse attention on doit apporter à la remplir.

Quant au plan général, ce qui frappe tout d'abord, c'est sa grande simplicité. Les auteurs ont su, tout en traitant la question légale et judiciaire séparément de la question médicale, relier ces deux parties si distinctes pour en former un tout uni et complet. Par ce moyen, ils ont évité un des inconvénients les plus graves que présentent les ouvrages composés d'éléments si divers ; ils ont rendu les recherches faciles aux personnes les plus inexpérimentées.

La partie judiciaire, que nous sommes plus à même d'apprécier, est traitée avec une véritable supériorité. Certaines matières nous ont même étonné par le développement de la discussion. La modestie du titre nous avait trompé. Nous avons remarqué, entre autres, les pages relatives aux coups et blessures, au duel ; mais surtout celles relatives à l'aliénation mentale, cette triste infirmité qui, ôtant à l'homme la conscience de ses actions, le réduit à l'état d'une véritable machine.

Quant à la portion médicale proprement dite et à la question chimique, ce que nous pouvons dire, c'est que toutes les découvertes nouvelles y ont trouvé place. Nous citerons particulièrement la manière remarquable dont M. Gauthier de Claubry expose les moyens de découvrir les empoisonnements par les alcalis végétaux et volatils ; problème si habilement résolu, il y a quelques mois à peine, dans un procès tristement célèbre — procès Bocarmé. Nous avons été également frappé des ressources et des moyens de découverte qui résultent de l'étude micrographique des matières suspectes. Des planches scrupuleusement exactes viennent en aide au lecteur pour lui faire comprendre de quelle importance cet examen peut être quand il s'agit de taches de sang, de traces de viol, de fragments de matière cérébrale fraîche ou desséchée. En un mot, c'est un résumé parfait de l'état de la science jusqu'au jour de la publication.

Terminons en félicitant M. E. Chaudé de l'heureuse idée qu'il a eue de faire suivre cette nouvelle édition d'un commentaire sur les lois qui régissent la médecine et la pharmacie. Cette matière aride et peu connue avait besoin d'un travail aussi consciencieux. Grâce à la clarté de ce commentaire, la personne la plus étrangère aux études judiciaires peut parfaitement se rendre compte et se pénétrer des obligations que la loi impose à l'exercice de ces professions, sur lesquelles pèse une si grande responsabilité. Les hommes spéciaux eux-mêmes liront avec fruit cette partie de l'ouvrage ; ils y trouveront un guide sûr et commode qui leur épargnera des recherches toujours longues et pénibles au milieu d'une jurisprudence si pleine de variations. Aussi nos dernières paroles ne seront-elles que la répétition de celles que nous prononcions en commençant cette étude : cet ouvrage est le plus pratique que nous ayons sur la médecine légale.

Perrot de Chaumeux,
Avocat à la cour d'appel.

CONGRÈS SCIENTIFIQUE DE FRANCE;

XIXe SESSION;

Par M. le Dr BALLY, membre de l'Académie de médecine.

Toulouse (1).

Section des sciences médicales. — Le palais du Capitole avait été accordé au congrès pour ses réunions, et la salle dédiée à Clémence Isaure échut à la section des sciences médicales.

Je dois parler, mais brièvement, de cette divinité tutélaire de l'Académie des jeux floraux, que les uns considèrent comme un mythe, une muse; d'autres comme une réalité. *Selon les premiers*, ce personnage fabuleux aurait été imaginé par les troubadours pour représenter la déesse de la poésie, ou l'une de ces neuf muses qui ont enseigné aux hommes des choses hors de la portée du vulgaire; *selon les autres*, Clémence Isaure naquit de Louis Isaure, noble et riche Toulousain, et se voua au célibat pour cultiver plus librement la poésie. On peut supposer néanmoins, par le ton plaintif et mélancolique qui règne dans les poésies qui lui sont attribuées, que cet éloignement d'une alliance tenait à des espérances déçues.

La tradition apprend que, fille unique, elle légua ses biens à la compagnie du *gai savoir* qu'elle avait fondée; ce ne fut qu'en 1694 que cette société reçut de Louis XIV le titre d'Académie des jeux floraux.

Parmi les circonstances qui plaident en faveur de l'existence réelle d'Isaure, il faut noter son tombeau recouvert par une statue voilée, statue qui fut enlevée pour être mise dans la salle des séances. Ce marbre, d'un pauvre style, occupe une grande niche de cette salle. Cependant un tableau moderne, vers le fauteuil du président, représente un peu plus dignement Clémence Isaure distribuant aux troubadours des fleurs d'or et d'argent. La modeste *églantine* conserve toujours des honneurs du premier rang.

Ne croyez pas que les troubadours fussent toujours des vagabonds déguenillés, vivant aux dépens de la charité publique, comme nos chanteurs des rues. Plusieurs étaient fort riches, et l'histoire raconte que Bernard Baséas, l'un d'eux, acquit une fortune assez considérable pour pouvoir, en 1354, fonder l'hôpital d'Avignon.

A côté de ces innocentes et paisibles fleurs, symbole de paix et d'aménité, figure dans une belle boîte à velours cramoisi ce terrible coutelas qui fit tomber la tête d'un duc de Montmorency. Partisan de ceux qui voudraient voir disparaître les tristes souvenirs, j'applaudirais de bon cœur à la transformation de ce fin acier en ciseaux ou en boucles de ceinture; j'aurais dit aussi en canifs, si la plume d'oie n'avait humblement cédé la place à la plume de fer.

Ce fut donc dans cette salle, et sous l'égide de la Minerve toulousaine, que fut réunie l'élite des médecins de la cité pendant dix jours, durée ordinaire des sessions. Là aussi étaient accourus de diverses contrées des hommes éminents, parmi lesquels il faut compter le fidèle Bertini (de Turin), Riboli (de Parme), le philanthrope Roux (de Marseille), Rigal (de Gaillac), etc.

M. le professeur Bertini avait été nommé vice-président général du congrès, et M. Riboli vice-président de la section. En France, on considère tous les savants comme appartenant à la même famille, et la politesse nationale trouve que c'est bien la moindre grâce que ceux qui ont franchi plusieurs centaines de kilomètres pour honorer les congrès trouvent un dédommagement dans l'empressement que l'on apporte à les accueillir.

M. le docteur Roux (de Marseille) est un de ces hommes rares qui sacrifient leurs propres intérêts à l'agrandissement des sciences et à l'esprit philanthropique. Il est dans le congrès le généreux apôtre des associations médicales, et son influence à ce sujet a été grande à Strasbourg, Orléans, Marseille et Toulouse, sur la marche et le développement d'une institution qui fait tant de bien, et qui rappellera à la postérité le nom vénéré de l'illustre et généreux Orfila.

Cependant cette association s'était essayée à Toulouse; mais M. Tellier fit observer qu'elle avait besoin d'une organisation plus complète: car de tristes dissidences avaient éloigné la plus grande partie des médecins de la localité. Au reste, la voix du docteur Roux s'est fait entendre, car nous apprenons qu'une impulsion nouvelle a été communiquée, et que l'association fonctionne.

M. Bertini annonce que ces institutions ont prospéré en Italie, et notamment dans les États sardes. Il y a aussi à Turin une association parmi les vétérinaires, et sous ce point de vue nous sommes devancés. Gloire à un gouvernement qui a favorisé cette initiative, et à un peuple assez sage pour accepter ce qui est utile et marcher paisiblement vers le progrès scientifique.

La *Gazette des Hôpitaux* (mois de septembre 1852) a déjà fait connaître les premières séances de la section médicale. Dans les suivantes, outre les questions proposées par le programme, on en a agité d'autres tout aussi importantes, car on jouit à cet égard d'une pleine liberté.

On avait demandé s'il est vrai que *le virus vaccin serve de véhicule au principe d'autres maladies?* Rien n'était plus convenable que cette solennelle réunion pour dissiper tous les doutes et vaincre les antipathies. M. le docteur Fourquet, vice-président de la Société de médecine, a traité la question avec un talent remarquable, en s'appuyant toujours sur les faits et les expérimentations; il invoque l'autorité des hommes éminents qui ont voué leur existence à propager ce bienfait, et notamment son compatriote, l'académicien Bousquet. C'est en effet aux travaux et à la ténacité de ce savant que la France doit de compter parmi les peuples qui ont le mieux servi la cause de l'humanité et de la civilisation. Dans cette intéressante discussion, M. Tellier apporte le tribut de son savoir; il témoigne son étonnement sur les doutes que l'on élève encore contre les avantages de la vaccination; il dit qu'un virus qui a une marche constante et qui produit toujours les mêmes effets n'aurait pas tardé à manifester ses inconvénients, s'il avait eu le pouvoir de faire surgir des maladies étrangères à son action. Rien de semblable, ajoute le docteur Tellier, n'a été signalé depuis un demi-siècle que l'on a reçu le bienfait dû au génie de Jenner. M. Tellier ajoute que le virus vaccin n'a pas plus le pouvoir de donner une maladie, qu'il n'a celui de la guérir. MM. les docteurs Ripoll, Emmanuel Combes, et toute la section, s'associent à cette manière de penser.

Depuis cette époque, les journaux politiques et les recueils de médecine ont annoncé que le parlement anglais élaborait une loi qui obligerait de vacciner tous les enfants à un âge qui sera déterminé. Cette haute pensée, qui touche de si près aux plus chers intérêts de l'humanité, ne peut avoir été inspirée que par les sommités médicales de la Grande-Bretagne, et, si elle se réalise, elle terminera la polémique, pourvu que les autres États se hâtent d'entrer dans cette voie de conservation.

Sur le sujet des inhumations précipitées, M. Auguste Larrey lit un excellent mémoire, et demande la révision de l'article 77 du Code civil ainsi conçu:

« Aucune inhumation ne sera faite sans une autorisation sur pa-
» pier timbré et sans frais de l'officier de l'état civil, qui ne pourra
» la délivrer qu'après s'être transporté auprès de la personne dé-
» cédée pour s'assurer du décès, hors les cas prévus par les règle-
» ments de police. »

M. Rigal (de Gaillac) a appuyé, avec cette facilité de langage qui le caractérise, cette sage proposition. Il l'envisage sous trois points de vue. Elle intéresse, dit-il, chaque individu en particulier; elle intéresse la sûreté publique, à qui il importe de prévenir les crimes dont les coupables, qui craignent l'œil investigateur de la science, s'empressent de faire disparaître les traces. Enfin, elle touche de près aux recherches statistiques, dont la régularité a besoin d'une grande vérité dans la détermination des accidents.

L'honorable M. Feuillet (de Lyon), fidèle interprète des lois, est venu prêter à la section l'appui de son savoir et de son expérience, et a parfaitement démontré l'utilité de la révision, et la section émet le vœu que le congrès sollicite cette mesure. D'autre part, M. Emmanuel Combes renouvelle une demande qu'il a faite depuis longtemps de la nomination de médecins de l'état civil pour Toulouse. Nous sommes heureux d'apprendre que ce vœu du congrès a été entendu de l'autorité municipale, qui s'est empressée d'y souscrire.

Dans la séance du 14 septembre, le docteur Guytard lit un mémoire intitulé: *Nécrologie statistique de l'Hôtel-Dieu pour l'année* 1851. Je ne puis mieux faire pour qu'on en apprécie le mérite que de répéter les propres paroles du docteur Giscaro dans son excellent recueil intitulé: *Gazette médicale de Toulouse*: « L'auteur, mu par un sentiment bien louable, a eu pour but de répondre par l'exposition des faits et des chiffres aux insinuations malveillantes qui se produisent sur l'Hôtel-Dieu... M. Guytard a clairement démontré que la mortalité, qui est de 1 sur 17, n'est point due à l'influence du local, à l'organisation vicieuse du service, mais bien à la nature des accidents ou des maladies. »

L'utilité du caoutchouc vulcanisé a été fort habilement démontrée par le docteur Gariel, et la *Gazette des Hôpitaux* en a parlé si souvent que nous croyons inutile d'y revenir. Comme dans l'exposé des modes d'application le pessaire a naturellement trouvé sa place, M. Batut a fait l'éloge de celui qu'emploie habituellement et avec succès le docteur Hervez de Chégoin, membre distingué de l'Académie.

Alors je me suis souvenu que le docteur Rayer, qui marche toujours hardiment dans la recherche de l'efficacité des procédés nouveaux, faisait de concert avec le docteur Cazeaux, également de l'Académie, des applications du pessaire de Smithson, que j'appellerais volontiers pessaire à lance. M. Cazeaux n'avait point encore assis son opinion sur la valeur de cet instrument. Il penchait néanmoins sur son peu d'utilité et sur le danger: *sur son peu d'utilité*, car l'utérus retourne à sa position vicieuse lorsqu'on supprime le pessaire; *sur le danger*, car il y a eu des exemples de perforation suivie de mort.

On ne saurait assister à des séances médicales dans le Midi sans que les forces vitales soient mises en jeu dans les discussions. Les doctrines de Barthez y ont pris racine, et M. Emmanuel Combes en est un des plus fermes soutiens à Toulouse. Il distingue le principe vital de l'être immatériel qui l'anime, principe dont il fait un être impondérable qui se rapproche du fluide électrique. La vie est la mise en jeu de ce fluide accumulé par l'action et la nature de l'organisation propre des corps vivants. Il déduit ensuite de cette théorie des conséquences ainsi formulées: *Les progrès de la matière médicale tendent à concentrer toute la puissance médicatrice dans un petit nombre de corps métalloïdes ou résineux dont les propriétés électriques sont connues*; idée profonde qui, selon nous, a de l'avenir.

Parmi les physiologistes, il en est beaucoup qui nient l'existence d'un agent intermédiaire entre l'âme et la matière inerte. Toutefois, il nous paraît bien difficile d'interpréter une foule de phénomènes de la vie sans l'interposition de ce *quelque chose* que l'on ne saurait définir. Que si on ne l'admet pas, on va tomber dans une contradiction flagrante en reconnaissant que l'âme agit directement sur l'organisation pour lui imprimer le mouvement et faire jaillir la sensibilité. Et, comme ce mouvement et cette sensibilité sont des phénomènes absolument semblables dans toutes les classes d'animaux, vous voilà forcés de leur accorder une âme, ce qui est peu conséquent d'une part et peu orthodoxe de l'autre.

Ici j'aurais à parler des doctrines que mon savant ami Lordat soutient depuis soixante ans, doctrines qui sont celles de Barthez, de ce Barthez dont la fertile imagination s'est révélée avec tant de puissance dans les éléments de la science de l'homme. Mais je m'éloignerais trop de mon sujet.

Il n'est pas possible d'apprécier exactement les doctrines de l'école de Paris, attendu qu'il n'y règne pas d'unité. Cependant, deux physiologistes d'un immense talent, MM. Adelon et Bérard, sont de vrais représentants du vitalisme, et je suis tenté de croire, sans l'affirmer toutefois, que MM. Bouillaud, Rostan et Piorry sont organiciens pur sang. Pourtant M. Piorry, avec qui j'ai conféré quelquefois sur ce sujet, semble forcé de reconnaître dans les animaux une âme d'une nature particulière, qu'il ne confond point avec l'âme immatérielle de l'homme. Alors qu'est-ce autre chose que le principe vital? Ici même cet illustre savant en fait un être réel. Barthez n'allait pas plus loin, ni peut-être aussi loin.

Une question équivoque dans le programme avait amené l'honorable M. Gachassier sur le terrain de l'homœopathie. Il a fait preuve à cette occasion d'un mérite distingué, mais il a été combattu par tous, et plus spécialement par M. Delaye, médecin en chef de l'hôpital de la Grave, section des aliénés. Il est dommage que M. Gachassier consacre son beau talent à une si déplorable cause.

Maladie asiatique. — Il ne se passe aucune session sans que les épidémies du *prétendu choléra*, flux de bile, soient mises à l'ordre du jour. Bien que le temps ait manqué, il n'est pas moins ressorti quelque lumière du choc des opinions. MM. Tellier, Bessières, Dassier, Gaussail, Emmanuel Combes, Ripoll et Riboli ont fait les frais de cette intéressante discussion.

Cette maladie, l'*hydrhémocholadrée*, écoulement de l'eau du sang par les intestins, a fait peu de ravages à Toulouse aux deux époques. La science aurait perdu le fruit de ce passage à Toulouse, si M. Bessières n'avait fait à la Société de médecine un rapport fort substantiel sur l'épidémie de 1832. Nulle part je n'ai trouvé d'autres documents. Il y eut à cette époque beaucoup de cholérines et peu d'hydrhémocholadrées confirmées.

Selon M. Bessières et plusieurs autres membres de la section, des soldats du 11e de ligne qui avaient fait étape à Avignonet, où l'épidémie était dans toute sa force (40 kilomètres de Toulouse), furent à leur arrivée placés à l'Hôtel-Dieu, où ils transmirent la maladie aux salles voisines de la leur. Partout où le 11e fit étape il sema des germes d'infection.

La maladie asiatique atteignit indifféremment les divers quartiers de la ville; mais le plus malpropre, le plus humide, le plus infect, rempli d'une population malaisée, l'île Tounis, ne compta pas un seul contagié. C'est un fait à noter, et remarquable sous plus d'un rapport.

On a émis différentes opinions sur la cause essentielle, et un membre a renouvelé celle de l'infortuné Delpech, qui la plaçait dans la lésion des ganglions semi-lunaires et le plexus solaire. Je me souviens qu'à son retour d'Angleterre, Delpech communiqua cette idée théorique à l'Académie de médecine; et comme à cette époque je venais de faire de nombreuses nécropsies, j'affirmai que, malgré les plus minutieuses recherches, rien n'avait pu nous faire soupçonner la plus légère atteinte de cet important système de nerfs.

M. Emmanuel Combes, qui a étudié la maladie en Europe et en Afrique, la considère aussi comme une affection nerveuse qui a son siége sur les nerfs pneumo-gastriques.

M. Gaussail place la cause essentielle dans une lésion de l'innervation, et pense qu'elle atteint la population la plus misérable.

Enfin, M. Ripoll me semble avoir approché le plus de la vérité, en soutenant que l'épidémie asiatique est une *sueur intestinale.*

Pour nous, la *cause essentielle* est un poison qui pénètre dans le sang par les voies de la respiration, et le dissout ou le sépare en deux parts: le caillot et la lymphe, ou sérum. De là le phénomène le plus apparent, le flux de l'eau du sang, *lympha*, et la stagnation du caillot. C'est de là que dérive l'étymologie de choladrée lymphatique, ou moins hybridement hydrhémocholadrée.

M. Riboli nous a dit que les aliénés de l'asile de Parme furent fort maltraités, assertion qui confirme ce que j'ai publié ailleurs, que cette classe d'individus porte en soi une grande prédisposition à recevoir l'impression du virus. Ce professeur affirme que la maladie est transmissible, et, entre autres preuves, il cite le duché de Modène, qui fut garanti par son isolement, quoiqu'il fût entouré de pays infectés. Le médicament qui lui inspire le plus de confiance est l'eau de *laurier cerise* donnée à la dose d'une à trois onces dans la journée.

M. Letellier pense que la cause échappe à l'analyse, mais il croit la maladie essentiellement contagieuse.

Aliénés. — L'asile des aliénés est dirigé par M. Delaye, praticien aussi remarquable par son savoir que par la force de sa dialectique. Mais la capacité d'un médecin ne peut faire que la portion des bâtiments destinée aux aliénés constitue un établissement digne d'une cité aussi riche, aussi puissante que celle de Toulouse. Heureusement que M. Delaye possède une maison particulière qui compte habituellement 80 malades en moyenne. Située sur la rive gauche de la Garonne, allée Bonaparte, elle est entourée de jardins délicieux. C'est un véritable Eden.

Les aliénistes ne sont point parfaitement d'accord sur la meilleure des classifications et sur les dénominations propres à caractériser chaque espèce de folie. Le savant Riboli donne la suivante: Quatre genres, quatre espèces ou subdivisions: manie-monomanie, mélancolie-monomélancolie, démence-démence partielle, idiotisme-idiotisme partiel.

Cette division, la plus simple que l'on puisse proposer, trouvera bien des contradicteurs; et puis combien de classifications diverses, selon les idées admises par les hommes de la science! Ceci nous conduit à dire quelques mots des nomenclatures et des classifications.

On n'ignore pas, on répète que sans ces deux clefs la médecine ne marchera pas avec le vol de l'aigle vers le perfectionnement comme science. Toutefois on préfère se traîner dans l'ornière de la routine, car la nomenclature et la classification sont des élucubrations arides, dépourvues de charme pour celui qui médite. Louons donc sans réserve le professeur Piorry pour le courage qu'il a eu d'embrasser dans un travail immense l'ensemble des sciences médicales. Nous lui sommes redevables d'une nomenclature, difficile en apparence, mais qui l'est fort peu en réalité, puisqu'elle est renfermée dans une seule page de racines grecques.

Si je n'étais pas si près du grand voyage, je prendrais tous ses mots un à un, je les disséquerais, commenterais, critiquerais tout à l'aise. Certes, je n'approuverais pas tout, mais je démontrerais que cet immense travail est fondé sur les vrais principes de l'analyse philosophique, et qu'il répand des flots de lumière sur bien des points obscurs de l'art médical.

(1) Suite. — Voir le numéro du 7 avril.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

ADDITION A LA SÉANCE DU 26 AVRIL.

Des appareils polarimétriques. — De la supériorité du polarimètre à extinction sur le saccharimètre de M. Soleil. — Expériences nouvelles sur la présence de l'albumine dans le lait.

(Conclusions du 2e Mémoire présenté par MM. VERNOIS et A. BECQUEREL.)

1° Les appareils polarimétriques fondés sur la mesure directe de la

déviation du plan de polarisation fournissent des résultats au moins aussi exacts que ceux des appareils fondés sur la mesure de la compensation de cette même déviation.

2° L'exactitude et le degré de précision de ces instruments sont établis sur leur bonne construction et sur la grande étendue du cercle divisé qui porte l'échelle destinée à mesurer les déviations.

3° Les instruments dans lesquels la disposition est telle que le rayon *ordinaire* est éliminé de l'appareil, tandis que le rayon *extraordinaire* traverse seul le liquide actif, pour être éteint lorsqu'il rencontre sous un angle de 90° un autre rayon extraordinaire, sont les instruments les plus commodes, et qui désormais devront être exclusivement employés dans les analyses des liquides organiques. Cette préférence est justifiée par les raisons suivantes :

(*a*). L'extinction est plus facile à apprécier dans ces instruments que l'identité des deux couleurs dans les appareils à compensation.

(*b*). La plupart des liquides organiques transparents, vus à une certaine épaisseur, sont rouges. Par conséquent, on peut tout ramener à l'étude de l'extinction des rayons rouges, et obtenir ainsi des résultats toujours parfaitement comparables.

4° Les appareils polarimétriques permettent d'apprécier d'une manière plus exacte que par les procédés chimiques les plus délicats et les plus parfaits la quantité de substance active contenue dans un liquide doué d'un pouvoir rotatoire manifeste.

5° La proportion de lactine contenue dans le sérum du lait ne peut être appréciée d'une manière exacte que par ces mêmes appareils.

6° Le lait de femme contient quelquefois une quantité d'albumine très faible ; mais, dans le plus grand nombre de cas, il n'en contient aucune trace. C'est ce qui a lieu principalement pour son sérum, quand la coagulation a été obtenue en chauffant jusqu'à l'ébullition, comme dans toutes nos analyses. Il n'y a donc pas lieu d'admettre que, pour l'étude de ce lait, étude à laquelle notre travail est surtout consacré, la présence de ce principe immédiat puisse arrêter les résultats de la détermination de la proportion de lactine accusée dans le sérum par le polarimètre.

7° Le lait de vache contient une proportion très faible d'albumine, qui diminue d'autant la quantité de sucre contenue dans ce liquide, lorsqu'on l'apprécie au polarimètre. Obtenu par la coagulation lente du lait, le sérum contient, en moyenne, 3,67 d'albumine sur 1,000 de sérum ; par la coagulation rapide (et c'est ainsi que nous avons toujours opéré), cette quantité n'est plus que de 2,54. C'est donc ce chiffre de 2,54 que nous pensons qu'on peut, à la rigueur, négliger pour les raisons susrelatées.

« (*a*). Cette quantité d'albumine est souvent très faible et parfois » nulle.

» (*b*). La quantité d'albumine est très variable et ne peut être rat- » tachée à aucune loi positive. »

Enfin, si on veut que le sérum en soit tout à fait débarrassé, il y a pour cela un moyen très simple : il consiste à faire bouillir *pendant une minute* le sérum du lait, et à le filtrer avant de l'examiner au polarimètre. Alors ce liquide ne contient plus de trace sensible d'albumine douée du pouvoir rotatoire ; mais l'ébullition ainsi prolongée augmente les quantités proportionnelles de sucre contenues dans le sérum.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 3 mars 1853. — Présidence de M. Terrier, vice-président

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

M. Belhomme, membre titulaire de la Société, adresse une lettre par laquelle il demande le titre de membre honoraire.

— La Société reçoit deux numéros du *Bulletin de l'Institut médical de Valence*, en espagnol.

Candidature.

M. Duhamel donne lecture du rapport qu'il a été chargé de faire sur un mémoire de M. le docteur Duvivier, candidat à la place de membre titulaire de la Société, ayant pour titre : *Des sédatifs et de leurs principales applications dans les maladies nerveuses*; travail dont voici le résumé et les conclusions :

« La médecine est dans une voie de progrès ; car il ne consiste pas toujours dans l'acquisition quelquefois bien tumultueuse de vérités nouvelles, mais bien aussi dans la restitution lente et sage de vérités anciennes.

» Au milieu des révolutions qui se sont accomplies dans les sciences médicales, au milieu des idées systématiques plus ou moins spécieuses qui ont tour à tour captivé l'attention des médecins de tous les temps, il a été impossible de secouer le joug des théories hippocratiques, elles ont toujours triomphé des attaques, et, victorieuses encore à notre époque, elles s'assoient sur les ruines de toutes les doctrines.

» Aussi, si nous voyons renaître dans la science et dans la pratique l'influence des dogmes anciens, qui sont demeurés un temps sans valeur, devons-nous beaucoup estimer une science qui a eu de tout temps des théories réelles et des procédés utiles.

» Mais que fera le praticien inexpérimenté, en présence du physiologisme, que préoccupe avant tout le siége du mal ; de l'anatomo-pathologisme, qui se base sur la mort pour calculer les chances de la vie ; de la médecine expectante, dont la prudence est, pour beaucoup au moins, problématique ; de la médecine des symptômes, qui, elle aussi, proclame des succès ; de la polypharmacie, dont les bienfaits sont incontestables ; de l'homœopathie, dont la doctrine médicale hérétique et menteuse aurait dû mourir en naissant, mais qui a fait irruption précisément dans un temps favorable, où les médecins rationnels, aveuglés par des théories exclusives, donnaient trop à une médication débilitante pour le traitement des maladies chroniques ; en présence enfin de toutes ces doctrines qui ont régné tour à tour, laissant des lois générales, des principes vrais, des indications précieuses au milieu de nombreuses erreurs ; en présence de toutes ces méthodes qui s'appuient sur des noms imposants et justement célèbres, surtout lorsque des hommes dont les œuvres pèsent d'un grand poids dans la balance de la science se sont arrêtés à une théorie négative, qui consiste à emprunter à chaque doctrine les préceptes les plus irrécusables, et ont ainsi évité de se prononcer exclusivement pour aucune d'elles ?

» On comprend, en effet, que des hommes supérieurs aient quelquefois puisé à différentes sources pour suppléer à l'insuffisance de chaque théorie isolée. Mais l'éclectisme, qui est pour ces natures privilégiées un besoin philosophique, est aussi un rempart derrière lequel se retranche et s'abrite l'ignorance, terrain neutre sur lequel toutes les médiocrités jalouses se sont donné la main pour combattre tout ce qui dépasse leur niveau ; système commode, qui accorde toutes les contradictions, couvre les erreurs d'un voile officieux, et surtout dispense de grands efforts de logique. C'est à l'ombre et à la faveur de l'éclectisme qu'est née et a grandi cette plaie médicale dont les progrès s'étendent chaque jour, le scepticisme.

» Assez d'autres, mieux que je ne puis le faire, ont apprécié les diverses méthodes que je me suis contenté d'énumérer ; mais ce que l'on ne saurait trop répéter, c'est que, dans ces derniers temps, la médecine n'a pu se défendre du mouvement fiévreux qui travaille le monde moral, politique, littéraire. C'est qu'elle a subi l'influence d'un siècle qui veut tout refondre au creuset de son intelligence ; c'est que, pour se mettre en harmonie avec le progrès universel, elle a voulu s'entourer d'une auréole que la profession seule ne sait pas donner. Elle a compris que chaque science a sa philosophie ; que la philosophie d'une science ne consiste pas en généralités vagues ou abstraites, mais repose sur la saine et logique appréciation des rapports qui enchaînent entre elles toutes les connaissances humaines.

» Un médecin doit non-seulement avoir des connaissances encyclopédiques, connaître les langues anciennes, avoir fait une étude laborieuse, suivie et étendue de toutes les maladies ; mais encore on exige de lui une sorte de faculté instinctive et divinatrice, qui est à elle seule une science, et qui apprécie la maladie par la connaissance de certains symptômes extérieurs.

» Sans doute celui qui se voue au salut de ses semblables ne saurait offrir trop de garanties ; mais la vie de l'homme n'est-elle pas trop courte pour lui permettre de se livrer à l'étude d'une science qui embrasse les branches les plus importantes des connaissances humaines ? Les spéculations scientifiques n'entraînent-elles pas trop loin le médecin, et ne lui font-elles pas oublier que son art consiste à prolonger et à conserver la vie ?

» S'il en est ainsi, je me crois autorisé à conclure que la multiplicité des systèmes est la preuve de l'incertitude d'une science, et que la médecine ne deviendra positive que si toute diversité d'opinions cesse. »

— Tout en faisant remarquer combien il serait difficile d'exiger de semblables conditions d'une science qui ne compte pas encore au nombre des sciences exactes, et laisse au contraire souvent le champ libre aux hypothèses, M. le rapporteur conclut à l'admission de M. Duvivier comme membre titulaire.

Corps étranger dans l'oreille.

M. Guersant. Je vais revenir sur un sujet dont j'ai déjà entretenu la Société ; mais elle me pardonnerra, je pense, d'insister sur les choses utiles, si simples qu'elles soient.

Je vous ai dit, messieurs, que l'on pouvait presque toujours débarrasser les enfants des corps étrangers introduits dans leurs oreilles, et pour ainsi dire sans qu'ils s'en aperçoivent, au moyen des injections. Voici un nouveau fait à l'appui de cette assertion.

Un enfant portait depuis deux ans dans le conduit auditif un bout de crayon en ardoise. Trois médecins avaient fait des tentatives d'extraction sans succès. Ce matin même on nous a présenté cet enfant ; et, bien que l'inspection ne nous fît rien découvrir, nous n'avons pas craint d'annoncer que le corps étranger pourrait sortir sous l'influence des injections, et que nous devions commencer par elles avant de recourir aux instruments avec ou sans l'emploi du chloroforme. Les deux morceaux de crayon n'ont pas tardé, en effet, à s'échapper.

Ces injections ne constituent pas un moyen nouveau ; elles sont bien antérieures à notre siècle ; mais c'est à M. Ménière, qui, il y a cinq ans environ, me vanta leurs heureux résultats, que je dois de les mettre en usage.

Voici d'ailleurs comment elles se pratiquent :

Le malade ayant la tête inclinée au-dessus d'une cuvette, on redresse le conduit auditif, et, au moyen d'une bonne seringue, on lance rapidement et d'une manière brusque un jet d'eau tiède, dont on favorise encore la pénétration en tirant l'oreille dans différents sens.

M. Duperthuis. Je partage l'avis de notre confrère, et j'ajoute que l'on doit insister sur ce moyen.

En voici une preuve :

Une petite fille de douze ans me fut amenée portant, disait-on, un pois dans l'oreille. Je le fis sortir aisément au moyen d'une petite curette ; mais il y en avait un second que mes tentatives d'extraction ne firent qu'enfoncer plus avant. Alors je demandai une seringue ; je fis deux injections sans résultat ; mais le père de cette enfant, auquel je donnai le conseil de renouveler les injections le lendemain, fut plus heureux et débarrassa sa fille.

M. Guersant. Il m'est arrivé aussi d'employer plusieurs injections de suite sans pouvoir réussir, et d'apprendre le lendemain ou quelques jours plus tard que le père avait obtenu le succès désiré.

M. Courssérant. J'ai vu dernièrement un enfant qui disait avoir un morceau d'ardoise dans l'oreille. Il était facile en effet de l'apercevoir. Désirant donc me rendre compte de l'action des injections, au lieu de les employer, je saisis le corps étranger avec une pince et m'assurai qu'il était retenu collé par le cérumen.

M. Guersant. Sans aucun doute la matière cérumineuse fait souvent adhérer les corps engagés dans l'oreille ; j'en ai eu la preuve dans le cas que j'ai cité tout à l'heure, car l'injection a fait sortir du cérumen concrété.

Position insolite de deux fœtus.

M. Duhamel. J'ai été appelé, il y a quelques jours, pour assister une femme dans ses couches. Il s'agissait d'un troisième accouchement. Le travail marcha très lentement. Cependant, une tête ayant franchi le détroit inférieur et restant immobile, je touche, et qu'est-ce que je reconnais ? une seconde tête placée dans l'excavation du bassin et faisant obstacle à la terminaison de l'accouchement.

S'agissait-il de deux enfants libres ou unis l'un à l'autre ? Je ne pouvais résoudre cette question. Il fallait agir pourtant, car les contractions de la matrice étaient très énergiques depuis longtemps. Je parvins à introduire la main, à refouler la tête supposée, et avec raison, appartenir à un second enfant libre, et j'accrochai l'épaule du premier, qui fut extrait privé de vie et avec l'humérus fracturé.

Quant à l'autre fœtus, il vint au monde environ dix minutes après avec une tête aplatie et dans un état de semi-asphyxie, qui nécessita de grands soins. La tête a repris bientôt sa forme naturelle, et aujourd'hui l'enfant va bien. S'il y eût eu adhérence des deux fœtus, il eût fallu sans doute opérer la détroncation.

Sur une observation que lui adresse M. Guersant, M. Duhamel répond que le premier enfant était le plus gros.

Fièvre typhoïde à marche anormale.

M. Caron. J'ai vu un cas de fièvre typhoïde qui me semble offrir un intérêt tout particulier sous le rapport de l'irrégularité de sa marche. Il s'agit d'un étudiant chez lequel les accidents furent caractéristiques d'emblée. Il se déclara chez ce malade une épistaxis rebelle, qui résista aux moyens réfrigérants ordinaires. J'employai la décoction de quinquina additionnée d'acide hydrochlorique, suivant ma formule, et l'hémorrhagie cessa dès que la deuxième cuillerée fut prise.

Mais ce n'est pas là le point important. Le lendemain un changement complet dans les symptômes s'était opéré : une pneumonie à marche insidieuse s'était déclarée. Il n'y avait pas moyen de recourir aux émissions sanguines, vu la faiblesse du malade ; mais à l'aide des révulsifs, des vésicatoires et du tartre stibié, je parvins à modérer les symptômes de cette pneumonie, pendant laquelle, chose remarquable, tous les phénomènes typhoïdes avaient pour ainsi dire disparu.

Après la cessation de l'inflammation pulmonaire, le neuvième jour, la fièvre typhoïde reprit son aspect ordinaire et suivit sa marche accoutumée. Le malade allait bien, prenait des aliments, avait même fait ses préparatifs de départ pour le lundi suivant, lorsqu'il reçut sa maîtresse et eut la faiblesse de passer la nuit avec elle. C'était le vendredi. Le lendemain matin, il fut pris de délire avec une sorte de priapisme, de douleurs vives dans le ventre et la région des reins, de symptômes de péritonite enfin, et succomba le soir même.

D'où vinrent de si formidables accidents après le trente-neuvième jour du début de la fièvre typhoïde et au moment où la guérison semblait assurée ? Se forma-t-il une perforation intestinale ? C'est probable : le ventre devint très météorisé, mais il n'y eut pas d'évacuations. Quoi qu'il en soit, cette observation est surtout remarquable par l'espèce de suspension des phénomènes typhoïdes pendant la durée d'une pneumonie intercurrente qui s'était déclarée.

M. Duhamel. J'ai vu dernièrement un cas qui offre de l'analogie avec celui dont vient de vous entretenir M. Caron, mais qui a été beaucoup plus rapide dans sa marche.

Un homme de vingt-cinq à trente ans, ouvrier, éprouve du malaise pendant dix à douze jours ; il ne peut travailler, mais prend encore des aliments. Enfin, il se met au lit. Une hémorrhagie intestinale se manifeste ; puis cette hémorrhagie cesse, et presque aussitôt après se déclare un délire furieux qui dure quarante-huit heures et qui est suivi de mort. Il s'agissait d'une fièvre typhoïde à symptômes bénins au début, qui n'a duré que cinq jours en tout.

M. Pertus. A l'occasion de ces malades, je vous citerai le cas que voici :

Une jeune dame, qui s'était donné beaucoup de peine pour soigner son mari frappé d'apoplexie, fut prise de coryza et de bronchite avec toux continue, fatigante et même développement de fausses membranes dans l'arrière-gorge. Au bout de quelques jours, ces symptômes cédèrent pour faire place à ceux de la fièvre typhoïde : la toux avait cessé tout à fait.

Le soir, de l'affaiblissement, de la stupeur, un état presque cyanosé de la peau se manifestèrent, et je crus que la malade succomberait pendant la nuit.

M. Andral fut appelé en consultation. En présence de ce médecin, une aliénation mentale avec une grande agitation presque furieuse se déclara, de telle sorte que ce professeur ne vit qu'une folle.

Le surlendemain, ma malade recouvrait sa connaissance et demandait du bouillon ; mais elle n'en était pas quitte avec la fièvre typhoïde, dont les symptômes ont reparu et suivent encore leur cours aujourd'hui.

M. Masson cite le cas d'un jeune homme, fleuriste de sa profession, atteint de maladie du cœur, qui vint le consulter dans un état complet d'aliénation mentale, chez lequel il crut trouver des symptômes de fièvre intermittente pernicieuse, et qu'il guérit au moyen du sulfate de quinine au moment où on allait le conduire à Charenton.

Le secrétaire annuel, Dr A. Bossu.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Concours pour le grade de médecins aides-majors de 2e classe. — Dans le dernier numéro, nous avons donné les noms des candidats élus par ordre de mérite dans les deuxième et troisième sections de ces concours présidées par MM. Baudens et Vaillant ; voici les noms des candidats nommés dans la première section :

Jury présidé par M. Alquié.

35 candidats élus : MM. Mouret, Swhing, Jacquemart, Lefebvre, Plassau, Duprat, Briard, Barthe, Gey, Costa, Blondeau, Megè, Foucault, Toussaint, Collin, Imbert, Verney, Massu, Verdalle, Lardy, Billon, Scouttetten, Larbès, Rislacci, Michot, Doux, Coronat, Henry, Dumas, Thevenon, Magnis, Bretet, Ferrant, Crestin, Lafaye.

— On lit dans le dernier numéro de l'*Abeille médicale* :

« Nos lecteurs savent que MM. Richelot et Latour, gérant et rédacteur de l'*Union médicale*, nous ont intenté un procès pour fait de la publication de plusieurs articles dans divers numéros de l'*Abeille médicale*. Ces messieurs concluaient, dans la plainte par eux portée, à ce que nous fussions condamné à CINQ MILLE FRANCS *de dommages-intérêts*, à l'insertion du jugement à intervenir dans six journaux à leur choix, et à l'affichage à cinq cents exemplaires dudit jugement.

» La cause fut appelée à la 6e chambre du tribunal civil le 25 janvier dernier. Un incident, que la *Gazette des Tribunaux* et d'autres journaux ont rapporté, ne nous ayant pas permis d'accepter le débat, nous fûmes condamné par défaut, et nous renonçâmes au droit que nous avions de revenir, par opposition au jugement, devant le même tribunal : nous avons immédiatement interjeté appel en cour impériale.

» La cour, statuant sur notre appel, a rendu le 16 de ce mois l'arrêt suivant :

« Considérant que dans l'article du journal l'*Abeille médicale* publié » et distribué le 15 novembre 1852, les termes employés par Comet » pour qualifier les *Aphorismes professionnels* de Latour dépassent les » droits de la critique, qu'ils présentent, ainsi que les autres articles » distribués et incriminés, des expressions outrageantes et des impu- » tations de faits de nature à porter atteinte à l'honneur et à la consi- » dération de Richelot et Latour ;

» Que la culpabilité des attaques de l'*Abeille médicale* est atténuée » par la nature des publications de l'*Union médicale* ;

» Que Richelot et Latour ne justifient pas d'un dommage apprécia- » ble en argent ;

» Met l'appellation et le jugement au néant ; statuant par jugement » nouveau :

» Condamne Comet à cinquante francs d'amende et aux dépens pour » tous dommages-intérêts. »

» *N. B.* La loi defend la reproduction des débats et plaidoiries ; nous ne pouvons que publier l'arrêt de la Cour, et nous nous sommes empressé de le mettre sous les yeux de nos lecteurs, bien que cet arrêt ne nous en ait pas imposé l'obligation. Dr Comet. »

— Errata. — La suppression de deux lignes et la transposition de trois noms nous ont fait dire dans le dernier numéro que MM. *Follin*, *Depaul* et *Broca* avaient été nommés agrégés ; ces honorables confrères ont été nommés chirurgiens du Bureau central, à la suite du concours qui a été terminé lundi dernier.

Le concours pour l'agrégation en chirurgie n'est pas encore terminé.

Nos lecteurs avaient déjà sans doute relevé d'eux-mêmes cette erreur matérielle.

— Dans le premier-Paris, article sur l'Académie de médecine, on a imprimé aussi le nom de M. *Nicques* comme l'auteur de la communication faite à l'Académie de médecine sur la guérison d'un anévrisme par le perchlorure de fer ; il faut lire M. Niepce. Ce nom se trouve d'ailleurs correctement écrit dans le compte-rendu de la séance.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 52. — MARDI 3 MAI 1853. (26e ANNÉE.) N° 52. — MARDI 3 MAI 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE.	Trois mois	8 fr. 50 c.
	Six mois	16 »
	Un an	30 »
GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES.	Trois mois	9 fr.
	Six mois	17
	Un an	33
ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR.	Trois mois	10 fr.
	Six mois	20
	Un an	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

PARIS, LE 2 MAI 1853.

Historique de la question du langage dans l'éducation des sourds-muets.

Nous croyons devoir nous borner pour aujourd'hui à l'exposition de cet historique exact et impartial; il pourra servir à éclairer la question qui doit être discutée et sans doute résolue demain dans la séance de l'Académie de médecine. On appréciera mieux après ces éclaircissements, nous l'espérons du moins, la valeur des conclusions du rapport de la commission et les arguments des divers orateurs qui ont pris ou prendront la parole dans la discussion.

L'enseignement de la parole aux sourds-muets n'est pas une acquisition moderne. Dès le seizième siècle, Pierre de Ponce, bénédictin du couvent de *Sahague*, dans le royaume de Léon, bravant les préjugés de son siècle, eut le courage d'essayer d'apprendre à parler aux sourds-muets; il soumit à des exercices méthodiques la voix brute de quelques sourds-muets, leur montra comment on forme des sons articulés et leur rendit la parole.

Dans ce même siècle, en Allemagne, on trouve dans les écrits de Joachim Pasha des indications sur la manière d'apprendre à parler aux sourds-muets et à lire la parole sur les lèvres. Ce mode d'enseignement n'est donc pas aussi récent qu'on pourrait le croire. Enfin Heinick fonda à Leipzig, en 1778, une école pour enseigner aux sourds-muets à parler et à lire la parole sur les lèvres. L'abbé de l'Épée, à la même époque, établissait à Paris une méthode d'éducation basée sur la mimique. Plus tard ce vénérable instituteur s'efforça d'étudier l'enseignement de la parole pour en doter ses élèves.

Vers la même époque, Jean-Rodrigue Pereira communiqua à l'Académie des sciences une nouvelle méthode d'instruire les sourds-muets, dont il se dit l'inventeur.

En 1805, Itard essaya de développer chez les sourds-muets le sens auditif par une éducation physiologique.

Dans les années 1827 et 1829, M. Deleau montrait l'importance des douches d'air dans le traitement des maladies de l'oreille, et soumettait à l'Académie des sciences des sourds-muets qu'il avait traités avec succès. Ses travaux furent récompensés par ce corps savant. Il fit également des recherches sur l'éducation auriculaire et orale des sourds-muets.

C'est pour la seconde fois depuis vingt-cinq ans que l'Académie de médecine est appelée à donner son avis sur la *surdi-mutité*. En 1828, à la suite de travaux et d'expériences entreprises par Itard sur le développement de l'ouïe et l'enseignement de la parole chez les sourds-muets, l'Académie concluait que l'éducation du langage articulé était possible chez un dixième de ces infortunés (1828, 6 mai).

Aujourd'hui la même question se représente non plus à l'état rudimentaire, mais développée par une longue suite d'expériences et de recherches qui démontrent que l'enseignement de la parole ne doit pas comprendre seulement *ceux qui peuvent recouvrer l'ouïe, mais encore d'autres sujets qui, à défaut d'audition, peuvent arriver à acquérir la parole et la faculté de la lire sur les lèvres à l'aide de la perception tactile et visuelle.*

Pour bien apprécier cette question, nous allons exposer les moyens employés par Itard.

Ce médecin, assistant en 1802 à une séance d'acoustique où se trouvaient quelques élèves sourds-muets, fut frappé de l'idée que la faculté auditive pouvait n'être qu'endormie chez ces infortunés. Il commença en 1805 ses expériences sur six élèves; il eut recours d'abord aux sons les plus pénétrants : il frappa les oreilles de ses élèves du son retentissant d'une grosse cloche d'église, et puis d'un tambour, dont il augmentait ou diminuait l'intensité du bruit, enfin il se servit d'un timbre de pendule et d'une flûte. Itard dit avoir obtenu par ces moyens d'excellents résultats; presque tous les élèves entendaient les sons forts dans ces conditions; quelques-uns arrivaient à entendre sa voix, même lorsqu'il parlait derrière eux; mais peu entendaient leur propre voix, et par conséquent ne pouvaient parvenir à la modifier. Il en chercha l'explication dans le trajet circulaire que la voix de l'élève était obligée de faire pour arriver à son oreille. Cette interprétation a été combattue par M. Blanchet. Ce chirurgien, en faisant une étude toute spéciale des fonctions des nerfs sensitifs, a prétendu qu'Itard avait confondu dans ses observations la perception tactile des vibrations sonores avec l'audition. Pour éviter de semblables erreurs, M. Blanchet prescrit de déterminer, chez les sujets qui doivent servir aux expériences, le degré de perception tactile des diverses parties du corps à l'aide de ses *acoumètres* et des autres instruments qu'il emploie. Ses acoumètres, au nombre de quatre, servent à mesurer avec précision l'intensité d'un nombre déterminé d'ondes sonores. Il ne faut pas les confondre avec l'instrument d'Itard qui porte le même nom, et qui consiste en un anneau métallique sur lequel frappe un marteau qui ne donne que des sons harmoniques, et qui est impropre à apprécier la perception tactile. Les acoumètres de M. Blanchet ont l'avantage de donner des sons simples, sans harmoniques.

Le n° 1 sert chez les sourds-muets, comme chez les sourds atteints d'une acousie ou d'une anervie profonde, à apprécier le degré de ces altérations.

Le n° 2 donne des sons de 512 vibrations qui sont dans le médium de la voix humaine.

Les nos 3 et 4 servent à faire des appréciations plus délicates, soit sous le rapport de l'audition, soit sous celui de la sensibilité (1,024 et 2,048 vibrations).

Tous ces instruments sont divisés en dix degrés, et donnent des sons d'un nombre de vibrations déterminé.

La sirène et le sonomètre sont employés aussi par M. Blanchet pour apprécier le nombre des vibrations.

Il nous reste encore à parler d'un autre instrument non moins utile, l'orgue, que ce chirurgien a le premier appliqué il y a dix ans à ses observations physiologiques en même temps qu'au traitement de la surdi-mutité. Entre autres avantages, il donne les sons les plus variés quant au ton, au timbre et à l'intensité, et par conséquent remplit toutes les indications qu'on peut désirer. Ses sons, susceptibles de se prolonger à volonté, sont exempts d'harmoniques; ils se rapprochent de la voix humaine. Cet instrument sert à développer les appareils auditif et vocal du sourd-muet, soit isolément, soit concurremment avec le traitement médical, sur lequel nous reviendrons plus tard. La parole étant formée du même nombre de vibrations que le chant, nous parlons toujours sur une des notes de notre gamme diatonique, et nous produisons des modulations auxquelles seule l'habitude nous empêche de faire attention.

Après avoir déterminé quelle est la série des sons perçus par le sourd-muet, on l'habitue à les distinguer les uns des autres; ensuite on le forme à reconnaître les sons de diverse nature et d'intensité variée, et aussitôt que son appareil vocal se trouve en rapport avec le nombre des vibrations perçues on lui fait commencer les exercices de gymnastique vocale et auditive. Ce traitement fonctionnel, qui est employé en même temps que la thérapeutique locale ou générale des altérations organiques, quelquefois isolément, n'a rien de commun, ainsi qu'on le voit, avec les moyens simples d'Itard, tels qu'une cloche, un tambour, etc., etc.

Pour apprécier le degré de surdité des sourds-muets, Itard se servait de l'acoumètre dont nous avons parlé; M. Bonafont emploie le diapason; d'autres enfin, et de ce nombre est Krammer, se servent d'une grosse montre.

Si l'on compare tous ces moyens d'appréciation avec ceux dont M. Blanchet fait usage, on peut voir que ce praticien tient compte non-seulement du nombre des vibrations, mais de l'intensité des sons et de leur timbre. On peut établir à l'aide de ces instruments, avec une précision presque mathématique, l'altération fonctionnelle, de même qu'on peut suivre les effets des moyens employés, et faire des expériences comparatives. Il a pu déterminer ainsi que les degrés d'intensité du son deviennent d'autant moins appréciables qu'ils sont composés de vibrations plus nombreuses.

Itard étant resté, malgré son long séjour dans l'Institution, en partie étranger au langage des signes, il s'en est suivi qu'il avait rapporté à la faiblesse de l'ouïe et de l'intelligence l'imperfection du langage des élèves, et en concluait à tort, comme quelques auteurs le font encore aujourd'hui, que le sourd-muet ne pouvait parvenir à bien parler et écrire notre langue.

« Je n'ai jamais pu observer sans y prendre le plus vif intérêt, » dit Itard, *l'accord qui existe entre la faiblesse de l'audition de » nos élèves et l'imperfection de leur langage;* leurs phrases, sans » pronoms, sans conjonctions, sans aucun des mots qui nous ser» vent à exprimer les idées abstraites, n'offrent qu'une réunion » informe d'adjectifs, de substantifs, de verbes toujours mis à l'in» finitif. Exemple : « Paris, bien beau; Alphonse, content; voir » l'impératrice; beaux chevaux blancs, six. » « Ainsi s'exprimait, » ajoute-t-il, un enfant âgé de plus de dix ans qui me fut présenté, » et qui paraissait doué de beaucoup d'intelligence. » Itard était étonné d'entendre parler d'une manière aussi barbare des enfants, des adolescents tombés dans ce déplorable état par suite d'une simple dureté de l'ouïe. Ce qu'Itard appelle un langage barbare n'est, selon M. Blanchet, qui a fait une étude toute spéciale de la mimique, et qui a publié le seul dictionnaire des signes qui existe à l'usage des médecins et des gens du monde, autre chose que le langage mimique avec son allure naturelle, le langage mimique tel que la Providence en a fait don à nos pauvres enfants. Cette absence apparente de pronoms et de conjonctions qui le choque, cette réunion qu'il déclare informe d'adjectifs, de substantifs, de verbes toujours mis à l'infinitif, c'est tout simplement la syntaxe de cette langue originale, rappelant parfois le latin, parfois le créole de nos colonies. Il n'y a là aucun accord entre *la faiblesse de l'ouïe des élèves et l'imperfection de leur langage.*

Quant à l'enseignement de la parole, Itard avait été devancé dans cette voie depuis plus de deux siècles par l'Espagne, comme nous l'avons vu, et en 1775 Heinick avait établi auprès de Leipzig une institution pour les sourds-muets dont la parole était la base de l'enseignement.

Comme on peut le voir, la gymnastique vocale et auditive, ou l'application de la musique, ou mieux encore de sons déterminés pour développer l'appareil auditif et vocal, employée postérieurement ou conjointement avec le traitement des lésions organiques, ne ressemble en rien aux moyens si peu précis employés par Itard, sans règles positives, etc.

Nous pensons que, si la commission ne s'est pas attachée avec plus d'attention à différencier les travaux d'Itard de ceux de M. Blanchet, c'est qu'elle désirait avant tout ne pas s'écarter des questions de M. le ministre et répondre surtout aux faits administratifs qu'elles contiennent.

Une autre circonstance du plus haut intérêt, qui est passée presque également inaperçue, c'est l'éducation physiologique des nerfs sensitifs chez le sourd-muet incurable, dont M. Blanchet nous laisse apercevoir la possibilité. Ce médecin croit avoir démontré que la perception tactile chez tous les sourds-muets, à moins de paralysie, peut être appréciée à l'aide du nombre de vibrations perçues, de la même manière que l'audition; que tous les sourds-muets affectés de la surdité la plus profonde, et dont l'audition s'élève à peine à 200 vibrations, ont une perception tactile qui s'étend à 1,100 et même à 1,200 vibrations. Il fait entrevoir tout le parti qu'on peut tirer de cette connaissance pour aider à l'enseignement de la parole chez le sourd-muet incurable sous le rapport de l'ouïe.

M. Blanchet a trouvé qu'en faisant l'application des mêmes principes on pouvait mesurer la délicatesse du tact. Dans sa classification des sourds-muets, il les divise en deux grandes classes :

1° Ceux qui ne perçoivent les ondes sonores que par les nerfs sensitifs;

2° Ceux qui entendent le son et la parole par les nerfs auditifs.

Il subdivise cette deuxième classe en plusieurs catégories d'après le nombre d'ondes sonores qu'ils entendent.

Ce praticien pose aussi quelques règles à observer relativement à l'intensité des sons et à leur timbre.

Avec ces règles, il est facile de déterminer quand le sourd-muet et le sourd commenceront à entendre la voix, la parole; quand pourront commencer, pour le premier comme pour le second, les exercices de gymnastique vocale et auditive; si cette faculté d'entendre se limite à la voix de l'homme, ou s'étend à celles de la femme, de l'enfant, qui sont moitié plus nombreuses que la première; il est facile enfin de suivre tous les progrès qui peuvent survenir du côté de l'ouïe, quelque légers qu'ils soient, sous l'influence de telle ou telle médication.

Dans sa division en cinq classes, Itard n'a pas tenu compte de l'impression tactile des nerfs sensitifs.

Sa première classe, comprenant ceux qui entendent la parole, n'est pas exacte : est-ce la parole de l'homme, qui est en moyenne de 500 ou 600 vibrations, ou celle de la femme, qui est d'une octave supérieure, ou celle d'un enfant, qui s'élève quelquefois jusqu'à 2,000?

M. Blanchet fait ressortir l'importance de la classification d'après le nombre de vibrations pour éviter toutes les erreurs dans lesquelles on est tombé jusqu'à ce jour, et il le démontre de la manière suivante :

Les sourds-muets entendent d'autant mieux qu'ils perçoivent des sons composés d'un plus grand nombre de vibration, par conséquent la voix de l'homme sera mieux perçue que celles de la femme et de l'enfant.

Il fait la même appréciation des autres divisions admises par Itard, et qui sont basées sur l'audition de la voix, le son, le bruit et l'audition nulle.

Quant aux sons, il pense qu'Itard aurait dû dire si c'étaient des sons graves de 500 ou des sons plus aigus de 1,000, 2,000 vibrations et au-dessus.

La classification indiquée par M. Blanchet montre que l'on doit soumettre l'appareil vocal et auditif du sourd-muet à des exercices de gymnastique vocale et auditive pour assouplir, fortifier ses organes et le préparer ainsi à une bonne articulation. Il recommande de n'employer ces moyens que dans les cas nécessaires et conjointement avec le traitement médical ou chirurgical, qu'il n'exclut jamais. On voit donc que cette objection faite à la commission, à savoir, que M. Blanchet ne s'occupait pas du traitement médical, n'est pas fondée. L'éducation physiologique des nerfs sensitifs chez le sourd-muet incurable est une nouvelle voie qu'il ouvre et qui peut-être servira à alléger l'infirmité de ce malheureux. M. Blanchet veut et doit rester dans les limites de ses fonctions, tout en éclairant comme médecin l'éducation des sourds-muets. Il serait injuste qu'une crainte mal fondée à ce sujet fît méconnaître l'importance des faits qu'il vient de signaler, faits qui pourront éclairer le diagnostic de la surdi-mutité. Il nous paraît difficile de ne pas

admettre que l'enfant sourd, mais ayant conservé la parole, le demi-sourd-muet de même que celui qui pourra recouvrer l'ouïe ne devront pas être instruits par des professeurs parlant, et pour cela une classification des élèves est donc nécessaire à leur entrée dans l'école.

HOPITAL NECKER. — M. Bricheteau.

Remarques sur l'épidémie de fièvres typhoïdes admises dans le service.

La fièvre typhoïde n'existe plus à l'état épidémique. Il ne reste plus de cette fièvre dans nos salles que quelques cas isolés compliqués de diverses affections cérébrales, pulmonaires, abdominales, etc., qui avaient semblé, pour un moment, faire place à cette affection généralisée.

Cette épidémie s'est, en général, montrée sous une forme bénigne; les symptômes étaient peu intenses et la terminaison le plus souvent favorable. Les cas graves, à forme ataxique délirante, doivent être considérés comme exceptionnels; ils n'ont guère apparu qu'au commencement et à la fin de l'épidémie.

Nous mettons sous les yeux du lecteur un tableau de nos malades atteints de fièvre typhoïde, il pourra se convaincre de la réalité de ce que nous venons d'énoncer.

Tableaux synoptiques des malades traités dans le service de M. Bricheteau pendant l'épidémie de fièvre typhoïde.

Hommes.

NOMS.	AGE.	PROFESSION.	ENTRÉE.	MORT.	DURÉE du séjour.
1. Sauval (Gust.).	15	Journalier.	25 janv.		28 j.
2. Rouffier (St.)..	17	»	26 »		23
3. Reiller (Ben.).	21	»	21 »		20
4. Chaures (A.)..	39	Infirmier.	29 »		27
5. Cherpin (Cl.)..	19	Journalier.		27 janv.	22
6. Hautot (Jos.)..	20	»	25 »		15
7. Michon (Jules).	16	Epicier.	25 »	17 févr.	23
8. Gaetan (L.). .	17	Serrurier.		21 »	24
9. Malmit (B.).. .	22	Brocanteur.	27 févr.		28
10. Sellier (Fr.). .	20	Maçon.			
11. Broussin. . . .	23	»	6 mars.		41
12. Marcel (Aug.).	26	Sellier.	8 »		43
13. Macé (Louis). .	25	Raffineur.	14 févr.		19
14. Miderkorn. . .	19	Journalier.	17 »		15
15. Legrand (Th.).	15	»	24 »		18
16. Bellet (Jos.). .	21	Papetier.	24 »		20
17. Martin (Ar.). .	21	Domestique.	8 mars.		33
18. Lacharmoise. .	20	Maçon.		5 avril.	
19. Frichet (J.).. .	19	Domestique.	9 »		24
20. Rousseau (F.).	18	Maçon.	10 »		28
21. Quentin.	16	»	21 févr.		22
22. Daynin. . . .	16	Charcutier.	6 mars.		31
23. Taillefer. . . .	22	Maçon.	10 »		31
24. Othoffer. . . .	25	Infirmier.	24 févr.		23
25. Vaury (P.).. .	19	Maçon.	3 avril.		
26. Darchy.	33	Tourneur.	20 févr.		
27. Estivau (Cl.). .	18	Journalier.			
28. Palet	18	Tonnelier.	17 mars.		33
29. Tarrot.	23	Infirmier.	15 »		31
30. Poudroux. . .	19	Bonlanger.			
31. Dupoirier. . .	24	Infirmier.	10 »		19
32. Redon.	20	Maçon.	27 »		22
33. Bellanger. . .	46	Journalier.	14 »		19
34. Bruel..	18	Infirmier.		6 »	
35. Chabord. . . .	28	»	17 avril.		
36. Chautron.. . .	27	Journalier.		5 »	
37. Beal.	18	Maçon.	16 »		
38. Bouloir. . . .	34	Infirmier.	19 »		
39. Berraud. . . .	25	Tourneur.	22 »		
40. Lillois.	23	Cuisinier.	23 »		
41. Gustan.	22	Terrassier.	23 »		

Total : 10 journaliers, 8 maçons, 7 infirmiers, 2 domestiques.

Femmes.

NOMS.	AGE.	PROFESSION.	ENTRÉE.	MORT.	DURÉE du séjour.
1. Eclambert. . .	25	Brodeuse.	1er févr.		17 j.
2. Lauret.	22	Journalière.	15 »		17
3. Melsen.	20	Domestique.		12 févr.	
4. Blatière. . . .	23	Infirmière.		17 mars.	
5. Machepie . . .	19	»	27 mars.		
6. Florentin. . . .	24	Domestique.	26 févr.		19
7. Redon.	25	Gantière.	12 mars.		32
8. Folliez	23	Infirmière.	15 »		30
9. Lefranc	29	Domestique.	13 avril.		
10. Lauty.	17	»	3 »		
11. Bouvier. . . .	31	Journalière.	13 »		
12. Imbert.. . . .	19	Fleuriste.	11 mars.		
13. Renard.. . . .	20	Lingère.	14 »		24
14. Schneider. . .	19	Domestique.	22 févr.		
15. Pichot.	24	»	27 »		42
16. Carpentier.. .	18	Infirmière.		6 avril.	
17. Etouche. . . .	38	Domestique.	25 mars.		
18. Lérant.	24	Journalière.	1er »	5 »	
19. Prévost. . . .	16	Domestique.		1er »	
20. Montaut. . . .	19	»			
21. Riduit.	17	Journalière.			
22. Pollard	15	Couturière.	22 mars.		19
23. Mellin.	19	Corsetière.	17 »		29
24. Cadoux.	25	Lingère.	21 »		31

Certains auteurs ont déjà admis qu'une épidémie est plus grave au début qu'au milieu. Généralement, en s'étendant, elle perd de l'intensité, quelles que soient, du reste, sa violence et la mortalité. Cette opinion des épidémiographes est applicable à l'épidémie dont nous parlons, et elle se trouve bien en rapport avec nos observations.

Toutefois, nous devons ajouter que, dans notre service du moins, la fin de l'épidémie a été presque aussi grave que le commencement; particularité qui nous a paru digne d'être notée.

En effet, après un temps donné d'existence, l'épidémie s'est limitée; elle a repris dès lors une forme plus grave : aussi avons-nous eu vers cette fin le même nombre de cas de mort, ou à peu près, qu'au début.

Sur 41 fièvres typhoïdes hommes et 24 femmes, entrés du 25 janvier au 16 avril, nous trouvons pour les hommes trois cas de mort (les 29 janvier, 21 et 17 février); puis il nous faut attendre le commencement d'avril (le 1er, le 5 et le 6) pour avoir trois nouveaux cas de mort.

Total : 6 morts sur 41 fièvres typhoïdes au début et à la fin de l'épidémie.

Pour les femmes, la proportion des morts est un peu plus considérable; nous avons 5 morts pour 24 malades.

2 cas de mort au début (12 février et 17 mars). Le reste de mars reste sans mortalité, et c'est aux premiers jours d'avril que nous avons trois nouveaux cas de mort.

La forme presque constante qu'a présentée l'épidémie ne s'est bien maintenue qu'au milieu de son cours.

Au début et à la fin, elle n'a pas offert un type unique, une forme générale, et les cas de mort que nous avons observés durant ces deux époques de l'épidémie sont précisément les cas où des symptômes particuliers sont venus se surajouter.

Nous n'entendons pas dire qu'à part ces cas de mort la fièvre typhoïde ait présenté une identité absolue de symptômes chez tous les sujets. Nous ne voulons parler que d'un type, d'un ensemble que chaque sujet n'a sans doute pas réalisé en lui, mais qu'il a concouru à former.

Voici ce que nous avons observé dans la majorité des cas :

Un malade se présente à l'hôpital; il souffre depuis cinq, huit jours d'une céphalalgie assez intense; la prostration n'est pas très grande; peu ou point de saignement de nez; bourdonnements d'oreilles; insomnie la nuit. La face est assez souvent colorée. Langue blanche, large; appétit nul; soif vive; vomissements rares; diarrhée le plus souvent légère.

L'abdomen est un peu ballonné. Les douleurs de ventre se localisent constamment à l'épigastre, et sont augmentées par la pression. Taches rosées sur l'abdomen; pouls petit (70 pulsations); respiration sifflante, etc.

Après une moyenne de 18 à 25 jours, ces malades sortent guéris.

Sur 41 malades hommes, sur 24 femmes, 32 hommes et 19 femmes nous ont présenté cet ensemble de symptômes, ou à peu près.

Nous mentionnons ici quelques faits particuliers dont la science offre sans doute des exemples, mais qui toutefois ne sont pas sans intérêt.

Ainsi, chez Cherpin, l'hémorrhagie nasale a été tellement abondante, qu'il en est résulté une anémie profonde. Cet accident a-t-il hâté la mort? Nous le croyons; et, à cette occasion, nous dirons que, loin de considérer ces hémorrhagies comme utiles, il faut se hâter de les faire cesser par tous les moyens possibles.

Delaruelle nous présente une énorme quantité de sudamina couvrant tout l'abdomen, toute la poitrine, toute la partie supérieure des bras.

Obs. I. — Martin (Armand) entre à l'hôpital pour y être traité d'un mal de gorge.

Il présente sur le corps des taches de roséole syphilitique et quelques ulcérations sur l'amygdale droite, le voile du palais, etc.

Le 8 février, il est pris des symptômes de la fièvre typhoïde.

Le 15, les syphilides avaient disparu; les ulcérations à la gorge n'existaient plus.

Enfin, le 8 mars, quand Martin sortit de l'hospice guéri de sa fièvre typhoïde, il ne présentait plus aucunes traces visibles de syphilis.

Du reste, sa maladie a marché, comme toutes les autres fièvres typhoïdes, vers une terminaison presque toujours heureuse. Quant aux malades morts de l'épidémie, ils nous ont présenté, dès leur entrée ou quelques jours après, d'abord de l'excitation cérébrale, contrairement à tous les autres, qui offraient plutôt un certain degré d'affaissement; puis survenait un subdélirium qui se prolongeait plus ou moins jusqu'à la mort des malades.

Ce fait a été constant; toutes les fois que, dans cette épidémie, nous avons vu survenir du délire, la mort s'en est suivie; et, chose remarquable, ce délire n'est survenu qu'au commencement et à la fin de l'épidémie.

Obs. II. — Michon (Jules), seize ans, garçon épicier, entre le 25 janvier, souffre depuis quelques jours. Céphalalgie intense; douleurs de ventre, diarrhée. Il présente en outre de l'excitation cérébrale; agitation; insomnie extrême. La face est rouge; cet enfant ressemble à un homme en colère. Langue pointue et rouge; pouls fréquent, petit et dur. Respiration sifflante; taches sur le ventre. Selles nombreuses et liquides.

Le 27 janvier, délire avec cris; agitation. — Potion avec musc et éther.

Le 28, le délire continue. Saignement de nez. Ce délire persiste jusqu'au 14 février. L'émaciation est extrême. Les extrémités sont violettes et froides. Enfin, Michon meurt le 17 février.

Autopsie. — Tous les ganglions mésentériques sont hypertrophiés, couleur lie-de-vin. Quelques-uns sont suppurés au centre. L'iléum présente des points violacés à l'extérieur et plusieurs ulcérations intestinales sans aucune perforation.

Obs. III. — Gaëtan, dix-sept ans, entre le 29 janvier. Excitation cérébrale; pouls dur et fréquent; taches sur le ventre; selles, etc.

Le 2 février, délire qui se continue les jours suivants. Mort le 21 février.

Obs. IV. — Lacharmoise (Frédér.), vingt ans. Il est dans un état complet de délire. Diarrhée; plusieurs épistaxis. Mort le 5 avril.

Pour les femmes, nous observons à peu près la même série de phénomènes graves.

Obs. V. — Blatière (Rosalie), vingt-trois ans, entre le 26 janvier. Grande céphalalgie, douleurs de ventre, diarrhée.

Le 27, 1 gramme ipéca, 0,05 tartre stibié.

Evacuations abondantes, deux vomissements.

Le 29, agitation excessive; délire la nuit. — Musc, 0,20; sirop de fleurs d'oranger, 30 grammes; vésicatoire aux mollets.

Le 31 et jours suivants, le délire continue.

Mort le 17 mars.

Obs. VI. — Melsen (Annette), vingt ans, fièvre typhoïde avec délire.

Mort le 12 février.

Obs. VII, VIII et IX. — Enfin, Carpentier, Lérant, Prévost, fièvre typhoïde avec délire.

Morts les 1er, 5 et 6 avril.

Les sujets morts de la fièvre typhoïde dans l'épidémie sont tous des sujets jeunes qui habitent Paris depuis peu de temps.

Michon (Jules), seize ans, habite Paris depuis trois mois.

Gaëtan (Laurent), dix-sept ans, habite Paris depuis six semaines.

Lacharmoise (Fr.), vingt ans, compagnon, arrivé à Paris dans le courant de novembre.

Blatière (Rosalie), vingt-trois ans, n'a jamais habité que les environs de Paris.

Carpentier, dix-huit ans; Prévost, seize ans, domestiques venus à Paris depuis peu.

Les professions exercent une influence sur la production de la maladie.

Sur 41 malades hommes, nous trouvons :

10 journaliers,

8 maçons,

7 infirmiers.

C'est plus de la moitié du chiffre de nos fièvres typhoïdes.

Et, tandis que nous trouvons cette énorme proportion pour ces trois professions, nous remarquons à peine un sujet de toute autre profession.

Ainsi, 1 boulanger, 1 épicier, 1 charcutier, 1 tonnelier, etc.; point de boucher ni de tailleur; point, en un mot, parmi les gens de profession sédentaire.

Pour les femmes, ce sont les domestiques, les journalières, les infirmières qui l'emportent de beaucoup sur les autres.

9 domestiques sur 24 fièvres typhoïdes,

4 infirmières,

4 journalières.

Ainsi presque tout le cadre de nos fièvres typhoïdes est rempli par des infirmières, des journalières et surtout des domestiques.

La proportion de ces femmes est même supérieure à la proportion des hommes de profession correspondante.

On comprend que le séjour dans les salles ait prédisposé les infirmiers et les infirmières à subir l'influence de l'épidémie.

Quant aux journaliers et maçons, journalières et domestiques, on sait que dans ces professions le travail est très rude et très pénible et souvent la nourriture insuffisante.

Boucher,
Interne du service.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 20 avril 1853. — Présidence de M. Guersant.

PRÉSENTATION DE MALADE.

Kyste canaliculé de la région antérieure du cou.

M. Larrey présente un garde de Paris entré récemment dans son service au Val-de-Grâce pour une affection du cou assez étrange. Ce militaire, doué d'une forte constitution, n'a jamais offert les moindres signes de scrofules, et surtout point d'engorgement des ganglions cervicaux; il a été atteint seulement d'une blennorrhagie parvenue à une guérison prompte et radicale. C'est après avoir été gêné pendant longtemps par une agrafe d'habit dont la pression s'exerçait sur la région antérieure du cou qu'il vit se développer peu à peu une tumeur au niveau de l'angle du cartilage thyroïde. Cette tumeur, dont l'origine remonte à quatre années déjà, offrait par son siége, par sa forme, par son volume, par sa consistance, etc., tous les signes d'un kyste séreux. Elle s'accrut par une pression continue du col après être restée stationnaire, et parvint au volume d'un œuf de poule, sans altération de la peau, sans douleur locale, mais en occasionnant bientôt de la difficulté dans la déglutition, dans la phonation et même dans la respiration.

Des frictions résolutives avec la pommade iodurée firent diminuer la tumeur et disparaître ces effets de compression; mais, deux mois après, une inflammation assez intense, développée dans la tumeur elle-même, envahit toute la région antérieure et médiane du cou. La résolution obtenue par les moyens appropriés fut suivie d'une induration étroite et linéaire, aboutissant en haut à la tumeur primitive d'une part, ou au niveau du cartilage thyroïde, et d'autre part, ou en bas, au milieu de la fourchette du sternum, à un engorgement circonscrit.

Le malade, entré une première fois au Val-de-Grâce, offrait seulement alors les signes d'un kyste du cou. Les résolutifs employés n'eurent qu'un résultat incomplet; une seconde inflammation semblable à la première se déclara, et plus tard une troisième, alors que le garde avait repris son service. Chacune de ces inflammations s'était développée dans le mois de mai des années 1849, 1850 et 1851.

Il se forme dès lors sur la ligne médiane de la partie antérieure du cou, depuis le kyste thyroïdien jusqu'au bord du sternum, une induration cylindrique comme un cordon, terminée en bas par une petite tumeur de forme arrondie, de consistance assez ferme, augmentant de volume par la diminution du kyste, et diminuant au contraire par l'augmentation de cette tumeur plus élevée. Ces alternatives de développement bien appréciables survenaient quelquefois spontanément et à certains intervalles; d'autres fois elles s'effectuaient à volonté sous la pression du doigt.

La gêne occasionnée par le frottement du col d'uniforme et par l'agrafe de l'habit, au niveau de la tumeur sus-sternale, détermina le malade à percer cette tumeur avec une aiguille. Un liquide séreux, roussâtre, s'en écoula d'abord; une ulcération fistuleuse s'établit ensuite dans le même point, et donna issue, à quatre reprises différentes, à des fausses membranes tubulées, consistantes et assez longues.

C'est alors que ce militaire fut envoyé de nouveau à l'hôpital, où nous avons recueilli les renseignements qui précèdent.

L'examen de la partie antérieure du cou fait constater effectivement :

1° Une tumeur molle, dépressible, au niveau du cartilage thyroïde;

2° Un cordon du volume et de la consistance d'un tuyau de plume, non adhérent à la peau, mais fixé à la tumeur et aboutissant en ligne droite à la région sus-sternale;

3° Une ulcération fistuleuse très étroite paraissant communiquer par le même point avec la région thyroïdienne.

Cependant l'exploration de l'ouverture à l'aide d'un stylet ne permet pas à l'instrument de pénétrer dans le conduit présumé, ni de parvenir ainsi jusqu'au kyste. Avant de renouveler cette tentative de cathétérisme, avant d'essayer des injections ou tout autre moyen propre à confirmer son diagnostic, M. Larrey soumet ce cas à l'attention de la Société, comme offrant une forme singulière des kystes du cou, forme qu'il proposerait d'appeler *kyste canaliculé*.

M. Chassaignac. Malgré la continuité d'un cordon induré depuis la tumeur fluctuante jusqu'à la fisture sus-sternale, il ne m'est nullement

démontré qu'il y ait une voie de communication de l'orifice fistuleux jusqu'au kyste. Il a pu exister deux foyers distincts, quoique liés entre eux par l'intermédiaire d'une chaîne lymphatique. Il n'y a pas bien longtemps que j'ai observé un fait analogue sur un notaire de Paris, auprès duquel j'avais fait appeler M. Cloquet. A la suite d'un anthrax dans la région sus-hyoïdienne, il se forma un abcès angioleucitique, immédiatement au-dessus de la fourchette sternale. Il y avait entre le foyer de l'anthrax et celui de la partie inférieure du col une traînée lymphatique indurée, mais aucune communication canaliculaire : les deux foyers étaient distincts, quoiqu'il y eût entre eux une dépendance de cause à effet. Je n'admettrai donc, dans le cas de M. Larrey, l'existence d'un canal de communication que quand son existence sera anatomiquement démontrée.

M. Guersant. J'ai eu deux ou trois fois occasion d'observer des kystes au niveau de la membrane crico-thyroïdienne, et je me suis bien trouvé de l'usage des injections iodées; je crois que c'est par là qu'il faut commencer. Si ce moyen échouait, il serait toujours temps de recourir à l'emploi du séton.

M. Forget. Je crois qu'un des meilleurs moyens d'étudier les rapports de ce kyste, ce serait de le laisser se dilater, en comprimant légèrement l'ouverture inférieure.

— Lecture et adoption du procès-verbal.

— La Société reçoit les ouvrages suivants :

Considérations sur les lésions traumatiques du rachis et la moelle épinière, par le docteur Schveing.

De la certitude médicale, et de la nécessité d'améliorer les lois qui régissent l'exercice de la médecine, par le docteur Jeannel.

De cerebri et medullæ spinalis systemate vasorum capillari in statu sano et morboso, par le docteur Ekker.

Recherches électro-physiologiques, pathologiques et thérapeutiques sur le diaphragme, par le docteur Duchenne (de Boulogne).

Observation de gastrostomie, par le professeur Sédillot.

Association medical Journal.

Correspondance.

M. le docteur Houzelot, chirurgien en chef de l'hôpital de Meaux, adresse un mémoire sur l'emploi du chloroforme dans l'accouchement naturel simple. (Commissaires : MM. Lenoir, Debout, Laborie.)

— M. le docteur Jules Roux (de Toulon) adresse la lettre suivante, au sujet des modifications à apporter au procédé à lambeau plantaire latéral interne dans l'amputation tibio tarsienne :

« Toulon, le 13 avril 1853.

» Monsieur le président, l'expérience apprend chaque jour que les méthodes et les procédés opératoires ne sortent pas ordinairement parfaits des mains de leurs auteurs, et que la réflexion et l'observation des faits cliniques les font marcher longtemps dans la voie du progrès. L'histoire de l'amputation tibio-tarsienne est une preuve nouvelle de cette assertion.

» On sait que cette opération fut introduite dans la science et dans la pratique avec la méthode à lambeau *dorsal* et avec le procédé de M. Baudens, son auteur. Bientôt la méthode à lambeau *plantaire* et le procédé de M. Syme furent préférés. Peu après, s'il faut en croire MM. Robert, Nélaton, etc., mon procédé à lambeau *plantaire latéral interne* dut prévaloir sur celui du chirurgien d'Édimbourg.

» Je viens aujourd'hui apporter une modification légère, mais importante, à mon procédé lui-même.

» Dans presque tous les temps de mon procédé, les parties molles doivent être séparées du calcanéum avec tant de soin, que la description que j'en donne contient virtuellement le précepte de détacher le périoste dans la plus grande étendue de cet os.

» Je conseille aujourd'hui, dans cette dissection délicate, *de laisser le périoste adhérer au calcanéum, et d'éviter ainsi de le conserver avec les parties molles du moignon.*

» Deux faits cliniques m'ont appris que lorsque la dissection est tellement exacte que le périoste du calcanéum détaché de l'os reste dans le lambeau, des ostéophytes peuvent s'y développer, et que ces productions osseuses, multiples et irrégulières, exposent à contrarier le résultat final par les maladies dont elles peuvent être atteintes, et par la gêne qu'elles sont susceptibles d'apporter à la station et à la déambulation sur le moignon, de telle sorte que dans ce dernier cas l'opéré semblerait marcher sur de petits cailloux.

Sur un premier malade, j'avais observé une ostéophyte au-dessus et en dehors de la cicatrice, mais, par sa situation, elle ne pouvait apporter aucun obstacle direct à la marche, et n'entrava en rien la guérison.

» Certainement il n'en aurait pas été de même du deuxième opéré, qui, ayant succombé à la cachexie scrofuleuse dix mois après l'amputation, nous a offert dans le milieu de son moignon six ostéophytes en partie cariées.

» A côté des faits cliniques qui me font apporter une modification légère au procédé à lambeau plantaire latéral interne, il faut aussi placer, je crois, le fait intéressant dont M. le docteur Verneuil a déjà entretenu la Société de chirurgie, et qui, ayant trait à une *névrite* des rameaux du nerf tibial, a porté ce chirurgien à proposer la résection des branches de ce nerf.

» J'ai l'honneur d'adresser à la Société de chirurgie l'observation complète de ce dernier opéré, observation recueillie dans mon service par M. le docteur Fleury, prosecteur à l'École de médecine navale de Toulon.

» Agréez, etc. Dr Jules Roux, d.-m.-p. »

L'observation qui accompagne la lettre est renvoyée à la commission chargée d'examiner ce nouveau procédé opératoire.

— M. le docteur Nivet (de Clermont-Ferrand) adresse la lettre suivante :

« Clermont-Ferrand, 28 mars 1823.

» Monsieur le président, je viens de lire dans l'*Union médicale* du 22 mars le compte-rendu de la séance du 16 courant, dans laquelle M. Deguise a bien voulu rendre compte de mon travail sur le goître estival épidémique. Permettez-moi de soumettre à la Société que vous présidez les réflexions suivantes, qui m'ont été inspirées par cette lecture :

» 1° M. Guyton (d'Autun) a eu tort de me disputer une priorité que je n'ai pas réclamée, et qui appartient à M. Lavort, professeur à l'École de médecine de Clermont. Les observations de notre honorable doyen remontent à 1822. (Voir la page 2 de notre travail.)

» 2° La composition des eaux de notre pays est très variée; elle n'a paru exercer aucune influence sur l'apparition et le développement du goître. (Voir la page 4 du même opuscule.)

» 3° Je suis très disposé à ranger, avec M. Robert, le goître douloureux parmi les engorgements inflammatoires; mais dans la majorité des cas l'hypertrophie a été indolente.

» 4° Mes observations et celles de M. Merruau, chirurgien-major du 18e de ligne, s'accordent avec celles de M. Larrey fils; nous ne différons que sur un seul point : je ne crois pas que la compression mécanique exercée par le col-cravate soit une cause de goître.

» Je terminerai en comparant les goîtres signalés en 1852 avec ceux qui se sont montrés en 1851.

» L'année 1852 a été froide, pluvieuse; sa température n'a point offert les alternatives de journées chaudes et de soirées glaciales; le mauvais temps a rendu les promenades et les exercices militaires plus rares : le nombre des goîtres d'été et d'automne a été très peu considérable. Et cependant la composition de l'eau n'a pas varié et la consommation de tabac n'a pas diminué.

» Ces faits confirment pleinement les opinions que nous avons émises dans notre travail sur le goître estival épidémique.

» Agréez, etc. N. Nivet, d.-m.-p.,

» Professeur d'anatomie à l'École de médecine

» de Clermont-Ferrand. »

— M. le secrétaire donne ensuite lecture d'une observation adressée par M. le professeur Ehrmann (de Strasbourg), membre correspondant.

Tumeur fibreuse (maligne) située dans la région lombaire; excision; cautérisation; récidive. Nouvelle opération; nouvelle récidive. Marasme. Mort.

Obs. — Caroline W..., âgée de neuf ans, s'aperçut, en 1831, qu'elle portait une petite tumeur sous-cutanée, mobile, indolente, située dans la région lombaire droite. Elle n'en fit part d'abord qu'à sa mère, qui, la considérant comme une loupe ordinaire, ne jugea point nécessaire de recourir à un traitement quelconque. Cette enfant, jumelle d'une sœur qui mourut plus tard aussi, avait joui jusqu'ici d'une santé parfaite, quoique sa constitution n'annonçât pas la vigueur du jeune âge et que le développement de ses facultés intellectuelles laissât également à désirer.

Ce ne fut que trois ans après la première apparition de la tumeur en question, et lorsque celle-ci avait acquis le volume d'un œuf d'oie, que je fus consulté et que, vu les progrès de la maladie, j'en proposai l'ablation.

Située à côté de la masse musculaire du sacro-lombaire et du très long du dos, à peu près dans l'intervalle qui sépare la région de la douzième côte de la crête de l'os des iles ; cette tumeur, incolore, insensible à la pression, libre sous la peau, semblait avoir jeté quelques racines vers la profondeur et offrir des adhérences que la dissection seule pouvait déterminer. La complexion de cette petite fille laissait peu de chose à désirer ; la fonction menstruelle venait de s'établir depuis peu, et la gêne qu'elle éprouvait pour fixer ses vêtements lui faisait vivement désirer d'être débarrassée de son incommode excroissance.

L'ablation de la tumeur ne présenta rien de particulier, si ce n'est que, dégagée facilement de l'enveloppe cutanée qui la recouvrait, sa base, fortement adhérente au plan des muscles larges du bas-ventre dans leur portion lombaire, ne se laissait point séparer de même ; j'intéressai leur tissu, ne pouvant énucléer cette base, me réservant d'enlever après coup les couches profondes qui pourraient me paraître suspectes. Je parvins en effet à exciser tout ce qui semblait être de nature fibroïde, et la palpation du fond de la plaie, donnant la sensation d'un tissu normal, qui était la substance musculaire, m'autorisa à penser que je n'avais laissé subsister aucune trace appréciable de la tumeur.

Le travail de la cicatrisation marchait à grands pas ; j'avais conservé assez de peau pour pouvoir en recouvrir la surface mise à nu, et les bourgeons charnus pullulant de toutes parts avaient bientôt réuni les bords de la plaie et produit un froncement de la peau, au point de rendre la cicatrice presque invisible. Les tissus du voisinage conservèrent leur consistance normale, et il ne resta plus aucun vestige d'induration morbide.

Plus de trois ans se passèrent sans qu'il se manifestât aucun phénomène à la région opérée ; la consolidation s'était faite au point que nulle récidive ne semblait possible ; la constitution générale raffermie, l'exercice régulier de toutes les fonctions, le développement du corps, etc., ajoutèrent à cet heureux pronostic, et Caroline W... était devenue grande demoiselle ; la pâleur de son teint, unie à un peu de nonchalance, dénotait néanmoins un tempérament lymphatique que des habitudes sédentaires favorisaient encore.

Dans le courant de 1839, par conséquent cinq ans après la première opération, Caroline W..... s'aperçut qu'à la place de l'ancienne cicatrice la peau était soulevée et qu'une tuméfaction de son pourtour produisait une tension assez forte sur les plis cutanés qui y existaient. Des appréhensions sur le retour de l'ancienne affection se manifestèrent, et au bout d'un certain temps elles ne furent que trop fondées, car la tumeur repullulait avec rapidité sur le siége occupé par la première. Cette fois, la peau soulevée s'amincit, devint bleuâtre, et une légère rougeur érythémateuse de tout le voisinage indiquait un travail intérieur dont le produit s'annonça bientôt par l'apparition d'une masse dure, bosselée, divisée en lobules par les brides de la peau convergeant vers le centre de la cicatrice primitive. Nous vîmes s'accroître cette nouvelle tumeur sans pouvoir lui opposer la moindre résistance ; et elle gagna au bout de quelques mois des proportions telles que l'espace compris entre la douzième côte et la crête de l'os des iles en était rempli, et qu'elle anticipait sur la masse musculaire de la gouttière vertébrale du même côté; la saillie était telle qu'elle devint très appréciable à travers les vêtements. Comme cette tumeur (voici ses dimensions : 20 centimètres dans sa plus grande longueur sur 11 de large et 7 d'élévation) était indolente et que l'organisme n'en recevait aucune atteinte, du moins d'une manière appréciable, je crus devoir proposer une seconde ablation, qui fut acceptée sans hésitation.

La jeune personne se soumit avec courage et confiance à cette opération, plus grave que la première, en raison de l'étendue du mal et de l'adhérence solide qu'avait contractée la base de la tumeur avec les tissus sous-jacents ; ce fut au printemps de 1840.

Je tenais à déraciner dans cette circonstance tout ce qui pouvait offrir la moindre trace d'altération, et je crus devoir enlever une grande épaisseur du tissu musculaire dans lequel était implantée la masse fibreuse anormale; mon excision devint si profonde que j'arrivai au tissu sous-séreux abdominal, à travers lequel il me fut permis, ainsi qu'aux assistants, de distinguer des circonvolutions intestinales.

J'avais affaire maintenant à une grande surface saignante, et n'ayant pas de peau à ma disposition pour la recouvrir, j'arrêtai le sang, qui coulait en nappe, avec des boulettes de charpie imprégnées de poudre de colophane, et j'achevai le pansement en exerçant une légère compression sur la région opérée.

Aucun accident ne vint compliquer cette opération. La suppuration s'établit bientôt; elle dut être longue, en raison de l'étendue de la plaie et surtout de l'absence de peau.

Le travail de cicatrisation marcha convenablement, mais il a fallu plus de deux mois pour qu'il se terminât, et de petites érosions de la surface inodulaire ne se tarissaient que pour être remplacées par d'autres, ce qui retarda pendant quelque temps l'entière guérison.

Celle-ci ne devait pas être d'une aussi longue durée que la première, car au bout de dix-huit mois déjà, l'organisme se trouvant d'ailleurs dans d'assez bonnes conditions, le mal reparut, se propagea avec une intensité telle qu'il semblait se venger pour ainsi dire des atteintes dirigées contre lui ; il prit, dans l'espace de dix-huit autres mois, une forme et une dimension telles qu'il fallut renoncer à toute tentative ultérieure. Non-seulement, à partir de la région lombaire, une nouvelle tumeur se développa et se propagea le long du dos jusqu'à la région cervicale et claviculaire, mais le creux axillaire et l'aine gauches devinrent également le siége de semblables masses sous-cutanées et mobiles.

A cette époque, la santé de Caroline W... commença à s'altérer visiblement ; le chagrin de voir sa maladie devenir incurable, le souvenir de deux opérations restées infructueuses la plongèrent dans un profond découragement ; l'économie en fut atteinte, les fonctions digestives se troublèrent, les forces baissèrent peu à peu et le marasme ne tarda pas à s'établir : la malade mourut en 1843.

Inutile d'indiquer les diverses péripéties qui précédèrent cette funeste terminaison d'une maladie qui apparaissait tout d'abord sous la forme d'une insignifiante loupe et finit par de monstrueuses végétations ; elles n'appartiennent point, à proprement parler, à l'affection destructive d'un produit hétéroplastique, mais se rattachèrent plutôt à l'issue ordinaire d'un mal incurable.

Autopsie cadavérique. — Toutes les cavités splanchniques ont été ouvertes, et aucun organe n'a présenté la moindre trace d'altération organique ; la maigreur extrême du corps faisait paraître d'une manière plus expressive encore les masses énormes qui s'étaient développées sous l'enveloppe cutanée intacte du dos, du creux axillaire et de la région inguinale gauche.

La plus grande de ces tumeurs partait de la région lombaire, où elle faisait une saillie considérable, pour se diriger vers l'épaule droite ; de là elle poussait un prolongement remplissant la région cervicale et passant au-devant de la clavicule du même côté, où elle se terminait par un bord ondulé, lisse et très peu adhérent au tissu cellulaire sous-cutané. Cette masse se laissait très facilement séparer dans tout son trajet, et une déchirure paraissait seule au niveau de la région scapulaire, où l'on voit des prolongements fibreux se détacher de lobules distincts pour adhérer un peu plus intimement que le reste de la tumeur à la surface correspondante de la peau. Un coup d'œil jeté sur une figure représentant cette immense végétation donnerait mieux que la description l'idée de la conformation externe, de l'étendue et de la direction de ce produit pathologiqne.

Des tumeurs de même nature, moins développées cependant, occupaient l'une le creux axillaire gauche, l'autre la région inguinale du même côté; leur énucléation fut très facile; de légères adhérences celluleuses les fixaient seulement aux tissus circonvoisins, et aucun développement vasculaire ne signalait les régions où elles avaient établi leur siége ; les ganglions lymphatiques étaient partout dans leur état normal. La tumeur du creux axillaire avait la dimension du poing d'un adulte et celle du pli de l'aine égalait le volume d'un œuf d'oie.

En palpant ces masses, on y reconnut une consistance très grande unie à un certain degré d'élasticité. La couleur blanche et l'aspect fibreux ne pouvaient laisser de doute sur la nature du tissu de ces tumeurs, assurance que nous avions du reste déjà acquise lors des premières ablations.

Quant à leur structure interne, elle correspondait parfaitement aux caractères extérieurs : tissu dense à fibres serrées, sans aucune trace de ramollissement ni d'ulcération; seulement les masses formées les dernières offraient un appareil vasculaire capillaire plus distinct que les anciennes; les coupes faites indiquent cette différence.

A côté de ces altérations et de ces produits morbides examinés de concert avec mon honorable ami et confrère M. le docteur Boeckil, médecin de la famille de la défunte, nous en découvrîmes une autre qui n'a point encore été, que je sache, observée; c'étaient de nombreuses exostoses mamelonnées à la surface externe de la calotte du crâne.

Déjà, pendant la vie de la malade, nous avions été rendus attentifs à des espèces de nodosités du cuir chevelu, et il était tout naturel de penser que ces élevures, indolentes du reste, ne pouvaient et ne devaient être autre chose que de petites tumeurs de même nature que les grandes masses implantées dans les téguments de la tête; mais il n'en fut pas ainsi, comme on le voit. La peau, cuir chevelu très sain, ne faisait que recouvrir ces excroissances osseuses, qui, lorsque le périoste était enlevé, apparaissaient lisses, très dures et très compactes. Leur aspect extérieur, dans l'os aujourd'hui desséché, a quelque chose de lardacé et ressemble à cette altération du tissu osseux connue sous le nom de *dégénérescence éburnée*. Ces petits mamelons sont élevés de 5 à 6 millimètres au-dessus de la surface du crâne, et ont leur siége principalement au frontal et aux deux pariétaux; les uns sont isolés, d'autres groupés ; ils sont superficiels, ne pénètrent point dans la substance diploïque, et la surface interne de la voûte crânienne ne se trouve garnie d'aucune aspérité. Ayant demandé à l'un de mes collègues, qui ignorait l'origine de cette pièce, à quoi ressemblaient ces exostoses, il me répondit : A des tubeurs fibro-lardacées.

— L'examen microscopique des tumeurs n'a pas été fait dans le temps; c'est peut-être une lacune que l'exposition et l'analyse des faits de l'observation pourraient bien avoir comblée.

Réflexions. — Il me semble qu'au point de vue clinique l'observation que j'ai l'honneur d'adresser à la Société présente les conditions suivantes : développement de tumeur fibro-plastique dans un organisme entièrement dépourvu de principe d'hérédité ; marche lente de l'affection, n'exerçant d'abord aucune influence délétère sur la constitution de la malade; système fibreux, musculaire et aponévrotique comme point de départ du produit parasite; ablation première, commandée par la gêne et la difformité qu'occasionnait le siége de la tumeur fibro-plastique; récidive sur place au bout de trois ans; nouvelle excision très profonde; nouvelle recrudescence, développement de masses fibreuses énormes, dont quelques-unes éloignées du foyer originaire; apparition d'une véritable diathèse fibro-plastique exerçant son influence jusque sur le tissu osseux crânien; altération profonde de l'économie; marasme; mort.

L'absence de prédisposition apparente et favorable à l'évolution du tissu fibro-plastique me paraît se fonder, dans le cas dont il s'agit, sur le défaut de rapport entre le phénomène pathologique observé chez cette jeune personne et l'état sanitaire de ses parents. Le père, arrivé à l'âge de soixante ans, de forme athlétique, avait toujours joui d'une santé parfaite, lorsque longtemps après la naissance de ses enfants il eut des accès de goutte qui avaient laissé jusqu'à la fin de ses jours des traces aux articulations phalangiennes des doigts et des orteils; il succomba à une cystite aiguë. La mère, femme d'une taille élancée, vivante encore, ne se rappelle point d'avoir jamais souffert d'une maladie distincte, si ce n'est de cardialgie périodique. Il est vrai que la jumelle de Caroline W... n'a point survécu longtemps à sa sœur. D'après toute apparence, elle succomba à une affection tuberculeuse des viscères du bas-ventre, après avoir porté pendant près de deux ans une éruption dartreuse à la région orbitaire droite, et vu se développer un engorgement chronique de l'articulation du coude gauche ayant entraîné une ankylose de cette jointure. Ces derniers renseignements sont posthumes, des circonstances indépendantes de ma volonté ne m'ayant pas permis d'observer ce fait par moi-même. Un

médecin, frère de la malade, aurait pu me les donner, mais il est mort depuis longtemps d'une maladie aiguë. Deux autres sœurs, plus âgées que les défuntes, vivent encore aujourd'hui. L'une, quoique de complexion faible, a dépassé trente ans sans qu'aucune affection organique se soit manifestée chez elle; l'autre, mariée et mère de plusieurs enfants très bien portants, est le modèle d'une organisation heureuse et florissante.

L'origine, le siége et le mode de propagation des tumeurs fibro-plastiques observées chez Caroline W... me paraissent correspondre d'abord à l'analogie du tissu fibreux normal (musculaire et aponévrotique de la région lombaire, d'après cette loi de physiologie pathologique en vertu de laquelle des produits accidentels participent plus ou moins du caractère des tissus naturels, dans lesquels ils se développent aussi de préférence. Cette condition, il est vrai, n'a subsisté que jusqu'au moment où la diathèse, une fois établie, a permis à des tumeurs de surgir indépendantes dans d'autres régions du corps, et sans se trouver en continuité de texture avec la masse originaire et primitive. A cette dernière époque, la saturation de l'organisme était telle, que de nombreuses exostoses sont venues recouvrir la calotte crânienne, offrant en petit l'aspect et la conformation des masses fibro-plastiques sous-dermiques. La récidive s'est donc présentée sous deux formes, sur place d'abord, et ensuite dans des lieux éloignés, avec la particularité qu'aucun organe interne n'en a ressenti les influences, et que le système lymphatique, les ganglions du moins, n'ont offert aucune trace d'altération.

Je ne pense pas avoir encouru le reproche d'avoir laissé subsister dans la plaie, lors des excisions, des éléments morbides organisés susceptibles de se reproduire sous forme de végétations nouvelles; la profondeur à laquelle je suis allé exclut ce mode présumé de repullulation et force naturellement d'admettre une cause morbifère inconnue se développant dans l'organisme sous l'influence d'agents également indéterminés.

Que dirai-je maintenant de la curabilité des tumeurs fibro-plastiques? Elle doit, d'après les saines règles de la pathologie, découler de la nature ou de l'essence de la maladie; mais en quoi consiste cette essence? Comment peut-elle diriger le médecin ou le chirurgien dans le traitement de ces tumeurs? Faut-il, lorsque l'on croit à leur parfaite innocuité, les laisser subsister quand elles n'occasionnent que de la gêne ou de la difformité? Est-il besoin de les attaquer avec l'instrument tranchant alors que l'on est persuadé de leur récidive? Convient-il de les assimiler à des végétations cancéreuses et de les poursuivre jusque dans leurs derniers retranchements?

C'est ici que surgissent les difficultés et que l'art a demandé à la science la clef de ses déterminations. Or c'est dans la composition de ces tumeurs, dans la structure intime de leur tissu, dans l'histologie, en un mot, que l'on est allé chercher la solution de ces questions ardues. Prenant pour point de comparaison les productions cancéreuses avec leurs différentes formes et les effets de ces dernières sur l'économie animale, on a dû naturellement rechercher l'élément primordial de ces deux produits morbides, et arriver enfin à la *cellule* pour lui demander le secret d'organisation qui distingue ou qui rapproche le cancer de la tumeur fibro-plastique.

Je professe une estime profonde pour tout ce qui tient de près ou de loin au progrès, et je m'incline respectueusement devant les travaux des modernes concernant la détermination de l'élément primitif comme point de départ de toute substance organique; mais, malgré les résultats admirables auxquels, anatomiquement parlant, on est arrivé de nos jours, la science est loin d'avoir dit son dernier mot, et les applications histologiques n'ont fait encore que soulever un coin du voile qui recouvre les opérations délicates de la nature. J'ai observé et pratiqué longtemps avant la découverte de la *cellule animale;* les tumeurs fibro-plastiques d'aujourd'hui étaient des *tumeurs fibreuses malignes;* on ne les attaquait pas impunément, surtout lorsqu'elles avaient une certaine ancienneté; le cancer, lui aussi, était tantôt fibreux, tantôt médullaire; le siége qu'il occupait ajoutait parfois à sa gravité ou en atténuait le danger, comme cela arrive aujourd'hui pour le cancer épithélial; les récidives s'observaient dans les deux maladies quelquefois plus tôt, quelquefois plus tard, et la diathèse cancéreuse est encore assimilable à la diathèse fibro-plastique, moins la teinte jaune et la sensibilité des tumeurs.

On a donc constaté dans tous les temps de la ressemblance et de la différence entre ces deux affections; leurs effets sur l'économie étaient toujours délétères, et la thérapeutique devait nécessairement échouer le plus souvent devant ces graves altérations.

L'anatomie moderne, dans ses élucubrations histologiques, a signalé pour le tissu *fibro-plastique* un élément principal, la *fibre;* celle-ci procède d'une cellule métamorphique, qui s'arrête dans sa transformation quand la fibre est développée; le tissu qui se forme de l'assemblage en masse de cet élément a des caractères distinctifs; il peut acquérir des dimensions extraordinaires, rester insensible et ne s'ulcérer jamais.

Quant au cancer, indépendamment de son principe fibreux, tel qu'il se montre surtout dans le squirrhe, c'est encore la cellule qui fait en partie les frais des tumeurs et des végétations; c'est à l'accumulation de cet élément que les masses cancéreuses doivent probablement leur peu de consistance. Mais ici cette cellule, qui n'a rien de spécifique, une fois développée, ne se métamorphose plus; elle peut s'altérer, et entre alors dans le détritus que fournit si souvent la dégénérescence cancéreuse.

Je fais abstraction des autres substances que l'on rencontre dans des proportions diverses dans les deux produits anormaux, telles que tissu cellulaire, vaisseaux, suc propre, pigment, sérosité, etc., etc., et je me demande encore s'il existe une différence déterminée, caractéristique entre l'élément primitif du tissu fibro-plastique et celui qui entre dans la composition du tissu fibreux accidentel des tumeurs fibreuses du sein, de la matrice, dans la transformation de la même espèce, des artères, dans le cal provisoire, etc.; enfin, si l'origine de la fibre du tissu connectif née de la métamorphose de sa cellule se distingue de l'évolution fibro-plastique commençant également par une cellule à noyau et à nucléole?

Si cette différence existe, elle n'a pas été jusqu'à présent appréciable à nos sens; et cependant il faut presque l'admettre, car comment expliquer autrement la diathèse fibro-plastique enseignée par l'expérience et l'observation que par le mélange avec le sang des globules moléculaires fibro-plastiques! Et le tissu oméo-plastique fibreux n'a-t-il pas pour caractère principal, au contraire, la localisation pure et simple, l'absence de tout effet délétère sur l'économie et le défaut d'absorption de ses éléments constitutifs que la masse de sang ne reçoit jamais?

Tout ce qui tient à la dissémination des tumeurs fibro-plastiques, à leur siége, à l'extrême rareté de leur transformation, à l'absence de leur ulcération, au défaut de retentissement dans les ganglions voisins, à leur apparence de bénignité primitive, à leur caractère hétéroplastique et à leur fréquente incurabilité, me semble devoir placer les tumeurs fibro-plastiques entre le cancer et les produits fibreux oméoplastiques.

Quant au cancer lui-même, surtout quant à la cellule qu'on y découvre en si grande quantité, cette dernière entre, il est vrai, comme élément constitutif dans la composition des tumeurs de cette nature et sa présence doit influer plus ou moins sur les formes variées extérieures de la maladie. Cette cellule, improprement appelée *cancéreuse*, peut donc se rencontrer, et se rencontre en effet, là où il n'y a pas de cancer; c'est ainsi que le microscope a pu la signaler dans les tumeurs fibro-plastiques, sans que pour cela ces dernières fussent constituées cancers; les deux éléments, *fibre* et *cellule*, ne s'excluent donc pas.

Il résulte de là aussi que dans les tumeurs dites hétéroplastiques on a tant de peine à trouver dans tous les points de leur étendue à l'aide du microscope cette homogénéité désirée, et que les explorations partielles entreprises du vivant des individus ne peuvent, le plus souvent, que fournir des données incertaines quant à la structure intime et moléculaire de leur tissu.

Inutile de rappeler ici les autres propriétés du cancer; cette maladie a fait dans ces derniers temps le sujet de tant de travaux et de tant d'investigations que l'on est étonné de n'être pas plus avancé quant à la thérapeutique; j'ai voulu seulement jeter un coup d'œil sur les points de contact qui existent entre cette dernière maladie et les tumeurs fibro-plastiques, mais je croirais abuser de la patience du lecteur si j'étendais davantage ces considérations.

— M. Ferdinand Martin lit un mémoire sur l'emploi d'un appareil à extension applicable aux fractures du col du fémur et aux luxations spontanées.

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Lenoir, Chassaignac, Monod, Robert, Nélaton.

Le secrétaire de la Société, Marjolin.

M. le ministre de l'instruction publique vient de faire publier dans le *Moniteur* un nouveau règlement pour l'examen de la licence ès sciences physiques, naturelles et mathématiques.

Ce règlement était nécessité par la suppression des deux anciens baccalauréats ès sciences physiques et mathématiques; les parties trop élevées de ces baccalauréats ont été reportées sur les licences. Voici en quoi consiste ce règlement :

Art. 1er. Deux sessions sont établies chaque année dans les facultés des sciences pour les examens des trois licences; la première s'ouvre le 1er juillet, la deuxième le 1er novembre. Chacune d'elles ne peut durer plus d'un mois.

Les candidats sont tenus de se faire inscrire avant le jour de l'ouverture.

Aucun examen, isolé ou collectif, n'a lieu en dehors des sessions.

Art. 2. Les examens sont subis devant des jurys distincts, choisis par le doyen dans le sein des facultés. Chaque jury est composé de trois examinateurs.

Art. 3. L'examen se divise en épreuves écrites, pratiques et orales. Les épreuves orales sont seules publiques. Nul n'est admis à l'une de ces épreuves s'il n'a satisfait aux précédentes. Le candidat qui n'a pas satisfait à l'une des épreuves perd le bénéfice des épreuves antérieures.

Art. 4 et 5. Les sujets des examens sont empruntés aux programmes publiés. Pour la licence ès sciences physiques, l'épreuve écrite porte sur un sujet de physique générale. Pour la licence ès sciences naturelles, elle porte sur un sujet d'anatomie et de physiologie animale ou végétale.

Les articles subséquents fixent le temps de durée des épreuves écrites et orales.

Pour la licence ès sciences physiques, une des interrogations porte sur la physique, l'autre sur la chimie et la minéralogie. Pour la licence ès sciences naturelles, l'une porte sur la zoologie, l'autre sur la botanique et la géologie.

Le but de ces modifications est de donner une importance plus grande à la licence, et d'ouvrir de plus faciles et plus larges carrières aux licenciés; nous y applaudissons de grand cœur si l'espoir de M. le ministre se réalise. « Dans ce siècle de mouvement scientifique et de progrès industriel incessant, dit M. Fortoul, la science est une richesse, un patrimoine; celui qui la possède peut se passer de toute autre fortune : il a sa place marquée dans le pays. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Les décrets relatifs à la nomination aux chaires vacantes à la Faculté de médecine de Paris sont, assure-t-on, signés, et paraîtront demain sans doute au *Moniteur*.

M. *Grisolle* serait nommé professeur de thérapeutique et de matière médicale;

M. *Moquin-Tandon*, professeur d'histoire naturelle médicale.

La nomination à la chaire d'anatomie de la Faculté de Montpellier n'est pas encore signée.

—La Société médicale des hôpitaux de Paris a procédé mercredi dernier au renouvellement de son bureau et à la formation de ses différents comités. M. le professeur Requin, vice-président de l'année dernière, a été élu président pour l'année 1853-1854. Ont été nommés : vice-président, M. Bricheteau; secrétaire général, M. Henri Roger; secrétaires particuliers, MM. Hérard et Léger; trésorier, M. Labric. On a procédé ensuite à l'élection du conseil d'administration, dont MM. Barth, Legroux, Marrotte, Trélat et Vigla ont été nommés membres. En outre, feront partie du comité de publication MM. Hérard, Labric, Léger, Marrotte et Roger; et du conseil de famille, MM. Devergie, Hervez de Chégoin, Horteloup, Guérard et Natalis Guillot.

Le secrétaire général rappelle que la Société médicale des hôpitaux de Paris se compose de membres titulaires (médecins des hôpitaux), de membres associés et de correspondants; elle tient ses séances les deuxième et quatrième mercredis de chaque mois, dans l'amphithéâtre des hôpitaux, rue Neuve-Notre-Dame, 2, à trois heures et demie de l'après-midi; ces séances sont publiques. Il rappelle également que la Société a proposé un prix de 1,000 francs à décerner en 1854 à l'auteur du meilleur mémoire sur l'*albuminurie*. — S'adresser pour les renseignements à M. Henri Roger, secrétaire général, boulevard de la Madeleine, 15, à qui les mémoires devront être adressés *franco* avant le 31 décembre 1853.

— On assure que, sur le désir réitéré exprimé par Sa Majesté l'Impératrice, présidente de la Société maternelle et protectrice de toutes les sociétés de bienfaisance qui s'occupent de l'enfance, il est question d'ouvrir dans le faubourg Saint-Antoine une succursale de l'hôpital des Enfants malades. Deux pavillons seraient, dit-on, construits très prochainement à côté de l'hôpital Saint-Antoine; tous deux de 100 lits et destinés l'un aux maladies aiguës, l'autre aux maladies chroniques.

— Le *Dictionnaire des Dictionnaires de médecine* du docteur Fabre avait déjà été adopté en 1842 par le ministre de la guerre, sur l'avis du conseil de santé, pour les hôpitaux militaires d'instruction et de perfectionnement.

Par suite d'un nouvel avis favorable du conseil de santé des armées, M. le ministre de la guerre vient de souscrire à quinze exemplaires de cet ouvrage. Ces exemplaires sont destinés aux hôpitaux militaires de l'Algérie.

— On annonce que M. le docteur Richond des Brus est nommé de nouveau médecin inspecteur des eaux de Néris, en remplacement de M. le docteur Sébille, qui passe à l'inspection des eaux de Plombières.

— M. le docteur Amable Dubois, deuxième inspecteur adjoint des eaux de Vichy, est nommé premier inspecteur adjoint en remplacement de M. Petit, dont nous avons annoncé la nomination à la place d'inspecteur en remplacement de M. Prunelle, nommé médecin inspecteur honoraire.

— Encore une victime de son dévouement. Un jeune externe des hôpitaux, M. Paul Rousset, à la suite des fatigues occasionnées par la dernière épidémie, vient de succomber à une fièvre typhoïde.

M. Paul Rousset était attaché au service de M. Vernois, à l'hôpital Saint-Antoine. M. le docteur Reymond a fait une notice touchante sur ce jeune homme, aimé et estimé de ses chefs et de ses camarades.

— M. le docteur de Mersseman (de Bruges), membre titulaire de l'Académie de médecine belge, médecin habile et littérateur distingué, vient de mourir.

— M. Soler a été nommé professeur de dermatologie à la Faculté de médecine de Madrid.

— M. Argumosa, professeur de clinique chirurgicale à la même Faculté, aurait, dit-on, donné sa démission par suite de sentiments d'antipathie qui existeraient entre lui et M. Soler.

— *Choléra à Moscou.* — La *Gazette des Postes de Moscou* annonce officiellement que le choléra a éclaté dans cette ville. Les hôpitaux ont été mis à la disposition des malades dans huit quartiers. Pour assurer le maintien de l'ordre et la régularité du service, des officiers et des employés spéciaux ont été adjoints au gouverneur général dans chaque quartier. On n'a pas encore déterminé d'une manière précise le nombre des cas de choléra.

— *Mortalité à Londres.* — Pendant la première semaine d'avril, la mortalité à Londres a atteint le chiffre considérable de 1,748, 450 de plus que la moyenne établie les années précédentes à cette époque. Les bronchites ont augmenté, depuis la semaine précédente, de 175 à 231 : différence, 56; les pneumonies, de 88 à 122 : différence, 34; les maladies des organes respiratoires, de 322 à 420 : différence, 98; les maladies zymotiques, de 233 à 273 : différence, 40. — Augmentation de mortalité sur la dernière semaine du mois pour ces maladies seulement, 228.

— *Mortalité à Philadelphie.* — Depuis le 4 juin jusqu'au 2 octobre inclusivement, 2,751 décès ont été enregistrés, 1/4 p. 100 en plus du trimestre précédent. En déduisant les enfants morts-nés, les morts de vieillesse et les morts accidentelles, il reste 2,497 décès imputables à diverses maladies, dont 980, plus d'un tiers, sont le résultat de maladies épidémiques.

— Nous rapportons, sans le garantir, le fait suivant que raconte le *Courrier de Marseille* et qui lui est affirmé par un docteur en médecine de cette ville :

Un éleveur d'oiseaux pour les chasseurs a un tout jeune enfant atteint de phthisie pulmonaire. Depuis que les symptômes du troisième degré de la maladie se sont manifestés, ce pauvre homme a vu peu à peu ses petits pensionnaires ne plus boire, refuser les graines les plus fraîches, maigrir et tomber morts, malgré le soin qu'il a eu de tenir les appartements bien propres et bien aérés. Sans se rendre compte du fait, il a transporté chez un voisin le reste de ses oiseaux, qui jouissent en ce moment de la santé la plus parfaite. Seulement il a voulu ces jours derniers renouveler l'expérience en ramenant un *verdon* (verdier) dans la chambre du petit malade; et là, malgré les soins les plus assidus, l'oiseau est mort au bout de quarante-huit heures.

M. le docteur Cazenave commencera, à l'hôpital Saint-Louis, mercredi prochain, 4 mai, à neuf heures, ses leçons cliniques sur les maladies de la peau, et les continuera les mercredis suivants à la même heure.

La visite des malades aura lieu à huit heures.

— M. Flourens, membre de l'Institut, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, ouvrira son cours de physiologie comparée au Muséum d'histoire naturelle aujourd'hui, 3 mai, à onze heures précises, et le continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine à la même heure.

Les leçons auront lieu dans l'amphithéâtre de géologie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Des sourds-muets. Introduction à l'étude médicale et philosophique de la surdi-mutité; par M. E. Hubert Valleroux, docteur en médecine. Paris, 1853. Un vol. in-8°. Prix, 2 fr. 75 c. Chez Victor Masson, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Question d'hygiène et de salubrité des prisons, de la possibilité des travaux agricoles dans les maisons centrales, en particulier dans celle de Cadillac-sur-Garonne (ancien château du duc d'Epernon); par J.-F. Faucher, docteur en médecine, médecin en chef du service médical de Cadillac, etc. 1 vol. in-8° de 103 pages. Paris, 1853. Prix, 2 fr. 50 c. A Paris, chez J.-B. Baillière, rue Hautefeuille, 19.

Traité de thérapeutique des maladies articulaires, par M. A. Bonnet, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine de Lyon, membre correspondant de l'Académie de médecine. 1 vol. in-8° de 700 pages, accompagné de 97 planches intercalées dans le texte. Paris, 1853. Prix, 9 fr. — A Paris, chez J.-B. Baillière, rue Hautefeuille, 19.

Traité de l'amaurose, ou goutte sereine, contenant des faits nombreux de guérison de cette maladie dans des cas de cécité complète; par le docteur Deval. Prix. 6 fr. 50 c. — A Paris, chez Victor Masson, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Une traduction allemande de cet ouvrage, par le docteur Herzfelder (de Würtzbourg), vient de paraître à Quedlinbourg et à Leipzig (librairie de Basse).

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 53. — JEUDI 5 MAI 1853. (26e ANNÉE.) N° 53. — JEUDI 5 MAI 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40; EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE.	Trois mois....	8 fr. 50 c.
	Six mois....	16 »
	Un an......	30 »
GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES.	Trois mois......	9 fr.
	Six mois......	17
	Un an........	33
ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR.	Trois mois......	10 fr.
	Six mois........	20
	Un an.........	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

PARIS, LE 4 MAI 1853.

Séances des Académies.

La discussion sur la surdi-mutité a continué dans cette séance; un seul orateur, M. J. Guérin, a pris la parole. L'heure avancée ne lui ayant pas permis de terminer, la discussion a été renvoyée à la prochaine séance. Nous ne dirons donc rien de cette première partie du discours de M. Guérin; mais une lettre fort importante de M. Menière a été lue par M. le secrétaire perpétuel, et à ce sujet nous croyons devoir faire quelques observations.

Dans cette lettre, l'honorable médecin de l'Institut des sourds-muets s'inscrit en faux contre toutes les guérisons annoncées. Il n'accorde sans doute pas une foi plus grande aux succès indiqués par Itard lui-même qu'à ceux de M. Blanchet, signalés par la commission; et il conclut que *l'éducation auriculaire des sourds-muets doit être considérée comme impraticable.*

Sans contester en aucune manière la sollicitude du gouvernement pour les sourds-muets et l'habileté des maîtres qui sont préposés à l'enseignement de ces infortunés, nous ferons remarquer à notre honorable confrère que ni M. Blanchet, ni les membres de la commission n'ont proposé de soumettre indistinctement tous les sourds-muets à la méthode dite de l'articulation; il s'agit seulement de distinguer et de classer les sourds-muets qui peuvent y trouver quelque avantage. Nous voyons une contradiction manifeste entre les conclusions si absolues de M. Menière et ce qu'il dit plus haut des miracles qu'obtiennent l'amour maternel et la patience admirable des familles. En un mot, si l'on prenait à la lettre les expressions de M. Menière, il faudrait à tout jamais se contenter de ce qui existe, et renoncer à toute idée de progrès. Notre honorable confrère a sans doute été plus loin qu'il ne voulait dans cette lettre, d'ailleurs fort intéressante.

Nous ne dirons rien de la communication de M. Maisonneuve; il s'agit d'un fait que nous avons fait connaître, et que nous publions avec tous les détails fournis par l'habile chirurgien de l'hôpital Cochin. Cette opération d'amputation complète de la mâchoire inférieure, qui a été faite à l'étranger, est, sans contredit, reconnue comme la première de ce genre pratiquée en France.

A l'Académie des sciences, nous signalerons comme un fait curieux de physiologie oculaire l'observation faite par M. le docteur Szokalski sur la rotation de l'œil autour de son axe, qui explique dans certains cas la diplopie existant, selon l'auteur, dans quelques affections du système ganglionaire abdominal et des affections de la moelle.

TRIBUNAL CORRECTIONNEL DE PARIS (6e chambre).

Présidence de M. LEGONIDEC. — Audience du 3 mai.

Homicide par imprudence. — Emploi du chloroforme par un médecin assisté d'un étudiant en médecine.

Ce fait, que nous avons signalé dans notre numéro du 19 février dernier, vient d'amener des conséquences graves. Une condamnation d'homicide par imprudence atteint un jeune confrère et un élève en médecine, dont la responsabilité aurait dû, ce nous semble, être couverte par celle du docteur.

Le jeune confrère, M. Triquet, est un ancien interne des hôpitaux, qui a obtenu la médaille d'or, au savoir et à l'intelligence duquel ses anciens chefs se sont empressés de rendre justice. Il n'était pas à son début pour l'emploi du chloroforme; il l'avait administré sous les yeux de ses chefs un très grand nombre de fois; on ne peut donc l'accuser d'inexpérience. Il nous paraît utile, indispensable, dans l'intérêt de tous les chirurgiens, de donner à ces faits la plus grande et la plus prompte publicité. Il faut que nos confrères sachent positivement à quoi s'en tenir et sur les dangers réels de cet agent puissant, et sur les conséquences que peuvent avoir pour eux des accidents indépendants de leur volonté, et que l'expérience la plus longue et la plus habile, la prudence la plus consommée ne peuvent prévoir, pas plus qu'elles ne peuvent souvent y remédier. Voici les faits en peu de mots :

Un sieur Breton, marchand de porcelaine, âgé de trente-quatre ans, a succombé, le 15 février, après quelques aspirations de chloroforme auxquelles on l'avait soumis pour lui faire l'extirpation d'une tumeur à la joue.

Une instruction a eu lieu à ce sujet, et MM. Triquet et Masson ont été appelés en police correctionnelle.

Nous n'insisterons pas sur les circonstances du fait, qui n'ont présenté rien de particulier; la mort a été presque instantanée, et tous les moyens employés par les prévenus ont été inutiles.

Un certain nombre de confrères ont été appelés comme témoins : ce sont MM. Devergie, Millardet, Guillemot, Nélaton, Trousseau, Velpeau, Robert, Gosselin, Valleix et le pharmacien chez lequel on avait pris le chloroforme, M. Mialhe. Nous extrayons ce qui peut avoir quelque importance dans les déclarations de ces confrères.

Ainsi M. Devergie déclare n'avoir pu, à cause de la putréfaction du corps, constater si on avait ou non fait usage du chloroforme; on a constaté qu'au moment de la mort, 9 heures du matin, le malade était à jeun; l'estomac était vide; il y avait absence de liquides dangereux, de liqueurs, d'alcool; il ne restait donc que l'hypothèse du chloroforme.

M. Devergie ajoute que le *chloroforme peut tuer comme poison;* s'il est administré dans des proportions convenables, *il ne tue pas, mais il peut encore causer des accidents.* Ainsi, il resserre la glotte, il fait obstacle à la respiration. Employé par M. Demarquay sur lui-même, à des doses très petites, ce resserrement de la glotte a été constaté. Il est possible que le sieur Breton ait éprouvé cet accident, et en ce cas le chirurgien le plus habile ne peut empêcher la mort.

M. Devergie ajoute que la tumeur de la joue du malade était de nature cancéreuse.

Quant aux précautions à prendre contre les accidents, il pense que le vinaigre et les frictions n'aboutiraient à rien; le meilleur moyen, c'est l'insufflation.

M. Millardet, arrivé à neuf heures et demie, a pratiqué sans succès des insufflations de bouche à bouche et des pressions sur l'estomac.

M. le professeur Nélaton, après avoir parlé de M. Triquet, qui a été son interne, dans les termes les plus favorables, et avoir déclaré que, sous sa direction et hors de sa présence, ce jeune confrère a employé très fréquemment le chloroforme, répond aux questions suivantes que nous croyons utile de reproduire.

M. le président. Est-il d'usage d'employer le chloroforme pour les opérations légères?

M. Nélaton. En général, non. Mais il faut que le tribunal sache que les médecins se trouvent souvent dans des positions très délicates; ils ne conseillent pas le chloroforme, mais il leur est imposé par les malades.

D. C'est aux médecins de lutter contre la volonté des malades.

R. Nous le faisons toujours; mais il est beaucoup de cas où, après les avoir éclairés, nous sommes obligés de céder, dans leur propre intérêt.

D. Mais quand il ne s'agit que d'opérations légères?

R. Une opération légère peut être douloureuse, et, par exemple, toutes les opérations à la face motivent l'emploi du chloroforme, car la mobilité des organes essentiels qui la composent doit engager le médecin à s'assurer qu'il ne sera pas troublé dans son opération.

D. Quelles précautions doit-on prendre contre les accidents?

R. Il n'y a pas de médicaments pour parer aux accidents. Il faut ne pas l'administrer aux poitrinaires, aux personnes qui respirent mal; il faut les tenir dans une certaine position.

D. Est-il dans l'usage qu'il n'y ait pas de témoins pendant l'opération?

R. Nous n'excluons jamais personne, mais depuis cette affaire nous nous sommes dit : *Ce n'est pas assez de ne pas exclure, il faut requérir des témoins*, et désormais nous aurons toujours des parents; avant nous leur permettions de se retirer, nous ne le leur permettrons plus.

D. Dans le cas du sieur Breton, l'ammoniaque ne n'eût-il pas été utile?

R. L'ammoniaque ne peut être utile que de deux manières : ou parce qu'il sera respiré, ou parce qu'il produira une irritation locale; or, pour un sujet qui ne respire plus ou qui ne sentira pas l'amputation d'un membre, que pourrait faire l'ammoniaque, produisant une légère cautérisation? Je pense que les accidents qui surviennent pendant la chloroformisation sont des syncopes; une fois j'ai réussi à combattre la syncope en plaçant le malade la tête en bas.

Les dépositions de MM. Trousseau et Velpeau ont également une grande importance.

M. Trousseau pense, pour l'administration du chloroforme, que le malade doit être couché et qu'on doit le lui faire respirer dans un mouchoir ou dans un cornet, afin qu'il puisse respirer de l'air en même temps; il faut ne pas quitter le pouls; s'il faiblit, on s'arrête; mais il y a des malades qui, à la troisième ou quatrième aspiration, tombent dans une profonde stupeur.

D. Et que fait-on pour les en tirer?

R. Ce qu'on fait pour les asphyxiés; je dois ajouter que chez certaines personnes il y a des prédispositions qui compliquent tellement le danger qu'il devient presque impossible de le combattre.

M. Velpeau déclare qu'il est difficile de résoudre la question d'une manière absolue. *Il y a des cas où la mort peut arriver même quand on a agi avec la plus grande prudence et d'après toutes les règles de la science.* Il fait connaître que depuis 1847, soit dans les hôpitaux, soit en ville, il est peu de malades devant subir une opération chirurgicale qui ne soient chloroformisés, et néanmoins les accidents sont très rares. Pour sa part, il n'en a pas eu à constater.

M. Mialhe déclare que le chloroforme pris chez lui était bien préparé; il avait été rectifié plusieurs fois; je ne dis pas, ajoute-t-il, que non rectifié il puisse donner la mort, mais *il peut occasionner des accidents, par exemple des vomissements.*

Après une longue délibération en la chambre du conseil, le tribunal a prononcé en ces termes :

« Attendu qu'il est établi par l'instruction et les débats que Triquet et Masson ont, le 15 février dernier, soumis à l'action du chloroforme le sieur Breton, se trouvant de leur aveu dans un état d'agitation causé, suivant les déclarations de Masson, soit par l'appréhension que lui causait l'approche de l'opération, soit par l'attente à laquelle l'avaient soumis les opérateurs;

» Qu'il résulte des mêmes documents que la chambre dans laquelle ladite opération allait avoir lieu était petite, basse, trop chauffée, encombrée de meubles;

» Attendu qu'il est établi que, pour soumettre un malade à l'action du chloroforme, il importe de ne pas se trouver dans les conditions énoncées par Masson;

» Qu'il convient de n'approcher le chloroforme des voies respiratoires qu'après s'être assuré que lesdites voies sont libres, dépourvues d'agitation, de contraction ou de gêne, et seulement dans des localités disposées pour que la circulation de l'air soit libre et facile;

» Que cependant Triquet et Masson ont négligé d'observer ces règles essentielles et élémentaires de l'emploi du chloroforme;

» Attendu que si le chloroforme est un agent dangereux et actif, pouvant occasionner directement la mort, il ne doit être employé qu'avec la plus grande circonspection; d'où il suit qu'on ne doit y avoir recours que dans les opérations les plus graves, celles où la force de la douleur est de nature à vaincre la force physique du malade, et dans celles où l'immobilité du malade est une condition essentielle au succès de l'opération;

» Qu'il est établi par les déclarations de Triquet que l'opération à laquelle il entendait soumettre Breton était une opération très légère;

» Que dès lors c'est à tort que les prévenus ont exposé ledit Breton à un cas de mort pour une extirpation qui ne présentait ni danger, ni douleur très vive; que l'emploi du chloroforme, dans les circonstances précitées, est un acte de grave imprudence, et que c'est à cet acte qu'il faut attribuer la mort de Breton; que les démarches faites par Triquet et Masson auprès du docteur Guillemot, les mensonges auxquels ils ont eu recours, soit pour dissimuler l'emploi du chloroforme, soit pour hâter l'inhumation du corps de Breton, sont autant d'aveux implicites des reproches qu'ils s'adressaient intérieurement et des craintes que leur acte leur inspirait;

» Que ces faits constituent le délit prévu par l'article 319 du Code pénal;

» Faisant en même temps application aux prévenus de l'article 463 en raison des circonstances très atténuantes puisées dans leurs bons antécédents;

» Les condamne chacun en 50 fr. d'amende. »

HOTEL-DIEU. — M. ROSTAN.

Observation remarquable de paralysie musculaire atrophique (1), guérie par les armatures métalliques du docteur Burcq.

(Communiquée à l'Académie de médecine le 26 avril 1853.)

Touzard, âgé de quarante-cinq ans, né à Saint-Remy (Seine-et-Oise), est entré à l'Hôtel-Dieu, service de M. Rostan, salle Sainte-Jeanne, n° 6, le 23 août 1850. Cet homme est grand de taille, a la face colorée, les yeux encore vifs et animés, et porte tous les signes extérieurs d'une constitution qui a dû être excellente.

Le 30 juin dernier, à la suite de libations, Touzard fut précipité dans la rivière étant en sueur et par un temps très chaud.

Repêché et ramené chez lui, il conserva ses habits mouillés, et alla se consoler de sa mésaventure au cabaret, sans pouvoir se réchauffer. Après une nuit un peu agitée, et après avoir cependant assez bien dormi, il lui fut le lendemain impossible de se lever. Il avait déjà la veille au soir éprouvé, selon son expression, des battements dans les talons, et comme des soupapes ou des ressorts qui s'élevaient et s'abaissaient alternativement sous la peau. Pas de fièvre. Les jours suivants la maladie s'accrut, et les battements gagnaient de proche en proche les membres inférieurs tout entiers, et les supérieurs depuis leurs extrémités digitales jusque vers le milieu des avant-bras.

Pendant six semaines encore il fut traité en ville, il fut saigné, prit une pilule d'extrait de belladone matin et soir; et ce n'est que deux mois après l'accident qu'il entra à l'Hôtel-Dieu.

(1) L'histoire de ce malade a été publiée par M. le docteur Foucart, dans la *Gazette des Hôpitaux*, à la suite d'une visite à l'Hôtel-Dieu, où notre confrère avait assisté à une intéressante leçon de M. Vigla sur ce *cas singulier de paralysie*; après M. Foucart, est venu M. Brierre de Boismont, qui a inséré les mêmes faits dans le *Dictionnaire des dictionnaires de médecine* du Dr FABRE (supplément 1851), sous le titre de *Paralysie générale progressive sans aliénation.*

Reçu dans le service de M. Rostan, l'éminent professeur ordonna successivement deux vésicatoires sur la nuque, un bain de Baréges tous les deux jours, des opiacés à l'intérieur, mais sans compter beaucoup sur leur efficacité.

Un peu plus tard, M. Vigla, étant venu remplacer M. Rostan, appela en consultation M. Duchenne (de Boulogne), qui, après quelques habiles explorations faites avec son appareil électrique, crut devoir poser, avec M. Vigla, un pronostic très fâcheux. Quant au nom véritable à donner à la maladie, rien n'était moins facile, et nos deux confrères semblent avoir toujours eu à cet égard la plus grande incertitude.

Ainsi, une première fois, M. Vigla avait cru avoir affaire à l'atrophie musculaire progressive de M. Aran; puis il diagnostiqua la paralysie générale progressive, titre sous lequel la maladie avait été présentée par M. Duchenne, et fut décrite plus tard par M. Brierre de Boismont; puis encore une paralysie simplement périphérique, et, en dernier lieu, un genre de paralysie que la réserve de notre confrère lui fit qualifier seulement de *singulière* (*Gazette des Hôpitaux*, 21 septembre).

Pendant les premiers temps qui suivirent l'entrée de Touzard à l'Hôtel-Dieu, divers motifs, parmi lesquels nous devons placer en première ligne l'absence même de M. Rostan, furent cause que nous nous bornâmes à faire l'essai de quelques applications partielles du cuivre et de l'acier, afin de savoir lequel de ces deux métaux pourrait, au besoin, nous rendre le plus de services.

Ce n'est que plus tard, dans les premiers jours d'octobre, lorsque nous crûmes avoir acquis la preuve que les moyens ordinaires de traitement étaient tout au moins insuffisants pour amener la guérison, que nous nous hasardâmes à faire une application sérieuse de nos armatures.

Le premier de nos essais avait eu lieu le 13 septembre; il est assez remarquable dans ses résultats pour que nous ne le laissions pas ignoré. Nous prendrons donc le malade à cette date.

Le 13 septembre, le malade étant couché dans la position horizontale, ses jambes rapprochées et abandonnées librement sur le lit, ainsi que les bras, on voit tous les muscles superficiels des pieds et des mains, ceux de la région antérieure des jambes et des avant-bras, et un peu moins les muscles couturiers et adducteurs, pris continuellement de frémissements ou spasmes fibrillaires, comme ceux offerts par Lecomte.

Aux cuisses et aux bras, où les muscles sont encore entourés d'une grande partie de leur tissu cellulo-adipeux, les battements sont très peu apparents, ainsi qu'à la région postérieure des jambes; mais en pressant légèrement les muscles avec la main, on les sent encore profondément là même où on aurait été le plus tenté d'en nier l'existence.

Les extrémités tendineuses sont particulièrement affectées par ces contractions musculaires; celles qui sont le plus saillantes, comme autour du poignet et sur le dos du pied, présentent *sans cesse* les alternatives d'une tension et d'un relâchement très rapide, comme vermiculaire.

Les muscles du tronc paraissent avoir été presque complétement respectés : ce n'est qu'à la face qu'on retrouve quelques contractions de la même nature.

On voit aussi les phénomènes spasmodiques atteindre quelquefois un muscle isolément, ou bien même tout un système de muscles; mais cela est beaucoup moins fréquent que M. le professeur Cruveilhier ne l'a noté pour son malade... Notons, d'ailleurs, que Touzard était déjà sujet à un léger tremblement alcoolique. Hors de la position fixe et horizontale, les jambes et les bras sont pris d'un tremblement général qui donne de l'irrégularité à tous les mouvements : aussi la marche est-elle tout à fait impossible, même avec deux aides pour soutiens, et la préhension est-elle difficile à ce point que le malade ne reçoit jamais les boissons ou son potage que de la main d'un infirmier. Quant aux aliments solides, Touzard peut encore les saisir et les porter lui-même à sa bouche; mais cela n'a lieu qu'avec la main gauche seule, et à la condition qu'ils ont été préparés d'avance et coupés en menus morceaux. Cette difficulté de préhension reconnaît encore pour cause une semi-roideur!... Ce symptôme existe très marqué dans tous les doigts des pieds, mais plus encore dans les deux gros orteils, qui en ont perdu toute espèce de mouvement volontaire.

Mais lorsqu'on vient à déprimer largement avec la main posée à plat le creux du jarret et le pli du coude, outre une sensation très douloureuse que l'on détermine, il se produit des contractions instantanées dans les doigts du pied et de la main, tout comme si quelques-uns des muscles qui les meuvent étaient soumis à l'action galvanique.

La force de pression, examinée à notre dynamomètre, est nulle pour la main droite, et cela parce que, le pouce étant le plus compromis de tous les doigts, ses mouvements de flexion et d'adduction sont presque devenus impossibles.

Du côté gauche, la pression marque 4 kilogrammes; encore sommes-nous obligé, tant les doigts sont devenus malhabiles, de disposer nous-même toutes les parties de la main sur l'instrument pour obtenir ce mince résultat.

Les muscles du tronc obéissent à la volonté d'une manière à peu près normale, et ne présentent aucune gêne dans les phénomènes de la respiration, seulement beaucoup de faiblesse dans la région lombaire.

Quelques muscles de la face participent déjà à la paralysie des membres; il en résulte pour l'air du visage quelque chose de tiré et d'inaccoutumé.

L'ouverture de la bouche, au moment de l'introduction des aliments, a aussi quelque chose d'insolite; on dirait que le malade, peu sûr des mouvements de la seule main qui lui reste, veut prévenir ses erreurs en agrandissant le plus possible sa cavité buccale, et qu'il dirige ensuite à la rencontre des aliments.

Cependant les mouvements des yeux et de la langue sont très bien conservés; le malade articule parfaitement tous les mots; on dirait même, à l'entendre, qu'il aime à prendre une sorte de revanche sur la prononciation des gutturales et des labiales.

A ces divers troubles de la motilité correspond exactement un amaigrissement ou une atrophie *relative* des muscles, qui, par les progrès qu'elle a déjà faits, peut fournir la véritable mesure des désordres du mouvement.

Ainsi, très considérable aux pieds et aux mains, qui par cela même paraissent d'une longueur démesurée, l'atrophie est beaucoup moins aux jambes et aux avant-bras, moins encore aux cuisses et aux bras; elle existe un peu seulement à la face et presque pas sur le tronc; et si nous avons trouvé la main gauche plus forte que la main droite, c'est que dans celle-ci l'amaigrissement a fait de tels progrès qu'il a presque complétement effacé la saillie ou l'éminence *thénar*.

Du reste, l'atrophie, à s'en rapporter aux souvenirs du malade et aux faits eux-mêmes, qui nous apprennent que l'altération musculaire est le premier phénomène qui se soit présenté, l'atrophie des muscles a été consécutive aux contractions fibrillaires, et a débuté précisément par où les spasmes avaient commencé à se montrer.

Une circonstance que nous ne devons pas oublier de signaler, parce qu'elle acquiert une très grande importance des observations nombreuses de M. Duchenne à ce sujet, c'est que l'irritabilité musculaire, soumise à la galvanisation localisée, est généralement très compromise dans tous les muscles atrophiés, à ce point que, même par l'électropuncture la plus énergique, ceux des jambes présentent à peine quelques contractions fibrillaires.

Au milieu de tous ces désordres, la sensibilité de la peau est restée intacte sur le tronc; tandis que dans les membres, au lieu d'une diminution, elle a subi une augmentation d'autant plus marquée qu'on se rapproche davantage des extrémités. Cette hypéresthésie, à son plus haut degré, est assez considérable pour contraster singulièrement avec la sensibilité du tronc. Notons cependant que le tact a beaucoup perdu de sa finesse, à tel point même qu'une fois il a pu prendre un trousseau de clefs pour une pièce de 2 francs.

La sensibilité des muscles paraît participer elle-même à cette exagération, et c'est pourquoi peut-être la pression en est si douloureuse, surtout dans le voisinage des plexus nerveux, que M. le docteur Foucart, en rapportant l'histoire du malade dans la *Gazette des Hôpitaux* (21 septembre), a pu dire qu'il n'avait jamais rien vu de pareil sous ce rapport.

En outre de ce développement anormal de la sensibilité qui, comme nous le verrons plus loin, a sa raison d'être, sa logique même, si nous pouvions nous exprimer de la sorte, aussi bien que les divers spasmes de cette affection, il existe des sensations particulières que le malade analyse parfaitement. La plus simple de toutes est celle de fourmillement, qui est à peu près permanente; d'autres fois, c'est comme un filet d'eau qui coule ou des gouttes d'eau qui s'étalent sous la peau. Dans les premiers moments de sa maladie, un peu moins aujourd'hui, il arrivait à Touzard de ressentir quelquefois le jour, plus rarement la nuit, des élancements très vifs, très douloureux qui, rapides comme l'éclair, lui traversaient tout à coup un bras ou une jambe dans toute sa longueur.

Lorsqu'on vient à interroger ensuite toutes les autres fonctions, on est frappé de ne trouver absolument rien autre de pathologique à signaler.

Ainsi, l'intelligence jouit d'une lucidité parfaite; l'appétit est excellent; la digestion se fait parfaitement; la circulation est normale; le sommeil n'est pas moins bon qu'à l'habitude; la calorification est naturelle, etc.; seulement une très grande inactivité de l'organe de la génération, et un peu de transpiration anormale dans les extrémités...

Le 13 septembre, le matin, un peu avant l'heure de la visite, application de deux grands anneaux ou bracelets de laiton sur le bras et l'avant-bras gauche seulement.

Au bout d'une demi-heure, chaleur vive dans ce membre, et déjà plus de fourmillements, plus de sensations anormales, ni de battements fibrillaires.

Une heure après, l'hypéresthésie de la peau de tout le bras a presque complétement disparu, et le plexus brachial lui-même, très douloureux auparavant, ainsi que les muscles de son voisinage, peut être pressé alors sans la moindre douleur.

Partout ailleurs, les mêmes phénomènes qu'auparavant persistent.

Nous laissons les anneaux de laiton appliqués en tout pendant trois heures. Dix à quinze minutes après les avoir enlevés, les battements fibrillaires avaient déjà reparu, mais ils étaient moins nombreux.

La pression du pli du coude ne fut presque plus douloureuse, et l'hypéresthésie du côté du bras y resta fort diminuée.

Le 16 septembre, nous n'avons point fait de nouvelle application depuis le 13, et cependant il y a déjà un peu d'amélioration dans l'état du bras gauche.

A cette époque, le malade avait déjà pris environ quinze bains sulfureux; on en prescrit un tous les jours à partir d'aujourd'hui 16.

20 septembre. *Nouvel essai ou exploration nouvelle des métaux.* — A gauche, deux grands anneaux de cuivre : un de cuivre rouge à l'avant-bras, un autre de laiton au bras. A droite, deux autres anneaux de la même grandeur et de la même forme : l'un en tôle d'acier anglaise à l'avant-bras, et le deuxième en tôle d'acier d'Allemagne au bras.

Au bout de deux heures, rien encore du côté de l'acier; à gauche, mêmes phénomènes que la première fois; plus de flexibilité dans les doigts, pression augmentée de 1 kilog.

Le 24, une nouvelle application de l'acier au bras droit n'a pas plus de succès que la première; au contraire, du côté du membre supérieur gauche le frémissement musculaire a presque complétement cessé d'exister; la sensibilité est à peu près devenue normale; tandis que, partout ailleurs qu'au bras gauche, les spasmes et l'hypéresthésie persistent, mais un peu moins qu'à l'entrée du malade.

Le 24, le malade est toujours dans l'impossibilité de manger seul; il porte bien son pain à la bouche, mais il ne peut tenir ni cuiller ni fourchette.

Les reins paraissent devenus plus faibles; Touzard ne peut se tenir debout sans être soutenu.

On continue à donner un bain sulfureux tous les jours, sans autre traitement.

Le 28, Touzard n'est pas mieux que le 24. Les battements n'ont un peu diminué dans les jambes que pour être remplacés, à ce qu'il semble, par des crampes, qui lui viennent, surtout la nuit, dans les jambes et dans les pieds; à cette occasion, M. Vigla ajoute une pilule d'opium aux bains sulfureux.

Le 5 octobre, pas de changement encore, si ce n'est dans les battements fibrillaires, qui ont considérablement diminué dans les jambes; aux membres supérieurs, les spasmes ont un peu reparu dans le bras gauche, qui n'a point eu de nouvelle application depuis le 16, sans toutefois être aussi apparents que dans les membres inférieurs.

Les frémissements sont moins intermittents, et quelquefois on les sent plus sous la main qu'on ne les voit.

Les doigts des mains et des pieds sont roides, peu flexibles. Ces derniers ne se contractent même plus que sous l'influence de pressions exercées sur les muscles qui les meuvent.

Pression toujours la même, c'est-à-dire 4 kilog. à gauche, 0 à droite.

Les mains se ferment difficilement; cette difficulté est surtout grande pour la main droite, qui ne peut point parvenir à embrasser notre dynamomètre, et encore moins à loger le pouce dans son intérieur.

L'hypéresthésie est toujours très vive, particulièrement dans la jambe.

L'atrophie musculaire persiste au même degré, si même elle n'a pas fait de nouveaux progrès.

Les 5, 6, 7, 8 et 9 octobre, quatre anneaux de laiton, deux pour chaque membre, sont appliqués le soir jusqu'au lendemain vers l'heure de midi. Les quatre premières fois, nous voulons dire jusque dans la nuit du 8 inclusivement, *fourmillement*, *chaleur*, transpiration, du côté du métal seulement; absence des crampes la nuit et le matin à l'heure de la visite. *Fatigue* assez notable, ainsi que nous le remarquons toujours après qu'une certaine spoliation nerveuse a été exercée par nos armatures.

Le 7 au matin, sensibilité à peu près normale dans tout le côté gauche; à droite, au contraire, persistance de l'hypéresthésie.

M. le docteur Foucart, à ce moment chef de clinique de M. Rostan, s'assure avec nous du contraste qui existe sous ce rapport entre les deux moitiés du corps.

La main gauche se ferme mieux; ses doigts sont plus déliés, mais elle n'a guère gagné qu'un demi-kilog. dans sa force de pression.

Les orteils du pied gauche commencent eux-mêmes à accomplir quelques mouvements.

Dans la journée, le malade peut se mettre plus facilement sur son séant.

Le 9, l'amélioration du côté gauche est devenue plus sensible; ainsi le malade se sert déjà de la main gauche pour prendre son potage et ses boissons. Au bain, il parvient même à tourner les cannelles pour la première fois et peut s'administrer à volonté de l'eau chaude.

Nous trouvons la sensibilité normale dans tout le côté gauche, et la pression du pli du coude n'y provoque que très peu de mouvements dans les doigts.

Cependant, il existe encore quelques mouvements involontaires; la faiblesse de la jambe y est toujours considérable, et la pression de la main gauche ne donne pas tout à fait 6 kilog.

Pression à droite, toujours 0 kilog.

Les 10 et 11, même traitement encore du côté gauche seulement.

Le 11, le fourmillement se fait sentir de nouveau après l'application, ainsi que la chaleur et la transpiration; mais le premier phénomène ne dure guère plus, cette fois, qu'un quart d'heure à une demi-heure : aussi la fatigue du matin est-elle un peu moindre.

Le 11, la main gauche fonctionne mieux; les mouvements volontaires des orteils ont fait de nouveaux progrès; à la jambe, la sensibilité est naturelle, la force y est plus considérable, mais le malade ne peut pas encore s'en servir pour marcher.

Le 12 et le 13, le côté droit, que nous avions négligé à dessein, et qui était resté jusqu'à ce jour dans le même état, reçoit à son tour les anneaux de laiton, à l'exclusion du côté gauche.

La nuit, mêmes phénomènes que précédemment : fourmillement, chaleur, transpiration, sans que le sommeil en soit notablement diminué; puis, le matin, fatigue, vide du cerveau, accusé spontanément par le malade.

La sensibilité de tout le côté droit est presque ramenée au degré de celle du côté gauche, la pression du pli du coude est fort peu douloureuse, les doigts de la main ont cessé de se contracter sous son influence, et le biceps, qui était avant assez tendu, est devenu à peu près souple.

Les doigts sont plus flexibles, les muscles interosseux commencent à les écarter.

Le matin, Touzard boit pour la première fois de la main droite, mais il ne peut pas encore s'en servir pour prendre le potage, et à plus forte raison pour couper son pain.

Pression de la main droite, environ 2 kilogrammes.

Les orteils ont eux-mêmes repris quelque mobilité.

Porté au bain dans la journée, comme d'ordinaire, le malade a pu, pour la première fois, entrer seul dans la baignoire, mais lorsqu'il s'est agi d'en sortir il a été obligé de réclamer l'assistance de ses deux aides. Le soir, même traitement.

Le 15 au matin, le malade essaie de marcher sous les yeux de M. Vigla, en s'aidant de deux gens de service. Sa marche est difficile sans doute, mais il peut maintenant se tenir debout sur ses jambes, et celles-ci ne sont plus roides, dit le malade avec satisfaction, comme des *cliquettes*. La sensibilité est normale des deux côtés; encore un peu de douleur à la pression dans le creux du jarret seulement. Les deux gros orteils restent seuls réfractaires à la volonté lorsqu'il s'agit de les mouvoir.

A partir du 15 au soir, application d'une armature générale, c'est-à-dire de deux grands anneaux de laiton pour chaque membre, et de deux larges plaques sur le tronc.

Mêmes phénomènes que ceux déjà indiqués, mais fourmillements de plus courte durée. Au contraire, la chaleur et la transpiration sont plus considérables, et le matin le malade se sent une très grande fatigue, un vide extrême de la tête, dont il est averti par une sensation particulière qu'il rapporte à la racine du nez et à la

partie correspondante de l'encéphale. Il mangerait bien davantage.

Dans la nuit du 15 au 16, la transpiration est si forte que le malade mouille deux chemises.

Le 16, Touzard commence à descendre les escaliers pour aller au bain, appuyé seulement sur le bras d'un infirmier. Mais arrivé au bas de l'étage qui sépare la salle Sainte-Jeanne du péristyle de l'Hôtel-Dieu, il s'affaisse sur lui-même. Cependant, aidé de son conducteur, il parvient à se remettre sur ses jambes et à se traîner encore jusqu'à la salle des bains.

Le lendemain et jours suivants, la marche a fait de nouveaux progrès, et désormais les accidents de la nature de celui du 16 ne sont plus à redouter.

Chaque soir le même traitement.

Depuis le 17, le malade crache beaucoup, contre son habitude. Ses crachats sont très visqueux, arrivent tout naturellement et sans qu'aucun rhume puisse les expliquer. L'appétit est devenu plus exigeant.

Le 21, le malade peut déjà porter sa cuiller à la bouche avec la main droite, mais pas encore aussi bien qu'avec la gauche. Ses forces augmentent.

Pression droite. . . . . . . 4 kilogrammes.
— gauche. 6 1/2

Le pouce de la main droite continue à être très rebelle dans tous les actes de préhension. Les orteils deviennent de jour en jour plus mobiles. Pour satisfaire ses besoins, le malade peut très bien aller seul sur la chaise et revenir de même.

On continue les bains sulfureux; mais le malade, qui sent désormais d'instinct sur quoi il doit faire le plus de fond pour sa guérison, prend bien garde de ne pas oublier les applications de métal, se garnit chaque soir les membres et le tronc de ses plaques de laiton, et quelquefois même il y a recours dans la journée.

Il fait si bien à cet égard qu'il en abuse, et qu'à la suite il lui arrive ce que nous avions déjà observé chez une malade du service de M. Tardieu, des douleurs particulières la nuit, qui font croire un instant à l'existence d'une affection rhumatismale. Nous suspendons pendant quelques jours l'usage des anneaux, et les douleurs disparaissent.

Le 23, les bains sulfureux sont remplacés par ceux de vapeur.

Le 25, un peu de saignement de nez.

Le 26, le malade commence à reprendre l'usage définitif de sa main droite.

Le 29, le malade se traîne de lit en lit, visitant tous ses camarades de salle; il se montre tout joyeux de pouvoir leur annoncer « *qu'il en est enfin revenu.* »

Le 31, Pression droite. . . . . 9 kilogrammes.
— gauche. . . . . 7 —

Sensibilité des muscles et de la peau normale.

Le mouvement continue à se produire très lentement dans les deux gros doigts du pied, mais le pouce de la main droite peut être maintenant assez bien embrassé par les autres doigts. Le malade engraisse visiblement. La saillie des muscles de l'éminence thénar commence à reparaître. Les membres augmentent de volume, et la physionomie a pris une expression meilleure.

Le 5, M. Vigla, qui un instant avait quitté le service et l'a repris depuis six jours, voit marcher le malade de lit en lit sans le secours de personne.

Le 15 novembre, Pression droite. . 10 kilogrammes.
— gauche. . 8 —

Sensibilité normale par tout le corps; les frémissements n'ont pas reparu. La marche et tous les mouvements volontaires des pieds et des mains ont fait de nouveaux progrès. L'amaigrissement est au moins diminué de moitié. Le malade passe sa journée le plus souvent assis sur un chaise, à côté du calorifère de la salle, et si le temps le permet, il descend se promener un instant dans le jardin ou sur la terrasse de l'hôpital, en compagnie d'un autre malade qui vient bien le rassurer par sa présence et lui prêter, au besoin, l'appui de son bras.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 3 mai 1853. — Présidence de M. Bérard.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de la guerre demande un rapport au sujet de l'opium algérien.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Eaux minérales d'Ax.

M. Alibert (Constant) adresse un ouvrage manuscrit sur les eaux d'Ax (Ariége). — (Commission des eaux de la France.)

Vaccinations.

M. Prosper Hullin (de Mortagne) adresse les tableaux de vaccinations pratiquées en 1852. (Commission de vaccine.)

Marronnier d'Inde fébrifuge.

M. Mouchon, pharmacien à Lyon, adresse un mémoire sur le marronnier d'Inde considéré comme fébrifuge, et sur l'esculine, la saponine et l'extrait de marron d'Inde.

Ce mémoire est accompagné d'observations de cas de fièvres intermittentes traités par l'esculine de M. Mouchon, dans le service de M. Durand (de Lunel), à l'hôpital militaire de Lyon. (Commission des succédanés du quinquina.)

Seigle ergoté.

M. Letellier (de Saint-Leu-Taverny) adresse quelques observations relatives à l'influence du seigle ergoté, qu'il dit avoir employé plus de 200 et peut-être même 300 fois sans jamais avoir remarqué le moindre effet nuisible sur l'enfant ou sur la mère.

De la version dans les cas de rétrécissement du bassin.

M. Ch. Dubreuilh (de Bordeaux) adresse un mémoire intitulé : *De la version pour remplacer la crâniotomie dans les cas de rétrécissement du bassin.* (Commissaires : MM. Danyau et Cazeaux.)

De l'intermittence dans les inflammations, etc.

M. Rossignol, médecin-major au 9e dragons au Mans, adresse un mémoire intitulé : *De l'intermittence larvée ou latente dans les maladies inflammatoires, nerveuses et dans d'autres affections.* (Commissaires : MM. Grisolle et Bricheteau.)

Traitement du rhumatisme par la vapeur térébenthinée.

M. Chevandier, médecin à Die (Drôme), adresse la deuxième partie de son mémoire sur le traitement du rhumatisme par les bains de vapeur térébenthinée. (Commissaires : MM. Boullay, Bouvier et Gibert.)

Sonde évacuatrice et brise-pierre évacuateur à double courant.

M. Le Roy-d'Etiolles adresse une lettre en réponse à la réclamation faite par M. Mercier dans la dernière séance. M. Le Roy-d'Etiolles écrit que l'idée d'appliquer la sonde à double courant à l'évacuation des détritus des calculs après la lithotritie a été consignée par lui à la page 96 du livre intitulé : *Exposé des procédés pour guérir de la pierre*, publié en 1825, vingt ans avant l'évacuateur de M. Mercier, lequel, au surplus, diffère notablement de la sonde de M. Le Roy-d'Etiolles, plus simple, dans sa structure et dans son mécanisme, au dire de ce chirurgien, et pourtant aussi efficace, ainsi que l'ont démontré les expériences comparatives faites l'année dernière à l'hôpital Beaujon.

M. Le Roy-d'Etiolles écrit encore qu'il a ajouté un conduit afférent au brise-pierre évacuateur dont il a donné la description et la figure dans son *Traité de lithotritie* publié en 1836. Le double courant évacuateur joint à l'écrasement des fragments qui s'engagent, mais qui sont trop gros pour sortir, complète cet instrument, exécuté par M. Mathieu avec son intelligence habituelle.

Surdi-mutité.

M. Piroux, directeur de l'Institut des sourds-muets de Nancy, adresse divers opuscules et mémoires relatifs à la question qui se débat en ce moment devant l'Académie. Ces opuscules ont pour titre :

1° *Solution des principales questions relatives aux sourds-muets considérés en eux-mêmes et dans la société, au moyen de 25 tableaux synoptiques* (1850);

2° *Mémoire lu au congrès scientifique tenu à Nancy en septembre* 1850;

3° *Documents divers* (1852);

4° *Liste avec explication des 360 élèves sourds-muets qui ont été adressés à l'institution de Nancy.*

— M. Valade Gabel, directeur de l'Institut des sourds-muets de Bordeaux, adresse une brochure intitulée : *Deuxième mémoire sur cette question :* « Quel rôle l'articulation et la lecture sur les lèvres doivent-elles jouer dans l'enseignement des sours-muets? », dans laquelle l'Académie, dit-il, trouvera la preuve que dès avant 1838 les professeurs de l'École de Paris s'étaient justement préoccupés de tirer parti de toutes les facultés, de toutes les aptitudes dont les muets restent pourvus.

— M. Volquin, professeur d'articulation à l'Institution de Paris, adresse des renseignements sur l'enseignement de l'articulation dans cet établissement.

— M. Deleau écrit que depuis quelque temps on lui a confié un jeune sourd-muet âgé de quatre ans pour être traité de son infirmité. Après un examen approfondi, il a jugé que cet infortuné pouvait recouvrer l'ouïe par des soins assidus. Il désire qu'une commission soit nommée pour constater les résultats qu'il obtiendra.

— M. Menière adresse sur le sujet en discussion devant l'Académie une lettre très étendue dont M. le secrétaire perpétuel donne lecture. Nous extrayons de cette lettre les passages principaux qui suivent :

« ..... La tentative sur la valeur de laquelle l'Académie est appelée à se prononcer aujourd'hui a-t-elle atteint le but objet de tant d'efforts? Une épreuve qui date de la fin de 1847, qui a été poursuivie avec une persévérance singulière, a-t-elle donné des résultats satisfaisants?

» Parce que quelques sourds-muets incomplets sont arrivés à percevoir certains bruits, s'ensuit-il que ces pauvres enfants cessent d'appartenir à la catégorie des individus qui ne peuvent communiquer avec les entendants que par des procédés artificiels? Quand, à l'aide d'un acoumètre, on parviendrait à savoir quel nombre de vibrations il faut pour ébranler bien moins l'oreille que le crâne d'un sourd-muet, faut-il en conclure que la voix articulée, la parole avec sa musique si délicate, si intellectuelle, sera perçue par un organe affaibli, vicié ou nul?

» Il suffit d'avoir étudié ces petits prodiges pour se convaincre que les sourds-muets parlants *n'entendent pas*, mais *voient* parler. Ceux qui n'ont aucun intérêt à feindre avouent ingénument que la main placée devant la bouche de leur interlocuteur rompt à l'instant toute communication avec lui, de sorte que c'est toujours *l'œil qui se substitue à l'oreille* et cause au spectateur non prévenu l'étonnement naïf dont l'explosion ne se fait jamais attendre.

» ..... L'Académie de médecine accordera-t-elle sa haute sanction aux tentatives dont les résultats lui sont soumis? Il est permis d'en douter, d'autant plus que les moyens mis en usage n'ont évidemment, comme l'a dit avec tant d'autorité l'honorable M. Gueneau de Mussy, rien de nouveau, rien de spécial. Qu'importe l'instrument sonore quand il s'agit seulement de réveiller la sensibilité de l'oreille? L'orgue, l'acoumètre, le monocorde ne possèdent pas de qualités spécifiques; l'ébranlement communiqué aux nerfs de l'audition par tous ces agents est un fait du même ordre, quel que soit son point de départ, son caractère; on n'a pas, que je sache, découvert dans les vibrations d'un corps, quel qu'il soit, une vertu occulte jusqu'ici, et jamais l'art de faire du bruit au bénéfice des sourds-muets ne pourra mériter l'honneur d'être appelé *méthode*.

» Il ne suffit pas d'entendre un peu pour entendre assez. L'enfant qui naît avec une certaine faiblesse d'ouïe ou qui devient sourd peu de temps après sa naissance est irrévocablement condamné à rester dans une classe exceptionnelle, et il est par cela même sourd-muet; il lui faudra de toute nécessité user de moyens artificiels pour se faire comprendre des autres hommes; il est sourd-muet, il restera sourd-muet.... Aucun fait garanti par une saine critique n'est venu protester contre cet arrêt, et ce qui se passe de nos jours est loin de pouvoir servir de base à une opinion contraire.

» ..... Tout en réservant les droits de l'avenir, il faudra donc faire ce qu'on fait en France, recevoir tous les sourds-muets et mettre à leur service la somme entière des moyens de communication à laquelle ils ont un droit égal. La lecture et l'écriture ordinaires, les signes alphabétiques, les signes de convention, l'articulation des sons, et enfin la lecture sur les lèvres, tous ces moyens constituent le système d'éducation mis en pratique dans les deux grandes écoles de Paris et de Bordeaux et dans la plupart des institutions départementales ou privées. Vouloir se borner à l'un de ces procédés, c'est manquer à son devoir, c'est abandonner sciemment à l'ignorance radicale tous les enfants qui n'ont pas beaucoup d'intelligence, tous ceux dont les organes vocaux sont essentiellement inhabiles.

» Jusqu'ici l'administration publique, en France, a procédé plus généreusement; l'État a mieux compris ses devoirs; il a donné asile dans les écoles impériales à tous les sourds-muets non idiots; il a répandu à pleines mains l'instruction la plus variée sur tous ces malheureux enfants; il leur a fourni, avec une profession manuelle capable d'assurer leur existence, une somme de connaissances générales qui placent nos sourds-muets bien au-dessus de la moyenne obtenue dans les pays où l'on suit une méthode opposée.

» En un mot, les sourds-muets forment, quoi qu'on puisse dire, une classe à part. Ils ont besoin de procédés artificiels pour se mettre en rapport avec nous; c'est à nous à leur fournir le plus grand nombre possible de ces moyens de communication, et jusqu'ici la France n'a pas failli à son devoir envers ses enfants déshérités du sens de l'ouïe.

» L'Institution de Paris est tout à la fois une école d'enseignement littéraire et un établissement industriel. On y donne à tous les sourds-muets une éducation pratique suffisante pour la généralité des élèves, et de plus on leur apprend une profession manuelle, qui les classe parmi les membres actifs et utiles de la société. Mais il y a des besoins intellectuels plus élevés. On a toujours compris que les sourds-muets les plus intelligents devaient recevoir une éducation plus complète.

» Ainsi l'École de Paris s'efforce de faire de bons sourds-muets, des sourds-muets instruits, moraux, laborieux; des sourds-muets pourvus de tous les moyens de communication avec les hommes. Ils écrivent rapidement. S'ils n'ont sous la main ni plume ni crayon, ils ont recours à l'alphabet manuel; à défaut de celui-ci, que ne comprennent pas les parlants, ils se servent des signes naturels, si clairs, si expressifs, si rapides; enfin, quand aucun de ces moyens ne peut frapper l'esprit engourdi d'un homme ordinaire, l'articulation des sons vient au secours de l'un et de l'autre, et quelques phrases, plus ou moins correctement débitées, brisent l'obstacle qui existait entre les deux interlocuteurs.

» Mais il faut noter que cette opération n'est pas aussi simple qu'on pourrait le croire; la lecture sur les lèvres est un art d'une délicatesse infinie.

» Ceux qui jusqu'ici ont atteint le plus haut degré de perfection appartiennent à des familles dans lesquelles tout a été mis en œuvre pour arriver à ce but : ce sont des miracles de l'amour maternel; il faut des prodiges de patience, et encore ne sont-ils efficaces que chez les enfants les plus heureusement doués sous le rapport de l'intelligence.

» Je crois, et j'ose espérer que l'Académie partagera ce sentiment, je crois qu'il est impossible de faire de ces cas rares, exceptionnels, la règle uniforme d'un enseignement public; les trois quarts des sourds-muets soumis à ce système d'enseignement n'en tireraient aucun profit réel. C'est ce résultat d'une expérience presque séculaire qui influe sur la direction des études de l'Institut de Paris. L'État, dans sa générosité active et éclairée, dispense l'instruction à tous ceux qui ne peuvent l'acquérir par les procédés ordinaires. Aveugles et sourds-muets, il ouvre des écoles dans lesquelles des maîtres habiles enseignent à ces déshérités de la nature les connaissances dont ils ont besoin pour remplir le rôle de citoyens utiles. Il ne cherche pas une perfection imaginaire, il se contente d'améliorer le mal, de diminuer les infortunes, de rapprocher autant que possible de la grande famille humaine ceux de ses membres que le malheur en a séparés.

» En résumé, on n'a jamais guéri de sourds-muets. La possibilité de cette guérison doit être reléguée au nombre des *desiderata* les plus incertains de la science. Les essais renouvelés depuis 1847 à l'Institut de Paris sont restés impuissants, et il en devait être ainsi, car ils ne diffèrent en rien d'essentiel de ceux qui les ont précédés et qui avaient déjà échoué.

» L'éducation auriculaire des sourds-muets doit être considérée comme impraticable; elle ne pourrait réussir que chez un individu guéri de la surdi-mutité. »

Eau minérale de Siradan (Hautes-Pyrénées).

M. O. Henry lit, au nom de la commission des eaux minérales, un rapport sur l'eau minérale de Siradan.

Les résultats de l'analyse de la commission, concordant avec celle exécutée par M. Filhol (de Toulouse), portent à considérer cette eau comme une eau saline appartenant au groupe des eaux sulfatées séléniteuses-magnésiennes.

Voici la composition chimique que le travail de la commission donnerait :

Pour 1,000 gr. ou un litre, savoir :

Acide carbonique libre, faible quantité.	0,09
Bicarbonate de chaux.	0,390
— de magnésie.	0,110
Sulfate anhydre de chaux.	1,400
— de soude.	0,120
— de magnésie.	0,300
— de strontiane.	indiqué.
Chlorure de sodium. / — de magnésium et de calcium.	0,030
Sel de potasse.	sensible.
Iodure alcalin.	traces légères.
Silice et alumine. / Oxyde de fer, peu. / Phosphate de chaux ou d'alumine. / Matières organiques de l'humus. / Principe ammoniacal.	0,100
Total.	2,450

L'eau de Siradan offre beaucoup d'analogie avec celles des diverses sources qui alimentent les établissements de Sainte-Marie (Hautes-Pyrénées), de Bagnères-de-Bigorre, d'Encausse, d'Audinac, etc.

La commission propose de répondre qu'il n'y a aucun motif pour refuser l'autorisation d'exploiter cette source sous le point de vue médical.

Sirop de dentition.

M. Poiseuille lit un rapport sur une composition soumise à l'examen de l'Académie, qualifiée sirop de dentition, et destinée, suivant son auteur, à prévenir les accidents qui accompagnent le travail dentaire dans le premier âge.

La commission propose de répondre que cette préparation n'offre rien de nouveau, et par conséquent qu'elle ne peut être l'objet d'une application favorable du décret du 18 août 1810 et du 2 mai 1850. (Adopté.)

Remèdes secrets.

M. Robinet lit au nom de la même commission un rapport qui conclut en déclarant que les remèdes proposés ne sont pas dans le cas de recevoir l'application des décrets de 1820 et 1850.

Surdi-mutité. — Suite de la discussion.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le rapport de M. Piorry.

La parole est à M. J. Guérin.

M. Guérin désirerait, en raison de l'importance du document nouveau introduit dans la discussion par M. Menière, qu'elle fût renvoyée à la prochaine séance, afin que les personnes qui ont l'intention de prendre la parole aient le temps de lire ce document.

Si l'Académie le désire cependant, il est prêt à prendre la parole. (Parlez! parlez!)

M. Guérin prend la parole; mais, au bout d'une demi-heure, il est interrompu par l'heure avancée. Son argumentation sera reprise au commencement de la séance prochaine.

Ablation totale de la mâchoire inférieure.

M. Maisonneuve communique une observation d'ablation totale de la mâchoire inférieure pour un cancer de cet os, suivie de guérison. (*Voir* plus bas.)

Rétention d'urine causée par l'existence d'une valvule prostatique, et guérie par l'excision de cette valvule.

M. Mercier présente un homme âgé de soixante-quatre ans, qu'il vient d'opérer avec succès pour une rétention d'urine qui a débuté en 1844, et qui est complète depuis 1846. Cette rétention avait été longtemps regardée comme due à une paralysie de vessie, d'autant plus que le malade, à peu près à la même époque, avait eu un coup de sang qui lui avait laissé une faiblesse dans le côté droit. Quant à M. Mercier, il constata une valvule prostatique, et le fit entrer en 1848 dans le service de M. Blandin, où il l'opéra par incision. Le cours de l'urine se rétablit en effet; mais, malheureusement, la dernière opération avait eu lieu cinq ou six jours seulement avant le départ de M. Mercier pour un voyage qui dura sept mois, et les précautions qu'il recommanda pour empêcher le rapprochement des parties divisées ne furent pas prises. Quand il revint, la rétention s'était graduellement reproduite, et quelques semaines après elle était redevenue complète. M. Mercier avait proposé une nouvelle opération; mais un autre chirurgien avait promis au malade de le guérir sans cela, et naturellement celui-ci écouta ses propositions. Ce traitement dura plusieurs années, et n'eut pas lieu sans de nombreuses opérations ou tentatives d'opération. Finalement, des abcès survinrent dans le scrotum, dénudèrent le testicule gauche, et la rétention persista.

Tel était l'état du malade lorsqu'il revint à M. Mercier, le 15 du mois d'avril dernier. Celui-ci, ayant constaté la reproduction de l'obstacle, l'opéra le 16 par la méthode qu'il nomme excision, c'est-à-dire qu'il enleva la saillie cause de la rétention d'urine, et le soir même le malade urina à plein canal. Le lendemain, le sang était arrêté; point de fièvre, pas le moindre accident, et aujourd'hui la miction se fait avec force et de la manière la plus normale. Plusieurs expériences ont démontré qu'il reste à peine trois cuillerées d'urine dans la vessie.

La première partie de cette observation a déjà été publiée par M. Mercier dans sa 3e série (obs. IV). Le malade, sans parler du chirurgien qui l'a soigné chez lui, a été successivement, soit pour sa maladie principale, soit pour les complications, dans les services de MM. Civiale, Voillemier, Andral, Blandin, Gerdy, Roux et Demarquay.

La séance est levée à cinq heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 2 mai 1853. — Présidence de M. de Jussieu.

Traitement de la phthisie pulmonaire par l'hélicine.

M. le docteur Edouard de Lamare adresse un mémoire sur le traitement et la guérison radicale de la phthisie pulmonaire par l'emploi de l'hélicine, ou mucilage concentré provenant des limaçons.

Les différentes préparations du limaçon, dont un usage ancien et la pratique populaire avaient autrefois généralisé l'emploi dans les maladies de poitrine, ne produisent entre les mains des praticiens actuels que des effets nuls ou tout au plus palliatifs. M. de Lamare a pensé que le discrédit dans lequel est tombé ce médicament pouvait tenir à un mauvais mode d'administration et à l'insuffisance des doses employées. Il a donc, à cet égard, fait des expériences nombreuses dont le résultat fait le sujet de son mémoire.

Ces expériences démontrent que l'hélicine (mucilage du limaçon), qui se trouve presque impuissante toutes les fois qu'elle est administrée en bouillons légers ou en sirop, devient, au contraire, un moyen puissamment actif lorsqu'elle est suffisamment concentrée pour être administrée à haute dose sous un petit volume. M. de Lamare a obtenu à l'aide de cette substance la guérison radicale d'un grand nombre de phthisies tuberculeuses avec cavernes constatées par d'habiles praticiens.

Guérison de la tumeur et de la fistule lacrymale par la cautérisation du sac.

M. Magne communique une note sur ce sujet. (Nous la publierons dans le prochain numéro.)

Présence de l'albumine dans le lait.

M. Girardin (de Rouen) adresse une note pour servir à l'étude du lait. Il s'agit de la sécrétion anormale d'albumine par l'organe mammaire.

M. Girardin a eu l'occasion de reconnaître, il y a déjà plusieurs années, comme l'a fait M. Doyère en 1851, que l'albumine est un élément constant du lait; il a observé, en outre, une production anormale de ce principe azoté dans une circonstance toute spéciale, qui n'a point encore attiré l'attention des physiologistes. Ayant constaté sur plusieurs vaches malades une forte proportion d'albumine qui donnait à leur lait un aspect visqueux et filant et des propriétés anormales, M. Girardin a eu l'idée de rechercher ce même principe dans le lait provenant d'animaux en bon état de santé et habitant des localités très diverses. Il en a trouvé dans tous les échantillons qui lui ont été remis; en sorte qu'il est devenu évident pour lui que l'albumine figure toujours au nombre des principes constituants du lait, et qu'elle a été confondue avec la caséine dans les analyses antérieures à ses essais.

Sur la rotation de l'œil autour de son axe.

M. Victor Szokalski (de Savigny-sous-Beaune) adresse quelques observations sur la rotation de l'œil autour de son axe et signale comme preuve de cette fonction encore peu connue un phénomène objectif de la vision, qui lui paraît, malgré sa fréquence, avoir échappé à l'attention des observateurs.

La rotation du globe oculaire autour de son axe est facile à constater par la simple inspection de l'œil. Lorsqu'on observe attentivement un point quelconque près du pourtour de la cornée transparente dans l'œil d'une personne placée devant nous, et si on lui fait incliner alternativement la tête tantôt vers une, tantôt vers l'autre épaule, on remarque que le globe de l'œil reste immobile comme la boussole d'un navire, et que l'orbite et ses paupières tournent autour de lui.

Pour se rendre compte d'un tel état de choses, on est obligé d'admettre que le globe de l'œil est soumis à un mouvement antagoniste et correctif, et l'examen anatomique des parties nous démontre alors qu'il n'y a que les muscles obliques qui pourraient faire exécuter un pareil mouvement. En effet, ces muscles embrassent le globe oculaire comme une corde embrasse une poulie clouée sur place et lui impriment par leurs contractions alternatives le mouvement de va-et-vient; ainsi lorsqu'on ferme, par exemple, l'œil gauche et que l'on incline la tête du côté de l'épaule droite, l'oblique supérieur de ce côté se contracte, et l'œil se tourne de manière que sa dimension verticale, au lieu de s'incliner à droite, conserve jusqu'à une certaine limite sa position primitive.

L'effort que nous faisons pour remuer latéralement la tête excite en même temps, et à notre insu, la rotation de l'œil, ce qui a probablement lieu par intermédiaire des filets qui prennent leur source des premiers nerfs cervicaux, passent par les ganglions sympathiques et se mêlent avec les filets de nerfs oculo-moteurs. Les impressions rétiniennes règlent et dirigent la rotation; mais il n'est pas moins vrai que cette fonction est primordialement associée au mouvement vacillatoire de la tête, car on l'observe aussi bien chez les aveugles de naissance que sur ceux qui voient et fixent de leur regard les objets.

Dans la vision binoculaire, la contraction de l'oblique supérieur d'un côté est toujours accompagnée de celle de l'oblique inférieur de l'autre côté, en sorte que toutes les dimensions correspondantes de deux rétines conservent leur parallélisme dans toutes les directions possibles du regard.

Ce mécanisme diminue considérablement la vacillation des images optiques au fond des yeux, mais son but principal est beaucoup plus important et plus élevé. Il faut pour voir simple que les deux images tombent sur les parties identiques de deux rétines; mais le mouvement de la tête, du corps et du regard entrave continuellement ce rapport, et le jeu des muscles droits, qui combine les deux axes visuels dans toutes les directions du regard, ne suffit nullement pour concorder entre eux tous les points de deux surfaces sensibles de deux rétines.

Il est évident que nous ne verrions exactement, sans le secours des muscles obliques, que les portions des objets placés à l'endroit où se rencontrent les deux axes optiques, et que les autres parties nous paraîtraient doubles dans le plus grand nombre de directions du regard. Afin de nous préserver de cette diplopie, la rotation des yeux autour de leur axe est de toute nécessité; mais le jeu des muscles obliques est à cet effet beaucoup plus varié et plus compliqué que l'on ne pourrait le croire. On est souvent obligé, pour concorder les deux images, de faire agir tantôt les deux obliques supérieurs, tantôt les deux inférieurs, de les contracter au même degré ou à des degrés différents, et de combiner à l'infini leur action avec celle des muscles droits.

Le bord de chaque paupière fait avec la surface du globe oculaire un angle qui est toujours rempli d'un liquide transparent. Ce liquide forme ainsi deux prismes ayant leurs angles réfringents tournés vers la pupille. Dans l'œil largement ouvert ils ne gênent nullement la vision, mais lorsque les paupières sont rapprochées ils se placent devant la prunelle, et si l'on regarde alors un point lumineux quelconque, par exemple une étoile, la flamme d'un réverbère ou d'une bougie éloignée, on aperçoit deux faisceaux de rayons qui sortent de ce point et qui se perdent sur la limite du champ de la vision. L'un de ces faisceaux se dirige en haut et en dehors, l'autre en bas et un peu en dedans, et tous les deux forment une ligne droite oblique qui coupe la verticale à l'angle de 45°. Lorsqu'on regarde des deux yeux, on voit deux lignes pareilles qui se croisent à l'endroit du point lumineux, et forment deux angles opposés, supérieur et inférieur, ayant 30°. Si l'on s'approche alternativement, tantôt vers l'une, tantôt vers l'autre épaule, on voit que le point lumineux reste immobile, mais que les faisceaux des rayons tournent autour de lui comme les ailes du moulin à vent autour de leur axe. M. Szokalski explique ce singulier mouvement en faisant remarquer que le globe oculaire reste en place, que les prismes mentionnés, entraînés par les paupières, tournent autour de la pupille, et que cette pupille ne peut rester immobile qu'à la condition que l'œil est retenu par le mouvement en sens contraire.

La rotation de l'œil autour de son axe peut être pareillement modifiée par les causes morbides. Il en résulte une diplopie qui se caractérise par la position oblique de l'image illusoire. M. Szokalski dit avoir souvent observé ce genre de vue double dans certaines affections du système ganglionaire abdominal et dans des affections de la moelle épinière.

HOPITAL COCHIN. — M. Maisonneuve.

Ablation totale de la mâchoire inférieure pour un cancer de cet os. — Guérison.

(Observation communiquée à l'Académie de médecine, séance du 3 mai.)

Bien que nous ayons rapporté ce fait dans notre *Revue clinique* du 2 avril, son importance nous engage à le reproduire avec tous les détails donnés par le chirurgien.

Jusqu'à présent l'ablation totale de la mâchoire inférieure avait été considérée comme une opération tellement redoutable qu'aucun chirurgien français n'avait osé l'entreprendre. L'observation que M. Maisonneuve vient de présenter à l'Académie démontre que cette opération n'est pas aussi dangereuse qu'on l'avait supposé et qu'elle a droit de prendre rang dans la médecine opératoire. En effet, chez la jeune fille opérée par l'habile chirurgien de l'hôpital Cochin, la guérison n'a pas été seulement rapide, mais encore les fonctions importantes de la parole et de la déglutition ont été conservées intactes et le visage même n'a rien perdu de sa régularité. Voici les détails de cette opération :

Mlle Soliveau (Angéline), âgée alors de quinze ans, vint au mois de juin 1851 consulter M. Maisonneuve à l'hôpital Cochin pour une tumeur qui envahissait toute la moitié latérale gauche du maxillaire inférieur. Cette tumeur avait débuté d'une manière insensible, de sorte qu'au mois de mars, époque où la malade s'aperçut de son existence, elle avait acquis déjà un volume assez considérable. Sa présence toutefois ne gênait en rien la mastication non plus que la parole. Cet état persista sans changement notable jusqu'à la fin de juin, où la tumeur devint le siége de douleurs lancinantes d'abord rares, puis de plus en plus fréquentes, qui la décidèrent à entrer à l'hôpital le 8 juillet 1851.

A cette époque, M. Maisonneuve reconnut que la tumeur occupait toute la moitié latérale gauche de l'os maxillaire inférieur, dont le volume avait plus que triplé; qu'elle était lisse, régulière, d'une consistance élastique; que les dents, parfaitement saines, n'étaient même point ébranlées; que les parties molles des lèvres et de la joue avaient conservé leur souplesse, leur texture et leur coloration normales. La malade se plaignait de douleurs lancinantes bien différentes des douleurs névralgiques ou douleurs dentaires.

L'ensemble de ces symptômes firent penser à M. Maisonneuve qu'il avait affaire à une tumeur carcinomateuse de l'os et l'engagèrent à proposer la désarticulation de toute la moitié latérale gauche du maxillaire inférieur.

Cette proposition ayant été agréée des parents, l'opération fut pratiquée le 17 juillet 1851 de la manière suivante :

La malade couchée sur le lit d'opération et soumise au chloroforme, le chirurgien incise d'un seul trait et sur la ligne médiane la lèvre inférieure et les parties molles du menton jusqu'à la naissance du cou. Une seconde incision partant de l'extrémité inférieure de la précédente fut dirigée d'abord transversalement le long du bord inférieur de la mâchoire, puis obliquement en haut jusqu'au niveau du lobule de l'oreille. Le vaste lambeau circonscrit par ces deux incisions fut séparé rapidement de la face externe de l'os maxillaire au moyen du bistouri, qui servit aussi à détacher les insertions inférieures du muscle masséter.

L'opérateur, passant alors une scie à chaîne sous la mâchoire au moyen d'une grande aiguille courbe, pratique la section de l'os entre la première et la deuxième dent incisive droite. Ceci étant fait, il dissèque à grands traits les portions molles adhérentes à la face interne de la mâchoire, coupant d'abord à leur insertion les muscles qui s'attachent aux apophyses géni, puis le milo-hyoïdien, le ptérygoïdien interne, ainsi que les vaisseaux et nerfs dentaires inférieurs. Imprimant ensuite un mouvement de bascule à l'os maxillaire, il fait saillir l'apophyse coronoïde, sur laquelle il divise avec des ciseaux mousses le tendon du muscle crotaphyte. Aussitôt après la division de ce muscle, la capsule, fortement distendue par le condyle, put être incisée facilement avec la pointe du bistouri, et quelques coups de ciseaux suffirent pour dégager entièrement l'os des tissus auxquels il adhérait encore.

Dans cette opération, qui dura moins de dix minutes, trois artères seulement furent intéressées : la coronaire des lèvres, la faciale et la dentaire inférieure; toutes trois furent liées à l'aide des pinces à coulant, et les parties molles furent réunies par la suture entortillée.

La pièce anatomique fut confiée à l'examen de M. Lebert, qui reconnut une affection cancéreuse de l'os, du genre dit *cancer en aiguilles*. Le microscope y démontra de nombreuses cellules spécifiques, ainsi qu'on peut le voir sur le dessin qu'en a fait M. Leveillé.

Aucun accident sérieux ne vint contrarier la guérison, et lorsque, le 24 septembre, la malade sortit de l'hôpital, il ne restait d'autres traces de l'opération qu'une cicatrice linéaire sur le trajet des incisions. Le canal de Stenon et le nerf facial avaient été ménagés dans l'opération; de sorte qu'il n'y eut ni fistule, ni paralysie. Le visage avait même conservé une régularité parfaite.

Quinze mois se passèrent sans que la guérison se démentît; mais, au mois de novembre 1852, la partie de l'os que l'on avait conservée commença à son tour à se tuméfier. D'abord peu sensible, cette tuméfaction fit chaque jour des progrès; des douleurs lancinantes semblables à celles qui avaient existé du côté gauche se manifestèrent du côté droit.

La malade se décida à revenir voir M. Maisonneuve, qui la fit entrer de nouveau à l'hôpital Cochin le 28 mars 1853.

La portion restante de l'os maxillaire présentait les mêmes altérations qu'on avait antérieurement constatées sur la partie gauche; seulement ces altérations étaient moins avancées; la tumeur, moins volumineuse, ne remontait pas aussi haut vers le condyle. Comme la première fois, les parties molles des lèvres et de la joue étaient intactes; les ganglions n'offraient aucune trace d'engorgement; les dents étaient solides; mais l'existence de douleurs lancinantes et la nature bien constatée de l'affection antérieure déterminèrent M. Maisonneuve à compléter l'ablation totale du maxillaire. Cette dernière opération fut pratiquée le 31 mars 1853.

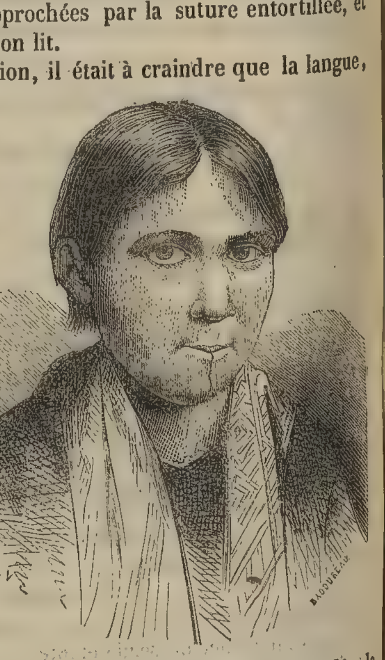
La malade étant, comme la première fois, soumise au chloroforme et couchée sur le lit d'opération, M. Maisonneuve divisa verticalement la lèvre inférieure et les parties molles du menton sur le trajet de l'ancienne cicatrice. Une seconde incision, partant de l'extrémité inférieure de la première, fut dirigée le long du bord inférieur de l'os jusqu'au-devant de l'insertion du masséter; M. Maisonneuve crut pouvoir se dispenser de la prolonger, comme dans l'opération précédente, jusqu'au niveau du lobule de l'oreille. En effet, cette incision suffit pour mettre à découvert toute la face externe de la mâchoire et pour diviser avec un bistouri boutonné les insertions inférieures du masséter. Écartant ensuite l'os en dehors, il sépara facilement les insertions du muscle mylo-hyoïdien, ainsi que celles du ptérygoïdien interne.

Dans un troisième temps, il imprima un mouvement de bascule à la mâchoire, afin de faire saillir l'apophyse coronoïde, dont il sépara le tendon du muscle crotaphyte. Puis ayant, dans un dernier temps, incisé la capsule articulaire sur le condyle lui-même, et coupé l'insertion du ptérygoïdien externe, il termina l'opération en arrachant l'os, qui ne tenait plus que par quelques brides peu solides.

Dans cette opération, il n'y eut d'intéressé qu'une seule artère importante, l'artère dentaire inférieure, sur laquelle une ligature fut appliquée.

Toutes ces manœuvres durèrent à peine cinq minutes; les parties molles furent ensuite rapprochées par la suture entortillée, et la malade fut reportée dans son lit.

Après une pareille mutilation, il était à craindre que la langue, privée de son point d'appui antérieur, ne fût entraînée en arrière, que la déglutition surtout ne fût gravement compromise, et que le visage ne restât considérablement déformé : il n'en fut rien. La langue, suffisamment maintenue par la cicatrice du côté gauche, n'éprouva aucun mouvement de rétraction; la déglutition des liquides ne cessa pas un seul instant de s'exécuter, et le visage conserve sa régularité et ses formes primitives. La réunion s'opéra même par première intention, et dès le quatrième jour on put enlever la totalité des épingles sans qu'aucun écartement se manifestât dans la cicatrice.



Aujourd'hui la malade est entièrement guérie; son visage ne présente aucune déformation, ainsi qu'on peut le voir sur le portrait au daguerréotype que M. Maisonneuve a fait faire. La parole est parfaitement libre, et la malade peut manger facilement non seulement des aliments liquides, mais encore de la viande hachée, du pain, des œufs et toutes sortes d'aliments faciles à triturer. Cette trituration s'opère avec une assez grande puissance entre la langue et la voûte palatine.

Paris. — Typographie de Plon frères, Imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 54. — SAMEDI 7 MAI 1853. (26e ANNÉE.) N° 54. — SAMEDI 7 MAI 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40; EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE.	Trois mois. . . . . 8 fr. 50 c. Six mois. . . . . 16 » Un an. . . . . . 30 »	
GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES.	Trois mois. . . . . . 9 fr. Six mois. . . . . . 17 Un an. 33	
ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR.	Trois mois. . . . . 10 fr. Six mois. . . . . 20 Un an. 38	

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Traitement des affections utérines. — Amputation du col. — Cautérisation avec le fer rouge.

Quand nous sommes témoin du zèle et de l'activité que déploient journellement des médecins et des chirurgiens jeunes ou dans la force de l'âge, et qu'à côté de ce spectacle satisfaisant nous voyons l'apathie et la négligence de certains professeurs officiels, nous nous demandons comment il se fait que l'École de Paris ne se montre pas plus jalouse de sa gloire, et ne cherche pas les moyens d'appeler dans son sein des hommes qui augmenteraient son lustre et la mettraient à la hauteur qu'elle avait atteinte sous l'Empire et dans les années suivantes, alors qu'elle comptait parmi ses membres les Corvisart, les Boyer, les Antoine Dubois, les Pinel et, plus tard, les Dupuytren, les Laënnec, les Broussais. Loin de nous, sans doute, la pensée de désigner qui que ce soit ; nous savons respecter les services rendus, et serions le premier à nous élever contre toute récrimination personnelle.

Mais l'intérêt de la science, l'intérêt des élèves, l'intérêt de l'humanité parlent haut à notre esprit, et nous verrions avec joie que le pouvoir actuel, qui possède à un si haut degré la force d'initiative, crût devoir, au prix de quelques sacrifices pécuniaires, combler les lacunes de l'enseignement et rendre à l'École de Paris, la première École du monde sans contredit, tout l'éclat dont elle doit jouir.

Ces réflexions nous ont été suggérées par la clinique de M. Jobert (de Lamballe), dont on ne peut suivre qu'avec le plus vif intérêt les visites à l'Hôtel-Dieu. A chaque lit, dans ses salles où les élèves affluent, on est témoin de modifications ingénieuses, de procédés utiles, d'innovations pratiques ; sa méthode autoplastique par glissement, qu'il applique à toutes les pertes de substance, depuis les perforations du visage jusqu'aux fistules vésico-vaginales ; le traitement des tumeurs blanches, des fractures ; ses amputations à lambeaux dans les régions les moins charnues de la jambe et du pied, ses procédés de suture intestinale, et surtout ses études des affections utérines, nous attirent sur ses pas et nous le font suivre avec un intérêt particulier.

Chaque semaine, la visite du lundi est à peu près exclusivement consacrée à l'étude de ces dernières maladies. Dans une seule séance, on voit passer sous les yeux des nombreux élèves des cas d'autant plus variés et plus nombreux qu'ils sont en grande partie fournis par des malades ne séjournant pas dans l'hôpital, et qui viennent seulement demander les conseils du chirurgien.

En n'admettant dans ses salles que les femmes dont l'état est assez grave pour nécessiter un repos absolu, M. Jobert a de plus l'avantage de soustraire le plus grand nombre de ces malades à l'influence délétère du séjour de l'hôpital, et d'éviter les complications susceptibles de se développer sous cette influence pendant un traitement qui est toujours plus ou moins prolongé. Ce fait, bien simple en apparence, offre donc une très grande importance que nous avons cru utile de faire ressortir. Telle malade qui ne pourrait impunément habiter un mois ou deux l'hôpital peut au contraire, sans inconvénient aucun, se traiter pendant des mois ou des années en venant tous les huit ou quinze jours prendre une consultation, tout en continuant à se livrer à ses travaux habituels. Il est rare, en effet, que les affections utérines, même lorsqu'elles doivent par la suite prendre le plus de gravité, forcent à garder un repos absolu tant qu'elles ne sont pas arrivées à leur summum d'intensité. Les exemples abondent à l'appui de cette assertion.

Un exemple bien frappant nous a été fourni par une des malades que nous avons vues cette semaine à la consultation. Cette femme a trente et un ans seulement ; depuis quatre ans elle a présenté des symptômes de cancer de l'utérus, et M. Jobert a dû, l'année dernière, lui amputer le col utérin, qui était complétement carcinomateux. Après l'opération, des cautérisations nombreuses furent pratiquées pour détruire les portions de cancer que l'instrument tranchant n'avait pu atteindre. La malade était dans un état satisfaisant ; le fond du vagin, lisse, ne présentait plus qu'un point sur lequel il eût été encore nécessaire de porter deux ou trois fois le fer rouge, lorsque M. Jobert fut obligé de s'absenter de Paris. Pendant son absence rien ne fut fait, et à son retour il trouva le fond du vagin complétement rempli par une masse de bourgeons cancéreux qui ne permettaient même pas d'apercevoir l'orifice utérin. Le cautère actuel fut appliqué hardiment sur ces champignons.

Depuis le mois de novembre, quinze cautérisations ont été pratiquées ; nous avons assisté aux dernières, et avons vu les parois et le fond du vagin lisses et unis. Au centre du spéculum, dans le point qu'avait occupé le col et à la place de la cicatrice qui aurait dû succéder à son ablation, il y avait une ulcération profonde, de nature évidemment cancéreuse ; mais les bourgeons avaient été complétement réprimés.

Quant à la santé générale de cette femme, elle est beaucoup plus satisfaisante qu'on ne pourrait le supposer d'après ce qui vient d'être dit de la nature de son affection ; elle a un certain embonpoint, et son teint n'est nullement altéré. Nous croyons qu'il n'en serait certainement pas ainsi si elle avait séjourné dans l'hôpital depuis qu'elle est en traitement.

Ce cas nous présente du reste bien d'autres considérations importantes, qui trouveront leur place quand nous parlerons de la cautérisation, car si l'application du cautère actuel dans le traitement des affections utérines est aujourd'hui généralement employée, n'oublions pas qu'il y a peu d'années on n'y avait très rarement recours, et que nous devons à M. Jobert (de Lamballe) de l'avoir vulgarisée en France. Nous nous rappelons encore les luttes qu'il a dû soutenir pour faire adopter cet agent thérapeutique, contre lequel s'élevaient de nombreuses répulsions. C'est qu'en effet, entre des mains inhabiles, le cautère peut présenter autant d'inconvénients et de dangers qu'il offre d'avantage et d'utilité quand il est convenablement employé. Nous tâcherons de préciser autant que possible, d'après la pratique de l'habile chirurgien de l'Hôtel-Dieu, dans quels cas et comment il doit être mis en usage ; dans quelles circonstances, au contraire, il faut le proscrire. Ces règles sont tracées par M. Jobert lui-même, qui, tout en ne craignant pas d'éteindre plusieurs cautères, même des plus volumineux, sur un col utérin, quand les indications le commandent, est pourtant le premier à blâmer les cautérisations intempestives. Tel est en effet le rôle imposé au propagateur d'une méthode thérapeutique énergique et nouvelle : d'avoir à lutter d'abord pour la faire adopter, et puis, et avec plus d'énergie encore, pour empêcher qu'il n'en soit fait abus.

Cataracte congéniale et héréditaire.

Dans une de ses dernières leçons cliniques, à propos d'une jeune fille de seize ans qu'il a opérée par lacération de cataracte capsulaire secondaire de l'œil gauche, M. Sichel a exposé les faits suivants, importants pour l'histoire de la cataracte congéniale et héréditaire.

Le père et l'oncle de cette jeune fille ont été opérés tous les deux par M. Sichel, il y a deux ans environ, de cataractes demi-molles des deux yeux, évidemment congéniales, puisque aucun d'eux n'avait jamais pu apprendre à lire ni à exercer un état. Néanmoins, ces cataractes n'étaient devenues complètes qu'à l'âge de trente-trois ans, d'abord à un œil, puis à l'autre.

Ces deux hommes ont été opérés à une année d'intervalle, à celui des yeux dont la cataracte était complète, et une année plus tard à l'autre œil, dont la cataracte, pendant ce temps, l'était devenue également.

Les quatre opérations ont eu un plein succès. L'un et l'autre malade ont pu désormais se conduire seuls, sans lunettes, et reconnaître des objets assez distants à l'aide de verres convexes du n° 10 à 8, et de très petits objets à l'aide de verres à cataracte du n° 42 à 36.

Le cousin de cette jeune fille, âgé maintenant de quinze ans et demi, fils de l'un des duux frères, a été opéré par M. Sichel il y a dix-huit mois, par broiement, d'une cataracte lenticulaire molle de l'œil gauche, également congéniale, mais devenue complète seulement à l'âge de quatorze ans. Son œil droit aussi a une cataracte qui encore aujourd'hui n'est pas tout à fait complète ; et néanmoins ce jeune homme a toujours eu la vue si faible qu'il n'a pu apprendre à lire ni à exercer un état. Il en a été de même chez la jeune personne, fille de l'autre frère. Ses cataractes ont existé de tout temps à l'état incomplet, et elle n'a jamais pu apprendre à lire ni à coudre.

Opérée en province des deux yeux par abaissement, elle n'a pas recouvré la vue, parce que les deux capsules cristalliniennes sont devenues presque entièrement opaques.

Le professeur a fait ressortir la singulière coïncidence d'une cataracte qui, s'étant présentée congénialement sur deux frères, commence actuellement, à la seconde génération, à devenir héréditaire dans une famille où, en ligne ascendante, on ne trouve aucune trace de cataracte, soit congéniale, soit sénile.

Influence du décubitus sur le succès des opérations de cataracte.

La cataracte capsulaire secondaire de l'œil gauche de la jeune fille sus-mentionnée ayant été opérée par lacération, et les lambeaux capsulaires ayant été refoulés derrière la pupille, un de ces lambeaux est resté flottant dans la partie supérieure interne de la pupille. M. Sichel, en pareil cas, use d'un moyen très simple pour obtenir l'abaissement spontané et complet de ces lambeaux flottants. Ce moyen, qu'il n'a trouvé mentionné par aucun auteur, consiste à prescrire au malade le décubitus sur le côté du corps vers lequel le lambeau capsulaire mobile incline, et vers lequel, dans cette position, il est entraîné par son propre poids. Il disparaît ainsi définitivement derrière la pupille en contractant des adhérences avec la face postérieure de l'iris.

Les mêmes considérations se sont présentées lors de l'opération de la cataracte capsulaire secondaire de l'œil droit. Le rétablissement de la vision des deux yeux a été instantané et définitif; la malade a pu retourner chez ses parents huit jours après cette dernière opération.

Indications différentielles pour les différentes méthodes opératoires de la cataracte.

Quatre cataractes lenticulaires molles et demi-molles ont été opérées par extraction sur un homme de soixante-dix ans et sur une femme de plus de soixante ans. Deux autres, très molles, sur une femme de près de cinquante ans, mais bien constituée et robuste, ont été opérées par broiement. Deux cataractes lenticulaires, l'une dure, l'autre demi-dure, ont été opérées par abaissement, sur un homme presque septuagénaire. M. Sichel ne donne aucune prédilection exclusive à une méthode opératoire quelconque ; il les emploie toutes, mais seulement d'après des indications rationnelles pour chacune. Il abaisse les cataractes dures à tous les âges, bien que chez les vieillards il préfère les extraire, afin de ne pas laisser dans l'œil le cristallin, devenu un corps étranger mobile et irritant, capable d'amener et d'entretenir longtemps une violente phlegmasie des membranes internes, difficile à combattre chez des individus où l'emploi de la méthode antiphlogistique doit naturellement être restreint. Il opère par broiement toutes les cataractes molles et demi-molles chez les sujets au-dessous de quarante ans, et surtout au-dessous de trente ans, et exceptionnellement au-dessus de quarante ans. Il pratique l'extraction dans les cataractes molles et demi-molles séniles, c'est-à-dire existant chez les individus âgés de plus de quarante ans, et surtout de plus de cinquante ans, par la raison que l'abaissement et le broiement de pareilles cataractes sont suivis d'un gonflement considérable du cristallin, qui vient comprimer les membranes internes et y déterminer une violente inflammation. Cette inflammation, combattue par le traitement énergique qu'elle exige, affaiblit la constitution et amène facilement le marasme; si on l'attaque insuffisamment, elle occasionne la désorganisation des membranes internes et une amaurose incurable. Chez les individus au-dessous de quarante ans, et surtout chez les enfants, depuis six mois jusqu'à quinze ans environ, la tolérance après les opérations pratiquées à l'aiguille et par une main exercée est excessivement grande, la réaction traumatique peu considérable, surtout chez ces derniers ; de plus, la résistance de l'organisme à l'action affaiblissante du traitement antiphlogistique est à son maximum entre vingt et quarante ans. Par suite de ces indications, l'opération normale, ou d'élection, est l'extraction pour les cataractes séniles molles et demi-molles, le broiement pour les cataractes lenticulaires molles et demi-molles chez les individus jeunes, et surtout pour les cataractes congéniales, qui presque toujours sont peu consistantes. Les cataractes dures peuvent être abaissées à tout âge, bien que chez les vieillards il soit préférable de les extraire, afin d'éviter une phlegmasie trop intense.

La justesse de ces indications a été de nouveau confirmée par le résultat des huit opérations ci-dessus rapporté. Sur les quatre extractions il n'y a eu qu'un seul accident, tandis que sur un œil opéré par broiement il y a eu un iritis violent, et que l'abaissement de la cataracte demi-molle, chez le vieillard septuagénaire, a été suivi d'une kératite intense avec infiltration interlamellaire.

Extraction par le lambeau supérieur, et nouveau mode de pansement.

M. Sichel pratique toujours l'extraction de la cataracte par la section supérieure, dont les avantages sont très grands pour la cicatrisation prompte et complète de la plaie, la paupière supérieure formant une espèce de bandage contentif, dont les effets sont encore augmentés par un mode de pansement propre au professeur. Ce pansement se fait en appliquant successivement :

1° Des bandelettes agglutinatives, au nombre de cinq pour chaque œil, disposées en croix sur les deux paupières ;

2° Des compresses longuettes graduées recouvrant la paupière

supérieure, et plus étroites de bas en haut, de manière que la plus forte compression porte sur les lèvres de la plaie;

3° Un bandage roulé, recouvrant et assujettissant les bandelettes agglutinatives et les compresses.

Cet appareil, en comprimant doucement et méthodiquement les lèvres de la plaie, les empêche de s'écarter sous l'influence des mouvements et des efforts du malade, auquel il donne, ainsi qu'au chirurgien, une grande sécurité. Ce mode de pansement, que nous regrettons de ne pouvoir figurer ici, a été représenté sur la planche XVI de l'*Iconographie ophthalmologique* de M. Sichel, actuellement en cours de publication (1).

Iris moucheté, par suite d'altération organique consécutive à son inflammation.

M. Sichel a fait voir un cas très prononcé de l'affection iridienne qu'il désigne sous le nom d'*iris moucheté*. Cette disposition anormale dans la coloration du diaphragme oculaire était consécutive à une iritis chronique et à une ophthalmie interne. L'iris gauche, sain, était d'un gris légèrement bleuâtre, mais sans aucune tache brunâtre ou plus foncée; ses fibres radiées et circulaires et les sillons qui les séparent étaient très facilement visibles à l'œil nu. L'œil droit, malade depuis plusieurs années d'une ophthalmie interne avec amaurose, avait un iris d'une couleur foncée gris-brunâtre sale, uniforme. On n'y reconnaissait plus aucune trace de texture fibrillaire striée et sillonnée. Toute la surface de la membrane était recouverte et comme mouchetée par de nombreuses taches irrégulièrement arrondies, d'environ 1 millimètre de diamètre, d'une couleur brun-sale, mate, n'ayant pas l'aspect pointillé du pigmentum uvéen, et dépourvues du lustre qu'a d'ordinaire l'épithélium iridien. M. Sichel a vu souvent cette affection de l'iris, et toujours dans le cortége de la désorganisation de cette membrane et des autres membranes internes; il est probable qu'on ne la rencontre pas sans qu'il existe en même temps une amaurose plus ou moins complète et incurable.

Il ne faut pas confondre cet aspect moucheté, symptomatique d'une profonde altération des membranes oculaires internes avec un autre état de l'iris offrant avec lui quelque analogie, dans lequel la face antérieure de cette membrane, d'une teinte clair-bleuâtre ou grisâtre, est recouverte de nombreuses taches, aussi irrégulièrement arrondies, mais formées par du pigmentum normal foncé, reconnaissable à sa couleur d'un brun franc, à son aspect pointillé, visible surtout sous la loupe et au lustre naturel de l'épithélium, qui n'est en rien diminué. Ce n'est ici qu'une simple aberration de l'état physiologique, ce qu'on a appelé un jeu de la nature (*lusus naturæ*). Cet état, connu sous le nom de *taches de rouille*, assez rare chez l'homme, est excessivement fréquent chez les chiens de chasse à iris clair. Il peut être regardé comme une variété de cette disposition polychrome de l'iris, dont une moitié est brune tandis que l'autre est grisâtre ou bleuâtre, disposition qui n'est elle-même qu'une forme particulière d'un état physiologique où l'iris des deux yeux est de couleur dissemblable, l'un étant foncé, brunâtre, l'autre clair, grisâtre, bleuâtre (*hétéroglaucose, hétérophthalmos, yeux vairons*). Ces trois derniers états peuvent être considérés comme une mélanose physiologique, c'est-à-dire une accumulation de pigmentum brun peu ordinaire, mais non pathologique.

Ciseaux de M. Berton pour pratiquer la trachéotomie.

La publication des trois faits de trachéotomie (*voir* plus loin) qu'a bien voulu nous communiquer notre honorable confrère M. Chassaignac, et dans lesquels un nouveau procédé a été employé par le chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, nous rappelle une communication de notre cher confrère et ami M. le docteur Berton, médecin de l'École d'état-major et médecin consultant de la maison impériale d'éducation de la Légion-d'Honneur.

Cet excellent confrère a eu l'idée d'employer pour l'opération de la trachéotomie des ciseaux qu'il appelle dilatateurs, et dont voici la description :

Les lames de ces ciseaux tournent complétement sur elles-mêmes, de sorte que, maintenus au moyen d'un coulant à la partie moyenne, ces ciseaux sont parfaitement portatifs. Les anneaux étant rapprochés et les lames placées en contact, comme les tranchants sont en dehors, ils pénètrent par ponction dans la trachée. Une fois introduit dans la trachée, l'instrument est retiré en écartant les lames, qui agissent à la façon d'un lithotome et incisent le conduit aérien.

L'instrument peut être entièrement renversé, et dans ce cas, les tranchants des lames se trouvant en dedans, le bord mousse ou *dos* en dehors offrant une arête vers les extrémités, il est ouvert après son introduction dans la plaie et en maintient les bords écartés, agissant alors comme un dilatateur.

Cet instrument nous paraît fort ingénieux; nous désirons vivement que M. Berton trouve l'occasion de l'appliquer, et nous l'engageons à en publier le dessin.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. CHASSAIGNAC.

De la trachéotomie dans le croup. Nouveau procédé.

En février 1853, et à quelques jours seulement d'intervalle, furent apportés à l'hôpital Saint-Antoine, dans un état d'asphyxie imminente, trois enfants qui ont subi l'opération de la trachéotomie par un nouveau procédé. Deux de ces enfants ont dû la vie à l'opération qui leur a été faite; un seul a succombé. C'était le plus âgé et le plus fort.

Ces observations, comme toutes celles qui se rattachent à l'emploi d'un procédé nouveau, ont dû être recueillies avec soin; nous croyons utile de les faire connaître, et nous indiquerons brièvement en quoi consiste le procédé opératoire, qui n'est qu'imparfaitement connu, et sur lequel plusieurs personnes avaient déjà entamé la discussion avant même de savoir au juste en quoi il consistait.

Ce procédé reconnaît comme principe fondamental la nécessité d'une *fixation solide de la trachée depuis le commencement de l'opération jusqu'à la fin*. Dans le premier temps, on accroche avec une forte érigne le bord inférieur du cartilage cricoïde, soit d'emblée à travers la peau, soit après une très petite incision préliminaire. Dans le second temps, on ponctionne la trachée et on divise trois ou quatre de ses anneaux au moyen d'un bistouri à deux lames très courtes montées sur le même manche. Dans le troisième temps, on dilate la plaie trachéale au moyen d'un instrument disposé de manière à prévenir toute fuite de la trachée. Dans le quatrième temps, on place la canule double, dont le tube externe est perforé sur sa convexité par une fenêtre ayant pour objet de permettre au chirurgien d'apprécier avec exactitude le moment où la canule cesse d'être nécessaire.

A quoi il faut ajouter, comme moyen accessoire, une pompe trachéale destinée à aspirer les mucosités, le sang ou les pseudo-membranes.

Nous nous bornons à ce simple énoncé, nous réservant de faire suivre les observations de quelques réflexions qui nous ont paru indispensables.

Obs. I. — Guidet (Julien), âgé de onze ans, est apporté à l'hôpital Saint-Antoine le 12 février 1853. C'est un enfant fortement constitué, de tempérament sanguin, exempt de toutes maladies graves antérieures. L'an dernier, cependant, à la suite d'une immersion prolongée des mains dans l'eau froide, il survint chez ce garçon un œdème des membres inférieurs, qui ne recouvrèrent leur volume normal qu'au bout de quinze jours, et après l'emploi de purgations répétées.

Ce petit malade était atteint depuis quinze jours d'une affection de poitrine caractérisée par des quintes de toux fréquentes, par le rejet de crachats muqueux, le tout s'accompagnant d'un appareil fébrile modéré.

Le 11 février, la toux devint plus fréquente, s'accompagna de dyspnée; presque toutes les boissons étaient rejetées par vomissement. Cet état se prolongea la nuit suivante et la journée du 12 février.

Entré le soir du même jour à l'hôpital, on constate l'état suivant : respiration très pénible, sifflante; les puissances inspiratrices agissent avec une force remarquable; les inspirations sont très longues; fréquemment le malade est pris par accès d'une toux très retentissante, rappelant par ses caractères l'aboiement d'un jeune chien. L'aphonie est complète; le murmure vésiculaire se perçoit encore, mais il a de la rudesse. Absence complète de matité. L'examen de l'arrière-gorge ne fait reconnaître l'existence d'aucune fausse membrane; les efforts de toux n'en ont point rejeté au dehors.

M. Chassaignac, prévenu immédiatement, pratiqua l'opération deux heures après l'entrée du malade.

Procédé opératoire. — On a augmenté la résistance du plan que forme le lit au moyen d'une toile cirée très forte recouverte d'une alèze. L'enfant est dans le décubitus dorsal, le cou repoussé en avant par un coussin très ferme préparé extemporanément au moyen d'une autre alèze maintenue en rouleau condensé par l'application de lacs à fracture. L'opérateur, placé à droite, et ayant reconnu très exactement la situation du cartilage cricoïde, qu'on sent toujours à travers les téguments, introduit successivement au-dessus du bord inférieur de ce cartilage d'abord le ténaculum ordinaire, puis l'érigne cricoïdienne. Une ponction est ensuite faite à la trachée avec un bistouri à pointe aiguë dirigée par la cannelure de l'érigne. Dans un second temps, l'ouverture du conduit aérien est agrandie avec le bistouri boutonné; puis les lèvres de l'incision trachéale étant écartées avec le dilatateur de M. Chassaignac, la canule fut introduite par un aide.

Au bout de quelques instants le malade fut soulagé. Quelques efforts de toux expulsèrent le sang qui s'était épanché dans les bronches au moment de l'incision, et déterminèrent la sortie de trois fausses membranes à travers la canule. Enfin, bientôt l'enfant, chez lequel la dyspné avait cessé, pouvait s'asseoir dans son lit et prendre ses boissons de la main des sœurs du service.

On profite de cette position assise pour pratiquer l'auscultation et la percussion du thorax. La respiration est vésiculeuse partout; quelques râles sous-crépitants qu'on entend çà et là paraissent dus à la présence du sang dans les bronches. Sonorité normale.

Les membranes dont nous avons parlé sont d'un blanc rosé, leur surface interne est parfaitement lisse; l'autre, au contraire, légèrement inégale, présente un grand nombre de petits pertuis.

Le 13, la nuit a été calme. Sommeil très peu interrompu. La trachée s'est débarrassée de mucosités visqueuses au milieu desquelles on a pu reconnaître des pseudo-membranes nouvelles. Le facies n'a conservé aucune trace des anxiétés de la veille. Pouls modérément fréquent. Pas de selles. — Frictions sur les membres avec la teinture de quinquina chaude; looch blanc avec kermès.

Le 14, pouls légèrement fébrile; respiration un peu fréquente. Au sommet, pas de matité. La toux est très fréquente et s'accompagne d'un bruit qui semble indiquer dans la trachée la présence de mucosités tenaces. Une sonde de gomme élastique est introduite par la canule dans le but d'exciter une toux vive et saccadée. On voit bientôt, en effet, s'échapper au milieu des mucosités un tube pseudo-membraneux de 3 centimètres de longueur, après quoi le calme se rétablit. — Quinquina; kermès; emplâtre de diachylon entre les épaules.

Le 15, dans la journée, l'enfant a des quintes de toux fréquentes, la respiration est moins libre que la veille; toutefois, l'état du malade n'a rien d'immédiatement alarmant. Mais dans la nuit du 15, vers trois heures du matin, l'enfant est pris tout d'un coup d'anxiété, de suffocation. Appelé immédiatement, M. Bailly le trouve à genoux sur son lit, faisant de violents efforts d'inspiration; les joues sont violacées, le visage est inondé de sueur. L'air, en traversant la canule, produit un bruit retentissant. L'auscultation fait reconnaître un affaiblissement notable du murmure respiratoire, qui est devenu sifflant et rude au sommet des deux poumons, presque nul à la base; des râles ronflants sont perçus dans différents points.

Une sonde élastique introduite profondément dans la trachée paraît produire un peu de soulagement, peut-être en déplaçant quelques pseudo-membranes. L'anxiété diminue; le malade peut se recoucher; on le quitte dans un état plus satisfaisant. Mais au bout d'une heure on est rappelé près de lui; il est de nouveau en proie à des accidents de suffocation, et il expire deux heures après.

Autopsie après 24 heures. — Les téguments présentent une teinte légèrement bleuâtre, bien plus prononcée aux mains, où elle est livide. L'appareil aérien, examiné après avoir été détaché avec soin, présente un engouement très prononcé du lobe inférieur droit. Sur le bord tranchant des deux poumons, on trouve les lobules isolés et en quelque sorte disséqués par une infiltration d'air dans le tissu cellulaire qui les réunit (1). Le calibre de la trachée et des bronches est rétréci par des pseudo-membranes d'un millimètre d'épaisseur environ. La muqueuse sous-jacente est rouge et injectée par une arborisation très fine.

La bronche droite est presque complétement oblitérée par des fragments de fausses membranes, qui y ont été peut-être refoulés par l'introduction de la sonde élastique. Les ganglions bronchiques, ceux surtout qui entourent la trachée, ont un volume considérable; leur tissu est un peu induré et coloré d'un rouge vineux.

Le cœur, surtout à droite, renferme une certaine quantité de sang noir et coagulé. Le poumon en est aussi imprégné.

Réflexions. — En voyant combien la production pseudo-membraneuse avait été abondante chez cet enfant, et au simple aspect de ses bronches en quelque sorte bourrées de fausses membranes en couches multiples et emboîtées, on comprenait tout d'abord que l'opération était vouée à un insuccès inévitable. Les observateurs auxquels le poumon s'est offert dans un état semblable à celui que nous avons rencontré chez cet enfant doivent être portés à considérer l'opération de la trachéotomie comme étant radicalement impuissante dans l'affection croupale. Il n'est plus permi aujourd'hui, après les témoignages qui ont été produits, de repousser l'emploi de cette opération; mais il faut bien convenir à son sujet que, s'il est des croups pour lesquels l'opération est efficace et sauve incontestablement le malade, il en est d'autres dans lesquels elle est vouée à une complète et radicale impuissance. Le *desideratum* de la pratique serait donc qu'il y eût des moyens diagnostiques propres à faire distinguer, au lit du malade, les cas dans lesquels la production pseudo-membraneuse est abondante et commune à toutes les divisions bronchiques, et enfin reproductible en couches multiples, de ceux dans lesquels elle est limitée à la trachée et aux premiers tuyaux bronchiques, ainsi que nous allons en rapporter un exemple.

Les cas de la première espèce excluraient d'emblée l'opération. Dans ceux de la seconde, on obtiendrait, selon toute apparence, des succès assez nombreux pour dissiper les doutes et les dénégations les plus réfractaires. Malheureusement le diagnostic ne paraît mettre, jusqu'à ce moment, aucune différence caractéristique et bien appréciable entre les deux espèces de cas. Il est même permis d'être étonné de cette particularité; car, à ne considérer les choses que du point de vue théorique, il semblerait que des différences tranchées devraient séparer les résultats de l'auscultation dans l'un et dans l'autre cas. C'est-à-dire que l'esprit peut à peine concevoir comment, avec des bronches presque toutes revêtues intérieurement de tubes membraneux, on voit le type respiratoire se conserver au degré où on l'observe dans certains cas. Il y a là un sujet de méditation profonde pour les hommes qui ont apporté de nos jours dans l'étude de l'auscultation tant de persévérance et d'habileté.

L'observation suivante est un bel exemple de guérison du croup dans un cas où les pseudo-membranes envahissaient non-seulement le larynx, mais encore la trachée jusqu'à sa bifurcation et très sûrement aussi les grosses bronches jusqu'à une profondeur qu'on ne peut pas déterminer.

Du moins savons-nous que des tubes membraneux, qui n'avaient pu être formés que dans les bronches dont ils représentaient le calibre par leur dimension, ont été expulsés à travers la canule.

Obs. II. — Joncklet (Joséphine), âgée de dix ans, rue de la Muette, n° 1, entre à l'hôpital Saint-Antoine le 8 février 1853, salle Sainte-Marthe, n° 15.

Cette enfant, douée d'une physionomie très intelligente, de tempérament lymphatique et portant dans sa constitution chétive la trace de privations, a été prise, il y a trois jours, de tous les symptômes du croup; mais c'est seulement dans la nuit du 7 au 8 février qu'elle fut en proie à une dyspnée qui survint vers deux heures du matin et se continua jusqu'à huit heures du soir, où on l'apporta à l'hôpital. A son arrivée, face anxieuse, pâle; regard languissant et morne, presque éteint; pupille dilatée; les yeux se portent souvent vers la partie supérieure et interne de l'orbite; paupières à demi fermées, semblant ne plus avoir la force ni de s'ouvrir ni de se clore complétement; état général de torpeur et de demi-somnolence; par instants, les narines font effort pour se dilater; la bouche est du reste constamment fermée et la respiration exclusivement nasale. Langue blanche, humide; rougeur arborescente de l'arrière-gorge. On y remarque quelques points blanchâtres, entourés d'une aréole opaline légèrement transparente; le centre est plus élevé, plus blanc, plus opaque. Sur les parties latérales de la luette, qui est légèrement tuméfiée, se voient deux couches pseudo-membraneuses formant bordures latérales en avant, où elles sont séparées, tandis qu'en arrière la concrétion couenneuse est toute d'une pièce.

La peau est couverte d'une sueur perlée, froide, occupant surtout les sillons de la face. Extrémités froides. La petite malade semble éprouver à la trachée une gêne qui lui fait porter souvent la main à la région antérieure du cou comme pour ôter un corps étranger. Respiration à 39; pouls irrégulier, petit, à 118. L'inspiration, sensiblement plus courte que l'aspiration, est rauque et voilée; cette dernière est sifflante.

L'enfant, antérieurement à son entrée à l'hôpital, avait rendu un fragment de pseudo membrane. La toux est rauque et amène parfois l'expectoration de mucosités filantes; l'aphonie est complète; parfois on entend un bruit de gloussement quand l'inspiration est plus difficile. A la percussion, la poitrine résonne mal et offre une sorte de matité diffuse; nous insistons sur ce point, parce qu'après l'opération la percussion, répétée de nouveau, a donné un timbre beaucoup plus clair. Ce sera, si l'on veut, une nuance, mais cette nuance nous a paru très nettement accusée.

A l'auscultation, il se produit une sensation de frottement rude dans le larynx et la trachée; il n'y a nulle part de murmure vésiculaire; on n'entend plus que de gros râles humides qui semblent avoir pour siége les premières divisions bronchiques. Par moments, l'enfant se cramponne aux draps comme cherchant à y prendre un point d'appui pour mieux respirer. Les muscles du cou se contractent spasmodiquement; enfin, il y a déjà émission involontaire d'urines, ce qui, joint à l'état des pupilles, indique le collapsus précurseur d'une asphyxie complète.

Lorsque l'enfant eut été couchée et réchauffée, vers les neuf heures, il y eut un semblant d'amélioration qui ne dura pas longtemps : à dix heures, la dyspnée redevint violente, l'aphonie complète, l'asphyxie imminente. Sinapismes, frictions irritantes, 1 gramme d'ipéca; l'enfant ne vomit point, malgré le soin qu'on a de titiller la luette.

M. Chassaignac fut mandé à onze heures et demie du soir, et, malgré le peu de chances de succès que parut offrir l'opération, il se décida à la pratiquer. Après avoir attentivement observé la région antérieure du cou, il implanta d'emblée à travers la peau un ténaculum,

(1) *Iconographie ophthalmologique*, par le docteur Sichel. Chez J.-B. Baillière, rue Hautefeuille.

(1) On avait pratiqué l'insufflation à travers la canule, immédiatement après l'opération.

qui pénètra immédiatement au-dessous du bord inférieur du cartilage cricoïde. A ce premier instrument il substitua sur-le-champ le ténaculum cricoïdien, et, après s'être assuré que la trachée était solidement saisie, il y plongea directement un bistouri aigu et agrandit aussitôt avec le bistouri boutonné la ponction qui venait d'être faite. Après cela, il introduisit sans difficulté un dilatateur coudé, et à ce moment fut lancé au dehors un large lambeau de pseudo-membrane, puis la canule fut placée. De nouvelles pseudo-membranes sortirent encore; bientôt l'enfant respira, les pupilles se contractèrent presque immédiatement; l'expansion vésiculaire redevint perceptible, s'accompagnant de râles humides; la matité diffuse dont nous avons parlé diminua sensiblement, le pouls descendit à 96 et la respiration à 32; puis l'enfant s'endormit après avoir pris un peu de vin sucré et de bouillon. Frictions aromatiques chaudes sur tout le corps.

Parmi les fausses membranes expulsées, deux étaient manifestement tubulées, ainsi qu'on le démontra par l'introduction d'un stylet : l'une d'elles, large de 4 centimètres, longue de 6 à 7, était striée longitudinalement, jaunâtre et recouverte d'un peu de sang; la seconde, beaucoup plus petite, bifide à l'une de ses extrémités, semblait appartenir à des divisions bronchiques secondaires. La nuit fut calme.

Le 9 février, de nouvelles fausses membranes sont expulsées à travers la canule; elles ont une face striée, l'autre tomenteuse; elles sont plus blanches que les premières; mucosités abondantes. Respiration bonne, plus de matité. Le soir, un peu de fièvre.

Le 10, l'amélioration continue. — Looch blanc avec 20 centigr. de kermès.

Le 12, M. Broca transmit le résultat de l'examen microscopique des pseudo-membranes :

« Leur structure est fort simple; c'est une sorte de gangue d'apparence fibroïde, mais non fibreuse, emprisonnant une assez grande quantité de globules de pus. J'ai été très surpris de trouver une multitude de gouttelettes très rondes, très inégales, offrant exactement l'aspect de gouttelettes de graisse; nous avons pensé, M. Robin et moi, que c'étaient des gouttelettes de camphre qui s'étaient précipitées sous forme globuleuse (la pièce était conservée dans l'alcool camphré mêlé d'eau). Il serait très simple de voir si le mélange de l'eau avec l'alcool camphré donne effectivement un semblable résultat.

» J'ai recherché avec soin les végétaux parasites qui croissent sur les productions pseudo-membraneuses du muguet, et qui ne sont pas très rares dans le cas de croup; je n'en ai trouvé aucune trace.»

Le 14, crachats rouillés. — Les frictions aromatiques, qui avaient été continuées jusque-là, sont remplacées par des frictions avec la teinture de quinquina.

Le 16, la respiration devient un peu plus difficile; il y a toujours un peu de fièvre le soir.

Le 17, un peu de matité à droite. — Ventouses sèches.

Le 18, un peu d'amélioration. (Même traitement.) Abondance de mucosités purulentes avec des parcelles pseudo-membraneuses de plus en plus minces. — Ventouses sèches.

Le 20, les mucosités diminuent et deviennent catarrhales.

Le 24, l'enfant va mieux. Elle est toujours pâle; sans appétit. La canule est retirée. Dans l'après-midi, la voix revient; les lèvres de la plaie tendent à se juxtaposer. Après l'enlèvement de la canule, les mucosités deviennent moins abondantes. — Huile de foie de morue; iodure de fer.

Le 28, l'air ne passe plus par la plaie.

Un mois après, dans les premiers jours d'avril, l'enfant, qui était restée pendant une quinzaine de jours pâle et triste, a repris de l'embonpoint, de la gaieté, de l'animation. Elle est donc aujourd'hui parfaitement guérie de sa maladie, de l'opération et de ses suites.

Réflexions. — Cette observation prouve que, quelle que soit la gravité des accidents au moment de l'opération, il ne faut point renoncer à l'espoir de sauver un enfant arrivé à la période ultime du croup. Cette petite malade était assurément, de tous les jeunes sujets que M. Chassaignac a opérés, celle qui paraissait avoir le moins de chances en sa faveur, et cependant l'opération a été couronnée d'un plein succès. On a sans doute remarqué, dans la description du procédé opératoire, qu'on avait fait précéder l'introduction du ténaculum cricoïdien par l'implantation d'un ténaculum ordinaire. C'est là une précaution dont M. Chassaignac fait usage quelquefois, quand il n'est pas sûr de placer d'emblée l'érigne cricoïdienne. Au même titre, doit être rappelée la très petite incision préalable qu'il a soin de faire toutes les fois qu'il reste le moindre doute touchant la sûreté de l'implantation cricoïdienne.

On pourrait demander, au sujet de cette incision préalable, s'il ne serait pas préférable de donner sur-le-champ à l'incision des téguments toute la longueur nécessaire. Nous répondons que non, et que cette simple modification de la moucheture paraît extrêmement utile, en ce qu'elle fait éviter l'ouverture des veines, souvent énormément dilatées, qui, dans l'état d'asphyxie où se trouve le sujet, versent du sang en abondance, et rendent aussi difficile que dangereuse l'incision des anneaux. Quand le procédé cricoïdien n'aurait que l'avantage de ne donner à la plaie que l'étendue rigoureusement nécessaire, il devrait être, par cela seul, préféré au procédé ordinaire, qui expose presque inévitablement à une hémorrhagie doublement fâcheuse, et par l'affaiblissement qu'elle cause, et par la pénétration du sang dans les bronches. Une fois que les esprits, un peu moins effarouchés par l'idée de l'implantation sous-cricoïdienne faite d'un seul coup, auront envisagé la chose avec un peu plus de sang-froid, il n'y aura pas un chirurgien qui ne préfère à tous les autres procédés celui dans lequel la trachée est solidement saisie avant qu'on l'incise, et non moins solidement retenue pendant la dilatation qu'exige le placement de la canule.

Dans les deux observations précédentes, on a vu que nous avions eu affaire à des croups pseudo-membraneux bien avérés, avec prolongation des fausses membranes dans la trachée et dans les divisions bronchiques. Dans l'observation qui va suivre, la trachéotomie, faite sur des indications non moins pressantes, a été également couronnée de succès; mais comme à aucune époque de la maladie et des suites de l'opération il n'y a eu issue d'aucune parcelle de fausse membrane, nous ne pouvons citer ce cas comme un exemple de trachéotomie dans le croup. Si cette observation tend à prouver quelque chose, c'est qu'il y a peut-être en dehors des indications établies jusqu'à ce moment des cas dans lesquels la trachéotomie peut être employée comme moyen de salut.

Obs. III. — Le nommé Charrière (Louis), âgé de dix-huit mois, est apporté par sa mère à l'hôpital Saint-Antoine, le 14 février 1853.

Cet enfant, au moment de son entrée, est en proie à une dyspnée tellement intense, qu'on n'a pas l'idée qu'un pareil état puisse se prolonger plus de deux ou trois heures sans amener la mort du petit malade; aussi sa mère, quand on lui parle d'une opération, n'oppose-t-elle aucune résistance. Voici, du reste, ce que nous observons :

Quoiqu'il y ait quelques apparences de croup, on ne trouve à l'inspection aucune trace de fausses membranes, seulement une rougeur vive de la gorge; râles muqueux abondants, perceptibles dans toute l'étendue des poumons.

L'opération fut décidée et exécutée sur-le-champ. Après une tentative d'implantation qui ne donna pas un résultat suffisamment précis, une très petite incision tégumentaire fut pratiquée, et permit une seconde implantation, faite alors à coup sûr. Après quoi : ponction, débridement, dilatation et placement de la canule sans aucune difficulté. Quelques instants après que la canule eut été placée, l'enfant, qui était excessivement faible, quoiqu'il n'eût perdu qu'une très petite quantité de sang, eut un moment d'asphyxie, dont il fut promptement tiré par quelques insufflations et par des pressions alternatives sur la poitrine et sur le ventre.

Immédiatement après l'opération, la respiration devint moins laborieuse, un peu vésiculaire. On entendait des râles muqueux et crépitants dans une foule de points, comme si la masse des deux poumons était intéressée par une lésion partout répandue. Une circonstance assez remarquable chez ce petit malade, c'est la prodigieuse abondance des mucosités qui obturaient presque complétement la trachée, se reproduisant avec une surprenante rapidité quand on était parvenu à en obtenir l'expulsion. — Looch blanc avec le kermès; frictions sur tout le corps avec la teinture de quinquina chaude; vésicatoire entre les épaules.

Le soir, pouls tellement fréquent qu'il ne peut être compté d'une manière satisfaisante; fréquence de la respiration, qui est bronchique; matité à droite, engouement des bronches et du poumon; dispositions syncopales par moments, puis expulsion des mucosités, et retour du petit malade à lui-même après cette expulsion.

Le 16, la mère de l'enfant, qui avait été admise avec lui pour le veiller, veut, malgré nos instances, quitter l'hôpital.

A partir de ce moment, l'observation n'a pu être continuée aussi régulièrement, mais nous avons revu l'enfant presque tous les jours, et dans les premiers jours d'avril, six semaines après l'opération, il paraissait hors de danger. Seulement, chaque fois qu'on a voulu enlever la canule, ce qui a été répété à deux reprises, l'enfant a été pris aussitôt comme d'un flux de mucosités bronchiques avec imminence d'asphyxie, de telle sorte que, même au bout de six semaines à partir de l'opération, il n'a pas encore été possible de lui retirer définitivement la canule. Vers le 15 avril la canule fut retirée sans aucun des accidents observés jusque-là. Aujourd'hui, 27 avril, il est très bien.

Réflexions. — Cette observation n'a pu avoir la précision que nous avons cherché à donner aux deux autres; nous ne l'eussions pas citée, puisque le diagnostic n'a pas même pu être posé avec exactitude. Tout imparfaite qu'elle soit, elle ne nous a laissé cependant aucun doute sur l'urgence de l'opération et sur l'efficacité de cette dernière, puisque l'enfant allait périr d'asphyxie quand la chirurgie est intervenue.

Nous ne ferons pas suivre cette observation de réflexions, que le lecteur saura du reste parfaitement déduire.

Nous nous bornerons à des explications très courtes sur les divers instruments que M. Chassaignac a été conduit à modifier d'une manière que nous croyons utile.

1° Le ténaculum cricoïdien. Espèce de crochet plus fortement recourbé que le ténaculum ordinaire, et qui de plus est pourvu, à la manière du cathéter urétral des lithotomistes, d'une *cannelure* sur sa convexité. On s'est proposé pour but dans la construction de cet instrument d'accrocher solidement la trachée avant d'y pratiquer aucune incision.

Nous croyons inutile de prémunir l'esprit du lecteur contre toute confusion entre ce crochet résistant, implanté d'*après des règles fixes, toujours dans le même point et dans un point toujours reconnaissable* par l'anatomiste, et ces tentatives de fixation de la trachée par des moyens qui peuvent à peine être pris au sérieux soit par leur nature, soit par leur mode d'application, telles sont les aiguilles recourbées à l'une de leurs extrémités, tandis qu'à l'autre elles sont garnies d'une boule de cire à cacheter; telle est l'érigne de Liston, qui ne s'introduit dans la trachée qu'après une longue incision de la peau et qui ne sert nullement à guider le bistouri, puisque Liston incisait ce conduit de bas en haut en commençant par la partie la plus déclive, très loin par conséquent de l'érigne employée par lui. Ces moyens ne ressemblent que de nom à la méthode de M. Chassaignac; mais nous savons que pour certains esprits les noms sont pris pour des choses.

2° Le bistouri qui sert à ouvrir la trachée est constitué par un instrument à deux lames courtes, l'une aiguë, l'autre boutonnée. On évite par là tout danger dans la ponction et le débridement de la trachée, en ayant l'avantage de n'avoir point à changer d'instrument.

3° Le dilatateur, qui s'ouvre comme une pince à pansements et se termine par des branches coudées, de manière à ne pouvoir laisser échapper la trachée une fois qu'il y a été introduit.

4° La double canule est modifiée de manière à permettre de résoudre sans difficulté cette question si grave et si controversée de l'époque précise à laquelle il convient de la retirer. C'est une chose qui n'est nullement réglée à l'avance et à l'égard de laquelle chacun s'abandonne à ses impressions personnelles, et, disons-le, presque au caprice de chaque opérateur.

La modification à la canule nous donne le résultat précis, la mesure rigoureuse de son degré d'opportunité à un moment donné. C'est le critérium exact du moment où il faut l'enlever. Voilà en quoi consiste la modification, voici l'usage qu'on en fait :

La modification est très simple : elle consiste en une ouverture pratiquée sur la convexité de la canule engaînante. S'agit-il d'apprécier si sa présence est nécessaire? On retire la canule interne, on obture avec le doigt l'orifice de la canule restante. Si le malade respire bien et surtout s'il a recouvré la voix, c'est la preuve que la persistance de la canule a cessé d'être utile; si, au contraire, la respiration ne s'effectue pas, la canule est encore nécessaire. Nous croyons qu'il a été fait à un autre point de vue, celui de l'effort, par exemple, des modifications bien autrement ingénieuses que celle-ci; mais nous sommes sûr qu'on n'en a pas fait l'application à la détermination du moment où la canule cesse d'être utile.

Nous terminerons en faisant remarquer que, si l'opinion générale conservait encore quelques préventions contre le procédé opératoire de M. Chassaignac appliqué chez les enfants, les faits que nous venons de rapporter doivent les avoir dissipées; car, pour ce qui regarde l'adulte, nous n'hésitons pas à affirmer dès aujourd'hui la supériorité très positive de ce procédé sur tous les autres.

Les trois opérations de trachéotomie mentionnées dans ce travail ont toutes été faites en présence et avec l'assistance de MM. Bailly, Fremineau, Roussin et Houzé. X...

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

De l'infusion de quassia comme moyen d'administrer l'huile de foie de morue.

Bon nombre de moyens ont été imaginés en ces derniers temps pour masquer la saveur désagréable de l'huile de foie de morue; M. Selwin Morris a soumis à l'examen les divers véhicules successivement proposés, et il a reconnu qu'aucun d'eux ne donnait des résultats complétement satisfaisants. Celui qui lui a paru le plus convenable est une simple infusion du quassia étendue d'eau. On remplit aux trois quarts une cuiller à soupe de cette infusion, et on verse l'huile à la surface. L'action légèrement tonique du quassia ne peut avoir qu'une influence heureuse sur l'estomac; l'auteur en trouve la preuve dans l'absence de nausées qui suit toujours l'ingestion de l'huile ainsi administrée. Il n'est pas douteux que cet effet du quassia ne soit surtout dû à l'extractif amer qu'il renferme.

A ce titre, beaucoup d'autres substances pourraient tout aussi bien que lui masquer la saveur de l'huile et faciliter son absorption par l'estomac. Cependant le quinquina et la gentiane, essayés par l'auteur, n'ont pas paru agir d'une manière aussi efficace que le quassia : d'où résulte que cette dernière substance jouirait, selon lui, d'une action toute spéciale, que les autres amers ne pourraient qu'imparfaitement remplacer. (*Bull. de thérap.*)

Tamponnement du col de l'utérus comme moyen de traitement de la métrorrhagie.

Cette pratique que nous trouvons signalée par M. le docteur Henri Bennet dans la troisième édition de son livre sur l'inflammation de l'utérus, qui vient de paraître en Angleterre, nous semble digne de quelque attention, d'autant plus que nous ne l'avons vue signalée nulle part. Elle n'a, d'ailleurs, rien que de conforme au bon sens; et en présence des inconvénients qu'entraîne le tamponnement ordinaire, on est même étonné que l'idée n'en soit pas venue plus tôt aux médecins. Rien de plus simple d'ailleurs que cette pratique : le spéculum sert à mettre à nu le col de l'utérus; ceci fait, on introduit dans l'orifice deux ou trois boulettes de coton, traversées par un fil, que l'on tasse avec soin dans la cavité du col, et le tout est maintenu par deux ou trois grosses boules de coton, que l'on foule sur le col et que l'on maintient avec des pinces en contact avec celui-ci, pendant qu'on retire l'instrument. On comprend que le coton doit être tassé assez fortement dans la cavité du col; autrement, par suite de la contractilité qui lui est propre et aussi par la pression du liquide placé derrière le coton, celui-ci ne tarderait pas à être chassé au dehors. Le coton peut être laissé en place vingt-quatre et même trente-six heures; passé cela, il est expulsé spontanément.

On peut aussi remplacer le coton par un petit morceau d'éponge; celui-ci a même l'avantage de rester mieux en place, à cause de sa dilatation; mais, d'un autre côté, comme on ne peut pas en introduire dans le col autant que de coton, il s'ensuit qu'elle se laisse traverser plus facilement par le sang.

M. Bennet recommande, lorsqu'on emploie un morceau d'éponge, d'avoir bien soin de le traverser par un fil, parce que le col pourrait avoir de la peine à le chasser spontanément. Quant aux indications de cette pratique, d'après M. Bennet, elle ne saurait trouver sa place que dans les cas dans lesquels l'hémorrhagie persiste et survit à l'amélioration, à la guérison même de l'état local, soit à cause d'une augmentation de volume de l'utérus, soit par suite de la présence d'un petit polype qui n'a pas été reconnu, ou de toute autre tumeur dans la cavité du col ou du corps, soit enfin par suite d'une simple habitude hémorrhagique. (*Ibid.*)

Tétanos traumatique arrêté et guéri par l'application du cautère actuel.

Le 20 juin dernier, un jeune homme de vingt et un ans, commis voyageur, d'une santé fort robuste, tomba de son cabriolet, perdit connaissance et se fit plusieurs blessures contuses à la face et une autre plaie contuse de 2 centimètres au dos de la main gauche, ainsi qu'une excoriation à la face palmaire de la même main. Le malade fut soumis à un régime antiphlogistique énergique : huit saignées en cinq jours, boissons délayantes, purgatifs, diète sévère. De plus, les plaies furent réunies par première intention et traitées par les réfrigérants.

Sous l'influence de ce traitement, tout semblait marcher de la manière la plus favorable; seulement le malade se plaignait, d'abord à intervalles, et plus tard d'une manière presque continue, d'une douleur déchirante, ayant son siége et son point de départ à la paume de la main, au niveau de la plaie en suppuration. Du reste, la fièvre était peu marquée, et sauf cette souffrance étrange, le malade eût pu être considéré comme en voie de guérison prochaine.

Cependant, l'état général alla s'aggravant par la douleur continue de la paume de la main, et à celle-ci s'ajoutèrent bientôt de l'insomnie, une agitation continuelle, parfois du délire, des soubresauts des tendons et une sensation de tiraillement douloureux qui s'étendait le long de la colonne depuis les lombes jusqu'à la région cervicale. Cet état de spasme général fit craindre aux médecins traitants l'accession prochaine du tétanos.

En conséquence, un traitement actif fut de nouveau institué. — Sangsues derrière les oreilles, manuluves avec une décoction de ciguë additionnée d'extrait de belladone, mixture fortement laudanisée à l'intérieur.

Ce traitement n'eut aucun effet; et lorsque M. Borelli fut appelé auprès du malade le 29, ou le sixième jour de la maladie, il constata l'état suivant :

Agitation et inquiétude extrêmes avec soubresauts, frissons et

tremblements généraux; face grippée, céphalalgie avec demi-convulsion des yeux, brillants et fuyant la lumière; exaltation avec un peu d'incohérence dans les idées, un peu de roideur, de tension et d'inclinaison en avant de tout le corps, avec la tête un peu enfoncée entre les épaules; douleur lombaire avec sensation de tiraillement et de réfrigération le long du dos; pouls serré, un peu tendu, à 80; bras gauche dans l'extension et dans la roideur; impossibilité de lui imprimer le moindre mouvement, l'idée seule le faisait entrer en frissons.

La main et l'avant-bras correspondant étaient un peu rouges et gonflés, la plaie du dos de la main en voie de guérison et indolente, tandis qu'à la paume de la main il y avait une sensation de douleur très aiguë et allant au cœur, suivant l'expression du malade. Celle-ci offrait vers sa base, entre les deux éminences thénars, et plus rapprochée du point excorié, une excavation si petite et si superficielle, qu'on eût eu peine à y attacher quelque importance. C'était cependant le point de départ de cette douleur atroce et dilacérante.

En l'examinant plus attentivement, M. Borelli finit par y découvrir un petit point blanchâtre, qui n'avait pas plus du volume d'une moitié de grain de mil, un peu saillant et qui, touché légèrement avec un stylet boutonné, devint le point de départ d'une douleur si vive que le malade poussa un grand cri et tomba dans un état de spasme général.

La cause des accidents était donc découverte: c'était un filet nerveux déchiré, qui était là saillant et en quelque sorte étranglé dans le tissu cutané, turgescent par suite de la fluxion inflammatoire. L'indication était précise: il fallait interrompre sa communication avec le système nerveux. Mais par quel moyen? Par la résection locale? Mais comment être sûr qu'elle détruirait complétement ses rapports avec les rameaux qui lui donnent naissance? N'y avait-il pas à craindre aussi d'intéresser l'arcade palmaire? Par la section du nerf principal? Mais duquel des trois nerfs principaux de l'avant-bras? En outre, le gonflement des tissus, les douleurs atroces dont ils étaient le siége ne rendaient-ils pas cette opération très chanceuse? Par l'amputation du membre? Mais qui eût osé pratiquer une pareille opération pour une lésion aussi superficielle et en apparence aussi légère, malgré les conséquences terribles dont elle semblait entourée? Restait donc la cautérisation transcurrente. M. Borelli éteignit trois cautères rougis à blanc sur le point douloureux, et obtint ainsi une eschare profonde du diamètre d'un bon centimètre. La douleur fut atroce; elle se prolongea très vive, mais changeant un peu de caractère, pendant une bonne heure, malgré l'application de linges trempés dans l'eau à la glace.

En revanche, à l'instant même on vit disparaître le gonflement fluxionnaire de la main et de l'avant-bras, et le malade s'endormit bientôt d'un sommeil tranquille. La douleur reparut encore assez vive la nuit suivante, mais en devenant plus obtuse; les jours suivants, elle devint pulsative lorsque la suppuration s'établit. L'eschare se détacha dès le deuxième jour; aussi la douleur augmenta-t-elle. On en est resté maître avec des calmants et des émollients. Les autres symptômes fâcheux disparurent à leur tour, et la plaie marcha avec rapidité vers la cicatrisation. Pour éviter la rétraction, un appareil fut appliqué, qui maintenait la main dans l'extension.

Enfin, un mois après la chute le malade était parfaitement rétabli. Des bains de tripes et un liniment fortifiant firent disparaître la roideur et la faiblesse qui existaient encore dans les mouvements.

(*Gazzet. med. Sarda*, 1853.)

GUÉRISON DE LA TUMEUR ET DE LA FISTULE LACRYMALE par la cautérisation du sac.

Communication adressée à l'Académie des sciences (séance du 2 mai) par M. le docteur Magne, médecin oculiste des crèches du département de la Seine et du bureau de bienfaisance du 1er arrondissement.

« Quand je publiai, il y a quatre ans, le résultat de mes recherches sur le traitement de la fistule du sac lacrymal, les auteurs et les praticiens étaient d'accord pour reconnaître qu'on ne guérissait pas cette affection d'une manière durable par les divers procédés habituellement mis en usage. En effet:

» Le *cathétérisme*, rarement praticable, souvent douloureux, toujours insuffisant, a été combattu par Rosas, Jæger, Sanson, etc., et les *Mémoires de l'Académie de chirurgie* contiennent les reproches que Laforest, le père pour ainsi dire de ce procédé, adresse à sa propre méthode.

» Les *injections* doivent être prolongées pendant plusieurs mois pour donner quelques résultats, et les fausses routes, l'éraillement de la muqueuse qui tapisse les conduits lacrymaux sont loin d'améliorer la situation des patients; dans ma pratique, qui remonte à quinze années, je ne compte que quelques succès exceptionnels de ce genre, et dans les cas dont il est question, la maladie était légère et ne datait que de fort peu de temps.

» La *dilatation du canal nasal à l'aide du clou, du séton ou de la corde à boyau*, méthode longue et douloureuse, ne préserve pas des récidives; plusieurs mois sont nécessaires pour obtenir un certain degré de dilatation, et si le mal occupe le sac lacrymal, toutes ces souffrances sont en pure perte.

» La *canule* a joué un grand rôle, grâce au patronage de Dupuytren. Le célèbre professeur M. Velpeau la juge en ces termes: « J'ai vu que » la canule remontait très souvent dans le sac lacrymal pendant les » quatre premiers mois; qu'il s'en échappait un grand nombre par les » fosses nasales avant la fin de la seconde année; que celles qui restent en place se dénaturent, se dissolvent au point de ne servir à » rien. » — M. Robert a extrait une canule entourée d'incrustations et qui avait déterminé la carie. — M. Janson (de Lyon), après avoir opéré douze malades à l'aide de la canule, fut forcé plus tard de les réopérer par une autre méthode.

» La guérison de la fistule lacrymale était donc encore un problème à résoudre, quand je pensai à remettre en honneur la cautérisation du sac lacrymal proposée il y a un siècle par Nannoni. Les essais tentés jusqu'alors n'étaient pas encourageants, et, je dois le dire, les auteurs s'élevaient contre cette méthode. — M. Velpeau l'avait essayée trois fois, et trois fois avec insuccès; il est vrai que le savant professeur avait cautérisé avec l'azotate d'argent. — M. Sédillot (de Strasbourg) considérait la cautérisation du sac comme purement exceptionnelle. — M. Vidal (de Cassis) professait les mêmes opinions. — M. Desmarres, dans un ouvrage publié en 1847, regardait l'oblitération du sac comme une dernière ressource. En résumé, les chirurgiens étaient d'accord sur ce point que l'oblitération du sac lacrymal ne pouvait être considérée que comme une méthode exceptionnelle.

» Lutter contre une opinion soutenue par plusieurs hommes considérables était sans doute bien téméraire; cependant, découragé par les insuccès des autres procédés, j'eus recours à la cautérisation du sac, et je pratiquai ma première opération, le 22 janvier 1848, assisté de mon honorable confrère M. le docteur Boutin de Beauregard. Après deux tentatives infructueuses, dues au peu de causticité de l'agent que j'employais (l'azotate d'argent), je me servis d'un pinceau chargé de beurre d'antimoine, et le vingt-quatrième jour après l'opération la guérison était complète. La tumeur lacrymale remontait à trente années.

» Je n'insisterai pas sur les diverses modifications que j'ai fait subir au procédé opératoire que j'employais au début; voici celui auquel je donne aujourd'hui la préférence et qui m'a réussi chez tous mes opérés depuis six ans, un seul cas excepté, mais il était compliqué de carie.

» A l'aide d'un couteau dont la lame est à double tranchant, j'incise le sac ou j'élargis l'ouverture s'il existe un trajet fistuleux; j'écarte les lèvres de la plaie avec l'instrument, que j'ai appelé *spéculum ou dilatateur du sac*; je vide et nettoie la cavité; j'introduis ensuite le *porte-caustique*, et je cautérise surtout à l'embouchure des conduits lacrymaux. Le *spéculum du sac* offre le double avantage d'écarter les lèvres de la plaie et de préserver du caustique les parties qui n'ont pas besoin d'être touchées. Il suffit alors d'un simple pansement à plat, que l'on renouvelle tous les jours. Cette opération, aisée à pratiquer, dure deux minutes au plus et peut se faire sans le secours d'un aide.

» C'est ainsi que j'ai opéré le 13 décembre dernier Mme B..., place de Laborde, 7, pour une tumeur lacrymale datant de cinq années; douze jours après, la cicatrisation était complète. Mme R..., des environs de Dourdan, opérée de la même manière le 14 janvier 1853 et dont la tumeur remontait à quinze années, obtint un résultat semblable le seizième jour.

» Le larmoiement qui se manifeste après l'oblitération du sac finit par disparaître, soit que les larmes s'évaporent sur la surface de l'œil, soit qu'il surgisse dans la glande lacrymale une modification physiologique en présence d'une partie de l'appareil supprimée.

» Je me crois donc suffisamment autorisé à proposer l'*oblitération du sac lacrymal* comme méthode générale, et je crois avoir rendu un véritable service à la science et à l'humanité, car la tumeur et la fistule du sac lacrymal s'observent très fréquemment.

» Je m'empresserai de présenter à l'Académie des guérisons récentes et d'autres remontant à six années. »

Les tables et les chapeaux dansants.

Nos lecteurs doivent comprendre pourquoi nous n'avons pas jugé encore convenable de les entretenir de ce phénomène nouveau que vient de signaler M. le docteur Eissen, rédacteur de la *Gazette médicale de Strasbourg*, et qui, occupant en ce moment toutes les têtes allemandes et françaises, ne tardera pas à faire le tour du monde.

Nous nous rappelions la mystification de l'escargot sympathique, et tant d'autres jongleries magnétiques, et nous restions à ce sujet dans une réserve prudente. Jusqu'à présent, d'ailleurs, ce fait n'était qu'une pure question de curiosité, sans application utile. Mais des témoignages qu'on ne peut suspecter arrivent de toutes parts, et nous-même, puisqu'il faut le dire, nous croyons être parvenu à faire tourner un chapeau!!! Le fait paraît donc vrai. Restent l'explication et les applications à en faire.

Quoi qu'il en soit, voici comment on fait tourner tables, chapeaux, etc., d'après M. Eissen:

« Un certain nombre de personnes: cinq, six, huit et même plus, se rangent autour d'une table; la meilleure sera un guéridon placé sur roulettes, qu'il soit en acajou, en palissandre, en érable, en noyer, en sapin, tout cela est indifférent, pourvu qu'il n'y ait pas de marbre. On place devant soi les deux mains, les doigts étendus, en laissant un intervalle de 10 à 12 centimètres entre les deux. La face palmaire repose légèrement sur la table, et personne ne doit toucher à son voisin, si ce n'est par le petit doigt, dont la face palmaire sera appliquée sur la face dorsale du petit doigt du voisin. Si c'est le petit doigt de la main droite qui appuie sur le petit doigt de la main gauche du voisin, il faut que cette disposition se répète à travers toute la chaîne, de manière que votre petit doigt de la main gauche soit croisé par le petit doigt de la main droite de votre voisin de gauche. On peut intervertir cette disposition, mais toujours à condition qu'elle soit chaque fois la même pour tout le monde. Cela fait, on s'arme de patience, et l'on attend. Toutefois, la conversation n'est pas interdite. Au bout de 15, 20, 30, 40, 60, 75 minutes, la table éprouve comme des frémissements, et finalement elle est saisie d'un mouvement de rotation dirigée dans le sens du petit doigt superposé. Intervertissez la disposition des petits doigts, le mouvement cesse un instant et puis recommence en sens inverse, et cela autant de fois que l'on intervertit les doigts. Rompez la chaîne des mains, tout mouvement cesse; la même chose a lieu si vous touchez à votre voisin par un autre point du corps, par exemple, le coude ou le genou. Si une personne étrangère à la chaîne vous touche quelque part, cessation du phénomène. Cependant cette même personne peut entrer dans la chaîne de la manière prescrite sans détruire l'effet commencé.

» On peut obtenir à trois personnes la même chose avec un chapeau que l'on place sur une surface lisse, et cela en cinq ou six minutes, et même à deux personnes, avec une assiette en porcelaine.

» Lorsque la table commence à tourner, les expérimentateurs se lèvent et la suivent, et ont nécessairement l'air de la pousser. Aussi, toute la Faculté de médecine et tout le corps médical, ainsi que la Faculté des sciences, tous ceux enfin qui ont l'habitude d'observer et de ne point se laisser aveugler par les apparences, ont-ils opposé une foule de fins de non recevoir. La même chose a eu lieu en Allemagne, et les savants, le grand Alexandre de Humboldt en tête, ont commencé par déclarer que l'on devait se faire illusion, et que l'on prenait pour le résultat de l'action mystérieuse d'un fluide encore inconnu l'effet de l'action musculaire et de la volonté, ou du moins du désir, combinés d'un certain nombre de personnes. C'était, en passant, ma manière de voir personnelle jusqu'ici, mais qui commence à devenir ébranlée par les faits observés.

» L'expérience ne réussit pas toujours, mais elle réussit dans le plus grand nombre de cas. Elle réussit mieux avec les femmes et les enfants qu'avec les hommes, mieux avec les adolescents qu'avec les hommes mûrs.

» Mais on a construit des appareils qui fournissent déjà des résultats plus concluants. Ainsi, on a établi une table sur pivot supportant en même temps les siéges des expérimentateurs; on a placé sur ces siéges des enfants, et au bout de fort peu de temps la chaîne établie, table et enfants ont été entraînés dans la même rotation.

» Dans quelques expériences, la table, mise en rotation, a rompu la chaîne et est allée se heurter contre le mur, du côté du nord, et certains expérimentateurs prétendent lui faire changer de direction sans intervertir la position des petits doigts, mais en exprimant tous ensemble la ferme volonté de ce changement de direction.

» J'ajoute, de plus, et je garantis le fait, qui a été répété trois fois, sur trois personnes différentes, qu'une personne placée au centre de la chaîne, à la place de la table, et à laquelle les mains furent imposées de la manière prescrite, finit par tourner involontairement et machinalement sur elle-même.

» Finalement, j'ajoute que l'expérience n'est pas entièrement sans danger. Des guéridons se sont dévissés et sont tombés sur les pieds des expérimentateurs; une jeune personne, dans un pensionnat, a été violemment renversée par la table qui a rompu sa chaîne; une table à charnière s'est tout à coup fermée et a écrasé les doigts de la moitié des expérimentateurs; des dames se sont trouvées mal; d'autres ont eu des attaques de nerfs; et on mande officiellement de la Bavière qu'un commis voyageur israélite, qui avait provoqué et dirigé une semblable expérience dans la ville de Roth, est mort subitement pendant l'expérience.

» Les tables non placées sur des roulettes, les tables carrées, les tables vernies et non vernies, toutes sont propres à l'expérience, seulement l'effet est bien plus lent à se produire. »

CORRESPONDANCE.

Goître estival épidémique. — Priorité.

Monsieur et très honoré confrère,

Je viens de lire dans la feuille du 3 mai 1853 de votre estimable journal une lettre de M. le docteur Nivet (de Clermont-Ferrand) où il est question de moi. J'espère de votre bienveillance que vous voudrez bien insérer ma réponse dans un de vos prochains numéros.

M. Nivet dit à propos du goître estival épidémique: « M. Guyton » (d'Autun) a eu tort de me disputer une priorité que je n'ai pas » réclamée. »

En parlant de cette priorité, je n'ai point été guidé par un sentiment d'amour-propre; j'ai voulu prouver à mes confrères que je n'avais point altéré la vérité en leur affirmant au conseil d'hygiène d'Autun, dans sa séance du 14 février 1852, que je ne connaissais aucun médecin qui eût traité de cette singulière affection. J'attachais même personnellement si peu d'importance à cette circonstance, que je n'en ai pas fait mention dans ma *Topographie médicale de la ville d'Autun*, qui s'imprimait à cette époque. Je me félicite seulement de ce que mes observations se trouvent confirmées par celles de l'honorable professeur Nivet; et après avoir cité textuellement l'article de la *Gazette médicale* où ses réflexions sont consignées, je fais remarquer que nous avons la même opinion sur la bénignité, la marche rapide et la guérison prompte de ces goîtres aigus.

M. le docteur Nivet ajoute que M. Lavort, professeur à l'Ecole de médecine de Clermont, est le premier qui ait signalé l'existence du goître épidémique aigu, et que ses observations remontent à 1822. Les miennes sont à peu près de même date.

Néanmoins, j'avouerai que si les faits observés par M. Lavort ont été publiés à cette époque, la priorité lui appartient incontestablement. Mais, dans ce cas même, on ne peut suspecter ma bonne foi, puisque je n'en avais nulle connaissance au moment où j'écrivais.

Si, au contraire, ces faits sont restés inconnus, ce que j'ignore, je crois avoir le droit de dire que j'ai le premier appelé l'attention des praticiens sur cette variété de goître.

Agréez, etc. L.-M. Guyton, m.

Autun, 5 mai 1853.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Ainsi que nous l'avons annoncé dans notre avant-dernier numéro, le *Moniteur* a publié le décret en date du 30 avril qui nomme:

M. Grisolle à la chaire de thérapeutique et de matière médicale;

M. Moquin-Tandon à la chaire d'histoire naturelle médicale.

— Nous apprenons qu'un de nos confrères, aussi ingénieux observateur qu'écrivain distingué, M. le docteur Donné, inspecteur honoraire des écoles de médecine, vient d'être nommé recteur de l'Académie de Strasbourg.

— M. le docteur Pourrat, de Colombes (Seine), nous écrit, à la date du 2 mai, que la femme d'un cultivateur de ce pays, Mme Guénée, âgée de vingt-trois ans, est accouchée à quatre mois et demi de grossesse de trois fœtus du sexe féminin.

— La souscription ouverte à Madrid pour élever un monument à la mémoire d'Orfila, et que nous avons fait connaître dans notre numéro du 16 avril, s'élève, selon le *Heraldo medico* du 28 avril, à 1,257 réaux.

— Par décret impérial du 10 avril 1853 ont été nommés à quarante-quatre emplois de médecin aide-major de 1re classe les médecins aides-majors de 2e classe dont les noms suivent:

MM. Damour, Pagnon, Vigié, Péret, Pujade, Mignot, Claudel, Py, Potier Duplessy, Hestaut, Maugis-Laseignoure, Leclerc, Couderc, Souhaut, Labouysse, Brault, Hébert, Blondeau, Réju, Champion, Messager, Maupon, Chaumeron, Germain, Comon, Domergue, Besombes, Dieuzaide, Contrejean, Bertrand, Hémard, Miriel, Dunal, Tédeschi, Bories, Dubois, Petitgand, Gauvrit, Dauvais, Bonnard, Cazalis, Martinet, Pomonti et Geay.

— *Exercice à Paris de la pharmacie par un pharmacien reçu par le jury médical. — Condamnation* — Les sieurs P. B..., ancien pharmacien à D..., et C. C..., pharmacien à Paris, rue de S... : le premier était prévenu d'avoir exercé à Paris sans autorisation la profession de pharmacien; le second avait à répondre de la complicité de ce délit. Ils ont été condamnés chacun à 200 fr. d'amende.

— *Vente par un baigneur d'une solution de sulfure de potasse. — Condamnation.* — Le sieur R.-A. C..., propriétaire de bains rue Saint-Honoré, est cité devant le tribunal correctionnel pour une infraction aux lois sur la pharmacie.

Il est prévenu:

1° D'avoir vendu, sans être muni du diplôme de pharmacien, une solution médicamenteuse de sulfure de potasse destinée aux bains dits de Barèges;

2° De tromperie sur la quantité de la marchandise en ne livrant dans chaque bouteille que la moitié de la solution médicamenteuse nécessaire pour remplacer les propriétés des eaux de Barèges.

M. C..., qui n'a donné que des explications insuffisantes pour faire disparaître la prévention, a été condamné à quinze jours de prison et 50 fr. d'amende.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 55. — MARDI 10 MAI 1853. (26e ANNÉE.) N° 55. — MARDI 10 MAI 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	Trois mois	8 fr. 50 c.
	Six mois	16 »
	Un an	30 »
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	Trois mois	9 fr.
	Six mois	17
	Un an	33
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	Trois mois	10 fr.
	Six mois	20
	Un an	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

Paris, le 9 mai 1853.

L'École et l'enseignement.

Nous recevons de l'un de nos plus anciens abonnés la lettre suivante, que nous croyons devoir publier sans réflexions.

Monsieur et très honoré confrère,

Je ne saurais trop me hâter de vous féliciter de la pensée qui a inspiré le début de votre *Revue clinique hebdomadaire* de samedi dernier. Les réflexions fort justes que vous faites sur l'enseignement médical et sur l'utilité et les avantages que l'École trouverait dans l'adjonction de quelques nouveaux professeurs de clinique jeunes et actifs me paraissent devoir être généralement approuvées.

Il serait facile de trouver dans la génération médicale actuelle un certain nombre d'hommes de valeur qui, comme M. Jobert, apporteraient avec empressement à l'École le tribut de leur talent et de leur zèle. Le surcroît de dépense serait bien minime pour l'État, et la sollicitude qu'apporte le gouvernement dans toutes les questions qui touchent à l'intérêt général, et en particulier à l'intérêt des classes pauvres, me fait espérer que vos réflexions germeront en haut lieu, et que nous verrons bientôt mettre à exécution quelqu'une de ces mesures largement conçues et noblement décidées.

Pour ma part, je crois que l'on pourrait aisément porter la réforme plus loin, sans nuire aux intérêts de la Faculté, que je respecte, et dont en aucune manière je ne voudrais voir diminuer les prérogatives.

Ainsi, dans l'état actuel, l'École compte ou doit compter vingt-quatre ou vingt-cinq professeurs enseignants, dont huit sont chargés de l'instruction clinique dans les hôpitaux. Croit-on que huit chaires de clinique générale, dont la plupart des titulaires ne fonctionnent que la moitié de l'année scolaire, c'est-à-dire environ cinq mois, suffisent aux besoins de l'enseignement pratique dans une ville immense, d'un million d'âmes, et dans une école comme celle de Paris? Croit-on que les deux ou trois mille élèves qui la fréquentent, que les nombreux médecins étrangers qu'y attire le désir de connaître la médecine et la chirurgie françaises, et de se perfectionner dans le savoir qu'ils ont acquis ailleurs, croit-on que les deux ou trois mille praticiens exerçant dans Paris et les alentours ne seraient pas attirés avec plus d'attrait dans les hôpitaux, si dans tous les quartiers, à leur portée, ils étaient sûrs de trouver des hommes instruits et capables, toujours prêts à leur distribuer une somme de connaissances suffisante, et à leur fournir des exemples et des leçons dont tous les jours la pratique privée fait sentir le besoin?

L'administration des hôpitaux elle-même serait la première sans doute à applaudir à une création qui agrandirait le cercle de l'enseignement pratique, et ne refuserait pas, en s'y associant, de participer, dans la proportion des ressources de son budget, aux dépenses modiques qu'elle entraînerait.

Le moyen d'atteindre ce but me paraît simple et facile, si l'État et l'administration des hôpitaux croient avantageux d'y participer. Un titre honorable et une rétribution plus élevée pour les médecins et chirurgiens des hôpitaux qui accepteraient ces devoirs officiels suffiraient pour lier les nouveaux professeurs, et assurer à l'étude clinique toute l'étendue et toute l'importance qu'elle peut avoir.

Les hôpitaux de Paris sont nombreux, et distribués dans les quartiers les plus divers. Ainsi Beaujon, Saint-Louis, l'hôpital du Midi, l'hôpital Saint-Antoine, la Pitié, Lourcine, la Salpêtrière, l'Hôtel-Dieu, la Charité, contiennent des services nombreux et importants, à la tête desquels sont des hommes capables et éprouvés, dont une partie appartient déjà à l'École à titre d'agrégés; serait-il difficile, dans les conditions que j'indiquais tout à l'heure, d'engager ces confrères à se consacrer avec zèle à l'enseignement pratique, avec lequel ils sont depuis longtemps familiarisés?

S'il fallait citer des noms propres, après celui de M. Jobert, n'aurions-nous pas à offrir au choix du pouvoir une génération complète de médecins éprouvés, parmi lesquels MM. Ricord, Cazenave, Chassaignac, Gendrin, Bouchut, Nonat, Valleix, Devergie, Vidal, Robert, Huguier, Sandras, Manec, Cullerier, Rayer, Bricheteau, Baillarger, Falret, Pidoux et tant d'autres.

Ces idées, mon cher et très honoré confrère, sont loin de me paraître irréalisables, et si elles obtiennent votre approbation, j'espère que vous ne leur refuserez pas votre appui, et que, dans tous les cas, vous croirez utile de les porter à la connaissance de vos nombreux lecteurs.

Agréez, etc. *Un ancien abonné.*

8 mai 1853.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Gendrin.

Trois observations de métrite. — Réflexions.

Dans la salle du Rosaire furent reçues presque en même temps trois femmes atteintes de métrite, mais dans des circonstances quelque peu différentes, et dont la comparaison peut ne pas manquer d'intérêt. Ces trois femmes étaient couchées, l'une au n° 47, l'autre au n° 8, et la troisième au n° 11 de la salle.

Obs. I. — La femme couchée au n° 47 est d'une forte constitution, elle est accouchée il y a trois mois. Les suites de couches marchèrent bien pendant neuf jours, et sous l'influence d'un dévoiement considérable s'arrêtèrent tout d'un coup. La malade conserva ce dévoiement pendant six semaines, et au bout de ce temps fut prise d'accidents du côté de l'utérus. Elle éprouva de la pesanteur dans les reins, de la douleur à la pression de l'hypogastre, mais douleur obtuse. Elle fut obligée enfin, il y a quinze jours, d'arrêter ses occupations, et vint demander des soins contre ces accidents. Elle ne présente pas de réaction fébrile; et, à part un peu de maigreur, son état général est celui d'une femme en bonne santé.

Par l'exploration à travers les parois de l'abdomen, on trouve une tumeur manifeste, surtout vers la fosse iliaque gauche, et on serait porté à penser que la maladie a son siége vers les annexes de l'utérus du côté gauche; mais l'exploration par le vagin fait sentir manifestement l'utérus développé comme dans une grossesse de deux à trois mois. Le col est raccourci; le corps de la matrice, tuméfié, est porté vers la gauche et un peu en arrière; et en le soulevant avec le doigt, on fait arriver le fond de l'utérus à moitié chemin entre l'ombilic et la symphyse des pubis. A gauche, la tuméfaction se fait sentir, mais on reconnaît facilement qu'elle ne dépend ni du ligament large, ni de l'ovaire.

Le corps de l'utérus ainsi tuméfié est légèrement douloureux à la pression, et les règles n'ayant pas reparu depuis l'accouchement, il se fait habituellement un flux de mucosités qui devient manifeste par le toucher vaginal.

Cette maladie est évidemment une métrite, ce n'est pas difficile à reconnaître d'après ces symptômes; reste maintenant à tenir compte des circonstances dans lesquelles elle s'est produite.

Cette phlogose est survenue après un accouchement; est-ce immédiatement après l'accouchement, ou un certain temps seulement après? Bien que cette question soit peu importante pour le diagnostic et le traitement, on peut conjecturer que c'est un certain temps après l'accouchement. Il y a bien eu ce travail de phlogose qui s'allume sur la surface interne de l'utérus au niveau de l'insertion du placenta, pour faire revenir cette surface à son état physiologique; mais si, chez elle, il se fût alors déclaré une de ces inflammations insolites qui envahissent l'épaisseur des parois de l'utérus, elle n'eût pas pu quitter l'hôpital où elle accoucha, le neuvième jour, comme elle l'a fait, et il y eût eu des symptômes d'inflammation du côté des annexes de l'utérus; c'est ce qui n'a pas eu lieu.

Si l'on ne peut admettre qu'il y ait là une phlogose de la nature de celle dont nous venons de parler, il faut, pour bien comprendre ce qui se passe dans ce cas, tenir compte de l'époque à laquelle a commencé la maladie que nous observons.

C'est il y a environ cinq ou six semaines que l'affection a débuté; c'est-à-dire six semaines après l'accouchement. L'utérus, on le sait, ne revient, chez les femmes en couches, à son volume normal, que huit ou neuf semaines après l'accouchement; il décroît peu à peu pendant la période de l'état puerpéral, et en explorant les femmes, même vers la sixième ou septième semaine de cet état puerpéral, on trouve que le col est déjà complétement refermé, pendant que le volume de l'utérus est encore supérieur à ce qu'il est physiologiquement.

Si une femme est dans des conditions d'activité circulatoire plus grandes qu'à l'état physiologique du côté de l'utérus, comme on le voit par les hémorrhagies qui ont souvent lieu à l'époque du rétablissement des règles après les accouchements, cet état de turgescence peut plus facilement servir de point de départ à des inflammations, et l'utérus présente une tumeur plus considérable, comme nous le voyons dans ce premier cas.

Si vous considérez plusieurs femmes, toutes affectées de métrites vers la fin de l'état puerpéral, les unes présenteront au plus haut degré les phénomènes de la phlogose, un état fébrile intense, de la douleur vive hypogastrique, s'exaspérant dans la marche, dans les secousses de toux, même dans les actes respiratoires; en un mot, les symptômes d'une métrite aiguë intense, et chez elles la plupart du temps la métrite se terminera par un apostème qui se formera du côté du ligament large.

Chez une autre, vous ne trouverez pas la même douleur au toucher, vous n'en produirez pas par la pression sur le corps de l'utérus; il n'y aura pas de fièvre sensible, la phlogose sera plus latente et prendra la forme chronique dès son début. Cela veut dire que les inflammations développées dans les organes internes prendront, suivant les conditions dans lesquelles se trouvent les sujets et que nous ne pouvons pas toujours apprécier, tantôt une marche rapide et aiguë, tantôt une marche chronique d'emblée.

Dans ce dernier cas, il y a toujours tuméfaction de l'organe, et même la tuméfaction est le symptôme dominant; tandis que, si la phlogose prend le caractère franchement aigu, le caractère spécial sera la douleur.

Cette différence se retrouve encore relativement au mode de terminaison de ces deux formes de phlogose : la forme aiguë se terminera en général par *apostème*, la forme chronique n'en présentera pas le plus souvent. D'ordinaire la résolution se fera avec lenteur, mais sans formation d'apostèmes consécutifs.

Dans le cas qui nous occupe, tout porte à croire que l'on obtiendra la résolution de la métrite sans formation de pus : la tuméfaction considérable de l'utérus doit être attribuée à cette circonstance que la femme est récemment accouchée et se trouvait placée dans une position évidemment propre à favoriser la phlogose. Elle était souffrante à la suite de sa longue diarrhée, dans un état de survascularité de l'organe de la gestation; elle s'est livrée à ses travaux, et, par les efforts musculaires qu'elle est obligée d'accomplir, par la marche, elle a favorisé la congestion du système vasculaire utérin, et a pu convertir cet état physiologique de survascularité en un véritable état de phlogose.

Nous faisons intervenir comme cause de ces affections utérines se développant après l'accouchement les conditions physiologiques qui subsistent pendant un certain temps; car, pour nous, une inflammation n'est que l'exagération de l'état circulatoire physiologique : aussi avons-nous ordonné à la malade qui nous occupe une émission sanguine pour diminuer l'activité circulatoire dans tout l'appareil vasculaire et devant porter surtout sur l'appareil vasculaire utérin, qui est dans un état de congestion. La malade sera tenue au lit, dans le repos pour qu'elle soit à l'abri des influences exercées par les efforts musculaires, et dans la position horizontale, qui tend à égaliser la circulation; son régime alimentaire sera sévère, sans cependant l'être comme pour une phlogose aiguë. S'il en est besoin, nous réitérerons l'émission sanguine soit par la saignée, soit par des sangsues posées à l'anus ou aux aines et même sur le co de l'utérus.

Dans les pronostics des inflammations utérines en général, il faut tenir compte d'une circonstance qui, si elle était négligée, pourrai induire le médecin en erreur. Toutes les femmes sont périodiquement soumises à un travail physiologique consistant dans un mouvement fluxionnaire qui se fait vers l'utérus et coïncide avec l'émission de l'ovule. Ce mouvement fluxionnaire, arrivant à la traverse de la maladie, vient exagérer l'état de congestion de l'utérus et par conséquent l'état de phlogose. La résolution est donc contrariée par l'intervention du flux menstruel, et le médecin doit tenir compte de cette circonstance : il doit placer ses émissions sanguines aux époques de la fluxion menstruelle, et redoubler de soins à ce moment pour que la malade garde le repos dans la position horizontale, afin de faciliter la résolution.

Ce précepte s'applique à toutes les affections inflammatoires de l'utérus.

Quand une femme a éprouvé une affection inflammatoire de l'utérus et de ses annexes, affection dont elle est guérie, elle reste longtemps exposée à des inconvénients dépendants de la fluxion, qui s'établit vers l'utérus à l'époque des règles, et le traitement ne serait pas complet si le médecin ne les prévoyait pas pendant un temps assez long. Ainsi, on verra survenir des douleurs de reins, des douleurs hystéralgiques, un état pathologique secondaire, et c'est contre ces accidents qu'après avoir traité une phlogose de l'utérus et l'avoir amenée à résolution, il faut recommander aux malades de prendre des précautions et de suivre en partie le traitement qui avait été institué. Si les femmes placées dans ces circonstances conservent une vie active et fatigante pendant la menstruation, on aura des récidives. Il faudra donc du repos, quelquefois même de légères émissions sanguines, surtout vers la fin des règles, pour terminer le flux circulatoire, d'où pourraient naître des accidents de subinflammation.

Obs. II. — La femme couchée au n° 8 de la salle du Rosaire est aussi sous l'influence d'une affection utérine qui dure depuis trois mois, mais qui s'est manifestée dans des conditions bien différentes. Cette femme n'était pas sous l'influence d'une parturition. Elle fut prise de douleur vers la matrice à l'époque de ses règles, et sans cause appréciable. Cette femme est de forte constitution, et ses règles vont ordinairement quatre ou cinq jours. Il y a trois mois qu'il se manifesta une perte; cette perte cessa, et reparut alternativement, la malade continuant ses travaux, et enfin il y a quinze jours qu'elle dure sans discontinuer, avec douleur vers l'hypogastre, s'exaspérant surtout à la pression du côté gauche. Elle éprouve dans la région lombaire de la douleur, et un sentiment de douleur gravative vers l'utérus, douleur que le toucher exagère.

Mais chez elle il existe d'autres symptômes de maladie qui, bien qu'accessoires, sont assez importants ; elle dit avoir eu des attaques de nerfs. On trouve de l'anesthésie de la surface tégumentaire du cou, de la face et de la partie supérieure de la poitrine, et un point hyperesthésique vers l'angle inférieur de l'omoplate des deux côtés. Cette malade serait donc du nombre de celles chez qui l'on pourrait invoquer comme cause de l'hystérie une maladie utérine, car ces pertes, ces hémorrhagies insolites se rapportent manifestement à un état de fluxion vers l'utérus, renouvelé surtout aux époques des règles, mais persistant dans leur intervalle.

A cet égard, il ne faut rien rejeter et rien admettre absolument. Chez certaines femmes l'hystérie est tout à fait indépendante de l'utérus et de ses annexes, mais il est des hystériques chez qui l'utérus et ses annexes, et surtout l'ovaire, sont le siége manifeste d'un état pathologique permanent, et qui exerce incontestablement de l'influence sur le système nerveux, auquel cet organe est lié d'une manière si étroite. Il n'est donc pas étrange que l'état pathologique d'un organe si influent soit la cause d'un état insolite du système nerveux, et qui puisse aller jusqu'aux mouvements convulsifs.

En examinant par le vagin l'utérus de la malade qui nous occupe, on trouve que le corps est très douloureux et augmenté de volume, mais moins que chez la malade précédente. Le col se trouve porté à trois ou quatre travers de doigt au-dessous de la symphyse et un peu à gauche. La tumeur se prolonge du côté des organes annexes de l'utérus et va jusqu'à la fosse iliaque gauche. Il y a donc là tumeur de l'utérus et de ses annexes gauches. C'est là le caractère qui sert de signe à l'inflammation de l'utérus et de ses annexes. Cette femme a une métro-ovarite gauche.

Mais la perte de sang qui se montre d'une manière continue demande quelques explications. Quand la phlogose est uniformément répandue dans l'utérus, elle y détermine des modifications de texture, mais ne donne pas lieu à des pertes de sang, tandis que quand elle se localise, et porte surtout vers le lascis vasculaire, qui verse si abondamment le sang vers la surface interne de l'utérus à certaines époques, il s'écoule de la sérosité sanguinolente. Quand il y a intégrité de l'utérus et de ses annexes, il ne se produit que le flux menstruel ordinaire; mais si l'ovaire, dont l'influence est si grande à l'état normal sur le lascis vasculaire utérin, devient malade, il n'est pas étonnant qu'il détermine chez lui une fluxion donnant lieu à une hémorrhagie continue, quoique pas assez intense pour déterminer la cachexie.

Chaque époque menstruelle chez cette femme a augmenté les symptômes inflammatoires, exagéré la phlogose et l'hémorrhagie. Si, en outre, elle a eu des attaques de nerfs, des accidents convulsifs, les efforts qu'elle a pu faire, les mouvements violents qu'elle a dû exécuter exercent nécessairement une influence mécanique vers ce mouvement fluxionnaire et congestionnel de l'utérus. Nous lui avons prescrit une saignée du bras, car le pouls était assez vif, et nous voulons par là diminuer le mouvement congestionnel. Nous la laissons au lit dans le repos le plus complet.

Mais il y a là phlogose du tissu cellulaire péri-ovarien qui suppure avec grande facilité, et nous présumons qu'il se formera un apostème du côté gauche, car nous en avons vu tant de fois se produire, qu'il est avéré pour nous que c'est une des formes les plus fréquentes de terminaison. Pour l'éviter le plus possible, il faut tenir la malade en repos, employer, en un mot, la méthode antiphlogistique, éviter les causes qui entretiennent l'inflammation, rechercher le plus grand calme possible du système vasculaire, pratiquer des émissions sanguines dans des mesures raisonnables et proportionnées aux forces des malades. C'est cette méthode que nous allons employer, et l'affection se terminera ou par la résolution de la phlogose plus ou moins entravée par les époques menstruelles, ou bien par la formation d'un abcès qui, selon le cas le plus usuel, s'ouvrira par le rectum, par le corps même de l'utérus ou par le repli supérieur du vagin.

Obs. III.—La femme couchée au n° 11 de la salle du Rosaire est d'assez bonne constitution; l'affection utérine s'est manifestée presque aussitôt après la couche. Sortie de la Maternité au bout de huit jours, elle conservait de la douleur du côté de l'utérus ; son rétablissement était incomplet, et elle fut prise d'inflammation de matrice avec tuméfaction de l'organe, la tumeur et la douleur s'étendant du côté du ligament large droit. Hier la malade présentait un mouvement fébrile que l'on ne retrouve plus aujourd'hui ; on lui a tiré 150 grammes de sang du bras. Il est possible que l'état inflammatoire se soit assez abaissé pour qu'il n'y ait pas besoin d'une seconde émission sanguine. Quant aux considérations auxquelles elle peut donner lieu, elle rentre dans le cas de la première malade, eu égard aux circonstances de l'invasion de la maladie ; comme elle, elle est dans l'état puerpéral, et l'utérus est fortement développé. Mais tout porte à croire que cet état puerpéral, qui ne fait que commencer, aura sur elle plus d'influence ; il prédispose singulièrement aux suppurations. Il est donc probable qu'il se forme là un apostème qui suivra la marche que nous avons indiquée à propos de notre seconde malade.

Telles sont les réflexions qui ont été suggérées à M. le docteur Gendrin à propos de ces trois malades, et qu'il a exposées dans une leçon clinique consacrée exclusivement à ce sujet.

HOPITAL MILITAIRE DE LYON.

Trois cas de fièvres intermittentes traitées par l'esculine (de M. Mouchon), ou principe amer de la pulpe du marron d'Inde.

Par M. F.-Aug. Durand (de Lunel), médecin major de 1re classe.

Obs. I. — Welzenberger, soldat au 4e dragons, âgé de vingt-six ans, né à Urchevin (Moselle), au service depuis 1847, d'un tempérament bilieux, d'une bonne constitution, en garnison à Lyon depuis le 12 octobre 1852, était, avant cette époque, en garnison à Saint-Étienne (Loire), où il a contracté les accès de fièvre intermittente pour lesquels il vient se faire traiter à l'hôpital militaire de Lyon.

A son entrée (salle 18, n° 15), le 14 octobre 1852, il déclare que, trois mois avant, il a été atteint, à Saint-Etienne, d'une diarrhée qui a duré quinze jours, et que depuis lors il lui est resté une douleur sourde à l'épigastre.

L'invasion de ses accès de fièvre date du 10 octobre; ils sont quotidiens; ils se répètent à trois heures de l'après-midi, avec les trois stades, et ils durent de trois à quatre heures.

Le 14, un accès se déclare au moment même de la visite du soir. Céphalalgie intense; bouche amère, langue recouverte d'un enduit blanc-jaunâtre; épigastre douloureux; frissons et tremblements violents. Rate, 17 centim. — Infusion de tilleul.

L'accès se termine à six heures du soir, après avoir parcouru tous les stades.

Le 15 au matin, apyrexie; légère céphalalgie; langue saburrale; douleur sourde à l'épigastre. — Orge miellée; potion vomitive (ipécacuanha stibiée).

Le soir à trois heures, retour de l'accès. Il est aussi intense que celui de la veille.

Le 16 au matin, apyrexie. — Orge miellée; potion laxative (manne, 60 grammes; sulfate de magnésie, 20 grammes).

Le soir, retour de l'accès à l'heure accoutumée.

Le 17 au matin, apyrexie. — Infusion de tilleul.

Accès le soir.

Le 18, mêmes phénomènes. — Même prescription.

Le 19 au matin, apyrexie. — Bouillon gras; infusion de tilleul; *esculine*, 5 décigr., à prendre en pilules à huit heures du matin.

Le soir, accès *faible*. Le stade de froid, qui durait ordinairement une heure et demie, ne dure qu'une demi-heure. Le stade de chaleur qui lui succède est peu vif.

Le 20 au matin, apyrexie. — Bouillon gras; tilleul; *esculine*, 0,5.

Le soir, pas d'accès.

Le 21 au matin, bon état, sauf la douleur sourde de l'épigastre, qui n'a pas cessé depuis l'entrée. — Demi-panade au gras; pruneaux; un quart de vin; tilleul; *esculine*, 0,5.

Le soir à sept heures, frissons vagues non suivis de chaleur.

Le 22 au matin, apyrexie. — *Ut suprà* (*esculine*, 0,5).

Accès faible avec frissons et chaleur à dix heures du soir.

Le 23 au matin, apyrexie. — Riz au gras; pruneaux; un quart de vin; tilleul; *esculine*, 0,8.

Le soir, à dix heures, frissons vagues non suivis de chaleur.

Le 24 au matin, apyrexie. — *Ut suprà* (esculine, 0,8).

Le soir à minuit, frissons vagues non suivis de chaleur.

Le 25 au matin, bon état.—Soupe de pain, demi-panade grasse, demie de vin; tilleul; esculine, 0,8.

Le soir et la nuit, ni frissons ni chaleur.

Le 26, bon état le jour et la nuit; rate, 12 centimètres de longueur. — Un quart de pain, panade grasse, demie de vin; tilleul; *pas d'esculine*.

Le 27 au matin, céphalalgie obtuse; la douleur épigastrique persiste. — Demi-panade, pruneaux, un quart de vin; eau gommeuse, avec 3 grammes de bicarbonate de soude; esculine, 0,5; pédiluve sinapisé.

Le 28, bien-être général le jour et la nuit. — *Ut suprà* (esculine, 0,5).

Le 29 au matin, bien-être. — Soupe de pain, riz au lait, pruneaux, demie de vin; eau gommeuse, avec 3 grammes de bicarbonate de soude; *pas d'esculine*.

A midi, névralgie sus et sous-orbitaire à gauche.

Le 30 au matin, bon état. — *Ut suprà* (je n'ai plus d'esculine).

A midi, névralgie sus et sous-orbitaire. — Pédiluve sinapisé.

Le 31 au matin, bon état. — Infusion de feuilles d'oranger; pédiluve sinapisé (pas d'esculine).

A midi, retour de la névralgie.

Le 1er novembre au matin, bon état. — Infusion de feuilles d'oranger; *esculine*, 0,8.

Le soir, *pas de névralgie*.

Les 2 et 3, bon état matin et soir. La gastralgie a complétement cessé. Continuation de l'emploi de l'esculine (0,8); augmentation de l'alimentation.

Les 4, 5 et 6, état excellent matin et soir. L'emploi de l'esculine est suspendu.

Les 7 et 8, même état. Le malade prend : esculine, 0,5, par mesure de précaution.

Les jours suivants, continuation du bien-être.

Le 14 novembre, sortie de l'hôpital.

Dans cette observation, l'esculine s'est montrée fébrifuge et antinévralgique. La dose de 5 décigrammes est parvenue à modérer et à faire retarder considérablement les accès, mais non pas à les suspendre complétement. La dose de 8 décigrammes les a péniblement suspendus. Revenus deux jours après sous forme névralgique, ils ont cependant été complétement arrêtés par l'emploi de la même quantité. Ce retour si prompt des accès m'indique toutefois que la dose de 0,8 décigrammes n'était pas suffisante pour une solide guérison et qu'il y aura lieu de l'augmenter pour les cas à venir.

Obs. II. — Raynaud, soldat au 4e dragons, âgé de vingt-cinq ans, d'un tempérament bilieux, d'une constitution un peu sèche, caserné à Perrache, où le débordement des rivières a laissé plusieurs grandes flaques d'eau, était entré à l'hôpital militaire de Lyon, salle 18, n° 5, le 12 novembre 1852, pour une hépatite dont l'invasion datait de deux jours.

Il y avait chez lui douleur à l'hypocondre droit, tuméfaction du foie, constipation opiniâtre, légère teinte ictérique de la peau et fièvre irrégulière.

Cette hépatite fut traitée par l'emploi des laxatifs, une application de sangsues et les boissons délayantes. Les symptômes en étaient complétement dissipés le 16 du même mois. Le malade était resté faible jusqu'au 26.

Le 26, à deux heures de l'après-midi, Raynaud est pris d'un accès de fièvre avec les trois stades; il présente en outre de la céphalalgie, l'état bilieux de la langue, etc., mais il n'offre rien de remarquable du côté du foie. L'accès dure deux heures.

Le 27 au matin, apyrexie. — Orge miellée; huile de ricin, 60 grammes.

Le soir à deux heures, nouvel accès.

Le 28 au matin, apyrexie. — Diète; infusion de tilleul; sulfate de quinine, 0,5.

Le soir, pas d'accès.

Le 29, au matin, apyrexie. — Panade au gras; pruneaux; tilleul; sulfate de quinine, 0,3.

Le soir, pas d'accès.

Les jours suivants jusqu'au 2 décembre, la fièvre reste suspendue. Il n'est plus donné de sulfate de quinine.

Le 2 décembre, un nouvel accès se déclare à cinq heures du soir.

Le 3, au matin, apyrexie. — Diète; tilleul.

Le soir, à cinq heures, nouvel accès. Il est constaté par le chirurgien de garde; il présente les trois stades, et il dure environ trois heures.

Le 4, au matin, apyrexie. — Diète; tilleul; *esculine*, 1 gramme, à prendre en pilules à une heure de l'après-midi.

Le soir, à cinq heures, accès *très faible*, caractérisé par des frissons vagues non suivis de chaleur. Il dure une demi heure.

Le 5, au matin, apyrexie. — Diète; tilleul; *esculine*, 1 gr.

Le soir, pas d'accès.

Le 6 et les jours suivants, les accès ne reparaissent plus. Il n'est plus donné d'esculine. Le malade est soumis à une bonne alimentation.

Le 12, sortie de l'hôpital avec tous les signes du rétablissement.

La première observation m'avait démontré l'insuffisance de l'esculine donnée aux doses de 5 et de 8 décigrammes. Je l'ai donnée, dans cette deuxième observation, à la dose de 1 gramme, et les accès ont été presque aussi promptement suspendus par l'emploi de cette quantité que par l'emploi de 5 décigrammes de sulfate de quinine. En effet, cinq décigrammes de sulfate de quinine avaient déjà, chez le même malade, suspendu d'emblée une première série d'accès. L'esculine n'a pas, il est vrai, suspendu d'emblée la seconde série; mais, du moins, l'accès qui a suivi l'emploi de la première dose administrée s'est montré excessivement faible et a été le dernier.

Obs. III. — Hellendorf, soldat au 1er régiment de chasseurs d'Afrique, âgé de trente-trois ans, né à Shnerdarf (Moselle), blond, d'une constitution assez bonne, au service depuis treize ans, en Afrique depuis sept ans, a été atteint d'accès de fièvres intermittentes aux mois de juillet et de novembre 1850, et de dyssenterie au mois d'août 1852.

Rentrant en France avec un congé de libération le 30 novembre 1852, après avoir été en garnison à Blidah, il fut atteint, dès le lendemain même de son arrivée à Marseille, de violents accès de fièvre et fut obligé d'entrer le 9 décembre à l'hôpital d'Avignon, d'où il ne sortit que le 28 du même mois, après avoir été traité par l'emploi du sulfate de quinine.

A peine sorti de l'hôpital d'Avignon et embarqué sur un bateau à vapeur, Hellendorf fut pris d'un nouvel accès et forcé d'entrer le lendemain à l'hôpital de Valence, où il resta jusqu'au 9 janvier 1853, après avoir été soumis au même traitement qu'à l'hôpital d'Avignon.

Dans ces deux établissements, le sulfate de quinine n'avait été donné qu'à la dose de 3 décigrammes et n'avait suspendu les accès qu'au quatrième jour du traitement.

Enfin, à peine rentré dans un bateau à vapeur pour continuer sa route, Hellendorf fut repris de la même affection, et se vit dans l'obligation d'entrer le 10 janvier à l'hôpital militaire de Lyon.

A son entrée, salle 18, n° 41, à une heure de l'après-midi, le malade est dans l'accès depuis dix heures du matin. Il dit avoir éprouvé de violents frissons, et il présente actuellement un stade de chaleur très prononcé.

Hallendorf est affaibli, amaigri, anémique, et présente tous les signes de la cachexie paludéenne, notamment la teinte terreuse de la peau et l'engorgement de la rate, dont la longueur est de 13 centimètres. — Le 10 au soir, infusion de tilleul.

Le 11, à la visite, apyrexie; bouche amère, langue saburrale, sentiment d'un peu de pesanteur à l'épigastre. — Diète, orge miellée; potion vomitive (ipécacuanha stibié). A dix heures du matin, nouvel accès, qui dure jusqu'à cinq heures du soir.

Le 12, à la visite, apyrexie. — Diète, tilleul. A dix heures du matin, retour de l'accès. — *Esculine*, 1 gramme, à prendre le 13 à cinq heures du matin.

Le 13, à la visite, apyrexie. — Tilleul. L'accès ne revient pas à l'heure accoutumée, ni plus tard. — *Esculine*, 1 gramme, à prendre le 14, à cinq heures du matin.

Le 14, pas d'accès, le matin ni le soir. — Panade au gras, pruneaux; tilleul; *esculine*, 1 gramme, à prendre le 15, à cinq heures du matin.

Le 15, bon état toute la journée. — Quart de pain, panade, deux œufs; tilleul; *esculine*, 0,8, pour le 16 au matin.

Le 16, continuation du bien-être; *rate*, 11 centimètres. — Alimentation progressive; *esculine*, 0,5, pour le 17 au matin.

Le 17 et jours suivants, le bien-être continue; l'emploi de l'esculine est suspendu.

Les 22 et 23, les 29 et 30, il est prescrit 0,5 d'*esculine* par mesure de précaution.

Le 31, le malade sort de l'hôpital, non pas complétement rétabli car il offre encore beaucoup de maigreur et un teint terreux très prononcé, mais il n'a présenté aucun phénomène fébrile depuis le 12.

Dans ce cas, où il s'agit d'une fièvre intermittente d'Afrique, où le malade porte à un haut degré les indices de la cachexie paludéenne, où les récidives ont été nombreuses, où le sulfate de quinine administré à la dose de 3 décigrammes n'avait réussi à suspendre les premières séries d'accès qu'après quatre jours de son emploi, dans ce cas, dis-je, l'esculine, donnée à la dose de 1 gramme, a arrêté les accès d'emblée.

Dans les trois cas dont je viens de rapporter les observations, les malades n'ont éprouvé le moindre accident, ni remarqué le moindre phénomène extraordinaire après l'administration de l'esculine.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 27 avril 1853. — Présidence de M. Guersant.

Présentation de malade.

M. Chassaignac présente un malade qui porte sur la face palmaire au niveau de l'articulation du poignet une tumeur bridée dans son milieu par le ligament annulaire, et faisant une saillie marquée au-dessus

et au-dessous de ce ligament sur la partie inférieure de l'avant-bras et sur la partie supérieure de la paume de la main.

Une autre petite tumeur se retrouve à la base du cinquième doigt. Ces tumeurs sont résistantes, assez solides pour ne pas pouvoir permettre de déterminer s'il y a ou non de la fluctuation. M. Chassaignac, avant de prendre une décision sur le traitement, a voulu montrer ce malade à ses collègues.

M. Lenoir fait remarquer que cette tumeur est évidemment comprise dans la gaîne du tendon fléchisseur. Par la raison qu'elle se prolonge du côté du petit doigt et du pouce, on sait, en effet, dit-il, que la gaîne des tendons du poignet et de la paume de la main se continue sans interruption de la membrane séro-synoviale jusqu'à l'extrémité de ces deux doigts. Quant à la nature de la tumeur, il croit qte celle-ci est formée d'une matière plastique plus ou moins solide; il a vu un cas semblable pour l'aspect et dans lequel la récidive du mal suivit l'extirpation de la tumeur.

Kyste canaliculé du cou.

M. Larrey, à l'occasion du procès verbal, complète les renseignements nécessaires au diagnostic du kyste du cou présenté par lui dans la dernière séance.

L'obturation de l'ouverture fistuleuse située au-dessus du sternum a été obtenue provisoirement à l'aide d'un emplâtre de diachylon, et elle a suffi pour déterminer la distension du kyste thyroïdien et du canal de communication présumé entre cette tumeur et la fistule.

L'introduction d'un stylet plus fin que celui dont on s'était servi d'abord a été facilitée par le renversement de la tête du malade en arrière, à tel point que ce stylet a pu pénétrer directement par l'orifice de la fistule jusqu'au fond du foyer, à une profondeur de 9 centimètres, en donnant au malade la sensation du contact de l'instrument à la base de la langue. La pression, exercée assez fortement à l'aide du doigt de haut en bas sur la tumeur et sur son prolongement, provoque l'expulsion par l'ouverture fistuleuse d'une certaine quantité de sérosité sanguinolente et de matière synoviale visqueuse mélangée de quelques gouttelettes de pus. Une injection d'eau émolliente parvient aisément jusqu'au kyste, qui semble communiquer avec le larynx en occasionnant de la toux et une expectoration légère. D'autres injections composées de divers liquides sont pratiquées dans le but de reconnaître si le malade perçoit et distingue les saveurs; effectivement, il désigne très bien lui-même de l'eau sucrée, de l'eau vineuse, de l'eau vinaigrée, etc., sans qu'aucun de ces mélanges lui paraisse pénétrer au delà de la poche; mais une semblable expérience répétée le lendemain après un nouveau cathétérisme détermine, comme la première fois, de la toux et l'expectoration d'une petite quantité de liquide coloré; c'était un peu de vin que l'on avait injecté à cet effet.

Il résulte donc évidemment de ces recherches qu'une communication directe existe entre le kyste préthyroïdien et la fistule sus-ternale, par l'intermédiaire d'un canal assez long, à parois extensibles, et tapissé sans doute d'une pseudo-membrane muqueuse, comme la plupart des trajets fistuleux.

Quant au traitement, ajoute M. Larrey, nous essaierons d'abord les injections iodées, avec la précaution que ce liquide ne pénètre pas dans le larynx; et si ell s ne réussissent point, on pourra ponctionner le kyste; et au besoin employer ensuite soit le séton, soit quelque autre moyen convenable.

Correspondance imprimée.

La Société reçoit une lettre d'invitation de la Société impériale et centrale d'agriculture pour assister à la distribution des prix qui aura lieu le dimanche 1er mai salle de la Sorbonne.

Correspondance manuscrite.

M. Mathieu adresse à la Société une lettre pour la prier de vouloir bien examiner un instrument destiné à aspirer dans l'exploration des tumeurs.

La lettre et l'instrument de M. Mathieu sont renvoyés à l'examen de M. Lenoir.

M. Mott, de New-York, adresse une lettre de remercîments pour le titre de membre associé étranger que lui a conféré la Société de chirurgie.

— M. Larrey a reçu de M. le docteur Szokalski une lettre assez détaillée, dont il donne lecture à la Société, sur *l'abrasion de la cornée transparente de l'œil*. En voici quelques extraits :

« Cette opération, proposée par M. Malgaigne, il y a une dizaine d'années, comme moyen curatif des opacités qui voilent la pupille, trouva à cette époque beaucoup de contradicteurs, et fut peu à peu abandonnée, malgré la défense éloquente de son savant inventeur. Ayant éprouvé plusieurs mécomptes dans mes premiers essais, j'étais ainsi disposé à me ranger parmi ses adversaires, lorsqu'une nouvelle série de faits est venue tout d'un coup me prouver qu'elle pouvait fournir, dans certaines circonstances, des avantages réels. »

M. Szokalski cite l'un de ses malades inutilement traité par tous les autres moyens et guéri par l'abrasion. Il avait présenté le malade en 1847 à l'Académie de médecine.

Ce succès l'ayant encouragé à de nouvelles tentatives qui ne furent pas toutes heureuses, il obtint cependant trois résultats très satisfaisants consignés par lui dans l'*Union médicale* du 30 novembre 1847.

Il annonce avoir opéré depuis lors, pendant cinq années consécutives, et sur 20 personnes, 32 opacités de la cornée. Il décrit le mode opératoire, ainsi que les précautions à prendre pour en faciliter l'exécution, et il indique le résultat des expériences faites sur le cadavre.

« Dans le nombre de 32 yeux opérés par ce procédé, dit M. Szokalski, je compte 15 succès complets et 8 demi-succès. Dans 5 cas l'abrasion est restée sans résultat, et dans 4 il a fallu y renoncer, à cause de la réaction excessive et des accidents graves. » Il entre ensuite dans quelques détails relatifs à ces différents groupes de faits.

Il apprécie les points de la cornée sur lesquels l'opération offre le plus de chances de succès; mais il signale aussi les chances d'accidents inflammatoires et de danger qui en résultent.

De là deux règles essentielles à suivre :

1° Exécuter l'abrasion en plusieurs séances, et chaque fois avec le plus grand ménagement;

2° S'éloigner des bords de la cornée, qui semble supporter mieux les lésions traumatiques à son centre qu'à sa périphérie.

Si enfin, pendant le cours du traitement, on croit pouvoir compter sur la résorption plutôt que sur l'enlèvement des lamelles opaques, on peut essayer à l'intérieur certaines médications résolutives.

« Il est certain, dit M. Szokalski en terminant sa lettre à M. Larrey, que les cicatrices provenant des anciennes ulcérations ne peuvent disparaître par l'abrasion; mais cette opération exerce au moins une action incontestable sur les épanchements interlamellaires. Ainsi, en présence de ces cicatrices mêmes, l'abrasion n'est pas à dédaigner, bien qu'en terme général elle fournisse des résultats beaucoup moins favorables. »

M. Marjolin rappelle qu'il y a déjà plusieurs années la question de l'abrasion de la cornée avait été soulevée devant la Société, et que depuis lors on ne s'en était plus occupé; n'y aurait-il pas lieu de saisir l'occasion qui se présente de revenir sur cet important sujet?

M. Chassaignac pense que la communication faite par M. Larrey ne saurait, quant à présent, apporter de lumière dans la question à résoudre. C'est une simple lettre, et non pas un mémoire. Pour que la science puisse tirer un bon parti des faits d'abrasion, il faut que les malades soient présentés avant l'opération et représentés longtemps après.

M. Larrey partage la manière de voir de M. Chassaignac; aussi ne propose-t-il pas de renvoyer la lettre de M. Szokalski à une commission. Il faudrait simplement remercier l'auteur et l'engager à poursuivre ses recherches pour les réunir et en faire le sujet d'un mémoire complet.

— A propos de la correspondance, M. Giraldès et M. Marjolin demandent la parole.

— M. Giraldès présente, au nom de M. Henri Fabius, une dissertation latine intitulée : *Dissertatio medica inauguralis de spirometro, ejusque usu, observationibus cum aliorum, tum propriis illustrata.* (Remercîments.)

— M. Marjolin est chargé par M. le professeur Sédillot de faire hommage à la Société du tome Ier du *Traité de médecine opératoire, bandages et appareils.* (Remercîments.)

Rapports.

M. Chassaignac donne lecture du rapport suivant :

« Messieurs, vous avez chargé une commission composée de MM. Guersant, Morel-Lavallée et moi, de vous rendre compte d'un opuscule de M. Isidore Henriette, médecin belge. Cet opuscule a pour objet les injections nasales, soit alimentaires, soit médicamenteuses, chez les enfants nouveau-nés.

» Le travail de M. Henriette a été soumis à l'Académie royale de médecine de Belgique; il a, de plus, été produit dans la publicité par son auteur; mais du moment que vous aviez nommé une commission pour l'examen de ce travail, elle n'avait pas à s'enquérir de ce qui avait pu se passer antérieurement à son mandat. Elle a donc examiné le travail imprimé de M. Henriette avec le même soin et les mêmes égards qu'elle eût apportés à l'appréciation d'un travail manuscrit.

» Peut-être la Société jugera-t-elle que les travaux de ses commissions doivent être surtout réservés pour l'examen de travaux encore exempts de toute publicité; mais jusque-là notre devoir, comme rapporteur, nous paraît tout tracé, et nous ne faillirons point, du moins dans la mesure de nos forces, à tout ce que réclame un examen sérieux et motivé. A cet égard, il avait semblé à votre rapporteur que l'œuvre de la commission devait rester aux mains de M. Guersant, à cause de sa grande expérience en tout ce qui se rapporte à la pathologie des enfants, ou de M. Morel-Lavallée, qui occupe en ce moment un service à l'hôpital des Enfants-Trouvés; mais ces deux honorables collègues nous ayant prié d'accepter cette tâche, nous venons aujourd'hui la remplir.

» Elle se recommandait d'ailleurs puissamment à notre attention par l'importance de son objet. Tout ce qui se rattache à l'alimentation des enfants nouveau-nés prend un intérêt d'autant plus grand aujourd'hui qu'on ne saurait malheureusement plus douter du grand nombre de victimes qu'ont dû faire l'ignorance ou la négligence apportées dans d'autres temps à l'étude de cette grave et intéressante question.

» Il est à peu près reconnu par tous les hommes compétents que les enfants nouveau-nés admis dans les établissements hospitaliers sont voués à une mort presque certaine s'ils ne sont pas très promptement remis aux soins d'une nourrice. C'est là même ce qui produisait une mortalité si effrayante dans le service des ophthalmies avant que la véritable nature de l'ophthalmie purulente et les moyens rapides de la guérir eussent été signalés. Ce n'est pas cette ophthalmie qui faisait périr les enfants, mais ils ne pouvaient être imposés aux nourrices, pour lesquelles ils étaient un objet de dégoût et d'inquiétude personnelle, tandis que, guéris en quelques jours, ils furent bientôt acceptés par elles sans répugnance. Et ne croyez pas, messieurs, que l'avantage de cette guérison prompte n'ait porté ses fruits que dans l'hospice des Enfants-Trouvés de Paris; la plupart des grands hôpitaux de l'Europe ont adopté cette pratique. Et si c'était ici le lieu, nous vous parlerions des beaux résultats obtenus par M. Bednar, médecin en chef des Enfants-Trouvés, à Vienne, qui, sur 54 enfants atteints d'ophthalmie purulente des plus graves, a eu 51 guérisons.

» Mais revenons au travail de M. Henriette, et donnons avant tout une idée succincte mais précise de son procédé. Nous examinerons ensuite la valeur des résultats obtenus par lui.

» Le moyen d'injection est une seringue en verre; le liquide injecté, du lait de nourrice extrait par les moyens connus, et notamment la petite pompe à ventouse.

» L'enfant est couché horizontalement. Le médecin, placé à droite, fait pénétrer d'une ligne tout au plus l'extrémité de la canule dans la narine de l'enfant. De cette manière on évite l'éternument. On pousse alors très lentement le liquide, qui tombe goutte à goutte à travers les fosses nasales sur la paroi de l'œsophage et de là dans l'estomac. Aucun accident de toux ni d'éternument ne vient contrarier cette petite opération.

» Le lait retiré du sein de la nourrice est reçu dans un vase chauffé à une température douce. M. Henriette en injecte de 3 à 6 onces par jour.

» La seringue est constamment plongée dans l'eau froide, pour n'en être retirée qu'au moment de l'injection et passer alors dans un vase rempli d'eau chaude.

» Tel est le procédé opératoire. Il est très simple, comme vous voyez. Quels résultats a-t il produits. C'est surtout là ce que votre commission avait le devoir d'examiner.

» Le travail de M. Henriette repose sur onze observations recueillies à l'hospice des Enfants-Trouvés de Bruxelles. Notre attention a dû s'arrêter d'une manière toute spéciale sur l'analyse de ces observations.

» Onze enfants plus ou moins débiles ont été soumis aux injections nasales; dans le but de suppléer par ce mode d'alimentation aux difficultés que présentait l'allaitement, soit naturel, soit artificiel.

Sur ces onze enfants, cinq sont morts, et par conséquent la moitié des faits invoqués par l'auteur doit être considérée sinon comme infirmant ses conclusions, du moins comme ne leur prêtant qu'un médiocre appui.

» Quant aux six observations qui restent, elles ne nous paraissent pas avoir toute la portée que M. le docteur Henriette leur accorde. En effet, trois de ces observations sont relatives à des enfants nés avant terme, débiles, chétifs, incapables, dit l'auteur, de prendre le sein ou le biberon, et qui, après trois jours d'injections nasales pour l'un, après deux jours seulement pour les deux autres, ont pris le sein avec une très grande facilité. Il nous paraît difficile d'admettre que deux jours de l'emploi de ce moyen, trois au plus, suffisent pour transformer un enfant très débile à ce point qu'il recouvre dans ce court espace de temps et la faculté de teter, et la force vitale qu'il n'avait pas auparavant. Cela vous paraîtra, messieurs, d'autant plus extraordinaire, que M. le docteur Henriette n'administre à ces nouveau-nés que de 3 à 6 onces de lait. Nous disons extraordinaires; car les travaux publiés dans l'*Union médicale* par M. le docteur Hervieux ont parfaitement établi qu'un enfant nouveau-né peut prendre à sa nourrice 1,500 à 2,000 grammes de lait dans les vingt-quatre heures.

» Or, de deux choses l'une : ou les enfants dont parle M. le docteur Henriette étaient dans l'état de débilité extrême où il les suppose, et alors il est difficile de comprendre comment quelques onces de lait ont pu opérer la transformation merveilleuse dont il parle; ou ils étaient beaucoup plus vigoureux qu'il ne l'a pensé, et alors c'est à la nature qu'il faut faire honneur des résultats observés.

» Les trois dernières observations sont encore relatives à des enfants non moins frêles, non moins chétifs que les précédents, et qui auraient dû également leur salut aux injections nasales. Mais dans la première de ces observations, on ne dit pas pendant combien de jours le procédé a été mis en pratique. Pour les deux autres, les injections ont été faites, chez l'un huit jours de suite, chez l'autre dix. Ces deux derniers faits sont donc plus concluants.

» Maintenant, deux ou trois observations suffisent-elles pour substituer comme méthode d'alimentation le moyen proposé à ceux qui ont été employés jusqu'à ce jour? Pour votre commission, messieurs, elle ne saurait voir dans les injections nasales qu'un expédient ingénieux destiné à remplacer, d'une manière purement éventuelle et passagère, l'allaitement, soit naturel, soit artificiel, dans les cas rares où l'impossibilité de cet allaitement est parfaitement démontrée. Le procédé de M. Henriette n'est donc pas susceptible d'être généralisé, comme paraît le penser son auteur.

» Tous ceux qui ont eu l'occasion de voir beaucoup d'enfants faibles de naissance savent avec quelle avidité les plus chétifs d'entre eux saisissent par l'action buccale les objets qu'on leur présente; l'extrémité du doigt, par exemple, et quels efforts de succion provoque de leur part la présence de ce corps étrange. Il est donc naturel de penser que le mamelon d'une bonne nourrice, et même le biberon, finiront par être saisis, pourvu qu'on y mette un peu d'adresse. A quoi il faut ajouter que les efforts de succion, en mettant en jeu les muscles respirateurs, contribuent au développement de la poitrine, à l'activité de l'hématose et à l'entretien de la chaleur vitale.

» De ce que votre commission s'est vue obligée de mettre dans l'interprétation des faits observés par M. Henriette une certaine rigueur scientifique, s'ensuit-il qu'elle porte sur le travail de cet honorable médecin un jugement défavorable? Non, aesurément. Elle ne saurait méconnaître qu'il n'y ait dans ce travail une pensée heureuse, qui, fécondée par un nombre suffisant d'observations, pourra acquérir une valeur qu'elle ne possède pas encore.

» Les injections nasales sont appelées à rendre d'incontestables services chez le nouveau-né dans le cas d'occlusion de la bouche, d'adhérences de la langue, de division du voile du palais, de bec-de-lièvre, de trismus, etc.

» M. Henriette préconise encore les injections nasales comme moyen d'administrer les préparations pharmaceutiques.

» Il en recommande l'emploi dans les empoisonnements et dans tous les cas, enfin, où l'on avait recours à la sonde œsophagienne.

» Votre commission a l'honneur de vous proposer les conclusions suivantes :

» 1° Les injections nasales constituent une ressource qu'on ne doit pas négliger dans les cas d'alimentation difficile chez les nouveau-nés.

» 2° Elles donnent un moyen précieux pour l'introduction des substances médicamenteuses.

» 3° Le travail de M. Henriette mérite d'être honorablement accueilli dans la bibliothèque de la Société de chirurgie. Des remercîments seront adressés à l'auteur. »

M. Lallemant fait remarquer que c'est surtout dans les cas de bec-de-lièvre compliqué que le moyen préconisé par M. Henriette est appelé à rendre des services.

M. Guersant admet que les injections nasales pourraient aussi être d'une véritable utilité dans certains cas de spasmes de la glotte chez les jeunes enfants. Ces spasmes se réveillent surtout sous l'influence de l'ingestion des substances liquides, et ils peuvent acquérir une telle violence que, dans quelques cas, il y a menace d'asphyxie.

M. Chassaignac rappelle que M. Henriette se contente d'injecter les liquides à l'entrée des fosses nasales; il ne peut donc empêcher les liquides, en arrivant dans le pharynx, de déterminer les spasmes de la glotte. Il faudrait, pour remplir le but signalé par M. Guersant, pousser l'injection profondément à l'aide d'une sonde.

M. Guersant serait cependant disposé à admettre que le liquide, arrivant sur la face postérieure du pharynx lorsque l'on pratique les injections, l'enfant étant couché sur le dos, pourrait bien glisser sur cette surface sans réveiller l'irritabilité de la glotte.

M. Deguise fils a remarqué, dans le résumé de M. Henriette, que cet auteur est disposé à proposer les injections nasales suivant son procédé dans tous les cas qui nécessitent l'emploi de la sonde œsophagienne.

Il ne saurait partager cette opinion quant aux aliénés, qui évidemment ne voudraient pas se prêter à subir les injections et qui ne manqueraient pas, si une partie du liquide injecté parvenait dans le pharynx, de la repousser immédiatement au dehors.

M. Chassaignac, en réponse à cette objection très fondée de M. Deguise, dit que le travail de M. Henriette a spécialement trait aux enfants nouveau-nés.

Cependant il ajoute que, d'après les expériences de l'auteur, il paraîtrait que, dès qu'un liquide injecté est arrivé dans le pharynx, il est presque constamment avalé malgré la résistance des malades.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

— M. Lenoir prend ensuite la parole pour donner lecture du rapport suivant :

« Messieurs, le travail que vous a présenté M. Voillemier dans une de nos précédentes séances a pour objet l'étude et l'application pratique d'un fait entièrement nouveau; ce sont *les injections alimentaires poussées directement dans l'intestin chez les malades affectés d'anus contre nature.*

» Depuis longtemps on sait que l'intestin joue un rôle important dans l'acte si complexe de la digestion des aliments. Des expériences et des observations de physiologie ont mis ce fait hors de toute espèce de doute; mais depuis longtemps aussi on est resté imbu de cette idée, que cet intestin est surtout destiné à compléter la digestion en absorbant les matières élaborées par l'estomac. Aussi n'est-il, que nous sachions, venu à l'esprit de personne de confier à la partie sous-duodénale du tube intestinal des matières solides pour y être digérées directement.

» Les expériences que M. Voillemier a faites sur des chiens et deux observations qu'il a recueillies sur l'homme vivant, faits et observations qu'il a consignés dans le travail qu'il vous a lu, démontrent jusqu'à l'évidence que l'intestin peut digérer les aliments qui lui sont confiés, mais encore que cette propriété d'action peut être portée à un assez haut degré pour être d'une utilité vraiment pratique.

» Examinons les conséquences de thérapeutique chirurgicale que l'auteur a su tirer de ce fait important.

» Dans les cas d'anus contre nature incurable, et alors que l'estomac ne suffit plus pour entretenir la vie des malades, au lieu de voir périr ceux-ci d'inanition, comme Desault et Dupuytren en ont cité des exemples, « on pourra, dit M. Voillemier, au moyen d'injections alimen-
» taires, prolonger l'existence de ces malheureux, et peut-être même

» les soustraire à la mort. » Quoique notre confrère n'ait pas encore rencontré de ces cas, on peut présumer, d'après ses expériences et d'après ce que nous avons vu nous-même, que ses espérances ne seront pas trompées. Il n'est pas besoin d'insister longtemps sur l'importance de ce résultat, d'autant plus appréciable qu'ici la chirurgie avoue son impuissance.

» Mais M. Voillemier envisage la question d'une manière plus large, et faisant l'application des injections alimentaires à tous les cas d'anus contre nature, il nous montre comment le traitement de ces affections s'en trouve notablement modifié : dès que l'état des parties le permet, il commence à injecter du bouillon par l'un ou par les deux bouts de l'intestin divisé, afin de soustraire le malade à l'amaigrissement qui survient rapidement surtout dans les premiers temps ; et si la maladie se prolonge et qu'il juge à propos de différer l'opération, il remplace le bouillon par des potages, des jus de viandes, en un mot, par une nourriture plus substantielle.

» Jusqu'ici on n'a obtenu qu'un premier résultat, celui de soutenir les forces du malade, d'entretenir sa vie et de permettre au chirurgien de choisir le moment qu'il jugera le plus favorable à l'application de l'entérotome ; mais quand celui-ci se déterminera à pratiquer cette opération même, il trouvera encore aux injections alimentaires d'autres avantages qui viendront concourir d'une manière puissante à la guérison de son malade : alors, en effet, il n'aura plus affaire à un intestin rétréci, si rétréci même, qu'on l'a comparé à un intestin de chat et que quelques chirurgiens ont prétendu qu'il était oblitéré ; loin de là, l'intestin aura conservé, à peu de chose près, son calibre normal, et, par suite, le patient n'aura plus à souffrir ces coliques quelquefois atroces, ces diarrhées épuisantes qui compliquent si souvent l'entérotomie dès que les matières alimentaires commencent à parcourir le bout inférieur de l'intestin. Aussi l'auteur du mémoire dont je vous présente cette courte analyse veut-il qu'à partir du moment où l'anus contre nature est établi, jusqu'à celui une opération vient à le fermer, les injections alimentaires soient employées dans le but de soutenir les forces du malade et dans celui d'assurer le succès de l'opération qui devra plus tard lui être pratiquée.

» Parmi les intéressantes considérations que M. Voillemier vous a présentées, il est un point très important du traitement de l'anus contre nature qu'il s'est contenté de signaler, et que nous aurions désiré lui voir traiter complétement. Les injections alimentaires, dit-il quelque part, permettront au chirurgien d'attendre la guérison spontanée de l'anus anormal et de n'opérer qu'alors que la nature aura fait tout ce qu'elle pouvait faire sans obtenir cette guérison ; ce n'est pas, ajoute-t-il, que je ne préfère dans quelques cas une opération avec toutes ses chances à certaines guérisons spontanées incomplètes et pleines de dangers.

» Nous aurions voulu qu'il indiquât d'une manière précise combien de temps il pensait que le chirurgien doit attendre avant d'opérer ; comment l'emploi continu des injections est compatible avec l'effacement de l'éperon, condition nécessaire de la guérison spontanée de l'anus anormal ; à quels signes, enfin, on peut reconnaître que cette guérison est vicieuse et pleine de périls. C'était là certainement un beau sujet à développer et qui eût été un complément heureux du travail qui vous a été présenté.

» Tout en signalant cette lacune, que l'expérience et le temps permettront sans doute à M. Voillemier de combler dans tous ses détails, nous terminerons en reconnaissant que, tel qu'il est aujourd'hui, le mémoire de notre confrère est l'œuvre d'un homme instruit et d'un esprit sagace éminemment pratique.

» M. Voillemier est connu de vous tous par des travaux qui lui ont déjà donné une position élevée parmi les plus habiles athlètes des concours de l'École et des hôpitaux ; les principaux sont :

» 1° Un mémoire sur la fièvre puerpérale ;

» 2° Un autre sur les fractures du radius et les luxations du poignet ;

» 3° Une thèse sur la claudication ;

» 4° Une thèse sur les kystes du col, etc.

» Il est, en outre, professeur agrégé en exercice de la Faculté et chirurgien d'hôpital.

» En conséquence, nous avons l'honneur de vous proposer :

» 1° Vu l'importance et la nouveauté du sujet dont il traite, de renvoyer le travail de M. Voillemier au comité de publication ;

» 2° De conférer à ce digne confrère le titre de membre titulaire de la Société de chirurgie. »

M. Lallemant a écouté avec intérêt le rapport de M. Lenoir, seulement il croit devoir faire quelques objections qui lui semblent diminuer la valeur des injections alimentaires préconisées par M. Voillemier.

En premier lieu, M. Lallemant signale la difficulté que l'on doit rencontrer à déterminer la situation du bout inférieur de l'intestin. Puis les matières injectées doivent nourrir médiocrement, car elles sont privées de bon nombre des éléments essentiels de la digestion, tels que la salive, la bile, le suc pancréatique.

M. Lenoir répond qu'il résulte des faits et des expériences rapportés par M. Voillemier que les injections alimentaires parviennent parfaitement au résultat voulu, c'est-à-dire à l'entretien de la nutrition des malades, quel que soit du reste le bout de l'intestin dans lequel l'injection ait été poussée.

Quant à l'absence des éléments si nécessaires à la digestion, il paraîtrait qu'elle n'aurait pas toute l'influence que l'on serait disposé à lui accorder, car les substances ainsi privées du mélange de bile, de salive, ne sont pas moins assimilées, et le résidu de ces matières a tout à fait l'aspect et la forme des fèces ordinaires.

M. Larrey croit devoir soumettre à l'appréciation de la Société, et sous toute réserve, une idée qui lui a été suggérée par les intéressantes *recherches* de M. Lucien Corvisart *ayant pour but d'administrer aux malades qui ne digèrent point des aliments tout digérés par le suc gastrique des animaux* (1). Ce serait de soumettre à ce mode d'alimentation, diversement modifié, les sujets atteints d'anus contre nature, chez lesquels l'injection du bouillon et d'autres liquides nutritifs ne pourrait s'effectuer d'une façon assez réparatrice. M. Voillemier trouverait peut-être là une ressource de plus pour les cas dont il a déjà fait connaître les curieux résultats.

Même application serait possible à la gastrostomie, proposée et pratiquée par M. Sédillot, qui en a publié deux observations remarquables.

M. Chassaignac rappelle que les recherches de M. Voillemier remontent déjà à une époque assez avancée, et que depuis lors de nombreux travaux ont été faits sur la digestion.

Ainsi, des recherches modernes semblent avoir démontré que certains éléments contenus dans les substances alimentaires ont besoin pour être assimilés d'être soumis à diverses actions qu'ils subissent dans leur parcours à travers le tube digestif ; aussi M. Chassaignac, tout en reconnaissant l'importance du mémoire de M. Voillemier, pense qu'il y aurait beaucoup à changer quant au choix des matières alimentaires à injecter. C'est donc là un point de départ important pour des recherches nouvelles.

M. Lenoir, sans se préoccuper des travaux modernes sur la digestion, est frappé du bon résultat obtenu par l'injection des substances choisies par M. Voillemier ; et comme le bouillon, par exemple, a toujours paru réussir, il en recommande l'emploi. Quant au suc gastrique, il ne voit pas quelle pourrait être sa valeur comme moyen d'augmenter les facultés nutritives.

Les conclusions du rapport de M. Lenoir sont adoptées. Dans la première séance il sera voté sur la nomination de M. Voillemier comme membre titulaire.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Grossesse extra-utérine.

M. Huguier présente une pièce anatomo-pathologique relative à une grossesse extra-utérine. La dissection ayant dû être différée pour permettre de juger exactement de la position du kyste, M. Huguier, dans une prochaine séance, communiquera le résultat des recherches anatomiques auxquelles il doit se livrer. L'observation de ce fait intéressant sera insérée dans un prochain procès-verbal.

Rupture complète du canal de l'urètre. — Rupture partielle du corps caverneux. — Mort.

M. Huguier communique l'observation suivante, en y joignant la présentation des pièces pathologiques.

Grenet (Jean), âgé de trente-sept ans, palefrenier, marié, doué d'une constitution vigoureuse, fut apporté à Beaujon, 1er pavillon, n° 185, le 26 mars 1853.

Cet homme était atteint depuis quelque temps d'une affection de l'oreille, pour laquelle un médecin, parent de la femme du malade, ordonna l'application d'un vésicatoire à la région mastoïdienne. Quelques jours après, cet homme étant couché avec sa femme, et ayant des érections continuelles depuis le vésicatoire, eut malgré lui, et contre l'avis de son médecin, un rapport sexuel avec celle-ci ; seulement, elle se plaça sous lui, et par un faux mouvement pressant de tout le poids de son corps sur la verge, alors en violente érection, elle la ploya brusquement vers le périnée et la cuisse.

Une douleur vive et violente survint au moment de l'accident, et la verge prit bientôt une couleur rouge-violacé. Le malade s'aperçut plus tard qu'il ne pouvait plus uriner. Le médecin dont il a été question plus haut tenta le cathétérisme, mais ce fut en vain ; il ne voulut d'ailleurs pas insister. Un écoulement considérable de sang eut lieu par l'urètre, suivi bientôt d'un peu d'urine ayant la couleur normale, et ce fut le lendemain du jour de l'accident que le malade fut apporté à l'hôpital. On constata alors l'état suivant :

Le 26 mars, le matin, la verge est le siége d'un épanchement considérable ; elle est noire, déformée et d'une mollesse extrême. Le prépuce est édœmatié, surtout à son extrémité inférieure ; il recouvre le gland complétement ; cependant il est assez facile de mettre à découvert celui-ci, et on trouve alors que sa couleur est normale. Le scrotum a déjà une teinte légèrement violacée, et est un peu œdématié. Le périnée est le siége d'une ecchymose légère, et cette région ainsi que la région hypogastrique sont très douloureuses au toucher.

M. Huguier introduisit immédiatement une sonde d'argent pour reconnaître la lésion, mais l'instrument fut arrêté au niveau de la portion périnéale de la verge, et une certaine quantité de sang s'écoula. M. Huguier ne voulut pas aller plus loin ; il diagnostiqua une déchirure de l'urètre, fit appliquer des compresses d'eau blanche sur toutes les parties lésées, et recommanda au malade de boire peu.

Le soir, le scrotum est considérablement ecchymosé ; il est épais, lourd, douloureux et d'un rouge violacé. L'ecchymose du périnée est moins considérable. Le malade a rendu spontanément un verre d'urine teinte de sang. La soif est vive, la bouche est sèche et la peau chaude ; le pouls est fort et bat 120 fois par minute. Il existe une vive douleur à l'hypogastre et aux régions iliaques ; le pénis est dans le même état.

Le 27 (matin). Le malade n'a pas dormi et a été très agité ; sa face est pâle, la fièvre intense ; la langue est légèrement brunâtre ; il y a de l'anorexie, mais pas de nausées. La verge, dont le gonflement et la couleur sont les mêmes, présente à sa partie latérale droite une phlyctène qui soulève l'épiderme, et qui, déchirée, laisse voir la surface papillaire du derme ulcérée et parsemée de points gangrenés. A l'hypogastre et aux régions iliaques et inguinales des deux côtés se voient des plaques d'un rouge sombre, surtout à leur centre, et dont la circonférence présente une teinte jaunâtre ; la peau qui est le siége de ces plaques est œdématiée, douloureuse, mais ne présente pas encore d'emphysème.

Le soir, aggravation de tous les symptômes précédents. Langue sèche et fuligineuse. L'épiderme d'une grande partie du rachis se détache, et le derme, mis à nu, présente une teinte blafarde. Les plaques rouges déjà mentionnées s'étendent le long du ventre et des flancs ; la peau, à leur niveau, est très œdématiée et douloureuse. Le malade peut à peine uriner.

Traitement. — Saignée du bras de quatre palettes ; julep diacodé et diète.

Le 28, le matin, il y a moins de fièvre ; le malade a un peu sommeillé, mais la face est pâle et abattue, la langue brunâtre et fendillée, et la soif intense. Le gonflement de la verge est tel, que le gland ne peut plus être découvert ; sa surface ressemble à du papier gris mouillé. La peau du scrotum et du périnée est infiltrée et gangrenée ; cependant le malade peut encore rendre un peu d'urine foncée en couleur, mais ne contenant pas de sang.

Le soir, les plaques rouges atteignent la région iléo-costale des deux côtés, et ont envahi en bas le quart supérieur de la face antérieure des cuisses. Il n'y a pas encore de liquide collectioné ; néanmoins on pratiqua quatre incisions très grandes et atteignant le tissu cellulaire sous-cutané, qui donnèrent issue à de la sérosité jaunâtre, et présentèrent çà et là des portions de tissu cellulaire sphacélé. — Même traitement, et lavements purgatifs.

Le 29, le matin, Grenet a moins de fièvre et paraît moins prostré ; les incisions sont sèches, et leur surface laisse voir le tissu cellulaire sphacélé. Le malade a eu deux selles, qui l'ont soulagé. La langue s'humecte et se nettoie. — Même traitement. Seulement, si l'empâtement du scrotum augmente, l'on fera quelques incisions à sa partie la plus déclive.

Le soir, le scrotum est énorme et d'un noir sale ; l'épiderme s'en détache par lambeaux humides. On pratique les incisions qui avaient été prescrites ; elles sont peu douloureuses, et les surfaces incisées sont épaissies et d'un rouge foncé.

Le 30, il existe une suffusion jaunâtre à la peau ; le pouls est fréquent, mais large, mou et un peu irrégulier. Les plaques rouges occupent maintenant les parties inférieures et latérales du thorax. Le malade a été agité dans la nuit, il a eu du délire ; il urine seul et en assez grande quantité, environ 200 grammes deux ou trois fois par jour.

Le 2 avril : depuis deux jours le malade paraît dans un état plus satisfaisant, mais la chute des eschares laisse voir de grands désordres. D'un autre côté, la rougeur œdémateuse a presque atteint les aisselles ; cependant le malade urine encore bien, et l'urine est belle ; il n'est plus agité la nuit ; la fièvre est tombée ; la langue, quoique sèche, n'est plus fuligineuse, et il n'y a pas de diarrhée.

Le 3, Grenet va moins bien. La respiration commence un peu à s'embarrasser ; la fièvre se rallume ; une plaque érysipélateuse occupe le nez ; il y a un peu de dyspnée. L'auscultation démontre que le poumon droit en arrière est congestionné. Il y a rejet de crachats muqueux et épais ; une odeur de gangrène commence à entourer le malade ; les muscles du bras sont le siége de petites crampes. Depuis quelques heures le malade se plaint de ne pouvoir plus uriner ; la vessie s'élève au-dessus du pubis. L'érysipèle gagne les deux joues ; il existe du délire de temps en temps ; la langue est sèche et fendillée.

Le 4 avril, le malade n'urinant pas, M. Huguier essaie d'introduire une sonde d'argent dans le canal de l'urètre, il ne peut y parvenir ; mais arrivé à la distance de deux pouces environ du méat, le bec de la sonde tombe dans une sorte de poche et de l'urine s'écoule, mais on ne peut la faire aller plus loin. Alors M. Huguier se décide à ponctionner la vessie au-dessus du pubis ; l'opération fut pratiquée par la méthode ordinaire avec un trocart courbe. Environ deux litres d'urine fort belle s'écoulèrent et la sonde fut laissée à demeure et fixée à l'abdomen.

Le 5 avril, nuit sans sommeil, mais non agitée ; l'érysipèle a presque entièrement disparu ; le pouls devient fréquent et petit ; l'emphysème du tissu cellulaire se montre sur plusieurs points. Deux nouvelles incisions pratiquées aux régions iliaques donnent issue à du pus grisâtre d'une odeur ammoniacale, entremêlée de gaz, et à des lambeaux de tissu cellulaire gangrené.

Le 6 avril, aggravation de tous les symptômes ; diarrhée.

Le 7 avril, râle trachéal ; petits mouvements convulsifs à la face et à la langue. Mort à cinq heures du soir.

Autopsie. — Elle fut faite quarante heures après la mort.

Roideur cadavérique considérable. En disséquant le périnée, voici ce que l'on constate : Les parois du scrotum sont frappées de gangrène humide et sont abreuvées de pus et d'urine ; le pus est d'aspect variable, çà et là il est blanc et crémeux, ailleurs, c'est un liquide noirâtre d'une odeur ammoniacale infecte ; l'épanchement existe surtout dans la cloison des dartos. En disséquant le canal de l'urètre on trouva au niveau du bulbe une rupture considérable, alors on fendit le canal depuis le méat dans le sens de sa longueur, et après deux pouces environ de trajet, la pointe des ciseaux tomba dans une sorte de cavité anfractueuse, remplie de sang noirâtre mêlé à de l'urine ; le bulbe de l'urètre a complétement disparu et il n'en existe plus de trace. La rupture du canal est complète ; une distance de deux centimètres au moins sépare les deux bouts. L'espèce de poche intermédiaire aux deux bouts du canal rompu, ayant été débarrassée du sang qu'elle contenait par un filet d'eau, présente à sa paroi supérieure deux dépressions qui semblent bien évidemment formées par une perte de substance des corps caverneux, et entre lesquels on voit encore une portion de la cloison ; c'est dans cette poche que s'était arrêtée la sonde et c'est d'elle que s'était écoulée l'urine, car il était évident de toutes façons que l'on n'était pas arrivé dans la vessie.

La prostate et les vésicules séminales sont à l'état normal ; les parois abdominales jusqu'à la base de la poitrine et de chaque côté sont le siége d'abcès urineux considérables. Le tissu cellulaire sous-cutané s'enlève par lambeaux grisâtres baignant dans un pus séreux et fétide. La partie inférieure des muscles obliques, des muscles droits et des pyramidaux, ceux qui s'attachent à la partie supérieure et interne des pubis, et ceux du périnée sont noirâtres. La vessie est saine, seulement le pourtour du point ponctionné est noirâtre et un peu infiltré d'urine.

Le poumon droit est engoué à sa partie postérieure.

M. Deguise père a eu l'occasion de donner des soins à un homme qui, pendant le coït, eut également une rupture du corps caverneux. Il n'y eut que peu d'hémorrhagie ; mais, depuis lors, au niveau de la déchirure, la verge est comme brisée, elle est pour ainsi dire en fléau. L'érection se fait parfaitement, mais en deux temps, portant d'abord sur la partie postérieure de l'organe, et ensuite sur l'extrémité.

M. Richet a vu aussi un homme offrant une lésion semblable, il a parfaitement guéri ; mais, pendant l'érection, le pénis reste rétracté et courbé sur la face urétrale comme dans la chaude-pisse cordée.

Le vice-secrétaire, E. Laborie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Le *Moniteur* publie une loi adoptée par le corps législatif, avec approbation du sénat et promulgation impériale, qui ouvre un crédit de 5,000 fr. au ministre de l'instruction publique et des cultes pour acquitter les loyers arriérés dus par l'Académie de médecine à l'administration des hospices, savoir :

Du 1er juillet au 31 décembre 1850 (à raison de 5,000 fr.).	2,500 fr.
Du 1er janvier au 30 juin 1851 (d°)	2,500
	5,000

— Par arrêté du ministre de l'instruction publique et des cultes en date du 20 avril, ont été nommés professeurs de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims :

Chimie et pharmacie. — M. Patin, professeur titulaire.

Histoire naturelle et matière médicale. — M. Maldan, prof. titulaire.

Anatomie et physiologie. — M. Gaillet, professeur titulaire.

Clinique interne. — M. Landouzy, professeur titulaire.

Clinique externe. — M. Philippe, professeur titulaire.

Pathologie interne. — M. Blanchard, professeur adjoint.

Pathologie externe. — M. Décès, professeur titulaire.

Accouchements, maladies des femmes et des enfants. — M. Panife, professeur titulaire.

M. Landouzy est nommé directeur de l'École.

M. Strapart, professeur suppléant, est nommé chef des travaux anatomiques.

— Les sujets de thèses pour le concours de l'agrégation en chirurgie ont été distribués ainsi qu'il suit :

M. Broca. — De l'étranglement dans les hernies abdominales et des affections qui peuvent le simuler.

M. Follin. — Des rétrécissements de l'œsophage.

M. Jamain. — De l'hématocèle du scrotum.

M. Morel-Lavallée. — Des corps étrangers articulaires.

M. Desormeaux. — Du traitement des kystes de l'ovaire.

M. Demarquay. — Des tumeurs de l'orbite.

M. Cusco. — De l'antéflexion et de la rétroversion de l'utérus.

M. Richard. — Des diverses espèces de cataracte et des indications qu'elles fournissent à la médecine opératoire.

M. Pajot. — Des lésions traumatiques que le fœtus peut éprouver pendant l'accouchement.

M. Moreau. — Des grossesses extra-utérines.

M. Blot. — Des tumeurs sanguines de la vulve et du vagin pendant la grossesse et l'accouchement.

M. Verneuil s'est retiré du concours.

— Nécrologie. — Le 12 avril dernier, est mort à Sienne, à l'âge de cinquante ans, M. Giovani Consani, docteur en médecine et en chirurgie. Il avait consacré une grande partie de sa vie à exercer le rude emploi de chirurgien-infirmier de l'hôpital de Sienne et du Grossetto.

(1) *Extrait des comptes-rendus de l'Académie des sciences*, tome XXXV.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 56. — JEUDI 12 MAI 1853. (26e ANNÉE.) N° 56. — JEUDI 12 MAI 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Pays	Trois mois	Six mois	Un an
Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	8 fr. 50 c.	16 »	30 »
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	9 fr.	17	33
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	10 fr.	20	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

PARIS, LE 11 MAI 1853.

Séances des Académies.

La discussion de la surdi-mutité menace de s'éterniser, et, il faut bien le dire, les orateurs ne paraissent pas vouloir se distinguer par la brièveté ou par la précision.

Le premier membre qui a pris la parole est M. Jules Guérin, qui a terminé le discours qu'il avait commencé dans la dernière séance; son étendue nous oblige à en renvoyer l'analyse au prochain numéro. L'historique a été bien traité par M. Guérin; une appréciation fort nette a été faite par lui des méthodes française et allemande, et, tout en rendant justice à la première, il a fait ressortir les avantages de la méthode de la lecture sur les lèvres et de l'articulation, que M. Blanchet a bien réellement perfectionnée. A tout prendre, les tendances de M. Guérin ont été favorables au rapport et à M. Blanchet.

Après une courte réponse de M. Piorry, M. Bégin a lu un discours écrit dans lequel, ainsi qu'il l'avait annoncé, il n'a parlé précisément ni pour ni contre le rapport, mais à *côté*.

Il est pour le moins singulier de voir les membres d'une commission, après avoir signé un rapport sans réserve et sans restriction, venir se donner pour ainsi dire un démenti public et se livrer devant l'Académie à des divergences d'opinion qu'ils auraient dû faire valoir au sein de la commission. M. Gueneau de Mussy a donné l'exemple, et M. Bégin n'est pas resté en arrière. Après avoir engagé M. Piorry à ne pas répondre à chaque orateur et à prendre *un auxiliaire*, l'honorable membre, tantôt combattant la lettre de M. Menière, tantôt lui prêtant son appui, a conclu en demandant la création d'un conseil supérieur chargé de la direction des traitements, de l'appréciation des méthodes, de la division des malades. Bref, c'est tout simplement un autre rapport, ce sont au moins d'autres conclusions que M. Bégin a présentées.

Il faut convenir que M. Piorry s'est bien trompé, s'il a cru trouver dans son collègue de la commission cet auxiliaire auquel il aurait dû s'attendre, et dont on l'avait engagé de se munir.

Un autre discours a été lu par M. Bousquet; c'est à peu de chose près la paraphrase de la lettre de M. Menière. D'autres orateurs sont inscrits; nous verrons si mardi prochain la discussion fera un pas vers la fin, et si la persévérance et le zèle de M. Blanchet et de son rapporteur obtiendront ou non gain de cause. Nous l'espérons encore, car si quelques membres de la docte compagnie se montrent parfois partisans un peu outrés du *statu quo*, d'autres ne sont pas ennemis jurés du progrès, et ne craignent pas toujours de lui ouvrir au moins un battant de la double porte académique.

A l'Académie des sciences, un fait bien important a été communiqué par M. Lallemand, au nom de M. le docteur Serre (d'Alais); c'est un exemple de guérison d'anévrisme variqueux du pli du coude par l'emploi du perchlorure de fer selon la méthode de M. le docteur Pravaz.

HOTEL-DIEU. — M. JOBERT (de Lamballe).

Fistule vésico-vaginale. — Autoplastie par glissement. Guérison.

Les fistules vésico-vaginales ont été regardées pendant si longtemps comme incurables, qu'il est vraiment curieux de constater aujourd'hui la facilité avec laquelle on obtient leur oblitération. Il est, en effet, peu de méthodes chirurgicales qui aient procuré d'aussi beaux et d'aussi nombreux succès que celle imaginée par M. Jobert. Elle peut être considérée à bon droit comme une des plus belles conquêtes de la chirurgie contemporaine. C'est à ce titre que nous nous faisons un plaisir d'enregistrer le fait suivant.

Elisa B....., âgée de vingt-quatre ans, domestique, née à Montigny (Aisne), est entrée à l'Hôtel-Dieu le 23 novembre 1852. Nous n'avons rien à noter comme antécédent de famille. De huit enfants, tous vivants, un seul est du sexe masculin. Notre malade a toujours habité Montigny, n'a fait aucune maladie grave dans son enfance et dans sa jeunesse, a commencé à travailler comme domestique vers l'âge de douze ans. Elle ne se rappelle pas avoir jamais eu de traces de rachitisme. Il n'y a, en effet, chez elle aucune trace de lésion originelle, pas de vice de conformation des cavités splanchniques. La tête, la poitrine sont admirablement conformées. Le bassin est large et évasé, et son ouverture inférieure ne laisse rien à désirer. Cette femme est d'une grande et belle stature.

Réglée à l'âge de seize ans, elle l'a toujours été régulièrement depuis, mais surtout avec une grande abondance la première année, de seize à dix-sept ans; depuis, les règles sont devenues plus rares. De vingt à vingt-deux ans, elle eut une maladie aiguë grave, probablement une fièvre typhoïde. Elle ne commença à avoir des rapports sexuels que vers l'âge de vingt-deux ans. Au bout de dix-huit mois de rapports elle devint enceinte. La grossesse fut heureuse, et la malade ne discontinua ses travaux de domestique qu'à cinq mois, époque où elle vint à Paris pour passer le temps de ses couches. Au moment où elle ressentit les premières douleurs, elle se rendit chez une sage-femme, le 2 septembre 1852, où elle est restée jusqu'au moment de son entrée à l'hôpital.

La sage-femme, après l'avoir touchée, lui annonça qu'elle accoucherait dans la soirée. Vers le milieu de la journée, la poche des eaux se rompit d'elle-même; à six heures du soir la malade n'était pas encore accouchée. La sage-femme attribuait la lenteur du travail à l'inertie de l'utérus, et administra du seigle ergoté.

A minuit, rien de nouveau. Toute la nuit se passa sans douleur violente.

Le 3, nouvelle dose de seigle ergoté. L'état général de la malade commence à se ressentir de la difficulté prolongée du travail. Prostration, léger délire. Toute la journée se passe sans nouveau progrès. Vers six heures, un médecin est appelé, prescrit un bain et une nouvelle dose élevée de seigle. A la suite de ces moyens, la tête de l'enfant traverse la vulve, mais l'enfant se trouve encore arrêté aux épaules sans que la sage-femme puisse les dégager.

Un nouveau médecin est appelé, qui termine l'accouchement en tirant, d'après ce que dit la malade, avec des lacs et avec le crochet sur les épaules. (L'enfant était mort déjà à la sortie de la tête. Son volume était énorme dit la malade. La sage-femme évaluait son poids à 15 livres! Et l'on fut obligé d'avoir une bière plus grande que d'habitude pour l'enterrer.)

A onze heures du soir tout était terminé, la malade délivrée et couchée dans son lit. Les suites de couches furent peu graves. Elles ne furent signalées que par un écoulement lochial infect, abondant, annonçant de graves lésions du conduit vaginal et vulvaire. La commissure inférieure de la vulve était déchirée. Des lotions, des injections astringentes et antiseptiques furent faites pour arrêter la putridité et quelques apparences de gangrène. Cependant, jamais l'état général ne fut alarmant. La fièvre de lait se fit comme d'habitude. Seulement, depuis le moment de l'accouchement jusqu'au huitième jour, la malade ne put uriner d'elle-même. On avait recours plusieurs fois le jour au cathétérisme pour vider la vessie, et on ne remarqua pas qu'il y eût émission de l'urine par le vagin.

Le huitième jour la malade voulut essayer d'uriner seule, et y parvint avec de vives douleurs et une cuisson violente. Dès lors la sage-femme n'eut plus recours au cathétérisme; le jours suivants la malade urina de mieux en mieux, et les douleurs diminuèrent.

Le quinzième jour, cette femme se trouvait tout à fait bien, se levait, et ne s'était pas aperçue encore de l'émission involontaire de l'urine, lorsqu'elle voulut sortir pour la première fois. A son retour chez la sage-femme, elle lui annonça avec surprise qu'elle s'était sentie toute mouillée pendant sa promenade. La sage-femme l'examina et reconnut que le liquide qui baignait les parties génitales externes était de l'urine. Elle fit appeler M. le docteur Pichon, qui constata une fistule vésico-vaginale et adressa la malade à M. Jobert.

Comme autre complication des suites de couches, nous signalerons un engourdissement, très marqué immédiatement après l'accouchement et persistant encore jusqu'à ce jour, du membre pelvien gauche. Au premier interrogatoire de la malade nous crûmes d'abord qu'il y avait eu une *phlegmatia alba dolens*, mais d'après des renseignements plus précis, nous pûmes nous convaincre du contraire. La longueur du travail causa une douleur très marquée, une sorte de demi-paralysie du membre inférieur gauche. Cette douleur disparut peu à peu à partir de la délivrance; jamais la jambe ni la cuisse ne furent gonflées; mais l'engourdissement était encore assez marqué vers le quinzième jour pour faire légèrement boiter la malade. Il fut encore assez intense pour gêner la marche jusque vers le 20 octobre, jour où elle vit reparaître ses règles. A partir de ce moment l'amélioration fut plus sensible. Néanmoins, aujourd'hui elle ressent encore une faiblesse du membre avec quelques légères douleurs qui se réveillent de temps à autre, mais se sont peu à peu reléguées vers le pied. Au début la douleur fut violente à la partie antérieure du membre (cuisse, jambe, pied) et a toujours persisté dans ce sens. On voit aujourd'hui une légère différence d'embonpoint et de calorification dans la jambe et le pied gauches; du reste, l'état général de la malade est satisfaisant et ne diffère pas de son état antérieur.

Le 6 et le 7 novembre elle voit reparaître un écoulement menstruel peu abondant.

Examen de la malade par M. Jobert :

1° Parties génitales externes érythémateuses;

2° Etat papulaire de l'orifice vulvaire;

3° Ulcération en arrière de la fourchette, s'avançant un peu sur elle;

4° Entrée du vagin sans ulcération; mais un peu plus rouge qu'à l'état normal;

5° Sur les parties latérales du vagin, à droite et à gauche, existe un petit bourgeonnement irrégulier;

6° A l'union du bulbe urétral avec la cloison vésico-vaginale existe un angle rentrant en haut dû à une cicatrice qui occupe l'étendue du col de la vessie transversalement. Par l'introduction dans l'urètre d'une sonde de femme, on rencontre au niveau du col un angle saillant formé par la fusion de la partie postérieure ou supérieure du bulbe et antérieure ou inférieure de la cloison vésico-vaginale;

7° Au milieu de cette dépression formée par du tissu cicatriciel on trouve, du côté du vagin, un infundibulum qui pénètre dans la vessie et par lequel on peut introduire un stylet;

8° Col utérin petit, ayant subi une perte de substance.

Après avoir préparé la malade et l'avoir acclimatée à l'air de l'hôpital, l'opération est pratiquée, le 19 novembre, de la manière suivante :

Opération le 19 novembre. — M. Jobert introduit d'abord un stylet dans l'orifice qui communique dans la vessie :

1° Le spéculum univalve déprime la paroi postérieure du vagin;

2° Les leviers écartent à droite et à gauche les grandes et les petites lèvres;

3° Avec une pince à griffe on relève le bulbe de l'urètre, ce qui permet de mieux voir la fistule;

4° M. Jobert pratique le ravivement de la manière suivante : Il fait une incision curviligne tout autour du stylet introduit, à 2 millimètres environ des lèvres du pertuis, l'incision est profonde et enlève un cône de substance de la paroi vésico-vaginale à sommet dirigé en haut, base répondant à la paroi vaginale, et au centre duquel se trouve le pertuis qui livrait passage à l'urine;

5° Puis, deux points de suture sont appliqués avec du lacet de soie ciré. M. Jobert dirige les aiguilles d'arrière en avant et embroche dans le même moment la demi-circonférence postérieure et antérieure de la fistule; les fils sont liés;

6° Une large incision semi-lunaire à concavité antérieure, dont les extrémités s'avancent en avant jusque sur les côtés de la fistule, détache la muqueuse vaginale de son insertion à la lèvre antérieure du museau de tanche; la muqueuse est disséquée à sa face profonde d'arrière en avant dans l'étendue de 2 centimètres environ, ainsi que le vagin; peu de sang s'écoule. Par cette incision on décolle le vagin à son insertion au col de l'utérus, et bientôt on a une assez grande largeur établie entre le col et la cloison, qui peut facilement être portée en avant.

M. Jobert se contente d'étancher le sang avec des pinceaux. Un long tampon d'agaric est immédiatement placé dans le vagin. La malade est reportée dans son lit et une sonde à demeure fixée dans l'urètre. Les urines qui s'écoulent immédiatement après l'opération ne sont nullement sanguinolentes.

Le 19, la journée de l'opération se passe très bien; seulement, léger écoulement de sang vaginal. Le soir, urines non sanguinolentes, pas de douleurs très vives, sommeil dans la journée, 80 pulsations, sommeil pendant la nuit. — Tilleul sucré, diète.

Le 20, même bon état. M. Jobert retire le tampon, qui sort accompagné de caillots de sang noir. Léger écoulement de sang vaginal dans la journée; la sonde fonctionne bien; urines limpides. — Tilleul sucré, bouillon de poulet.

Le 21, *idem*. La malade, dans le milieu du jour, s'est senti une chaleur générale inaccoutumée, mais sans frissons. Légère pneumatose intestinale; aucune douleur; trois bouillons, tilleul sucré. Léger écoulement de sang vaginal, qui appartient aux règles; seulement nous remarquons que c'est vers le 20, comme il est dit ci-dessus, que devrait revenir l'écoulement menstruel.

Le 22, excellent état. Le matin, 80 pulsations; écoulement toujours sanguinolent par le vagin. Les urines sont un peu épaisses, moins limpides. — Potages, tilleul sucré.

Le soir reviennent cette moiteur et la chaleur de la peau qui avaient apparu la veille : elles sont de plus accompagnées d'un léger sentiment de frisson.

Le 23, bon état. Pas d'écoulement sanguin vaginal. La malade se plaint de la mauvaise odeur apportée dans son lit par l'écoule-

ment des jours précédents. Urines plus limpides. Léger état d'irritation de la vulve, qui sécrète un muco-pus très odorant, surtout au niveau du méat urinaire. La malade dit que le séjour de la sonde lui cause quelques cuissons dans l'urètre. Le soir moiteur et chaleur générales moins prononcées que la veille. Sommeil la nuit et le jour. — Potages, tilleul sucré, un quart de lavement avec 0,30 de sulfate de quinine pour parer au frisson de la veille, mais il n'est pas donné dans la journée par oubli.

Le 24, ce matin de très bonne heure, avant la visite, on a administré le lavement prescrit hier. La malade est un peu moins bien, dit qu'elle n'a pas aussi bien digéré son potage d'hier soir qu'à l'ordinaire. 90 à 96 pulsations.

Examen au spéculum. — M. Jobert lave les parties génitales externes souillées de sang. Il coupe et retire les deux fils. Injections vaginales. Pas de diphthérite dans le vagin. On change la malade de lit. — Groseille, bouillons seulement.

Le 25, très bon état général; 72 pulsations. — Groseille, bouillons.

Le 26, *idem.* La vulve est nettoyée avec des lotions tièdes. Plus de mouvement fébrile dans la journée.

Le 27, examen au spéculum; muco-pus dans le vagin; l'orifice de la fistule paraît réuni: on voit en arrière la muqueuse détachée du col qui a contracté de nouvelles adhérences. Injections vaginales. La sonde à demeure est maintenue. Même état général. Urines limpides. — Potages, soupes, groseille.

Le 28, ce matin à la visite la malade se plaint d'une douleur du côté droit qui a paru dans la nuit, avec difficulté de parler et de respirer; 88 pulsations. M. Jobert pense qu'il ne s'agit que d'une pleurodynie. La sonde est changée; elle a toujours bien fonctionné. — Potages, groseille; ouate appliquée sur le côté droit du thorax.

Le 29, le point de côté à la base du thorax est aussi violent à droite en arrière; pas de toux, pas d'expectoration. Chaleur de la peau; 90 à 100 pulsations. Examen au spéculum pour voir si l'on peut sans crainte retirer la sonde à demeure. Tout paraît réuni. On ne replace pas la sonde à demeure.

Dans le jour et la nuit, la malade ne mouille pas son lit: elle urine volontairement quatre fois, avec un peu de cuisson dans l'urètre à cause de la légère irritation de la sonde à demeure. — Saignée de 2 palettes, 30 sangsues sur le point douloureux, diète, potion gommeuse.

Le 30, la malade s'est trouvée très soulagée de la saignée, dont le caillot est rétracté et présente une couenne légère. Le point de côté existe encore. Les sangsues ont apporté peu d'amélioration, quoiqu'elles aient coulé abondamment. A l'auscultation, M. Jobert croit entendre une légère égophonie. Peau chaude, halitueuse, 100 pulsations. — Diète, potion gommeuse, saignée de 2 palettes, 5 ventouses scarifiées sur le point douloureux.

Le 1er décembre, le matin à la visite la malade se trouve assez bien; le point de côté a beaucoup diminué (potion gommeuse, bouillons). La malade conserve ses urines et les rend volontairement.

Le soir à la visite, la malade se plaint d'un point douloureux à gauche vers la région lombaire, qui donne une sensation très pénible de picotement si la malade respire et si elle fait le moindre effort. Je la trouve presque en larmes et ne pouvant uriner, par la violence de la douleur. Je la sonde. La vessie contient environ un grand verre d'urine très colorée, ne donnant pas de précipité par l'acide nitrique. L'urètre et l'entrée du vagin sont baignés de pus. La malade n'a pas été à la selle depuis l'opération; 104 pulsations. Pas de vomissement, pas de douleur dans les aines ni dans le ventre. Râles muqueux fins à la base des deux poumons, plus étendus en haut à droite, avec rudesse du murmure respiratoire; pas de matité marquée de ce côté. Pas de toux, pas de crachats. — Lavement émollient; 1 pilule d'opium à 0,01 centigr.; cataplasmes laudanisés sur les reins et sur le ventre.

Le 2, la malade a été bien soulagée par les cataplasmes. Pas de selle. Elle est calme ce matin. La douleur lombaire gauche persiste quand elle fait de grandes inspirations, mais bien moins violente. Pas de toux, pas d'expectoration. — Tisane sucrée, potion gommeuse, 15 sangsues sur le point douloureux; 90 pulsations; bouillons.

Le 3, le mieux continue; 80 pulsations. — Un verre d'eau de Sedlitz, lavement émollient, potion gommeuse, tisane sucrée, bouillons.

Le 4, plus de douleurs en respirant. Très bon état. Pouls calme et lent. La malade n'a pas eu de selle hier. Urines toujours très foncées, s'écoulant volontairement: la malade n'est jamais mouillée. — Une bouteille d'eau de Sedlitz, eau de veau, diète.

Le 5, la malade a été abondamment purgée: elle se sent très bien, dit-elle; 68 pulsations. — Potages, une petite portion.

Le 6, excellent état. La malade se lève et ne souffre pas. Elle ne se sent nullement mouillée pendant qu'elle est levée. — Une portion.

Les 7, 8 et 9, *idem, idem.*

Les 10, 11 et 12, *idem.* — Deux portions.

Le 13, examen au spéculum par M. Jobert. La malade arrive sur le lit où elle doit être examinée après avoir marché et être restée debout environ une demi-heure. Les parties génitales externes, le vagin ne sont nullement humides. L'état intérieur du vagin est parfait; on n'y voit plus de suppuration. La plaie résultant du décollement de la paroi vaginale de la lèvre antérieure du col est cicatrisée; on ne voit plus au niveau de l'infundibulum, où était la fistule, que deux lignes antéro-postérieures indiquant la trace des fils. La malade ne se sent mouillée ni debout, ni couchée, ni assise, et urine toujours volontairement. Excellent état général.

Le 15, hier dans la journée, la malade, étant restée accroupie quelques instants, s'est sentie un peu mouillée et a perdu quelques gouttes d'urine. Elle en fait part à M. Jobert, qui l'examine immédiatement au spéculum; il ne trouve rien de changé à l'état du 13 décembre. Il pense qu'un peu d'urine a pu s'échapper par le canal de l'urètre encore un peu béant par suite du séjour de la sonde, et la malade se trouvant dans une position analogue à celle de la défécation, dans laquelle tous les viscères abdominaux, par suite la vessie elle-même, sont comprimés.

Au moment de l'examen, la malade étant venue cependant à pied depuis son lit, nous trouvons les parties génitales externes parfaitement sèches et la vessie pleine d'une urine parfaitement limpide.

Un grand bain dans la journée.

Tout le reste du jour, la malade reste levée et ne se sent pas mouillée; elle urine très bien volontairement, et a ressenti un grand bien-être du bain.

Le 18, un grand bain.

Excellent état les jours suivants. La malade ne mouille jamais ni la nuit, ni le jour, soit en marchant, soit assise. Elle demande sa sortie le 24 décembre.

Au moment de la sortie, M. Jobert examine la malade au spéculum et constate l'état suivant, que nous transcrivons sous sa dictée:

1° Parties génitales sèches et ne répandant nullement l'odeur urineuse;

2° Vagin ne contenant pas d'urine;

3° Vessie très large; urètre libre;

4° Au niveau du col de la vessie, en pratiquant le cathétérisme, on rencontre une saillie formée par la cicatrice de la fistule;

5° Le vagin offre ses dimensions normales;

6° Le bulbe de l'urètre est un peu saillant;

7° Derrière le bulbe, on trouve la cicatrice, qui est transversale, encore un peu rosée et qui rentre vers la vessie;

8° On aperçoit à la cloison vésico-vaginale un léger relief entre le col de l'utérus et la cicatrice précédente;

9° Au-devant du col, on voit une cicatrice à concavité antérieure encore un peu rosée qui indique le point où la cloison a été décollée du col de l'utérus, si bien qu'en cet endroit la cloison forme le léger relief précité au-devant de la lèvre antérieure du col de l'utérus.

L'observation qu'on vient de lire mérite de fixer un instant notre attention: il y a eu là, en effet, quelque chose qui n'est pas ordinaire. Le plus souvent, à la suite d'un accouchement laborieux, lorsque la cloison vésico-vaginale a été gangrénée dans une partie plus ou moins considérable de son étendue, l'eschare se détache au bout de quelques jours, tombe et laisse à sa place une ouverture par où s'écoule le liquide urinaire. Ici ce n'est qu'au bout de quinze jours, au moment où la nouvelle accouchée devait se croire entièrement à l'abri de tout accident, qu'elle s'est sentie tout à coup mouillée; à partir de ce moment l'urine a continué de passer involontairement par le vagin, et l'examen au spéculum est venu révéler l'existence d'une fistule vésico-vaginale dont la dimension permettait de supposer que l'eschare n'avait pas été considérable. Ce phénomène, quoique en apparence insignifiant, méritait d'être pris en considération, car presque toujours il est la conséquence d'une constitution affaiblie, d'une vitalité peu active. En pareille circonstance, il faut que les lèvres de la perte de substance soient ravivées dans une étendue qui permette de comprendre dans chaque anse de fil une assez grande quantité de tissus, ce qui offre le double avantage:

1° De mettre en contact de larges surfaces saignantes;

2° De les y laisser assez de temps pour que la lymphe plastique puisse prendre une consistance telle que la cicatrice se trouvera à l'abri d'une déchirure lorsque l'on enlèvera les points de suture.

On comprend combien il est important ici de débrider largement, de manière à éviter toute espèce de tiraillement. C'est grâce à toutes ces précautions que M. Jobert a obtenu du premier coup l'oblitération de la fistule.

Comme on le voit, le traitement d'une fistule vésico vaginale ne dépend nullement de sa dimension; qu'elle soit grande, qu'elle soit petite, on ne peut en obtenir la guérison qu'en ayant recours à l'autoplastie par glissement; le plus tôt possible vaut le mieux, car les cautérisations, si elles diminuent un peu l'étendue des pertes de substance, ne les oblitèrent jamais entièrement, et, de plus, elles ont l'immense inconvénient de transformer les lèvres en un tissu cicatriciel dur et résistant et qui, à cause de cela même, se trouve placé dans les conditions les plus défavorables pour la cicatrisation.

CLINIQUE ÉTRANGÈRE.

De la tumeur et de la fistule lacrymale,

Par M. BINARD, médecin de régiment à Gand.

Il y a peu de temps encore ces mots éveillaient presque toujours dans l'esprit du médecin l'idée d'une opération indispensable à pratiquer pour dilater ou rétablir le conduit des larmes. Avant que l'anatomie pathologique eût porté son flambeau sur la lésion d'où dérive habituellement la fistule lacrymale, on était loin de se rendre parfaitement compte de l'état morbide auquel on avait à remédier pour obtenir la cure de la fistule. Mais cependant l'idée de rétrécissement du canal dominait, et c'est pour cela que la plupart des procédés opératoires avaient pour but de remédier à ce prétendu rétrécissement.

En 1850, M. le docteur Hasner, professeur d'ophthalmologie à Prague, publia un ouvrage dont j'ai rendu compte dans les *Annales d'oculistique* (t. XXVI, p. 103, 1851), sur la physiologie et la pathologie de l'appareil des voies lacrymales. Dans cet ouvrage, il donne une description minutieuse de ce qu'il nomme le *canal lacrymal*, qu'il divise en trois parties: *orbitaire, maxillaire* et *nasale*, qui correspondent aux portions osseuses qu'il occupe dans son trajet. Il présente plusieurs courbures tant d'avant en arrière que sur les côtés. La partie nasale, qui pourrait très bien être considérée comme faisant partie de la fosse nasale, mérite une attention toute particulière à cause de sa fonction physiologique spéciale, car elle présente un appareil valvulaire admirable, qui a pour but d'isoler le sac lacrymal de la cavité nasale.

Dès 1847, M. Hasner a fait de nombreuses recherches sur l'existence de cet appareil valvulaire. Il croit pouvoir assurer que l'appareil valvulaire de la partie inférieure du canal lacrymal constitue une disposition normale et en forme un élément constant et indispensable. Cette valvule est située dans le cul-de-sac formé par la jonction du cornet inférieur et de l'apophyse montante du maxillaire supérieur. Elle peut être le siége d'altérations congénitales ou acquises qui apportent un certain obstacle à l'accomplissement de sa fonction (l'aspiration des larmes dans la fosse nasale) ou l'abolissent même complétement.

M. Béraud (*Gazette médicale de Paris*, n° 26, p. 413, 1851) donne aussi la description d'une valvule placée à l'extrémité inférieure du canal, qu'il nomme *valvule inférieure du sac lacrymal.* Il pense qu'elle peut avoir une certaine influence sur la formation de la tumeur et de la fistule lacrymale.

M. Hasner, dans l'ouvrage cité plus haut, a divisé les affections du canal lacrymal en trois classes, qui sont:

1° Les maladies du canal lacrymal dans sa totalité;

2° Les maladies des diverses parties qui le composent;

3° Les maladies des os circonvoisins.

Notre but n'est pas d'entrer ici dans l'examen des divers états pathologiques qui peuvent affecter le canal lacrymal, cela nous entraînerait trop loin; et d'ailleurs cette simple note a surtout trait au traitement de l'affection dont nous allons parler bientôt.

Je dois néanmoins insister sur la fréquence assez grande d'une dacryocystite comme point de départ de l'affection: il est facile alors de reconnaître la nature du mal, et lorsqu'il n'existe aucune complication, cette forme se guérit généralement bien et en peu de temps.

Mais un fait moins connu et de la plus haute importance, c'est que le point de départ de la maladie est souvent à l'extrémité opposée du canal: c'est la partie nasale qui a subi une altération morbide qui a détruit les fonctions de l'appareil lacrymal. C'est ordinairement alors dans la muqueuse nasale que le mal a pris naissance, et de là s'est propagé à l'appareil valvulaire qu'il a détruit en amenant l'oblitération de la partie nasale du canal lacrymal.

On conçoit toute l'importance de la connaissance de ce fait pour le pronostic à porter sur l'issue de la maladie et pour le traitement.

En dehors des deux ordres de causes que nous venons de mentionner, on peut avancer avec certitude qu'une fistule lacrymale qui persiste malgré un traitement local bien entendu est entretenue par la carie d'un ou de plusieurs os voisins, et c'est alors à cette affection toute spéciale qu'on doit s'attaquer pour guérir la fistule.

Les indications thérapeutiques sont simples et faciles à remplir, quand on a reconnu la nature du mal et apprécié s'il n'est pas au-dessus des ressources de l'art. L'anatomie pathologique nous sert ici de guide précieux; car, en effet, il ne peut plus être aujourd'hui dans l'intention d'aucun médecin au courant de l'ophthalmologie de tourmenter inutilement des patients atteints d'affections incurables ou inévitablement rebelles aux opérations mises en pratique contre elles, comme on le faisait si facilement il n'y a pas bien longtemps encore.

Dans l'inflammation aiguë du canal, dans la cystite aiguë, on aura recours aux fomentations froides et plus tard aux topiques émollients: on ouvrira l'abcès dès qu'il sera formé, et la plaie sera traitée d'une manière simple; quelques injections détersives seront pratiquées dans le trajet fistuleux. Contre la dacryocystite concomitante, et après que les symptômes auront perdu leur acuité, on fera par les points lacrymaux pénétrer dans le sac une forte solution de nitrate d'argent ou de sulfate de zinc. Ces moyens concourront puissamment au rétablissement du cours des larmes en ramenant la muqueuse à son état normal. Chez les individus lymphatiques, on emploiera avec succès l'iodure de potassium, qui a l'avantage d'imprimer chez eux à toute l'économie une excitation salutaire à la guérison de la fistule. C'est du moins ce que j'ai expérimenté dans plusieurs cas de cette nature, et dernièrement encore chez un malade qui a été traité pendant le mois d'octobre dernier et qui m'avait été envoyé du service médical.

Lorsqu'il existe une destruction de l'appareil valvulaire et que la partie nasale du canal est oblitérée, c'est en vain qu'on aurait recours à toutes ces opérations qu'on pratiquait autrefois pour dilater le canal et rétablir le cours des larmes. Ces opérations sont complétement inutiles et même nuisibles, car elles entretiennent le plus souvent dans le sac une irritation intense qui s'étend aux parties voisines et peut être le point de départ de désordres assez graves: les os peuvent même alors prendre part à l'affection, dont le pronostic est alors beaucoup plus fâcheux.

Lors donc qu'on s'est assuré de l'imperméabilité du canal dépendant de l'oblitération d'un point ou de l'extrémité inférieure de ce conduit, il faut sans hésitation avoir recours à la seule opération capable de mettre obstacle aux nombreux accidents qu'entretient la fistule; pour cela, il faut provoquer la destruction du sac lacrymal. M. Hasner, qui a parfaitement posé les indications dans les cas de cette nature, emploie la pierre infernale pour obtenir la destruction du sac; ce moyen ne nous paraît pas assez efficace, et nous lui préférons le caustique de Vienne, dont l'action est plus sûre pour le but qu'on se propose. M. le docteur Magne emploie le beurre d'antimoine, qu'il porte au moyen d'une petite éponge dans le sac préalablement divisé dans toute son étendue (*Méthode pour guérir radicalement la tumeur et la fistule du sac lacrymal. Annales d'oculistique*, 1851, t. XXV, p. 78). M. Stœber a eu aussi recours avec succès à l'opération de Nannoni: il avait d'abord employé le nitrate d'argent; mais, comme ce caustique est trop peu énergique, il l'a remplacé par la potasse caustique (*Annales d'oculistique*, 1851, t. XXV, p. 71). Enfin, M. Desmarres a recours aujourd'hui au cautère actuel pour obtenir l'oblitération du sac (*Gazette des Hôpitaux*, 7 juin 1851).

Quel que soit d'ailleurs le moyen que l'on met en usage pour obtenir la destruction du sac, il est remarquable qu'au bout de très peu de temps le larmoiement, qu'on avait à redouter après cette opération, disparaît complétement, de sorte que les malades n'en éprouvent aucune espèce d'incommodité, comme on eût pu le croire *à priori.* C'est là un fait qui a été constaté par une foule de médecins, et il ne peut plus aujourd'hui rester le moindre doute à cet égard. Quant à l'opération en elle-même, sauf quelques symptômes de réaction locale, elle est, dans la très grande majorité des cas, d'une parfaite innocuité.

Dans la troisième catégorie des cas que nous avons indiqués plus haut, la fistule qui résiste au traitement local est entretenue par la carie de l'os unguis ou d'un des os circonvoisins; c'est surtout à la

tuberculose et parfois à la syphilis qu'il faut faire remonter l'origine du mal.

Dans ces cas, le traitement de la dyscrasie est le point principal, et l'affection locale disparaît d'elle-même quand on est parvenu à se rendre maître de la cause qui a agi sur toute l'économie. Il est parfois des cas qui résistent au traitement général de la carie, quand l'altération osseuse est trop étendue, mais alors il ne reste d'autre ressource que l'usage des moyens palliatifs, capables d'atténuer les inconvénients que présente l'affection ; toutes les opérations qu'on emploierait dans le but de guérir le mal n'auraient pour résultat que de faire souffrir inutilement le malade, et d'augmenter les accidents auxquels peuvent l'exposer de nouvelles causes d'irritation.

J'ai eu l'occasion de traiter pendant ces derniers temps plusieurs cas de fistule lacrymale, entretenue par la carie de l'os unguis, due à la tuberculose. Un traitement général, dont l'iodure de potassium était le principal agent, m'a presque toujours procuré une guérison complète. Dans un seul cas la carie, qui était étendue aux os nasaux et à l'apophyse montante maxillaire et au vomer, a résisté à tous les moyens, et la fistule, qui avait été cicatrisée pendant quelques jours, s'est reproduite à différentes reprises, et le malade a dû être envoyé à son dépôt comme impropre au service militaire. Si la syphilis était la cause à laquelle on croirait devoir rapporter le mal, il est évident que c'est au traitement antisyphilitique qu'on aurait recours, et surtout à celui des accidents tertiaires.

M. le docteur W. Roser a publié dans les *Annales d'oculistique* (t. XXVI, p. 121, 1851) des *aphorismes ophthalmologiques*, où il admet l'opinion de M. Hasner sur l'inutilité de la plupart des opérations pratiquées dans les cas de fistule lacrymale. Il ne fait d'exception que pour la fistule *labiée*, dont il dit avoir observé un cas indépendant de la carie de l'os lacrymal. C'est pour la cure de ces fistules que Delpech a recommandé la cautérisation du pourtour de l'ouverture, et que Diffenbach a eu recours au déplacement d'un petit lambeau en forme de pont, appliqué sur le point fistuleux. Quoi qu'il en soit, ce genre de fistule lacrymale doit être fort rare, et M. Hasner paraît ne l'avoir jamais observé ; je ne l'ai non plus jamais rencontré. M. Roser reconnaît aussi l'utilité de l'opération qui a pour but d'opérer l'oblitération du sac, dans les cas où il existe une adhérence dans un point quelconque du canal lacrymal ; il a pu aussi s'assurer que cette opération n'était suivie d'aucune espèce d'inconvénient. (*Arch. belges de méd. milit.*)

LUXATION SIMULTANÉE DES DEUX HUMÉRUS ;

Par M. C. Robert Thompson.

Le sujet de l'observation est M. K..., âgé de soixante-deux ans environ, d'une taille élancée et bien faite, d'une constitution naturellement vigoureuse, mais affaiblie par des excès d'intempérance.

Il avait été malade pendant quelque temps, lorsqu'il se hasarda à sortir seul pour aller visiter un de ses amis demeurant à un mille et demi de chez lui. Il dit avoir souffert de la tête plus que d'habitude dans la journée. Après avoir marché avec précaution pendant quelques pas, au sortir de sa porte, il éprouva tout à coup un étourdissement et tomba à plat sur la poitrine et la face sur un pavé saillant et inégal. Il ne put se retenir ni faire aucun effort pour prévenir sa chute. Il ne perdit cependant pas connaissance.

On lui porta secours aussitôt, et quand on le releva il se plaignit d'avoir perdu l'usage de ses deux bras, et d'éprouver une douleur violente dans les épaules. Son visage était légèrement contusionné, et une plaie existait sous le nez et le sourcil. Il éprouva une défaillance.

Je le vis à peu près une heure après l'accident. En le déshabillant, je n'éprouvai aucune difficulté à reconnaître que les deux humérus étaient luxés. Du côté droit, et en avant, la tête de l'os faisait une saillie évidente sous la clavicule. Du côté gauche, elle était située directement en bas, dans l'aisselle, et présentait tous les caractères de ce déplacement d'une manière très marquée.

Je réduisis la luxation du côté gauche au moyen du talon dans l'aisselle. La droite fut plus difficile, mais cependant elle fut réduite de la même manière quelque temps après par M. Rathill (de Westerham), qui fut assez bon pour m'aider.

Le malade se plaignit pendant quelques jours de souffrir beaucoup dans les épaules et la partie supérieure de la poitrine, mais il se rétablit bientôt tout à fait, et a recouvré l'usage de ses deux bras.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 10 mai 1853. — Présidence de M. Bérard.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Eaux minérales.

Le ministre de l'intérieur et du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Lemaire, médecin inspecteur des bains de mer de Dunkerque (Nord), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1852 ;

2° Un rapport de M. le docteur Salenave, médecin inspecteur des eaux minérales de Casteljaloux (Lot-et-Garonne), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1852.

Influence des canaux sur la salubrité publique.

3° Une brochure de M. le docteur Raynaud, médecin des épidémies de l'arrondissement de Montauban (Tarn-et-Garonne), ayant pour titre : *De l'influence des canaux sur la salubrité publique.*

Variole.

4° Une lettre de M. le docteur Liegey, médecin cantonal à Rambervillers, contenant des renseignements relatifs à des circonstances particulières qui se rattachent à plusieurs cas de variole observés au village de Padoux, canton de Bruyères (Vosges). (Commission de vaccine.)

Fièvre typhoïde.

5° Un rapport de M. le docteur Mangin, médecin cantonal à La Marche, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans les communes de Damblain, Blevaincourt et Isches (Vosges), depuis le mois de juin 1852 jusqu'au mois d'avril 1853. (Commission des épidémies.)

Transfusion du sang.

M. Thouvenet (de Limoges) communique une observation de transfusion du sang. Il s'agit d'un malade atteint d'une dysenterie qui s'est compliquée d'hémorrhagie intestinale, et chez lequel il a opéré la transfusion du sang, mais sans succès. (Commissaires : MM. Longet, Bouvier et Bérard.)

Vaccination des adultes.

M. Zandick adresse quelques remarques pratiques sur la vaccination chez les adultes. (Vaccinations de 1851.) (Commission de vaccine.)

Concours Nadaud.

M. Lélut adresse, pour le concours du prix Nadaud, un petit traité intitulé : *De la santé du peuple.*

Surdi-mutité.

M. Puybonnieux, professeur à l'institution impériale des Sourds-Muets de Paris, adresse deux ouvrages qu'il a publiés sur les sourds-muets et sur l'enseignement spécial dont ils sont appelés à profiter.

— M. Léon Vaïsse, professeur de la classe de perfectionnement fondée par feu le docteur Itard, offre à l'Académie quatre opuscules dans lesquels il a eu l'occasion de toucher quelques-unes des questions soumises en ce moment à l'Académie.

— M. Ramberson adresse une brochure sur le langage mimique.

(Ces dernières communications seront renvoyées à la commission de la surdi-mutité.)

Don de livres pour la bibliothèque de l'Académie.

Mme veuve Husson fait hommage à l'Académie d'une partie des ouvrages de médecine composant la bibliothèque de son mari.

(Une lettre de remercîment sera adressée à Mme Husson au nom de l'Académie.)

Déclaration de vacance dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle.

M. Londe lit le rapport au nom de la commission des onze membres chargés d'examiner dans quelle section pourrait avoir lieu l'élection prochaine qui doit pourvoir au remplacement de MM. Castel, Réveillé-Parise et Richard.

La commission propose de déclarer la vacance dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle.

Surdi-mutité.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la surdi-mutité.

M. J. Guérin termine le discours qu'il avait commencé dans la dernière séance et dont nous publierons un extrait dans le prochain numéro.

Après une courte réponse de M. Piorry, la parole est à M. Bégin.

M. Bégin. La question qui nous occupe s'étend et acquiert plus d'importance à mesure que la discussion la met en relief sous différents aspects. Elle a pris la proportion d'un grand problème d'enseignement à résoudre. Derrière les faits particuliers s'est glissé le débat plusieurs fois reproduit de la supériorité relative des méthodes employées pour l'instruction des sourds-muets. On a cru voir qu'il s'agissait d'un changement profond à opérer dans le système adopté et dans les procédés traditionnellement suivis en France pour développer les facultés intellectuelles et morales de ces infortunés, et pour les mettre en rapport avec les autres parties de la société.

Bien qu'au premier abord le jugement qu'elle va porter, pouvant n'être que provisoire et susceptible de modifications ultérieures, semble ne pas l'engager définitivement, l'Académie comprend cependant toute son importance, et ne se dissimule pas que si l'avis qui lui est demandé par M. le ministre ne doit pas rester une lettre morte, la responsabilité des dispositions d'application auxquelles il donnera lieu lui appartiendra en très grande partie.

Cette préoccupation très naturelle, quoique mal définie peut-être, me semble la cause principale de l'hésitation qui suspend depuis trois ou quatre séances notre vote sur les conclusions du rapport. La question, selon moi, n'est pas parfaitement saisie, et de cette conclusion est résultée une incertitude concernant la portée réelle de l'avis que nous allons exprimer.

Il serait hors de propos de revenir sur la discussion des avantages et des inconvénients attachés à chacune des méthodes anciennement usitées, la mimique et la lecture sur les lèvres, que quelques personnes prétendent susceptibles d'être associées, mais qui sont formellement exclusives dans la pratique, les élèves s'attachant toujours par la suite à l'un ou à l'autre des deux langages, mimique ou parlé, qui leur a été spécialement enseigné, mais revenant plus volontiers au premier, qui leur est plus naturel et plus facile.

La médecine n'a participé en rien à l'institution de l'une et de l'autre de ces méthodes et reste encore à peu près étrangère à leur emploi. On comprend qu'il dut en être ainsi lorsque la surdi-mutité était considérée comme le résultat d'une imperfection originelle d'organisation toujours identique et de sa nature irrémédiable ; mais aujourd'hui cette confusion ne saurait être maintenue. Il faut absolument établir entre les sourds-muets, d'après des procédés de diagnostic précis, des catégories qui permettent de les soumettre au mode de traitement et d'instruction indiqué pour chacune d'elle.

Le problème aujourd'hui posé est donc complexe. D'une part, au point de vue de l'éducation générale des sourds-muets, la supériorité de la méthode mimique telle que l'appliquent en France les écoles de l'État est remise en question comparativement à la méthode vocale. D'autre part, on se demande si tous les sourds-muets sont définitivement incurables, et si quelques-uns d'entre eux ne pourraient pas être guéris de leur surdité et ramenés aux conditions des enfants entendants et parlants ? En ce qui concerne la première question, celle de la meilleure méthode à suivre pour instruire les sourds-muets en leur conservant leur surdité, je me récuse complétement, parce qu'il me manque pour me décider une connaissance pratique suffisante du mécanisme des procédés employés, et surtout de la valeur des résultats obtenus.

Je ne ferai au sujet de nos écoles qu'une réflexion, c'est que je crois y apercevoir un esprit intérieur de routine et une sorte d'arbitraire nuisibles à leurs progrès.....

Ces faits me suggèrent la pensée d'émettre le vœu qu'un conseil de perfectionnement soit créé pour les deux institutions de sourds-muets qui dépendent du gouvernement, à l'instar de celui qui a élevé et qui maintient notre Ecole polytechnique au premier rang parmi les établissements d'instruction....

Je reviens à la seconde partie de la question telle que je l'ai posée, la seule, selon moi, qui ait un caractère réellement médical et pour la solution de laquelle cette académie soit parfaitement compétente, à savoir : la guérison de la surdi-mutité et les moyens à employer pour l'obtenir.

La question, pour nous, n'est pas de faire parler des sourds en leur conservant leur surdité. Ce que nous avons à examiner, c'est la possibilité de rétablir le sens de l'ouïe à un degré suffisant pour que le sourd entende parler les autres, s'entende lui-même et puisse par suite entrer en communication orale avec la société.

Ici se présente dès le début une difficulté sérieuse : c'est tout simplement qu'on a nié la possibilité de cette guérison de la surdi-mutité, en se fondant sur ces deux motifs :

1° L'état des organes du sourd-muet, non pas tant en ce qui concerne l'oreille et le larynx qu'en ce qu'il a perdu l'aptitude intellectuelle à se servir de la parole ;

2° Le fait d'expérience qui constate que l'audition et l'expression vocale ne sont aux sourds-muets de presque aucune utilité.

Si ces observations étaient fondées, il n'y aurait pas lieu à passer outre. On doit se demander d'abord si cette prétendue perte de la faculté instinctive de faire usage de la parole n'est pas une simple supposition. Pourquoi l'instinct d'imitation serait-il plus affaibli chez le sourd-muet que chez les autres enfants du même âge ? Il n'est pas douteux que, lorsque la surdi-mutité congéniale ou acquise est produite par des lésions intra-crâniennes, certaines facultés ne puissent recevoir des atteintes qui peuvent aller jusqu'à l'idiotie. Mais, lorsque l'altération est bornée aux différentes parties de l'appareil auditif proprement dit, rien ne saurait justifier cette assertion que, la maladie étant guérie, les conséquences de la guérison ne pourront être obtenues.....

Arrivés à ce point de notre délibération, une dernière considération se présente : c'est celle du nombre de sourds-muets à qui pourraient être profitables les bienfaits du traitement difficile et nécessairement prolongé de leur infirmité. Bien que l'administration ne paraisse pas avoir procédé jusqu'à présent à un recensement authentique des sourds-muets, on s'accorde généralement à en porter le nombre à 20 ou 24,000 environ pour toute la France. D'après les recherches de plusieurs statisticiens modernes, ce chiffre pourrait s'élever même à 30,000, et à 300,000 pour l'Europe entière. D'autre part, Itard avait établi que la proportion des sourds-muets susceptibles d'être soumis avec avantage au traitement curatif pouvait être du dixième approximativement. M. Blanchet élève cette proportion au cinquième, et même au quart. En se bornant au nombre le plus faible, ce serait donc pour la France 1,200 à 1,500 individus au moins que l'art aurait l'espoir de rendre à la plénitude de la vie sociale ; et si le succès répondait aux espérances que font naître les faits déjà acquis, ce n'est pas à moins de 30,000 pour toute l'Europe que cet admirable résultat pourrait s'étendre.

Le système à mettre en pratique pour rendre l'audition et l'usage de la parole aux sourds-muets qui sont susceptibles de recevoir ce double bienfait n'a rien d'exclusif, et peut, sans perturbation considérable, être introduit dans les écoles de l'Etat. Mais c'est manifestement l'Etat qui peut, au début, l'appliquer avec le plus d'avantage, et lui faire produire tout ce qu'il est possible d'en attendre, d'abord parce qu'il possède le plus de ressources, et ensuite par cette autre raison que, pouvant faire appel au concours des hommes les plus éclairés, la marche sera plus ferme, et les progrès devront être plus certains et plus complets.

Il y a certainement dans cette voie nouvelle, si largement ouverte par Itard, une palme de gloire à cueillir, que la France pourrait regretter plus tard d'avoir abandonnée à des rivaux qui viendraient, ainsi qu'on l'a vu tant d'autres fois, la réimporter chez elle comme étant leur conquête.

Je ne dirai ici de l'enseignement et des soins auxquels devraient, selon moi, être soumis les sourds-muets susceptibles de recouvrer l'ouïe et la parole que ce qui me semble indispensable pour corroborer ce qui précède, et montrer la simplicité et la facilité d'application des moyens à employer pour atteindre le but.

D'abord tous les sourds-muets admis dans les institutions de l'État seraient soumis, lors de leur entrée, à un examen minutieux ayant pour objet :

1° De vérifier autant que possible les médications portées sur la feuille de renseignement dont ils sont porteurs, et dont les détails pourront être complétés ;

2° De constater leur état physique actuel sous le double rapport de la constitution et de la santé générale, et sous celui des dispositions appréciables des différentes parties de l'appareil auditif ;

3° De reconnaître, à l'aide d'épreuves déterminées et combinées à cet effet, leur degré d'aptitude à percevoir les sons, à les produire par la voix, et, approximativement au moins, le développement de leur intelligence.

De ce premier examen médical et psychologique dont les détails seront consignés immédiatement sur un registre, résultera un premier classement des élèves, dont les uns suivront la direction générale de l'enseignement adopté pour les sourds, et les autres seront en outre soumis, soit au traitement reconnu applicable des lésions constatées de l'appareil auditif, soit seulement aux exercices de l'audition et de la voix qui auront été adoptés.

Les élèves arrivés à pouvoir entendre la parole et à la reproduire seront définitivement séparés des autres et placés dans un quartier distinct, n'ayant plus de communication avec les sourds. Là, ils continueront la gymnastique auriculaire et vocale ; la parole sera le moyen de communication exclusivement en usage ; aucune chose, de quelque nature qu'elle puisse être, ne sera donnée pour satisfaction de besoin ou pour tout autre motif qu'autant qu'elle sera demandée par son nom ; on pourra même, s'il est nécessaire, empêcher l'usage de la mimique en attachant les bras ou en couvrant en partie les yeux avec des bandeaux.

Pendant les expériences d'instruction, pour faciliter les rapports du maître avec certains élèves, ou avec des classes entières, et ceux des élèves entre eux, il sera possible d'armer les premiers d'instruments de renforcement de la voix, et munir les seconds de cornets propres à réunir et à concentrer les vibrations sonores. Bien entendu que ces instruments pourront être affaiblis et enfin supprimés, à mesure que l'audition fera des progrès.

Pour compléter ces indications très succinctes, j'ajouterai que, dans l'intérêt des élèves, il pourrait être avantageux, dès que l'audition et la parole seront suffisamment développées, de les placer dans quelque établissement affecté à l'instruction des enfants parlants, soit lycée de l'État, soit institution religieuse ou privée, dont les chefs seraient honorés et s'empresseraient de les recevoir sans aucune vue de bénéfice à faire sur eux.

Je ne présente ces idées que pour donner un aperçu de la route qu'il serait possible de suivre, et par conséquent pour appuyer les conclusions du rapport que vous avez entendu, avec cette restriction toutefois que, sans indiquer au ministre de procédé à adopter de préférence, l'Académie se bornera à poser et à approuver le principe de la nécessité du traitement curatif des sourds-muets, en invitant à charger une commission de coordonner les moyens qu'elle jugera les plus efficaces pour y réussir, et de réglementer leur emploi, dont la surveillance et la direction lui resteront confiées.

M. Bousquet. S'il est vrai, et qui en pourrait douter ? que le sourd-muet ne parle pas parce qu'il n'entend pas, il est clair que pour le faire parler il faut le faire entendre ; et tout ce qu'on fera en dehors

de cette vue si simple n'aura que des résultats insignifiants ou incomplets.

Si vous lui rendez l'ouïe, ne vous inquiétez pas du reste; il rentre par cela même dans la vie commune; il parlera de lui-même, et il n'a que faire de la pédagogie. Mais si vous le laissez avec son infirmité, il faut lui donner au plus vite un maître, un précepteur qui l'élève et lui enseigne à se passer du sens que la nature lui a refusé.

Il y a trois enseignements, trois systèmes d'éducation pour les sourds-muets.

(Ici M. Bousquet fait l'historique des trois modes d'enseignement ou des trois systèmes d'éducation en usage pour les sourds-muets, et après avoir plus particulièrement insisté sur les travaux d'Itard, il continue en ces termes :)

M. Blanchet s'est associé à Itard en marchant sur ses traces : c'est là son mérite. Son erreur serait de croire que, pour avoir substitué aux bruits de la cloche ou du tambour l'usage des *acoumètres du monocorde*, il a créé une nouvelle méthode, il a posé de nouveaux principes. Ce sont là, si l'on veut, des modifications heureuses, mais c'est toujours le même enseignement au fond.

A la différence près des instruments employés à exciter le sens auditif et à mesurer les progrès de l'audition, la conformité est parfaite.

Au surplus, en restituant à Itard une méthode qu'il a fait sienne, je ne m'en dissimule pas les défauts. Il est trop clair que, pour rendre l'ouïe aux sourds-muets, il faudrait atteindre aux causes qui les en ont privés.

Il ne peut entrer dans le dessein de cette note de parcourir toutes les lésions congénitales ou acquises qui peuvent entraîner la surdité et l'abolition de la parole : nous remarquerons seulement que, quoiqu'elles contiennent le secret de cette double infirmité, personne ne s'en est occupé, ni Itard, ni M. Deleau, ni M. Blanchet. L'art a désespéré d'atteindre jusque-là ; mais alors qu'il se console de ses défaites. Quand on se résout à ne s'attaquer qu'à l'effet, tout ce qu'on peut espérer, c'est de soulager, c'est d'améliorer ; mais de guérir, jamais.

Et cependant, veuillez le remarquer encore, on ne court qu'après les victoires les plus faciles ; le sourd qui n'entend rien est abandonné sans pitié. On n'a de sollicitude que pour les demi-sourds ; on s'empare de ce qui leur reste d'audition, et pour l'améliorer on n'a rien imaginé de mieux que d'assaillir l'oreille des bruits les plus aigus et les plus répétés.

Tout ce que l'oreille peut gagner à cet exercice, elle l'obtient bientôt, mais elle le perd avec la même facilité.

Les premiers effets de cette éducation sont généralement heureux et prompts. Les parents, faciles à s'abuser, y voient d'abord le présage d'une guérison complète et prochaine, on dit même qu'une société illustre y a été trompée! Mais bientôt cette amélioration s'arrête ; et comme l'oreille ne parvient jamais à saisir les modulations de la voix, la parole reste toujours bornée, rude, sans expression. Les demi-sourds sont toujours des demi-muets ; ils parlent, mais ils ne comprennent pas : la conversation est une musique trop délicate pour des organes si grossiers. Tels étaient les élèves d'Itard, et il ne s'en cachait pas. Ceux de M. Blanchet seraient-ils plus heureux ? Il n'y a pas d'apparence. S'ils le sont, c'est qu'ils ont été mieux choisis, c'est qu'ils entendaient mieux quand on a commencé leur éducation : de sorte qu'en réalité l'art avait moins à faire. Loin de cette hypothèse, je ne vois qu'illusion.

Vous parlez sans cesse de rapprocher le sourd-muet des parlants, et vous avez raison ; mais souvenez-vous qu'il n'y a qu'un moyen d'opérer ce rapprochement, c'est de lui rendre l'ouïe, assez du moins pour qu'il entende la parole sur le ton de la conversation. S'il entend sans trop de difficulté, il parlera sans effort, et il ne lui en coûtera pas de se rapprocher de ceux à qui il pourra se communiquer. Mais si, après tous vos exercices, l'oreille reste toujours plus ou moins dure ; s'il n'entend que confusément, avec peine et de près, n'espérez pas l'attirer dans une société qui n'est pas la sienne.

Plus juste appréciateur de sa position que vous-même, il s'éloignera peu à peu, et retournera de lui-même à ses compagnons d'infortune, avec lesquels du moins il se sent plus à l'aise et où son amour-propre n'a rien à souffrir de la comparaison. On a souvent admiré la facilité qu'ont les enfants à apprendre à parler ; c'est en effet quelque chose de merveilleux, et cependant ils n'ont pas de maître, ou, si l'on veut, ils en ont autant qu'il y a de parlants. Je veux dire que les paroles à leur adresse ne sont rien en comparaison de celles qui portent à leurs oreilles ; mais ils les saisissent au vol et les répètent dans l'occasion de manière à vous comprendre. S'ils étaient contraints à un nouvel effort d'attention et d'audition à chaque mot nouveau, croyez-vous que leur éducation marcherait si vite ? Détrompez-vous. Quand il faut se donner tant de mal pour entendre, on cesse bientôt d'écouter, et la peine d'écouter éteint promptement jusqu'au désir de parler.

Et il n'est pas nécessaire pour tomber dans le mutisme d'être né sans oreilles. L'histoire ne manque pas d'exemples d'enfants doués de tous leurs sens et qui, ayant perdu tout à coup et par accident la faculté d'entendre, se sont promptement déshabitués de la parole, dont cependant ils avaient joui jusqu'à 5, 6 et même 7 ans.

C'est ici le lieu de placer une réflexion que je livre à la physiologie. Il n'en est pas de l'ouïe comme des autres sens. Considérez la vue, par exemple. Sans doute ses envies sont en proportion de son étendue ; mais, quelque faible qu'elle soit, elle est encore fort utile. Si elle ne distingue pas les petits objets, elle distingue les gros; si elle ne vous permet pas de lire, elle sert à vous conduire. Et de même pour l'odorat, le goût, le toucher. Mais l'oreille se trouve dans une position toute particulière, et cela à cause de ses liaisons avec la parole. Placée à la porte de l'intelligence, elle transmet la parole, que la voix répète comme un écho; il y a là un admirable concert, et, pour y jouer son rôle, pour y tenir son rang, elle a besoin de toute sa finesse, de toute sa perfection, sinon elle ne sert presque à rien; elle est perdue pour la parole. Comment la bouche pourrait-elle répéter ce que l'oreille n'entend pas ?

Encore une fois, les élèves de M. Blanchet ont-ils acquis, sous cet habile maître, la faculté d'entendre au degré dont je parle? Si vous répondez par l'affirmative, je vous en félicite. Mais, croyez-moi, ne vous pressez pas de conclure; attendez encore, et vous rappelez que d'ordinaire l'amélioration de l'ouïe ne dure pas. Combien de malheureux sourds-mets, qu'on croyait avoir rendus à la société parlante, s'en sont retirés d'eux-mêmes, par les difficultés d'y tenir leur place! Parlerai-je des précautions à prendre pour s'assurer du degré d'audition de vos élèves? Il est trop évident que, s'ils sont exercés à lire la parole sur les lèvres, vous ne pouvez éprouver leurs oreilles qu'à l'insu de leurs yeux; autrement vous êtes exposé à prendre le change : le sourd lui-même s'y trompe. Ma remarque paraîtra d'autant plus naturelle que, si je suis bien informé, tous les élèves qui ont passé sous les yeux de la commission s'exercent à la parole dans la classe d'articulation de la rue Saint-Jacques; tous apprennent aux leçons d'un maître habile la lecture sur les lèvres; d'où l'on voit que les succès qu'ils ont obtenus, fussent-ils tout ce qu'on en dit, il se trouverait deux instituteurs pour se les disputer et pour se les partager. Et en effet, à côté de ces élèves il y en a d'autres qui n'entendent rien, mais ils suivent aussi la classe d'articulation, et on assure qu'ils parlent très mal. Mais enfin, cela suffit pour prouver qu'il n'est pas absolument nécessaire d'entendre pour émettre quelques sons et articuler quelques mots.

Par toutes ces considérations et par d'autres que nous omettons, nous supplions l'Académie de mettre la plus grande réserve dans sa réponse à l'autorité supérieure.

Tout ce qu'on a essayé, tout ce qu'on a fait jusqu'ici pour rendre l'ouïe aux sourds-muets a échoué ; M. Blanchet ne s'est pas laissé rebuter par l'exemple de ses prédécesseurs; il faut le louer de son courage et de sa persévérance, il faut encourager ses efforts; mais je ne crois pas que le moment soit encore venu de proclamer son triomphe.

— La séance est levée à cinq heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 9 mai 1853. — Présidence de M. de Jussieu.

De la guérison des anévrismes par l'injection du perchlorure de fer.

M. Lallemand. Je viens de recevoir du docteur Serre (d'Alais) une observation de guérison d'un anévrisme variqueux au pli du coude, guérison obtenue par l'injection du perchlorure de fer dans la cavité du sac, suivant les indications de M. Pravaz. Je ne puis entrer ici dans les détails de cette observation et des circonstances qui l'ont suivie; je dirai seulement ce qui m'a paru le plus remarquable.

Le caillot s'est promptement durci sous l'influence de l'injection; les battements ont cessé dans la tumeur quand la compression de l'artère brachiale a été levée; les pulsations ont disparu plus tard dans les artères radiale et cubitale; une inflammation assez vive s'est emparée des parois du sac, et une ponction pratiquée sur un point fluctuant a donné issue à une petite quantité de matière séro-purulente. Enfin, une eschare s'est détachée des parois du sac sans qu'il soit survenu la moindre hémorrhagie. Depuis lors la cicatrisation a fait des progrès rapides.

Ainsi, les caillots formés dans le sac anévrismal, dans l'artère brachiale et ses divisions, ces caillots ont amené la guérison, de même que si une ligature eût été appliquée au-dessus et au-dessous de la lésion artérielle, comme on a coutume de le faire dans les anévrismes variqueux.

Cette observation mérite d'être rapprochée de celle que M. le docteur Niepce vous a fait connaître dans l'une de vos dernières séances, seulement, ici la tumeur anévrismale occupait l'artère poplitée, au creux du jarret. Cinq minutes après l'injection du perchlorure de fer la tumeur paraissant *très dure*, on cessa de comprimer l'artère crurale, et l'on put constater que les battements avaient disparu dans l'intérieur du sac. Enfin, quand on retira la canule à injection, il ne s'écoula pas une seule goutte de sang. Le lendemain et les jours suivants une vive inflammation se manifesta dans les parties opérées. Le onzième jour, de la fluctuation s'étant manifestée au côté interne de la tumeur, une légère ponction donna issue à 10 grammes environ de sérosité purulente, et dès lors tous les symptômes inflammatoires disparurent. Le vingtième jour on ne sentait plus à la place de la tumeur anévrismale qu'un noyau dur de la grosseur d'une noisette.

La guérison fut donc obtenue en aussi peu de temps que les ligatures en mettent à couper les artères sur lesquelles on les applique pour guérir ces mêmes anévrismes.

Ces deux observations confirment pleinement les prévisions du docteur Pravaz sur l'efficacité des injections de perchlorure de fer employées contre les anévrismes, injections dont l'effet est plus sûr et plus prompt que celui de la galvano-puncture. Dans ces eeux cas, l'injection du perchlorure de fer fut suivie d'une vive inflammation des parois du sac et d'une petite collection séro-purulente, à laquelle il fallut donner issue. Ces inflammations sont-elles inhérentes à la méthode? Peut-on les éviter ou les réduire à très peu de chose? Les faits sont encore trop peu nombreux pour qu'on puisse rien affirmer à cet égard. Mais je dois faire remarquer que dans ces deux cas il a été injecté au moins trois fois plus de perchlorure de fer qu'il n'en fallait pour obtenir la formation du caillot, comme l'ont bien démontré les expériences du docteur Pravaz. On conçoit que cet excès de matière injectée doit être plus nuisible qu'utile, si l'on considère surtout que les liquides qui coagulent le sang tendent tous à dissoudre le caillot déjà formé, et d'autant plus qu'on dépasse davantage les doses voulues.

Cette exagération se comprend de la part des opérateurs, qui emploient un moyen dont ils craignent l'insuffisance plus que l'excès d'énergie. Qu'on me permette à cet égard quelques rapprochements pris dans le sujet même dont il est ici question.

Dans les premiers temps de l'emploi des ligatures au traitement des lésions artérielles, on crut devoir faire usage de plusieurs fils cirés disposés en manière de rubans, afin de prévenir la section trop prompte des parois artérielles ; la crainte d'une hémorrhagie consécutive fit appliquer aussi des ligatures d'attente plus dangereuses que celles qui étaient serrées. On poussa la précaution jusqu'à passer une ligature au-dessous de la lésion artérielle, anévrisme ou piqûre, pour prévenir les hémorrhagies en retour par les anastomoses. Ce n'est pas tout encore : après avoir placé la tumeur anévrismale entre deux ligatures, on s'est cru obligé à fendre le sac pour le débarrasser de ses caillots et le bourrer de charpie, d'amadou, de corps absorbants propres à coaguler le sang qui pourrait déborder de quelque point. Il a fallu beaucoup de temps et d'expérience pour rassurer contre ces terreurs exagérées et pour faire renoncer à ce luxe de moyens, dont l'effet le plus certain était précisément de provoquer des suppurations abondantes, la destruction des caillots obturateurs, en un mot les hémorrhagies consécutives qu'on voulait prévenir.

Espérons qu'il en sera de même des injections de perchlorure de fer, qu'on en simplifiera tous les jours l'application et qu'on réduira dans de justes limites les proportions du styptique.

Dans les observations de M. Serre et de M. Niepce, la guérison eût pu être obtenue par la ligature; mais dans le cas de M. Raoult Deslongchamps, rapporté par M. Larrey à la Société de chirurgie, la tumeur avait son siége sur l'artère frontale à sa sortie de l'orbite, de sorte qu'il eût été très difficile d'aller porter une ligature sur l'artère ophthalmique au-dessous de la voûte orbitaire. Mais la supériorité de l'injection sur tous les autres moyens serait encore bien plus évidente s'il s'agissait d'un anévrisme de l'artère crurale au pli de l'aine ou de la fin de l'iliaque; auquel cas il faut, pour exécuter l'opération ordinaire, inciser la paroi abdominale, décoller le péritoine, séparer l'artère de la veine, etc. Les difficultés et les dangers ne sont pas moindres quand il s'agit d'anévrismes occupant l'artère axillaire, la sous-clavière, le tronc brachio-céphalique, le commencement de la carotide, etc.

Les succès déjà connus de la méthode Pravaz me confirment de plus en plus dans la conviction de sa supériorité par rapport à toutes les autres. Je suis intimement persuadé que l'injection des anévrismes fera dans le traitement de ces affections une révolution aussi complète, aussi importante que celle de la lithotritie dans les maladies calculeuses. Les premiers instruments inventés pour broyer la pierre étaient bien compliqués, bien imparfaits, et pendant longtemps les succès furent mêlés d'accidents graves et de nombreux revers difficilement dissimulés; mais aujourd'hui la lithotritie ne ressemble plus à ce qu'elle était à ses premiers débuts. Il en sera sans doute un jour de même de la méthode Pravaz.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Congrès médical belge. — C'est le 28 mars que la réunion a eu lieu à la salle académique de l'Université de Bruxelles. 350 médecins environ y assistaient.

L'assemblée a discuté et voté le projet d'une vaste association de tout le corps médical belge. Elle s'est aussi occupée de l'organisation de conseils de discipline et du service médical des pauvres. Il a été décidé qu'il serait adressé au gouvernement une pétition pour demander que la nouvelle loi sur l'exercice de l'art de guérir fût soumise à la chambre des représentants pendant cette session, et que cette loi instituât des conseils de discipline par élection et établît un service médical des pauvres convenablement rétribué.

L'assemblée, avant de se séparer, a nommé une commission permanente, qui doit mettre à exécution les résolutions prises et qui, en relation continuelle avec les comités provinciaux, veillera aux intérêts du corps médical et pourra convoquer un nouveau congrès lorsqu'elle le jugera opportun.

Cette commission se compose de MM. Fallot, vice-président de l'Académie; le baron Seutin, professeur à l'Université de Bruxelles; Daumerie, membre de l'Académie, président de la Société de médecine; Joly, médecin légiste et chirurgien des hospices de Bruxelles; A. Leclercq, membre de la commission de législation nommée par le gouvernement pour élaborer un projet de loi médical.

Le temps n'a pas permis d'aborder le quatrième sujet à l'ordre du jour, relativement à l'établissement des caisses de prévoyance. Cette question sera traitée ultérieurement par la commission permanente.

— S. M. la reine d'Angleterre a conféré le titre de baron à M. le Dr Holland, son médecin extraordinaire.

— *Iles britanniques.* — *Profession médicale.* — On y compte 13,000 médecins, ainsi répartis :

A Londres.	2,478
Dans les provinces.	7,670
Écosse et Irlande.	2,852
Total.	13,000

Les praticiens de Londres se divisent en cinq catégories :

1° Sans diplôme, exerçant avant 1815.	52
2° Ayant reçu leur diplôme de la Société des apothicaires et du Collége des chirurgiens de Londres.	1,698
3° Licenciés du Collége des médecins.	53
4° Bacheliers en médecine.	56
5° Docteurs en médecine.	619
Total.	2,478

Les simples gradués sont au nombre de 674.

Les bacheliers ont reçu leurs diplômes aux universités d'Oxford, de Cambridge, de Dublin et de Londres.

Parmi les docteurs en médecine, 510 ont eu leurs grades en Angleterre et 109 à l'étranger.

— *Statistique de la profession médicale en Prusse :*

Médecins de district.	287
Praticiens généraux.	3,266
Chirurgiens de 1re classe.	962
Chirurgiens de 2e classe.	973
Total.	5,488

Il y a, en outre, 828 vétérinaires et 1,471 pharmaciens.

La population de la Prusse a atteint, d'après le dernier recensement, 16,216,912 habitants.

— Un prix de 100 écus romains sera décerné, en 1854, par l'Académie médico-chirurgicale de Ferrare, au meilleur mémoire sur le sujet suivant : « *Des maladies lentes du foie, et en particulier de celles qui se développent fréquemment dans les contrées marécageuses où règnent les fièvres périodiques.* » — Les mémoires devront être envoyés *franco* au secrétaire de la Société avant le 31 mars 1854, et être rédigés en italien, latin ou français.

— Un prix de 100 écus romains sera accordé, en 1855, par le conseil de censure de la Société médico-chirurgicale de Bologne, sur le sujet suivant : « *Indiquer dans quelles maladies l'électricité est applicable;* exposer les diverses manières de l'employer ; rechercher par des expériences nouvelles si l'on peut au moyen de l'électricité transporter dans le corps vivant des substances pondérables et médicinales.»

Les mémoires, écrits en italien, latin ou français, devront être envoyés *franco* au secrétaire de la Société avant le 31 mai 1855.

— Un prix extraordinaire de 500 francs, offert en 1844 par le professeur Cher. Martini (de Turin), sera délivré en 1855 au meilleur mémoire sur la *monographie du tétanos traumatique.* Le concours aura lieu à la Société médico-chirurgicale de Bologne.

Les mémoires devront être envoyés *franco* au secrétariat de ladite Société avant le 31 mai 1854.

— Le conseil municipal de Turin vient de prendre une mesure très sage.

A l'avenir, les maisons nouvellement construites ne pourront être habitées qu'après que deux étés se seront écoulés depuis leur construction. Il a également fixé la hauteur des maisons à 21 mètres.

Une pareille mesure serait bien nécessaire à Paris, où les maisons sont habitées presque au sortir de la main des maçons, et avant que la dessiccation des murs soit complète.

Les médecins ne savent que trop à combien d'accidents et de maladies s'exposent les malheureux qui ne craignent pas, suivant l'expression populaire, d'*essuyer les plâtres.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Motifs d'une polémique entre l'Abeille médicale et l'Union médicale. Brochure in-8° de 24 pages compactes. Prix : 5 centimes. *Franco par la poste*, pour la France, 10 centimes; pour l'étranger, 15 centimes. — A Paris, au bureau de l'Abeille Médicale, impasse Mazagran, 6 (boulevard Bonne-Nouvelle).

La syphilisation étudiée comme méthode curative et comme moyen prophylactique des maladies vénériennes; par le docteur Sperino (de Turin). Traduit de l'italien par le docteur Tresal. Un vol. in-8 de 824 pages. Prix : 10 fr. — A Paris, chez Chamerot, libraire, rue du Jardinet, 13.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40; EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE.	Trois mois. . . . 8 fr. 50 c. Six mois. . . . 16 » Un an. . . . . 30 »	
GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES.	Trois mois. . . . . . 9 fr. Six mois. . . . . . 17 Un an. 33	
ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR.	Trois mois. . . . . . 10 fr. Six mois. . . . . . . 20 Un an. 38	

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Double fistule vésico et recto-vaginale opérée par l'occlusion du vagin. — Traitement des hydropisies par l'huile de croton tiglium. — Érysipèle de la face terminé par délitescence au cinquième jour. Pneumonie. — Oblitération du sac lacrymal. Indications et contre-indications de la cautérisation. — — HÔPITAL OPHTHALMIQUE DE MOSCOU. Statistique pendant les huit années de 1845 à 1853. — Danger des fumivores en cuivre pour les personnes qui font usage du gaz. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. Nomination. — Anévrisme de l'artère sus-orbitaire guéri par l'emploi du perchlorure de fer. Complication d'une tumeur érectile cutanée survenue deux mois après la guérison. — A l'occasion des tables et des chapeaux tournants. — Chronique et nouvelles. — FEUILLETON. Notice sur Henri-Marie Husson.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Double fistule vésico et recto-vaginale, avec destruction de tout le bas-fond de la vessie et d'une grande partie de la paroi antérieure du rectum, opérée par l'occlusion du vagin.

L'activité qui règne dans les cliniques non officielles des hôpitaux et dans les cliniques privées de la ville est si grande que nous aurions à remplir tous les jours notre feuille des faits intéressants qui s'y présentent en foule, des modifications tentées, des procédés nouveaux exécutés par la jeune et habile génération des médecins et chirurgiens placés à la tête de ces services. Dans l'impossibilité de tout rapporter, nous nous contentons chaque semaine des observations les plus récentes et qui nous ont présenté le plus d'importance ou le plus d'intérêt. En voici une de premier ordre :

L'opération insolite que M. Maisonneuve vient de pratiquer à l'hôpital Cochin est une de ces ressources extrêmes de la chirurgie sur lesquelles la science n'est point encore en mesure de se prononcer, mais qu'autorise suffisamment l'extrême gravité des désordres qu'elle est destinée à réparer. Proposée par M. Vidal (de Cassis), elle a été tentée par Auguste Bérard, et pour la première fois exécutée avec succès par M. Maisonneuve. Nous pensons être agréable à nos lecteurs en leur rendant compte de cette opération remarquable.

La malade couchée au n° 22 de la salle Saint-Jacques est âgée de vingt-trois ans, primipare, accouchée dans les premiers jours du mois de mars dernier. L'accouchement fut long et laborieux, la tête de l'enfant resta pendant quatre jours enclavée au détroit supérieur et ne put être dégagée qu'avec des efforts considérables. Par suite de la pression prolongée que la tête exerça d'une part sur la vessie au niveau du pubis, et sur le rectum au niveau de l'angle sacro-vertébral, ces deux organes furent frappés de gangrène dans une étendue considérable. Après la chute des eschares et la cessation des accidents inflammatoires consécutifs, alors que toutes les parties étaient cicatrisées, M. Maisonneuve reconnut que le bas-fond tout entier de la vessie était détruit, que la paroi recto-vaginale manquait dans une étendue considérable et que l'utérus était comme perdu au milieu du tissu inodulaire. Les urines et les matières fécales avaient cessé complétement de couler par leurs orifices naturels et sortaient entièrement par le vagin.

En présence d'un pareil délabrement, toute tentative opératoire destinée à réparer les pertes de substance était évidemment impossible, et malgré les perfectionnements qu'il a fait subir aux procédés autoplastiques pour les fistules vésico-vaginales, M. Maisonneuve ne crut pas possible de rien en obtenir.

Il ne restait donc d'autre ressource que l'occlusion du vagin.

C'est cette opération qu'il a pratiquée hier, jeudi, 12 mai, de la manière suivante :

La malade étant préalablement soumise au chloroforme, M. Maisonneuve a circonscrit par une incision circulaire l'orifice inférieur de la vulve; il a disséqué la membrane muqueuse à une profondeur de 4 centimètres, en la séparant dans tout son pourtour de l'urètre et de la partie antérieure du vagin, des parties latérales et du rectum. Dans un second temps de l'opération, cette muqueuse, doublée d'une couche épaisse de tissu et représentant un manchon flottant par sa partie inférieure, fut refoulée vers le vagin de manière que sa partie saignante se trouvât en contact avec elle-même; elle fut maintenue dans cette position au moyen de la suture de Gély. Dans un troisième temps, les parties de la vulve dont la membrane muqueuse avait été détachée furent rapprochées exactement et d'une manière solide au moyen d'une suture enchevillée, comme pour la périnéoraphie. Enfin, dans un quatrième temps, la partie superficielle de la plaie fut exactement rapprochée au moyen de serres-fines et de la suture en surjet.

Cette opération délicate a été exécutée dans tous ses points avec une précision parfaite, et tout fait espérer que la science aura bientôt à enregistrer un second succès.

Traitement des hydropisies par l'huile de croton tiglium.

Dans les hydropisies qui sont la suite des affections des organes de la respiration et de la circulation, dans les cas même où, sans hydropisie, une affection du cœur détermine de la suffocation, de la cyanose, des troubles généraux plus ou moins graves, M. Nonat oppose depuis quelque temps, avec le plus grand succès, les purgations répétées à l'aide de l'huile de croton tiglium.

La dose à laquelle il l'emploie est de deux gouttes, en deux pilules, prises le matin à une heure de distance. Le médecin de la Pitié a vu ainsi disparaître rapidement en quinze jours ou un mois des ascites, des anasarques considérables, des palpitations accompagnées de cyanose, de suffocations graves.

Ce moyen lui paraît agir avec plus d'efficacité que les diurétiques, la digitale, la seille et les autres purgatifs. Par cette purgation, M. Nonat trouve l'avantage d'obtenir des selles nombreuses (dix, quinze ou vingt) et séreuses, et de donner aux malades peu de boisson; d'où il suit qu'ils perdent beaucoup de liquide en ingérant peu. Il va même jusqu'à supprimer le bouillon aux herbes, et se contente de quelques petites tasses de tisane de chiendent nitré.

Ces purgations sont répétées tous les deux ou trois jours, selon la manière dont les malades les supportent. M. Nonat possède déjà un grand nombre de faits de ce genre, et se propose de les publier.

Nous croyons être agréable aux praticiens en faisant connaître d'avance le mode d'administration, la dose, les indications et les succès de ce médicament dans les hydropisies. Il est bien entendu que l'on doit s'abstenir de l'usage de l'huile de croton tiglium dans les hydropisies qui sont dues à la maladie de Bright et à une affection des organes abdominaux.

Érysipèle de la face terminé par délitescence au cinquième jour. — Pneumonie.

Un scieur de pierre âgé de trente-sept ans, bien constitué, n'ayant jamais eu d'érysipèle, mais sujet à s'enrhumer chaque hiver, entre à l'hôpital Beaujon le 5 mai 1853, salle Saint-François, n° 18, dans le service de M. Sandras.

La veille au matin, à la suite d'un travail prolongé fort avant dans la nuit, cet homme a éprouvé au niveau de l'angle interne de l'œil droit du prurit et de la douleur. En quelques heures la tuméfaction est survenue, et a rapidement envahi les parties voisines.

Lors de l'entrée du malade à l'hôpital, l'érysipèle occupait toute la face, une petite partie du cuir chevelu, toute la moitié postérieure du cou; les paupières sont tuméfiées au point d'amener l'occlusion complète des yeux; la bouche est pâteuse, la soif vive, la fièvre intense. — Diète, limonade, onctions d'axonge.

Le 6, les paupières du côté gauche sont un peu moins tuméfiées; l'état général est du reste le même. — Même traitement.

Le 7, le malade peut légèrement entr'ouvrir les paupières; il y a moins de tension et de douleur à la pression au niveau du cou, mais la fièvre est toujours la même; il y a de la toux, et même à droite une légère douleur de côté, dont l'intensité alla toujours en croissant dans la journée. La nuit fut très mauvaise.

Le 8 au matin, on trouve l'érysipèle totalement disparu; les deux yeux s'ouvrent sans peine; la douleur est nulle; la peau conserve encore une teinte rouge-foncé, mais la douleur de côté est très vive, et il y a des crachats visqueux et rouillés caractéristiques. Pas autre chose à l'auscultation qu'un peu de rudesse du bruit respiratoire. La percussion profonde dénote en arrière et à la base une notable diminution de la sonorité. Le pouls est à 96, mou et déprimé. — Julep avec 30 centigrammes de tartre stibié; vin de Bagnols; un vésicatoire sur le côté droit.

Le 9, dans toute la hauteur du poumon droit en arrière, on entend du râle crépitant, il y a du souffle bronchique dans les fortes inspirations; toujours des crachats rouillés. Le tartre stibié a amené quelques selles liquides sans vomissements. Pouls à 90, bien plus consistant qu'hier. Les parties envahies jadis par l'érysipèle sont recouvertes de squames minces et blanchâtres. — Julep avec tartre stibié, 20 centigrammes.

Le 10, le pouls est à 78; le râle crépitant devient plus humide. Le lendemain, les crachats rouillés avaient totalement disparu.

Le 12, le pouls est apyrétique et la convalescence complète.

Faut-il voir dans cette brusque disparition d'un érysipèle de la face au cinquième jour, coïncidant avec l'apparition d'une pneumonie, le résultat d'une métastase, ou bien d'une simple révulsion produite par l'inflammation du parenchyme pulmonaire? Cette dernière explication nous paraît d'autant plus admissible que la toux a précédé de vingt-quatre heures la délitescence de l'érysipèle. Il n'y a donc pas eu transport véritable, mais bien deux phlegmasies développées isolément sur le même individu; la phlegmasie thoracique, survenue la dernière, a hâté la résolution de l'autre. On voit du reste, dans le cas qui nous occupe, qu'à part un peu de mollesse et de flaccidité du pouls, la pneumonie n'a revêtu aucun de ces caractères graves que l'on attribuait jadis aux inflammations internes survenues dans de pareilles conditions; elle a guéri sans peine, grâce aux moyens ordinaires de traitement.

Oblitération du sac lacrymal. Indications et contre-indications de la cautérisation.

En pratiquant plusieurs opérations de tumeurs et de fistules lacrymales anciennes et rebelles, M. Desmarres fait remarquer :

1° Que la destruction du sac par le fer rouge ou par les causti-

FEUILLETON.

NOTICE SUR HENRI-MARIE HUSSON,

Médecin de l'Hôtel-Dieu et du collége Louis-le-Grand, membre de l'Académie de médecine, etc.

Par M. BRICHETEAU, membre de l'Académie.

En 1798, une grande découverte, annoncée depuis longtemps en Angleterre, venait d'être acceptée; Jenner, après des expériences multipliées et une attente de vingt ans, proclamait enfin la découverte et les succès de la vaccine. Deux ans après (en 1800), Voodwile apportait en France le précieux cowpox, que Larochefoucauld-Liancourt s'empressait d'y naturaliser; un comité provisoire s'organisait à Paris par ses soins généreux. Dans ce comité, qui devait devenir bientôt après une institution publique, la médecine était représentée par les plus célèbres notabilités de cette époque : Thouret, Corvisart, Pinel, Hallé, Chaussier, etc. Toutefois à cette réunion d'hommes d'élite il fallait un secrétaire jeune, ardent, passionné; Thouret, directeur de l'Ecole de santé, fit agréer M. Husson, élève de la nouvelle école. Ce choix était significatif et d'un heureux présage pour le jeune secrétaire.

M. Husson était né à Reims en 1772; il avait été boursier au collége Louis-le-Grand; le conseil municipal lui avait accordé cette faveur comme récompense des services nombreux que son père, médecin très honorable et bienfaisant, avait rendus aux indigents de cette cité populeuse. Devenu jeune encore médecin de l'établissement où il avait passé son enfance, il disait à cette occasion, qu'il y mourrait probablement, après avoir passé la plus grande partie de sa vie au collége; il n'en voulut jamais sortir, quoiqu'on eût souvent fait briller à ses yeux les avantages d'habiter ailleurs que dans le quartier Latin.

M. Husson, doué d'une mémoire heureuse, possédait parfaitement ses classiques au sortir du collége, et en citait à propos des passages ou des vers; ce fut même, dit-on, cette piquante érudition qui lui concilia pendant ses études cliniques la bienveillance de Corvisart, qui avait lui-même une remarquable instruction littéraire. M. Husson aimait beaucoup les poëtes latins; il lisait continuellement Horace, dont il admirait beaucoup la philosophie. Il était de ceux qui peuvent s'appliquer les belles paroles de Cicéron : « *Studia litterarum adolescentiam alunt, senectutem oblectant, secundas res ornant, adversis profugium ac solatium præbent, delectant domi, foris non impediunt, pernoctant nobiscum, peregrinantur, rusticantur.* »

M. Husson était un ancien élève de l'Ecole de santé, où il avait été envoyé par le département de la Marne pour étudier la médecine; il eut pour condisciples des hommes éminents, tels que Dupuytren, Landré-Beauvais, Fizeau, Laënnec, Richerand, Burdin l'aîné, Renauldin, etc. Il vécut quelque temps dans l'intimité de Bichat, presque du même âge que lui, quoique déjà célèbre; il fut avec le grand anatomiste, et quelques autres contemporains, fondateur de la Société médicale d'émulation. Il m'a raconté comment, dans une de ces causeries nocturnes qui leur étaient familières, l'immortel auteur de l'*Anatomie générale* fit ressortir, en présence de feu notre collègue Burdin, l'utilité d'une société qui serait l'organe de la génération nouvelle. Peu de jours après, Bichat apporta un règlement écrit de sa propre main pour cette institution improvisée, à laquelle nous devons huit volumes de bons mémoires. Toutefois, M. Husson, tout entier aux travaux du comité de vaccine, dont il était l'âme et la lumière, pour me servir de l'expression de son successeur à l'Académie (M. Bousquet), sous-bibliothécaire de l'Ecole de médecine, ne put consacrer que très peu de temps aux travaux de la Compagnie. Il fit insérer cependant dans le premier volume de ses actes un mémoire sur cette importante question : Les fièvres tierces simples doivent-elles être abandonnées à elles-mêmes jusqu'au septième accès? Ce travail est remarquable par une érudition choisie; il renferme quatre observations recueillies à la clinique que Pinel faisait alors à la Salpêtrière. Sauf les cas de fièvres pernicieuses, l'auteur se prononce pour l'affirmative avec Hippocrate et d'autres grands observateurs partisans de l'expectation.

Après la mort de Bichat, M. Husson donna une nouvelle édition du *Traité des membranes*, précédé d'une notice sur la vie et les travaux de l'auteur (1802). C'est dans cette notice que se trouve cette remarque souvent citée depuis, à savoir : que la médecine avait devancé l'anatomie relativement à la distinction et à la classification des membranes. En effet, l'observation des phénomènes morbifiques, qui avait conduit Pinel à classer les phlegmasies d'après les caractères des affections organiques, avait suggéré la pensée que, ces affections étant variées, la structure des parties membraneuses n'était pas identique. Bichat confirma dans son *Traité des membranes* les vues et les observations du professeur Pinel; et ici nous devons admirer, ajoute M. Husson, le mutuel concours de l'anatomie et de la médecine : l'une trouve au lit du malade ce que l'autre confirme dans ses recherches sur les cadavres; celle qu'on appelle conjecturale précède pour ainsi dire la certitude que la seconde jette sur cette belle partie des inflammations. Nous croyons, et c'était aussi l'opinion de M. Husson, que la science est plus redevable à l'observation première de Pinel qu'aux

ques est loin d'être un moyen infaillible et applicable indistinctement à tous les cas;

2° Qu'avant tout le diagnostic doit être fait avec le plus grand soin, et que, si les parties molles sont seules intéressées, si elles ne présentent point de désorganisations profondes, on doit d'abord recourir à la dilatation du sac ou à tout autre moyen capable de rétablir les voies naturelles; ce n'est qu'après avoir échoué que l'emploi du cautère est indiqué.

Obs. I. — *Tumeur lacrymale volumineuse. Larmoiement ancien. Emploi des mèches et du clou de Scarpa.* — Parmi les opérations faites cette semaine, nous avons pricipalement remarqué un vieillard nommé Greslat, âgé de soixante-huit ans, qui était atteint, à gauche, d'une tumeur lacrymale volumineuse et enflammée. Cet homme larmoyait depuis plusieurs années, et avait été pris à diverses époques de conjonctivites intenses semblables à celle qu'il présente aujourd'hui. L'incision fut faite aussi loin que possible de la paupière inférieure, une grande quantité de pus s'échappa de l'ouverture, et le stylet explorateur, conduit dans le canal, fit constater une carie assez étendue de l'apophyse montante du maxillaire. Détruire le sac eût évidemment été une faute, parce que le pus venant des os n'aurait pas permis à la plaie de se fermer. A cet égard, les observations du professeur sont nombreuses. Une mèche fut donc introduite dans le sac, et lorsque les parties seront dans un état plus convenable, elle sera remplacée par un clou de Scarpa. Si les os, accessibles dans ce cas, ne présentaient pas un état satisfaisant, on provoquerait un travail d'élimination plus rapide par l'application du cautère actuel, et en même temps on détruirait le sac lacrymal.

Obs. II. — *Tumeur lacrymale. Emploi de la canule de Dupuytren.* — Une femme âgée de trente ans avait une tumeur lacrymale du côté droit depuis dix-huit mois environ. Après avoir ouvert le sac, exploré les parties et reconnu que les os n'étaient pas atteints, M. Desmarres, tout en faisant ressortir les inconvénients de la canule de Dupuytren, l'a placée cependant chez cette malade, qui ne pouvait, à cause de ses occupations d'ouvrière, se soumettre à un pansement régulier et toujours long. Le lendemain la plaie était fermée, et le quatrième jour le larmoiement avait complétement disparu.

Est-ce là une guérison radicale? Oui sans doute, comme l'a fait observer le professeur, s'il ne s'agit que de la disparition de la tumeur, de la suppuration et des ophthalmies qu'elle entraîne à sa suite.

Si la canule n'est pas bien supportée, elle aura servi au moins pendant quelque temps de moyen de dilatation, et, après l'avoir extraite, il serait possible de la remplacer par le clou de Scarpa et de rétablir les voies lacrymales.

Dans ce même cas, la destruction du sac par un caustique ou par le fer rouge eût été, après douze ou quinze jours, suivie d'un résultat satisfaisant; mais, il faut bien le reconnaître, quelque peu gênant qu'il soit, il y a dans tous les cas, et sans exception, un certain degré de larmoiement à la suite de cette opération.

HOPITAL OPHTHALMIQUE DE MOSCOU.

Sous la direction de S. Ex. le professeur Brosse.

Statistique pendant les huit années de 1845 à 1853.

L'hôpital ophthalmique de Moscou, un des plus grands établissements de ce genre, a été fondé en 1826 par les soins de S. Exc. M. le professeur Brosse. Grâce à la munificence de S. M. l'Empereur et à la générosité de quelques philanthropes, l'hôpital compte aujourd'hui 60 lits, et de plus, 30 lits supplémentaires pour les malades qui, pendant l'été, viennent des gouvernements éloignés pour se faire opérer.

Tous les malades (excepté les serfs des seigneurs qui payent 4 R° arg. (16 fr. par mois), reçoivent gratuitement les médicaments et les autres choses nécessaires. M. le professeur Brosse, élève du célèbre Beer (de Vienne), est à la tête de cet établissement comme directeur et médecin en chef, et il remplit cette tâche de la manière la plus désintéressée, sans honoraires, depuis le moment de sa fondation.

Depuis six ans, cet établissement a gagné en importance comme clinique ophthalmiatrique pour les étudiants de l'Université de Moscou.

Pour donner un aperçu du mouvement de cet hôpital, il suffit de mentionner que depuis le 11 juin 1826 jusqu'au 1er janvier 1853, 143,351 malades ont été traités, tant à la consultation qu'à l'hôpital, qui en a reçu 11,743. — 12,084 petites et grandes opérations ont été faites, dont 1,973 cataractes, 317 pupilles artificielles.

Le nombre total de consultations gratuites s'élève à 402,778.

La dépense totale a été de 280,000 R° arg. (1,120,000 fr.).

Tableau du mouvement des malades de l'hôpital ophthalmique.

Malades venus à la consultation.

ANNÉES.	TOTAL.	HOMMES.	FEMMES.	NOMBRE DES CONSULTATIONS.
1845	5,235	3,004	2,231	16,711
1846	5,503	3,185	2,318	13,222
1847	5,301	3,080	2,221	11,705
1848	5,442	3,242	2,200	11,025
1849	5,648	3,404	2,244	11,541
1850	5,894	3,543	2,351	12,148
1851	6,730	4,066	2,664	12,475
1852	6,525	4,014	2,511	14,517
	46,278	27,538	18,740	103,344

Les malades consultants étaient, d'après leur état :

	TOTAL.	HOMMES.	FEMMES.
Des nobles et des employés.	897	498	399
Du clergé.	1,056	579	477
De la classe des marchands.	1,125	595	530
Des bourgeois, des enfants-trouvés, des étrangers.	12,182	5,915	6,267
De la classe militaire..	3,645	1,380	2,265
Des paysans de la couronne, des cochers, des ouvriers.	9,194	5,567	3,627
Des serfs, des particuliers.	18,178	13,004	5,174
	46,278	27,438	18,740

SPÉCIFICATION DES MALADIES.

Maladies de l'orbite. — Périostite, 6; exostose, 4; ostéosarcome, 4; hypertrophie du tissu cellulo-adipeux de l'orbite, 3; phlegmon, 2; squirrhe, 1; tumeurs sarcomateuses, 2; tumeurs enkystées, 3; tumeur érectile du tissu cellulaire de l'orbite, 1; fongus hématodes de l'orbite, 2; névralgie périorbitaire, 235.

Maladies de l'appareil lacrymal. — Dacryadénite, 7; hydatides de la glande lacrymale, 3; dacryocistite et blennorrhée du sac lacrymal, 168; hydropisie, 39; fistule du sac lacrymal, 42; obstruction complète du canal nasal, 5; encanthis, 11; anchylops, 149; argylops, 56.

Maladies des sourcils et des paupières. — Coloboma, 11, anchyloblépharon, 6; symblépharon, 16; blépharophimosis, 6; épicanthus, 1; blépharospasme chronique, 6; blépharoptose, 48; blépharoplégie (paralysie du nerf moteur oculaire commun), 83; lagophthalmos (paralysie du nerf orbiculaire des paupières), 12; ectropion de la paupière supérieure, 31; ectropion de la paupière inférieure, 71; entropion de la paupière supérieure, 170; entropion de la paupière inférieure, 132; trichiasis, 956; distichiasis, 67; madarose, 13; phthiriase, 4; lésions traumatiques des paupières, 84; brûlures des paupières, 71; ecchymose (contusion), 56; œdème, 315; érysipèle, 168; phlegmon, 156; abcès, 58; emphysème, 2; furoncle des paupières, 74; croûtes laiteuses des paupières, 232; abcès et concrétions des glandes de Meibomius, 286; blépharite scrofulo-impétigineuse, 537; blépharite varioleuse, 7; hordeolum, 642; chalazion de la paupière supérieure, 314; chalazion de la paupière inférieure, 222; verrucs, 16; tylosis, 56; tumeurs érectiles, 3; tumeurs enkystées, 54; tumeurs sarcomateuses, 10; squirrhe et cancer des paupières, 64; ulcères syphilitiques, 12; lubus des paupières et de la conjonctive de l'œil, 3.

Maladies du globe de l'œil. — *Maladies de la conjonctive.* — Lésions traumatiques de la conjonctive, 424; ecchymose sous-conjonctivale, 233; emphysème sous-conjonctival, 4; œdème sous-conjonctival, 142; ptérigion, 257; pinguecula, 4; fongus de la conjonctive, 5; tumeurs mélanosiques conjonctivales, 3; tumeurs sous-conjonctivales, 5; tumeurs érectiles de la conjonctive, 3; granulations, 394; xérophthalmie, 67; conjonctivite catarrhale, 12,215; conjonctivite catarrho-rhumatismale, 1,702; conjonctivite catarrhale chronique, 200; conjonctivite scrofuleuse (phlycténateuse), 2,407; conjonctivite scrofuleuse (avec ulcères de la cornée), 357; conjonctivite scrofuleuse avec blépharospasme, 115; conjonctivite scrofuleuse catarrhale, 323; conjonctivite scrofuleuse rhumatismale, 156; conjonctivite varioleuse, 78; conjonctivite morbilleuse, 8; conjonctivite scorbutique, 1; ophthalmie sous-conjonctivale (d'Ammon), 14; blépharo-blennorrhée catarrhale, 912; blépharo-blennorrhée scrofuleuse, 155; blépharo-blennorrhée chronique, 671; conjonctivite purulente des nouveau-nés, 146; conjonctivite blennorrhagique, 39.

Maladies de la cornée. — Lésions traumatiques de la cornée, 837; brûlures de la cornée, 88; corps étrangers dans la cornée, 1847; kératite scrofuleuse (avec ulcères), 703; kératite rhumatismale, 460; kératite rhumatismale avec hernie de l'iris, 54; avec hypopion, 110; kératite chronique, 456; taches et opacités de la cornée, 2,946; pannus, 346; leucome, 908; staphylome, 549; atrophie de la cornée, 598; fistule de la cornée, 47.

Maladies de la sclérotique. — Blessures pénétrantes de la sclérotique, 12; avec luxation sous-conj. du cristallin, 3; ophthalmie rhumatismale, 1,246; ophthalmie arthritique, 159; scléroticochoroïdite, 57.

Maladies de la chambre antérieure. — Hypopion complet, 54; hypohéma, 34; hydroméningite (inflammation de la membrane de l'hum. aqueuse), 7; hydropisie de la chambre antérieure, 28.

Maladies de l'iris. — Lésions traumatiques, 35; décollement accidentel de l'iris, 15; synéchie antérieure avec leuc. centr., 689; synéchie postérieure, 254; oblitération de la pupille, 407; atrésie de la pupille avec leuc. centrale, 332; coloboma de l'iris, 27; iritis rhumatismal, 117; iritis arthritique et chronique, 67; iritis syphilitique, 115; kératoiritis rhumatismal avec ulcération de la cornée, hypop., 27; irido-périphakite, 27; uvéïte, 13; cyklite, 38.

Maladies de la choroïde. — Choroïde, 68; hydropisie de la choroïde, 4; glaucome, 87.

Maladies de la rétine. — Fongus médullaire, 8; hydropisie sous-rétinienne, 2; amblyopie, 1,526; amblyopie amaurotique, 358; amaurose, 1,216.

Maladies du corps vitré. — Synchysis, 129.

Maladies de l'appareil cristallinien. — Lésions traumatiques du cristallin et de sa capsule, 148; cataractes, 3,611; cataractes complètes, 1,615; cataractes commençantes, 1,058; cataractes traumatiques, 188; cataractes adhérentes, 121; cataractes capsulaires postérieures, 14; cataractes capsulaires secondaires, 82; cataractes centrales, 22; cataractes centrales avec leuc. centr., 43; cataractes congénitales (avec nystagmus), 18; cataractes avec amaurose, 388; cataractes glaucomateuses, 56; cataractes avec coloboma de l'iris, 2; cataracte avec irideremie, 1; cataractes avec synchysis scintill., 2; cataracte calcaire tombée dans la chambre antérieure, 1.

Maladies générales de l'œil. — Panophthalmite, 84; exophthalmie, 14; cirsophthalmie, 64; hydrophthalmie, 7; cancer de l'œil, 9; fongus hématode, 10; mélanose, 6; atrophie de l'œil, 881.

Vices congénitaux de conformation. — Leucosis (albinisme), 4; iridérémie, 2; anophthalmos, 9; microphthalmos, 8; megalophthalmos, 10.

Vices fonctionnels de la vision. — Strabisme convergent, 82; strabisme divergent, 39; strasbisme en haut, 1; luscitas, 8; diplopie, 23; hémiopie, 4; mouches volantes (cotemat.), 22; chromopsie, 1; presbyopie, 21; myopie, 60; héméralopie, 979; nystalopie, 5.

Des 46,278 malades consultants (pendant les huit années) étaient:

Incurables.. . . . . . 4,190 (2.485 hommes, 1,705 femmes).
Aveugles des deux yeux, 1,702 (1,042 » 660 »).
d'un seul œil, 2,488 (1,443 » 1,045 »).

Leucome, 1,007; staphylome, 598; atrophie de la cornée, 736; atrophie de l'œil, 891; oblitération de la pupille (avec synchysis), 129; glaucome, 99; cataractes glaucomateuses, 74; cataractes avec amaurose, 460; amaurose, 1,700; anophthalmos et microphthalmos, 23; mégalophthalmos, 10; hydrophthalmos, 7; cirsophthalmos, 70; exophthalm. avec amaurose, 7; cancer de l'œil, 9; mélanose de l'œil, 5; fongus hématode, 9; fongus médullaire, 7; kératomalacie, 28.

NOTICES NUMÉRIQUES SUR LES OPÉRÉS DE LA CATARACTE PENDANT LES HUIT ANNÉES DE 1845 A 1853.

776 opérations de la cataracte ont été faites sur 702 malades;

De 5 à 10 ans, 3; de 10 à 15 ans, 16; de 15 à 20 ans, 26
De 20 à 30 » 46; de 40 à 50 » 107; de 50 à 60 » 195
De 60 à 70 » 190; de 70 à 80 » 74.

Division des cataractes opérées :

Cataractes sous-capsulo-lenticulaires dures.. . .	114
— intra-capsulo-lenticulaires molles. . .	245
— lactescentes (avec un nucléole dur). .	72
— sous-capsulaires secondaires.	23
— lenticulaires dures.	204
— intra-sous-capsulaires arid. siliq	73
— capsulaires adhérentes..	35

recherches de Bichat, qu'il y a plus de mérite à pressentir la différence d'organisation de nos parties de la diversité de nos maladies, qu'il n'y a de difficulté à classer nos affections d'après la connaissance parfaite de ces mêmes parties.

Devenu plus tard, mais jeune encore, médecin de l'Hôtel-Dieu et du collége Louis-le-Grand, ces deux points d'appui devaient produire M. Husson dans la pratique, où il a tenu longtemps un rang distingué; il y trouva un moyen honorable d'accroître l'aisance que lui promettaient un brillant début et un mariage avantageux qu'il avait contracté en 1809.

Notre ami avait été jusque-là très favorisé par la fortune, il se plaisait quelquefois à le proclamer lui-même; mais qui peut compter sur un bonheur durable et sur l'accomplissement des désirs les plus légitimes? Des insuccès et des revers cruels vinrent interrompre le cours des prospérités de M. Husson. Excellent observateur, nourri de nos classiques, dont sa puissante mémoire lui permettait d'utiliser les trésors; clinicien habile dans ses cours de l'Hôtel-Dieu, où l'on reconnaissait les bonnes traditions de l'école de Vienne, il pouvait prétendre à une chaire de la Faculté de médecine : c'était l'objet de sa légitime ambition. Plusieurs de ces chaires devinrent vacantes en peu d'années; mais l'élection lui fut trois fois défavorable. Corvisart, vieux et infirme, offrit à l'École sa démission dans la vue de favoriser le succès de M. Husson; mais elle ne fut point acceptée, quoique ce professeur célèbre ne fît plus de leçons depuis plusieurs années. L'instruction des élèves fut ainsi sacrifiée par la Faculté de cette époque aux vues et aux combinaisons de quelques sommités qui probablement redoutaient ce candidat; toutefois, par un juste retour des choses d'ici-bas, leurs combinaisons échouèrent, et ils sont descendus dans la tombe longtemps avant M. Husson.

L'ambition non satisfaite, à quelque degré que ce soit, est toujours un vers rongeur. Les échecs de M. Husson à chaque scrutin malheureux augmentaient des palpitations de cœur auxquelles il était sujet, et qui lui faisaient craindre un anévrisme dont son père était mort. Une saignée dissipait à chaque fois ces accidents, qui disparurent avec les soucis de l'ambition.

Plus tard, néanmoins, M. Husson conçut l'espérance que le concours, qu'on venait de rétablir, lui serait plus favorable que l'élection; il résolut de s'y présenter, mais une maladie l'empêcha d'en subir les épreuves. Il avait au surplus, pour compensation des échecs qu'il avait subis, une grande aisance, fruit de son travail, et un rang honorable parmi les notabilités médicales de la capitale.

M. Husson avançait dans une robuste vieillesse dont il ressentait peu les effets, et continuait à soixante-quatorze ans sa vie active et laborieuse, lorsqu'un malheur irréparable vint le frapper : son fils, le docteur Léon Husson, dont tout le monde se plaisait à louer les heureuses qualités et le noble caractère, succomba en peu de temps à une maladie aiguë (1846). Brisé par cette affreuse catastrophe, le malheureux père résolut un instant de résigner ses fonctions publiques et de se retirer de la pratique. « Les forces me manquent, me disait-il; un » invincible dégoût me poursuit. » Toutefois, cette sage résolution fut bientôt abandonnée. M. Husson reprit bientôt sa vie de labeur, qui depuis longtemps pour lui commençait à six heures du matin pour finir invariablement à sept heures du soir. Mais ces derniers efforts d'une activité, féconde dans l'âge mûr, ne fut plus qu'une vaine et pénible agitation dans une vieillesse avancée; elle devait user rapidement les restes d'une constitution vigoureuse; et quand plus tard on félicitait M. Husson sur la bonne apparence de sa figure, il confessait lui-même à quelques amis que ses facultés intellectuelles lui faisaient parfois défaut : cet état ne fit qu'empirer, et se compliqua de fréquentes hallucinations qui persistèrent jusqu'à la mort.

Mes relations amicales avec M. Husson remontaient à 1814, époque à laquelle je fus placé comme interne dans son service de l'hôpital de la Pitié, alors encombré de typhus; dans cette longue période de temps, son amitié solide, j'aime à le proclamer, ne m'a jamais fait défaut, alors même qu'un puissant patronage et une très honorable collaboration aplanissaient pour moi bien des difficultés.

Je suivis M. Husson à l'Hôtel-Dieu, dont il venait d'être nommé médecin titulaire; mes excellents amis Patissier et Bourbier (de Saint-Quentin), qui s'honorent aussi d'avoir été ses élèves, peuvent attester quelle solide instruction on puisait dans son service et dans sa pratique médicale. Doué à un haut degré de cette sorte d'instinct qu'on appelle *tact médical*, M. Husson avait un diagnostic prompt et sûr, une thérapeutique énergique bien plus fondée sur la nature des lésions et des phénomènes morbides que sur la théorie et l'esprit de système. Il avait beaucoup lu les grands observateurs, et particulièrement Hippocrate, Baillou, Bordeu et Stoll, dont il savait par cœur les excellents *præcepta* et *monita*; il en faisait une heureuse application dans ses leçons cliniques, qui étaient fort goûtées, et qui, sous le rapport des doctrines, formaient un remarqnable contraste avec celles de deux de ses collègues professant dans le même hôpital : je veux parler de l'ingénieux et bouillant Récamier, et du phlegmatique Petit, dont on a trop oublié les recherches originales sur la fièvre grave qu'il appelait *entéro-mésentérique*, et à laquelle on a donné plus tard le nom de *fièvre typhoïde*.

M. Husson, qui déplorait souvent l'insuffisance de l'art, s'engageait volontiers dans des voies nouvelles d'expérimentation, acceptait

Méthodes opératoires :

Scléroticonyxis, 693 ;

Abaissement direct et réclinaison, 354 ;

Broiement du cristallin et dilacération de la capsule, 339.

Kératonyxis, 83. (Broiement et dilacération.)

Résultats d'après les procédés opératoires :

563 SUCCÈS.	126 DEMI-SUCCÈS.	87 INSUCCÈS.
510 scléroticonyxis.	103 scléroticonyxis.	79 scléroticonyxis.
276 abaissement.	38 abaissement.	40 abaissement.
234 broiement.	65 broiement.	39 broiement.
53 kératonyxis.	23 kératonyxis.	8 kératonyxis.

Il entre dans les habitudes de l'établissement de n'opérer qu'en été. Toutes les opérations se font à l'aiguille. On a renoncé à l'extraction, parce qu'on a cru remarquer que des causes climatériques et de fréquentes diathèses rhumatismales empêchaient d'obtenir les heureux résultats des climats mieux partagés.

Il importe de remarquer que la méthode employée ayant été soit l'abaissement, soit le broiement, plusieurs des demi-succès ont pu devenir à la longue des succès complets, par la résorption du cristallin.

Causes des insuccès :

18 iritis avec ses suites : hypopion, l'atrésie de la pupille ;
6 panophthalmites (phlegmon et atrophie de l'œil) ;
28 ophthalmies arthritiques (avec amaurose, glaucome) ;
14 cataractes sous-capsulaires secondaires ;
17 réascension du cristallin (sans résorption) ;
4 cristallins tombés dans la chambre antérieure.

Opérations de pupille artificielle. — 160 opérations de pupille artificielle pratiquées sur 149 malades :

De 10 à 15 ans, 6 ; de 15 à 20 ans, 14 ; de 20 à 30 ans, 38
De 30 à 40 » 37 ; de 40 à 50 » 33 ; de 50 à 60 » 18
De 60 à 70 » 3.

Division des oblitérations de la pupille :

55 atrésies de la pupille sans complication de cataracte ni de leucome ;
35 atrésies de la pupille avec cataracte adhérente, synerkie postér. ;
70 atrésies de la pupille avec leuc. centrale, synerkie antérieure ;

Méthodes opératoires :

17 iridotomies (incision de l'iris) ;
88 iridéotomies (excision de l'iris) et iridectomedialysis ;
53 iridodialyses (décollement de l'iris).

Résultat d'après les procédés opératoires :

46 SUCCÈS.	59 DEMI-SUCCÈS.	55 INSUCCÈS.
3 iridotomie.	8 iridotomie.	6 iridotomie.
25 iridéotomie.	33 iridéotomie.	30 iridéotomie.
18 iridodialyse.	18 iridodialyse.	19 iridodialyse.

Causes des insuccès :

33 exsudations plastiques qui renferment la pupille artificielle ;
16 panophthalmites (phlegmon et atrophie de l'œil) ;
6 amauroses.

Maladies traitées. — Anchylops, 17 ; ægylops, 10 ; blépharite scrofulo-impétigineuse, 34 ; blépharite glandulo-ciliaire, 27 ; blépharite érysipélateuse, 15 ; blépharite phlegmoneuse, 14 ; blépharite traumatique, 1 ; furoncle des paupières, 1 ; ulcères syphilitiques des paupières, 2 ; périorbite avec exophthalmie, 3 ; brûlures des paupières et de la cornée, 7 ; œdème des paupières, 9 ; hypertrophie des paupières, 1 ; abcès des paupières, 4 ; lésions traumatiques des paupières, 11 ; tumeurs érectiles des paupières, 2 ; tumeurs sarcomateuses, 3 ; tumeurs enkystées, 7 ; mélanose de la conjonctive de l'œil, 2 ; cancer des paupières supérieures, 2 ; cancer des paupières inférieures, 10 ; blennorrhée du sac lacrymal, 2 ; dacryocistite, 1 ; mucocèle, 6 ; fistule du sac lacrymal, 3 ; blépharo-blennorrhée catarrhale, 130 ; conjonctivite blennorrhagique, 27 ; conjonctivite purulente des nouveau-nés, 3 ; conjonctivite catarrhale, 114 ; conjonctivite catarrho-rhumatismale, 166 ; conjonctivite scrofuleuse, 276 ; ophthalmie rhumatismale, 208 ; ophthalmie arthritique, 25 ; ophthalmie traumatique, 11 ; conjonctivite morbilleuse, 1 ; conjonctivite varioleuse, 1 ; ophthalmie cachectique (avec kératomalacie), 5 ; chémosis séreux, 10 ; ecchymose sous-conjonctivale, 2 ; cyklite, 5 ; choroïdéite, 2 ; aquo-capsulite, 1 ; kératite scrofuleuse, 207 ; kératite rhumatismale, avec ulcères de la cornée, 168 ; avec hernie de l'iris et hypopion, 60 ; kératite traumatique, 23 ; kératite varioleuse, avec hernie de l'iris, 6 ; kératite vasculaire (chronique), 86 ; kérato-iritis rhumatismale, avec ulcération de la cornée, hypopion, 17 ; blessures de l'appareil cristallin de l'iris, 38 ; blessures pénétrantes de la sclérotique choroïde, avec luxation du cristallin sous-conjonctival, 4 ; hypohéma, 5 ; hypopion complet, 15 ; hydropisie de la chambre antérieure, 6 ; iritis rhumatismale, 46 ; iritis syphilitique, 39 ; iritis traumatique, 7 ; scléritis rhumatismale, 4 ; farophthalmite, 43 ; cataracte, 735 ; trichiasis, 356 ; entropion de la paupière supérieure, 89 ; entropion de la paupière inférieure, 29 ; ectropion de la paupière supérieure, 10 ; ectropion de la paupière inférieure, 3 ; ancéyloblépharon, 3 ; symblépharon, 3 ; chalapion, 32 ; blépharospasme chronique, 6 ; paralysie du nerf oculaire commun, 13 ; paralysie du nerf facial, 2 ; paralysie du nerf des 3e, 4e et 5e paires, 2 ; strabisme convergent, 7 ; lascite, 6 ; ptérygion, 9 ; taches et opacités de la cornée, 58 ; kérophthalmie, 6 ; pannus, 98 ; hernie de l'iris, 3 ; synéchie antérieure, avec leuc. centrale, 38 ; oblitération de la pupille, 160 ; staphylome, 60 ; névralgie périorbitaire, 3 ; amblyopie, 109 ; héméralopie, 7 ; mydriasis, 11 ; amaurose, 121 ; glaucome, 2 ; mouches volantes, 1 ; cancer de l'œil, 2 ; cirsophthalmie, 1 ; exophthalmos, 5 ; mélanose de l'œil, 5 ; fongus hématode, 4 ; fongus médullaire, 1.

4460 opérations chirurgicales pratiquées sur l'œil et ses annexes pendant huit années. — Opérations de la cataracte, 776 ; de la pupille artificielle, 160 ; de staphylome, 45 ; d'hypopion, 59 ; de la hernie de l'iris, 13 ; de l'hydropisie de la chambre antérieure, 1 ; de l'extirpation du globe de l'œil, 10 ; de l'extraction de corps étrangers dans la cornée, 1,863 ; de scarifications de la conjonctive, de la cornée et des paupières, 256 ; de strabisme convergent, 9 ; de ptérygion, 14 ; de mélanose de la conjonctive, 4 ; de tumeurs sarcomateuses sous-conjonctivales, 10 ; de l'anchyloblépharon, 4 ; de symblépharon, 8 ; de blépharophimosis, 2 ; de tumeurs enkystées des paupières, 25 ; de cancers des paupières, 4 ; de blépharoplastie, 14 ; d'hydatides des paupières, 17 ; de tumeurs érectiles des paupières, 4 ; de chalapion, 86 ; de l'ectropion de la paupière supérieure, 10 ; de l'ectropion de la paupière inférieure, 6 ; du trichiasis et de l'entropion, 961 ; des abcès des paupières, 56 ; de fistules du sac lacrymal, 2 ; de l'hydropisie du sac lacrymal, 16 ; extraction d'une cataracte luxée sous-conjonctivale, 1 ; extraction d'un corps étranger dans la chambre antérieure, 1 ; opération de prothèse d'un œil artificiel, 1.

Charles TRETTENBACHER,
Docteur en médecine et en chirurgie de la Faculté de Munich, méd.-adjoint au directeur de l'hôpital.

DANGER DES FUMIVORES EN CUIVRE

pour les personnes qui font usage du gaz.

Les personnes qui emploient le gaz pour l'éclairage de leurs magasins, et qui possèdent un appareil surmonté d'un fumivore en cuivre, ont dû remarquer sur ce fumivore la présence continuelle d'une poussière blanche offrant l'aspect de la farine. Aucune d'elles peut-être ne s'est rendu compte de la composition de cette poudre et des accidents qu'elle peut occasionner. Il était donc intéressant de rechercher sa nature et sa formation. Les expériences auxquelles nous nous sommes livré nous ont fait voir clairement que cette poudre n'est autre chose que du sulfate de cuivre anhydre, c'est-à-dire entièrement privé d'eau. C'est le même corps qui dans le commerce prend le nom de vitriol bleu ; il doit alors sa couleur à son eau de cristallisation. La nature de cette substance une fois connue, il est facile d'en expliquer la production. Le gaz d'éclairage mal épuré renferme une certaine quantité d'un composé acide, du soufre, acide sulfhydrique ; ce corps, sous l'influence de la chaleur, finit par se transformer en acide sulfurique, qui donne naissance à du sulfate de cuivre.

Parmi les nombreuses expériences qui peuvent servir à déterminer la composition de ce sel, nous citerons les suivantes : si l'on en fait dissoudre une certaine quantité dans de l'eau, la dissolution prend immédiatement une légère teinte azurée ; un petit excès d'ammoniaque lui donne une couleur bleue magnifique. Preuve évidente que ce corps contient du cuivre ; c'est un sulfate, car quelques gouttes d'eau de baryte y produisent l'abondant précipité si connu des chimistes.

Tous les sels de cuivre, on le sait, se distinguent par des propriétés très vénéneuses.

L'extrême ténuité de celui qui nous occupe le rend d'autant plus dangereux que le moindre souffle, le choc le plus léger peuvent le répandre dans l'air que nous respirons.

De là s'expliquent bien des malaises et des douleurs d'estomac que l'on est tenté d'attribuer à d'autres causes.

Ce serait donc une sage mesure que de rejeter l'emploi de fumivores aussi dangereux et de les remplacer, comme le font déjà beaucoup de personnes, par des fumivores en verre ou en porcelaine.

CORDIER.
(*Journ. de chimie médicale.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 4 mai 1853. — Présidence de M. GUERSANT.

Correspondance imprimée.

M. DEGUISE fils dépose sur le bureau un mémoire de M. le docteur Marchant (d'Alfort) ayant pour titre : *Nouvelles études sur le traitement de l'asphyxie et de la faiblesse congéniale des nouveau-nés.* L'auteur réclame pour lui la priorité de la méthode indiquée par le docteur Henriette. M. Chassaignac est chargé d'examiner ce travail.

— A propos du procès-verbal, M. HUGUIER demande la parole et donne lecture de l'observation de grossesse extra-utérine abdominale dont il avait seulement fait mention dans la dernière séance.

L'observation avec les planches qui l'accompagnent sont renvoyées au comité de publication.

Nomination.

La Société procède à l'élection de M. Voillemier, qui est nommé membre titulaire.

Correspondance manuscrite.

M. LARREY donne lecture d'une lettre qu'il a reçue de M. Raoult Deslongchamps, médecin aide-major au 9e régiment de dragons. Ce chirurgien complète l'observation du malade qu'il a traité d'un anévrisme poplité par l'injection du perchlorure de fer dans le sac anévrismal.

Nous transcrivons cette communication.

Anévrisme de l'artère sus-orbitaire guéri par l'emploi du perchlorure de fer. — Complication d'une tumeur érectile cutanée survenue deux mois après la guérison.

A la suite d'une communication faite à la Société de chirurgie, dans la séance du 30 mars, par l'intermédiaire de mon savant maître M. Larrey, au sujet d'un anévrisme de l'artère sus-orbitaire guéri par l'emploi du perchlorure de fer, je reçus de M. Marjolin une lettre très flatteuse pour moi dans laquelle il me priait de suivre mon opéré pour m'assurer si la guérison serait persistante et d'en donner des nouvelles à la Société. Je m'empresse d'obéir à cette recommandation, d'autant plus que Coutable (le sujet de l'observation accueillie avec tant de bienveillance par la Société) présente aujourd'hui un cas que je ne sache pas avoir été jamais signalé et que je crois assez intéressant. Mon observation aura donc une seconde partie, et, quoique celle-ci atténue le succès complet que j'avais obtenu, elle sera exposée avec la même sincérité que la première.

Avant d'aller plus loin, je crois utile de dire quelques mots au sujet des objections qui ont été soulevées pendant la discussion du fait que je soumettais à la Société de chirurgie.

A la première, relative au mode opératoire que j'avais suivi, faite par M. Lallemand, je ne répondrai que ceci : c'est que je n'avais pas à ma disposition les instruments certainement bien supérieurs de M. Pravaz, et que je ne crois pas, malgré l'autorité de ce grand chirurgien, qu'une petite ponction pratiquée avec un bistouri étroit fût dangereuse avec les précautions que j'avais prises, et surtout dans cette région où il m'était si facile avec une compression légère de me rendre maître de l'hémorrhagie qui eût pu survenir.

La seconde objection, plus capitale, faite par M. Robert, avait trait à l'exactitude du diagnostic. Selon cet honorable chirurgien, j'aurais eu affaire à une tumeur érectile ou à un anévrisme cirsoïde. Je ne crois pas qu'en lisant attentivement mon observation on puisse douter que j'aie opéré sur un anévrisme sacciforme. Je ne reproduirai pas les réponses favorables et si concluantes de MM. Larrey, Jarjavay, Demarquay et Forget ; je me contenterai de répéter que, lorsque j'introduisis le stylet dans la tumeur, je pus le faire manœuvrer librement dans l'intérieur du sac, et que je pus ainsi obtenir la sensation d'une cavité correspondant assez bien à la grosseur extérieure.

Un second argument en ma faveur, et qui me semble sans réplique, c'est la guérison même que j'avais obtenue ; car je ne conçois pas comment quelques gouttes de perchlorure de fer, injectées sans force, auraient pu se répandre dans les nombreuses cavités que doit présenter une tumeur érectile de ce volume, pour y coaguler le sang, chose nécessaire à la guérison. Je ne crois même pas que ce moyen puisse être applicable à la cure des anévrismes cirsoïdes ; et si on l'essaie, je pense qu'on sera obligé, pour espérer quelque succès, de multiplier les injections dans divers points de la tumeur.

Du reste, Coutable offre aujourd'hui dans la région qui était primitivement le siége de l'anévrisme une vascularité très marquée de la peau, que l'on peut considérer comme de nature érectile, et l'on verra combien les symptômes qu'offre l'affection actuelle diffèrent de ceux que présentait la première tumeur. Ces courtes réflexions faites, je reviens à mon sujet.

Dans la première partie de mon observation, je m'étais arrêté au 13 mars. Alors, à l'endroit de l'anévrisme, on apercevait la peau à peine un peu plus rouge et plus élevée que du côté opposé. On sentait encore un peu d'épaississement et d'induration du tégument.

Vers la fin de mars, je trouvai les choses à peu près dans le même état. La rougeur persistait contre mon attente ; la peau, encore épaisse, était moins indurée, plus élastique. Depuis trois semaines, Coutable

---

franchement, et un peu trop facilement peut-être, ce qui lui semblait un progrès. C'est ainsi qu'il se montra zélé partisan de la doctrine de Broussais ; mais, désabusé sur beaucoup de points, il se mit à chercher encore jusque dans la pratique du magnétisme des moyens de soulager les malades. On lui a reproché, non sans raison peut-être, cet entraînement vers des faits douteux ; mais il voulait sincèrement s'éclairer, et soumettre à l'épreuve de la discussion les phénomènes qu'il avait observés. Il fit en conséquence, au nom d'une commission, un rapport à l'Académie ; ce rapport fut même autographié, mais ne fut pas discuté, par suite de la décision, prématurée peut-être, que prit la compagnie, de ne plus s'occuper de magnétisme.

M. Husson s'est justement acquis la reconnaissance du pays et des amis de l'humanité par sa longue et active coopération aux travaux du comité de vaccine. Pendant vingt ans il vaccina deux fois par semaine tous ceux qui réclamaient le bienfait de l'inoculation préservatrice ; il correspondait, sous le couvert du ministre de l'intérieur, avec nos départements, auxquels il envoyait du vaccin, qu'il faisait recueillir et propager à Paris. Il rédigeait avec un soin scrupuleux, que chacun peut constater en consultant les archives de l'Académie, les procès-verbaux du comité ; il faisait chaque année, en séance publique, un rapport général sur la pratique et les progrès de la vaccine en France. Tous ces rapports, précis et méthodiques, ont été imprimés par ordre des différents ministres de l'intérieur, qui se sont succédé en France, et forment une collection précieuse pour l'histoire de la vaccine. La science doit en outre à M. Husson un ouvrage intitulé *Recherches historiques et médicales sur la vaccine*, et l'excellent et très savant article *Vaccine* du *Dictionnaire des sciences médicales*. Il avait aussi donné une seconde édition de son *Essai inaugural sur une nouvelle doctrine des tempéraments*. Cette dissertation, à part son mérite intrinsèque, avait celui de faire connaître alors une importante classification, empruntée aux leçons du célèbre hygiéniste *Hallé*.

Sur la proposition de l'illustre médecin dont nous venons de parler, M. Husson fut agréé comme médecin de la princesse Élisa, sœur de l'Empereur, qu'il accompagna même en Italie en 1805. Il eut aussi, comme chacun sait, l'honneur de vacciner le roi de Rome. Sous un autre régime, Louis-Philippe le nomma son médecin consultant, et le fit officier de la Légion d'honneur.

M. Husson, élu l'un des premiers membre de l'Académie de médecine, en 1821, présida cette compagnie en 1839. Dans les nombreuses discussions auxquelles il prit part, il fut comme partout précis, net et franc à l'attaque comme à la défense ; il faisait souvent aux séances des communications qui attestaient un grand zèle pour la science : les Bulletins en font foi. Les *Mémoires* renferment un remarquable rapport de M. Husson *sur l'éducation physiologique du sens auditif chez les sourds-muets* (t. II, p. 178). Ce rapport, demandé par le ministre, avait pour objet d'accroître la subvention accordée par l'État pour perfectionner l'enseignement des sourds-muets de Paris : ce qui fut accordé.

M. Husson a été fort diversement jugé : les uns lui reprochaient de l'originalité, de la brusquerie, de l'inflexibilité ; que sais-je encore ? Ce jugement n'était fondé que sur une appréciation superficielle. Cet honorable confrère était généralement peu connu par ses rapports sociaux, parce qu'il allait très rarement dans le monde ; d'ailleurs ses nombreuses occupations, son extrême exactitude à remplir ses devoirs multipliés, le rendaient quelquefois d'un accès difficile dans le commerce ordinaire de la vie. En réalité, c'était un homme excellent, un ami dévoué et serviable, mais parfois aussi un adversaire incisif et opiniâtre. Très antipathique à l'esprit de coterie et de népotisme, il se refusait dans certains cas avec brusquerie à toute transaction, qui se couvre trop souvent du manteau de la confraternité, de la famille, etc., pour favoriser un passe-droit. En un mot, M. Husson ressemblait un peu à l'homme d'un autre temps, avec son éducation classique, ses habitudes sévères d'ordre et d'exactitude, ennemi déclaré de toute concession qui blessait sa justice et de tout laisser-aller capable de déranger la symétrie d'une vie réglée et très laborieuse.

Après avoir langui plus de deux ans avec un notable affaiblissement de ses facultés, en proie à des hallucinations, dont les intermittences lui faisaient parfois déplorer amèrement son état de décadence, M. Husson a succombé dans sa quatre-vingt-unième année, le 13 avril dernier, à un engouement du poumon, singulièrement aggravé par une fracture du col du fémur, qui l'obligeait à rester couché dans une continuelle supination. L'un de ses élèves et de ses collègues à l'Académie, M. Patissier, lui a donné des soins éclairés.

Il laisse une veuve aimée et respectée de tous ceux qui ont l'honneur de la connaître, et un excellent fils, M. Georges Husson.

Son frère puîné, le général Husson, est un ancien officier de l'Empire, qui a beaucoup combattu et beaucoup souffert pour son pays ; il était député à la dernière Assemblée législative, et fait maintenant partie du Sénat.

---

se livrait à un travail fatigant. Il était continuellement occupé à forger de grosses pièces, et, malgré cette condition défavorable, la guérison ne se démentait pas.

Je ne le revis que le 15 avril. Il me raconta qu'à la suite d'un refroidissement il avait été pris, vers le 7, d'un gros rhume qui se traduisit par un peu de fièvre et par des quintes de toux violentes et prolongées. Sous leur influence, probablement aidée par l'excitation du feu de la forge, la figure se congestionnait, et au bout de deux ou trois jours il sentit que la place occupée autrefois par la tumeur anévrismale se gonflait et devenait plus rouge pendant les efforts de toux; il y éprouvait même de légers battements.

Le 10, la rougeur, la turgescence et les pulsations persistaient même dans l'intervalle des quintes. L'espoir de voir ces symptômes disparaître d'eux-mêmes, et surtout, comme il me l'avoua, la crainte d'une seconde opération, l'avaient empêché de venir me trouver.

Le 12, la toux était calmée, et il remarqua qu'en travaillant à la forge, comme du reste il n'avait cessé de le faire pendant son indisposition, la rougeur et le gonflement, très marqués le matin, diminuaient notablement au bout de quelques heures de travail.

Le 13, ainsi que le 14, il fit la même observation, quoiqu'il se manifestât déjà une amélioration bien sensible. Aussi ne songeait-il nullement à venir me trouver, et j'ignorais entièrement ce qui lui était arrivé, lorsque je le fis venir chez moi dans le but d'obéir à la recommandation de M. Marjolin.

Voici donc ce que j'ai constaté le 15 avril :

Dans la région siége de l'affection primitive, mais cependant un peu plus en dehors, on voit une nouvelle tumeur très aplatie, mal circonscrite, se confondant insensiblement avec les parties environnantes, et plutôt remarquable par la rougeur qu'elle présente que par sa saillie. Cette rougeur n'est pas uniforme; plus marquée vers le centre, elle offre en bas des espèces de stries verticales. L'œil n'aperçoit aucune impulsion. L'oreille n'entend aucun bruit anormal. Par le toucher, on perçoit des battements assez faibles, mais avec cette particularité qu'ils ne se font sentir que dans la moitié inférieure de la tumeur. Ainsi, au-dessous, on perçoit très distinctement les pulsations de l'artère sus-orbitaire; on peut les suivre en faisant remonter le doigt explorateur jusqu'à près de 2 centimètres de l'arcade orbitaire, puis elles s'affaiblissent en s'étendant surtout en dehors et en paraissant suivre les stries rouges que nous avons notées, pour disparaître complétement dans la moitié supérieure. Au-dessus de la tumeur, c'est-à-dire à vers 3 centimètres et demi au-dessus de l'arcade, les battements reparaissent dans la continuation de l'artère sus-orbitaire. Leur faiblesse et le peu d'espace dans lequel on peut les constater empêchent d'apprécier les modifications qu'ils pourraient présenter sous l'influence de la pression au-dessous de la tumeur; ils ne sont pas augmentés d'une manière appréciable en comprimant au-dessus. La pression directe sur la tumeur l'affaisse très peu, en faisant refluer le sang tout autour, comme dans l'érysipèle; puis la rougeur revient avec rapidité, même en comprimant à la fois au-dessus et au-dessous. En faisant un pli à la peau, on sent facilement que la tuméfaction existe dans son épaisseur et non dans les parties sous-jacentes. Toutes ces manœuvres ne déterminent aucune douleur. Curieux de vérifier l'assertion de Coutable relativement aux différences de grosseur et de coloration qu'offrait la tumeur aux divers moments de la journée, modifications que je ne pouvais d'abord m'expliquer, je le visitai le lendemain matin à six heures, et je vis alors qu'effectivement le gonflement était plus étendu, surtout en haut, et que la rougeur se prolongeait en s'affaiblissant jusqu'à près de 4 centimètres du rebord orbitaire. A neuf heures, tout était revenu à l'état que j'ai décrit.

Qu'était-il donc survenu à Coutable? L'anévrisme, après deux mois de guérison, s'était-il reproduit? Le perchlorure de fer, comme tant d'autres découvertes qui ont donné de si belles espérances pour retomber rapidement dans un oubli mérité, ne saurait-il produire des cures radicales et persistantes? Non certes, il n'en est pas ainsi. Il suffit de se rappeler les signes si précis, si caractéristiques qu'offrait la première tumeur et de les comparer à ceux qu'offre la grosseur actuelle pour être persuadé qu'on n'a pas affaire à la même affection. Les symptômes que l'on constate aujourd'hui sont, pour ainsi dire, négatifs par rapport aux premiers. La coloration n'est plus la même. Il n'y a plus une tumeur bien circonscrite; le siége même a un peu varié. Ces différences étaient même appréciées par le malade, qui me dit : « Je sens bien que ce n'est plus la même chose qu'auparavant. » Je n'insisterai donc pas sur un diagnostic différentiel que je crois suffisamment établi. D'abord il y avait anévrisme sacciforme, anévrisme avec cavité bien circonscrite permettant d'y faire manœuvrer librement un stylet; cet anévrisme a été radicalement guéri : on peut encore constater aux environs de la ponction que j'ai pratiquée un peu d'induration, seul vestige du sac. Aujourd'hui il existe seulement une vascularité très marquée de la peau, que l'on peut rattacher à ce que A. Bérard a appelé tumeur érectile cutanée.

Comment a pu se produire cette nouvelle affection? Je crois qu'on peut ainsi s'en rendre compte : on doit se rappeler la rougeur que présentait la peau qui recouvrait l'anévrisme; cette rougeur devait être rattachée à une cause qui agit dans tous les anévrismes, c'est-à-dire à la gêne de la circulation, qui fait développer les collatérales, lesquelles, dans ce cas particulier, étaient surtout les capillaires superficiels. Après l'oblitération du sac anévrismal, cette rougeur, tout en diminuant d'une manière notable, avait persisté. La circulation continuait donc à se faire, un peu exagérée, à travers les capillaires de la peau, et ce qui confirmait encore cette opinion, c'est qu'à l'inverse de ce que l'on observe ordinairement dans les cas d'oblitération des vaisseaux sanguins par la ligature, il ne s'était pas formé de caillot entre le point oblitéré, c'est-à-dire la partie inférieure du sac, et la collatérale la plus voisine, puisque les pulsations ont toujours pu être senties aussi intenses entre le rebord orbitaire et la base de l'anévrisme, et que même les battements n'avaient pas complétement disparu dans la continuation de l'artère au-dessus de la tumeur. N'est-il pas évident que la formation du caillot oblitérateur a été empêchée dans l'artère sus-orbitaire par le diverticulum que trouvait le sang dans les capillaires de la peau? Maintenant viennent des conditions comme celles qu'a présentées notre malade, c'est-à-dire un travail forcé devant un feu ardent et des quintes de toux violentes et prolongées. Qui ne voit que le raptus sanguin agissant sous l'influence de ces causes, contre les parois des conduits trop déliés où il circule, tendra à les distendre et à leur faire prendre un développement qui se traduira à l'extérieur par une rougeur diffuse et par une turgescence assez marquée de toute l'épaisseur du tégument? Ces causes continuant à agir, le sang finira par se frayer des voies assez libres pour lui permettre de rejoindre, par des espèces de chemins détournés, les vaisseaux où il circule naturellement. Cela nous permet même d'expliquer cette singularité qu'offrait notre malade. Ainsi, la tumeur, plus étendue, plus rouge après le repos de la nuit, diminuait après deux ou trois heures de travail; après, comme le disait Coutable, qu'il s'était échauffé. Pendant le sommeil, la circulation ralentie n'ayant plus assez d'énergie pour chasser le sang à travers les conduits accidentels qu'il s'était formés, il en résultait une accumulation de ce liquide, une espèce d'engouement sanguin de la partie. Après quelques heures de travail, le cours du sang, plus actif, lui permettait de franchir les mêmes voies, parce que son impulsion était plus grande. Cette explication toute simple, toute mécanique, me paraît assez plausible.

En résumé, Coutable offre aujourd'hui, à peu près à l'endroit occupé autrefois par l'anévrisme, une tumeur bien différente, et que l'on peut, je crois, qualifier de tumeur érectile cutanée. Quelle est la cause de cette nouvelle affection? Evidemment, le genre de travail auquel s'est livré le malade, les quintes de toux énergiques ne sont que des causes occasionnelles, et partant secondaires. La cause première, la cause réelle est la guérison de l'anévrisme, et c'est même cette cause, que je ne sache pas avoir été jamais signalée comme pouvant produire une tumeur érectile, sur laquelle j'insiste, parce qu'elle me paraît remarquable. Maintenant, doit-on la rapporter au mode de traitement employé? Je ne le pense pas. Pareille chose serait probablement arrivée en employant tout autre procédé, sauf peut-être la ligature, où l'incision horizontale nécessaire pour découvrir l'artère aurait, par suite de leur section, amené l'oblitération des capillaires; et, comme on le voit, dans ce cas la ligature n'aurait agi que d'une manière très médiate. Cette complication ne me paraît donc nullement un argument contre l'emploi du perchlorure de fer pour la guérison des anévrismes; elle prouve, au contraire, la solidité de la guérison, puisque le sang, poussé avec violence dans la partie, s'est frayé des voies nouvelles, plutôt que de traverser le sac anévrismal oblitéré.

Maintenant, dans ce nouvel état de choses, quel remède apporter? Après avoir longtemps réfléchi, je me déterminai à ne rien faire, et à laisser la nature régulariser avec le temps les nouvelles voies que la circulation s'est créées. Je ne pense pas que l'affection augmente ultérieurement, et Coutable en sera probablement quitte pour un peu de rougeur et de gonflement dans cette partie.

Le 29 avril, nouvelle visite. Aucune modification bien marquée, ni en bien, ni en mal, de l'état précédent; peut-être un peu de diminution de la rougeur. Le matin, il n'y a plus d'augmentation de la turgescence.

(La fin du procès-verbal de la séance au prochain numéro.)

A l'occasion des tables et des chapeaux tournants.

Voici l'extrait d'une lettre adressée à l'illustre et savant Ampère par M. Chevreul, l'un des membres les plus distingués de l'Académie des sciences, sur des phénomènes analogues. Cette lettre a été publiée en 1833 dans la *Revue des Deux Mondes*.

. . . .

C'était en 1812; plusieurs personnes affirmaient qu'un pendule formé d'un corps lourd et d'un fil flexible oscille lorsqu'on le tient à la main au-dessus de certains corps, quoique le bras soit immobile, et pressèrent M. Chevreul de répéter l'expérience.

« Le pendule dont je me servis, dit M. Chevreul, était un anneau de fer suspendu à un fil de chanvre; il avait été disposé par une personne qui désirait vivement que je vérifiasse moi-même le phénomène qui se manifestait lorsqu'elle le mettait au-dessus de l'eau, d'un bloc de métal ou d'un être vivant; phénomène dont elle me rendit témoin. Ce ne fut pas, je l'avoue, sans surprise que je le vis se reproduire, lorsque, ayant saisi moi-même de la main droite le fil du pendule, j'eus placé ce dernier au-dessus du mercure de ma cuvette pneumatique, d'une enclume, de plusieurs animaux, etc.; je conclus de mes expériences que, s'il n'y avait, comme on me l'assurait, qu'un certain nombre de corps aptes à déterminer les oscillations du pendule, il pourrait arriver qu'en interposant d'autres corps entre les premiers et le pendule en mouvement, celui-ci s'arrêterait.

» Malgré ma présomption, mon étonnement fut grand, lorsque, après avoir pris de la main gauche une plaque de verre, un gâteau de résine, etc., et avoir placé un de ces corps entre du mercure et le pendule qui oscillait au-dessus, je vis les oscillations diminuer d'amplitude et s'anéantir entièrement. Elles recommencèrent lorsque le corps intermédiaire eut été retiré, et s'anéantirent de nouveau par l'interposition du même corps. Cette succession de phénomènes se répéta un grand nombre de fois avec une constance vraiment remarquable, soit que le corps intermédiaire fût tenu par moi, soit qu'il fût tenu par une autre personne.

» Plus ces effets me paraissaient extraordinaires, et plus je sentais le besoin de vérifier s'ils étaient étranger à tout mouvement musculaire du bras, comme on me l'avait affirmé de la manière la plus positive. Cela me conduisit à appuyer le bras droit, qui tenait le pendule, sur un support de bois que je faisais avancer à volonté de l'épaule à la main, et revenir de la main vers l'épaule; je remarquai bientôt que, dans la première circonstance, le mouvement du pendule décroissait d'autant plus que l'appui s'approchait davantage de la main, et qu'il cessait lorsque les doigts qui tenaient le fil étaient eux-mêmes appuyés, tandis que dans la seconde circonstance l'effet contraire avait lieu.

» Je pensai d'après cela qu'il était très probable qu'un mouvement musculaire, qui avait eu lieu à mon insu, déterminait le phénomène, et je devais d'autant plus prendre cette opinion en considération que j'avais un souvenir vague, à la vérité, d'avoir été dans un *état tout particulier* lorsque mes yeux suivaient les oscillations que décrivait le pendule que je tenais à la main.

» Je refis mes expériences le bras parfaitement libre, et je me convainquis que le souvenir dont je viens de parler n'était pas une illusion de mon esprit, car je sentais très bien qu'en même temps que mes yeux suivaient le pendule qui oscillait, il y avait en moi une *disposition ou tendance au mouvement*, qui, tout involontaire qu'elle me semblait, était d'autant plus satisfaite que le pendule décrivait de plus grands arcs : dès lors je pensais que si je répétais les expériences les yeux bandés les résultats pourraient être tout différents de ceux que j'observais. C'est précisément ce qui arriva. Pendant que le pendule oscillait au-dessus du mercure, on m'appliqua un bandeau sur les yeux; le mouvement diminua bientôt; mais, quoique les oscillations fussent faibles, elles ne diminuaient pas sensiblement par la présence des corps qui avaient paru les arrêter dans mes premières expériences.

» Enfin, à partir du moment où le pendule fut en repos, je le tins encore presque un quart d'heure au-dessus du mercure sans qu'il se remît en mouvement. Pendant ce temps-là, et toujours à mon insu, on avait interposé et retiré plusieurs fois soit le plateau de verre, soit le gâteau de résine.

» Voici comment j'interprète ces phénomènes :

» Lorsque je tenais le pendule à la main, un mouvement musculaire de mon bras, quoique insensible pour moi, fit sortir le pendule du repos, et les oscillations une fois commencées furent bientôt augmentées par l'influence que la vue exerça pour me mettre dans cet état particulier de disposition ou tendance au mouvement. Maintenant il faut bien reconnaître que le mouvement musculaire, lors même qu'il est accru par cette même disposition, est cependant assez faible pour s'arrêter, je ne dis pas sous l'empire de la volonté, mais lorsqu'elle a simplement la pensée d'essayer si telle chose l'arrête.

Il y a donc une liaison intime établie entre l'exécution de certains mouvements et l'acte de la pensée qui y est relative, quoique cette pensée ne soit point encore la volonté qui commande aux organes musculaires. C'est en cela que les phénomènes que j'ai décrits me semblent être de quelque intérêt pour la psychologie et même pour l'histoire des sciences : ils prouvent combien il est facile de prendre des illusions pour des réalités toutes les fois que nous nous occupons d'un phénomène où nos organes ont quelque part, et cela dans des circonstances qui n'ont pas été analysées suffisamment.

» En effet, que je me fusse borné à faire osciller le pendule au-dessus de certains corps et aux expériences où ces oscillations furent arrêtées, quand on interposa du verre, de la résine, etc., entre le pendule et les corps qui semblaient en déterminer le mouvement, alors certainement je n'aurais point eu de raison pour ne pas croire à la baguette divinatoire et à autre chose du même genre. Maintenant on concevra sans peine comment des hommes de très bonne foi, et éclairés d'ailleurs, sont quelquefois portés à recourir à des idées tout à fait chimériques pour expliquer des phénomènes qui ne sortent pas réellement du monde physique que nous connaissons.

» Je conçois donc très bien qu'un homme de bonne foi, dont l'attention tout entiere est fixée sur le mouvement qu'une baguette qu'il tient dans ses mains peut prendre pour une cause qui lui est inconnue, pourra recevoir de la moindre circonstance la tendance au mouvement nécessaire pour amener la manifestation du phénomène qui l'occupe : par exemple, si cet homme cherche une source, et s'il n'a pas les yeux bandés, la vue d'un gazon vert abondant sur lequel il marche pourra déterminer en lui, à son insu, le mouvement musculaire capable de déranger la baguette, par la liaison établie entre l'idée de végétation active et celle de l'eau.

» Les faits précédents et l'interprétation que j'en ai donnée m'ont conduit à les enchaîner à d'autres que nous pouvons observer tous les jours; par cet enchaînement, l'analyse de ceux-ci devient à la fois et plus simple et plus précise qu'elle ne l'a été, en même temps que l'on forme un ensemble de faits dont l'interprétation générale est susceptible d'une grande extension. Mais avant d'aller plus loin, rappelons bien que mes observations présentent deux circonstances principales :

» 1° Penser qu'un pendule tenu à la main peut se mouvoir, et qu'il se meuve sans que l'on ait la conscience que l'organe musculaire lui imprime aucune impulsion : *voilà un premier fait*.

» 2° Voir ce pendule osciller, et que ses oscillations deviennent plus étendues par l'influence de la vue sur l'organe musculaire, et toujours sans que l'on en ait la conscience : *voilà un second fait*.

» La tendance au mouvement, déterminée en nous par la vue d'un corps en mouvement, se retrouve dans plusieurs cas, par exemple :

» 1° Lorsque l'attention étant entièrement fixée sur un oiseau qui vole, sur une pierre qui fend l'air, sur l'eau qui coule, le corps du spectateur se dirige d'une manière plus ou moins prononcée vers la ligne du mouvement;

» 2° Lorsqu'un joueur de boule ou de billard, suivant de l'œil le mobile auquel il a imprimé le mouvement, porte son corps dans la direction qu'il désire voir suivre à ce mobile, comme s'il lui était possible encore de le diriger vers le but qu'il a voulu lui faire atteindre.

» Quand nous marchons sur un plan glissant, tout le monde sait avec quelle promptitude nous nous jetons du côté opposé à celui où notre corps est entraîné par suite d'une perte d'équilibre; mais une circonstance moins généralement connue, c'est qu'une tendance au mouvement se manifeste lors même qu'il nous est impossible de nous mouvoir dans le sens de cette tendance. Par exemple, en voiture, la peur de verser nous roidit dans la direction opposée à celle qui nous menace, et il en résulte des efforts d'autant plus pénibles que la frayeur et l'irritabilité sont plus grandes. Je crois que dans les chutes ordinaires le laisser tomber a moins d'inconvénient que l'effort tenté pour prévenir la chute. C'est de cette manière que je comprends la justesse du proverbe : *Il y a un Dieu pour les enfants et pour les ivrognes.*

» La tendance au mouvement dans un sens déterminé résultant de l'attention que l'on donne à un certain objet me semble la cause première de plusieurs phénomènes que l'on rapporte généralement à l'imitation. Ainsi, dans le cas où la vue et même l'audition portent notre attention sur une personne qui bâille, le mouvement musculaire du bâillement en est ordinairement chez nous la conséquence. Je pourrais en dire autant de la communication du rire, et cet exemple même présente plus que tout autre analogue une circonstance qui me paraît appuyer beaucoup une explication que je donne de ces phénomènes.

» C'est que le rire, faible d'abord, peut, s'il se prolonge, passez-moi l'expression, s'accélérer (comme nous avons vu les oscillations du pendule tenu à la main augmenter d'amplitude sous l'influence de la vue), et le rire s'accélérant peut aller jusqu'à la convulsion.

» Je crois que mes observations se lient à l'histoire des facultés des animaux; qu'il est tels de leurs actes que l'on a attribués à l'instinct qui rentrent dans la classe de ceux dont j'ai parlé. Ce serait surtout chez les animaux qui vivent en troupe qu'il me paraîtrait intéressant d'étudier, sous ce rapport, l'influence des chefs sur les individus subordonnés.

» Enfin, les faits que j'ai cités ne jettent-ils pas quelque jour sur la cause de la fascination qu'un animal fait éprouver à un autre? »

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Le concours pour l'agrégation aux sciences anatomiques, physiologiques et chimiques s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris le 6 juin prochain.

Les concurrents inscrits pour ce concours sont :

Pour l'anatomie et la physiologie : MM. Dupré, Second, Verneuil, Boullard, Fano, Demarquay;

Pour la chimie : MM. Orfila (Louis), Figuier, Brame, Guillemin, Leconte.

— MM. Rouget et Trélat ont été nommés aides d'anatomie de la Faculté de médecine de Paris.

— Le nouveau bill sur la vaccine, qui vient de passer à la chambre des lords, et a été imprimé lundi, a principalement pour objet d'étendre et de rendre obligatoire la pratique de la vaccine en Angleterre. Tous les enfants nés après le 1er août prochain devront être vaccinés dans les trois ou quatre mois à dater du jour de leur naissance. Le médecin attestera par un certificat le succès de la vaccine; en cas de non-succès, elle devra être renouvelée jusqu'à ce qu'elle ait réussi. Aucuns honoraires ne seront dus au médecin agissant d'après les prescriptions du nouveau bill. Les pères et mères ou tuteurs qui négligeraient de faire vacciner leurs enfants ou pupilles seront passibles d'une amende de 1 à 5 liv. st. (25 à 125 fr.). (*Times.*)

M. le docteur Sandras commencera jeudi prochain 19 mai, à l'hôpital Beaujon, ses leçons cliniques sur les maladies nerveuses, et les continuera les jeudis suivants.

A huit heures visite des malades. A neuf heures et demie, leçon orale.

LE SOURD.

Paris. — Typographie de PLON frères, Imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 58. — MARDI 17 MAI 1853. 26e ANNEE.) N° 58. — MARDI 17 MAI 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Pays	Durée	Prix
Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	Trois mois	8 fr. 50 c.
	Six mois	16 »
	Un an	30 »
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	Trois mois	9 fr.
	Six mois	17
	Un an	33
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	Trois mois	10 fr.
	Six mois	20
	Un an	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

PARIS, LE 16 MAI 1853.

Les débats de la dernière séance de l'Académie de médecine ont prouvé de nouveau d'une manière évidente la nécessité d'apporter des réformes à l'organisation de nos établissements de sourds-muets, pour soustraire au mutisme un certain nombre d'enfants et les mettre dans des conditions favorables au développement de leur audition. Les moyens proposés par M. Blanchet, quoique bien supérieurs à tous ceux imaginés jusqu'à ce jour et répondant à toutes les questions posées par M. le ministre, ont paru cependant laisser à certains membres le désir d'étudier la question de la surdi-mutité d'une manière plus complète tant sous le rapport pédagogique que sous le rapport médical.

Il nous semble que, s'il fallait attendre pour répondre à la demande de M. le ministre que le dernier mot fût dit, que le dernier perfectionnement possible à apporter à l'éducation auditive et vocale du sourd-muet fût trouvé, il serait à craindre de laisser pendant bien des années encore ces malheureux privés d'améliorations dont il est possible dès aujourd'hui de les faire profiter ; il serait d'autant plus inhumain de les en priver plus longtemps que les premiers perfectionnements apportés révéleront sans aucun doute d'autres procédés encore absolument ignorés aujourd'hui, procédés auxquels ne conduiront jamais l'inaction, la routine, le *statu quo* que veulent maintenir quelques personnes.

Pour concilier ces divergences d'opinions, il nous semble, à nous spectateur désintéressé, qu'il ne reste qu'un seul parti à prendre: voter les conclusions de la commission telles que les propose le rapporteur, afin de pouvoir répondre à M. le ministre, sauf, pour donner satisfaction à ceux qui veulent étudier le sujet sous toutes ses faces, à réserver l'étude générale de la surdi-mutité. De cette manière, l'Académie satisfait au désir du ministre, qui est d'autant plus en droit, après cinq ans, d'exiger une réponse aux questions qu'il a posées, qu'il autorise la commission à scinder son travail, si cela est nécessaire.

La réponse aux questions ministérielles, avec réserve de la question générale, laisse donc à l'Académie une liberté entière d'étudier l'éducation et la partie médicale de la surdi-mutité d'une manière aussi étendue qu'elle le voudra. Nous croyons que c'est la seule marche que l'Académie ait à suivre, et en le disant nous pensons n'être que l'interprète du plus grand nombre de ses membres, dont nous ne faisons que reproduire l'opinion.

HOPITAL MILITAIRE DU ROULE — M. ABEILLE.

De la gomme-gutte à haute dose dans les hydropisies.

Après avoir publié, à une autre époque, deux mémoires sur la gomme-gutte à haute dose dans le traitement des hydropisies, nous croyons devoir revenir aujourd'hui sur la même question pour citer deux récentes observations fort remarquables, et consigner quelques nouvelles réflexions inspirées par la circonstance.

Quand il s'agit d'un médicament simple, facile à manier, extrêmement peu coûteux, et qui, dans des états morbides quelquefois aussi rebelles que les hydropisies, guérit souvent lorsque tous les autres ont échoué, l'attention des praticiens doit nécessairement se fixer sur lui d'une manière toute spéciale. C'est ce qui est arrivé depuis que nous avons signalé pour la première fois au monde médical la nouvelle propriété que nous avons découverte à la gomme-gutte à haute dose, celle de susciter la diurèse.

En signalant un fait de cette importance, nous n'avons jamais eu la prétention d'avoir mis la main sur un remède souverain dans tous les cas. Il nous suffit d'avoir prouvé par des faits nombreux et authentiques que bien souvent, là où les autres médications échouent, celle-ci réussit.

Depuis que nous avons mis cette question à l'ordre du jour, d'autres observateurs l'ont reprise en sous-ordre, en France comme à l'étranger. Les faits publiés sont aujourd'hui très nombreux, et presque tous corroborent les résultats annoncés et obtenus par nous avec cette nouvelle méthode.

Il est des cas, nous en convenons, où la gomme-gutte à haute dose n'a pu être tolérée et n'a pu donner, par conséquent, les effets qu'on était en droit d'espérer; mais ces cas sont en très faible minorité, et on sait qu'il n'y a pas de règle sans exception.

Si l'on réfléchit à la multiplicité des lésions organiques qui donnent naissance aux suffusions séreuses, si l'on veut bien se rappeler que, parmi ces lésions, celles des reins jouent peut-être le rôle le plus important et sont souvent en jeu, on n'aura plus lieu d'être surpris que la gomme-gutte à haute dose ne suscite pas constamment la diurèse et qu'elle ait ses insuccès.

Mais y a-t-il un argument plus puissant en faveur de son efficacité que les guérisons nombreuses qu'elle a procurées dans des hydropisies restées réfractaires à des traitements multiples et variés !

Nous avons eu lieu d'être quelque peu surpris tout récemment, en voyant un jeune confrère, qui d'habitude ne pèche point par défaut d'exactitude dans l'appréciation, commettre une méprise singulière dans le compte-rendu qu'il a fait de notre *Traité des hydropisies* dans la *Gazette médicale*. M. le docteur Brochin, parlant de notre méthode de traitement par la gomme-gutte à haute dose, et ayant sous les yeux une statistique très précise de nos observations, a établi un parallèle entre les effets obtenus par ce même médicament à doses purgatives et à hautes doses, et a fini par conclure que M. Rayer avait obtenu à peu près les mêmes succès avec le premier mode que nous avec le second.

Mais là n'était point la question, M. Brochin nous pardonnera bien de le lui dire.

Quelqu'un aurait-il jamais eu la prétention de contester les succès que procure la gomme-gutte comme purgatif dans les hydropisies, lorsque depuis des siècles ces succès sont hautement constatés, et nous serait-il jamais venu à la pensée, à nous qui connaissions tout le parti qu'en tire M. Rayer, qui en avons obtenu nous-même de si bons résultats dans quelques circonstances ; nous serait-il jamais venu à la pensée, disons-nous, de vouloir dénier à ce remède cette puissance d'action, pour vouloir lui substituer dans tous les cas son action diurétique et son emploi à haute dose? Point. A côté de ses propriétés très grandes en tant que purgatif, nous lui en avons découvert d'aussi grandes au moins comme diurétique, en la portant à des doses réputées toxiques.

Notre nouvelle manière d'en user n'exclut point son emploi comme purgatif; nous avons prouvé seulement que le même médicament peut rendre un double service en en variant les doses, tout comme le tartre stibié dont personne n'oserait plus aujourd'hui contester l'immense efficacité dans le traitement des phlegmasies aiguës, et surtout des phlegmasies des organes respiratoires. Nous en avons fait une arme à double tranchant, un médicament à double emploi, voilà tout.

Et en effet, quand on l'a employé à doses purgatives pendant un temps sans succès, ou même au détriment du malade, qui se trouve débilité, si l'on élève rapidement les doses après quelques jours de suspension, la tolérance peut s'établir, et alors loin de s'épuiser, le malade peut se nourrir; la diurèse qui survient ensuite juge l'hydropisie qui avait résisté, ou s'était même accrue. En bonne logique, même, s'il est prouvé que les purgations répétées débilitent les malades, surtout quand il s'agit de purgatif drastique, il vaut sans doute mieux essayer tout de suite la gomme-gutte à haute dose, puisque la diurèse juge plus rapidement encore les hydropisies que les selles, même les plus copieuses.

Nous avons déjà fait observer, quand nous avons annoncé nos premiers résultats, que dans quelques cas exceptionnels, la gomme-gutte peut être tolérée de prime abord, quand on use encore des doses ordinaires. Les deux observations que nous allons rapporter

FEUILLETON.

DU CHARBON.

Nous publions cette lettre qui, à côté de réflexions pratiques, contient l'aveu non moins utile de quelques erreurs de diagnostic auxquelles sont exposés tous les jeunes praticiens.

La Ferté-Gaucher, le 3 mai 1853.

A M. le Rédacteur de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Monsieur,

Dans un extrait que la *Gazette des Hôpitaux* du 29 janvier 1853 a donné d'un article de la *Gazette médicale fédérative de la Toscane*, il est question d'une pâte faite de bon encens et de salive pour la guérison du charbon.

Lorsqu'un observateur voyage, il ne tarde pas à s'apercevoir que les productions des pays qu'il parcourt sont naturellement différentes de celles des autres contrées; il comprend dès lors que chaque région nourrit ses végétaux et ses animaux particuliers, ou qu'elle leur imprime un cachet qu'ils n'ont pas ailleurs.

Eh bien! ce qui se passe dans la nature physiologique a aussi lieu pour les productions morbides; et chaque pays offre une série de maladies particulières à ses circonstances géographiques, etc.

De là découle une simple vérité, à savoir : que l'on ne peut tout apprendre dans les Facultés malgré la profonde science des professeurs; leurs généreux et persévérants efforts de tous les jours pour inculquer d'utiles connaissances aux élèves ne peuvent que leur enseigner le grand art d'observer, *ars tota in observationibus*.

Ceci étant démontré, il en résulte que chaque praticien doit non-seulement connaître la science des livres, mais encore s'identifier *avec le génie médical* de la contrée dans laquelle il devra exercer.

Je vais me donner pour exemple.

En 1836, ayant été reçu docteur en médecine, je partis pour un village de la Beauce avec le bagage de l'École, et arrivé là, au bout de quelques jours, on m'amena un fort jeune homme de dix-neuf ans qui, disait-on, avait le charbon à la face. J'examinai le mal et le malade; mais, n'ayant pas reconnu les symptômes que l'on indiquait dans les livres, je renvoyai mon jeune homme en lui ordonnant de prendre une boisson délayante et de mettre des cataplasmes anodins sur la joue. J'avais envie de le saigner; cependant je ne le fis pas. Il était alors midi. A quatre heures, on revint me dire que le malade avait des *faiblesses*; je fus le visiter. La tumeur n'augmentait pas; il y avait un seul petit point *très induré* à la joue, de la grosseur et de la forme d'un haricot. Je ne pouvais croire qu'un si minime désordre local pût donner lieu à des symptômes graves; cependant je touchai la petite tumeur avec un crayon de nitrate d'argent, et ordonnai de continuer les mêmes boissons du matin. *Dans la nuit, le jeune homme mourut.*

Désespéré d'un pareil résultat, je fus voir un de mes amis qui exerçait à cinq lieues de là, et j'appris de lui que j'étais un misérable qui venait de laisser mourir un homme auquel on aurait pu sauver la vie; *je ne le savais pas; on ne me l'avait pas dit à Paris.* Pourquoi? C'est parce que l'on n'y voit pas d'affections charbonneuses dans les hôpitaux, et qu'il faut aller dans la Beauce et dans quelques autres contrées pour les y rencontrer, comme il faut aller dans d'autres pays pour se trouver en face de certaines autres affections.

Je commençai à comprendre que je n'avais pas tout appris, et que si je voulais rendre service à l'humanité, il fallait sérieusement étudier la topographie médicale, sous peine de voir encore mourir mes malades *faute de savoir*, ce qui m'avait causé un violent chagrin.

Je feuilletai mes livres, et fus persuadé qu'en continuant à suivre cette seule voie, je resterais plongé dans la plus fatale ignorance eu égard à certains points de la pratique. Je retournai donc encore chez mon ami, qui me dit comment il était parvenu à connaître les maladies charbonneuses.

Voici ce que j'appris de lui :

« En arrivant dans la Beauce, j'étais aussi innocent que vous l'êtes vous-même, et pareil malheur m'arriva comme à tous les autres. Désireux de m'instruire, j'avisai un *rebouteur charbonnier* qui était en grande réputation dans le pays. Cet individu, sans instruction aucune, avais appris de son père à guérir le charbon et à exercer les autres parties de son métier ; il était brave homme, et consentit à me dévoiler ses secrets; il finit en ajoutant que si je voulais en savoir plus long il fallait m'adresser à M. Girouard, mon prédécesseur; je suivis son conseil, et j'appris de ce laborieux praticien, aujourd'hui docteur en médecine à Chartres, un grand nombre de vérités dont j'étais loin de soupçonner l'existence; il commença par me déclarer que les maladies charbonneuses étaient un Protée qui se cachait sous toutes les formes, que leur caractère essentiel était l'ataxie et la malignité; que si l'on avait le malheur de les méconnaître un moment, elles devenaient toujours fatales. Je fis une ample provision d'autres renseignements sur les formes et le traitement des charbons; j'appris que les tumeurs, lorsqu'il y en avait, devaient être attaquées vigoureusement par de larges incisions bourrées ensuite avec du sublimé corrosif en morceaux ou par le fer rouge; qu'après un temps variable entre douze et vingt-quatre heures, un cercle inflammatoire annonçait que l'affection était bornée; qu'en même temps il fallait soutenir le malade par les toniques les plus puissants, et qu'une fois le charbon borné, on favorisait la chute de l'eschare avec un emplâtre d'onguent divin ou d'onguent de la mère, etc. »

J'appris aussi qu'il y avait des charbons de cause interne, qui résultaient de l'usage alimentaire de viandes provenant d'animaux morts d'affections charbonneuses; que dans ces cas tous les efforts de l'art étaient impuissants.

Tels étaient alors la science et l'art traditionnels; quant aux livres, ils ne nous apprenaient presque rien.

Il n'en est plus de même aujourd'hui; des hommes de conscience et de travail ont dirigé leurs études de ce côté. MM. les docteurs Mannoury et Salmon, médecins des hôpitaux de Chartres, aidés d'un vétérinaire très distingué de la même ville, ont élucidé la plupart des questions qui ont rapport aux maladies charbonneuses.

Je renvoie à leurs travaux ceux qui voudront s'instruire sur ce grave sujet; car si dans certains pays ces affections sont rares, il peut cependant y apparaître quelques cas isolés, qu'il est indispensable d'être en mesure de savoir combattre. Je ne pense pas que ces savants médecins croient que la pâte d'encens ait la vertu de remédier d'une manière efficace à un groupe d'affections des plus graves et des plus meurtrières de toutes celles qui désolent l'humanité.

Agréez, etc.

Amédée JOUX,
Docteur en médecine et en chirurgie,
médecin de l'hôpital de la Ferté-Gaucher.

en sont de nouveaux exemples; c'est avec intention que nous les avons choisies parmi quelques autres.

Obs. I. — *Anasarque avec ascite, rattachée autant à la cachexie paludéenne qu'à une cirrhose commençante du foie, traitée vainement pendant deux mois par les médications dites rationnelles, et guérie rapidement ensuite par la gomme-gutte à haute dose.*

Un militaire du 20e léger, le nommé G..., jeune homme de vingt-cinq ans, de moyenne constitution, à tempérament lymphatique-sanguin, habitant Ajaccio depuis dix-huit mois avec son bataillon, avait été affecté de fièvre intermittente en 1850.

Après quelques accès à type quotidien, puis tierce, il avait été guéri par le sulfate de quinine, et cette guérison fut sans récidive.

Cependant ce jeune militaire ne reprit ni son énergie ni ses forces habituelles. De temps en temps, il éprouvait des troubles des fonctions digestives. Tantôt c'étaient des vomissements ou des envies de vomir qui le fatiguaient et empêchaient la nutrition, tantôt il se trouvait pris de diarrhée fugace, mais à récidive fréquente.

Il supporta ces désordres pendant plusieurs mois et demeura dans un état de langueur.

En 1851, dans le mois d'avril, ces troubles prennent plus d'intensité, l'appétit se perd d'une manière absolue et la diarrhée prend un caractère de persistance qui le contraint à entrer à l'hôpital pour la deuxième fois.

A notre premier examen, il nous est bien difficile de préciser l'état morbide fondamental, tant l'organisme entier semble généralement affecté.

Le malade accuse quatre à cinq selles par jour sans colique, de la langueur, un abattement qui le réduit à l'anéantissement. Le teint est pâle, la face bouffie, les extrémités inférieures légèrement infiltrées; il y a un bruit de souffle au cœur et au premier temps, un bruit de souffle très prononcé aux carotides, indices d'un état anémique avancé. Les organes respiratoires, examinés avec la plus grande attention, ne nous paraissent point altérés. Les battements du cœur sont affaiblis, ses bruits sont obscurs, et cependant on perçoit assez distinctement le souffle qui remplace le premier. Il y a à la région précordiale une matité verticale de 6 centimètres et demi à 7 centimètre et une matité oblique transverse de 9 centimètres : la matité transversale se déplace quand on fait coucher le malade sur le côté gauche; il y a donc épanchement dans la cavité péricardique, mais cet épanchement nous paraît plutôt un effet de l'état pathologique existant que la cause initiale : le malade n'a jamais ressenti, du reste, de douleur à la région précordiale.

Le foie est très volumineux; il déborde les fausses côtes de 3 centimètres inférieurement, s'avance jusqu'à l'épigastre par son petit lobe et remonte à 3 centimètres et demi au-dessous du sein droit par son grand lobe.

La rate ne présente qu'un volume à peu près normal (8 centimètres de haut en bas, 16 centimètres transversalement). Nous ne constatons pas la présence de la moindre quantité de liquide dans le péritoine; les parois du ventre sont souples et indolores.

Le malade n'a jamais éprouvé de douleurs aux reins; il n'en ressent pas davantage aujourd'hui. La percussion exercée sur la région rénale n'indique pas d'augmentation de volume de la part de ces organes. Le pouls est régulier, sans fréquence notable; par contre, il est dépressible, assez faible.

Avec cet ensemble de phénomènes, on pourrait conclure à l'existence de la cachexie paludéenne chez notre malade, d'autant mieux qu'il n'a cessé d'habiter depuis dix-huit mois un pays où les fièvres marématiques sont endémiques.

Pourtant comment admettre cet état cachectique sans augmentation notable de la rate, sans qu'il y ait eu de nouveaux accès depuis la première fièvre, qui a été si promptement coupée!

Nous savons que la cachexie n'a pas besoin d'un grand nombre d'accès pour se montrer, qu'une intoxication forte et prolongée peut la déterminer après quelques accès seulement, ou même sans accès préalable, ce qui est très rare; fin de compte, notre malade pourrait bien nous offrir un de ces exemples.

L'augmentation considérable du volume du foie, sans augmentation de la rate, nous fait supposer que cette hypertrophie n'est point la conséquence pure et simple de l'intoxication palustre et nous laisse craindre une cirrhose au premier degré. Cette dernière lésion, chez un sujet mal traité un moment par les miasmes des marais, rendrait assez bien compte de tout ce que nous observons.

Il nous reste à examiner l'urine. Il y a une miction en notre présence : le liquide est incolore, sans nuage, ne mousse point par l'agitation et se montre neutre sous les réactifs.

Traité par l'acide azotique après filtration, il donne un léger précipité nuageux, qui reste en suspension et qui augmente sensiblement par la saturation d'acide au lieu de se dissoudre. Le même liquide ainsi traité, soumis à une chaleur de 100°, se colore en brun foncé et fournit un précipité un peu plus abondant, légèrement floconneux.

Cette légère albuminurie n'a point lieu de nous surprendre et de nous en imposer sur une maladie des reins; nous l'avons rencontrée assez fréquemment chez les cachectiques paludéens, et on sait que, dans la cirrhose du foie, elle se montre dans quelques cas sans qu'il y ait lésion spéciale des organes sécréteurs de l'urine.

Le traitement est institué comme s'il s'agissait réellement d'une cachexie paludéenne avec cirrhose du foie au premier degré. Application de quatre ventouses scarifiées sur l'hypocondre droit, puis d'un large vésicatoire, fer et quinquina, frictions irritantes à la peau, usage du vin et d'une alimentation substantielle, tel est le traitement pendant trois semaines.

Le 16 mai, cette médication n'a produit aucune modification avantageuse; bien plus, l'infiltration générale a augmenté d'une manière considérable; il y a maintenant du liquide épanché dans le péritoine et dans les cavités pleurales en minime quantité.

Le malade éprouve une certaine gêne à respirer. L'urine, examinée tous les jours, souvent deux fois par jour depuis l'entrée, s'est montrée fréquemment coagulable, quoique à un faible degré, six jours sur quinze. Cette intermittence de l'albuminurie confirme notre opinion sur l'intégrité des reins.

Cependant, avec cette augmentation de l'hydropisie, le malade accuse moins de faiblesse qu'autrefois; les selles, diarrhéiques d'abord, se sont régularisées, et la digestion s'exécute, quoique laborieuse.

Les toniques sont continués, le même régime est suivi (viandes rôties, vin); bains de vapeur sur place tous les trois jours, boisson nitrée, 2 pilules de digitale à 1 décigramme chacun tous les jours.

Le 3 juin, l'hydropisie a progressé encore; le ventre s'est développé considérablement; il mesure 69 centimètres de circonférence au niveau de l'ombilic. On sent distinctement la fluctuation du liquide contenu dans sa cavité. Durant ces quatorze derniers jours, l'urine n'a été coagulable que trois fois. La diarrhée est revenue; elle persiste depuis quatre jours, et pour ce motif nous suspendons l'usage de la digitale. Nous continuons les toniques, le régime azoté et les bains de vapeur.

Le 8 juin, disparition de la diarrhée, mais augmentation de l'hydropisie. C'est la collection péritonéale qui prédomine. L'urine a encore été coagulable pendant deux jours.

Il y a deux mois à peu près que le malade est à l'hôpital, et au lieu de voir sa position améliorée, les choses sont allées de mal en pis. Le traitement, qui paraissait si rationnellement institué, n'a point empêché l'augmentation des suffusions séreuses.

Nous nous décidons à donner la gomme-gutte et à la porter rapidement à des doses élevées.

Le 9, gomme-gutte, 30 centigrammes, dissoute dans 6 grammes d'alcool à 33°; eau distillée, 120 grammes; eau de fleurs d'oranger, 8 grammes.

Le 10, le malade a eu deux selles seulement et de minimes coliques. Il a eu aussi quelques envies de vomir par suite de la répugnance inspirée par le médicament. Urine neutre, non coagulable, dans les mêmes proportions que les jours précédents. (Trois quarts de litre dans les vingt-quatre heures.)

Le 11, gomme-gutte, 40 centigrammes. Une selle sans colique. Le malade accuse de la chaleur dans l'estomac après chaque dose ingérée, puis une chaleur générale.

Le 13, gomme-gutte, 70 centigrammes, quart de portion.

Le 14, il y a eu une selle sans diarrhée ni colique; la tolérance est établie. Urine, un litre et demi dans les vingt-quatre heures. Elle est légèrement opaline, et, soumise à une chaleur de 100°, elle donne un très faible précipité qui se redissout par la saturation d'acide nitrique.

Le 15, gomme-gutte, 90 centigrammes. Du 15 au 16 pas de selle. Deux litres trois quarts d'urine dans les vingt-quatre heures. Ce liquide n'est coagulable ni par l'acide nitrique, ni par la chaleur.

Le 17, gomme-gutte, 1 gramme; demi-portion d'aliments que le malade sollicite avec instance. Il y a eu une selle le 17 au matin, avant que le malade ait pris la nouvelle dose de médicament.

Le 18, la tolérance continue. Pas de selle : pas la moindre douleur intestinale; mais il y a toujours un sentiment de chaleur générale après chaque dose; trois litres un quart d'urine dans les vingt-quatre heures. Elle rougit le papier de tournesol et ne précipite par aucun procédé. Le ventre est diminué très sensiblement; il ne mesure plus que 61 centimètres de circonférence au niveau de l'ombilic.

Le 19, gomme-gutte, 1 gramme 10 centigrammes. Deux selles sans diarrhée ni colique.

Le 20 au matin, l'urine évacuée dans les vingt-quatre heures s'élève à plus de quatre litres. Il n'y a eu d'ingéré en liquide que trois quarts de litre dans le même espace de temps. Pas d'albuminurie.

Le 20, pas de gomme-gutte.

Le 21, la diurèse a continué, bien que le médicament ait été suspendu. Trois litres et quart d'urine dans les vingt-quatre heures. — Gomme-gutte, 1 gramme 20 centigrammes.

Le 22, le malade a eu cinq selles en diarrhée. Il n'a évacué que deux litres d'urine dans les vingt-quatre heures. Le ventre ne mesure plus que 55 centimètres au niveau de l'ombilic; l'œdème des extrémités inférieures est presque complétement effacé.

Le 23, gomme-gutte, 1 gramme 20 centigr. — Deux selles.

Le 24 au matin, il y a eu évacuation de trois litres et quart d'urine dans les vingt-quatre heures. Le malade sent ses forces se relever et son appétit devenir impérieux. Il voudrait manger les trois quarts; on le tient encore à la demi-portion. Pas de gomme-gutte.

Le 25 au matin, la quantité d'urine rendue dans les vingt-quatre heures est de près de trois litres. Ce liquide est coagulable à un degré assez prononcé, plus fortement qu'il ne l'a jamais été dans les autres circonstances; le précipité résiste à la saturation par l'acide azotique. Pas de gomme-gutte. Toute trace d'œdème a disparu; la cavité péritonéale est entièrement débarrassée. La percussion exercée suivant diverses positions données au malade ne peut y révéler la moindre quantité de liquide. Nous ne trouvons plus de vestige du double épanchement pleural. La percussion et l'auscultation de la région précordiale nous donnent la certitude que du liquide qui remplissait le péricarde il ne reste plus qu'une petite quantité; en effet, la matité, qui était au début de 6 centimètres et demi à 7 centimètres verticalement, est aujourd'hui de 3 centimètres environ au niveau et en dedans du sein; la matité oblique transverse, qui était de 9 centimètres, est réduite à 5. L'impulsion du cœur est sensible, et les deux bruits sont nettement perçus à l'oreille. Le volume du foie n'a pas diminué; il occupe, à de minimes différences près, les mêmes limites qu'au premier examen. — Trois quarts de portion; cessation complète de la gomme-gutte.

Le 26, la diurèse continue, puisqu'il y a eu deux litres d'urine rendue. Mais ce liquide n'est plus coagulable. Pendant six jours l'urine est encore assez abondante, puis elle revient aux quantités ordinaires. Le malade est conservé encore un mois, pour être envoyé ensuite en convalescence. Il a pu être montré à M. l'inspecteur médical comme exemple d'un beau succès obtenu par la gomme-gutte à haute dose. Au moment de son départ il n'y avait pas eu récidive de l'hydropisie.

Cette remarquable observation présente plus d'une circonstance qu'il est intéressant de faire ressortir.

Avec une hydropisie qui se rattache, suivant toute apparence, autant à la cirrhose commençante du foie qu'à la cachexie paludéenne, les médications que la raison et l'expérience recommandent restent non-seulement sans résultat pendant deux mois environ, mais sont suivies de l'accroissement progressif des suffusions séreuses. La gomme-gutte mise à contribution est tolérée de prime abord; elle peut être portée rapidement à de hautes doses chez un malade sur qui les autres diurétiques semblaient ressusciter la diarrhée, et avaient dû être arrêtés pour ce motif. Elle suscite enfin une diurèse qui juge l'hydropisie radicalement et promptement. Quoi de plus probant en faveur de ce remède héroïque!

Nous devons noter qu'avec la disparition des suffusions séreuses, l'urine a été albumineuse pour un instant, et au moment où les derniers restes de liquide épanché étaient repris par la circulation, quand, depuis le commencement du traitement par la gomme-gutte, elle n'avait pas encore précipité. C'est un fait que nous signalons pour la deuxième fois, et qu'on pourrait expliquer de différentes manières.

Nous nous bornons à croire que, dans les derniers efforts d'absorption, le liquide hydropique repris par la circulation n'a pu être élaboré suffisamment pour sortir des reins à l'état d'urine ordinaire. Une partie du sérum a dû passer en nature par ces organes.

Enfin, nous devons signaler un dernier fait chez ce malade, c'est l'albuminurie irrégulièrement intermittente et peu prononcée qu'il a eue depuis son entrée à l'hôpital et pendant un certain temps. Il est probable que le même phénomène existait avant l'entrée. Cette albuminurie se montre dans beaucoup de circonstances variées, et surtout dans la cachexie paludéenne; on doit donc être fort réservé pour conclure à une lésion organique des reins, aussi avons-nous écarté cette dernière lésion de notre diagnostic.

Nous donnerons dans un prochain numéro la deuxième observation et les réflexions qui l'accompagnent.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS.

Dyssenterie. — Hémorrhagie intestinale. — Transfusion du sang. — Mort.

Par M. Thouvenet, de Limoges.

(Communiqué à l'Académie de médecine, séance du 10 mai.)

Frugier, âgé de vingt ans, jouissant habituellement d'une bonne santé, bien constitué, fut atteint d'une dyssenterie le 12 septembre 1852.

La maladie s'est déclarée sans cause appréciable, et a débuté sans prodromes par des douleurs abdominales, des besoins fréquents d'aller à la garde-robe et des selles sanguinolentes. Espérant, comme font tous les malades de nos campagnes, que le mal disparaîtrait de lui-même et à l'aide de quelques soins insignifiants, on attendit trois jours avant de demander des conseils à un médecin; cependant le mal augmenta, et je fus appelé. Voici ce que je constatai : douleur assez vive, spontanée, exaspérée par la pression dans la fosse iliaque gauche; besoins fréquents d'aller à la garde-robe; épreintes; quelquefois expulsion d'une très petite quantité de matières muqueuses semblables à des râclures de boyaux et mêlées de sang; fièvre modérée; perte de l'appétit; langue recouverte d'un enduit jaunâtre. — Poudre d'ipécacuanha, 25 centigrammes toutes les trois heures; demi-lavement émollient avec 10 gouttes de laudanum.

Le 17 septembre, les mêmes symptômes persistent et se sont aggravés; les selles sont formées des mêmes matières muqueuses sanguinolentes, leur passage occasionne à l'anus de vives douleurs; les épreintes sont aussi fréquentes, aussi douloureuses; la fièvre est plus intense; la douleur dans la fosse iliaque gauche persiste; le malade a eu plusieurs vomissements; le lavement laudanisé a été immédiatement expulsé.

Le 22, dans la nuit, il est survenu une hémorrhagie intestinale abondante, le sang évacué est noir, fétide. Le malade a eu deux faiblesses dans la journée. — Lavement froid; sinapismes aux membres supérieurs; potion avec extrait de ratanhia; limonade sulfurique.

L'hémorrhagie continue dans la journée; le pouls est à 90, assez plein, mais sans résistance, facilement dépressible. Le malade se sent mieux, il n'a plus de coliques que de temps à autre, les intervalles de calme sont plus longs; le facies est assez bon. — Lavement froid avec extrait de ratanhia; potion avec extrait de ratanhia; sinapismes sur les membres supérieurs; limonade sulfurique.

Les 23, 24 et 25, l'hémorrhagie continue.

Le 26, la nuit a été mauvaise; on a donné une pilule d'opium, qui a procuré un peu de repos; le sang coule toujours. Le matin, à ma visite, je trouve le malade complétement désespéré; il y a eu une quantité de sang considérable d'expulsée hier au soir; il est aussi plus rouge que de coutume; depuis il n'y a pas eu de nouvelles selles. Le pouls bat 96, il est grêle, misérable; une sueur froide perle sur la face, les joues sont froides, les yeux caves; le malade n'a plus la force ni de se remuer ni de parler.

Je songeai à la transfusion. La ressource était extrême. Il y avait peu de chances de réussite; mais la fin du malade était si certaine et si proche, mieux valait employer un remède douteux que se croiser les bras.

J'appelai deux confrères. Ayant constaté qu'il n'y avait aucune espèce de salut, que le malade n'avait que peu d'heures à vivre, ils partagèrent mon avis et m'encouragèrent à pratiquer l'opération.

Une ligature est appliquée sur le bras gauche, comme pour faire une saignée; la médiane basilique est mise à nu, incisée longitudinalement, et une canule en gomme introduite dans sa cavité. Il s'écoule un peu de sang noir, qui se coagule rapidement. On saigne une sœur du malade, jeune et forte paysanne qui donne de grand cœur de son sang pour sauver son frère; le sang tombe dans une seringue qui est plongée dans un vase plein d'eau à la température de 30 degrés. Quand la seringue est pleine, sans la retirer de l'eau, on érige la canule, et pour chasser l'air on pousse le piston jusqu'à ce que le sang sorte. Alors on remplit d'abord la canule qui est introduite dans la veine, puis on y adapte la seringue, et après avoir défait la ligature, ayant bien soin de maintenir exactement la canule dans la veine par une pression convenable exercée avec les doigts, on pousse l'injection, le sang pénètre aisément; mais à la fin le doigt appliqué sur la veine sent un bruissement, un susurrus particulier dû sans doute au passage dans la veine de la partie spumeuse du sang de la saignée, ce qu'il faudra savoir éviter une autre fois. La ligature est réappliquée; une nouvelle quantité de sang est reçue dans la seringue de la même manière que la première fois; j'ai soin de bien rejeter toute la partie écumeuse avant de fermer la seringue, puis je pousse cette nouvelle injection; mais elle pénètre mal, parce que des caillots obturent en partie la canule demeurée dans la veine. Second accident qu'il est bon de signaler, afin d'indiquer dans le procédé opératoire des précautions capables de le faire éviter, savoir : s'assurer si la canule restée en place est obstruée et en retirer les caillots qui pourraient s'être formés. Il y a eu environ 250 grammes de sang d'injectés en tout.

La plaie est pansée.

Le malade dit qu'il a senti le sang remonter le long du bras jusqu'au cœur; il n'a pas été fatigué par l'opération, se trouve bien même.

On explore le pouls; il bat 96, exactement comme avant l'opération. Mais, ce qui n'est pas une illusion, il est un peu plus ample. — On donne du vin par cuillerées, un peu de bouillon; on applique des sinapismes sur la poitrine.

Le soir, cinq heures après l'opération, la figure est rouge, animée, couverte de sueurs; le pouls a 8 pulsations de plus (104), il a les mêmes caractères. Le malade se trouve dans le même état; la fièvre a monté, comme disent les parents. Beaucoup de sang presque pur a été rendu par les selles.

Dans la nuit, agitation, délire, mort à huit heures du matin, vingt heures après l'opération.

FURONCLES ET PANARIS ÉPIDÉMIQUES.

M. Fernando Weyler, médecin militaire à Palma (Mayorque, îles Baléares), a fait les observations suivantes :

Dans cette île, une sécheresse remarquable a régné depuis 1847 jusqu'en 1851. Dans le mois d'octobre de cette dernière année, les pluies sont revenues avec force et ont duré jusqu'au mois de juin 1852. Il est tombé une quantité d'eau très supérieure à celle qui tombe d'ordinaire. L'humidité a été très grande.

En janvier 1852 se sont déclarés des érysipèles de la face avec symptômes cérébraux qui ont causé quelques morts. Dans l'été, un grand nombre de conjonctivites catarrhales se sont montrées ; puis au commencement de l'automne apparurent les furoncles, les anthrax. Aux mains ces inflammations revêtaient la forme de panaris.

Ces éruptions n'ont épargné ni sexe ni professions ; on les voyait sur les pauvres et les gens aisés ; elles étaient très douloureuses, tenaces et sujettes à se reproduire facilement. Le traitement a consisté dans les émollients avec les narcotiques sous forme de cataplasmes, les bains locaux, etc., et les pansements avec le cérat. Du reste, l'état général de la santé ne paraissait avoir été influencé en aucune manière. En même temps régnaient des fièvres intermittentes, qui se sont prolongées jusqu'en hiver.

En janvier 1853, la grippe, avec céphalalgie, toux, fièvre et symptômes gastriques, a régné avec intensité.

EMPOISONNEMENT DE MOUTONS PAR UN BAIN ARSENICAL.

Les fermiers anglais font un fréquent usage des préparations arsenicales pour la guérison de la gale du mouton.

Une préparation très employée, qui porte le nom de son inventeur *Bigg*, est composée ainsi qu'il suit, savoir :

Soufre.	22
Arsenic.	20,08
Potasse.	6,56
Huile et graisse.	51,36
	100,00

Un chimiste, M. Froom, a modifié cette préparation de la manière suivante :

Soufre.	10,75
Arsenic.	11,64
Potasse.	7,61
Huile et graisse.	70
	100,00

C'est cette dernière composition qui a donné lieu à l'empoisonnement dont il s'agit dans l'article que nous analysons.

Deux cent vingt-neuf moutons ayant été immergés dans un bain préparé d'après cette formule, deux ou trois jours après leur immersion la plupart paraissaient comme engourdis et avaient de la peine à marcher ; ils semblaient paralysés. Leur peau était dépouillée comme s'ils avaient été brûlés. Au bout d'une semaine, ils étaient encore incapables de se tenir debout.

Onze agneaux moururent et une brebis. Les chiens refusèrent leur chair. Tous les animaux qui avaient été baignés souffrirent plus ou moins. Vingt-huit restèrent en traitement pendant un mois, incapables de se tenir debout.

Les brebis perdirent presque toutes leur lait. Sur cinquante, il n'y en eut que onze qui purent continuer à nourrir.

Le fermier chez lequel cet accident était arrivé attaqua devant la cour du comté d'Exeter le sieur Froom, chez lequel il avait acheté la préparation arsenicale cause de la mort de ses moutons. La cour condamna ce dernier à 23 liv. sterl. de dommages-intérêts.

CAUTÉRISATION DE L'OREILLE

dans l'odontalgie, la phosopalgie et la coxalgie.

Un médecin italien, M. Giov. Batt. Pugno, assure, dans la *Gaz. med. Stati Sardi*, qu'il a eu recours à ce mode de traitement dès l'année 1830, qu'avant cette époque Costa et Pagliano s'en étaient déjà servis, et il pense que dans des pays étrangers il était également connu.

Quoi qu'il en soit, M. Pugno, qui cautérisait d'abord exclusivement la partie la plus saillante et puis la racine de l'hélix, porte maintenant le cautère indistinctement sur l'une ou l'autre partie du pavillon de l'oreille. La cautérisation est linéaire, longue seulement de deux à trois millimètres, mais profonde. La brûlure qui en résulte est couverte d'une couche d'huile d'olive et abandonnée ensuite à elle-même.

Des 13 cas rapportés par l'auteur, la plupart sont des odontalgies ; mais il y en a un qui mérite une mention spéciale. C'est celui d'une femme enceinte qui, soumise à la cautérisation à cause de maux de dents, vit disparaître en même temps une sciatique dont elle était affectée.

Chez très peu de malades, la récidive obligea de recourir à une seconde opération.

Chez un seul, l'extraction de la dent cariée fut préférée au traitement en question, et chez aucun celui-ci ne fut suivi d'effets fâcheux.

A cette notice, que publie le journal de Roulers, le rédacteur ajoute ces deux lignes d'histoire :

Que la cautérisation de l'oreille dans un but thérapeutique ne soit pas d'invention récente, une foule de témoignages irrécusables sont venus le prouver. Dans les campagnes des Flandres, entre autres, les maux de dents étaient très fréquemment traités de cette manière, et plusieurs auteurs en faisaient déjà mention dès la première moitié du siècle dernier.

J'ai devant moi un traité d'Antoine Huck, professeur de l'Université de Leyde, où il est dit expressément : « On a inventé un » instrument au moyen duquel les maux de dents peuvent être en- » levés avec une rapidité étonnante. C'est un cautère actuel qu'on » applique chauffé à blanc sur l'anti-tragus, etc. » Ce livre, imprimé à Leyde, date de 1740.

CALEÇONS PÉRIODIQUES.

D'autres publications diront ce que les caleçons périodiques ont d'utile et d'indispensable, même dans certaines époques, pour entrer dans la toilette intime de la femme. Ces caleçons, comme leur dénomination de périodiques l'indique suffisamment, ont pour objet de permettre aux femmes qui en sont munies de vaquer commodément aux occupations de leur vie ordinaire pendant leurs époques menstruelles.

Pour nous, prenons dans la communication que nous transmet M. le docteur Corrège ce qui recommande ce vêtement accessoire de la femme à l'attention des praticiens :

La valeur thérapeutique de ce caleçon, nous dit M. Corrège, lui vient de la chaleur uniforme qu'il entretient autour du bassin, de la friction continue qu'il exerce sur les lombes et l'hypogastre. Fait avec un tissu imperméable et élastique, il peut prévenir ces suppressions de menstrues, qui sont la source de si nombreuses maladies. Dans les cas de chlorose, d'hémorrhagies, d'incontinence d'urine même, ou bien encore lorsqu'il faudrait maintenir quelque pansement aux parties sexuelles, ce caleçon peut rendre des services tels qu'il serait difficile de suppléer à son emploi par un autre appareil.

MOYEN TRÈS SIMPLE

de remédier au froid habituel des pieds.

Ce moyen, que nous sommes loin de recommander, et qui, d'après le *Wiener medi. Wochenscrift*, est mis en usage avec avantage à Grafenberg, consiste tout bonnement à faire faire aux personnes qui se plaignent de cet inconvénient une promenade de bon matin pieds nus dans l'herbe humide de rosée ! Ces bains d'une singulière espèce ne tardent pas, il paraît, à être suivis de l'effet qu'on en attend. C'est de l'hydrothérapie.

(*Revue médicale.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 4 mai 1853. — Présidence de M. Guersant (1).

M. Marjolin donne ensuite lecture d'une lettre que lui a adressée M. Pravaz sur l'historique des diverses expériences qu'il a tentées pour arriver à obtenir la coagulation du sang dans les vaisseaux.

A monsieur le docteur Marjolin, *secrétaire de la Société de chirurgie de Paris.*

Monsieur et cher collègue,

Vous m'avez fait l'honneur de me demander quelques renseignements pour compléter les communications que M. Lallemand a bien voulu faire en mon nom à l'Académie des sciences et à la Société de chirurgie, sur l'emploi du perchlorure de fer dans le traitement des anévrismes.

Lors même que je ne devrais pas ma faible coopération aux importants travaux d'une compagnie savante qui a bien voulu m'admettre au nombre de ses membres correspondants, je suis trop flatté de l'appel qui est fait à mon intervention directe dans la grave question qui s'agite, pour ne pas m'empresser de satisfaire au désir que vous m'exprimez comme secrétaire de la Société de chirurgie, de savoir ;

1° Par quelle série d'idées j'ai été amené à employer l'électricité comme agent coagulant ;

2° Pourquoi, après avoir usé des moyens physiques, j'ai préféré l'emploi des moyens chimiques.

J'entre donc en matière.

Entraîné par mes études antérieures vers l'application des sciences physiques à l'art de guérir, j'entrepris, en 1828, des recherches sur les moyens de prévenir l'absorption des virus.

Entre ces moyens, la cautérisation des plaies envenimées par le galvanisme est un de ceux qui me réussirent le mieux. Je l'essayai d'abord contre les morsures de la vipère ; plus tard, en commun avec M. Breschet, contre l'inoculation du venin si redoutable des serpents de l'Inde; et enfin je l'appliquai à neutraliser le virus rabique chez les animaux, même deux jours après son insertion.

Dans le cours de ces dernières expériences, dont la plupart eurent lieu à Alfort, avec le concours de MM. Girard, Delafond et Rigot, et qui ont été publiées dans les *Annales d'hygiène*, j'eus l'occasion de remarquer, après Brandt et Scudamore, avec quelle rapidité le rapprochement des deux *électrodes* déterminait la coagulation du sang. Le galvanisme me parut dès lors un agent hémostatique qui pourrait avoir son utilité dans certaines circonstances ; mais je n'entrevis formellement l'opportunité de son application dans le traitement des anévrismes que lorsque M. Velpeau eut fait connaître les expériences par lesquelles il a constaté qu'une aiguille introduite à demeure dans le calibre d'un vaisseau y détermine en quelques heures la formation d'un caillot. Je crus reconnaître dans ce fait le résultat d'une action galvanique faible, et il me parut très probable que la coagulation du sang serait obtenue plus facilement et plus promptement par le moyen de deux aiguilles déliées introduites dans l'artère et mises en communication avec les deux pôles d'une pile voltaïque.

Pour vérifier cette vue spéculative, j'instituai à Alfort, avec le concours de M. Delafond, aujourd'hui professeur de cette école, une suite d'expériences qui me confirmèrent dans la conviction qu'appliquée à la cure des anévrismes, la galvano-puncture offrait de nombreuses chances de succès.

S'il est assez facile d'expérimenter sur les animaux, il n'en est pas de même lorsqu'il s'agit de constater chez l'homme vivant l'innocuité et l'utilité de méthodes thérapeutiques nouvelles qui s'éloignent notablement de la pratique ordinaire. Il faut être chargé pour cela d'un service d'hôpital, ou avoir une clientèle chirurgicale assez nombreuse. Je n'étais dans aucune de ces positions ; et, ne pouvant soumettre personnellement à une épreuve véritablement décisive l'idée que j'avais conçue, je fus réduit à la communiquer, en 1831, à quelques jeunes chirurgiens, en leur exposant toutes les raisons qui, dans mon esprit, la rendait parfaitement réalisable.

(1) Fin. — Voir le numéro précédent.

Cet appel au concours des praticiens qui étaient en position de faire passer dans l'art une méthode curative qui n'était encore qu'une conception de la science resta sans effet pendant de longues années, et l'application de la galvano-puncture au traitement des anévrismes n'a été citée que comme une idée ingénieuse qui attendait encore la sanction de l'expérience, dans divers ouvrages publiés depuis 1831, tels que le *Nouveau Dictionnaire de médecine*, et un travail assez étendu de Lisfranc, sur les méthodes connues d'oblitération des artères, travail qui parut en 1834.

C'est seulement en 1845 que M. Pétrequin, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, tenta l'application de la galvano-puncture dans un cas de tumeur anévrismale développée sur le trajet de l'artère temporale. Le premier essai, dirigé avec habileté, fut couronné d'un succès complet, que suivirent d'autres opérations non moins heureuses, pratiquées soit par le savant chirurgien lyonnais, soit par d'autres médecins nationaux ou étrangers.

La nouvelle méthode compta enfin des revers, dont quelques-uns peuvent être attribués avec assez de raison à l'inexpérience des opérateurs. Quoi qu'il en soit, bien que certains relevés statistiques lui paraissent favorables, elle est encore en instance auprès des sociétés savantes pour se faire naturaliser complétement dans la pratique de l'art.

Je viens de vous exposer, monsieur et cher collègue, l'origine de l'électro-puncture appliquée au traitement des anévrismes, et la part théorique et expérimentale que j'ai prise à cette nouvelle thérapeutique. Il me reste à vous dire par quelle transition je suis arrivé à lui substituer, sinon dans tous les cas, au moins dans le plus grand nombre, une autre méthode purement chimique.

Je suivais depuis 1845, avec tout l'intérêt d'une paternité intellectuelle, les applications que la galvano-puncture recevait dans la plupart des contrées de l'Europe. Je ne pouvais me dissimuler que cette méthode, par les soins délicats qu'elle demande, par l'imperfection fréquente des appareils, et peut-être par une certaine idiosyncrasie (1) du sang, manquait assez souvent le but désiré. Des expérimentateurs persévérants et éclairés, parmi lesquels je citerai le docteur Stambio (de Milan), avaient signalé, il est vrai, quelques-uns des écueils à éviter ; mais il me semblait que, pour vulgariser l'emploi du galvanisme dans le traitement des anévrismes, les précautions indiquées étaient insuffisantes, et que le procédé généralement usité devait être modifié.

Préoccupé depuis longtemps de cette idée, j'essayai en 1851 de la réaliser, en supprimant l'intermédiaire des aiguilles pour la coagulation du sang dans le sac anévrismal. Je fondais la rationnalité de cette tentative sur la propriété que possède l'électricité voltaïque d'opérer le transport de certaines substances d'un pôle à l'autre, même à travers l'épaisseur des tissus.

J'imaginais qu'en plaçant sur la tumeur anévrismale une compresse imbibée d'une solution alcaline, facilement décomposable; mettant cette compresse en contact avec l'un des pôles de la pile, tandis que l'autre électrode serait appliqué sur la partie opposée du corps, je déterminerais le passage de l'un des éléments de la substance saline dans l'intérieur du sac. Si cet élément était susceptible de donner avec l'albumine du sang un composé insoluble, ce liquide serait coagulé plus ou moins promptement.

J'instituai, d'après ces idées théoriques, l'expérimentation suivante :

Ayant rempli un tube de verre d'une solution d'albumine, j'en fermai les deux extrémités par un morceau de parchemin épais. Ayant ensuite appliqué sur chacune d'elles une compresse imbibée de solutions salines diverses, et mis les deux pôles de la pile en communication avec les bouts du tube, il me sembla que dans quelques cas des stries opaques s'étendaient peu à peu d'une extrémité du tube à l'autre, à travers la solution d'albumine.

En supposant que je ne me fisse pas illusion à cet égard, ce que je n'ose affirmer, ce résultat était loin de répondre à mes espérances, car il impliquait la nécessité d'un temps très long pour la solidification de l'albumine.

Je me décidai alors à varier le procédé par l'introduction d'une aiguille, servant d'*électrode*, à travers l'un des morceaux de parchemin. Cette fois, je vis un *coagulum* se former assez rapidement autour de ce corps étranger. Je ne pouvais douter que cet effet ne fût déterminé par le transport de l'un des éléments de la solution saline, car, si on substituait à celle-ci de l'eau pure, ce phénomène ne se produisait plus que d'une manière lente et peu prononcée.

Le procédé que je viens de décrire rentrait en partie dans celui de la *mono-acupuncture*, indiqué en 1847 par le docteur G. Strambio, et appliqué depuis, sans beaucoup de succès, je crois, par MM. Baumgarten et Wertheimber ; mais il en différait par l'intervention d'un élément chimique, qui augmentait la *coagubilité* de l'albumine sous l'influence du galvanisme. Je pouvais donc le regarder comme un perfectionnement *probable* de la galvano-puncture, puisque en supprimant une des aiguilles on évitait la cautérisation si fréquente des parois du sac, et on diminuait la chance de rencontrer un filet nerveux.

Un autre résultat, que j'appellerai providentiel, s'il est aussi généralement utile qu'on a lieu de l'espérer, devait être le fruit imprévu de mes recherches.

Durant le cours des expériences que je viens de rapporter, et qui avaient pour but, soit de supprimer l'acupuncture, en conservant le galvanisme, soit de réduire l'opération à l'introduction d'une seule aiguille, je remarquai avec quelle *instantanéité* l'une des substances que j'essayais, le *perchlorure de fer*, déterminait la *prise en masse* d'une solution d'albumine. Considérant en même temps que les *martiaux* sont en général inoffensifs pour l'insomnie, employés à dose médiocre, je me demandai si, au lieu de chercher à supprimer l'acupuncture dans le traitement des anévrismes, il ne serait pas plus avantageux de renoncer à l'emploi de l'électricité, en conservant la première pour introduire dans la cavité du sac un principe coagulant (2) aussi énergique que le perchlorure de fer. Je pensai aussitôt à réaliser cette idée au moyen du trocart explorateur que l'on emploie pour reconnaître la nature des liquides contenus dans certaines tumeurs. Mais ceux que l'on trouve ordinairement chez les fabricants

(1) Je suis disposé à croire qu'une diminution dans la quantité normale du chlorure de sodium dissous dans le sérum du sang peut rendre celui-ci moins coagulable par le galvanisme. Je fonde d'abord cette opinion sur l'explication que l'on donne de la manière dont la dissociation des éléments du sel marin produite par le galvanisme amène la coagulation du sang à chacun des deux pôles, et ensuite sur des expériences par lesquelles j'ai constaté qu'en ajoutant un peu de sel marin à une solution d'albumine on obtient plus promptement la coagulation de celle-ci. Pourrait-on conclure de là que l'injection préalable dans une tumeur anévrismale d'une solution de sel rendrait la galvano-puncture plus efficace ?

(2) On a dit que le perchlorure de fer ne déterminait point une véritable coagulation de l'albumine; on peut en dire autant des acides et des alcalis. Alors l'impropriété de l'expression pour caractériser le phénomène peut être reprochée à tous les chimistes. Le calorique seul serait un véritable coagulum de l'albumine, car seul il la solidifie sans lui ajouter aucun principe pondérable.

d'instruments de chirurgie ne me paraissant pas assez déliés, j'attendis l'occasion d'un voyage à Paris pour en faire exécuter de plus appropriés au but que je me proposais. M. Charrière remplit parfaitement mes vues à cet égard. Je me procurai en outre une petite seringue dont le piston était manœuvré au moyen d'un pas de vis, afin que l'injection s'opérât sans secousse d'une manière continue, et pût être ménagée à volonté d'une manière exacte.

J'étais dès lors en possession du matériel opératoire très simple qui m'était nécessaire.

De retour à Lyon, j'essayai, assisté de mon fils, interne des hôpitaux, de coaguler le sang dans la carotide d'un lapin; mais cette artère était trop déliée pour permettre d'introduire facilement le trocart dans l'intérieur de son calibre sans perforer sa paroi d'outre en outre. Nous échouâmes donc dans cette première expérience, dont le succès, d'ailleurs, aurait été fort peu concluant. Je me proposais de la recommencer bientôt en opérant sur des animaux de forte taille, lorsqu'une maladie assez grave vint interrompre le cours de mes recherches. Elles auraient été peut-être ajournées indéfiniment, si le séjour du professeur Lallemand dans ma maison, en contribuant à me rendre la santé, n'eût ranimé en même temps mon ardeur scientifique presque éteinte.

Lui ayant communiqué dans un de nos fréquents entretiens, qui étaient pour moi une source intarissable d'instruction, mes idées sur la chance probable de substituer aux moyens usités pour la guérison des anévrismes une méthode plus simple, plus prompte et moins douloureuse, il m'encouragea à en reprendre l'exécution, et voulut bien me prêter l'assistance de ses lumières et de son intervention personnelle dans les expériences qu'il s'agissait de faire sur les animaux avant de proposer pour l'homme cette nouvelle thérapeutique.

M. Pétrequin, invité à participer à nos essais, tenta d'abord de produire un anévrisme traumatique sur le trajet de l'artère carotide d'un mouton; mais son opération, répétée deux fois, n'eut pas le succès qu'il en attendait. Un simple épanchement diffus, bientôt résorbé, fut le seul résultat de la ponction de chacune des carotides.

Nous nous décidâmes alors à opérer sur l'artère elle-même, et à tenter d'y intercepter le cours du sang au moyen de l'injection de quelques gouttes de perchlorure de fer.

L'Institut et la Société de chirurgie ont reçu de M. Lallemand communication des suites de cette expérience et de celles qui furent faites ultérieurement sur des chevaux, avec le concours éclairé et bienveillant de M. Lecocq, directeur de l'École vétérinaire de Lyon. Je ne les rappellerai pas ici, je compléterai seulement l'observation relative au mouton, en ajoutant à cette note l'autopsie qui en fut faite deux mois et demi après l'opération par M. Lecocq, parce qu'elle offre des particularités qui n'ont pu être remarquées chez les autres animaux, que l'on a sacrifiés avant que leurs plaies fussent cicatrisées.

On voit par les détails de cette autopsie que le *magma*, produit immédiat de l'injection, et les caillots sanguins qui ont dû se former consécutivement à l'opération, comme on l'a observé chez le cheval abattu au bout de dix jours, avaient été pour ainsi dire complétement résorbés au bout de deux mois et demi. Ce travail éliminateur ne fut accompagné d'aucun symptôme; seulement l'animal perdit l'appétit pendant les premiers jours qui suivirent l'injection. Ce trouble pouvait être produit par l'inflammation de la plaie assez large que l'on avait laissée à découvert sans aucun pansement.

Pour expliquer la fièvre et l'anorexie observées chez les animaux opérés à Alfort, on a dit qu'elles étaient probablement le résultat d'une sorte d'intoxication par le sel ferreux injecté. Je ne suis pas disposé à admettre cette étiologie; mais je n'en pense pas moins qu'il importe de n'employer que la quantité de *perchlorure* nécessaire pour la coagulation du sang, en l'évaluant d'après le volume de la tumeur. Les moyens que j'ai indiqués pour mesurer cette quantité attestent assez l'importance que j'attache à ce précepte.

Un nouveau cas d'application de la méthode d'injection qui sera publié prochainement montrera que l'on ne peut dépasser notablement les limites approximatives que M. Lallemand et moi avons fixées sans déterminer des symptômes d'intoxication et sans que le caillot fermé se redissolve; mais il peut résulter d'une injection exubérante une inflammation trop vive du sac, qui en amène l'ulcération consécutive et l'explosion en bloc du *magma* qu'il contient.

Il est inutile d'énumérer les inconvénients éventuels de cette élimination prématurée du bouchon destiné à amener l'oblitération progressive de l'artère; je me bornerai à dire que le point essentiel au succès de l'opération est de ménager toutes choses de manière qu'il y ait résorption lente du corps étranger introduit dans la tumeur. L'autopsie du mouton que j'ai rapportée et l'observation de M. Raoult Deslonchamps prouvent que cette terminaison est possible; une des conditions propres à l'assurer est d'éviter d'introduire dans le sac anévrismal un excès du liquide coagulant.

Ce précepte deviendrait surtout d'une rigueur absolue, s'il s'agissait d'un anévrisme profond où une simple fissure des parois du sac pourrait venir, non plus au dehors, mais au dedans de l'organisme, un liquide irritant.

Si j'avais à appliquer dans un cas de cette espèce la nouvelle méthode, je n'injecterais d'abord que quatre ou cinq gouttes de perchlorure de fer. En effet, il ne s'agit pas ici d'arrêter brusquement le cours impétueux du sang dans une artère volumineuse, comme la carotide d'un cheval. L'indication à remplir n'étant pas aussi immédiate, je crois que, pour arriver à un heureux résultat, il suffit de déposer dans la tumeur anévrismale un élément de solidification qui serve de noyau à l'agrégation de couches albumineuses successives; car j'ai remarqué que, si on laisse tomber dans une solution d'albumine une seule goutte de perchlorure de fer concentré, il se forme bientôt autour d'elle des espèces de *stalagmites* qui sextuplent au moins son volume, et donnent un caillot solide dont le diamètre excède de beaucoup celui du calibre de l'artère la plus volumineuse, en sorte qu'il ne pourrait être entraîné hors du sac.

Si, au bout d'un certain temps, les battements de la tumeur n'avaient point cessé complétement, rien ne s'opposerait à ce que l'on répétât l'injection, car la ponction par un trocart délié, comme celui que j'ai indiqué, est une opération absolument inoffensive.

Nous avons évalué, M. Lallemand et moi, à trois gouttes environ la quantité de perchlorure de fer qu'il suffit d'employer pour chaque centilitre de sang à coaguler; je serais disposé à descendre encore au-dessous de cette limite; mais pour qu'elle puisse guider sûrement l'opérateur, il convient d'indiquer à quel degré de concentration doit être amenée la solution de perchlorure de fer.

C'est dans cette vue que je joins ici la description du procédé à suivre pour obtenir une liqueur toujours identique, parfaitement pure et marquant 46 degrés à l'aréomètre. Cette description a été rédigée par l'un de nos pharmaciens chimistes les plus distingués, M. Burin du Buisson.

Je termine cette note, que je n'ai pas eu le temps de rendre plus courte, en soumettant les idées qu'elle renferme à l'examen éclairé de la Société de chirurgie, persuadé que, si la nouvelle méthode doit prendre rang parmi les progrès de l'art de guérir, c'est lorsqu'une discussion approfondie, comme toutes celles auxquelles se livre la Société, aura bien précisé les cas d'application et les moyens les plus rationnels de rendre cette application inoffensive, autant que le comporte la gravité des cas.

Agréez, monsieur et cher collègue, l'assurance de ma considération la plus distinguée. Ch. Pravaz, D.-M.-P.

Lyon, 2 mai 1853.

Note de M. Burin du Buisson, pharmacien à Lyon, sur la préparation du perchlorure de fer liquide considéré comme agent coagulateur du sang.

On sait combien est grand le nombre de substances qui ont la propriété de précipiter l'albumine de ses dissolutions.

Presque tous les acides la précipitent en blanc; l'acide acétique fait prendre en gelée les dissolutions concentrées d'albumine.

La strontiane, la baryte et la chaux forment avec l'albumine des précipités insolubles dans l'eau.

Presque tous les sels métalliques sont précipités par l'albumine, et le précipité blanc insoluble dans l'eau que forme cette substance avec le bi-chlorure de mercure est particulièrement connu. Parmi les autres métaux qui jouissent de cette propriété, il faut encore ajouter le sulfate de cuivre, mais plus particulièrement le *perchlorure de fer*.

Le chlorure ferrique possède, en effet, au plus haut degré la propriété de se combiner avec l'albumine instantanément et de former avec elle un précipité sous forme de *magma* consistant et insoluble, ainsi que vient de le constater M. le docteur Pravaz; et chacun connaît aujourd'hui combien est importante l'application que cet habile praticien vient de faire de la solution aqueuse de ce sel pour coaguler instantanément le sang dans les artères, en vue de son emploi spécial pour la guérison des anévrismes chez l'homme.

Le perchlorure de fer réunit, en effet, toutes les qualités désirables (et même exclusives) pour remplir le but auquel M. le docteur Pravaz le destine si heureusement: pouvoir hémostatique puissant, innocuité parfaite, solubilité dans l'eau excessive; — il ne restait donc plus qu'à chercher un mode de préparation qui permît d'obtenir ce sel toujours *très pur*, et sa solution aqueuse à une densité maximum *qui fût toujours et partout identique*, conditions indispensables pour atteindre le but que s'est proposé M. le docteur Pravaz, qui a bien voulu nous charger de ce dernier travail dont nous allons exposer les résultats:

Perchlorure de fer liquide du docteur Pravaz.

On prend:

Sulfate de fer du commerce de couleur émeraude.	1,000,80
Eau.	3,000,00
Limaille de fer pure.	100,00
Acide sulfurique.	15,00

On introduit le tout dans un matras ou mieux dans un vase en fonte émaillée, et on laisse digérer sur un bain de sable jusqu'à ce que tout dégagement de gaz cesse; on filtre, on ajoute à la liqueur 500 grammes d'acide hydro-sulfurique liquide et on laisse en repos pendant douze heures; au bout de ce temps, on porte la solution sur le feu, on laisse bouillir demi-heure et on filtre.

Le liquide filtré est additionné de 200 grammes d'acide sulfurique pur et concentré; on place le mélange dans une capsule en porcelaine ou un vase de fonte émaillée qui ne doit être rempli qu'à moitié; on porte à l'ébullition, et l'on ajoute par petites quantités de l'acide azotique pur, jusqu'à ce que la dernière affusion ne donne plus lieu à un dégagement de vapeurs rutilantes; — on retire alors du feu, on étend le liquide de vingt-cinq à trente fois son poids d'eau froide, et on précipite tout le fer à l'état de peroxyde par un léger excès d'ammoniaque liquide; on lave par décantation à l'eau pure le précipité un grand nombre de fois, et on le fait sécher à l'air en le divisant en couches minces sur de la toile.

L'oxyde sec et pulvérisé est ensuite calciné au rouge dans un vase en fer battu, large et peu profond, afin de ne pas trop élever la température; on obtient ainsi le safran de mars astringent des pharmacies, qui n'est autre que du peroxyde de fer pur, lorsqu'il est ainsi préparé.

On obtient ensuite le perchlorure de fer de la manière suivante:

Protoxyde de fer ci-dessus.	200 grammes.
Acide hydrochlorique blanc et pur.	1,000 —

On laisse réagir à froid pendant cinq à six heures, puis on porte le vase sur un bain-marie d'eau bouillante, et l'on chauffe jusqu'à solution à peu près complète de l'oxyde; cette opération doit être faite dans une capsule de porcelaine dont on connaît le poids; on décante le liquide pour séparer l'oxyde indissous, et on l'évapore avec ménagement au bain-marie en agitant continuellement jusqu'à consistance de sirop épais, dont on détermine alors le poids; on ajoute une quantité d'eau distillée égale à la moitié de ce poids, on chauffe encore quelques instants et on jette le tout sur un filtre; on lave la capsule, puis le filtre, avec une nouvelle quantité d'eau égale à la première, et l'on ajoute au premier liquide la quantité suffisante du dernier pour obtenir un mélange homogène ayant une densité constante de 43,5 à 44 degrés.

En opérant ainsi, on obtient un liquide très limpide ayant seulement une légère réaction acide, mais parfaitement pur, *au maximum de saturation et toujours identique*, se conservant parfaitement sans aucun dépôt de sel, pourvu qu'il soit tenu dans un vase bien bouché; il est d'une couleur brun foncé vu en masse, et d'un jaune doré verdâtre vu par transparence et en couche mince.

Cinq à six gouttes de ce liquide, mêlées à un blanc d'œuf délayé dans 20 grammes d'eau, suffisent en moins de quinze secondes pour faire prendre le tout en une masse qui, en renversant le vase qui la contient, reste collée au fond et ne s'en détache qu'au bout d'un temps assez long avec lequel l'eau commence à s'en séparer en partie, à la manière du sérum du sang coagulé.

Cette préparation réunit donc ainsi toutes les conditions voulues pour réaliser les espérances que font naître, à juste titre, les observations de M. le docteur Pravaz.

Rupture du cœur.

M. Giraldès communique aussi une lettre qu'il a reçue de M. Prescott Hewet, chirurgien de l'hôpital Saint-Georges, membre correspondant de la Société. Il s'agit d'un fait intéressant de rupture du cœur. Nous en donnons l'analyse:

Un jeune garçon, âgé de douze ans, tombe du haut d'une maison; à l'instant même, on le porte à l'hôpital Saint-Georges dans un état d'insensibilité complète et où il meurt au bout de quatre heures. Pendant le peu de temps qu'il resta dans les salles, il n'a pas repris connaissance. Au moment de son entrée, on constate une fracture de la mâchoire inférieure et une fracture compliquée des deux cuisses.

A l'autopsie, aucune lésion dans les parties externes du thorax. Point de fracture. On rencontre une légère ecchymose sur la partie antérieure du poumon. Point de sang épanché dans le péricarde; mais à la partie antérieure et superficielle du cœur, dans la région correspondant à la partie supérieure de la cloison et à un pouce et demi au-dessous de l'origine de l'artère, on y trouve une ecchymose de l'étendue d'un pouce; le sang est épanché sous la séreuse, qui est intacte. En examinant la lésion avec plus de soin, on constate que cette ecchymose correspond à une déchirure du cœur; elle se continue vers la partie supérieure de la cloison et la divise dans toute son étendue, et établit une communication entre les deux ventricules; on peut facilement faire passer un stylet d'une cavité dans une autre. Cette déchirure mesure, du côté droit, un pouce et demi de profondeur; du côté gauche, on ne trouve aucune petite ouverture suffisante pour laisser passer un stylet. On remarque d'autres points ecchymotiques dans d'autres parties de l'organe. La membrane interne du ventricule gauche est la seule partie de la cloison ventriculaire qui ne soit pas déchirée. A la partie antérieure de cette cloison, on peut voir la déchirure se continuer jusqu'à la partie antérieure de la paroi du ventricule droit. Du côté gauche, deux colonnes charnues sont incomplétement déchirées. Les cavités du cœur représentent leur calibre normal; il en est de même du tissu musculaire du cœur; les vaisseaux cardiaques sont sains.

Le cerveau est contus à sa surface: on rencontre une fracture de la fosse moyenne gauche de la base du crâne; rupture de la rate, fracture de la mâchoire inférieure et fracture comminutive compliquée des deux cuisses.

Lectures.

M. Mayor (de Genève) lit au nom de son fils deux observations dont nous transcrivons les titres:

1° *Kyste multiloculaire développé dans la moitié gauche de la mâchoire inférieure;*

2° *Extirpation d'un goître développé au côté droit de la glande thyroïde.*

Ces deux observations sont renvoyées à l'examen d'une commission composée de MM. Maisonneuve, Huguier et Forget.

Anatomie pathologique.

M. Debout présente la carotide gauche d'un cheval, une injection de 15 gouttes de perchlorure de fer a été faite dans ce vaisseau le 9 avril. Le cheval a été sacrifié le 1er mai. On remarque une inflammation assez vive dans l'étendue de 20 centimètres.

M. Debout reviendra sur cette communication dans la première séance.

De l'emploi du perchlorure de fer dans le traitement des hémorrhagies.

M. Marjolin annonce que dans deux cas il a eu recours avec succès à l'emploi du perchlorure pour combattre des hémorrhagies.

Le premier fait est relatif à une métrorrhagie suite d'une affection cancéreuse de l'utérus et du vagin. Une injection pratiquée avec un mélange de 2 grammes de perchlorure de fer pour un litre d'eau a fait cesser immédiatement la perte de sang.

Dans le second fait, le perchlorure a été appliqué pur. Il s'agissait d'une hémorrhagie en nappe se produisant sur la surface résultant d'une plaie suite de l'ablation d'une tumeur située près la marge de l'anus. Un morceau d'agaric imprégné de perchlorure de fer appliqué sur la surface saignante a amené la cessation immédiate de l'hémorrhagie. Aucun accident local n'a suivi cette application.

M. Guersant a aussi employé cet agent hémostatique, il y a cinq jours, à l'hôpital des Enfants, sur un jeune sujet très prédisposé aux hémorrhagies; une avulsion de dent détermina une perte de sang très inquiétante. Après avoir en vain employé la cautérisation, le tamponnement, la glace, il put mettre fin à l'hémorrhagie en appliquant 2 ou 3 gouttes de perchlorure de fer.

M. Guersant fait toutefois remarquer que la glace fut appliquée concurremment avec le perchlorure.

Le vice-secrétaire de la Société, E. Laborie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

La Société impériale et centrale d'agriculture a tenu sa séance solennelle le dimanche 1er mai.

Sur le rapport de M. Yvart, les récompenses suivantes ont été accordées à des vétérinaires:

1° Une médaille d'or de 500 fr. à M. Meyer, vétérinaire à Soleure (Suisse), pour la traduction de documents allemands sur le typhus des bêtes à cornes;

2° Une médaille d'or de 500 fr. à M. Jules Poncet, vétérinaire au 3e de génie, à Oran (Algérie), pour un mémoire sur les bêtes ovines de la province d'Oran;

3° Une mention honorable à M. Viramon, vétérinaire à Narbonne (Aude), pour son mémoire sur la dénudation des os de la face sur un cheval;

4° Le titre de membre correspondant à M. Festal (Philippe), vétérinaire à Libourne (Gironde), pour un mémoire sur les bêtes ovines de son département.

— La Société d'encouragement pour l'industrie nationale avait mis au concours la question suivante:

« *Mémoire sur l'histoire critique et raisonnée de la production chevaline dans une ou plusieurs régions de la France.* »

Dans sa séance publique tenue le 9 mars, sous la présidence de M. Dumas, cette Société a décerné trois prix de 500 fr.:

1° A M. de Sourdeval, pour un travail sur la race chevaline de Saint-Gervais (Vendée);

2° A M. Goux, vétérinaire à Agen, pour un mémoire sur les races chevalines du Lot-et-Garonne;

3° A M. Challemaison, pour un travail sur la race chevaline des quatre départements qui comprennent l'ancienne province de Champagne.

— Les travaux de déblai pour l'établissement de l'hospice thermal militaire à Bourbon-l'Archambault (Allier) se poursuivent avec beaucoup d'activité, et occupent en ce moment un grand nombre d'ouvriers.

— *Nécrologie.* — M. le docteur Lemerchier, ancien maire de la ville d'Amiens, vient de mourir dans cette ville à l'âge de 84 ans.

— Les docteurs Fausto Rossi (de Pise) et Torello Niccoli (de Livourne) sont morts dans la vigueur de leur âge.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40;
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris
au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

	Trois mois	Six mois	Un an
Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	8 fr. 50 c.	16 »	30 »
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	9 fr.	17	33
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	10 fr.	20	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

PARIS, LE 18 MAI 1853.

Séances des Académies.

La journée a été bonne pour la commission sur la surdi-mutité. Dans un discours brillant et très étendu, prononcé d'une voix ferme et claire, M. Bouvier s'est livré, lui aussi, à la comparaison des divers modes d'éducation des sourds-muets, par la mimique, la lecture sur les lèvres et l'articulation.

L'honorable orateur s'est fondé surtout sur les observations qu'il a faites dans la maison Dubois, où cette dernière méthode est exclusivement appliquée, et sur la comparaison qu'il a pu établir entre les écrits émanant des sourds-muets non parlants et des sourds-muets parlants, pour prouver que l'avantage était à ces derniers, qui, malgré des fautes de sens encore assez nombreuses, ont cependant une supériorité marquée sur les autres. Quoique la fin de son discours, qui a occupé toute la séance, ait été renvoyée à mardi prochain, et qu'il lui reste encore à parler de la partie la plus importante, le traitement, M. Bouvier a déjà montré toute sa propension à voter les conclusions de la commission, qu'il s'est étonné d'avoir vu attaquer avec tant de violence.

L'heure avançait, M. Bouvier annonçait la continuation de son discours pour la séance prochaine, et plusieurs membres sont encore inscrits. M. le président a cru devoir proposer à l'Académie de tenir quelques séances supplémentaires; appuyée par M. Larrey, et combattue par M. Michel Lévy, cette proposition n'a pas été adoptée.

M. Lévy ayant alors demandé à lire quelques passages d'un écrit de M. Ordinaire, directeur démissionnaire de l'Institut des sourds-muets, où la question lui paraît tranchée, se prononce lui-même pour *un progrès,* et lit quelques phrases de ce livre, où la méthode de l'articulation est présentée comme la plus avantageuse.

A l'Académie des sciences, nous avons eu plusieurs communications intéressantes :

1° La suite de la communication de M. Szokalski sur les phénomènes de la rotation du globe oculaire; il s'agit, dans cette deuxième partie, des modifications pathologiques de cette fonction.

2° Un mémoire très important de M. Baudens, sur les solutions de continuité de la rotule, et la description d'un appareil curatif nouveau pour le traitement des fractures transversales. Nous en publierons un extrait.

3° Une réclamation de M. Le Roy-d'Étiolles, qui prétend avoir, dès 1844, publié l'idée première de la méthode concernant le traitement de l'anévrisme par des injections coagulantes faites dans l'artère au moyen d'un tube capillaire. M. Lallemand fait observer que M. Pravaz ne connaissait pas la publication de M. Le Roy-d'Étiolles, et ne peut en avoir fait usage.

HOPITAL MILITAIRE DU ROULE — M. ABEILLE.

De la gomme-gutte à haute dose dans les hydropisies (1).

Voici un deuxième cas non moins curieux au point de vue des effets obtenus par la gomme-gutte, et qui est de date toute récente.

OBS. II. — *Anasarque avec ascite symptomatique d'une cirrhose du foie. — Divers traitements sans succès. — Guérison par la gomme-gutte à haute dose.*

Le nommé Laur..., du 12e léger, jeune chasseur de vingt-trois ans, ayant seize mois de service, de constitution moyenne, sanguin lymphatique, entre le 16 décembre dernier à l'hôpital du Roule pour une anasarque qni est survenue lentement et progressivement. Ce militaire était garçon tailleur avant son entrée au service. Il a continué à exercer la même profession dans les ateliers du régiment depuis son incorporation jusqu'à il y a trois mois. Il s'était toujours bien porté avant son entrée au service; et, quoique contrarié d'avoir été appelé sous les armes par la voie du sort et ennuyé de sa position, il avait continué à jouir d'une bonne santé.

Il y a deux mois environ, il a commencé à éprouver du malaise, de la faiblesse, ayant, du reste, de la constipation depuis quelque temps. Cette constipation est devenue plus opiniâtre, et a paru entraîner un embarras des premières voies. A ce sujet, le malade a usé trois fois des purgatifs dans l'espace de ces deux mois.

Bientôt, avec la lassitude générale, il est devenu apathique, impropre au mouvement, triste; il a dû se faire exempter du service à diverses reprises. Depuis trois semaines, sans autres troubles précurseurs que ceux énumérés, il s'est aperçu que ses jambes enflaient tous les soirs, pour désenfler avec le repos de la nuit. Son ventre lui paraissait en même temps plus gros.

Depuis huit jours l'infiltration a augmenté et n'a plus disparu; elle a gagné la surface du corps y compris la face, et une pâleur remarquable s'est peinte sur les traits.

A notre visite, nous constatons aisément l'infiltration générale. Les bourses sont très volumineuses, par suite de l'accumulation du sérum dans le tissu cellulaire sous-cutané. Il y a une certaine quantité de liquide épanché dans le péritoine, et un épanchement péricardique moyen décelé par la percussion et l'auscultation. Rien dans les cavités pleurales.

Sur nos pressantes interrogations, le malade affirme n'avoir jamais eu de douleurs aux reins, n'avoir jamais subi de refroidissement brusque. Il insiste sur la constipation à laquelle il est sujet; tout son mal est là, selon lui. Sa nourriture a toujours été saine et suffisante, et la plupart du temps il a pu ajouter un verre de vin à ses repas.

Les diverses manipulations exercées sur le ventre et tous les modes d'exploration ne laissent découvrir aucune tumeur dans cette cavité. En revanche, nous trouvons au foie des dimensions très grandes. Il déborde les fausses côtes en bas, et s'étend jusqu'au sein correspondant en haut; son petit lobe aboutit jusqu'au centre épigastrique.

A part l'épanchement moyen qui existe dans le péricarde, le cœur ne nous paraît le siége d'aucune lésion organique. On ne perçoit ni bruit anormal, ni impulsion plus forte; celle-ci est nulle, au contraire. Il n'existe pas de pouls veineux.

L'urine, traitée par l'acide nitrique et une chaleur de 100°, ne fournit aucun précipité. La seule lésion organique qui puisse nous rendre raison de l'hydropisie est l'augmentation du volume du foie. L'hypertrophie pure et simple est incapable de donner lieu aux suffusions séreuses; il faut donc qu'il y ait autre chose. Une dégénérescence de tissus et la constipation habituelle du malade légitiment cette manière de voir. Nous croyons avoir affaire à une dégénérescence graisseuse de la glande.

C'est d'après ce diagnostic que le traitement est institué, autant pour agir, s'il est possible, contre l'affection organique du foie que sur les suffusions séreuses multiples.

Du 16 décembre au 9 février, nous mettons en usage de larges vésicatoires répétés sur l'hypocondre droit, les purgatifs, l'iodure de potassium, les bains de vapeur, la digitale à l'intérieur et en frictions à la peau, le nitrate de potasse, l'oxymel scillitique, et toutes ces médications restent sans succès, sans résultats satisfaisants. L'urine s'est montrée trois fois légèrement coagulable dans tous ces espaces de temps. Le malade se trouve très fatigué de tous ces remèdes; il perd l'appétit et les forces, et la diarrhée, provoquée par les purgatifs répétés, le jette dans la prostration sans bénéfice pour l'hydropisie.

Le 9 février, le ventre est plus développé que le jour de l'entrée; les bourses sont extrêmement infiltrées, et nécessitent des applications immédiates de décoction de quinquina et d'extrait de saturne.

Du 9 au 16, toute médication est suspendue pour laisser reposer le malade. Le 16, nous nous décidons à essayer la gomme-gutte, sur les effets de laquelle les jeunes confrères qui suivent notre visite se montrent incrédules, après ce qui a eu lieu pour les autres remèdes mis en pratique.

La première dose est de 30 centigrammes, administrée sous la même forme que chez le malade précédent.

Jusque-là l'urine a été peu abondante; la plus grande quantité que le malade ait rendue en vingt-quatre heures est de trois quarts de litre.

Le 17 au matin, il n'y a eu ni selles, ni coliques. Quelques nausées ont incommodé le malade; cependant il a pu manger son quart de portion comme d'habitude, en ayant soin de suspendre le médicament deux heures avant et après chaque repas. Ce qui frappe le plus, ce n'est pas la tolérance absolue et de prime abord de la gomme-gutte, mais c'est l'augmentation assez considérable et instantanée de l'urine rendue dans les vingt-quatre heures. (Un litre et demi.)

Ce liquide est légèrement rougeâtre, neutre, et ne précipite point par l'acide nitrique, pas plus que par une chaleur de 100°. — Gomme-gutte, 60 centigrammes; quart de portion d'aliments.

Le 18, tolérance du médicament. Une seule selle. Cet effet est d'autant plus remarquable que les purgatifs salins procuraient précédemment de nombreuses évacuations (2 litres et demi d'urine non coagulable). Disparition de l'infiltration des bourses; diminution considérable de l'infiltration des membres. — Gomme-gutte, 80 centigrammes.

Le 19, il n'y a pas eu de selle. Le malade craint le retour de sa constipation primitive et demande des lavements. Il a éprouvé de la chaleur dans l'estomac et les intestins, puis une chaleur générale pendant laquelle il se sentait plus de forces. Du 18 au 19, il n'a pas rempli moins de deux vases de nuit, ce qui donne un total de six litres d'urine. Ce liquide est toujours légèrement teint de rouge et neutre; il n'est point coagulable. Le ventre est diminué d'une manière excessivement prononcée. C'est à peine si l'on peut constater encore un peu de liquide par la percussion exercée dans diverses positions inclinées. Les membres n'offrent plus de trace d'œdème, et toute la surface cutanée est rentrée dans les conditions ordinaires. — Gomme-gutte, 1 gramme; demi-portion d'aliments, que le malade sollicite avec instance.

Le 20, quatre selles dans les vingt-quatre heures. Pas de colique. Trois litres et quart d'urine non coagulable. L'effet purgatif produit par la gomme-gutte offre une particularité à noter; c'est qu'il a lieu au moment où le malade est presque entièrement débarrassé de son hydropisie. Evidemment le médicament cesse d'être toléré. Nous prescrivons un nouveau gramme pour voir si l'intolérance continuera. Nous constatons la résorption complète du liquide péritonéal. Pour la première fois depuis l'administration de la gomme-gutte, nous examinons la région précordiale dans le but de constater où en est l'épanchement péricardique. Les bruits du cœur sont nettement perçus avec leur timbre physiologique; l'impulsion est sentie avec la main appliquée sur les parois sterno-costales. Le liquide doit donc être résorbé en très grande partie, sinon en totalité.

Le 21, le malade a eu sept selles avec coliques vives. Ces selles l'ont beaucoup fatigué; les forces sont déprimées; il nous demande à ne plus prendre de gomme-gutte, ce que nous avions déjà décidé d'avance.

Du 21 au 17 mars, jour de son départ pour convalescence, l'hydropisie ne s'est pas reproduite, et les forces sont revenues. Cependant le foie conserve son volume, et il reste de la pâleur à la face. Il est fort à craindre que l'hydropisie ne reparaisse ultérieurement, puisque la lésion organique qui lui a donné naissance une première fois persiste.

Quoi qu'il en soit, ce cas, encore plus que le précédent, témoigne hautement de la puissance du médicament que nous vantons à juste titre pour combattre les suffusions séreuses rebelles. Que les cures soient définitives, qu'elles ne soient que momentanées, cela n'infirme point ses effets. La récidive ou la non-récidive dépend de la persistance ou de la disposition de la cause morbide fondamentale. Nous n'avons jamais eu la prétention de guérir avec le même remède des lésions organiques réfractaires à tous les moyens, c'est contre l'épiphénomène morbide seul que nous le dirigeons.

Au point où en est arrivée la question aujourd'hui, il ne sera plus permis à un praticien placé en face d'une hydropisie de quelque nature que ce soit, et qui reste réfractaire aux moyens ordinaires, de ne pas recourir à la gomme-gutte à hautes doses.

Nous pourrions bien signaler quelques cas où elle a échoué entre les mains de praticiens fort habiles. Il ne s'agissait point toujours, suivant toute apparence, d'hydropisie réelle, mais bien d'épaississement péritonéal enkysté; témoin un fait rapporté par M. Teissier (de Lyon), et pour lequel ce médecin pratiqua l'injection iodée. De pareils faits ne prouvent rien; la rigueur du diagnostic ne prémunit pas suffisamment sur le genre d'hydropisie auquel on a affaire. Dans un cas semblable, où l'autopsie nous a démontré l'existence d'un vaste épanchement péritonéal enkysté, la gomme-gutte a complétement échoué aussi entre nos mains; et de fait, que pourrait-on en attendre alors quand on sait que les parois kystiques sont éminemment impropres à la résorption?

Il est quelques règles à suivre pour l'administration de la gomme-gutte; nous devons les rappeler en terminant, afin que les praticiens n'aient point à éprouver quelques insuccès, ou même des accidents, quand ils auront à l'employer.

Tout le monde sait que cette substance est insoluble dans l'eau; elle ne l'est que fort peu dans le suc gastrique. De là la nécessité de formuler une potion où elle entre en solution le plus possible, afin qu'arrivée dans l'estomac elle puisse être absorbée avec facilité. C'est de son absorption ou de sa non-absorption par les parois stomacales que dépend la tolérance ou la non-tolérance. Cependant, et les faits nous l'on démontré, ce n'est guère que dans les hydropisies que la tolérance a lieu; et quand les collections séreuses sont dissipées, la tolérance cesse aussitôt. Si le médicament est absorbé par l'estomac, son action purgative s'expliquerait alors par une tout autre action que par l'irritation de la muqueuse intestinale.

Pour rendre la gomme-gutte soluble, nous la faisons digérer dans une certaine quantité d'alcool à 33° (1 gramme d'alcool pour 5 centigrammes de gomme-gutte); nous faisons ajouter à la potion 8 grammes d'eau de fleurs d'oranger, pour enlever autant que possible la saveur désagréable du médicament. Le malade doit prendre la potion en sept ou huit fois dans les vingt-quatre heures, ce qui fractionne les doses ainsi que cela se pratique pour le tartre stibié à haute dose.

D'habitude, nous continuons l'alimentation des malades, en ayant soin de suspendre le médicament deux heures avant et deux heures après le repas. Souvent les malades voient leur appétit augmenter; c'est ce qui a presque toujours lieu quand la tolérance s'établit.

On ne doit pas reculer devant deux et trois essais quand il y a intolérance; la tolérance survient ordinairement après. Dès qu'elle cesse, il faut se hâter de suspendre ou d'arrêter définitivement le remède.

Dès que la tolérance a lieu, soit d'emblée, soit après essais et par gradation, les doses peuvent être élevées et portées rapidement très haut. C'est ainsi qu'on peut ne pas craindre d'augmenter de 20 et 30 centigrammes par jour. Au début, il faut donner 30 centigram-

(1) Fin. — Voir le numéro précédent.

mes, et augmenter d'un décigramme les jours suivants, jusqu'à ce que la tolérance soit établie. La dose la plus élevée à laquelle nous soyons arrivé est 1 gramme 80 centigrammes.

Tout porte à croire que le médicament est éliminé par les voies excrétoires, et la coloration légèrement rougeâtre que nous avons remarquée à l'urine assez fréquemment après son administration pourrait bien être due à la présence de la matière colorante de la gomme-gutte. Il reste à faire à ce sujet des expériences décisives pour voir si, comme beaucoup d'autres médicaments, la gomme-gutte à haute dose n'est pas rendue par les urines après avoir traversé le torrent circulatoire et avoir porté son action sur les vaisseaux absorbants.

CLINIQUE ÉTRANGÈRE.

Mémoire sur les effets salutaires du baume opodeldoch dans la carie des os;

Par J.-B. Vandenbroeck, médecin principal de l'armée belge.

Le titre du travail de M. Vandenbroeck indique que la question qui y est traitée est des plus importantes.

La carie des os a presque toujours été le désespoir des chirurgiens; les moyens de traitement étaient variés, mais le plus souvent ne répondaient pas à l'attente que l'on s'en promettait : aussi cette maladie était-elle une des causes les plus fréquentes d'amputation.

La médication proposée par M. Vandenbroeck n'est pas un de ces moyens qui figurent dans un journal thérapeutique pour être oublié ensuite; mais cette médication a pour elle l'expérience et le suffrage des plus grands praticiens.

Ces motifs suffisent pour appeler l'attention particulière de tous les chirurgiens sur le travail du médecin principal de Mons.

Nous tâcherons de donner un exposé succinct de son traitement. Dans le traitement de la carie due à une affection générale, deux indications à remplir se présentent : détruire cette cause si elle est connue, et agir simultanément avec l'opodeldoch qu'on porte immédiatement sur l'os carié pour amener la détersion et la cicatrisation de sa surface ulcérée. Quelle que soit la cause qui ait déterminé la carie *constitutionnelle*, je pense, dit M. Vandenbroeck, qu'il est prudent d'adjoindre l'usage d'un ou de deux cautères aux moyens internes pour combattre cette cause.

L'observation prouve que la destruction de la cause constitutionnelle de la carie ne suffit pas toujours pour guérir celle-ci; il faut agir constitutionnellement et localement.

Voici le traitement local que le médecin principal de Mons préconise; nous le reproduisons littéralement;

« Dans les variétés les plus communes de la carie parvenue à l'état de maturité, il existe dans les parties molles environnantes un ou plusieurs trajets fistuleux qui partent plus ou moins directement du point carié et laissent échapper au dehors une sanie puriforme, fétide, grisâtre ou rouillée, mêlée de flocons albumineux, et quelquefois de parcelles d'os. Si un stylet boutonné est introduit dans un de ces trajets, il ne tarde pas, à moins que celui-ci soit tortueux, à rencontrer la surface rugueuse de l'os malade, sur laquelle il glisse avec peine. Parfois le stylet s'enfonce dans l'os altéré comme à travers une substance lardacée, et sans faire sentir de crépitation distincte. Lorsque la carie affecte une articulation et que sa capsule synoviale est ouverte, l'instrument y pénètre tout à coup et on le sent glisser entre les surfaces articulaires rugueuses et corrodées. D'autres fois, enfin, le pus, ayant creusé des routes obliques et tortueuses dans l'interstice des parties, s'ouvre des issues fort éloignées du principe du mal. Il est alors difficile, sinon impossible, de s'assurer par le moyen de la sonde s'il y a un os carié. Dans ce cas, la direction du sinus et la nature du pus sont des signes rationnels qui donnent des présomptions plus ou moins fortes sur le caractère du mal; car le pus qui vient des os cariés a une odeur et un aspect particuliers. Néanmoins, j'ai vu plusieurs fois, à l'endroit du pus, des effets tout semblables à ceux qui se manifestent dans les cas dont il s'agit, parce qu'il était demeuré dans le fond d'une fistule étrangère à la carie des os quelques morceaux d'éponge ou de charpie qui s'y étaient pourris. Les signes commémoratifs sur le siége de la douleur primitive pourront servir à asseoir le jugement du chirurgien dans les cas douteux.

» Après avoir bien reconnu la situation, la profondeur et la direction des fistules, on doit chercher à les élargir graduellement à l'aide de cylindres d'éponge préparée dont on augmente progressivement le calibre, ou mieux encore rendre la carie plus promptement accessible par des incisions convenablement pratiquées. L'expérience m'ayant appris que très souvent ces éponges laissent beaucoup à désirer, je crois devoir en indiquer le choix et le meilleur moyen de préparation. L'éponge qu'on doit préférer est l'éponge douce de Syrie ou celle que l'on pêche dans l'Archipel. L'une aussi bien que l'autre, après avoir été purgée de leurs impuretés, est blonde, serrée, pesante et fine, au lieu d'être compacte, dure, mal agglutinée, comme la plupart des autres éponges.

» La meilleure manière de rendre l'éponge convenable à l'usage du traitement de la carie par ma méthode, c'est, après l'avoir coupée en tranches très fines, de faire macérer celle-ci dans l'eau tiède et de les exposer ensuite à l'action d'une forte presse. Lorsqu'elles sont séchées, on les plonge vivement dans de la cire blanche et pure fondue et mêlée avec partie égale d'huile d'amandes douces, et on les presse de nouveau. Ensuite, et après siccité complète, on coupe ces tranches en lanières plus ou moins étroites, suivant le besoin, et qu'on roule entre ces doigts pour en faire des cylindres. Pour bien faire, ceux-ci doivent être traversés ou entourés d'un fil de soie ciré qu'on laisse en dehors du trajet fistuleux, afin qu'ils ne puissent s'y égarer, ce qui est arrivé quelquefois avec plus ou moins de dommage à ceux qui, au loin, appliquent ma méthode sous ma surveillance, qui, à cause de mes fonctions militaires, ne peut s'exercer que de temps en temps. Cela fait, on frictionne matin et soir toute la partie et au delà (évitant toutefois les endroits ulcérés) avec de l'opodeldoch, de l'excellence duquel on est certain. Si le malade répugne fortement à se laisser inciser, l'on peut se contenter de la dilatation que détermine l'éponge préparée. Par ce dernier moyen, la guérison peut se faire attendre plus longtemps, c'est vrai, mais elle a du moins l'avantage d'être obtenue sans appréhension et presque sans douleur. Puis, à l'aide d'une petite seringue dite à oreille, on injecte ce baume dans la solution de continuité autant de fois et chaque fois à deux reprises différentes.

» Une fois l'usage de l'opodeldoch commencé, chaque jour avant d'entamer le pansement du matin on savonne légèrement les parties, afin d'en enlever le vernis occasionné par les frictions et les topiques de la veille.

» Lorsqu'il existe plusieurs fistules qui communiquent entre elles, il arrive fort souvent que le liquide injecté par l'un de ces trajets sort par l'autre. Il faut, dans ce cas, seringuer tantôt par un orifice, tantôt par un autre. Et pour contraindre le médicament à parcourir toutes les sinuosités de la fistule, ainsi que les cavités ou clapiers, si toutefois il s'en trouve, pendant qu'on l'injecte par une fistule, on bouche avec le doigt l'orifice de l'autre, et ce n'est que quand on remarque que la seringue ne fonctionne plus qu'on peut laisser échapper le liquide.

» J'ai remarqué presque constamment que les caries à deux ou plusieurs fistules qui communiquent entre elles guérissent plus promptement que celles à fistule unique. Conséquemment je tâche toujours, autant que possible, d'établir une communication plus ou moins directe entre les différents trajets fistuleux. A cet effet, je fais souvent usage de mèches faites avec quelques brins de soie et que j'introduis à l'aide d'un stylet à sétons.

» Ces mèches doivent être suffisamment longues pour qu'elles ne puissent s'égarer. Le but de cette opération est de pouvoir porter l'opodeldoch sur tous les points de la partie cariée de l'os. Elle sert encore à favoriser l'écoulement de la matière purulente, la sortie des esquilles s'il s'en présente, et à entretenir par le moyen du séton, les différentes ouvertures jusqu'à la fin de l'exfoliation et l'apparition des bourgeons charnus. L'usage des contre-ouvertures et du séton est un moyen de plus qui favorise celui des injections, et partant les bons effets de l'opodeldoch, surtout lorsqu'il s'agit de caries éloignées.

» Les injections faites, on introduit dans les trajets fistuleux de nouveaux cylindres d'éponge préparée; on recouvre toute la partie d'un gâteau de charpie ou d'étoupe imbibée de cette liqueur.

» Mais afin de rendre l'action de l'opodeldoch supportable, on commence par des proportions mitigées, c'est-à-dire qu'au début de la cure on en mêle une partie avec plusieurs parties d'huile de lin de bonne qualité. Les préparations de ce mélange doivent varier selon la susceptibilité présumée du malade, et comme il n'est pas plus possible de connaître la sensibilité de qui que ce soit, relativement à l'action des irritants en général, sans l'avoir éprouvée, que de deviner lequel, entre plusieurs individus, pourrait boire le plus de spiritueux sans s'enivrer, il faut étudier cette sensibilité en tâtonnant, pour ainsi dire, jusqu'à ce qu'on ait trouvé la force qu'il convient de donner au mélange en question.

» Dans la majorité des cas, je commence par adjoindre à l'opodeldoch neuf parties d'huile, et, selon le degré d'irritabilité du sujet et de la plaie, je diminue progressivement celle-ci, de sorte que, sans transition douloureuse, j'arrive, au bout d'un certain temps, à pouvoir employer pur le baume dont il s'agit. Il n'est pas toujours nécessaire d'atteindre cette force. Plus d'une fois, j'ai obtenu des guérisons avec un mélange où l'opodeldoch n'entrait que pour moitié. De cette manière il ne se manifeste jamais dans le lieu malade de symptômes inflammatoires qui obligent à abandonner le traitement. Tout au plus est-on, dans certains cas, obligé d'interrompre celui-ci pendant quelques jours pour y revenir après, mais à des doses plus fractionnées. C'est chez des malades porteurs d'affections antécédemment existantes à la carie, surtout chez ceux qui sont atteints de myélite chronique, que j'ai éprouvé ces temps d'arrêt nécessités par l'exaltation de la sensibilité due à certaines influences atmosphériques ou à des causes inappréciables. L'oubli de ces préceptes et l'abandon de la pratique qu'ils prescrivent sont les seules causes des rares insuccès que prétendent avoir essuyés ceux qui ont maladroitement appliqué ma méthode au traitement des caries. Mon expérience autorise cette réflexion pratique.

» Il va sans dire que les caries qu'on ne saurait découvrir qu'en exposant des parties trop délicates pour oser les entamer, celles qui se trouvent dans le voisinage de certains organes qu'on n'oserait soumettre à l'action de l'opodeldoch, telles que les caries de la face postérieure du sternum, les caries qui comprennent toute l'épaisseur des os du crâne, et surtout celles qui affectent spécialement leur tube interne, il est évident, dis-je, que ces caries sont exclues de l'avantage dont il s'agit : *guérir sans l'application des instruments, tels que les rugines, la couronne, le trépan exfoliatif, le couteau lenticulaire*, etc.

» Les effets avantageux de l'opodeldoch se sont également fait apercevoir dans le traitement de plusieurs cas de nécrose.

» Par l'expérience et la raison, il me paraît encore démontré que ma méthode est aussi avantageuse dans les cas de maladies du sinus maxillaire, et de celles qui affectent les parties circonvoisines. En effet, ces maladies sont le plus souvent occasionnées par la carie des dents. Il n'est pas nécessaire que leurs racines pénètrent, comme cela arrive quelquefois, jusque dans la cavité du sinus, pour y provoquer l'engorgement, la suppuration et la carie. Le point essentiel est d'extraire la dent cariée; ensuite on injecte dans le sinus maladé un mélange d'opodeldoch et d'huile d'amandes douces, dont on augmente graduellement la force. »

M. Vandenbroeck a encore obtenu de bons effets de l'action locale de l'opodeldoch dans les cas d'ulcères sordides et rebelles aux traitements ordinaires.

L'auteur termine son travail par plusieurs observations très curieuses de carie guérie par le traitement qu'il préconise. Ces observations ont été recueillies dans sa propre clientèle, ainsi que dans celle de son fils, professeur à l'Ecole des mines à Mons; nous devons renoncer à les publier à cause de leur étendue et des dimensions trop restreintes de notre publication.

Il y a treize ans que la médication de l'auteur a été publiée; elle a été tentée par plusieurs praticiens.

M. André Uyttenhoeven, chirurgien à l'hôpital Saint-Jean à Bruxelles, atteste en avoir retiré de bons effets.

M. Seutin déclare publiquement que la méthode de M. Vandenbroeck est des plus précieuses.

MM. Gosse (de Péruwelz), Schoenfeld (de Charleroi), Debach, Delhaie, Brinck, etc., ont également constaté les bons effets de la médication en question.

Les *Archives de médecine militaire belge* contiennent plusieurs observations curieuses de carie guérie par le même traitement :

Une carie du sternum chez le cheval guérie par M. Marcoux, vétérinaire de 1[re] classe au 2[e] régiment de cuirassiers;

Une carie du fémur guérie par le médecin adjoint Hamoir;

Une plaie au pouce droit avec broiement des phalanges; carie consécutive guérie par M. François, médecin adjoint.

On voit d'après ce qui précède que la médication du médecin principal de Mons mérite d'occuper d'une manière toute spéciale l'attention des praticiens. (*Observateur belge.*)

EMPLOI DU VERATRUM VIRIDE, OU ELLÉBORE D'AMÉRIQUE, dans le traitement de la pneumonie et de la fièvre typhoïde.

L'attention vient d'être appelée dans ces derniers temps sur la vératrine par l'emploi que M. Piédagnel et après lui M. le professeur Trousseau ont fait de cette substance dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu. Il nous a paru qu'il ne serait pas sans utilité de faire connaître les expériences qui ont été faites l'année dernière en Amérique avec une plante qui doit son activité à la vératrine; nous voulons parler du *veratrum viride*, ou ellébore d'Amérique. Seulement, ce n'est pas dans le rhumatisme, mais dans la pneumonie et dans la fièvre typhoïde que ces tentatives ont été entreprises par MM. Norwood, Summer et Robert; et quand on réfléchit aux effets si profondément sédatifs exercés sur le système circulatoire par la vératrine, à ses propriétés éminemment hyposthénisantes, on n'est pas surpris sans doute que les médecins américains aient songé à faire usage du *veratrum viride* dans deux maladies aussi remarquables par l'intensité du mouvement fébrile.

C'est dans la fièvre typhoïde et dans la pneumonie que M. Norwood a recommandé le *veratrum viride*. M. Norwood ne nous fournit malheureusement, sur le premier point surtout, que des assertions sans preuves, et M. Summer, qui prétend rappeler des faits de fièvre typhoïde traitée avec succès de cette manière, ne rapporte que trois faits, tous relatifs à de jeunes enfants, dont l'un a succombé à une perforation intestinale. Il est vrai que le pouls est tombé, dans tous les cas, sous l'influence du veratrum; mais M. Robert, qui l'a expérimenté dans cinq cas, n'en a retiré de bons résultats que dans un seul, et encore était-ce une rechute, c'est-à-dire une affection arrivée à son terme. Dans les autres cas, le vératrum produisit ses effets ordinaires; mais aussitôt qu'on l'interrompit, la malade se reprit à marcher.

En revanche, relativement à la pneumonie, M. Norwood, M. Summer, M. Robert, sont tous d'accord sur les effets merveilleux obtenus avec le *veratrum viride*. Ainsi, dans le fait de M. Summer, on voit une pneumonie datant de quatre à cinq jours et occupant la moitié inférieure du poumon gauche, chez un homme de 30 ans, entrer en résolution du quatrième au cinquième jour; et, bien que le malade ait eu des ventouses au début et un vésicatoire sur le côté, on ne peut rapporter qu'au vératrum l'abaissement remarquable du pouls, qui est tombé de 128 à 90 et à 68. Le médicament a déterminé une irritation du tube digestif, qui a cédé à la teinture d'opium associée à l'acide sulfurique aromatique. Les faits de M. Robert, au nombre de sept, sont également fort remarquables; car le pouls est toujours tombé très rapidement. Deux de ces faits méritent cependant d'être notés; l'un est un cas de pneumonie compliquée de rhumatisme articulaire occupant les deux genoux (les deux maladies furent enlevées simultanément); l'autre cas est un fait bien remarquable, parce qu'il montre qu'il ne faut pas se fier à l'abaissement du pouls pour admettre la résolution.

Le pouls était descendu à 40, et la dépression du système circulatoire était extrême. La pneumonie n'envahit pas moins le poumon tout entier. Le malade guérit après l'application d'un très large vésicatoire. Ajoutons que M. Robert ne s'est abstenu dans aucun cas de l'emploi des ventouses et d'un vésicatoire au début.

Il reste donc bien démontré par les faits précédents que le *veratrum viride*, et nous allons plus loin, la vératrine, sont susceptibles de rendre des services dans le cours de la pneumonie aiguë; mais il ne faut pas perdre de vue que, malgré la dépression du système circulatoire, la pneumonie peut s'étendre. C'est donc un devoir pour tout médecin qui voudrait employer ce traitement de désemplir d'abord le système circulatoire, afin de faciliter la résolution qui sera provoquée par l'agent hyposthénisant. Autrement dit, l'action de la vératrine nous paraît semblable à celle du tartre stibié, et par cela même nous croyons qu'elle ne doit prendre place dans la pneumonie qu'après les émissions sanguines.

Deux mots sur le mode d'administration. M. Norwood donne la formule suivante :

Racine de *veratrum viride* desséchée.	250 grammes.
Alcool.	1 litre.

Faites digérer pendant au moins quinze jours.

Dose : pour un adulte, 8 gouttes toutes les trois heures, en augmentant de 1 ou 2 gouttes après quelques jours jusqu'à ce que le pouls soit tombé à 65 ou 70, ou bien qu'il y ait des nausées et des vomissements. Pour les femmes et les enfants, 6 gouttes toutes les trois heures, en augmentant de même. Pour les enfants d'un à cinq ans, de 1 à 2 gouttes toutes les trois heures, en augmentant d'une goutte seulement. Ces doses ont été dépassées par M. Summer et M. Robert, qui ont donné jusqu'à 20 gouttes toutes les trois heures. Quoi qu'il en soit, c'est en tenant compte de la diminution du nombre des pulsations, ainsi que des nausées ou des vomissements, que l'on se guide pour réduire la quantité du médicament. On diminue tout de suite de moitié, et, si les effets physiologiques sont trop marqués, on les calme par l'administration du sirop de morphine, de la teinture de gingembre, de l'administration d'un mélange d'eau-de-vie et de laudanum. (*Bull. de thérap.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 17 mai 1853. — Présidence de M. BÉRARD.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Choléra.

Le ministre de l'intérieur et du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Regnault, d'Andresy (Seine-et-Oise), sur un cas isolé de choléra qu'il a observé dans ladite commune.

Eaux minérales.

2° Un échantillon d'eau minérale alcaline gazeuse provenant d'une source sise à Soulzmatt (Haut-Rhin) avec demande d'avis.

3° Un échantillon d'eaux minérales sulfureuses provenant d'une source située aux Thernes près Paris.

— M. Troupel adresse des échantillons des sources minérales d'Euz et les Bains avec prière d'en faire l'analyse. (Commission des eaux minérales.)

— M. Grange adresse une note intitulée : *Analyse des eaux minérales et thermales de Gréoulx en Provence*. (Commission de l'*Annuaire des eaux de la France*.)

Candidature.

M. Ch. Robin informe l'Académie qu'il se porte candidat dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale.

M. Sandras se porte également candidat dans la même section.

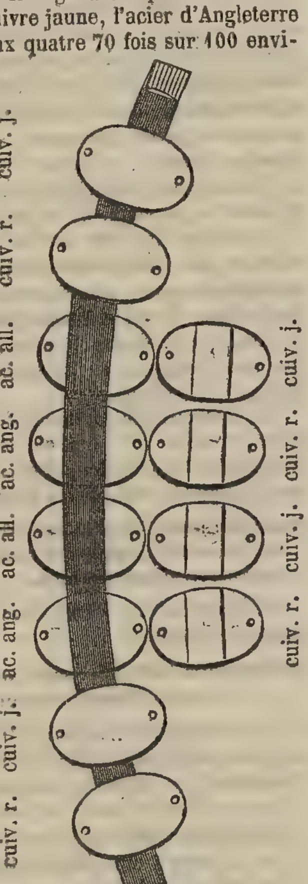
Seigle ergoté.

M. Mérier, médecin en chef des aliénés de Saint-Dizier, adresse quelques observations sur l'emploi du seigle ergoté dans les accouchements. (Commissaires : MM. Villeneuve, Adelon, P. Dubois et Danyau.)

Nouveau système d'armatures métalliques.

M. le docteur Burq adresse à l'Académie la description et les échantillons d'un nouveau système d'applications métalliques qui lui paraît destiné à vulgariser les avantages de son traitement en faisant cesser certaines imperfections ou obstacles qui existaient dans son premier système d'armatures.

Ce système consiste à faire intervenir les agents les plus actifs de la métallothérapie, le cuivre rouge et le cuivre jaune, l'acier d'Angleterre et l'acier d'Allemagne (qui agissent à eux quatre 70 fois sur 100 environ), dans la confection de divers appareils ou objets d'utilité, de religion ou d'agrément, pour la plupart d'un usage habituel, tels que médailles, bracelets, busc de corset, chaînes, baignoires, brosses à frictions, etc., dont la forme est tout à fait indifférente en elle-même, si elle est agréable aux malades ou du moins ne peut leur inspirer aucune répugnance, mais où ces quatre métaux doivent se trouver réunis à peu près en égale proportion et offrir une disposition telle qu'ils puissent s'appliquer aussi exactement que commodément sur les différentes parties du corps auxquelles on les destine ;



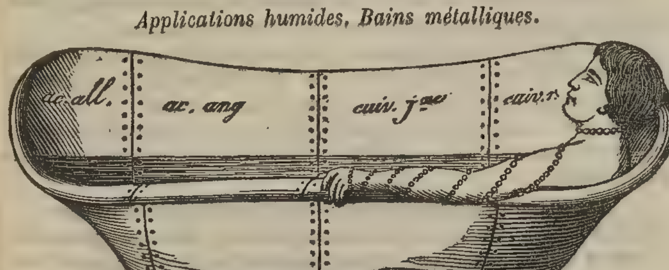
Présenter une surface d'application directement en rapport avec l'intensité des effets à obtenir ;

Et que surtout, dans tous les cas où la forme de l'appareil ou de l'objet le comporte et où il y a avantage à le faire, on ait la faculté d'appliquer à volonté, soit isolément, soit simultanément, les deux cuivres et les deux aciers.

EXEMPLES : *Applications sèches. Armatures. Nouvelle forme.*

Cet appareil se compose de 4, 8, 12, 20, 30, 50 à 60 au plus de petites plaques ou éléments doubles en cuivre rouge et acier anglais, laiton et acier d'Allemagne, offrant alternativement d'un côté le cuivre rouge et le laiton, et sur le revers l'acier d'Angleterre et l'acier d'Allemagne; chaque petite plaque présente en relief un dessin ou une légende pour indiquer les différents modes d'application, et donner en même temps aux métaux une certaine rugosité qui leur est quelquefois fort utile.

Applications humides, Bains métalliques.



La figure représente une baignoire formée par égales parts des quatre métaux indiqués, ou mieux des deux cuivres ou des deux aciers seulement, pour appliquer par une très large surface, aussi bien à l'état sec qu'à l'état humide, tantôt le cuivre rouge et le laiton, tantôt l'acier d'Angleterre et l'acier d'Allemagne, ou bien enfin ces quatre métaux à la fois. (Commissaires : MM. J. Cloquet, Guérin, Bérard et Poiseuille.)

Contracture du diaphragme.

M. Larrey dépose sur le bureau, au nom de M. Valette, une observation de contracture du diaphragme survenue pendant le cours d'un rhumatisme musculaire aigu, suivie de la mort du malade. (Commission nommée pour les recherches de M. Duchenne, de Boulogne.)

Chloroforme.

M. Mascarel, chirurgien de l'hôpital de Châtellerault, à l'occasion des accidents produits par le chloroforme, soumet à l'Académie les questions suivantes :

1° L'emploi du chloroforme doit-il être continué à titre d'anesthésique dans la pratique médicale ?

2° Dans le cas de l'affirmative, existe-t-il dans l'état actuel de la science des préceptes certains pour éviter les accidents de mort ?

3° Si une méthode certaine de mettre à l'abri des accidents occasionnés par le chloroforme employé comme anesthésique n'existe pas, quel doit-être le rôle du médecin envers les malades, la société et la loi ? (Commission du chloroforme.)

Surdi-mutité.

M. Valade-Gabel, directeur honoraire de l'institution des sourds-muets de Bordeaux, adresse une lettre sur ce sujet, dans laquelle, après avoir discuté quelques-unes des opinions soutenues devant l'Académie, il pose en ces termes l'état de la question :

« L'Académie ne tardera pas à le reconnaître, ce n'est pas assez d'avoir établi que M. le ministre de l'intérieur demande, avec la solution d'une question médicale la solution d'une question de haute pédagogie, la question de pédagogie elle-même doit être subdivisée. Suivant que le mutisme est la conséquence d'une surdité congéniale ou d'une surdité acquise postérieurement au développement de la parole; suivant que la surdité est complète ou incomplète; suivant que l'intelligence domine l'organisme ou est dominée par lui, il y a 4 voies différentes à suivre pour l'instruction de ces enfants. C'est là la principale cause du peu d'accord qui semble régner entre les instituteurs, comme aussi de la diversité des opinions qui se sont produites devant l'Académie. La catégorisation préalable des différents cas de surdité et de mutisme, tel doit être le point de départ des progrès si impatiemment attendus. » (Renvoyé à la commission.)

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la surdi-mutité. La parole est à M. Bouvier.

M. BOUVIER occupe la tribune pendant une heure et demie, et n'ayant pu terminer son argumentation, il en remet la suite à la séance prochaine.

Nous reproduisons ici un extrait du discours prononcé par M. Guérin dans les deux dernières séances.

M. J. GUÉRIN, avant de prendre la parole, présente les ouvrages suivants :

1° *Statistique des sourds-muets et des aveugles de la Belgique, du duché de Limbourg et du grand-duché de Luxembourg*, par M. le docteur Sauveur, inspecteur des établissements de sourds-muets et d'aveugles, secrétaire perpétuel de l'Académie royale de médecine de Belgique ;

2° Un *Rapport à l'Académie des sciences de Belgique sur l'instruction des sourds-muets, à l'occasion du concours ouvert par cette Académie sur cette question*, par le même auteur ;

3° Un travail considérable sur *l'Éducation des sourds-muets*, travail qui a remporté le prix au concours ouvert par l'Académie des sciences de Belgique, par M. Carton, directeur de l'Institution des sourds-muets et des aveugles à Bruges.

(L'Académie accepte ces ouvrages. Des remerciments seront adressés aux auteurs.)

M. J. Guérin. L'Académie n'a pas besoin que je lui rappelle l'importance de la question qui s'agite devant elle. Elle sait qu'à cette question se rattachent les problèmes les plus élevés de la physiologie, de la psychologie et de la pathologie. Cependant le rapport ne paraît pas l'avoir compris de cette manière. Les critiques approfondies dont il a été l'objet de la part de plusieurs de plusieurs de nos collègues, et même de la part d'un membre de la commission, prouvent assez qu'il laisse beaucoup à désirer. Pour mon compte, après l'avoir lu attentivement, je suis obligé de déclarer qu'il m'a paru non-seulement justifier les reproches dont il a été l'objet, mais en mériter peut-être de plus graves encore.

Après avoir cherché à justifier ces reproches, M. Guérin ajoute :

Que la sévérité de ces remarques adressées au rapport ne préjudicie rien de ce que j'ai à dire des travaux de M. Blanchet. Je le déclare d'avance au contraire, je suis très sympathique aux efforts de notre confrère, et en temps voulu je leur rendrai la justice qu'ils méritent.

Tous les efforts tentés jusqu'ici dans les différents pays pour asseoir les bases de l'éducation physique et morale des sourds-muets peuvent se rapporter à deux écoles principales : à l'école dite *française* et à l'école dite *allemande;* la première faisant surtout usage, dans l'éducation des sourds-muets, de la *méthode mimique* et de la *dactylologie;* la seconde ayant principalement recours à la *lecture sur les lèvres*, au *développement* et à *l'enseignement de la parole;* l'une presque exclusivement en honneur dans l'Institut des sourds-muets de Paris, l'autre très répandue à l'étranger, en Belgique, en Hollande et dans tout le nord de l'Allemagne.

Les deux écoles rivales se disputent la prééminence; elles se targuent toutes deux d'une incontestable supériorité, et s'adressent réciproquement les reproches les plus graves. Rappeler à l'Académie que les conclusions sur lesquelles on lui demande de voter sont destinées à révolutionner l'école française, à introduire chez elle l'école allemande, n'est-ce pas lui rappeler d'un seul mot l'importance et l'étendue du débat, et lui montrer en même temps tout l'intérêt qui s'y rattache?

Quelque opinion qu'on se fasse des deux écoles, on ne peut s'empêcher de reconnaître que, tout en poursuivant le même but, elles se distinguent par les deux points de vue où elles se placent pour y atteindre. L'école française, préoccupée surtout de l'éducation de l'individu, s'attache à lui donner, sous les formes les plus faciles et par les voies les plus rapides, les connaissances qui d'un sourd-muet, c'est-à-dire d'un être disgracié, feront un homme à peu près égal aux autres hommes sous le rapport du développement et de la culture de l'intelligence. L'école allemande, au contraire, plus préoccupée des avantages que l'homme retire de son commerce avec la société, cherche à faire rentrer par tous les moyens possibles le pauvre sourd-muet dans la grande famille, dont son infirmité l'avait séquestré. Voilà une première et grande différence entre les méthodes française et allemande, c'est-à-dire voilà les préoccupations qui les dirigent à leur point de départ. Si l'on poursuit ces deux différences générales dans les particularités qui s'y rattachent, on aperçoit les avantages et les inconvénients qui les caractérisent.

On allègue, il est vrai, que, grâce à l'initiative et aux efforts d'Itard, il existe à l'Institut de Paris un cours d'articulation; mais ce cours est un véritable leurre. Si je suis bien informé, les élèves y sont exercés au plus une heure par jour. En dehors du cours, ils ne s'occupent plus de la méthode. Leur instruction générale se fait par la mimique; ils communiquent entre eux par les signes. Le cours d'articulation n'est donc véritablement pour eux qu'une affaire de luxe, qu'un accessoire, au lieu d'être le principal. Ce n'est donc qu'une notion qu'on leur donne, et non une méthode d'éducation qu'on emploie.

L'école allemande, dont il ne faut pas aller chercher très loin les applications, puisqu'il s'en trouve à Paris même, se sert surtout de *la lecture sur les lèvres* et de *l'articulation*, c'est-à-dire de *l'enseignement de la parole*. Il m'a été donné de voir, dans l'institution de M. Dubois, rue de Courcelles, à Paris, de tout jeunes enfants saisir et reproduire, avec une merveilleuse rapidité, la dictée que leur faisait leur maître ou maîtresse. L'habileté dans l'art de lire sur les lèvres peut être portée à ce point, que M. Dubois fils, qui fait le plus grand honneur à M. Deleau, son premier instituteur, m'a dit avoir pu deviner, d'après les seuls mouvements des joues, des mots dont un interlocuteur cherchait à lui dissimuler la forme en se plaçant les doigts sur la bouche; et il m'a ajouté que souvent il était parvenu à se faire comprendre de ses élèves en leur donnant, de la croisée de son appartement, des ordres, pendant qu'ils étaient dans son jardin. Pour mon compte, je ne saurais trop exprimer mon admiration pour ce mode d'enseignement, la lecture sur les lèvres, qui révèle au physiologiste un ordre entier de mouvements inexplorés jusqu'ici, et qui dénote de la part des sourds-muets une finesse d'observation égale à la richesse des faits qu'ils apprennent.

L'articulation ou *l'enseignement de la parole* est le second élément de la méthode allemande. L'enseignement de la parole a fait supposer d'abord comme condition première la nécessité d'un certain degré de la faculté d'entendre de la part du sourd-muet; mais l'expérience n'a pas tardé à montrer que cette condition n'est pas indispensable. Il faut donc distinguer sous ce rapport, parmi les sourds-muets, les *sourds complets parlant* et les *muets demi-sourds*. Quant à moi, qui ai vu fonctionner une quarantaine de jeunes garçons et de jeunes filles, instruits d'après la méthode allemande, dans l'établissement de M. Dubois, je ne puis m'empêcher de regarder comme une ressource précieuse d'éducation des sourds-muets la lecture sur les lèvres et l'articulation.

Mais, a-t-on dit, ces résultats ne peuvent être obtenus que chez des sujets très intelligents : ils sont donc très exceptionnels, et, de plus, ils ne seraient pas durables.

Il est de fait que le degré d'intelligence joue un grand rôle dans le succès de la méthode allemande; mais elle a cela de commun avec les autres méthodes. Toutefois, il convient de faire ici une distinction. On ne saurait trop reconnaître, avec MM. Ferrus et Bonnafont, l'importance du rôle que joue l'intelligence dans l'éducation des sourds-muets. Toutes choses égales d'ailleurs, c'est sans contredit le plus intelligent parmi les sourds-muets qui arrive à parler le mieux.

L'éducation de l'ouïe chez les sourds-muets constitue l'élément le plus nouveau, sinon le plus important de la méthode orale : c'est le terrain physiologique et médical proprement dit, et la méthode pourrait à bon droit être qualifiée de française, puisqu'elle a été instituée, développée et perfectionnée par trois médecins français, Itard, M. Deleau et M. Blanchet.

C'est en effet à Itard que l'on doit la première idée de développer l'ouïe chez certains sourds-muets. Le rapport l'a indiqué; il a même rappelé sommairement les moyens employés par notre célèbre collègue, les tentatives de classement et les résultats qu'il avait obtenus. Mais ce qu'il a omis, c'est de discuter comparativement la valeur des procédés et des tentatives propres à chacun des trois auteurs, afin de préciser la part de chacun dans le progrès et aussi afin de montrer s'il est possible là où est le véritable progrès. Pour justifier cette critique, et aussi pour montrer l'importance de cette lacune, il suffit presque de rappeler les faits, de les mettre en regard du problème à résoudre.

L'éducation de l'ouïe chez les sourds-muets comprend l'idée de cette méthode, le classement des sujets, les instruments, les moyens et les résultats produits.

L'idée de la méthode appartient incontestablement à Itard. Ses successeurs n'ont fait que la justifier en l'adoptant.

Le classement proposé par Itard, comme celui de M. Deleau, comme celui de M. Blanchet, repose tout entier sur le degré d'audition existant à l'époque de l'admission du sujet et de sa mise en traitement. La manière de faire de ces trois médecins est la même en principe; ils ne diffèrent que par les moyens qu'ils emploient pour apprécier le degré d'audition au point de départ. Mais, avant d'examiner lequel des trois fait le mieux, il importait peut-être de se demander si ce que tous les trois ont fait est bien; si cette méthode de classement, qui consiste à se baser sur le degré d'audition, n'est pas une méthode incomplète, artificielle, arbitraire et incapable de conduire à des appréciations certaines, tant sous le rapport du pronostic, c'est-à-dire des résultats à espérer, que sous le rapport de la valeur des moyens employés, c'est-à-dire de leur part d'efficacité respective dans les résultats obtenus. Or, je n'hésite pas à le déclarer, le mode de classement admis par Itard, M. Deleau et M. Blanchet, et sanctionné par le rapport, est complètement subversif des véritables principes de la science, de ceux que l'Académie est habituée à patronner, et de la part de l'honorable rapporteur, dont tout le monde connaît l'aptitude à analyser les différents états morbides constitutifs de chaque maladie, cette sanction m'a paru difficile à comprendre. Il suffit, en effet, de poser les bases d'un classement méthodique des sourds-muets éducables par l'ouïe pour faire ressortir le vice du classement admis par le rapport.

Séparer d'abord les surdi-mutités dépendantes d'une *maladie* existante, et comme symptômes ou effets de cette maladie des surdi-mutités établies, persistantes à l'état d'*infirmités*, résultant d'une maladie qui n'est plus ;

Puis diviser les surdi-mutités :

1° En celles qui dépendent d'une lésion ou oblitération de l'oreille externe avec intégrité de l'oreille interne et du nerf acoustique;

2° En celles qui tiennent à une lésion, perversion ou distinction de l'oreille interne sans lésion des puissances nerveuses;

3° En celles qui dépendent de cette lésion, paralysie ou autre, du nerf acoustique, sauf à combiner ces divisions entre elles.

On conçoit qu'à ces différentes catégories puissent se rapporter des sujets ayant au point de départ le même degré d'audition, quoique les résultats de leur éducation auditive ne soient pas en raison de leur degré de perception initiale, mais en raison des conditions où ils se trouvaient quant au caractère étiologique de leur infirmité. Ainsi donc, *maladie* ou *infirmité*, lésion de l'*oreille externe*, de l'*oreille moyenne* et du *nerf acoustique*, voilà, si je ne me trompe, ce que chacun de nous, jugeant les faits en médecin, aurait préféré au classement purement acoustique d'Itard, de MM. Deleau et Blanchet.

Prenant le classement acoustique de ces auteurs pour ce qu'il est et avec les réserves qui précèdent, quelles différences réelles existent entre Itard, M. Deleau et M. Blanchet? quels motifs de préférence existe-t-il entre chacun d'eux?

On sait, et la commission l'a rappelé, qu'Itard classait ses sujets en ceux qui entendent la *parole*, la *voix*, le *son*, le *bruit*, et en ceux dont l'audition est complètement nulle. Ce classement est vague et n'a rien de précis; sous ce rapport, M. Blanchet a fait un progrès réel sur Itard en substituant aux appréciations vagues et indéterminées de ce médecin la mesure physique, les acoustimètres, le monocorde, réducteurs de tous les sons, de tous les bruits — quelles que soient leurs différences de ton, de timbre et d'intensité, — à un seul élément fixe : le nombre des vibrations. Au point de vue de la science physique, c'est une substitution heureuse, ingénieuse et qui offre le caractère du progrès scientifique; mais au point de vue absolu, au point de vue physiologique, en est-il de même? N'y a-t-il dans la voix que des vibrations et du timbre, dans la parole que des sons? Pour moi, je ne le crois pas. La parole, avec ses sons articulés, interrompus, saccadés, placés dans certains rapports de succession, ne saurait être réduite, par rapport à la mesure de ses effets sur l'ouïe, à un nombre déterminé de vibrations; et l'ouïe, organe si délicat, instrument si parfait, est un appréciateur beaucoup plus complet, beaucoup plus fin que tous les instruments acoustiques possibles, des éléments du son et de la voix humaine. Je pense donc que certaines réserves à cet égard n'eussent pas été inutiles dans le rapport, d'autant plus que M. Deleau avait fait quelques pas dans la voie ouverte par Itard, dont il eût été juste sans doute de rendre compte.

M. Deleau, en effet, décomposant la parole humaine dans ses principaux éléments physiologiques, avait distingué *l'articulation*, le *son*

et le *mouvement* de la bouche; de plus, étudiant chacun de ces éléments dans ses origines, les lettres, les syllabes, les mots, il avait tout à la fois tiré de cette analyse ingénieuse et vraie un moyen de classement des sourds-muets et une méthode d'éducation de l'ouïe. Je ne saurais dire jusqu'où l'expérience a sanctionné la valeur des distinctions et des pratiques de M. Deleau; mais je les rappelle parce qu'elles sont ingénieuses et parce qu'elles forment une espèce d'intermédiaire entre Itard et M. Blanchet, et enfin parce qu'elles sont peut-être de nature à inspirer quelques réserves quant à la préférence absolue à accorder, dans le diagnostic et le traitement de la surdi-mutité, aux instruments physiques et acoustiques sur les ressources mieux connues de la voix et de l'ouïe.

Quoi qu'il en soit de ces différences et de ces réserves, il est un dernier reproche à adresser au rapport : c'est de n'avoir pas mieux fait connaître les moyens employés par M. Blanchet pour développer, mieux que ne le faisaient Itard et M. Deleau, l'ouïe des sourds-muets. Je ne prétends pas refaire ici tout ce que le rapport laisse à désirer; mais, pour ne citer qu'un exemple, pourquoi le rapport ne mentionne-t-il pas les remarques judicieuses de M. Blanchet sur la concordance de la parole avec l'ouïe et sur l'utilité qu'il y a dans les exercices vocaux et auriculaires chez les sourds-muets à mettre constamment d'accord la voix avec l'ouïe, le son parlé avec le son perçu? C'est là une des conditions du succès. M. Blanchet en a su tirer un grand parti dans ses exercices vocaux avec l'orgue. Cela valait la peine d'être exposé et apprécié. Le rapport ne le mentionne même pas d'une manière explicite; on n'en trouve que des indications vagues, occasionnelles dans le récit de quelques expériences particulières : il faut presque deviner pour comprendre.

Mais j'arrive à la dernière partie de mon analyse, à la question de la transmission du son par les nerfs de la sensibilité générale. C'est la partie la plus neuve, la plus originale et vraiment originale des recherches de M. Blanchet. Eh bien! c'est celle que le rapport a traitée le plus incomplétement. A peine en est-il dit quelques mots, et ce qui en est dit est fort loin de donner une idée de l'importance des faits et des conséquences pratiques qu'on en peut espérer. Cependant la question du ministre est cette fois fort explicite; mais au lieu d'une déclaration claire, ouverte, le rapport n'a donné qu'une réponse évasive, pleine de réticences, comme s'il avait eu peur d'aborder la discussion sur ce point. Pourquoi cela? Je ne sais; mais il n'était pas difficile de donner une solution scientifique à cette question : exposer les idées de M. Blanchet, les discuter, les compléter par un examen plus approfondi des faits. Il eût suffi pour cela de causer avec les sourds-muets, de leur demander compte de leurs impressions, de leurs observations. Mais n'anticipons pas. La question, examinée méthodiquement, comprend l'énoncé des faits, puis la théorie de ces faits, savoir : si, comme le pense M. Blanchet, les impressions sonores arrivent au cerveau par les nerfs de la sensibilité tactile, ou bien, comme le soutient notre honorable président, M. Bérard, et après lui M. Bonnafont, c'est par les solides du corps humain, les membres, la colonne vertébrale, le sternum et le crâne que cette transmission a lieu; enfin l'application de ces faits à l'éducation des sourds-muets.

Quant aux faits établissant que les sourds-muets complétement sourds perçoivent les vibrations par la sensibilité tactile, ils sont vulgaires. On sait, et le rapport en fait mention, que les sourds-muets sont avertis dans la rue de la présence des voitures, qu'ils se servent de ces impressions pour se diriger. C'est là ce que tout le monde connaît, et là n'est pas la science. La science commence à l'étude des faits d'audition tactile, considérés dans leurs différences, dans leurs conditions, dans l'appréciation de leur origine et de leur portée, et finalement dans la connaissance de leur mécanisme et de leur vraie signification physiologique. De tous ces points, le rapport ne dit mot. Cependant il eût suffi, comme je le disais tout à l'heure, de causer avec des sourds-muets pour apprendre quelque chose sur ces divers points. Ainsi, MM. Berthier, Pélissier et Dubois m'ont affirmé qu'ils pouvaient, à l'aide des seules impressions tactiles, distinguer le bruit d'une voiture, d'un tambour, d'un chien qui aboie (1), d'une porte qui se ferme, d'une cloche, en un mot, de toutes sortes de bruits. M. Dubois, dont l'esprit d'observation et d'analyse est des plus remarquables, m'a fait d'autres et plus précises révélations : « Que pouvez-vous sentir et distinguer, lui demandai-je, au contact des vibrations des instruments de musique? — Je sens, m'a-t-il dit, les sons qui montent et qui descendent; je puis distinguer les tons les uns des autres. — Et quant à l'essence du son, à la musique, vous en faites-vous une idée? en éprouvez-vous quelque jouissance? — Aucune. » Et il ajouta que tous les bruits, en général, procurent quelque sensation agréable au sourd-muet — ce qui explique pourquoi les sourds-muets sont généralement tapageurs, — mais ils n'éprouvent rien au delà. Les sourds-muets constatent donc certaines différences à l'aide de la sensibilité tactile; ce qu'ils ne distinguent pas, ce qui leur manque, c'est la notion essentielle du son, celle qui n'appartient qu'à l'ouïe.

Quant au véritable mécanisme de la transmission des ondes sonores au cerveau, je ne veux pas en faire ici l'objet d'une discussion approfondie : je me bornerai à citer quelques faits qui me paraissent de nature à prouver d'une manière irrécusable que cette transmission a lieu, non pas, comme le pensent notre honorable président et M. Bonnafont, par los solides du corps, mais par les nerfs eux-mêmes.

M. Blanchet a constaté, sur un assez grand nombre de sujets atteints de paralysie du sentiment, qu'ils ne perçoivent aucune impression des corps vibrants du côté paralysé, tandis qu'ils les perçoivent très bien du côté sain. Cette observation a été répétée sur une série de malades de Bicêtre, dont je possède la liste dans mon dossier. Ce premier fait m'a paru sans réplique; mais il en est deux autres qui ne manquent pas non plus d'autorité. Les sourds-muets que j'ai interrogés à cet égard m'ont tous affirmé que la perception du bruit leur venait par la plante des pieds surtout et la paume des mains, puis par quelques parties du corps très pourvues de nerfs, comme l'épigastre; enfin, d'après les nombreuses expériences de M. Blanchet, il est établi que bon nombre de sourds-muets perçoivent beaucoup mieux les sons par les mains et les pieds que par l'ouïe; qu'ils perçoivent par les voies tactiles des sons composés d'un nombre de vibrations qui ne leur produisent aucune impression appréciable par l'ouïe. Il n'y aurait aucune raison pour que les ondes sonores n'arrivassent pas aussi aisément et aussi complétement par les solides du tronc et du crâne que par les surfaces tactiles du pied et de la main. La transmission des ondes sonores par les nerfs de la sensibilité générale me paraît donc un fait acquis à la science; il me reste à dire son utilité dans l'éducation des sourds-muets.

Et d'abord n'y eût-il que les usages vulgaires que font les sourds-muets de cette porte supplémentaire ouverte aux impressions vibratoires pour en attester l'utilité, que cela suffirait. Mais il y a d'autres applications d'un ordre plus élevé dont on n'a tiré jusqu'ici qu'un parti très secondaire. Ainsi, chez les sourds-muets complétement sourds, la main placée au-devant du larynx peut les aider à distinguer les sons et les mots. Chez les sourds-muets qui sont en même temps aveugles, les perceptions tactiles acquièrent un degré d'utilité très élevé. Or il n'est pas absolument rare de rencontrer de ces cas. M. l'abbé Carton, auquel l'art d'instruire les sourds-muets doit tant, est parvenu ainsi à développer à un degré remarquable l'intelligence d'une pauvre fille sourde-muette et aveugle confiée à ses soins.

(1) A propos du chien, je demandais à M. Dubois de quelle utilité pouvait lui être un chien de garde. On sait, me dit-il, dans le voisinage que je suis sourd; mais on ne sait pas qu'à travers les autres bruits je sens et distingue très bien mon chien quand il aboie.

Le fait de la transmission d'une partie du son par les nerfs de la sensibilité tactile n'est donc pas douteux, pas plus que son utilité n'est contestable dans la constitution de la méthode générale à employer dans l'éducation physique et morale des sourds-muets; tout ce qui peut rendre cette méthode accessible aux sourds-muets est donc un progrès, et tout ce qui tendra à leur en rétrécir l'usage agira donc en sens contraire.

Telles sont les remarques générales et particulières que j'avais à soumettre à l'Académie sur le rapport et à l'occasion du rapport. Je lui laisse le soin d'apprécier l'usage qu'elle pourra en faire pour mieux répondre à la mission qu'elle a reçue du gouvernement.

M. Michel Lévy demande la permission, avant que la séance soit levée, de lire quelques fragments d'un ouvrage de M. Ordinaire sur l'éducation des sourds-muets, fragments qui lui paraissent renfermer la solution de la question en débat.

Voici ces passages :

« Est-ce atteindre le but proposé que de prendre pour intermédiaire de cette association le langage mimique, qui est dans sa plus grande partie tout aussi arbitraire que les mots écrits, sans jouir des mêmes avantages qu'eux, et qui, après avoir absorbé toute l'attention dont l'élève peut disposer, sans garantie qu'il ait été compris, deviendra l'interprète du langage écrit? On ne peut donc, par cette voie, que compliquer la difficulté, au grand détriment de l'élève, comme les faits le démontrent.

» Les signes méthodiques, employés principalement pour expliquer les formes les plus arbitraires et les plus abstraites du langage écrit, ne se composent eux-mêmes que de ce qu'il y a de plus abstrait dans le langage mimique. L'abbé de l'Épée, après les avoir réduits à toute la simplicité qu'il croyait possible, se félicitait de penser qu'il ne faudrait plus que trois mois à une personne lettrée pour en acquérir la connaissance et en faire l'application; et il pensait ainsi parce que cette porsonne, instruite de toutes les formes et de toutes les combinaisons du langage, était douée de toutes les conditions nécessaires pour les comprendre.....

» Qu'on se passe donc d'un interprète qui ne pourrait enseigner la langue dont on a besoin que par une langue plus difficile encore, et dont on n'a que faire, et qu'on se résigne à se servir, pour cette transmission, du moyen le plus simple, offert par la nature même de la chose à l'attention de l'homme, celui qui s'adapte le mieux au but qu'on se propose, et qui non-seulement réalise dans l'enseignement tout ce qu'on s'était vainement promis des signes méthodiques, mais qui devient en même temps le moyen le plus propre pour faire recouvrer au sourd-muet l'avantage de ses communications sociales.

» Oui, la lecture sur les lèvres réalise tous ces avantages, et au degré le plus éminent, puisque c'est la parole elle-même qu'elle fait voir à celui qui ne peut l'entendre, et avec les modifications et les nuances qui la caractérisent. Elle est à la parole plus que le dessin n'est à l'objet qu'il représente; elle en est le miroir le plus fidèle; elle fixe sans cesse l'attention de l'élève sur la physionomie de celui qui parle, et qui est aussi le miroir de son âme; elle le met dans le cas de saisir et de se pénétrer de tout ce que l'expression de l'intelligence et du sentiment jette encore de lumière pour faire comprendre la valeur des mots qui l'expriment. Aucun exercice ne peut approcher de cet immense avantage. Tous ceux qui se font par le langage mimique se font dans une langue essentiellement transpositive, opposée à l'ordre de construction directe de la langue française, et compliquent la difficulté de son travail lorsqu'il s'agit, pour l'élève, d'écrire ce qu'on lui a fait penser à l'aide du langage mimique.

» ..... Que deviennent-ils (les sourds-muets) lorsqu'ils quittent nos institutions? Ils rentrent dans leurs familles, où ils retrouvent leurs parents, qui, le plus souvent, ne sachant ni lire, ni écrire, sont devenus plus étrangers que jamais à toute communication avec eux. Plus leur langage mimique se sera étendu et perfectionné, pour se prêter à tout le développement de leurs idées, plus ils seront devenus inintelligibles pour tout ce qui les entoure. A peine trouveront-ils dans le village qu'ils habitent des personnes qui, ayant l'instruction nécessaire, aient en même temps assez de loisir et de bienveillance pour leur faire appliquer quelque chose de ce qu'ils ont appris; aussi l'oublient-ils rapidement. Que sera-ce si, infatués de leur prétendu savoir, ils vont jusqu'à dédaigner ceux qui les entourent, ainsi que les pratiques industrielles qui sont leur ressource?

» Supposons, au contraire, que ces élèves aient été exercés à lire la parole sur les lèvres; après quelques actes d'attention ils la reconnaîtront dans tous ceux qui parlent, et par là seront en participation avec toutes leurs idées.

» Supposons qu'ils ne puissent articuler que quelques mots; pourvu que ce soit ceux qui se rapportent au principal objet de leur pensée, ils seront comme un rayon de lumière qui suffira pour éclairer et faire comprendre tout ce qu'ils développeront ensuite par l'action mimique. L'habitude perfectionnera et rendra tous les jours plus faciles leurs communications. Non-seulement ils ne pourront jamais oublier ce qu'ils ont appris, mais le besoin de leurs relations sociales leur en fera sentir chaque jour davantage l'utilité dans tous les détails de la vie. Leur connaissance dans la langue ira en se perfectionnant et en se proportionnant toujours à la sphère dans laquelle ils vivent et à celle des besoins qui y correspondent. Si tels sont les avantages qu'on doit espérer de l'articulation et de la lecture sur les lèvres, même pour tous ceux qui en profiteront le moins, je le demande, n'est-ce pas un devoir d'humanité de n'épargner aucun effort pour chercher à les leur procurer? »

Néphrotomie.

M. le docteur Miquel (de Tours), présente les pièces anatomiques d'un sujet auquel il a pratiqué la néphrotomie pour extraire des calculs du rein.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 16 mai 1853. — Présidence de M. de Jussieu.

Phénomènes de la rotation du globe oculaire.

M. Szokalski (de Savigny-sous-Beaune) complète sa communication sur la rotation des globes oculaires par un court résumé de ses observations sur les modifications pathologiques de cette fonction.

Lorsque le parallélisme de deux axes visuels est détruit par une lésion fonctionnelle d'un des muscles droits, nous voyons toujours double; mais cette diplopie a cela de particulier que les dimensions horizontales et verticales de deux images restent toujours parallèles, peu importe si l'une de ces images est rapprochée ou éloignée de l'autre, si l'une est placée à côté ou au-dessus de l'autre, ou si l'une dépasse seulement l'autre de la moitié de sa hauteur.

Il n'en est pas ainsi lorsque la rotation autour de l'axe est entravée par une anomalie fonctionnelle des muscles obliques. Le globe oculaire entraîné alors tourne du côté du muscle plus fort; la dimension verticale de la rétine devient oblique, et l'objet que l'on regarde, au lieu de paraître droit, debout, paraîtra incliné. Cette inclinaison apparente des images est le symptôme pathognomonique du désordre de la rotation, et elle modifie d'une manière toute particulière la vision binoculaire. Le malade voit aussi double; mais la fausse image se sépare imparfaitement de la vraie par le haut, par le bas ou par les côtés, quelquefois même elle la croise par le milieu. Elle ne forme jamais le corps à part que lorsque les muscles droits sont en même temps affectés, et le défaut de la rotation autour de l'axe est compliqué avec l'impossibilité de concorder cet axe avec celui de l'autre œil.

A l'exception de cette circonstance, d'ailleurs très fréquente, on ne constate jamais de strabisme à l'inspection des yeux. L'œil malade est celui qui voit obliquement les objets; et si l'on écarte largement les paupières, si l'on recommande en même temps au malade de porter alternativement la tête vers l'une et vers l'autre épaule, on aperçoit alors que le globe ne reste pas en place comme à l'état normal, mais qu'il suit le mouvement de la tête et des paupières.

Le genre de l'obliquité de l'image nous permet aussi de discerner lequel des deux muscles obliques domine sur son antagoniste. Si c'est le supérieur, la partie supérieure des objets verticaux paraîtra penchée en dehors; si c'est l'inférieur, l'inclinaison aura lieu vers le côté opposé. Il sera toujours facile de corriger par la position convenable de la tête cette espèce de vue double.

Tous ces phénomènes sont les résultats des anomalies fonctionnelles des muscles obliques que l'on peut classer en deux catégories, en *spasmes* et en *paralysies;* mais nous ne les trouvons dans toute leur pureté que dans les cas seulement où ces muscles sont seuls affectés. L'oblique supérieur, qui reçoit un nerf particulier, peut, à cause de cet isolement, satisfaire beaucoup plus facilement à cette condition que son antagoniste. Ce dernier reçoit l'impulsion motrice du nerf oculo-moteur commun; ainsi les désordres de ses fonctions sont presque constamment compliqués de désordre des muscles droits supérieur, inférieur et interne de l'élévateur de la paupière supérieure.

Les gênes de la rotation autour de l'axe, provenant du spasme des muscles obliques, sont ordinairement passagères; je les ai observées chez les personnes hystériques et hypocondriaques. A l'approche des attaques d'hystérie, d'épilepsie et de catalepsie, elles ont souvent lieu simultanément des deux côtés; et si le malade conserve encore sa connaissance, les mouvements désordonnés des deux yeux lui font apercevoir les objets différents et contrefaits d'une manière bizarre. Tout ce qu'il regarde lui paraît double, vacillant, tantôt debout, tantôt incliné de côté; les objets se heurtent, tremblent, se croisent et menacent de tomber, etc. Ces visions effrayantes précèdent souvent le vertige épileptique et accompagnent quelquefois celui qui résulte d'une simple congestion sanguine; elles sont probablement très fréquentes chez les aliénés, et il faut bien se garder de mettre sur le compte de l'intelligence ce qui n'est chez eux que le désordre spasmodique de la mobilité des yeux, ou le prodrome de la paralysie générale.

La rotation de l'œil autour de son axe est beaucoup plus souvent entravée par l'affaiblissement paralytique d'un des muscles obliques. La diplopie qui en résulte est plus persistante que dans les cas précédents; mais il arrive à son égard comme à l'égard de la diplopie occasionnée par la destruction du parallélisme des axes : on néglige une des deux images, on s'attache exclusivement à la plus parfaite et on finit par voir simple.

Les maladies idiopathiques des muscles obliques sont extrêmement rares, je n'en ai jamais pu trouver d'exemples; les désordres dans leur activité étaient toujours les suites des lésions de leurs filets nerveux ou plutôt des centres nerveux dont ils tirent leur origine.

Mémoire sur les solutions de continuité de la rotule. — Description d'un appareil curatif nouveau pour le traitement des fractures transversales.

M. Baudens lit un travail sur ce sujet. (Nous le publierons dans un prochain numéro.)

Traitement de l'anévrisme par des injections coagulantes faites dans l'artère au moyen d'un tube capillaire.

M. Le Roy-d'Étiolles écrit à l'Académie qu'il a publié l'idée première de cette méthode en 1844, dans son *Recueil de Mémoires présentés à l'Académie des sciences.* A la page 280, se trouve le passage suivant :
« Les expériences que je fis sur les animaux pour connaître les effets
» de la compression sur deux points de l'artère me montrèrent bientôt
» que ce moyen doit être continué pendant un temps trop long pour
» être d'une application usuelle. Je cherchai donc à faciliter la coagu-
» lation de cette portion de sang ainsi isolée. *Des injections alcooliques*
» *faites dans l'artère au moyen du tube capillaire de la seringue d'Anel*
» *s'offrirent d'abord à ma pensée. En effet, elles produisirent assez*
» *promptement la formation de caillots.* Mais comment arriver jusqu'à
» l'artère et pénétrer sûrement dans sa cavité sans la mettre au moins
» un peu à découvert?... »

A la page 281 sont rapportés les détails d'expériences comparatives faites avec les injections alcooliques et l'électro-puncture.

M. Le Roy-d'Étiolles reconnaît l'importance de la substitution du perchlorure de fer à l'alcool faite par M. Pravaz et préconisée par M. Lallemand; c'est un perfectionnement utile, capital, si l'on veut; mais ce perfectionnement ne constitue pas seul la méthode de traitement par *injection intra-artérielle;* il n'en est qu'un procédé, un mode d'application.

M. Lallemand s'exprime au sujet de cette lettre en ces termes :

La méthode du docteur Pravaz étant destinée, selon mes prévisions, à l'avenir le plus important, je dois déclarer que je n'y ai pris d'autre part qu'un très vif intérêt dans ses résultats.

Je ne crois pas que M. Pravaz ait eu connaissance de la note de M. Le Roy-d'Étiolles; mais quand cela serait, je ne pense pas qu'il en ait pu tirer parti. En effet, M. Le Roy-d'Etiolles parle d'une triple expérience faite à la fois sur le même cheval et sur la même artère carotide : 1° par la compression; 2° par l'électro-puncture; 3° par l'injection avec l'alcool; manière de procéder qui me paraît peu propre à donner des résultats concluants; aussi M. Le Roy-d'Étiolles n'indique-t-il pas les effets qu'il a obtenus.

Association des médecins de Toulouse. — Nous recevons le rapport sur les travaux de cette Association pendant l'année 1852; il a été lu dans l'assemblée générale tenue le 26 décembre dernier par M. H. Teillier, secrétaire général.

Cette Association, dont nous avons déjà loué le zèle pour la poursuite du charlatanisme, prospère et s'accroît d'année en année.

Voici l'état de la caisse au 26 décembre :

Récapitulation.

Avoir au 26 décembre 1852 :

1. — Caisse de réserve.	626 fr. 85 c.
2. — Caisse de secours. A.	2,995 fr. 26 c.
3. — Caisse de secours. B.	481 fr. 71 c.
Total.	4,103 fr. 82 c.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 60. — SAMEDI 21 MAI 1853. (26e ANNEE.) N° 60. — SAMEDI 21 MAI 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Pays	Durée	Prix
Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	Trois mois	8 fr. 50 c.
	Six mois	16 »
	Un an	30 »
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	Trois mois	9 fr.
	Six mois	17
	Un an	33
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	Trois mois	10 fr.
	Six mois	20
	Un an	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

PARIS, LE 20 MAI 1853.

INSPECTION MÉDICALE EN ALGÉRIE.

(Division d'Alger.)

RAPPORT ADRESSÉ A M. LE MARÉCHAL DE SAINT-ARNAUD, MINISTRE DE LA GUERRE, SUR LE SERVICE MÉDICAL DES ÉTABLISSEMENTS CIVILS DE LA DIVISION D'ALGER.

Par M. le docteur BAUDENS, médecin inspecteur, membre du conseil de santé des armées.

La sollicitude du gouvernement pour notre belle colonie d'Afrique est un fait généralement reconnu. Depuis quelques années surtout, on s'est attaché non-seulement à agrandir notre territoire et à en affermir la sécurité, mais l'attention la plus vigilante a été apportée dans tout ce qui est relatif à l'amélioration du sort des colons et des habitants et à l'assainissement de ces fertiles contrées. S'il en fallait une preuve nouvelle et convaincante, on la trouverait dans l'extrait que nous allons faire du rapport que notre honorable confrère M. Baudens, a bien voulu nous communiquer.

Le choix de l'inspecteur, la nature des instructions témoignent au plus haut degré du vif intérêt que porte à l'Algérie le ministre actuel de la guerre. M. le maréchal de Saint-Arnaud a vécu longtemps en Afrique; il y a acquis des titres de gloire nombreux et incontestés; il était naturel que son choix tombât sur un homme éprouvé pour cette mission de confiance. M. Baudens a laissé aussi sur la terre d'Afrique les plus honorables souvenirs; huit fois son nom y a été cité à l'ordre de l'armée, et par sa longue expérience personnelle, par ses connaissances solides et son esprit investigateur, personne plus que lui n'était propre à répondre aux justes exigences ministérielles.

Les instructions adressées à M. Baudens avant son départ, en octobre 1852, embrassaient les hôpitaux civils et les dispensaires, les prisons civiles, l'asile indigène d'Alger, les circonscriptions médicales rurales, les colonies agricoles, les malades civils traités dans les hôpitaux militaires; enfin, les observations générales avec toutes les remarques que l'examen des choses aurait suggérées.

Comprenant parfaitement le but et l'importance de sa mission, l'honorable inspecteur s'est attaché d'abord à mettre dans la distribution de son travail le plus d'ordre possible; pour cela, il a établi dans des chapitres distincts les faits qui pouvaient se rapporter à des groupes similaires; voici les divisions principales qu'il a adoptées :

CHAPITRE Ier. — Colonies agricoles militaires.

CHAPITRE II. — Villages des circonscriptions rurales.

CHAPITRE III. — Fermes, maisons isolées, caravansérails ou auberges échelonnées sur différentes routes.

CHAPITRE IV. — Hôpitaux civils, dispensaires, asile indigène.

CHAPITRE V. — Remaniement des circonscriptions médicales.

CHAPITRE VI. — Nouvelles dispositions réglementaires pour la distribution des médicaments gratuits ou payés.

CHAPITRE VII. — Malades civils traités dans les hôpitaux militaires.

CHAPITRE VIII. — Observations générales.

Dès le début, et une fois pour toutes, M. Baudens rappelle que chaque village a été créé sur un plan uniforme; c'est un vaste camp retranché ceint d'un grand fossé, d'un rempart et parfois même de murailles, avec de belles rues bien alignées, larges et plantées d'arbres sur les côtés; les maisons sont à un et quelquefois deux étages en pierre, couvertes en tuiles, avec dépendances, écuries, hangars, etc.; de belles fontaines, un lavoir, un abreuvoir; des eaux vives suffisantes pour le jardinage, pouvant même suffire à l'irrigation de plusieurs centaines d'hectares de terrain, dont la richesse est ainsi décuplée; église, presbytère, écoles; infirmerie tenue par des sœurs d'un admirable dévouement; mairie, et service médical confié à un médecin de circonscription.

Partout la haute administration a fait preuve de la plus grande vigilance; rien n'a été négligé pour favoriser l'œuvre capitale de la civilisation de l'Algérie, dont les villages serviraient de modèle à ceux de France, loin d'avoir quelque chose à leur envier.

Une réflexion générale trouve encore naturellement sa place ici; elle concerne l'acclimatement. Le climat de l'Algérie est parfait et fort hospitalier pour l'Européen. S'il est vrai que les défrichements inhérents à la colonisation produisent parfois des fièvres d'accès, ces fièvres, il faut le dire bien haut, cèdent facilement à quelques doses de sulfate de quinine et ne sont d'ailleurs que passagères; il suffirait de citer à ce sujet Bouffarick, le grand établissement des trappistes à Staouëli et les villages du Sahel d'Alger, qui tous jouissent aujourd'hui d'une très remarquable salubrité et d'un état prospère si surprenant que des terres données pour rien, il y a quelques années, au village de Cheragas, entre autres, à la simple condition de les cultiver, valent maintenant jusqu'à deux mille francs l'hectare.

Quiconque a visité les plaines fertiles de l'Algérie ne sera pas étonné de ce que nous avançons. Dans cette saison de l'année tout pousse avec une végétation *furieuse*, pour me servir, dit M. Baudens, de l'expression pittoresque d'un simple paysan transporté du nord de la France en Algérie. Le cavalier qui traverse les plaines de la Metidjah disparaît, homme et cheval, au milieu de foins qui atteignent une hauteur inconnue en Europe. Les mûriers ont des pousses annuelles de plus de deux mètres. Après six ans de plantation, ils donnent déjà 2 fr. de revenu annuel, et cependant ces arbres tout plantés ne reviennent au colon qu'à 1 fr. la pièce. Le tabac produit par hectare un bénéfice net de 1,000 à 1,200 fr. La garance, le coton, l'indigo, la cochenille fournissent des résultats fabuleux.

Nous ne parlerons pas des oliviers, des orangers, des palmiers, dont l'Algérie est la terre classique, des forêts de chêne liége, de l'abondance et de la variété des minérais, et des sources d'eaux thermales si nombreuses et si puissantes pour une foule de maladies dont on pourrait leur demander la guérison même pendant l'hiver, car l'hiver en Algérie est un magnifique printemps des régions tempérées.

Et, quand on songe que toutes ces richesses sont pour ainsi dire à la porte de la France, dans un pays où tout est d'un haut intérêt pour l'observateur, soit que par l'archéologie il veuille refaire l'histoire des siècles passés, soit qu'il veuille étudier les mœurs bibliques de ces fiers indigènes aujourd'hui soumis à la volonté de la France, soit enfin qu'il préfère s'inspirer des merveilles de la nature dans le pays le plus pittoresque du monde, on a peine à comprendre que le flot des émigrants ne se dirige pas tout entier vers cette terre promise.

Après avoir emprunté à M. Baudens ces citations presque textuelles concernant des questions d'ensemble qu'il était bon d'indiquer, nous allons présenter de son remarquable travail une analyse dont on nous pardonnera la sécheresse dans l'intérêt même des faits que nous voulons exposer avec toute leur simplicité. L'énumération seule des villages créés dans la province d'Alger (il en existe un nombre égal dans celles d'Oran et de Constantine) démontrera combien ont été injustes les attaques dirigées contre la prétendue incurie du gouvernement.

Les colonies agricoles de récente formation ne sont pas, il est vrai, absolument à l'abri des fièvres intermittentes; mais cela tient aux travaux de terrassement d'une part, de l'autre aux dessèchements, et il est à remarquer que les causes d'insalubrité sont de peu de durée, et que les fièvres d'accès, généralement peu graves, cèdent aisément, comme nous l'avons dit, à l'administration du sulfate de quinine que le gouvernement fait délivrer gratuitement aux colons. Les villages du Sahel d'Alger ont également payé au début un faible tribut à la fièvre; mais aujourd'hui il n'en est plus question, et la salubrité est parfaite. Quant aux influences miasmatiques paludéennes, le gouvernement s'attache à les faire disparaître par des travaux de dessèchement d'ensemble établis sur une large échelle et exécutés avec persévérance depuis vingt ans. Encore quelques efforts, et les sources d'insalubrité auront disparu du sol algérien. On sait d'ailleurs que la haute administration ne crée de villages que dans des localités exemptes de marécages, et qu'elle s'oppose avec une vigilance incessante et on ne peut plus louable à ce que des colons imprudents aillent fixer leur résidence sur des points réputés insalubres.

Les *colonies agricoles* dont il est question dans le premier chapitre sont au nombre de dix-huit : Damiette, Lodi, Ponteba, La Ferme, Montenotte, Novi, Zurich, Marengo, Bourkika, Ameur-el-Aïn, El-Afroun son annexe Bou-Roumi, Bou-Ismaël et Tefeschoun (ces deux derniers villages portent aussi le nom de Castiglione).

De ces dix-huit villages, douze ont été bâtis en 1848 : ce sont Damiette, Lodi, Ponteba, La Ferme, Montenotte, Novi, Zurich, Marengo, El-Afroun, Bou-Roumi, Bou-Ismaël et Tefeschoun. Tous ces villages ont été habités d'abord par des familles parisiennes, dont une assez grande partie, complétement étrangère aux rudes travaux des champs. Depuis leur retour en France, ces familles ont été remplacées par d'autres colons vraiment cultivateurs.

Parmi les autres villages, l'un, Affreville, à 8 kilomètres de Milianah, contient trente établissements agricoles. La richesse du sol est des plus grandes, et les colons prospéreraient s'ils étaient débarrassés de l'usure qui pendant longtemps encore aurait dû peser sur le pays, si le gouvernement, dans sa vive sollicitude, n'avait tenté déjà d'y porter un remède efficace par la création de diverses institutions de crédit.

Ameur-el-Aïn et Bou-Medfa, d'une fertilité également remarquable, doivent au voisinage du lac Halloula de n'être peut-être pas dans les conditions de salubrité les plus désirables.

Trois villages, construits plus tard, en 1850 et 1851, Bourkika, Aïn-Benian, Aïn-Sultan, sont habités par les transportés.

M. Baudens, qui a visité Bourkika vers la fin de novembre, n'a trouvé que peu de malades à l'infirmerie. Les malades le plus gravement affectés avaient été envoyés à Marengo; il pense qu'il serait préférable de les évacuer sur Blidah, dont le sol est élevé et la salubrité parfaite. Il n'y avait eu, du reste, que fort peu de décès.

Bourkika est à 6 kilomètres de Marengo; il contient vingt et une maisons doubles et onze simples, une église. Habité dans le principe par treize familles allemandes, il l'est maintenant exclusivement par les transportés, au nombre de 700. L'eau y est bonne.

Des deux autres villages habités par les transportés, Aïn-Sultan, à 10 kilomètres de Milianah, construit par le génie en 1849, n'a jamais eu de colons.

Le dernier enfin, Aïn-Benian, fini en 1850 et construit par l'État, est situé sur un joli plateau, près de la route de Blidah à Milianah. Depuis le mois d'avril 1852, il contient 350 transportés. On y trouve quarante maisons doubles, dix simples. Il est entouré d'un fossé et d'une enceinte à quatre portes. Il y a trois sources d'eau excellente et abondante.

El-Afroun et son annexe Bou-Roumi, construits en 1848, étaient habités alors par 140 familles formant 500 individus, non compris les fonctionnaires. El-Afroun contient 101 maisons, dont 22 occupées par des services publics, gendarmerie, direction, église, école, infirmerie, etc. En 1852, quelques habitants ont été atteints de fièvres légères, dues surtout à de nombreux défrichements, et dont la cause est par conséquent passagère.

Le sol est des plus fertiles; de belles plantations de mûriers en attestent la richesse. Les eaux circulent abondamment dans le village et dans les champs voisins.

Bou-Roumi est dans les mêmes conditions que El-Afroun; le sol est couvert d'oliviers sauvages que l'on pourrait rendre productifs en les greffant.

Montenotte est situé à 7 kilomètres de Tenès. Bâti en 1848 sur un beau plateau et composé de 125 maisons, ce magnifique village compte 358 habitants, dont quelques-uns ont eu, cette année exceptionnellement et par suite de très grands défrichements, quelques atteintes de fièvre intermittente peu grave; il est en pleine voie de prospérité.

Novi, à 6 kilomètres de Cherchell, est un fort beau village aussi, ayant l'aspect d'une petite ville. Il est heureusement situé à 150 mètres de la mer. Les maisons, comme celles de tous les villages, sont bâties en pierres et couvertes en tuiles. La fièvre intermittente, qui reconnaît pour cause, comme presque partout, de nombreux défrichements, n'offre que fort peu de gravité et tend chaque année à disparaître.

Zurich et Marengo surtout sont dans des conditions de richesse exceptionnelles par la bonté du sol et l'abondance des eaux qui arrosent des centaines d'hectares. Zurich compte 90 maisons et Marengo 200, avec 800 habitants environ. Les fièvres intermittentes ne présentent, à Marengo, aucun caractère de gravité; elles disparaîtront avec la fin des défrichements, auxquels les colons travaillent avec ardeur et grand profit. On y voit de nombreux champs de mûriers, de vignes et d'oliviers.

Les circonscriptions rurales sont au nombre de seize, dont dix se composent de plusieurs villages, et six chacune d'une ville.

Dans la première circonscription, nous citerons Hussein-Dey, dont on connaît l'importance, la richesse et la salubrité; la Maison-Carrée, hameau salubre; le fort de l'Eau, beau village, fort sain; et enfin Birkaden, ancien camp militaire habité par 526 transportés.

Le village de Birkaden a 1,100 habitants, dont moitié sont agriculteurs et moitié commerçants; il est exempt de fièvres intermittentes. Ici, comme dans beaucoup d'autres localités, le nombre des sages-femmes est insuffisant; elles sont vivement désirées.

L'éloge de M. Payn, médecin, est dans toutes les bouches.

La deuxième circonscription comprend entre autres : le village de El-Biar, remarquable par ses belles maisons de campagne, le prix élevé de la terre, la richesse et la salubrité du sol. Cheragas et Guyotville, d'une salubrité remarquable; on y cultive le géranium, dont les essences valent de 350 à 500 fr. le kilogramme; l'eau de fleurs d'oranger, le palmier nain, dont on expédie les feuilles sur Toulouse, où elles servent à faire du papier, et dont on fait sur lieu des cordes et du crin végétal. Le hameau pêcheur de Sidi-Ferruch et Staouëli, couvent des religieux trappistes, dont M. Raybaud vient de publier une relation pleine d'intérêt. Sous la direction du père Régis, cette colonie s'est élevée au nombre de cent frères trappistes. La mortalité y est devenue nulle depuis quelques années, grâce à l'amélioration du régime de la communauté. Des travaux considérables de culture ont été exécutés par eux : c'est une ferme modèle; l'élève des bestiaux y a beaucoup fruc-

tifié. Les religieux qui en France sont menacés de phthisie pulmonaire sont envoyés à Staouëli, où ils trouvent la guérison d'un mal qui, sans le changement de climat, eût été infailliblement mortel.

La troisième circonscription se compose d'un village seul, le Fondouck, bâti en 1844, sur une pente douce de l'Atlas, à 32 kilomètres d'Alger. Le camp, d'abord très insalubre, est habité maintenant sans inconvénient par quelques gendarmes et par 248 habitants. Quand on se rappelle que le Fondouck a été si insalubre les deux premières années qui ont suivi sa création qu'il a fallu l'évacuer, et qu'aujourd'hui la fièvre intermittente ne s'y montre plus, on peut juger par là combien les causes de fièvres seront passagères dans les nouveaux établissements agricoles de l'Algérie.

L'Arba et Rovigo forment la quatrième circonscription. Le premier de ces villages a été cette année, par exception, insalubre. Cela tient à ce que les eaux abondantes qui font la richesse de cette localité, détournées de leurs canaux par des colons imprévoyants, ont formé des flaques paludéennes. On ne saurait, en Algérie surtout, apporter trop de soin à l'exécution des lois de l'hygiène, car on ne les viole jamais impunément. Rovigo a eu également quelques exemples de fièvre intermittente, due aux nombreux défrichements opérés autour de ce magnifique centre de population, où l'on voit une forêt d'oliviers séculaires.

Sept villages composent la cinquième circonscription. Douéra, le principal de ces villages, possède un hôpital, dont il sera question en même temps que de celui d'Alger.

Nous n'insisterons pas sur la sixième circonscription, qui comprend trois villages, dont deux, Sainte-Amélie et Saint-Ferdinand, sont riches et salubres; ni sur la septième, dont fait partie la célèbre ville de *Coléah*, que les Arabes nomment la *Sainte*. Un hôpital de 4 salles et de 132 lits existe à Coléah; la ville contient 460 Européens et 1,500 indigènes. Cette circonscription comprend encore les villages que l'on appelle *suisses*, composés de hameaux en cours de création.

Bouffarick, qui contient 2,040 habitants, très beau et très important village, et *Souma*, forment la huitième circonscription, qui possède deux orphelinats fort bien tenus par le père Brumauld, le saint Vincent de Paul de l'Algérie.

Dans la neuvième circonscription se trouvent quatre villages : Montpensier, Joinville, Dalmatie et Beni-Mered, tous sains et d'une grande richesse.

Des trois villages qui forment la dixième circonscription, *Mouzaïa*, de 378 habitants, et la *Chiffa*, de 123, sont en pleine prospérité; des routes carrossables magnifiques pour aller de Blidah à Milianah les traversent.

Restent six circonscriptions, formées chacune par une ville : la onzième, Blidah; la douzième, Médéah; la treizième, Milianah; la quatorzième, Cherchell; la quinzième, Ténès, et la seizième, Orléansville. On connaît la richesse toujours croissante, la beauté et la salubrité de ces villes, dont plusieurs possèdent des dispensaires, et où le service médical ne laisse généralement rien à désirer.

Laissant de côté le troisième chapitre du Rapport, où il n'est question que de fermes, auberges, maisons isolées, jalons de colonisation échelonnés sur les routes, et dont M. Baudens a fait connaître l'état sanitaire avec un soin scrupuleux, arrivons maintenant aux points les plus intéressants.

Dans le quatrième chapitre, M. Baudens passe en revue les hôpitaux civils, les dispensaires, les prisons civiles et l'Asile indigène d'Alger.

Deux hôpitaux civils importants existent dans la division d'Alger: celui de Douéra et celui d'Alger.

L'hôpital civil de Douéra n'est autre que l'ancien hôpital militaire de cette localité. Sa position, dit M. Baudens, est des plus heureuse au point de vue de la salubrité. Son voisinage d'une foule de villages ou hameaux, dont les malades y sont évacués, le rend extrêmement important.

L'hôpital de Douéra peut contenir 400 malades.

La salle des bains contient six baignoires, dont deux en bois et quatre en cuivre en bon état. Les hommes vont au bain le matin, les femmes le soir. M. Baudens pense que l'on devrait augmenter le nombre des baignoires, et que les vénériens devraient continuer à y être évacués d'Alger, au double point de vue de l'encombrement à éviter, et de la salubrité de Douéra.

La cuisine, un peu étroite, est bien installée, et les ustensiles sont en bon état.

Il existe un vestiaire, où les entrants prennent un bain de pieds et changent de vêtements.

La pharmacie est bien tenue.

La salle des morts et l'amphithéâtre de dissection sont bien installés.

Les visites se font avec soin et exactitude.

Les aliments sont de très bonne qualité : le pain est très bon, la viande est de premier choix. « J'ai vu mettre des côtelettes sur le » gril pour les malades, dit M. Baudens; c'étaient de vrais mor- » ceaux choisis. »

Le maire, M. le colonel Marengo, dont le zèle, le dévouement et la haute intelligence sont connus depuis longtemps, donne tous ses soins à la surveillance de cet hôpital et à la bonne exécution du service.

Hôpital civil d'Alger. — Cet hôpital est installé dans l'ancien hôpital militaire (hôpital Babazoun), avec des modifications importantes et la création de nouvelles salles. En y comprenant un bâtiment annexe, situé en face, cet hôpital peut contenir 380 malades. Les salles, dont quelques-unes renferment jusqu'à 50 lits, et d'autres seulement 15 ou 20, sont généralement situées sur le bord de la mer, et dans de bonnes conditions de salubrité. Les lits sont en partie en fer, en partie ce sont des chalits. Le chauffage est le même que dans les hôpitaux militaires.

La salle des bains, divisée en quatre cabinets, est au rez-de-chaussée. Il y a quatre baignoires en cuivre et une en bois, plus une douche. Le bâtiment annexe contient en outre deux baignoires.

Comme à Douéra, les entrants prennent un bain de pieds et changent de vêtements. Il y a des vêtements pour les femmes et pour les hommes.

L'hôpital est d'une propreté remarquable; le service est bien fait, la pharmacie bien tenue. L'amphithéâtre et la salle de dissection, au bord de la mer, n'offrent que l'inconvénient d'être trop rapprochés des salles des malades.

Les visites, au nombre de cinq, deux de chirurgie, trois de médecine, se font exactement, été comme hiver, à sept heures du matin. La contre-visite a lieu à trois heures du soir. Les blessés et les fiévreux sont dans des salles séparées. Les aliments sont de bonne qualité.

L'hôpital civil d'Alger, situé au centre de la ville, et dans un quartier populeux, n'est pas dans son milieu naturel. Les malades n'ont pour promenoir que des galeries et deux petites cours mauresques, souvent encombrées d'objets mobiliers. Il est plus que probable que cet hôpital sera changé de place, et transporté dans les bâtiments de l'ancien hôpital de Mustapha. L'ensemble du service est d'ailleurs on ne peut plus satisfaisant. Tout est calme, silencieux. La propreté et la tenue sont tout à fait irréprochables. Ce service pourrait être donné pour modèle, ce qui est dû principalement à la présence des sœurs, dont le zèle et le dévouement sont au-dessus de tout éloge.

Nous nous arrêterons peu sur le dispensaire, la prison civile et l'asile indigène d'Alger.

Le dispensaire, destiné à la visite et au traitement des filles, est bien tenu et dirigé avec habileté; il contient 80 lits, dans des maisons mauresques dont les chambres, longues et étroites, sont difficilement ventilées.

La prison civile, de récente création, est établie d'après un système mixte de réclusion et d'emprisonnement cellulaire. Elle se compose de deux immenses galeries coupées en croix avec trois rangs de cellules superposées. Chaque cellule, d'une largeur de 2 mètres sur 2 mètres 50 de profondeur, ouvre sur ces galeries. Aux extrémités des galeries sont superposées, par étages, des chambres où vingt à trente détenus sont couchés sur des nattes, tandis que dans les cellules chaque prisonnier a un hamac.

Une de ces salles sert aux femmes, et est garnie de lits.

D'autres salles servent d'ateliers où les prisonniers travaillent en commun. L'une de ces chambres, servant d'infirmerie, est pourvue de quinze lits de fer au complet. Les aliments sont de bonne qualité, et le service médical est très bien fait.

Deux fois par jour les prisonniers sont conduits aux préaux, où ils peuvent passer quatre et même six heures.

L'*asile indigène* d'Alger est à la fois hospice, maison de refuge et hôpital pour les indigènes musulmans sans ressources. On y trouve des vieillards infirmes des deux sexes, des hommes et des enfants malades, des enfants orphelins et d'autres affectés de la teigne; enfin les cadis ou muphtis d'Alger y font quelquefois admettre pour plusieurs jours des femmes du dehors venues sans ressources chercher protection auprès de la justice, afin d'obtenir leur divorce ; elles attendent là qu'on ait statué sur leur sort.

Le médecin fait sa visite régulièrement; il est chargé, en outre, de donner des consultations gratuites aux indigènes, de visiter à domicile les pauvres et de vacciner les enfants indigènes.

Le cinquième chapitre est consacré à l'examen des circonscriptions médicales qui jusqu'à ce jour ont exigé 15 médecins civils; en outre, 12 officiers de santé de l'armée sont détachés pour le service médical des colonies agricoles ou villages militaires; nous avons déjà fait suffisamment connaître ces établissements.

Quant aux circonscriptions médicales civiles, elles sont établies à Hussein-Dey, Drariah, Fondouck, l'Arba, Douéra, Mahelma, Coléah, Bouffarick, Blidah, Montpensier, Mouzaïa, Milianah, Cherchell, Tenès, Orléansville.

Dans son projet, M. Baudens propose de supprimer les douze officiers de santé, et assure le service de toutes les localités groupées en dix-sept circonscriptions nouvelles, avec un personnel de dix-sept médecins civils.

Nous ferons observer, ajoute M. Baudens, que dans ces répartitions, nous nous sommes préoccupé essentiellement de la question d'assurer un bon service médical, avec un personnel réduit autant que possible. Nous avons toutefois donné à notre projet toute l'élasticité désirable, afin que l'administration puisse choisir et apporter, si elle le juge convenable, plus d'ampleur, en augmentant le chiffre de la dépense.

Quant à la position matérielle des médecins, M. Baudens propose de notables améliorations, qui, d'après toutes probabilités, ne tarderont pas à être agréées par le ministre de la guerre.

Pour l'exécution du service, il signale un double inconvénient. La population des villages se compose de deux classes de colons; les uns, aisés, qui abusent d'une manière intolérable de la facilité d'appeler le médecin gratuitement; les autres, pauvres, qui négligent de le consulter alors qu'ils en ont le plus grand besoin. Cette indifférence va si loin, que plusieurs sont morts sans l'avoir vu, ce qui a donné lieu à des attaques aussi passionnées qu'elles étaient peu fondées. Pour les éviter, les médecins sont souvent réduits à aller de porte en porte demander s'il y a des malades; quelques-uns même ont proposé de se faire annoncer dans le village à son de trompe.

Pour relever le caractère du médecin auprès des colons, M. Baudens, préoccupé de cette double situation également déplorable, propose de taxer les visites qui seraient faites aux colons aisés, ne fût-ce qu'à un prix extrêmement modique; et pour abriter la responsabilité médicale en face des indigents, de placer à la porte des mairies une boîte analogue à la boîte aux lettres, avec ces mots : *Boîte du médecin. Visites faites tous les mardis et samedis* (si l'on veut), *à huit heures du matin*. Les malades feraient jeter dans cette boîte un bulletin portant leur nom et l'indication de leur demeure; un préposé de la mairie inscrirait ces bulletins sur un registre que signerait le médecin après sa tournée, en plaçant à part, en regard du nom de chaque malade, sa prescription et le genre de maladie. De cette manière, on aurait à la fois une pièce de comptabilité et de statistique.

Les médecins de circonscription devraient avoir à leur domicile et dans les mairies des villages où ils n'habitent pas un cabinet de consultation et de vaccination. Un registre serait tenu pour les vaccinations et un autre pour les décès.

Les médicaments à délivrer gratuitement par l'administration paraissent à M. Baudens pouvoir se réduire à la nomenclature suivante :

Sulfate de quinine en pilules de 0,1;
Solution de nitrate d'argent, } pour collyres;
— de nitrate de cuivre, }
Extrait d'opium en pilules de 0,05;
Émétique en paquets de 0,05;
Ipécacuanha en poudre en paquets de 0,5;
Sulfate de soude en paquets de 20 grammes;
Cantharides en poudre;
Ammoniaque liquide;
Ventouses, pour remplacer les sangsues;
Cérat et sparadrap.

Le nombre des médicaments ainsi restreint satisferait aux exigences que l'humanité impose, et la dépense supportée par l'État serait notablement réduite.

Au point de vue de la réduction des dépenses et de la suppression de toute falsification, c'est à la pharmacie centrale des hôpitaux militaires d'Alger que l'on devrait s'approvisionner.

La place nous manque pour rapporter les nouvelles dispositions réglementaires proposées par M. Baudens pour la distribution des médicaments gratuits ou payés, et l'admission des colons dans les hôpitaux militaires; elles font le sujet des sixième et septième chapitres, qu'on lira avec intérêt.

Mais nous ne saurions passer sous silence quelques-unes des observations générales contenues dans le huitième chapitre. Elles ont une importance trop réelle pour que nous ne les indiquions pas en abrégé.

Selon M. Baudens, des rapports trimestriels, comme les font les chirurgiens militaires, devraient être imposés aux médecins des circonscriptions et des hôpitaux civils de l'Algérie. Dans un pays où tout est nouveau, où les influences climatériques sont encore à l'état d'étude, ces documents seraient on ne peut plus précieux pour établir une statistique concernant le genre des maladies les plus fréquentes en Algérie, les causes qui les ont engendrées, le traitement le plus propice, enfin le chiffre des décès proportionnel à celui de la population.

Après avoir proposé la suppression de l'hôpital de Marengo, l'installation permanente d'un grand service de vénériens à l'hôpital civil de Douéra, et insisté sur l'organisation du service des accouchements dans les villages, M. Baudens s'attache à faire ressortir l'importance d'assainir les marécages existants. Il voudrait que les maisons fussent construites avec un premier étage surmonté d'un grenier, et engage fortement l'administration à accorder de nouvelles primes pour les défrichements.

Dès les premières années de la conquête, un hôpital militaire d'instruction avait été fondé à Alger, afin d'occuper utilement les loisirs d'un nombreux personnel d'officiers de santé et de donner aux colons la facilité de faire étudier la médecine à leurs enfants. Cette école, qui a fourni des sujets fort distingués, dont quelques-uns occupent les plus hauts rangs de la médecine militaire, a rendu les plus grands services. « En ce qui nous concerne, dit M. Bau- » dens, nous considérerions comme un titre glorieux celui d'avoir » eu la bonne fortune de rouvrir sur cette terre d'Afrique les » cours d'anatomie et de chirurgie qu'avaient illustrés dans les » siècles anciens Rhazès, Avicenne et Albucasis. »

Le moment paraît à l'honorable inspecteur d'autant plus opportun pour ouvrir à Alger une école, que la suppression des hôpitaux militaires d'instruction de France a fait arriver en Algérie des professeurs, nobles débris de ces écoles, d'un profond savoir et d'une pratique sage et étendue. Il suffira de nommer les anciens professeurs Laveran, Millon, Bertherand, Godelier, Cazalas, Barby, Scrive, Depauw, Isnard, Dussourd, tous officiers de santé d'élite et hors ligne. Comme on le voit, ce ne sont pas les professeurs qui manqueraient à ce nouvel établissement.

A côté de ces noms de confrères de distinction, d'autres sont cités avec éloge par M. Baudens pour les services rendus, et recommandés d'une manière toute particulière à la haute bienveillance de M. le maréchal ministre de la guerre. Nous regrettons qu'un sentiment de convenance ne nous permette pas de les nommer.

Malgré les développements dans lesquels nous sommes entré, nous craignons de n'avoir donné qu'une faible idée du travail de M. Baudens, qui contient près de trois cents pages. Il faut le lire en entier pour en apprécier le mérite et l'importance. Toutes les matières qui concernent l'Algérie sont familières à notre savant confrère. On voit qu'il a passé une partie de sa vie dans la colonie africaine, qu'il la connaît dans tous ses détails, et qu'il a étudié avec le plus grand soin les moyens les plus certains de soulager les misères, d'accroître la fertilité de toutes ces localités si riches, si productives et destinées à un avenir si prospère et si brillant. Nous espérons que la plupart des mesures conseillées par lui seront prises en considération par le gouvernement, et que M. le maréchal de Saint-Arnaud, dont toutes les sympathies sont depuis longtemps acquises à notre belle conquête, ne tardera pas à donner à ses idées l'appui de sa haute position et de son influence dans les conseils de l'État.

F. FABRE.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Affection grave du calcanéum et ulcération des tissus cutanés qui recouvrent cet os. — Amputation sus-malléolaire.

Dans la salle des hommes, il y a depuis plusieurs mois un malade que M. Nélaton a soumis déjà à une opération malheureusement sans résultat. Il est entré à l'hôpital avec une de ces maladies bizarres non encore bien décrites dans les livres dogmatiques, consistant en une ulcération profonde des tissus cutanés qui couvrent la face plantaire du calcanéum, accompagnée d'une ulcération plus ou moins grave de cet os. L'habile professeur aux soins duquel il se trouve confié lui a pratiqué alors une opération dans laquelle il a enlevé par une large incision toute la peau qui était ulcérée; et, après avoir mis le calcanéum à nu dans toute la partie malade, il l'a cautérisé profondément avec le fer rouge. Après cette opération, on espérait qu'une partie de l'os carié se détacherait sous l'action de la cautérisation et donnerait lieu à une plaie de bonne nature; mais on a attendu en vain pendant quatre mois. Au con-

traire, la maladie a depuis lors notablement progressé. La peau de la plante du pied est plus largement ulcérée qu'auparavant, le calcanéum a grossi d'une manière sensible; il est le siége de douleurs vives qui s'irradient plus ou moins loin. Cet état de choses réclame l'intervention de l'art et exige une nouvelle opération. Faut-il renouveler la cautérisation? M. Nélaton n'est pas de cet avis, parce que la maladie, comme on vient de le dire, ayant acquis une plus grande étendue dans les parties molles et osseuses, il y aurait encore moins de chance de succès que la première fois. Pourrait-on enlever le calcanéum malade en laissant le reste du pied? Il ne le croit pas non plus. Le pied, dans ce cas, serait peut-être plus nuisible qu'utile. Il y a encore à choisir entre deux autres opérations, la résection sous-astragalienne et l'amputation sus-malléolaire.

L'opération sous-astragalienne, au dire du professeur, est excellente et peut donner de bons résultats. Nous avons vu en effet, l'année dernière, M. Nélaton la pratiquer sur un jeune homme avec tout le succès désirable; mais pour qu'elle réussisse, il faut pouvoir couvrir la partie postérieure de l'astragale avec la peau intacte du calcanéum, de manière que la cicatrice résultant de cette vaste plaie ne réponde pas à la plante du pied, ce qui donnerait lieu à de vives douleurs dans la marche. Or, cela n'est pas possible chez notre malade, la peau du calcanéum étant profondément malade. Il faut donc, dans cette opération, se ménager un lambeau de peau très étendu; car l'espèce de poche cutanée qui en résulte, tout en étant en apparence très vaste, suppure abondamment, finit par se rétracter et se rétrécir au point qu'elle n'est nullement de trop pour couvrir les parties dénudées. Or, pour cette seconde raison, l'opération ne conviendrait pas à notre malade, à cause de son âge déjà avancé; sa constitution, déjà un peu étiolée par son long séjour à l'hôpital, supporterait difficilement le travail d'une abondante suppuration.

Quant à l'amputation tibio-tarsienne, qui a été proposée et pratiquée dans des circonstances semblables avec succès, c'est, en effet, une bonne opération, qui peut très bien convenir dans des circonstances données; mais pour le cas dont il s'agit, elle est passible des mêmes reproches que la précédente, et par conséquent elle doit être repoussée.

Il ne reste que l'amputation de la partie inférieure de la jambe, ou sus-malléolaire, et c'est à celle-ci que s'arrête M. Nélaton. Cette opération, il est vrai, a l'inconvénient fort grave de ne pas se prêter aussi bien que les précédentes aux perfectionnements modernes des moyens prothétiques; et quoi qu'on fasse, les malades ainsi opérés marchent beaucoup plus mal que les autres. Mais il y a ici une question de vie et de mort qui domine toutes les autres. Par les opérations sus-indiquées, le malade est exposé à des dangers beaucoup plus graves que par la dernière, sans compter que l'état des parties, chez notre malade, se prête fort mal à ces opérations mêmes. Par conséquent, c'est à l'amputation sus-malléolaire que le professeur se décide sans hésiter, et il la pratique sous nos yeux.

L'examen de la pièce pathologique a confirmé le jugement porté par M. Nélaton sur la nature de la maladie, et justifié le parti pris par lui en dernier lieu. Le malade est, du reste, en bonne voie de guérison.

Paralysie syphilitique du moteur oculaire commun du côté droit et du moteur oculaire externe du côté gauche. — Guérison.

(Observation recueillie par M. L.-V. Marcé, interne.)

Au mois de septembre dernier entra dans le service de M. Sandras, à l'hôpital Beaujon, un bijoutier âgé de trente-deux ans, qui avait eu en ville, quelques jours auparavant, un accès épileptiforme.

En l'examinant, on reconnut l'existence d'une exostose de l'os frontal à droite; il y avait de la céphalée avec exaspération nocturne, une impuissance complète et datant déjà de sept à huit mois, de la faiblesse, de l'anhélation et quelques autres signes d'anémie.

Interrogé sur ses antécédents, le malade raconta qu'il avait eu, sept ans auparavant, un chancre avec ganglions indurés dans l'aine, qui fut traité d'une manière fort irrégulière; il s'était livré depuis à de nombreux excès de femmes et de boissons alcooliques qui l'avaient singulièrement affaibli.

Pendant un mois le malade prit chaque jour un gramme d'iodure de potassium, et on le soumit à une alimentation substantielle. Au bout de ce temps, il quitta l'hôpital (fin de septembre); la céphalée avait disparu; l'accès convulsif ne s'était pas renouvelé: en apparence il était bien guéri.

Trois mois après, dans les derniers jours de décembre, il se présenta de nouveau à Beaujon (salle Saint-François, n° 4).

La santé générale s'était maintenue bonne; mais le malade, depuis trois semaines à peu près, s'apercevait que la paupière supérieure de l'œil droit s'abaissait involontairement et que de ce côté la vue devenait obscure et peu précise. Pendant quelque temps il essaya de travailler en couvrant cet œil avec un bandeau; mais la réapparition des douleurs nocturnes le décida à entrer à l'hôpital.

Le 25 décembre, la paupière supérieure de l'œil droit est complétement paralysée; lorsqu'on maintient l'œil gauche fermé, si le malade fait un effort énergique, elle peut très légèrement se soulever sans qu'on puisse bien se rendre compte de cette particularité. De plus, à droite, l'iris est dilaté; il y a strabisme externe avec impossibilité absolue de porter l'œil en dedans. Quand la vision s'exerce avec l'œil droit seul, elle est aussi nette et aussi distincte qu'avec l'autre; mais quand les deux yeux sont libres, il y a constamment de la diplopie latérale. Les mouvements de l'œil gauche ne furent peut-être pas examinés avec tout le soin désirable; seulement on ne constata aucune déviation du globe oculaire. Le malade est pâle et un peu anémique. Quoique l'exostose du frontal ait disparu, la connaissance des antécédents, la persistance des douleurs ostéocopes permirent de diagnostiquer une paralysie du moteur oculaire commun, d'origine syphilitique.

Traitement. — Julep avec un gramme d'iodure de potassium et quatre pilules de Vallet chaque jour.

Au bout de quinze jours, on commença à électriser la paupière supérieure, l'une des éponges étant appliquée sur le globe oculaire tandis que l'autre était promenée sur le front. La sensibilité électrique fut trouvée assez vive, la contractilité très faible. Les premières séances furent suivies d'une légère amélioration: les paupières pouvaient s'écarter de 3 à 4 millimètres; mais l'état redevint bientôt stationnaire. Pendant la dernière moitié de janvier, pendant tout le mois de février, l'usage quotidien de l'iodure de potassium, les applications d'électricité répétées trois fois par semaine restent complétement sans efficacité; seulement les douleurs nocturnes avaient disparu, et la santé générale était bien meilleure.

Ce fut alors que le malade se décida à quitter l'hôpital et à continuer chez lui le traitement qu'il suivait déjà depuis deux mois. La dose d'iodure de potassium fut portée à deux grammes. Deux fois par semaine il venait se faire électriser.

A partir de cette époque, une rapide amélioration se manifesta dans son état. Dès le 15 mars, le prolapsus de la paupière supérieure est complétement guéri, la pupille est beaucoup moins dilatée, il n'y a plus de strabisme en dehors; mais le globe oculaire n'a pas encore reconquis tous ses mouvements: car, lorsqu'on dit au malade de fixer un objet élevé, l'œil droit s'élève beaucoup moins que l'autre; lorsqu'on lui ordonne de regarder en dedans, la cornée, au lieu de gagner la commissure interne, reste complétement immobile et ne peut dépasser l'axe antéro-postérieur.

C'est en étudiant ce dernier mouvement de l'œil avec un objet que l'on promenait alternativement de droite à gauche et de gauche à droite en le faisant fixer au malade, que l'on constata une particularité singulière: lorsque l'objet était porté à droite, l'œil droit se portait à la commissure externe, l'œil gauche à la commissure interne; lorsque l'objet était situé à gauche, aucun des deux yeux ne pouvait se porter de ce côté: les cornées restaient en avant, comme si le malade eût fixé un objet placé directement devant lui. L'occlusion de l'un ou de l'autre œil n'influait en rien sur ce phénomène.

Le moteur oculaire externe du côté gauche se trouvait donc paralysé en même temps que le moteur oculaire commun du côté droit; malheureusement, l'attention n'ayant pas été éveillée sur ce point dès le début de la maladie, il est impossible de fixer l'époque précise où cette paralysie a commencé.

La diplopie ne reparaît que dans les mouvements un peu forcés de l'œil, alors que le parallélisme des axes oculaires est détruit. Ainsi, dans les mouvements en haut, ou lorsque la tête est fortement inclinée soit à droite, soit à gauche; quoique dans cette dernière position la diplopie fût toujours latérale et non superposée, ne pourrait-on pas l'attribuer au défaut d'action du petit oblique, dont la lésion fonctionnelle n'a été que très peu étudiée dans les paralysies du moteur oculaire commun.

Dans les premiers jours d'avril, on put constater un progrès nouveau vers la guérison: les deux yeux, lorsqu'ils veulent se porter à gauche, peuvent dépasser d'une manière notable l'axe antéro-postérieur de l'orbite; la dilatation de la pupille droite diminue de plus en plus. Le malade peut sans peine et sans fatigue se livrer aux plus fins travaux de bijouterie; seulement, le matin, au réveil, pendant quelques minutes, il éprouve un peu de diplopie et de faiblesse de la vision.

A partir de cette époque on cessa tout traitement.

Nous avons eu occasion de revoir le malade dans les premiers jours de ce mois; la guérison doit être regardée comme complète. Les pupilles, de chaque côté, sont également contractées; la diplopie ne reparaît que dans les mouvements tout à fait exagérés de l'œil, et lorsque le malade veut fixer un objet placé à gauche, non-seulement les deux cornées dépassent l'axe antéro-postérieur de l'orbite, mais encore elles se portent sans peine jusque vers la commissure palpébrale correspondante. La coloration de la figure, l'embonpoint ont reparu, mais l'impuissance persiste au même degré qu'auparavant.

Les bons résultats du traitement employé sont venus confirmer la nature de cette paralysie, qu'indiquaient suffisamment d'ailleurs les antécédents du malade, la céphalée avec exaspération nocturne, et même le siége de la maladie, car il est remarquable que la plupart des paralysies de la paupière supérieure se produisent sous l'influence d'une diathèse syphilitique, à tel point que M. Sandras n'en a jamais rencontré qui fussent dues à une autre cause. Indiquer le mode d'action du virus est chose plus difficile, car si les douleurs ostéocopes, les exostoses du frontal semblent faire croire à une exostose interne comprimant certains nerfs crâniens, d'un autre côté la multiplicité des troubles fonctionnels des nerfs de l'œil coïncidant avec l'intégrité d'autres nerfs tout à fait voisins porterait à penser qu'il s'agit ici d'une altération particulière, ayant porté plus spécialement sur l'enveloppe fibreuse des nerfs ou sur la substance nerveuse elle-même.

Quant aux symptômes de la maladie, nous croyons devoir noter comme un fait assez rare la paralysie des deux muscles congénères, le droit interne de l'œil droit, le droit externe de l'œil gauche; ce dernier, du reste, n'ayant jamais été paralysé complétement, car si l'œil ne pouvait être porté en dehors, du moins il n'a jamais été entraîné dans la rotation en dedans.

On voit enfin que, malgré l'emploi quotidien de l'iodure de potassium et de l'électricité, une amélioration sérieuse ne s'est manifestée qu'au bout de deux mois de traitement. C'est qu'en effet, si dans certains cas le traitement spécifique agit avec une merveilleuse rapidité, parfois aussi, chez les sujets usés et débilités, ses résultats se produisent bien plus lentement. Or, comme dans tous les cas de paralysie liée à une diathèse, les effets de l'électricité restent nuls tant que la cause spécifique n'est pas détruite, la persévérance dans le traitement général, l'emploi des préparations ferrugineuses sont les premières conditions du succès.

Hémorrhoïdes internes avec procidence de la muqueuse du rectum. — Cautérisation circulaire de la base la plus volumineuse avec une pince porte-caustique. — Guérison.

Lorsque les tumeurs hémorrhoïdales sont anciennes, volumineuses, compliquées de procidence plus ou moins étendue de la muqueuse rectale voisine, M. le docteur Amussat a observé depuis longtemps que la cautérisation circulaire de la base de la tumeur permettait d'obtenir la guérison de l'affection principale et de sa complication, et tout dernièrement il a pu de nouveau vérifier ce résultat sur un de nos confrères auquel il a pratiqué cette opération.

M. le docteur V..., âgé de soixante-douze ans, d'une forte constitution, ayant joui pendant toute sa jeunesse d'une bonne santé, commença à perdre du sang par l'anus en allant à la garde-robe lorsqu'il eut atteint l'âge de trente ans. Il supposa que ces hémorrhagies provenaient d'hémorrhoïdes internes, qui alors ne sortaient pas. Les pertes de sang continuèrent depuis lors, augmentant ou diminuant sous l'influence de la fatigue, du travail, et peu à peu les tumeurs hémorrhoïdales se montrèrent à l'extérieur et occasionnèrent au malade d'assez vives douleurs; leur réduction facile et spontanée dans l'origine devint de plus en plus pénible; enfin, dans ces dernières années, il fut obligé d'introduire dans l'anus un pessaire en argent, piriforme, qui les empêchait de sortir quand il marchait; mais cet instrument ne pouvait être supporté que pendant trois ou quatre heures. Notre confrère, qui avait perdu son père à l'âge de cinquante-quatre ans par suite d'hémorrhagies provenant d'hémorrhoïdes internes, ne pouvant plus continuer la vie active de sa profession, devenue trop pénible par suite de son affection hémorrhoïdale, se retira aux environs de Paris. Les tumeurs sortaient alors au moindre mouvement, entraînant avec elles la muqueuse rectale, et à chaque instant il était obligé de les faire rentrer. Leur frottement continu en détermina l'ulcération; les hémorrhagies, jointes à des pertes muco-purulentes, altérèrent profondément sa santé.

Dans cet état, connaissant le procédé de M. Amussat et le préférant au cautère actuel, il vint le consulter le 27 novembre 1851: un examen attentif permet de constater trois tumeurs hémorrhoïdales avec procidence de la muqueuse rectale; la plus grosse, périnéale, noirâtre, avait le volume d'une noix ordinaire; il existait de plus un catarrhe pulmonaire ancien et beaucoup de gêne dans la respiration.

Le lendemain, M. Amussat revit M. V... en consultation avec MM. Bégin et Dujardin-Beaumetz, son médecin, pour discuter l'opportunité de l'opération en présence de l'état grave des organes de la respiration et de l'altération profonde de la santé générale; il fut décidé que l'on cautériserait la plus volumineuse.

Le 30 novembre, le malade prit 40 grammes d'huile de ricin.

Le 1er décembre, en présence de MM. Bégin et Dujardin-Beaumetz, notre confrère, ayant pris et rendu un lavement, se plaça sur son lit en continuant à faire des efforts d'expulsion. M. Amussat saisit avec ses pinces en T à lames protectrices la tumeur périnéale, et, lorsqu'il eut placé les cuvettes assez haut, il mit le caustique à découvert et serra l'écrou de l'instrument. Des injections d'eau froide furent faites sur la région anale pendant l'opération, qui dura environ trois minutes. M. le docteur Beaumetz dirigea le traitement consécutif, qui exigea beaucoup plus d'attention à cause des organes thoraciques. Les suites de l'opération furent néanmoins aussi simples qu'à l'ordinaire; l'hémorrhoïde se détacha vers le dixième jour, et la guérison était complète à la fin du mois de décembre.

Dans les premiers jours d'avril 1853, M. Amussat a revu M. le docteur V..., dont la santé s'est considérablement améliorée; depuis l'opération, il n'a plus perdu de sang; il a peu à peu repris un exercice utile, qui lui était interdit par ses souffrances. Il a pu se promener depuis lors sans être incommodé par les tumeurs qui existent encore, car depuis cette époque elles ne sortent qu'un peu quand il va à la garde-robe et rentrent immédiatement. En examinant la région anale, il a pu constater que du côté gauche et vers le périnée, où il a cautérisé la tumeur hémorrhoïdale, la muqueuse ne sort pas, quelques efforts que fasse le malade; à droite, sous l'influence de la même cause, on voit poindre les tumeurs qui ont été ménagées.

Cette observation confirme plusieurs remarques importantes faites déjà par M. le docteur Amussat après la cautérisation des hémorrhoïdes internes. D'abord on voit que, lorsque les tumeurs sont anciennes, volumineuses, accompagnées de procidence de la muqueuse du rectum, l'opération, telle qu'il la pratique, remédie à l'affection principale et à sa complication; de plus, c'est que, lorsque avec l'affection hémorrhoïdale il existe une altération profonde de la santé générale, la destruction d'une ou de plusieurs tumeurs agit très favorablement sur l'état local et sur la santé générale. Il semble que dans ces cas les hémorrhoïdes volumineuses, ulcérées, donnant lieu à un écoulement purulent, douloureuses, agissent sur la constitution comme les ulcérations du col de l'utérus chez la femme.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 7 avril 1853. — Présidence de M. Terrier, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal.

La correspondance comprend:

1° Un mémoire sur *Quelques points fondamentaux de la médecine dentaire*, par le docteur Talma. (M. Duvivier, rapporteur.)

2° Compte-rendu des travaux de la Société du 7e arrondissement pendant l'année 1852. (M. Boyer, rapporteur.)

— Une phrase du procès-verbal de la séance du 3 mars, inséré dans le numéro de la *Gazette des Hôpitaux* du 30 avril, pouvant faire croire que les conclusions du travail de M. Duvivier sur *les sédatifs et leurs applications* sont celles du rapport que M. Duhamel avait été chargé de faire sur ce mémoire, M. Duhamel présente une courte observation à ce sujet. C'est uniquement du mémoire de M. Duvivier que sont tirées ces conclusions.

— A l'occasion du procès-verbal de la dernière séance, M. Perthus revient sur la malade affectée successivement de bronchite, de fièvre typhoïde et d'aliénation mentale, dont il a parlé dans la dernière séance, en insistant sur ce fait, très digne de remarque suivant lui, que cette femme, qui du reste est guérie en ce moment, étant dans un état d'adynamie et de prostration complètes, ne pouvant exécuter de mouvements spontanés dans son lit, se prise tout à coup d'une folie telle qu'il faut trois personnes pour la contenir; puis que ce délire maniaque cesse, pour être remplacé par tous les phénomènes précédents de la fièvre typhoïde, laquelle cède à son tour la place à la bronchite, qui, ayant marqué le début de l'affection multiple, en a aussi signalé la fin.

Communication médico-légale. — Soupçon de péritonite par avortement.

M. MASSON. Le fait que je vais raconter me paraît digne d'être soumis à vos réflexions, tant par son importance médicale que parce qu'il est une preuve nouvelle ajoutée à tant d'autres de l'importance de la science dans certaines questions judiciaires. On est en effet effrayé en songeant au grand nombre de crimes qui ont dû rester impunis lorsqu'on manquait des moyens propres à les constater, comme on est affligé en pensant que bien des innocents ont dû être victimes des apparences fondées sur des présomptions ou des circonstances mystérieuses et inexpliquées. Mais grâce aux travaux de ces hommes supérieurs et infatigables, dont, hélas! nous regrettons le plus illustre, on peut maintenant exhumer le crime, et le traîner au grand jour, alors qu'il paraissait caché dans les organes des victimes et enfoui dans les profondeurs de la terre. Ces nouveaux moyens d'investigation étaient d'autant plus nécessaires, que dans ces temps où la violence brutale est sévèrement punie par les lois, le crime a dû recourir à plus d'astuce et d'intelligence pour se dérober aux regards. L'auteur de ce récit et les confrères qui l'ont assisté sont loin de penser qu'ils aient agi avec plus d'intelligence que ne l'eût fait tout autre médecin; mais enfin, sans leur concours, les magistrats eussent été dans l'hésitation, l'embarras, et ils n'auraient osé ni condamner ni absoudre.

A la descente du Pont-Neuf, entre les rues Dauphine et Guénégaud, se trouve une petite rue étroite, sombre et fangeuse, au fond de laquelle est une maison d'apparence moins triste que les autres, habitée par une famille juive. C'est là, chez ces israélites, que, vers la fin de décembre 1852, descendit une jeune et belle personne de dix-huit ans, venant de quitter le Havre pour se fixer à Paris. Deux mois se passèrent sans que personne connût ni les motifs qui lui avaient fait abandonner sa famille, ni la nature de ses occupations. Au mois de mars dernier, une nommée Julie vint la demander pour aller se promener ensemble en voiture dans les Champs-Élysées; mais quelques heures s'étaient à peine écoulées, qu'elle la ramenait mourante. On s'empressa d'appeler un médecin. Celui-ci la trouva se plaignant de ressentir des douleurs vives dans le ventre, qui était ballonné; de temps en temps se manifestaient des nausées et des syncopes qui annonçaient une lésion intérieure des plus grave. Cette jeune fille racontait qu'un cavalier, s'étant approché de la voiture, avait été désarçonné, et que l'émotion qu'elle avait ressentie de cet accident lui avait aussitôt fait perdre connaissance. Notre confrère diagnostiqua une péritonite; pour la combattre, il pratiqua une saignée, appliqua des sangsues, fit des frictions mercurielles, administra des antispasmodiques; mais, malgré l'emploi de ces moyens, la malade expira dix-huit heures après l'invasion de la maladie.

Le médecin chargé de constater le décès s'étonna d'une mort si prompte, et ne put la croire naturelle. La mairie, sur son rapport, refusa l'inhumation, et même persista dans ce refus malgré les explications du commissaire de police, qui avait ordonné de passer outre après les explications du médecin traitant sur la nature de l'affection qui avait fait périr la malade, et qu'il considérait comme une péritonite aiguë.

C'est alors que je fus mandé par le magistrat et que nous nous transportâmes dans la maison théâtre de l'événement. Notre visite causa un très grand trouble; on ne répondait à nos questions que d'une manière évasive et dans un idiome presque inintelligible. Il est inutile de dire que nos soupçons n'en furent qu'augmentés, et qu'en conséquence le préposé de l'autorité me pria de procéder à la visite du corps et de vérifier s'il n'y aurait pas eu avortement ou tentative d'avortement. Or, à peine eus-je écarté les grandes lèvres, que je rencontrai le col de l'utérus considérablement abaissé, avec un état comme déchiqueté des bords de l'orifice.

Ne me trouvant pas assez édifié en présence de cette disposition anormale de l'utérus pour prononcer de façon à éclairer la justice, je demandai qu'on fît l'ouverture. En conséquence du rapport qui fut adressé à M. le préfet de police, M. Tardieu et moi fûmes désignés pour procéder à l'autopsie, qui fut exécutée le lendemain.

Vingt et quelques heures avaient suffi pour amener une grande décomposition. A la section des parois abdominales, il s'échappa une quantité énorme de gaz d'une fétidité extrême. L'utérus enlevé et ouvert, nous ne trouvâmes aucune trace d'une conception récente; seulement à la cavité de cet organe plus ample que chez les vierges, à la dilatation de l'orifice et aux inégalités frangées du col, on pouvait croire à un accouchement antérieur. Mais la cause de la mort se montrait d'une manière assez évidente d'ailleurs: un litre d'un sang moitié fluide, moitié coagulé remplissait le petit bassin, pesait sur l'utérus et, l'énorme météorisme aidant encore, l'avait ainsi poussé en avant. Quelle était la cause de cette hémorrhagie? Quelles en eussent été les suites si, plus lente, elle n'eût pas amené si promptement la mort? Aurait-on pu espérer de voir cette collection sanguine se prononcer au dehors; et, en lui procurant une issue facile, aurait-on pu conserver les jours de cette femme? Je soumets ces questions à vos méditations.

Il n'y avait d'ailleurs nulle trace de péritonite; absence de toute sérosité, de tout commencement d'exsudation plastique. Les parties étaient pâles, décolorées, exsangues. Dans notre conviction, cette femme avait succombé à une hémorrhagie interne.

Le médecin chargé du traitement pouvait-il reconnaître la cause? Tout autre et nous-mêmes n'eussions-nous pas été trompés par les douleurs vives ressenties dans le ventre, par les nausées, les hoquets, les spasmes? La petitesse du pouls qui existe dans la péritonite ne pouvait pas même nous éclairer. Nous aurions probablement saigné et posé des sangsues, et la malade succombait ainsi sous une double cause en perdant du sang *intus et extrà*.

Ce fait m'a paru digne de vous être communiqué, en ce que tout semblait se réunir pour faire supposer un crime. La promptitude de la mort, l'ignorance où l'on était de la cause qui l'avait produite, l'histoire invraisemblable d'un cavalier désarçonné au moment où cette jeune femme se trouvait en voiture aux Champs-Élysées avec une Julie qui est demeurée inconnue; la descente de l'utérus dilaté, un museau de tanche frangé, tout semblait mystérieux, jusqu'à la rue, la maison, la religion de ceux qui l'habitaient, leurs réponses incohérentes dans un idiome étranger. Inutile d'ajouter qu'en présence de la cause évidente de la mort, révélée à l'ouverture du cadavre, toute poursuite dut cesser. Nous avons pensé aussi que, sous le rapport médical, ce fait n'était pas moins intéressant et digne de vous être exposé.

M. DUPERTHUIS demande à M. Masson ce qu'il conclut de la déchirure du col.

M. MASSON. J'ai déjà dit que nous avons considéré cet état frangé comme déjà ancien, et qu'il n'y avait aucune trace de gestation récente. Je dis récente, parce qu'il nous a paru que dans le fond de l'utérus il y avait des traces d'une grossesse antérieure, et que très probablement cette jeune fille avait conçu.

M. LAFONT demande s'il n'a pas été possible de déterminer la source de l'hémorrhagie; car, ajoute-t-il, ces sortes d'amas de sang, d'après M. Nélaton, durent des mois et ne causent pas la mort.

M. MASSON. Cette constatation n'a pu être faite; mais l'hémorrhagie a pu déterminer la péritonite et le sang donner lieu aux gaz infects qui ballonnaient le ventre. La quantité de ce liquide extravasé a été évaluée à un litre et demi environ. La malade en a perdu aussi par la saignée et les sangsues, de là défaillance, syncope, et partant mort.

M. TERRIER. J'ai regretté d'entendre nier la péritonite parce qu'il n'en restait pas de traces sur un sujet dont la mort remontait à plusieurs jours, et qui avait cependant, au rapport du médecin appelé à donner des soins à la malade, présenté tous les signes de la péritonite aiguë durant les dix-huit heures qui avaient précédé la mort.

Broussais nous a appris, et l'on affecte trop aujourd'hui l'oubli de ses leçons, qu'une phlegmasie aiguë peut ne laisser aucune trace trente heures après la mort, quand cette phlegmasie avait débuté peu de temps auparavant.

Sans doute la personne qui fait le sujet de cette observation n'est pas morte du fait de la phlegmasie, mais par celui de l'hémorrhagie interne dont les signes ont été en partie masqués pendant la vie par ceux de la péritonite. Cependant, comme on ne trouve pas de raison suffisante, à l'autopsie, pour nier le diagnostic porté par le médecin qui a soigné la malade, je regrette la négation dans le rapport d'une maladie qui a dû être un des points de départ de l'hémorrhagie à laquelle la malade a succombé.

M. FOUCART fait remarquer qu'il y a de ces inflammations, telles que l'érysipèle, par exemple, qui ne laissent pas de traces après la mort.

M. MASSON ajoute, de son côté, qu'avant l'établissement de la phlegmasie, il y a ce que l'on peut appeler la période nerveuse de cette inflammation.

M. BOYER. L'observation que vient de nous communiquer notre confrère est très intéressante. L'abaissement total de l'utérus dans le bassin me rappelle une remarque que j'ai faite. Appelé pour pratiquer la paracentèse à une femme affectée d'une ascite excessivement développée, je trouvai l'utérus repoussé de manière à faire saillie hors de la vulve. Le médecin ordinaire supposait tout autre chose. Le vagin avait disparu, et la réduction ne fut possible qu'après l'évacuation du liquide. Cette malade mourut à la suite de la seconde ponction; mais le fait que j'ai voulu faire ressortir, c'est l'expulsion de l'utérus provoquée par une distension énorme de l'abdomen.

Staphylôme. — Douleurs du globe de l'œil n'ayant cessé qu'après l'extraction du cristallin.

M. COURSSERANT. Un ouvrier employé aux travaux de terrassement du chemin de fer de Poitiers à Bordeaux reçut à l'œil droit une blessure pour laquelle il fut traité deux mois environ dans un hôpital de province. La maladie s'étant terminée par un staphylôme considérable, dont la base comprenait la moitié inférieure de la cornée, le malade se rendit à Paris. Comme l'ablation de la tumeur était le moyen le plus simple, le plus prompt et le plus sûr de faire disparaître en même temps la difformité de l'œil droit, les douleurs dont il était le siége par suite des frottements incessants des paupières sur le staphylôme et la gêne que ces douleurs apportaient à l'exercice de l'œil congénère, je proposai au malade une petite opération chirurgicale, qu'il rejeta, s'en exagérant les suites dangereuses: force me fut alors de provoquer l'aplatissement de la tumeur à l'aide de quelques cautérisations pratiquées avec le nitrate d'argent. Sous l'influence de ce moyen, le staphylôme s'était déjà affaissé à son sommet au point de pouvoir être facilement recouvert par les paupières, et, quoique cette amélioration ne parût pas de nature bien durable, le malade était décidé à en rester là, lorsqu'une blessure faite par une aiguille dans la direction du diamètre antéro-postérieur du globe fut suivie de douleurs excessivement vives, pour lesquelles plusieurs praticiens jugèrent à propos de prescrire un traitement antiphlogistique énergique et local. Quelque rationnelles, quelque opportunes que fussent ces prescriptions, le malade se trouvait dans l'impossibilité de les remplir à cause de l'insuffisance de ses ressources pécuniaires (depuis plusieurs mois il avait été obligé de suspendre son travail). Dans un tel état de choses, je pensai que la cause principale et peut-être unique du mal pouvait résider dans le cristallin, lequel après sa lésion aurait subi une imbibition, un gonflement considérable, ainsi que cela s'observe quelquefois dans les opérations de cataracte pratiquées à l'aiguille, et qu'à ce point de vue l'extraction de cette lentille devenue corps étranger dans l'œil était la voie la plus simple de mettre un terme aux douleurs vives et poignantes de ce pauvre malade.

Je fis part à ce dernier de ma manière voir, l'engageant fortement à se soumettre à une opération qui devait mettre fin pour toujours à ses souffrances et à la difformité encore assez gênante de l'organe malade. Lorsque le segment supérieur de la base du staphylôme fut détaché et que celui-ci eut été abaissé pour faciliter la section du segment inférieur, le cristallin, opaque, gonflé et ressemblant assez bien à une bouillie épaisse, apparut au fond de la plaie: l'extraction en fut faite. A partir de ce moment les douleurs cessèrent, et la cicatrisation marcha de la manière la plus prompte et la plus régulière. D'un autre côté, la base molle et peu résistante du staphylôme se trouve maintenant remplacée par une cicatrice solide, sur laquelle prennent un point d'appui résistant les parties encore saines de l'iris et de la cornée, de telle sorte que ces deux membranes, qui à la longue auraient fini par se désorganiser en venant se fondre dans la base de la tumeur, sont maintenant à l'abri des désorganisations qu'aurait amenées dans leur tissu la persistance du staphylôme; par là se trouve conservée, en outre, la possibilité d'établir une pupille artificielle à l'œil droit si quelque accident frappait l'œil gauche; or cette ressource extrême conservée et mise pour ainsi dire en réserve en cas de malheur n'est pas à dédaigner: elle constitue même, à mes yeux, un des motifs les plus puissants qui en pareille circonstance doivent engager le praticien à pratiquer l'opération du staphylôme.

Cautérisation des productions verruqueuses des paupières.

M. COURSSERANT. Si les productions verruqueuses à base large et peu proéminente qui siégent parfois au bord libre des paupières ne constituent pas une affection bien grave, il n'est pourtant pas toujours facile de les faire disparaître sans perte des cils, sans perte de substance permanente dans la paupière et partant sans difformité. Cependant personne n'ignore que cette dernière circonstance est une de celles dont on doit tenir grand compte dans une certaine classe de malades, les femmes, par exemple. Dans des cas semblables, j'emploie le procédé suivant, qui a le triple avantage de ménager les cils, même ceux qui sont implantés dans la tumeur, de détruire le mal sans cicatrice visible et partant sans difformité.

A l'aide d'une lancette ou d'un bistouri à pointe assez effilée, je fais dans la tumeur deux incisions, l'une horizontale et l'autre verticale, et, si sur le trajet de l'instrument se trouve un cil, j'éloigne l'incision d'un demi-millimètre à un millimètre du point d'émergence de ce cil; puis, trempant l'extrémité d'un tube capillaire dans de l'acide nitrique concentré, je promène successivement cette extrémité dans les deux sillons que je viens de tracer; au bout de deux jours, on peut détacher la petite eschare avec des pinces et répéter la cautérisation sur les points dont la base présente le plus d'épaisseur. Bientôt on voit ces points se flétrir et tomber. Quant aux couches minces du tissu morbide qui entourent les cils et qui n'avaient pas été atteintes par le caustique, elles ne tardent pas à se détacher.

Rapport.

M. CHALUT lit un rapport sur le *Bulletin de la Société de médecine de Besançon*, année 1851. Dans ce Bulletin, on remarque entre autres travaux intéressants:

1° Un rapport annuel du secrétaire, M. le docteur Drahen, sur les avantages de l'association entre les médecins; question pleine d'actualité et d'intérêt, qui a été traitée avec beaucoup de lucidité par le savant secrétaire;

2° Des considérations sur la *gastrotomie*, faisant suite à deux observations d'étranglement interne à travers une déchirure du mésentère, par M. le docteur Coutenot;

3° Une observation de *tétanos traumatique*, survenu à la suite d'un coup de couteau donné sur la pommette gauche, par M. le docteur Merlin;

4° Une observation d'*hydrocéphale* ayant offert une rupture prématurée de la poche amniotique, avec persistance de la grossesse et de la vie fœtale pendant deux mois, et dans laquelle l'opération de la crâniotomie fut pratiquée, après des efforts infructueux, par M. le docteur Bouton.

M. le rapporteur, en rendant un juste hommage au talent des observateurs, propose de voter des remerciments à la Société de médecine de Besançon, en la priant de vouloir bien continuer l'envoi de son intéressant Bulletin à la Société de médecine pratique de Paris.

Le secrétaire annuel, Dr A. BOSSU.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

La *Gazette médicale de Montpellier* fait les réflexions suivantes à l'occasion de bruits répandus par quelques journaux de Paris:

« Les bruits les plus absurdes circulent à propos de la nomination impatiemment attendue du nouveau professeur d'anatomie à notre Faculté de médecine. On ne se contente pas, en effet, de dire que M. Rigaut, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg, va définitivement nous arriver, et que M. Lacauchie, fortement appuyé par le ministère de la guerre, remplacera M. Rigaut à Strasbourg; on va jusqu'à prétendre que le recteur de notre Académie a été appelé à Paris dans les derniers jours d'avril, et que le ministre de l'instruction publique lui a intimé l'ordre de prendre ses mesures pour que, à la prochaine *présentation*, M. Benoît soit encore le premier candidat de la Faculté.

» Cependant les grands nouvellistes ne sont pas encore d'accord sur la chaire qui sera déclarée vacante. Sera-ce celle de feu le professeur Rech, ou bien celle du professeur Ribes?

» La solution de cette question est d'un haut intérêt, car les prétendants au professorat sont impatients de savoir comment établir leurs candidatures. »

— La Société médicale allemande à Paris a tenu, le mercredi 11 mai à trois heures de l'après-midi, dans son local ordinaire, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine, sa séance annuelle, sous la présidence de M. le docteur Meding.

Après le compte-rendu des travaux et des acquisitions de l'année qui vient de s'écouler, M. le président a exposé en quelques mots les développements, l'extension et l'impulsion nouvelle donnée à cette Société. Il a surtout insisté sur la création d'une bibliothèque médicale allemande.

Le vice-président a lu un mémoire historique sur la lithotritie. Un troisième membre a produit trois observations pour établir que, contrairement aux principes du diagnostic, le choc du cœur, sensible dans trois intervalles intercostaux, même sans indurations du tissu environnant, n'est point absolument un signe d'hypertrophie. Un quatrième orateur enfin a lu un important mémoire sur les insectes fossiles et sur ce qu'on en peut conclure au point de vue géologique.

Après avoir nommé membre honoraire M. Günther, professeur de chirurgie à la Faculté de Leipzig, la Société a clos la séance annuelle par un banquet où n'a cessé de régner la plus cordiale entente.

— La Société des médecins du grand-duché de Baden, pour encourager le progrès et la propagation de la médecine légale, qui, depuis 1835, a rapidement marché en Allemagne, a voté, en 1851, la fondation d'une médaille. Cette décision a été plus tard approuvée par le gouvernement.

La première distribution de cette médaille vient d'avoir lieu. Elle a été décernée aux notabilités scientifiques dont les noms suivent:

MM. Orfila, à Paris (alors vivant); de Liébig, à Munich; Chelius, à Heidelberg; Heyfelder, à Erlangen; Robert Mohl, à Heidelberg; J. Knotz, à Vienne; V.-A. Rieke, à Stuttgard; Roller, à Illenau; Rœsch, à Seildorf.

Nous recevons à l'instant un extrait assez étendu du *Mémoire sur les fractures transversales de la rotule, guéries par un cal osseux à l'aide d'un appareil curatif nouveau*, que M. Baudens a lu à l'Académie des sciences dans la séance de lundi dernier. Nous regrettons que le défaut de place ne nous permette pas de l'insérer aujourd'hui. Nous le donnerons dans le prochain numéro.

M. le professeur Nélaton reprendra son service à la Clinique lundi prochain, 23 mai.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

En vente, chez Firmin DIDOT frères, rue Jacob, 6, à Paris.

De la parole, considérée au double point de vue de la physiologie et de la grammaire. Nouvelles études sur les divers ordres de phénomènes dont se compose le langage de la voix articulée; par Léon VAÏSSE, professeur de la classe de perfectionnement à l'Institution impériale des Sourds-Muets. Prix: 1 fr.

La fièvre dite typhoïde est-elle une fièvre, une pyrexie ou une inflammation? par le docteur LEFEBVRE, lauréat et ancien chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris, etc. In-8°. Prix: 1 fr. 25 c. — A Paris, chez Labé, libr., place de l'Ecole-de-Médecine, 23.

LE GÉRANT.

Paris. — Typographie de PLON frères, Imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 61. — MARDI 24 MAI 1853. (26e ANNÉE.) N° 61. — MARDI 24 MAI 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	Trois mois. . . . 8 fr. 50 c. Six mois. . . . 16 » Un an. . . . . . 30 »	
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	Trois mois. . . . . 9 fr. Six mois. . . . . . 17 Un an. 33	
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	Trois mois. . . . . . 10 fr. Six mois. . . . . . 20 Un an. 38	

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

MÉMOIRE
SUR LE TRAITEMENT DES FRACTURES DE LA ROTULE.
Appareil curatif nouveau;

Par M. Baudens, médecin inspecteur des armées.

(Lu à l'Académie des sciences, séance du 16 mai.)

Dans cette analyse de notre *Mémoire sur les fractures de la rotule*, nous n'envisagerons que le point de vue curatif, parce qu'en effet le nouveau traitement par nous imaginé pour arriver à guérir les fractures de cet os à l'aide d'un cal osseux et non fibro-cartilagineux est le côté important de notre travail.

L'appareil de notre invention se compose :

1° D'une espèce de boîte à ciel ouvert;

2° D'un plan incliné;

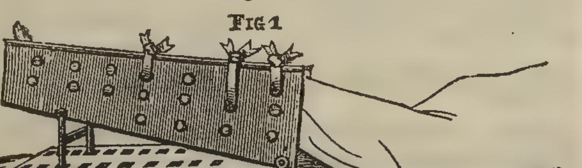
3° De trois coussins de crin;

4° De deux compresses graduées, et de liens pour la coaptation.

La boîte à ciel ouvert, destinée à loger le membre pelvien, doit avoir 30 centimètres de long, 25 de large, dans le lieu réservé à la cuisse, et 20 seulement dans celui où doivent être placés la jambe et le pied. Quatre pièces : un plancher, deux parois latérales et une paroi digitale, entre elles articulées par des charnières, et rendues immobiles à l'aide de crochets quand la boîte est fermée, constituent celle-ci. Le plancher est horizontal. Les parois latérales, hautes de 25 centimètres, sont percées de trois rangées de trous superposés de 17 millimètres de diamètre; la paroi terminale, ou digitale, a la même hauteur.

Le plan incliné est destiné à soulever le membre pelvien, et les coussins de crin à tapisser le plancher de la boîte. Les deux compresses graduées, de la longueur et de l'épaisseur de l'index, doivent être placées en forme de croissant en dehors des fragments pour aider à l'action des lacs de la coaptation. Ces lacs sont représentés par des bouts de bande longs d'un mètre.

Fig 1



Application de l'appareil. — On place le membre affecté sur le plancher de la boîte garni d'un petit matelas de crin, de telle façon que la plante du pied soit soutenue par la paroi digitale. On procède à la coaptation quand les fragments se touchent; on remplace les doigts par les deux compresses graduées, qu'on applique avec une certaine force, l'une au-dessus du sommet, l'autre au-dessous de la base de la rotule, en effaçant bien la peau, pour qu'elle ne s'interpose pas entre les fragments.

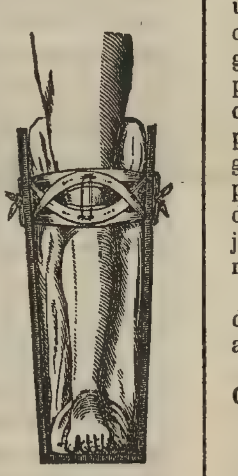
On fixe par deux ou trois fortes épingles le milieu des lacs de la coaptation aux compresses graduées; les chefs de ces lacs sont ensuite ramenés obliquement de chaque côté de la boîte, dans un des trous, pour être réfléchis en haut, sur le rebord des parois, comme sur une poulie de renvoi. Plus on fait effort sur eux, plus les fragments se rapprochent. Quand la coaptation est obtenue, on les arrête par un nœud solide sur le rebord des parois de la boîte.

En ce qui concerne le fragment inférieur, comme il suffit de le soutenir pour l'empêcher de fuir sous la pression du fragment supérieur, on agit sur lui avec moins de force.

Si ces deux lacs de coaptation sont insuffisants, on en ajoute d'autres en les imbriquant et en empiétant un peu sur les fragments pour les empêcher de basculer. On varie le point de la compression, afin d'éviter les écorchures à la peau. Craint-on que ces liens ne glissent l'un vers l'autre, on les retient par un autre lacs fixé sur eux, et s'insérant en arrière. Veut-on soustraire momentanément l'un des points de la rotule à la compression, on attache un lien, soit au milieu, soit sur l'un des côtés des compresses graduées; on fait effort sur lui pour la soulever, et on le fixe au rebord de la boîte.

Voilà bien des indications remplies, il y en a d'autres encore. La bascule des fragments, leur renversement d'arrière en avant pourrait encore exister à un certain degré; les fragments pourraient ne se pas toucher par leur bord antérieur avec autant de précision que par leur bord postérieur; leur angle interne surtout pourrait n'être pas aussi rigoureusement affronté que l'angle externe, et cela par des raisons anatomiques connues. Pour remplir les indications nouvelles, rien de plus facile.

Il suffit d'implanter sur les compresses graduées une série de fortes épingles dont les pointes et les têtes restent saillantes, afin de jeter autour d'elles des anses de gros fil qu'on entrecroise en tous sens au-devant de la rotule.



A l'aide de ce petit bandage unissant, on maintient les fragments dans un contact parfait. En effet, ce simple appareil permet de remplir trois indications capitales :

1° Le rapprochement des fragments;

2° Leur refoulement pour s'opposer à leur bascule;

3° Une traction plus forte sur l'angle interne que sur l'angle externe de ces fragments.

De tous les appareils, le meilleur serait incontestablement les doigts qui ont fait la coaptation, s'ils pouvaient fonctionner pendant toute la durée du traitement; à leur défaut, nous croyons notre boîte préférable à tout autre moyen, parce que chacun des trous dont elle est percée peut faire l'office d'un doigt intelligent. Pour entrer dans cette voie plus avant encore, nous avons récemment substitué avec avantage aux lacs de toile des liens de tissu élastique; nous remplaçons ainsi, autant que possible, la puissance contractile des doigts du chirurgien.

Dans cette analyse, limitée le plus possible afin de ne pas abuser de la parole que l'Académie veut bien nous accorder pour quelques instants, nous ne pouvons, comme dans notre mémoire, faire ressortir par un examen comparatif des appareils classiques avec celui dont nous nous servons depuis plus de quinze années les avantages de ce dernier. La meilleure preuve que les appareils classiques sont défectueux, c'est qu'avec eux le cal se fait à distance par une substance fibro-cartilagineuse intermédiaire de plusieurs centimètres, entraînant une faiblesse du genou incurable; la preuve que notre appareil est plus avantageux, c'est que le cal osseux est ici la règle et non l'exception, comme on peut le constater sur les malades soumis à son action.

Obs. I. — *Fracture transversale de la rotule par contraction musculaire.— Glace sur le genou. — Appareil de M. Baudens. — Cal osseux linéaire.*

(Recueillie par M. le docteur Marturé.)

Q..., sapeur pompier, trente-quatre ans, tempérament sanguin, bonne constitution, a été porté au Val-de-Grâce, salle 30, n° 5, le 24 août 1844 pour une fracture de rotule dont il venait d'être atteint.

Il raconte que, courant dans la rue pour arriver plus vite à sa caserne, il a fait un faux pas du pied gauche et que pour rétablir l'équilibre il s'est brusquement porté en arrière, ce qui ne l'a pas empêché de tomber.

On constate aisément une fracture transversale de la rotule droite. Les fragments laissent entre eux un intervalle de deux travers de doigt qui permet au doigt, en déprimant la peau, de reconnaître la surface articulaire du fémur. Le fragment supérieur est plus gros que l'inférieur. La tumeur et la douleur sont peu considérables; la réaction est nulle; le blessé n'a pas senti de craquement au moment de la fracture; il est tombé assis sur le talon.

Les accidents locaux présentant peu de gravité, M. Baudens applique immédiatement son appareil. La fracture est exactement réduite; les fragments sont affrontés avec une précision parfaite; on met sur le genou, pour empêcher l'inflammation traumatique de se développer, une légère couche de charpie et par-dessus celle-ci de la glace. Après quatre jours, le foyer traumatique étant éteint, on supprime les réfrigérants et l'on resserre les liens un peu relâchés. Quarante-cinq jours plus tard, on retire l'appareil; le cal est osseux, linéaire, difficile à reconnaître avec la pulpe du doigt; les fragments semblent réunis par première intention; frictions, massage, douches pour dissiper une légère roideur articulaire; et, comme il est évident que la difficulté de ployer le genou reconnaît pour cause principale la rétraction du tendon et des fibres musculaires des quatre muscles extenseurs de la jambe, on porte sur le tendon et même sur les fibres musculaires le massage et les douches avec un grand succès.

Le malade quitte le Val-de-Grâce parfaitement guéri après deux mois de séjour. Nous l'avons revu depuis : il ne se ressent nullement de son accident.

Obs. II. — *Fracture en étoile suite de coup de feu. — Extraction à l'aide de notre tire-fond à canule de la balle restée enclavée au centre de la rotule. — Issue de synovie. — Glace en permanence avec addition de sel marin. — Guérison.*

F..., garde mobile, âgé de vingt-cinq ans, de bonne et forte constitution, reçoit, le 25 juin 1848, à l'attaque du Panthéon, d'où on le porte immédiatement à l'hôpital du Val-de-Grâce, une balle au genou gauche. Nous constatons avec le doigt introduit dans le trajet parcouru la présence du projectile à 1 centimètre de profondeur au centre de la rotule, fracturée en étoile. Des tentatives d'extraction en faisant levier à l'aide d'un manche de spatule en fer sont infructueuses, et, pour éviter de forts ébranlements, nous avons recours au tire-fond à canule par nous imaginé en Algérie, fabriqué par M. Charrière, et qui sur notre demande a été mis dans les caisses à amputation des ambulances de l'armée.

A l'aide de ce tire-fond, le plomb est extrait sans difficulté et sans secousses.

Le trou laissé par la balle livre à l'instant passage à du sang mélangé à de la synovie; la fracture est étoilée, trois ou quatre frag-

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité des affections de la peau symptomatiques de la syphilis, par M. le docteur L. Bassereau.

Le titre de cet ouvrage tendrait à faire croire tout d'abord qu'il ne s'agit ici que des syphilides, d'une seule classe des phénomènes symptomatiques de la vérole, et l'on serait tenté de se demander alors pourquoi ce livre; si les diverses formes des affections de la peau qui traduisent l'infection générale ne sont pas assez connues, après les nombreux travaux qui, depuis vingt années surtout, ont été publiés tant en France qu'à l'étranger; enfin, si ces maladies cutanées réclament un traitement autre que le traitement spécifique que l'on oppose à la syphilis envisagée à son point de vue le plus général? Mais la lecture des premières pages du traité de M. Bassereau suffit pour démontrer combien on serait dans l'erreur. Si, mu par un sentiment louable, mais trop exagéré de modestie, l'auteur nous engage dans son avant-propos à ne considérer son œuvre « que comme un simple complément devenu nécessaire à tous les traités de maladies de la peau, ainsi qu'à tous les traités de maladies vénériennes, » le devoir du critique est de dire hautement que l'on y trouve soulevées les plus hautes questions théoriques et pratiques, développés les points de doctrine les plus importants relatifs à l'évolution de la syphilis, à l'étiologie, à l'enchaînement de ses phénomènes caractéristiques. C'est ce que nous allons essayer de faire ressortir dans cette rapide analyse.

L'auteur commence par des généralités sur l'historique, les classifications et les caractères des affections syphilitiques de la peau. La classification qu'il adopte, établie d'après les principes de Willan, c'est-à-dire en prenant les lésions élémentaires pour base fondamentale des espèces, est la suivante, qui reconnaît huit formes :

1° Syphilide érythémateuse;
2° — papuleuse;
3° — papuleuse humide ou muqueuse;
4° — vésiculeuse;
5° — bulleuse;
6° — pustuleuse;
7° — tuberculeuse;
8° — squameuse.

Nous aurons tant de choses à examiner dans le cours de cet ouvrage que nous sommes forcé de passer sous silence les réflexions à l'aide desquelles l'auteur commente et justifie cette classification, comme aussi les considérations éminemment pratiques qu'il présente sur le diagnostic, l'ordre d'apparition des syphilides, la rareté et la fréquence de certaines formes, la recherche des antécédents, le traitement envisagé comme pierre de touche pour reconnaître la nature de certaines affections douteuses, etc.

La description de chacune des huit formes de syphilides fait le sujet d'un chapitre spécial, et, pour être certain de ne passer sous silence aucun point important de l'histoire de l'affection qu'il étudie, M. Bassereau s'est tracé un programme de questions qui se répètent dans tous les chapitres, et dont la solution sera précieuse pour juger comparativement les rapports comme les différences qui peuvent exister entre les différentes espèces de syphilides.

Ainsi, qu'il soit question de la syphilide érythémateuse, de la papuleuse, de la pustuleuse, etc., M. Bassereau divise l'histoire particulière en huit ou neuf paragraphes, correspondant aux points que nous allons indiquer. Il trace d'abord, aussi longuement qu'il est nécessaire, l'historique, le tableau, la marche de l'affection, en accompagnant cette description de quelques observations propres à caractériser les types divers que peut affecter chaque forme. Ceci établi, il passe à la recherche du symptôme primitif qui a précédé la maladie cutanée, et auquel on doit la rapporter comme point de départ. Pour le dire en passant, M. Bassereau établit par les faits, par les chiffres et par l'expérience la plus probante que le chancre est toujours le symptôme primitif qui précède la syphilis, et que les observations qui semblent contredire ce fait sont loin d'être assez exactes pour pouvoir être invoquées avec quelque raison.

Le troisième paragraphe comprend l'étude des cas où la syphilide a été précédée de chancre et de blennorrhagie à la fois; M. Bassereau démontre que la blennorrhagie n'a aucune part dans la production de l'affection cutanée, puisque seule elle ne peut la produire; « si seule, dit-il avec grande raison, la blennorrhagie ne peut engendrer la syphilide, par quel motif lui accorderait-on ce fâcheux privilége lorsqu'elle coexiste avec le chancre? » Evidemment à ce sujet il ne saurait rester le moindre doute à l'esprit.

Les quatrième et cinquième paragraphes ont pour objet de déterminer le siége du chancre qui a précédé et occasionné l'affection cutanée, et les diverses formes sous lesquelles ce chancre s'est présenté. Le siége, à notre avis, n'a pas grande importance; cependant l'auteur a bien fait de le noter, puisqu'il trouvait ce renseignement inscrit dans ses observations, et qu'il peut servir de réponse à ceux qui pensent que le chancre a souvent pu ne pas exister comme symptôme primitif. L'éloignement du chancre, et son siége loin des parties qui

ments, quelques petites pièces d'os isolés sont retirées. Les fragments dont les pointes se dirigent vers l'articulation sont redressés, et, après nous être autant que possible conformé au principe par nous formulé, à savoir : de toujours faire d'une plaie compliquée une plaie simple en la purgeant de tous corps étrangers, nous avisons au moyen de soustraire l'articulation au contact de l'air. On ne peut songer aux sutures. Sans doute on pourrait dans cette vue rafraîchir les bords de la plaie tégumentaire; mais il faut s'attendre à une arthrite aiguë, à de terribles accidents, et d'ailleurs par où s'échappera le pus si toute issue au dehors lui est fermée? Nous mettons simplement dans la plaie un petit bourdonnet de charpie et par-dessus un morceau de sparadrap adhérant exactement à la rotule.

Le membre est ensuite déposé sur un plan incliné, le genou reposant sur une très grosse éponge presque entièrement déchirée par le milieu, afin qu'elle forme de chaque côté de l'articulation un coussin protecteur.

Ceci fait, une légère couche de charpie est placée autour du genou, et par-dessus cette trame destinée à conduire uniformément sur tous les points tégumentaires à la fois l'effet du froid des glaçons sont posés de plus en plus nombreux à mesure que se développe l'intensité du foyer traumatique.

Pour enlever à celui-ci une partie de ses éléments, nous prescrivons une saignée du bras de 600 grammes et un purgatif salin.

Le blessé éprouve des effets de la glace un grand bien-être; mais au bout de douze heures l'arthrite marche avec une telle vitesse que les douleurs momentanément assoupies renaissent avec violence, la tuméfaction s'accroît d'une manière notable, la chaleur devient intense au point que le blessé demande sans cesse de la glace : *Donnez-moi de la glace plus froide*, dit-il, *celle-ci est chaude*. Interrogé sur ses sensations, il répond que son genou est brûlant; il s'agite violemment, demande qu'on lui fasse l'amputation si on ne peut le soulager; le pouls est précipité (120 pulsations), peu développé; l'anxiété est extrême.

A l'aide d'un mélange réfrigérant de glace et de sel marin, dont une couche épaisse est déposée sur la charpie qui entoure l'articulation, on procure un peu de soulagement; mais la sensation d'un fer brûlant persiste, et, en prenant pour guide uniquement les sensations du pauvre blessé, nous portons la réfrigération graduellement jusqu'à 14 degrés au-dessous de zéro. A cette limite seulement un soulagement très notable a lieu. Au contact de la main, les téguments sont froids; mais le foyer profond est si intense que le malade affirme, bien que cette médication énergique dure depuis deux heures déjà, que son genou est encore infiniment plus chaud que l'autre; il demande en grâce de continuer l'action de la glace et du sel marin.

La réfrigération par la glace et le sel marin combinés de manière à avoir une température de 8 à 11 degrés au-dessous de zéro est maintenue pendant quarante-huit heures. Le pouls est descendu à 85 pulsations, l'anxiété a disparu, l'articulation reste tuméfiée, mais peu douloureuse, bien moins brûlante. Une suppuration épaisse, douce s'écoule de la plaie; il y a du sommeil, la soif est moins vive, en un mot l'orage est dissipé, mais il peut revenir.

Nous avions prescrit la suppression du sel marin et la continuation de la glace seule; mais pendant trois jours encore on est obligé de revenir au sel de temps en temps, une heure environ chaque fois, afin de soutirer du calorique morbide dès que le foyer de l'incendie se ranime. A partir de cette époque, la glace seule est suffisante. On y a recours pendant vingt jours encore en ayant soin de toujours prendre pour guide les sensations du malade. Dans les derniers jours, on supprime la glace momentanément; elle n'est plus appliquée que d'une manière intermittente, quand le malade en éprouve le besoin.

Enfin, le 21 juillet, vingt-six jours après la blessure, la sensation de la glace est désagréable; elle donne froid, indice certain qu'au lieu d'agir sur du calorique morbide, elle soutire du calorique normal. On la supprime, et on la remplace par une simple compresse trempée dans de l'eau à la température ambiante.

Le genou a diminué de volume; la peau s'est flétrie et ridée; la plaie se couvre de bourgeons charnus; deux petits éclats d'os ont été entraînés par le pus, qui continue à être louable. Le pouls est descendu progressivement jusqu'à 52 pulsations. Le sommeil est bon. Il y a un peu d'appétit; pas de soif.

On continue à laisser le membre sur le plan incliné, dans une rectitude parfaite, sans exercer autour du genou, qui est libre, la moindre compression.

Pour tout pansement, on se contente de placer au centre de la plaie une boulette de douce charpie qu'on recouvre d'une simple compresse humide.

Peu à peu les bourgeons surgissent vermeils et vigoureux du fond de la plaie, ils montent les uns sur les autres et finissent par la combler. Les fragments étoilés de la fracture se réunissent par l'intermédiaire d'une substance fibro-cartilagineuse.

Après trois mois de traitement, une cicatrice de tissu inodulaire ferme la plaie, qui reste déprimée. La guérison est parfaite. La rotule est plus large que dans l'état normal; les rayons de la solution de continuité présentent quelques inégalités; mais la soudure devient de plus en plus solide.

Pas d'épanchement articulaire; le genou a repris à peu près son volume normal. La seule infirmité est une fausse ankylose des adhérences pathologiques. L'induration des tissus péri-rotuliens rend la flexion très limitée.

Toutefois, par le massage, les douches autour du genou en respectant la rotule, les frictions à l'aide de pommades fondantes, on obtient un peu d'amélioration.

Plus tard, les eaux thermales de Bourbonne sont très efficaces, et à son retour le malade n'avait plus qu'une infirmité fort supportable. Le cal, de fibro-cartilagineux qu'il était, s'était ossifié.

Cette observation est digne d'intérêt à plus d'un point de vue.

Et d'abord, l'enclavement d'une balle au centre de la rotule constitue l'un de ces cas rares et extraordinaires que l'on rencontre quelquefois sur les champs de bataille. L'extraction du plomb à l'aide de notre tire-fond, la manière dont les réfrigérants ont été employés pour combattre l'arthrite traumatique du genou, le mode de guérison de la rotule sans autre appareil que le plan incliné, sont autant de particularités fort curieuses.

En campagne, privé d'hôpitaux sédentaires, nous avons toujours, dans des cas analogues, fait l'amputation. Nous ne craignons pas d'avancer que les hôpitaux seraient eux-mêmes insuffisants, malgré le précieux repos qu'ils pourraient procurer, si on n'avait à sa disposition la médication réfrigérante. Cette médication est le frein le plus puissant pour maîtriser l'inflammation traumatique. Avoir mis cette arme nouvelle aux mains des chirurgiens sera notre plus beau titre.

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

Traitement du rhumatisme articulaire aigu. De la vératrine;

Par M. le docteur Charles FABRE.

Nous extrayons de la thèse que vient de soutenir à la Faculté de Paris M. Ch. Fabre les considérations et les observations suivantes, qui nous paraissent offrir de l'intérêt, à cause surtout du petit nombre de faits connus jusqu'ici sur l'emploi de la vératrine, dont il est utile d'apprécier l'efficacité.

Parmi les médicaments qui ont eu le plus de vogue dans la cure du rhumatisme articulaire, on doit citer le colchique, employé surtout en Angleterre. Cette substance, regardée comme spécifique, paraît agir uniquement en vertu de sa puissance purgative. Telle est du moins l'opinion de M. le professeur Trousseau, qui l'a expérimentée dans le rhumatisme. Nous avons vu dernièrement, dans le service de M. Rayer, un cas de rhumatisme articulaire aigu, accompagné de phénomènes généraux très intenses et d'endocardite valvulaire, résister au traitement antiphlogistique combiné avec le sulfate de quinine, céder très promptement à une potion de teinture de colchique, qui amena des évacuations abondantes; cette action drastique réside également dans la vératrine, principe extractif du colchique. Administrée à des chiens par M. Magendie, cette substance a donné lieu à des phénomènes physiologiques identiques à ceux qu'Antoine Stœrck avait observés du colchique qu'il expérimentait sur lui-même. De cette identité du mode d'action physiologique, on aurait pu conclure *à priori* à celle de l'action médicatrice; en effet, les résultats obtenus d'expériences comparatives sur quarante-huit malades, vingt-quatre traités par la vératrine, vingt-quatre par le colchique, ont été absolument identiques d'après le docteur Bardsley, qui s'est livré à ces expériences en Angleterre.

VÉRATRINE. — C'est à M. Piedagnel que l'on doit l'introduction en France de ce médicament. Cet honorable praticien n'a pas encore fait connaître le résultat de ses recherches; aucun travail, si ce n'est celui de Bardsley, qui fait connaître simplement un résultat d'expériences comparatives, n'a été publié sur l'emploi de cette substance dans le rhumatisme. Nous espérons, en publiant quelques observations recueillies dans le service de M. le professeur Trousseau, qui fait en ce moment l'essai de la vératrine dans le traitement de ses rhumatisants, provoquer des travaux sérieux, capables de fixer l'attention et l'opinion des médecins.

OBS. I. — Un homme, venu de Besançon à Paris, prend froid en route en marchant dans la neige; il se refroidit également en voiture. A son arrivée à Paris, il éprouve un malaise général qui le force à s'aliter le 7 mars. Le 13, il entre à l'Hôtel-Dieu, service de M. le professeur Trousseau.

Le malade accuse des douleurs peu vives dans les articulations de l'épaule, du coude, du poignet, aux pieds et aux genoux; le pouls est peu accéléré, l'état du cœur est normal, aucun trouble du côté des organes digestifs. — *Prescription* : une pilule de vératrine de 0,005; une demi-portion.

Le 14, la douleur a envahi les articulations des doigts dans les deux mains, qui sont rouges et tuméfiées; les autres articulations sont dans le même état que la veille, les deux rotules sont soulevées par du liquide; la langue est naturelle, pas de vomissements ni de diarrhée. Le pouls est à 112 pulsations; la peau est chaude, halitueuse. — Prendre 2 pilules de vératrine, 0,005; orge sp., 2 pots. Diète.

Le 15, les articulations sont dans le même état, rouges, tuméfiées et douloureuses. L'épanchement dans les articulations fémoro-tibiales a augmenté; la douleur a envahi les bourses muqueuses des grands trochanters et les gaînes synoviales du cou-de-pied. Pas de nausées ni de coliques, une garde-robe; pouls à 108; rien au cœur. — 3 pilules de vératrine, orge sp.; lait.

Le 16, le bras gauche, y compris l'articulation du coude, est moins douloureux; l'épaule du même côté est dans le même état que la veille. La douleur et le gonflement commencent aussi à se dissiper dans les articulations de la main droite, ainsi que dans le coude. L'épaule est dans le même état que la veille; les rotules sont moins soulevées, moins douloureuses à la pression; les bourses muqueuses et synoviales sont dans le même état que les articulations tibio-tarsiennes.

Le malade n'a pas eu d'envies de vomir, mais il a éprouvé quelques coliques et a rendu une selle; la langue est humide, un peu rouge à la pointe; il a reposé un peu cette nuit, et éprouve ce matin de l'appétit et une soif assez vive. Le pouls est à 96. — 4 pilules de vératrine, orge sp.; un potage au lait.

Le 17, les articulations du membre supérieur, sauf celles du coude et du poignet, sont moins douloureuses. A gauche, amélioration seulement dans les articulations des doigts. Les articulations cervicales sont prises; la bourse muqueuse du grand trochanter gauche est moins douloureuse, celle de droite l'est davantage; le genou gauche est plus gonflé, plus douloureux; le droit l'est moins; le contraire s'observe dans les articulations tibio-tarsiennes.

Le malade a des nausées, mais pas de vomissements; il a eu des coliques assez vives et une garde-robe liquide; le pouls est à 84; rien au cœur. — 5 pilules de vératrine, orge sp.

Le 18, encore un peu de gonflement des articulations métacarpo-phalangiennes du pouce et de l'index gauche; les coudes, les épaules et les poignets sont libres. L'épanchement a diminué dans le genou, ainsi que la douleur; de même pour les articulations tibio-tarsiennes des vertèbres cervicales. L'articulation temporo-maxillaire droite est un peu douloureuse.

Le malade a eu des envies de vomir; ce matin il a de l'appétit. Pouls, 72. — 5 pilules de vératrine, orge sp.

Le 19, l'amélioration est considérable, l'articulation temporo-maxillaire n'est plus douloureuse.

Cette nuit, il y a eu des vomissements, des coliques et de la diarrhée; la langue est un peu gonflée et rouge; pouls, 80; rien au cœur. — L'emploi de la vératrine est suspendu; tisane d'orge.

Le 20, les articulations sont libres et permettent les mouvements; c'est à peine s'il existe encore un peu de douleur au cou-de-pied. Les vomissements se sont arrêtés; une garde-robe; appétit. Le pouls est à 78. — 2 pilules de vératrine, tisane d'orge; une demi-portion.

Le 21, les deux poignets sont redevenus douloureux. Pas de nausées, quelques coliques, une selle; langue rouge à la pointe et aux bords, humide. — 3 pilules de vératrine, tisane d'orge.

Le 22, les poignets ne sont plus douloureux; gonflement, douleur, rougeur des articulations métacarpo-phalangienne et phalangienne du pouce droit, carpo-métacarpienne et métacarpo-phalangienne du pouce gauche, métacarpo-phalangienne et phalangienne de l'index, métacarpo-phalangienne des autres doigts de la main gauche. Pas d'envies de vomir, pas de coliques ni de diarrhée. Pouls, 80. — 3 pilules de vératrine.

Le 23, moins de douleur dans les articulations des doigts. Pouls, 80. Le malade a vomi une fois; pas de coliques ni de diarrhée. La langue est humide, rouge; la peau moite; peu de soif, appétit. — 4 pilules.

Le 24, il reste un peu de gonflement dans les articulations des doigts, cependant le malade peut fermer la main sans éprouver de douleur. Le pouls est à 68; nausées, vomissements, coliques; deux garde-robes diarrhéiques. — 4 pilules.

Le 25, l'amélioration continue, le pouls est à 64; il y a eu quelques nausées, trois selles diarrhéiques; la peau est humide, la langue étalée et rouge. — 4 pilules; 2 potages, 1 soupe.

Le 26, même état qu'hier; quatre selles diarrhéiques. — 4 pilules.

Le 27, bien général; le pouls est normal. A partir de ce moment, les doses de vératrine ont été diminuées progressivement, et la guérison s'est maintenue.

---

sont habituellement son lieu d'élection rendent raison de cette opinion, et ce sens que souvent alors l'ulcère primitif a pu passer inaperçu et du malade et du médecin lui-même.

Quant aux formes, elles sont des plus importantes à noter. Les observations de M. Bassereau, d'accord avec les doctrines professées depuis longtemps par M. Ricord, prouvent que le chancre induré a été, dans toutes les syphilides, et cela dans une proportion véritablement énorme, le point de départ des accidents constitutionnels. Pour le très petit nombre de cas où l'on n'a pu trouver des traces de l'induration, soit directement par l'exploration des parties affectées, soit dans les récits et les souvenirs des malades eux-mêmes, il reste beaucoup plutôt doute et incertitude qu'il n'y a négation absolue.

Comme conséquence naturelle et en tous points logique de l'observation précédente relative au chancre induré, nous voyons dans le livre de M. Bassereau un fait, généralement admis maintenant, du reste, c'est l'engorgement indolent, non suppuré, de quelques ganglions auxquels aboutissaient des vaisseaux lymphatiques venant de l'ulcération chancreuse, engorgement que l'on a rencontré dans presque toutes les syphilides, et qui devait exister, puisqu'il est la conséquence de l'induration du chancre. Arrêtons-nous ici un instant pour examiner un point sur lequel M. Bassereau insiste tout particulièrement, et qu'il nous paraît, sinon avoir découvert, au moins avoir étudié le premier avec tout le soin nécessaire pour en tirer des conséquences à peu près certaines. Nous voulons parler de l'induration caractéristique que présentent, beaucoup plus souvent qu'on ne le pensait, les vaisseaux lymphatiques qui se rendent du chancre induré aux ganglions engorgés. Indiquée plutôt que décrite par Sœmmering, Vacca Berlinghieri, et par M. Ricord, la *lymphite indurée* a été observée de la manière la plus complète par M. Bassereau, qui en donne dans son travail la description, la durée, la marche, en indique la direction la plus ordinaire, le degré de fréquence, les terminaisons; en établit enfin le diagnostic, d'autant plus essentiel que, si la lymphite simple non spécifique est un phénomène inflammatoire sans grande valeur, la lymphite indurée est un indice positif de l'apparition des accidents généraux de la syphilis, et que sa constatation est des plus utiles lorsque l'induration du chancre ou manque, ou reste douteuse.

Sous ce titre : de quelques symptômes qui précèdent ou accompagnent souvent les diverses espèces de syphilides, sont passés en revue des accidents qui, sans être constants, révèlent, dans nombre de cas, l'influence délétère que le virus syphilitique commence à exercer sur l'économie. Ces phénomènes, très variables dans leur ordre d'apparition, sont les aphthes de la gorge, l'altération de la face, de la couleur de la peau, la faiblesse, la courbature, des malaises généraux, des vertiges, des éblouissements, etc. Enfin, nous ne devons pas passer sous silence un paragraphe non moins important sur l'époque de l'apparition de chacune des formes de syphilides par rapport à la contagion et à la cicatrisation des chancres.

Nous arrivons à l'une des parties de l'ouvrage les plus neuves et les plus attachantes, à ce que l'auteur appelle la recherche des causes qui ont pu déterminer le développement des syphilides, c'est-à-dire la diffusion ou la généralisation des symptômes dans l'économie. C'est sans contredit l'une des idées les plus originales qu'ait depuis longtemps présentées l'histoire de la syphilis, que celle que propose et que développe M. Bassereau dans cet article. Exposons brièvement d'abord la donnée de laquelle il est parti.

On trouve nombre de vieillards qui, dans leur jeunesse, ont eu des chancres, lesquels se sont guéris sans traitement. Ces hommes n'ont suivi aucun traitement général, et vingt, trente, 40 années se sont passées sans qu'ils aient éprouvé le moindre accident constitutionnel. D'autre part, on rencontre des gens qui ont eu plusieurs fois des chancres qui ne se sont pas indurés, et chez eux non plus on n'a observé aucun accident constitutionnel. Puis, un jour, ils contractent un dernier chancre qui s'indure, et quelques semaines après paraît une syphilide. D'où vient là une action toute locale, ici une action générale si délétère pour l'économie? C'est là ce que s'est demandé M. Bassereau, et voici comment il résoud le problème.

Age, sexe, tempérament, constitution, saisons, conditions de vitalité, rien ne rend compte, quant au sujet, de ces différences. Mais le chancre peut présenter, lui, des conditions différentes quant à sa nature, à son essence, si je puis m'exprimer ainsi. Un chancre s'indure; mais l'induration n'est pas la cause, elle n'est qu'un symptôme de l'infection générale de l'économie. Pourquoi s'indure-t-il plutôt que ceux qui l'avaient précédé et qui étaient restés accidents locaux? Dans la recherche des antécédents, l'auteur avait toujours soin de remonter par ses questions le plus loin qu'il pouvait dans l'étiologie des phénomènes primitifs; quel était, par exemple, l'état de la femme qui avait transmis à l'homme le chancre qu'il présentait? Souvent il a pu voir, amenées chez lui par les malades, les femmes qui les avaient infectés. Souvent il a vu, à l'hôpital, deux, trois, quatre hommes qui avaient puisé la vérole à la même source. Ces confrontations l'ont conduit, du moins il le croit, et l'on verra qu'il a plus d'une bonne raison à donner à l'appui de son opinion, à la découverte de la cause mystérieuse en vertu de laquelle les chancres bornent leur action à une région très limitée, ou généralement leurs effets sur toute l'économie. Voici comment M. Bassereau, en quelques propositions, résume les résultats auxquels il est arrivé.

Si l'on confronte tous les sujets qui ont été atteints de chancres sui-

OBS. II. — Une femme de quarante ans, d'un tempérament sanguin, d'une santé habituellement bonne, a eu, il y a quatorze ans, une première attaque de rhumatisme qui l'a tenue au lit pendant quatre mois; depuis cette époque, elle n'avait ressenti aucune douleur rhumatismale.

Le 15 janvier, elle s'est refroidie et a pris un rhume qu'elle a conservé quelque temps. Vers le 15 février, de la douleur accompagnée de rougeur et de tuméfaction s'est déclarée dans le pied droit; néanmoins elle a continué à marcher pendant une dizaine de jours; enfin, au commencement du mois de mars le rhumatisme est devenu général, et toutes les articulations se sont prises sans cause appréciable; la malade a été forcée de s'aliter.

Le 23 mars, elle entre à l'Hôtel-Dieu.

Dans le membre supérieur droit, les articulations des doigts de la main, le coude, l'épaule sont très douloureux et gonflés; le poignet est libre.

A gauche, un peu de gonflement et de douleur dans les articulations métacarpo-phalangiennes de l'indicateur et du petit doigt, dans les gaînes synoviales du cubital, dans l'extenseur du petit doigt, dans le poignet, le coude et l'épaule.

Dans les membres inférieurs, les bourses synoviales trochantériennes sont très douloureuses; douleur vive dans le genou droit, dans l'articulation coxo-fémorale et le genou gauche.

Des deux côtés, les gaînes synoviales de la malléole externe sont douloureuses.

Au cœur, on entend un bruit de frottement prolongé à la base et au premier temps.

Le pouls est à 96, peu développé.

La malade tousse beaucoup et a une expectoration catarrhale abondante; on entend dans la poitrine beaucoup de râles muqueux, ronflants et sibilants.

La langue est large, humide, un peu rouge à la pointe; soif, anorexie. — 2 pilules de vératrine de 5 cent.; gruau.

Le 24, membre supérieur droit; la main est moins tuméfiée; la malade peut la fermer; le coude est moins douloureux, l'épaule l'est davantage.

A gauche, la main est moins tuméfiée et peut se fermer; les articulations du coude et de l'épaule sont moins douloureuses.

Membres inférieurs: moins de douleur dans l'articulation du genou et la bourse muqueuse trochantérienne.

A droite, mieux notable dans les articulations malades la veille.

Aux deux pieds, les articulations des orteils sont devenues douloureuses, les articulations cervicales sont prises; même état du cœur; pouls, 92, irrégulier et intermittent; quelques nausées, coliques sans diarrhée. — 3 pilules de vératrine.

Le 25. Membres supérieurs: amélioration, excepté dans l'épaule droite, qui est le siége d'une douleur très vive.

Membres inférieurs: un peu de douleur dans les articulations coxo-fémorale et fémoro-tibiale gauches et dans les bourses trochantériennes.

Même état du cœur, pouls, 66 pulsations; peau halitueuse. La malade a vomi; pas de coliques, deux garde-robes; soif assez vive; un peu de dilatation des pupilles. — 4 pilules de vératrine.

Le 26, amélioration générale dans toutes les articulations envahies et dans les bourses des trochanters; pouls, 66. La malade a vomi après l'administration de la troisième pilule, et n'a pas pris la quatrième; la langue est humide, un peu chargée; soif, appétit. — 4 pilules; 2 potages.

Le 27, l'amélioration continue; aucune nouvelle articulation n'est envahie. La malade n'a eu ni nausées, ni vomissements; elle a eu quatre garde-robes. Le pouls est à 74. — 4 pilules de vératrine; 2 bouillons, 2 potages, 1 œuf.

Le 28, la malade ne souffre plus, elle a eu quelques vomissements; le pouls est à 74; appétit. — 4 pilules; 1 côtelette, 2 potages.

Le 29, même état satisfaisant; à peine quelques nausées et coliques. — 3 pilules; même régime.

Les 30 et 31, le pouls est descendu à 60. — 3 pilules; 1 portion.

Le 1er avril, une légère douleur a reparu dans l'épaule droite, le pouls est descendu à 58; langue bonne. — 3 pilules de vératrine; 2 bouillons, 2 potages.

Le 2, la douleur n'a pas augmenté; on constate toujours un bruit de souffle au premier temps et à la base du cœur. — Même prescription; 1 côtelette.

Le 3, quelques douleurs vagues se sont fait sentir dans les épaules et les genoux; elles n'augmentent pas à la pression et ne s'accompagnent pas de gonflement; pouls à 60. — Même prescription.

Le 7, la malade quitte l'hôpital dans un état satisfaisant; les douleurs n'ont pas reparu depuis trois jours; on constate néanmoins un léger bruit de souffle à la base du cœur.

Nous donnerons la fin de ces observations dans un prochain numéro.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 11 mai 1853. — Présidence de M. GUERSANT.

Présentation de malade.

M. GUERSANT présente un jeune homme âgé de dix ans, d'une bonne constitution, qui porte sur le bord supérieur de la mâchoire inférieure à gauche une tumeur consistante, mobile, saignante, d'une couleur rouge assez vive. M. Guersant éprouve quelque hésitation pour diagnostiquer la nature de cette affection; il demande à quel traitement on doit recourir.

M. VERNEUIL rappelle que M. Robin a observé plusieurs cas de ces tumeurs gengivales, qu'on désigne ordinairement sous le nom d'*épulis* de mauvaise nature. Ces tumeurs peuvent s'accroître considérablement, déterminer rapidement la chute des dents, s'ulcérer, devenir le siége d'hémorrhagies sérieuses, en un mot, simuler le cancer du maxillaire.

Ces tumeurs ne sont pourtant pas constituées d'ordinaire par la cellule cancéreuse; M. Robin les a trouvées formées par de l'épithélium à la surface, et dans la profondeur par les éléments anatomiques du tissu médullaire des os, et en particulier par celui qu'il désigne sous le nom de cellules médullaires à noyaux multiples. J'ai pu étudier moi-même, dit M. Verneuil, une pièce de ce genre avec le savant anatomiste, et reconnaître la nature de leur composition intime. M. Robin a, du reste, signalé ce fait depuis longtemps, et l'a consigné dans les *Bulletins de la Société de biologie*.

Ces tumeurs ne sont pas susceptibles de guérir spontanément. Elles ont leur point de départ sur la partie saillante du bord alvéolaire, et elles nécessitent l'ablation de la portion d'os qui les supporte; il est indispensable d'enlever largement la portion malade. Cependant, dans le cas présenté par M. Guersant, on pourrait conserver le bord inférieur du maxillaire inférieur au niveau du mal: deux traits de scie verticaux portant sur les parties saines, un troisième trait de scie fait avec la scie de Heinne ou celle de M. Charrière, pourraient aisément circonscrire la portion osseuse envahie.

M. GOSSELIN partage l'opinion émise par M. Verneuil et sur la nature et sur le traitement de l'affection.

Il pense qu'on pourrait simplifier l'opération en enlevant d'un seul coup la partie de l'os malade à l'aide d'une double cisaille concave.

M. FORGET propose aussi l'ablation largement faite de la tumeur. Il y a quinze ans environ, il a assisté à une opération pratiquée pour une tumeur d'apparence semblable sur un jeune garçon, fils d'un député de la Corse. La tumeur, implantée de même sur le bord libre du maxillaire inférieur, offrait un peu plus de volume. On fit confectionner une double cisaille en rapport avec le volume de la partie à enlever, et d'un seul coup on put extirper et la tumeur et la portion d'os qui devait être sacrifiée.

L'enfant, lors de l'opération, était âgé de sept à huit ans; il n'a jamais eu de récidive, et jouit actuellement d'une santé parfaite.

M. LENOIR a pratiqué, ces jours derniers, l'ablation d'une tumeur semblable sur une femme; il s'est servi également d'un instrument très simple confectionné par M. Luër, et d'un seul coup il a pu achever l'opération.

Il y a quelques années, pareille opération a été exécutée sur un enfant; seulement il a cautérisé après l'ablation. Il n'y a pas eu de récidive.

M. GIRALDÈS, à propos de l'instrument employé par M. Lenoir, dit qu'il ne faut pas le confondre, comme paraissent le faire quelques chirurgiens, avec la triquoise empruntée à la chirurgie vétérinaire.

— Après la lecture du procès-verbal, M. DEBOUT demande la parole pour compléter les renseignements sur la présentation qu'il a faite dans la dernière séance.

Les expériences tentées avec le perchlorure de fer, dit M. Debout, prouvent déjà qu'on peut suspendre un instant ces essais des divers liquides coagulants, jusqu'à ce qu'on ait réglé le mode d'emploi de celui recommandé à notre étude par MM. Pravaz et Lallemand. Les règles tracées par ces savants chirurgiens reposaient cependant sur un trop petit nombre de faits pour qu'il ne fût pas utile de multiplier encore les expériences. Celles produites par M. Pravaz montraient la possibilité de la coagulation du sang par le perchlorure, indiquaient la quantité approximative du sel de fer pour obtenir la production du phénomène; mais elles laissaient encore un doute important à lever, la dose à laquelle on pouvait arriver sans provoquer d'accidents inflammatoires. C'était aux expériences sur les animaux qu'on pouvait seulement demander la preuve de l'agression du perchlorure de fer sur les parois artérielles. Ce point, j'ai cherché à le déterminer à mon tour. Déjà, dans ma dernière note, j'ai signalé les résultats immédiats de l'action topique du liquide coagulant; mais l'astriction des parois artérielles n'est point le seul effet déterminé par le perchlorure de fer, des accidents inflammatoires peuvent survenir lorsque la quantité de la solution saline est un peu considérable. La pièce pathologique que je vous ai soumise en donne la preuve évidente: j'avais injecté dans la carotide que vous avez pu examiner 15 gouttes de perchlorure de fer.

Si ce n'était point dépasser les limites que doit m'imposer la faible valeur de la communication que je fais en ce moment, je rapporterais les détails de cette expérience.

En comparant les résultats qu'elle m'a fournis avec ceux signalés par M. Pravaz, il en ressortirait plusieurs enseignements dignes d'être mis en relief; mais la note de notre savant correspondant en a signalé les plus importants en insistant sur la faible dose qu'on doit injecter dans les artères, sous peine de voir survenir des accidents. Ce danger a porté M. Pravaz à engager les expérimentateurs à rester au-dessous de la dose de trois gouttes pour chaque centilitre de sang à coaguler qu'il avait d'abord conseillé. Mais pour obtenir les bons résultats qu'il promet, il sera nécessaire d'avoir recours à un moyen adjuvant dont on n'a tenu aucun compte dans la discussion; ce moyen, c'est la compression. Vouloir se priver de son secours, serait compromettre le succès de la nouvelle méthode.

Nous croyons avoir prouvé que le problème de la cure des anévrismes ne saurait être réduit à la production d'un caillot dans l'intérieur du sac anévrismal. Le fait produit sous les yeux de M. Robert en est la preuve. Puisqu'un caillot gros comme un œuf de pigeon battu en brèche par l'ondée sanguine a été dissous en huit jours, il en serait, à plus forte raison, de même pour les couches albumineuses produites par l'injection de 3 ou 4 gouttes de perchlorure de fer. Un arrêt complet de la circulation peut seul protéger l'organisation du caillot et amener la guérison de l'anévrisme.

Cette observation par laquelle je termine, je la crois très importante; aussi je n'hésite pas à la soumettre à votre sanction.

— Après cette communication, M. Giraldès croit devoir protester contre quelques-unes des interprétations données par M. Debout au fait pathologique qu'il a soumis à l'examen de la Société. Il aura l'occasion, après la confection d'un travail dont il s'occupe, de revenir sur cette question.

De l'action du lupulin.

M. DEBOUT fait une deuxième communication, relative à l'action du lupulin, partie active du houblon, dans le traitement du priapisme.

« Le fait intéressant de priapisme que M. Huguier vous a communiqué dans la dernière séance m'engage, dit M. Debout, à signaler à votre attention l'action remarquable d'un médicament que l'on a à tort rejeté de la matière médicale; nous voulons parler du lupulin, poussière jaune que l'on trouve sur les cônes de houblon.

» Notre matière médicale est si peu riche en médicaments anaphrodisiaques, que récemment, dans un service de clinique, nous avons vu un chirurgien d'un haut mérite ne pas hésiter à avoir recours, dans un cas de priapisme, à la ponction des corps caverneux. Je crois que dorénavant, après la communication que je vais vous faire, avant d'employer l'instrument, vous ferez appel à l'action spéciale du lupulin. »

Après avoir cité plusieurs faits qui lui paraissent démontrer la valeur de ce médicament, M. Debout entre dans les détails suivants sur le mode d'administration:

« Une seule des préparations du lupulin est à conserver, la teinture, que l'on pourra employer lorsqu'on voudra faire bénéficier son malade de la propriété corroborante de cette substance; l'alcool ajoute alors à l'action tonique que fournit la matière amère du lupulin. Mais le plus souvent, et surtout *lorsqu'on veut faire appel à la propriété spéciale du lupulin pour abattre les érections morbides, il faut faire usage du médicament en substance. Pour mieux mettre en liberté l'élément anaphrodisiaque, c'est-à-dire l'huile essentielle, on fait triturer le lupulin avec un peu de sucre blanc.*

» *C'est à ce mode de préparation du lupulin que sont dues les doses moins élevées que l'on trouve mises en usage dans nos observations. 1 ou 2 grammes nous ont toujours suffi.* Ce n'est pas que nous redoutions les hautes doses de cette substance, et nous ne saurions accepter les craintes exprimées par M. Barbier, de voir des accidents survenir du côté du cerveau et de la moelle à la suite de son emploi. 4 grammes, pris d'une seule fois, n'ont provoqué sur nous qu'une sensation de chaleur assez vive de la région épigastrique. Nous avons vu, en outre, MM. Puche et Ricord administrer, plusieurs jours de suite, le lupulin à la dose de 6, 8, 10 et 12 grammes, sans être témoins des engourdissements pénibles et de la pesanteur de tête que M. Barbier dit suivre l'ingestion de 24 grains de lupulin. Probablement cet auteur a rapporté aux effets du médicament des symptômes appartenant à la maladie dont les sujets de son expérimentation étaient atteints. »

Correspondance manuscrite.

M. CULLERIER demande un congé de deux mois, pour des motifs de santé.

— M. Cazenave (de Bordeaux) adresse un mémoire intitulé: *Controverse à propos d'une fracture très oblique du fémur.*

Ce travail est renvoyé à une commission déjà nommée pour examiner une première communication de M. Cazenave. Cette commission est composée de MM. Houel, Robert et Monod.

---

vis d'accidents constitutionnels avec ceux qui leur ont communiqué la contagion, ou avec ceux auxquels ils l'ont transmise, on trouve que tous, *sans exception*, ont été atteints de chancres, et ensuite d'accidents constitutionnels. Jamais, chez eux, le chancre ne s'est borné à une affection purement locale.

D'autre part, si l'on confronte les sujets atteints de chancres qui n'ont déterminé aucun symptôme de syphilis générale avec les sujets qui les ont infectés ou qu'ils ont infectés, on voit ceux-ci, *sans exception*, être également atteints de chancres qui bornent leur action au point primitivement contaminé.

Ainsi, jamais un chancre purement local ne donne lieu à un chancre qui sera suivi de symptômes généraux, et jamais un chancre suivi d'accidents généraux ne peut communiquer par contagion un chancre purement local.

Ces faits d'observation constituent, par la régularité avec laquelle ils se reproduisent, une loi à laquelle l'auteur n'a jamais trouvé que des exceptions *apparentes*, et qu'il formule de la manière suivante:

« Toutes les fois qu'un individu est atteint d'un chancre, puis des » symptômes de la syphilis constitutionnelle, cette généralisation des » phénomènes syphilitiques tient, avant toute autre cause, à ce que le » sujet par lequel le malade a été infecté était lui-même atteint d'un » chancre qui a dû obligatoirement être suivi d'accidents constitutionnels. »

Comme conséquence rigoureuse de cette loi, M. Bassereau établit qu'il existe, non pas un chancre unique, mais deux espèces de chancres essentiellement différents, l'un local, qui n'est *peut-être* qu'un chancre dégénéré (ce dernier point n'est encore qu'à l'état d'hypothèse), l'autre à effets généraux; au premier, l'on pourrait donner le nom de chancre *à bubon suppuré*; au second, le nom de chancre *à bubon indolent et induré*. Et ce qu'il y a de curieux, c'est qu'une division à peu près analogue aurait été faite par des auteurs anciens, que Gabriel Fallope, Léonard Botal, Nicolas Blégny auraient observé l'induration du chancre, et que de leur temps on aurait appelé *chancre vérolique* celui qui devait être à coup sûr suivi d'accidents constitutionnels.

Nous avons longuement insisté sur cette partie du travail de M. Bassereau, parce qu'elle nous a semblé constituer un point extrêmement important de l'histoire de la syphilis, et que de plus elle a, avec les caractères de la vraisemblance la plus absolue, tout l'intérêt de l'imprévu. Voilà un vaste champ ouvert à l'observation. A l'expérience appartient de juger, de confirmer ou d'infirmer. Il nous semble, à vrai dire, assez difficile d'infirmer des résultats établis sur des faits aussi nombreux et aussi positivement authentiques.

Là ne se bornent point les remarques nouvelles consignées par M. Bassereau dans son *Traité des syphilides*. Sans prétendre toutes les passer en revue, nous signalerons en passant l'influence de la syphilis commençante sur l'abondance du flux menstruel, abondance qui peut être telle que les règles deviennent quelquefois ou simulent une véritable hémorrhagie. Ces pertes utérines paraissent liées à la diminution de l'élément globuleux du fluide sanguin, et M. Bassereau dit les avoir constatées très souvent.

M. Bassereau indique comme un phénomène commun la coexistence de l'induration testiculaire avec la syphilide pustuleuse, accident qu'il n'a rencontré que très rarement, si tant est même qu'il existe, chez les sujets affectés d'autres espèces de syphilide. Serait-ce que cette forme pustuleuse des syphilides est une des plus graves, qu'elle indique une atteinte plus profonde de l'économie, et sert de transition en quelque sorte des phénomènes de la seconde à ceux de la troisième période de la syphilis constitutionnelle?

Mentionnerons-nous d'intéressantes considérations sur les effets des décoctions des bois sudorifiques, desquelles il ressort que, par eux-mêmes, ces bois sont doués de propriétés bien peu énergiques, assez douteuses même? Des réflexions sur les syphilides des nouveau-nés, où l'auteur établit que les nouveau-nés atteints de syphilis héréditaire présentent toujours des accidents du même ordre que ceux qu'offraient les parents au moment où ils les ont engendrés?

Nous craindrions que l'on ne vît dans un éloge de ce livre une formule banale; aussi nous contenterons-nous de dire que le *Traité des affections de la peau symptomatiques de la syphilis* est un ouvrage d'une haute portée scientifique, qu'il y a longtemps que la syphiliographie n'avait produit de travail aussi sérieux, aussi neuf, aussi fécond en applications de toutes sortes; enfin que l'on trouve une foule de détails précieux pour la pratique, oubliés ou négligés par les auteurs comme peu importants, qui révèlent dans l'auteur un rare talent d'observation.

Dr A. FOUCART.

— M. Boinet dépose sur le bureau un mémoire manuscrit de M. Foucauld, comme complément de la première communication relative aux applications de l'irrigation continue.

Ce travail est renvoyé à la commission déjà nommée. (MM. Denonvilliers, Maisonneuve et Boinet.)

Nomination.

A la suite d'un rapport de M. Michon, M. Hervez de Chégoin, qui avait sollicité le titre de membre honoraire, est nommé par acclamation.

Rapport.

M. Richet donne lecture du rapport suivant :

Messieurs, vous nous avez chargés, MM. Larrey, Monod et moi, de vous rendre compte d'une observation qui vous a été adressée par M. le docteur Zandyck (de Dunkerque), intitulée : *Otite purulente interne droite. — Abcès consécutif développé à la région mastoïdienne du même côté. — Symptômes d'encéphalo-méningite aiguë. — Mort. — Autopsie. — Abcès à la partie postérieure du ventricule latéral droit. — Méningite ventriculaire du même côté. — Lésions non soupçonnées pendant la vie. — Réflexions.*

En résumant rapidement cette observation, on voit qu'à la suite d'un refroidissement le malade est atteint d'un écoulement séro-purulent par le conduit auditif externe droit au mois d'août 1851 ; puis, que cet écoulement est supprimé au bout d'un mois, pour ne plus reparaître. Plus de deux mois après, en novembre, le malade éprouve des migraines, qui vont en augmentant pendant plusieurs semaines, et qui s'aggravent enfin au point de le forcer à s'aliter. Le docteur Zandyck est appelé, et lui pratique plusieurs saignées, lui fait appliquer des sangsues derrière les oreilles, puis un vésicatoire, et s'aperçoit bientôt d'une menace d'abcès derrière l'oreille droite. Cet abcès est ouvert, se déterge, et le malade était en voie de rétablissement, lorsque après quelques jours d'une convalescence incertaine, il est repris de douleurs violentes dans le côté droit de la tête, et succombe, avec délire, strabisme et paralysie des paupières. Pendant tout ce temps, l'écoulement auriculaire dont il a été parlé précédemment n'a pas été revu.

A l'autopsie, on trouve les os du crâne, et en particulier le rocher, parfaitement sains; le périoste et la dure-mère sont injectés et adhérents aux os, mais on rencontre dans la partie la plus reculée du ventricule latéral correspondant un abcès non enkysté, contenant 155 grammes environ d'un pus verdâtre et bien lié.

M. le docteur Zandyck cherche à démontrer, dans les réflexions que lui a suggérées cette observation, que cet abcès cérébral était impossible à diagnostiquer d'après les symptômes observés; que le diagnostic de ces abcès, en général, est entouré d'obscurités telles, que la plupart des auteurs s'y sont mépris; qu'il n'y a pas eu transmission directe des accidents inflammatoires extérieurs à la paralysie cérébrale; enfin que le diagnostic exact de ces lésions n'influe pas beaucoup sur le traitement qu'on doit employer.

Votre commission, tout en louant le talent de discussion dont l'auteur a fait preuve dans les réflexions qui suivent son observation, croit devoir vous soumettre un doute sur la réalité de la cause qui aurait donné naissance à cette suppuration extra et intra-crânienne. Notre confrère intitule, en effet, son observation : *Otite purulente interne droite. — Abcès consécutif développé*, etc. Nous n'avons pas vu là nettement établie, soit par les symptômes pendant la vie, soit par l'autopsie, l'existence d'une otite interne, et surtout d'une otite jouant le rôle de cause d'abcès intra-crânien. Cette maladie, d'ailleurs, dont l'auteur de l'observation n'a pu expliquer aucun des symptômes, n'a été soupçonnée que d'après le dire de la femme du malade, laquelle a raconté, mais après la mort de son mari seulement, qu'il avait eu un écoulement d'oreille plusieurs mois auparavant.

Aussi, pensons-nous que le titre de l'observation devrait subir une modification, ou au moins exprimer un doute, afin de mettre en garde les chirurgiens qui plus tard voudront se servir de ce fait, d'ailleurs fort intéressant.

Votre commission vous propose donc de remercier M. le docteur Zandyck de sa communication, et de déposer honorablement son travail dans les archives de la Société.

M. Forget demande si, dans l'observation, il est rigoureusement fait mention de l'état des parties voisines de l'abcès, si l'on indique suffisamment les conditions dans lesquelles se trouvait la région mastoïdienne.

M. Richet répond qu'il a exprimé dans son rapport des doutes sur le diagnostic de la maladie, et que rien ne lui paraît prouver qu'il y ait un rapport de causalité entre l'otite suppurante et la suppuration des téguments. L'abcès, tout à fait isolé de toute affection osseuse sous-jacente, aura probablement été produit par l'action du vésicatoire, qui avait déterminé une inflammation érysipélateuse.

M. Gerdy demande si l'otite était très ancienne et très aiguë; car dans ces cas il n'est pas rare de voir apparaître, à une certaine distance de os malades, de ces abcès de voisinage qu'il a souvent signalés.

M. Richet rappelle que l'otite primitive n'avait pas duré longtemps, et qu'elle s'était guérie presque sans traitement.

M. Robert approuve les scrupules de M. Richet sur la lésion, et, comme le rapporteur, il demande que le titre de l'observation soit modifié.

M. Larrey, comme membre de la commission, vient appuyer d'autant plus volontiers la proposition de M. Robert, que lui-même, en lisant la communication de M. Zandick, avait été frappé du peu de rapport qui existait entre le titre de l'observation et l'observation elle-même.

La Société adopte les conclusions du rapport et approuve les modifications à apporter au titre de l'observation.

COMMUNICATION.

Du traitement des fistules anales à orifice supérieur profond.

M. Gerdy fait la communication suivante :

On a toujours redouté les opérations de fistules à l'anus lorsque l'orifice interne se trouve situé à une grande hauteur sur l'intestin. On a, en effet, dans ces cas, la crainte ou de déterminer de graves hémorrhagies, ou même de léser le péritoine.

Il y a huit mois, j'ai eu à traiter un individu qui portait une fistule de ce genre. Une première opération avait été faite, mais sans résultat; on n'avait pas porté l'incision jusqu'à l'orifice supérieur. Comme il était impossible d'atteindre cet orifice, j'eus alors l'idée de recourir à l'emploi de l'entérotome de Dupuytren. Une branche fut portée par l'orifice externe dans le trajet fistuleux; l'autre branche, introduite par l'ouverture anale, fut portée à une même profondeur, et en les rapprochant, je pus ainsi saisir la partie de l'intestin que je voulais diviser.

Je ne craignais de cette façon ni hémorrhagie, ni lésion du péritoine, qui devenait sans gravité. J'eus de la difficulté à réunir les branches de l'instrument, au point de me trouver contraint à faire l'opération en deux temps. Je ne saisis la première fois qu'une partie de la paroi intestinale à détruire. Quand j'eus obtenu la mortification de cette première partie, je réappliquai l'entérotome plus profondément pour achever la destruction de la partie la plus profonde.

La cicatrisation se fit très bien et sans accidents.

Un deuxième fait s'étant offert à mon observation peu de temps après, j'eus recours au même procédé. L'orifice interne était à 3 ou 4 pouces de hauteur. Je fis d'abord une petite ouverture à la peau pour faciliter l'introduction de la branche qui devait suivre le trajet fistuleux.

Les douleurs produites par le pincement sont peu fortes ; cependant elles sont plus vives que dans le pincement de l'intestin dans les cas d'anus contre nature.

Comme dans le premier cas, la guérison fut obtenue sans aucune espèce d'accident.

M. Boinet, tout en trouvant ingénieux le procédé de M. Gerdy, fait les objections suivantes :

D'abord, l'introduction de la branche qui doit suivre le trajet fistuleux ne peut manquer, dans la grande majorité des cas, de présenter de grandes difficultés.

Il faut ajouter ensuite que le plus souvent ces fistules à orifice supérieur très élevé n'offrent pas un trajet direct. N'y aurait-il pas, avant de recourir au procédé de M. Gerdy, avantage à essayer d'un moyen bien autrement simple, et qui n'entraîne avec lui aucun danger.

M. Boinet a traité un malade offrant une fistule complexe à orifices multiples, opérée déjà plusieurs fois sans succès. Il a employé les injections iodées, et trois semaines après la guérison était complète.

Dans quatre autres cas, le même résultat a été obtenu, et sur un malade une seule injection a suffi.

On doit, pour assurer le succès de ces injections, laisser séjourner quelques instants l'iode dans l'intérieur de la fistule, et pour obtenir ce résultat avoir soin de maintenir bouché l'orifice interne avec le doigt introduit dans l'intestin, tandis qu'on maintient l'occlusion de l'orifice externe avec la canule de la seringue laissée en place pendant le temps nécessaire.

M. Roux approuve le procédé de M. Gerdy, qui met à l'abri des hémorrhagies, ce que du reste on obtient en se servant de la ligature, qui a une grande analogie avec l'opération telle que la pratique M. Gerdy.

Quant à la lésion du péritoine, il est très exact, dit M. Roux, qu'on peut la produire pendant l'opération de la fistule, et pour son compte, sur un nombre considérable d'opérations qu'il a pratiquées, il lui est arrivé une fois d'ouvrir le péritoine, ce dont il fut averti par l'écoulement immédiat d'une quantité notoire de sérosité citrine limpide. Il exerça immédiatement une compression convenable à l'aide de mèches volumineuses introduites dans le rectum, et le malade put guérir, mais après toutefois avoir présenté les symptômes d'une vive péritonite, qui cédèrent à un traitement énergique.

M. Larrey fait observer que l'intéressante communication de M. Gerdy a pour objet des cas exceptionnels de fistule anale, et que, si la discussion s'étend aux formes fréquentes ou ordinaires de cette maladie, la Société prolongera indéfiniment sa séance sur le même sujet.

Tous les chirurgiens savent (et les recherches spéciales de Ribes et de Larrey l'ont indiqué) que l'orifice interne de la plupart des fistules complètes se trouve assez près de l'anus. Ce n'est donc pas de ces sortes de fistules qu'il s'agit en ce moment, mais de celles dont l'orifice intestinal semble trop élevé pour être accessible au bistouri sans danger ou du moins sans accident. Et non-seulement ces sortes de fistules sont rares, mais, alors même qu'il existe quelquefois un décollement assez long depuis l'orifice externe ou cutané, il ne s'ensuit pas toujours nécessairement que l'orifice interne aboutisse au fond ou au culde-sac de ce décollement, tandis qu'il peut se rapprocher de l'anus.

C'est pourquoi il n'est point question ici du traitement ordinaire des fistules, soit par les injections iodées, soit par tout autre mode de pansement ou d'opération, mais seulement d'une ingénieuse application de l'entérotome de Dupuytren, qui semble agir alors à la façon de l'ancienne méthode de la ligature.

M. Chassaignac approuve le procédé opératoire nouveau, car dans plusieurs circonstances, ayant eu affaire à des fistules profondes, il s'est beaucoup préoccupé de la crainte de léser quelques vaisseaux importants; le procédé de M. Gerdy met à l'abri de ces accidents : il lui paraît un véritable progrès.

Présentation de pièces.

M. Chassaignac présente une pièce anatomique offrant un exemple remarquable de hernie graisseuse. Un paquet adipeux de la grosseur d'un œuf de pigeon est engagé dans le canal inguinal. Pendant la vie, sa présence n'avait du reste déterminé aucune espèce d'accident.

Tumeur gélatiniforme ou colloïde de la mamelle.

M. Larrey présente une tumeur gélatiniforme d'un volume considérable qu'il a extirpée, la semaine dernière, chez une femme déjà opérée par lui l'année précédente, à pareille époque, d'une hypertrophie fibro-gélatineuse de la mamelle.

« La malade, femme d'un officier, âgée de quarante-six ans, d'une bonne constitution, bien réglée et mère de plusieurs enfants, s'était aperçue dès l'année 1841 de l'existence d'une grosseur dans le sein droit, sans aucune cause appréciable. Cette tumeur avait insensiblement augmenté de volume sans indice d'inflammation ni de dégénérescence; et en 1851, ou dix ans après, elle avait acquis un développement assez considérable. Appelé alors à l'examiner, je crus reconnaître une hypertrophie, mais non un cancer de la mamelle, d'après l'appréciation des signes tant affirmatifs que négatifs de la tumeur. L'opération résolue fut pratiquée le 15 mai 1852, et en grande partie facilitée par l'énucléation. Aucun accident ne survint, et la cicatrisation fut assez prompte.

» La tumeur, pesant 1 kilogramme 730 grammes, et ayant à peu près le volume d'une tête de fœtus à terme, fut examinée avec le plus grand soin au microscope par M. Lebert, qui démontra qu'elle était essentiellement formée, aux dépens de la glande mammaire, de plusieurs masses de tissu fibro-gélatiniforme, sans la moindre trace d'éléments cancéreux (1).

» La cicatrice, achevée six semaines après l'opération, devint un peu plus tard le siége d'une ulcération assez étroite qui se ferma et se rouvrit à diverses reprises pendant quelques mois. La malade ressentit au mois d'octobre quelques élancements vers cette cicatrice, et vit peu de temps après se former une nouvelle tumeur d'assez petit volume d'abord, mais qui augmenta graduellement, et parvint, dans le courant de mars 1853, à un développement considérable, sans que la santé générale en ait souffert d'altération.

» C'est ainsi, dans de bonnes conditions, que Mme X... revint à Paris pour me confier de nouveau le soin de l'opérer dans le plus court délai possible.

» La tumeur, en effet, avait pris, dans les derniers temps, un accroissement si rapide, que la veille de l'opération elle offrait les dimensions suivantes, reproduites par un dessin très exact, à savoir : un volume dépassant de beaucoup celui d'une tête d'adulte occupant la totalité de la région thoracique antérieure du côté droit, dans une étendue limitée par le sternum, la clavicule, l'aisselle et la septième côte; une circonférence à sa base de 0,65 centimètres, et une surface inégale, bosselée, divisée en quatre lobes distincts d'inégale grosseur (le lobe externe étant le plus considérable et faisant saillie vers l'aisselle), sans le moindre engorgement des ganglions lymphatiques de cette région. La peau, fortement distendue et amincie, était ulcérée dans un point, parsemée de quelques veines variqueuses et offrant au-dessous du diamètre transverse de la tumeur la cicatrice de la première opération. Quant à la consistance, elle était à peu près partout ferme, rénitente, élastique, surtout vers la partie interne, mais assez peu mobile en masse, moins par adhérence que par distension extrême. La sensibilité enfin était nulle sous les pressions modérées.

» Je procédai le 5 mai à l'extirpation de cette énorme tumeur, avec l'aide de MM. les docteurs Edme, Normand et Barre, et selon la méthode ordinaire de l'amputation du sein. Une anesthésie complète par le chloroforme et une énucléation assez large facilitèrent heureusement l'opération, qui dura moins de trois minutes. Il suffit ensuite de détacher des bords et du fond de la plaie quelques restes du tissu morbide, et de tordre trois ou quatre petites artères pour arrêter l'écoulement du sang et nettoyer cette vaste perte de substance, offrant 0,27 centimètres dans son diamètre vertical, et 0,25 centimètres dans son diamètre transverse. Les muscles pectoraux étaient entièrement détruits, et les troisième, quatrième et cinquième côtes, en partie découvertes, ne se trouvaient plus protégées que par leur périoste; l'une d'elles avait même subi dans un point une dépression assez marquée, comparable à l'empreinte de certaines tumeurs anévrismatiques. Les espaces intercostaux offraient enfin des alternatives d'affaissement et de voussure, selon les mouvements d'inspiration et d'expiration.

» La plaie ne put être réunie que dans son angle supérieur à l'aide de quelques points de suture, et le reste fut rapproché, sans contact, par des bandelettes emplastiques. Un appareil simple compléta le pansement. Nul accident n'est survenu après l'opération ; la réaction fébrile a été à peine marquée; la suppuration s'est établie, et tout fait espérer une cicatrisation nouvelle qui sera peut-être définitive.

» Quant à la pièce pathologique mise sous les yeux de la Société, elle représente, comparativement à la tumeur enlevée la première fois, une masse beaucoup plus considérable, pesant 2 kilogrammes 300 grammes, sans compter quelques portions isolées. Elle est formée d'une substance molle, ou matière amorphe, friable, et de couleur vitreuse, comme de la gélatine. Ce tissu, d'apparence colloïde, semble composé de cellules accolées entre elles et disposées en plusieurs lobules que séparent des cloisons incomplètes d'une texture fibreuse assez mince. L'examen microscopique, fait par M. Houel, lui a permis de constater dans le suc gélatiniforme et dans la masse elle-même, un grand nombre de globules fibro-plastiques allongés ou arrondis, avec des granules très nombreux et quelques éléments celluleux ; mais dans aucun point de la tumeur nulle trace de l'élément cancéreux. »

M. Larrey destine cette pièce, ainsi que l'autre, au musée Dupuytren.

Le vice-secrétaire, E. Laborie.

(1) Bulletin de la Société de chirurgie, séance du 26 mai 1852.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Concours pour l'agrégation en chirurgie. — Les thèses des candidats ont été déposées vendredi 20 mai, à trois heures, au secrétariat de la Faculté. L'ordre des argumentations a été fixé par le sort comme il suit :

Aujourd'hui lundi 23 mai, M. Jamain, argumenté par MM. Richard et Demarquay; M. Morel-Lavallée, par MM. Follin et Broca.

Mercredi 25, M. Blot, argumenté par MM. Moreau et Pajot; M. Cusco, par MM. Demarquay et Jamain.

Vendredi 27, M. Richard, argumenté par MM. Demarquay et Morel-Lavallée; M. Follin, par MM. Broca et Cusco.

Lundi 30, M. Moreau, argumenté par MM. Pajot et Blot; M. Desormeaux, par MM. Jamain et Richard.

Lundi 1er juin, M. Demarquay, argumenté par MM. Morel-Lavallée et Follin; M. Broca, par MM. Cusco et Desormeaux.

Vendredi 3 juin, M. Pajot, argumenté par MM. Blot et Moreau.

— Par arrêté de M. le ministre de l'intérieur en date du 14 mai, M. le docteur Rousselin est nommé médecin directeur de l'Asile des aliénés de Blois en remplacement de M. Billod.

— Par arrêté de M. le préfet de l'Hérault du 12 mai, M. le docteur Cavalier, médecin-adjoint de l'asile départemental des aliénés de Montpellier, a été nommé médecin en chef de cet asile en remplacement de M. le docteur Rech, décédé.

— Le collége de médecine et de chirurgie de Pensylvanie affecté aux dames en a gradé neuf dans le courant de janvier dernier. Voici leurs noms et les sujets de leurs thèses :

Accouchements. Mme Hannah W. Ellis (Philadelphie).
Fonctions de la peau. Mme Henriette W. Johnson (New-York).
Physiologie générale. Mme Annan N.-S. Anderson (Bristol).
De affectis lactationis nimiæ. Mme Charlotte G. Adams (Boston).
Ferrum. Mme Julia A. Bevorty (Ile de Rhodes).
Phthisie pulmonaire. Mme Margarit Richardson (Philadelphie).
Relation du corps avec l'esprit. Mme Almina S. Fowler (New-York).
Jurisprudence médicale. Mme Maria Minnis (New-York).
Education médicale des femmes. Mme Augusta R. Montgomery (New-York).

— *Nouveau cas de mort par le chloroforme.* — Caroline Bartrez, âgée de vingt-huit ans, non mariée, a succombé à l'inhalation du chloroforme, à l'hôpital du collége de l'Université de Londres. Elle était entrée à l'hôpital pour une maladie du vagin, et elle est morte pendant l'opération.

— La Société de médecine, chirurgie et pharmacie de Toulouse, a procédé, dans sa séance du 11 mai, à l'élection de son bureau pour l'année 1853-1854.

Le bureau existant a été réélu; il est ainsi composé :

MM. Perpère, président; Fourquet, vice-président; Augustin Dassier, secrétaire général; Magnes-Labens, trésorier; Jules Naudin, archiviste; Butignol, secrétaire du *prima mensis*; Dougnac, secrétaire des consultations gratuites. MM. Bessières et Cany sont adjoints au bureau.

— M. le docteur Gustave Astrié (d'Aix), demeurant à Carcassonne, a obtenu le grand prix fondé par la Société de médecine, chirurgie et pharmacie de Toulouse. Il a reçu, dans la séance publique du 8 mai, la médaille d'or de 300 francs. La question du concours de 1853 était : *Les eaux thermales sulfureuses...* M. Astrié a en outre reçu le titre de correspondant de la Société.

M. le docteur Duchesne-Duparc ouvrira son cours clinique sur les maladies de la peau, jeudi prochain 26 mai, à son dispensaire de la rue Larrey, 8 (près l'École de médecine), et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants à onze heures précises du matin.

Chaque leçon sera précédée de l'examen des malades. (Tout est public et gratuit.)

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Plon frères, Imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse. — Trois mois 8 fr. 50 c. — Six mois 16 » — Un an 30 »

Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies. — Trois mois 9 fr. — Six mois 17 — Un an 33

Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar. — Trois mois 10 fr. — Six mois 20 — Un an 38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

PARIS, LE 25 MAI 1853.

Séances des Académies.

L'argumentation vigoureuse et les assertions quelquefois un peu vives et tranchantes de M. Bouvier ont causé une profonde émotion dans les rangs des adversaires plus ou moins intéressés du traitement de la surdi-mutité par l'articulation. La correspondance académique en a reçu un surcroît d'abondance, et une réaction ardente se prononce de plus en plus à l'Institut impérial. Les professeurs de mimique et de lecture sur les lèvres ont entre autres protesté, par l'organe de M. Ferdinand Berthier, leur doyen, et contre l'accusation dont ils ont été l'objet relativement à la confection de leurs ouvrages, et contre l'infériorité que l'on voudrait impliquer à leur méthode.

A les en croire, et nous avons été étonné de voir cette opinion partagée par M. Bonnafont, la méthode allemande tendrait à tout envahir ; c'en serait fait de la vieille et glorieuse institution française, et des traditions sacrées de l'abbé de l'Épée, de Sicard, d'Itard lui-même.

Ces récriminations nous surprennent. Nous avons relu avec attention les conclusions du rapport de la commission, et nous n'y avons rien trouvé de semblable; les prétentions de M. Blanchet et des commissaires sont bien plus modestes et plus réservées. Loin d'exclure la mimique et la lecture sur les lèvres, ils les consacrent, en reconnaissent l'utilité, et se bornent à demander qu'à leur entrée dans l'École les sourds-muets soient classés, et envoyés, selon leurs dispositions et l'état de leur appareil auditif, dans telle ou telle classe. Il est vrai qu'ils regardent comme nuisible aux progrès de leur éducation le mélange de la mimique à l'articulation; mais les deux autres méthodes ne sont nullement exclues de l'éducation générale, et la plus grande partie des élèves y resterait soumise.

En un mot, l'éducation par l'articulation, qui compte de nombreux succès en Allemagne et en Belgique, est négligée en France. On demande qu'elle soit mise en usage; on veut que les travaux modernes, ceux de M. Deleau entre autres, ne soient pas laissés en oubli, et que l'on cesse de se prononcer d'une manière absolue sur la non-curabilité des sourds-muets. C'est, il faut bien le dire, le progrès et la routine ou, si l'on aime mieux, le *statu quo* en présence.

La séance d'hier a été entièrement remplie par deux orateurs, MM. Bouvier et Bonnafont. M. Bouvier, qui dans la dernière séance, s'était récrié sur la vivacité des passions soulevées, a continué à s'exprimer avec une certaine rudesse; et, quoique sans passion lui-même, à coup sûr, il s'est exposé à encourir parfois le reproche qu'il adressait à d'autres. La deuxième partie de son discours a duré encore une heure et demie.

Mais ce n'est pas à cet orateur seul que l'on aurait à adresser le reproche d'avoir donné trop d'étendue et de développement à son *improvisation écrite.* D'autres le mériteraient également ; ce qui tient, selon nous, à ce que, le sujet n'étant pas familier à la plupart, ils ont dû se livrer à des recherches nombreuses, et que dans la prompte et rapide élaboration de leur travail, ils n'ont pu se tracer des limites bien précises ; *ils n'ont pas eu le temps d'être courts.*

M. Bonnafont, dont la lecture n'a eu qu'une étendue modérée, nous a paru apprécier avec calme et sagesse les diverses méthodes, et quoiqu'il ait fait erreur sur l'opinion qu'il a regardée comme trop exclusive des partisans de l'articulation, son discours, dans lequel il est revenu sur les avantages du diapason, a été entendu avec une faveur marquée. Nous regrettons que le défaut de place ne nous permette pas d'en donner un extrait aujourd'hui.

La séance de l'Académie a été remplie par des objets étrangers aux sciences médicales.

Nous ne nous en occuperons aujourd'hui que pour nous plaindre d'une mesure prise *ab irato* par cette illustre compagnie, et qui ne tend à rien moins qu'à priver les rédacteurs des journaux de la communication des mémoires et des travaux qui lui sont présentés. Aucun reproche sérieux ne peut, à ce sujet, être adressé aux journaux scientifiques, qui n'ont cessé de faire preuve pour elle de respect et de sympathie, et qui se trouvent punis *seuls* pour quelques fautes auxquelles ils sont entièrement étrangers.

Si des attaques plus ou moins inconvenantes ont paru dans certains journaux politiques, il faut convenir que c'est employer un singulier mode de correction que de fermer ses archives précisément aux seuls écrivains qui en fassent usage, et qui soient parfaitement innocents de toute récrimination. Eux seuls, en effet, se présentent au secrétariat après la séance; les écrivains politico-scientifiques n'y paraissent jamais. Quels peuvent donc être le but et la portée de cette prohibition? Nous n'avons qu'un moyen d'échapper à la rigueur de cette injuste mesure, c'est d'engager nos honorables confrères qui adressent des travaux à l'Académie des sciences à vouloir bien nous faire parvenir en même temps leurs mémoires *in extenso* ou par extraits.

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

Traitement du rhumatisme articulaire aigu. De la vératrine;

Par M. le docteur Charles FABRE (1).

OBS. III. — Un homme de quarante-huit ans entre le 31 mars à l'Hôtel-Dieu. Il raconte que depuis un mois environ il est sujet à des épistaxis qui n'ont cessé que depuis quatre ou cinq jours. Il y a quinze jours, il a ressenti une douleur vive dans l'épaule, accompagnée de fièvre et de frissons, qui l'a forcé d'interrompre son travail de cantonnier. La maladie ayant paru décroître, il a repris son travail, qu'il a été forcé d'interrompre de nouveau le 29. Depuis, il s'est déclaré de la douleur, rougeur, et du gonflement dans les articulations du poignet droit et des doigts de la même main, les articulations tibio-tarsiennes, celles du tarse et des orteils.

Le 1er avril, le malade présente à la visite de la douleur, du gonflement et un épanchement considérable dans le genou droit, un peu moindre dans le genou gauche. Les mêmes phénomènes de rougeur, de gonflement et de douleur existent dans les deux articulations tibio-tarsiennes. Le poignet droit, les doigts de la même main, l'articulation carpo-métacarpienne du pouce gauche sont gonflés, rouges et douloureux. Peau chaude; pouls à 120, peu développé; langue un peu rouge; un peu de soif, assez d'appétit; un peu de constipation depuis quelques jours; rien au cœur. Le malade n'a pas de repos depuis quatre jours. — 2 pilules de vératrine; tisane d'orge.

Le 2, toutes les articulations envahies sont améliorées, aucune nouvelle articulation n'est atteinte; pouls, 100. Après la première pilule, le malade a eu des coliques, des vomissements, qui se sont renouvelés trois fois, et sept garde-robes diarrhéiques. — 2 pilules de vératrine; 2 potages.

Le 3, même état des articulations. Il y a eu des vomissements et six selles liquides; la langue est un peu rouge à la pointe, sale à la base; la soif est vive, un peu d'appétit; pouls à 84, assez plein; peau chaude et sèche. — 3 pilules de vératrine.

Le 4, les pieds et le genou droit vont tout à fait bien. Le genou gauche, les articulations métacarpo-phalangiennes et l'épaule du côté gauche sont un peu douloureux; le pouls est à 60; la langue est humide; il y a 2 vomissements et 2 selles diarrhéiques; soif vive, sans appétit; la peau est médiocrement chaude; insomnie; rien au cœur. — 3 pilules.

Le 5, l'épaule gauche est encore un peu douloureuse; la langue est bonne. Le malade a eu quelques nausées; 6 selles diarrhéiques. La nuit a été bonne; le pouls est à 56. — Même prescription.

Le 6, même état; pouls à 50; 6 selles diarrhéiques.

Le 7, même état; sueurs abondantes de la poitrine et des épaules; 5 selles diarrhéiques; pouls à 56. — 2 pilules de vératrine; 1 portion.

Le malade sort guéri le 15 avril, sans avoir offert rien à noter, si ce n'est la diminution progressive de la diarrhée.

(1) Fin. — Voir le numéro précédent.

FEUILLETON.

Y a-t-il une doctrine médicale dans l'École de Paris?

Y en a-t-il une dans l'École de Montpellier?

On entend souvent dire : l'École de médecine de Paris n'a point de doctrine; tout décèle la jeunesse et l'incertitude dans la moderne Faculté, qui n'a point reçu le dépôt séculaire des monuments et des traditions de la science, et qui semble croire que la loi qui lui a donné l'existence lui a imposé en même temps l'obligation de créer ou de reconstruire l'édifice scientifique tout entier. De là tant d'innovations aventureuses, tant de vains tâtonnements, tant de fausses routes et de faux pas! La Faculté de médecine de Paris ne paraît pas se douter qu'elle a une aînée, héritière des siècles, qui conserve avec un zèle jaloux la vraie doctrine médicale avec tous les perfectionnements qu'elle a successivement reçus de la main du temps et de la sagesse de nos pères.

Ainsi on parle dans la cité languedocienne, dans la nouvelle patrie d'Hippocrate et des antiques demi-dieux de la médecine.

Mais nous ne sommes plus, hélas! aux temps où on comptait ses exploits par le nombre de ses aïeux. L'esprit moderne, moins porté à la vénération qu'à l'examen, doute de la vérité même quand elle ne se présente à lui que sous la garantie du temps passé; et les saintes reliques qu'honore avec tant de respect la vieille Faculté de Montpellier ne sont le plus souvent, pour sa jeune rivale, que de vaines idoles.

Est-il bien vrai qu'il n'y a point de doctrine médicale au sein de la Faculté de Paris? Qu'est-ce qu'une doctrine médicale?

Nous n'avons certes pas la prétention de traiter cette matière avec les développements et l'étendue qu'elle pourrait comporter. Il faudrait pour cela faire un traité de philosophie médicale, et nous ne faisons ici qu'un article de journal. Tout le monde sait qu'il n'y a point de science sans principes, sans points de vue ou de repère généraux, qui placent les faits dans un ordre hiérarchique et lumineux, lequel en montre la nature, le sens, les connexions et l'importance. Il n'y a point d'édifice sans assises, sans étages et sans couronnement. Les faits, dans les sciences naturelles, et la médecine appartient à ce groupe de sciences, ne sont que des matériaux ; les principes qui les unissent, qui les classent et qui leur donnent une signification sont les bases et le fondement de la doctrine. Dire que la Faculté de médecine de Paris n'a point de doctrine, c'est dire, en d'autres termes, qu'elle n'a fait encore que rassembler des matériaux, sans savoir les arranger, sans savoir construire.

Mais on dit : Quelle est donc la doctrine de l'École de Paris? Montrez-nous l'édifice, ou au moins une partie de l'édifice qu'elle a construit. Nous ne voyons dans son sein que des luttes et des discordes, des systématisations arbitraires et contradictoires. On ne s'accorde ni sur le point de départ, ni sur les routes qu'il faut suivre. Il n'y a point de mot d'ordre qui soit entendu de tous. Il n'y a point de dogmes sacrés qui impriment à tous les efforts une direction convergente et uniforme. Il n'y a point de fil d'Ariane qui indique les voies tortueuses et obscures du labyrinthe de la science.

Ceux qui prétendent qu'il n'y a pas de doctrine dans l'Ecole de Paris ressemblent un peu aux gens qui trouvent qu'il n'y a pas de lois quand il n'y a pas de Code. La science a toujours eu ses principes, longtemps avant la codification. Sans doute la Faculté de Paris n'a point promulgué une doctrine officiellement codifiée; mais son esprit et ses principes, ses moyens et ses tendances, sa doctrine, en un mot, ne sont un mystère que pour ceux qui ne veulent ni voir, ni entendre. On les trouve dans son enseignement théorique et clinique, dans mille ouvrages, dans la polémique ardente et journalière des académies, des sociétés libres, dans les luttes de la presse périodique, etc.

Il est vrai que l'École de Paris n'impose aucune contrainte comme sanction des lois qu'elle formule; la science lui semble trop éloignée de la perfection pour affecter tant d'autorité, et la tolérance est le principe qu'elle place avant tous les autres. Bien plus, elle a tellement le sentiment de sa mission progressive, la médecine est une science si vaste et si difficile, il nous reste tant de problèmes à résoudre et tant de conquêtes à faire, qu'elle aime mieux provoquer des recherches et de nouvelles entreprises qu'imposer des dogmes.

C'est la raison qui nous fait voir chez elle tant de soldats qui semblent marcher sans drapeau et tirer quelquefois les uns contre les autres, tant de pionniers annoncer des terres inconnues ou même imaginaires. Il ne faut pas prendre pour de l'anarchie ou du désordre ce qui n'est qu'un effet naturel de l'émulation et de l'amour du progrès.

Mais admirez l'inconséquence de ceux qui accusent l'École de Paris de n'avoir pas de doctrine; ils lui reprochent en même temps de suivre les voies étroites de l'*anatomisme* et de l'*organicisme*; ils l'accusent d'être *matérialiste:* de telle sorte que n'avoir pas de doctrine c'est n'avoir pas la même doctrine qu'eux.

Dans tous les temps, la médecine et la physiologie ont senti qu'elles avaient des titres de parenté légitime avec la philosophie générale. Il y a eu dans chaque siècle entre les doctrines médicales et la philosophie dominante une étroite liaison. Quand les philosophes, descendant des hautes régions de l'abstraction, se sont mis à considérer de plus près les réalités matérielles, les médecins les ont immédiatement suivis sur un terrain qui semblait être leur domaine naturel; et à mesure qu'ils se sont reportés vers les régions élevées de l'idéalisme ou de la mysticité, les médecins se sont toujours empressés de remonter avec eux vers les mêmes hauteurs.

L'École de Paris n'a point répudié une alliance naturelle ; mais elle a toujours craint une solidarité servile, qui a été trop souvent compromettante. La médecine et la philosophie ne sont pas destinées à la vie commune. Elles n'ont pas le même objet et ne suivent pas pour l'atteindre les mêmes routes. La philosophie n'envisage les choses que dans leur ensemble ; c'est la science des généralités et des principes. La médecine est obligée de descendre dans une foule innombrable de

Obs. IV. — Un homme de dix-neuf ans, imprimeur sur étoffes, et à Paris depuis sept mois, d'une bonne santé habituelle, a été pris, il y a quinze jours, de douleurs assez vives et de gonflement dans les genoux. Les articulations tibio-tarsiennes, tarsiennes et métatarso-phalangiennes des deux pieds ont été prises à peu près en même temps. Les articulations phalangiennes, métacarpo-phalangiennes et le poignet gauches sont devenus gonflés et douloureux, ainsi que le coude droit. Le malade dit n'avoir eu ni frissons ni fièvre, et avoir conservé de l'appétit.

Le 26 mars, il entre à l'Hôtel-Dieu.

Douleur et tuméfaction derrière les malléoles des deux pieds, dans le genou droit; un peu de gêne dans les mouvements du cou.

Le 27, même état des articulations; pas de chaleur à la peau; langue nette et humide; pouls à 68. Le malade n'a pas eu de garde-robe depuis deux jours. — 2 pilules de vératrine.

Le 28, le poignet, l'épaule et le coude gauche sont gonflés et douloureux. Même état des autres articulations. Le genou gauche est toujours très douloureux; le malade est forcé de le tenir à moitié plié. Langue humide, pouls à 84. On constate au cœur un bruit de souffle au premier temps et à la base. — 3 pilules de vératrine, un potage.

Le 29, le genou gauche est toujours très gonflé et douloureux; douleur dans les gaînes synoviales des deux premiers orteils du même côté. La douleur, le gonflement ont diminué dans les articulations du bras gauche; elles ont envahi le poignet droit; pouls, 72. Langue humide, médiocrement rouge à la pointe, un peu sale à la base; pas d'envie de vomir ni de vomissements; pas de garde-robe depuis deux jours. — 4 pilules de vératrine.

Le 30, l'épanchement du genou droit a disparu; la douleur et l'épanchement du genou gauche ont considérablement diminué, ainsi que la douleur et le gonflement des articulations métatarso-phalangiennes du pied gauche; gonflement, douleur des articulations métacarpo-phalangiennes du pouce et de l'index de la main droite. Langue humide, quelques envies de vomir, coliques; une garde-robe; le pouls est à 72; la peau halitueuse, médiocrement chaude; même état du cœur. — 5 pilules.

Le 31, le malade ne souffre plus dans aucune articulation, à part celle du poignet droit; il a dormi cette nuit; le pouls est lent, on compte 60 pulsations, large, sans dureté; langue humide, rouge à la pointe; quelques envies de vomir après la quatrième pilule, pas de vomissements; coliques, pas de diarrhée. — 4 pilules de vératrine, une soupe.

Le 1er avril, un peu de douleur et de gonflement du poignet gauche; le malade a eu deux vomissements cette nuit, sans coliques. Pouls, 46; langue nette, humide; appétit.

Le 2, il n'y a plus qu'un peu de douleur dans les jarrets quand le malade les plie; pouls à 52. — Même prescription.

Le 3, même état, même prescription.

Le 4, le pouls est à 48; une garde-robe.

A partir de ce moment, on a diminué la dose de vératrine et commencé à alimenter le malade, qui est sorti guéri le 8.

Obs. V. — Un domestique, âgé de vingt et un ans, habite depuis longtemps une chambre au nord et a de fréquentes douleurs rhumatismales qui durent quelques jours et disparaissent. Il se rappelle avoir eu une attaque l'année dernière qui a duré trois mois. Il y a trois jours, il a commencé à éprouver des douleurs lombaires; puis successivement la hanche, le bras droit, sur le trajet de la cloison intermusculaire externe, la hanche gauche, le pied droit, le gros orteil du pied gauche sont pris de douleurs vives; les genoux sont considérablement gonflés.

Le 21, jour de son entrée à l'Hôtel-Dieu, toutes ces parties sont le siége de douleurs; le pouls est à 108, la langue est sale; constipation depuis deux jours, soif vive, pas de coliques ni d'envies de vomir; rien au cœur. — 1 pilule de vératrine, 15 gramm. d'huile de ricin, orge sp., 2 pots; 1 potage.

Le 22, gonflement considérable du genou droit, des pieds, de la bourse synoviale trochantérienne droite; rien à gauche; les membres supérieurs, les vertèbres sont libres.

Le malade a eu quatre garde-robes et quelques envies de vomir; le pouls est à 102; on entend un peu de souffle au premier temps et à la base du cœur. — 2 pilules.

Le 23, un peu de gonflement, de rougeur et de douleur dans les gaînes synoviales qui entourent les malléoles de la jambe gauche, dans l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil du même côté; les genoux ne sont plus douloureux, mais toujours gonflés; l'articulation acromio-claviculaire droite est rouge et douloureuse, le pouls est à 90; la langue est large, encore un peu blanche à la base; appétit; peau chaude et sèche. — 3 pilules.

Le 24, il n'y a plus de douleurs nulle part; pas de coliques, pas de diarrhée; le pouls est à 72. — 4 pilules, une soupe.

Le 25, il existe encore un peu d'épanchement dans les deux genoux; toutes les autres articulations sont en bon état; la langue est bonne; il y a de l'appétit; le pouls est à 72; pas de coliques ni d'envies de dormir; deux garde-robes. — Même prescription.

Le 26, même état; le pouls est redevenu normal. — 4 pilules, une portion.

Le 27, encore deux selles diarrhéiques; état excellent du reste. — 4 pilules, une portion.

Le malade est sorti guéri le 31; le bruit de souffle au cœur a disparu.

— Comme on le voit, ces observations indiqueraient que la vératrine a été surtout utile lorsqu'elle a agi comme purgatif drastique; néanmoins comme M. Piedagnel, qui emploie ce médicament dans le rhumatisme, attribue à sa vertu sédative les heureux effets qu'il en obtient, l'opinion d'un praticien dont l'expérience est reconnue doit imposer une certaine réserve, et il convient pour se prononcer d'une manière définitive d'attendre le résultat de ses recherches.

Des détails dans lesquels est entré l'auteur de la thèse, à propos de chaque médication proposée contre le rhumatisme, ainsi que de l'opinion d'un grand nombre de praticiens, il résulte que l'on ne doit se montrer partisan d'aucune méthode exclusive. On ne doit adopter pas plus les saignées que la méthode évacuante, le nitrate de potasse que le sulfate de quinine; toutes ces médications peuvent être utiles suivant les cas et suivant qu'elles sont employées avec circonspection et maniées par des mains expérimentées. Dans une affection de la nature du rhumatisme articulaire aigu, qui guérit presque toujours par les seuls efforts de la nature, les médications les plus simples sont celles qui conviennent le mieux; et cette phrase de Stoll, qui s'applique à l'exercice de la médecine en général, est adaptée avec raison à ce sujet:

« Celui-là exercera la médecine avec succès qui saisira avec sagacité les occasions d'administrer les remèdes et qui comptera beaucoup plus sur l'à-propos de l'indication que sur certaine vertu spécifique des médicaments. »

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS.

Quelques observations sur l'emploi du seigle ergoté dans les accouchements;

Par M. le docteur Mérier (de Saint-Dizier).

Le seigle ergoté semble aujourd'hui menacé d'une proscription qu'il ne nous paraît pas mériter. Cela tient évidemment, d'une part, à ce qu'on en a abusé sans doute dans beaucoup de circonstances, d'autre part, à ce qu'on ne s'est pas suffisamment entendu pour préciser les cas dans lesquels il peut et doit être administré. Il est fort à regretter que MM. les professeurs Paul Dubois, Velpeau, Moreau, Danyau, etc., ne se soient pas fait entendre dans la discussion qui a eu lieu sur ce sujet à l'Académie de médecine le 22 mars dernier, car il n'est pas douteux que ces éminents praticiens n'eussent élucidé complétement la question, et dissipé par conséquent les doutes qui peuvent être restés dans l'esprit des accoucheurs, doutes qui sont résultés précisément, en grande partie du moins, de cette discussion même.

Il y a environ quinze à dix-huit ans, j'ai vu administrer assez souvent le seigle ergoté dans le service d'accouchements de M. le professeur Paul Dubois, à l'hôpital des Cliniques, et il ne paraissait pas, à cette époque, menacé de la défaveur dont on voudrait le frapper aujourd'hui. J'ignore quelles modifications le temps et une expérimentation plus prolongée peuvent avoir apportées à cet égard dans l'opinion de l'illustre professeur, mon ancien maître, mais ce que je sais et ce que j'affirme, c'est qu'alors on n'hésitait pas à y recourir dans tous les cas où son usage était rationnellement indiqué, cas que je tâcherai de préciser un peu plus loin. J'ajouterai même que je n'ai nul souvenir d'exemples où on ait eu à le regretter. C'est ce que doivent savoir mieux que personne, d'ailleurs, MM. les chefs de clinique Cazeaux, Chailly (Honoré) et Depaul, aujourd'hui tous trois académiciens.

Les cas où l'emploi du seigle ergoté est essentiellement indiqué dans les accouchements se résument, comme l'a fort bien dit M. Villeneuve, en ceux où le travail est *ralenti* ou *arrêté* par l'inertie de l'utérus; et j'ajouterai que cette inertie soit *essentielle*, *idiopathique* ou non, car j'avoue ne pas comprendre parfaitement l'importance qu'on semble avoir attachée à la définition du mot *inertie essentielle* dans cette circonstance. En effet, que cette inertie soit *essentielle*, qu'elle soit *idiopathique*, comme on l'a encore appelée; qu'elle soit *sympathique*, *relative* ou *symptomatique*, peu importe; il nous semble suffire, sans s'arrêter à la dénomination qu'il faut lui donner, qu'il y ait véritablement *inertie*, c'est-à-dire ralentissement, et à plus forte raison cessation des contractions utérines ne tenant pas à un obstacle *mécanique* ou *organique*, pour que l'emploi du seigle ergoté soit rationnel et indiqué.

Il est évident que, si la difficulté de la parturition, si la cessation du travail tiennent, non à l'inertie proprement dite, mais soit à un état de pléthore générale ou locale (à la rigidité ou à l'engorgement du col, par exemple), soit à la quantité excessive des eaux amniotiques, soit enfin à une tumeur quelconque du bassin, personne ne songera à employer le seigle ergoté, pour peu qu'on connaisse son métier. Il ne viendra non plus dans l'esprit de personne d'administrer le seigle ergoté dans les cas où il faut agir d'*urgence*, lorsque, par exemple, par une circonstance quelconque, la vie de la mère ou de l'enfant sont en danger, et qu'il faut terminer instantanément l'accouchement, etc., etc.

En un mot, pour préciser autant que possible, et d'après les principes, d'ailleurs, des maîtres, les cas dans lesquels on peut et doit avoir recours à l'emploi du seigle ergoté, nous les réduisons aux suivantes.

Dans la parturition:

1° Toutes les fois que le travail se ralentit considérablement, et à plus forte raison cesse tout à fait, sans que ce ralentissement ou cette cessation puissent être attribués à un obstacle *organique* ou *mécanique*, et sans s'arrêter à rechercher si cette inertie est *essentielle* ou *relative*, pourvu toutefois qu'on ait affaire à un accouchement naturel et à une présentation du sommet; que la tête ne soit pas arrivée au détroit inférieur du bassin; que toutes les parties molles soient suffisamment dilatées ou dilatables, et qu'enfin la vie de la mère ou de l'enfant ne soit pas en danger;

2° Après l'accouchement, soit avant, soit après la délivrance, dans toutes les hémorrhagies qui tiennent évidemment à un défaut d'énergie de l'utérus et à l'absence des contractions de cet organe;

3° Dans les hémorrhagies, suite de fausse couche, tenant aux mêmes causes;

4° Enfin dans les cas où il est *reconnu nécessaire* de provoquer soit l'avortement, soit l'accouchement prématuré.

Nous allons maintenant essayer de justifier notre manière de voir par quelques observations recueillies dans notre pratique, et dans lesquelles l'emploi du seigle ergoté nous a paru être d'une utilité incontestable.

Obs. I. — *Femme de vingt-cinq ans, non primipare, accouchée précédemment de deux enfants morts. — Grossesse à terme.*

La nommée Adèle G..., de Saint-Dizier, âgée de vingt-cinq ans, d'une constitution pléthorique, parfaitement conformée sous tous les rapports, d'une stature forte et très élevée, était arrivée dans les premiers jours de novembre dernier au terme d'une troisième grossesse. Elle était accouchée deux fois précédemment d'enfants morts-nés: la première fois il y a quatre ans, la deuxième le 25 janvier 1851. Voici dans quelles circonstances se sont effectués ces deux premiers accouchements:

Lors du premier, arrivé à terme également, les premières douleurs s'étaient déclarées trois semaines auparavant, mais très faibles, seulement dans les lombes et séparées par de longs intervalles. Les eaux s'écoulèrent en détail et en un très grand nombre de fois. Elle cessa de sentir remuer huit à dix jours avant l'expulsion du fœtus, et enfin, trois semaines environ après l'apparition des premières douleurs, elle accoucha *spontanément* d'un enfant dont la mort paraissait remonter à huit jours au moins. Le deuxième accouchement se fit dans des circonstances exactement semblables, sauf la longueur du travail, qui ne fut que de quatre jours. Les premières douleurs, très faibles, très éloignées l'une de l'autre, bornées également à la région lombaire, s'étaient déclarées le *mardi*; et ce ne fut que le *samedi soir* que l'accouchement se termina par la sortie également *spontanée* d'un enfant mort. Il fut

---

détails; et si elle peut, à l'entrée de la carrière, recevoir de sa noble parente quelques avis utiles, elle ne tarde pas à voir qu'elle ne peut compter que sur elle-même dans les innombrables sentiers où elle doit s'engager. C'est cette séparation, effet nécessaire de la nature des choses, que les adversaires de l'École de Paris lui reprochent comme une ingratitude ou un abandon.

Quel que soit le but que l'esprit humain se propose d'atteindre, il n'y a guère que deux voies à suivre pour y parvenir. Marcher avec précaution et défiance du simple au composé, du connu à l'inconnu; partir, en un mot, de l'observation et de l'expérience pour conquérir les principes: telle est la marche ou la méthode des sciences qu'on peut appeler *inductives*; poser, au contraire, *à priori* les principes et arriver comme d'emblée, par la puissance du raisonnement, à la connaissance des choses: c'est le procédé des sciences *déductives*. Je ne parle pas d'une troisième source de la connaissance, qui tiendrait à une sorte de révélation intérieure, de communion mystique, en vertu desquelles la vérité se montre spontanément avec éclat dans les régions cérébrales de l'enthousiasme et de la conviction; cette faveur du ciel n'appartient qu'à un petit nombre d'élus. Laissons aux poëtes et aux artistes leurs prétentions à cet égard; souhaitons aux philosophes de ne pas confondre dans ces mystérieuses régions les ténèbres avec la lumière. Quant aux médecins de l'École de Paris, ils ont fait une maladie de cet état extatique, qu'on dit donner aux hommes un pouvoir magique et des lumières surnaturelles.

On peut résumer dans un seul article fondamental toute la doctrine de l'École de Paris, et l'exprimer par le caractère exclusivement inductif qu'elle impose à la science. Les théories ne sont pour elle qu'un ensemble de règles d'analogie tirées d'un grand nombre d'histoires comparables, et nous ne pourrons nous vanter de posséder une véritable théorie médicale que si nous parvenons à élever ces analogies à un degré de généralité tel qu'il en résulte un principe qui puisse rendre raison de tous les phénomènes ou accidents particuliers. Mais que l'on se croit encore éloigné d'un tel succès à Paris! Les siècles qui nous ont précédés ne nous ont laissé que des ruines, de vaines hypothèses tour à tour victorieuses et vaincues, des disputes sans cesse renaissantes comme les têtes de l'hydre de la fable. Ce n'est pas le dépôt sacré de la sagesse des siècles que nous répudions; nous ne sommes pas des sacriléges pour dédaigner le culte des idoles et l'adoration de la chimère.

Le sentiment d'une fausse direction suivie par le plus grand nombre de nos prédécesseurs, l'impuissance et les abus d'une philosophie spéculative, l'imperfection et les excessives difficultés de la science ont inspiré à l'École de Paris une ardeur d'innovation et une passion de découvertes qui l'ont poussée sur une foule de routes nouvelles et imparfaitement explorées. Toujours fidèle à l'article fondamental de sa doctrine, elle a voulu tout voir, tout observer avant d'induire et de conclure. Il lui a semblé, puisqu'il s'agissait de déterminer et de bien distinguer les maux qui affligent l'homme, qu'elle ne pouvait les reconnaître nulle part mieux que dans l'homme lui-même. De là les prodiges de labeur et de constance de l'École de Paris dans l'étude de l'anatomie normale et pathologique et dans l'observation clinique.

Mais on dit à l'École de Paris: Vous prenez pour l'homme ce qui n'en est que le cadavre; vous ne connaissez des maladies que les ravages qu'elles ont causés; et les maladies elles-mêmes ne sont pour vous que des faits isolés, fragmentaires, qui ne sont ni reliés, ni hiérarchisés par les fils savants d'une théorie supérieure.

Nous savons parfaitement que le cadavre n'est pas vivant, et que les altérations pathologiques ne sont que des désordres. Mais nous savons en même temps qu'il n'est donné à personne de saisir la vie dans son essence; que des définitions et des distinctions purement verbales n'ont pas plus de fécondité que de certitude, et que tout ce que nous pouvons découvrir du principe même de la vie ne peut guère se déceler que dans les instruments qui en transmettent les actes. L'essence des maladies est plus obscure encore, s'il est possible, que celle du principe de la vie elle-même. Nous ne les identifions pas avec les traces qu'elles laissent, mais nous aimons à choisir, pour les distinguer et les définir, les caractères qui nous offrent le moins de variations et d'incertitudes; nous les trouvons principalement dans les altérations pathologiques, qui sont pour nous le principe de détermination le plus sûr et le plus constant, celui qui nous trompe le moins. Nous ne prenons qu'à regret ce principe dans les causes ou dans les symptômes. On sait que les causes présentent, sous le rapport de leur nombre ou de leur nature, des variations infinies; qu'elles sont souvent obscures ou inconnues, qu'elles peuvent produire les effets les plus opposés, et qu'elles ne sont point par conséquent dans un rapport direct, soit avec la nature, soit avec l'intensité des maladies. Aussi sommes-nous toujours en défiance quand il s'agit de déterminer les causes, et craignons-nous toujours de les conclure d'après des théories hypothétiques et arbitraires. Les symptômes sont plus équivoques encore; ils ne nous servent de principe de détermination que si nous ne trouvons aucun appui ni dans l'anatomie pathologique, ni dans l'étiologie. Quant aux principes métaphysiques abstraits, nous les abandonnons à la philosophie spéculative, et nous les traitons en médecine en véritables suspects, ou plutôt en ennemis héréditaires et séculaires.

L'anatomisme, l'organicisme, qu'on nous jette sans cesse à la tête, et dont on croit se faire une arme contre nous, nous les revendiquons hautement, et nous nous en faisons un mérite, et même un titre de gloire. Nous ne pouvons nous résoudre à considérer comme une tâche inutile le soin que nous prenons de sonder attentivement le chemin bordé de précipices sur lequel il faut continuellement poser le pied. Mais ne montre-t-on pas de l'ingratitude et de l'aveuglement en cherchant à rabaisser l'anatomie normale et l'anatomie pathologique, après qu'on en a recueilli les enseignements et qu'on en a reçu tant d'éclatantes révélations? Faites donc sans prévention, sans esprit de secte et de contention l'inventaire de la science avant les travaux anatomo-pathologiques modernes, vous croirez, à beaucoup d'égards, rentrer dans le chaos. Mais l'anatomie ne pouvait pas tout nous révéler; l'étude de l'organisme sain et malade n'a pas fait sur tous les points le jour de la nuit; cela est vrai. Est-ce une raison pour nier les traits de lumière

reconnu que la mort ne devait guère remonter à plus de huit à dix heures. Les eaux avaient été perdues dix-huit heures environ avant l'expulsion du produit de la conception. Et cette femme ajoute qu'elle est positivement sûre que, si elle a mis au monde deux enfants morts, c'est parce qu'elle n'a pas été secourue efficacement. Dans les deux accouchements, la présentation avait été favorable, et la sortie avait eu lieu *spontanément* par le sommet.

Enfin, cette pauvre mère, désirant ardemment obtenir un enfant vivant, prit la ferme résolution, dans sa troisième grossesse, de se faire accoucher par un médecin; car, jusque-là, elle n'avait été assistée que par une sage-femme. Ce fut à moi qu'elle s'adressa. Dans les dernières semaines de la gestation, je constatai, à plusieurs reprises, par l'auscultation que l'enfant était bien vivant, et le toucher vaginal ainsi que la palpation abdominale firent aisément reconnaître que tout se présentait dans de bonnes conditions pour un accouchement naturel.

Le 2 novembre dernier, je fus donc appelé. Les douleurs venaient de se déclarer, mais seulement dans les lombes, et d'ailleurs faibles et séparées par de longs intervalles. La femme venait de perdre les *fausses eaux*. Le toucher fait aisément reconnaître une présentation du sommet encore arrêté au détroit supérieur et un col non dilaté. Les douleurs, toujours bornées à la région lombaire, se répétèrent à trois ou quatre reprises, puis cessèrent entièrement pour ne reparaître que le lendemain. Je l'engageai alors à quitter le lit et à vaquer sans inquiétude aux soins ordinaires du ménage. Le lendemain, même état; le travail ne marche pas davantage; les douleurs ne sont ni plus intenses, ni plus rapprochées, et la malade me déclare, ainsi que la sage-femme, que cette marche est exactement la même que celle qui a été observée dans les deux accouchements précédents. Cependant, rien ne pressant, puisque l'auscultation nous permet d'entendre très distinctement les battements réguliers du cœur de l'enfant, et que d'ailleurs le col n'est pas suffisamment dilaté, nous nous décidons à attendre encore; et il demeure convenu qu'aussitôt que les contractions utérines se réveilleront et que la dilatation du col sera complète, ainsi que la poche des eaux, on m'appellera pour administrer le seigle ergoté. Le lendemain se passe encore dans la même situation; pas de progrès dans la marche du travail, ni dans l'engagement de la tête, ni dans la dilatation du col.

Ce n'est que le 5, c'est-à-dire 72 heures après l'apparition des premières douleurs lombaires et la perte des *fausses eaux*, que quelques douleurs utérines, peu fréquentes et peu intenses, se déclarèrent et que le col commença à se dilater par la formation de la poche des eaux. Cet état persista toute la journée du 5, et à minuit seulement les douleurs prirent un peu d'intensité et de fréquence. Le 6, à cinq heures du matin, les choses n'étant guère plus avancées et voyant le travail se ralentir de nouveau, j'envoyai chercher du seigle ergoté; mais, la dilatation n'étant pas encore suffisante et la poche des eaux n'étant pas encore ouverte, ce ne fut qu'à midi que la rupture put en être faite. A ce moment aussi, la tête n'était pas encore complétement engagée dans la cavité pelvienne. L'auscultation révélait toujours l'intégrité de la vie de l'enfant; mais les douleurs continuant à n'être pas assez prononcées pour espérer la terminaison spontanée de l'accouchement, la première dose de seigle ergoté fut administrée (50 centigrammes dans quelques cuillerées d'eau sucrée; un quart d'heure après, deuxième dose égale; et enfin, un quart d'heure plus tard, la troisième dose pareille). A partir de ce moment, c'est-à-dire immédiatement après l'administration de la troisième dose, les douleurs utérines devinrent intenses et *presque permanentes*; et vingt minutes ne s'étaient pas écoulées que la femme accouchait d'un enfant bien vivant, non *asphyxié*, non *cyanosé* et qui se mit à crier à l'instant même. Huit jours plus tard, la femme était sur pied et l'enfant en parfaite santé, comme encore aujourd'hui; car il est rare de voir un plus bel enfant à six mois.

Nous ne sommes point, assurément, de ceux qui ont une foi très robuste dans l'action des médicaments, et notre scepticisme, porté un peu loin peut-être à cet égard, a été quelquefois taxé d'exagération et d'*incrédulité*. Mais, en présence du résultat accompli sous nos yeux, il nous est impossible de ne pas l'attribuer au seigle ergoté. Il nous paraît également évident que dans les deux premiers accouchements de cette femme la mort de l'enfant ne peut être attribuée qu'à l'abandon dans lequel a été laissée la mère, à la lenteur du travail et au séjour prolongé de la tête dans l'excavation pelvienne; et nous sommes convaincu que le seigle ergoté, administré en temps utile à ces deux époques, eût produit le même effet que cette fois-ci.

Sans doute on pourra objecter qu'avec le forceps on aurait obtenu un succès non moins satisfaisant; mais est-ce une raison suffisante pour ne pas lui préférer l'ergot de seigle, moyen beaucoup plus simple, et, quoi qu'on en dise, beaucoup moins douloureux et moins effrayant pour tout le monde, pour la malade comme pour l'entourage lui-même? Je ne le pense pas.

OBS. II. — *Femme de vingt-sept ans, non primipare. Bonne conformation. — Grossesse de huit mois. — Hémorrhagie consécutive très grave menaçant la vie de la mère.*

Au mois de décembre 1839, je fus appelé à Xeuilley, près Nancy (Meurthe), auprès d'une fille-mère qui était accouchée la veille d'un enfant mort, et que je soupçonnai, à cette époque, d'avoir employé des manœuvres abortives, par la raison que plusieurs mois auparavant cette fille était venue me consulter pour une prétendue hydropisie, et avait énergiquement nié, contre toute évidence, être enceinte. Quoi qu'il en soit, cette fille, d'une forte constitution, venait d'accoucher, et immédiatement après la délivrance une hémorrhagie très grave et très abondante se déclara. Cette hémorrhagie persistant, on m'envoya chercher le lendemain seulement. Je trouvai la malade dans l'état suivant: pouls à peu près imperceptible; décoloration complète et presque cadavéreuse de la face et de tous les téguments; syncopes fréquentes se succédant sans interruption, perte de la voix et de tous les mouvements. La mort paraissait imminente. Mon premier soin, en arrivant, fut de m'informer près de la sage-femme présente si la délivrance avait eu lieu, et si le délivre était venu en entier. Elle m'affirma que oui. Le toucher vaginal, le palper abdominal me firent constater que l'utérus n'était point revenu sur lui-même, et qu'il constituait dans l'abdomen une masse assez considérable, molle et sans résistance. Après avoir eu recours inutilement, et pendant quelques minutes seulement, aux moyens ordinaires: position horizontale, le bassin étant plus élevé que le reste du corps, frictions abdominales, titillations du col, aspersions et affusions froides, injections acidulées, etc.; je me hâtai d'administrer le seigle ergoté, que j'avais eu le soin d'apporter avec moi. 1 gramme fut donné à la fois dans quelques cuillerées d'eau sucrée. On donna en même temps quelques cuillerées de vin et de bouillon froids. Au bout d'une demi-heure je constatai un retour, peu sensible encore, il est vrai, dans les contractions utérines et une notable diminution dans l'hémorrhagie. On donne une deuxième dose pareille; et deux heures environ après j'eus la satisfaction de voir l'hémorrhagie cesser à peu près complétement, le pouls et la parole revenir peu à peu, ainsi que la coloration des téguments. Je quittai alors la malade, en recommandant de continuer le seigle ergoté à dose réduite (50 centigrammes dans une potion de 120 grammes; une cuillerée toutes les demi-heures), la position horizontale, le repos absolu et les boissons toniques froides. Dès ce moment l'hémorrhagie ne reparut plus; et cette malade revint non-seulement à la vie, mais elle revint même assez rapidement à la santé; car, en consultant mes notes de cette époque, je vois que peu de temps après elle était redevenue forte comme auparavant, et de plus enceinte de nouveau!!

Dès cette époque aussi je me promis bien d'avoir désormais recours au seigle ergoté dans des circonstances pareilles; mais la spécialité de mes études ayant dirigé depuis lors mes recherches dans une autre voie, je n'eus que très rarement l'occasion de l'employer.

Cependant j'ai encore en ce moment dans l'établissement que je dirige une malade, aujourd'hui démente et incurable, à laquelle je l'ai administré dans les circonstances suivantes, et qui sera le sujet de ma troisième observation.

Observation de tétanos chez un nouveau-né.

Par M. le docteur MOUSSAUD, de Mauzé-sur-le-Mignon (Deux-Sèvres).

L. Mangon, de Mauzé, né (à terme) le 22 avril 1853, offre pendant la première semaine toutes les apparences d'une bonne santé et prend avec avidité le sein de sa mère. Au septième jour, chute du cordon ombilical sans aucune apparence de rougeur ni d'inflammation. La mère, dont l'accouchement et les suites de couches ont été heureux, jouit d'une parfaite santé.

Le 30 avril et le 1er mai, l'enfant tette moins bien; le mamelon, qui du reste est volumineux, est saisi avec peine.

Le 2, cette difficulté augmente, et l'enfant refuse obstinément le sein.

Le 3, appelé près du petit malade, je constate l'état suivant:

Trismus prononcé; il faut une force considérable pour écarter les mâchoires, et lorsque le doigt est introduit, il est pressé avec beaucoup d'énergie par l'enfant. Le trismus cesse de temps en temps, au moment où l'enfant crie, et dans cet instant on peut examiner la cavité buccale, qui n'offre dans sa couleur et sa texture rien d'anormal. Lorsqu'on présente un peu de lait coupé, il est ingéré avec facilité. Le cri est fort, le facies calme, la respiration normale. Le ventre est sensible et un peu météorisé; on remarque à des intervalles égaux des mouvements spasmodiques dans les bras; fixité très prononcée du regard. — Lait coupé, lavements émollients, cataplasmes sur le ventre, frictions avec une flanelle sèche sur la colonne vertébrale.

Les 4 et 5, mêmes symptômes et même traitement.

Le 6, même état; le cri continue à être fort, la déglutition se fait passablement. Je remarque sur le ventre, aux mains, au cou une éruption ayant l'aspect d'une roséole: cette éruption a disparu après deux ou trois jours.

Les 7 et 8, roideur prononcée de la jambe et de la cuisse gauches; inflexion du rachis. L'enfant est penché sur le côté gauche d'une manière à peu près constante. Trismus presque continu; l'enfant ingère cependant de temps en temps un peu de lait coupé. Le cri est moins fort. — On ajoute quelques gouttes d'éther aux lavements.

Le 9, l'état s'aggrave et l'enfant succombe le 10 au matin.

Pendant les trois ou quatre derniers jours, l'enfant a été pris de sueurs assez fréquentes à la tête et sur diverses parties du corps.

Il nous a été impossible de ne pas reconnaître ici un cas de *tétanos des nouveau-nés*. Cette affection est fort rare dans nos contrées, et c'est pour ce motif que j'ai cru devoir en publier l'observation. On admet généralement que le tétanos des nouveau-nés est une maladie fréquente dans les pays chauds. Billard et son commentateur, Ollivier (d'Angers), pensent qu'il est fréquent dans certaines contrées de l'Allemagne, où on l'attribue à l'impression du froid sur le nouveau-né, ou à une inflammation qui survient à l'anneau ombilical au moment de la chute du cordon. Dans le cas qui nous occupe, il paraît positif que l'enfant n'a point éprouvé de refroidissement. Les premiers symptômes morbides ont coïncidé, il est vrai, avec la chute du cordon ombilical; mais il n'y a eu à l'anneau ni rougeur ni inflammation.

La femme Mangon, au quatrième mois de sa grossesse, a été atteinte d'une légère affection typhoïde, mais elle est entrée en convalescence au quinzième jour, et nous ne pensons pas que cette circonstance puisse être prise en considération pour l'étiologie de la maladie de cet enfant, sur laquelle rien de précis ne peut être indiqué.

Nous ignorons s'il existe des lésions dans les centres nerveux, l'autopsie n'ayant pas été faite.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 24 mai 1853. — Présidence de M. BÉRARD.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Épidémies.

M. le ministre de l'intérieur et du commerce transmet:

1° Un rapport de M. Guizard, médecin des épidémies de l'arrondissement de Lons-le-Saulnier, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Marigny (Jura);

2° Un rapport de M. le docteur Balut, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Dôle (Jura), sur une épidémie de fièvre scarlatine qui a régné dans le cours de l'année 1852 dans les communes d'Eclans et de Nevy;

3° Un rapport de M. le docteur Haro, médecin cantonal dans l'arrondissement de Metz, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Chevillon (Moselle);

4° Un rapport de M. Billot, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Poligny (Jura), sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Larderet, depuis le 20 décembre 1852 jusqu'à la fin de février dernier. (Commission des épidémies.)

---

que nous leur devons? Prenez garde! les sciences anatomo-pathologiques n'ont pas encore dit leur dernier mot; nous commençons à les interroger dans une langue nouvelle, et peut-être les dernières réponses que nous en recevrons vous feront-elles rougir de vos mépris pour des sciences qui ne cessent de vous éclairer, semblables, sous ce rapport, à l'astre éclatant que le poëte nous montre versant ses torrents de lumière sur ses ..... blasphémateurs.

Nous n'ignorons pas que l'on tombe souvent du côté où l'on penche, et qu'il est difficile, en toutes choses, de garder une juste mesure. Les habitudes sévères d'observation, le génie tout expérimental de l'École de Paris, ont peut-être un peu trop refroidi l'esprit, comprimé d'heureux essors, ou brisé de légitimes aspirations; on ne peut contester qu'il y a des régions dans lesquelles l'esprit peut quelquefois pénétrer sans être guidé par les sens. On pourrait, sous ce rapport, nous accuser d'un excès de prudence, ou même de timidité. L'anatomie, les ouvertures cadavériques, les expériences et l'observation sensible ne sont pas les seuls moyens d'arriver à la vérité; mais on peut, sans changer de route, aller plus vite et plus loin. Il ne faut pas cesser d'être anatomistes et organiciens; il ne faut pas abandonner, sur d'aveugles accusations, des sciences éprouvées, il faut seulement peut-être prendre plus de confiance dans les procédés purement intellectuels, et, sans suivre certains médecins qui se vantent d'être philosophes dans les voies ténébreuses où ils s'élancent aventureusement sur des fils tendus sur des abîmes, chercher à pénétrer même au delà du monde sensible, jusqu'aux points où le jour fait place à la nuit.

Nous savons bien que quelques-uns des nôtres n'ont pas fait moins de faux pas sur les routes ardues de l'anatomie normale et de l'anatomie pathologique que les médecins idéalistes sur les hauteurs où les avait emportés le génie philosophique. Nous avons eu quelquefois le malheur d'admirer des chimères. Mais telles sont chez nous l'indépendance des allures et la passion du vrai que nous savons nous-mêmes briser nos idoles quand nous reconnaissons qu'elles ne méritent plus notre culte. Vous, au contraire, avec les prétentions des races antiques, vous avez toute leur opiniâtreté; et il ne tient pas à vous que quelques-uns de vos prophètes n'aient à perpétuité les caractères du vrai Messie. Vous ne cessez, par exemple, de nous proposer les *éléments de la science de l'homme* comme une révélation, et il semblerait, à vous entendre, que depuis le grand Barthez nous n'avons plus qu'à croire et admirer, rien à chercher.

Nous avons eu aussi deux grands maîtres que nous avons longtemps admirés et que nous honorons toujours. Mais chez nous règne l'antique maxime: *Amicus Plato, sed magis amica veritas*. Il n'y a point de souveraineté inviolable dans le royaume des sciences. Dès que nous avons reconnu les imperfections de Bichat et les exagérations de Broussais, nous en avons fait nous-mêmes le sacrifice sur l'autel de la vérité. Vous avez toujours été injustes envers ces deux grands hommes; c'étaient des anatomo-pathologistes, des organiciens. Vous avez fermé les yeux à la lumière pour ne pas reconnaître les immenses travaux du premier, l'heureuse direction qu'il a imprimée à toutes les sciences médicales; vous n'avez vu en lui que le crime de n'avoir pu donner la solution philosophique, complète et définitive du problème de la vie. L'autre ne vous a paru digne que de vos dédains superbes; vous n'avez pas cru, dites-vous, devoir vous donner la peine de détrôner un faux dieu dont le temps ferait justice. Le temps et notre ingratitude vous ont donné raison. Broussais ne règne plus: la révolution qu'il avait faite en médecine a péri par ses excès. Nous avons le tort aujourd'hui de ne nous souvenir que des exagérations de la fameuse doctrine. Broussais est allé trop loin, cela est vrai; dans son ardeur et sa fougue, il a manqué de prudence et de mesure. Mais sur les routes de l'*anatomisme* et de l'*organicisme*, on s'égare sans se perdre. Le phare lumineux qui guidait Broussais lui a permis de marcher droit pendant une grande partie de sa course. Il a soulevé pour jamais le voile qui cachait à nos yeux la phlegmasie dans ses formes les plus insidieuses, les plus rebelles, les plus dangereuses. Il nous a appris, et cela pour jamais également, que le *plus grand nombre* des maladies qui affligent l'espèce humaine ne sont que des phlegmasies primitivement locales des organes, dont les cris de souffrance mettent consécutivement en état de révolte l'économie tout entière. Il a eu tort sans doute, arrivé à ce point de la carrière, de fermer les yeux, de ne pas voir qu'il y avait autre chose encore dans la pathologie. Mais s'il a failli, s'il a laissé une longue partie de la route obscure, que ne versez-vous là les flots de lumière que vous donne la haute philosophie avec ses principes fondamentaux, ses maximes abstraites? Que la philosophie spéculative nous montre donc à son tour ses trophées! L'espace est vaste; quelque éclatantes que soient les traces laissées par les anatomo-pathologistes sur tant de routes laborieusement parcourues, nous n'en sommes encore pour ainsi dire qu'à l'alphabet de notre science, la plus vaste e la plus difficile de toutes les sciences. La lumière ne fait encore que poindre; prenez donc à votre tour votre part du poids du jour.

Loin de moi toutefois la pensée de médire de la philosophie, et de montrer pour des hommes qui cherchent la vérité par des voies qui ne sont pas les nôtres un inconvenant dédain. J'admire, au contraire, leur savoir, leurs vues élevées; leur manière large et haute de considérer les choses; j'aime, en un mot, la philosophie; mais il me semble qu'il ne faut jamais oublier que la philosophie ne peut fournir à la médecine que des méthodes; ce n'est qu'un flambeau qui doit éclairer nos regards dans les recherches laborieuses qu'il nous faut faire sur le corps humain, soit dans l'état normal, soit dans l'état pathologique. La vraie philosophie est un guide qui montre dans chaque étude les routes qu'il faut suivre, et qui ne commence pas par les maudire. Les véritables médecins philosophes sont ceux qui voient dans l'organisme le champ de la science et qui ne demandent à la philosophie que les instruments les plus propres à le défricher.

(Dans un article suivant, nous chercherons à apprécier à sa juste valeur l'accusation d'athéisme, de matérialisme qu'on dirige sans cesse contre l'École de Paris et quelques autres points en litige.)

Dr BELLANGER.

Eaux minérales.

5° Un rapport de M. le docteur Camparan, médecin inspecteur des eaux minérales d'Encausse (Haute-Garonne), sur le service médical de cet établissement pendant les années 1851 et 1852.

6° Trois mémoires de M. le docteur Petit, sur le mode d'action et quelques applications des eaux minérales de Vichy.

Remèdes secrets.

7° Le même ministre adresse six lettres relatives à des demandes d'avis sur des remèdes secrets ou nouveaux.

Vaccine.

M. Reydellet, conservateur de la vaccine pour la commune de Saint-Denis (Réunion), adresse le tableau des vaccinations qu'il a pratiquées depuis l'an 1827 jusqu'au 31 décembre 1852.

— M. Liégey (de Rambervillers) adresse une lettre relative à la vaccine, à propos de quelques faits de transmission de variole par les vêtements, dont il a été récemment témoin.

Obstruction du tube digestif.

M. Miquel, médecin à Tours, adresse une observation d'obstruction du tube digestif vers la fin de l'iléon. (Commissaires : MM. Louis et Huguier.)

Pince à extraction dans les cataractes secondaires.



M. le docteur Vauquelin, de Paris, présente, au nom de M. Leport, de Rouen, une nouvelle pince pour l'extraction scléroticale des fausses membranes dans les cataractes secondaires. Cette pince, à laquelle l'auteur a donné le nom de *pince-membrane*, a été exécutée avec habileté par M. Mathieu sur les indications de M. Vauquelin et de l'auteur.

Les avantages qu'elle offre sur les autres instruments consistent, selon l'auteur, en ce que les mors ou palettes A, qui sont représentés grossis en A' pour laisser voir les six trous et les pointes, s'engageant dans ces trous quand on ferme l'instrument, saisissent les membranes par une plus large surface et ne peuvent les laisser échapper, car elles sont transpercées par les six dents de la palette postérieure, qui s'engagent dans les six trous indiqués; dans le cas d'une trop grande mollesse du tissu, elles y pratiquent au moins une perte de substance de la grandeur des palettes.

M. le docteur Vauquelin a depuis plusieurs mois eu l'occasion d'employer avec succès cet instrument.

Calculs urinaires. — Nouveau mode de traitement.

M. Denamiel adresse deux mémoires, l'un sur le diagnostic des calculs urinaires par le toucher seul, ou combiné avec l'action des instruments dans la vessie; le second, sur le traitement des calculs urinaires par une méthode nouvelle, qu'il appelle la lithothlibie. (Commissaires : MM. Ségalas et Civiale.)

Candidatures.

MM. Chatin et Martinet se portent candidats à la place vacante dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale.

Surdi-mutité. — Protestation

M. Ferdinand Berthier, doyen des professeurs de l'Institution impériale des sourds-muets de Paris, adresse, en son nom et au nom de ses collègues professeurs sourds-muets de cette institution (MM. A. Lenoir, E. Allibert et Pelissier), une protestation collective, à l'occasion des attaques qu'un membre de l'Académie a dirigées dans la dernière séance contre l'état actuel de l'enseignement de cette maison, et des insinuations peu obligeantes que ce même membre a laissées échapper envers eux au sujet des œuvres qu'ils ont publiées, et dont ils envoient un exemplaire à l'Académie avec prière de l'accepter.

Suite de la discussion sur la surdi-mutité.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la surdi-mutité. La parole est à M. Bouvier, pour terminer son discours. Nous le résumons en entier.

M. Bouvier commence par déclarer qu'il ne partage pas l'opinion de M. Bégin lorsqu'il a dit que ce qui a trait à la guérison de la surdité était la seule partie réellement médicale de la question. Au point de vue physiologique, le mode d'instruction des sourds-muets est à ses yeux un problème entièrement du ressort de la physiologie. Il est tout aussi évident que, au point de vue pathologique, il n'y a rien de plus médical que les suites de la surdité congéniale, ou de la première enfance, et les moyens d'en prévenir ou d'en corriger les effets funestes par rapport à l'intelligence et à toute l'existence physique et morale des individus ainsi mutilés.

M. Bouvier, après avoir rappelé les faits et l'état de la question, examine les motifs qui peuvent éclairer le vote de l'Académie en renversant l'ordre des questions, c'est-à-dire en commençant par la question pédagogique.

D'abord, qu'est-ce que l'éducation des sourds-muets, que doit-elle être, et quelle est la valeur des variantes qu'elle présente dans la pratique? Telles sont les questions qu'il examine successivement.

Des considérations qu'il émet à leur sujet il résulte pour M. Bouvier que le langage oral peut être employé avec avantage dans l'éducation des sourds-muets, quoiqu'il ne doive pas réussir également chez tous; que son usage offre toutefois une certaine difficulté, et réclame une étude persévérante et assidue; qu'il peut à la rigueur suffire aux communications habituelles des sourds-muets entre eux; que le rapport des mots articulés avec la langue écrite fournit une base utile, sur laquelle peut s'appuyer l'enseignement de la lecture et de l'écriture. Enfin, s'appuyant de l'autorité de l'abbé de l'Epée, M. Bouvier invoque encore en faveur de la thèse l'avantage inappréciable que la langue orale procure au sourd-muet en facilitant les rapports avec les parlants et en adoucissant la rigueur de son isolement dans la société.

M. Bouvier expose ensuite le mécanisme et le principe du langage mimique, et en expose les avantages et les inconvénients. Le plus grand de ces inconvénients, suivant lui, est le défaut de rapport de la langue organique du sourd-muet avec la langue écrite, lequel crée une difficulté de plus dans son éducation.

Là est, aux yeux de M. Bouvier, le nœud de la question. La solution, au point de vue pédagogique, se trouve tout entière dans ce fait, à savoir : le temps nécessaire, la somme de travail à produire pour atteindre un résultat identique par l'une ou l'autre méthode.

De là, M. Bouvier est conduit à examiner ce grand problème : convient-il de placer une partie des sourds-muets de l'institution de Paris dans une classe à part, où ils seraient élevés spécialement au moyen de l'articulation. Combattant les éclectiques qui proposent d'unir la mimique et l'articulation, union qu'il considère comme une chimère, M. Bouvier déclare que l'Académie est dans la nécessité de faire un choix entre ces deux méthodes. Entrant dans l'examen détaillé des faits invoqués par les partisans des deux méthodes, l'orateur résume en ces termes son opinion sur la seconde partie des conclusions de la commission :

Je n'ai nullement entendu trancher la question de prééminence de l'une ou l'autre méthode d'éducation des sourds-muets. Ce que j'ai simplement voulu prouver, c'est :

1° Que la méthode d'enseignement par la parole ne donne pas, au point de vue intellectuel, des résultats inférieurs à ceux de l'éducation par la mimique;

2° Que, conséquemment, l'Académie n'a point à craindre, en adoptant la proposition de la commission, que son vote ait pour effet l'infériorité relative des deux catégories de sourds-muets qui seraient enseignés spécialement par le langage oral;

3° Que, délivrée de cette appréhension, qui était celle de la commission de 1828, l'Académie ne doit pas hésiter un instant à voter la seconde partie des conclusions de la nouvelle commission, afin de mettre un terme, autant qu'il peut dépendre d'elle, au mutisme forcé, factice des demi-entendants, des sourds demi-parlants, dont on sacrifie en grande partie, dans l'état actuel des choses, et malgré l'existence des cours d'articulation, les facultés rudimentaires de l'ouïe et de la parole, au lieu de les développer le plus possible, comme il est démontré que l'on y parvient par une méthode excluant l'emploi de la mimique.

Les propositions de la commission que M. Bouvier se propose d'examiner dans cette séance sont relatives à la possibilité de rendre plus ou moins complétement l'ouïe aux sourds-muets. La commission reconnaît cette possibilité, d'autres la contestent ou la nient. Cette question n'est pas moins grave que la première. Non-seulement l'administration attend la réponse de l'Académie pour statuer sur les mesures qu'on lui propose, mais la France médicale a les yeux sur l'Académie et attend sa décision pour s'en appuyer à l'égard des 30,000 clients qui l'interrogent au sujet de leur infirmité.

M. Bouvier, rappelant l'opinion d'Itard et ses recherches sur ce sujet, ainsi que celles de M. Deleau, fait remarquer ensuite que M. le docteur Blanchet est entré largement dans la voie ouverte par Itard et agrandie par M. Deleau. On s'est plaint, ajoute-t-il, du peu de détails communiqués à l'Académie sur les procédés thérapeutiques de cet honorable confrère. Ce serait faire l'histoire de toutes les causes de la surdité et des moyens applicables à chacune d'elles que d'exposer les méthodes curatives qui peuvent être utiles dans la surdi-mutité, etc. M. Blanchet emploie, suivant les indications, comme tous les médecins auristes, le cathétérisme, la dilatation de la trompe d'Eustache, l'introduction de différentes vapeurs dans la caisse du tympan, les injections d'air, l'insufflation à l'état gazeux et à doses très fractionnées d'alcalis végétaux, tels que la strychnine, l'électricité, sans parler des moyens généraux à opposer aux diathèses des opérations propres à extraire les corps étrangers, tels que les polypes, la résection des amygdales hypertrophiées, etc.; car tous ces cas se rencontrent dans la surdité qui produit le mutisme, de même que dans celle qui survient à un âge plus avancé. C'est beaucoup moins pour l'invention d'un procédé empirique que par une heureuse et sage application des moyens connus, par des perfectionnements de détail dans la confection des instruments, par l'habileté manuelle et la sagacité du diagnostic que la médecine auriculaire peut aujourd'hui se signaler d'une manière spéciale et acquérir de nouveaux titres à la confiance des familles.

Comme M. Deleau, M. Blanchet croit inséparable du traitement médical le traitement fonctionnel destiné à en développer et à en assurer les effets. Il se borne même à celui-ci, à l'exemple d'Itard, quand le premier s'est montré sans efficacité.

Mais, malgré les faits produits par Itard, malgré ceux de M. Deleau et d'autres encore, il est des hommes très compétents qui nient la curabilité de la surdi-mutité du fœtus ou de l'enfant et du mutisme qu'elle produit.

La commission, sans entrer dans ce débat, sans revenir sur l'expérience du passé, si diversement interprétée, s'en est tenue aux faits que l'on a placés sous ses yeux. Elle a eu raison. Mais ces faits eux-mêmes sont contestés..... Au milieu de ce conflit, que fallait-il faire? chercher à s'éclairer en examinant soi-même les faits. C'est ce que M. Bouvier a tenté lui-même.

On connaît ces faits, tels qu'ils sont exposés dans le rapport lucide de M. le professeur Piorry. D'après ce rapport, des enfants sourds-muets, dont l'état de surdité absolue ou presque complète avait été constaté soit par des pièces authentiques, soit par la commission elle-même, ont été amenés par le traitement à entendre la parole tantôt très près de l'oreille, tantôt à 30 ou 40 centimètres, tantôt à 1 ou même 2 mètres de distance. Chez presque tous, la faculté d'articuler a été facilement développée ou perfectionnée par les exercices d'articulation. Quelques-uns chantent et mettent leur voix à l'unisson de l'harmonium. Un de ces sourds-muets, considéré comme incurable, a gagné aux exercices d'articulation une parole beaucoup plus facile qu'il ne l'avait auparavant et la faculté de lire sur les livres.

M. Bouvier a vu plusieurs de ces enfants depuis la lecture du rapport. Il a reconnu qu'ils jouissent de toutes les facultés qui leur sont attribuées par la commission.

Ici M. Bouvier cite en particulier quelques faits.

Ces résultats, ajoute-t-il, entourés de toutes sortes de garanties, suffiraient à eux seuls pour décider la question.

Supposons qu'un enfant sourd-muet soit donné par le sort à l'un de nous, que ferait chacun de nos confrères en présence des faits positifs de la commission, quand bien même ces faits seraient les seuls et en présence des dénégations qu'on leur oppose? Il chercherait avant tout la cause du mal; il explorerait toutes les parties accessibles de l'organe; il saisirait la moindre indication qui pourrait en ressortir, et il agirait comme dans la surdité de l'adulte. Puis, s'il échouait dans ses efforts, il se souviendrait de la belle découverte d'Itard; il tenterait l'éducation physiologique du sens de l'ouïe, et il épuiserait tous les moyens d'action de la science avant de se résigner à déclarer cet être à jamais sourd-muet.

Mais ce que vous feriez pour celui qui serait votre sang, ne le feriez-vous pas pour le client qui invoquerait vos lumières?

Or, qu'est-ce qu'une institution de sourds-muets? C'est une réunion de ces enfants dont je viens de parler; ils sont sourds, voilà tout. A-t-on suivi à leur égard, avant leur entrée, la ligne de conduite que je viens de retracer? a-t-on épuisé toutes les ressources de l'art avant de déclarer qu'ils étaient incurables? Vous savez bien le contraire; on n'a pas même, le plus souvent, exploré les oreilles!

Ce que la commission vous propose, c'est d'appliquer à ces enfants les mesures que vous adopteriez pour les autres, pour le client qui viendrait vous consulter; c'est de les faire jouir du bénéfice des progrès de la science.

Que veut, en effet, la commission? Que tous les sourds-muets, à leur entrée dans l'établissement, soient examinés et classés au point de vue de leur degré de surdité, de la cause organique de celle-ci, du degré de persistance de la parole, et enfin de la question de savoir si l'art médical peut leur être de quelque secours;

Que l'art applique à ceux chez lesquels il y aura quelque espoir de le faire avec succès les méthodes le plus en rapport avec les progrès de l'art, pour tenter de leur rendre un degré plus avancé d'audition, ou au moins, si la surdité est incurable, pour leur conserver la parole, dans le cas où ils ne l'auraient pas perdue, en rejetant définitivement parmi les sourds-muets complets, et en les livrant à l'éducation ordinaire de l'établissement, ceux que l'on jugerait ne pouvoir tirer aucun fruit de ces essais.

J'ai conclu, dans la dernière séance, à l'adoption de la seconde partie de ces conclusions; je viens de conclure à l'adoption de la première. Il me reste à jeter un coup d'œil rapide sur leur connexion, sur leur ensemble.

Ces conclusions, que j'ai scindées dans mon argumentation, sont étroitement liées, inséparables dans la réalité et en quelque sorte solidaires.

Afin de doter les élèves que l'on traite et qui ne tardent pas à devenir des demi-entendants, ceux qui sont incurables et dont on cultive seulement la parole, de tout le degré d'audition, de toute la perfection du langage oral qu'ils peuvent atteindre, il faut évidemment les soustraire à l'influence contraire de la mimique : c'est là l'unique objet des conclusions relatives à l'éducation des sourds-muets. En effet, je ne saurais trop le répéter, nous n'avons nullement à nous prononcer sur la *supériorité* relative des deux méthodes d'enseignement des sourds-muets, la mimique et la parole; nous n'avons nullement à résoudre la question de savoir s'il convient ou non de transformer l'organisation de l'institution des sourds-muets. Nous pourrions, à bon droit, pour la plupart, nous récuser, si l'on voulait nous instituer juges en cette matière.

De quoi s'agit-il donc? Simplement de séparer les sourds-muets en traitement, c'est-à-dire les demi-entendants, ainsi que les sourds-muets incurables, mais demi-parlants, du reste des élèves, et de créer pour eux un mode d'enseignement dans lequel la parole jouera son rôle presque exclusif, comme un moyen de communication organique. Est-ce là bouleverser l'institution, comme on l'a dit? Non, c'est au contraire la régulariser; c'est substituer un ordre indispensable au désordre, à la confusion, qui, sous ce rapport, y ont régné jusqu'ici. La preuve que la mesure que l'on indique ne touche en rien la question du mode d'enseignement applicable aux véritables sourds-muets, qu'elle ne tend point à désorganiser l'enseignement préféré dans l'institution de Paris, c'est que cet isolement des sourds-muets incomplets d'avec les autres a été depuis longtemps proposé par les partisans mêmes de l'enseignement par les signes.

Ainsi l'Académie, qui pourrait peut-être se récuser comme incompétente s'il s'agissait de remplacer pour tous les sourds-muets l'enseignement oral par l'enseignement par les signes, n'est plus en droit de le faire lorsqu'on la consulte pour décider si le meilleur moyen d'étendre, de perfectionner l'audition et la parole chez certains sourds-muets, n'est pas autre chose que le silence et l'éloignement de toute voix articulée.

Ce simple énoncé de la question vous fait voir quelle en doit être la solution. Il est clair, d'après cela, que les conclusions de la commission relatives au mode d'éducation qu'il convient de donner aux enfants sont le complément nécessaire des autres propositions, qu'elles ne peuvent en être distraites, que vous ne pouvez sanctionner les unes sans voter en même temps les autres.

La parole est à M. Bonnafont.

M. Bonnafont prononce un discours que nous résumerons dans le prochain numéro.

— La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Par décret du 20 mai 1853, l'Empereur a nommé dans la Légion-d'Honneur les officiers de santé dont les noms suivent, en récompense du dévouement dont ils ont fait preuve pendant l'épidémie qui a sévi dans la subdivision de Bone.

Officier : M. Riboulet (Nicolas), médecin principal de 2e classe, dix-neuf ans de services et quatre campagnes, chevalier du 15 avril 1846.

Chevaliers : MM. Mouchet (Jean-François-Henri), médecin aide-major de 1re classe, vingt ans de services et sept campagnes; Meurice (Jules-Philémon-Charles), pharmacien-major de 2e classe, trente ans de services et onze campagnes.

— Par décret impérial en date du 21 mai 1853, sont nommés dans le corps des officiers de santé de la marine :

Au grade de médecin professeur :
M. le chirurgien de 1re classe Fonssagrives (Jean-Baptiste).
Au grade de chirurgien de 1re classe :
MM. les chirurgiens de 2e classe :
Mouflet (Eugène-Delphin-Alfred);
Rideau (Louis-Charles-Alexandre-François);
Bourdel (Charles-Hilarion);
Danguillecourt (Prosper-Émile);
Lamotte (Adolphe-Auguste).
Au grade de pharmacien professeur :
M. le pharmacien de 1re classe Jouvin (Jean-Pierre).
Au grade de pharmacien de 1re classe :
M. le pharmacien de 2e classe Lépine (Joseph-Jules).

— M. le docteur Willemin, qui a donné sa démission de médecin sanitaire à Damas, démission fondée sur des raisons de santé, vient d'être nommé second médecin inspecteur adjoint des eaux de Vichy.

— On annonce aussi la démission, basée sur la même cause, de M. le docteur Amstein, médecin sanitaire d'Alexandrie.

— Une lettre de Saint-Pétersbourg, du 9-21 avril, avait annoncé que l'épidémie de choléra, qui sévissait avec violence à Moscou, avait également reparu dans la capitale de la Russie. Une actrice a été atteinte sur la scène, et a succombé en très peu de temps. Plusieurs autres personnes sont mortes en quelques jours, et parmi elles le célèbre tragédien Karatéguine. Ces faits pouvaient faire craindre une nouvelle invasion de la maladie, mais une lettre plus récente se borne à annoncer quelques cas isolés.

— Les médecins hollandais résidant à Java, Sumatra, Banda, Amboyne, Tornate et autres villes de l'archipel Indien, se sont réunis pour élever un monument à Jenner.

— Il règne en ce moment à Lorient une épidémie peu dangereuse, mais tellement répandue, que les médecins ne savent où donner de la tête. Cette épidémie est appelée dans le pays *hallucination vertigineuse.*

M. le docteur Ricard commencera ses leçons cliniques à l'hôpital du Midi, mardi, 31 mai, à huit heures, et les continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à la même heure.

— M. le docteur Duchesne-Duparc ouvrira son cours clinique sur les maladies de la peau, aujourd'hui jeudi 26 mai, à son dispensaire de la rue Larrey, 8 (près l'École de médecine), et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants à onze heures précises du matin.

Chaque leçon sera précédée de l'examen des malades. (Tout est public et gratuit.)

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris
au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères,
en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE.	Trois mois. . . .	8 fr. 50 c.
	Six mois. . . .	16 »
	Un an.	30 »
GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES.	Trois mois.	9 fr.
	Six mois.	17
	Un an.	33
ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR.	Trois mois.	10 fr.
	Six mois.	20
	Un an.	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Nous avons rapporté dans notre numéro du 12 mai une fort remarquable observation de fistule vésico-vaginale guérie par M. Jobert (de Lamballe) au moyen de sa méthode d'autoplastie par glissement. L'opération avait été pratiquée le 19 novembre 1852 et la guérison était complète dès les premiers jours de décembre; le traitement n'a guère duré qu'une quinzaine de jours. Il en a été à peu près de même dans la plupart des cas, déjà nombreux, de guérison que compte cet habile opérateur.

La *Gazette médicale des Etats sardes* nous apporte aujourd'hui un fait qui offre aussi beaucoup d'intérêt : il s'agit d'une vaste fistule vésico-vaginale traitée par M. le docteur Antonelli au moyen des cautérisations avec le nitrate d'argent, l'eau nitro-muriatique et le cautère actuel; la guérison a été complète également, mais le traitement s'est prolongé pendant *treize mois*. Il a fallu, comme on le voit, une bien grande persévérance à notre honorable confrère de Novare pour parvenir à une cure définitive. Le fait n'en est pas pour cela moins intéressant; il rappellera d'ailleurs l'attention sur le traitement par la cautérisation, trop généralement abandonné peut-être. Quelques chirurgiens le regardent comme entièrement inefficace et exposant à aggraver la position des malades, en déterminant à la chute des eschares une perte de substance plus étendue qu'avant les cautérisations; ce traitement avait cependant obtenu des succès bien constatés entre les mains de divers chirurgiens, et entre autres de Dupuytren, dans des cas où, comme dans le fait actuel, la lésion existait au bas-fond de la vessie et avait une étendue considérable. Ne se présente-t-il pas d'ailleurs des malades assez pusillanimes pour se refuser à toute opération par l'instrument tranchant?

Vaste fistule vésico-vaginale traitée avec plein succès par les caustiques;

Par M. le docteur ANTONELLI, ex-chirurgien des hôpitaux civils et militaires de Novare (Piémont).

Martine Duelli, paysanne, mariée, après six accouchements naturels, a eu, dans le mois de février 1851, un accouchement où l'art a dû intervenir. Quelques jours après ses couches, elle s'aperçut d'un écoulement continu et involontaire d'urine par le vagin. Dans le mois de juillet, ne pouvant plus supporter l'érythème que le passage continuel de l'urine avait produit sur tout l'orifice vulvaire, elle fut visitée par le docteur Antonelli, en présence des médecins de la campagne qu'elle habitait, et voici ce qu'il trouva : la vulve présentait plusieurs ulcérations d'un aspect fongueux et sordide; le col de l'utérus était porté en haut et en arrière, avec procidence du bas-fond; dans la cloison vésico-vaginale on voyait une ouverture transversale assez large pour recevoir les trois doigts réunis, de forme triangulaire, avec la base tournée vers le col utérin, dont l'orifice laissait écouler un liquide leucorrhéique très fétide; en même temps, pas une goutte d'urine ne sortait du méat urinaire.

Ayant pris en considération la position élevée et transversale de l'ample déchirure vésico-vaginale et l'excessif amincissement de ses bords, ainsi que l'état des organes génito-urinaires envahis par une irritation diffuse, les médecins convinrent de recourir à l'action des caustiques déjà prônés par des chirurgiens qui font autorité dans la science, tout en se réservant, si ce moyen restait inefficace, d'avoir recours à la suture.

M. Antonelli toucha les excroissances fongueuses avec de l'eau nitro-muriatique, passa un crayon de nitrate d'argent sur les fongosités des bords de la fistule pour les réprimer, et raviva en même temps la vitalité des tissus; il eut enfin recours au cautère actuel par des boutons de feu portés sur la muqueuse de la cloison vésico-vaginale, à une certaine distance de la circonférence de la fistule.

Un cathéter fut introduit et tenu en permanence dans l'urètre, en soutenant la cloison mobile et les déchirures fistuleuses à l'aide de charpie convenablement roulée et d'éponges qu'on renouvelait souvent.

La malade était cautérisée toutes les semaines à peu près, et par de petites émissions sanguines et des bains de siége fréquents on prévint toute réaction fébrile.

Pendant les treize mois que dura le traitement, elle ne quitta pas un seul jour ses occupations domestiques.

Les cautérisations avec le fer rouge ont été pratiquées seulement trois fois, à une certaine distance l'une de l'autre; tandis que les cautérisations à l'aide tantôt de l'eau nitro-muriatique et tantôt du nitrate d'argent se succédaient fréquemment.

Tous les jours on faisait des injections simples dans la cavité vaginale pour conserver la propreté des parties.

Enfin, au bout de treize mois, le docteur Antonelli eut la satisfaction de présenter à ses collègues la malade complétement guérie, afin de procéder ensemble à la constatation de la cicatrice. Ils trouvèrent que la procidence de l'utérus avait cessé, et que les fonctions menstruelles s'étaient complétement régularisées; à la place de la fistule très étendue qui intéressait la cloison vésico-vaginale, existe une cicatrice épaisse et très résistante embrassant le col utérin, placée transversalement, de l'étendue de deux pouces. Cette cicatrice est généralement pâle, excepté vers le sommet, qui est un peu rouge, à cause de la présence de quelques vaisseaux variqueux, sans être fongueux; les tissus ne présentent pas le moindre pertuis; cette tache du reste disparut entièrement au bout de quinze jours par la simple cautérisation avec le nitrate d'argent. La malade, qui s'était beaucoup étiolée pendant le traitement, reprit bientôt des forces; son visage se colora comme auparavant, et elle revint à sa santé première.

Symblépharon et ankyloblépharon.

Dans les cas d'ankyloblépharon complet, c'est-à-dire de soudure complète du bord libre des paupières, le point le plus important et sur lequel l'exploration doit se porter avant toute autre recherche, c'est de savoir s'il n'existe pas, en outre, un symblépharon (adhérence entre la face antérieure du globe oculaire et la face postérieure des paupières). Il faut par conséquent essayer d'abord de relever les paupières en un pli correspondant à peu près à la ligne de la fente palpébrale primitive, pour voir si l'on peut les éloigner de la face antérieure du globe. Puis, si dans la ligne de soudure il existe encore un point non oblitéré, il faut y introduire un stylet et essayer de le promener dans la direction d'une commissure à l'autre et aussi de haut en bas, pour sonder l'espèce de cul-de-sac situé derrière les paupières. Par cette manœuvre, on s'assure qu'il y a un espace libre suffisant pour donner l'espérance qu'après l'incision des adhérences entre les bords il n'en restera pas d'autres plus considérables du tissu palpébral avec le globe et surtout avec la cornée, dont la transparence dans ce dernier cas reste toujours détruite, quand bien même la dissection de ces adhérences est praticable, ce qui a rarement lieu. De ce qu'il existe une ouverture simple ou même double dans le cas d'oblitération incomplète de la fente palpébrale, il ne faut pas se hâter cependant de concevoir l'espérance d'une guérison si les paupières soudées ne peuvent être déplacées dans une grande étendue au-devant du globe oculaire, encore moins si elles sont partout étroitement adhérentes au globe, rétractées en arrière de manière à présenter au dehors une surface plus ou moins déprimée ou concave, et si elles offrent une certaine dureté faisant prévoir leur épaississement et indiquant que les adhérences sont formées par un tissu dur et bridé interposé entre leur face postérieure et celle de l'œil. Lors même que le malade affecté de pareils accidents prétend distinguer nettement la lumière et l'ombre des objets agités devant l'œil, il faut se garder de porter un pronostic trop favorable; car dans ces circonstances l'opération manque presque toujours son effet, parce qu'après l'incision de la cicatrice qui soudait la fente palpébrale il reste entre la face postérieure des paupières et le globe oculaire des adhérences étendues qu'on ne réussit pas à disséquer [illegible], malgré la dissection la plus minutieuse et la plus complète, se reproduisent toujours de nouveau.

Un cas de cette nature a été présenté par M. Sichel à sa clinique et lui a donné lieu d'exposer les considérations qui précèdent.

Le malade, âgé d'une quarantaine d'années, a reçu, il y a six semaines, une quantité assez considérable de zinc en fusion dans l'œil droit. Par cet accident la fente palpébrale est oblitérée, les paupières sont déprimées et légèrement concaves à leur face externe. Dans la ligne indiquant la soudure des bords libres palpébraux, on voit deux petites ouvertures capillaires, l'une à 4 millimètres de la commissure externe, l'autre à 3 millimètres de la commissure interne. Une sonde fine cannelée, introduite par l'ouverture du côté externe, trouve issue après quelques tentatives par l'ouverture placée du côté interne, ce qui fournit l'indication de glisser un bistouri dans la cannelure de cette sonde pour séparer les paupières suivant leur ligne de soudure. Le tissu incisé présente dans quelques points une dureté considérable. Immédiatement après cette opération, la paupière inférieure s'abaisse et permet de voir la partie inférieure de la sclérotique recouverte de sa conjonctive normale. Mais la paupière supérieure reste, presque

FEUILLETON.

Y a-t-il une doctrine médicale dans l'École de Paris?
Y en a-t-il une dans l'École de Montpellier? (1)

Jusqu'à ce moment nous n'avons été poursuivis que sur le terrain de la science; maintenant on va chercher, pour nous accabler, des armes jusque dans le ciel. On nous accuse de matérialisme et d'athéisme; les gros mots viennent à la bouche; notre physiologie est, dit-on, cadavérique, bestiale; nos principes sont immoraux, dégradants; notre philosophie est sacrilége. La guerre civile menace de prendre les caractères et la fureur d'une guerre sacrée.

Croit-on sincèrement nous apprendre ce que nous ignorons en répétant sans cesse qu'il y a dans l'homme une vie intellectuelle et morale, une vie organique et un agrégat matériel? La vie intellectuelle et morale est gouvernée, nous dit-on, par un principe immatériel et immortel; la vie organique reçoit ses lois d'un autre principe que l'on nomme principe vital; l'agrégat matériel, le substratum, tout à fait inférieur et subordonné, n'est que le théâtre qui sert aux manifestations des deux principes supérieurs. Le premier seul est immatériel et immortel; le second, par sa nature, diffère essentiellement de la matière, mais il est divisible et périssable comme elle. Ceux qui nous appellent anatomistes et organiciens sont donc trinitaires; la trinité qu'ils admettent se compose de trois principes différents : le troisième principe, il est vrai, n'est que l'autel sur lequel ils adorent les deux premiers. Pour nous, nous ne sommes que des idolâtres; nous ne connaissons pas les dieux; nous prenons l'autel pour le vrai Dieu.

On a écrit et on pourrait encore écrire de nombreux volumes sur ces hautes et délicates matières; je ne sais si l'on fera faire de grands pas à la médecine en tourmentant ces questions difficiles et peut-être insolubles; mais si l'on y parvient, il est certain qu'il aura fallu descendre à des effets bien éloignés de leurs causes. Quoi qu'il en soit, nous pouvons dire, en toute sincérité, qu'on nous impute des crimes pour se donner le droit de nous accuser. Il n'y a personne parmi nous qui ne sache qu'il y a dans l'homme une vie intellectuelle et morale, une vie organique et un ensemble d'organes qui forment un tout vivant. Il est vrai que nous ne savons pas pénétrer aussi sûrement que d'autres dans les impénétrables sanctuaires de l'âme immatérielle et immortelle; nous ne connaissons pas non plus aussi bien qu'eux l'unité, la nature, l'essentialité du principe vital. Nous savons bien que les organes jouissent de la vie, qu'ils concourent à un but commun, et qu'il sont unis entre eux par des liens sympathiques qui semblent former une trame continue; mais en même temps nous sommes très frappés de voir les organes jouir d'une vie individuelle particulière et participer, dans des proportions fort inégales, à la vie commune. Nous savons bien que la vie, dans toutes ses formes, tient à des causes fort élevées; mais, au lieu de chercher dans ces hautes sphères des principes utiles et applicables, nous posons là les bornes infranchissables de la science et de l'esprit.

Quant au principe immatériel et immortel, il en est peu parmi nous qui se croient autorisés par la science à nier soit son immatérialité, soit son immortalité; nous ne sommes ni prêtres, ni moralistes, comme les médecins des antiques races sacerdotales, et nous laissons, en général, ces graves et délicates questions aux théologiens et aux philosophes. Toutefois, l'École de Paris se garde de blesser les croyances publiques, et ne cherche point, comme on le dit, à dessécher le cœur des hommes et à ébranler les bases de la morale et de la religion. La médecine n'a ni rapport, ni contact directs avec l'âme humaine; soit qu'elle considère l'homme dans l'état de santé, soit qu'elle tente de le soulager dans ses maux, elle ne peut jamais s'adresser qu'à l'instrument matériel qui transmet et manifeste tous les actes attribués à un principe immatériel et immortel. C'est le langage de cet instrument merveilleux et privilégié que nous cherchons à comprendre; et comme l'abondance, la netteté, la régularité, ou bien les défaillances et les anomalies de ce langage, sont toujours dans un rapport direct avec l'état sain ou malade de l'instrument matériel, nous n'avons nul besoin de cesser d'être anatomistes et organiciens pour saisir et apprécier, dans la physiologie comme dans la pathologie, toutes les manifestations intellectuelles et morales. Nous ne sommes pas pour cela nécessairement matérialistes; nous l'avons dit déjà; il arrive bien rarement, chez nous, que l'on agite la question de savoir si le cerveau est créateur ou instrument, roi ou ministre dans l'ordre intellectuel et moral. Nos pères ont eu quelquefois la témérité de pénétrer dans ce profond et mystérieux abîme; la religion et la morale s'en sont effarouchées, et la médecine n'y a rien gagné. Nous prenons, nous, la question un degré plus bas; et c'est grâce à cet artifice prudent et légitime que tout ce qu'il y a de plus insaisissable, de plus incompréhensible, de plus divin dans l'homme, que les miracles du sentiment et de la pensée ne sont pour nous, en médecine, que des actes nerveux. Nous sommes tolérants, et nous nous bornons à servir la physiologie et la médecine, sans déclarer la guerre ni aux animistes, ni aux matérialistes. Comment peut-on faire à ceux qui ne discutent pas l'âme le reproche de nier son existence?

Le principe vital est défendu par nos adversaires avec un zèle bien plus jaloux encore que l'âme immatérielle et immortelle. Ils n'ont pas inventé l'âme, tandis qu'ils ont un certain droit de paternité relativement au principe vital. On pourrait bien contester la naissance légitime de cet enfant chéri; peut-être même était-il né longtemps avant la Faculté de Montpellier elle-même. Mais on nous a tant de fois répété que Barthez, en découvrant le principe vital, avait fait pour les sciences physiologiques ce que Newton avait fait pour les sciences mathématiques, ou plutôt pour la science universelle, que nous nous résignons à ne pas troubler un bonheur de pères. On nous reproche vivement de n'avoir pas su reconnaître dans le nouveau venu le vrai Messie; mais est-ce notre faute si le principe vital exige qu'on adore

(1) Fin. — Voir le numéro précédent.

partout, étroitement attachée à la face antérieure du globe, surtout à la cornée, dont on ne peut apercevoir aucun point. L'adhérence se fait par une carnosité interposée, rouge, très épaisse et d'une dureté presque cartilagineuse, tellement étendue qu'elle laisse à peine au-dessus de chaque angle, entre la paupière et le globe, un petit cul-de-sac arrondi de quelques millimètres de hauteur, dans lequel le stylet peut bien pénétrer, mais s'arrête tout de suite. Quelques coups de bistouri sont donnés dans le tissu de cette bride seulement pour fournir une preuve de son épaisseur, de sa dureté et de son étendue; puis toute tentative ultérieure est abandonnée, l'expérience ayant surabondamment démontré que de pareilles adhérences, après leur dissection la plus minutieuse et la plus complète, se reproduisent toujours quand elles occupent sans interruption une trop grande surface.

M. Juengken, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Berlin, qui a examiné ce malade, a partagé l'opinion de l'incurabilité absolue de cette affection, qu'on pourrait regarder comme un symblépharon complet de la paupière supérieure compliqué d'un ankyloblépharon.

Lors même, ajoute M. Sichel, que le symplépharon n'est que partiel, c'est-à-dire qu'il ne consiste que dans une bride limitée, plus ou moins épaisse et adhérente, s'étendant de la face postérieure de la paupière à la face antérieure du globe, sa dissection et son excision n'amènent pas la guérison, s'il n'existe pas dans un point de cette bride un interstice libre entre elle et le globe oculaire, formant pour ainsi dire un petit pont sous lequel le stylet peut se glisser. Dans ce cas la réussite est possible; mais pour l'obtenir il faut, après l'excision de la bride adhérente, cautériser immédiatement la plaie de la face palpébrale postérieure à l'aide du crayon d'azotate d'argent, renouveler cette cautérisation légère toutes les fois que l'eschare est tombée, écarter le plus souvent possible les paupières du globe oculaire, et ne se relâcher de ces précautions qu'après la cicatrisation de la perte de substance pratiquée à la face antérieure du globe.

Dès que la plaie oculaire peut venir librement en contact avec la plaie palpébrale, il est à peu près sûr que le symplépharon se reproduira. Quelquefois la position relative des deux surfaces dénudées est tellement défavorable que, même dans le cas spécial supposé, les précautions indiquées ci-dessus ne suffisent pas pour empêcher la formation d'une nouvelle adhérence. Il y a des circonstances où, pour éviter le retour du symblépharon partiel, il est nécessaire de pratiquer, d'après la méthode de M. d'Ammon, une incision de la paupière des deux côtés de l'adhérence, de manière à la détacher complétement de ce voile membraneux et à la laisser attachée au globe. On réunit les lèvres de la plaie palpébrale à l'aide de sutures. Quand la cicatrisation de cette plaie est complète, et que, par conséquent, la soudure entre la paupière et le globe n'est plus possible, on dissèque la bride adhérente et on laisse se cicatriser la plaie oculaire, qui, étant désormais en contact avec une surface palpébrale recouverte de sa conjonctive normale, ne se trouve plus dans les conditions capables d'amener un nouveau symblépharon.

M. Sichel a montré, il y a peu de temps, un malade chez lequel cette ingénieuse opération aurait été indiquée et praticable, si l'affection eût atteint un degré plus élevé, plus gênant pour les mouvements et les fonctions des paupières et du globe.

Quand l'ankyloblépharon existe sans symblépharon, il est toujours facile de soulever les paupières et de les éloigner du globe oculaire. L'opération alors diffère selon que la soudure des bords palpébraux est immédiate, directe, ou qu'elle se fait par l'interposition d'une espèce de bride membraneuse.

Ce dernier cas s'est présenté il n'y a pas très longtemps à la clinique de M. Sichel, et une guérison complète a été facilement obtenue. L'incision de la bride membraneuse le long de l'un des bords libres, pratiquée à l'aide de ciseaux oculaires fins et boutonnés, et sa résection tout près de l'autre bord, puis la légère cautérisation des deux surfaces mises à nu avec l'azotate d'argent, ont toujours complétement réussi jusqu'ici entre les mains du professeur.

Tumeur fibro-plastique se développant dans la chambre antérieure, et traversant la cornée et la sclérotique.

Une petite fille nommée Fauché, née à Caen, âgée de huit ans, fut prise d'une inflammation dans l'œil gauche, et traitée par M. le docteur Le Chevalier, professeur d'anatomie et de physiologie à Caen. Selon quelques renseignements donnés par le médecin, il semblerait que le diagnostic laissât des doutes sur la nature de l'inflammation et sur le siége exact de la maladie.

Quelque temps après le début du mal, M. Le Chevalier vit apparaître dans la moitié inférieure de la chambre antérieure une tumeur jaunâtre qui avait les apparences d'un hypopion, et qui peu à peu vint faire hernie sous la conjonctive bulbaire à travers la sclérotique. La jeune malade fut soumise à cette époque à un traitement antiphlogistique et à l'usage des remèdes que l'art médical emploie en pareilles circonstances, mais sans aucun résultat.

Ce fut alors que le médecin, jugeant avec raison l'œil perdu, enleva avec la tumeur une partie de la cornée, dans le but de provoquer l'atrophie de l'œil. Quelque temps après la tumeur se reproduisit, et M. Le Chevalier recommanda à M. Desmarres cette petite malade, dont les parents venaient habiter Paris.

Nous la vîmes pour la première fois le 21 mai. Voici quel était l'état de l'œil :

Cet organe avait notablement diminué de volume; il était mou au toucher et légèrement injecté dans son ensemble. Les quatre muscles droits imprimaient des sillons dans la sclérotique. La cornée était très petite et transparente, échancrée en bas; l'iris désorganisé; il n'y avait point de pupille. Dans l'échancrure kératique, on voyait une tumeur rougeâtre, d'aspect granulaire, reposant en partie dans la chambre antérieure, d'où elle paraissait provenir, en partie aussi sur la sclérotique; elle avait à sa base environ 1 centimètre de largeur et autant de hauteur.

De gros vaisseaux variqueux rampaient dans le tissu subconjonctival; ils étaient de couleur rouge-brun-foncé et venaient se perdre par leur sommet dans la circonférence de la tumeur. Les paupières demeuraient presque constamment fermées, comme cela se voit dans les cas d'atrophie des yeux.

M. Desmarres, après l'examen de l'œil en question, pensant, avec M. Le Chevalier, que cette tumeur était d'une nature suspecte, se décida à en faire l'extirpation. Cette opération fut pratiquée le jour même. Voici le procédé opératoire suivi :

La petite malade, convenablement placée sur un lit, fut maintenue par des aides et ses paupières écartées par des élévateurs. Les choses étant ainsi préparées, M. Desmarres passa une aiguille munie de fil dans le grand diamètre et à la base de la tumeur, en ayant soin de traverser les parties saines; puis il attendit un instant pour permettre à l'humeur aqueuse de sortir par les deux piqûres faites par l'aiguille, évitant par cette précaution la contraction brusque des muscles de l'œil.

Le fil, roulé sur lui-même et tenu entre les doigts de la main gauche de l'opérateur, fixait l'organe sur lequel on opérait. Le chirurgien fit ensuite pénétrer son staphylotome à la base de la tumeur, et le fit sortir au point opposé à celui par lequel il l'avait fait entrer. De cette manière, la tumeur se trouva détachée des parties saines; une petite quantité d'humeur vitrée sortit avec un peu de sang lorsque le segment antérieur de l'œil fut enlevé. Les paupières furent essuyées avec un linge et rapprochées convenablement à l'aide du taffetas d'Angleterre.

La tumeur, mise dans un tube de verre, fut portée par M. Schley, médecin américain, à M. Robin, pour être examinée au microscope. Je transcris ici l'observation faite par M. Robin.

« Tumeur fibro-plastique composée :

» 1° D'éléments fibro-plastiques des trois variétés, noyaux libres, » fibres fusiformes et cellules;

» 2° De fibres de tissu cellulaire peu nombreuses;

» 3° De granules moléculaires.

» Pas de cancer.

» La dissection pourrait seule montrer le point de départ (1).

» La disposition des éléments est celle qu'ils ont dans les tumeurs » fibro-plastiques du périoste. »

La jeune malade n'a pas eu de douleurs après l'opération; les choses se sont passées régulièrement. Il n'y a eu ni symptômes généraux, ni symptômes locaux capables d'exiger une médication spéciale.

Le 23, l'œil opéré offrait toutes les chances d'une prompte guérison, et tout faisait prévoir que le moignon qui restera sera d'un volume suffisant pour supporter un œil artificiel.

(1) La pièce a été sacrifiée entièrement pour les recherches microscopiques. Le point de départ du mal paraît avoir été, ici comme dans plusieurs cas observés par M. Lebert (TRAITÉ DU CANCER, p. 842), entre la sclérotique et la choroïde.

Une enfant du même âge a présenté à M. Desmarres une observation analogue à la précédente, et elle a été vue à la clinique, entre autres médecins, par M. le professeur Heyfelder (d'Erlangen). La partie antérieure du globe fut enlevée comme dans le fait rapporté plus haut; mais la pièce anatomique n'a malheureusement pas été étudiée avec tout le soin voulu. La marche de l'affection a été exactement la même, et le doute n'existe pour personne quant à la ressemblance parfaite entre ces deux cas, qui se sont présentés à quelques semaines de distance.

Dr CECCARINI (de Rome).

Quelques remarques sur l'utilité des exutoires à demeure dans la bronchite emphysémateuse.

La grippe, qui a régné d'une manière si générale sur presque tout le territoire, en aggravant les maladies déjà existantes, a fait naître des symptômes très alarmants de suffocation chez certains malades atteints d'emphysème pulmonaire.

On sait quels sont les phénomènes qui signalent cette affection quand elle se joint à la bronchite, quand l'emphysème a précédé; dyspnée habituelle venant par accès, la nuit surtout; palpitations violentes; phénomènes divers qui se manifestent sous l'influence de la cause la plus légère, humidité de l'air, fraîcheur du soir. Si c'est par la bronchite que la scène a débuté, outre les caractères précédents et ceux de cette dernière maladie, on observe des quintes de toux sèche et fortement saccadée. Dans les deux cas, la percussion fournit un son clair et l'auscultation un râle sibilant léger. Lorsque l'emphysème est lobulaire, le râle est crépitant, sec et à grosses bulles; tandis que dans l'œdème pulmonaire le râle est aussi crépitant et à grosses bulles, mais il est en outre humide et le son est mat à la percussion. Dans l'emphysème très prononcé, les espaces intercostaux sont voussés en dehors.

M. Boudant confesse qu'avant les importants mémoires de M. Piédagnel et de Prus, il avait presque toujours confondu cette maladie avec des bronchites capillaires ou des pneumonies, surtout quand elle était compliquée de bronchite; erreur peu grave, d'ailleurs, mais qui pourtant privait ses malades des bons effets de l'opium en substance, et les soumettait à un traitement plus long et moins efficace. Les deux observations suivantes sont des exemples de ce défaut de diagnostic.

OBS. I. — En 1840, une jeune fille de six ans, déjà très enrhumée, fut prise pendant la nuit d'accès de toux si violents que la suffocation était imminente. (Saignée suivie de soulagement; fomentations; sinapismes aux jambes; boisson béchique.) La nuit suivante les accidents se renouvellent plus formidables encore. — Nouvelle saignée; potion émétisée; amélioration.

Tous les caractères de la bronchite emphysémateuse lobulaire existaient; cependant on s'arrêta à l'idée d'une pneumonie des extrémités bronchiques, et l'on ajouta au traitement un large vésicatoire entre les épaules.

Ces scènes pathologiques se sont souvent renouvelées pendant trois ans, et ont toujours été traitées de la même manière. Cependant la jeune fille a fini par se remettre peu à peu, et jouit maintenant d'une bonne santé.

OBS. II. — En 1842, un entreposeur de tabacs, âgé de cinquante-sept ans, bien constitué et d'une bonne santé habituelle, mais d'une vie sexuelle des plus énervantes, et déjà atteint d'emphysème, fut pris de la grippe et tomba, après un violent accès de toux, dans un état de suffocation tel, qu'il présentait tous les caractères d'une mort imminente par apoplexie pulmonaire. Une saignée le ramena peu à peu à la vie. Mais la convalescence fut difficile; et l'emphysème persista, dû peut-être au genre de vie du malade.

Un mois après, nouvelle crise aussi terrible que la première; convalescence plus longue encore. Accès d'asthme se produisant par la cause la plus légère. Enfin, mort subite dans un éclat de rire.

L'autopsie fut faite par les docteurs Giraudet et Boudant, qui s'attendaient à trouver la rupture de quelques gros vaisseaux et ne rencontrèrent rien autre chose qu'une véritable apoplexie pulmonaire gazeuse, si l'on peut ainsi parler, c'est-à-dire les caractères des trois espèces d'emphysème, portés à leur *summum* de développement.

Cette nécropsie les impressionna vivement et modifia profondément leurs idées sur la nature de quelques affections de la poitrine. Depuis lors M. Boudant a recherché plus scrupuleusement les signes de l'emphysème, et les faits suivants montrent le bénéfice

---

son nom sans nous avoir édifiés par ses œuvres? L'enfant de Newton s'appelle *attraction*. Mais il a tout de suite fait ses preuves, sans tirer aucune gloire de sa naissance ou de son nom; il s'est montré d'emblée digne de toute notre admiration, le temps n'a fait que mettre de plus en plus en évidence ses merveilleuses qualités. Mais quels signes de vigueur et de vertu nous a montrés jusqu'à ce jour le principe vital? Il règne, dit-on, seul et autocratiquement dans la vie organique : mais on ne sait jamais reconnaître ni les ordres qu'il prescrit, ni les motifs qui le font agir; tout est caprice et imprévu dans son gouvernement. Qu'a-t-on besoin d'un roi dont on ne sait que le nom? Aussi les médecins de l'École de Paris, ne sachant si ce roi mystique est un être réel, ou s'il n'est qu'un mythe et un mot, n'ont-ils jamais voulu se soumettre à son autorité. *Inde iræ!* Voilà pourquoi ils ne sont que des *organiciens*, des *anatomistes*, etc.

L'École de Paris fait, dit-on, dépendre la vie de l'organisation. Mais qui vous a dit qu'on raisonnait ainsi à Paris? On y professe qu'on ignore profondément ce que c'est que la vie; on ne connaît nullement son essence. Mais ce que l'on sait très bien, c'est qu'elle ne se montre jamais que chez des êtres doués d'organisation. Maintenant, a-t-il plu à la Providence de faire que des organes matériels seraient vivants par cela seul qu'ils seraient configurés, arrangés, organisés enfin d'une certaine manière? A-t-elle voulu que la vie résultât, dans le monde organique, d'un arrangement spécial des molécules organisées ou organisantes, comme elle a voulu que dans le monde inorganique certaines propriétés fort saillantes ne fussent l'effet que d'un rapport nouveau entre les molécules constituantes (1)? La Providence a-t-elle, au contraire, annexé et surajouté aux organes un principe existant par lui-même, un principe essentiel? Le principe de la vie existe-t-il au même titre que le corps matériel? Y a-t-il un seul principe de vie? y en a-t-il plusieurs, similaires ou différents? On n'a pas encore trouvé la solution de ces difficiles questions à Paris. Et, pour achever de peindre notre endurcissement, nous dirons même qu'on ne la cherche guère, pour trois raisons au moins : la première, parce que l'on ne connaît aucun chemin qui puisse conduire dans ces obscures profondeurs; la seconde, parce que l'on ne voit pas bien l'utilité positive de la découverte; la troisième enfin, parce que l'on craint de ne rencontrer rien de mieux que le *principe vital*.

Il ne faut pas plus nier les choses qu'on ignore que prendre des mots pour des choses. Il y a une cause de la vie; cela n'est douteux pour personne, et ne l'est pas pour les médecins de l'École de Paris. Mais de même que l'âme immatérielle a un instrument matériel qui est dépositaire de tous ses secrets, et même de celui de son existence; de même aussi le principe de la vie organique ne se révèle à nous que par les actes des nombreux organes matériels dont l'ensemble constitue l'être humain. Le principe de la vie n'agit et ne souffre que dans les instruments qu'il anime. Nous n'avons donc nul besoin encore de cesser d'être *organiciens* pour étudier ses merveilles ou ses douleurs. C'est encore un roi inabordable pour nous; nous prenons le parti de nous adresser à ses ministres.

De ce que le principe de la vie ne nous parle, ainsi que l'âme immatérielle, que par interprètes, en résulte-t-il que notre doctrine ne soit qu'une analyse cadavérique, et que nous ne sachions voir l'homme, considéré dans ses fonctions vitales ou dans ses maladies, que sous des rapports étroits, fragmentaires, par pièces et morceaux, si l'on peut ainsi s'exprimer? Nullement. En refusant de vous suivre dans les régions idéales où vous transportez la vie, avec sa cause, ses actes et ses désordres, nous ne faisons que dédaigner le pays des chimères pour nous concentrer sur des réalités. L'unité d'action, le concours, le *consensus* des organes ne nous échappent pas plus qu'à vous. Les actions partielles et distinctes, les sympathies, les synergies nous sont connues comme à vous. Mais au lieu de nous adresser à un être problématique dont vous imaginez la nature et peut-être l'existence, et sur lequel vous n'avez d'ailleurs aucune prise, nous nous adressons à des êtres réels, accessibles et sensibles aux moyens que nous fournissent la nature et l'art.

Une autre accusation qui peut se confondre avec celle de *matérialisme*, mais que les médecins de l'école métaphysique formulent ordinairement dans un langage empreint d'une indignation ironique, porte sur les rapports analogiques que nous signalons dans tout le règne animal. Nous avons fait de l'homme un mammifère, disent-ils; et dans notre physiologie *bestiale*, l'homme n'est que la première des bêtes, une huître perfectionnée. On sent que sur ce sujet la contradiction peut aisément prendre tour à tour un air de malice ou une sainte colère. Je ne comprends pas pourquoi l'on poursuit avec tant d'acharnement l'École de Paris pour un crime ou un prétendu crime, qui lui appartient beaucoup moins qu'aux naturalistes, qui sont, il est vrai, ses amis. Mais qu'il y ait parmi nous des coupables ou des complices, vous ne devriez pas nous faire un cas de conscience d'un principe qui ne porte nulle atteinte à votre trinité anthropologique. Ceux qui font de l'homme le roi des animaux n'oublient jamais de quelle hauteur l'ordre intellectuel et moral prime l'ordre instinctif et purement vital. Mais il faut convenir que si le roi est marqué d'un sceau divin qui ne permet pas de le confondre jamais avec ses sujets, il y a pourtant entre eux, sous mille rapports, de frappantes analogies. Le dynamisme vital n'est-il pas ici, selon vous-mêmes, un trait d'alliance? Les *agrégats* matériels des animaux diffèrent-ils, dans les classes aristocratiques du moins, de celui de l'homme, autrement que par des nuances? Nous voulons bien que le dynamisme vital et l'agrégat matériel soient fatalement condamnés à une destruction sans retour, et que le dynamisme intellectuel et moral soit appelé à de plus hautes, à d'éternelles destinées; mais enfin il faut passer par la terre avant de monter au ciel; et sur cette terre d'épreuves, les sujets et le roi ne nous montrent, dans l'ordre vital et dans l'ordre matériel, qu'un enchaînement de de-

(1) On pourrait signaler, sans se faire toutefois aucune illusion sur la valeur d'un rapprochement de cet ordre, l'excessive virulence de l'acide cyanhydrique, de la nicotine, de la conicine, qui ne tient qu'à des rapports nouveaux et spéciaux entre des molécules d'hydrogène, de carbone et d'azote, qui, dans l'état d'isolement ou dans d'autres combinaisons, ne sont remarquables que par leur innocuité.

d'un diagnostic plus exact et d'une médication mieux appropriée.

OBS. III. — Un conducteur de diligence renonce à sa profession parce qu'elle l'expose à des rhumes fréquents et à de la suffocation. Il est envoyé au Mont-Dore par nos célébrités de Paris, afin de combattre, qui une phthisie, qui une angine de poitrine, etc. ; plus tard, M. Boudant, appelé dans une crise, constate l'emphysème et se trouve très bien en diverses reprises de l'emploi de l'opium.

En 1846, ce malade succomba à une pneumonie aiguë surajoutée à son état ordinaire.

OBS. V. — Mme X..., âgée de vingt-six ans, bien portante et issue de parents sains, était cependant sujette à s'essouffler dès son enfance. Prise d'un rhume il y a quatre ans, elle sentit, au milieu d'une quinte de toux, comme une rupture intérieure, avec des accidents de suffocation des plus graves. M. Boudant constata immédiatement un emphysème considérable du côté droit. — Saignée ; sinapismes aux bras ; opium.

Ce traitement, qui amena du soulagement, fut continué pendant quelques jours. On y ajouta ensuite des potions émétisées et des vésicatoires.

Quinze jours après, la dyspnée surprend encore la malade épuisée, et la plonge dans un état d'asphyxie imminente. — Fomentations sinapisées sur toute la poitrine ; inspiration d'éther et même d'alcali étendu.

Retour à la vie. Guérison lente de la bronchite, mais persistance de l'emphysème. Accès d'asthme fréquents.

Depuis, cette jeune femme a éprouvé deux autres maladies semblables qui ont toujours été amendées par les saignées et par l'opium. Elle est depuis longtemps déjà bien guérie, ce que l'on attribue à l'application d'un cautère sur le côté droit et à l'exacte observation des règles hygiéniques.

(Compte-rendu des travaux de la Société de Gannat.)

Nous avions l'intention de publier une analyse du discours de M. Bonnafont sur la question de la surdi-mutité. Notre honorable confrère nous adresse lui-même, en peu de mots, le résumé de ses opinions. Nous le publions avec empressement, et le félicitons d'avoir eu le bon esprit de comprendre que pour être lu avec intérêt il faut savoir se borner. Cet exemple vient parfaitement à l'appui de ce que nous disions jeudi dernier. On verra par la lecture de sa lettre, que M. Bonnafont, plus heureux que ses collègues, a eu *le temps d'être court.*

Jeudi, 26 mai 1853.

Mon très honoré confrère,

Dans le numéro de la *Gazette des Hôpitaux* de ce matin, vous annoncez en termes *très bienveillants* l'intention de donner un résumé du discours que j'ai lu à l'Académie de médecine mardi dernier. Permettez-moi, afin de faciliter votre travail, de vous signaler les points essentiels sur lesquels je désirerais que vous insistassiez le plus. Il importe, dans l'intérêt de la discussion et de la vérité, que les idées originales de chacun soient nettement posées. Je prétends donc :

1° Qu'avec deux diapasons je parviens à classer *immédiatement* les sourds-muets de manière à juger tout de suite ceux qui sont *curables*, *douteux* ou *incurables* ;

2° Que, la mutité étant la conséquence forcée de la surdité, il n'est pas possible de faire parler un sourd-muet tant qu'il ne jouira pas d'assez d'audition pour s'entendre syllaber ;

3° Que les nerfs de sensibilité générale ne peuvent aucunement remplacer les nerfs auditifs, car, mis en contact avec un corps sonore, ils ne sauraient en apprécier que les vibrations et jamais leur sonorité ;

4° Que, par conséquent, un corps sonore, si bruyant qu'il soit, et n'importe les parties du corps où on l'applique, ne peut exercer aucune influence sur les nerfs de l'audition ;

5° Que les résultats satisfaisants obtenus chez quelques sourds-muets par la parole l'ont été chez ceux qui avaient conservé plus ou moins d'audition, et toute tentative a été nulle quand la surdité était complète ;

6° Que, d'après mes expériences, un cinquième pourra bénéficier assez bien de l'articulation orale ; un cinquième parviendra, tant bien que mal, à prononcer quelques mots ou quelques phrases, mais désagréablement et péniblement ; les trois autres cinquièmes seront incapables de jamais parler ;

7° Que, des deux méthodes, la mimique conviendra à un plus grand nombre de sourds-muets, quels que soient les efforts qu'on fasse pour faire pénétrer aussi avant que possible l'articulation orale ;

8° Que, pour éviter l'inconvénient qui résulte de l'adoption exclusive de l'une ou de l'autre méthode, il conviendrait de les confondre dans le même enseignement : le sourd-muet qui à la mimique joindrait la connaissance de la lecture sur les lèvres aurait bien certainement un grand avantage sur ceux qui ne connaîtraient pas l'un ou l'autre de ces deux moyens de communication.

Telles sont, en résumé, les idées principales exprimées dans mon dernier discours, et j'espère que votre bienveillance leur accordera une place dans les colonnes de votre excellent journal.

Agréez, etc. BONNAFONT.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS.

Quelques observations sur l'emploi du seigle ergoté dans les accouchements (1);

Par M. le docteur MÉRIER (de Saint-Dizier).

OBS. III. — *Femme de vingt-cinq ans, non primipare, bien conformée, mais aliénée depuis dix mois environ. — Grossesse à terme. — Enfant vivant.*

La nommée Alexandrine G..., âgée de vingt-cinq ans, d'une bonne constitution, était entrée à l'Asile des aliénés le 15 novembre 1849, comme atteinte de manie aiguë. A cette époque, elle était enceinte d'environ cinq semaines, mais on l'ignorait complétement. Plus tard la grossesse fut soupçonnée, et au bout de quelques mois elle n'était plus douteuse.

Cette femme, malgré l'agitation maniaque excessive à laquelle elle avait été en proie pendant toute la durée de sa grossesse, était arrivée heureusement au terme de la gestation, lorsque le 9 juillet 1850 les premières douleurs se déclarèrent. Le travail marche très régulièrement pendant six à huit heures ; le col se dilate progressivement, la poche des eaux s'étant formée et s'engageant par l'orifice. La tête, en première position, s'avance très régulièrement dans la cavité pelvienne. Les membranes venaient de se rompre et les eaux de s'écouler, lorsque tout à coup, et sans cause appréciable, les contractions utérines se ralentissent, et finissent par cesser entièrement. Il y avait là évidemment inertie de l'utérus. Était-ce une inertie *essentielle* ou *relative*? Peu importait. La tête n'avançait plus, et menaçait de s'arrêter là ; le col était entièrement dilaté, les parties molles très dilatables ; l'auscultation faisait entendre très distinctement les battements réguliers du cœur de l'enfant. Je donne alors 50 centigrammes de seigle ergoté *pulvérisé à l'instant même.* Au bout d'un quart d'heure deuxième dose égale, et un quart d'heure après troisième dose. A peine cette troisième dose était-elle avalée que les contractions se réveillent avec intensité et avec *permanence.* Vingt minutes à peine s'étaient écoulées que l'accouchement se terminait heureusement pour la mère et pour l'enfant, qui vint au monde parfaitement bien portant, non *asphyxié* ni *cyanosé*, et qui se mit à crier avant même la section du cordon ombilical. La délivrance offrit quelques difficultés. Il fallut introduire la main en entier dans l'utérus et détacher le placenta, qui me parut adhérent ; cependant il n'en résulta aucune suite fâcheuse, aucune hémorrhagie. Huit jours plus tard la mère était sur pied et l'enfant en parfaite santé.

Je noterai en passant comme phénomène psychique très remarquable que cette femme, très agitée, et pour ainsi dire *furieuse* pendant tout le temps de la grossesse, était devenue très calme, très lucide même au moment où le travail de la parturition commença et pendant toute sa durée. Cet état persista même pendant les deux premiers jours et jusqu'au moment où la fièvre de lait se déclara, de façon que j'avais conçu quelque espérance de guérison pour la maladie mentale de cette aliénée. Malheureusement il n'en fut pas ainsi, car à partir du moment où les seins devinrent gonflés et où la fièvre de lait se manifesta, le délire, l'agitation et même la fureur reparurent avec intensité, au point qu'il fallut absolument la séparer de son enfant, qu'elle menaçait de tuer, ce qu'elle eût fait assurément si on le lui eût laissé. Depuis cette époque cette malheureuse femme, après un grand nombre d'alternatives, pendant lesquelles l'agitation et la fureur étaient bientôt remplacées par la stupeur et la prostration la plus complète, est tombée dans la démence et l'incurabilité absolues.

OBS. IV. — Au moment même où j'écrivais ces lignes, je viens d'être appelé en consultation auprès d'une malade dans les circonstances suivantes :

Une fille de vingt-sept ans, d'une constitution pléthorique, convenablement et même abondamment réglée d'habitude, avait vu ses règles se supprimer il y a environ quatre mois, sans cause connue, dit-elle. Elle est prise, également sans cause appréciable, dit-elle encore, il y a cinq jours (c'est-à-dire qu'il y avait cinq jours lorsque je l'ai vue pour la première fois), d'une perte subite et considérable qui se traduit essentiellement sous forme de caillots dont l'expulsion est accompagnée de douleurs assez vives. Son médecin habituel n'est appelé que le quatrième jour, c'est-à-dire 72 heures environ après l'invasion de l'hémorrhagie et la sortie des premiers caillots, qui ne peuvent lui être représentés, parce qu'on les a jetés au dehors, dit-on. Il prescrit du repos au lit, des compresses froides et une potion astringente composée de tannin et de fer. L'hémorrhagie persiste ; la malade s'affaiblit de plus en plus, et le délire survient. C'est alors seulement, et probablement à cause de cette complication cérébrale surtout, que je suis appelé le sixième jour, en ma qualité de *spécialiste* sans doute. Je trouve la malade dans l'état suivant : facies décoloré et grippé ; pouls à peine perceptible ; délire général, mais caractérisé principalement par la perte complète de la mémoire ; l'hémorrhagie continue, et le danger est imminent. Après avoir, de concert avec mon confrère, examiné attentivement les circonstances dans lesquelles cette hémorrhagie s'est produite, et après lui avoir fait part de mes soupçons sur la *possibilité* ou, pour mieux dire, sur la *probabilité* d'un avortement spontané ou provoqué, soupçons qu'il avait, du reste, déjà conçus lui-même avant mon arrivée, nous demeurons d'accord d'administrer le seigle ergoté. On prescrit une potion dans laquelle entrent 2 grammes de seigle en poudre, à prendre par cuillerée toutes les dix minutes. Une heure après l'ingestion des premières cuillerées, l'hémorrhagie avait cessé peu à peu, pour ne plus reparaître. A dater de ce moment, la malade reprit quelque force et quelque connaissance, le délire disparut entièrement. Le lendemain, je la retrouvai dans un état très satisfaisant ; la mémoire était revenue, le pouls relevé ; en un mot, tout danger avait disparu avec la cessation de l'hémorrhagie. Aujourd'hui (douze jours environ après la cessation des pertes) la malade est sur pied, vaquant à ses occupations ordinaires ; elle accuse pourtant des maux d'estomac, un malaise général, et les forces reviennent lentement : ce qui pourrait peut-être corroborer jusqu'à un certain point la pensée que nous avons eue que des substances abortives avaient pu être prises ; mais nous n'avons aucune certitude à cet égard, ni même sur l'existence positive d'une grossesse.

Ce fait m'a, du reste, remis en mémoire une fois de plus un sage précepte que je me rappelle avoir entendu professer, il y a bien longtemps déjà, par un de mes plus excellents et de mes plus illustres maîtres, M. le professeur Jules Cloquet, à savoir : lorsqu'une femme jeune encore vient à éprouver subitement et sans cause appréciable des pertes abondantes, si surtout ces pertes ont été précédées d'une suppression de plusieurs mois dont la cause reste également inconnue ou *non avouée*, il faut toujours se tenir en garde contre la *possibilité* et même la *vraisemblance* d'un avortement naturel ou provoqué ; car les pertes *spontanées* ESSENTIELLES OU IDIOPATHIQUES sont excessivement rares, pour ne pas dire inouïes ; et, dans l'immense majorité des cas, ces *prétendues* pertes chez les *filles* ne sont autre chose que des *fausses couches.*

RÉFLEXIONS. — Si nous cherchons maintenant à analyser les quatre observations que nous venons de rapporter et à en faire ressortir les enseignements pratiques qu'elles nous semblent renfermer, qu'y trouvons-nous ?

Dans la première observation, nous voyons le seigle ergoté administré dans un cas où deux fois déjà dans des circonstances identique une femme *éminemment pléthorique* et parfaitement bien constituée d'ailleurs sous tous les rapports n'avait pu mettre au monde que des enfants morts ; et nous voyons cette même femme accoucher très heureusement d'un troisième enfant, qui semblait dès le début du travail menacé du même sort que ses deux aînés. Aucun dommage n'en est résulté ni pour la mère ni pour l'enfant. Nous soulignons à dessein ces mots *éminemment pléthorique* par la raison que cette circonstance semblait constituer une contre-indication, et cependant rien n'est venu justifier la légitime appréhension et la réserve très grande que cette circonstance paraissait devoir nous inspirer.

Nous y voyons encore le seigle ergoté produire ses effets ordinaires, spéciaux pour ainsi dire, des contractions continuelles, permanentes, en un mot, et qu'on a assimilées en quelque sorte, à

(1) Fin. — Voir le numéro précédent.

---

grés, de similitudes et de différences. L'homme n'est donc sur la terre, sous beaucoup de rapports, qu'un pauvre et chétif animal, comme les autres, qui mérite autant la royauté par le nombre de ses maux que par la perfection de ses organes et l'éclat de ses facultés. Vous vous hâtez trop de faire son apothéose ; ce n'est que dans sa seconde patrie que commencera son existence divine.

La médecine, au reste, ne peut prendre qu'un faible intérêt à cette querelle. Elle voit avec indifférence nos adversaires, changeant de robe avec les théologiens, nous accuser, au nom de la religion, de la morale et de la pudeur publique, de saper dans ses fondements le dogme sacré de l'immatérialité et de l'immortalité de l'âme. Nous avons dit déjà que l'École de Paris ne prend jamais son point de départ dans ces périlleuses hauteurs ; elle n'étudie l'ordre intellectuel et moral que sur le second plan, c'est-à-dire dans l'organe matériel, qui en transmet tous les actes. Elle ne touche donc point au saint des saints en mesurant et en toisant le tabernacle. Nous connaissons trop la stérilité des interminables et ridicules controverses sur l'âme des bêtes, qui ont tourmenté tant de grands esprits dans le passé, pour les renouveler ; mais nous pensons qu'il est permis de chercher la cause des étincelles de raison et de sentiment que nous voyons chez quelques animaux dans les conditions de forme et de structure du système nerveux. Nous comparons des cerveaux et jamais des âmes.

Nous cherchons encore des enseignements dans les vivisections. Les médecins de l'école dite philosophique nous en font le reproche et nous disent que, si nous servons par là la zoonomie, nous ne pouvons rien trouver qui puisse être utile à la médecine. Nous sommes étonnés de leur prévision négative à cet égard ; car ils admettent dans les animaux un dynamisme vital et un agrégat matériel, comme chez l'homme. Il y a donc des rapprochements possibles entre des choses du même ordre. L'expérience nous en a révélé et nous en révèle chaque jour. Nous savons toute la prudence et toute la réserve qu'il faut apporter ici dans les jugements. Il ne faut pas moins de sévérité dans l'esprit que d'habileté dans la main. Au reste, si nous n'étions divisés que sur ce point, j'aurais, je l'avoue, quelque tendance à me ranger du côté de ceux qui nous combattent, même au préjudice de la science. La barbarie des expérimentateurs me révolte, et il m'arrive de désirer quelque messie qui nous convertisse à la métempsycose. Nous serions moins savants peut-être, mais à coup sûr moins cruels.

Je n'ai ni le temps ni l'espace nécessaires pour passer en revue tous les sujets de dispute qui nous séparent des médecins de l'Ecole métaphysique. Il ne devrait y avoir entre nous que de l'émulation sans aigreur ; et, plutôt que de nous faire une guerre impie, nous devrions nous emprunter nos vertus et nous corriger de nos vices par de bons exemples réciproques. Nous ne sommes point de ceux qui professent le dédain pour l'Ecole de Montpellier. Il ne faut ni s'exagérer ni méconnaître les avantages et la portée des grandes vues philosophiques, même purement spéculatives. La faculté d'abstraire et une noble curiosité sont les plus belles prérogatives de l'esprit humain. Les médecins de l'Ecole dite philosophique ou métaphysique ont une haute et large manière d'envisager les choses qui ne peut que grandir l'intelligence, accroître et reculer les horizons de la science. La médecine ne demande pas mieux que de considérer la philosophie comme une mère ou comme une sœur. Mais il ne faut jamais perdre de vue que la philosophie est, ainsi que je l'ai dit plus haut, la science des généralités, et que la médecine a principalement pour objet de pénétrer dans les détails.

Nous souhaitons, pour notre compte, qu'il y ait un terme à la guerre sacrilége que se font trop souvent les Ecoles de Paris et de Montpellier. Nous souhaitons entre elles un mariage de raison. Cessons réciproquement de nous accuser de manquer de doctrine ou d'en avoir une fausse. Hélas ! nous n'avons pas encore le droit de le prendre si haut les uns à l'égard des autres. Une véritable doctrine médicale ne devrait être qu'une déduction, un corollaire, une simple application des principes de la science de l'homme ; la médecine devrait être toujours physiologique, puisque les maladies ne sont que des transformations, des désordres ou des aberrations des actes de la vie. Elle a quelquefois osé prendre ce titre ; mais on n'a pas tardé à reconnaître que ce n'était qu'une usurpation. Il y a dans toute théorie scientifique trois ordres de choses distinctes et néanmoins harmoniquement connexes, qui forment une chaîne continue de causes et d'effets, ce sont :

1° Les faits observables ;

2° Les lois qui les unissent, qui les enchaînent et qui déterminent tous leurs rapports ;

3° Le principe général dont ces lois dépendent.

La théorie est parfaite quand on peut à volonté remonter des faits aux lois et au principe, ou descendre du principe en sens inverse ; les sciences physiques sont arrivées à ce résultat magnifique dans quelques-unes des branches principales qui les constituent. L'astronomie, dans la partie qui a pour objet le mouvement des astres, nous offre l'exemple d'une théorie parfaite. L'observateur qui suit le cours des astres avec ses yeux et l'astronome qui le calcule dans son cabinet se rencontrent toujours sur les mêmes points du ciel. Mais en médecine celui qui observe et celui qui raisonne sont rarement longtemps d'accord. La science médicale n'est encore malheureusement, dans la plus grande partie de son domaine, qu'une collection d'observations, de faits fragmentaires, dont quelques-uns sont provisoirement rapprochés et ne tiennent que par des connexions incertaines. Il n'y a pas plus de véritable doctrine médicale à Montpellier qu'à Paris.

Redoublons donc d'ardeur pour en conquérir une ; laissons là la guerre civile pour ne combattre que l'erreur et pour arracher à la nature tant de secrets qu'elle nous dérobe encore. Empruntons à l'Ecole de Montpellier ses grandes vues philosophiques, arborons son drapeau avec le nôtre sur les âpres et rudes sentiers de l'anatomisme et de l'organicisme. Ces mots cesseront d'être des reproches et des injures, et les vérités conquises seront le patrimoine et le titre d'honneur de tout le monde.

Dr BELLANGER.

juste titre, aux contractions pathologiques de l'utérus, sans que cependant ces effets aient été suivis d'un résultat fâcheux, puisque l'accouchement s'est terminé heureusement pour la mère et pour l'enfant, la première étant rétablie au bout de huit jours, le second étant venu au monde très vivace, nullement cyanosé ni asphyxié et ayant crié dès qu'il a vu la lumière. On pourrait donc jusqu'à un certain point en induire, si toutefois une induction pouvait se tirer d'un seul fait, que les craintes qu'on a exprimées de ce côté sont au moins exagérées.

Ici encore nous voyons le seigle ergoté remplacer avec succès le forceps, et, nous le répétons, ce moyen nous semble devoir lui être préféré toutes les fois qu'il n'est pas indispensable d'avoir recours à l'instrument, dont la vue cause toujours un certain effroi à la malade et à la famille (cela est incontestable) et dont l'emploi entraîne toujours quelque danger (on ne saurait le nier non plus), surtout s'il n'est pas manié par un opérateur habile et familiarisé avec son usage.

Dans le deuxième fait, nous voyons une hémorrhagie très grave, et qui paraissait devoir être prochainement mortelle, arrêtée comme par enchantement aussitôt que le seigle a été administré, et cela sans aucun inconvénient pour la femme, qui a été soustraite par lui à une mort imminente et rétablie entièrement peu de jours après. Nous n'avons pu savoir dans ce cas, il est vrai, si nous avions affaire à un avortement spontané ou provoqué; mais, quoi qu'il en soit, nous avons vu cesser très rapidement l'hémorrhagie qui était la conséquence de l'un ou de l'autre.

La troisième observation nous offre un de ces exemples dans lesquels un travail régulier jusqu'au dernier moment se trouve tout à coup arrêté par une cause inappréciable et rétabli aussitôt que l'ergot de seigle lui est venu en aide. Et ici encore succès complet tant à l'égard de la mère que de l'enfant lui-même.

Enfin, dans la quatrième observation, non moins curieuse que les précédentes, nous avons affaire à une hémorrhagie datant de cinq jours, suite probable d'un avortement naturel ou provoqué, également très grave et menaçant la vie de la malade et qui se trouve encore arrêtée aussitôt que le seigle a été administré. Dira-t-on ici que le moment de la cessation naturelle était arrivé pour une hémorrhagie qui datait déjà de cinq jours et qu'il n'y a eu qu'un simple rapport de coïncidence entre le moment de cette cessation et celui de l'administration du seigle ergoté? Mais avec cette manière de raisonner, on ne pourrait jamais arriver à aucune induction ni à aucune indication pratiques, et il faudrait renoncer à toute logique médicale.

Nous n'avons jamais eu occasion d'employer directement et par nous-même l'ergot de seigle comme moyen abortif dans les cas où l'avortement ou bien l'accouchement prématuré sont jugés nécessaires, et lorsque, par conséquent, le travail de l'enfantement n'est pas encore commencé. Mais il existe dans la science des exemples incontestables de ce genre, et qui prouvent l'efficacité du seigle ergoté dans ces cas. M. le professeur Paul Dubois lui-même l'a employé dans une circonstance semblable et dans un cas cité par M. le docteur Chailly-Honoré, où il s'agissait d'une naine délivrée une première fois à l'aide du forceps, et chez laquelle on détermina l'accouchement prématuré au huitième mois à l'aide du seigle ergoté. Nous sommes donc complétement de l'avis de M. le docteur Chailly-Honoré, qui pense qu'il peut produire des contractions de toutes pièces. (*Traité pratique de l'art des accouchemens*, page 321.)

Toutefois, pour terminer et pour être entièrement vrai, je dois ajouter que j'ai plusieurs fois, dans ma pratique, employé sans un succès complet le seigle ergoté, et que j'ai été forcé de recourir au forceps après son emploi inutile, ce qui n'a pas, du reste, empêché d'obtenir chaque fois un enfant vivant et des suites heureuses pour la mère; notons-le aussi. Donc, l'action du seigle n'a pas été nuisible, même dans ces cas. Mais je dois ajouter qu'à cette époque, exerçant à la campagne et n'ayant pas, par conséquent, de pharmacien sous ma main, j'avais été obligé de me servir de seigle ergoté pulvérisé depuis longtemps, et ayant probablement perdu ses propriétés actives; car je pense qu'il est indispensable, pour qu'il agisse efficacement, qu'il soit de la dernière récolte, de bonne qualité et pulvérisé à l'instant même de s'en servir.

On a extrait du seigle ergoté, sous le nom d'*ergotine*, une substance qui paraît renfermer au plus haut degré les propriétés obstétricales et hémostatiques de l'ergot. Nous n'avons jamais eu l'occasion d'employer cette substance; mais s'il est vrai qu'elle soit aussi efficace et aussi énergique qu'on le dit, nous n'hésiterons pas à y avoir recours, surtout dans certains cas, où la poudre du seigle ergoté détermine chez quelques femmes des vomissements qui en rendent l'administration inefficace et même tout à fait impossible.

Par tout ce qui précède, et, nous le répétons, malgré notre confiance très limitée dans l'action des agents pharmaceutiques en général, loin de partager néanmoins la manière de voir de M. le docteur Depaul, qui pense que « l'intérêt bien entendu des femmes » n'aurait pas beaucoup à souffrir de la suppression complète du » seigle ergoté, » ne serions-nous pas fondé à adopter une opinion diamétralement opposée à celle de notre confrère M. le docteur Ancelon (de Dieuze), et à considérer l'ergot de seigle comme un moyen utile, précieux même dans certains cas, et entièrement inoffensif lorsqu'il est administré avec discernement et à propos?

OBSERVATIONS

sur un cas de mort par le chloroforme.

Nous croyons devoir publier cette lettre de M. Valleix, adressée au *Journal des Connaissances médico-chirurgicales*, bien que nous ayons donné ce fait avec des détails qui nous paraissaient suffisants.

Monsieur le rédacteur,

Tel qu'il est présenté dans les *Nouvelles* de votre dernier numéro, le fait de mort pendant l'administration du chloroforme qui a eu lieu dans mon service est trop incomplet pour que sa signification soit bien comprise du lecteur. Je suis donc certain que, dans l'intérêt de la vérité, vous voudrez bien accueillir les détails suivants.

Le malade était dans les conditions que vous avez signalées, lorsque survint la chute du rectum; dès ce moment il fut complétement privé de repos, la face se grippa, et nous vîmes apparaître un dépérissement marqué. Il fallait agir.

Le danger que le chloroforme devait lui faire courir était présent à mon esprit; aussi la réduction fut-elle d'abord tentée, non pas une seule fois, mais à plusieurs reprises, sans le secours de l'agent anesthésique. Il en résultait des douleurs atroces, et par suite des contractions violentes, pendant lesquelles la tumeur anévrismale menaçait de se rompre. Je fis appliquer de la glace sur la tumeur hémorrhoïdale, administrer des calmants; tout fut inutile. Le lendemain, le malade, profondément découragé, et dans un état de souffrance horrible, demanda le chloroforme. Toutes les observations lui furent faites à cet égard; il nous répondit qu'on ne voulait pas le soulager de ses douleurs.

Dans cette situation, je réfléchis que les souffrances du malade hâtaient le moment de sa mort, que toute tentative faite sans chloroforme augmenterait inutilement ses souffrances, et peut-être même amènerait une terrible catastrophe, et je vis qu'il ne restait qu'un espoir, bien faible il est vrai: c'est que, malgré la contre-indication évidente, l'agent anesthésique serait supporté.

Ces considérations m'engagèrent à agir pour ce malade comme j'aurais voulu qu'on le fît pour moi-même en pareille circonstance, mais sans me dissimuler le danger qu'il allait courir. L'espoir que j'avais conçu n'a pas été justifié par l'événement, et mes craintes se sont réalisées. Mais je ne pense pas qu'un pareil fait prouve contre le chloroforme; car il est bien évident que, si ce malade ne s'était pas trouvé dans des conditions tout exceptionnelles, je n'aurais pas pensé un seul instant à passer outre à la contre-indication formelle qu'il présentait.

Au reste, je partage complétement votre opinion; je pense que le chloroforme ne doit pas être employé sans une évidente nécessité, et qu'il ne faut pas jouer avec cet agent, si précieux dans l'immense majorité des cas, si dangereux dans quelques-uns.

Un seul mot encore sur la manière dont la mort s'est produite. C'est après deux minutes et demie d'inhalation que, le malade étant dans l'insensibilité, le chloroforme a été enlevé; il respirait avec un peu de stertor, comme cela a lieu dans beaucoup de cas où tout se termine bien. Après quelques instants, la respiration s'est embarrassée; il y a eu contraction des muscles de la mâchoire, *trismus;* puis les mouvements du cœur se sont arrêtés, et la tumeur s'est affaissée. Cependant, à l'aide de l'insufflation d'abord, puis de l'électricité, j'ai pu faire respirer le malade pendant près de vingt minutes, mais irrégulièrement. Quant aux mouvements du cœur, ils ne se sont pas rétablis un seul instant d'une manière évidente. Ainsi donc, la mort est survenue à la fin de l'inhalation, il n'y a pas eu syncope subite, et si le malade n'avait pas eu d'anévrisme, il n'aurait pas succombé.

Agréez, etc. VALLEIX,
Médecin de l'hôpital de la Pitié.

CORRESPONDANCE.

Enquête sur la vaccine. — Commission du département de l'Yonne pour l'examen des faits qui s'y rapportent.

A M. le Rédacteur de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Ouanne, le 22 mai 1853.

Monsieur le Rédacteur,

La presse médicale commence à se préoccuper sérieusement de la question qui touche en même temps aux gloires prématurées de la vaccine et à toutes les sécurités que Jenner avait promises à l'avenir des populations. Du fond de nos provinces, nous assistons avec une émotion profonde à ce débat, qui prendra bientôt des proportions immenses. Les révélations qui nous arrivent tous les jours finiront par jeter le trouble dans les consciences les plus paisibles, et chacun de nous, armé de la lancette du vaccinateur, ne pourra réprimer un sentiment de crainte au moment de pratiquer une opération dont les conséquences deviennent de plus en plus douteuses.

Je ne suis pas de ceux dont la conviction soit acquise à la cause des réprobateurs de la vaccine, mais j'ai peine à comprendre les préjugés, les impatiences, les colères de ceux qui se posent les défenseurs officieux d'une méthode qui est issue de l'empirisme, et que l'empirisme lui-même se charge de ruiner de fond en comble. Il n'y a pas un seul des grands principes de l'art de guérir qui puisse faire cause commune avec la vaccine, qui puisse être solidaire de ses erreurs et de sa condamnation. Si l'insertion jennérienne doit périr, elle disparaît tout d'une pièce, sans rien ébranler avec elle; elle tombe comme un fâcheux parasite trop longtemps attaché au grand arbre de la science médicale. Pourquoi donc alors infliger les noms de renégats, de gens à paradoxes aux hommes consciencieux qui proclament ce qu'ils croient une vérité, ce qu'ils ont puisé dans leurs plus sérieuses observations, et qui, fidèles à leur sacerdoce, veulent briser la fausse idole furtivement admise dans le sanctuaire?

Il faut que la lumière se fasse, et les faits seuls observés avec intelligence et loyauté devront servir de base à une conclusion rigoureuse. Ces faits existent déjà certainement dans la science, mais ils n'ont été ni recueillis, ni coordonnés jusqu'à ce jour. Si la prescription est invoquée parce qu'un contrôle sérieux n'aura pas présidé à leur constatation, l'avenir est à nous; chaque jour apporte son douloureux contingent d'observations lumineuses, et il suffira de bien ouvrir les yeux pour reconnaître la vérité.

Telles sont les considérations qui m'ont guidé quand je présentai dernièrement à la Société des sciences naturelles de l'Yonne un projet d'enquête au sujet de la vaccine. Je proposai de constater quelle est en définitive la puissance préservative de la méthode jennérienne, quelles modifications ont été imprimées par elle à la marche ordinaire et au développement de la petite vérole, et de rechercher si ces modifications n'ont pas amené à leur suite, dans la santé publique, de nouveaux désastres, plus déplorables que le fléau primitif que l'on prétendait conjurer.

Cette proposition *ex abrupto* a surpris quelques-uns de nos honorables confrères chez lesquels le doute n'avait pas encore pénétré. Il est si doux de garder une illusion brillante! De sages objections ont été posées vis-à-vis du nouveau système que la question faisait pressentir: ainsi, disait-on, si le vaccin perd de sa puissance préservatrice, c'est que l'on vaccine mal, et que ce fluide n'est pas assez souvent régénéré par la vache elle-même. A cela nous n'avons à répondre que par un fait certain, c'est que la sollicitude officielle à l'égard de la vaccine est extrême et qu'il est difficile d'espérer que l'on puisse mieux faire à l'avenir que par le passé. Mais admettons que l'on vaccine mieux et que le vaccin soit plus immédiat; si vous nous mettez mieux à l'abri de la petite vérole externe, êtes-vous profondément convaincu que vous n'avez pas produit une métastase dans notre économie et que ce virus que vous avez refoulé dans nos viscères ne se réveillera pas un jour sous des formes terribles? — Alors venait la question des fièvres typhoïdes si communes et si meurtrières depuis quelques années dans nos campagnes. Et l'on me proposait de prouver que la fièvre dothinentérique est une maladie nouvelle, inconnue avant la pratique de la vaccine. J'avais de belles autorités à citer, entre autres MM. Serres, Villermé, Bayard, Ancelon et savante compagnie; mais qu'est-il besoin de toutes ces preuves pour les débats de la cause? La fièvre typhoïde, maligne, putride, ataxique, comme l'on voudra, peut être aussi vieille que la variole; elle peut avoir été une ancienne manifestation de cette maladie sous des influences qui nous sont inconnues; mais ce que nous voulons savoir aujourd'hui, c'est uniquement si la vaccine n'est pas l'agent le plus décisif de cette manifestation interne du virus varioleux. Et, comme cette cause présumée d'un si grand désastre dans la santé publique est la plus commune et la plus saisissable, n'est-il pas d'un intérêt immense d'arriver à la solution d'un semblable problème?

Quoi qu'il en soit, la Société des sciences naturelles de l'Yonne a voté sans opposition la formation d'une commission permanente chargée de recueillir par tous les moyens qui lui sembleront convenables tous les faits concluants qui se rapporteront à la vaccine, aux épidémies de variole et de fièvre typhoïde, de donner à ces faits la signification qui leur est due et d'en dresser annuellement un rapport circonstancié. Cette commission est composée de MM. les docteurs Robineau-Desvoidy, Sonnié-Moret, Duché, puis de deux membres étrangers au corps médical. Un questionnaire va prochainement être adressé à tous les praticiens du département de l'Yonne: espérons que notre appel sera entendu et que cet exemple sera suivi par les sociétés savantes qui s'occupent de médecine et d'hygiène publique.

Agréez, etc. Emile DUCHÉ, D.-M.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Dans l'article que nous avons publié le 21 mai sur le rapport si remarquable fait par M. l'inspecteur Baudens à M. le ministre de la guerre et qui a été reproduit dans le *Moniteur* d'hier, nous avons eu soin d'insister sur l'opportunité de rétablir un hôpital militaire d'instruction à Alger, opportunité signalée avec autant de raison que de force et de sagacité par notre honorable confrère.

Le gouvernement a été si vivement frappé des observations de M. Baudens, dont la plupart des propositions seront probablement adoptées, que nous lisons déjà dans un journal ordinairement bien informé, dans la *Patrie* d'aujourd'hui 27 mai, la nouvelle suivante:

« On assure qu'il est question de fonder à Alger un hôpital militaire d'instruction. Cette mesure aurait pour résultat de constituer une École précieuse pour le personnel si dévoué des officiers de santé de l'armée d'Afrique, et elle offrirait à la jeunesse du pays, qui pourrait y être admise sous certaines conditions, des moyens très avantageux d'étude et d'instruction. »

Nous ne pouvons qu'applaudir à de pareilles déterminations; elles trahissent dans le gouvernement une vigueur de volonté et un désir de bien faire tel qu'on peut concevoir l'espérance de voir réaliser en peu de temps les réformes les plus importantes et s'améliorer non-seulement l'enseignement militaire, mais l'enseignement civil qui en a tant besoin.

M. le maréchal de Saint-Arnaud trouverait sans doute des imitateurs dans ses collègues, et on ne fera pas moins pour nos hôpitaux de la capitale et pour l'enseignement des élèves qui les fréquentent que pour la capitale de notre colonie d'Afrique.

— On lit dans la *Gazette médicale de Toulouse:*

« La science de l'hydrologie thermale, il faut le dire, a fait peu de progrès, malgré les travaux importants et consciencieux auxquels, depuis quelques années surtout, se livrent les médecins spéciaux sur cette matière. Cela tient sans doute au peu de publicité que reçoivent ces travaux. Les rapports nombreux qui chaque année arrivent à l'Académie de médecine restent enfouis dans les cartons de ce corps savant, sans utilité pour les praticiens qui voudraient connaître la valeur thérapeutique des diverses eaux que possède la France. C'est pour remédier à cet inconvénient que, répondant à un besoin généralement senti, deux hommes distingués, MM. Boyer, professeur à la Faculté de Montpellier, et Pouget, médecin inspecteur des eaux de Royan, ont eu la pensée de provoquer une réunion, une sorte de congrès, au sein duquel ils ont appelé les médecins qui s'occupent des eaux minérales en général, afin d'étudier les moyens de faire cesser un tel état de choses, recueillir les matériaux épars de cette science, et en former un faisceau que les hommes de l'art puissent consulter avec fruit. Un certain nombre de médecins ont répondu à l'appel qui leur a été fait, et une première réunion a eu lieu ces jours derniers dans notre ville, où la société s'est définitivement constituée.

Deux bureaux sont établis à Toulouse et à Bordeaux, un troisième pourra être créé, selon les besoins du congrès. Ils sont chargés de recevoir les divers rapports des correspondants, de les coordonner et de les envoyer au président, M. Boyer, lequel en présentera un résumé à l'assemblée générale, qui se tiendra annuellement à Toulouse, dans le courant du mois de mai.

Parmi les médecins étrangers à notre ville qui assistaient à cette première réunion, nous avons remarqué MM. Boyer (de Montpellier); Pouget, médecin inspecteur des eaux de Royan; Pereyra (de Bordeaux), Astrié (d'Ax), Daudirac (de Cauterets), Peiriga (de Bigorre), Pegot (de Luchon), Lafaille, médecin inspecteur adjoint des Eaux-Bonnes; Chapelon (de Luchon), auxquels s'étaient joints MM. Dassier, directeur de l'École de médecine de Toulouse; Filhol et Gaussail, professeurs; Larrey, Cany et Naudin (Jules), médecins à Toulouse. MM. Artaut (de Bordeaux) et Andrieux (d'Agen) avaient envoyé leur adhésion.

Nous ne pouvons qu'applaudir à la pensée qu'ont eue les fondateurs de ce congrès, et nous espérons qu'un plein succès couronnera leurs efforts.

La science de l'hydrologie y gagnera en certitude, en même temps que les praticiens pourront puiser dans ces réunions des connaissances qu'ils n'ont pas.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

De la chaleur animale comme principe de l'inflammation, et de l'emploi des enduits imperméables comme application du dogme; par le docteur Robert LATOUR. Un vol. in-8°. Prix: 3 fr. 50 c. A Paris, chez Labé, libraire, place de l'École-de-Médecine, 23.

Traité élémentaire de physique expérimentale appliquée et de METEOROLOGIE, illustré de 431 belles gravures sur bois intercalées dans le texte; par A. GANOT, professeur de mathématique et de physique. 2e édition, revue et augmentée. — Un fort vol. in-18 anglais. Prix: 7 fr.; par la poste, 7 fr. 50 c. — A Paris, chez l'auteur, éditeur, rue des Mathurins-Saint-Jacques, 18; et chez Labé, libraire, place de l'École-de-Médecine, 23.

Éloge de Récamier, par le docteur H. GOURAUD. Brochure in-8° sur très beau papier. Prix: 2 fr. — Au bureau du journal.

Recueil des discours prononcés aux funérailles de M. Orfila. In-8. Prix: 75 centimes. — A Paris, chez Labé, libraire, place de l'École-de-Médecine.

LE SOUSS.

Paris. — Typographie de PLON frères, Imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 64. — MARDI 31 MAI 1853. (26e ANNÉE.) N° 64. — MARDI 31 MAI 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE.	Trois mois. . . .	8 fr. 50 c.
	Six mois. . . .	16 »
	Un an.	30 »
GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES.	Trois mois.	9 fr.
	Six mois.	17
	Un an.	33
ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR.	Trois mois.	10 fr.
	Six mois.	20
	Un an.	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

PARIS, LE 30 MAI 1853.

Quelques mots encore

SUR LA QUESTION DE LA SURDI-MUTITÉ.

Les orateurs qui ont pris la parole dans les dernières séances de l'Académie de médecine sur cet important sujet ont amplement démontré l'utilité d'introduire des réformes dans les établissements de sourds-muets. M. Bouvier, par des arguments irrésistibles, a fait connaître l'urgence d'adopter les conclusions de la commission, et prouvé que le maintien du *statu quo*, de même que toute espèce d'ajournement, n'était pas tolérable ; que chaque année une nouvelle génération entrait dans les établissements de sourds-muets, et que leur sort dépendait des décisions que prendrait l'Académie. Il ne s'agit pas ici de questions de personnes, mais de la possibilité de rendre un certain nombre d'élèves à la société, à leurs familles, les uns avec l'ouïe et la parole, les autres avec la parole et la faculté de la lire sur les lèvres. Nos moyens de traitement, comme nos méthodes d'éducation, peuvent encore n'être qu'imparfaits ; mais est-ce l'indifférence qui les perfectionnera? M. Blanchet, dans ses rapports, a prouvé tout le développement que prend l'enseignement de la parole à l'étranger, et la possibilité de faire jouir de ce même bienfait les sourds-muets français. Quel est donc l'obstacle aux améliorations à établir? Le *système de rotation* en usage dans nos écoles, et son incompatibilité avec l'enseignement de la parole dans une institution où les sourds-muets participent à l'instruction !

Dans l'école de Paris, chaque professeur reçoit à tour de rôle tous les élèves nouvellement admis, et les instruit pendant six ans, c'est-à-dire jusqu'au terme de leur éducation. Les six classes sont tenues par six professeurs, dont quatre sont sourds-muets. Les élèves ont donc quatre chances sur six de tomber entre les mains d'un professeur sourd-muet. Du reste, qu'il passe six ans dans la classe d'un professeur sourd-muet ou parlant, les résultats sont les mêmes, l'éducation étant donnée, dans un cas comme dans l'autre, exclusivement à l'aide des signes et de l'écriture. Il faut cependant noter qu'un professeur donne une heure d'articulation quatre ou cinq fois par semaine aux élèves de ces diverses classes réunis. En dehors de ce temps, tout est et reste muet, puisque tous les maîtres d'étude mêmes sont sourds-muets.

Avec ce système, on comprend que les élèves qui présentent les meilleures dispositions pour parler, ceux qui parviennent à recouvrer l'ouïe, de même que les sujets qui ont conservé la faculté de parler, quoique atteints d'une surdité incurable, se voient, quand ils se trouvent à commencer leur éducation avec un professeur sourd-muet, exposés à en sortir sourds-muets à la fin de leurs études. Quant à ceux qui recouvrent l'ouïe, ils ne peuvent retirer aucun profit de ce bienfait. Par le même motif, on isole le sourd-muet du parlant, on le rapproche du sourd-muet comme si on le destinait à vivre dans une colonie de sourds-muets. Ne serait-il pas plus raisonnable d'imposer la parole aux 25,000 sourds-muets de France que le langage des signes au 35,000,000 de parlants?

Quant aux signes, aux gestes naturels, la commission, de même que M. Blanchet, en admet l'usage, mais dans certaines limites.

Les questions posées par M. le ministre nous paraissent des plus faciles à résoudre, puisqu'elles se bornent à demander de conserver ou de développer la parole chez ceux qui la possèdent, et à placer les individus qui peuvent recouvrer l'ouïe dans les meilleures conditions pour l'acquérir.

Espérons que l'Académie, pénétrée de l'importance de la question de l'avenir des sourds-muets, évitera que ce débat ne continue à dégénérer en personnalités, et, ne considérant que l'intérêt de ces infortunés, s'empressera d'adopter les conclusions de la commission, qui nous paraissent offrir les moyens les plus convenables pour développer leur intelligence et mettre le plus grand nombre d'élèves possible en état de communiquer avec les parlants au moyen de l'ouïe et de la parole.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. CHASSAIGNAC.

Des amputations immédiates et des amputations secondaires. — De la retardation des amputations par le pansement occlusif. — Affaiblissement de l'immunité vaccinale chez les amputés.

Le pansement par occlusion, qui concilie deux indications si longtemps contradictoires, à savoir, la clôture des surfaces traumatiques d'une part et, d'une autre, le libre écoulement de la suppuration, offre des avantages tels que l'on peut prévoir dans un avenir plus ou moins prochain le moment où les praticiens l'adopteront comme méthode générale dans le traitement des plaies.

Parmi ces avantages, il faut noter ceci : que, dans les lésions traumatiques les plus graves, le pansement par occlusion fait éviter des amputations naguère encore considérées comme indispensables, et que, dans les cas où leur nécessité est de prime abord évidente, il permet de ne les mettre à exécution que tardivement. Cette dernière circonstance sera d'un grand poids auprès de tous ceux qui savent combien sont désastreux les résultats des amputations dites primitives.

Arriver au moyen d'une méthode facile et simple à franchir sans accidents, presque sans fièvre, les premières périodes de traumatisme; transformer ainsi d'emblée la forme suraiguë en celle des affections chroniques, pour lesquelles les amputations sont généralement couronnées de succès, n'est-ce point avoir fait faire à la thérapeutique chirurgicale un de ces progrès sérieux et féconds qui portent tôt ou tard leurs fruits? Mais laissons à l'avenir à apprécier à sa juste valeur cette manière de faire ; contentons-nous d'en mesurer la portée la plus prochaine et d'en signaler les applications les plus directes.

La méthode de l'occlusion a donc permis à M. Chassaignac :

1° De formuler l'interdiction absolue de certaines amputations pour cause traumatique, les amputations des doigts, par exemple ;

2° D'établir sur des bases plus solides que ne l'ont jamais fait les longues et stériles discussions de Faure et de Boucher, ainsi que de leurs continuateurs, le principe de la *retardation des amputations* jusqu'au moment où elles peuvent se faire avec des chances de succès presque assurées.

Pour se convaincre de la réalité de cette assertion, il suffit de faire un raisonnement bien simple que voici : Tout chirurgien expérimenté ne dit-il pas à qui veut l'entendre qu'entre une amputation faite pour une lésion récente et une amputation pour maladie chronique il préfère de beaucoup la seconde, sous le rapport des chances de succès? S'il est prié de formuler par des chiffres puisés aux statistiques les plus exactes la proportion comparative des succès dans les deux cas, ne vous dit-il pas que les chances favorables dans l'état chronique comparé à l'état aigu sont dans la proportion de dix contre un?

Si alors vous demandez comment il se fait qu'après avoir adopté un pareil point de départ on se dérobe à sa conséquence logique et irrésistible, à savoir, la préférence à accorder aux amputations tardives, on vous répond que l'amputation primitive a pour principal mérite de couper court aux premiers accidents généralement si graves du traumatisme? Mais ces accidents, si on les annihile par un mode de traitement qui ne compromet rien, ne voit-on pas tout de suite que la question se résout sans appel à l'avantage des amputations tardives?

C'est pour cela que M. Chassaignac ne fait jamais d'amputation primitive, et ne considère la conduite des chirurgiens militaires, qui conseillent volontiers l'amputation primitive, que comme leur étant imposée par les conditions dans lesquelles ils se trouvent placés par la force des choses. Il est bien évident que le chirurgien militaire, forcé d'aviser immédiatement, pour rendre exécutable les déplacements de blessés sur tel ou tel lieu de dépôt, est dans l'impossibilité d'abandonner ses malades aux chances d'accidents auxquels il ne pourrait pas porter remède en temps utile. Mais dans la pratique civile, où de pareilles exigences ne se produisent que bien rarement, les conditions ne sont plus les mêmes. Ce qui pourrait justifier l'amputation primitive en pareil cas, ce ne pourrait être que la considération des accidents, et il est de fait qu'avec la mise

---

FEUILLETON.

Les divers articles que nous avons eu l'occasion de publier depuis quelque temps sur, pour ou contre la vaccine nous font un devoir de déclarer une fois pour toutes que dans cette question, comme dans toutes les autres, nous n'avons pas de parti pris d'avance. Nous accueillons toutes les communications qui nous paraissent offrir un intérêt quelconque, et qui sont dictées par l'amour de la science et de l'humanité.

Les doutes qui se sont élevés depuis plusieurs années sur la valeur de l'immunité du vaccin et sur l'influence que cette pratique peut avoir dans le développement et la gravité des maladies internes sont partagés par beaucoup de bons esprits, et cette considération suffit pour nous imposer le devoir d'accueillir tous les faits, toutes les opinions qui peuvent tendre à porter la lumière dans cette importante question.

LETTRE DU DOCTEUR A. BAYARD

A MM. LES MEMBRES DE L'ÉTABLISSEMENT NATIONAL POUR LA VACCINE A LONDRES.

Mes très honorés confrères,

Vous avez, m'a-t-on dit, fait adopter par la chambre des lords une loi qui va rendre la vaccine obligatoire. En cela, vous avez agi d'une manière à mériter mon approbation entière. J'espère, la mesure prise par l'autre chambre, que les nations voisines imiteront la patrie de Jenner. Après avoir donné au grand homme 750 mille francs, vous laissez aujourd'hui mourir de faim ses descendants; sur notre budget vaccinal, qui s'élève, bon an, mal an, à 500 mille francs, on pourra prélever pour la souscription ouverte en leur faveur depuis trois ans une somme honorable; nous verrons ensuite nos notabilités la couvrir de leur nom!

Les preuves que vous donnerez à la chambre des communes pour lui faire sanctionner votre pratique favorite sont parfaites; dans mon admiration pour elles, j'ai jugé convenable et utile tout à la fois d'en donner connaissance à mes confrères de France, afin qu'à leur tour ils puissent en user pour solliciter une pareille loi en faveur de notre pays.

Ici nos rapports annuels sur la vaccine revêtent la forme d'une belle brochure : couverture imprimée, illustrée, forme gracieuse, vrai livre de boudoir : aussi est-il rare; il n'arrive qu'à quelques amis et au personnel éclairé des sages-femmes médaillées. Je connais un médecin qui s'est adressé inutilement à bien des portes pour se le procurer. Il s'est servi de celui de son préfet, qui ne se doutait guère de l'usage qu'il en ferait. Rien de plus simple, au contraire, que les vôtres : une petite feuille volante bonne à envelopper un paquet de thé suisse, un rouleau d'eau de Cologne, voilà la chose. Pour un penny, on peut en avoir dix. Quoi qu'il en soit, les derniers valent bien les autres!... Nos confrères et amis de France en jugeront; car, après avoir battu un hérétique avec vos propres armes, je vais publier le dernier rapport de votre établissement national pour la vaccine. J'eusse pu prendre le premier, le dixième, l'avant-dernier, ils se ressemblent tous ; mais les plus frais, à tort ou à raison, passent toujours pour les meilleurs. Avant, voyez avec quel zèle dans le dialogue suivant j'ai soutenu une cause qui nous est chère :

— Comment les autorités médicales anglaises, me dit ce mécréant dont je vous ai parlé, appellent-elles le vaccin?

— Fluid-lymph, lui répondis-je en votre nom et au mien.

— Ne pourrait-on pas dire *eau sans pareille?*

— S'il faut s'en rapporter au débit qu'en fait notre établissement national de vaccine à Londres, votre traduction est assez juste! Vous pouvez en juger : l'année dernière, en différentes reprises, nous l'avons expédié dans plusieurs îles des Indes occidentales, à l'Amérique du Nord, à l'Australie, à la Nouvelle-Zélande, à la côte d'Afrique, aux îles Philippines et à Hong-Kong. En Egypte, il a vacciné plus de 70 mille personnes; puis, après tant de courses, il est venu, comme un gentleman à la mode, aux eaux de Baden-Baden. (Voir le rapport, § II.)

— Mais votre fluid-lymph me produit l'effet d'un commis voyageur : je vois dans sa valise du thé, de l'opium, de la cotonnade, etc.

— D'une bonne chose, il est permis d'en retirer tous les avantages possibles : aussi ne serez-vous pas surpris d'apprendre que sur les bords de la Gambie le docteur Kehoé, après y avoir introduit la vaccine avec beaucoup de difficulté, a fini par vacciner le roi de Keenang, avec lequel notre nation était engagée l'année précédente dans des hostilités sérieuses (id., § III). Ces heureux succès, croyez-le, ne nous font pas négliger les œuvres charitables. Nous avons répondu à de nombreuses demandes qui nous étaient adressées des stations militaires à l'intérieur aussi bien qu'au dehors, des vaisseaux de guerre, des prisons, etc. (id., § II).

— Pour monter sur les vaisseaux de la Grande-Bretagne, pour porter les armes anglaises, est-ce qu'il ne faut pas avant porter le timbre de Jenner?

— Je comprends votre objection; je vais y répondre. A cause de la grande quantité de vaccin qui nous est nécessaire pour nos envois, nos vaccinateurs le recueillent sur leurs sujets vaccinés; mais les mères qui ne se soucient pas d'en laisser prendre percent les boutons, sauf un seul, avant leur maturité; alors le vaccin ne parcourt pas ses phases ordinaires et ne jouit pas de toute sa vertu préservatrice (id., § VI).

— Pourquoi m'avez-vous donc dit qu'un bouton valait autant que six? d'ailleurs les cinq autres, ouverts ou non un peu avant le temps ordinaire, donnent leur fluid-lymph au linge de l'enfant au lieu de le donner aux plaques des vaccinateurs; en second lieu, l'inflammation locale est tout aussi vive, et l'intoxication, comme pour tous les virus, est aussi profonde dans l'organisme que s'ils s'étaient desséchés sans être ouverts.

— Ne m'interrompez pas; j'en suis aux œuvres de charité. Nous

à découvert quotidienne des plaies, les accidents y sont presque inévitables. Mais ces accidents sont-ils conjurés par l'efficacité d'une méthode qui éloigne de la lésion primitive toute aggravation? La question se pose nettement entre la valeur comparative intrinsèque de l'*amputation primitive* et l'*amputation tardive*, ou si l'on veut amputation différée, et dès lors le choix ne saurait être douteux. Il ne l'est pas pour M. Chassaignac, qui ne reconnaît l'urgence de l'amputation immédiate que dans un très petit nombre de cas, pour lesquels tout sursis serait un grave contre-sens.

C'est un cas de ce genre que nous allons rapporter, parce que toutes les fois qu'une règle générale est posée, le devoir de celui qui établit cette règle est précisément de rechercher et de publier loyalement les exceptions qu'elle comporte.

Fiaux (Pierre), chauffeur, est apporté à l'hôpital Saint-Antoine le 14 février 1853.

Cet homme était occupé au nettoyage d'une machine à vapeur. Au moment où il graissait les tiges des pistons, la machine, un instant arrêtée, se remit en mouvement, et le balancier vint frapper de toute sa force contre la main et la partie inférieure de l'avant-bras droit. Les parties atteintes furent littéralement écrasées, attendu qu'au moment du coup la main reposait sur la plate-forme du tube qui renferme le piston. L'accident eut lieu à dix heures du matin; à deux heures le malade était à l'hôpital. Il y avait eu déjà une perte abondante de sang; l'hémorrhagie continuait; elle était artérielle. L'interne de garde établit au moyen d'un garot la compression sur l'artère humérale. L'hémorrhagie artérielle s'arrêta, mais il y eut compression des veines au point de déterminer une tuméfaction considérable du membre. L'artère cubitale donnait à la hauteur du poignet, l'interosseuse au milieu des chairs profondes de la région, la radiale par toutes les branches qui se rendent à la main.

A quatre heures, M. Chassaignac fut appelé. L'hémorrhagie, imparfaitement arrêtée, obligeait de recourir immédiatement à l'emploi des ligatures; mais deux choses s'opposaient à ce qu'on eût recours à ce moyen avec chance du succès. Lier l'humérale à la partie interne du bras, c'était chose facile, opératoirement parlant; mais l'énorme tuméfaction produite par le tourniquet, jointe à l'affreux délabrement de la partie terminale du membre, présentait comme perspective à peu près certaine une gangrène des parties subjacentes à la ligature; d'autre part, ces mêmes circonstances, le gonflement du membre et l'écrasement des parties qui avaient perdu leurs rapports anatomiques normaux, ne permettaient pas de compter sur des ligatures faites au milieu d'un pareil désordre, les fragments osseux étant implantés au milieu des chairs. L'amputation fut donc décidée et exécutée sur-le-champ. Elle fut faite à lambeaux dans l'épaisseur des chairs énormément tuméfiées de la moitié supérieure de l'avant-bras.

Voici du reste, comme spécimen du genre d'écrasement que peuvent produire les appareils mis en mouvement par la vapeur, le détail fidèle des désordres observés.

La main et le poignet retombent en guise de manchette, comme si aucun lien résistant ne les rattachait au reste du membre. Sur la face dorsale, la peau ne tient plus que par un pédicule de 2 centimètres de largeur situé au-dessus du quatrième métacarpien; de là partent deux larges et profondes déchirures qui vont se rejoindre dans la paume de la main; du même point partaient deux autres branches allant rejoindre les parties latérales du poignet.

Sur la même face dorsale, et à travers les larges déchirures de la peau, on voit les tendons extenseurs, en partie déchirés, faire hernie.

A la face palmaire, les tendons fléchisseurs offrent les mêmes altérations. Tous les muscles des éminences thénar et hypothénar sont déchirés; les interosseux le sont à un point tel, que le deuxième espace intermétacarpien est percé à jour.

Les muscles, à la partie inférieure de l'avant-bras, sont réduits en bouillie.

L'artère cubitale est rompue à 1 centimètre au-dessus du poignet. Le tronc de la radiale ne l'est pas, mais toutes ses branches le sont. Les arcades palmaires, profonde et superficielle, le sont également.

Partout existe une crépitation qui tient manifestement à deux causes: d'une part, les fragments multiples, de l'autre, et très distinctement, un emphysème traumatique.

Il y avait fracture des cinq métacarpiens sur le trajet d'une ligne oblique s'étendant du cinquième à la tête du premier.

L'extrémité inférieure du cubitus était divisée en trois fragments. Le radius l'était également; et de plus, sa fracture était comminutive. Elle présentait cinq fragments principaux, dont quelques-uns étaient retournés face pour face.

L'amputation fut faite, comme nous l'avons dit, à deux lambeaux, l'un antérieur, l'autre postérieur. Trois ligatures principales furent appliquées, l'une sur la radiale, l'autre sur la cubitale; la troisième sur l'interosseuse. Puis le pansement par occlusion fut appliqué.

Il y eut dans la nuit un écoulement abondant de sérosité sanguinolente qui s'écoula au travers des pièces de pansement. Renouvellement du pansement externe.

A partir du jour de l'amputation, les parties n'ont été mises à découvert que tous les huit jours; le pansement extérieur à la cuirasse était renouvelé aussi souvent que son humectation l'exigeait. En six semaines, la guérison était complète.

A côté de ce fait, où des circonstances toutes spéciales ont dû faire plier le principe de la *retardation des amputations*, nous en rappellerons un autre où ce principe a été appliqué avec le plus grand succès.

Fracture compliquée de la jambe. — Amputation de cuisse. Guérison.

Petit (Alphonse), quarante-deux ans, serrurier, entré à Saint-Antoine le 22 juillet 1851, est renversé le 21 au soir par une voiture omnibus. La jambe gauche est atteinte d'une fracture compliquée produite par le passage de la roue. La plaie, assez considérable, est située au côté interne et au-dessous de la partie moyenne de la jambe. Le doigt introduit dans la plaie sent une esquille; mais on préfère ne pas risquer de tentatives pour l'arracher, parce qu'elles pourraient être longues et douloureuses. Avec des ciseaux, on ébarbe quelques parties des muscles qui sont déchirés; la plaie a 6 à 7 centimètres de longueur et 3 à 4 de largeur.

Le 22, pansement par occlusion: 40 sangsues à l'aîne, 2 grammes d'alcoolature d'aconit. Les fragments chevauchent et sont très irréguliers; l'inférieur est très mobile, ce qui annonce l'intensité de la violence. Le tibia est dénudé dans une étendue considérable.

Le 29, l'état général est excellent. Renouvellement complet du pansement par occlusion. Plaques gangréneuses (conséquence très fréquente des fractures compliquées au tiers inférieur de la jambe). Le gonflement est presque nul.

Le 6 août, depuis trois jours l'état du malade a empiré, la plaie est en mauvais état, les os sont dénudés et baignent dans le pus. Le décollement s'étend assez loin, et l'on trouve à la partie latérale interne et postérieure un vaste clapier, que l'on ouvre et d'où il sort une énorme quantité de pus.

Le 13, malgré des accidents assez graves, on est parvenu à reculer l'amputation jusqu'à ce moment. Elle est faite dans la journée du 13. Pansement par occlusion.

Le 20, renouvellement du pansement en totalité. Etat très satisfaisant de la plaie, réunion immédiate dans une très grande étendue; les points non réunis donnent une suppuration peu abondante et de bonne nature.

Le 26, changement du pansement par occlusion; la partie de la plaie non réunie est peu étendue et tend à devenir linéaire; les bourgeons charnus sont d'un bon aspect, peu d'érythème; on touche à la solution. (Occlusion.)

Le 2 septembre, pansement hebdomadaire. Pas la moindre trace d'inflammation à la peau; suppuration peu abondante, égalant au plus celle d'une amputation pansée tous les jours.

Les 9, 16, 23 et 30e jour des pansements hebdomadaires, rien de particulier; la petite plaie est tellement réduite qu'il ne s'en écoule plus de pus, mais un liquide incolore et filant (lymphe plastique). Les pansements des 7 et 14 octobre n'offrent rien de particulier. Il en est de même jusqu'au 11 novembre.

Le malade sort pour passer quelque temps à la campagne. Il n'a jamais été perdu de vue depuis cette époque, et en avril 1853 il est rentré à l'hôpital pour un phlegmon du coude, ce qui nous a permis de constater que la guérison s'était parfaitement maintenue.

On voit par ce fait qu'à l'aide du pansement par occlusion on a pu retarder une amputation reconnue de bonne heure indispensable, pour ne la pratiquer qu'au delà de la première période du traumatisme si dangereuse pour cette opération.

De ce fait et d'un grand nombre d'autres analogues observés dans le service de M. Chassaignac, il est permis de conclure que, par la méthode de l'occlusion, on conserve les membres toutes les fois qu'il n'est pas évidemment urgent de les sacrifier; ensuite on peut en faire le sacrifice (si celui-ci devient indispensable) dans des conditions infiniment meilleures, grâce au temps que l'on a gagné.

Nous reviendrons sur quelques remarques relatives au premier malade, celui qui a subi l'amputation de l'avant-bras. En voici une qui nous a singulièrement frappé, on a vu que, pour réprimer le boursouflement des chairs au moment de l'amputation, on avait eu recours à plusieurs points de suture entrecoupés. Ces points de suture ne furent enlevés qu'au quinzième jour, et ce ne fut pas sans surprise qu'en les enlevant nous ne rencontrâmes aucune trace de suppuration dans les petits trajets parcourus par les fils. Nous reportant à quelques faits analogues, mais qui ne nous avaient pas frappé au même degré, nous avons cru entrevoir que le pansement par occlusion pourrait devenir un moyen précieux de prévenir la suppuration dans le trajet des points de suture, ce qui rendrait à la chirurgie, particulièrement pour les opérations autoplastiques et pour le traitement des plaies siégeant sur les parties habituellement découvertes, un signalé service.

Une circonstance peu habituelle nous a donné l'occasion de confirmer ce que nous savions déjà sur la manière dont les cuirasses de sparadrap laissent échapper les liquides sécrétés par la surface des plaies; voici à quel sujet. Chez ce malade, l'abondance du suintement séro-sanguin fut telle que, dès le lendemain de l'amputation, nous fûmes obligé de renouveler le pansement externe jusqu'à la cuirasse exclusivement. Nous vîmes alors la surface externe de celle-ci recouverte d'une rosée séro-sanguinolente à gouttes distinctes; toutes ces gouttelettes se trouvaient régulièrement rangées sur les lignes des imbrications, de manière à former un ensemble d'une régularité remarquable. On voyait donc que, si une partie (la plus considérable sans doute) des liquides s'était échappée vers les bords de la cuirasse, une autre portion sous forme de gouttelettes trouvait issue à travers les imbrications des bandelettes.

Une dernière remarque. Le malade amputé de l'avant-bras a été pris, dans la convalescence de son amputation, d'une variole assez forte, quoique bénigne. Cet homme portait des traces très marquées d'une bonne vaccination. Il y a déjà longtemps que M. Chassaignac a remarqué une certaine prédisposition chez les amputés à la perte ou à l'affaiblissement de l'immunité vaccinale; ce qui l'a conduit à poser cette question qu'un nombre imposant d'observations pourrait seul résoudre: Un grand trouble porté dans l'économie, comme, par exemple, celui qui résulte d'une opération grave, n'est-il pas une cause d'effacement de la propriété préservatrice du vaccin, et n'y a-t-il pas opportunité à revacciner avec une attention particulière tout sujet qui a subi une grande opération? Voyez *Gazette des Hôpitaux*, n° du 4 juillet 1844.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Etude sur la fraxinine et ses applications au traitement des fièvres intermittentes.

Par M. MANDET.

Occupé de l'étude de nos fébrifuges indigènes, M. Mandet a concentré ses recherches sur l'écorce du frêne. Après avoir soumis l'écorce de frêne à plusieurs manipulations chimiques, mis en usage les divers procédés employés pour obtenir les alcaloïdes, M. Mandet a cru reconnaître que cette substance ne renfermait pas de principe alcalin cristallisable et que son action fébrifuge était due à un principe amer inséparable d'un acide tannique particulier, qui doit participer aussi aux propriétés fébrifuges. La *fraxinine* qu'il en a isolée est soumise à l'expérimentation depuis deux ans. Administrée à la dose de 1 gramme à 1 gramme 50 centigr. dans l'apyrexie, elle a dépassé ses espérances. Cette dernière dose, continuée pendant quatre jours, a suffi pour arrêter une fièvre contractée en Afrique, laquelle avait résisté à des doses élevées de sulfate de quinine.

Un autre fait non moins remarquable s'est produit chez une femme qui depuis cinq ans était atteinte d'une fièvre intermittente

---

constatons avec douleur que la petite vérole règne toujours dans l'île de Man. Dans une paroisse de 3,000 âmes, il y a eu 62 morts. Nous avons renvoyé du vaccin en tube au révérend ecclésiastique; nous lui avons promis notre reconnaissance, prié ses confrères d'imiter son exemple. Nous espérons, comme il est dit dans l'Evangile, « qu'ils iront et feront de même! » (Id., § IV).

— Le fluid-lymph, vous me l'avez répété bien des fois, devait anéantir complétement le germe varioleux. Comment se fait-il donc que sur son sol natal la variole fasse tant de ravages?

— Vous devriez vous contenter de l'excellente raison que je viens de vous donner; heureusement nos autorités médicales ne sont pas embarrassées pour répondre. Ecoutez donc ce dernier argument qui va vous clore la bouche: les visites périodiques des maladies épidémiques sont gouvernées par de mystérieuses influences dans l'examen desquelles nous ne voulons pas entrer (id., § VI).

— M. Trousseau, qui dit que la valeur préservatrice de l'inoculation est quatorze fois plus grande que celle de la vaccine, qui revaccine sa petite fille tous les trois ans, ajoutant que ce n'est pas trop et que la variole revient quelquefois après un an; M. G. Gregory, qui a écrit: La variole attaque les vaccinés, craignent fort les visites des épidémies varioleuses. Il me semble que votre mystère n'en sera bientôt plus un pour personne, surtout si je dois croire quelqu'un qui s'est exprimé de la sorte: Les vaccinés prennent la petite vérole tout comme les autres quand leur temps est venu!...

— Le professeur de Paris n'est pas Anglais; quant à G. Gregory, il est mort, n'en parlons plus. L'année dernière, il nous causa une chaude alarme; mais nos très honorables membres de l'établissement vaccinal lui ont vertement répondu.

— Voyons la réponse?

— La voici: Ils n'ont aucune raison pour se rétracter de leur forte opinion si fréquemment exprimée concernant leur entière confiance dans la puissance protectrice de la vaccine; une investigation sincère et exempte de prévention dissiperait facilement les doutes et les craintes qui par des sophismes se sont emparés trop promptement de l'esprit public.

— Certes, voilà des raisons qui ont du poids!

— Vous dites vrai, surtout si vous considérez la source d'où elles émanent; en outre, nos célèbres docteurs ajoutent que depuis la vaccine, preuve qui achèvera de vous convaincre, la mortalité par suite de la petite vérole a diminué (id., § VI).

— La mortalité générale sur une population égale et vaccinée a-t-elle diminué depuis la même époque?

— L'établissement national de la vaccine n'a pas à s'occuper de votre question.

— Néanmoins, si depuis l'invention jennérienne un plus grand nombre mourait de la variole interne?

— Nous n'admettons d'autre variole que celle avec boutons.

— Dites-moi, vos princes de la science connaissent-ils l'*Essai de mortalité*, le *Mémoire sur la gastro-entérite varioleuse?* D'après le premier ouvrage, la mortalité aurait doublé dans les rangs de la jeunesse; ensuite, suivant son auteur, deux adultes qui meurent de vingt à trente, deux enfants qui meurent entre la naissance et cinq ans ne sont pas des unités de même valeur; s'il y a compensation numérique, il n'y en a pas moins perte pour la société et les familles. D'après le second, la vaccine n'aurait réussi qu'à déplacer la variole et qu'à la faire changer souvent de forme.

— Nos vénérables autorités ne connaissent ni ne veulent connaître ces nouveautés.

— C'est comme dans le *Malade imaginaire* de Molière: « Ce qui me plaît en elles, c'est qu'elles s'attachent aveuglément aux opinions de nos anciens, et que jamais elles n'ont voulu comprendre les expériences des prétendues découvertes de notre siècle touchant la circulation du sang et autres opinions de même farine. »

— Nous avons encore de bons arguments à vous opposer: d'abord, à l'exemple d'un maire de Paris, nous ferons afficher sur les murs de Londres que « l'indigent qui refusera de faire vacciner ses enfants sera privé de secours. » (Textuel.)

— Voilà comme vous prétendez faire aimer la vaccine?

— Ensuite, nous clorons la discussion, ainsi que le vœu en a été exprimé, par la loi qui va la rendre obligatoire.

— Votre loi, vous l'appliquerez sur les bords de la Gambie et dans l'Australie. Adieu!

— L'expérience! lui criai-je.

— L'expérience, me répondit-il le dos tourné et sans me donner le temps d'achever, est un livre fermé pour vous et les vôtres! Elle a cinquante-quatre ans de date; voici toute son histoire chronologique: « Espérance, illusions, chimères, déceptions, décadence. » (H. Carnot.)

Mes très honorés confrères, je ne pus avoir le dernier mot; mais, satisfait de ma vigoureuse attaque pour la bonne cause, j'ai cru devoir vous faire part de cette conversation avec cet incrédule; elle servira en même temps de préface à votre dernier rapport sur les vaccinations.

Agréez le témoignage de profonde admiration, mes bien honorés et savants confrères, de votre serviteur, A. BAYARD, D.-M.

RAPPORT

DE L'ÉTABLISSEMENT NATIONAL POUR LA VACCINE (1852) PRÉSENTÉ AUX DEUX CHAMBRES DU PARLEMENT PAR ORDRE DE SA MAJESTÉ.

Au très honorable Spencer Horatio Walpole, *membre du parlement, secrétaire d'État de l'intérieur.*

Monsieur,

§ I. Dans le courant de l'année dernière, 218,632 plaques chargées de vaccin ont été fournies par le conseil national, ce qui fait un excédant de 39,262 sur celles de l'année précédente. Les lettres reçues pendant l'année ont été au nombre de 8,859. Les cas rapportés au

irrégulière consécutive à un accouchement, avec redoublement à l'époque des menstrues ; elle avait pris, disait-elle, des remèdes très chers et très mauvais. La fraxinine, à la dose de 1 gramme à 1 gramme 50 centigrammes, continuée pendant six jours, a fait complétement disparaître les accès. D'ailleurs, elle paraît être d'une parfaite innocuité ; on ne remarque dans son emploi aucun des désordres morbides ordinaires, dans certains cas, au sulfate de quinine, tels que céphalalgies, étourdissements, troubles dans les fonctions digestives.

Pour obtenir un produit dans les conditions les plus favorables, on doit opérer sur une écorce à son maximum de développement, de 1 centimètre au moins d'épaisseur, prise sur le *fraxinus excelsior*, vulgairement appelé frêne mâle. Elle doit rendre 30 grammes de principe actif par 1,000 grammes d'écorce employée.

Prenez telle quantité d'écorce de frêne sèche et grossièrement pilée ; soumettez-la à plusieurs décoctions successives et prolongées ; réunissez les liqueurs et concentrez-les à feu doux ; ajoutez au liquide bouillant, et en petite quantité à la fois, 200 grammes de noir animal lavé, par 1,000 grammes d'écorce ; remuez de temps en temps ; vingt minutes après jetez le tout sur un filtre ; laissez bien égoutter ; recueillez le charbon, traitez-le par l'alcool à 36 degrés et bouillant ; filtrez, retirez par distillation une partie de l'alcool, achevez l'évaporation au bain-marie, et vous aurez un produit extractiforme, hygroscopique, que l'auteur appelle *fraxinine*.

(*Revue médicale.*)

Feuilles de frêne contre le rhumatisme,

Par M. le Dr Deffis.

La décoction de feuilles de frêne a aussi complétement réussi pour combattre des rhumatismes chroniques. J'étais atteint depuis quatre ans, dit M. Deffis, d'un rhumatisme au genou et à l'épaule. Les souffrances étaient très violentes, surtout pendant la nuit. Après quinze jours de l'usage de ce remède, je n'ai plus éprouvé de douleurs.

Une cinquantaine de rhumatisants, comme moi, n'ont eu qu'à se louer de cette médication.

La manière de préparer cette tisane et de s'en servir est celle-ci :

Les feuilles de frêne doivent être cueillies lorsqu'elles laissent suinter une espèce de gomme visqueuse. (Selon les climats, c'est au mois de mai ou de juin.)

On fait sécher ces feuilles à l'ombre ; on en prend 30 grammes, qu'on fait bouillir dans un litre d'eau de fontaine pendant un quart d'heure. On ajoute ensuite une pincée de menthe poivrée.

On boit un verre de cette tisane, sucrée ou non, matin et soir, voilà tout. L'usage doit durer pendant vingt jours ou un mois.

(*Revue de Thérapeutique.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 18 mai 1853. — Présidence de M. Guersant.

Présentation de malade.

M. Billois, interne des hôpitaux, présente au nom de M. Monod un homme, âgé de trente ans, qui est affecté d'un spina bifida. Nous transcrivons les détails principaux de cette observation.

Ce malade, d'une assez bonne constitution en apparence, n'a jamais eu d'affections aiguës graves : il a contracté à diverses époques plusieurs blennorrhagies.

Depuis trois mois environ, il est survenu des troubles notables dans les fonctions de la génération, de la miction et de la défécation.

Il éprouve des pollutions nocturnes. Tantôt elles surviennent sans que le malade en ait la sensation ou bien elles se produisent pendant des rêves érotiques. Le matin il est fatigué, harassé. Pendant le jour, il n'a point de pertes séminales, même pendant la défécation et la miction. S'il le voulait, il pourrait encore se livrer à un coït modéré.

Les troubles de la miction sont les plus variables : tantôt il y a incontinence complète et les urines coulent aussitôt qu'il sent le besoin d'uriner ; d'autres fois il sent un impérieux besoin d'uriner, mais l'urine ne peut sortir ; après bien des efforts, elle est évacuée goutte à goutte ou par un mince filet, ou bien elle s'arrête brusquement. Les urines examinées ne présentent aucune trace ni de glucose ni d'albumine ; par instants, elles offrent un léger nuage, ou bien elles sont complétement claires. Le canal de l'urètre est parfaitement libre ; le cathétérisme est facile, point douloureux. Point de calcul dans la vessie. La prostate, examinée par le rectum, ne présente point de tuméfaction.

Les troubles de la défécation sont un nouveau sujet de gêne pour le malade. Lorsqu'il est constipé, rien de remarquable ; mais s'il a de la diarrhée, les matières fécales s'échappent involontairement sans qu'il fasse aucun effort et à plus forte raison lorsqu'il fait des efforts pour uriner. Les gaz s'échappent aussi involontairement.

Tous ces troubles dépendent évidemment d'une paralysie des organes qui traversent la région périnéale : la peau elle-même de cette région est aussi paralysée. Ainsi la peau du périnée, des bourses, de la verge, de la marge de l'anus, de la partie supérieure même des cuisses est complétement insensible aux piqûres d'épingle.

La peau du périnée est même insensible à des pointes de feu appliquées dans cet endroit dans un but thérapeutique.

Interrogé sur les causes de cette affection, le malade nous apprend que sa maladie existe depuis sa naissance, plus légère, il est vrai, que maintenant. Ainsi, il dit avoir toujours eu la vessie faible ; il se rappelle que, dans son enfance, il lui suffisait de faire une course pour mouiller sa chemise. Il y a environ quatre mois, il se livra à un coït immodéré, croyant faire disparaître par ce moyen les symptômes légers de son affection ; mais alors elle s'aggrava, et nécessita son entrée à la Maison de santé.

Le malade présente depuis son enfance, au niveau de la région lombaire, une tumeur de la forme d'un champignon, comme ratatinée, de la grosseur du poing, molle, fluctuante, non réductible, n'augmentant point par les efforts de toux ; elle est située au niveau de la région lombaire, exactement sur la ligne médiane. Le malade dit que cette tumeur n'a jamais augmenté de volume, ne s'est jamais enflammée ; il n'a pris contre elle aucune précaution, et il était loin de se douter que cette tumeur pût être pour quelque chose dans sa maladie.

M. Guersant signale l'intérêt que présente cette observation ; elle vient, en effet, appuyer l'opinion des chirurgiens qui ne veulent pratiquer aucune opération dans le spina bifida. J'avoue, dit M. Guersant, que j'ai traité par des procédés chirurgicaux 25 malades, et 24 de mes opérés ont succombé aux accidents inflammatoires résultant de l'opération.

Aux demandes adressées par MM. Gerdy et Forget sur le traitement adopté dans le seul cas de guérison, M. Guersant répond qu'il a eu recours à la ligature.

M. Larrey. Le sujet qui vient d'être présenté à la Société de la part de notre honorable collègue M. Monod offre un cas intéressant par la persistance rare d'un hydrorachis jusqu'à l'âge adulte, sans que le développement de l'individu ait souffert, et sans qu'il ait été atteint de paralysie des membres inférieurs. C'est à cet égard que je crois devoir citer un fait à peu près semblable.

Je me rappelle avoir vu, en 1831, à l'hôpital Cochin, dans le service de M. Jadioux, un infirmier âgé de vingt-quatre ou vingt-cinq ans, affecté d'un spina bifida au niveau des premières vertèbres lombaires. La tumeur, du volume du poing, à parois minces, [était parfaitement arrondie, non pédiculée, molle, dépressible, transparente, et si douloureuse à la moindre pression, qu'elle provoquait instantanément sous la main une réaction vive dans le cerveau, et une paralysie proportionnelle des membres inférieurs. Cet homme n'avait jamais subi d'opération chirurgicale, il se contentait de protéger sa tumeur à l'aide d'une poche de cuir solide maintenue par une ceinture, et il faisait sans fatigue son service d'infirmier.

S'il m'était permis, ajoute M. Larrey, de comparer ce fait à celui de M. Monod, aux cas si nombreux d'hydrorachis observés chez les enfants, je serais disposé à admettre la nécessité d'une extrême réserve dans la thérapeutique chirurgicale de cette grave affection, trop souvent mortelle, quoi qu'on fasse pour la guérir.

M. Lallemant a vu constamment échouer toutes les opérations tentées contre le spina bifida, et dans les cas de ce genre il se contenterait de pratiquer une compression méthodique.

M. Chassaignac reconnaît qu'il est parfaitement avéré que la vie n'est pas nécessairement compromise par le spina bifida, mais il faut avouer que la mort est la règle dans ces affections : aussi ne doit-on pas proscrire aussi positivement toute intervention chirurgicale. Les injections d'iode lui paraissent offrir un moyen précieux. M. Velpeau en a fait une fois l'application sans déterminer d'accidents.

Une fois, dit M. Chassaignac, j'y ai moi-même eu recours avec succès.

M. Guersant dit qu'il se rappelle parfaitement avoir vu le malade opéré par M. Chassaignac.

M. Voillemier fait observer que toute la question dans la détermination à prendre vis-à-vis d'un malade affecté de spina bifida réside dans le diagnostic des lésions anatomiques. Certains spina bifida se présentent en effet dans des conditions d'extrême singularité : la moelle et les nerfs terminaux ne sont pas déplacés ; il existe un simple sac séreux en rapport avec la cavité arachnoïdienne. Alors les malades peuvent vivre, et si on les opère les chances de succès sont très belles.

M. Chassaignac partage l'opinion de M. Voillemier sur la difficulté du diagnostic et sur la curabilité possible de certains cas de spina bifida.

Dans le fait qui lui est personnel, le petit malade a guéri, et néanmoins l'ouverture de communication entre le sac et la cavité rachidienne était assez considérable ; il suffisait d'exercer une compression médiocre sur la tumeur pour produire des symptômes de compression. M. Paul Dubois avait eu l'intention d'opérer cet enfant, mais la nourrice n'avait pas voulu se résigner à entrer à la Clinique.

M. Voillemier n'a pas douté un seul instant que le malade de M. Chassaignac n'ait présenté un véritable spina bifida ; il a voulu seulement signaler les difficultés du diagnostic.

M. Laborie a eu l'occasion de voir un assez grand nombre de spina bifida ; il a publié un travail sur ce sujet (1). Il lui paraît bien incontestable que dans quelques cas l'opération peut être suivie de succès, mais seulement quand la tumeur ne contient pas la moelle épinière ; alors même la guérison peut être spontanée : la poche saillante s'isole, elle perd sa communication avec l'intérieur du rachis et devient un simple kyste séreux, comme on le voit dans le fait signalé par Ruisch.

Dans son mémoire, M. Laborie s'est précisément attaché à tracer les caractères du spina bifida qui peut être opéré, mettant en regard les symptômes qui contre-indiquent l'opération.

M. Boinet pense que l'iode peut toujours être employé sans danger ; il ne détermine pas en effet d'inflammation. Ainsi M. Velpeau a pu répéter quatre fois l'injection sur un malade et le guérir.

M. Voillemier ne saurait admettre l'opinion de M. Boinet sur l'innocuité des injections iodées.

Correspondance imprimée.

La Société reçoit :

1° Une brochure intitulée : *Ueber radical. Operation Beweglicher Leistenbruche*, von Dr Rothmund, Professor der Chirurgie, Director der Chirurgie Ophthalm-Klinik an der Universität zu München-Ritter, etc., etc. ;

2° Les livraisons 26 et 27 du *Cours de physiologie* de M. le professeur Bérard.

— M. Robert dépose sur le bureau, au nom de M. Michaux, une note additionnelle à une communication relative à l'hématocèle, ou kystes sanguins du cou ; plus, un travail sur les résections de la mâchoire supérieure.

Ces communications sont renvoyées à la commission déjà nommée.

Correspondance manuscrite.

M. Larrey présente au nom de M. Tharsile Valette, chirurgien-major à l'hôpital militaire de Metz, un mémoire intitulé : *Sur la possibilité de lier l'artère occipitale près de son origine.* (Commissaires : MM. Larrey, Maisonneuve, Voillemier.)

— M. Hervez de Chégoin adresse à la Société une lettre de remercîments, pour le titre de membre honoraire qui lui a été décerné dans la dernière séance.

— M. Maisonneuve, à propos de la correspondance, demande la parole, pour offrir, au nom de M. Thore fils, une observation de cachexie cancéreuse avec fracture du fémur.

Cette observation est accompagnée de planches. (Commissaires : MM. Deguise père, Huguier et Houel.)

Rapport sur une observation de fracture longitudinale du radius gauche, avec fracture transversale du cubitus ; luxation des deux os de l'avant-bras en avant, et par suite gangrène de la presque totalité du membre supérieur.

(Ce fait a été observé à l'hôpital d'Harcourt, canton de Brione (Eure), par MM. les docteurs Dupont Chambellan et Désormeaux.)

M. Houel donne lecture du rapport suivant :

Messieurs, l'observation sur laquelle je suis chargé de faire un rapport à la Société est malheureusement très incomplète, ce qui est regrettable, car elle touche à des points de chirurgie que je dirais volontiers encore peu nombreux dans la science. Afin d'intéresser davantage ce travail, je crois devoir joindre à ce rapport un extrait assez complet de l'observation.

En voici le résumé :

Un jeune homme de dix-huit ans, exerçant la profession de tireur de sable, se laissa tomber dans une marnière, d'environ 70 pieds de haut. Retiré immédiatement, il fut apporté à l'hôpital d'Harcourt, le dimanche 1er août 1852.

A son entrée, on reconnut :

1° Une fracture du cubitus à deux travers de doigt de l'articulation cubito-carpienne, avec plaie ;

2° Une luxation en avant des deux os de l'avant-bras.

Une tuméfaction considérable de couleur rouge-brun occupait la main et l'avant-bras ; de larges ecchymoses violacées s'étendaient sur

(1) Tome XIV des Annales de la chirurgie française.

---

conseil comme ayant subi la vaccination sont de 121,595, outre 11,984 vaccinés par nos vaccinateurs stationnaires à Londres.

§ II. Par suite d'ordres reçus de l'office colonial, de grandes provisions de vaccin ont été expédiées à différentes îles des Indes occidentales par chaque malle pendant l'année passée, et le conseil a des motifs pour croire qu'un grand et permanent bien en a été le résultat pour la population coloniale. Outre une grande et croissante demande de vaccin, à laquelle nous avons répondu pour des stations militaires à l'intérieur aussi bien qu'au dehors, pour des vaisseaux de guerre, des prisons, etc., des provisions ont été envoyées à l'Amérique du Nord, à l'Australie, à la Nouvelle-Zélande, à la côte d'Afrique, aux îles Philippines et à Hong-Kong. Nous avons aussi fourni une provision à l'Égypte, sur la demande du vice-roi, par le conseil de Sa Majesté à Alexandrie, et à Baden-Baden, sur la demande des autorités médicales du pays.

§ III. Les comptes-rendus reçus de la côte d'Afrique méritent quelques commentaires. Nous apprenons par une lettre du gouverneur M. Donnell au comte Grey, et qui nous a été transmise par sa seigneurie, que, par l'énergie persévérante du chirurgien d'état-major Kehoe, après beaucoup de difficultés et de désappointements, la vaccination a été pratiquée d'une manière fort étendue à Bathurst, et l'on entretient l'espoir qu'elle se répandra parmi les races indigènes sur les bords de la Gambie. « Il sera intéressant pour Votre Seigneurie, observe le gouverneur M. Donnell, d'apprendre qu'un des chefs, qui reçut le docteur Kehoe avec beaucoup de bienveillance et fit avec le plus grand empressement vacciner sa famille, était le roi de Keenang, avec lequel j'avais été l'année dernière engagé dans des hostilités sérieuses. » Nous apprenons aussi par le gouverneur qu'il a reçu beaucoup de secours dans cette œuvre charitable de la part des missionnaires weslegens.

§ IV. C'est avec regret que nous avons à constater que la petite vérole règne toujours gravement dans l'île de Man. Nous apprenons par une lettre du recteur d'Audré, datée du 20 décembre 1811, que dans une paroisse ayant une population de 3,000 âmes, il y a eu 62 morts dans les derniers trois mois. Comme cet endroit n'a pas de loi des pauvres, la vaccine ne peut devenir générale que par les efforts du clergé. Le conseil de vaccine a été activement engagé à transmettre une abondante provision de virus, et nous avons reçu un témoignage satisfaisant du résultat. Le charitable ecclésiastique, le révérend J.-C. Moore, auquel nous avons fait allusion, et auquel notre reconnaissance est acquise, nous informe que le vaccin en tubes (*the points*) reçu du conseil a été éminemment couronné de succès, au point que dans sa paroisse, avec une population de plus de 2,000 âmes, pas un seul cas de mort n'a eu lieu, quoiqu'il y en eût un grand nombre aux environs. Nous avons la confiance que cet exemple sera suivi par ses révérends confrères de l'île, et qu'ils iront et feront de même.

§ V. En abordant le sujet du dernier règne (*late prevalence*) de la petite vérole dans ce royaume, le conseil ne voit aucune raison pour se rétracter de sa forte opinion, si fréquemment exprimée, sur son entière confiance dans la puissance protectrice de la vaccine. Il a la conviction que les doutes et les craintes, qui trop promptement s'emparent de l'esprit public par des sophismes (*in fallacies*), seront facilement dissipés par une investigation sincère et exempte de prévention des circonstances sous lesquelles ils ont pris naissance.

§ VI. Sans entrer dans l'examen de ces mystérieuses influences qui gouvernent les visites périodiques des maladies épidémiques, il est évident que, pendant et encore quelque temps après la visite sévère de la petite vérole, la masse alarmée de la population s'empressera de recourir au vaccinateur pour se garantir, et que, de cette manière, une immunité qui en est la conséquence sera assurée pour quelques années. Mais à mesure que ce fléau décline, la terreur qu'il inspire s'apaisera, et le public deviendra indifférent au sujet de la pratique vaccinale, et se laissera exposé aux terribles effets qui accompagnent le retour de la maladie. C'est là l'explication qui tombe sous les sens de la gravité qui accompagne ces explosions périodiques.

Il est, généralement parlant, lamentable d'observer non-seulement l'indifférence, mais l'hostilité active déployée par la multitude à l'égard de la vaccine (*but the active hostility displayed by the community to vaccination*). Des préjugés profondément enracinés et des superstitions absurdes s'opposent toujours à son adoption ; et là où ceux-ci ont été vaincus et la vaccination dûment accomplie, l'efficacité de l'opération a été mise en question par la croyance que l'enlèvement du vaccin affaiblit l'enfant ; croyance qui porte la mère à arrêter la maturation de toutes les vésicules, à l'exception d'une seule. Nous continuons aussi à regretter le manque de soins suffisants de la part des vaccinateurs, qui ne poursuivent pas avec une attention convenable la question si, dans chaque cas, la vésicule a dûment achevé son cours. Enfin, pour terminer, il sera utile de rappeler au public ce fait établi, et sur lequel le conseil, dans les occasions précédentes, a déjà beaucoup insisté, à savoir, que la restriction de la puissance protectrice de la vaccine à un âge ou à un terme donné quelconque, est une hypothèse contredite par l'expérience, et nullement soutenue par l'analogie (*is an hypothesis contradicted by experience, and wholly unsupported by analogy*), tandis que la diminution de la mortalité par suite de la petite vérole, qui commença avec son introduction, et a continué pendant le demi-siècle de son application, dément efficacement toute conclusion préjudiciable de cette hypothèse contre la vaccine.

Ont signé trois autorités médicales anglaises, plus l'archiviste du conseil de vaccine.

Pour copie conforme : A. Bayard, d.-m.

la partie interne du bras; la température de ces parties était peu élevée. Le membre supérieur du côté opposé ainsi que la tête présentaient des contusions et quelques déchirures sans gravité. Le pouls était à 90, et le cerveau ne paraissait avoir subi aucune atteinte de cette terrible secousse. — De nombreuses sangsues furent appliquées sur le bras malade, et une petite saignée fut pratiquée.

Le lendemain, des signes de sphacèle parurent à la main et à l'avant-bras; la température de ces parties s'était mise en équilibre avec l'air, et contrastait d'une manière remarquable avec l'ardeur inflammatoire du bras. Une forte odeur de gangrène s'exhalait du membre. Lorsque la gangrène fut limitée, huit jours après l'entrée du malade à l'hôpital, l'amputation du bras fut pratiquée par M. Dupont, à peu de distance de la tête humérale, par un procédé mixte, assez incomplètement décrit dans l'observation, et qui m'a paru se rapprocher de la méthode employée par Larrey pour la désarticulation scapulo-humérale. L'os fut scié à peu près au niveau de son col chirurgical; l'artère humérale était oblitérée au niveau de la section des parties molles. Le malade a guéri assez rapidement.

A l'examen du membre, on observe les désordres brièvement indiqués dans l'observation, et de plus une fracture longitudinale du radius, qui avait été signalée par le docteur Chambellan. Cette fracture du radius se divise verticalement de bas en haut en deux moitiés latérales, interne et externe, à peu près égales; elle commence en bas à la surface articulaire inférieure, et remonte sur la diaphyse, jusqu'à l'union du tiers inférieur avec le tiers moyen; son écartement, assez considérable inférieurement, est de 3 millimètres.

Deux faits dans cette observation ont particulièrement attiré l'attention de votre rapporteur : 1° celui de la fracture longitudinale du radius; 2° la luxation des deux os de l'avant-bras en avant. Mais je me vois forcé à regret de passer sous silence la luxation du coude; elle n'est véritablement que mentionnée dans l'observation de M. Dupont; les détails, comme vous avez pu en juger par l'extrait de l'observation que je vous ai communiqué, sont trop incomplets. Il en est de même de la gangrène, qui s'est emparée de la presque totalité du membre, avec oblitération de l'artère brachiale, et du mode opératoire employé par M. Dupont. Pour entrer dans quelques détails d'appréciation, il m'aurait fallu avoir une description beaucoup plus complète de l'examen de ce membre. Mon rapport portera donc exclusivement sur la fracture longitudinale du radius, et je demanderai à la Société la permission de combler encore ici une lacune que je regrette de trouver dans le travail qui a été soumis à votre appréciation, c'est-à-dire l'état actuel de la science à ce sujet.

On est aujourd'hui généralement convenu d'appeler fractures incomplètes celles qui n'intéressent qu'une partie de l'épaisseur de l'os, et, avec M. Malgaigne, j'en distinguerai deux variétés :

1° Les fissures ou fêlures des os;

2° Les fractures incomplètes proprement dites.

C'est à la première variété que se rapporte l'observation que j'ai résumée, et quoique admise aujourd'hui par tous les chirurgiens, cette fracture a certainement été jusqu'au commencement de ce siècle une des plus controversées. Je ne dirai que quelques mots seulement des fissures des os plats et des os courts, me réservant de développer avec quelques détails l'histoire de la fissure des os longs. Encore, pour cette dernière variété, il ne sera point question de celles qui sont bornées aux épiphyses seulement. M. Verneuil en a déposé dans le musée Dupuytren un très bel exemple, limité à la cupule radiale.

Les os plats paraissent avoir été les premiers sur lesquels ces fissures auraient été observées; Hippocrate les a décrites. Et parmi les os plats, ceux de la tête sont certainement en première ligne. Le musée Dupuytren en possède déjà un assez bon nombre. Ces fissures peuvent être bornées à la table interne; exemples : n°s 22, 23 et 37, ou à la table externe, n°s 17, 19 et 21. Une remarque intéressante, c'est que sur les pièces l'épaisseur de l'os est peu considérable, et par suite la couche de diploé très mince. M. Denonvilliers, en 1848, a présenté à la Société un cas de fracture incomplète du pariétal; la table interne était séparée de l'externe, et enfoncée du côté de la dure-mère.

Ces fissures incomplètes des os sont un peu plus rares pour les os courts. On en connaît cependant plusieurs exemples. Gulliver dit qu'il existe au Collége des chirurgiens d'Edimbourg une fissure transversale de la rotule du côté de la face articulaire; M. Malgaigne, dans son *Atlas sur les fractures*, a fait dessiner un cas analogue; Paletta a vu une vertèbre troisième dorsale fissurée de haut en bas; le musée Dupuytren, pièce n° 2, et c'est principalement en vue de ce fait que j'ai consacré cet alinéa, renferme une vertèbre dont la fissure longitudinale est double de celle de Paletta. Sur cette pièce, donnée par Blandin, et décrite seulement dans la partie du catalogue publiée par M. le professeur Denonvilliers, il existe une fracture oblique consolidée du corps de la deuxième vertèbre lombaire, tandis que les corps des première et deuxième lombaires du côté du canal rachidien sont fissurés verticalement d'arrière en avant dans les deux tiers de leur épaisseur.

Mais c'est principalement à l'occasion de la fissure des os longs que la discussion a été agitée, et qu'il y a eu doute dans l'esprit de bon nombre de chirurgiens. C'est précisément un fait de ce genre dont j'ai rendu compte à la Société. M. Malgaigne, dans son *Traité des fractures;* M. Bouisson, dans une série d'articles publiés dans l'*Union Médicale* (1850), ont fait une bibliographie très complète des auteurs qui ont écrit sur ce sujet. C'est ainsi qu'il semble résulter des textes de Galien, de Fabrice d'Aquapendente, que ces auteurs avaient déjà connaissance des fractures longitudinales des os longs ; mais on ne trouve dans leurs livres aucune description. Dès le seizième siècle, Félix Wurtz, dans sa *Chirurgie pratique*, leur consacre également un chapitre spécial, mais il ne cite également rien de particulier. En 1686, Stalpast Vanderwiel publia, sous le nom de fissure du tibia, l'histoire d'une domestique qui aurait reçu un coup de pied de cheval; la plaie cicatrisée, la douleur persista et ne céda qu'à l'opération du trépan. Duverney, à l'inverse de ses prédécesseurs, cite, lui, des exemples de fissure des os. Dans ces deux exemples remarquables, c'était le tibia qui était le siége de la fissure. Louis, contrairement à Heister, fait observer que Heine a décrit sous le nom de fissure des os des lésions profondes, telles que, en particulier, la nécrose; et, réfutant les faits de Duverney, il ajoute que les fractures longitudinales sont impossibles. J.-L. Petit, tout en faisant une judicieuse exception au sujet de l'existence des fissures occasionnées par les balles de mousquet, nie les autres fractures longitudinales des os, par la raison, dit-il, qu'un choc capable de la produire romprait plutôt l'os en travers. Nous verrons tout à l'heure ce qu'il faut penser de ce raisonnement, en examinant les faits de M. Bouillon. Boyer et Richerand répètent les expressions de J.-L. Petit; ils font une réserve pour les balles seulement. Bécanne, en 1775 (ouvrage publié à Toulouse), cite l'exemple d'une fissure longitudinale du tibia par un coup de marteau.

Aujourd'hui l'existence de ces fractures est bien constatée, et a été observée et décrite sur la plupart des os longs. Néanmoins, Sanson, dans le *Dictionnaire de Médecine pratique*, article publié en 1832, la nie encore, sous prétexte que les fractures longitudinales des os sont des fractures obliques. Mais c'est une question qui, vu les faits nombreux et authentiques que nous possédons, ne peut être mise en doute. MM. Malgaigne et Bouisson, indépendamment des faits déjà cités, rapportent les exemples suivants : M. Jules Cloquet, à Saint-Louis, a eu l'occasion d'observer deux cas de fracture longitudinale du fémur; Campaignac, du tibia, sur une femme âgée de trente-huit ans, et occasionnée par une chute; Répault, une fracture longitudinale de l'humérus, sur un enfant de onze ans; M. Debrou, une fracture longitudinale du fémur par un coup de bâton (Cruveilhier, *Anatomie pathologique*, t. 1er, p. 39). Chaussier citait dans ses leçons l'histoire d'un criminel auquel on avait fait subir la torture, et à l'autopsie on trouva au quart supérieur du cubitus une fracture linéaire (homme de quarante ans). M. Bouisson cite encore dans son travail le fait de Réné (mai 1835). Coup de couteau porté dans la cinquième côte; perforation consécutive et fêlure parallèle à son axe. Une fracture longitudinale du second métacarpien par écrasement; enfin une fracture longitudinale du fémur (homme de vingt et un ans).

Nous retrouvons encore dans l'*Union Médicale* deux faits. Le premier est du 22 octobre 1851, et rapporté par le docteur Celerier, médecin à Brames (Gironde); c'est un exemple de fracture longitudinale de la partie inférieure du tibia sur un homme de soixante-quinze ans : une barrique de vidange lui était tombée sur la partie interne de l'articulation tibio-tarsienne droite. Le deuxième fait est rapporté par M. Laforgue, chirurgien adjoint à l'Hôtel-Dieu de Toulouse avec dessin. Il existe sur cette pièce une fracture transversale au tiers inférieur du tibia, et le fragment inférieur est longitudinalement divisé à l'union de son tiers postérieur avec les deux tiers antérieurs. Enfin, les musées contiennent aujourd'hui quelques pièces relatives à ces fissures longitudinales. M. Malgaigne a publié dans son atlas une pièce déposée au Val-de-Grâce par M. Fleury; c'est un fémur; il existe une fissure longitudinale très étendue. Dans le catalogue de M. Ehrmann on trouve la description d'une fracture longitudinale du fémur, déposée dans le musée de Strasbourg. Dans le musée Dupuytren il existe deux exemples de ces fissures; à savoir, la pièce n° 91 *a* et le n° 221. La première pièce, n° 91 *a*, est relative à une fissure longitudinale du radius, siégeant sur la face postérieure de la diaphyse. Cette pièce, donnée par M. Bérard, coïncide avec une fracture transversale et par pénétration de l'extrémité inférieure de cet os; elle est sans écartement des deux bords, et d'une longueur de 2 centimètres. La seconde pièce, n° 221, donnée par Marjolin, offre l'empreinte d'une balle qui a porté sur le bord interne du tibia, à l'union de son tiers moyen avec l'inférieur; il en est résulté trois fissures linéaires très étendues.

Si nous cherchons maintenant à étudier le mécanisme d'après lequel peuvent s'effectuer ces solutions de continuité, nous verrons d'abord que la disposition fibrillaire des os longs, qui est plutôt apparente cependant que réelle, rend jusqu'à un certain point compte de la possibilité de ces fractures, et je dirai même de la facilité que les os ont à se diviser longitudinalement ou parallèlement à leurs fibres. M. Bouisson, dans son travail publié dans l'*Union Médicale*, a fait des recherches expérimentales pour arriver à la solution des causes; mais toutes ces expériences ont été faites sur des os desséchés, et auraient peut-être, par cette raison, besoin d'être reprises. Il a institué trois séries d'expériences; pour la première série, il a produit ces fractures par la percussion sur l'os à l'aide d'un corps aplati. C'est l'humérus, le radius et le fémur qui ont été percutés pour la seconde série; c'est le cubitus, le péroné et la clavicule qui ont été fracturés. Ces os ont été pris et écrasés entre les mors d'un étau. Le fait de M. Ripault et celui de la troisième observation publiée dans le travail de M. Bouisson rentrent dans ces faits. Dans toutes ces expériences. M. Bouisson a porté la percussion ou l'agent vulnérant sur la crête la plus saillante de ces os. Dans une troisième série d'expériences, la fracture a été produite par perforation. A ce fait on peut rapporter le cas de pénétration de la côte par un couteau, le corps étranger l'ayant ensuite fait éclater. Les deux premières séries d'expériences avaient donc pour but de changer la forme des os longs, qui, de prismatiques, tendaient, sous l'influence de la cause vulnérante, à s'aplatir. Ce résultat était encore favorisé par la présence du canal médullaire. Les projectiles lancés par la poudre à canon réunissent dans leur mode d'action la première catégorie de faits de M. Bouisson et la troisième, c'est-à-dire qu'ils agissent par pression et par action dédolante : aussi ces fractures ont-elles été les premières généralement admises. Mais là ne se résumerait pas le mécanisme d'après lequel peuvent se produire ces fractures. M. Laforgue a supposé que chez son malade c'était par contre-coup, dans une chute sur les pieds, que la fracture avait eu lieu, l'astragale formant un coin. Et d'après cet auteur, la fracture transversale du tibia n'aurait eu lieu qu'après la chute du malade. Pour appuyer cette opinion, M. Laforgue, se mettant dans de meilleures conditions que M. Bouisson, a fait ses expériences sur des pièces fraîches. Après avoir amputé le membre dans l'articulation tibio-fémorale, appuyant le pied sur le sol, il plaça une traverse de bois sur l'articulation du genou, et un coup imprimé sur cette barre dans quatre circonstances détermina des fractures longitudinales du tibia. Nous manquons de renseignements sur le mécanisme d'après lequel s'est produite la fracture du radius qui fait l'objet de ce rapport. Mais ne pourrait-on pas la rapporter au mécanisme suivant : les os du poignet, faisant un coin arrondi dans l'articulation radio-carpienne, ont pu faire éclater le radius; c'est une supposition à laquelle votre rapporteur se rangerait volontiers.

Cette observation doit encore attirer notre attention au point de vue de l'os fissuré. Presque tous les faits connus ont été observés sur le membre inférieur et se résument ainsi : six pour le fémur; à savoir, un fait publié dans le travail de M. Bouisson, les deux cas rapportés par M. Jules Cloquet, le fait de M. Debrou, la pièce de M. Fleury, déposée au musée du Val-de-Grâce, et la pièce du musée de Strasbourg, déposée par M. Ehrmann.

Pour le tibia, le nombre en est plus considérable. Nous trouvons le fait de Becanne, d'Atolpast Vandenval, les deux observations de Duverney, de Léveillé, de Campaignac, de Marjolin, pièce déposée dans le musée de Dupuytren, de Celerier et de Laforgue; en tout, neuf; et j'ajouterai que le fait de Celerier est surtout remarquable au point de vue de l'âge, car le malade avait soixante-quinze ans.

Pour le membre supérieur, le nombre de ces fissures est beaucoup plus restreint, elles ne sont qu'au nombre de trois encore publiées dans la science ; celle qui fait le sujet de ce rapport constitue la quatrième. Elles se répartissent ainsi : une pour l'humérus (fait de M. Ripault rapporté par Campaignac), une pour le cubitus (Chaussier), une pour le second métacarpien ; enfin le fait de MM. Dupont et Chambellan, qui, avec la pièce de M. Bérard déjà déposée dans le musée, constituent pour le radius les deux seuls faits de fissure longitudinale que j'ai pu retrouver dans la science.

En raison des faits que je viens de vous énumérer, j'ai l'honneur de vous proposer :

1° D'adresser une lettre de remercîments aux auteurs de cette observation ;

2° De publier dans vos Bulletins un extrait de ce fait intéressant.

M. Verneuil rappelle, à propos du travail de M. Houel, qu'il a déposé au musée Dupuytren une fracture longitudinale de l'extrémité supérieure du radius. Une chute ayant eu lieu sur le poignet, le radius avait été fracturé à sa partie inférieure, suivant le mécanisme ordinaire. A la partie supérieure, l'os présentait deux fissures étendues depuis la capsule radiale jusque près de la tubérosité occipitale ; il en résultait la formation de trois fragments continus encore par une de leurs extrémités à la diaphyse de l'os et bien isolés à la surface cartilagineuse. Le ligament annulaire intact maintenait appliquées les trois pièces osseuses, de telle sorte que l'absence de toute déformation avait fait méconnaître la lésion pendant la vie.

Cette observation est consignée avec détails dans les *Bulletins de la Société anatomique* et dans la thèse de concours de M. Jarjavay (*Fractures des articulations*).

M. Verneuil a observé quelquefois des fractures longitudinales, surtout dans les lésions par écrasement de la diaphyse des membres. Cette forme n'est pas rare ; dans de telles circonstances, il se fait un grand nombre d'esquilles, qui presque toutes ont la forme de longs éclats.

Dans un cas de fracture de la diaphyse du fémur au tiers inférieur par écrasement, une longue fissure se remarquait dans presque toute l'étendue du fragment supérieur, depuis son extrémité inférieure jusqu'au voisinage du petit trochanter.

Cette fissure occupait les deux faces de la diaphyse.

M. Gerdy fait observer que, s'il est démontré par les travaux modernes que les os longs ne sont pas formés de fibres longitudinales, comme on le croyait autrefois, leur structure n'en est pas moins favorable à la production de fissures. On trouve en effet, au lieu de ces prétendues fibres, des canalicules qui sont aussi longitudinalement disposés.

M. Chassaignac a actuellement dans son service un homme qui présente un exemple de fracture longitudinale du tibia ; cette fracture a été produite dans une chute. Comme il existe une large plaie au niveau de la solution de continuité osseuse, on peut voir la fracture longitudinale qui règne environ dans l'étendue de sept centimètres.

M. Larrey fait remarquer à M. Houel que, parmi les documents historiques de son intéressant rapport sur les fractures longitudinales, il a omis de mentionner un mémoire de M. Campaignac, indépendamment de l'observation citée par lui, d'après cet honorable praticien. Le savant travail de M. le professeur Bouisson a conduit M. Campaignac à faire sur le sujet étudié autrefois par lui-même de nouvelles recherches, qu'il a communiquées vers le commencement de cette année à la *Société médicale du dixième arrondissement.*

M. Robert ne conteste pas qu'il y ait des fractures longitudinales ; mais il lui semble que, dans le cas particulier qui fait le sujet de l'excellent rapport de M. Houel, la fracture affecte plutôt la forme oblique.

M. Houel ne partage pas cette opinion.

M. Forget, après avoir demandé à M. Houel s'il a vu des exemples de fractures longitudinales affectant des phalanges, sur la réponse négative du rapporteur, dit qu'il en présentera un exemple dans une première séance. Sur un individu présentant une fracture avec plaie contuse produite par une chute sur les pieds, il dut amputer la deuxième phalange du pouce, et il reconnut que cet os était fracturé dans toute sa longueur jusque dans l'articulation avec la première phalange.

M. Larrey. « J'ai vu effectivement à la *Société médicale d'émulation*, avec M. Giraldès, la pièce anatomique à laquelle M. Forget vient de faire allusion ; mais nous n'avons pas trouvé qu'elle représentât rigoureusement une fracture longitudinale de la phalange ; et, d'ailleurs, les fractures des phalanges, si communes par écrasement, peuvent offrir des dispositions analogues à celle-là comme fractures articulaires, sans que l'on doive les assimiler aux fractures longitudinales de la diaphyse des os longs, celles-ci étant assez rares pour que leur existence ait été contestée pendant longtemps. »

M. Houel, dans son travail, n'a voulu s'occuper que des fractures longitudinales des os longs.

M. Giraldès a vu un cas très remarquable de fracture longitudinale du col de l'humérus : l'observation appartient à M. Smith, de Dublin.

M. Denonvilliers signale une espèce de fracture longitudinale que l'on observe quelquefois à la partie inférieure du fémur ; un des condyles se trouve séparé de l'os par une double fracture présentant deux directions se croisant à angle droit, la première, transversale, à une plus ou moins grande hauteur au-dessus de l'extrémité osseuse, l'autre, longitudinale, partant de l'espace inter-condyllaire et regagnant la solution de continuité transversale.

Quant aux fractures longitudinales des phalanges, on peut dire qu'elles sont assez communes; et dans les hôpitaux, où se rencontrent si souvent des ouvriers qui ont eu les mains saisies et écrasées par des machines, cette forme de lésion se voit assez souvent : d'ordinaire elle siége sur la deuxième phalange.

M. Voillemier croit que M. Houel pourrait peut-être rendre encore son travail plus complet en compulsant les *Bulletins de la Société anatomique*, et il y trouvera en effet quelques observations qu'il n'a pas mentionnées.

M. Huguier a trouvé un cas de fracture longitudinale affectant toute la longueur du col du fémur. Ce fait pourrait être rapproché de celui signalé par M. Giraldès.

Les conclusions du rapport de M. Houel sont ensuite adoptées, et on vote en outre l'insertion du rapport dans les *Bulletins de la Société.*

Le vice-secrétaire de la Société, E. Laborie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Conformément à la demande de M. le ministre de l'instruction publique, la Faculté de médecine de Montpellier vient de faire une liste de présentation pour la chaire de pathologie vacante par la mort de M. Rech.

M. le docteur Benoît a été présenté en première ligne; M. le docteur Anglada en seconde ligne.

— Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique, un concours public sera ouvert le 15 novembre prochain devant la Faculté de médecine de Strasbourg pour quatre places d'agrégés, savoir :

Une pour la section des sciences accessoires;

Une pour la section de médecine;

Deux pour la section de chirurgie.

Les docteurs en médecine ou en chirurgie qui désireraient prendre part à ce concours devront déposer, avant le 15 octobre prochain, au secrétariat de la Faculté de médecine de Strasbourg, les pièces constatant qu'ils remplissent les conditions d'admissibilité prescrites par les règlements.

— Le concours pour la place de chef des travaux anatomiques à la Faculté de médecine de Paris commencera le 16 août prochain.

— Il est question depuis quelque temps de la reconstruction de l'Hôtel-Dieu, sur des proportions monumentales, dans l'île de la Cité. La Faculté a adopté, la semaine dernière, le plan de transport des deux services de chirurgie et d'accouchements de l'hôpital des Cliniques, dont les bâtiments seraient affectés aux collections de l'École.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 65. — JEUDI 2 JUIN 1853. (26e ANNÉE.) N° 65. — JEUDI 2 JUIN 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

	Trois mois	Six mois	Un an
PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE.	8 fr. 50 c.	16 »	30 »
GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES.	9 fr.	17	33
ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR.	10 fr.	20	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

PARIS, LE 1er JUIN 1853.

Séances des Académies.

La séance de l'Académie de médecine, bonne pour le public et pour nous, a été pour le moins fort équivoque pour la commission de la surdi-mutité.

Deux orateurs, MM. Ferrus et Malgaigne, ont rempli la séance, qui s'est prolongée au delà du terme ordinaire, et y ont répandu un intérêt tel, que nul ne s'est aperçu de sa longueur. Personne, parmi les académiciens et les auditeurs, n'a déserté son banc avant cinq heures et demie.

Dans un discours fort bien écrit et d'une étendue moyenne, M. Ferrus a résumé les opinions de tous les membres de l'Académie qui ont pris la parole dans la discussion, depuis M. Gueneau de Mussy jusqu'à M. Bouvier, et celles des personnes étrangères à l'Académie qui sont intervenues dans le débat, depuis M. Ménière jusqu'aux professeurs de l'Institut impérial.

Ce résumé, fait avec une lucidité, une précision admirables, a jeté de vives lumières dans la question, et fait ressortir avec évidence les motifs plus ou moins intéressés qui ont animé la discussion.

Reprochant ensuite à la commission de ne s'être pas bornée à une réponse partielle et provisoire, telle que la demandait le ministre, et d'avoir, sans enquête suffisante, décidé des points encore douteux dans son esprit, l'honorable orateur a proposé des modifications importantes dans les conclusions : c'est-à-dire ou le renvoi du rapport à la commission pour continuer les études commencées, ou la délimitation du travail à l'examen des effets obtenus par M. Blanchet.

Quant à M. Malgaigne, laissant entièrement de côté la question historique, ne tenant même aucun compte des documents fournis par les divers orateurs, et entre autres par M. Bouvier, il a, dans un discours improvisé et qui a duré une heure et demie, captivé l'attention générale, et s'est fait écouter avec un intérêt soutenu. Des marques d'approbation fréquentes, de l'hilarité provoquée de temps en temps par des saillies et des rapprochements faits avec bonheur, ont accompagné presque constamment l'orateur, qui a remporté un de ces triomphes de parole auxquels nous sommes peu habitués dans l'enceinte de l'Académie, et qui nous a rappelé d'autres succès passés de mode depuis quelque temps.

M. Malgaigne a voulu voir et juger par lui-même ; il a argumenté M. Blanchet; il s'est transporté de la maison Dubois à l'Institut impérial; il a interrogé les sourds-muets, professeurs et élèves, et, tout en proclamant la bonne foi, la loyauté des uns et des autres, en les remerciant de la courtoisie, de l'empressement avec lesquels on s'est mis à sa disposition dans l'une et l'autre institution, il a fréquemment excité le rire général en exposant les difficultés de sa conversation avec les plus capables, les plus intelligents parmi les élèves de la mimique, dans laquelle il comprend la lecture sur les lèvres et les signes, et ceux de l'articulation. Il a peint avec originalité les embarras de ces entretiens, souvent inintelligibles, et de l'examen du rapport de la commission il a conclu que les conclusions vont au delà de ce qu'il lui a été donné d'observer et de répondre au ministre.

L'examen des élèves qui ont été observés par MM. les commissaires académiques lui a prouvé que, si une amélioration avait été obtenue en quatre ans, aucune guérison complète ne peut être citée; et, selon lui, les conclusions doivent être modifiées en ce sens.

Quant à la conclusion qui concerne l'audition par les nerfs de la sensibilité générale, M. Malgaigne y aperçoit aussi une hérésie physiologique qu'il laisse à M. Bérard le soin de relever.

Enfin, tout en admettant que des avantages réels sont obtenus par l'articulation pour les rapports de famille, l'orateur conclut que ces avantages sont nuls pour la société en général ; il ne croit pas que l'on doive imposer plutôt, comme nous l'avons dit, la parole aux 25,000 muets de France, que le langage des signes aux 35,000,000 de parlants. Ici, nous avouons que les arguments de l'orateur ne nous ont nullement paru concluants, et que si, dans les rapports de famille, l'articulation rend des services, nous ne voyons pas pourquoi elle serait désavantageuse dans la société. Le langage des signes offre de grandes difficultés, et ces difficultés des communications des sourds-muets avec les parlants, soit par les signes, soit par l'articulation, nous paraissent, contrairement à l'opinion de M. Malgaigne, un motif impérieux d'admettre une méthode qui, sans exclure les différentes mimiques, apporte un élément de plus dans les relations de ces infortunés.

Nous ne nous prononcerons pas sur les déclarations de M. Malgaigne relativement au but que poursuivait M. Blanchet, et qui serait en définitive, selon l'orateur, non pas l'éducation interne actuelle, mais la création d'externats comme en Allemagne, et ne prendrons parti ni pour ni contre la valeur relative des deux méthodes; mais il nous est impossible d'entrevoir même l'apparence d'un progrès à reculons dans l'introduction d'une méthode qui dans certains cas donne des avantages évidents, et qui d'ailleurs n'exclut en aucune manière les autres.

Nous avions du reste raison, et M. Malgaigne l'a prouvé d'une manière irrécusable, lorsque nous trouvions équivoque le secours que M. Bégin prétendait apporter à la commission dont il était membre. M. Malgaigne, qui combat les termes de la plupart des conclusions du rapport, s'est rallié avec un certain bonheur à la proposition de la création d'un conseil supérieur chargé de la direction et de la distribution des élèves. Nous n'avons nullement à nous prononcer sur les avantages de cette proposition, grâce à l'adoption de laquelle les répugnances de M. Malgaigne pour le rapport disparaîtraient peut-être complétement; mais ce qui nous a paru et nous paraît encore singulier, c'est que la proposition soit faite par un membre de la commission, qui aurait dû, ce nous semble, soumettre ses scrupules à ses collègues, et leur proposer au moins l'adoption d'une idée qui bouleverse de fond en comble des conclusions adoptées à l'unanimité. C'est là un de ces procédés que nous avons peine à comprendre, et qu'il nous est impossible d'approuver.

Quoi qu'il en soit, nous commençons à espérer que dans la prochaine séance, sauf quelques modifications plus ou moins importantes, les conclusions du rapport pourront être adoptées sans renvoi à la commission. Nous le désirons vivement, car il nous tarde, comme à M. Bérard, de voir l'Académie reprendre le cours de ses travaux; un arriéré considérable de rapports et de communications originales existe et appelle l'attention de la compagnie. Plusieurs candidats à la place vacante sont inscrits, et nous n'avons guère à espérer que de nouvelles lumières soient apportées dans la question de la surdi-mutité, qui nous paraît au moins provisoirement vidée.

— Dans un prochain numéro, nous publierons un extrait de l'important mémoire adressé par M. Morel-Lavallée à l'Académie de médecine sur les épanchements traumatiques de sérosité.

L'Académie des sciences nous fournit deux communications : l'une de M. le docteur Favrot, l'autre de M. le docteur A. Legrand. Nous renvoyons le lecteur à notre compte-rendu; il appréciera lui-même l'intérêt de ces communications.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. NONAT.

Vaste épanchement pleurétique. — Insuccès des drastiques et des vésicatoires. — Thoracentèse. — Guérison.

Voici un nouveau fait de guérison d'épanchement pleurétique considérable par la thoracentèse que nous adresse M. Nonat, et que nos lecteurs rapprocheront avec intérêt de ceux de cet honorable confrère et du fait de M. Bouchet, de Lyon, que nous avons publiés dans notre numéro du 9 avril dernier.

Désirée Belat, âgée de quarante-huit ans, [illegible]. Jusqu'au mois de septembre, on n'avait eu à noter chez cette femme aucun antécédent morbide. Dès les premiers jours de septembre, elle fut prise de courbature avec lassitude dans les membres, faiblesse aux lombes et diarrhée.

Vers le 15 septembre ces accidents reçurent un nouvel accroissement; une dyspnée intense survint, accompagnée de toux. On diagnostiqua un emphysème pulmonaire sans avoir exploré le thorax. Un traitement purement lénitif et antispasmodique n'amena aucune amélioration.

Le 20 octobre, un mois après l'apparition de ces derniers symptômes, on appela M. le docteur Coffin, qui explora attentivement le thorax et découvrit tous les signes d'un épanchement pleural s'élevant à la hauteur de six travers de doigt, situé à la base de la poitrine et à gauche. La présence du liquide s'accompagnait des signes d'une réaction assez intense qui indiquait encore des accidents aigus : point de côté, pouls à 105, etc. Une saignée de 500 grammes fut pratiquée; elle fut immédiatement suivie d'un soulagement notable, de la disparition du point de côté, d'une diminution considérable de la dyspnée et de la chute de la fièvre. Le pouls tomba presque aussitôt à 85.

Quelques jours après les phénomènes primitifs avaient reparu; l'épanchement, qui avait d'abord diminué, s'était de nouveau rapidement accru; il montait jusqu'au niveau de l'épine de l'omoplate; le mouvement fébrile seul s'était dissipé; le pouls était petit, mais normal, la dyspnée intense; pas de point de côté. M. Coffin essaie de combattre l'épanchement par les drastiques. Cette méthode échoue complétement. Un premier vésicatoire appliqué sur le côté affecté produit une diminution rapide et considérable de l'épanchement, qui ne monte plus qu'au niveau de l'angle inférieur du scapulum.

Mais dès le surlendemain, l'épanchement reprend le dessus, et deux autres vésicatoires appliqués coup sur coup sur le côté malade ne produisent qu'une oscillation légère et momentanée dans le niveau du liquide.

Le 7 novembre, l'épanchement atteignait la hauteur de la deuxième côte.

Le 11 novembre, on constate tous les signes d'un épanchement considérable emplissant à peu près tout le côté gauche du thorax; on se décide à avoir recours à l'opération de la thoracentèse. Cette opération est pratiquée dans le septième espace intercostal; on retire 4 litres et 125 grammes d'un liquide homogène sanguinolent.

Immédiatement après la ponction, la malade respire plus facilement. Les parois du thorax sont devenues élastiques et vibrantes; la matité est considérablement diminuée.

Le 12 novembre, la respiration se fait assez bien. La malade a toussé dans la journée; elle a rendu par l'expectoration une quantité considérable de crachats spumeux, liquides, fluants, sans aucune trace de sang. Les membres inférieurs qui, les jours précédents, étaient fortement œdématiés, présentent à peine quelques restes d'infiltration séreuse. La physionomie a perdu la teinte cyanosée de la veille et des jours précédents; la peau offre une température et une élasticité normales. Le pouls, à 96, est fort et résistant.

Au côté gauche de la poitrine on perçoit un râle muqueux bien caractérisé, dans le tiers supérieur surtout. Le quart inférieur est mat, et ne laisse pas arriver à l'oreille le bruit vésiculaire.

Les jours suivants, le pouls tombe à 75, puis à 70 pulsations. La malade tousse quelquefois, et rend par l'expectoration, en assez grande abondance, un liquide muqueux, clair, peu spumeux.

Sous l'influence de l'action d'un large vésicatoire appliqué sur le côté gauche du thorax, la bronchorrhée diminue; la malade tousse moins, la fièvre tombe entièrement.

Le 10 décembre, jour de la sortie, la malade se trouve dans un état très satisfaisant; elle a repris un appétit normal; la respiration n'éprouve pas la moindre gêne dans son exercice. Le murmure vésiculaire s'étend dans toute l'étendue des quatre cinquièmes supérieurs du côté gauche du thorax, un peu voilé, affaibli par l'existence de fausses membranes fort ténues sans doute, puisqu'elles ne produisent aucun bruit de frottement. On entend encore quelques râles muqueux dans les deux poumons, et la malade expectore une assez grande quantité de mucus filant, homogène, sans aucun mélange de sang.

HOTEL-DIEU DE TOULOUSE. — M. BESSIÈRES.

Observation d'épanchement gélatineux dans la cavité péritonéale. — Considérations sur l'étiologie et le traitement de cette affection;

Par M. X. FONDEVILLE, élève des hôpitaux, membre de la Société médicale d'émulation de Toulouse.

Nous empruntons à la *Gazette médicale de Toulouse* cette obser-

vation, non moins remarquable par elle-même que par les considérations pratiques dont l'a fait suivre l'auteur. L'issue heureuse de la maladie n'a pas permis d'apporter au diagnostic une confirmation rigoureuse; mais les probabilités tirées des signes, le rapprochement de ce fait avec un autre observé par M. Bessières et les recherches nécroscopiques de M. Andral ne laissent guère de doute sur le caractère réel de l'épanchement.

Delmas (Barthélemy), âgé de trente-huit ans, profession de brossier, entre à l'Hôtel-Dieu le 10 mai 1852, et est couché au n° 12 de la salle Saint-Jacques.

Ce malade, d'un tempérament bilieux, d'une constitution affaiblie, présente les phénomènes suivants :

Augmentation de volume de l'abdomen, aplatissement de cette cavité à la région antérieure et médiane, coloration légèrement terreuse. Rien d'anormal dans les autres parties extérieures du corps. Langue pâle, décolorée; pouls petit, mais assez régulier. La percussion pratiquée sur les parois abdominales fait connaître qu'entre le rebord des fausses côtes et l'ombilic existe une sonorité marquée, mais que de ce dernier point jusqu'à la région pubienne la matité est complète. La pression fait éprouver au malade une sensation douloureuse, mais obtuse; si on palpe l'abdomen, et surtout opposée, on est témoin d'un [illegible] : on ressent une sensation particulière, un véritable frémissement qu'on ne peut mieux comparer qu'à celui qui se manifeste quand on remue une substance gélatineuse. Du reste, les viscères abdominaux ne présentent rien d'anormal.

Par l'analyse de ces phénomènes, et surtout du dernier, M. le professeur Bessières porte le diagnostic d'un épanchement gélatineux.

Si nous interrogeons le malade, il nous apprendra : que deux mois avant son entrée à l'Hôtel-Dieu, il ressentit, après une indigestion de châtaignes, une pesanteur au ventre, accompagnée de coliques, avec très peu de diarrhée; que depuis cette époque il a été souffrant, sans appétit, le plus souvent constipé; éprouvant, surtout par le mouvement, une douleur gravative à l'abdomen, douleur qui augmentait pendant la digestion; quant à la fièvre, il ne se souvient pas d'en avoir eu. Des bains, des cataplasmes émollients ont été mis en usage sans amélioration.

A partir du 11, le malade est mis à une demi-diète : 1 riz, orge gommé; tandis que des frictions excitantes et calmantes, propres à réveiller l'activité des vaisseaux absorbants, sont faites sur l'abdomen, avec onguent mercuriel 32 grammes, belladone 8 grammes.

Le 16, un traitement interne, dirigé en vue d'opérer une dérivation sur le tube digestif, est commencé par l'emploi des pilules d'Anderson, qui sont, comme on le sait, composées d'aloès et de gomme-gutte, substances à action éminemment dérivatives. Elles sont continuées à la dose de une par jour jusqu'au 24. Sous leur influence la constipation cesse, et des selles diarrhéiques verdâtres apparaissent, d'abord peu nombreuses, elles augmentent successivement, et, dans la journée du 23, leur nombre se porte à six.

Les frictions dont nous avons donné plus haut la formule offrent aussi un commencement de succès; les douleurs de l'abdomen sont moins vives, le ventre est moins tendu et plus mou, mais les premiers symptômes d'une stomatite, qui apparaissent le 24, obligent de suspendre les frictions.

Les pilules d'Anderson étant facilement supportées par le malade, leur nombre est porté à deux par jour, à partir du 24; en même temps, prescription d'un gargarisme astringent pour combattre la stomatite. L'abdomen ne présentant plus, comme nous l'avons dit, que peu de douleur, un bandage de corps est appliqué, afin d'opérer une compression, celle-ci, en effet, ayant, dans bien des circonstances, facilité la résorption des liquides épanchés.

Le 26, même traitement; petit lait. La stomatite a presque entièrement disparu.

Le 30, avant de remettre le bandage de corps, nous examinons l'abdomen, et nous trouvons une amélioration notable; le ventre n'offre presque plus de matité, et la sonorité, qui dès le principe était limitée à l'ombilic, peut être perçue à présent à quatre ou cinq travers de doigt au-dessous de ce point. Quant au symptôme de frémissement, que nous avons fait connaître plus haut, il est très difficile à percevoir : ce qui prouve évidemment que la plus grande partie de la matière gélatineuse a disparu. L'état général s'est amélioré, la langue est moins pâle, la peau a repris à peu près sa teinte naturelle, et le pouls s'est relevé.

Chaque jour apporte une diminution rapide dans l'intensité des symptômes, au point que le 5 juin tous les phénomènes morbides ont disparu. Le ventre, en effet, est mou, et présente une sonorité tout à fait normale; les forces sont revenues, et avec elles l'appétit; la marche n'occasionne plus comme auparavant de la douleur, et le malade, qui n'éprouve qu'un sentiment de léger picotement dans le rectum, ce qui peut être attribué à l'action de l'aloès, demande à sortir; ce qui lui est accordé, son état n'exigeant désormais que les soins de la convalescence.

L'épanchement qui fait le sujet de l'observation précédente est, comme on le voit, caractérisé par l'accumulation d'une matière gélatineuse dans la cavité péritonéale.

Malgré toutes nos recherches dans les ouvrages scientifiques, nous n'avons pu trouver aucune description de cette maladie. Les auteurs les plus recommandables n'en font même pas mention. Cependant, le raisonnement aussi bien que les faits prouvent son existence. Outre l'observation concluante que nous venons de faire connaître, l'anatomie pathologique vient encore à notre aide, et corrobore par son irrévocable témoignage l'existence de cet épanchement. M. le professeur Bessières, en effet, il y a déjà de nombreuses années, a assisté à l'autopsie d'un cadavre dont le péritoine offrait un amas d'une substance présentant tous les caractères physiques de la gélatine. Au reste, pour se convaincre de l'existence de cette sécrétion particulière dans l'économie, il n'y a qu'à envoquer l'autorité de M. Andral. Cet habile observateur a, dans plusieurs circonstances, trouvé ce produit morbide dans les diverses trames organiques, et il l'a vu sur un cadavre remplir entièrement une des plèvres; ce qui l'a porté à admettre qu'il peut se former dans l'intérieur des grandes cavités séreuses.

Après avoir établi non-seulement la possibilité, mais encore la réalité de cette maladie, nous allons essayer d'en faire connaître l'étiologie.

Dans l'état actuel de la science, nous admettons les mêmes causes que celles de l'ascite, qui présente quelques points de ressemblance avec la maladie qui nous occupe, offrant toutefois des dissemblances notables que nous ferons connaître plus bas; cependant, nous ajouterons que leur influence seule ne suffit pas, et qu'en présence de sa rareté il faut nécessairement admettre une élaboration particulière de la sécrétion morbide, élaboration qui fournit la matière gélatineuse.

Les symptômes de l'épanchement gélatineux sont : une douleur plus ou moins vive de l'abdomen, un sentiment de pesanteur, de gêne dans cette région; cette gêne se montre surtout lorsque les aliments pénètrent dans l'intestin. La percussion donne un son mat dans la région occupée par l'épanchement, tandis que la sonorité existe dans les parties voisines. Mais un symptôme de la plus grande importance, et que sans hésiter nous appellerons signe pathognomonique, est celui qui se manifeste lorsque la main parcourt légèrement les parois abdominales, on trouve alors un frémissement particulier, absolument semblable à celui qu'on perçoit lorsqu'on remue de la gelée : c'est un phénomène remarquable et qui, à lui seul, éclaire le diagnostic de cette maladie. En effet, on ne le [illegible] la fluctuation ou la sensation donnée par l'ébranlement du liquide; puis, selon que l'on fait coucher le malade sur l'un ou l'autre flanc, on sent la sérosité se porter vers le côté le plus déclive; tandis que dans l'épanchement gélatineux ces deux caractères n'existent pas. Il est aisé de s'en rendre raison, car, au lieu de sérosité, c'est un amas presque solide qui est épanché; par conséquent, il ne peut offrir, à cause de sa densité, les oscillations d'un liquide.

Les engorgements des viscères abdominaux peuvent par la percussion donner de la matité, mais cette matité est limitée à la région occupée par l'organe atteint; ils ne présentent d'ailleurs jamais le symptôme de frémissement.

Au reste, si on veut établir le diagnostic sur des preuves matérielles, ce qui toutefois n'est pas nécessaire, on peut faire une ponction exploratrice et, introduisant un stylet dans la canule du trocart, aller chercher quelques parcelles de la substance épanchée.

Le traitement sera basé sur la manière d'être de la maladie. Si elle se présente avec la forme sthénique, il faudra faire usage des antiphlogistiques; après l'emploi des saignées générales ou même locales, plus ou moins répétées, selon l'état du malade, les dérivatifs, comme les diurétiques, les sudorifiques, les purgatifs, entre autres l'aloès et la gomme-gutte, devront être mis en usage : ceux-ci cependant ne devront être employés que lorsque les phénomènes de trop vive excitation auront disparu. La forme asthénique, au contraire, demande l'emploi des toniques; si le sujet est très débilité, on pourra obtenir de bons résultats des préparations ferrugineuses.

Lorsque l'épanchement est sous la dépendance d'un arrêt dans la circulation, arrêt presque toujours produit par l'engorgement viscéral, il faudra combattre primitivement ces maladies; dans ces cas, l'emploi des mercuriaux, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur, a donné d'excellents résultats : ces médicaments, en effet, ont une action spéciale sur les membranes muqueuses buccale et gastro-intestinale, et, tout en augmentant la sécrétion de ces tissus, ils activent en outre le jeu des vaisseaux lymphatiques. Nous appelons aussi l'attention sur l'emploi de la reine des prés (*spiræa ulmaria*), qui semble avoir une action spéciale pour dissiper les collections de sérosité dans le péritoine. Il est un autre moyen qu'il ne faut pas négliger, parce qu'il compte de nombreux succès; c'est la compression. Celle-ci, comme le prouvent les nombreuses observations de M. Bricheteau dans les cas d'ascite, favorise la résorption du liquide épanché et active la sécrétion de l'urine; mais, avant d'y recourir, il est bon d'attendre la disparition des symptômes inflammatoires.

Quant à la paracentèse, si fréquemment employée dans les épanchements et surtout dans l'ascite, elle doit être entièrement bannie du traitement de la maladie qui nous occupe; en effet, le but qu'on se propose en la pratiquant, c'est de donner issue à la sérosité. Mais comment évacuer par une simple ponction une matière plastique? Aussi ne peut-elle être employée dans les cas d'épanchement gélatineux. Du moment que nous rejetons la ponction, c'est une raison pour ne pas parler des injections iodées, préconisées depuis quelque temps surtout dans les cas d'ascite; car la matière plastique ne pouvant être évacuée, il serait, sinon dangereux, du moins inutile, d'introduire l'iode dans la cavité péritonéale.

Tel est le tableau que nous vous offrons de cette maladie; il est bien incomplet sans doute, mais la rareté de cet épanchement jette la plus grande obscurité sur son histoire. Toutefois, avant de terminer, qu'il nous soit permis de rappeler les bons effets qu'a produits la compression dans le cas cité plus haut; sous son influence, en effet, a disparu cet épanchement qui durait déjà depuis longtemps; nous croyons cependant qu'elle a été puissamment secondée par l'emploi des frictions mercurielles qui avait précédé ce moyen thérapeutique : aussi ne saurions-nous proclamer assez haut les merveilleuses propriétés des mercuriaux, que l'ignorance et l'esprit de parti ont dénigrés sans cesse, mais qui, dans des mains prudentes, trouveront de nombreuses indications, aussi bien qu'ils seront des moyens héroïques.

CLINIQUE ÉTRANGÈRE.

M. le docteur Georges BALFOUR, de Cramond.

Traitement de l'érysipèle par la teinture d'hydrochlorate de fer.

Le sulfate de fer, soit en solution, soit en pommade, a été employé avec succès par M. Velpeau comme moyen topique dans l'érysipèle; c'est le seul tonique qui ait paru jusqu'ici arrêter l'inflammation érysipélateuse, qu'il ne laisse, selon ce chirurgien, subsister que deux jours partout où on l'applique.

Le docteur Balfour, ayant traité avec succès, conjointement avec le docteur Charles Bell, un cas d'érysipèle par la teinture d'hydrochlorate de fer, dont ce dernier praticien lui avait préconisé les excellents effets, a été conduit à expérimenter à l'intérieur ce médicament dans un assez grand nombre de cas (une vingtaine environ), et l'a trouvé constamment avantageux, que l'érysipèle existât chez l'enfant ou chez l'adulte, qu'il fût spontané ou traumatique.

Dans la première observation, il s'agissait d'une femme grande et scrofuleuse, ayant un érysipèle à la tête occasionné par l'irritabilité de deux larges ulcères de cette région. Elle fut guérie en trois jours.

Dans le second cas, c'était un homme portant un érysipèle au pied, qui fut guéri en deux jours.

Le troisième existait à la tête chez une femme à la suite d'une plaie; elle était mal depuis deux jours, lorsque l'emploi du remède amena la guérison en cinq jours; la plaie, coupure profonde de trois pouces de longueur, fut fermée en une semaine.

En un mot, tous les cas, dont plusieurs fort graves et accompagnés d'un délire violent, quelques-uns phlegmoneux, d'autres vésiculaires et survenus chez des enfants, ont été guéris en moins d'une semaine.

La suppuration ne se manifesta que deux fois, et dans ces cas le traitement n'avait commencé qu'après que cet accident s'était manifesté; la convalescence fut chez ces deux malades plus difficile. Dans les cas les plus graves, elle a commencé le neuvième jour, et [illegible] la durée de la maladie en eût été plus courte si le médicament avait été donné plus régulièrement; car ses effets sont si sûrs, dit M. Balfour, que je puis presque avec une certitude complète prédire l'état du malade en ayant connaissance de la quantité de remède prise, et qu'*un coup d'œil jeté sur la bouteille* m'instruit du progrès de la maladie *aussi bien* que la vue des parties elles-mêmes.

La teinture de muriate de fer est la préparation que M. Balfour a employée jusqu'ici; la dose varie selon l'âge du malade; le but principal est de saturer l'organisme de fer aussi promptement que possible, et de le maintenir en cet état jusqu'à ce que le mal soit abattu. De petites doses suffisent par dissiper la douleur et diminuer l'action du cœur; ce médicament agit aussi comme diurétique et corrige jusqu'à un certain point les sécrétions, nettoie souvent la langue aussi bien que tout purgatif. Il ne produit jamais de mal de tête et de symptôme fâcheux, et on peut le continuer avec avantage malgré le délire le plus violent. Le seul remède que l'on puisse employer concurremment est parfois un purgatif, ou l'application locale d'un cataplasme chaud, ou d'autres fois de farine ou d'amidon en poudre et de ouate; mais les cataplasmes sont préférés, peut-être sans beaucoup de raison, lorsque la situation ou l'étendue de la partie affectée n'offre pas de difficulté à leur application.

La principale action curative semble, comme le suppose M. G. Hamilton Bell, s'exercer sur les vaisseaux capillaires; et c'est pour cette raison que, tandis que l'action diurétique est également maintenue par de faibles doses moins fréquemment répétées, l'action curative n'est obtenue que lorsque l'organisme en est saturé et est maintenu pendant quelque temps dans cet état. D'ailleurs, sans nier que ce médicament puisse agir comme *purgatif rénal* dans cette affection, je dois ajouter, dit M. Balfour, d'après quelques expériences faites sur moi-même, qu'il ne paraît pas agir ainsi dans l'état de santé. La quantité d'urine a augmenté de moitié, mais la quantité d'urée ne s'est accrue que faiblement, d'un grain à deux en vingt-quatre heures, et ne s'est écartée des limites usuelles que d'une manière si insignifiante, en supposant même que cette augmentation fût bien réelle, qu'elle ne doit compter pour rien dans l'action médicatrice *merveilleuse* de cette substance. En prenant 20 gouttes de teinture toutes les deux heures, la deuxième et la troisième doses ont produit un léger degré de tension à la tête, symptôme qui a disparu ensuite pour ne plus revenir. A cette période également le pouls était légèrement accéléré, probablement par excitation nerveuse, car ensuite il est tombé de 80, mon état habituel, à 64. Le fer a été pris à des intervalles de quatre jours, régulièrement toutes les deux heures pendant les douze dernières heures. Son action diurétique s'est toujours établie une heure après avoir pris chaque dose; aucune trace de fer n'a été retrouvée dans les urines et dans le sérum du sang; mais, comme cela peut tenir à mon peu d'habileté en chimie, je me propose de fournir à un chimiste, qui voudra bien l'expérimenter, une nouvelle occasion de s'en assurer; car je ne connais aucune méthode de traitement d'une maladie plus digne d'investigation, et aucune qui mérite plus d'être adoptée que le traitement de l'érysipèle par le fer.

Quelques personnes ont supposé que son efficacité est due à son action *stimulante*; cette supposition est démentie par un cas que j'ai eu récemment sous mes yeux d'un jeune homme affecté de scarlatine, qui avait une tache d'érysipèle vésiculaire sur le sacrum et une autre à l'aisselle. Aucun de ces deux érysipèles ne fut en aucune manière influencé par le carbonate d'ammoniaque employé pour le traitement de la scarlatine coexistante, mais céda à la fois à vingt-quatre heures de traitement par le muriate de fer.

Voici quelques exemples publiés par M. Balfour dans *the Monthly journal*, d'Edimbourg.

OBS. I. — J. A..., jeune homme de vingt ans, fut pris, il y a six jours, de douleur, de rougeur et d'enflure vers l'angle droit de la mâchoire. Il n'avait fait autre chose que d'y appliquer de la farine.

Le 24 décembre 1851, l'enflure et la rougeur s'étendent à la joue droite et au côté droit de la tête jusqu'au vertex; l'œil droit est complètement fermé, la langue est sale; constipation. Le pouls à 108. Calomel, 10 grains; poudre de jalap, 1 once à prendre de suite; 8 gros de muriate de fer; sirop de gingembre, 1 once; eau, 6 onces. A prendre toutes les deux heures une cuillerée à café. On continue l'usage de la farine localement.

Le 25, le pouls est à 80; le purgatif a bien agi; la langue est presque nette; les parties affectées ne sont ni enflées, ni rouges, ni douloureuses; l'œil droit s'ouvre, mais l'œil gauche est fermé, et le côté gauche de la tête et de la face est affecté; on continue régulièrement l'emploi de la teinture.

Le 26, pouls à 96; même état; teinture.

Le 27, pouls à 96, mais plus mou; tous les symptômes sont amendé. — Huile de ricin.

Le 28, pouls à 76; convalescence.

REMARQUES. — Le premier effet du traitement fut si avantageux que le malade fut porté à être moins assidu à prendre de la potion. Je le vis le 25 au moment précis où les résultats de sa négligence devenaient apparents. L'usage plus régulier du médicament le mit bientôt hors de danger et lui rendit la santé.

OBS. II. — Mrs W. R..., âgée de vingt-trois ans, avait été prise d'érysipèle depuis quatre jours.

Le 27 novembre 1851, la face et le front étaient gonflés, rouges et douloureux; les deux yeux sont fermés, la rougeur s'étend à la tête; constipation; la langue est couverte d'un enduit épais; le pouls à 120. On n'avait fait que couvrir la face avec de la farine d'orge, dont l'usage fut continué. Calomel, 10 grains à prendre de suite; 20 grains de muriate de fer à prendre toutes les deux heures dans un peu d'eau.

Le 28, la douleur et l'enflure de la face ont diminué; un peu de douleur et de rougeur s'étendent vers le cou; pouls à 96, langue nette; constipation persistante, la malade n'ayant pas pris le calomel; recommandation d'en prendre et de continuer la teinture.

Le 29, le calomel a agi; la douleur et la rougeur ont disparu; la peau est en desquamation; un œil est ouvert, l'autre l'est à peu près; pouls à 96.

Le 1er décembre, convalescence. L'enflure n'est pas entièrement partie. — Sel d'Epsom.

Le 3, bien.

Ce cas démontre clairement l'action du muriate de fer, pour nettoyer la langue, indépendamment de tout purgatif.

OBS. III. — J. Y'S., petite fille âgée de quatre mois. Légère rougeur de la grande lèvre gauche depuis deux jours.

Le 20 décembre 1851, la rougeur et l'enflure affectent les deux grandes lèvres et s'étendent à tout le bassin. — Huile de ricin; 2 gouttes de teinture de muriate de fer dans une cuillerée à café d'eau toutes les deux heures.

Le 21, le ventre s'est bien débarrassé; la rougeur est maintenant bornée à la grande lèvre droite, qui est enflée, mais elle s'étend à la hanche et à la cuisse droites. — Couvrir avec soin les parties de farine sèche et de ouate; continuer les gouttes de fer.

Le 22, même état.

Le 23, la rougeur a pâli; la peau des grandes lèvres est moins tendue.

Le 24, convalescence.

OBS. IV. — Mrs B..., âgée de vingt-cinq ans, fut prise, dans la soirée du 6 février 1852, d'un violent mal de tête et d'un saignement du côté droit de la gorge, qui est enflée, rouge et douloureuse; la langue est sale; constipation. — A prendre, 10 grains de calomel immédiatement, et une forte dose d'huile de ricin le lendemain matin; recevoir dans le gosier des vapeurs d'eau chaude; appliquer à l'extérieur un cataplasme.

Le 7, la gorge va mieux. — Le purgatif ayant peu agi, on le répétera.

Le 8, la purgation a produit beaucoup d'effet; la langue s'est nettoyée; la gorge est mieux; mais la joue gauche et l'oreille sont enflées, rouges et douloureuses. — A prendre, 20 gouttes de teinture de muriate de fer toutes les deux heures.

Le 9, une large phlyctène de l'étendue de la paume de la main s'est formée sur la joue gauche; l'oreille est très enflée et douloureuse, ainsi que le côté gauche de la tête, qui est couvert de bulles plus petites; pouls à 140; langue sale. — Couper les cheveux; sécher et couvrir avec de la farine les parties qui ont été soumises aux fomentations, l'humidité étant contraire; 10 grains de calomel immédiatement, et quatre heures après deux drachmes de sulfate de potasse; continuer le fer.

Le 10, pouls à 120; rougeur moins prononcée; même état, du reste. Ventre libre, selles très odorantes.

Les 11 et 12, même état. La face tout entière est très enflée et déformée; la peau s'éraille; lèvres saignantes; trois selles ont eu lieu, d'une odeur moins désagréable. — Continuer le fer.

Le 13, la malade a eu du délire toute la nuit, mais elle paraît mieux. Pouls à 120.

Le 14, meilleure nuit; amélioration; pouls à 112. Elle continue à aller de mieux en mieux. Le pouls se ralentit de jour en jour jusqu'au 18, où il est à 76, et la malade est bientôt tout à fait bien. Malgré l'étendue considérable de l'enflure sur toute la tête et la gravité générale de la maladie, il ne s'est pas formé une goutte de suppuration.

OBS. V. — Un enfant de quatre mois, au huitième jour de la vaccination, offre une marque bleue sous le coude du bras vacciné. On prescrit un peu d'huile de ricin et l'on couvre les parties avec de la farine. Le neuvième jour tout le bras est enflé, doublé de volume et d'un rouge intense. — 3 gouttes de teinture de muriate de fer toutes les deux heures.

Le lendemain, l'enflure et la rougeur sont presque entièrement dissipées, et l'auréole naturelle, même autour des vésicules vaccinales, est plus pâle que d'habitude. On diminue graduellement la quantité de fer. L'enfant se rétablit promptement.

VARIÉTÉ RARE DE GANGRÈNE INFLAMMATOIRE

à forme serpigineuse, avec destruction complète de l'aponévrose plantaire. — Guérison.

Observation communiquée à l'Académie des sciences (séance du 30 mai) par M. le docteur Alexis FAVROT.

La gangrène qui survient à la suite d'une inflammation phlegmoneuse peut revêtir des formes très variées. On la voit tantôt affecter le tissu cellulaire sous-cutané, d'autres fois frapper les organes les plus profonds, tels que les aponévroses, les muscles et surtout leurs tendons; mais il est rare de voir cette affection revêtir une forme serpigineuse et limiter ses effets à une portion seulement de l'épaisseur de la peau.

Il nous a été donné d'en recueillir une observation des plus remarquables, dont nous allons donner un exposé succinct.

M. X..., directeur d'un de nos principaux théâtres de Paris, encore dans la force de l'âge, et qui jusqu'alors avait joui d'une très bonne santé, fut atteint, le 8 juillet 1852, à la suite de l'extirpation d'un cor placé sur le dos du petit orteil du pied droit, d'un phlegmon diffus qui envahit d'abord le tissu cellulaire de cet organe, et se propagea rapidement sur toute la région dorsale du pied.

C'est alors qu'il réclama mes soins. Déjà l'articulation phalango-phalangienne était mise à nu; de larges phlyctènes remplies d'une sérosité noirâtre occupaient toute l'étendue de la face dorsale du tarse et du métatarse, et se prolongeaient même dans la région plantaire.

La gangrène était imminente, et tout portait à croire que le pied était sérieusement compromis.

En présence de tels phénomènes, je crus devoir recourir à l'expérience de notre savant confrère M. le docteur Maisonneuve, qui voulut bien s'adjoindre à moi pendant toute la durée du traitement.

Lors de notre première réunion, qui eut lieu le 23 juillet 1852, nous constatâmes que le tiers environ de la peau qui recouvre la région dorsale du pied était déjà frappé de gangrène, que le stylet pénétrait dans l'articulation des deux premières phalanges du petit orteil, qu'un gonflement œdémateux envahissait la partie inférieure de la jambe et la plante du pied.

Nous dûmes faire connaître au malade toute la gravité de sa position, le préparer même à une amputation qui paraissait presque inévitable. Avant cependant de nous y décider, nous crûmes prudent d'attendre la limitation de la gangrène et d'observer, tout en les dirigeant, les efforts que pourrait tenter l'organisme.

Le malade, soumis au repos absolu, fut placé de manière que la jambe, reposant sur un coussin de balle d'avoine, se trouvât dans une position élevée; plusieurs incisions furent pratiquées tant sur l'orteil que sur les parties œdémateuses et sur les points déjà mortifiés.

Un phénomène singulier frappa vivement notre attention au moment où le bistouri divisait les eschares; c'est que la peau n'était pas encore complétement envahie par la gangrène dans toute son épaisseur, et qu'il restait une partie du derme non encore mortifiée entre les eschares et le tissu cellulaire sous-cutané.

Cette circonstance insolite nous fit penser qu'il ne serait peut-être pas impossible d'arrêter les progrès du mal avant la dénudation des tendons extenseurs, et par conséquent de conserver au malade l'usage de son membre.

Dans cette espérance, sur laquelle toutefois nous ne comptions que bien faiblement, nous prescrivîmes les précautions les plus rigoureuses.

Le malade fut soumis à une diète sévère, à des boissons délayantes, à l'immobilité la plus absolue. La partie malade fut recouverte de cataplasmes émollients fréquemment renouvelés.

Sous l'influence de ce traitement, la gangrène borna momentanément ses progrès; l'œdème et le gonflement inflammatoire disparurent complétement, et nous vîmes avec une satisfaction profonde que lors de la séparation des eschares il restait au-dessous d'elles une petite portion de l'épaisseur du derme. Mais tout en cessant de progresser en profondeur, la gangrène continua pendant quinze jours encore à s'étendre en superficie. Tandis que dans toute la région externe les eschares étaient détachées, que la cicatrice était en voie de formation, nous vîmes du côté externe la peau rougir, se couvrir de phlyctènes et se sphacéler comme dans la région voisine.

C'est le 15 août seulement que ce travail gangréneux cessa de faire des progrès. Les eschares récentes achevèrent de se détacher, sans que dans un seul point le tissu cellulaire sous-cutané eût été mis à nu.

La cicatrice marcha dès lors avec rapidité, et recouvrit bientôt toute l'étendue de la plaie, c'est-à-dire toute la région dorsale du pied. Le mal semblait marcher à la guérison, lorsque le 20 août survint dans la région plantaire une tuméfaction douloureuse accompagnée d'œdème, et bientôt se manifesta un véritable abcès, qui dut être incisé largement.

Cette incision nous fit reconnaître une seconde phase de la maladie, plus grave encore que la première. Cette fois ce n'était plus la peau qui était frappée par le travail gangréneux, mais bien l'aponévrose plantaire. Toute cette aponévrose se mortifia successivement jusque dans ses plus petits prolongements, et nous dûmes craindre une seconde fois que le pied tout entier ne fût gravement compromis.

M. le docteur Cabarrus, ami intime du malade, se trouvait présent quand nous décidâmes l'excision de cette vaste aponévrose sphacélée.

Cette excision mit à découvert tous les muscles de la plante du pied, et nous permit de constater que le mal ne s'était pas étendu plus profondément.

A dater de ce moment la gangrène suspendit sa marche envahissante, et la plaie marcha d'une manière régulière vers la guérison.

Nous signalerons cependant encore un fait assez curieux. Au lieu de se souder aux parties sous-jacentes, la peau de la plante du pied, qui par le fait de l'aponévrose plantaire se trouvait décollée dans une grande étendue, se recouvrit à la face profonde d'un épiderme épais, que nous fûmes obligé d'enlever avec soin, et qui put être détachée par lambeaux.

Après cette petite opération, la peau fut maintenue exactement en contact avec le tissu musculaire au moyen d'une compression méthodique, et rien dès lors ne vint plus entraver la cure.

Actuellement que la guérison est entière, il reste sur le dos du pied une cicatrice qui recouvre toute la surface de cette région. A la face plantaire de l'organe on observe une longue cicatrice linéaire, et malgré la destruction complète de l'aponévrose, le pied ne s'est point affaibli, et semble peu différent de l'état normal, non-seulement quant à la forme, mais encore sous le point de vue de la station et de la marche.

L'observation que nous venons de rapporter contient deux faits extrêmement remarquables :

1° La limitation de la gangrène à une portion seulement de l'épaisseur de la peau, et cela dans une surface aussi considérable que toute la région dorsale du pied;

2° La destruction complète de l'aponévrose plantaire sans altération notable des fonctions de l'organe.

Ce sont ces deux points qui nous ont paru dignes d'être soumis à l'attention de l'Académie.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Fractures non consolidées traitées avec succès par les applications de teinture d'iode.

M. le professeur Blasius avait publié des exemples de consolidations de fractures déjà anciennes obtenues au moyen de la teinture d'iode. Depuis cette époque, M. Blasius en a réuni trois nouveaux exemples : le premier chez un soldat de vingt-huit ans affecté d'une fracture simple du tibia et du péroné, non consolidée après six mois, et dont la consolidation fut obtenue en trois semaines par l'application à l'extérieur, matin et soir, de la teinture d'iode préparée comme il suit :

Iode pur.	1,25
Iodure de potassium.	2,00
Alcool à 36°.	32,00

Dans le second cas, chez un soldat de vingt-quatre ans, une fracture du fémur n'était pas consolidée après treize semaines; même traitement; guérison après trois semaines.

Enfin, dans le troisième cas, le résultat fut aussi favorable chez un jeune garçon de douze ans. (*Ann. de Roulers.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 31 mai 1853. — Présidence de M. BÉRARD.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Épidémies.

Le ministre de l'intérieur et du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Yvonneau, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Blois (Loir-et-Cher), sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Landes;

2° Un rapport général de M. le docteur Aribert du Fresne, médecin des épidémies de l'arrondissement de Grenoble, sur les épidémies qui ont régné dans cet arrondissement pendant l'année 1852;

Eaux minérales.

3° Un rapport de M. le docteur Kuhn, médecin inspecteur des eaux minérales de Niederbronn (Bas-Rhin), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1852;

4° Plusieurs lettres relatives à des remèdes secrets ou nouveaux.

Emploi des eaux de Bagnères-de-Luchon dans la syphilis consécutive.

M. Pégot, médecin aux eaux de Bagnères-de-Luchon, adresse un essai clinique sur l'action des eaux thermales sulfureuses de Bagnères-de-Luchon dans le traitement des accidents consécutifs de la syphilis. (Commissaires : MM. Patissier et Gibert.)

Succédané du quinquina.

M. Bouloumié dépose un paquet cacheté contenant la formule d'un succédané indigène du quinquina.

Usage physiologique des poils de la barbe.

M. Szokalski adresse une lettre sur l'usage physiologique des poils sur la face de l'homme et sur l'influence de leur suppression sur la santé. (Commissaire : M. Michel Lévy.)

Avantages de l'administration du sulfate de quinine en injections dans le gros intestin.

M. Kuhn (de Niederbronn) adresse une lettre sur les avantages de l'administration du sulfate de quinine en injections dans le gros intestin. Une série d'observations comparatives tentées dans un pays où les affections intermittentes sont assez communes lui ont permis d'établir que les propriétés antipériodiques du quinine ressortent d'une manière plus marquée si on l'administre en lavement que si on le donne à l'intérieur, et qu'il ne faut que la moitié environ de la dose lorsqu'on a recours aux injections dans le rectum. (Insertion au *Bulletin*.)

Traitement et prophylaxie du choléra.

M. Tourrette, de Chambly (Oise), adresse un mémoire ayant pour titre: *Du traitement curatif du choléra-morbus épidémique et de sa prophylaxie*. (Commission du choléra.)

Injections de substances coagulantes dans les artères.

M. Villardebo adresse une lettre relative à la question de priorité soulevée dans une des précédentes séances par M. Le Roy-d'Etiolles sur les injections de substances coagulantes dans les artères récemment mises en usage par M. Pravaz (de Lyon). D'après les citations rapportées dans la lettre de M. Villardebo, la priorité de cette idée reviendrait à Monteggia.

Des épanchements traumatiques de sérosité.

M. Morel-Lavallée, chirurgien de l'hospice des Enfants-Trouvés, adresse un mémoire sur ce sujet. Nous le publierons dans un prochain numéro.

Surdi-mutité.

M. Allibert, professeur à l'Institution des sourds-muets de Paris, adresse une lettre en réponse à quelques-unes des assertions contenues dans l'argumentation de M. Bouvier, particulièrement en ce qui concerne la mimique, dont il cherche à démontrer la supériorité sur les autres procédés d'éducation des sourds-muets.

M. Ménière adresse une lettre sur le même sujet.

Ces deux lettres sont renvoyées à la commission.

Suite de la discussion sur la surdi-mutité.

L'ordre du jour appelle la discussion sur la surdi-mutité. La parole est à M. Ferrus.

M. FERRUS prend, dit-il, de nouveau la parole dans l'espoir d'éclairer par des faits et des considérations nouvelles la solution qui devra ressortir de ce débat.

A prendre le rapport de votre commission tel qu'il existe, abstraction faite des causes qui ont pu gêner son action et sur lesquelles nous aurons plus tard à revenir, évidemment ce document est incomplet et prématuré. Presque tout le monde l'a senti, et l'on pourrait dire en lisant la lettre de M. Gueneau de Mussy et de M. Bégin qu'une partie de la commission l'a compris elle-même.

En effet, ce document, qui établit les perfectionnements auditifs et tactiles obtenus par M. Blanchet, n'indique pas explicitement l'action qu'ils peuvent avoir sur l'articulation de la parole et, par une conséquence importante, sur la facilité des rapports sociaux; il ne détermine

ni la nature ni le degré des services que peuvent rendre dans la réalité pratique les procédés de M. Blanchet.

Cette méthode, dit-on, développe et perfectionne par l'usage et la fréquence de l'exercice musical la sensibilité auditive. Les élèves d'élite entendent quelques paroles à distance; ils saisissent à une proportion plus ou moins élevée de l'acoumètre les vibrations de cet instrument; mais à quoi ces connaissances vont-elles aboutir? En quoi sont-elles, comme utilité, préférables aux anciens moyens? Quelle assistance le degré d'intelligence peut-il prêter à ces enseignements? Si par la parole on développe chez le sourd-muet quelques facultés, qui ne sauraient être d'ailleurs obtenues qu'en fixant son attention et en développant la sagacité de ses observations par la lecture sur les lèvres, ne lui en fait-on pas acquérir également, et plus encore, par la mimique et notamment par l'écriture? Est-il ou non constant que ce dernier mode d'éducation suffit aux besoins ordinaires de la vie sociale, qu'il a permis à des sourds-muets bien doués d'atteindre à une distinction remarquable comme penseurs et comme écrivains? MM. Massieu, Clève, Forestier, Chambellan, Richardin, Berthier, Lenoir, Pelissier, Allibert et beaucoup d'autres éparpillés dans les professorats départementaux ne pourraient-ils pas servir de preuves à l'appui? Les proportions de temps scolaire, la situation personnelle des élèves, la condition générale qui leur est faite ne devaient-elles être respectivement envisagées? C'eût été incidemment aussi une question de savoir encore si, en supposant aux élèves et une intelligence convenable et un certain degré d'audition, ils n'avaient point instinctivement une aptitude individuelle à profiter de telle ou telle méthode (les sourds-muets ne pouvant être réfractaires à cette loi commune aux autres hommes, et qui, abstraction faite des facultés ou plutôt à niveau égal d'éducation et d'intelligence, les entraîne quelquefois impérieusement vers un ordre de professions, d'études ou d'acquisitions intellectuelles déterminé); si, enfin, il ne serait pas possible en certains cas, pour certains élèves, avec certaines dispositions, de réunir les divers enseignements, qui, au lieu de se contrarier ou de se combattre, pourraient alors se prêter un mutuel et fécond appui en élargissant le cercle des impressions et des idées.

Il n'est donc pas surprenant que, frappés comme nous de l'importance de ces éclaircissements et d'une foule d'autres qu'il serait, au point où nous en sommes, superflu d'énumérer, des membres de l'Académie, à bon droit confiants dans leurs forces, aient essayé d'enrichir la discussion des données absentes et des aperçus désirés.

Ici, M. Ferrus reproduit, en les résumant, les opinions qui ont été émises par les divers orateurs qui l'ont précédé à la tribune, et ajoute :

Il nous serait facile, grâce à des communications particulières, de signaler les erreurs de fait qui s'y sont inévitablement glissées. Nous aurions vu, par exemple, dit-il (et si d'ailleurs M. Bonnafont n'avait pris soin de le faire en partie lui-même), qu'on a faussement attribué à la méthode dite allemande un caractère exclusif quant à l'emploi du langage articulé; les faits, sérieusement considérés, donnent un démenti à cette assertion. Par suite de l'immense sensation produite aux Etats-Unis par une publication d'un voyageur américain, M. Man, relative aux effets merveilleux obtenus en Allemagne par la méthode de l'articulation, trois instituteurs des Etats-Unis, MM. Day, Weld et Peet, furent chargés de se rendre en Europe pour s'assurer, isolément et à différentes sources, de ces merveilles, et les importer en Amérique, si elles existaient. L'un d'eux, M. Day, dans un rapport remarquable par la précision et les détails, a établi l'alliance presque constante qui se rencontre dans les écoles allemandes entre la mimique et l'articulation de la parole; il a constaté, d'autre part, que des instituteurs étaient journellement obligés de répéter ce qu'avaient dit leurs élèves, afin de le rendre compréhensible, non-seulement pour les visiteurs étrangers, mais encore pour les *visiteurs allemands*.

Ce témoignage se trouverait au besoin confirmé par celui d'un professeur allemand sourd-muet, M. Otto Frédéric Kruse, qui a fait hommage récemment d'un de ses ouvrages à l'Académie. Ce professeur déclare que dans les institutions de Berlin, Dresde, Weissenfel, Leipzig, Vienne, Prague, Augsbourg, Munich, Zurich, Berne et Bâle, visitées par lui, il n'a trouvé que trois écoles, celles de Weissenfel, Leipzig et Zurich, où les gestes ne fussent pas constamment employés en concurrence avec la parole. Par une singularité assez notable, il résulte de cette déclaration que M. Paëgert, qui nous offre si bénévolement ses professeurs pour développer chez nous le langage articulé, a précisément restreint cette méthode d'enseignement depuis son installation à l'Ecole, où son prédécesseur, M. Grasshof, lui avait accordé une plus large place.

Nous n'aurions d'ailleurs nul besoin d'emprunter ses professeurs à l'Allemagne. L'Ecole de Paris possède ou a possédé des hommes qui ont fait sur l'émission de la parole de sévères études et des ouvrages pleins d'intérêt. Citons d'abord MM. Valade et Puybonnieux, et plus récemment M. Vaïsse, auquel, après plusieurs mémoires relatifs à l'articulation, on doit un travail d'un rare mérite sur la parole considérée au double point de vue de la psychologie et de la grammaire.

Ainsi, messieurs, et pour résumer en quelques mots cette première partie, M. Gueneau de Mussy, en réclamant la part légitime d'Itard, et refusant à M. Blanchet d'avoir imaginé une méthode nouvelle, des principes nouveaux; M. Jules Guérin, en déclarant que la question soumise à votre appréciation est appelée à servir de motif et de garantie à d'importantes réformes; M. Bégin, en lui assignant la proportion d'un grand problème d'enseignement à résoudre, et en montrant combien, si l'avis du ministre n'est pas destiné à rester une lettre morte, la responsabilité de l'Académie doit se trouver engagée; M. Bonnafont, en considérant la surdité par son premier discours dans son acceptation médicale, et en indiquant l'influence qu'exerce le sens de l'ouïe sur l'intelligence; M. Bouvier lui-même, en ne décidant pas la question de prééminence entre les méthodes, ont été, sauf les nuances, reliés par un lien commun : l'importance de la discussion engagée, la grandeur de la sphère qu'elle embrasse, et le sentiment des obscurités que le rapport de la commission a laissé planer sur elle.

Vous connaissez, messieurs, ajoute plus loin M. Ferrus, les questions nouvelles du ministre, dont le défaut de précision et les délimitations incertaines démontrées par le cours entier du débat expliquent et légitiment en quelque sorte soit les empiétements, soit les lacunes du rapport :

Examiner les élèves traités par M. Blanchet, rechercher si parmi ceux qui entrent, quelques-uns pourraient guérir ou s'améliorer et saisir la parole par l'oreille; si certains sujets n'ont pas conservé l'usage de la parole et ne pourraient, quoique atteints d'une surdité incurable, parvenir à la lire sur les lèvres, et recevoir d'ailleurs *quelque notion du son* par les nerfs de sensibilité générale; s'il ne faudrait pas isoler ces deux classes et les soumettre à une éducation spéciale par un professorat approprié; si, enfin, M. Blanchet avait droit d'espérer que les élèves soumis à son traitement chirurgical pourraient à la fin de leur cours d'études et en quittant l'école communiquer à l'aide du langage articulé.

C'est dans le vague de ces propositions que votre commission, peu en rapport avec la marche que vos délégués voulaient d'abord poursuivre, ne se *renferma* pas, mais fut *renfermée*. Reste à savoir si elle n'eût pas dû mettre à profit, pour élargir son action tout en la restreignant, la facilité qui lui fut donnée par la lettre ministérielle du 6 août de *scinder* son travail et de ne répondre immédiatement qu'à celles des questions qui lui paraissaient suffisamment élucidées. C'est ce qui m'a permis de dire avec vérité dès le début de la discussion que votre commission avait fait trop ou trop peu : trop peu si elle voulait embrasser toute la tâche, trop si elle ne voulait qu'en considérer une partie et traduire des impressions décisives.

Tels sont les faits : ils ont motivé mes premières conclusions, ils appuient ces considérations dernières.

Comment enfin se prononcer, dans le doute où la discussion laisse encore l'Académie :

1° Sur l'efficacité du traitement médical, que n'appuient que de rares exemples obtenus par des moyens fort divers, dans une affection qui, comme la surdi-mutité, ne se rattache pas exclusivement à une altération donnée des organes de l'audition, mais à des altérations multiples nées, pour la plupart, de causes différentes et bien souvent ignorées;

2° Sur l'importance des exercices physiologiques pour stimuler la sensibilité auditive, puisque, pour rendre cette application profitable, il faut choisir les élèves et, suivant l'expression de vos commissaires, tenir compte dans cet examen non-seulement de la portée d'audition, mais aussi du degré d'intelligence et de mutisme, ce qui exclut nécessairement la masse des individus de ses bienfaits;

3° Qu'il n'est pas d'ailleurs démontré qu'il faille, pour atteindre à l'articulation de la parole, que l'élève possède une audition assez parfaite pour s'entendre parler, ni même que le progrès de l'audition soit toujours en rapport avec celui du langage;

4° Que rien non plus ne prouve que la faculté d'articulation conquise se maintienne, alors même que l'élève vit au milieu de parlants et s'exerce incessamment à l'usage de la parole.

5° Il reste encore à savoir si les méthodes rivales ne pourraient pas, fondues dans un enseignement commun, offrir de grands avantages. Je suis convaincu, pour mon compte, que cette alliance est non-seulement possible, mais nécessaire.

En face d'une telle situation, quel parti semble-t-il que l'Académie doive prendre pour conserver à la fois l'autorité traditionnelle de ses jugements, sa haute position scientifique et une parfaite impartialité?

Il n'est, suivant moi, que deux solutions : ou le renvoi du rapport à la commission, qui, poursuivant les études commencées, le complétera d'aperçus puisés tant dans des expériences nouvelles que dans les lumières du débat, ce qui motiverait la demande au ministre d'un délai pour la réponse définitive; où, ce que je crois préférable, la délimitation du travail actuel à l'examen circonscrit des effets obtenus par M. Blanchet, et l'élimination du rapport de toute pensée tendant à introduire dans l'Institut de Paris, occasionnellement pour ainsi dire, des innovations qui, fécondes si on en ménageait la transition, pourraient, dans le cas contraire, y porter des germes d'hésitation, d'antagonisme, par conséquent de désordre.

L'Académie, usant ainsi de la faculté que le ministre lui a laissée de scinder ses réponses, retiendrait la question d'ensemble.

M. Malgaigne a la parole, et prononce un long discours qu'il termine en proposant de substituer aux réponses de la commission les réponses suivantes :

A la première question :

Parmi les élèves entrant chaque année à l'établissement, il s'en trouve généralement un certain nombre qui paraissent susceptibles d'amélioration et qu'il importe de soumettre à un traitement spécial; mais l'expérience n'a pas encore appris s'ils sont susceptibles de guérison complète.

A la deuxième :

Nombre de sourds-muets sont capables d'acquérir la faculté de lire sur les lèvres; c'est là même le but essentiel de la méthode allemande et de l'institution, à Paris, de M. Benjamin Dubois; mais cette faculté est fort limitée chez la plupart.

A la troisième :

Cela n'est nullement démontré.

A la quatrième :

L'expérience est loin d'avoir décidé entre la méthode française et l'éducation par la mimique et la méthode allemande qu'on voudrait lui substituer.

A la cinquième :

L'Académie ne saurait répondre à cette question jusqu'à ce que M. Blanchet l'ait mise à même d'en juger par expérience.

Toutefois, les essais de M. Blanchet semblant promettre des résultats utiles, l'Académie pense qu'il doit être encouragé à les poursuivre.

Mais surtout elle est d'avis qu'il serait utile, pour résoudre la question pendante entre les méthodes et imprimer, au besoin, une direction nouvelle à l'éducation des sourds-muets, d'instituer près l'Institution impériale des sourds-muets un conseil de perfectionnement analogue à celui qui a été attaché à l'Ecole polytechnique.

Mais je désire que cela soit renvoyé à la commission pour qu'elle en délibère, heureux si je pouvais être d'accord avec elle.

La séance est levée à cinq heures un quart.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séances des 23 et 30 mai 1853. — Présidence de M. de Jussieu.

Sur des fibres nerveuses ganglieuses chez l'homme et chez les animaux vertébrés.

M. Remak envoie sous ce titre un mémoire qu'il résume en ces termes :

En 1837, je remarquai que les nerfs gris sympathiques de l'homme et des animaux vertébrés se composent, pour la plus grande partie, de fibres qui, par leur finesse, leur transparence, par l'absence de bords noirs aussi bien que par une quantité de petits corps à noyaux répandus dans leur trajet, se distinguent des tuyaux nerveux primitifs connus jusqu'alors.

En 1838, M. Müller, ainsi que MM. Purkinge et Schwann confirmèrent de la manière la plus décisive mes observations et mes interprétations. Beaucoup d'autres anatomistes, au contraire, mirent en doute, pour différentes raisons, que les fibres grises que j'avais décrites fussent de vraies fibres nerveuses. On m'objecta notamment que les fibres grises se comportent avec l'acide acétique et les alcalis caustiques exactement comme le tissu conjonctif ou cellulaire.

C'est ainsi qu'avec le temps se forma l'opinion, aujourd'hui presque généralement répandue, que les fibres grises, que l'on désigne ordinairement par mon nom, ne présentent qu'une forme spéciale de tissu conjonctif. Moi-même, je ne restai pas à l'abri des doutes sur quelques-unes de mes interprétations antérieures.

Cependant, une revue complète de mes recherches m'a montré que non-seulement les observations faites par moi en 1837, mais aussi les interprétations que je proposai alors sont fondées de tout point.

Toutes les fibres que j'ai décrites sous les noms de fibres organiques, fibres grises, fibres à noyaux, sont des fibres nerveuses, ainsi que les grandes masses de fibres grises contenues dans les nerfs viscéraux, sur lesquelles s'étaient dirigés plus spécialement mes doutes. Ces fibres proviennent aussi, comme je l'avais signalé dans mes *Observationes*, des globules ganglionaires appartenant aux ganglions spinaux et sympathiques. Pour cette raison, et parce que la présence des noyaux n'appartient pas seulement aux gaînes de ces fibres, mais aussi, quoique en moindre degré, aux fibres fines à bords noirs des nerfs sympathiques, je nommerai dorénavant les fibres grises *fibres nerveuses ganglieuses*.

J'ai été conduit à mes résultats nouveaux par l'observation répétée des tubes primitifs cérébro-spinaux. Le cylindre d'axe, découvert par moi en 1837 dans l'intérieur de ces tubes, forme, comme je l'ai constaté pour la première fois à Helgoland, en 1851, chez des raies, un tuyau à parois minces et fortes remplissant le tube et offrant l'aspect de stries longitudinales, qui semble être produit par des fibrilles très fines et parallèles.

Sous l'action de l'acide acétique et des alcalis caustiques, le tuyau d'axe se gonfle ou se dissout, selon le degré de dilution. La gaîne externe de Schwann résiste à ces agents moins longtemps que la gaîne médullaire graisseuse, de sorte qu'ils ne peuvent servir à distinguer des fibres nerveuses, auxquelles manque la gaîne médullaire, d'avec le tissu conjonctif, tandis que ce résultat est atteint avec des matières qui endurcissent le tuyau d'axe, ou tout au moins le conservent, comme l'alcool, le sublimé, l'acide chromique étendu, le bi-chromate de potasse et autres.

A l'aide de ce moyen, on reconnaît que les fibres fines représentées par moi dans mes *Observationes* sont des fibres nerveuses primitives, composées d'une gaîne déliée, à noyaux se détachant facilement, et d'un fort tuyau d'axe presque toujours variqueux. Les fibres plus larges qui s'unissent au moyen de fibres plus fines sont des faisceaux de ces mêmes fibres. Ordinairement, trois fibres primitives forment un faisceau; quelquefois il y en a dix, et même plus. Dans l'intérieur de ces faisceaux, qui sont entourés d'une gaîne large à plis et d'une gaîne étroite, les fibres primitives offrent souvent des gonflements très larges, qui donnent aux faisceaux un aspect loculaire. On trouve assez souvent des tuyaux d'axe ramifiés, et sur les angles des ramifications on voit quelquefois des grains jaunâtres à noyaux bipolaires ou multipolaires, à peine plus grands que des cellules lymphatiques, et se rapprochant beaucoup, sous le rapport chimique, des globules ganglionaires; je les nommerai *grains ganglieux*. Il y a chez l'homme et chez les mammifères des gonflements de nerfs gris, visibles à l'œil nu, qui ne contiennent pas un seul globule ganglionaire, mais seulement des grains ganglieux. Quelquefois on ne trouve dans un rameau que des grains bipolaires, dans un autre seulement des grains multipolaires. Ces grains sont plus fréquents dans les ganglions du grand sympathique et dans le plexus cœliaque.

Dans aucun des mammifères sur lesquels j'ai eu l'occasion de faire des recherches, le système des fibres ganglieuses ne semble offrir un développement aussi considérable que dans l'homme. Les nerfs gris du bœuf sont plus épais, mais ceux de l'homme sont plus nombreux; en tout cas, ils ont des éléments beaucoup plus déliés.

En définitive, les fibres ganglieuses ont des propriétés distinctives qui offrent aux recherches nervo-physiologiques une voie nouvelle sans bornes et des problèmes tout nouveaux.

Variété rare de gangrène inflammatoire.

M. Alexis Favrot communique une observation de variété rare de gangrène inflammatoire à forme serpigineuse, avec destruction complète de l'aponévrose plantaire, suivie de guérison. (*Voir* plus haut.)

Emploi de l'extrait aqueux de noix vomique dans les gastralgies et les gastro-entéralgies.

M. A. Legrand adresse sur ce sujet la lettre suivante :

« Voici vingt ans au moins qu'à l'imitation des médecins allemands j'emploie dans le traitement de la *gastralgie* et de la *gastro-entéralgie* la *poudre de noix vomique torréfiée* et] plus particulièrement encore l'*extrait aqueux de noix vomique*, qui, vu le peu de solubilité de la strychnine dans l'eau, ne renferme que des proportions très faibles de cet alcali. Je viens déclarer ici que ces deux préparations, administrées à doses convenables (de 1 centigr. à 20 centigr. au plus dans les vingt-quatre heures) et lentement croissantes, n'ont jamais produit le plus léger accident, et que par leur emploi j'ai presque toujours soulagé et souvent guéri ces affections nerveuses de l'estomac, si fréquentes et quelquefois si bizarres dans leurs formes.

» Cependant, ayant eu l'occasion d'expérimenter l'emploi combiné de l'*oxyde d'or par la potasse avec l'extrait aqueux de noix vomique* dans un cas de migraine, dépendante sans doute d'un mauvais état de l'estomac, le malade en fut détourné par un médecin d'une grande distinction, qui craignit les effets toxiques de l'extrait aqueux de noix vomique.

» Il n'existait qu'un moyen de répondre à l'objection, c'était l'expérimentation directe, et je résolus de l'entreprendre sur moi.

» J'ai l'honneur d'adresser à l'Académie le journal où j'ai consigné jour par jour la marche de l'expérience, et je lui demande la permission de la résumer ici.

» J'ai commencé par prendre 0,05 centigr. d'extrait aqueux de noix vomique, et j'ai chaque jour augmenté la dose de 0,05, et suis ainsi arrivé, tantôt progressivement, tantôt subitement, à en prendre 0,40, 0,50 et enfin 0,75 le matin à jeun.

» De ces expériences, qui ont duré du 3 au 22 avril dernier, je crois qu'on peut facilement et rigoureusement conclure :

» 1° Que l'*extrait aqueux de noix vomique* exerce une action généralement favorable sur les fonctions digestives;

» 2° Qu'on n'a jamais à en redouter aucun fâcheux effet si on ne dépasse pas les doses de 0,05 à 0,10 centigr. matin et soir;

» 3° Que ces effets toxiques ne commencent à se manifester qu'à la dose de 0,50 centigr. pris le matin à jeun, car ils sont inappréciables si le médicament est pris immédiatement avant le repas et qu'ils ne sont bien prononcés que si on élève la dose à 0,75 centigr.;

» 4° Que ses effets toxiques sont très fugaces, se dissipent avec la plus grande facilité et que notre économie s'habitue facilement à ce médicament;

» 5° Que ce n'est point un *médicament dangereux*, dans l'acception rigoureuse du mot;

» 6° Que l'extrait aqueux de noix vomique, enfin, exerce principalement son action thérapeutique sur le système ganglionaire, sur les nerfs de la vie organique, son action toxique sur la moelle épinière, et qu'il est presque sans influence sur le cerveau. »

Le *Moniteur* d'hier 1er juin publie un décret impérial portant promulgation de la convention sanitaire internationale conclue entre la France, la Sardaigne et diverses autres puissances maritimes; il fait suivre ce décret d'un règlement sanitaire international.

Nous en donnerons un résumé dans notre prochain numéro.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Plon frères, Imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 66. — SAMEDI 4 JUIN 1853. (26e ANNÉE.) N° 66. — SAMEDI 4 JUIN 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	Trois mois	8 fr. 50 c.
	Six mois	16 »
	Un an	30 »
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	Trois mois	9 fr.
	Six mois	17
	Un an	33
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	Trois mois	10 fr.
	Six mois	20
	Un an	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Névralgie de l'utérus. — Cautérisations intra-utérines.

Les nerfs affectés à l'utérus se distribuent spécialement au corps de l'organe, à l'exclusion presque complète du col, ainsi que cela résulte des démonstrations faites depuis longtemps par M. Jobert (de Lamballe). Il n'est donc pas étonnant de trouver la sensibilité si exquise dans l'une, très obtuse ou presque nulle dans l'autre, et de voir les maladies du corps de la matrice déterminer des souffrances beaucoup plus vives que celles occasionnées par les affections du museau de tanche proprement dit.

Ce n'est pas seulement dans les lésions inflammatoires, telles que la métrite du corps comparée aux phlegmasies du col, que la sensibilité spéciale de l'utérus se fait remarquer. Il importe au praticien de savoir que les nerfs destinés à cet organe peuvent être, comme ceux des autres parties du corps, le siége de véritables névralgies.

Là, comme partout ailleurs, la névralgie est caractérisée par des douleurs lancinantes suivant le trajet des nerfs affectés. Ces douleurs, parties du corps même de l'utérus, se portent vers les lombes; elles s'exaspèrent par la pression exercée sur l'utérus, soit médiatement à travers les parois abdominales, soit immédiatement avec le doigt introduit dans le vagin.

De même que dans les autres régions les douleurs ne constituent pas toutes les maladies, et qu'il s'y joint certains troubles fonctionnels de l'organe auquel se distribue le nerf malade (troubles fonctionnels qui consistent, par exemple, pour la névralgie trifaciale, en une hypersécrétion des muqueuses buccale, nasale ou oculo-palpébrale), de même la névralgie utérine occasionne des troubles fonctionnels analogues, tels que de la leucorrhée, une augmentation de quantité et de durée de l'écoulement menstruel, et souvent de véritables métrorrhagies, comme cela a eu lieu chez une malade que nous avons récemment observée dans le service de M. Jobert.

Œstermann (Marie), couturière, âgée de trente-trois ans, entre le 11 février 1853 à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Maurice, n° 17.

Réglée à dix-huit ans et demi, elle a eu trois enfants de vingt-deux à vingt-sept ans. Ses accouchements ont été naturels; ils se sont terminés sans accidents, et jamais cette femme n'avait été malade, lorsqu'il y a deux ans elle eut une leucorrhée extrêmement abondante. Peu de temps après elle ressentit des douleurs très vives dans l'hypogastre, avec élancements qui, partis de l'utérus, tantôt remontaient vers la région lombaire, tantôt descendaient vers les aines.

Des réponses de la malade il résulte que cet écoulement et ces douleurs ne pouvaient être attribués à une vaginite, car elle ne sentait pas de cuisson, elle ne souffrait pas davantage en urinant. La menstruation était toujours régulière, bien que les douleurs fussent encore plus vives pendant sa durée, et la leucorrhée plus abondante au début et à la fin de la période menstruelle.

Quatre mois avant son entrée à l'hôpital survinrent de véritables métrorrhagies, se manifestant indifféremment soit pendant la durée des règles, soit dans les intervalles. Le sang sortait de la vulve tantôt à l'état liquide, tantôt en caillots, et son expulsion s'accompagnait de coliques utérines avec contractions. En même temps il y avait une exaspération notable des douleurs, qui conservaient leur caractère lancinant.

La malade, traitée chez elle ou dans divers hôpitaux, fut cautérisée en tout vingt-deux fois, dont cinq avec le cautère actuel; les autres, soit avec le nitrate acide de mercure, soit avec le nitrate d'argent. Elle n'en éprouva pas de soulagement notable. Lorsqu'elle entra à l'Hôtel-Dieu, ses douleurs étaient les mêmes, et elle avait une hémorrhagie abondante. Le toucher permit de constater que l'utérus, douloureux au contact du doigt, ne présentait ni bosselures, ni irrégularités, ni ulcérations. On ne fit pas alors l'examen au spéculum, à cause de la métrorrhagie, qui fut combattue par les moyens appropriés. La malade garda le repos, et il lui fut administré quelques narcotiques à faible dose.

Le 21 mars, après avoir constaté que l'orifice externe du col, entr'ouvert et laissant écouler un peu de sang et de mucosités, n'offrait aucune altération organique, et que le col présentait seulement une teinte un peu plus violacée qu'à l'état normal, M. Jobert introduisit dans l'intérieur même de la cavité utérine une tige de fer rougi à blanc. Il se servit d'un fort mandrin de sonde auquel on avait donné une courbure semblable à celle de l'hystéromètre, et il en fit pénétrer 4 à 5 centimètres environ au delà de l'orifice externe du col.

Le lendemain, l'écoulement blanc était plus abondant que d'habitude; il n'était pas venu de sang, et la malade éprouvait seulement un peu de pesanteur avec engourdissement dans le bassin. Cette cautérisation fut répétée de la même manière le 28 mars, et ensuite, à deux reprises différentes, dû 28 mars au 12 mai.

Les règles d'avril survinrent à leur époque habituelle, mais elles se prolongèrent un peu, furent douloureuses, et il sortit quelques caillots. Il n'en fut pas de même à celles de mai, pendant lesquelles il ne se passa rien de pathologique. Il n'y eut pas d'hémorrhagie dans l'intervalle, et les douleurs disparurent; si bien qu'il y a peu de jours, au moment de sa sortie, elle était à la fin de sa période menstruelle, on put la toucher et imprimer des mouvements de ballottement à la matrice sans qu'elle éprouvât la plus légère souffrance.

Le traitement qui a été mis en usage et a déterminé la guérison découlait naturellement des connaissances anatomiques que nous avons rappelées. Mais pour arriver à l'application thérapeutique, il fallait en outre être parfaitement édifié sur la nature même de la maladie. Tout le temps qu'avant de venir à l'Hôtel-Dieu cette malade a été traitée pour une affection du col qui n'existait probablement pas, elle n'a éprouvé aucune amélioration, et l'on avait cependant à cinq reprises différentes porté le fer rouge sur son utérus. Mais les quatre cautérisations faites par M. Jobert ont complétement différé des précédentes, en ce que le cautère, au lieu de s'arrêter sur le col, a été porté jusque dans la cavité même du corps; et c'est uniquement pour cela qu'elles ont été efficaces. C'est que la cautérisation transcurrente, constituant le traitement le plus héroïque qui puisse être opposé aux névralgies, ne produit son effet que si on la pratique le plus près possible du nerf douloureux et en suivant son trajet. Si ce nerf douloureux est dans les parois de l'utérus, ce n'est pas en cautérisant le col qu'on pourra espérer agir sur lui, car on en sera séparé par une trop grande épaisseur de tissu. C'est ce que M. Jobert a parfaitement compris, et voilà pourquoi, au lieu de se borner à des cautérisations inutiles pratiquées sur un col sain, comme on avait fait avant lui, il a préféré aller attaquer la maladie jusqu'au centre même de l'organe, certain, en agissant ainsi, de ne déterminer aucun accident, et de procurer une guérison sûre et rapide.

Rétention d'urine chez un enfant à la mamelle.

Un de nos honorables confrères, M. le docteur Rousse (de Bagnères-de-Bigorre) nous adresse un fait très rare et fort curieux de rétention d'urine chez un enfant à la mamelle, fait dans lequel des accidents, qui auraient pu devenir très graves, ont été conjurés par le cathétérisme vésical. Nous nous empressons de le publier.

Un enfant de six mois, bien constitué, d'un tempérament sanguin et impressionnable, ayant bon appétit, tetant bien, urinant huit à dix fois dans les vingt-quatre heures, devient pâle, abattu, tombe dans l'assoupissement et cesse d'uriner. Cet enfant commence sa première dentition.

Depuis quelques heures seulement les urines sont supprimées. L'enfant est abattu et endormi; ses extrémités sont froides; il ne veut plus teter. L'hypogastre est un peu tuméfié, ainsi que le scrotum. Le pénis est un peu en érection. — Linges chauds sur le ventre, lavement d'eau tiède.

A neuf heures, l'enfant n'a pas uriné; il reste pâle, froid, à moitié endormi et pousse quelques plaintes. Pas de cri hydrencéphalique, d'agitation, de mâchonnements, de réveils en sursaut ou de convulsions. — Cataplasmes émollients sur le ventre, bains de son, deux cuillerées de sirop de rhubarbe, lavement émollient.

A quatre heures du soir, la rétention persiste. Le ventre se gonfle, et l'hypogastre, très tendu, offre une matité à la percussion qui indique la réplétion de la vessie.

Même état de faiblesse, d'abattement, de somnolence et de petitesse du pouls. L'enfant vomit de la bile mêlée de quelques grumeaux de lait.

Le cathétérisme avec une sonde en gomme élastique sans mandrin donne issue à un plein verre d'urine.

Aussitôt l'enfant paraît soulagé; il cesse de se plaindre, mais reste pâle, abattu et refroidi. Il vomit encore deux fois de la bile. — Compresses d'huile camphrée sur le ventre, vésicatoire camphré au bras gauche, 5 centigrammes de calomel, tisane de chiendent nitré pour la mère.

A huit heures du soir, l'enfant a vomi une troisième fois et a rejeté deux à trois cuillerées de bile. Il urine et paraît plus calme; ses couleurs reparaissent; il se réveille et tette avec une sorte de rage. La chaleur revient et le pouls reprend son caractère naturel.

Le lendemain, l'enfant urine facilement et paraît en bonne santé.

La rétention d'urine est très rare chez les enfants à la mamelle; il y en a peu d'exemples dans les livres spécialement consacrés aux maladies de l'enfance, et où l'on parle plutôt de la dysurie, c'est-à-dire de la douleur et de la difficulté des mictions. La rétention est aussi rare que l'incontinence est commune. Cet accident résulte ordinairement d'une affection cérébrale, de corps étrangers de la vessie, et surtout de graviers ou de calculs urinaires; il se montre quelquefois à la fin des maladies aiguës; il accompagne

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité élémentaire de physique expérimentale et appliquée et de météorologie, illustré de 431 belles gravures sur bois intercalées dans le texte; par A. GANOT, professeur de mathématiques et de physique.

Pour qu'un livre soit bon, il n'est pas nécessaire qu'il soit très gros, et nous pourrons donner comme exemple celui que nous avons sous les yeux. Ce n'est point un manuel; un de ces livres d'industrialisme et de spéculation à l'usage des paresseux, où l'on apprend une série de réponses à une série de questions et qui n'ont pas pour but d'instruire les élèves, mais simplement de leur faire, tant bien que mal, passer un examen dont les matières leur sont inconnues.

Le *Traité de physique* de M. Ganot est un ouvrage sérieux auquel son auteur a donné la qualification d'*élémentaire* pour bien faire comprendre à ses lecteurs qu'il ne prétendait pas tout d'abord les entraîner dans les régions les plus ardues de la science, mais qu'il voulait les prendre au commencement de leurs études, et les faire parvenir par degrés à la connaissance des phénomènes les plus délicats et les plus difficiles.

Sous ce rapport, nous ne pouvons qu'approuver M. Ganot et applaudir à ses efforts. Il a compris qu'il était bon de commencer l'étude d'une science par le commencement, d'être clair en même temps que savant, et que souvent les professeurs ne rebutent les élèves que parce qu'ils ne savent se mettre à leur portée. La clarté, la simplicité d'exposition sont en effet un des grands, des principaux mérites de cet ouvrage, et bien des livres, de ceux que l'on regarde comme des plus élevés au point de vue scientifique, pourraient le lui envier à juste titre.

L'analyse d'un traité de physique ne se fait pas comme celle de beaucoup d'œuvres ayant trait à d'autres branches des sciences naturelles. La physique est une science faite, sinon dans tous ses détails, au moins dans son ensemble. L'ordre des matières n'est pas subordonné au caprice pur et simple de l'auteur. C'est la nature qui guide l'écrivain dans son travail, mais il faut dire aussi que les divisions établies par l'auteur en plus ou moins grand nombre, avec plus ou moins de logique, facilitent ou rendent moins aisée l'intelligence des lois dont le livre n'est que l'exposé, l'interprétation, le commentaire.

Dans le traité de M. Ganot, les divisions sont nombreuses, pas assez pour amener de la confusion et nécessiter des efforts fatigants de mémoire; mais suffisamment pour que l'esprit saisisse sans difficulté l'ensemble des groupes composés de phénomènes analogues, sans perdre de vue les détails qui les différencient. Présentée comme elle l'est ici, l'étude de la physique n'est plus une occupation pénible ou ennuyeuse, mais bien plutôt un plaisir, un amusement qui offre un attrait irrésistible.

En même temps qu'il s'efforce d'enlever à l'étude de la physique tout ce qu'elle peut avoir d'aride, l'auteur n'oublie pas cependant qu'il est souvent nécessaire, pour la pousser à son degré le plus complet et le plus élevé, de se servir de formules mathématiques, algébriques, avec lesquelles tous les lecteurs ne sont pas encore assez familiarisés; aussi, quand besoin est, ne néglige-t-il pas d'indiquer les opérations auxquelles on doit recourir dans des cas donnés; pour n'en donner que quelques exemples, pour déterminer les coefficients de dilatation absolue ou apparente des corps, pour faire la correction de la hauteur barométrique, pour calculer le poids de la vapeur d'eau contenue dans un volume donné d'air, etc.; mais toujours ces opérations, indiquées par un texte plus petit que celui du reste de l'ouvrage, sont disposées de celle façon que, sans nuire aucunement au sens ou à l'intelligence du reste du livre, elles puissent être omises par ceux qui ne se soucient pas ou n'ont pas besoin de notions aussi abstraites.

Une heureuse idée est celle qu'a eue l'auteur, au lieu de rejeter à la fin de son livre ou dans un atlas séparé les planches et les figures, sans lesquelles un traité de physique ne peut véritablement exister, de placer ces figures au milieu même du texte, à l'endroit juste où elles sont nécessaires pour faire comprendre les questions qu'il discute et démontre. Il n'est presque pas un instrument, pas un appareil qui ne soient représentés avec un soin tout particulier au moyen de bois gravés aussi finement que pourrait l'être le cuivre ou l'acier.

Le luxe des gravures intercalées dans le texte tend à s'introduire de plus en plus dans les livres de science, et même dans ceux qui traitent de certaines branches accessoires des connaissances médicales. Il y a trente ans, à l'époque où se publiaient ces éditions matériellement horribles à voir d'ouvrages d'anatomie, de médecine opératoire, d'histoire naturelle, qui eût pu prévoir les merveilles que produirait un peu plus tard la librairie médicale, l'*Histoire naturelle* de Richard, l'*Anatomie* de Sappey, la *Médecine opératoire* de Sédillot, la *Physique* de Ganot, etc.?

Devons-nous dire, en terminant, quelles sont les parties du livre de M. Ganot qui nous ont paru les mieux traitées, les plus complètes, les mieux exposées. Nous serions fort embarrassé. Tout a été l'objet d'un soin pareil, d'une attention aussi scrupuleuse; cependant, nous citerons les parties consacrées à l'optique, à la chaleur, à l'électricité, aux machines à vapeur comme des modèles irréprochables, et auxquels on ne saurait rien ajouter.

F...T.

quelquefois enfin le travail de la dentition, si l'on en croit les assertions d'Underwood. Chez l'enfant dont nous venons de rapporter l'histoire, c'est cette dernière influence qui semble avoir été la cause des accidents qu'il a éprouvés.

Malaise général, abattement, somnolence, petitesse du pouls, refroidissement, agitation et plaintes continuelles, vomissements bilieux, distension de la vessie à l'hypogastre par les urines, tels sont les accidents de la rétention d'urine chez un jeune enfant.

Que serait-il donc advenu si l'on n'avait pas reconnu la cause des souffrances, et si l'on n'avait pu réussir à introduire une sonde dans la vessie? C'est ce qu'il est très difficile de dire; mais les troubles graves observés dans le pouls, dans la température animale et dans les fonctions de l'estomac étaient de nature à faire craindre une terminaison fâcheuse, et probablement même la mort eût été la conséquence de cette rétention.

Le cathétérisme était la seule ressource dans ce cas embarrassant et difficile; notre correspondant a bien fait d'y recourir, et nous l'estimons très heureux d'avoir pu vaincre les difficultés de l'opération. La longueur du prépuce, la petitesse du méat et du canal chez un garçon de six mois étaient autant d'obstacles qui ont été habilement évités. Le choix d'une petite sonde en gomme élastique sans mandrin, de préférence à une sonde de métal, a été pour beaucoup dans ce résultat; c'était le moyen d'arriver plus sûrement dans la vessie sans crainte de faire une fausse route.

Fréquence et gravité de la rougeole chez l'adulte.

La rougeole est une maladie qui attaque le plus ordinairement l'enfance, mais de laquelle les adultes ne sont cependant pas exempts. Depuis quelques années même, d'après le rapport de plusieurs de nos confrères, elle se montrerait plus fréquemment à ce dernier âge.

Il est rare que les hôpitaux d'adultes n'en présentent pas des exemples, et en ce moment trois cas existent à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Bouchut.

Nous indiquons cette particularité, non-seulement à cause du fait lui-même, qui autrefois eût paru exceptionnel, mais parce que en outre la maladie offre une plus grande gravité.

Ainsi, vers la fin de l'éruption, la fièvre morbilleuse persiste, la toux se montre souvent opiniâtre, et ce symptôme, joint au dépérissement général, porterait à craindre le développement de tubercules.

Cependant, à l'aide d'un traitement rationnel et surtout de l'emploi des sulfureux (eaux-bonnes, etc.), ces accidents se calment, et les malades se rétablissent le plus souvent.

Corps étranger adhérant à l'iris et demi-mobile dans la partie inférieure de la chambre antérieure. — Cataracte tremblotante.

Un homme de vingt-huit ans, mécanicien, s'est présenté à la clinique de M. Sichel pour un trouble de la vision de l'œil droit, et pour une cataracte lenticulaire demi-molle de l'œil gauche accompagnée d'un tremblotement très prononcé de l'iris et du cristallin opaque. Cette dernière affection, relativement au diagnostic et au pronostic, offre un intérêt particulier.

Toutes les fois que ce tremblotement, ayant lieu au moment où l'œil regarde en haut, amène la circonférence inférieure de l'iris en avant et un peu en haut, on voit entre la circonférence inférieure de l'iris et le bord contigu de la cornée un corps aplati, angulaire, d'environ 3 millimètres de diamètre, apparaître dans la chambre antérieure, tandis que, pendant les mouvements du globe en bas, il s'enfonce horizontalement entre l'iris et la jonction de la cornée avec la sclérotique, et il y reste complétement caché tant que le globe est immobile. Quand le mouvement du globe de bas en haut et d'arrière en avant est peu étendu, ce corps étranger, qui paraît un morceau de métal oxydé, ne montre dans la chambre antérieure que son bord antérieur, assez tranchant. Toutes les fois, au contraire, que ce mouvement de l'organe est très étendu, il devient apparent dans sa surface entière, à l'exception de son bord postérieur, qui paraît adhérent et fixé dans l'iris.

Ces phénomènes, dit M. Sichel, s'expliquent parfaitement, en admettant que le corps étranger, qui a pénétré par un point de la coque oculaire dont on ne voit plus la cicatrice, point qui est peut-être situé dans la sclérotique, a déchatonné incomplétement le cristallin, devenu plus tard opaque par suite de ce déchatonnement, et s'est fixé par son bord postérieur dans l'iris, au mouvement tremblotant duquel il obéit. Le cristallin, dont les attaches sont déchirées en grande partie, a un mouvement flottant de haut en bas et d'arrière en avant, espèce de va-et-vient autour de son axe horizontal, auquel l'iris, le corps étranger, et à un certain degré, même le corps vitré doivent naturellement participer.

Le commémoratif fait connaître que le malade a reçu dans l'œil, il y a huit ans, un éclat d'un morceau de fer qu'il martelait à froid. Le trouble de la vision s'est manifesté quelque temps après.

De pareilles cataractes sont excessivement difficiles à opérer, quelle que soit la méthode qu'on emploie. L'extraction est très dangereuse, la déchirure de l'hyaloïde et la liquéfaction du corps vitré rendant difficile, et souvent impossible la sortie du cristallin, qui, au moment où le kystitome le touche, peut se plonger dans le fond de l'œil, et donner passage au corps vitré liquéfié. Après l'abaissement, de pareils cristallins flottent pendant longtemps, et remontent très souvent dans la pupille. D'ailleurs, le corps étranger, placé dans la position que nous avons décrite, doit nécessairement, dans l'un ou l'autre cas, s'enfoncer davantage dans la profondeur, et perdre son parallélisme avec l'iris et la choroïde d'un côté et la coque oculaire de l'autre, parallélisme qui l'a rendu jusqu'à présent si miraculeusement inoffensif. Les mêmes alternatives rendent difficile, sinon impossible, son extraction pratiquée seule, sans l'opération de la cataracte.

Ces considérations, ainsi que la parfaite transparence de l'appareil cristallinien de l'œil droit, contre-indiquent ici toute tentative d'opération à pratiquer sur l'œil gauche. Il faut se borner à rendre l'intégrité de ses fonctions à l'œil droit, qui depuis quelques mois voit un peu trouble, par suite d'une contusion occasionnée par le choc d'un corps étranger qui a frappé le globe pendant le travail. Un léger traitement antiphlogistique et dérivatif et le repos temporaire de l'œil suffiront sous ce rapport, et atteindront le seul but qu'il soit permis de se proposer.

DES ÉPANCHEMENTS TRAUMATIQUES DE SÉROSITÉ,

Mémoire adressé à l'Académie de médecine par M. MOREL-LAVALLÉE, chirurgien de l'hospice des Enfants trouvés.

L'importance pratique de ce travail nous engage à en donner un extrait suffisant pour faire apprécier la nature du sujet et la manière dont il a été traité.

Caractères anatomiques. — Le *liquide* est en général très abondant; on l'a vu remplir un litre et au delà. Il est ordinairement d'une *limpidité* parfaite ou légèrement citrine, comme la sérosité de l'hydrocèle. Il est souvent rougeâtre, sans cesser d'être transparent. Cette teinte rougeâtre du liquide est peut-être plus rare qu'il ne le paraîtrait en s'en rapportant aux observations où elle a été notée.

En effet, l'incision ou même la ponction qu'on pratique dans la paroi du foyer peut donner du sang qui se mêle à un épanchement primitivement incolore et lui communique ainsi accidentellement en partie sa couleur. C'est là une chance d'erreur contre laquelle il est plus difficile qu'on ne croit de se mettre en garde.

Quelquefois, enfin, le liquide est *noir*, ce qui l'a fait prendre pour du sang veineux; mais entre la différence profonde de composition, il est beaucoup plus noir que le sang noir, et alors il est comme visqueux, et il offre des reflets huileux qui sont dus à des globules graisseux disséminés à sa surface. M. Morel-Lavallée a recueilli tout récemment un fait de ce genre.

L'épanchement est en effet très fluide; il jaillit par la canule du trocart comme la sérosité de l'hydrocèle, ou par la ponction du bistouri comme le sang de la veine dans la saignée, pour peu que l'on comprime la tumeur pendant qu'elle se vide. C'est par cet écoulement en jet autant que par sa couleur noire que la sérosité a pu en imposer pour du sang veineux.

Le temps n'exerce d'influence sensible ni sur la couleur ni sur la consistance de l'épanchement, qui paraît conserver jusqu'à la fin ou sa limpidité, ou sa nuance rougeâtre, ou sa teinte noire, et toujours sa fluidité première, même lorsqu'il se reproduit après des évacuations successives. On comprend que cette coloration rougeâtre ou noire des collections séreuses ait pu les faire confondre avec les épanchements de sang; mais ce que l'on comprend bien mieux encore, c'est l'étonnement des auteurs à la vue de ce sang restant ainsi presque indéfiniment en dehors de ses vaisseaux sans se coaguler.

Aujourd'hui tout devient simple comme la vérité : il s'agit de sérosité, et il est naturel qu'elle reste ce qu'elle est, c'est-à-dire liquide; ce qui serait surprenant, ce serait de la voir passer à l'état solide.

Outre la fluidité permanente du dépôt, une chose devait encore éloigner l'idée de son origine hématique, c'était sa fluidité complète; car dans aucun des cas qui forment la base de ce mémoire, — les cas mixtes n'y figurent qu'accessoirement, — ni dans les cinq que publie M. Morel-Lavallée, ni dans les quatre qu'il a empruntés aux auteurs, il n'y avait de caillot sanguin dans la poche. Le liquide n'a entraîné au dehors aucun débris, et, après l'évacuation de l'épanchement, il a toujours été impossible, malgré sa position superficielle, d'y découvrir la moindre crépitation sanguine; et enfin, ce qui est décisif, quand on a mis à nu le fond du foyer par de larges incisions, le résultat a été le même et toujours négatif : pas de vestige de caillot.

Par le repos et le refroidissement, le sérum laisse ordinairement se précipiter dans l'éprouvette une sorte de dépôt comme grenu et floconneux, d'une teinte rouge-brunâtre, et dont la hauteur est environ un vingtième de celle de la colonne liquide. Mais si les éléments de cette couche floconneuse étaient plus rapprochés, elle aurait en réalité bien moins de hauteur. Dans le premier fait que M. Morel-Lavallée a observé, les éléments de cette couche sédimenteuse étaient moins indépendants les uns des autres; elle était pour ainsi dire prise en caillot, mais en caillot si mince qu'il était presque sans épaisseur. Ce fut une grande surprise pour l'auteur de voir ce coagulum sanguin dans un liquide qui avait jailli aussi limpide que la sérosité de l'hydrocèle la plus transparente, et qui, même dans le vase où il avait été recueilli, ne rappelait d'abord en rien le sang.

La composition du liquide était un point important à déterminer : aussi M. Morel-Lavallée a-t-il fait appel aux lumières des hommes les plus compétents dans cette question, et les analyses ont été faites avec l'aide de MM. Lebert, Ch. Robin et Quevenne. Ces analyses ont donné les résultats suivants :

ÉPANCHEMENT.

Partie restée fluide. — Sérosité analogue à celle du sang ;
Globules graisseux en quantité variable.
Dépôt. . . . . . . — Globules rouges du sang à peu près décolorés ;
Globules blancs du sang en petite quantité;
Matière abondante du sang précipitée en petits granules.

La partie restée fluide forme plus des 19/20e de la masse totale (1). L'épanchement, qui a fourni dans l'éprouvette le dépôt le plus considérable, n'a laissé à l'évaporation et à la dessiccation que 7 pour 100 de résidu; tandis que le sang, traité de la même manière, laisse 17 pour 100 de résidu.

Ainsi, la partie restée fluide, qui représente la presque totalité de l'épanchement, est analogue à la sérosité du sang, et le dépôt consiste dans une petite quantité de globules et de matière colorante du sang altérés; il faut ajouter les globules graisseux qui surnagent.

La POCHE n'a pas encore été examinée à une époque rapprochée de l'accident; mais peut-elle être autre chose alors qu'une cavité creusée au sein du tissu cellulaire par la rupture des lames, des vaisseaux, des différents éléments organiques qui entrent dans sa texture? L'aspect des parois du foyer n'est-il pas analogue à celui que l'on constate chaque jour à l'état récent dans un décollement traumatique de la peau ouvert à l'extérieur? Par la suite, dans un temps indéterminé, variable comme les influences d'irritations et autres qui interviennent, une fausse membrane se développe qui enkyste l'épanchement. Elle rappelle celle qui ne tarde pas à entourer les collections sanguines, et que Petit le fils attribuait au dépôt périphérique de la couenne. « La couenne, dit-il, se forme alors sur le vivant autour du caillot, au lieu de se montrer à la surface comme dans une pochette » (1). Rien n'eût été plus propre à désabuser ce chirurgien qu'une pseudo-membrane semblable isolant un simple épanchement de sérosité traumatique sans trace de caillot. Cette couche plastique que font supposer l'ancienneté de la lésion et la reproduction du liquide, après plusieurs ponctions successives, l'auteur l'a constatée le scalpel à la main chez le sujet de sa troisième observation. Cette fausse membrane, d'un gris jaunâtre, d'une épaisseur égale à celle de la paroi de l'artère crurale, était très adhérente aux tissus environnants. Lorsqu'une incision cruciale la rendit accessible à la vue, elle était depuis quelques jours le siége d'une inflammation suppurative, et l'on ne put pas juger tout à fait exactement de son aspect primitif. Plus tard, elle s'altéra plus profondément encore par une phlegmasie de mauvaise nature qui s'empara du foyer dans les derniers jours; mais si tous les caractères n'ont pu en être suffisamment étudiés, son existence au moins a été mise hors de doute. Un point important à noter, c'est qu'au moment où, sur le vivant, l'épanchement fut ouvert par des incisions qui en dépassaient les limites, il n'y avait aucun vestige de sang extravasé en dehors du kyste, et que le bourrelet périphérique résultait d'un simple engorgement du tissu cellulaire.

A côté de ces faits où la poche ne renferme aucun caillot sanguin avec la sérosité se placent ceux moins fréquents où ce mélange existe; Pelletan en a rencontré deux, que l'auteur a déjà cités. Dans l'un, à la suite d'un éboulement sur la région dorsale, il s'y fit un épanchement d'où il s'écoula à l'incision plus d'une pinte de *sérosité* rougeâtre, mêlée de quelques caillots (2) ; dans l'autre, la tumeur avait été déterminée par le passage d'une roue de cabriolet sur la jambe ; elle fut également incisée, et il en sortit une chopine de sang en partie coagulé et en partie fluide (3).

Ces cas mixtes sont en quelque sorte la transition entre les collections purement sanguines et les collections purement séreuses.

Symptômes. — La collection peut se prononcer assez promptement sous la forme d'une tumeur globuleuse ou oblongue ; mais plus souvent elle reste d'abord vague et aplatie, ce qui tient sans doute à la grande étendue du foyer, qui ne se remplit que lentement. Dans les conditions ordinaires, un liquide qui s'épanche au sein des tissus les foule presque également en tous sens, se creuse ainsi une poche plus ou moins arrondie ; il gagne même plus rapidement vers l'extérieur que dans toute autre direction, parce que c'est de ce côté qu'il rencontre communément le moins de résistance. Ici, au contraire, au lieu de se créer un foyer, le liquide le trouve tout préparé, et comme ce foyer est très large, il s'y répand, et la tumeur, au lieu d'être saillante dès le début, demeure longtemps comme étalée. Aussi ses commencements ont-ils passé plus d'une fois inaperçus. Cette vaste poche ne se remplit que peu à peu ; généralement même, et c'est là un de ses traits les plus caractéristiques, elle ne se remplit pas entièrement. C'est ce que M. Morel-Lavallée a vu dans toutes ses observations, et à un degré extrêmement marqué dans la plupart d'entre elles. Pelletan l'avait déjà noté expressément dans les deux siennes, et La Mothe l'avait dit en d'autres termes avant lui : le chirurgien de Valognes remarque, en effet, que chez sa malade la tumeur était « fort molle. »

Cette *réplétion incomplète* de la poche donne lieu à de curieux phénomènes, dus au jeu facile du liquide dans son intérieur. Pendant les mouvements de la partie sur laquelle elle repose, la tumeur *flotte* et *tremble* à l'œil; quelquefois même, si on souffle fortement dessus, nous ne dirons pas qu'elle se ride (les plis qui se forment à sa surface sont trop larges), mais elle ondule manifestement sous le souffle.

Il faut tendre la peau qui recouvre l'épanchement, ou même rassembler le liquide dans un coin du foyer, pour bien sentir la *fluctuation*, suivant l'acception ordinaire de ce mot en chirurgie. Si, en cherchant la fluctuation, on laisse à la poche toute sa laxité, le liquide reflue dans le sens de l'impulsion que lui impriment les doigts, comme dans une vessie à demi pleine, et ce que l'on perçoit alors, c'est moins une pression transmise qu'un choc; pour se porter d'une main à l'autre, le liquide parcourt en quelque sorte des espaces vides, et frappe le doigt à la manière du marteau d'eau. Quelquefois, en refoulant avec un seul doigt brusquement le liquide du point le plus déclive vers un point plus élevé, sans retirer entièrement le doigt, le flot, en retombant, lui fait éprouver une espèce de choc en retour, qui rappelle la sensation du *ballottement* dans la grossesse.

Il est rare que ces symptômes soient aussi prononcés; mais ce qui est constant dans ces épanchements, au moins quand ils sont sous-cutanés, c'est leur réplétion incomplète et le flottement du liquide dans la poche, qui en répète à l'œil les ondulations. L'auteur n'a rencontré ailleurs ce flottement ou cette ondulation perceptible à la vue que dans une hydarthrose du genou chez un jeune homme lymphatique, et certaines ascites avec flaccidité de la paroi abdominale. Il est possible que dans les collections séreuses sous-aponévrotiques ce phénomène manque, pour être remplacé par la simple fluctuation. Si la poche, même sous-cutanée, se remplit davantage, le flottement peut cesser, et la fluctuation lui succède: fluctuation toujours très marquée, quelquefois d'une étendue extrême, effrayante. C'est ainsi que dans le cas de M. J. Cloquet, elle existait depuis la clavicule jusqu'au muscle droit de l'abdomen, en suivant une ligne courbe dont le sommet s'appuyait sur les lombes.

On sent, dans la plupart des cas, un *bourrelet* presque toujours incomplet à la base de la tumeur, et jamais d'écrasement de cail-

(1) En poids, le dépôt ne doit pas aller à 1/50e. L'auteur a dit comment la disposition floconneuse en exagérait la proportion à la vue dans l'éprouvette.

(1) Petit fils, MÉM. DE L'ACADÉMIE DE CHIRURGIE, t. II, p. 108.
(2) Pelletan, t. II, p. 131.
(3) Pelletan, t. II, p. 160.

lots dans sa cavité, quoique la laxité de la poche permette aisément au doigt d'en toucher le fond.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Inoculation du virus pneumonique sur les bœufs.

On connaît les expériences faites dans les Pays-Bas et en Belgique sur les inoculations du virus pneumonique comme moyen de combattre une maladie qui faisait des ravages dans les bêtes à cornes, et les résultats qu'on en a obtenus. En Piémont, sous les auspices du gouvernement, les mêmes expériences ont été tentées, et voici ce qui résulte d'un rapport fait par des hommes spéciaux et compétents dans la province de la Lomelline, si riche en bœufs et vaches :

1° Après l'inoculation du virus pneumonique pratiquée sur les bœufs et vaches de MM. les frères Raqui (commune de Tromello), aucun cas nouveau de pneumonie ne s'était manifesté chez eux;

2° Après cette inoculation il y eut encore quelques cas de mort, mais chez les animaux sur lesquels le pus inoculé ne s'était manifesté par aucun signe extérieur;

3° Cette opération a produit quelques effets graves, suivis même de trois cas de mort, chez quelques-uns des animaux inoculés;

4° Des pièces pathologiques importantes résultant de l'inoculation antipéripneumonique seront envoyées à l'Ecole vétérinaire de Turin pour être soumises à un examen sérieux;

5° Enfin ces effets fâcheux semblent dépendre de causes spéciales, telles que, par exemple, la localité qu'on a choisie pour l'inoculation, et la qualité du virus; et sur ce chapitre, un dernier rapport complet des hommes de l'art donnera les explications convenables.

On peut conclure de cela qu'il est de la plus haute importance de continuer les études sur cette grave question, afin d'arriver s'il est possible à mettre à l'abri d'une maladie si meurtrière des animaux sous tant de rapports utiles à la société.

Paraphimosis de la première enfance.

La réduction offre quelquefois de grandes difficultés. Le docteur Rau mentionne, dans le *Casper's Wochenschrift*, six cas qu'il a eus à traiter en trois années. L'étranglement existait depuis douze à vingt-quatre heures. Il n'a pu, dans aucun cas, faire la réduction de prime abord; mais elle a été rendue facile par l'application, continuée pendant douze à vingt-quatre heures, de l'onguent gris et de l'extrait d'aconit ou de belladone, dans la proportion de 30 grammes pour le premier, de 4 à 8 pour le second. Chez un enfant affecté de paraphimosis depuis trente heures, et chez lequel le prépuce était extraordinairement gonflé et excorié, le docteur Rau est parvenu à opérer la réduction après trente-six heures de l'emploi de l'eau de Goulard en topique. (*Revue de thérap.*)

Règlement sanitaire international.

Le *Moniteur* a publié un décret impérial daté de Saint-Cloud, 27 mai 1853, qui porte promulgation de la convention sanitaire internationale conclue le 3 février 1852 entre la France, la Sardaigne et diverses autres puissances maritimes, et qui, par rapport à la Sardaigne, recevra sa pleine et entière exécution à partir du 15 juin.

En vertu de ce décret, et conformément aux principes posés dans la convention sanitaire sus-indiquée, les hautes parties contractantes ont adopté le règlement général suivant, pour être observé dans tous leurs ports de la Méditerranée et de la mer Noire, et servir de base aux règlements particuliers de chaque pays; ces règlements, dont les gouvernements respectifs se communiqueront le texte, seront formulés de manière à établir dans le service sanitaire des différents pays la plus grande uniformité possible.

TITRE Ier. — DISPOSITIONS GÉNÉRALES.

Art. 1er. Conformément à l'article 1er de la convention, les mesures de précaution qui pourront être prises sur les frontières de terre seront :

L'isolement; — la formation de cordons sanitaires; — l'établissement de lazarets permanents ou temporaires pour l'accomplissement des quarantaines.

Art. 2. Le droit accordé à tout port sain de se prémunir contre un bâtiment suspect ou malade pourra aller jusqu'à l'isolement du navire et l'adoption des mesures hygiéniques que les circonstances rendraient nécessaires.

Art. 3. Quels que soient le nombre des malades qui se trouveront à bord et la nature de la maladie, un navire ne pourra jamais être repoussé, mais il sera assujetti aux précautions que commande la prudence, tout en conciliant les droits de l'humanité avec les intérêts de la santé publique.

Dans les ports qui n'ont pas de lazarets, l'administration sanitaire locale déterminera si le bâtiment suspect ou malade doit être dirigé sur un lazaret voisin, ou peut rester au mouillage dans un lieu réservé et isolé, sous la garde de l'autorité sanitaire.

Il ne pourra être dirigé sur un autre lazaret qu'après avoir reçu les secours et soins que réclamerait son état ou celui de ses malades, et avoir obtenu les moyens de continuer sa route.

Art. 4. La peste, la fièvre jaune et le choléra étant, d'après la convention, les seules maladies qui entraînent des mesures générales et la mise en quarantaine des lieux de provenance, les précautions prises contre les autres maladies, quelles qu'elles soient, ne s'appliqueront jamais qu'aux seuls bâtiments suspects ou malades.

TITRE II. — MESURES RELATIVES AU DÉPART.

Art. 5. Les mesures relatives au départ comprendront l'observation, la surveillance et la constatation de l'état sanitaire du pays; la vérification et la constatation de l'état hygiénique des bâtiments qui en partent, de leurs cargaison et vivres, de la santé des équipages; des renseignements, quand il y a lieu, sur la santé des passagers, et enfin les patentes de santé et tout ce qui s'y rapporte.

Art. 6. Ces observation, surveillance, constatation et vérification seront confiées aux autorités ci-après désignées. (Titre VIII.)

Art. 7. Tout bâtiment doit être, avant le chargement, visité par un délégué de l'autorité sanitaire et soumis, s'il y a lieu, aux mesures hygiéniques jugées nécessaires.

Art. 8. Le bâtiment sera visité dans toutes ses parties, et son état hygiénique constaté.

Art. 9. Le chargement ne pourra avoir lieu qu'après cette visite et l'accomplissement des mesures préalables de propreté et de salubrité que l'autorité sanitaire jugera indispensables.

Art. 10. L'autorité s'enquerra de l'état des vivres et boissons, et en particulier de l'eau potable et des moyens de la conserver. Elle pourra s'enquérir aussi des vêtements de l'équipage, et, en général de toutes les mesures relatives au maintien de la santé à bord.

Art. 11. Les capitaines et patrons seront tenus de fournir à cet égard à l'autorité sanitaire tous les renseignements et toutes les justifications qui leur seront demandés.

Art. 12. Si l'autorité sanitaire le juge nécessaire et ne se croit pas suffisamment éclairée par le capitaine, il pourra être procédé à une nouvelle visite après le chargement du navire, afin de s'assurer si toutes les précautions sanitaires et hygiéniques prescrites ont été observées.

Art. 13. Les hommes de l'équipage seront visités par un médecin. L'embarquement de ceux qui seraient atteints d'une affection transmissible pourra être refusé par l'autorité sanitaire.

Art. 14. Ces diverses visites devront être faites sans délai et de manière à éviter tout retard aux bâtiments.

Art. 15. A l'égard des navires portant un pavillon autre que celui des pays dans lesquels ils sont mouillés, la visite et les constatations prescrites par les art. 9 à 14 inclusivement seront faites par l'autorité sanitaire de concert avec le consul ou l'agent consulaire de la nation à laquelle appartient le navire.

Art. 16. Le nombre des passagers à embarquer sur les navires à voiles ou à vapeur, l'étendue de leurs logements et la quantité des approvisionnements de bord, suivant la durée probable du voyage, seront déterminés par des règlements particuliers dans les divers pays signataires de la convention du 19 décembre.

Art. 17. Les bâtiments de la marine militaire ne seront pas assujettis aux dispositions des articles précédents.

Art. 18. Les bâtiments affectés au transport des personnes, quel que soit leur tonnage, et tous les bâtiments d'une certaine capacité ou dont l'équipage se compose d'un certain nombre d'hommes seront tenus de se munir d'un coffre avec les médicaments les plus indispensables et les appareils les plus ordinaires pour le traitement des maladies et pour les accidents qui arrivent le plus fréquemment à bord des navires.

L'administration sanitaire supérieure de chaque pays fera rédiger le catalogue de ces médicaments et appareils, ainsi qu'une instruction détaillée sur la manière de les employer.

Art. 19. Les patentes de santé ne seront délivrées à l'avenir qu'après l'accomplissement des formalités spécifiées dans le présent règlement.

Art. 20. Seront, en temps ordinaire, dispensés de se munir d'une patente de santé : 1° les bateaux pêcheurs; 2° les bateaux pilotes; 3° les chaloupes du service des douanes et les bâtiments garde-côtes; 4° les navires faisant le cabotage entre différents ports du même pays et qui seront déterminés par les règlements locaux.

Art. 21. Chaque bâtiment ne pourra avoir qu'une seule patente.

Art. 22. Les patentes de santé seront délivrées au nom du gouvernement territorial par l'autorité sanitaire, pourront être visées par les consuls et feront foi dans tous les ports des hautes parties contractantes.

Art. 23. Outre le nom du navire et celui du capitaine ou patron, et les renseignements relatifs au tonnage, aux marchandises, aux hommes d'équipage, aux passagers, etc., la patente mentionnera exactement l'état sanitaire du lieu, tel qu'il résulte des renseignements recueillis par l'autorité sanitaire et l'état hygiénique du bâtiment.

S'il y a des malades à bord, il en sera fait mention.

La patente devra contenir enfin tous les renseignements qui peuvent éclairer l'autorité sanitaire du port de destination, et la mettre à même de se faire une idée aussi exacte que possible de la santé publique au point de départ et environs, de l'état du navire et de sa cargaison, de la santé des équipages et de celle des passagers.

Sont considérés comme *environs* les lieux en rapport habituel avec le port de départ et faisant partie de la même circonscription sanitaire.

Art. 24. La patente sera pour toutes les nations contractantes conforme au modèle annexé au présent règlement.

Art. 25. Lorsqu'il règnera au point de départ ou aux environs une des trois maladies réputées importables et transmissibles, et que l'autorité sanitaire en aura déclaré l'existence, la patente donnera la date de cette déclaration.

Elle donnera de même la date de la cessation quand cette cessation aura été constatée.

Art. 26. Conformément aux dispositions de l'art. 3 de la convention, la patente ne pouvant être que nette ou brute, l'autorité sanitaire devra toujours se prononcer sur l'existence ou la non-existence de la maladie au point de départ. Le doute sera interprété dans le sens de la plus grande prudence, et la patente sera brute.

Art. 27. Sauf le système des Teskérés, tant qu'il sera jugé nécessaire dans l'Empire Ottoman, il ne sera pas exigé de bulletins de santé individuels pour les passagers et les hommes d'équipage.

Toutefois, l'autorité sanitaire pourra exiger, pour ceux des passagers dont la santé serait suspecte et pourrait devenir compromettante, le certificat d'un médecin connu, à ce autorisé, et il en sera fait mention sur la patente.

L'autorité sanitaire pourra même s'opposer à l'embarquement d'un passager dont la santé serait compromettante pour les autres.

Art. 28. La patente de santé ne sera considérée comme valable que si elle a été délivrée dans les quarante-huit heures qui ont précédé le départ.

Si le départ est retardé, la patente devra être visée par l'autorité qui l'a délivrée, laquelle mentionnera si l'état sanitaire est resté le même ou s'il a éprouvé quelque changement.

Art. 29. Elle ne cesserait pas d'être considérée comme nette lors même que, dans le lazaret du pays, existeraient un ou plusieurs cas d'une maladie réputée transmissible et importable.

TITRE III. — MESURES SANITAIRES PENDANT LA TRAVERSÉE.

Art. 30. Tout bâtiment en mer devra être entretenu en bon état d'aération et de propreté.

A cet effet, chacune des nations contractantes fera rédiger, dans le plus bref délai, une instruction pratique et suffisamment détaillée, prescrivant les mesures de propreté et d'aération à observer en mer.

Art. 31. Les capitaines et patrons seront tous munis de cette instruction, et devront s'y conformer; autrement ils pourraient être considérés, à l'arrivée, comme étant en patente brute, et traités en conséquence.

Art. 32. Les bâtiments à vapeur assujettis à la patente, qui se livrent au transport des voyageurs, seront tenus d'avoir un médecin sanitaire à bord. Ce médecin aura pour mission spéciale de veiller à la santé des équipages et voyageurs, de faire prévaloir les règles de l'hygiène, et de rendre compte à l'arrivée des circonstances du voyage.

Il sera tenu, en outre, de consigner avec exactitude, et, autant que possible, jour par jour, sur un registre *ad hoc*, toutes les circonstances qui peuvent être de nature à intéresser la santé publique, en notant avec un soin tout particulier les maladies observées, les simples accidents même, ainsi que le traitement appliqué et ses suites.

Le mode de nomination des médecins de bord sera déterminé par les gouvernements respectifs.

Art. 33. A défaut de médecins, les renseignements relatifs à la santé seront recueillis par le capitaine ou patron et inscrits par lui sur son livre de bord.

Il sera tenu note exacte de toutes les communications arrivées en mer, pour en être rendu compte à l'arrivée.

Art. 34. Tout capitaine ou patron qui relâchera dans un port et y entrera en communication sera tenu de faire viser sa patente par l'autorité sanitaire, et, à défaut de celle-ci, par l'administration chargée de la police locale.

Art. 35. Il est interdit aux autorités sanitaires de retenir dans les ports de relâche la patente délivrée au point de départ.

Art. 36. En cas de décès arrivé en mer après une maladie de caractère suspect, les effets d'habillement et de literie qui auraient servi au malade dans le cours de cette maladie seront brûlés si le navire est au mouillage, et, s'il est en route, jetés à la mer, avec les précautions nécessaires pour qu'ils ne puissent surnager.

Les autres effets du même genre dont l'individu décédé n'aurait point fait usage, mais qui se seraient trouvés à sa disposition, seront immédiatement soumis à l'évent ou à toute autre purification.

TITRE IV. — MESURES SANITAIRES A L'ARRIVÉE.

Art. 37. Tout bâtiment sera, à l'arrivée, soumis aux formalités de la reconnaissance et de l'arraisonnement.

Art. 38. Toutefois, lorsque l'état sanitaire sera positivement sain, les navires venant d'un port à un autre port du même pays pourront, en vertu des règlements sanitaires particuliers à chaque pays, être affranchis de l'arraisonnement sanitaire.

Art. 39. Pourront également, en temps ordinaire, être affranchies de l'arraisonnement par voie de déclaration échangée entre les nations contractantes, toutes les provenances ou des provenances déterminées allant de l'un des deux pays dans les ports de l'autre.

Art. 40. La reconnaissance et l'arraisonnement seront faits par l'agent que l'autorité sanitaire déléguera à cet effet.

Les résultats en seront consignés sur un registre spécial.

Art. 41. Ainsi qu'au départ, les cas douteux, les renseignements contradictoires seront toujours interprétés dans le sens de la plus grande prudence. Le bâtiment devra être provisoirement tenu en réserve.

Art. 42. L'admission à la libre pratique sera précédée de la visite du bâtiment toutes les fois que l'autorité sanitaire le jugera nécessaire.

Art. 43. Lorsqu'il existera des malades à bord, ils seront, à leur demande, débarqués le plus promptement possible et recevront les soins qu'exigera leur état.

Art. 44. Si le navire, quoique muni d'une patente nette et n'ayant eu pendant la traversée aucun cas de maladie, se trouvait, par la nature de sa cargaison, par son état d'encombrement ou d'infection, dans des conditions que l'agent de la santé jugerait susceptibles de compromettre la santé publique, le navire pourra être tenu en réserve jusqu'à ce qu'il ait été statué par l'autorité sanitaire.

La décision devra être rendue dans les vingt-quatre heures.

Art. 45. Selon les conditions de salubrité du navire, l'autorité sanitaire pourra, si elle le juge convenable, ordonner comme mesure d'hygiène :

Le bain et autres soins corporels pour les hommes de l'équipage;

Le déplacement des marchandises à bord;

L'incinération ou la submersion à distance dans la mer des substances alimentaires et des boissons gâtées ou avariées, ainsi que des marchandises de nature organique fermentées ou corrompues;

Le lavage du linge et des vêtements de l'équipage;

Le nettoyage de la cale, l'évacuation complète des eaux et la désinfection de la sentine;

L'aération de tout le bâtiment et la ventilation de ses parties profondes au moyen de la pompe à air ou de tout autre moyen;

Les fumigations chloriques, le grattage, le frottage et le lavage des bâtiments;

Le renvoi au lazaret.

Quand ces diverses opérations seront jugées nécessaires, elles seront exécutées dans l'isolement plus ou moins complet du navire, selon la disposition des plages et des localités, mais toujours avant l'admission à la libre pratique.

A part les formalités de reconnaissance et d'arraisonnement, les bâtiments en transit appartenant aux hautes parties contractantes seront dispensés, dans les ports intermédiaires, des formalités prescrites pour le départ et l'arrivée.

Art. 46. Sauf les dispositions transitoires énoncées aux paragraphes 4 et 5 de l'article 4 de la convention concernant la Turquie d'Europe et d'Asie, ainsi que l'Égypte, tout bâtiment muni d'une patente nette, qui n'aura eu en mer ni accidents, ni communications de nature suspecte, et qui se présentera dans des conditions hygiéniques satisfaisantes, sera immédiatement admis en libre pratique.

TITRE V. — DES QUARANTAINES.

Art. 47. Tout bâtiment arrivant en patente brute sera déclaré en quarantaine.

Pourra être mis en quarantaine tout bâtiment arrivant dans les conditions prévues par l'article 3 de la convention, qui l'assimilent à la patente brute.

Art. 48. Nulle provenance ne pourra être mise en quarantaine sans une décision motivée. Cette décision sera notifiée immédiatement au capitaine ou patron du bâtiment.

Art. 49. Sauf la présence à bord de la peste, de la fièvre jaune ou du choléra, un bâtiment aura toujours le droit de reprendre la mer, soit avant d'être mis en quarantaine, soit en cours de quarantaine.

La patente de santé lui sera rendue s'il n'est pas arrivé au port de destination, et l'autorité sanitaire mentionnera sur cette patente la durée et les circonstances de son séjour, ainsi que les conditions dans lesquelles il repart.

Un bâtiment pourra reprendre la mer nonobstant la présence à bord de maladies ordinaires. Toutefois, l'autorité sanitaire devra s'assurer préalablement si les malades pourront être convenablement soignés pendant le reste de la navigation; ceux qui voudraient rester au lazaret en auront toujours le droit.

Art. 50. La durée de la quarantaine sera la même pour le bâtiment, les personnes et les marchandises qui y sont assujettis.

Elle se distingue en quarantaine d'observation, en quarantaine de rigueur.

Art. 51. La quarantaine d'observation datera, pour les navires et tout ce qui se trouve à bord, de l'instant où un garde de santé aura été mis à bord et où les mesures d'aération et de purification auront commencé.

La quarantaine de rigueur datera, pour le bâtiment, les personnes

et les choses à bord, du moment où les marchandises assujetties au débarquement auront été enlevées; pour les marchandises débarquées au lazaret ou dans un lieu réservé, du commencement des purifications; pour les personnes débarquées, du moment de leur entrée au lazaret.

Une quarantaine commencée à bord pourra toujours être continuée au lazaret.

Art. 52. La quarantaine d'observation se bornera à tenir en observation, pendant un temps déterminé, le bâtiment, l'équipage et les passagers, et elle n'entraînera pas le déchargement des marchandises au lazaret.

Elle aura lieu, pour les hommes, à bord du navire ou au lazaret, à la volonté des quarantainaires.

Pendant sa durée, le bâtiment, tenu à l'écart et surveillé par des gardes de santé en nombre suffisant, sera simplement soumis, par mesure d'hygiène, à une aération convenable, aux lavages et aux soins de propreté générale.

Art. 53. La quarantaine de rigueur ajoutera à la quarantaine d'observation les mesures de purification et de désinfection spéciales qui seront jugées nécessaires par l'autorité sanitaire.

Elle entraînera, en outre, dans les cas spécifiés par le présent règlement, le débarquement au lazaret des marchandises de la première classe, et, selon les circonstances et les règlements locaux, celui des marchandises de la deuxième classe. (Articles 63 et 64.)

Art. 54. La quarantaine de rigueur ne pourra être purgée, pour la peste, que dans un port à lazaret. Celle qui est imposée à un navire pour cause de malpropreté, en vertu de l'article 3 de la convention sanitaire, pourra être purgée dans une partie isolée d'un port quelconque.

Art. 55. La quarantaine pourra être purgée dans un port intermédiaire entre le point de départ et le port de destination, et, en apportant la preuve de cette quarantaine, le bâtiment sera admis à libre pratique.

Art. 56. Le temps de la traversée se comptera, pour tous les bâtiments, du moment du départ, constaté par le livre de bord, et attesté par la déclaration du capitaine ou patron du navire.

Art. 57. Tout bâtiment à bord duquel il y aura eu, pendant la traversée, un cas de l'une des trois maladies réputées importables et transmissibles, sera de droit, et quelle que soit sa patente, considéré comme ayant patente brute.

Art. 58. S'il y a eu un ou plusieurs cas de choléra pendant la traversée ou pendant la quarantaine, cette quarantaine comptera du moment de l'arrivée et de l'exécution des mesures sanitaires : il ne sera pas tenu compte de la traversée.

Art. 59. Sauf les exceptions temporaires rappelées ci-dessus (art. 46), les marchandises et objets matériels de toute sorte, arrivant en patente nette par un bâtiment en bon état et bien tenu, qui n'a eu ni morts ni malades suspects, seront dispensés de tout traitement sanitaire et admis immédiatement à la libre pratique, comme le bâtiment lui-même, les équipages et les passagers.

Art. 60. Sont exceptés les cuirs, les crins, les chiffons et les drilles. Ces marchandises pourront, même en patente nette, devenir l'objet de mesures sanitaires. L'autorité sera juge de ces mesures et en déterminera la nature et la durée.

Art. 61. Sont également exceptés les marchandises et objets altérés ou décomposés.

Conformément au paragraphe 4 de l'article 45, l'autorité aura le droit de les faire jeter à la mer ou d'en ordonner la destruction par le feu.

Les formalités à remplir dans ce cas seront déterminées par les règlements locaux.

Art. 62. Conformément à l'article 5 de la convention, et pour l'application des mesures sanitaires, les marchandises seront rangées, à l'avenir, en trois classes :

Composeront la première et seront soumis, à ce titre, à une quarantaine obligatoire et aux purifications, savoir : les hardes et effets à usage, les drilles et chiffons, les cuirs et peaux, les plumes, crins et débris d'animaux en général, enfin la laine et les matières de soie.

Seront compris dans la deuxième et assujettis à une quarantaine facultative, savoir : le coton, le lin et le chanvre.

Composeront la troisième et seront, à ce titre, exempts des mesures quarantenaires, savoir : toutes les marchandises et objets quelconques qui ne rentrent pas dans les deux premières classes.

Art. 63. En patente brute de peste, les marchandises de la première classe seront toujours débarquées au lazaret et soumises aux purifications.

Les marchandises de la deuxième classe pourront être livrées immédiatement à la libre pratique, ou débarquées au lazaret pour être purifiées, suivant les circonstances et les règlements sanitaires particuliers de chacun des pays contractants.

Les marchandises de la troisième classe étant déclarées libres pourront toujours être livrées immédiatement au commerce, sous la surveillance de l'autorité sanitaire.

Art. 64. En patente brute de fièvre jaune, sans accident pendant la traversée, si cette traversée a été de plus de dix jours, les marchandises seront soumises, par mesure d'hygiène, à une simple aération sans déchargement.

S'il y a eu des accidents, ou si la traversée a été de moins de dix jours, les marchandises pourront être l'objet des mêmes mesures qu'en patente brute de peste, c'est-à-dire débarquées au lazaret et purifiées; mais cette mesure sera facultative et laissée à l'appréciation de l'autorité sanitaire.

Art. 65. En patente brute de choléra, les marchandises ne seront assujetties à aucune mesure sanitaire particulière ; le bâtiment sera seulement aéré et les mesures d'hygiène, toujours obligatoires, seront observées.

Art. 66. Dans tous les cas de patente brute, les lettres et papiers seront soumis aux purifications d'usage.

Art. 67. Toute marchandise ou objet quelconque provenant d'un lieu sain, qui sera contenu dans une enveloppe scellée officiellement et d'une matière non assujettie aux mesures de purification, sera immédiatement admis en libre pratique, quelle que soit la patente du bâtiment.

Si l'enveloppe est d'une substance à l'égard de laquelle les mesures sanitaires soient facultatives, l'admission sera également facultative.

Art. 68. Les animaux vivants resteront soumis aux quarantaines et aux purifications en usage dans les différents pays.

Art. 69. Tout bâtiment qui n'aura pas de patente, lorsque, à raison du lieu de provenance, il devrait en être muni, pourra, selon les circonstances, être soumis à une quarantaine d'observation ou de rigueur.

La durée de cette quarantaine sera fixée par l'autorité sanitaire.

Elle ne pourra excéder trois jours, si le bâtiment vient d'un lieu notoirement sain et s'il est dans de bonnes conditions hygiéniques.

Les cas de force majeure, ainsi que la perte fortuite de la patente seront appréciés par l'autorité sanitaire.

Art. 70. Toute patente raturée ou surchargée sera considérée comme nulle, et placera le navire dans les conditions prévues par l'article précédent, sans préjudice des poursuites qui pourraient être exercées contre les auteurs des altérations.

Art. 71. Si, pendant la durée d'une quarantaine, et quel que soit le point auquel elle soit parvenue, il se manifeste un cas de peste, de fièvre jaune ou de choléra, la quarantaine recommencera.

Art. 72. Outre les quarantaines prévues et les mesures spécifiées, tant par la convention du 19 décembre que par le présent règlement, les autorités sanitaires de chaque pays auront le droit, en présence d'un danger imminent et en dehors de toute prévision, de prescrire, sous leur responsabilité devant qui de droit, telles mesures qu'elles jugeront indispensables pour le maintien de la santé publique.

A défaut de bâtiments spéciaux à terre, elles pourront disposer en lazarets des navires isolés et gardés de manière à empêcher toute communication avec l'extérieur.

TITRE VI. — Des lazarets.

1re Section. — *De l'institution et de la disposition des lazarets.*

Art. 73. La distribution intérieure des lazarets sera telle, que les personnes et les choses appartenant à des quarantaines de dates différentes puissent être facilement séparées.

Art. 74. Des parloirs vastes et commodes permettront d'y recevoir les personnes du dehors qui voudront visiter les quarantainaires, sans préjudice des précautions nécessaires pour sauvegarder la santé publique.

Les grillages seront supprimés, ainsi que tout ce qui pourrait influer d'une manière fâcheuse sur le moral des quarantainaires.

Art. 75. Des bâtiments ou corps de bâtiments seront affectés dans les lazarets au service des malades. Ils seront disposés de manière à permettre la séparation des malades et à assurer en même temps les meilleures conditions d'hygiène, notamment l'aération.

Art. 76. Il est interdit de se mettre en communication directe et immédiate avec les personnes et les choses suspectes ou réputées telles qui sont en quarantaine.

Outre les peines portées par les lois et règlements, quiconque aura été en contact avec ces personnes ou ces choses sera déclaré en quarantaine et considéré comme faisant partie de la même provenance, sauf les exceptions que l'autorité sanitaire croirait pouvoir admettre, et dont elle sera juge.

Art. 77. Tout lazaret doit être pourvu d'eau saine en quantité suffisante pour les besoins du service.

Art. 78. Il y aura dans chaque lazaret ou dans ses dépendances un endroit convenable destiné aux inhumations.

2e Section. — *Du personnel, de la surveillance et du service intérieur des lazarets.*

Art. 79. Les ports et les endroits réservés affectés à la quarantaine des navires, les lazarets destinés à celle des passagers et des marchandises, et les établissements quarantainaires en général, seront placés sous l'autorité immédiate des administrations sanitaires.

Art. 80. Il y aura dans chaque lazaret un directeur ou agent responsable, des employés en nombre suffisant pour assurer la discipline sanitaire, et des gardes de santé chargés d'exécuter ou faire exécuter les mesures prescrites.

Art. 81. Un médecin sera attaché au lazaret pour visiter et soigner les quarantainaires, et pour concourir par ses conseils à l'exacte exécution des mesures sanitaires.

Art. 82. Les malades recevront dans les lazarets, sous le rapport religieux et médical, tous les secours et tous les soins que l'on donnerait à des malades ordinaires dans les établissements hospitaliers les mieux organisés, sauf à constituer en quarantaine les médecins et les personnes compromises.

Art. 83. La faculté est laissée à chaque malade de se faire traiter par un médecin de son choix, autre que celui du lazaret; mais, dans ce cas, la visite du médecin étranger aura lieu en présence et sous la surveillance du directeur du lazaret.

Ce médecin devra faire chaque fois, par écrit, à l'office de santé, son rapport sur l'état de la maladie. L'administration enverra néanmoins, de temps en temps, son propre médecin pour visiter le malade, afin de connaître la nature de la maladie.

Art. 84. Les personnes dont l'état de pauvreté sera constaté par l'autorité sanitaire seront non-seulement admises, mais encore nourries et traitées gratuitement dans les lazarets.

Art. 85. Chaque lazaret aura un tarif établi par l'autorité et revisé trimestriellement, dans lequel le prix des vivres sera réglé au taux le plus modéré.

Art. 86. Les meubles et effets de première nécessité à l'usage des quarantainaires leur seront fournis gratis par l'administration, immédiatement après leur entrée au lazaret.

Art. 87. Les visites sanitaires du médecin seront gratuites. Les quarantainaires ne payeront que les soins étrangers au service sanitaire.

Art. 88. Outre ces règles générales, l'autorité sanitaire, tout en veillant à la préservation de la santé publique, sera tenue de prendre par des règlements spéciaux et selon les différentes localités toutes les mesures convenables pour assurer autant que possible le bien-être des quarantainaires.

3e Section. — *Du traitement des marchandises, effets à usage et des dépêches dans les lazarets.*

Art. 89. Les marchandises seront déposées dans des magasins spacieux et parfaitement secs; elles y seront soumises à la libre circulation de l'air et remuées de temps en temps.

Les balles et les colis seront ouverts, afin que l'air y puisse pénétrer. Cette aération sera continuée pendant toute la quarantaine.

Art. 90. Les marchandises appartenant à des quarantaines différentes seront séparées les unes des autres et placées, autant que possible, dans des magasins différents.

Art. 91. Les peaux, les cuirs, les crins, les drilles et chiffons, les débris d'animaux, les laines et matières de soie seront placés dans des endroits éloignés des chambres occupées par les quarantainaires, ainsi que des logements des employés.

En cas d'infection notoire, de malpropreté ou d'altération, ces matières, et les marchandises en général, pourront être soumises à tel moyen de purification que l'autorité sanitaire jugera nécessaire.

Art. 92. Les substances animales et végétales en putréfaction ne pourront jamais être reçues dans les lazarets; elles seront brûlées ou jetées à la mer conformément aux dispositions de l'article 61 du présent règlement.

Art. 93. Il y aura dans chaque lazaret des magasins destinés au dépôt des marchandises purifiées.

Art. 94. Les effets des passagers devront être pendant la durée de la quarantaine exposés à la ventilation dans des pièces séparées et appropriées à cet effet sous la surveillance des gardiens.

L'autorité sanitaire veillera à ce que cette opération ne soit négligée dans aucune circonstance.

Art. 95. Les effets à usage, le linge et tout ce qui aurait servi aux personnes mortes ou atteintes de peste devront être soumis à des purifications plus sévères : aux fumigations de chlore, à l'immersion dans l'eau de mer, à l'action de la chaleur, selon les circonstances et la nature des objets. Il en serait de même dans le cas de toute autre maladie contagieuse.

Art. 96. Les lettres et les dépêches seront purifiées de manière à ce que l'écriture ne soit pas altérée.

Art. 97. Cette opération aura lieu en présence du directeur du lazaret.

Art. 98. Le droit est réservé aux consuls ou représentants des puissances étrangères d'assister à l'ouverture et à la purification des lettres et dépêches qui leur seront adressées, ou qui seront destinées à leurs nationaux.

Le même droit est réservé à l'administration des postes.

TITRE VII. — Des droits sanitaires.

Art. 99. Seront exemptés du payement des droits sanitaires déterminés par l'article 7 de la convention : 1° les bâtiments de guerre; 2° les navires en relâche forcée, même lorsqu'ils sont admis à pratique, pourvu qu'ils ne se livrent à aucune opération de commerce dans le port où ils abordent; 3° les bateaux pêcheurs; 4° les navires dispensés de l'obligation de se munir d'une patente; 5° les enfants au-dessous de sept ans et les indigents embarqués aux frais du gouvernement de leur pays ou d'office par les consuls.

Art. 100. Tout droit sanitaire quelconque non mentionné dans la convention est formellement aboli.

(La fin au prochain numéro.)

Concours pour l'agrégation.

Aujourd'hui vendredi se sont terminées les épreuves du concours pour l'agrégation en chirurgie et en accouchements. Nous avons remarqué dans ce concours un fait qui, nous l'espérons, servira de précédent, et que nous ne saurions trop approuver.

On sait que les épreuves du concours d'accouchement se composent d'une question écrite relative à un sujet de chirurgie commun aux candidats pour la chirurgie et pour les accouchements, de deux questions orales d'accouchements, d'une leçon clinique d'accouchements, et enfin d'une thèse de chirurgie. Jusqu'à présent il avait paru illogique et irrationnel de mêler ainsi les deux concours et de présenter aux accoucheurs des questions de chirurgie qui rendaient la partie fort inégale, puisque l'on ne posait pas aux chirurgiens de questions d'accouchements.

Le jury actuel a pris l'initiative, et a décidé, dans le concours qui vient de se terminer, que les thèses des concurrents pour la place d'accouchement seraient relatives à des sujets d'accouchement, et non plus de chirurgie simple.

Il est à espérer que ce précédent fera loi, et que, plus hardi encore, le jury du prochain concours donnera deux sortes de questions écrites, l'une de chirurgie pour les chirurgiens, l'autre d'obstétrique pour les accoucheurs; ce qui n'empêchera nullement les deux concours de marcher parallèlement et sous les yeux des mêmes juges, à peu près compétents dans les deux branches. Nous disons à peu près compétents, car il est remarquable que dans le jury chargé de prononcer pour le concours actuel on ne compte pas un accoucheur, et que le seul chirurgien qui pourrait être mis au nombre des autorités en accouchements n'est que suppléant.

Le concours actuel a, en général, été fort brillant; nous avons surtout à signaler dans la section d'accouchements un *remarquable talent professoral*, pour nous servir de l'expression de l'un des juges, qui a surgi inopinément et s'est élevé à une hauteur qui a profondément surpris les membres du jury. Dr Foucart.

— Les candidats nommés en chirurgie sont dans l'ordre suivant : MM. Broca, Richard, Follin.

Disons, à l'honneur du concours, qu'en accouchements M. Pajot a été nommé par *six voix sur sept*.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

L'administration des hôpitaux de Paris vient de consacrer une prime de 6,750 fr. pour faire détruire les rats qui pullulent dans ces divers établissements.

— Les médecins de l'armée belge, voulant témoigner à M. Vleminckx, inspecteur général du service de santé, toute leur reconnaissance pour les services qu'il a rendu à la médecine militaire, viennent de décider qu'une médaille sera frappée en son honneur.

De nombreuses listes de souscription sont déjà couvertes de signatures. L'exécution de la médaille est confiée à M. Wiener, habile graveur.

— Nous lisons dans le *Journal des Connaissances médico-chirurgicales :*

« Nous tenons de personnes à même d'être bien informées que M. Chargé (de Marseille), médecin homœopathe qui a donné des soins à M. le ministre de la guerre pendant son séjour dans cette dernière ville, doit être mis à la tête d'un service de médecine à l'hôpital Saint-Antoine. Il avait même été un moment question de fonder à la Faculté de médecine de Paris une chaire d'homœopathie, et de la lui confier; mais ce projet a été ajourné. »

Souscription en faveur d'un confrère dans l'infortune.

La *Gazette des Hôpitaux*	20 fr.
M. le docteur Garcin	5
M. le docteur Foucart	10
M. Noël	3
Un anonyme	25
M. Deschamps	30
M. le docteur Picard	15
Un élève en médecine	2
Total	110 fr.

Les plus faibles offrandes seront reçues avec reconnaissance au bureau de la *Gazette des Hôpitaux*.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE.	Trois mois. . . .	8 fr. 50 c.
	Six mois. . . .	16 »
	Un an.	30 »
GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES.	Trois mois.	9 fr.
	Six mois.	17
	Un an.	33
ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR.	Trois mois.	10 fr.
	Six mois.	20
	Un an.	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

PARIS, LE 6 JUIN 1853.

Une communication d'une très grande importance vient d'être faite dans la séance du 28 mai à la Société médicale de Londres. Nous nous empressons de la mettre sous les yeux de nos lecteurs.

Il s'agit d'un nouvel agent anesthésique dont l'action serait aussi puissante que celle de l'éther et du chloroforme, et qui aurait, sur ces deux substances, l'avantage de n'offrir aucun danger, si l'on en juge du moins par les expériences déjà assez nombreuses que son inventeur, M. Richardson, a faites sur les animaux.

La substance employée est la vapeur ou la fumée qui se dégage en la brûlant d'une variété de lycoperdon vulgairement appelée *vesse de loup,* et dont l'inhalation produit sur les animaux, au bout de quelques minutes, parfois même de quelques secondes, les phénomènes de l'éthérisation la plus complète : résolution, diminution des battements du cœur et de la respiration, stupeur, insensibilité.

M. Richardson a répété ces expériences pendant plusieurs semaines sur de jeunes chats, sur des chiens de tout âge, et il a toujours réussi. Il a pu prolonger les effets anesthésiques pendant deux heures, compter la diminution du nombre des respirations jusqu'à six par minute, et toujours, alors même que le corps était refroidi, les pupilles fixes, les battements du cœur très rares, l'insensibilité tellement complète que l'animal avait toute l'apparence de la mort, toujours il est parvenu sans peine à le ranimer en le soustrayant à l'action de la fumée du *fongus* (c'est ainsi que les Anglais appellent cette espèce de champignon (*the lycoperdon proteus, or common puff-ball*), lycoperdon protée, ou communément *vesse de loup*.

La fumée de ce lycoperdon est employée depuis longtemps en Angleterre, de préférence aux vapeurs de soufre, pour engourdir les abeilles avant d'enlever le contenu des ruches; elle a l'avantage de ne pas faire périr ces insectes, et c'est cette propriété qui a donné à M. Richardson l'idée de l'employer comme anesthésique.

Outre les expériences sur les animaux (sur l'un d'eux, un chien, on a pu enlever sans douleur une tumeur considérable située sur le ventre), M. Richardson a fait quelques essais sur lui-même, et il a produit des effets analogues à ceux de l'éthérisation. Il a donné de ces champignons hachés avec de la viande ou bouillis dans du lait à des chiens, qui l'ont mangé avec avidité, et n'en ont éprouvé aucun effet. En Italie on les mange frits avec du sel, et l'auteur cite plusieurs de ses compatriotes qui en font usage dans la saison (en automne) comme d'un mets fort délicat.

On comprend aisément toute l'importance de cette application, s'il est vrai que l'inspiration de la fumée de cette substance n'offre aucun des dangers qui suivent trop souvent l'emploi de l'éther et du chloroforme.

SUR LES PROPRIÉTÉS ANESTHÉSIQUES du lycoperdon proteus, ou vesse de loup,

Par M. Benjamin W. RICHARDSON.

Il y a peu de mois, dans une conversation avec mon ami M. Henri Hudson, chirurgien à Leicestershire, sur le maniement des abeilles, je fus vivement frappé de la description d'une vieille coutume, qui consiste à stupéfier ces insectes avec la fumée d'un champignon connu sous le nom de vesse de loup, avant l'extraction du contenu de la ruche. Par ce moyen, les abeilles, me dit-il, peuvent être inactives et insensibles pendant quelques minutes, au bout desquelles elles se rétablissent complètement. On évite ainsi d'avoir recours à l'emploi destructeur de la fumée de soufre.

Cette pratique de rendre les abeilles insensibles par inhalation est tellement semblable à l'action qui consiste à produire le narcotisme chez l'homme et les animaux par l'éther et le chloroforme, que mon esprit en saisit naturellement l'analogie, et cette idée me conduisit à entreprendre une série d'expériences sur les animaux.

Ma première expérience eut lieu le 28 mars.

Un petit chat fut placé dans une cloche en verre ouverte en haut et en bas; la fumée d'un morceau de fongus enflammé fut introduite aisément dans la cloche; mais il y eut des interruptions telles, que trente-cinq minutes s'écoulèrent avant que l'on obtînt quelques effets positifs. Au bout de ce temps néanmoins l'animal fut complétement narcotisé. Une coupure faite à l'oreille ne produisit aucune marque de douleur. La respiration fut réduite à 8 par minute, et la température du corps s'abaissa notablement. Après avoir retiré l'animal de la cloche, je comptai les respirations et les battements du cœur, et les trouvai augmentés en nombre. Le corps se réchauffait; le sommeil était cependant profond, et au bout de deux heures aucun signe de sensibilité ou de douleur ne put être obtenu. Je plaçai l'animal près de sa mère, et le lendemain matin je le trouvai sautant comme auparavant.

C'est sur un chien qu'eut lieu la seconde expérience. Il fut placé dans une boîte où il avait assez de place pour se retourner, et dans laquelle l'air pouvait entrer librement par en haut. La fumée du fongus fut introduite par le fond de la boîte, et l'animal fut complétement narcotisé au bout d'un quart d'heure. Placé dans cet état sur une table, une piqûre profonde fut faite sur le nez; il s'en écoula avec abondance un sang rouge et brillant, mais aucun signe de douleur ne fut donné. Les symptômes qui précédèrent le narcotisme furent ceux de l'intoxication; l'animal tourna plusieurs fois sur lui-même; la force lui manqua dans les jambes, et il tomba enfin sur le côté et insensible; les matières fécales s'échappèrent involontairement. Cinq minutes après que l'anesthésie se fut déclarée, les respirations étaient à 48 par minute; les battements du cœur étaient forts, mais lents, le premier bruit répondant à chaque inspiration. Le corps était chaud. Cinq minutes plus tard il y eut un mouvement convulsif. Le corps était encore insensible et le pouls à 40 par minute. La pupille était dilatée et fixe, mais la tête se rejetait en arrière quand on approchait la lumière des yeux. Après trois nouvelles minutes, l'animal reprenait ses sens, remuait la queue quand on lui parlait, mais ne témoignait aucune douleur quand on le piquait avec un couteau. A neuf heures et un quart il commença à regimber quand on le pinçait et à se traîner en chancelant. A partir de ce moment le rétablissement fut rapide, et au bout de dix minutes l'animal se trouvait aussi bien que si on ne lui avait rien fait.

Dans la troisième expérience, à laquelle assista le docteur Crisp, le sujet fut encore un chien. Les symptômes d'intoxication furent les mêmes, mais le narcotisme fut complet au bout de six minutes. Dans ce cas, l'agent narcotique avait été administré plus librement et plus rapidement que dans les cas précédents. Dix-huit minutes après qu'on l'eut retiré de la boîte, l'animal était insensible à la douleur, mais il comprenait quand on lui parlait. Le sang tiré du nez était d'une couleur rouge brillante. Les autres symptômes étaient tout à fait analogues à ceux obtenus dans la dernière expérience. Deux minutes après commença le rétablissement, et en vingt minutes l'animal était complétement remis. Nous remarquâmes que la sensibilité revint plus tôt aux jambes de devant qu'à celles de derrière.

Trouvant que la fumée impure provenant de l'incinération du *fongus* était difficilement respirée, produisait un certain degré d'irritation à la gorge, et déterminait du larmoiement, j'eus l'idée de la faire passer à travers une solution de potasse caustique avant d'exposer l'animal à son influence. Cela fut aisément exécuté. La fumée étant produite dans un grand vaisseau fermé, fut forcée par la pression de l'eau, de passer à travers une bouteille de Wolff contenant de la potasse caustique en solution, et fut reçue dans un globe de verre renversé. J'obtins ainsi un gaz parfaitement clair, purifié d'acide carbonique. Un jeune chat fut alors placé sous le globe : en trente secondes il fut pris de convulsions légères, et en deux minutes il fut entièrement narcotisé. Les battements du cœur étaient à peine altérés, et le rétablissement fut complet sept minutes après qu'on l'eut retiré du vase. L'expérience eut lieu le 13 avril; le lendemain je la répétai avec la vapeur impure et la vapeur clarifiée, en présence des docteurs Willis et Cormack, avec un plein succès.

Un gentilhomme, M. Sampayo, demeurant à Barnes, avait un chien favori, très âgé, tourmenté par la toux, et portant une tumeur grosse et douloureuse sur l'abdomen. Comme le propriétaire du chien désirait que cette tumeur fût enlevée, le docteur Willis pensa que ce serait une excellente occasion d'essayer le pouvoir anesthésique du *fongus* pendant une opération. Il offrit d'enlever la tumeur si je consentais à produire le narcotisme. Je le fis avec la fumée impure du *fongus*. L'animal fut narcotisé en six minutes, et l'opération, qui dura dix minutes, fut terminée sans le plus léger signe de douleur jusqu'au moment où l'on posa le dernier point de suture; il commença alors à s'agiter. Les battements du cœur et la respiration étaient en ce moment même peu affectés. Le rétablissement fut si rapide, qu'au bout de dix minutes il eût été impossible de dire que l'animal avait été soumis au narcotisme ou à une opération.

Je ne perdrai pas de temps à donner les détails de plusieurs autres expériences semblables; je me bornerai à en rapporter quelques-unes qui offrent un intérêt particulier.

A plusieurs reprises, j'ai donné la vapeur narcotique en quantités limitées et pendant longtemps. Cette dilution du narcotique a été effectuée soit en mêlant la fumée purifiée du *fongus* avec une grande proportion d'air atmosphérique, soit en faisant usage d'une préparation qui avait été détériorée, à ce que je crois, dans le transport, et que l'on vend dans les boutiques sous le nom de *fongus préparé pour les fumigations des abeilles*. Sous cette forme, le narcotique donne lieu à des symptômes différents. Le narcotisme est produit très lentement, l'animal vacillant pendant longtemps et semblant tomber en paralysie, sans être en même temps exempt de douleur. Des convulsions et des vomissements surviennent quelquefois, et l'animal se rétablit aussi sûrement, mais graduellement. J'ai expérimenté sur trois animaux en la présence du docteur Snow, et ces effets ont eu lieu chaque fois. Un des animaux vomit; et dans tous les cas, l'anesthésie, quoique suffisamment marquée, ne fut pas aussi complète. En continuant l'administration du narcotique, nous parvînmes cependant à tuer un lapin. Les symptômes que la fumée très délayée du *fongus* produit sur les animaux sont quelquefois analogues aux effets du tabac sur les personnes qui ne sont pas habituées à fumer, avec un degré de plus de narcotisme et d'insensibilité. Il est à remarquer qu'un animal peut arriver à tolérer ce narcotique lorsqu'on le lui fait respirer fréquemment. Je possède un chien sur lequel j'ai expérimenté depuis longtemps. Dans le principe, l'animal tombait en narcotisme au bout de six minutes; il peut le respirer maintenant, en proportions considérables, pendant une heure. Au bout de ce temps il est en état d'intoxication, et vomit s'il a mangé auparavant; mais il a pleinement conscience de son état, répond à son nom et essaie de marcher; la sensibilité du corps manque cependant, et les membres sont par moments convulsés. Il lui faut une demi-heure pour se rétablir. J'ai remarqué que de jeunes animaux, dont la respiration était vive, quoique rapidement narcotisés par une forte dose de cette substance, résistaient obstinément à l'action d'une dose *diluée*. J'ai tenu de jeunes chats pendant plus d'une heure dans cette vapeur, et, sous son influence, ils tournaient comme s'ils étaient ivres, mais n'étaient pas entièrement privés de sensibilité; cependant, lorsque le narcotisme devient complet, il persiste pendant longtemps.

J'ai eu l'idée de donner le narcotique conjointement avec le gaz oxygène; le *fongus* fut dans ce but brûlé dans l'oxygène, et la fumée dense qui en fut le résultat, clarifiée par la potasse caustique, passa dans une cloche de verre avec un peu d'oxygène libre. Un jeune chat fut placé sous la cloche; il parut agité au bout de trente secondes, et fut complétement narcotisé en une minute et demie. Quand je le retirai de la cloche, les respirations étaient à 46 par minute, et l'insensibilité du corps complète. L'animal se rétablit en quatre minutes, et s'échappa de la chambre.

J'ai fait périr avec intention un grand nombre d'animaux par ce narcotique, afin d'observer comment se produisait la mort. La respiration tombe graduellement et progressivement jusqu'à ce qu'elle cesse tout à fait, et le bruit respiratoire reste sec et fort. La pupille est habituellement dilatée et fixe pendant plusieurs minutes avant la mort. La température du corps baisse lentement. Le cœur continue à battre vivement après que la respiration a cessé. Le sang est toujours rouge et, en général, peu coagulable; mais chez un chat qui avait respiré du gaz oxygène avec le narcotique, il s'est rapidement coagulé. Les poumons sont de couleur pâle ou violette, jamais congestionnés; il n'y a de congestion dans aucun autre organe. Le cœur est vide de sang le plus souvent, et ses contractions peuvent être excitées pendant longtemps. Les muscles de la respiration et les intestins peuvent être aussi excités longtemps après la mort et l'ouverture du corps. Sur quatre petits chats que j'ai ouverts avant que la respiration eût cessé, je pus observer l'action rhythmique du cœur et de la régularité dans les mouvements respiratoires pendant vingt-cinq minutes après l'ouverture du corps. L'action péristaltique des intestins persista pendant au moins quarante minutes. Dans aucun cas, je n'ai trouvé le cerveau et la moelle épinière congestionnés ou affectés à un degré appréciable. La rigidité cadavérique se déclare promptement à un haut degré.

L'auteur avait placé sur une table, en présence de la Société, un chien arrivé à son entier développement, qu'il avait fait périr le jour même par la vapeur du *fongus*. Le corps était ouvert. L'animal avait été placé dans une boîte remplie de vapeurs impures de *fongus* brûlé. Il avait été complétement narcotisé en dix minutes. Comme on ne voulait pas qu'il pût se rétablir, on le maintint cinq minutes de plus dans la vapeur; la respiration tomba alors à 11 par minute, les battements du cœur à 60; les pupilles un peu dilatées et fixes; le corps chaud. On le retint encore exposé pendant quinze minutes à l'action de la fumée avant de le retirer de la boîte. Il était moins chaud; mais il y avait encore 6 respirations

par minute, et le cœur battait assez vite avec les deux bruits bien distincts. L'animal était aussi insensible à la douleur que s'il eût été tout à fait mort; la résolution du corps était complète; les pupilles étaient fixes. Une piqûre à l'oreille fit couler un sang rouge. Il n'y avait pas l'ombre d'un doute, selon l'auteur, que l'animal ne se fût rétabli de ce narcotisme prolongé s'il eût été tenu hors de son action, car la respiration se relevait pendant que l'on faisait ces observations.

On le remit dans la boîte. En cinq minutes la respiration avait cessé; les battements du cœur continuèrent quelques minutes de plus. Le sang était fluide; les poumons et tous les autres organes internes ne présentaient aucune trace de congestion, et le cœur était assez fortement contracté.

La vapeur du *fongus*, dit l'auteur, quand elle est purifiée par la potasse caustique et dissoute dans l'atmosphère, n'est pas désagréable à respirer. Je me suis soumis à ses inspirations pendant quatre minutes, et j'en ai éprouvé des symptômes de stupeur bien prononcés. Ces effets, néanmoins, se sont dissipés en trois minutes, et je n'en conservai d'autre trace qu'un peu d'irritation à la gorge et un peu d'enrouement dans la voix.

Mes expériences n'eussent pas été complètes si je n'avais donné du *fongus* comme aliment à un animal. J'en ai donné à deux chiens, sans aucun effet. Dans un cas une quantité considérable fut hachée et bouillie dans du lait, qui fut donné à un chien; il ne s'ensuivit ni narcotisme ni aucun autre effet. Dans un autre cas, un morceau de *fongus* fut coupé avec du bœuf et donné à un chien affamé; l'animal l'avala avidement, mais n'en éprouva aucune action. Withering prétend, sur l'autorité de Marsigli, qu'en Italie on fait frire le *fongus* avec du sel et qu'on le mange, et M. Butler, herboriste à Covent-Garden, m'a dit en avoir mangé préparé de cette manière. M. Smith (de Longacre) le regarde comme un mets très délicat, et en mange fréquemment dans la saison (en automne).

En résumé, et comme résultat de mes expériences, il y a évidemment dans la fumée de vesse de loup un principe capable de déterminer l'anesthésie chez les animaux. Les effets physiologiques qu'elle produit sont aussi très remarquables. A haute dose, elle narcotise avec rapidité et complétement, sans effet désagréable; l'effet narcotique se dissipe promptement, laissant l'animal en parfaite santé. A l'état de *dilution*, elle produit l'intoxication et des convulsions, est plus longtemps à produire l'anesthésie, excite quelquefois la toux et le vomissement, et laisse l'animal plus longtemps dans un état de torpeur et de malaise. Portée à l'extrême, la respiration cesse avant les battements du cœur. En observant les animaux placés sous l'influence de ce narcotique, il suffit de surveiller les mouvements respiratoires; s'ils persistent, quoique réduits à la plus simple expression, l'animal se rétablira à coup sûr si on le soustrait à la cause du narcotisme.

Les expériences avec le *fongus* peuvent être faites de diverses manières; si la vapeur impure est employée, il n'y a qu'à la faire passer librement dans une boîte à travers un trou pratiqué au fond. Un entonnoir de fer-blanc fixé derrière la boîte et renversé conduit aisément la fumée. La boîte ayant été remplie de vapeur, l'animal est placé dedans et le couvercle est rapidement replacé. Le narcotisme se déclare en général au bout de huit à dix minutes, quelquefois plus tôt.

Pour purifier la fumée qui s'élève du *fongus*, deux petits entonnoirs de fer-blanc sont placés l'un contre l'autre, et le tuyau de l'un des deux est mis en rapport avec une bouteille de Wolff contenant une solution de potasse caustique. Un autre tube en communication avec la bouteille dirige au dehors la fumée clarifiée. Alors, si un morceau du *fongus* est placé allumé entre les entonnoirs, la fumée peut être dirigée dans la bouche par le tube de la bouteille à travers l'appareil ordinaire à double valve pour le chloroforme, ou peut être conduite dans une cloche en fixant l'extrémité d'un soufflet à l'extrémité libre des entonnoirs et soufflant avec force. La cloche de verre dans laquelle la vapeur est reçue doit être placée au bord d'une table, et l'animal placé avec rapidité sous la cloche après qu'on l'a remplie de vapeur narcotique.

On demandera peut-être : Quelle est la nature du principe narcotique contenu dans la fumée du *fongus*? Je n'ai là-dessus rien de positif. On sait depuis longtemps que quelques *fongus* possèdent un principe narcotique; mais aucune analyse jusqu'ici n'a porté de la lumière dans ce sujet. Dans quelques pays, on se sert du *fongus* pour préparer des breuvages empoisonnés. Notre compatriote fort distingué M. le docteur Alfred Taylor, dans la 2e édition de son important *Manuel de jurisprudence médicale*, s'exprime ainsi :

« La plupart des poisons narcotiques irritants doivent leurs effets délétères à la présence d'un principe alcaloïde analogue à la morphine. Il y a cependant une grande difficulté à extraire ces alcaloïdes de leurs végétaux respectifs; et, quand ils sont extraits, les différences chimiques entre eux sont si faibles qu'elles sont à peine apercevables, même entre les mains d'un analyste consommé. »

Ainsi, les seules conclusions que je puisse tirer sous ce rapport sont de peu d'importance et dérivent plutôt des observations physiologiques que des recherches chimiques. Je crois cependant devoir les poser :

1° Le principe narcotique s'exhale librement pendant la combustion du *fongus*; et comme il existe dans la fumée produite, il est éminemment *volatil*.

2° La combustion dans le gaz oxygène ne détruit pas le principe anesthésique.

3° Le principe anesthésique n'est promptement absorbé ou détruit ni par l'eau, ni par l'alcool, ni par une forte solution alcaline.

J'offre ces recherches à mes confrères avec défiance. Je sais parfaitement qu'elles ne sont pas aussi complètes qu'elles devraient l'être, mais elles m'ont coûté quelques semaines de travail incessant, et je les publie afin que des hommes plus capables en tirent parti. Je n'ai eu qu'un désir, celui de prouver que les *fongus* contiennent un principe capable de produire par inhalation le narcotisme chez les animaux. Il reste à savoir si d'autres plantes de la même famille possèdent une action semblable, et si un agent narcotique peut être obtenu d'un *fongus*, qui puisse être employé dans la pratique avec aussi peu de difficulté pour l'opérateur et avec *moins de danger* pour les malades que ceux qui sont inhérents aux agents anesthésiques employés. Un sujet aussi important est digne des plus sérieuses investigations.

(*Association medical journal*.)

MALADIES DES YEUX. — M. DESMARRES.

Oblitération du sac lacrymal par le chlorure de zinc, selon le procédé de Juencken (de Berlin).

M. Desmarres a pratiqué trois fois le même jour cette opération, afin d'établir une fois de plus un point de comparaison entre les effets des caustiques et ceux du cautère actuel, pour lequel il a depuis longtemps exposé ses préférences.

L'emploi des caustiques, a dit M. Desmarres, n'a jamais cessé d'être mis en pratique depuis longues années par des chirurgiens du premier mérite, et M. le professeur Juencken (de Berlin), présent à sa clinique le 11 mai dernier, s'est exprimé ainsi sur ce sujet :

« Il y a bien longtemps que j'ai reconnu que tous les procédés de dilatation proposés jusqu'ici pour le traitement de la fistule et de la tumeur lacrymales ne réussissaient pas dans la plupart des cas, et qu'ils étaient presque constamment insuffisants pour rétablir le cours naturel des larmes. Je pensai alors qu'un seul moyen restait pour faire disparaître la tumeur et la fistule, et j'ai eu recours à la destruction du sac lacrymal par les caustiques. *Il y a maintenant trente ans*, ajouta le professeur de Berlin, que j'ai mis ces moyens en pratique, et j'en ai parlé dans mes ouvrages sur les maladies des yeux. Depuis que j'ai reconnu cette vérité que la destruction du sac est préférable aux autres procédés, j'ai fait usage de toutes sortes de substances caustiques et acides dans ce but; mais depuis dix ans je me sers toujours et avec beaucoup d'avantage du chlorure de zinc. En dix années j'ai opéré avec ce caustique plus de 700 fistules, et je n'ai eu qu'à m'en féliciter. »

La destruction du sac lacrymal par les caustiques, continue M. Desmarres, n'a donc jamais été abandonnée, comme on l'a cru; j'en ai fait moi-même l'application pour la première fois dès 1846, et l'année suivante, en avril, lors de la publication de mon *Traité sur les maladies des yeux*, j'ai rapporté un fait dans lequel l'application de la pâte de Vienne, trop largement faite, me donna de très vives inquiétudes. C'est après avoir ainsi pratiquement expérimenté que, pour des raisons exposées ailleurs, je préfère le cautère actuel, malgré l'autorité si respectable du professeur de Berlin. Je note toutefois cette autre différence, que je réserve l'oblitération du sac à tous les cas rebelles à la dilatation et que dans mes mains l'oblitération n'est pas une méthode exclusive. Qu'on me permette de signaler un seul des inconvénients des caustiques : lorsqu'on les emploie, quelles que soient les précautions qu'on prenne, la peau du grand angle est attaquée plus ou moins, ce qui n'arrive pas par l'usage du fer rouge, à moins de la plus insigne maladresse. On peut revenir à ce dernier plusieurs fois sans produire de difformité; par les caustiques, au contraire, on a presque constamment une cicatrice visible.

M. Desmarres a pratiqué ensuite trois opérations; le manuel est des plus simples : après avoir ouvert comme à l'ordinaire le sac lacrymal, le sang étant convenablement essuyé, il a introduit dans une plume à écrire, coupée en forme de tube, gros comme un pois vert de chlorure de zinc, et l'a portée jusque dans le sac le plus profondément possible. Un stylet assez fort garni d'une boulette d'ouate, ayant été aussitôt poussé dans la plume, comme le piston dans une seringue, le caustique s'est trouvé déposé dans la plaie, sur la muqueuse, sans toucher la peau. Mais, comme l'a fait remarquer ce chirurgien, les larmes, venant remplir le sac en s'y introduisant par les points, entraînèrent bientôt une partie du chlorure et le déposèrent sur la plaie cutanée, qui fut promptement cautérisée, malgré la précaution que l'on prit de l'essuyer avec un linge. Les malades reçurent la recommandation de pencher la tête du côté opposé à l'opération et de maintenir sur le grand angle de l'œil des compresses imbibées d'eau froide pour modérer l'inflammation.

Un homme et deux femmes furent opérés de cette manière.

L'homme, nommé Gresselot, âgé de soixante-huit ans, tailleur de pierres, rue de Sèvres, portait depuis plusieurs années une tumeur lacrymale gauche très volumineuse et contenant une grande quantité de pus.

Une femme, Mlle Fèvre, âgée de cinquante-trois, cuisinière, rue d'Enfer : sa tumeur lacrymale, à gauche aussi, s'enflammait souvent et devenait une cause de gêne pour l'œil.

Puis une jeune fille de dix-neuf ans, modiste, nommée Clérembault, passage Delorme, 15.

Ces trois opérés, observés jusqu'au 31 mai, ont présenté des symptômes différents : la cautérisation sur le vieillard ne changea pas assez profondément l'état du sac, et le caustique fut employé de nouveau quarante-huit heures après la première opération. Rien de particulier n'arriva, sinon un gonflement assez notable des bords de la plaie et des parties voisines.

Chez la femme, l'inflammation du grand angle fut très intense : elle éprouva la nuit de vives douleurs accompagnées d'insomnie et de fièvre; le lendemain, les paupières étaient envahies par un œdème considérable et il y avait de la conjonctivite. Peu à peu cette inflammation diminua, et au 31 mai la suppuration continuait encore. Très probablement une seconde application du caustique deviendra nécessaire chez cette opérée.

Quant à la jeune fille, elle n'eut aucun symptôme sérieux, et la plaie paraît tendre à se fermer promptement.

Dr CECCARINI, de Rome.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

De la valeur thérapeutique de l'huile de foie de morue dans le traitement de la phthisie pulmonaire.

Voici dans quels termes un médecin d'un hôpital de Londres, M. Walshe, exclusivement affecté au traitement de la phthisie pulmonaire, considère les effets de l'huile de foie de morue dans cette terrible maladie :

1° L'huile de foie de morue produit dans les symptômes généraux et locaux de la maladie une amélioration plus prompte et plus marquée que tout autre agent connu;

2° Son action médicamenteuse est indéterminée, et par guérison l'auteur entend la propriété que possède ce médicament de produire par un arrêt de la marche de la maladie des modifications telles dans l'organisme que les poumons soient mieux disposés au développement consécutif des tubercules qu'après l'amendement des symptômes morbides produit par tout autre médicament;

3° La durée moyenne de ces bons effets de l'huile n'est pas encore déterminée;

4° Ses heureux résultats sont proportionnellement plus prononcés dans la troisième période que dans les précédentes;

5° Elle augmente dans les cas favorables le poids des malades avec une grande rapidité, indépendamment de toute proportion avec la quantité administrée, d'où il suit qu'elle empêche l'amaigrissement et doit rendre beaucoup plus facile l'assimilation des aliments;

6° Cet effet cependant manque quelquefois, et alors le médicament réussit très peu aussi sous les autres rapports;

7° Ses avantages contre la dyspnée ne sont pas plus considérables que contre les autres symptômes, tous étant influencés d'une manière heureuse à un faible degré;

8° Dans les cas les plus heureux, les effets qu'on peut lui attribuer sont l'augmentation du poids, la cessation des sueurs colliquatives, le rétablissement de l'appétit, la diminution de la toux et de l'expectoration, la cessation des nausées et la disparition graduelle des signes physiques actifs;

9° Dans quelques cas, il est impossible de l'administrer aux malades, soit parce qu'elle répugne à leur estomac, dérange l'appétit, ou produit des nausées et de la diarrhée. Dans le premier cas, on peut le rendre moins repoussant en le combinant avec un acide minéral ou avec les astringents; mais lorsqu'il y a des inflammations dans les organes digestifs et respiratoires avec hémoptysie, il faut absolument en suspendre l'usage jusqu'à la cessation de cet état inflammatoire.

10° M. Walshe donne souvent l'huile de foie de morue deux jours après que l'hémoptysie a cessé, sans la voir se reproduire.

11° La diarrhée, si elle est liée à une altération de sécrétion ou à quelque affection de l'intestin grêle, n'est pas une contre-indication à l'administration du médicament; de même qu'elle ne s'aggrave pas par son usage, si elle est produite par des ulcérations du gros intestin.

12° Toutes choses égales, d'ailleurs, les effets de cet agent thérapeutique sont d'autant plus favorables que le sujet est jeune, circonstance qui pourrait peut-être servir à expliquer son action, lorsqu'on connaîtra mieux les phénomènes de la nutrition selon les différents âges de la vie.

De l'emploi de la jusquiame dans le traitement de l'aliénation mentale.

Les recherches de M. Michéa portent sur dix aliénés, sans distinction d'âge, de sexe et de genre de délire. La préparation dont il s'est servi est l'extrait préparé avec les parties fraîches de la plante. Sur ces dix aliénés, la jusquiame en a guéri six, c'est-à-dire plus de moitié, et elle a déterminé de l'amélioration chez un seul. Chez les six aliénés guéris, la convalescence se manifesta une fois au bout de trois semaines de traitement, une fois au bout d'un mois et quelques jours, une fois au bout de cinq semaines, une fois en un peu moins de six semaines, et deux fois au bout de deux mois et quelques jours : d'où il suit qu'en moyenne la guérison est survenue après cinq et six semaines de traitement.

Des cas de folie circonscrite, avec ou sans hallucination et illusion des sens, étaient au nombre de neuf, et, par conséquent, il n'y avait qu'un cas de délire général, qui se trouve compris parmi les guérisons.

La jusquiame n'a jamais été administrée au delà de 1 gramme par jour; en moyenne, la dose variait entre 5 et 7 décigrammes par jour. Pour toute la durée du traitement, les quantités les plus élevées n'ont pas dépassé 48 grammes, et les plus faibles n'ont jamais été inférieures à 2 grammes. En moyenne, la dose a varié entre 12 et 16 grammes.

La jusquiame a déterminé chez quelques malades de la sécheresse au pharynx et une soif plus ou moins vive; chez quelques autres, elle a produit de la céphalalgie et de la constipation; chez quelques-uns, enfin, des nausées et un trouble de la vision.

(*Gazette médicale*.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 25 mai 1853. — Présidence de M. GUERSANT.

Présentation de malades.

M. BONNAFONT présente un soldat actuellement guéri d'une fracture de l'extrémité supérieure du tibia, ayant son siége sur le condyle externe seulement.

L'observation sera publiée dans un premier procès-verbal.

— M. HUGUIER présente un homme âgé de trente ans qui porte une énorme tumeur située dans la région cervicale, sur le côté gauche. Cette tumeur existe depuis cinq ans environ; le malade ne sait à quelle cause l'attribuer. Il dit cependant avoir été piqué par des guêpes; mais il ne s'aperçut de la présence de l'affection que près d'un an après cet accident.

La dureté, la consistance, l'uniformité de la tumeur peuvent éloigner l'idée d'une affection siégeant dans les ganglions lymphatiques. Il paraît exister des adhérences profondes entre la tumeur et les apophyses transverses cervicales. Ainsi, il est possible de l'ébranler par des impulsions latérales, mais tout mouvement dans le sens vertical est impossible. Les muscles profonds du cou la recouvrent en partie.

M. Huguier demande à ses collègues s'il est opportun de recourir à une opération.

M. LARREY, appréciant les remarques faites par M. Huguier sur la nature de cette tumeur, et admettant qu'elle offre les caractères d'une induration fibreuse, sinon squirrheuse, est porté à croire qu'elle a une origine ganglionaire, ou qu'elle a été dans le principe une hypertrophie glanduleuse. Les cas assez nombreux du même genre observés

par lui et les recherches qu'il a publiées à ce sujet (1) lui permettent peut-être d'en juger ainsi. Warren (2) et d'autres avaient d'ailleurs indiqué déjà que les ganglions lymphatiques sont susceptibles de dégénérer en tumeurs squirrheuses et autres. Voilà pour la formation probable de celle-ci.

Pour ce qui est de son développement, de son volume et de ses rapports, elle paraît en effet s'étendre jusqu'au niveau des vertèbres, et même y adhérer. Mais on peut croire que ces adhérences ne sont pas intimes, et que ce sont plutôt des lobules ou des prolongements de la tumeur vers le rachis. Elle tend ainsi à envahir de plus en plus toute la région correspondante du cou, et à entraîner la mort par compression et asphyxie, ou par dégénérescence, et tous les accidents qui en dépendent.

M. Huguier répète qu'il a présenté son malade surtout pour prendre conseil sur la conduite à tenir. Il est effrayé d'une opération en raison du volume et des adhérences de la tumeur, qui doit englober partie ou totalité du plexus cervical.

M. Lenoir n'oserait aussi entreprendre une opération. La tumeur est profondément située, et l'on ne pourrait l'enlever que par des tractions exercées sur elle; en outre, on devrait craindre un accident terrible arrivé à Dupuytren précisément dans un cas analogue, à savoir, l'introduction de l'air dans les veines. Il est évident que la tumeur du malade de M. Huguier repose sur la colonne vertébrale et y adhère; on ne peut prévoir la nature de ses connexions avec les vaisseaux et les nerfs. L'abstention me paraît donc indiquée, dit en terminant M. Lenoir.

M. Huguier répond que, quant à présent, il est loin d'être décidé à opérer; cependant les rapports de la tumeur sont tels, qu'il ne peut avoir la crainte de voir de l'air s'introduire dans les veines. Elle est, en effet, située à une assez grande distance de la clavicule; celle opérée par Dupuytren, au contraire, était très proche de cet os.

M. Larrey, en ce qui concerne la conduite à tenir, exprime avec réserve une opinion plutôt favorable que contraire à l'opération. Il en reconnaît toutes les difficultés d'exécution et toutes les chances d'accidents, même l'entrée de l'air dans les veines, dont il a signalé quelques exemples dans son mémoire; mais il ne doute pas que la tumeur abandonnée à elle-même ne doive avoir une terminaison funeste. C'est pourquoi l'extirpation lui semble devoir être tentée avec toute la prudence que commande une opération aussi grave, d'après les résultats heureusement obtenus dans des cas aussi compliqués.

M. Boinet a eu l'occasion, il y a une dizaine d'années, d'opérer une tumeur presque aussi volumineuse, occupant à peu près la même région; elle paraissait formée de ganglions dégénérés. L'opération fut très compliquée; les aides, peu expérimentés, la rendirent encore plus difficile. Une artère assez volumineuse fut ouverte; on crut d'abord à une lésion de la carotide, mais il n'en était rien. Quand ce vaisseau eut été lié à grand'peine, M. Boinet, n'osant poursuivre l'ablation totale de la tumeur, se contenta de l'étreindre fortement à sa base à l'aide d'une bonne ligature. La suppuration qui s'établit ensuite déterge a complétement la plaie, et le malade guérit sans récidive. Ne pourrait-on pas, dans ce cas, laisser également une partie de la tumeur, que l'on entourerait aussi près que possible de sa base avec une ligature?

Correspondance manuscrite.

M. Giraldès dépose sur le bureau deux paquets cachetés.

Correspondance imprimée.

La Société reçoit :

1° Le *Journal de la section de médecine de la Société académique du département de la Loire-Inférieure*;

2° *Association medical journal*, may 20.

— M. Denonvilliers communique le rapport suivant :

Rapport sur les titres de M. Michaux, professeur de clinique chirurgicale et de médecine opératoire à l'université de Louvain, membre titulaire de l'Académie royale de médecine de Belgique, candidat au titre de membre correspondant de la Société de chirurgie de Paris.

Messieurs, les titres envoyés par M. Michaux (de Louvain) à l'appui de sa candidature sont nombreux, importants et déjà connus de la plupart de vous, puisqu'ils consistent en travaux imprimés extraits des *Bulletins de l'Académie de médecine de Belgique*. Cette dernière circonstance me dispensera d'entrer dans de trop longs détails.

Les brochures dont la Société nous a confié l'examen sont au nombre de neuf.

1° La première contient deux observations intéressantes de hernie : l'une, dans laquelle l'affection principale était compliquée d'un accident peu ordinaire, d'un abcès du sac; l'autre, remarquable par cette circonstance, qu'il existait à la fois deux hernies, l'une épiploïque et l'autre intestinale, contenues chacune dans un sac séparé.

2° La seconde consiste en une note sur les fractures extra-capsulaires du col du fémur, note dans laquelle nous avons vu avec plaisir confirmés par les observations personnelles de l'auteur les résultats fournis par l'examen des pièces du musée Dupuytren, et signalés depuis longtemps déjà à l'attention du public par notre rapporteur.

3° La troisième contient la relation de l'extirpation d'une tumeur parotidienne pesant 1,100 grammes, opération accomplie avec hardiesse, couronnée de succès, et dont l'auteur a fait suivre le récit de réflexions judicieuses.

4° La quatrième a pour objet l'ablation heureuse d'un lipome engagé entre l'artère carotide primitive et la veine jugulaire interne, et s'étendant de l'angle de la mâchoire inférieure jusqu'à une petite distance de la clavicule.

5° Dans la cinquième, M. Michaux rapporte une belle observation de déchirure de la portion prostatique, de l'urètre et du col de la vessie, qui fut suivie d'inflammation, de suppuration, et de rétrécissement si étroit que toute tentative de cathétérisme fut infructueuse. La vie du malade fut sauvegardée, et plus tard la guérison définitive obtenue par l'opération de la boutonnière, le débridement multiple des tissus indurés, le pansement avec des mèches volumineuses et l'introduction des sondes de Mayor dans l'urètre.

6° et 7°. Les sixième et septième traitent d'une affection encore peu connue (l'hématocèle, ou kyste sanguin du col), dont l'auteur cite cinq observations, en essayant d'en déterminer le siége, le diagnostic, le pronostic et le traitement.

8° La huitième est destinée à faire connaître une anomalie très rare de l'artère épigastrique, qui se détachait avec l'obturatrice d'un tronc commun fourni par l'artère hypogastrique, et montait immédiatement derrière le ligament de Gimbernat, disposition qui eût exposé le sujet à une hémorrhagie fâcheuse dans le cas où, à l'occasion d'une hernie crurale, le débridement eût été pratiqué au côté interne, suivant les règles adoptées par beaucoup de chirurgiens.

9° La neuvième brochure présentée par M. Michaux est plus étendue et plus importante que les précédentes : c'est une sorte de petit traité des résections de la mâchoire supérieure, qui a d'autant plus d'intérêt pour nous que les questions qui y sont traitées ont été plus d'une fois déjà soulevées et agitées dans le sein de la Société.

Dans cet ouvrage, rédigé avec beaucoup de clarté et riche de faits, M. Michaux établit que les résections de la mâchoire supérieure sont indiquées dans deux conditions bien différentes :

1° Pour les maladies propres de cette partie;

2° Pour les maladies qui lui sont étrangères, spécialement pour les polypes naso-pharyngiens.

Examinant ensuite les médications particulières à ce dernier genre de maladie, il arrive à cette conclusion, qu'il y a dans les faits trop de variété pour qu'on arrête un plan uniforme d'opération, et que, parmi les polypes, quelques-uns, ceux dont le lieu d'implantation est unique, assez circonscrit, accessible, et dont la forme est assez régulière et le volume médiocre, peuvent et doivent être attaqués et enlevés à l'aide de résections partielles, tandis que d'autres, placés dans des conditions différentes, implantés sur des surfaces étendues par des points d'insertion profonds, forts et multipliés, poussant des prolongements dans les cavités voisines, formés par des tissus de mauvaise nature, nécessitent l'extirpation totale du maxillaire supérieur, afin que, d'une part, on puisse atteindre et poursuivre tous leurs embranchements, et que, d'une autre part, on arrive facilement à détruire complétement leurs racines, c'est-à-dire leurs points d'implantation, et le périoste même sur lequel ils ont pris naissance.

Après avoir ainsi établi les médications dans une première partie de son opuscule, M Michaux consacre un second chapitre à la médecine opératoire proprement dite, et se livre à un examen comparatif des méthodes et des procédés opératoires suivis dans les divers cas d'ablation, soit totale, soit partielle, du maxillaire supérieur, examen qui nous a paru fait avec une grande connaissance du sujet, ainsi qu'avec un esprit remarquable d'impartialité.

Enfin, l'auteur termine par un relevé fort instructif de tous les cas dans lesquels il a pratiqué la résection du maxillaire supérieur en totalité. Ces cas sont au nombre de quinze. Sept malades ont succombé : un seul par le fait de l'opération, avec des accidents d'infection purulente; les six autres par suite de récidives survenues plus ou moins longtemps après l'opération. Huit malades vivent encore aujourd'hui, et les guérisons datent pour deux de un an quatre et sept mois; pour deux autres de cinq ans trois mois et huit ans deux mois; pour deux autres encore de neuf ans huit mois; pour deux autres enfin, de près de treize ans.

La plupart des résections partielles ont aussi été suivies d'une guérison durable, résultat que l'auteur attribue à une excision large, suivie de la rugination et de l'application énergique du cautère actuel.

L'analyse rapide qui vient de vous être présentée suffit sans doute, messieurs, pour vous faire comprendre la valeur des titres de M. Michaux. Membre de l'Académie royale de médecine de Belgique, professeur de clinique chirurgicale et de médecine opératoire à l'Université de Louvain, chirurgien de l'hôpital civil de cette ville, notre confrère est parfaitement placé pour exercer son esprit observateur et son génie chirurgical. Les occasions ne lui ont pas manqué, et il n'a pas manqué aux occasions; c'est un chirurgien à la fois hardi et prudent. Le premier il a pratiqué en Belgique, dans le courant de l'année 1840, la résection du maxillaire supérieur; son nom s'est attaché déjà à plusieurs questions chirurgicales, et sa réputation s'est étendue dans le monde scientifique au delà des bornes de sa patrie. En conséquence, votre commission est d'avis de faire une réponse favorable à M. Michaux, et elle a l'honneur de vous proposer :

1° De le remercier de l'envoi qu'il nous a fait de plusieurs de ses productions;

2° De lui accorder le titre de correspondant étranger de la Société de chirurgie.

Les conclusions du rapport sont adoptées; en conséquence, M. Michaux est nommé membre correspondant de la Société de chirurgie.

Lectures.

M. Ferdinand Martin donne lecture d'un mémoire intitulé : *Du traitement des fractures du fémur.* (Commisssaires : MM. Chassaignac, Monod, Lenoir, Robert et Denonvilliers.)

M. Lambron lit aussi un mémoire sur le traitement des fractures du fémur. (Commissaires : MM. Lenoir, Danyau, Richet.)

COMMUNICATION.

Fistules intestinales.

M. Chassaignac fait connaître à la Société quelques résultats des injections iodées dans le traitement des fistules intestinales. Deux malades ont été soumis à l'emploi de ce moyen.

Le premier est un homme de cinquante-deux ans atteint de fistule du côlon transverse à la suite d'une perforation de cet intestin dans une hernie sus-ombilicale étranglée. Ce malade paraît être en voie de guérison; toutefois, à la suite de chacune des injections faites avec la teinture d'iode et retenues dans l'intérieur du trajet fistuleux, il a éprouvé quelques accidents, mais sans gravité.

L'autre malade, qui a succombé par le fait d'une péritonite, avait une fistule du duodénum, dont le siége précis n'avait pas été diagnostiqué, quoiqu'il eût été parfaitement reconnu qu'elle dépendait de l'intestin grêle. Le caractère des excrétions dans l'un et l'autre cas ne laisse pas le moindre doute sur la question de savoir si c'est à l'intestin grêle ou au gros intestin qu'aboutit la fistule; mais il ne saurait suffire pour préciser dans chaque intestin le point même de la perforation.

Ayant à mettre sous les yeux de la Société les pièces anatomiques du second des cas ci-dessus mentionnés, M. Chassaignac donne une analyse succincte de l'observation de cette malade.

Elle était âgée de vingt-huit ans et fut admise à l'hôpital Saint-Antoine le 1er avril 1853.

A son entrée, on constate l'existence de deux orifices fistuleux à la paroi abdominale du côté droit. L'un est situé entre l'épine iliaque et l'anneau crural; il existe depuis cinq mois; le second est situé à 1 centimètre au-dessus de la crête iliaque droite, au niveau de sa partie moyenne; il livre passage à des parcelles d'aliments parfaitement reconnaissables, telles que carottes, pain, salade et produits gazeux. Cette femme était dans un grand état d'épuisement lors de son entrée à l'hôpital; on chercha d'abord à remonter ses forces avant de s'occuper des indications locales.

Le 29 avril, pendant qu'elle prenait un bain alcalin, elle fut prise d'hémoptysie.

Le 8 mai, une injection iodée fut faite dans la fistule. Cette injection fut renouvelée au bout de quelques jours.

Le 14, il y eut des vomissements et quelques signes de péritonite.

Le 15, les vomissements continuent jusqu'à trois heures de l'après-midi, puis la malade est prise d'une sueur froide et meurt le lendemain 16 mai à quatre heures du matin.

Autopsie. — Ce que cette autopsie offrait de plus intéressant avait trait à l'observation de la perforation intestinale elle-même et du trajet anormal qui conduisait au dehors les liquides intestinaux : aussi l'examen des autres viscères a-t-il été négligé, l'attention ayant été captivée par ces seules recherches; toutefois, la tuberculisation des poumons a été constatée.

La cavité abdominale étant ouverte, on trouve une inflammation générale du péritoine; les anses intestinales sont baignées par un liquide purulent renfermant un grand nombre de grumeaux blanchâtres et qui s'était accumulé en plus grande quantité dans la cavité du bassin : en ce point, on aurait pu en recueillir un verre environ.

Un stylet introduit par l'ouverture que nous avons dit exister dans le flanc droit vient faire saillie en arrière du côlon ascendant à son origine. Cet intestin étant décolé, on peut suivre le trajet fistuleux, qui remonte, d'une part, vers l'hypocondre droit, en avant du muscle carré des lombes, en arrière du côlon jusqu'au niveau de la face inférieure du lobe droit du foie; puis, se coudant une seconde fois à angle droit, va se rendre à la première portion du duodénum dans le point où l'intestin change de direction pour devenir vertical descendant. C'est là, en effet, qu'existe la perforation du tube digestif. Si l'on presse l'estomac vers sa petite extrémité, on fait sortir les mucosités verdâtres qui s'écoulaient pendant la vie.

Ainsi donc, la forme du conduit fistuleux est celle d'un Z renversé : une première partie, horizontale, se porte de l'ouverture extérieure au côlon; une seconde, verticale, plus étendue, atteint le niveau des dernières côtes; une troisième, horizontale, se rend au duodénum. Cette ligne brisée décrit donc deux angles. De l'inférieur part un second trajet, qui, en se portant au-dessous du muscle iliaque, entre ce muscle et l'os, vient aboutir à la partie moyenne du pli de l'aine. Cette fistule n'a jamais laissé écouler que du pus en petite quantité.

On n'a reconnu en aucun point une communication de ces trajets avec la cavité du péritoine et l'épanchement de liquides qui aurait provoqué le développement de l'inflammation; il est vrai que cette communication n'a pas été recherchée avec toute l'attention désirable.

Quant à la manière dont était circonscrit le conduit pathologique aux parties qui formaient sa paroi, c'est là une question difficile à résoudre, le travail inflammatoire chronique en indurant les tissus les ayant rendus presque méconnaissables. La branche horizontale inférieure du Z était évidemment creusée obliquement dans la paroi abdominale postérieure entre les couches musculaires qui y existent. La portion verticale paraissait avoir pour siége le tissu cellulaire en arrière du côlon ascendant. Quant à la troisième partie de ce trajet, elle est creusée au milieu de tissus tellement modifiés que leur distinction ne peut être établie.

Lipome volumineux situé dans l'épaisseur de la paroi abdominale.

M. Forget présente une tumeur du poids de 780 grammes qui, sous le rapport du diagnostic, offre de l'intérêt. C'est un de ces lipomes qui, par leur consistance molle, leur souplesse élastique, simulent la fluctuation.

Avant de pratiquer l'ablation de cette tumeur, dit M. Forget, je me suis posé la question d'opportunité de l'opération. En principe général, je suis d'avis qu'il n'y a pas lieu d'opérer un lipome tant que celui-ci ne produit ni une grave difformité, ni une gêne notable à l'accomplissement régulier des fonctions. Dans le cas actuel, il n'en était pas ainsi. La tumeur, développée dans l'épaisseur de la paroi abdominale, entre la crête iliaque et le rebord des côtes, exerçait sur le foie et les autres viscères une compression pénible, qu'entretenait constamment la constriction exercée par le corset, si faible qu'elle fût; aussi la malade accusait-elle un sentiment de malaise et d'oppression qui la déterminèrent à solliciter l'opération.

Malgré l'existence de plusieurs autres petites tumeurs graisseuses sur d'autres parties du corps de la malade, je fis l'opération sans voir dans cette sorte de diathèse lipomateuse une contre-indication qui s'y opposât.

L'opération fut simple. Je fis une longue incision en T; deux vastes lambeaux furent disséqués; et, sauf quelques adhérences avec le muscle grand oblique, qui fixaient la tumeur par sa face profonde, aucun obstacle ne s'opposa à son extirpation.

Je réunis les lambeaux par quinze points de suture. Il y a aujourd'hui quatre jours que l'opération a été faite; la réunion des lambeaux entre eux est complète dans toute leur étendue; le fond de la plaie seul reste le siége d'une sécrétion séro-sanguine qui diminue chaque jour. Si aucune complication ne survient, la guérison me paraît assurée.

Le vice-secrétaire de la Société, A. Laborie.

Règlement sanitaire international (1).

TITRE VIII. — Des autorités sanitaires.

Art. 101. Sauf les dispositions particulières relatives à l'organisation sanitaire de l'Orient (titre IX), et conformément à l'article 8 de la convention, qui place les autorités sanitaires sous la direction immédiate du gouvernement, ces autorités seront établies partout sur des bases uniformes, et se composeront : 1° d'un agent responsable du gouvernement; 2° d'un conseil local.

Art. 102. L'agent représentera essentiellement le pouvoir central. Il sera pris, autant que possible, dans le corps médical, et il aura le titre de *directeur de la santé.*

Art. 103. Le directeur ou agent sera le chef du service actif; il en aura la responsabilité. Tous les employés seront sous ses ordres. Il veillera à l'exécution des lois et règlements sanitaires; il reconnaîtra ou fera reconnaître l'état sanitaire des bâtiments qui arriveront; il délivrera les patentes de santé à ceux qui partiront; il aura la direction et la surveillance des lazarets et ports de quarantaine.

Art. 104. Le conseil représentera plus particulièrement les intérêts locaux, et se composera des divers éléments administratifs et scientifiques qui peuvent, dans chaque pays, veiller le plus efficacement au maintien de la santé publique.

Art. 105. Le directeur ou agent fera de droit partie du conseil.

Art. 106. Le conseil exercera une surveillance générale sur le service sanitaire. Il aura spécialement pour mission d'éclairer le directeur ou agent, et de lui donner des avis sur les mesures à prendre en cas d'invasion ou de menace d'invasion d'une maladie réputée importable ou transmissible; de veiller à l'exécution des règlements généraux ou particuliers relatifs à la police sanitaire, et, au besoin, de dénoncer au gouvernement les infractions ou omissions.

Il sera consulté sur toutes les questions administratives et médicales, et il concourra, avec le directeur ou agent, à la préparation des règlements locaux ou intérieurs.

Art. 107. Le conseil se réunira périodiquement aux époques que déterminera l'autorité supérieure, et il sera convoqué extraordinairement toutes les fois qu'une circonstance relative à la santé publique paraîtra l'exiger.

Art. 108. Le directeur ou agent et le conseil auront pour devoir de se tenir constamment informés de l'état de la santé publique. Ils entretiendront à cet effet, soit directement, soit par des délégués, de

---

(1) Mémoire sur l'adénite cervicale et sur l'extirpation des tumeurs ganglionaires du cou. (Mém. de l'Acad. de méd., t. XVI.)

(2) Observations chirurgicales sur les tumeurs.

(1) Fin. — Voir le numéro précédent.

fréquents rapports avec l'administration communale, et en recevront toutes les communications nécessaires à l'accomplissement de leur mandat.

Art. 109. En cas de dissidence entre le directeur ou agent et le conseil, il en sera immédiatement référé au gouvernement central; toutefois, s'il y a urgence, le directeur ou agent, sous sa responsabilité, pourvoira aux dispositions provisoires qu'exigera la santé publique ou le service.

Art. 110. Il y aura dans chaque pays signataire de la convention un service d'inspection sanitaire. Ce service, réglé par les gouvernements respectifs, consistera à visiter les ports du pays, à y prendre connaissance de la marche du service sanitaire, à tenir note des imperfections qui pourraient s'y rencontrer, et à les signaler au gouvernement.

Art. 111. Dans l'intérêt de la santé publique et pour le bien du service, les autorités sanitaires des pays respectifs, signataires de la convention du 19 décembre, sont autorisées à communiquer directement entre elles, afin de se tenir réciproquement informées de tous les faits importants parvenus à leur connaissance, sans préjudice, toutefois, des renseignements qu'il est de leur devoir de fournir en même temps aux autorités compétentes et aux consuls.

TITRE IX. — Dispositions particulières a l'Orient.

Art. 112. Outre les dispositions sanitaires communes et applicables à tous les pays signataires de la conférence, la Turquie d'Europe et la Turquie d'Asie, ainsi que l'Égypte, seront l'objet de dispositions particulières destinées à prévenir le développement de la peste, à arrêter cette maladie quand elle existe, à la signaler et à s'opposer à son introduction dans les autres pays.

Art. 113. Ces dispositions, prises dans le double intérêt de l'Orient et des nations en rapport avec lui, consisteront dans le développement des institutions sanitaires établies par le gouvernement de Sa Hautesse le sultan et dans la présence des médecins qu'entretiendront en Orient les nations contractantes.

1re section. — *Dispositions relatives à la Turquie.*

Art. 114. Sa Hautesse le sultan promulguera une loi spéciale pour assurer l'existence et régler les attributions des autorités sanitaires de son empire, et en particulier du conseil supérieur de santé de Constantinople, qui sera maintenu dans son organisation actuelle.

Art. 115. Placé à la tête du service sanitaire, le conseil supérieur de Constantinople en surveillera les différentes parties et indiquera pour tout l'empire les mesures d'hygiène publique et de salubrité qui seront jugées nécessaires. Il rédigera les instructions qui s'y rapportent, et veillera à la bonne exécution des dispositions prescrites, conformément aux indications de la conférence sanitaire internationale (procès-verbal 29 et annexes), et fixera les lieux où seront établis les divers agents du service sanitaire.

Art. 116. Les puissances intéressées seront représentées dans ce conseil par des délégués en nombre égal à celui des fonctionnaires ottomans, et ces délégués y auront voix délibérative.

Art. 117. Le conseil restera en possession de la prérogative de nommer lui-même et de révoquer les employés sanitaires de tout rang.

Art. 118. Les délégués étrangers accrédités auprès du conseil, pris autant que possible parmi les hommes spéciaux, seront nommés par leurs gouvernements respectifs.

Art. 119. L'institution des médecins inspecteurs chargés de surveiller la marche du service sanitaire sera maintenue. Outre ceux qui existent en Syrie et dans les pachaliks d'Erzeroum et de Bagdad, il en sera établi deux de plus : l'un pour la Turquie d'Europe, l'autre pour l'Asie Mineure. Ils auront leur résidence habituelle à Constantinople.

Art. 120. Les offices sanitaires et les postes des préposés seront maintenus dans leur organisation actuelle. Le nombre des uns et des autres, les lieux où ils seront établis, leur circonscription et leur hiérarchie seront réglés par le conseil supérieur de santé de Constantinople.

Art. 121. Le droit de recevoir les provenances en patente brute de peste est restreint aux seuls offices centraux munis de lazaret.

Art. 122. La faculté d'admettre en libre pratique les provenances en patente nette sera maintenue aux postes des préposés tant que la peste n'existera pas. Cette faculté cessera en temps de peste. Toutefois, ces postes conserveront en tout temps la faculté d'admettre les bâtiments de cabotage.

Art. 123. Dans le plus bref délai possible, un code des délits et des peines en matière sanitaire sera promulgué en Turquie par les soins du gouvernement ottoman.

Un tribunal spécial, dont l'institution sera concertée entre les hautes parties contractantes, connaîtra, à l'avenir, de toutes les infractions aux lois et règlements sanitaires, et sera chargé de les juger, le tout sous la réserve expresse des dispositions consignées dans les capitulations, et sans qu'il puisse y être porté atteinte.

2e section. — *Dispositions relatives à l'Égypte.*

Art. 124. L'intendance sanitaire à Alexandrie, composée des mêmes éléments et établie sur les mêmes bases que le conseil supérieur de Constantinople, aura des droits et des prérogatives semblables. Comme lui, elle veillera à la santé publique du pays et à l'exécution des mesures qui s'y rapportent, tant à l'intérieur que sur le littoral.

Art. 125. Des inspecteurs sanitaires et des médecins de bureaux seront établis et entretenus aux frais du gouvernement égyptien partout où ils seront jugés nécessaires. Les uns et les autres devront être munis de diplômes délivrés par les universités d'Europe.

3e section. — *Dispositions relatives à l'Orient en général.*

Art. 126. Les patentes seront délivrées par l'office de santé et visées par les consuls compétents.

Art. 127. Conformément à l'art. 21 du présent règlement, il sera formellement interdit à tout bâtiment quelconque d'avoir plus d'une patente.

Art. 128. Le nombre des médecins sanitaires européens actuellement établis en Orient sera augmenté jusqu'à concurrence de vingt-six, répartis en quatre arrondissements. Les puissances signataires de la convention se concerteront ultérieurement avec le gouvernement de la Sublime Porte pour l'exécution en commun de cette mesure.

Art. 129. Les médecins sanitaires se divisent en médecins centraux et en médecins ordinaires. Les médecins ordinaires seront répartis suivant le tableau annexé au présent règlement.

Art. 130. Il y aura un médecin central dans chacune des villes de Constantinople, Smyrne, Beyrouth et Alexandrie.

Art. 131. Sans avoir aucune suprématie sur ses collègues, le médecin central sera obligé, outre son service comme médecin sanitaire, de réunir et de coordonner en un rapport général les rapports partiels de son arrondissement. Ce rapport général sera adressé une fois par mois en Turquie, deux fois par mois en Égypte, au corps consulaire local et au conseil de santé.

Art. 132. En cas de vacances, les médecins centraux seront de préférence pris à l'ancienneté parmi les médecins ordinaires du même arrondissement.

Art. 133. Les médecins sanitaires européens établis en Orient conserveront toute leur indépendance vis-à-vis des autorités locales, et ils ne relèveront, quant à leur responsabilité, que des gouvernements qui les auront institués.

Art. 134. Les fonctions des médecins sanitaires consisteront :

1° A étudier, sous le rapport de la santé publique, le pays où ils se trouvent, son climat, ses maladies et toutes les conditions qui s'y rattachent, ainsi que les mesures prises pour combattre ces maladies;

2° A parcourir, à cet effet, leurs circonscriptions respectives toutes les fois qu'ils le croiront utile; en Égypte, aussi souvent que possible;

3° A informer de tout ce qui a trait à la santé publique le médecin central de l'arrondissement, le corps consulaire, et, si besoin est, les autorités locales du pays, deux fois par mois en Turquie, toutes les semaines en Égypte.

Dans les cas d'épidémie ou de maladie suspecte quelconque, ainsi que dans les cas extraordinaires en général, le médecin sanitaire expédiera sans délai un rapport spécial à toutes les autorités précitées et à tous les médecins sanitaires et consuls des circonscriptions voisines, et, au besoin, à quelques médecins et consuls plus éloignés, auxquels ces informations pourraient être utiles.

Au surplus, ils seront tenus de se conformer, pour les détails, aux instructions annexées au présent règlement.

Art. 135. En cas de soupçon de maladie contagieuse, les médecins sanitaires en informeront de suite l'office de santé, *et vice versâ*, et dès ce moment on établira une consultation médicale dont le résultat sera immédiatement communiqué à toutes les autorités précitées.

Art. 136. De leur côté, les offices de santé, postes, députations, bureaux, etc., auront l'obligation de fournir aux médecins sanitaires, sur tout ce qui a trait à la santé publique, des renseignements réguliers écrits, et ils devront recevoir ces médecins dans les locaux de l'administration sanitaire toutes les fois que ceux-ci jugeront à propos de s'y rendre pour obtenir des renseignements ou des éclaircissements verbaux.

TITRE X. — Disposition relative a l'Amérique.

Art. 137. Dans les pays sujets à la fièvre jaune qui appartiennent aux puissances signataires de la convention et où ne serait pas établi déjà un service médical régulier, il sera institué par les soins des gouvernements respectifs des médecins sanitaires pour y étudier cette maladie, son mode de production et de propagation, rechercher les moyens de la prévenir et de la combattre, en signaler l'apparition aux autorités et constater sa cessation; pour y remplir, enfin, officiellement à l'égard de la fièvre jaune la mission qu'accomplissent à l'égard de la peste les médecins sanitaires de l'Orient.

Article transitoire.

Quand le service des médecins sanitaires de l'Orient, tel qu'il est spécifié, aura été réglé et partagé entre les puissances contractantes, chacune de ces puissances nommera aux postes qui lui auront été assignés et dont elle se sera chargée.

Toutefois, les médecins sanitaires établis par la France resteront personnellement en possession des postes qu'ils occupent et ne seront remplacés par des médecins appartenant à d'autres nations qu'en cas de vacance. La France se réserve également le droit d'opérer entre les médecins actuels telles mutations qu'elle jugerait utiles au bien du service.

Continueront d'être en vigueur dans les Etats des hautes parties contractantes les dispositions sanitaires qui ne sont point contraires à la convention du 19 décembre 1851 et au présent règlement international.

Le *Moniteur* d'hier 5 juin contient un nouveau décret impérial, en date du 4 juin, rendu sur le rapport du ministre de l'intérieur, qui règle le mode d'application des dispositions du décret du 27 mai qu'accompagnait le règlement sanitaire que nous venons de publier.

M. de Persigny s'est attaché en préparant ce décret à conserver l'esprit qui a présidé aux délibérations de la conférence sanitaire internationale, en ménageant autant que possible les intérêts de la navigation, qu'il a fait étudier avec soin par un membre de la commission sanitaire; M. le docteur Mélier, chargé de cette tâche, s'en est acquitté avec le zèle éclairé dont il a fait preuve en maintes circonstances. Par ses soins, les mesures à prescrire, et dont le décret actuel renferme le résumé, ont été concertées avec les chambres de commerce et les diverses autorités qu'elles intéressent. Voici un extrait des principaux articles de ce décret :

Art. 1er. Le décret du 27 mai et le règlement sanitaire international recevront pleine exécution dans tous les ports de l'Empire et de ses possessions sur la Méditerranée à dater du 15 juin à l'égard des navires sardes. Ces dispositions pourront être étendues aux ports français de l'Océan; seront admis à jouir du même bénéfice les navires des puissances qui adhéreront à ces actes.

Art. 2. Les directions et agences sanitaires actuelles sont maintenues; la dénomination des *commissions* placées près de ces agences sera remplacée par celle de *conseils sanitaires*.

Art. 5. Les patentes de santé seront délivrées dans tous les ports de l'Empire par les directeurs ou agents du service sanitaire.

Les articles 7 à 11 contiennent des modifications aux tarifs des droits sanitaires.

L'article 12 dispense du droit de séjour au lazaret : les enfants audessous de sept ans, les indigents embarqués aux frais du gouvernement ou d'office par les consuls, toute personne qui voudra loger dans les dortoirs communs s'il en existe de tels au lazaret, toute personne qui aura été transportée au lazaret par ordre de l'autorité sanitaire.

NÉCROLOGIE.

Un jeune chimiste dont la mort est une perte pour la science, Cottereau, vient de succomber; il n'avait pas 30 ans.

Fils du docteur Cottereau, il fit ses études à Rollin; il étudia ensuite la chimie sous M. Pelouze et se perfectionna dans ses laboratoires.

Cottereau avait voulu suivre la carrière de la chimie industrielle; aussi avait-il travaillé dans les fabriques de produits chimiques de M. Cartier, à Pontoise et à Nantes; mais la faiblesse de sa santé ne lui permit pas de suivre le travail pénible des fabriques; il revint à Paris pour se livrer à l'étude de la chimie analytique.

Cottereau, pendant un certain laps de temps, prépara des élèves pour les examens de physique et de chimie; mais un accident qui faillit lui faire perdre la vue lui fit abandonner ce travail; alors il s'occupa d'analyses chimiques qui lui furent confiées et par des négociants et par les tribunaux. Le dernier essai judiciaire qu'il fit en commun avec MM. Lesueur et Gaultier de Claubry portait sur les savons fabriqués à Paris.

Cottereau, qui était assez faible de santé, mais qui se croyait souvent plus malade qu'il ne l'était, avait épousé Mlle Julien. Sa femme, remplie de talents, était le modèle des épouses; elle le consolait de peines souvent imaginaires et l'aidait à vivre. Malheureusement la mort vint lui enlever cet ange consolateur.

A partir de ce moment Cottereau devint sombre, bizarre; il perdit successivement la santé. Enfin il succomba le 10 avril, après avoir subi les souffrances les plus cruelles.

La valeur de Cottereau comme chimiste a été contestée par des hommes plus que légers qui, peut-être instruits sur d'autres matières, n'entendent rien à la chimie. On pourra juger de ce qu'on devait espérer de Cottereau, lorsqu'on lira l'énumération des travaux auxquels il s'était livré, et parmi ces travaux nous ne citons pas :

1° Un procédé économique qu'il mettait en pratique pour obtenir l'oxyde de cobalt du minerai de ce métal, procédé qu'il avait mis en pratique avec un de ses amis, M. Bonnemains;

2° Un grand travail sur les aluns.

Les articles publiés par Cottereau sont les suivants :

1° Sur les réactifs de l'iode;

2° Nouveaux réactifs pour reconnaître le sucre de canne et le sucre de fécule, et nouveaux moyens pour découvrir la présence des carbonates et des bicarbonates alcalins;

3° Notice historique sur la poudre-coton;

4° Recherche du fer, du manganèse, du cuivre, du plomb dans le sang;

5° Phosphorimétrie ou dosage de l'acide phosphorique au moyen d'une liqueur normale;

6° Réflexions relatives à la préparation de la farine de marrons d'Inde par de simples lavages à l'eau froide.

7° Réflexions au sujet de la truffe proposée comme anticholérique;

8° Réflexions sur les causes de la mort qui survient quelquefois à la suite de l'inhalation des agents anesthésiques;

9° Des altérations de l'urine et des moyens physiques et chimiques pour les reconnaître;

10° Toxicologie du phosphore;

11° Du moyen de doser le tartre, spécialement applicable à la recherche de ce corps dans les boissons;

12° Des altérations et des falsifications du vin et des moyens physiques de les reconnaître.

Cottereau faisait comme rédacteur des articles dans divers journaux scientifiques.

A. Chevalier.

Vente et annonce de remèdes secrets. — Exercice illégal de la pharmacie.

7e chambre. — Présidence de M. Pasquier.

Audience du 2 juin.

Avez-vous la peau noire, couverte de boutons et de rides? Voulez-vous arriver à l'immortalité?

Achetez un flacon de l'*eau de santé* du docteur Troncin.

Malgré ces brillants avantages, le sublime inventeur de l'eau de santé comparaissait aujourd'hui devant la police correctionnelle. On lui reprochait la vente d'un remède secret; on allait même jusqu'à le soupçonner de s'être immiscé dans la gestion d'une pharmacie.

Cependant, comme il savait que la modestie a été de tout temps l'apanage du vrai mérite, il se défendait simplement en montrant un volume dans lequel se trouvait la démonstration de toutes les vertus connues et inconnues de son admirable découverte, ainsi que la manière de s'en servir.

Malgré cette belle et simple défense, le docteur Troncin, ainsi que deux pharmaciens, les sieurs Cressant et Leroy, coupables tous les trois d'un trop grand amour pour l'humanité, et d'avoir vendu et annoncé les merveilles renfermées dans un demi-litre d'eau de santé, ont été condamnés à 200 fr. d'amende.

— Le tribunal a ensuite condamné à une amende plus légère des pharmaciens et des droguistes qui ne s'étaient pas conformés aux mesures de prudence ordonnées par la loi à l'égard des substances vénéneuses.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Par décret du 10 avril 1853, M. Alphonse-Léopold Duprat (de Lunéville) a été nommé médecin aide-major de 2e classe à l'hôtel des Invalides.

— Par arrêté du 4 mai, M. le ministre de l'intérieur a promu M. Mazard, médecin de la maison centrale de Limoges, à la première classe de son emploi.

— Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes en date du 12 mai 1853, M. Clos, docteur en médecine et ès sciences naturelles, est chargé du cours de botanique à la Faculté des sciences de Toulouse (chaire vacante).

— Par arrêté du ministre de l'instruction publique en date du 9 mai, M. Jules Rivière de la Souchière, licencié ès sciences, pharmacien de 1re classe et professeur à la Faculté communale des sciences, a été nommé professeur de chimie et de pharmacie à Marseille.

— M. Bourgeois, pharmacien aide-major de 1re classe à l'hôpital de Toulouse, est détaché à l'hôpital de Baréges, pendant la saison des eaux.

— M. Blad, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Saint-Omer, est désigné pour Bourbonne.

— *Hôtel-Dieu de Lyon.* — Le docteur Roy vient de terminer son service de médecin de l'Hôtel-Dieu, accompagné des témoignages de sympathie de ses collègues et de la reconnaissance des élèves de l'École de Lyon. Il institua, dès son entrée en fonctions, des conférences en faveur des élèves attachés à son service. Bientôt de nombreux auditeurs vinrent se ranger autour de l'habile médecin, et la clinique du docteur Roy avait au bout de peu de temps acquis l'importance d'un enseignement officiel bien suivi. Les services qu'il a rendus sont incontestables: aussi a-t-il été l'objet d'une ovation unanime.

Le 28 avril, les médecins ses collègues lui offraient un dîner d'adieu, et ses élèves lui ont offert un objet d'art sur lequel est gravée l'inscription suivante :

INAUGURATION DE L'ENSEIGNEMENT
LIBRE A L'HOTEL-DIEU DE LYON.
LEÇONS DE CLINIQUE MÉDICALE.
A M. LE Dr ROY,
SES ÉLÈVES.
1853.

— Aux médecins qui assistaient à la première réunion de la Société d'hydrologie thermale à Toulouse, ou qui ont envoyé leur adhésion, et dont nous avons publié les noms dans notre numéro du 28 mai, il faut ajouter ceux de MM. les docteurs Cazenave fils, médecin aux Eaux-Bonnes, et Soubervic, médecin inspecteur de Bagnères-de-Bigorre.

Le Sous.

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 68. — JEUDI 9 JUIN 1853. (26e ANNÉE.) N° 68. — JEUDI 9 JUIN 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Pays	Durée	Prix
Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	Trois mois	8 fr. 50 c.
	Six mois	16 »
	Un an	30 »
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	Trois mois	9 fr.
	Six mois	17
	Un an	33
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	Trois mois	10 fr.
	Six mois	20
	Un an	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

PARIS, LE 8 JUIN 1853.

Séance de l'Académie de Médecine.

Avouons-le franchement, l'appréciation de cette séance nous embarrasse. Elle n'a certes pas manqué d'importance ; des discours sensés et dignes ont été prononcés; des interpellations vives, pressantes, spirituelles se sont croisées, et pendant plus de deux heures l'Académie et le public ont été agités, émus, intéressés. D'où vient donc notre embarras, d'où venait le malaise qui perçait dans les paroles des orateurs, si ce n'est d'un malentendu réel et prolongé ?

Mettons d'abord hors de cause le premier orateur, M. Gerdy, dont le discours, lu par M. Depaul, assez long sur l'historique, indifférent sur la valeur des diverses méthodes, a péché quelque peu par la monotonie.

Après lui, M. Bérard s'est présenté, dans le but avoué de pourfendre une hérésie physiologique. Oui, M. Bérard a raison, mille fois raison : les vibrations éprouvées par les organes de la sensibilité générale ne peuvent suppléer le sens de l'ouïe; le son n'ébranle pas de la même manière les nerfs et le tympan; on n'entend pas plus par le talon et la queue de cheval que l'on ne voit par le bout des doigts : il ne faut donc pas que l'Académie, dans sa réponse, laisse à ce sujet la moindre équivoque, et que le public crédule ou railleur soit provoqué à une moquerie quelconque ou à une foi ridicule. Sous ce rapport, l'allocution de M. Bérard était pleine de sens, d'à-propos, d'esprit, de dignité ; et dans d'autres circonstances, si l'Académie avait été aussi noblement avertie, elle se serait peut-être mieux tenue sur ses gardes et n'aurait pas à regretter, en jetant les yeux sur les murs de Paris ou les colonnes d'annonces des journaux, de déplorables facilités.

Mais M. Piorry n'a pas moins eu raison en relevant avec chaleur l'accusation que les paroles de l'honorable président semblaient vouloir faire peser sur le rapport et sur M. Blanchet. M. Blanchet, pas plus que la commission, n'a prétendu que l'on pouvait entendre par les nerfs de la sensibilité générale de la même manière que par l'oreille ; l'un et l'autre ont considéré seulement ces nerfs comme des auxiliaires utiles dont les impressions pourraient servir à éveiller l'attention et à faire éprouver quelques sensations adjuvantes; et dans ce sens, le sourd-muet peut être aidé à entendre par diverses parties du corps, comme l'aveugle lit par le bout des doigts. Aussi, l'Académie a-t-elle témoigné à M. Bérard et à M. Piorry une égale approbation. Tous deux avaient raison à leur point de vue, à tous deux on a rendu justice. S'il y avait quelque chose de vague et de soufflé dans l'attaque et dans la riposte, ce vague, ce soufflé, cette logomachie, pour nous servir de l'expression vive et juste de M. Bouvier, tient à la question elle-même et non aux orateurs.

Mais ce n'est pas sur ce point que s'est présenté le malentendu le plus grave; une autre hérésie plus constante, plus avérée a pesé pendant plus d'une heure sur la discussion, et c'est presque à la fin de la séance, vers cinq heures et demie, après avoir entendu le rapporteur et un membre de la commission, M. Bégin, que l'on s'en est aperçu, ou du moins que le mot de l'énigme a été dit. Mieux vaut tard que jamais.

Cette hérésie, la voici : dans un but louable (malheureusement la bonne intention ne suffit pas) et mus par le désir de faciliter le travail à l'Académie et d'amener à bonne et prompte fin une discussion qui dure depuis dix séances, MM. Malgaigne et Piorry se sont abouchés; des concessions réciproques ont été faites et un compromis tacite convenu. Par suite de cet accord insolite, les questions ministérielles restant entre les mains du rapporteur, les réponses se sont trouvées en la possession de M. Malgaigne. De là un effet assez singulier : M. Piorry lisait les questions, M. Malgaigne faisait les réponses, et M. Bégin, membre de la commission, se ralliait à telle ou telle modification. Cette anomalie nous paraissait si extraordinaire, que nous avions la bonhomie de croire que d'un moment à l'autre M. Piorry allait nous annoncer qu'il avait consulté ses collègues de la commission, et qu'il était muni de leur adhésion. Il n'en était rien; MM. Piorry et Malgaigne avaient, comme on dit vulgairement, pris la chose sous leur bonnet. De là nouveau malentendu, nouvelle logomachie. Il s'en est suivi que pendant une heure et demie on a discuté, et enfin voté sur des conclusions autres que celles présentées au nom de la commission, sur des conclusions qui n'avaient d'autre valeur que celle que pouvaient leur donner deux membres parfaitement incompétents.

A ce reproche enfin articulé, M. Malgaigne a bondi, et a cru se tirer d'affaire par une apostrophe écrasante à M. le secrétaire perpétuel, auquel il a reproché de n'avoir pas convoqué la commission, d'avoir laissé s'égarer les conclusions qu'il avait proposées. A cette véhémence, M. Dubois a répondu tout uniment par la lecture d'un article du règlement qui n'impose qu'au rapporteur le devoir de cette convocation. Quant aux conclusions de M. Malgaigne, si elles avaient pu être égarées, on les aurait trouvées dans les colonnes de tous les journaux qui les ont publiées; il n'y avait donc pas de quoi le *foudroyer !*

Un rire général a accueilli cette calme et spirituelle réponse, à laquelle M. Malgaigne n'avait rien à répliquer.

Du reste, il faut bien le dire, sans offrir précisément le revers de la médaille, M. Malgaigne a été moins heureux dans ses allocutions que mardi dernier. On n'est pas tous les jours en verve d'esprit et d'éloquence; et si l'honorable orateur a provoqué des rires de bon aloi dans la dernière séance, en rapportant les embarras de la conversation entre lui et [illegible] et M. Malgaigne a ri lui-même de bon cœur lorsque, pour combattre ses assertions tranchantes sur ces conversations, M. Bouvier a rapporté avec un certain embarras qui ne manquait pas de charme la raison qui en a été donnée par quelques sourds-muets. Selon eux, si M. Malgaigne n'a pas été compris, c'est qu'il a une partie du visage, la mâchoire supérieure, un peu trop saillante!

Quoi qu'il en soit, méprise, inattention ou indifférence, la première conclusion, modifiée par MM. Malgaigne et Piorry, a été adoptée, et ce n'est qu'à la deuxième que l'Académie s'est ravisée, et qu'après de justes observations de MM. J. Guérin, Roux et Cazeaux, on a fini par où il aurait fallu commencer : par renvoyer les conclusions à la commission.

HOTEL-DIEU. — M. JOBERT (de Lamballe).

Perforation complète de la joue à la suite d'une gangrène. Génioplastie. — Guérison.

Une nouvelle opération de génioplastie vient d'être faite par M. Jobert, et un nouveau succès est venu couronner cette tentative. La joue était entièrement perforée, et depuis une quinzaine d'années le malade perdait la salive par cette ouverture. L'autoplastie par la méthode de l'auteur a été mise en usage ; un pertuis fistuleux a persisté pendant quelque temps par suite d'une imprudence du malade; des cautérisations avec le nitrate d'argent ont fini par en triompher, et le malade est sorti de l'hôpital complétement guéri. Voici le fait, dont nous devons la communication à l'obligeance d'un interne très distingué, M. Gallard :

Pringée (Adolphe), âgé de dix-huit ans, cordonnier, entré le 19 mars 1853 à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Jobert (de Lamballe), salle Saint-Côme, n° 19, est d'un tempérament lymphatique; ses chairs sont molles et flasques, ses muscles peu développés, sa peau blanche et glabre. Il dit n'avoir jamais eu de glandes ni d'abcès sous le cou, jamais de tuméfaction des articulations; seulement il a eu pendant longtemps des croûtes dans les cheveux alors qu'il était enfant. Allaité par sa mère, femme d'une constitution délicate et d'une mauvaise santé, il a été lui-même souvent souffrant pendant sa première enfance. Depuis son sevrage, il dit avoir toujours été soumis à une bonne hygiène. Il n'a jamais fait d'excès d'aucun genre, et n'a jamais eu de maladies vénériennes.

Relativement à l'affection pour laquelle il vient dans nos salles, ce jeune homme raconte qu'à l'âge de cinq ans il fut pris d'une fièvre grave, pendant le cours de laquelle ses parents remarquèrent qu'il se grattait souvent la face interne des joues et les gencives au point de les faire saigner.

Il y avait peu de jours que l'on avait fait cette remarque, quand plusieurs de ses dents tombèrent presque spontanément, puisqu'il les arracha lui-même avec ses doigts.

Plus tard la peau de la joue noircit; le médecin déclara qu'il y avait gangrène, enleva l'eschare avec des pinces, et dès ce jour il y eut perforation de la joue.

La surface de la plaie resta longtemps saignante; elle fut nombre de fois cautérisée avec le crayon de nitrate d'argent, et il en résulta seulement une petite diminution de l'ouverture, dont les bords se cicatrisèrent en restant séparés.

Pendant sept années, cet enfant resta convalescent ou presque constamment malade. Il affirme que sa première sortie eut lieu à l'âge de douze ans, époque à laquelle il fit sa première communion. Il ne put marcher ce jour-là que soutenu par deux personnes. Vers cette même époque, de douze à treize ans, les dents du côté malade qui avaient résisté tombèrent ou furent enlevées avec les doigts; deux seulement tenaient encore assez pour qu'il fût nécessaire d'employer le davier pour les extraire. Il ne resta plus que la dernière grosse molaire, que l'on retrouve encore actuellement.

Après l'ablation de toutes ces dents, le maxillaire inférieur, qui était à nu, se nécrosa, et le séquestre, devenu mobile, fut enlevé par le père du malade. Cet homme, qui était maçon, se servit, pour cette opération, d'une scie à chaînette empruntée à un bijoutier de ses amis. Peu de temps après la cicatrisation se fit plus complétement, et la plaie prit l'aspect qu'elle présente aujourd'hui; car c'est alors que parurent à la partie postérieure deux petites tumeurs rouges, espèces de bourgeons charnus, qui existent encore actuellement.

Bien que nous n'ayons eu aucun doute à élever relativement à la sincérité du malade qui nous donnait ces renseignements, nous avons cru utile de les compléter en nous adressant au médecin qui l'a soigné au début de sa maladie.

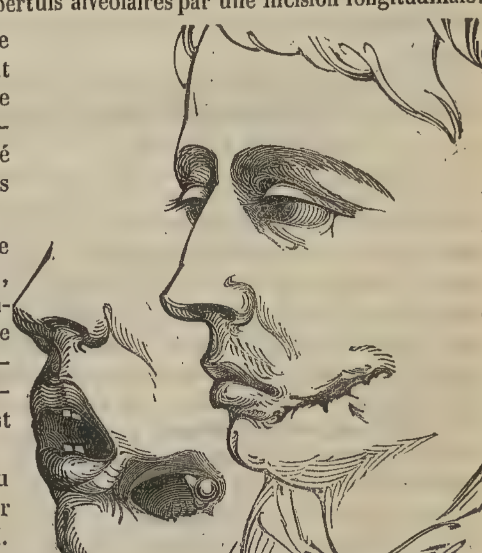
M. Jardon (de Boulogne-sur-Mer) nous a répondu avec une complaisance dont nous nous empressons de le remercier. Ce qu'il a observé se trouve résumé dans le passage suivant de sa lettre :

« Il y a treize à quatorze ans, je traitai le jeune Pringée, alors [illegible] namique et ataxique à la fois. Une grande misère, un méphitisme continu par insuffisance d'espace, par-dessus tout une profonde incurie, telles furent les causes probables de l'aggravation incessante d'une fièvre typhoïde d'abord bénigne.

» Au trente-cinquième ou au trente-sixième jour de cet état, une gangrène critique de la joue droite se manifesta par l'engorgement œdémateux, blafard de la région, puis la teinte livide au centre, puis la tache noire, etc., et ne se limita, nonobstant l'emploi des moyens généraux, et surtout locaux, les plus judicieux et les plus énergiques, qu'après avoir sphacélé une notable partie de la joue et toute la portion alvéolaire correspondante de la mâchoire dans son périoste et ses tissus superficiels. De là la mort d'une certaine portion de la partie alvéolaire du maxillaire inférieur. Les dents s'énucléèrent d'abord; l'enfant les cracha une à une; puis la portion d'os nécrosée devint mobile et bonne à extraire. Il m'importait d'autant plus de procéder à cette extraction, que la suppuration buccale, toujours si fétide, épuisait et, à la fois, empoisonnait l'enfant. Mais le père s'y refusa en de tels termes, que je dus immédiatement et définitivement me retirer.

» Il ne peut pas être vrai que l'extraction de cette portion d'os ait exigé l'action d'une scie quelconque; il n'y avait, et vous le comprenez, du reste, aucune séquestration de la bande osseuse nécrosée.

» La gencive fournissait le pus par toutes les alvéoles veuves de leurs dents. Le doigt, plongé dans ces ouvertures, sentait partout la nécrose, et il s'agissait purement et simplement, pour extraire, de réunir tous les pertuis alvéolaires par une incision longitudinale.



» Je présume que la nature aura fait tous les frais, et que la nécrose, en partie issue, aura été extraite avec les doigts. »

Il nous importe peu de savoir si, comme l'a dit le malade, on a fait usage d'une scie à chaînette; car l'essentiel, pour nous, est d'être prévenu qu'une portion du maxillaire inférieur a été enlevée. M. Jardon reconnaît lui-même qu'il en est ainsi.

Depuis l'extraction de cette portion d'os, notre malade a vu sa santé générale s'améliorer graduellement et avec rapidité; il a pu reprendre son

travail, et depuis longtemps il n'est pas survenu de changement dans l'état de sa joue.

État actuel au 26 mars 1853. — La joue droite présente une perforation de forme sensiblement ovalaire, située à 17 ou 18 millimètres au-dessus du bord inférieur du maxillaire inférieur, et à 15 millimètres en arrière de la commissure labiale de ce côté. Cette commissure est plus abaissée que celle du côté opposé.

La perforation a 30 millimètres de diamètre horizontal d'avant en arrière, et 18 millimètres de diamètre vertical dans l'état de repos de la face et lorsque la bouche est fermée.

Si la bouche est ouverte largement, le diamètre horizontal est réduit à 27 millimètres, et le diamètre vertical porté à 23 millimètres.

Les bords de cette ouverture sont lisses et rosés, et se continuent sans ligne de démarcation avec la muqueuse buccale; tandis qu'en dehors ils sont séparés de la peau environnante par une ligne de tissu inodulaire au niveau de laquelle la peau offre une teinte violacée. En avant, cette ligne de tissu cicatriciel envoie un prolongement vers la commissure labiale, qu'elle tire en bas. Un autre prolongement plus apparent encore se porte jusque vers le milieu de la lèvre inférieure, et semble indiquer qu'en effet la perforation était primitivement plus étendue, et que là il y a eu un commencement d'oblitération partielle.

Dans toute l'étendue de cette perforation on voit le bord de la langue. En arrière, la dernière molaire se montre en partie, et est en partie cachée par les deux petits champignons rougeâtres que j'ai déjà mentionnés. Ils sont superposés l'un à l'autre; le supérieur a le volume d'un pois, tandis que l'inférieur et plus de moitié moindre.

Vers le milieu du bord inférieur de cette ouverture, dans le point le plus déclive, sur les limites de la peau et de la muqueuse, se trouve un petit pertuis à travers lequel on peut faire pénétrer un stylet très fin jusqu'à 1 centimètre et demi environ. Comme il s'écoule par ce pertuis des gouttelettes de liquide transparent pendant la mastication, il y a tout lieu de croire que c'est l'orifice du conduit commun de plusieurs glandes buccales réunies.

En examinant l'intérieur de la bouche, on remarque qu'une seule dent existe de ce côté à la mâchoire inférieure, c'est la dernière molaire, visible à travers l'ouverture accidentelle de la joue.

Le maxillaire inférieur a perdu près de la moitié de sa hauteur de ce côté. L'orifice du canal de Stenon est facilement aperçu; il est situé directement au-dessus de la molaire qui reste.

Que le malade boive ou mange, aucune portion de ses aliments ne s'échappe par l'ouverture fistuleuse. Il est vrai qu'il ne mastique pas du côté droit.

La salive coule abondamment pendant la mastication, et on remarque trois courants de liquide: deux très notables, l'un en avant formé par le liquide mixte de la bouche, l'autre en arrière semblant formé surtout de salive parotidienne, le canal de Stenon s'ouvrant à peu de distance du point par lequel ce liquide s'échappe au dehors. En recueillant dans deux verres séparés le liquide qui s'échappe de la partie antérieure de la fistule et celui qui s'échappe de sa partie postérieure, j'ai cru remarquer que ce dernier présente plus de limpidité. Enfin, le troisième courant, formé seule- [illegible] j'ai décrit plus haut.

L'appétit est bon, les fonctions digestives se font régulièrement. Il n'existe aucun phénomène morbide ni du côté de la respiration, ni du côté de la circulation, ni vers les centres nerveux. — Infusion de chicorée sauvage, 2 portions.

Le 30 mars, évulsion de la molaire qui restait encore au côté droit de la mâchoire inférieure. Cette petite opération présente un peu plus de difficulté que d'habitude, parce que le maxillaire inférieur, aminci par suite de sa nécrose, faiblit sous la clef et qu'en outre cette dent est recouverte d'une couche de tartre épaisse de plus d'un millimètre qui se casse sous le crochet.

Le 31, le malade est pris dans la journée de frissons avec courbature dans les membres; il a de la céphalalgie et de la soif; son appétit est conservé; son ventre est souple et bien conformé, mais il a la bouche pâteuse et de la diarrhée, sans vomissements ni envies de vomir. La peau est un peu chaude, le pouls à 88 pulsations. — Lavement émollient, puis une demi-heure après lavement avec 30 centigr. de sulfate de quinine.

Le 1er avril, la céphalalgie est gravative et plus intense; le ventre est douloureux à la pression. Il y a un peu de gargouillement dans la fosse iliaque droite. La langue, de couleur naturelle sur les bords, est blanche au milieu et un peu collante. L'appétit a disparu. Pouls à 104 pulsations. — Une bouteille d'eau de Sedlitz, diète.

Les 2 et 3, mieux; plus de douleur de tête, plus de frissons.

Le 4, retour de l'appétit; pouls à 68.

Le malade peut manger une portion, puis deux à dater du 6 avril.

Le 15, la santé générale est parfaite; le pouls est à 68; l'appétit est bon, la soif modérée. L'état du sujet n'offre rien à désirer.

Le 20, l'opération est pratiquée.

M. Jobert ravive d'abord les bords de l'ouverture fistuleuse en se servant du bistouri porté en dédolant; puis, saisissant la peau avec des pinces, il se sert du bistouri pour la séparer des parties sous-jacentes. Ce temps de l'opération ne présente aucune difficulté pour le lambeau supérieur, mais l'inférieur est tellement adhérent au maxillaire inférieur et les parties molles qui recouvrent cet os sont si peu épaisses qu'il faut se livrer à une dissection attentive pour les en séparer. Cette dissection est prolongée jusqu'au delà du bord inférieur du maxillaire. Les parties molles ainsi détachées ont acquis assez de mobilité pour permettre aux deux bords ravivés de venir se mettre en contact. On les maintient rapprochés l'un de l'autre à l'aide de quatre épingles, dont deux très fortes en argent et deux ordinaires. Ces épingles sont réunies par une suture entortillée, et la compression est faite à l'aide de rondelles d'amidon et de bandes convenablement disposées. Pendant l'opération, il s'est écoulé un peu de sang, mais aucune ligature d'artère n'a été jugée nécessaire.

Le soir, le malade se plaint d'un peu de douleur de tête; il a 80 pulsations.

Les 21 et 22, il ne survient aucun accident.

Le 23, pas de fièvre, 72 pulsations; état général bon, appétit. On procède au pansement pour la première fois; trois des épingles sont enlevées. On panse à plat avec un linge cératé.

Le 24, on enlève la dernière épingle. La réunion est parfaite.

Le 25, les choses se maintenant dans le même état que la veille, les bords de la plaie sont réunis par une matière blanchâtre gélatineuse. Mais dans la journée le malade mange et parle malgré la défense qui lui en a été faite.

Le 26, on trouve au niveau du point qui correspondait à la deuxième épingle (comptée en partant de la bouche) un petit pertuis pouvant admettre l'extrémité d'un stylet ordinaire, pertuis par lequel on voit sortir de la salive. Immédiatement M. Jobert ravive le pourtour de ce petit trou, passe une épingle et rapproche les bords, en serrant avec un fil pour former un point de suture entortillée.

Le 1er mai, cette épingle est enlevée, mais le pertuis n'a pas été complétement obturé; il existe toujours, quoique diminué de moitié. — On panse simplement.

Du 4 au 15, la compression est exercée avec des bandelettes de diachylon, de telle sorte que les bords supérieur et inférieur de cette très petite ouverture soient constamment tenus rapprochés l'un de l'autre. L'orifice se ferme peu à peu.

Le 16, le trou est imperceptible, mais son existence est révélée par la transsudation de la salive. — Cautérisation avec le nitrate d'argent.

Les 19 et 20, nouvelles cautérisations.

Du 16 au 20, on avait supprimé les bandelettes de diachylon, mais on les réapplique jusqu'au 24 mai, jour où l'on trouve la plaie parfaitement cicatrisée et réunie, de telle sorte qu'il ne s'échappe plus une seule gouttelette de salive sur la joue.

HOTEL-DIEU. — M. Bouchut.

Du diabète sucré.

Que n'a-t-on pas dit et que ne dit-on pas encore d'étrange ou d'impossible sur le diabète! Il semble que, plus qu'une autre, cette maladie ait eu le déplorable avantage de diviser l'opinion et l'esprit des médecins. Son histoire a eu les phases les plus diverses et les plus opposées, et, sans prétendre ici les rappeler toutes, nous nous contenterons d'en signaler quelques-unes parmi les plus remarquables, afin de les opposer à celle dans laquelle nous entrons à présent sous l'influence des expériences et des découvertes de la physiologie moderne représentée par M. Cl. Bernard. Plusieurs cas de diabète ont été récemment soumis à notre observation; il y en a un dans la salle Saint-Benjamin, n° 1: nous allons nous en servir pour présenter quelques considérations générales sur la nature, la marche et le traitement de la maladie. Voici en quelques mots l'histoire de notre malade de l'Hôtel-Dieu.

Chomette, âgé de trente-trois ans, ferblantier, est entré le 12 avril 1853, salle Saint-Benjamin, n° 1. A l'âge de dix-huit ans, il eut une scarlatine pour laquelle il entra à l'Hôtel-Dieu. L'éruption disparut très vite, et au bout de quelques jours le médecin le [illegible] était alors en hiver. Huit jours après sa sortie, il fut pris d'anasarque, et forcé de rentrer à l'Hôtel-Dieu, il y resta six semaines, et sortit complétement guéri.

En 1848, Chomette fut transporté sur les pontons, où il resta quinze mois; il n'y fut pas malade; il eut seulement quelques maux de tête, auxquels du reste il était sujet depuis longtemps. A son retour à Paris, il était affaibli et maladif; mais il se rétablit bien vite, grâce à l'excellent régime qu'il suivit. Quelques mois plus tard, il eut des douleurs vagues dans l'épaule, qui disparurent rapidement.

Sans pouvoir préciser l'époque à laquelle a commencé la maladie qui l'a amené à l'Hôtel-Dieu, Chomette en fait remonter le début, approximativement, au mois de décembre 1851. Il remarqua une diminution des forces, qui se prononça de plus en plus. En même temps, il éprouvait une soif presque continuelle, comme si, dit-il, il avait un feu dans le corps. Il lui arriva de boire jusqu'à quinze litres de liquide en un seul jour; il ne buvait d'abord que de l'eau rougie, et quoiqu'il mélangeât son vin d'une grande quantité d'eau, il s'enivrait fréquemment. L'appétit ne fut pas d'abord augmenté; ce n'est que plus tard qu'il s'accrut dans les mêmes proportions que la soif. Du reste, Chomette n'a jamais souffert depuis sa maladie; bien plus, les maux de tête auxquels il était très sujet autrefois ont complétement disparu.

Après son entrée à l'Hôtel-Dieu (12 avril 1853), il a été mis à un régime essentiellement azoté. Les féculents ont été évités avec soin. L'usage du pain de gluten n'a pu être continué que quelques jours, à cause du dégoût invincible qu'a éprouvé le malade.

Etat actuel (16 mai). — Le malade offre un teint pâle et une maigreur excessive. Le soir, les membres inférieurs enflent jusqu'aux genoux, et sont le siége d'une certaine roideur. Nous avons constaté une différence de 0,02 dans la circonférence des deux membres inférieurs, suivant qu'on les mesurait le matin ou le soir; la mesure était prise au-dessus des malléoles et au-dessous de la tête du péroné. Quoique l'enflure de la jambe gauche parût plus considérable au malade, nous l'avons trouvée égale des deux côtés.

Chomette ne souffre nulle part, mais il est très faible; il s'est encore affaibli depuis son entrée à l'Hôtel-Dieu. Il ne se plaint d'autre chose que d'une grande faiblesse physique et intellectuelle. Le sommeil est souvent agité par des cauchemars. Les fonctions des organes des sens sont intactes, la vue n'est pas affaiblie; la peau conserve sa sensibilité; l'odorat et le goût ne sont pas altérés; l'ouïe est parfaite. Le pouls est accéléré, à 85, dépressible; cette accélération n'existe pas seulement pendant le travail de la digestion, on la constate également avant les repas. Pas de souffle bien distinct au cœur; souffle continu dans les carotides. La respiration n'offre rien de particulier. Le malade a été pris plusieurs fois de toux, mais cette toux a cessé au bout de quelques jours. La résonnance est parfaite dans toute l'étendue de la poitrine. Partout on entend le murmure vésiculaire le plus pur. Douze respirations par minute. Le malade se plaint d'un peu d'oppression.

La langue est rosée et humide. Les fonctions du tube digestif semblent s'alanguir; le malade demande qu'on varie ses aliments; souvent la digestion est pénible. Après avoir mangé, il s'assoupit, et reste sans mouvement pendant deux heures; il se compare alors lui-même à un animal hibernant. Il mange chaque jour un kilogramme de viande, une portion de pain (120 grammes) et plusieurs potages.

La soif n'est plus aussi intense qu'autrefois; le malade boit cinq à six litres de liquide par jour. Il préfère beaucoup les boissons froides; il n'éprouve pas le besoin d'en prendre une aussi grande quantité que quand elles sont tièdes.

La sécrétion urinaire est moins abondante qu'elle n'était il y a plusieurs mois; elle avait diminué quelque temps avant l'entrée du malade à l'Hôtel-Dieu. Elle est, en moyenne, de six à sept litres par jour; elle paraît, au premier abord, plus considérable que la quantité de liquide ingéré, qui est de cinq à six litres; mais si on réfléchit que le malade avale chaque jour plusieurs potages, on arrivera à penser qu'il y a une balance à peu près exacte entre le liquide ingéré et la sécrétion urinaire. L'urine offre, d'ailleurs, les caractères ordinaires du diabète sucré; elle a une densité de 1,030; elle est presque incolore, sans odeur, limpide; traitée par la potasse à chaud, elle prend une coloration brune très foncée; elle réduit le tartrate de potasse et de cuivre.

La sécrétion de la peau est diminuée; M. Requin avait prescrit des bains de vapeur, qui n'ont pu provoquer la sécrétion de la sueur. Depuis quelques jours, la peau est plus moite.

Les organes générateurs ont complétement perdu leur fonction; cette fonction a diminué progressivement, et aujourd'hui il n'y a plus ni érection, ni désirs vénériens.

Le régime diététique et alimentaire de ce malade se compose de tisane de houblon, 6 pots; vin de quinquina, 30 grammes; vin de Bordeaux, 250 grammes; une pilule d'opium de 0,05 pour le soir; un julep avec carbonate d'ammoniaque, 0,50. Pour aliments, deux potages, une portion de pain, un kilogramme de viande; cinq portions de vin.

Voilà un homme malade depuis deux ans ou à peu près, et chez lequel, sans cause appréciable, comme dans la plupart des cas de diabète, la soif excessive et la polyurie semblent avoir été les premiers symptômes de la maladie. Il est rare que ces accidents puissent être rapportés à une cause évidente; cependant un coup sur la nuque, comme nous l'avons vu chez une jeune femme morte diabétique à la Charité, une commotion cérébrale indiquée dans un fait récemment publié par la *Gazette des Hôpitaux*, où enfin les expériences faites sur des animaux qu'on assomme en les frappant sur la nuque, peuvent rendre un compte suffisant de leur existence. A part cette circonstance exceptionnelle, qui offre aujourd'hui le plus grand intérêt en raison de la production accidentelle du diabète par la piqûre du quatrième ventricule, la maladie débute insidieusement, et nous n'arrivons à la découvrir que par hasard, ou lorsqu'elle a fait des progrès considérables.

C'est ordinairement la soif excessive et l'abondance des urines qui indiquent aux malades le trouble de leur santé. Quelquefois, comme nous l'avons vu à l'hôpital Necker, c'est l'état gluant et sirupeux des urines. Une femme de condition inférieure nous vint trouver, parce que dans la miction les gouttes d'urine qui tombaient sur ses bas y faisaient une tache semblable à celle que produirait un sirop. Cette femme était diabétique. Depuis combien de temps durait ce trouble fonctionnel? Personne n'aurait pu le dire. Il en est toujours ainsi chez l'homme. *On ne sait pas, et on ne saura peut-être jamais comment et à quelle époque précise commence le diabète.*

Autrefois on ignorait les moyens de bien reconnaître cette maladie, ou du moins on n'y arrivait qu'après de longs tâtonnements, et souvent à la dernière période du mal, aux approches de la mort. On croyait que le diabète était une chose très rare, et on le considérait comme une maladie toujours mortelle. Aujourd'hui on reconnaît facilement le diabète, parce que tout médecin éclairé observe et analyse d'une façon suffisante les urines de ses malades, et ce que l'intuition ne peut toujours lui faire prévoir, le hasard le lui fait souvent découvrir. La preuve, c'est que cette maladie prétendue si rare est aujourd'hui très commune. De ce qu'on la reconnaît plus tôt, elle dure plus longtemps, et on voit bien vite qu'elle ne fait pas inévitablement périr tous les sujets qu'elle atteint; on voit qu'il en est du diabète comme de l'albuminurie, qui arrive et peut disparaître sans laisser de traces de son passage. On voit enfin des diabétiques vivre sans ce cortége de symptômes de consomption imposé par l'ancienne pathologie, et il en est qui guérissent, si la cause du mal n'est pas trop profonde.

Les moyens de constater la présence du sucre dans l'urine sont nombreux, et n'ont pas tous la même importance. Outre les caractères physiques tirés de la couleur ordinairement pâle des urines, de leur saveur sucrée ou nulle, de leur fermentation spontanée ou provoquée par la levure, il y a d'autres moyens de diagnostic fournis par l'augmentation de leur densité et par leur analyse optique ou chimique. Relativement à la densité, l'aréomètre ordinaire, qu'on trouve partout, et qui marque 1,030, 1,040 ou 1,060, au lieu de 1,018, chiffre de la densité ordinaire, ou le petit pèse-urines, instrument portatif que chaque médecin devrait avoir, et qui marque 2, 3, 4 ou 5 degrés, au lieu de 1 1/2, chiffre des urines normales, suffisent pour révéler la présence du sucre. Il n'y a pas de maladie autre que le diabète qui élève ainsi le chiffre de la densité des urines.

L'analyse optique se fait au moyen de l'appareil de M. Biot ou du saccharimètre de M. Soleil; mais ce sont là des moyens savants qui exigent le concours d'appareils dispendieux que l'on ne trouve que dans nos grands centres scientifiques.

L'analyse par réactifs chimiques se fait très rapidement, en faisant bouillir une petite quantité d'urine dans un tube à expériences, avec quelques gouttes de tartrate de potasse et de cuivre (liqueur de Bareswill), ce qui donne un précipité jaune d'oxyde de cuivre; ou plus simplement, en faisant bouillir l'urine avec 5 centigrammes de potasse caustique, qu'on trouve en toute localité, et qui donne aux urines diabétiques une coloration brunacajou caractéristique.

Le sucre que renferme les urines dans le diabète n'est pas du *sucre de raisin*, comme on le disait jadis; ce n'est pas du *sucre de glucose*, comme on a dit depuis; c'est, d'après M. Bernard, une

matière sucrée toute spéciale, qu'il nomme *sucre de diabète*, et dont il a défini toutes les propriétés chimiques.

Avec le sucre de diabète existe quelquefois dans les urines une plus ou moins grande quantité d'albumine. Nous en avons vu deux exemples.

Qu'est-ce donc que ce trouble permanent, définitif, ou seulement passager de la sécrétion urinaire qui constitue le diabète? Dire, avec Cullen, que c'est un vice des puissances assimilatrices ou de celles qui convertissent les matières alimentaires en vrais fluides animaux, c'est en réalité ne faire qu'une hypothèse. Un instant on crut, avec M. Bouchardat, que le diabète résultait de la formation dans l'économie d'un principe particulier ayant sur l'amidon une action semblable à la diastase, et changeant en sucre les matières féculentes du tube digestif, d'où elles passaient dans la circulation, et de là dans l'urine. Il n'y avait rien à opposer à cette théorie, puisque le fait sur lequel elle s'appuie est et demeure incontestable. Malheureusement ce fait n'est pas spécial aux malheureux diabétiques; il est général, et les choses se passent ainsi chez tout le monde. Partout, chez l'homme sain comme chez le diabétique, la fécule est transformée en sucre à la partie supérieure de l'intestin, et le diabétique n'offre rien de particulier sous ce rapport.

M. Mialhe, profitant de ce que pouvait avoir de défectueux la théorie qui précède, pour placer la sienne, émit cette opinion que du sucre se formait dans les voies digestives de tous les sujets nourris de matières féculentes, mais que, porté dans le sang par l'absorption, il le traversait sans s'y détruire, à cause d'une altération spéciale caractérisée par la perte d'alcalinité, l'état neutre ou acide, et qu'il arrivait ainsi dans les urines pour être rejeté au dehors. Ici c'est une altération du sang, l'état neutre ou acide comparatif de ce liquide qui est la cause du diabète, tandis que plus haut c'était un vice de nutrition intestinal et la formation accidentelle du sucre dans les voies digestives. Cette dernière théorie de M. Mialhe n'a pas résisté au contrôle de l'expérience. On n'a pas vu que le sang des diabétiques fût jamais acide, et il paraît que son alcalinité n'est pas sensiblement amoindrie.

Reste enfin la théorie qu'on peut déduire des expériences de de M. Bernard, expériences vues et revues de tout le monde savant, acceptées sans contestation possible, et dont nous avons suivi le développement avec le plus vif intérêt. On sait en effet qu'il suffit de piquer la moelle allongée d'un animal près de l'origine des pneumo-gastriques pour déterminer l'augmentation de la sécrétion normale du sucre dans le foie, le passage de ce sucre en abondance dans le sang et dans les poumons, où il ne peut se détruire, en raison de sa quantité. Ce qui n'est pas détruit est éliminé par les reins, coule avec les urines, et en quelques minutes un animal est diabétique. On reproduira ce fait autant de fois qu'on voudra tenter l'expérience.

Que résulte-t-il de ces expériences appliquées à la pathologie du diabète humain? Sous l'influence des causes occasionnelles ou déterminantes directes de la maladie, du sucre se forme en plus grande abondance dans le foie, et, ajouté à celui qui est absorbé dans les voies digestives, il passe dans le sang, dans les poumons, où une partie seulement se consume dans l'acte respiratoire, et le surplus passe dans les urines par l'intermédiaire de la sécrétion rénale.

Le diabète serait donc un trouble de la fonction saccharifique du foie, si l'on s'en tenait au côté positif de l'expérience, sans chercher à remonter un peu plus haut. Mais, au delà de cette altération fonctionnelle, il y en a d'autres qu'on pourrait encore prendre comme point de départ d'une théorie sur la nature du diabète. Ne savons-nous pas, en effet, que le sucre du foie doit se détruire dans le poumon sous l'influence de la respiration, et ne pourrait-on prétendre, comme l'ont fait de très bons esprits, MM. Reynoso et Dechambre, que le trouble fonctionnel morbide ou sénile des poumons peut engendrer primitivement le diabète, de sorte que le diabète serait en quelques circonstances une affection des organes respiratoires? C'est là encore un nouveau point de vue de cet inépuisable sujet, qui fascine et séduit l'observateur par toutes les faces sous lesquelles il se présente à son attention.

Nous n'avons pas achevé; car en dehors de ces troubles fonctionnels, placés dans l'estomac par les uns, dans le sang, dans le foie, dans les poumons ou dans les reins par les autres, il y en a un que nous avons réservé jusqu'à présent et qui les régit, les commande et les domine tous, c'est l'altération du système nerveux. En effet, piquez à l'endroit convenu la moelle allongée d'un animal: il devient diabétique, un peu ou beaucoup, passagèrement ou à jamais, suivant le degré de la blessure; faites une commotion cérébrale, il en est quelquefois de même si vous avez frappé juste, et, comme cette impression morbide ne vient pas directement par les pneumo-gastriques agir sur l'estomac, le foie, les poumons ou les reins, comme on l'avait cru jusqu'ici, mais par *action reflexe* et au moyen de la moelle épinière, comme l'a démontré M. Bernard; il en résulte qu'après avoir rendu artificiellement diabétique un animal, on peut à l'instant même supprimer le diabète par une seconde opération, non moins ingénieuse et non moins hardie que la première.

L'animal est diabétique par la piqûre de la moelle allongée près de l'origine des pneumo-gastriques; il va cesser de l'être à notre volonté par la section de la moelle épinière à la fin de la région dorsale. Cela ne manque jamais, et M. Bernard nous a plusieurs fois rendu le témoin de cette expérience.

Le rôle du système nerveux dans la production du diabète est donc une chose capitale, immense, et contre laquelle on disputerait en vain. L'impression morbifique expérimentale ou indirecte doit passer par ce système pour opérer la perturbation fonctionnelle des glandes et des organes dont il dirige les opérations. En conséquence, et malgré d'excellentes raisons pour se perdre dans les détails, nous arrivons à ne plus considérer le diabète comme une maladie des reins, ce qu'on a soutenu jadis, ni comme une affection de l'estomac, ni comme une maladie du sang, ni comme une affection du foie, ni comme une maladie des poumons, mais comme une affection organique ou dynamique du système nerveux localisée dans un point circonscrit de la moelle.

(La fin au prochain numéro.)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 7 juin 1853. — Présidence de M. Bérard.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Épidémies.

La correspondance officielle comprend quatorze lettres du ministre de l'intérieur, transmettant:

1° Un rapport de M. Lemazurier, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Versailles, sur une épidémie de rougeole qui a régné depuis le 18 avril dernier dans la commune de Guyancourt (Seine-et-Oise);

2° Un nouveau rapport de M. Gruizard, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Lons-le-Saulnier, sur la recrudescence de l'épidémie de fièvre typhoïde qui régné cette année dans la commune de Marigny (Jura);

Eaux minérales.

3° Un rapport de M. le docteur Gay, médecin inspecteur des eaux minérales de Saint-Alban, sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1852;

4° Semblable rapport de M. le docteur Regnault, médecin inspecteur des eaux minérales de Bourbon-l'Archambault (Allier), sur le service médical de cet établissement pour la même année;

5° De M. le docteur Rouxel, médecin inspecteur des bains de mer de Boulogne (Pas-de-Calais);

6° De M. le docteur Frison, médecin inspecteur des eaux minérales de Digne (Basses-Alpes);

7° de M. le docteur Barrié, médecin inspecteur des eaux minérales de Bagnères-de-Luchon (Haute-Garonne);

8° De M. le docteur Sibille, médecin inspecteur des eaux minérales de Néris (Allier);

9° De M. le docteur Bailly, médecin inspecteur des eaux minérales de Bains (Vosges);

10° De M. Charpentier, médecin inspecteur des eaux minérales de Saint-Amand (Nord);

11° De M. le docteur Bertrand fils, médecin inspecteur adjoint des eaux minérales du Mont-d'Or (Puy-de-Dôme).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Typhus.

M. Galliot, de Magny (Seine-et-Oise), transmet une observation sur un cas de typhus. (Commissaire: M. Gaultier de Claubry).

Emploi du charbon dans les fièvres typhoïdes.

M. Pitancier de Montigny (de Madon, près Blois), adresse une réclamation de priorité relative à l'emploi du charbon comme agent thérapeutique dans les affections typhoïdes. (Remèdes secrets.)

Gangrène du pied.

M. A. Favrot communique une observation de gangrène inflammatoire à forme serpigineuse, avec destruction complète de l'aponévrose plantaire; guérison. (Commissaires: MM. Robert et Huguier).

Emploi du frêne dans le rhumatisme et la goutte.

M. Bordier de Larue, de Bergerac (Dordogne), adresse une note sur l'emploi du frêne contre le rhumatisme et la goutte. (Commissaires: MM. Grisolle et Requin.)

Contracture du diaphragme.

M. Duchenne, de Boulogne (Pas-de-Calais), adresse une note sur la contracture du diaphragme, à l'occasion de l'observation récemment communiquée sur ce sujet à l'Académie par M. le docteur Valette. L'objet de la note de M. Duchenne est de donner quelques explications qui intéressent la symptomatologie et la thérapeutique de cette affection. (Commission nommée.)

Diagnostic des calculs urinaires par le toucher.

M. Dénamiel, de Rivesaltes (Pyrénées-Orientales), adresse un mémoire sur le diagnostic des calculs urinaires par le toucher seul ou combiné avec l'action des instruments. (Commissaires: MM. Malgaigne, O. Henry et Jobert.)

Nouvelle pince à ligature.

M. Apostolide soumet à l'examen de l'Académie une pince avec ténaculum pour la ligature des artères. (Commission nommée.)

Suite de la discussion sur la surdi-mutité.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la surdi-mutité. La parole est à M. Gerdy.

M. Gerdy. Le rapport de la commission est resté presque aussi muet qu'un sourd sur les questions du ministre et sur la méthode qu'il devait apprécier. Heureusement la lutte allumée par le rapport nous a éclairés et a contribué à nous démontrer qu'il s'agite au-dessous d'autres questions d'un haut intérêt pratique, dont la solution peut faire beaucoup d'honneur à l'Académie ou porter une grave atteinte à sa considération.

Il ne s'agit de rien moins, en effet, pour certaines personnes, que de défendre tout à fait la parole à ceux qui peuvent entendre parler et pour les autres de les empêcher de gesticuler. On conçoit tout le danger qui peut résulter d'une discussion pareille.

Quoique le rapport n'ait pas comparé les avantages et les inconvénients ou les défauts des diverses méthodes et des divers procédés d'enseignement des sourds-muets, il veut les réduire à deux méthodes entre lesquelles il faut choisir:

1° L'enseignement oral articulé, la prononciation, en un mot, pour ceux qui entendent un peu;

2° La *mimique* et la *dactylologie* pour ceux qui n'entendent point du tout.

Le rapport demande ensuite la séparation forcée des orateurs sourds-muets d'avec les mimes. Le rapport, enfin, ne veut pas que l'enseignement oral soit confié à des professeurs muets. Il ne peut y avoir de dissidence à cet égard, selon M. Gerdy. Mais avant que de rien proposer contre les méthodes rivales et sur les moyens de perfectionnement à apporter à l'enseignement des sourds-muets, je crois utile, ajoute-t-il, d'entrer dans quelques considérations sur la fonction de l'expression, sur ses différents modes et sur les diverses méthodes que l'art en a retirées, afin de voir si les conclusions pratiques du rapport sont bien légitimes.

M. Gerdy, après une courte dissertation sur la fonction de l'expression, fait remarquer qu'après ses observations, loin de consentir jamais à réduire ou à mutiler l'enseignement des sourds-muets, on doit au contraire chercher à l'agrandir et à le perfectionner, parce qu'il faut à ces infortunés, comme aux autres hommes, plusieurs langages pour assurer la satisfaction de leurs besoins moraux, comme de leurs besoins physiques.

M. Gerdy compare ensuite au point de vue de leur valeur respective les divers modes de langage qui se disputent actuellement la préséance, et de ce parallèle il déduit les conséquences suivantes:

Vous le voyez, messieurs, il résulte de toutes ces observations que chacun des trois langages dont nous venons de parler est insuffisant dans certaines circonstances pour établir entre les hommes les relations nécessaires à la vie; que si le langage articulé est très avantageux aux demi-sourds qui peuvent distinguer les sons de la prononciation à haute voix ou au moyen d'instruments auriculaires et prononcer d'une manière assez pure pour être compris de tout le monde, ce langage est peu avantageux aux sourds qui, ne distinguant pas les divers sons de la parole, ne peuvent les reproduire que très imparfaitement; qu'il peut cependant leur fournir un langage de famille et d'amis, qui n'est pas sans avantages pour eux et pour leur famille ou leurs amis; que la mimique est très utile aux infortunés profondément sourds, parce que c'est plus qu'une *langue nationale*, c'est la langue de l'*humanité*, et qu'elle peut remplacer les autres; que la dactylologie est très avantageuse aux sourds lorsqu'ils rencontrent des personnes qui la comprennent; que, dès lors, ces trois langues doivent être non-seulement conservées, mais même perfectionnées et enseignées toutes aux sourds-muets par des moyens nouveaux et plus puissants que ceux qu'on a mis en usage jusqu'à ce jour.

M. Gerdy expose ensuite en quelques propositions générales le mécanisme des diverses sortes de langage, en insistant sur les moyens de perfectionnement dont ils seraient susceptibles; puis il termine par les dernières conclusions suivantes qu'il croit devoir prendre à l'égard de celles de la commission.

Ne voulant conclure, dit-il, que d'après mes observations, je n'ai rien à objecter sur le nombre des sourds curables indiqués dans le premier alinéa des conclusions du rapport, n'ayant pas pu les visiter, comme je désirais le faire. Mais je ne puis accepter l'alinéa suivant, qui assure que l'acoumètre et les vibrations offrent un moyen de diagnostic d'une grande exactitude. Je désirerais que le suivant dît seulement que les sourds peuvent acquérir la faculté de lire en partie sur les lèvres; qu'il est impossible d'y lire tous les sons de la parole.

Je n'adopterai jamais la suppression absolue de la dactylologie, la séparation en deux des sourds-muets, les uns parlant, les autres dactyloquant. Je ne recommanderais la suppression de la dactylologie et de la séparation que chez les enfants capables de converser facilement entre eux par la parole; car je suis persuadé que lorsqu'ils ne parleront que très difficilement, ils adopteront un autre langage, la mimique ou un langage gesticulé quelconque, plus commode pour répondre aux instincts d'expression qui font le génie de l'humanité et rendent l'homme le maître de la terre.

Enfin, je me joindrais volontiers à un renvoi des propositions à la commission, pour qu'elle voulût bien en présenter d'autres où elle tiendrait compte des objections qui lui ont été adressées.

M. Bérard, cédant le fauteuil à M. Nacquart, monte à la tribune, et s'exprime en ces termes:

En 1831, un honorable académicien, à qui Dieu fasse paix! venait, au nom d'une commission dont il était rapporteur, vous proposer de reconnaître qu'on peut voir sans le secours de l'organe de la vue, ou du moins au travers d'un corps opaque. Ce jour-là, la position de l'Académie était difficile; elle ne l'est pas moins en ce moment. En 1831, l'Académie n'était pas plus menacée qu'elle ne l'est aujourd'hui d'encourir cette sorte de ridicule dont les corps savants ne peuvent plus effacer la trace lorsqu'ils ont eu l'imprudence ou le malheur de s'y exposer.

Que vous demande M. le ministre de l'intérieur? Parmi les questions qu'il vous pose, il en est deux qui ne sont pas le moins du monde connexes, mais dont on ne manquerait pas d'invoquer la connexité si vous ne vous expliquiez d'une manière catégorique sur chacune d'elles.

Voici ces questions. Je vais les lire.

1° On vous demande: « Si parmi les élèves qui entrent chaque année dans l'établissement des sourds-muets, il ne s'en trouve pas un » certain nombre qui, par suite du traitement que M. Blanchet a imaginé, seraient susceptibles de guérison ou d'amélioration, et pour» raient arriver à saisir la parole directement par l'oreille, par l'intermédiaire d'instruments d'acoustique ou par tout autre moyen, et si » d'autres n'ont pas conservé l'usage de la parole, et ne seraient pas » susceptibles d'acquérir la faculté de la lire sur les lèvres, quoiqu'ils » soient atteints d'une surdité incurable. »

2° On vous demande encore: « Si les élèves de cette dernière caté» gorie (ceux qui sont complétement sourds) ne pourraient pas rece» voir quelques notions du son par les nerfs de sensibilité générale, » comme l'indique M. Blanchet. »

Point d'équivoques! Il faut appeler les choses par leur nom. On vous demande si on peut entendre sans le secours de l'organe de l'ouïe? si on peut entendre par la peau? si des *impressions auditives* peuvent voyager par les nerfs du plexus brachial, par le nerf sciatique, les nerfs fessiers, ou d'autres encore, que je ne nommerai pas, bien qu'il n'y ait aucune raison d'exclure les uns plutôt que les autres.

En vain la nature aura déployé toutes les ressources de sa puissance formatrice dans l'installation de cet organe de l'ouïe si merveilleux et si compliqué..... Pure affaire de luxe! Il suffira d'un nerf communiquant par un de ses bouts avec la plante du pied, et par l'autre avec la queue de cheval, pour nous donner la *notion des sons!*

Qu'une semblable question ait pu être rédigée par des personnes étrangères à la science que vous cultivez, cela n'a rien qui puisse nous étonner; mais qu'elle ait été suggérée par un docteur en médecine, c'est ce que j'ai peine à comprendre.

S'il y avait dans cette enceinte un académicien disposé à soutenir que la sensation que fait éprouver à la peau un mouvement vibratoire est de même nature qu'une sensation auditive, je serais très heureux de l'entendre à la tribune. Mais je ne ferai pas à l'Académie cette injure de croire qu'aucun de ses membres veuille défendre cette singulière doctrine. M. Guérin, dans son discours, n'a pas commis la faute de confondre des impressions *tactiles* avec des impressions *auditives*. Dès la première séance où le rapport a été mis en discussion, l'un des membres les plus éclairés de la commission, M. le professeur Bouillaud, a décliné toute solidarité d'opinion avec ceux qui voudraient laisser passer la théorie de M. Blanchet... si théorie il y a. M. Bouillaud nous a fait part des objections qu'il avait faites à M. Blanchet. Dans la séance suivante, M. le rapporteur a parlé, ou a voulu parler dans le même sens. M. Piorry a déclaré qu'il ne confondait pas les vibrations que la peau nous fait percevoir avec les vibrations auditives. Qu'il me permette de lui faire observer (ceci est une parenthèse) qu'il a dit autre chose que ce qu'il voulait dire. Il n'y a pas, pour le cas actuel, deux sortes de vibrations, les unes affectant les nerfs de la peau, les autres les nerfs de l'ouïe. Ce sont les mêmes vibrations qui excitent dans chacun de ces nerfs les seules impressions qu'ils soient capables de faire éprouver: dans les nerfs de la peau une impression tactile, un chatouillement, une secousse particulière; dans les nerfs de l'ouïe l'impression du son. De même que le mouvement électrique passant par l'œil fait naître la *sensation de lumière;* passant par l'oreille interne, la *sensation auditive;* passant par les membres, la sensation d'un coup, d'une sorte de contusion, et la sensation gustative quand il traverse la langue.

Je reviens maintenant au danger qui menace l'Académie. Elle va avoir à se prononcer sur les résultats pratiques obtenus par M. Blanchet. Si la commission affirme que ces résultats sont bons, il n'y a pas de motifs pour que l'Académie ne déclare pas qu'ils sont bons, à moins pourtant qu'elle ne pense autrement que la commission ou que la question ne lui paraisse pas élucidée. Mais je suppose que l'avis soit favorable : si l'Académie, en donnant son approbation à la partie pratique, ne se prononce pas d'une manière explicite sur la partie théorique, son silence sera pris pour un consentement, et demain les journaux politiques annonceront qu'on peut entendre par la peau, que l'Académie vient de vérifier cette grande découverte de M. Blanchet. Quelle sensation dans le public! ce serait à faire diversion aux tables tournantes! quelle bonne fortune pour l'inventeur de la méthode! Quel étonnement de ces bons Parisiens lorsqu'ils apprendront qu'un sourd, un être radicalement sourd peut entendre par le bout des doigts ou par les talons! Mais aussi que de railleries, que de sarcasmes décochés par les hommes sévères, les vrais savants, contre cette pauvre Académie impériale de médecine! Elle ne s'en relèverait jamais!

Permettez-moi, messieurs, de dire un mot de cette partie théorique. Pour un physiologiste, le mouvement vibratoire des corps ce n'est pas le *son*. Le *son*, c'est le *mouvement vibratoire passant par le nerf acoustique sensible*. Le mouvement vibratoire ne devient son qu'à cette condition. Mais, dira-t-on, le mouvement vibratoire peut impressionner les nerfs de la peau. Oui, sans doute, et il serait bien étonnant qu'il n'en fût pas ainsi. Lorsqu'une détonation du canon brise toutes les vitres d'une rue sans le secours des projectiles, lorsque la voix d'un chantre fait trembler les vitraux d'une cathédrale, est-il impossible que ces puissantes vibrations impressionnent mécaniquement le sens tactile? Mais quel rapport existe-t-il entre cette impression et l'impression auditive? Aucun. On nous demande si un sourd, un individu radicalement sourd peut avoir la notion du son par les nerfs de la sensibilité générale. Pour que la chose fût possible, il faudrait qu'il y eût quelque ressemblance entre l'impression d'un son et l'impression que fait sur la peau le mouvement vibratoire exagéré. Mais, de grâce, observez-vous : l'impression du son n'est pas pour vous l'impression du mouvement vibratoire. Ce mouvement vibratoire, vous le sentez comme son et non comme trémoussement mécanique. C'est votre peau qui peut à l'occasion vous faire ressentir le trémoussement mécanique, mais elle ne peut vous faire sentir le son. Cette peau, chez un enfant qui est radicalement sourd, qui n'a pas l'idée du son, ne peut faire naître que l'*idée* du chatouillement et du trémoussement mécanique, et non celle du son.

Je vais rendre tout ceci plus sensible par un exemple. A ce moment où je parle et où vous m'entendez, quel est l'intermédiaire entre vous et moi? C'est l'air vibrant. Quelle impression ressentez-vous? Uniquement celle du son, et non du mouvement vibratoire, qui est devenu son dans votre oreille. Admettez que mon voisin M. Gibert pose sa main sur mon larynx pendant que je parle (c'est ce que faisait faire, il y a 160 ans, aux sourds-muets le célèbre Conrad Ammon, l'auteur du *Surdus loquens*, non pas pour leur apprendre à entendre, mais pour leur apprendre à parler), M. Gibert dans cette position éprouvera deux sensations : par l'oreille, celle du son; par les nerfs de la main, celle d'un trémoussement vibratoire, et certes il ne dira pas que ces deux impressions se ressemblent. Admettez maintenant que, dans cette position encore, M. Gibert devienne radicalement sourd, ce qu'à Dieu ne plaise! *Dii omen avertant!* il rend trop bon compte de ce qui se dit ici; eh bien! M. Gibert aura perdu l'une des deux impressions, l'impression auditive, qui ne pourrait en aucune manière être remplacée par l'impression tactile que la main continuera de recevoir.

Ce n'est point là une doctrine qui me soit particulière; c'est devenu (passez-moi la trivialité de l'expression) le pont aux ânes de la physiologie. En parcourant Muller il y a quelques jours, j'ai rencontré un passage qui semble avoir été écrit pour la circonstance; le voici. Après avoir parlé des excitants des autres sens, il dit :

« On en peut dire autant du son. Le fait pur est que, quand un » certain nombre de chocs ou de vibrations sont communiqués au » nerf acoustique, ce son naît comme sensation; mais le son comme » sensation diffère infiniment d'un nombre quelconque de vibrations. » Le même nombre de vibrations d'un diapason que transmet la sen- » sation du son au nerf auditif est perçu comme chatouillement par le » nerf tactile. Il faut donc que quelque chose s'ajoute aux vibrations » pour que nous puissions sentir un son, et cette condition indispensa- » ble n'est attachée qu'au nerf acoustique. »

Qu'on dise que le *sens tactile* peut rendre quelques services aux sourds-muets, à la bonne heure! et cependant il ne leur en rendra jamais autant qu'aux aveugles. Mais qu'y a-t-il donc de nouveau là dedans? Y a-t-il autre chose que cette vieille notion de la faculté qu'ont les sens de se suppléer (je dirai tout à l'heure comment ils se suppléent)? Ce qu'il y aurait de nouveau, ce serait que les *impressions tactiles* devinssent des *impressions actives*, et cela précisément chez les gens qui n'entendent pas! Ce serait que ces impressions tactiles donnassent la *notion du son!* Voilà ce qu'on voudrait vous faire dire, voici l'énormité qu'on voudrait faire endosser à l'Académie; mais elle ne s'y laissera pas prendre.

Que doit-on donc entendre par suppléance des sens? L'école de Gall, dont je fais grand cas, quand elle ne s'arrête pas à ce divertissement stérile des localisations, va nous le dire. Ecoutez cette proposition : « *Jamais un sens ne peut être suppléé dans sa fonction immédiate.* » J'ajoute : *Mais comme nous appliquons plusieurs sens à la fois à la connaissance des corps de la nature, ou de leurs divers états, si un des sens fait défaut, les autres travailleront davantage, mais chacun dans sa spécialité.* Mon premier maître en herborisation à Angers était un aveugle. Il reconnaissait les plantes mieux que nous. Et pourquoi pas! Qu'est-ce que c'est, je suppose, qu'un *canium album?* C'est une plante d'une certaine hauteur, d'une certaine consistance, d'une certaine odeur, d'une certaine saveur et d'une certaine couleur. Notre aveugle ne voyait pas la couleur, mais les autres sens lui faisaient reconnaître le *canium album*; ils avaient suppléé la vue, mais non la *fonction immédiate*, qui est de vous faire connaître la couleur. Vous ne direz pas que cet aveugle ait vu la couleur par le bout des doigts, ne laissez donc pas dire qu'un sourd a la *notion du son* par la plante du pied.

Un dernier mot sur la réponse à faire à M. le ministre.

M. le ministre prie MM. les commissaires de *vouloir bien scinder leur travail*, et de répondre sans retard aux questions qui leur paraîtront suffisamment élucidées.

Si j'avais eu l'honneur de faire partie de la commission, j'aurais dit : « M. le ministre nous prie de lui donner d'abord notre avis sur les points qui nous paraîtront clairs; commençons par répondre à M. le ministre qu'il est très clair pour nous qu'on ne peut avoir la notion du son que par le sens de l'ouïe. »

Pour le reste, nous verrons plus tard... Le temps a marché; je pense qu'aujourd'hui il faut répondre à plusieurs questions, probablement à toutes, et non à une seule. Mais je déclare qu'après avoir lu ce qui a été écrit autour de nous et à cette occasion par des personnes qui, avouons-le, sont plus compétentes que nous sur la question pédagogique, après avoir pris connaissance de la brochure de M. Volquin, après avoir entendu la lettre de M. Ménière, après avoir lu la lettre de M. Pélissier, cette œuvre si émouvante d'un sourd-muet élevé par la méthode française, et qui professe suivant la méthode française, et la lettre de M. Valade Gabel, ancien professeur de l'école de Paris, après avoir été témoin de ce succès de gaieté, d'esprit et de bon sens obtenu dans la dernière séance par l'argumentation de M. Malgaigne, je voterai les conclusions qu'il a proposées, moins la troisième, qu'il m'a en quelque sorte renvoyée, et pour laquelle je proposerai une rédaction spéciale.

Une chose m'a frappé dans le discours de M. Malgaigne. Prenez garde, lui ont dit tour à tour les chefs de deux institutions rivales; prenez garde, on va vous tromper. Et comment serai-je trompé? dit M. Malgaigne, si je me tiens sur mes gardes. Vous serez trompé, parce qu'on se dira par le secours de la mimique une foule de choses sans que vous vous en aperceviez. Eh quoi! me suis-je dit à mon tour, il existe un langage si fin, si expressif, si rapide, que des sourds-muets peuvent, en l'employant, tromper infailliblement les personnes qui entendent et qui parlent, alors même qu'elles sont sur leurs gardes; et ce langage, qui point une pensée tout entière en moins de temps qu'il ne nous en faudrait pour articuler un des mots qui entrent dans l'énoncé de cette pensée, on voudrait l'interdire à une grande portion de cette classe infortunée des sourds-muets pour y substituer exclusivement dans une expérience aventureuse ces accents sauvages dont notre collègue nous a fait une si pittoresque description! A coup sûr, je n'aiderai pas l'Académie à accomplir sans études préliminaires une réforme si radicale et si téméraire, et je m'abstiendrai religieusement de porter la main sur l'édifice élevé par l'illustre abbé de l'Epée.

Voici, messieurs, ce que je propose de répondre à la troisième question posée par M. le ministre de l'intérieur. Cette question est rédigée dans les termes suivants :

Demande. — « La commission sera priée d'examiner si les élèves » de cette dernière catégorie (les sourds-muets incurables) ne pour- » raient pas recevoir quelques notions du son par les nerfs de sensi- » bilité générale, comme l'indique le docteur Blanchet. »

Réponse. — On sait depuis longtemps que les mouvements vibratoires peuvent impressionner le sens tactile et les nerfs de la sensibilité générale; mais ces mouvements ne peuvent faire naître la *sensation du son* que dans l'organe de l'ouïe.

Messieurs, j'ai été pendant longtemps dans le nombre de ceux qui sans savoir pourquoi se montrent irrévérencieux et moqueurs envers les Académies; mais aujourd'hui il n'en est plus de même. J'aime l'Académie (et je serais bien ingrat si je ne l'aimais pas), je tiens à ce qu'elle soit considérée; eh bien! je la supplie de se montrer en cette occasion, comme toujours, gardienne des idées saines et sévères en physiologie, et de ne point prendre à la légère telle décision que la spéculation pourrait exploiter.

M. Piorry résume en quelques termes la discussion. Son résumé consiste à dire d'abord que le rapport est l'œuvre collective de la commission, et non celle du rapporteur, que sa propre personnalité doit, par conséquent, être effacée; puis à se défendre du reproche d'hérésie physiologique que vient de lui adresser de nouveau M. Bérard, bien qu'il ait déjà expliqué, dans la première séance de cette discussion, qu'il n'avait jamais fait la confusion que M. Bérard lui a reproché de faire. Il consiste enfin à défendre la commission du reproche d'avoir vu les faits légèrement, les faits ayant, au contraire, été vus et constatés avec le plus grand soin et la plus grande rigueur. A ce sujet, M. Piorry oppose à l'assertion de M. Malgaigne, relativement à la difficulté extrême qu'auraient les sourds-muets parlants à se faire entendre, une assertion contraire, et qui est fondée sur un entretien qu'il avait pendant le discours même de M. Malgaigne avec la personne à qui ce dernier faisait allusion.

M. Piorry défend en outre la commission du reproche de vouloir détruire ce qui est. La commission n'a voulu qu'une chose, réaliser un progrès utile et possible, et réformer un état de choses défectueux, particulièrement en ce qui concerne le classement des sourds-muets dans l'institution de Paris. C'est contre le système d'éducation en commun, sans distinction de catégories, qu'il ne craint pas de qualifier de détestable, que M. Piorry s'est le plus particulièrement élevé au nom de la commission.

Enfin, et c'est par là qu'il termine son résumé, M. Piorry considère la commission comme suffisamment justifiée du reproche qu'on lui a fait de ne s'être point occupée de la question historique, par ce qui vient de se passer depuis dix séances, où l'on n'a cessé de s'occuper de cette question, sans qu'on ait dit le quart de ce qu'il y aurait à dire.

La discussion générale est close.

La discussion est ouverte sur les articles.

M. Malgaigne annonce qu'après s'en être entendu avec M. Piorry, ils ont arrêté en commun, et après quelques concessions réciproques, une nouvelle rédaction des réponses à faire au ministre, et sur lesquelles ils sont tombés d'accord, à l'exception d'une seule, sur laquelle il se range à l'opinion que vient d'exprimer M. Bérard.

Voici le projet de réponse arrêté par M. Malgaigne et le rapporteur.

Réponse à la première question :

« Parmi les élèves entrant chaque année à l'établissement, il s'en trouve généralement un certain nombre qui paraissent susceptibles d'amélioration, et qu'il importe de soumettre à un traitement spécial; mais l'expérience n'a pas encore appris s'ils sont susceptibles de guérison complète. »

Après une courte discussion sur cette rédaction, dans laquelle MM. Roux et J. Guérin parlent contre, cette rédaction est mise aux voix et adoptée.

M. Malgaigne donne lecture de la seconde réponse, conçue ainsi;

« Nombre de sourds-muets sont capables d'acquérir la faculté de lire sur les lèvres. C'est là même le but essentiel de la méthode allemande et de l'institution, à Paris, de M. Benjamin Dubois; mais cette faculté est fort limitée chez la plupart. »

Une assez longue discussion s'engage sur cette rédaction.

M. Bouvier réclame énergiquement contre la phrase qui termine ce paragraphe et qui exprime, suivant lui, un fait complétement inexact et contraire à tout ce qu'il a constaté lui-même, ainsi qu'il en rapporte de nouveaux exemples.

M. Guérin regrette vivement que M. le rapporteur ait cru devoir abandonner sa première rédaction pour celle de M. Malgaigne, la première répondant catégoriquement à la question du ministre, tandis que celle qu'on propose de lui substituer n'y répond point. Il demande le renvoi à la commission.

Cette demande est également faite par M. Bégin, membre de la commission.

Après quelques explications assez vives et qui n'amènent aucune solution, la séance est levée, et la suite de la discussion sur les articles renvoyée à la séance prochaine.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 30 mai 1853. — Présidence de M. de Jussieu.

Nouvelle méthode opératoire du strabisme, par la ligature temporaire.

M. Tavignot adresse un mémoire dans lequel il expose dans les termes suivants une nouvelle méthode qu'il a imaginée pour l'opération du strabisme.

Cette méthode opératoire, au lieu d'allonger un muscle réputé trop court, comme on le faisait dans les méthodes précédemment usitées, raccourcit un muscle en réalité trop long. Au lieu de laisser l'œil redressé osciller avec peine, et en quelque sorte lourdement, entre deux muscles, dont l'un a été mutilé par une section, et dont l'autre reste toujours plus ou moins impuissant, elle s'attaque au muscle le plus long; et non-seulement elle le raccourcit d'une quantité suffisante pour l'égaler à son antagoniste, mais elle agit encore de manière à activer sa contraction physiologique.

Voici la description du manuel opératoire :

Le muscle le plus long, c'est-à-dire celui qui est opposé à la déviation, étant mis à nu d'après la règle ordinaire de la strabotomie, l'opérateur procède de la manière suivante :

Premier procédé. — Un crochet mousse garni d'un chas à son extrémité est glissé sous le muscle, de manière à le détacher, en le soulevant, du globe oculaire. Le crochet est ensuite ramené en avant, de manière que sa concavité embrasse le muscle à peu de distance de son épanouissement aponévrotique. Un fil de soie écrue est alors introduit dans le chas du crochet, puis le crochet est lui-même ramené vers l'opérateur, de manière à placer définitivement la ligature sous le muscle. A l'aide d'un double enroulement de l'un des chefs sur l'autre, on obtient un nœud simple, mais très résistant. Il ne reste plus qu'à serrer ce nœud, et à couper ras l'un des chefs de la ligature pour terminer l'opération. L'autre chef, dirigé vers l'un des angles correspondants de l'œil, est fixé sur un point de la circonférence de l'orbite.

Le premier effet de cette ligature a été de rendre plus centrales les fibres latérales du muscle et, par suite, d'amener le raccourcissement de cet organe.

Le second effet de cette ligature est de provoquer le développement d'une inflammation adhésive, qui non-seulement rende définitive la juxtaposition anormale des fibres musculaires, mais qui puisse, en outre, établir des adhérences entre le muscle et la sclérotique sous-jacente.

La ligature n'étant pas destinée à produire la section du muscle, elle ne doit être par conséquent que temporaire. Vers la fin du deuxième ou le commencement du troisième jour, on peut aisément l'enlever à l'aide d'une légère traction exercée méthodiquement sur le chef qui persiste.

Ce premier procédé de la nouvelle méthode ne saurait remplir dans tous les cas le but que nous nous sommes proposé. Les strabismes très prononcés seraient sans doute réfractaires à son action. C'est du moins l'idée que nous avons eue en imaginant une manière de faire plus efficace.

Deuxième procédé. — Le crochet étant glissé sous le muscle, comme dans le cas précédent, pour le soulever le plus possible, la ligature est passée, non plus sous le muscle, mais bien sous le crochet, de manière à embrasser l'anse musculaire soulevée dans une étendue plus ou moins grande.

Avant d'aller plus loin, il importe de s'assurer par une constriction momentanée si le globe oculaire est ramené d'une manière parfaite à sa position normale. Pour acquérir la preuve expérimentale que l'on a produit par la ligature le degré voulu de raccourcissement, on doit procéder pendant l'opération de la manière suivante :

La ligature une fois passée au-dessous du crochet, on glisse dans l'anse qu'elle forme un second fil de couleur différente autant que possible; puis on opère la constriction de la ligature proprement dite, mais en ayant soin de ne faire qu'un nœud et de ne composer ce nœud que d'un seul enroulement. On retire l'érigne, on dégage le crochet, et, l'œil étant abandonné à lui-même, on peut apprécier avec netteté les changements survenus dans sa direction. Si le globe oculaire n'est pas suffisamment redressé, il faudra embrasser dans la ligature une plus grande quantité de tissu musculaire; si le globe oculaire est redressé avec excès, il faudra embrasser dans la ligature une plus petite quantité de tissu musculaire.

Mais dans l'un et l'autre cas, il est nécessaire de retirer le plus rapidement possible la ligature déjà placée. Or rien n'est plus facile avec les précautions prises dans cette prévision : on dévie l'œil à l'aide d'une érigne; on tire sur l'un des chefs de la ligature, pendant que la main du côté opposé tend le fil passé dans l'anse de cette même ligature; le nœud cède aussitôt à cette traction en sens inverse. Il ne reste plus qu'à passer de nouveau le crochet sous le muscle, si toutefois on ne l'a déjà fait avant d'opérer l'ablation de la ligature, et à recommencer les manœuvres en tenant compte des données qui ont été fournies par la première tentative.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Les nouvelles les plus contradictoires arrivent de Russie relativement au choléra. Quelques lettres disent que la maladie est sur son déclin, tandis que d'autres affirment qu'elle fait des ravages affreux à Moscou et à Saint-Pétersbourg. Toujours est-il que les craintes que l'on avait pu concevoir sur la venue prochaine de ce terrible visiteur doivent être bien dissipées, aujourd'hui qu'il concentre exclusivement son action sur l'empire russe.

La fièvre jaune, de son côté, continue ses ravages à Rio-Janeiro (Brésil). La maladie paraît même en voie d'augmentation parmi la population maritime à terre et à bord. Pendant le mois de mars, il y a eu 145 cas de fièvre jaune à Rio et environ 50 cas par semaine à bord des navires qui se trouvent dans le port. A Bahia, au contraire, la diminution est marquée; il n'y a eu que 45 cas en un mois. La fièvre jaune règne encore à l'île Saint-Thomas, et le dernier packet comptait à son arrivée 14 cas de fièvre jaune survenus dans la traversée, dont 2 suivis de mort.

— Nécrologie. — M. le docteur Raisin, directeur honoraire de l'École secondaire de médecine de Caen, et professeur titulaire de matière médicale, est décédé le 28 mai dernier, âgé de plus de 80 ans.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Du choix des eaux minérales dans le traitement des maladies de poitrine; par le docteur Constantin James, auteur du *Guide pratique aux eaux minérales et aux bains de mer*. Une brochure in-8°. Prix : 1 fr. 25 c. — A Paris, chez Victor Masson, place de l'École-de-Médecine, 17.

De l'abus des bains de mer, de leur danger, des cas où ils conviennent; par J. Quissac, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier, membre du Conseil d'hygiène et de salubrité du département de l'Hérault. 1853. Un vol. in-8° de 145 pages. Prix : 2 fr. 50 c. — A Paris, Chez J.-B. Baillière, rue Hautefeuille, 19.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 69. — SAMEDI 11 JUIN 1853. (26e ANNÉE.) N° 69. — SAMEDI 11 JUIN 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris
au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères,
en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	Trois mois....	8 fr. 50 c.
	Six mois....	16 »
	Un an......	30 »
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	Trois mois.....	9 fr.
	Six mois.......	17
	Un an..........	33
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	Trois mois.....	10 fr.
	Six mois.......	20
	Un an........	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Considérations cliniques sur la pneumonie du sommet.

Les auteurs qui, comme MM. Chomel, Andral, Grisolle, Durand-Fardel, Moutard-Martin, se sont occupés récemment de l'étude de la pneumonie ont observé, dit M. Trousseau, que la pneumonie du sommet était beaucoup plus commune qu'on ne le croyait vulgairement et, d'après eux, dans le rapport de un à trois avec les pneumonies qui affectent la base ou le lobe moyen du poumon. Comment donc se fait-il que ce degré de fréquence soit méconnu dans la pratique vulgaire, où la pneumonie du sommet passe même pour assez rare, comparativement à celle qui a son siége dans les autres parties du poumon? L'erreur tient à la légèreté avec laquelle le médecin pose souvent son diagnostic. Dans ces sortes de pneumonie, le point de côté, les crachats caractéristiques venant souvent à manquer ; de plus, l'absence de tout bruit anormal étant constatée par l'auscultation vers la partie moyenne et à la base du poumon, on néglige d'ausculter le sommet, la profondeur du creux de l'aisselle, et la maladie est méconnue faute d'une exploration suffisante.

Si dans la pneumonie du sommet quelques signes caractéristiques manquent souvent, certains désordres, en revanche, s'observent bien plus fréquemment que dans les pneumonies de la base et du lobe moyen, et les symptômes nerveux ataxiques sont de ce nombre. Il arrive même souvent que le délire qui accompagne la pneumonie de la base tient à l'extension de la maladie dans la partie supérieure du poumon. C'est là ce qu'il est possible de reconnaître dans beaucoup de circonstances, lorsqu'on explore avec soin non-seulement le point primitivement envahi, mais le poumon tout entier et des deux côtés de la poitrine.

Une autre considération grave sur laquelle les auteurs n'ont pas assez insisté, et qui est le résultat de l'observation attentive d'un grand nombre de praticiens, c'est la lenteur avec laquelle s'opère la résolution dans la pneumonie du sommet. M. le professeur Trousseau cite à ce sujet plusieurs malades de son service affectés de pneumonie du sommet, chez lesquels la fièvre et les symptômes inflammatoires de la pneumonie ayant complétement cédé dans les deux premiers septenaires aux préparations stibiées et à la digitale, la convalescence semblait devoir être franche et rapide, et cependant les symptômes locaux (souffle, râle crépitant de retour, bronchophonie) ont persisté jusqu'au quarantième jour et même plus longtemps avec assez d'intensité.

Les signes stéthoscopiques de la pneumonie du sommet peuvent donner lieu à de graves erreurs de diagnostic, même de la part d'un médecin attentif. Ainsi chez une malade atteinte de pneumonie, couchée au n° 5 de la salle Saint-Bernard, on constatait à la percussion un bruit manifeste de pot fêlé, en même temps que l'auscultation révélait un bruit de souffle. Or ces signes stéthoscopiques sont exactement les mêmes que ceux que l'on observe dans la phthisie pulmonaire, ce dont il est facile du reste de se rendre compte en étudiant le mécanisme qui les produit dans l'un et l'autre cas. Dans la phthisie, il se forme, par suite de la destruction d'une portion du poumon, une ou plusieurs cavités dont les parois rigides restent béantes, et, lorsqu'on vient à percuter avec une certaine force dans le point correspondant du thorax, les vibrations imprimées à la paroi thoracique sont transmises au moyen des parois rigides de la caverne à l'air qui se trouve mélangé aux mucosités purulentes contenues dans son intérieur. Or le mécanisme est exactement le même dans certaines pneumonies avec dilatation des bronches et induration des portions du poumon qui les entourent. Il n'est donc pas étonnant que dans l'un et l'autre cas la percussion produise le même effet. On voit ainsi toute l'importance qu'il y a à tenir compte de tous les éléments du diagnostic et à ne pas s'en rapporter exclusivement aux signes fournis par l'auscultation et la percussion.

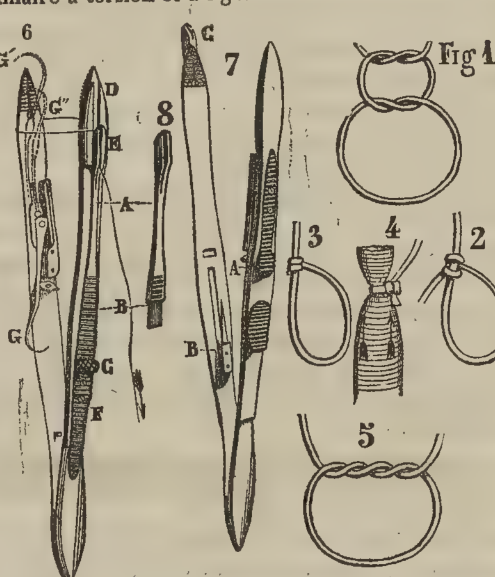
On sait que, chez les individus prédisposés à l'affection tuberculeuse, une pneumonie intercurrente devient l'occasion et ouvrira la marche à l'évolution tuberculeuse, de même absolument que chez les scrofuleux une entorse va devenir le point de départ d'une affection grave de l'articulation. Or, la pneumonie du sommet survenant chez un individu à diathèse tuberculeuse, il va arriver que, les signes de la phthisie succédant à ceux de la pneumonie, les deux maladies seront confondues. Dans ce cas, il faut tenir compte de l'époque à laquelle on entend les bruits anormaux. Quand les signes stéthoscopiques s'entendent encore un mois, six semaines après que les accidents inflammatoires de la pneumonie sont tombés et qu'il vient s'y joindre des symptômes rationnels, on doit supposer l'existence d'une affection tuberculeuse.

Nouvelles pinces à ligature.

Une note sur une méthode nouvelle de la ligature des artères nous est adressée par M. Jean Apostolides, licencié de la Faculté de médecine d'Athènes.

Les difficultés qui se présentent pour pratiquer une ligature sont de deux sortes : saisir l'artère et la lier. Quant aux premières, les instruments dont la description suit lui paraissent suffisants. Pour les secondes, le nœud dont on verra la description plus loin lui semble aussi très satisfaisant.

Description des instruments. — La figure 6 et 8 n'est autre qu'une pince ordinaire à torsion et à ligature entre les branches de laquelle on peut ajouter à volonté un ténaculum. Elle est représentée à la moitié de sa longueur. A, le conducteur curseur, qui joue sur l'une des branches de la pince. Il porte le fil jusqu'à l'extrémité C (fig. 7), après que l'artère a été saisie. Le conducteur peut être isolé (figure 8) au moyen de l'articulation B. On peut le faire mouvoir en poussant le bouton C; le canal D le maintient. E, la rainure qui maintient le chef du fil. G, le ténanulum fermé. G', le ténaculum ouvert et descendu pour aller chercher l'artère. G'', le même ténaculum retiré pour qu'on puisse pratiquer une ligature.



La figure 7 représente la pince vue du côté opposé; A, le bouton qu'on pousse pour donner les diverses positions au ténaculum; B, le verrou; C, la surface inférieure de l'extrémité du conducteur.

La figure 9 représente un instrument destiné à remplir toutes les conditions favorables pour pratiquer une ligature, car il rapproche les bords du vaisseau en le tenant solidement; A, le ténaculum à quatre branches; B, la rainure qui maintient le fil; C, le bouton à vis qui empêche le tube de tourner; D, le tube, qui peut aussi être isolé; F. le manche, en forme de spatule.

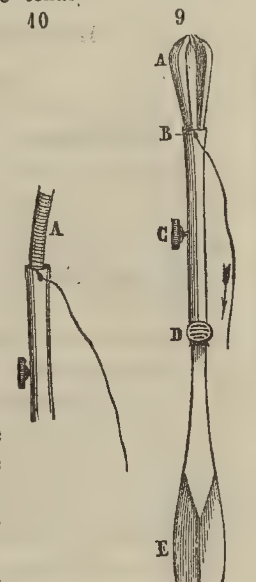


Figure 10. On voit le tube poussé jusqu'à l'extrémité. A, artère liée.

Description de la méthode. — On fait un nœud double ordinaire à l'extrémité d'un fil à ligature très fort, régulier et peu ciré. Mais avant que le second nœud aille fixer le premier, on tire fort le bout le plus long, en introduisant dans l'anse le doigt, ou mieux nn petit cône en bois, et l'on a la figure 2. Il suffit de solidifier le nœud en coupant le petit bout qui reste, et on aura alors le fil prêt à servir (figure 3). Pour plus de précision, on peut passer deux fois le bout du fil pour faire le premier nœud (figure 5), et l'on aura un nœud plus solide.

Ceci étant, on reporte l'anse du fil (figure 3) autour du mors de la pince (figure 6), on introduit le chef dans la rainure E, on saisit l'artère d'une main, tandis que de l'autre on tient le fil, et alors on n'a qu'à pousser le conducteur, tirer le fil et la ligature se fait. La même chose a lieu pour la figure 9; il n'y a qu'à ouvrir le ténaculum, pousser le fil, introduire son chef dans sa rainure E, l'appliquer là où le sang donne, pousser le tube un tirant le chef.

Les avantages de cette méthode sont de lier l'artère la plus difficile, rapidement, avec un seul mouvement et plus bas, sans introduire rien dans la plaie, sans aide, sans la déchirer ni laisser aucun trou.

Un avantage particulier de ces instruments est d'agir encore avec la méthode ancienne, et même mieux que tous les instruments inventés jusqu'à nos jours.

La méthode a été appliquée avec succès à l'hôpital de la Pitié, service de M. Michon, dans une opération pratiquée par M. Gosselin, agrégé de la Faculté de médecine.

Des remercîments sont adressés par M. Apostolides à M. Robert, membre de l'association des instruments de chirurgie, pour l'intelligence avec laquelle il a exécuté les indications qu'il lui a fournies pour la construction de ses instruments.

Paraplégie incomplète liée à un état chloro-anémique. Guérison.

Mélanie X..., couturière, âgée de seize ans, entre le 19 avril 1852 à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Sandras (salle Sainte-Claire, n° 45).

Cette jeune fille a toujours été d'une santé délicate ; jamais cependant elle n'a eu d'autre maladie qu'une paralysie faciale du côté droit, pour laquelle elle entra à Beaujon il y a un an et demi à peu près ; elle en sortit au bout de dix jours parfaitement guérie, et sans qu'on eût employé de moyens bien énergiques. Elle se trouve, du reste, dans des conditions hygiéniques assez bonnes, nourriture suffisante, chambre bien aérée et non humide ; elle ne s'est jamais exposée à aucune cause de refroidissement.

Les règles ont apparu pour la première fois il y a quinze mois. Pendant onze mois elles sont venues d'une manière régulière et en assez grande abondance ; leur durée était de trois à quatre jours. Mais depuis quatre mois elles ont complétement cessé de couler, sans qu'aucune cause occasionnelle ait paru déterminer cette suppression. C'est à partir de cette époque qu'au dire de la malade sa santé s'est tout à fait dérangée ; il est survenu des vomissements, de la dyspepsie, des coliques irrégulières, des points très douloureux de névralgie intercostale, une grande faiblesse musculaire, enfin tout l'appareil symptomatique de la chlorose confirmée. Quelques préparations ferrugineuses furent prescrites par un médecin dans les premiers jours d'avril.

Lorsque la malade entra à l'hôpital (19 avril), tous les symptômes précédemment indiqués étaient accusés au plus haut point dans les carotides, et au premier bruit du cœur existe un souffle intense ; le pouls est d'une petitesse extrême ; l'aspect de la figure est jaunâtre, décoloré et tout à fait caractéristique. Mais la malade raconte, en outre, que, depuis trois semaines, la faiblesse des jambes a toujours été en augmentant, à tel point que, quand elle sortait, il lui arrivait à chaque instant d'aller heurter les murailles ; le moindre choc suffisait pour lui faire perdre l'équilibre et la faire tomber. Et en effet, lorsqu'elle essaie de marcher, on voit distinctement le membre inférieur se fléchir dans l'articulation du genou au moment où le poids du corps va reposer sur lui ; aussi tout le tronc est entraîné de ce côté, et la progression se fait en zigzag comme chez un homme ivre. Enfin, en examinant plus spécialement le pied droit, on remarque qu'il repose presque exclusivement sur son bord externe et qu'il est impossible de le maintenir dans l'abduction, double indice de la paralysie des péroniers latéraux.

A la plante des pieds, aux mollets il existe des fourmillements très vifs s'accompagnant d'engourdissements de tout le membre inférieur ; parfois des crampes se font sentir dans les jambes, mais à intervalles très éloignés. Les bras sont assez faibles, et il existe bien quelques fourmillements à la face palmaire des doigts, mais ils sont infiniment moins prononcés. La sensibilité électrique est partout très vive ; la contractilité paraît normale dans les divers muscles du corps, sauf dans les péroniers latéraux, où elle est évidemment affaiblie. La sensibilité de la peau n'est ni exagérée, ni diminuée, ni pervertie ; aucune douleur à la pression le long du rachis ; la miction et la défécation n'offrent rien d'anormal.

On prescrit par jour six pilules de sous-carbonate de fer et une douche d'eau froide sur la région du dos ; tous les trois jours un bain alcalin.

Quinze jours après (6 mai) les fourmillements ont totalement disparu, et les crampes sont devenues plus rares et plus douloureuses. La marche est bien encore sinueuse, mais la malade n'est plus forcée de garder le lit, et elle peut, tantôt seule, tantôt à l'aide d'un bras, faire d'assez longues promenades. La plante du pied droit appuie maintenant à terre dans toute son étendue, mais la pointe du même pied, pendant la marche, ne peut être maintenue dans l'abduction ; il est impossible à la malade de se tenir debout sur un seul pied sans perdre immédiatement l'équilibre.

Quelques accès de fièvre sans caractère bien tranché ont forcé à cette époque d'interrompre le traitement, mais pendant quelques jours seulement.

Le 15 mai, il y a dans l'état général une amélioration considérable : la figure se colore, le pouls reprend de l'ampleur, les bruits de souffle sont moins intenses. La marche est maintenant tout à fait rectiligne, et il n'y a plus trace de la déviation du pied droit ; la malade peut sans peine courir, sauter sur un seul pied, monter et descendre l'escalier de la salle. La chlorose est loin d'être entièrement guérie, mais la malade demande sa sortie avec tant d'instance, qu'on la lui accorde quelques jours après (20 mai). Elle

doit continuer chez elle les préparations ferrugineuses et un régime approprié.

Evidemment, il y a plus qu'une simple coïncidence entre la chlorose et l'affaiblissement des extrémités inférieures dans l'observation que nous venons de citer : jamais une affection organique de la moelle n'aurait suivi une marche semblable ; d'un autre côté, invoquer ici l'existence d'une paraplégie hystérique serait une erreur manifeste, car jamais la malade n'a éprouvé d'accidents hystériques proprement dits, tout au plus offrait-elle cette mobilité nerveuse qui accompagne constamment la chlorose. Du reste, nous avons vu ce rapport de causalité plus évident encore s'il est possible chez des sujets dont la chlorose avait revêtu la forme hémorrhagique : au moment de la perte sanguine, la paraplégie subissait une aggravation instantanée, pour s'améliorer peu à peu à mesure que le sang se reconstituait et récidiver de nouveau s'il venait une hémorrhagie nouvelle.

Sans doute ce n'est pas là une de ces paraplégies complètes dans lesquelles la contractilité musculaire est insensible même aux courants électriques, et qui guérissent cependant par le fer quand elles sont liées à la chlorose, ainsi que nous en avons des exemples ; mais il n'en est pas moins vrai que la marche était très pénible ; que la paralysie des péroniers latéraux, la première à apparaître, la dernière à guérir dans les cas de ce genre, était ici tout à fait prononcée. C'est un intermédiaire entre la paraplégie complète et ce simple affaiblissement des muscles de la vie organique et inorganique qu'on a coutume de rencontrer dans les états chloro-anémiques.

Trois cas de résection du poignet et du coude.

Parmi les opérations remarquables récemment pratiquées à l'hôpital Cochin par M. Maisonneuve, nous signalerons trois résections qui nous ont paru dignes du plus grand intérêt.

1° Résection du poignet.

Au n° 9 de la salle Cochin est couché un homme de trente-cinq ans, qui portait depuis deux ans une tumeur blanche suppurée de l'articulation radio-carpienne et de tous les os du carpe. Toutes les ressources médicales avaient été vainement employées pour enrayer la marche de la maladie ; une suppuration abondante épuisait les forces du malade.

L'amputation du membre paraissait inévitable. Enhardi par les succès nombreux qu'il a depuis quelques années obtenus dans les résections, M. Maisonneuve pensa devoir tenter la conservation de la main en pratiquant la résection du poignet.

Cette opération fut exécutée le 17 mai de la manière suivante :

Une incision longitudinale de 20 centimètres d'étendue, pratiquée sur la région dorsale de l'avant-bras et de la main, permit de mettre à découvert l'articulation radio-carpienne et le carpe. Les tendons extenseurs furent écartés avec soin et refoulés avec les téguments en dedans et en dehors. L'articulation radio-carpienne fut ensuite ouverte avec le bistouri, et, grâce à la résolution complète dans laquelle étaient plongés les muscles, il fut assez facile de faire saillir les extrémités du radius et du cubitus, qui furent réséqués avec une scie ordinaire.

Ce premier temps exécuté, M. Maisonneuve fit l'extirpation successive des huit os du carpe au moyen d'une petite pince incisive.

Dans toutes ces manœuvres, aucun organe important ne fut sacrifié. Tous les tendons, toutes les artères, tous les nerfs furent ménagés avec soin. Puis la plaie fut réunie au moyen de bandelettes agglutinatives et d'un pansement simple.

Trois semaines se sont à peine écoulées depuis cette brillante opération, et déjà l'on peut voir quel important résultat en sera la conséquence.

La plaie est presque entièrement cicatrisée ; la main a conservé toute sa sensibilité et tous ses mouvements, et tout annonce que le malade pourra s'en servir comme auparavant.

Nous ne connaissons pas d'exemple d'opération semblable pratiquée en France. Ce sera donc un nouveau progrès que la chirurgie de notre pays devra à l'infatigable activité de l'habile chirurgien de Cochin.

2° Résections du coude.

Deux malades ont été soumis à cette opération. Le premier est une jeune fille qui était entrée à l'hôpital Cochin pour une tumeur blanche suppurée de l'articulation du coude droit. Elle est aujourd'hui même sortie de l'hôpital. La plaie est entièrement guérie ; les mouvements du coude et de la main sont conservés, seulement ils ne peuvent pas encore s'exécuter spontanément d'une manière complète, parce que l'opération est encore trop récente.

Le deuxième est un jeune homme couché au n° 14 de la salle Cochin, et chez lequel la guérison marche avec une grande rapidité.

Le procédé employé par M. Maisonneuve dans ces deux circonstances, et auquel ce praticien paraît s'être définitivement arrêté est le suivant :

a. Une incision longitudinale, longue de 15 à 18 centimètres, est pratiquée sur la partie moyenne de la région postérieure de l'articulation.

b. Les parties molles sont ensuite disséquées au plus près des os, en commençant par la lèvre interne de la plaie. Dans cette dissection, le nerf cubital est écarté de la gouttière qui le renferme derrière l'épitrochlée, et l'olécrane est mis à nu.

c. Dans un troisième temps, l'olécrane est scié transversalement.

d. Dans un quatrième temps, les ligaments latéraux de l'articulation sont divisés avec le bistouri, et les extrémités osseuses dégagées dans toute l'étendue de la maladie.

e. Dans un cinquième temps, l'extrémité inférieure de l'humérus est réséquée avec une scie ordinaire.

f. Enfin, dans un sixième temps, on résèque les extrémités supérieures du cubitus et du radius.

Cette opération rapide n'intéresse aucun vaisseau, aucun nerf. Les chairs sont ensuite rapprochées avec des bandelettes.

Cette chirurgie conservatrice est sans contredit bien préférable à celle qui mutile, surtout quand on songe que les accidents immédiats auxquels sont exposés les malades après la résection sont bien plus rares et moins meurtriers que ceux qui compliquent les amputations.

Luxation de la clavicule en avant du sternum.

Les luxations de la clavicule sur le sternum sont rares ; c'est là surtout ce qui donnera quelque intérêt à l'observation suivante, qui a été publiée par M. Mignot, de Gannat (Allier).

Le 3 juin 1851, A..., charpentier robuste, âgé de trente-sept ans, marchant sur une poutre isolée et fixée sur deux murailles éloignées l'une de l'autre, glisse d'un pied et cherche aussitôt à reprendre son équilibre par des efforts musculaires brusques et considérables ; mais il finit par tomber sur un plancher situé quinze pieds plus bas, l'occiput frappant le premier contre une pièce de bois.

A..., tout étourdi, ne perd pas connaissance, mais ne peut se relever. Il s'échappe aussitôt du sang en assez grande abondance par la bouche et les narines.

M. Mignot, appelé deux heures après l'accident, ne s'occupa d'abord que de la lésion de la tête. Mais le lendemain, examinant plus attentivement la cause d'une douleur aiguë accusée au côté gauche et à la base du cou, il constata une luxation de l'extrémité interne de la clavicule gauche caractérisée par les symptômes suivants : tumeur osseuse au niveau de l'articulation sterno-claviculaire s'avançant au-devant du sternum à un demi-pouce environ au-dessous de la fourchette, déplacement facile et peu douloureux de la clavicule quand on la repoussait en haut ou en bas, derrière la tumeur sensation d'un vide rendu plus apparent par l'aspect de l'articulation du côté droit.

La réduction fut aisément obtenue en portant l'épaule en arrière d'une main et repoussant la tumeur de l'autre. Il s'opéra une légère crépitation, probablement due au frottement de quelques fragments osseux arrachés, ou du cartilage interarticulaire, puisqu'il n'y avait aucun signe de fracture et que les mouvements du bras étaient intacts.

Le lendemain, il fallut faire une nouvelle réduction, qu'on chercha à maintenir à l'aide d'un bandage de corps auquel étaient fixées deux bretelles passant sur les articulations sterno-claviculaires, préalablement garnies de plusieurs compresses. Trois jours après, le malade se débarrassa de ce bandage sans donner lieu à un déplacement ultérieur.

Le 5, le malade se leva et fit une centaine de pas.

Quinze jours après, il entrait en convalescence pour guérir définitivement un peu plus tard.

Dans ce cas, le diagnostic a été douteux pendant quelques instants par le fait de la crépitation, lors de la réduction ; et si l'articulation eût été plus profonde, le doute eût probablement persisté.

La cause de ce déplacement se trouve, selon l'auteur, dans un effort musculaire à l'occasion du brusque mouvement que fit le malade avant de tomber en portant ses bras en arrière.

Si l'accident se fût produit sous l'influence d'une chute sur l'épaule ou sur le coude, on aurait trouvé de violentes contusions sur ces parties.

Nous ajouterons peu de chose à ces réflexions. Une lacune commune à la plupart des observations de ce genre est l'absence de renseignements sur l'état de l'articulation après la guérison ; et pour dire que celle-ci est définitive, il faudrait au moins s'être assuré que la clavicule est exactement à sa place, et qu'elle jouit de tous ses mouvements bien complets.

HOTEL-DIEU. — M. Bouchut.

Du diabète sucré (1).

Le diabète est tantôt un trouble fonctionnel passager, qui disparaît rapidement, tantôt une véritable altération permanente et définitive de la fonction.

Il y a des sujets qu'un accès d'étouffement, qu'une asphyxie passagère, qu'une attaque d'épilepsie, qu'une chloroformisation rendent momentanément diabétiques. Nous connaissons même un médecin, que ses travaux sur le goître ont fait honorablement connaître, et qui rend des urines diabétiques chaque fois qu'il se fatigue un peu trop par la marche ou par le travail, sans que pour cela il se trouve indisposé, et sans que les urines offrent constamment le caractère des urines diabétiques.

Quand le diabète est permanent, définitif, alors il amène lentement d'autres troubles fonctionnels et organiques très variés, très différents, et qui n'offrent pas la constante uniformité qui leur a été reconnue par certains pathologistes.

La soif, ordinairement excessive, peut n'être pas très fréquente, et nous voyons en ville, depuis près de quatre ans, une dame diabétique qui ne boit pas plus que dans l'état de santé. Les urines sont ordinairement très abondantes, mais leur quantité est en rapport avec celle des boissons ingérées, et la dépasse quelquefois. Il n'y a rien de précis à cet égard. Elles renferment, ainsi que nous l'avons dit précédemment, une plus ou moins grande quantité de sucre de diabète, 3, 4, 8, et même 15 pour 100. La bouche est acide, sèche, en raison du peu d'abondance de la salive. Ce liquide ne renferme jamais de sucre, ainsi que l'a établi M. Cl. Bernard. Il est le seul de tous les liquides de sécrétion qui n'en contienne pas. Si l'on a dit le contraire, c'est après s'être mépris et après avoir considéré le mucus buccal sucré comme étant de la salive. En effet, qu'on fasse laver la bouche d'un diabétique et qu'on lui mette de la racine de pyrètre sur la langue, on aura de la salive entièrement privée de toute matière saccharine.

La langue présente quelquefois des enduits jaunâtres. L'appétit persiste et peut être augmenté, mais les digestions sont souvent pénibles, accompagnées de douleurs épigastriques ; quelquefois des vomissements, dans lesquels on sait que Mac-Gregor a trouvé du sucre. La constipation est fréquente, et on observe assez souvent des alternatives de constipation et de diarrhée. Souvent les matières rendues sont pâles, un peu grisâtres, ressemblant à une pâte chymeuse.

(1) Fin. — Voir le numéro précédent.

Les mouvements du cœur sont d'abord peu accélérés, mais ils ne tardent pas à prendre de la fréquence, et une fièvre à peine appréciable, exacerbante, s'établit à mesure que la maladie s'aggrave.

La peau est ordinairement sèche, un peu chaude, et, dit-on, rugueuse, écaillée par l'absence de la sueur. Cela n'est pas exact ; déjà beaucoup de médecins ont vu des diabétiques avec la peau douce, moite et susceptible de transpirer. La personne dont nous avons parlé plus haut a même des sueurs si abondantes pendant l'été, qu'elle peut en recueillir avec une cuiller à la surface du front. Nous en avons plusieurs fois fait l'analyse en la faisant bouillir avec de la potasse ou de la liqueur de Bareswill, et, comme d'autres, nous avons constaté la présence du sucre dans ce liquide.

Ce sont les forces et les organes des sens qui semblent être profondément affectés au début du diabète. Le mouvement est difficile, les membres alourdis et l'apathie des plus marquée.

Quelquefois il se montre des douleurs musculaires très vives et assez fortes pour faire crier les sujets. C'est au moins ce que nous avons observé tout récemment sur une de nos malades qui vient de succomber en ville. Chez d'autres, ce sont des troubles dans la vision, un commencement d'amaurose, ou dans l'oreille un affaiblissement de l'ouïe, une surdité plus ou moins prononcée. Chez l'homme, il y a toujours diminution des facultés viriles et génératrices. L'intelligence persiste entière, malgré l'état de tristesse, d'abattement moral et d'hypocondrie qui atteint souvent les diabétiques. Nous en avons vu mourir plusieurs, et ce n'est qu'aux derniers jours de la vie que leurs facultés s'anéantissent et disparaissent.

La nutrition moléculaire est profondément troublée, l'amaigrissement fait des progrès rapides, devient considérable ; l'anémie se prononce et on constate souvent, à une époque avancée de la maladie, un œdème assez prononcé dans les membres inférieurs.

La respiration reste normale au début des accidents ; mais elle finit presque toujours par s'altérer d'une manière assez profonde sans que pour cela les diabétiques soient, comme on l'affirmait jadis, irrévocablement destinés à périr de phthisie pulmonaire tuberculeuse. Cette assertion généralisée est une erreur ; car nous avons vu déjà bon nombre de sujets atteints de diabète et ne présentant aucun des caractères de la phthisie. Depuis qu'on sait reconnaître le diabète, on a déjà vu beaucoup de faits de ce genre ; la phthisie et le diabète ne doivent plus être considérés comme des affections nécessairement réunies l'une à l'autre ; il y a certainement autant de diabètes sans tubercules pulmonaires que de diabètes offrant cette fâcheuse complication. Quand la phthisie existe, elle conserve tous ses caractères ordinaires, à cette différence près, que les matières expectorées renferment une notable proportion de sucre, comme tous les produits de sécrétion, excepté la salive.

Le diabète a une marche lente et progressive. Il peut disparaître quand il est le résultat d'influences passagères et d'impressions morbides peu profondes. Il est susceptible de revenir après avoir disparu, pour s'établir enfin d'une manière définitive, et il peut durer à l'état latent sans trop affaiblir la santé. Voilà déjà quatre ans que nous soignons une dame dont le diabète remonte à une époque que nous ne pourrions pas déterminer, et elle n'est pas plus souffrante ni plus affaiblie que le premier jour. Il y a des cas, au contraire, où la maladie ne dure que plusieurs semaines ou quelques mois avant d'occasionner la mort. On peut dans ces cas diviser la maladie en trois périodes :

1° La période latente, de début ;

2° La période d'état, caractérisée par les troubles des voies digestives ;

3° Et, enfin, la période de consomption avec ou sans phthisie pulmonaire.

Lorsque les malades approchent de leur fin, les forces s'abattent de plus en plus ; dévorés par une fièvre ardente, ils maigrissent énormément ; la diarrhée leur arrive ; s'ils ne sont pas phthisiques, un catarrhe pulmonaire simple s'établit, et ils expectorent avec peine ; ils perdent tout appétit des aliments ; ils tombent dans l'assoupissement et le coma ; ils s'infiltrent de sérosité et ne tardent pas à mourir dans un état de consomption très avancé.

Traitement. — Le traitement du diabète est plutôt hygiénique que pharmaceutique. Les préparations médicamenteuses ne doivent être considérées que comme un adjuvant utile du régime spécial imposé aux diabétiques. Elles trouvent leur place selon les différentes indications auxquelles le médecin veut obéir.

Le régime alimentaire que nous imposons aux malades et dont l'expérience a consacré les heureux résultats est un régime composé de laitage et d'œufs, de végétaux herbacés, de poisson et de viandes noires ou blanches à volonté. Comme on le voit, les aliments féculents, amidonnés et sucrés sont exclus de ce régime. Le sucre, le riz, les haricots, la pomme de terre, etc., n'en font point partie. Il en est de même du pain de blé ou seigle, que l'on remplace par de l'échaudé ou des œufs durs, ou par du pain fait avec le gluten d'après les idées de M. Bouchardat. Malheureusement ce prétendu pain de gluten renferme de la farine, car on ne peut faire du pain de gluten pur ; il faut que cette substance soit mélangée à de la farine de froment, de sorte que l'on remédie très incomplétement au mal que l'on voulait éviter. Mieux vaut cependant ce pain mi-gluten, mi-froment que du pain ordinaire. En tout cas, le gluten doit remplacer les pâtes féculentes dont on a l'habitude de se servir pour faire les potages.

Du vin coupé de houblon ou du vin pur complètent ce régime.

Les diabétiques peuvent donc user de toute espèce d'aliments, moins ceux qui sont évidemment remplis de sucre, ou d'amidon et de fécule que la digestion doit ultérieurement transformer en sucre dans les voies digestives. En n'apportant pas aux diabétiques de matières sucrées ou de matériaux capables de se convertir en sucre dans l'économie, nous supprimons une des sources possibles du diabète ; il ne reste plus alors dans le sang que du sucre formé de toute pièce dans le foie, et qui peut se détruire dans les poumons si la quantité à brûler n'est pas trop considérable. De cette façon, on voit toujours le sucre des urines diminuer sous l'influence de ce régime, et on mesure exactement sa décroissance par le polarimètre de Biot ou par l'éprouvette graduée de M. Bareswill, dans laquelle on fait bouillir l'urine avec la solution titrée de tartrate de potasse et de cuivre. La diminution du précipité d'oxyde de cuivre est en rapport avec la diminution du sucre de diabète.

Avec ce régime seul, ou joint à l'influence du grand air, du soleil,

de l'exercice à la campagne et des bains chauds et froids, des diabétiques ont pu guérir complétement. Quelques-uns, qu'on croyait guéris, ont vu la maladie revenir et s'installer définitivement. Chez d'autres, le diabète est seulement amélioré. La quantité de sucre rejetée par les urines diminue chaque jour et finit par rester la même ; mais les forces renaissent avec l'embonpoint, et le malade peut vaquer aux occupations de sa vie. C'est souvent là tout ce que le médecin peut obtenir en faveur des diabétiques. Sans doute c'est quelque chose, mais ce n'est pas suffisant, et nous devons essayer d'obtenir davantage.

Dans ce but, on a recours à l'emploi des infusions toniques de houblon, de chicorée sauvage, de gentiane, de quinquina, ou aux préparations ferrugineuses si la fièvre n'existe pas encore à l'état continu.

Les alcalins, et en particulier l'eau de chaux, 5, 10 et 20 grammes par jour dans du lait ; la magnésie calcinée, le bicarbonate de soude et les eaux de Carlsbad ou de Vichy peuvent être employés.

Chez quelques malades, lorsque la peau rude et sèche semble avoir perdu l'usage de ses fonctions et ne jette plus de sueur, il convient d'exciter les fonctions de cette enveloppe à l'aide des sudorifiques ; les bains chauds, les bains de vapeur, les affusions froides suivies d'une réaction provoquée par les frictions ou la marche, le carbonate d'ammoniaque, comme nous le donnions au malade dont nous avons rapporté l'histoire, la poudre de Dower, l'opium enfin peuvent être employés.

Beaucoup d'autres remèdes et moyens de thérapeutique ont encore été opposés au diabète, mais ils sont loin d'offrir les avantages de ceux que nous venons d'indiquer. Nous n'avons pas l'intention de les signaler tous, cela dépasserait infiniment les bornes de cette discussion ; il nous suffirait, je pense, de choisir parmi les plus utiles, et parmi ceux dont nous avons l'habitude de nous servir en pareille occurrence.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

ADDITION A LA SÉANCE DU 31 MAI.

Discussion sur la surdi-mutité. — Discours de M. Malgaigne.

Messieurs, je serai sans doute l'interprète de l'impression de beaucoup de mes collègues en disant combien est obscure et difficile la question qui nous est soumise ; et j'ajoute que je ne l'aborde qu'avec une grande défiance de moi-même, comme un homme qui n'aurait pas osé y toucher si je n'avais pas à la juger.

Avant tout, je déclare que je ne m'occuperai point des documents antérieurs à ce débat. On a voulu en tirer des arguments pour et contre ; je les repousse tous. Chaque écrivain a émis des assertions, chaque méthode a inventé ses miracles ; je ne tiens compte ni des unes, ni des autres. C'était là probablement la pensée du ministre lorsqu'il a invité l'Académie à nommer une commission pour examiner les faits nouveaux ; c'était certainement celle de l'Académie, et la mission essentielle que la commission en a reçue était d'étudier la question, non pas sur des assertions ou des ouï-dire, mais bien à l'aide d'expériences reprises *ab ovo* sur des sujets non encore traités, afin de porter un contrôle efficace sur l'état antérieur, sur le traitement et sur le résultat.

La commission l'a compris ainsi, et s'est aussitôt mise à l'œuvre. Mais ses recherches ont-elles été aussi étendues que l'exigeait la difficulté du problème, et les faits qu'elle a recueillis sont-ils de nature à confirmer ses conclusions ? Voilà le premier point à éclaircir. Voyons donc les questions du ministre, voyons les réponses que la commission propose de lui faire, et voyons les faits sur lesquels elle les appuie.

Et d'abord, je ne saurais admettre la première réponse. Que la commission concède qu'il y a des sujets capables d'amélioration, je le veux bien, et je me réserve de dire en quoi consistent ces améliorations ; mais de guérison, qu'en sait-elle ? En a-t-elle vu une seule ? Non, pas une.

La commission a été nommée en décembre 1848 (la lettre du ministre est du 11), et sans doute elle a commencé immédiatement ses travaux ; je dis *sans doute*, car le rapport est très avare de dates, comme de noms propres, et cela ne m'a pas rendu la vérification toujours facile. Quoi qu'il en soit, elle a fonctionné jusqu'en août 1852 ; environ quatre ans. Pendant ces quatre années, ses membres se sont rendus une dizaine de fois à l'Institution des sourds-muets, le plus souvent isolément, et il n'y a eu que quatre séances sérieuses, ou du moins que quatre procès-verbaux ; le premier, sans date ; le second de 1849, à la fin de l'année scolaire ; les deux autres en date des 5 et 7 août 1852 ; les deux dernières séances sont trop rapprochées pour être comptées autrement que comme la même séance continuée ; total, trois séances sérieuses.

Dans ces séances, on a présenté à la commission plusieurs séries d'élèves. Quelquefois c'étaient d'anciens élèves qu'elle n'avait pas suivis dès l'origine ; ceux-là ne comptent pas. D'autres ayant eu leur traitement commencé plus tard, il serait injuste de les prendre pour exemple ; on me disait, à juste titre, que le traitement n'était pas complet. Loyalement, légitimement, je ne puis et ne veux prendre que les élèves examinés dès la première séance ; ceux-ci ont eu quatre ans de traitement, c'est quelque chose ; et finalement il n'y en a pas de plus anciens.

Ces élèves sont au nombre de quatre :

Le premier entendait des sons de 132 vibrations à 312,
Le second — — de 86 — à 500,
Le troisième — — de 172 — à 300,
Le quatrième — à peine 86 —

c'est-à-dire, à peu près, qu'il n'entendait rien du tout.

Je saute par-dessus les progrès successifs ; je reprends les élèves après les quatre années révolues : Qu'ont-ils gagné ? Je laisserai de côté les vibrations ; je doute fort que la plupart de mes collègues y aient compris quelque chose ; pour moi, du moins, le rapport ne m'ayant pas éclairé, je sui resté dans l'ignorance, n'ayant pas jugé que la chose valût la peine d'être étudiée à fond. J'ai tort de m'exprimer ainsi ; et cette étude des vibrations peut avoir une certaine portée en physiologie ; mais je ne m'occupe que de la question pratique, et je répète donc : Qu'ont-ils gagné ?

Le premier *percevait les sons articulés qu'on proférait à haute voix près de son oreille, et même les mots prononcés à voix basse à l'aide d'un cornet acoustique*. Très bien ; il y avait donc amélioration ; mais est-ce là une guérison ? Personne n'oserait le prétendre.

Le second *percevait les mots à deux mètres de distance de son oreille et les répétait*. Ceci est mieux encore ; mais ce n'est pas là une guérison.

Le troisième *répétait les mots à la distance d'un mètre*. Amélioration encore, mais moindre que dans le second cas ; donc, encore point de guérison.

Quant au quatrième, sourd il était, sourd il est resté ; seulement il était parvenu à lire la parole sur les lèvres et à parler assez bien.

Voilà tout ; voilà ce qui a été obtenu en quatre ans. La commission, qui n'a vu que cela, est-elle donc autorisée à répondre au ministre qu'il y a des sujets susceptibles de guérison ? L'Académie en sera juge.

Mais, messieurs, ces améliorations, que pèsent-elles ? quelle valeur ont-elles ? Je suis allé à l'Institution ; j'ai vu l'un de ces sujets améliorés : il entend, cela est positif. Je lui ai fait tourner le dos, je lui ai parlé, il a entendu ; mais entendu quoi ? Cela est important à connaître. A la distance d'un mètre, je lui adresse à voix haute une question en quatre mots ; il en entend un. Je me rapproche à un demi-mètre : même résultat. Je lui crie une question semblable dans l'oreille, je la lui crie près du crâne pour faire pénétrer par les os les ondes sonores ; il entend un, deux, trois mots, jamais une phrase entière. Il n'y a pas là de quoi triompher beaucoup. Est-ce tout néanmoins ? J'ai voulu savoir de lui ce qu'il estimait avoir gagné ; j'ai fait une question par écrit, et par écrit il m'a répondu : *J'entendais tout autant avant le traitement*. Voilà sa réponse, messieurs ; je ne prétends pas en tirer de grandes conséquences ; cependant, je crois pouvoir déjà en conclure que du moins M. Blanchet fait des élèves bien ingrats.

Messieurs, je suis de ceux que la deuxième question a surpris comme une excentricité, comme une hérésie physiologique, et je l'attribuais volontiers à l'ignorance des commis qui l'avaient rédigée, lorsque M. Blanchet m'a appris que la rédaction venait de lui-même, et que, d'ailleurs, il maintenait le fait pour constant. La commission répond qu'elle l'a vérifié. C'est ma faute, sans aucun doute ; mais je suis forcé de confesser que je n'ai pas pu trouver dans son rapport l'ombre même d'une démonstration à cet égard. Je laisse d'ailleurs ce point à discuter à une autorité plus puissante que la mienne en physiologie : M. Bérard en fera, j'ose le dire, bonne et entière justice.

A la quatrième question, la commission non-seulement répond affirmativement, mais elle va plus loin. Le ministre demande *s'il y aura avantage* ; la commission dit que cela *est indispensable*, et plus encore : *il sera nécessaire de placer ces élèves dans une division spéciale, de les isoler absolument des autres sourds-muets*.

Ceci est grave, messieurs, car ce n'est rien moins, pour une certaine catégorie de sourds-muets, que la substitution de la méthode allemande, ou de la parole parlée et lue sur les lèvres, à la méthode française ou la mimique. Et d'abord, sous ce prétexte de progrès et d'humanité, laissez-moi vous dire une chose : Songez-vous bien à ce que vous allez faire des malheureux que vous exclurez de votre éducation privilégiée ? Il y a parmi nous, messieurs, une pauvre petite population qui souffre de la perte d'un de nos sens ; elle ne parle pas notre langue, mais elle a la sienne ; et pour faire profiter quelques-uns de vos bienfaits (nous dirons ce que valent ces bienfaits), vous commencez par séquestrer, par isoler les plus infirmes, les plus faibles ; vous leur faites un désert plus désolé que jamais, une prison dans la prison commune ; ceux-là, ils ne communiqueront pas avec la grande société, ils ne communiqueront même plus avec leurs compagnons d'infortune. Ceux-là, du moins, n'auront pas à s'applaudir beaucoup de votre humanité.

Mais, dites-vous, ce sera toujours un progrès. Un progrès ! Mais la commission ignorait-elle que ce progrès prétendu sera appelé un pas rétrograde par toute l'école allemande, puisque celle-ci enseigne la parole parlée à tous les sourds-muets sans exception ? M. Blanchet, que j'ai interrogé à cet égard, m'a répondu très nettement qu'il ne demande que cela, de peur de ne pas pouvoir tout obtenir : son idéal, à lui, c'est la méthode allemande, c'est la parole partout substituée à la mimique, et même, suivant jusqu'au bout son système, il ne voudrait pas de la méthode allemande enseignée à des sourds-muets réunis et casernés dans de grands établissements ; ce qu'il voudrait, ce seraient des externes venant assister à des leçons communes, mais après la leçon renvoyés à leurs familles au contact de la grande société. Et, en effet, qu'oppose-t-on aux cours d'articulation tels qu'ils sont professés dans notre école ? Le professeur reste une heure avec ses élèves ; passé ce temps, ils ne voient plus parler, ils restent dans le monde muet, dans le monde de la mimique. Eh bien ! quand vous aurez confié votre catégorie d'élèves choisis à des professeurs parlants, ces professeurs ne leur donneront pas la journée entière ; après deux, trois, quatre heures de cours, ils les laisseront en face d'eux-mêmes sans modèles, sans excitation à parler et à répondre. Avec l'externat, plus d'objections : en quittant son professeur qui parle, l'élève se retrouve dans la société de gens qui parlent ; il n'y a pas un moment de perdu. Cela peut bien aboutir à la ruine complète de l'Institution impériale de Paris ; qu'importe ? Voilà le progrès réel, complet, sans concession, sans réticences. Pourquoi la commission ne l'a-t-elle pas adopté ? Pourquoi ne pas en avertir l'Académie ? Pourquoi, nous qui ne sommes pas liés avec les scrupules de M. Blanchet, ne pas dire nettement au ministre que, hors de là, il n'y a que des demi-mesures sujettes aux mêmes reproches que l'état actuel ?

Il me semblait, messieurs, que, pour attribuer à une méthode quelconque une supériorité décidée sur une autre, il fallait comparer les résultats. Il existe à Paris une institution de sourds-muets dirigée par M. Benjamin Dubois d'après la méthode allemande, c'est-à-dire sans mimique, sans dactylologie, avec la parole parlée et la parole lue sur les lèvres. J'y suis allé, et je dois déclarer d'abord que j'ai été reçu par MM. Dubois père et fils avec une bienveillance parfaite, qu'ils se sont prêtés avec l'abandon le plus complet à mes recherches, à mes interrogations, à mes expériences ; il est impossible d'agir avec une plus grande loyauté.

J'ai demandé à M. Dubois combien de temps exigeait l'éducation de ses élèves : six ans. A l'Institution de sourds-muets, M. Delanneau, le directeur, de l'accueil duquel je ne saurais trop me louer, m'a dit également que le temps requis est de six ans. Les deux méthodes seraient donc à peu près égales sur ce point.

Ce résultat n'est pas admis par les chefs d'école, et, bien entendu, chacun vante sa méthode au détriment de l'autre. M. Dubois, à qui je manifestais l'intention de visiter les élèves de l'Institution impériale, a cru devoir me prévenir : Prenez bien garde, rien de plus facile à un professeur que de souffler un élève avec un simple geste dont vous ne vous apercevrez pas ! J'étais donc bien averti, messieurs, je me suis méfié des gestes, et je dois dire que l'accusation m'a paru sans le moindre fondement. Mais j'ai retrouvé la même méfiance chez les professeurs de l'Institution impériale : Vous avez vu écrire les élèves de M. Dubois ; avez-vous pris garde aux gestes de l'instituteur ? Chose triste à dire, messieurs, il y a injustice des deux parts, et des deux parts je n'ai vu, pour mon compte, que les hommes les plus honorables.

La méthode française invoque un autre témoignage. M. Morel, dit-on, aurait obtenu des instituteurs allemands réunis en congrès à Pforsheim l'aveu capital que la méthode française donnait des résultats bien supérieurs à la leur. Cela m'était difficile à croire, car comment allier la loyauté que suppose un tel aveu et la déloyauté qui persisterait à user d'une méthode vicieuse ? Mais, lorsque j'ai demandé la preuve du fait, on l'a cherchée devant moi, et il n'a pas été possible de la trouver.

Enfin, les professeurs de l'Institution impériale ont eu une idée plus généreuse : ils demandent que l'on fasse concourir les élèves des deux méthodes, et ils se croient sûrs de l'emporter. J'applaudis de toutes mes forces à ce noble défi ; je pense que ce ne sera pas un moyen à négliger ; et cependant, si je m'en rapportais à mes impressions actuelles, je craindrais que le résultat ne fût fort équivoque. Il y a, en effet, parmi les sourds-muets, comme parmi nous, des intelligences d'élite et des intelligences communes, ou même au-dessous du commun ; il est probable que les élèves de choix de chaque institution écraseront la masse vulgaire de l'institution rivale. Mais il se peut que le résultat soit plus significatif, et, je le répète, ce serait une épreuve à tenter.

Mais, laissant là l'éducation, voyons si pour l'élève instruit la parole acquise l'emporte sur la mimique ou la mimique sur la parole.

M. Blanchet a beaucoup insisté sur la nécessité de remettre les sourds-muets en libre communication avec leurs parents, leurs amis, la société tout entière, et il affectionne particulièrement cet argument : Ne vaut-il pas mieux imposer aux 25,000 sourds-muets de France l'apprentissage de la parole que d'imposer aux 35 millions de Français parlants l'apprentissage de la mimique ?

Cet argument ne paraît pas sérieux. Personne de nous n'est forcé d'apprendre la mimique ; mais il y aurait pour nous vis-à-vis des sourds-muets, mais surtout pour les sourds-muets vis-à-vis de nous, un immense avantage à pouvoir échanger nos idées par la langue ordinaire. Or cela se peut-il, et jusqu'à quel point ? Voilà la question.

Vous avez ouï, messieurs, plusieurs de nos honorables collègues s'émerveiller de ce qu'ils avaient vu, et il y a quelque chose d'assez saisissant à entendre parler des sourds-muets pour donner place à l'enthousiame. Mais l'enthousiasme est un mauvais juge, et il s'agit beaucoup moins au point de vue pratique de la réalité du phénomène que de son utilité.

Je suis donc allé chez M. Benjamin Dubois, l'un des sourds-muets qui parlent le mieux de Paris, homme d'ailleurs auquel ses adversaires eux-mêmes se plaisent à reconnaître une rare intelligence. Il m'a parlé ; je l'ai très bien compris. Je lui ai parlé à mon tour ; il n'a pas pu m'entendre. Il m'a prié de me placer au grand jour, de parler lentement, eu accentuant toutes les syllabes ; tout a été vain ; et comme deux ou trois mots qu'il saisissait au hasard ne nous permettaient pas une conversation bien suivie, nous avons été trop heureux de prendre pour trucheman M. Dubois père. Au contraire, sur les lèvres de son père, il saisissait la parole avec une grande facilité. Nous voilà un peu plus loin des difficultés que prévoyait M. Menière, savoir : quand l'interlocuteur avait de la barbe, quand il avait perdu ses dents, etc. J'ai toutes mes dents, grâce à Dieu, et je ne porte point de barbe ; or, jusqu'ici pas un sourd-muet n'a pu me comprendre à première vue, même en parlant très lentement ; et un jeune sourd-muet de l'Institution impériale, expliquant pourquoi il ne me comprenait pas, disait très ingénument : *Ce monsieur n'a pas la bouche* (la parole) *claire*. Maintenant, car il faut tout prévoir, serais-je une exception fâcheuse ? Il m'est permis de croire le contraire. M. Dubois père m'a dit lui-même que les sourds-muets ne lisent couramment que sur les lèvres des personnes qui leur sont familières ; à chaque nouvelle connaissance, il leur faut une étude spéciale de la bouche. M. Dubois se sert d'une comparaison fort ingénieuse : chaque bouche nouvelle est pour le sourd-muet ce que serait pour nous une écriture un peu difficile à déchiffrer. La première lecture est pénible ; un peu d'habitude nous permet de lire couramment. Cette habitude est prompte à acquérir ; un ou deux jours y suffisent, à ce qu'il paraît. Mais, enfin, nous voilà loin des expériences de M. Blanchet, et l'on ne peut attendre que chaque sourd-muet étudie la bouche de 35 millions d'hommes.

Je veux même faire part à l'Académie d'un fait qui m'a fortement impressionné. Un petit fait, si vous voulez, à qui tout le monde n'accordera pas peut-être une égale importance ; pour mon compte je confesse qu'il en a boucoup. Vous en jugerez. M. Dubois fait tenir à chacun de ses élèves un journal quotidien. J'en ai parcouru plusieurs ; ils sont assez correctement écrits. Mais dans le journal d'un de ces pauvres enfants, l'un des plus intelligents, j'ai lu ceci : *Je suis sorti aujourd'hui ; j'ai reçu un coup de pied d'un monsieur dont je cherchais à lire la parole sur ses lèvres*. Pour bien comprendre le fait, il faut se représenter le sourd-muet lisant sur les lèvres ; il faut avoir vu ces yeux intelligents, curieux, furets, qui se rapprochent des vôtres, qui semblent interroger chaque fibre de votre figure. Le monsieur en question, ignorant à qui il avait affaire, aura très naturellement trouvé cette inquisition fort impertinente, et il aura cru donner à l'enfant une leçon méritée. Pauvre enfant ! et que je le plains, s'il est exposé à recevoir une pareille leçon de 35 millions d'hommes. (Rire général.)

Voilà donc un obstacle, obstacle très réel à ce que les sourds-muets entrent en communication par la parole avec la société. Mais, messieurs, il y en a un autre. M. Dubois se fait très clairement comprendre ; c'est une exception. J'ai vu chez lui un élève qu'il a depuis huit ans, dont il a fait un de ses professeurs ; celui-là même avec qui M. Bouvier s'est si bien entendu : non-seulement il n'a pas pu lire sur mes lèvres, mais je n'ai pas pu le comprendre à mon tour. Je vais trop loin ; à force de le faire répéter, à force d'étudier comme une énigme chaque son qui sortait de sa bouche, je finissais par saisir la pensée ; mais c'est une étude des plus laborieuses, des plus pénibles, et je ne me sentirais pas capable de la supporter longtemps. Quant aux élèves moins avancés, sauf quelques-uns moins doués que les autres, particulièrement ceux qui ne sont devenus sourds qu'à une époque déjà avancée de la vie, les cris rauques, informes, qu'ils tirent péniblement de leur gosier, ne ressemblent véritablement à aucune langue.

On a dit et répété de tous côtés que, quand les sourds-muets parlants quittent l'école, ils oublient bien vite l'articulation des sons pour revenir à la mimique ; on a dit qu'ils se servaient de la mimique dans leur école, même à l'insu de leurs maîtres ; on a ajouté que leurs maîtres eux-mêmes, M. B. Dubois, par exemple, professe la mimique dans ses rapports avec les autres sourds-muets ; assertions exagérées jusqu'à l'inexactitude, et il est vraiment regrettable que ceux qui prétendent ainsi juger une méthode ne prennent pas la peine de l'étudier sérieusement.

Il me fallait, pour me renseigner sur ce point, suivre un sourd-muet hors de l'école ; car en admirant les prodiges de persévérance qu'il a fallu pour leur apprendre à parler, je les comparais volontiers à ces élèves de rhétorique, si forts en thèmes et en vers latins quand ils sont au collége, et qui ne s'en occupent guère une fois qu'ils en sont sortis. M. Dubois a eu la complaisance de m'indiquer l'adresse de plusieurs sourds-muets qui avaient fait leur éducation chez lui, et j'en ai été voir un, Paul Letessier, qui reste par bonheur près de mon hôpital.

C'est un jeune homme de vingt ans, d'une figure ouverte et gracieuse, Il est chez ses parents, qui communiquent avec lui à l'aide de la parole, et sont très satisfaits d'un pareil résultat. Il a été mis en apprentissage dans la même maison, chez un porcelainier, homme fort intelligent et qui m'a été d'un grand secours. Il va sans dire que Paul Letessier ne m'a pas compris quand je lui ai parlé, et que je ne l'ai pas compris davantage. Son maître n'est pas plus heureux que moi, mais voici pourquoi : Le père, en lui remettant son fils, l'avait instamment prié de ne se servir avec lui que de la parole ; mais le maître n'a pu supporter une pareille charge, et comme il avait appris la mimique avec un sourd-muet de sa propre famille, il ne se sert que de la mimique avec son apprenti.

Mais où cet apprenti a-t-il su la mimique? hélas! la mimique s'est infiltrée, je ne sais comment, dans l'école de M. Dubois; et soit l'attrait du fruit défendu, soit la facilité de ce langage, il est peu d'élèves qui n'en sachent les éléments. Paul Letessier déclare lui-même qu'à son avis la mimique est bien préférable à la parole, et il n'y a nulle comparaison à faire entre les gestes gracieux et rapides qui lui servent à communiquer avec son maître, et les efforts inouïs qu'il est obligé de faire pour s'exprimer de vive voix. Eh bien! chose curieuse, quand ses camarades d'école viennent le voir, ils se servent entre eux du langage articulé. C'est du maître que je le tiens. Souvent, de son magasin, il les a entendus, dans la cour voisine, se livrer à une conversation assez animée, mais dans un tel baragouin (je répète son expression) qu'il lui est impossible d'y rien comprendre. J'aurais voulu savoir s'ils y mêlaient la mimique; il m'a promis d'y faire attention. J'ai posé ensuite à Paul Letessier cette question : Pourquoi, préférant la mimique, il faisait usage de la parole avec ses camarades? Nous avons, le maître et moi, répété cette question sous toutes les formes, elle n'a pas été comprise; on aurait dit qu'il manquait à ce jeune homme l'intelligence du pourquoi.

Enfin, cette conversation articulée, l'exerçait-il avec beaucoup de sourds-muets? Non, uniquement avec quelques camarades élevés avec lui, comprenant sa langue; c'est un petit cercle au delà duquel elle ne se comprend plus.

Mais ces efforts extraordinaires que nécessite chez nombre de sourds-muets l'émission de la parole me suggérèrent l'idée de lui demander si cela le faisait souffrir. Réponse : Oui, au creux de l'estomac. J'ai fait la même question à l'un des professeurs sourds-muets les plus distingués de l'Institution impériale, M. Allibert, l'élève favori d'Itard; M. Allibert m'a dit qu'il ne souffrait pas quand il parlait peu; mais pour peu qu'il conversât longtemps, il ressentait aussi une douleur vers l'épigastre.

Attendez; si la parole acquise s'accompagne de ces malaises, je n'ose dire de ces souffrances, il est tout naturel, n'est-ce pas? de rechercher si pour l'acquérir il n'en coûtait pas davantage. Je ne rapporterai que ce que j'ai ouï, sans prétendre le garantir. M. Allibert est âgé de trente-huit ans; ses cheveux sont blancs; ils ont blanchi, dit-il, dès l'âge de dix-huit ans, par suite des efforts qu'il faisait pour répondre aux soins dévoués d'Itard, son maître. Il paraît qu'Itard ignorait la musique, et probablement l'éducation s'en est ressentie; le professeur pourrait bien avoir fait suivre à son élève le chemin le plus long et le plus rebutant. Mais, à côté de M. Allibert, j'ai vu M. Pélissier, son collègue, que les sourds-muets appellent le poëte, et qui, en effet, a bien voulu me donner un petit recueil de ses poésies, qui ne seraient pas désavouées par beaucoup de nos littérateurs parlants. M. Pélissier a été élevé à l'institution de Toulouse. Comme il était l'un des plus intelligents de l'école, on voulut lui apprendre la parole; il y mit lui-même son amour-propre, il s'irrita contre son gosier; et dans un langage qui ne manque pas d'élévation, je m'efforçai de le dompter et de l'assouplir, m'écrivait-il, avec les mêmes efforts que Démosthène. Qu'arriva-t-il, messieurs? Il fut pris d'une maladie si grave qu'on désespéra de ses jours; voilà ce que lui valut l'apprentissage de la parole.

Mais que nous disait-on alors que les sourds-muets qui ne parlent pas sont exposés à la phthisie, et que la parole articulée est pour eux un exercice salutaire? Rayons d'abord cette prédisposition à la phthisie, pure rêverie qui ne soutient pas l'examen. Les sourds-muets non parlants se portent pour le moins aussi bien que les autres, et s'il était vrai que l'éducation par la parole engendrât ces souffrances, ces maladies peut-être, messieurs, penseriez-vous que ce serait un exercice fort peu hygiénique?

(*La fin au prochain numéro.*)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 12 mai 1853.—Présidence de M. Terrier, vice-président.

Correspondance.

M. le Dr Josias (de Charenton-Saint-Maurice) adresse, à l'appui d'une demande du titre de membre titulaire, une observation de lypémanie avec excitation, préoccupations délirantes relatives à des persécutions imaginaires, etc. (MM. Duvivier, Duhamel.)

Rapport.

M. Chalut fait un rapport verbal sur le *Bulletin des travaux de la Société médico-pratique de Paris* pendant les années 1848-1851. Ce Bulletin, qui porte les nos 44-47, contient, dit M. le rapporteur, une foule de travaux intéressants au point de vue de la saine pratique. On y remarque notamment un mémoire très bien fait sur la valeur thérapeutique des préparations arsenicales dans le traitement des fièvres intermittentes, par M. le docteur Perrin. Les faits rapportés y sont classés en plusieurs groupes, ainsi qu'il suit :

1° Groupe des fièvres intermittentes traitées par l'arsenic seulement, et où il y a eu guérison complète;

2° Groupe de fièvres traitées sans succès par le sulfate de quinine, et où l'acide arsénieux a réussi pleinement;

3° Groupe de fièvres traitées simultanément par l'arsenic et le sulfate de quinine,

4° Groupe de fièvres traitées sans aucun résultat par l'arsenic, et guéries radicalement par le sulfate de quinine.

L'auteur de ce mémoire émet des considérations physiologiques qui portent le cachet d'une saine logique médicale, et le termine par des propositions qui le résument et en forment le parfait corollaire.

Nous trouvons encore dans ce Bulletin des recherches intéressantes sur les causes des déplacements du tibia dans les atrophies du genou, par M. Martin;

Une analyse du sang des maniaques, par M. le docteur Michéa, travail purement chimique et physiologique non moins intéressant;

Une observation d'hydrocéphale congéniale, avec présentation des extrémités inférieures, et où l'emploi du forceps devint indispensable, par M. le docteur Moreau;

Un travail sur le massage, par M. le docteur Dreyfus, dans lequel l'auteur, après avoir rappelé que ce moyen n'est pas nouveau, et avoir dit qu'il ne mérite pas l'oubli dans lequel il est tombé, examine les cas où son emploi peut convenir. Il pense, en effet, que, mis en usage simultanément avec les bains, les stimulants internes et externes, le massage peut rendre de très grands services, surtout dans les classes élevées de la société, principalement chez les femmes énervées par les veilles, les danses et un séjour prolongé au lit.

Le même recueil contient les leçons d'un professeur de la Faculté de médecine de Madrid sur l'homœopathie, réfutation de la doctrine d'Hahnemann, critique vigoureuse et souvent fine et spirituelle, traduite de l'espagnol par M. le docteur Charrier.

Enfin, nous noterons un résumé substantiel des travaux de la Société médico-pratique pour l'année 1850, et de justes éloges donnés à la mémoire de deux de ses membres, MM. Bezardet et Labarraque.

M. Chalut propose de voter des remercîments à la Société médico-pratique, en la priant de vouloir bien continuer l'envoi de son intéressant Bulletin.

De la moralité des actes en médecine légale.

M. Masson. Il est souvent difficile de reconnaître si un acte de violence est le résultat d'une pensée criminelle ou celui de la pression irrésistible de la folie ou du délire sur la volonté. Cette question est souvent controversée devant les tribunaux, et résolue différemment, selon les besoins de la cause, par l'accusation ou la défense. Il importe donc de tenir compte des moindres circonstances antérieures, afin de s'éclairer et d'épargner à la justice le regret d'avoir confondu le malade avec le coupable. Ces réflexions me sont inspirées par le fait que voici.

J'ai été appelé dans le courant d'avril près d'un jeune garçon limonadier qui venait de se porter un coup de rasoir à la partie latérale du cou. Deux confrères appelés à la hâte avaient appliqué un peu de charpie afin d'arrêter l'hémorrhagie. A mon arrivée, je trouvai le blessé étendu sans connaissance sur son lit; les extrémités étaient froides et cyanosées, le pouls à peine sensible; on entendait, en plaçant l'oreille sur les parois pectorales, un bruit de gargouillement, mais on ne distinguait aucun souffle respiratoire. Cette circonstance, jointe à la quantité du sang répandu, trop peu considérable pour expliquer cet évanouissement prolongé, me fit penser que la trachée-artère avait été ouverte, et qu'il s'était produit un épanchement intérieur. Je ne fus point ébranlé dans mon opinion, bien qu'on m'assurât qu'une bougie avait été placée près de la plaie, et que sa flamme n'avait point vacillé. J'approchai des narines du blessé un flacon d'ammoniaque, un effort violent fut déterminé et l'air s'échappa alors avec bruit et sifflement de la plaie, que j'avais préalablement débarrassée de la charpie qui la recouvrait. Le malade ne revint point à la connaissance, et expira au moment où le commissaire de police du quartier se disposait à le faire conduire à la Charité.

Le maître du café, que j'interrogeai, me dit que ce jeune homme était fort doux, d'une conduite des plus régulières, et qu'on ne lui reconnaissait aucune cause de chagrin; il ajouta que, depuis quelques jours, il ne paraissait pas être dans son état naturel; qu'il rougissait et pâlissait alternativement; qu'après avoir préparé les tasses il oubliait de servir, qu'en un mot *il n'était plus à son affaire;* mais que le voyant aller et venir, ne pas se plaindre et manger comme d'habitude, il ne l'avait pas cru malade, et qu'il l'avait envoyé prendre quelque repos dans sa chambre, où à peine entré il s'était fait cette blessure mortelle.

Il devint évident pour moi dès lors que ce jeune homme était affecté d'une maladie cérébrale restée inaperçue et comme latente. Or, que serait-il advenu s'il se fût porté à un acte de violence sur un camarade? Et dans quelle erreur n'eût-on pas été inévitablement entraîné, si, par une coïncidence fatale, il eût conçu et manifesté auparavant quelque ressentiment contre l'individu frappé par lui?

Altération du placenta, ayant peut-être été la cause de la mort de l'enfant.

M. Duhamel. Il y a quelques mois, j'ai accouché une jeune femme dont la délivrance a été heureuse. Mais ce qui me frappa de suite, ce fut l'exiguïté du cordon ombilical, qui n'était pas plus gros qu'un tuyau de plume. Le placenta se présenta ensuite avec un aspect inaccoutumé; je lui remarquai des taches jaunâtres recouvrant un tiers de son étendue, et placées plus près des points excentriques que du centre. Elles étaient un peu dures, comme tuberculeuses. L'enfant, d'un volume ordinaire, fit entendre des cris après sa naissance. Mais tout à coup il tomba dans une faiblesse extrême; sa circulation se ralentit, et il succomba. Or, je me suis demandé s'il n'y aurait pas quelque rapport de causalité entre cette mort, dont je n'ai pu me rendre compte d'une manière satisfaisante, et l'altération du délivre.

M. Masson. Je ne révoque pas en doute la maladie du placenta, bien que l'examen anatomique de ce corps charnu n'ait pas été fait rigoureusement; mais on peut douter qu'elle puisse être pour quelque chose dans la mort de l'enfant, attendu que celui-ci pouvait avoir un vice organique quelconque, une persistance du trou de Botal, par exemple.

M. Duperthuis. Le placenta était-il petit, mince, irrégulier? Quant au cordon, il est très-variable, comme chacun sait. Sa petitesse extrême ne serait-elle pas l'indice d'une faiblesse native du fœtus? parce qu'en même temps le placenta est ordinairement petit lui-même. Cette nuit dernière, précisément, j'ai reçu un enfant exsangue, petit, mal nourri, dont le cordon m'a frappé par son exiguïté; il vit. Ma ne peut-on rapporter sa faiblesse à l'état de l'arrière-faix?

M. Duhamel, répondant à MM. Masson et Duperthuis, dit qu'aucun signe n'annonçait la persistance du trou de Botal; que le placenta avait la forme accoutumée; que les taches qu'il présentait variaient, pour la grandeur, entre une lentille et une pièce d'un franc. Puis, aux questions qui lui sont adressées par M. Terrier, il ajoute que la femme était d'une constitution lymphatique, que la grossesse avait été pénible, et qu'à la suite de son accouchement elle avait été prise d'une *phlegmasia alba dolens;* qu'en ce moment elle est en bonne santé.

Poudre hémostatique.

M. Coursserant. Je suis de l'avis de notre honorable collègue M. Guersant, qui nous disait, dans une des précédentes séances, qu'on ne pouvait trop répéter les choses véritablement utiles : c'est pourquoi je vous demande la permission de vous signaler une poudre hémostatique que m'a fait connaître M. le docteur Cancoin, et qui m'a parfaitement réussi dans le cas que voici :

Une femme qui s'était appliqué quinze sangsues aux cuisses perdait du sang depuis trente-six heures; tous les moyens ordinaires avaient été employés inutilement pour arrêter le sang des morsures de sangsues, lorsque, mandé près d'elle, je n'eus rien de plus pressé que d'essayer le nouvel hémostatique, dont la composition, d'ailleurs très simple, est la suivante :

Colophane en poudre.	parties égales.
Gomme —	
Tannin —	

Au bout de dix minutes il se forma un magma, et l'hémorrhagie cessa complétement.

Ce fait serait de peu d'importance peut-être, s'il n'était certain que toutes les poudres, tous les moyens employés en pareil cas eussent échoué auparavant. M. Cancoin m'a affirmé, d'ailleurs, que ce mélange suffit lors même que des artérioles un peu volumineuses sont ouvertes.

M. Masson. Les médecins sont souvent appelés pour des cas semblables. Eh bien, voici un moyen très simple qui se trouve partout : prenez une aiguille à tricoter; enfoncez-la par une extrémité dans un bouchon, qui servira de manche, et faites-la rougir au feu par l'autre extrémité, puis cautérisez en l'introduisant dans l'ouverture béante qui fournit le sang. Tout dernièrement encore, j'ai guéri une petite fille qui était défaillante et presque sans connaissance en employant ce procédé.

M. Coursserant fait observer que dans le cas qu'il a cité quinze piqûres de sangsues donnaient du sang: qu'on ne pouvait bien les voir à cause de l'hémorrhagie en nappe qui avait lieu, et que d'ailleurs la cautérisation par le fer rouge ne pourrait être employée sur quinze ou vingt ouvertures sans des inconvénients plus ou moins marqués.

M. Masson rappelle que Fouquier a employé la poudre de plâtre, et que ce moyen réussit promptement.

M. Foucart pense que les hémorrhagies par les piqûres de sangsues ne sont jamais dangereuses, car il est toujours facile de s'en rendre maître. Il n'y a guère, après une application ordinaire de sangsues, que trois ou quatre ouvertures au plus dont on ne puisse arrêter le sang. Dans ce cas, et après avoir épuisé les autres moyens, il faut traverser le point de la peau qui est le siége de la piqûre avec une épingle et passer un fil autour de celle-ci, comme pour la suture. Ce moyen est douloureux, brutal, si vous voulez, mais infaillible.

M. Perthus. Il ne suffit pas de multiplier les hémostatiques, il faut distinguer les cas. Tantôt, en effet, les sangsues sont appliquées sur des parties molles qui n'offrent aucune résistance; tantôt, au contraire, elles reposent sur des parties au-dessous desquelles les os offrent un point d'appui : dans ce dernier cas, il est facile d'arrêter le sang, même par la simple pression des orifices béants; dans l'autre circonstance, au contraire, il faut en venir souvent au cautère actuel.

M. Guersant. Les sangsues occasionnent très fréquemment chez les enfants des hémorrhagies graves, car on leur en applique généralement trop et trop souvent. Il ne faut pas oublier que, quand les piqûres coulent plus de deux ou trois heures, on a perdu beaucoup de sang. Aussi vaut-il mieux, en bonne chirurgie, saigner les jeunes sujets toutes les fois qu'on le peut; c'était l'avis de mon père, qui me l'a répété bien des fois. Que, si l'on est obligé de recourir aux sangsues, il faut du moins ne pas perdre le malade de vue.

Quant aux poudres hémostatiques, elles sont en général inefficaces et trompeuses. En effet, le sang paraît d'abord étanché; on croit être tranquille, mais bientôt la croûte formée s'élève et le sang reparaît. Il n'y a que deux moyens véritablement efficaces en pareil cas, et encore à la condition d'être appliqués d'une certaine manière qui en assure le succès : je veux parler du *nitrate d'argent* et du *cautère actuel.* Il faut pincer entre les deux doigts la piqûre, en soulevant la peau, l'essuyer et puis y faire pénétrer le caustique. Ce *modus faciendi* n'est rien en apparence, et pourtant il est tout pour la réussite. Lorsque le nitrate d'argent échoue, ce qui peut arriver cinq ou six fois sur cent, on se sert du stylet rougi.

On peut rencontrer des cas où ces moyens ne réussiront pas encore, mais ils sont très rares, dus à une diathèse hémorrhagique, quelquefois à un arrachement de dent, etc. Alors le perchlorure de fer paraît jouir d'une efficacité très marquée, même dans les lésions des grosses artères, d'après les expériences qui ont été faites sur les animaux.

En résumé, les diverses substances pulvérulentes employées comme hémostatiques masquent l'état des choses : on croit le sang arrêté par leur emploi, et souvent on est rappelé pour faire cesser son écoulement qui reparaît. Pour moi, j'agis toujours comme je viens de dire : je lave la piqûre, l'essuie en la pinçant et je la cautérise.

M. Coursserant. Je me loue d'avoir donné lieu à cet exposé des divers moyens proposés pour faire cesser l'hémorrhagie des piqûres de sangsues. Ils prouvent que cette hémorrhagie est plus rebelle qu'on ne pense et qu'il ne faut dédaigner aucun remède, si simple qu'il soit. Or la poudre que je vous ai signalée n'est pas de moi; je ne l'ai employée qu'une seule fois; je reconnais qu'elle n'a rien d'extraordinaire, et cependant je la défends encore contre M. Guersant, parce qu'elle m'a parfaitement réussi dans un cas où plusieurs remèdes avaient échoué, et qu'elle m'a permis de voir ce que je faisais, de m'assurer que l'espèce de tampon qu'elle forme durcit promptement et s'oppose à tout écoulement ultérieur. C'est un moyen d'ailleurs qui n'effraie pas comme le fer rouge.

M. Guersant. Je ne nie pas l'efficacité de cette poudre; seulement je répète que je ne l'emploierai pas, non plus qu'aucune autre, par la raison toute simple que je possède deux moyens plus efficaces, moins sujets à m'entraîner dans une fausse sécurité.

Le secrétaire annuel, A. Bossu.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

On avait annoncé que, par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique, M. Chrestien (de Montpellier) était suspendu pour six mois de ses fonctions d'agrégé, pour un article publié dans la *Gazette médicale de Montpellier*, et qui a été jugé comme sortant des limites imposées actuellement à la critique.

Le *Journal des Débats* d'aujourd'hui dément cette nouvelle, et affirme qu'aucune mesure n'a été prise contre M. Chrestien, ni par M. le ministre, ni par l'autorité locale.

— M. Heyfelder fils, membre de la Société des médecins légistes de Baden, vient d'être chargé par M. Schürmeyer, président de cette Société, de remettre à Mme Orfila, avec une gracieuse lettre d'envoi, la médaille et le diplôme décernés à l'éminent professeur dans une séance solennelle dont nous avons rendu compte. La médaille, en argent, porte sur l'une des faces la tête d'Esculape entourée du nom de la Société, et sur le revers, au milieu d'une couronne de laurier, le nom de M. Orfila et le millésime de 1852, année dans laquelle la médaille a été décernée. Cette médaille n'est pas seulement un honneur pour la mémoire de l'illustre défunt, c'est aussi une preuve que l'Allemagne scientifique sait, dans son impartialité, honorer le talent partout où il se trouve.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Optique oculaire. Myopie, presbytie, amblyopie, lunettes; par M. le docteur Defer, médecin des hôpitaux civils de Metz, membre du jury de médecine du département de la Moselle. In-8° de 24 pages. A Metz, typographie de Gangel, place Saint-Louis, 8.

Traité d'anatomie chirurgicale, ou de l'Anatomie dans ses rapports avec la pathologie externe et la médecine opératoire; par J.-F. Jarjavay, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux, membre titulaire de la Société de chirurgie de Paris, de la Société anatomique, de la Société médicale d'observation, etc. — La première partie du tome II, contenant 400 pages, vient de paraître. Prix : 6 fr. 50 c. — La deuxième partie, qui complètera l'ouvrage, paraîtra très prochainement, et sera délivrée gratuitement aux souscripteurs. — Chez Labé, libraire, place de l'École-de-Médecine, 23, à Paris.

Traité des hydropisies et des kystes, ou des collections séreuses et mixtes dans les cavités closes naturelles et accidentelles, par M. le docteur Abeille, médecin de l'hôpital du Roule, lauréat de l'Académie impériale de médecine, etc. — Un volume in-8° de 650 pages. Prix : 7 fr. 50. Chez J.-B. Baillière.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 70. — MARDI 14 JUIN 1853. (26e ANNÉE.) N° 70. — MARDI 14 JUIN 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40; EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE.	Trois mois. . . .	8 fr. 50 c.
	Six mois. . . .	16 »
	Un an.	30 »
GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES.	Trois mois.	9 fr.
	Six mois.	17
	Un an.	33
ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR.	Trois mois.	10 fr.
	Six mois.	20
	Un an.	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

PARIS, LE 13 JUIN 1853.

Nous recevons à l'instant la communication *officielle* du rapport que M. Robert a lu dans la dernière séance de la Société de chirurgie (8 juin), sur un cas de mort par le chloroforme. Ce rapport très étendu, et dont nous commencerons la publication dans le prochain numéro, est d'une grande importance et doit amener une discussion du plus vif intérêt dans les prochaines séances de cette Société.

La lecture rapide de ce travail nous a fait juger favorablement de sa valeur. La commission dont M. Robert est l'organe, et qui se composait de MM. Larrey et Denonvilliers, a examiné avec soin les cas, au nombre de sept, dans lesquels la mort a suivi l'emploi du chloroforme, et dont on ne peut révoquer en doute l'authenticité.

C'est au sujet du fait que nous avons annoncé dans le temps, et qui s'est présenté à l'hôpital d'Orléans entre les mains du chirurgien en chef M. Vallet, que ce rapport a eu lieu. Cet honorable confrère, on se le rappelle, en a adressé les détails à la Société.

Nous n'entrerons pas aujourd'hui dans l'appréciation de ce rapport remarquable, et dans lequel sont émis les préceptes les plus sages et les plus éclairés. Nous aurons occasion de revenir sur ce sujet à propos de la discussion qui va s'élever, et à l'occasion d'autres communications faites à la même Société par M. Houzelot (de Meaux), et aux journaux anglais, par M. Snow, sur l'emploi du chloroforme dans les accouchements.

Mais deux points importants sont signalés par M. Robert, sur lesquels nous croyons dès aujourd'hui devoir appeler l'attention. Pour l'un, nous partageons entièrement l'avis du rapporteur; il s'agit de la sécurité que le chloroforme aurait apportée dans la pratique de la chirurgie. Comme M. Robert, nous pensons, d'après les faits dont nous avons été fréquemment témoin, que, s'il est vrai qu'en général, en poussant l'inhalation jusqu'à ses dernières limites, c'est-à-dire à la résolution, « il arrive souvent qu'avant la fin de l'opération » les malades exécutent des mouvements automatiques invo- » lontaires et d'autant plus préjudiciables, qu'ils sont impré- » vus et violents, il n'est pas un chirurgien qui, opérant » dans de telles conditions, n'ait été plus ou moins gêné dans » ses actes, et n'ait regretté l'obligation où il avait été de » recourir à l'anesthésie. »

Ainsi, sous le rapport de la sécurité, l'usage du chloroforme offre des désavantages marqués, car avant l'emploi des anesthésiques, les malades qui se décidaient à subir une opération puisaient dans leur propre volonté la force nécessaire pour rester immobiles, ou bien ils pouvaient être contenus par des aides, lorsqu'on craignait que la volonté ne fût insuffisante.

Sur l'autre point, nous regrettons de nous trouver en désaccord avec l'honorable rapporteur. M. Robert demande avec raison, pour diminuer la responsabilité de l'opérateur, que l'emploi du chloroforme soit *désiré, demandé* par les malades; mais il ajoute que, « si les malades ne savent pas qu'ils » s'exposent à des dangers sérieux, le chirurgien *ne doit pas* » *les en instruire.* » Nous concevons fort bien que, lorsqu'une opération est indispensable pour sauver la vie du malade, que dans un cas où l'amputation, la taille sont nécessaires, on ne soit pas tenu de faire connaître aux malades tout le danger de l'opération qui est leur unique ressource; mais lorsqu'il ne s'agit que de leur épargner de la douleur, alors même qu'ils en manifestent le désir, nous pensons, contrairement à l'opinion de M. Robert, que le *devoir* du médecin est de leur faire connaître le danger qu'ils peuvent courir, tout en les rassurant sur les précautions que l'on est prêt à prendre, et sur le soin que l'on mettra à les préserver de ce danger. Mais c'est précisément parce que ce danger est dans la plupart des cas imprévu et *imprévoyable* que le médecin doit dégager sa responsabilité, en informant le malade et les parents de sa possibilité. Croit-on, par exemple, que le malade de M. Vallet et celui de la rue Laffitte, où il s'agissait dans les deux cas de l'extirpation d'une petite tumeur à la joue, n'auraient pas hésité à subir l'emploi du chloroforme, s'ils eussent été prévenus du danger de l'agent anesthésique et du peu de gravité de l'opération.

Nous n'insisterons pas davantage sur ce point; la discussion modifiera sans doute, nous le pensons du moins, l'opinion de la commission et du rapporteur.

La séance du 1er juin de la Société de chirurgie, dont nous publions aujourd'hui le procès-verbal officiel, a aussi offert de l'intérêt. Deux observations de polypes du rectum, adressées par M. Dufresse-Chassaigne, ont été l'occasion d'un bon rapport de M. Forget. En rapprochant les faits de M. Chassaigne et ceux contenus dans les mémoires de MM. le professeur Stoltz (de Strasbourg) et Gigon (d'Angoulême), M. Forget signale quatre variétés de polypes :

1° Muqueux;

2° Charnus;

3° Kystiques;

4° Fibreux.

Du reste, quelle que soit la variété de texture de ces corps, ils offrent tous un caractère commun plus ou moins prononcé, et propre à les différencier des polypes des autres cavités, ce qui tient à la disposition vasculaire de l'organe où ils ont pris naissance; d'où la conclusion que la ligature est préférable à la cautérisation et à l'excision.

Deux membres, MM. Robert et Guersant, ont témoigné le regret que l'examen microscopique (dont nous ne voudrions cependant pas que l'on s'exagérât l'importance) n'ait pas été fait dans les deux cas de M. Dufresse-Chassaigne. Ces deux honorables chirurgiens ont toujours reconnu dans les tumeurs polyeuses du rectum une *hypertrophie glandulaire,* jamais de kyste ou de cavité dans l'intérieur de ces tumeurs.

HOPITAL MILITAIRE DU ROULE — M. ABEILLE.

De la péricardite hémorrhagique liée au scorbut. Ses points de séparation de la péricardite ordinaire, et surtout de la péricardite hémorrhagique par violence hypérémique. — Trois observations.

La péricardite a été le sujet de tant de travaux depuis Sénac, que son histoire est aujourd'hui à peu près complète.

Il suffit de citer les noms de Corvisart, de Laënnec, de MM. Louis, Hache, Andral, Bouillaud, Piorry, Desclaux, de Sanders, Stokes, Rob-Mayne, Seidlitz et de M. Gendrin, qui, dans des mémoires spéciaux ou des traités cliniques, ont produit les documents les plus précis sur cette affection, pour prouver que depuis un demi-siècle elle a été étudiée d'une manière toute particulière.

La péricardite est donc bien connue aujourd'hui; nos moyens d'exploration, portés à une précision remarquable, permettent de la diagnostiquer avec facilité. Il ne faut plus s'étonner, après cela, si elle est beaucoup plus fréquente de nos jours, et si on la guérit beaucoup plus souvent qu'au temps même de Corvisart, où on la regardait comme presque nécessairement mortelle. C'est dans nos hôpitaux militaires qu'elle se montre avec le plus de fréquence; elle ressemble, sur ce point, à la pleurite, qui atteint plus particulièrement nos soldats, en raison des influences variées qu'ils subissent de la part de la température et du genre de vie qu'ils mènent.

Quelque précises que soient nos connaissances au sujet de la péricardite, il reste cependant encore à faire.

Les cas les plus difficiles sont ceux où les phénomènes principaux sont masqués par un autre état morbide compliquant, où le mal prend une allure insidieuse, mal déterminée. Ces cas peuvent mettre le praticien en défaut. Quelque parfaite que soit l'histoire d'une maladie, il est impossible qu'elle embrasse ces cas exceptionnels aussi variés qu'imprévus.

Mais si, au fur et à mesure qu'ils s'offrent à l'observation, la science les enregistre, un moment vient enfin où le tableau embrasse presque tous les détails et se colore de toutes les nuances.

Il reste donc encore une tâche suffisante aux cliniciens qui veulent s'occuper de la péricardite, celle de faire connaître les faits exceptionnels dont nous parlons.

Il est une espèce particulière de péricardite qui n'est encore connue que par la description qu'en a donnée le docteur Seidlitz dans un travail enrichi de quinze observations avec les résultats d'autopsie. Nous voulons parler de la péricardite hémorrhagique.

Observée sur un théâtre différent du nôtre par le médecin de Saint-Pétersbourg, cette espèce particulière est moins bien connue de nous. C'est à peine si nos annales en renferment quelques exemples, dont l'un des plus remarquables est, sans contredit, celui qui a été inséré dans la *Clinique médicale* de M. Andral.

La péricardite hémorrhagique observée par le docteur Seidlitz se lie à un état scorbutique et offre des nuances tout à fait à part. En cela, l'observation de M. Andral diffère essentiellement de celles du médecin russe.

Quelque bonne que paraisse la description que le docteur Seidlitz a donnée de cette espèce particulière de péricardite, elle pèche cependant sous le rapport des détails précis sur les symptômes locaux de la maladie; et, dans ce cas cependant, ces symptômes doivent différer sur plus d'un point avec ceux fournis par la péricardite ordinaire. Elle pèche également sous le rapport des symptômes généraux fort vaguement indiqués.

Suivant le docteur Seidlitz, plusieurs des sujets étaient scorbutiques, et la maladie sévissait presque exclusivement sur des matelots, depuis février jusqu'en septembre, à une époque de l'année où règne la constitution scorbutique à Saint-Pétersbourg. Il y avait chez les malades une tendance manifeste à des épanchements séreux dans les plèvres.

D'après ces quelques détails, il est aisé de voir que cette péricardite est dominée par un état pathologique général; c'est ce qui en forme sa physionomie à part.

Elle affecte, même au début, une apparence de chronicité; sa marche est plus lente et sa terminaison beaucoup moins prompte. Dans l'observation de M. Andral il s'agit, au contraire, d'une péricardite à l'état tout à fait aigu, présentant des paroxysmes d'exacerbation et se terminant par la mort en huit jours. La coloration hématique du liquide épanché était le résultat du passage à travers les parois des capillaires d'une partie de la matière colorante du sang par suite de la violence de l'hypérémie. Dans celles du docteur Seidlitz, la coloration du liquide est due à cette altération du sang dans le scorbut qui fait que la transsudation à travers les capillaires est facile au moindre effort hypérémique, et que tous les liquides épanchés dans les cavités en sont mélangés. Il y a donc, et au point de vue étiologique, et au point de vue de la marche comme de la terminaison de la maladie, une ligne de démarcation bien tranchée entre l'observation de M. Andral et celles relatées par le docteur Seidlitz.

Nous avons à rapporter trois observations particulières qui rentrent tout à fait dans la catégorie de celles du médecin de Saint-Pétersbourg; deux d'entre elles sont appuyées des résultats de l'autopsie.

Mais rappelons avant et en peu de mots les signes fournis par la péricardite ordinaire, pour mieux différencier les deux espèces.

La péricardite ordinaire se présente la plupart du temps sur des sujets robustes, exempts d'autres états morbides, ou atteints de quelqu'une de ces affections qui sont fréquemment compliquées par elle, telles que le rhumatisme articulaire, la pleurite, la pneumonie.

Son début est marqué par un frisson initial; elle s'accompagne de douleurs plus ou moins vives, locales, s'irradiant quelquefois dans tout le côté gauche de la poitrine, même jusqu'à l'épaule. Ces douleurs existent dans la moitié des cas.

Les battements du cœur sont ordinairement forts, violents, quelquefois irréguliers, tant qu'il n'y a pas d'épanchement un peu considérable dans le péricarde. A mesure que l'épanchement s'opère, les battements diminuent de force; ils finissent même par devenir insensibles quand l'épanchement est considérable et qu'il est liquide. La main placée à la région précordiale perçoit une sensation de frottement (frôlement de M. Bouillaud) dans un bon nombre de cas, quand il y a déjà une exsudation plastique sur le feuillet interne. Alors l'oreille peut entendre également le bruit particulier fourni par ce frôlement à chaque mouvement du cœur.

La percussion ne donne aucun résultat tant qu'il n'y a pas d'épanchement opéré dans le péricarde, et, bien que M. Bouillaud trouve, même au début, une certaine matité qu'il attribue à l'hypérémie endo-péricardique, nous sommes obligé de convenir que cette matité nous a fait complétement défaut, avant que l'épanchement se fût opéré, dans tous les cas observés par nous. Mais quand il y a épanchement, il y a matité à la région précordiale, et matité d'autant plus étendue que l'épanchement est plus vaste. La voussure de la région précordiale, si fréquente quand il y a épanchement et surtout épanchement ancien, ne saurait exister quand la péricardite est encore sèche.

Les bruits du cœur peuvent fournir quelques signes précieux, mais variables, suivant la période de la maladie. En effet, plus forts et plus éclatants tant que la péricardite est sèche, ils s'obscurcissent au fur et à mesure qu'un épanchement s'opère, à tel point qu'ils peuvent être complétement nuls lorsqu'il y a une grande quantité de liquide épanché. Ils commencent à être entendus de nouveau si la résorption de l'épanchement s'opère avec activité. M. Bouillaud a constaté un tintement métallique chez quelques malades, et au commencement de la péricardite. Nous avons observé aussi ce bruit dans plusieurs cas. On peut en donner diverses explications.

Il est un bruit anormal qui a la plus grande valeur pour le diag-

nostic quand il existe, c'est le bruit de frottement péricardique, signalé pour la première fois par M. Collin, qui l'a appelé bruit de cuir neuf, et qui prend parfois la nuance du taffetas, du papier de banque ou du parchemin qu'on froisse. Ce bruit a lieu à l'époque où le péricarde est encore sec.

Les divers bruits de souffle qu'on a signalés comme appartenant à la péricardite sont, suivant la remarque de M. Bouillaud, le résultat d'une endocardite concomitante ou de la présence de quelques caillots fibrineux dans le cœur. Cependant à une époque où le feuillet viscéral se sépare du feuillet pariétal, après avoir été uni à lui par des pseudo-membranes, on peut avoir un véritable bruit de souffle coïncidant avec chaque mouvement du cœur, et plus appréciable à la pointe. Nous avons rencontré ce bruit dans un cas où l'autopsie ne put laisser subsister de doute.

Le pouls n'a pas de caractères fixes dans la péricardite; tous les auteurs s'accordent au contraire aujourd'hui à le regarder comme très variable.

Les syncopes, les défaillances, auxquelles on avait attaché une grande importance pour son diagnostic, ne l'accompagneraient que très rarement, suivant M. Louis: deux fois sur trente-six.

L'œdème des membres inférieurs l'accompagne beaucoup plus fréquemment: dans un cinquième des cas.

Voilà sommairement les signes qui peuvent révéler la péricardite. Beaucoup d'entre eux peuvent faire défaut, peut-être tous au début. Il en est un dont il nous reste à parler, qui, quoique commun à beaucoup d'autres maladies de la poitrine, a une valeur immense pour déceler une péricardite, si, par voie d'exclusion, il ne peut être rattaché à aucun autre état morbide, et ce signe-là ne manque jamais à un degré plus ou moins prononcé: nous voulons parler de la dyspnée.

Pour ne citer qu'un seul exemple, qui prouve son importance, voici ce qui peut arriver dans la péricardite: la lame antérieure du poumon gauche, ou des deux poumons à la fois, peut s'interposer entre le péricarde et les parois thoraciques; cette interposition masque en très grande partie les bruits et les battements du cœur. Lors même qu'il y aurait un épanchement, si l'on percute, on obtient de la sonorité, en raison de la présence de la lame pulmonaire sous les parois sternales; et si la péricardite est sans douleur, il ne reste plus que l'état du pouls qui puisse donner quelques éclaircissements. Mais le pouls est lui-même très variable, en sorte qu'il peut ne fournir aucune lumière. Si on interroge alors l'acte respiratoire, on voit qu'il est gêné à un plus ou moins haut degré. Si l'état des poumons ne justifie point cette gêne, si en même temps le malade est anxieux, ne peut rester dans la même position, on pourra songer sérieusement à une péricardite. Il peut arriver encore bien d'autres combinaisons qui mettent en défaut la plupart de ces signes; la dyspnée, au contraire, existe toujours.

La péricardite hémorrhagique, qu'on devrait plutôt dénommer scorbutique pour la distinguer de la péricardite hémorrhagique dont l'observation de M. Andral nous offre un exemple, est insidieuse dans la pluralité des cas par suite de l'absence plus ou moins complète des signes locaux du début, et parce qu'elle existe concurremment avec d'autres lésions organiques.

Elle ne devient souvent manifeste que quand elle est arrivée à un point très avancé; le péricarde contient alors une quantité assez considérable de liquide épanché; le médecin a le plus souvent méconnu son point de départ, et le malade lui-même a pu n'en ressentir que faiblement les effets dans les premiers moments. C'est ce qu'on pourra reconnaître dans les deux premières de nos trois observations. Il peut même arriver que, dans une période avancée, elle soit difficilement reconnaissable: en effet, des épanchements pleuraux qui la masquent peuvent exister, ou bien l'épanchement péricardique peut être si vaste qu'il simule lui-même un épanchement pleural gauche, si surtout, comme cela a eu lieu dans notre deuxième observation, le péricarde se trouve adhérent à des pseudo-membranes anciennes qui garnissaient la cavité gauche de la plèvre par suite de la résolution d'un épanchement de date antérieure. Il n'y a guère alors que la gêne de la respiration portée à l'orthopnée et la jactitation qui peuvent mettre sur la voie.

Obs. I. — *Pleuro-pneumonie gauche. — Scorbut survenant pendant le cours du traitement. — Péricardite consécutive.*

En 1847, quand une épidémie de scorbut venait faire suite ou se greffer sur une épidémie de fièvre typhoïde qui régnait dans le régiment d'infanterie qui faisait partie de la garnison de Givet, il nous arrivait à l'hôpital, le 20 mai, un jeune militaire du 42e de ligne, le nommé Fouquet, chez qui s'était déclaré le scorbut pendant qu'il était en traitement à l'ambulance de Rocroy pour une pleuro-pneumonie.

Ce jeune militaire n'était âgé que de vingt-deux ans; sa constitution était moyenne, son teint châtain-foncé: il n'avait que six mois de présence sous les drapeaux. Il nous arrivait dans un état de profonde détérioration. Son séjour à l'ambulance de Rocroy avait été de vingt-cinq jours. Une lettre de notre confrère chargé de cette ambulance nous annonçait que Fouquet avait eu primitivement une pleuro-pneumonie gauche qui avait été avantageusement combattue par lui; qu'il s'était trouvé atteint ensuite de scorbut au dix-septième jour du traitement, et que, sous l'influence de ce nouvel état pathologique, l'épanchement pleural, presque complètement résorbé, avait repris promptement des dimensions considérables. Nous devons faire observer que le 42e de ligne formait alors les garnisons de Givet et Rocroy avec un régiment de cuirassiers, et qu'il fut exclusivement atteint par la fièvre typhoïde et le scorbut, à une exception près.

A son entrée à l'hôpital de Givet, Fouquet présentait un abattement profond, une faiblesse très grande; il était sujet à des vertiges, des tintements d'oreilles, à une dyspnée très prononcée; il était en proie à une diarrhée de huit jours de date. La face était bouffie, d'une jaune safrané. Cette même coloration s'étendait à presque toute la surface du corps, plus prononcée en certains points qu'en d'autres.

De nombreuses taches scorbutiques de dimensions variables existaient sur toute la peau, excepté au col et à la face; elles étaient plus nombreuses aux extrémités inférieures, sur lesquelles se faisaient remarquer en outre trois ecchymoses. L'une de celles-ci, plus grande que la main, occupait la face interne de la cuisse gauche; une seconde, moins étendue, siégeait sur le mollet du même côté; la troisième, située du côté droit, s'étendait d'une malléole à l'autre au-devant de l'articulation tibio-tarsienne.

Le malade avait eu deux épistaxis avant d'entrer à l'hôpital; les gencives étaient fongueuses, saignantes, son haleine fétide.

Toute la partie gauche du thorax avait un développement plus prononcé qu'à droite, avec effacement des espaces intercostaux; la face antérieure en était bombée, voussurée. Des traces de larges vésicatoires existaient sur ce côté. Le malade n'accusait, du reste, aucune douleur sur aucun point de son étendue.

La percussion et l'auscultation mettaient en évidence la réplétion de tout le côté gauche; le liquide empiétait sur le côté droit, puisque la matité débordait de ce côté la ligne médiane du sternum.

Jusque-là nous ne diagnostiquions qu'un vaste hydrothorax.

Cependant les battements, pas plus que les bruits du cœur, ne pouvaient être perçus sur l'un des points de la cage thoracique. Cet organe n'avait donc pas été refoulé à droite par le liquide; il devait se trouver submergé, et le péricarde devait être lui-même le siége d'un épanchement pour qu'il y eût interception aussi absolue des battements et des bruits.

Le commémoratif fourni par le malade et les détails donnés par notre confrère n'étaient pas de nature à faire croire à une péricardite, au début de la maladie; mais en présence de la fréquente coïncidence de cette affection avec la pleuro-pneumonie, surtout du côté gauche, nous pouvions l'admettre.

L'existence actuelle du scorbut légitimait au moins un épanchement péricardique. L'extrême dyspnée du malade, la petitesse et l'irrégularité de son pouls confirmaient l'existence simultanée d'un épanchement pleural et d'un hydro-péricarde; mais, il faut bien l'avouer, nous n'avions que ces données pour admettre cette complication.

Fouquet fut soumis à un traitement qui s'attaquait à la fois à l'état pathologique général et aux désordres locaux.

Pendant quelques jours, la diarrhée fut arrêtée. Mais, le 28, la prostration devint très grande, les extrémités inférieures s'infiltrèrent; la diarrhée reparut, constituée cette fois par des selles sanglantes.

Dès ce jour, nous craignions une issue promptement funeste. Pourtant les accidents traînèrent encore en longueur; l'œdème des jambes gagna successivement toutes les parties du corps; la cavité péritonéale devint elle-même le siége d'un épanchement.

La mort ne survint que le 26 juin, trente-six jours après l'admission à l'hôpital.

Autopsie. — La cavité gauche du thorax contient plus de trois litres de liquide séro-hématique ayant la couleur de la teinture d'iode. Le péricarde a contracté des adhérences avec la plèvre pulmonaire gauche de bas en haut. Il est assez fortement distendu par une collection de même nature que celle de la plèvre et s'étend au delà de la ligne médiane du sternum à droite. La quantité de liquide contenue est de trois verres environ. La tunique séreuse est tapissée de pseudo-membranes minces sur le feuillet pariétal. On les enlève avec la plus grande facilité, tant elles adhèrent peu. On en observe aussi sur le feuillet viscéral, mais seulement par plaques. On en trouve des débris mêlés à un reste de liquide dans le fond du sac. Ces membranes ont une couleur un peu moins foncée que le liquide.

Le cœur a son volume ordinaire: il est mollasse, flasque. Le ventricule droit est plein de sang noir, diffluent, au milieu duquel se trouvent deux caillots fibrineux, blancs. Toute la cavité gauche du thorax est tapissée de pseudo-membranes épaisses superposées par couches multiples; elles sont d'un rouge plus foncé que celles du péricarde. Le poumon, refoulé sur la partie latérale de la colonne vertébrale et au sommet, en est enveloppé de toutes parts. Il est aplati comme une galette et a l'aspect carnifié.

Cependant il surnage à l'eau, se laisse distendre par l'insufflation, et quand il est distendu, il ne présente aucune sorte d'altération. La cavité pleurale droite contient de deux à trois verres de sérosité légèrement teinte en rouge. Il n'y a aucune trace de pseudo-membranes sur les plèvres.

Cavité abdominale. — Trois litres environ de liquide hématique dans le péritoine; pas de pseudo-membranes sur le feuillet viscéral, ni sur le feuillet pariétal.

La rate est triplée de volume; elle est tellement ramollie qu'elle se réduit en bouillie sous la moindre pression des doigts; elle est rougenoire.

La muqueuse de l'estomac est ramollie, surtout à la face antérieure du grand cul-de-sac. C'est le ramollissement pultacé mêlé de piqueté noirâtre.

Toute la muqueuse de l'intestin grêle, d'un rouge plus ou moins foncé, semble participer au même ramollissement. La muqueuse du gros intestin offre plus d'altérations. Au cœcum, elle est déjà épaissie, boursouflée, d'un rouge lie-de-vin, se laissant déchirer avec facilité. En avançant sur le côlon jusqu'au rectum, cet épaississement avec ramollissement augmente de plus en plus. Il a son maximum sur le côlon descendant. Là, la couleur rouge passe au brun noir. La muqueuse offre en cet endroit de larges bandes circulaires séparées par des sillons profonds. Ces bandes peuvent facilement être détachées avec les doigts. On constate alors une forte imbibition de la membrane par un liquide séro-hématique, comme si elle était œdématiée. A la jonction du côlon avec le rectum et dans les trois premiers pouces du dernier, il y a quatre ulcérations assez larges, irrégulières, à bords fongueux et renversés, qui ne portent que sur la muqueuse.

Dans cette observation, on serait tenté d'admettre que la péricardite a débuté en même temps que la pleuro-pneumonie. Sous l'influence du scorbut, l'épanchement se serait alors accru, suivant toute probabilité, comme celui de la cavité pleurale, et aurait pris la couleur hématique que nous lui avons trouvée.

Mais le peu d'épaisseur et de consistance des pseudo-membranes du feuillet péricardique, à côté de la grande épaisseur et des couches multiples de celles qui garnissaient la plèvre gauche, empêcherait presque cette supposition et ferait croire à une péricardite de date plus récente. Si cela est, cette affection a manqué au début de tous les signes principaux qui caractérisent la péricardite ordinaire, d'autant mieux que la lésion pleurale dominait tout au point de vue des phénomènes locaux.

D'un autre côté, le malade en question aurait pu fort bien se trouver sous l'influence de la diathèse scorbutique au moment où il fut pris de pleuro-pneumonie, avec d'autant plus de raison que cette affection sévissait dans son régiment, et alors il faudrait admettre que les phlegmasies pleurale et péricardique ont coïncidé, les phénomènes de l'une et de l'autre se confondant, ou ceux de la dernière étant absolument masqués par l'autre.

Quoi qu'il en soit, cette observation est un exemple de ces péricardites difficiles, impossibles même à diagnostiquer au début, qui ne se révèlent que quand l'épanchement a acquis des dimensions considérables et entraîné des troubles très profonds de la respiration, qu'un très vaste épanchement de la plèvre ne saurait même justifier quand le poumon opposé est intact. Sous le rapport de la marche et de la durée, cette péricardite hémorrhagique, qui ne se termine par la mort qu'au trente-sixième jour de l'entrée à l'hôpital et peut-être après plus de cinquante jours d'existence, ne peut supporter la moindre comparaison avec la péricardite hémorrhagique par violence hypérémique, puisque cette dernière est très rapidement mortelle. Étiologiquement, une immense distance les sépare encore l'une de l'autre.

(*La fin à un prochain numéro.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

ADDITION A LA SÉANCE DU 31 MAI.

Discussion sur la surdi-mutité. — Discours de M. Malgaigne (1).

Vous comprenez, messieurs, que je suis ici simple narrateur; je ne garantis rien; je me borne à reproduire ce qui m'a été dit. Je dois même ajouter que les élèves de M. Dubois ne m'ont paru nullement souffrir dans leur santé; peut-être la méthode a-t-elle été perfectionnée; mais enfin tout cela mérite une vérification sérieuse.

D'autant plus sérieuse que ce mode d'éducation ne serait peut-être pas sans danger, même pour les instituteurs. Je déclare, pour mon compte, que l'on ne saurait estimer trop haut le dévouement de ceux qui remplissent ces pénibles fonctions. Je ne suis jamais sorti d'une séance un peu prolongée avec des sourds-muets, et surtout quand je les faisais parler, sans me sentir fatigué d'une manière indicible. M. Dubois père m'a appris, j'ignore d'après quelle autorité, que les professeurs, en Allemagne, ne peuvent pas poursuivre cette carrière énervante plus de quatre ou cinq ans; et lui-même a eu à regretter deux de ses filles, que leur dévouement à l'instruction des sourds-muets aurait conduites à la phthisie pulmonaire.

Ce seraient là des objections bien terribles, si les faits étaient rigoureusement constatés; mais comme il y a réponse à tout, d'une part, les Allemands disent que l'on n'entend rien en France à leur méthode; M. Dubois lui-même regrette de n'avoir pas un nombre suffisant de professeurs; avec une subvention un peu plus forte, les résultats seraient plus satisfaisants et les dangers bien amoindris. Puis viennent les rivalités qui triomphent des résultats incomplets obtenus ailleurs, et qui prônent les leurs, bien entendu. M. Deleau, notre très honorable confrère, qui a tant fait pour l'instruction des sourds-muets, qui revendique M. B. Dubois comme son élève, m'a dit qu'il avait eu des succès bien autrement complets. J'ai désiré les voir; rendez-vous a été pris; mais, par un regrettable malentendu, à l'heure fixée, j'attendais M. Deleau chez moi, tandis qu'il m'attendait chez lui; je n'ai donc rien vu, et je me réserve. Mais n'avais-je pas enfin M. Blanchet, plus intéressé que personne dans la question actuelle, et à qui la commission n'avait pas demandé, à mon sens, tout ce qu'il pouvait et devait lui donner? M. Blanchet, à qui je manifestais mon étonnement que ses quatre élèves fussent si peu avancés, m'a répondu qu'il n'en était pas responsable; il améliore l'ouïe, c'est son affaire; l'apprentissage de la parole est dévolu aux professeurs spéciaux de l'Institution impériale; c'est à eux que revient le reproche d'avoir si mal cultivé chez ces quatre élèves le langage articulé, et il demande précisément une réforme pour être en mesure de produire des résultats plus décisifs.

Je désire m'arrêter un instant sur ce point. Au milieu des hostilités déclarées, des animosités croissantes, je pense, messieurs, c'est ma conviction, que, si les adversaires de M. Blanchet ne lui rendent pas suffisamment justice, M. Blanchet ne rend pas mieux justice à ses adversaires.

Mais, enfin, en dehors de l'Institution, M. Blanchet a donc des élèves qu'il instruit lui-même? Oui, messieurs; la commission ne l'a pas su, mais je l'ai appris, moi, dans le livre de ce chirurgien. On y lit, tome II, p. 153:

« *Nous avons fondé en 1848 une petite division de sourds-muets, annexée à un externat de parlants...; ces enfants, sans exception, sont tous exercés à l'usage de la parole.* »

Eh bien! depuis 1848, il y a cinq ans d'écoulés; voilà des élèves placés dans les meilleures conditions; ils sont externes, c'est le dernier mot de la méthode allemande; ils auront eu M. Blanchet pour maître, c'est une garantie de plus. J'ai prié M. Blanchet de me faire voir ses élèves, il m'a dit qu'il n'en avait pas à me montrer.

Mais, par exemple, à défaut des siens, il en a d'autres; ce sont des sourds-muets allemands, élevés en Allemagne, et qui, après la langue allemande, ont appris le français, qu'ils parlent mieux que les nôtres; en sorte, dit M. Blanchet, qui a fondé une société de secours, en sorte qu'on trouve plutôt à placer dans les ateliers les sourds-muets allemands que les sourds-muets français. Eh bien! lui dis-je, amenez-moi donc vos Allemands. C'était hier, il ne savait pas leurs adresses; il m'avait promis pourtant de les rechercher, de me les faire voir aujourd'hui; sans doute il ne les a pas trouvés, car je n'ai vu personne. Il y en a un, cependant, qui est dans le service de M. Ricord, et qui, dit-on, lit supérieurement la parole sur les lèvres. Ne pouvant l'aller trouver moi-même, j'ai prié un des internes de cet hôpital de l'examiner. Il paraît, en effet, qu'il lit assez facilement; mais il ajoute, lui, l'Allemand, qu'il n'est pas sourd-muet de naissance, et qu'il est impossible d'apprendre ce langage aux sourds-muets de naissance.

Voilà le résultat de mes recherches sur la méthode allemande. Non que je n'eusse encore bien des choses à dire; mais je n'ai voulu mettre en avant que des faits pratiques, que des résultats pratiques. Ils ne sont pas aussi flatteurs qu'on vous les avait présentés; cela montre la nécessité d'y regarder de très près. Il me paraît évident que les partisans de la parole en ont exagéré les avantages; il n'est pas moins évident que ses adversaires l'ont beaucoup trop dépréciée, et que pour en porter un jugement sain il faut se méfier des uns et des autres.

J'en dirais volontiers autant de la mimique. On répète sur tous les tons, d'un certain côté, que la mimique est le langage naturel des sourds-muets; eux-mêmes demandent qu'on leur laisse leur langage naturel. Cela n'a pas de sens. C'est un langage tout aussi artificiel qu'un autre; avant l'abbé de l'Épée on peut dire qu'il n'existait pas; les sourds-muets ne l'entendent qu'après l'avoir appris; et la question est toujours de savoir s'il est préférable à l'autre.

On dit qu'elle fatigue moins les élèves; je suis assez disposé à le croire. On dit qu'elle rend leurs progrès plus rapides; cela ne paraît nullement démontré. Elle est au moins pour eux plus aisée à apprendre, et ses adversaires avouent même que les élèves la préfèrent à la parole. On lui reproche d'autre part de contrarier les progrès de l'écriture, attendu que les sourds-muets, pensant dans le langage mimique, sont forcés de traduire ce langage en français. Cela peut être; mais à voir les élèves des deux écoles lire et écrire aussi correctement les uns que les autres, il faut bien ajouter que cela n'est pas démontré non plus.

En résumé, messieurs, vous voyez ce que vous saviez déjà, combien la question est complexe et ardue, combien de toutes parts on a émis d'assertions sans preuves, combien de faits laissés dans l'ombre ont besoin d'être éclairés. Si je voulais relever toutes les assertions trop légèrement émises, même par des savants auxquels nous aurions accordé une compétence spéciale, je n'en finirais pas. En voici une cependant qui s'est présentée ici avec l'autorité de M. Ménière: les sourds-muets, à son dire, ne seraient pas disposés à reconnaître leur

(1) Fin. — Voir le numéro précédent.

infériorité relative, et ils repousseraient notre pitié comme un affront. Que cela est loin de ce que j'ai vu! Dans leurs écrits, dans leurs réunions publiques, partout, toujours reviennent des allusions douloureuses à leur infirmité; ils s'appellent les *déshérités de la parole;* ils se disent entre eux *frères en infortune.* Quant à ceux qu'ils voient s'occuper d'eux avec intérêt, qui ne sait de quelle affection ils les entourent? Moi-même, qui ne m'en suis occupé qu'un instant, ils ont cru voir que je n'étais pas disposé à adopter un projet qui les alarme; l'un d'eux disait avec une sorte de reconnaissance que je méritais bien peu : *M. Malgaigne va parler pour nous.* Je parle pour eux, oui, bien que ce ne soit pas peut-être tout à fait dans le sens qu'ils auraient préféré; mais je cherche et je désire ce qui pourra leur être le plus utile.

Pour bien apprécier la portée des innovations que l'on vous propose, il faut les considérer sous quatre points de vue, savoir : l'intérêt de l'enseignement, l'intérêt des sourds-muets en rapport avec leur famille et avec la société, l'intérêt de la société elle-même; et enfin l'intérêt des sourds-muets pour leurs relations réciproques.

Y a-t-il quelque avantage à retirer pour l'enseignement de l'adoption de la méthode allemande? Jusqu'à présent du moins cela n'est nullement demontré.

Y a-t-il avantage pour les sourds-muets en rapport avec leurs familles et pour les familles en rapport avec leurs enfants sourds-muets? Oui, il y a quelque avantage, et l'on aurait tort de le nier.

Y a-t-il avantage pour les sourds-muets dans leurs rapports avec la société? Oui encore, bien que cet avantage soit très faible. Mais enfin un sourd-muet égaré dans Paris ou sur une grande route et privé des moyens d'écrire pourra articuler tant bien que mal le nom de la rue où il demeure, de l'endroit où il se propose d'aller; la mimique est ici évidemment inférieure.

Y a-t-il avantage pour la société dans ses rapports avec les sourds-muets? Pour moi, cet avantage est si faible que je le regarde comme nul. Il me paraît impossible, sauf des exceptions excessivement rares, puisque les sourds-muets les plus intelligents de Paris ne m'en ont point offert, il me paraît impossible qu'une transmission d'idées un peu suivie ait lieu par la parole entre un étranger et un sourd-muet. De part et d'autre, il y aurait une fatigue insupportable, et certes pour un résultat trop disproportionné. Je le déclare pour mon compte : au moment où je parle, je suis tellement convaincu de l'ingratitude de la parole pour de telles communications que, si j'avais un sourd-muet dans ma famille, je préférerais apprendre la mimique que d'être obligé de converser avec lui par la parole.

Et enfin, messieurs, y a-t-il avantage pour les sourds-muets dans leurs rapports mutuels? Prenez-y bien garde : c'est là peut-être la question la plus importante; car on prétend améliorer leur sort; on fait appel à notre humanité : c'est en leur faveur apparemment que l'on parle. Or, ce qui m'a frappé, et ce qui vous frappera sans doute, c'est de voir la grande majorité des sourds-muets se soulever contre vos améliorations, repousser vos bienfaits comme un malheur, comme un fléau. M. Blanchet, avec ses excellentes intentions, est réputé l'ennemi des sourds-muets; il est mis au ban de l'Institution impériale tout entière. Je ne dis rien des élèves; ils pourraient être l'écho de leurs maîtres. Je ne dis rien des professeurs sourds-muets; ils y perdraient leurs chaires de mimique. Je ne dis rien des professeurs d'articulation, qui n'auraient rien à perdre; ils parlent, eux; ils sont, jusqu'à un certain point, étrangers à l'intérêt en litige. Mais lorsque je vois des hommes tels que M. Allibert, tels que M. Pélissier, tenant le premier rang parmi leurs confrères, hommes d'une intelligence qui serait remarquée partout ailleurs; quand je vois ces deux professeurs, tous deux dressés à la parole, et conséquemment en mesure de l'apprécier; l'un d'eux, surtout, plein de vénération pour Itard, son maître, et que la reconnaissance seule devrait pousser à défendre des idées qui dérivent de la doctrine d'Itard, s'il n'était retenu par des raisons plus puissantes; quand je les vois réunis pour les combattre, nous prier de détourner de leurs élèves ce calice amer, cette nouvelle infortune, je ne suis pas convaincu, messieurs; car enfin ils peuvent se tromper comme d'autres. Mais, je le déclare, je suis profondément ébranlé.

Je veux vous rappeler encore ici quelques faits qui, à mon sens, ont une haute importance : vous savez tous que dans cette famille si bien unie des sourds-muets, lorsque l'un d'eux est traduit devant les tribunaux, une foule d'amis l'accompagnent; un ami qui entend et qui parle leur traduit par ses gestes les dires des avocats, les dépositions des témoins, les questions des juges; tous les yeux fixés sur lui suivent le discours, le comprennent. Avec la parole parlée, cette rapide communication serait-elle possible? Les sourds-muets de Paris ont leurs fêtes solennelles; ils se réunissent en banquet, par exemple, à l'anniversaire de la naissance de l'abbé de l'Épée; au dessert se lèvent les orateurs : ils portent des toasts qui sont compris d'un bout de la table à l'autre. Enfin, messieurs, M. Blanchet l'a dit dans son livre, vers 1838 avait été fondée à Paris une société centrale de sourds-muets où se discutaient, à l'aide de la mimique, des questions de philosophie, de littérature, d'intérêt social. N'est-ce pas une chose admirable que ces tribunes muettes, et cependant aussi éloquentes que les plus sonores, où l'orateur, à l'aide de gestes imagés, non moins rapides que la parole, projette sa pensée dans tous ces yeux fixés sur lui, et jusqu'aux rangs les plus reculés de son auditoire, excite, comme vous pourriez le faire, les rires, les approbations, les applaudissements. Y a-t-il eu quelque chose de semblable en Allemagne? Le fait valait la peine d'être signalé; personne n'a pu me le dire. Ne voyez-vous pas cependant que si la mimique permettait ces libres et soudaines communications d'un orateur à une grande assemblée, et que le langage des lèvres ne le permît pas, la méthode allemande se trouverait frappée d'une infériorité radicale? Eh bien! je n'en sais rien, mais j'incline fortement à croire qu'il en est ainsi; car, après tout, messieurs, comme je le disais tout à l'heure, la parole, pour le sourd-muet, c'est la mimique limitée aux lèvres, bien plus difficile à saisir de près, encore plus difficile de loin; c'est l'écriture en fin à côté de l'écriture en gros, et que les myopes ne sauraient parvenir à déchiffrer.

En résumé, de toutes ces considérations, de tous ces faits, qu'est-il permis de conclure? Y a-t-il une supériorité si marquée d'une méthode sur l'autre qu'elle mérite une préférence exclusive, même pour un certain nombre de sourds-muets? C'est, ou plutôt c'était l'opinion de la commission; mais je me réjouis d'avoir entendu son honorable rapporteur annoncer qu'il accueillerait toutes les modifications convenables. Faut-il alors les combiner, tout en restreignant l'enseignement de la parole à quelques sourds-muets privilégiés? C'est là ce qui se fait à l'Institution impériale, et il ne m'est pas démontré non plus que ce soit le meilleur système. Ai-je donc un autre système à mettre à la place, une conclusion définitive à proposer? Non, messieurs. Les faits dont j'ai été le témoin sembleraient peut-être y conduire; mais ces faits, révélés par une enquête beaucoup trop rapide, demandent à être étudiés sur une plus large échelle; ils peuvent présenter quelque face nouvelle que je n'aurais point aperçue; je ne mets pas en doute que des recherches plus approfondies n'en mettent en lumière d'autres aussi considérables. Les instituteurs allemands allèguent que leur méthode est mal appliquée en France; M. Dubois lui-même pense qu'il en tirerait un parti bien meilleur si le personnel de ses professeurs était plus nombreux : il y a tout à vérifier. Les résultats déjà obtenus par M. Blanchet lui-même, tout incomplets qu'ils sont, méritent une attention plus sérieuse, et doivent être poursuivis et encouragés. Tout cela, ce ne sont ni des hommes isolés, ni même des commissions académiques qui peuvent le faire; et je me rallie complétement à l'heureuse idée de la création d'un conseil de perfectionnement, comme l'a proposé M. Bégin.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 1er juin 1853. — Présidence de M. Guersant.

Présentation de malades.

M. Guersant présente une jeune fille sur laquelle M. Huguier avait déjà fixé l'attention de la Société. Cette malade, actuellement guérie, portait dans la région hépatique une tumeur que l'on crut fluctuante. M. Guersant ayant pensé qu'il s'agissait d'une tumeur solide, a prescrit un traitement ioduré interne et externe, qui a été suivi d'un plein succès.

M. Guersant présente en outre une autre petite malade qui est atteinte d'une affection tout à fait semblable; il se propose de suivre le même traitement.

Correspondance imprimée.

La Société reçoit :

1° Une brochure de M. Lambron intitulée : *Etudes sur la fièvre intermittente dans le département de l'Indre;*

2° Un numéro du recueil allemand intitulé : *Vierteljahrschrift für die praktische Heilkunde*, X Jahrgang 1853, zweiter band oder achtunddreissigster band des ganzen folge, mit emer kupfertalel. Prague.

Correspondance manuscrite.

M. Larrey dépose sur le bureau un travail de M. Szokalski, sur la fracture de la clavicule par le soulèvement immédiat de l'épaule. (Commissaires : MM. Lenoir, Forget et Houel.)

M. Larrey donne en outre lecture du passage d'une lettre qui accompagne ce mémoire. L'auteur exprime d'abord le regret de n'avoir pu fournir à la Société des observations plus détaillées sur l'abrasion de la cornée; il s'empressera d'y suppléer dans l'occasion.

M. Laborie donne l'analyse suivante d'une observation d'éclampsie adressée à la Société par l'intermédiaire de M. Larrey :

Messieurs, notre confrère M. Chapel (de Saint-Malo), membre correspondant de la Société, nous a fait remettre une intéressante observation d'éclampsie. J'ai l'honneur de vous donner une analyse succincte de ce travail.

L'auteur commence par établir toutes les incertitudes que le chirurgien doit éprouver vis-à-vis d'une malade affectée d'éclampsie lorsque l'utérus n'a pas encore été débarrassé du produit de la conception. Il se demande à quelle conduite doit s'en remettre le praticien dans ces cas si difficiles, et après un exposé rapide des opinions diverses émises sur ce sujet, il aborde la description d'un fait qui lui est propre.

Il s'agit d'une malade d'une santé médiocre, qui, après une grossesse pénible, fut prise, vers l'époque terminale de la gestation, de violentes convulsions.

Le 19 mars, vers le milieu du jour, apparut la première attaque d'éclampsie. Deux saignées pratiquées presque coup sur coup n'enrayèrent en rien la marche des accidents convulsifs. Les accès paraissaient coïncider avec l'apparition des contractions utérines. Nous devons noter que le travail d'enfantement se manifesta dès le début de l'éclampsie; le col utérin n'était pas encore dilaté. Ce fut seulement le soir du même jour que la dilatation devenant suffisante, M. Chapel se décida à faire une application du forceps. Cette opération fut facile. L'enfant, qui se présentait par le sommet, fut retiré vivant. Immédiatement on procéda à la délivrance; aucun accident ne survint du côté de l'utérus; mais malgré la terminaison complète de l'accouchement l'éclampsie persista pendant encore plusieurs heures pour disparaître enfin. Quatre jours après la malade était en pleine convalescence.

M. Chapel, après avoir donné avec détails l'observation que nous venons de rapporter brièvement, manifeste le désir de voir la Société de chirurgie entamer une discussion sur les indications à suivre dans les cas analogues à celui qu'il relate. Pour lui, il se range à l'opinion, qui nous paraît, du reste, la seule raisonnable, des accoucheurs qui ne veulent l'intervention de l'art pour pratiquer l'accouchement que si la nature a déjà suffisammeut préparé les voies.

On ne peut contester, en effet, l'influence funeste des manœuvres dirigées sur le col utérin qui n'est ni dilaté, ni dilatable. Toute médication, quant à la déplétion de l'utérus, se borne donc à saisir le moment précis où l'intervention de l'art devient possible. Mais nous devons dire que toute la thérapeutique de l'éclampsie n'est pas bornée à cette seule indication. Beaucoup de moyens ont été indiqués et mis en pratique avec plus ou moins de succès. Sans nous étendre sur ce sujet plus longuement, rappelons que des accoucheurs de grand mérite ont insisté sur l'emploi des antiphlogistiques, des révulsifs, des anesthésiques, des purgatifs, de l'émétique, etc., etc... C'est l'étude et l'application de ces divers traitements qui offriraient, suivant nous, le sujet d'un important travail. Nous terminerons en engageant notre laborieux confrère à s'occuper de cette question, et alors la Société pourrait, avec fruit, prendre une part dans la discussion que ne manquerait pas de soulever un mémoire plus complet.

Nous proposons, dit M. Laborie :

1° D'adresser à M. Chapel une lettre de remercîments pour sa communication;

2° D'insérer dans les Bulletins une analyse de son observation. (Adopté.)

M. Larrey a reçu une nouvelle communication de M. Chapel. Il s'agit encore d'une malade qui, parvenue au terme régulier de la grossesse, fut prise d'éclampsie. Après avoir pratiqué sans succès la saignée et employé des révulsifs, on put terminer l'accouchement. On amena un enfant vivant qui se présentait par le siége; il ne vécut que vingt-quatre heures. Quant à la femme, malgré la déplétion de l'utérus, les accidents persistèrent, et elle succomba dans la journée.

M. Laborie fait remarquer combien cette deuxième communication démontre la nécessité de chercher à combattre l'éclampsie par d'autres moyens que par l'accouchement artificiellement terminé.

— A propos de la correspondance, MM. Larrey et Marjolin demandent la parole.

M. Larrey, pour remettre un travail imprimé sur l'emploi du chloroforme dans les maladies des yeux. Nous en transcrivons le titre :

Uber die anwendung der chloroformis bei angenoperationir; ein sendschreiben an den Herrn professor D. Van Roosbroeck in gent. Vor dr J. C. Jungken. (Renvoi à l'examen de M. Debout.)

M. Marjolin, pour remettre également un mémoire imprimé intitulé :

Aneurysma des arteria glutæa underbindung des arteria iliaca communis;

Aneurysma per arteria ulnaris unterbindung dersilben;

Aneurysma der arcus volaris durchneidung dersilben; von C.-W.-F. Uhde. (Renvoyé à l'examen de M. Broca.)

Rapport.

M. Forget donne lecture d'un rapport sur deux communications de M. Dufresse-Chassaigne; l'une relative à une observation de tumeur enkystée du sein droit, l'autre relative à une observation de polype du rectum, avec pièces pathologiques à l'appui.

Sur la proposition de M. Forget, il est décidé que la partie seule du rapport relative à un polype du rectum serait insérée dans les Bulletins de la Société. Nous transcrivons donc cette partie; l'autre sera déposée aux archives avec les observations de M. Dufresse.

Deux observations de polypes du rectum, dit M. Forget, ont été adressées à la Société par M. Dufresse-Chassaigne (de la Charente).

Cette maladie, peu étudiée jusqu'en ces derniers temps, exige, pour que son histoire puisse se compléter, qu'on ne néglige aucun des faits nouveaux qui se produisent dans le champ de la pratique.

Les polypes du rectum observés par notre honorable confrère furent trouvés, l'un sur un jeune garçon de quatorze ans, l'autre sur un enfant de deux ans. Voici le résumé succinct de ces deux observations.

Obs. I. — *Polype du rectum chez un jeune garçon âgé de quatorze ans.*

Le polype, du volume d'une cerise, fut trouvé à 2 centimètres au-dessus de l'anus; il pendait à un pédicule de 3 centimètres de longueur sur 2 millimètres de diamètre. Chaque fois que l'enfant allait à la selle il se faisait un écoulement de sang; aussi était-il pâle et très affaibli. M. Dufresse ramena la tumeur à l'extérieur, passa un fil double dans l'épaisseur du pédicule, qu'il étreignit de la sorte par une double ligature, puis il le coupa en dessous de celle-ci. Un peu plus tard, les fils furent entraînés avec les matières fécales. Aucun écoulement de sang ne se manifesta désormais à la suite des garde-robes.

Il est à remarquer que depuis sa guérison le jeune garçon a repris de la vigueur et de la force.

Obs. II. — *Polype du rectum chez un enfant de deux ans.*

Chez cet enfant, âgé de deux ans, fort, bien constitué, et qui n'avait jamais rendu de sang dans les garde-robes, M. Dufresse trouva l'anus bouché par une petite tumeur grosse comme une noisette, violacée, et d'une consistance qui ne permettait pas de la confondre avec un bourrelet formé par la membrane muqueuse. En exerçant quelques tractions sur elle pour voir d'où elle venait et où elle adhérait, M. Dufresse vit son pédicule se rompre juste à son niveau avec la tumeur, qui se détacha comme un fruit mûr. Au moment où elle fut séparée de son pédicule, il s'écoula un peu de sang. Depuis ce moment l'enfant n'a présenté aucun accident.

Quelle était la nature de ces deux polypes? D'après la description assez détaillée qu'en a donnée l'auteur, il est vraisemblable que l'un et l'autre appartenaient à la variété de ces tumeurs qui ont été décrites sous le nom de polypes charnus, d'abord par M. Gigon (d'Angoulême), dans un excellent mémoire qui fut l'objet d'un très bon rapport, lu à l'Académie de médecine en 1849 par M. Hervez de Chégoin, et un peu plus tard par M. Bourgeois (d'Etampes), dans un travail inséré dans le *Bulletin général de thérapeutique.*

« Encore attaché à son pédicule, dit M. Dufresse, le polype (du jeune » garçon de quatorze ans) était d'une consistance assez ferme, pouvait » supporter une assez forte pression sans s'écraser; il était composé » de lobes inégaux, séparés les uns des autres par du tissu cellulaire, » ce qui donnait à sa surface un aspect bosselé et inégal; son tissu, de » consistance et d'aspect charnus, était couleur rose très clair. » Le pédicule paraissait de même nature : dense, susceptible d'une assez grande résistance, il offrait à son centre un trou dans lequel on aurait pu faire pénétrer une aiguille fine. Ce trou parut à l'auteur, et nous ne voyons pas de raison de rejeter sa manière de voir, l'orifice du vaisseau nourricier qui conduisait le sang à la tumeur.

Chez le petit malade âgé de deux ans, le polype était d'un tissu plus mou, plus friable; il offrait une coloration d'un rouge plus foncé, et, pour me servir du langage de l'auteur, il était *gorgé de sang*; sa forme était celle d'un champignon; le pédicule s'insérait au centre de sa face concave; la face convexe, comme cela a été noté dans l'observation, présentait des inégalités, dues à l'existence de plusieurs lobes distincts, séparés par de petits sillons.

Contrairement à l'assertion de M. Gigon, qui compare ces polypes charnus à une cerise dépouillée de son épiderme, et qui attribue le suintement sanguinolent qu'ils déterminent à l'absence de l'épithélium muqueux à leur surface, M. Dufresse prétend avoir trouvé dans les deux cas qu'il a observés une membrane d'enveloppe commune à la tumeur et à son pédicule, et qui semblait se continuer avec la membrane muqueuse du rectum. Déjà M. Brun, qui a fourni trois observations au mémoire de M. Gigon, avait signalé l'existence de cette membrane d'enveloppe. Pour ma part, ayant eu occasion de disséquer une semblable tumeur, je me suis assuré qu'elle était réellement revêtue d'un tissu muqueux très fin, très adhérent, s'étendant à toute sa surface, sauf quelques points d'une coloration rougeâtre, d'un aspect chagriné, où ce tissu avait été détruit par ulcération.

On peut donc admettre que dans cette variété de polypes du rectum qui constitue l'hypertrophie partielle ou générale des divers éléments anatomiques de la membrane muqueuse de l'intestin, la tumeur n'est dépourvue d'un tissu tégumentaire qu'autant que celui-ci a été désorganisé et détruit, soit par l'extension du travail ulcératif, soit par les pressions exercées sur le polype par les matières fécales, et par la contraction du sphincter quand le malade va à la garde-robe. Tels étaient vraisemblablement les polypes décrits par M. Gigon, et ainsi s'explique la contradiction plus apparente que réelle qui sous ce rapport existe entre lui et d'autres observateurs; c'est même, suivant moi, l'existence de ce tissu muqueux et son intégrité à la surface des polypes qui expliquent comment, dans quelques cas, ils n'ont pendant longtemps donné lieu à aucun écoulement sanguin. Ce n'est que plus tard, lorsque ce tissu s'altère, se déchire, que les vaisseaux sanguins qui en forment la trame sont érodés, perforés, que le sang s'écoule pendant ou après l'acte excrémentitiel. Le même phénomène s'observe dans le cas de tumeurs hémorrhoïdales ulcérées, qui ne sont pas sans quelque analogie avec ces polypes charnus. et on le retrouve surtout pour les polypes des autres cavités, du pharynx, des fosses nasales, et surtout de l'utérus, à la surface desquels on voit le sang sourdre et s'écouler, si on excise l'enveloppe extérieure qui les revêt, ou si elle s'est spontanément ulcérée.

En insistant sur les caractères anatomiques des deux polypes dont il nous a donné l'observation, M. Dufresse se demande si ce sont bien des produits morbides semblables qu'a eus en vue M. le profesreur Stoltz dans un mémoire publié (*Gazette médicale de Paris*, 1842) peu de temps avant celui de M. Gigon (d'Angoulême).

Il n'est pas douteux que les observations du professeur de la Faculté de Strasbourg ne diffèrent beaucoup, sous le rapport anatomique, de celles qui font le sujet du travail de M. Gigon, de celles que de son

côté M. le docteur Bourgeois (d'Etampes) a insérées dans le *Bulletin général de thérapeutique*, et enfin d'un fait identique observé par le docteur Pousin (de la Charente-Inférieure), et qui se trouve consigné dans le même recueil. Les polypes observés et décrits par M. Stoltz sont de nature muqueuse, formés, comme il le dit lui-même, par la *membrane muqueuse étranglée, boursouflée;* si bien qu'on serait tenté, en lisant la description qu'il en donne, de voir dans ces tumeurs des exemples de procidence partielle et circonscrite de la muqueuse intestinale, plutôt que de véritables polypes.

La diversité, au surplus, de ces productions pathologiques est la conséquence de la variété des éléments anatomiques qui entrent dans la structure du rectum, celles-ci étant dues à l'hypertrophie, soit générale, soit partielle de ces derniers. Ainsi, en considérant avec attention les observations nombreuses qui depuis quelques années ont figuré dans les recueils périodiques, on verra que la plupart des polypes décrits par les auteurs classiques peuvent prendre naissance dans le rectum.

Ce sont, en procédant du simple au composé :

1° Des polypes muqueux, produit de l'hypertrophie des couches superficielles de la membrane muqueuse, ayant toujours une implantation circonscrite et peu profonde, et se reproduisant rarement après qu'ils ont été arrachés.

D'après les recherches auxquelles s'est livré notre collègue M. Verneuil, ces polypes sont peu vasculaires ; ils offrent un épithélium à leur surface, puis une trame sans structure régulière, manifeste ; à peine y trouve-t-on quelques fibres de tissu cellulaire au milieu d'une masse de tissu amorphe.

2° Des polypes charnus, sarcomateux, vasculaires, toutes dénominations qui s'expliquent par la prédominance de tel élément sur tel autre; polypes provenant de l'hypertrophie de toute l'épaisseur de la membrane muqueuse avec ses vaisseaux et ses glandes. Tissu cellulaire, vaisseaux nombreux, tissu fibroïde ou élément fibro-plastique, couche épithéliale à la surface, telles sont les diverses parties qui constituent ces polypes.

C'est à ces deux variétés, et notamment à la dernière, que nous semblent se rapporter les deux observations que vous a adressées M. Dufresse, et comme aussi, pour la plupart, celles de MM. Gigon et Bourgeois que j'ai rappelées plus haut.

3°. Des polypes kystiques dus à une hypertrophie glandulaire. Les follicules de l'intestin s'oblitèrent, se transforment ainsi en kystes qui, en prenant de l'accroissement, se péduculisent. Ces polypes sont le plus souvent multiples.

Notre honorable collègue M. Robert a opéré, dit M. Verneuil dans une note qu'il a bien voulu me remettre sur ce sujet, une jeune fille qui portait aux mains une vingtaine de ces petits polypes, bien isolés, globuleux, du volume d'un gros grain de groseille et même encore plus considérables. Ces tumeurs paraissaient être recouvertes par la membrane muqueuse.

4. Aux trois variétés de polypes du rectum qui précèdent il faut encore en ajouter une autre qui comprend les polypes fibreux.

L'origine de ces polypes n'est pas la même, et leur développement s'effectue différemment.

A. *Polype fibreux.* — Produit de l'hypertrophie, ou mieux émanation du tissu fibreux sous-muqueux, ce polype appartient en propre à l'intestin. Son insertion est profonde, assez large; son tissu est dur, résistant, criant sous le scalpel; il s'accroît lentement; la membrane muqueuse le revêt extérieurement.

Dans cette variété de tumeurs, la couche musculeuse ne semble pas prendre part à sa formation, mais quelquefois elle est elle-même entraînée.

B. *Corps fibreux du rectum.* — Développé en dehors du rectum, dans la cloison recto-vaginale, la tumeur se porte du côté de l'intestin, se coiffe pour ainsi dire de toutes ses tuniques qu'elle entraîne, se formant de la sorte un pédicule très complexe anatomiquement.

Le corps fibreux peut aussi prendre naissance dans l'épaisseur de la paroi du rectum ; tumeur interstitielle dans l'origine, elle ne tarde pas à se pédiculer par un mécanisme bien facile à comprendre. L'exemple le plus évident de cette forme de polype est celui que j'ai moi-même publié dans le *Bulletin général de thérapeutique* (année 1843, t. XXIV, p. 454); voici l'analyse de ce fait.

Corps fibreux du rectum. — Excision. — Guérison.

Une jeune fille, âgée de vingt ans, portait appliquée contre l'anus une tumeur de la forme et du volume d'un œuf de pigeon, dure, rénitente et offrant la coloration rouge de la membrane muqueuse sous laquelle elle paraissait située. Cette tumeur, mobile, se continue à l'intérieur de l'intestin par un pédicule mou, aplati, de la grosseur du petit doigt, ayant deux pouces de longueur, et adhérant par continuité directe du tissu muqueux à la paroi antérieure du rectum. Cette tumeur fut enlevée par excision.

Elle était formée d'un tissu ferme, résistant, analogue, par son aspect et sa structure, aux corps fibreux de la matrice. Comme cela s'observe fréquemment pour ces derniers, je trouvai dans son épaisseur plusieurs petites cavités remplies de sang. Ce corps fibreux était placé sous la membrane muqueuse du rectum, qu'il paraissait avoir refoulée au-devant de lui ; de sorte que le prolongement de celle-ci, qui formait le pédicule, ressemblait assez bien à un doigt de gant plissé dans le sens de sa longueur, et dans lequel on eût introduit un corps étranger de forme arrondie. Le corps fibreux adhérait intimement à la membrane muqueuse par son extrémité la plus déclive ; dans le reste de son étendue, il s'y rattachait au moyen d'un tissu cellulaire assez lâche.

— Cette observation terminera ce que j'avais à dire de la nature et du développement des polypes du rectum. Je n'ai pas eu la prétention d'en écrire l'histoire complète ; j'ai voulu seulement grouper les faits que l'observation a recueillis jusqu'à ce jour, appeler l'attention sur les diverses formes sous lesquelles ils se sont présentés, dans la pensée qu'avec les éléments que nous possédons il serait possible de donner de ces productions morbides une classification plus rigoureuse, plus anatomique, et par conséquent d'en mieux assurer le pronostic et le traitement.

Quant aux détails que ce dernier comporte, je ne puis m'y arrêter en ce moment. Je n'insisterai donc pas sur les indications particulières qui découlent de la nature propre à chacune des tumeurs que j'ai énumérées ; un praticien exercé les saisira sans peine. Je me bornerai seulement à rappeler que, quelle que soit la variété de texture de ces différents polypes, ils offrent tous un caractère commun plus ou moins prononcé et propre à les différencier des polypes des autres cavités, caractère qui dérive de la disposition de l'organe où ils ont pris naissance, et qui est d'être éminemment vasculaire ; et, sous ce rapport, ces tumeurs rentrent sous l'empire d'une loi générale de pathogénie qui veut que les productions morbides participent des qualités anatomiques et vitales des organes au sein desquels ils se développent. Cette considération a une importance majeure, en ce qu'elle influe directement sur le choix des méthodes de traitement à mettre en usage.

Là, comme pour les autres polypes, trois moyens peuvent être tentés : la cautérisation, l'excision et la ligature.

Avec M. Velpeau (voir *Gazette des Hôpitaux*, août 1847), nous pensons que la cautérisation est un mauvais moyen, parce qu'il est difficile de limiter l'action du caustique au pédicule de la tumeur et d'empêcher qu'elle ne s'étende loin sur la paroi du rectum. L'excision serait, sans contredit, plus expéditive ; mais cette opération, pour les raisons de structure que nous avons indiquées, n'est guère applicable aux polypes du rectum. Il ne reste donc plus que la ligature ; c'est en effet elle seule qui puisse convenir dans la généralité des cas, et c'est elle qui doit être admise comme méthode générale.

Nous approuvons donc notre confrère M. Dufresse d'y avoir eu recours, et nous vous proposons :

1° De déposer dans vos archives l'observation de tumeur du sein;

2° De publier dans vos *Bulletins* les deux observations de polype du rectum.

Discussion.

M. Robert fait remarquer qu'il manque à l'observation de M. Dufresse un élément essentiel, l'examen microscopique. J'ai eu des occasions nombreuses, dit M. Robert, de voir des enfants affectés de ces prétendus polypes du rectum; j'ai examiné les tumeurs au microscope, et je les ai fait examiner par MM. Lebert, Robin, Verneuil, toujours il y a eu sur l'appréciation de la nature de ces tumeurs une entente parfaite : elles étaient manifestement produites par des hypertrophies glandulaires. Je pus enlever à une même époque une petite tumeur développée sur la muqueuse buccale, et, en comparant ces deux tumeurs qui différaient par le siége, on put reconnaître qu'elles étaient parfaitement semblables quant à leur structure.

J'ai aussi à dire quelques mots sur la citation que M. le rapporteur a faite relativement à moi.

J'ai opéré, il y a peu de temps, deux enfants, l'un âgé de seize ans, l'autre de quinze ans, qui présentaient de ces productions dans le rectum. Leur présence avait déterminé des accidents très graves, des hémorrhagies inquiétantes; la constitution en était fortement altérée.

La muqueuse du rectum présentait une quantité considérable de ces tumeurs, variant à l'infini de forme et de volume, rouges, violacées, pédiculées ou non pédiculées, offrant des différences de volume depuis celui d'un grain de blé jusqu'à celui d'une petite noix.

Le traitement a été très long : j'ai dû enlever successivement et lentement toutes les tumeurs, tantôt en les écrasant, tantôt en les arrachant, tantôt en les liant. L'examen microscopique a fourni constamment les mêmes résultats : jamais je n'ai trouvé de kyste ou de cavité dans l'intérieur des tumeurs.

M. Guersant, à l'hôpital des Enfants, a aussi rencontré souvent ce genre d'affection. Il est rare que l'année se passe sans qu'il s'en présente à son observation huit ou dix cas. Constamment aussi il a reconnu que ces tumeurs étaient formées par une hypertrophie glandulaire. Il les traite par la ligature. Une seule fois il fit l'excision, il y eut une hémorrhagie.

Les symptômes déterminés par la présence de cette affection en imposent souvent aux parents et même aux médecins. Plusieurs fois on a présenté à M. Guersant des petits malades qui offraient ce genre de tumeur et que l'on croyait atteints de dyssenterie. La guérison est constante après l'opération ; il n'y a pas de récidive.

M. Robert, à propos de la communication de M. Dufresse relative à une observation de kyste du sein, approuve la réserve de M. Forget, qui n'a pas voulu se prononcer sur la nature de ce kyste. On trouve quelquefois ces kystes d'apparence bénigne compliqués de cancer.

J'ai vu il y a dix ans, dit M. Robert, une malade qui présentait aussi une tumeur du sein, que je reconnus être formée par un kyste. Depuis dix ans, il existait dans l'aisselle un ganglion engorgé, indolore, que j'attribuais aux fatigues de plusieurs allaitements.

Je me décidai à inciser largement le kyste; il sortit de la sérosité limpide, citrine. Je voulus faire suppurer; la suppuration qui se fit était fétide. Je cautérisai : rien ne put faire cicatriser la plaie; il se forma des indurations, il y eut des douleurs lancinantes; j'enlevai le tout, et on reconnut qu'il existait des cellules cancéreuses dans les parois du kyste.

J'étais inquiet sur ce qui arriverait vers le ganglion axillaire; la plaie se cicatrisa bien; mais, comme je le craignais, le cancer se montra dans l'aisselle, et trois fois je dus attaquer des récidives. Enfin, la malade mourut.

Il y a deux ans, M. Cruveilhier donnait ses soins à une vieille gouvernante qui portait une tumeur du sein prétendue fibreuse : c'était encore un kyste; ce kyste s'ouvrit seul. M. Cruveilhier m'envoya la malade. L'ouverture était restée fistuleuse, le trajet saignait facilement. Je voulus, pour amener la guérison, ouvrir largement et faire suppurer. Comme dans le cas précédent, nous eûmes suppuration fétide, indurations, etc. J'enlevai la totalité du sein : on reconnut aussi des cellules cancéreusees. Jusqu'à présent il n'y a pas eu de récidive.

On voit donc dans ces deux cas des kystes de l'apparence la plus simple être cependant compliqués de cancer. La malade de M. Chassaigne a présenté les mêmes phases que mes malades : on a dû enlever la tumeur. Etait-ce bien un kyste ? Là aussi l'examen microscopique manque malheureusement.

M. Chassaignac rappelle que ces kystes, contenant dans leurs parois des éléments cancéreux, ont été déjà signalés et entre autres fort bien étudiés par Dupuytren. Néanmoins ces cas ne laissent pas que de surprendre; pour son compte, il a pu en observer deux exemples.

Il y a longtemps, dit M. Chassaignac, remplaçant Breschet à l'Hôtel-Dieu, je fus consulté par une femme qui portait une tumeur du sein; une ponction exploratrice indiqua qu'il s'agissait d'un kyste. Il sortit un liquide citrin. Je me proposais, quelques jours après, de faire une injection iodée ; la malade ne revint qu'après un assez long temps, et la tumeur avait l'aspect d'un cancer. Je l'enlevai, et je trouvai en effet un cancer.

Il y a six mois, je vis une autre femme offrant une fistule du sein avec empâtement globuleux ; par l'orifice fistuleux sortait un liquide très limpide ; il y avait un ganglion dans l'aisselle, que j'enlevai avec le sein : je trouvai également l'élément cancéreux.

M. Chassaignac, frappé de ces faits, s'est demandé s'il n'y aurait pas une disposition anatomique qui expliquerait la présence de ces kystes coïncidant avec le développement du cancer. Il lui paraîtrait que derrière la glande existerait une bourse muqueuse qui, probablement sous l'influence du surcroît de vitalité imprimée par la présence de la production morbide nouvelle, serait susceptible de présenter une hydropisie analogue à celle que l'on rencontre sur d'autres bourses muqueuses. En se développant, le kyste se coifferait pour ainsi dire de la partie cancéreuse, qui formerait ainsi corps avec sa paroi externe.

Pour apprécier l'existence de cette bourse muqueuse, M. Chassaignac a procédé de la manière suivante : il a fait de haut en bas une longue incision verticale divisant la totalité du sein et plongeant jusque sur la paroi thoracique. Une fois cette coupe faite, il lui a paru qu'en arrière de la glande se trouvait entre elle et les muscles pectoraux un espace limité, lisse, offrant tout à fait l'aspect d'une cavité naturelle.

M. Giraldès ne nie pas qu'accidentellement il puisse se rencontrer une bourse muqueuse derrière la glande mammaire ; mais, sans contredit, ce n'est pas là un fait d'anatomie normale. Voici, en effet, quelle est la disposition de la région rétro-mammaire : de la clavicule à laquelle il adhère descend un feuillet du *fascia superficialis*, qui, au niveau de la glande, se divise en deux lames, dont l'une passe derrière cet organe et l'autre en avant, formant ainsi un véritable ligament suspenseur qui ne permet pas au sein de se déplacer en bas; derrière le feuillet profond se trouve un tissu cellulaire lâche, lamelleux, présentant une grande richesse de vaisseaux lymphatiques : c'est cet espace que M. Chassaignac a trouvé en pratiquant la coupe verticale qu'il a décrite. Quant aux causes qui rendent si facile la formation des kystes mammaires, il faut les chercher dans un autre élément anatomique : ce sont, le plus souvent, des dilatations des vaisseaux galactofores, dilatations qui peuvent acquérir une dimension considérable. En même temps que se fait l'ampliation de ces vaisseaux, la muqueuse qui les tapisse prend des caractères nouveaux : elle se vascularise d'une façon très remarquable et devient comme fongueuse; cette disposition a été fort bien décrite par Brodie en 1824. Si on ouvre ces kystes, on voit arriver précisément ce qui a lieu quand on ouvre les bourses muqueuses : la surface interne du kyste sécrète une matière mucoso-purulente; elle se boursoufle, et la cicatrice ne se fait qu'à grand'peine.

M. Chassaignac, dans les recherches auxquelles il s'est livré, s'est bien attaché à ne produire aucun déchirement, et cependant il est certain d'avoir rencontré un espace parfaitement limité qui lui a paru normal. Du reste, M. Chassaignac est loin de prétendre que ce doive être là une disposition constante : il fixe l'attention de ses collègues sur ce point d'anatomie topographique.

M. Forget ne met pas un seul instant en doute la coïncidence possible du cancer et des kystes mammaires : c'est là un fait parfaitement acquis à la science et signalé avec le plus grand soin par A. Cooper. Seulement dans le rapport, dit M. Forget, j'ai voulu faire ressortir ce qui m'a frappé dans l'observation de M. Dufresse; peut-être l'auteur a-t-il été trop pressé d'enlever la tumeur? Un traitement plus prolongé aurait peut-être amené la cicatrisation de la plaie résultant de l'ouverture du kyste. La présence du cancer dans la tumeur ne me paraît pas suffisamment démontrée. La présence d'un ganglion axillaire ne saurait être considérée comme une preuve irrécusable de la complication cancéreuse.

Le vice-secrétaire de la Société, E. Laborie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

La séance d'ouverture du concours d'agrégation pour les sciences accessoires (anatomie et chimie) a eu lieu mercredi 8 juin. Le jury se trouve définitivement constitué ainsi qu'il suit :

Président : M. Bérard;

Juges titulaires : MM. Denonvilliers, Malgaigne, Wurtz, Gavarret; Bouchardat, professeurs; MM. Favre et Béclard, agrégés;

Juges suppléants : MM. Moquin-Tandon et Requin, professeurs; M. Duméril, agrégé.

Les concurrents inscrits qui ont répondu à l'appel sont : pour l'anatomie, MM. Fano, Dupré, Segond et Verneuil; pour la chimie, MM. Figuier, Leconte, Orfila et Brame.

Les séances du concours auront lieu les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine, à quatre heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté.

La question écrite a été traitée jeudi par les candidats. Elle était ainsi conçue :

L'os. — Anatomie de texture. — Physiologie. — Chimie. — Le rachitisme.

On a entendu dans la séance de vendredi la lecture des compositions de MM. Dupré, Fano et Segond, et aujourd'hui lundi MM. Leconte, Orfila et Verneuil; mercredi, M. Figuier.

L'un des compétiteurs inscrits pour la chimie, M. Brame, s'est retiré du concours.

— Un concours pour l'admission à 40 emplois de médecin aide-major et 15 emplois de pharmacien aide-major à l'Ecole impériale et spéciale de médecine et de pharmacie militaires à Paris aura lieu.

L'ouverture des épreuves est fixée : à Strasbourg, le 10 septembre prochain ; à Montpellier, le 25 septembre; à Paris, le 10 octobre.

Nous ferons connaître dans le prochain numéro les conditions d'admission.

— Le nouveau collége médical de Calcutta vient d'être terminé ; il contient un hôpital de 500 lits, répartis entre 24 salles larges, spacieuses, bien aérées et bien éclairées, pourvues abondamment d'eau potable. Ce magnifique établissement, qui était commencé depuis 1848, a coûté 500,000 fr. Une aile de l'hôpital a été réservée pour les femmes et pour les enfants.

— Nécrologie. — Un médecin qui a occupé une grande place dans la médecine anglaise, M. le docteur Richard Chambers, est mort subitement, probablement à la suite de l'ingestion d'une dose trop forte d'acide hydrocyanique. M. Chambers était atteint depuis longtemps d'une maladie du cœur.

— *Programme des prix de la Société de médecine de Bordeaux.* — La Société avait proposé un prix de la valeur de 300 fr. sur la question suivante :

« Etablir par des faits les différentes conditions morbides qui donnent lieu à la présence de l'albumine dans l'urine. »

La Société n'ayant reçu qu'un mémoire, qui n'a pas été récompensé, remet la question au concours pour 1854.

La Société, en outre, propose pour sujet d'un prix de la valeur de 300 fr., qu'elle décernera en 1855, le problème suivant :

« Rechercher quelles sont les différences qui existent entre l'infection purulente et la diathèse purulente; faire l'histoire de cette dernière. »

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Manuel d'anatomie pathologique, par A. Förster, professeur à l'Université de Gœttingue. Traduit de l'allemand sur la 2e édition, par H. Kaula, d.-m., avec 6 planches lithographiées. — Strasbourg, Ve Berger-Levrault et fils, libraires. — Paris, dépôt général chez C. Reinwald, libraire, rue des Saints-Pères, 15.

En vente, chez Firmin Didot *frères, rue Jacob, 6, à Paris.*

De la parole, considérée au double point de vue de la physiologie et de la grammaire. Nouvelles études sur les divers ordres de phénomènes dont se compose le langage de la voix articulée; par Léon Waïsse, professeur de la classe de perfectionnement à l'Institution impériale des Sourds-Muets. Prix : 1 fr.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 71. — JEUDI 16 JUIN 1853. (26e ANNÉE.) N° 71. — JEUDI 16 JUIN 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE.	Trois mois. . . . 8 fr. 50 c. Six mois. . . . . 16 » Un an. . . . . . 30 »	
GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES.	Trois mois. . . . . 9 fr. Six mois. . . . . . 17 Un an. 33	
ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR.	Trois mois. . . . . 10 fr. Six mois. . . . . . 20 Un an. 38	

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

PARIS, LE 15 JUIN 1853.

Séance de l'Académie de Médecine.

L'Académie est, comme le public, comme nous-même, fatiguée de la discussion sur la surdi-mutité. Elle voudrait en finir; et par une singulière fatalité, les questions toujours irritantes de personnes qui se mêlent aux intérêts scientifiques aigrissent les esprits les plus bienveillants, donnent de la bile aux hommes les plus débonnaires.

C'est ce dont nous avons encore été témoin hier. La deuxième réponse adoptée par la commission avait le tort de donner un nom propre; plusieurs membres ont voulu effacer cette inconvenance, et l'un d'entre eux avec un peu trop de vivacité; il s'en est suivi une lutte ardente que les efforts, ordinairement plus nasillards que puissants du vice-président, M. Nacquart, n'ont pu dominer. Plus d'une heure s'est écoulée à savoir si l'on retrancherait un nom, si on en porterait un autre, si on adopterait le *tous* de la commission ou le *presque tous* du rapporteur, relativement à la faculté qu'ont les sourds-muets de lire la parole sur les lèvres.

MM. Bouvier et Jules Guérin, rarement d'accord, comme l'a fait malicieusement remarquer M. Bérard, se sont donné la main : M. Bouvier voulait faire retrancher l'alinéa relatif à M. Blanchet; M. J. Guérin avait présenté un amendement fort bien conçu, dans lequel ce nom ne paraissait pas, et que M. Bégin a eu la singulière prétention de trouver tout pareil à la réponse de la commission : c'était, selon l'honorable membre, *la réponse retournée.* Grâce à cette bizarre opinion, et à la lassitude générale, la rédaction de la commission, que nous n'hésitons pas à trouver très défectueuse, a été adoptée.

Il en a été de même pour le mot *tous.* Malgré les sages observations de M. Londe, qui affirmait que huit sourds-muets sur dix ne pouvaient lire la parole sur les lèvres, l'Académie a décidé que *tous,* et *non presque tous* les sourds-muets jouissaient de cette faculté. Ce qui nous a paru encore fort singulier ici, c'est que M. Malgaigne se soit rallié à cette rédaction, et qu'après les difficultés si grotesques qu'il a signalées à ce sujet dans son discours, il ait cru devoir voter en sens contraire. Il est vrai qu'il a pour excuse, s'il faut en croire les sourds-muets, la conformation particulière de sa mâchoire supérieure!

Le calme n'est revenu que lorsqu'il s'est agi de retrancher le nom du chef d'une institution dans la troisièmee réponse. On a bien voulu comprendre enfin que ces indications personnelles étaient peu convenables; et ce qu'on n'a pas voulu faire pour M. Blanchet, on l'a consenti pour M. Dubois : *e semprè bene.*

Nous ne reviendrons pas sur la question de la perception des vibrations par les nerfs, et de l'audition. Nous aimons peu les querelles de mots, et nous n'avons jamais eu du goût pour la logomachie, même scientifique, Nous y laissons se plaire à leur gré le pédantisme et la sottise, que l'on rencontre parfois aux académies, dans le public et même dans la presse.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. BAZIN.

Des teignes et de leur traitement.

Ce mot teigne emporte avec lui l'idée de ténacité, d'opiniâtreté : *cela tient comme teigne,* dit-on. C'est qu'en effet l'affection généralement désignée sous ce nom est une des plus rebelles de la pathologie cutanée.

Mais, d'abord, que faut-il entendre par le mot teigne? On a longtemps désigné ainsi la plupart des maladies qui peuvent affecter le cuir chevelu (eczéma, impétigo, psoriasis, favus, etc.) : aussi beaucoup de dermatologistes très distingués, ceux surtout qui appartiennent à l'école anglaise, avaient-ils proposé de rayer ce mot du cadre nosologique. Cependant, si l'on considère, d'une part, l'empire de l'habitude, chose si difficile à déraciner, et, de l'autre, la spécialité de nature de certaines maladies du cuir chevelu, on sera porté à conserver l'expression de teigne pour caractériser, comme le propose M. Bazin, *une affection des poils produite et entretenue par la présence d'un végétal parasite.*

Cela posé, voyons comment M. Bazin entend la question des teignes et quel est le traitement particulier qu'il leur oppose et auquel il doit d'excellents résultats.

Si l'on doit admettre, dit-il, que la gale est essentiellement constituée par l'acarus et que les éruptions papulo-vésiculeuses et pustuleuses ne sont que la conséquence des piqûres de l'insecte, *à fortiori* doit-on considérer la teigne comme étant essentiellement constituée par le champignon. C'est le cryptogame qui forme, en effet, presque à lui seul tout le produit morbide dans la teigne, quand celle-ci n'a pas été dénaturée par des applications irritantes. Le pus, la sérosité purulente sont des éléments en général étrangers à la composition des matériaux de la teigne. On a même à tort avancé le contraire.

M. Bazin divise les teignes en *primitives* et *consécutives*, distinction qu'il regarde comme très importante pour le diagnoctic et le traitement. Les premières naissent spontanément sans avoir été précédées d'aucune affection de la peau : les teignes consécutives se développent sur des surfaces déjà atteintes, depuis un temps plus ou moins long, d'une affection herpétique, eczémateuse, lichénoïde, etc.; elles sont, en général, moins étendues et moins rebelles que les précédentes.

Une autre distinction qui trouve son application dans la pratique est relative au siége : teignes de la tête, teignes du corps. Ces dernières cèdent plus facilement aux moyens thérapeutiques à cause de l'isolement et du peu de profondeur des bulbes pileux sur les régions du corps autres que le cuir chevelu.

Le développement des teignes a deux périodes distinctes. Dans la première, le végétal parasite, ou, si l'on veut, le produit morbide de la teigne, est intérieur et se trouve enfermé dans les différentes parties constituantes du cheveu, le bulbe, la capsule ou dans la tige elle-même; il ne s'annonce à cette période que par une altération plus ou moins appréciable des cheveux. Plus tard, le champignon, de couleur jaune ou blanche, apparaît à l'extérieur plus ou moins vivace et avec des formes plus ou moins régulières. Dans certaines formes, cependant, il reste toujours caché (mentagre, vitiligo du cuir chevelu, *porrigo decalvans*).

Le champignon, constituant une sorte de corps étranger dans le derme, peut y déterminer un appel de sang et produire une congestion plus ou moins marquée, mais surtout dans le favus. Il y a souvent en même temps des éruptions pustuleuses (la mentagre); et enfin, dans presque tous les cas, des démangeaisons, du prurit et quelquefois, mais rarement, de la douleur, seulement dans le cas d'inflammation. Notons, enfin, l'altération des poils, leur flétrissure, leur atrophie, leur décoloration, leur chute.

La marche des teignes est en général très lente; envahissant quelquefois à la longue de très larges surfaces (le favus), ou restant bornées à un espace très étroitement limité (herpès tonsurant, mentagre). Abandonnées à elles-mêmes, elles persistent indéfiniment, ou bien elles guérissent spontanément, laissant de larges surfaces blanches dénudées de poils, et dans lesquelles le *pigmentum* a été détruit. Enfin, dans des cas plus heureux, la maladie s'arrête à une période peu avancée, les cheveux repoussent avec leurs caractères ordinaires, et le malade guérit sans qu'il reste de traces de l'affection qu'il a subie. Mais ces cas sont rares. Du reste, les teignes n'exercent aucune réaction sur l'économie, et quant aux engorgements ganglionaires qui se forment parfois au voisinage, c'est là un accident commun à une foule d'affections diverses, et qui n'a rien du caractère scrofuleux.

M. Bazin admet cinq espèces de teignes :

1° La TEIGNE FAVEUSE (*porrigo favosa* et *scutulata* des auteurs, *teigne* proprement dite);

2° La TEIGNE TONSURANTE (*teigne tondante* de M. Mahon, *herpès tonsurant* de M. Cazenave);

3° La TEIGNE MENTAGRE (*mentagre,* ou *sycosis* des auteurs);

4° La TEIGNE ACHROMATEUSE (*porrigo decalvans* de Bateman, *vitiligo* du cuir chevelu de M. Cazenave);

5° La TEIGNE DÉCALVANTE (*alopécie idiopathique* des auteurs).

Comme on le voit, ces diverses variétés de teigne sont prises dans des ordres ou des genres très différents, suivant les dermatologistes; mais aux yeux du praticien dont nous exposons les idées, elles ont un caractère commun qui doit les réunir, c'est d'être constituées en principe par un végétal parasite, un cryptogame.

C'est ce cryptogame que nous devons décrire ici.

On sait que l'existence d'un parasite végétal a été reconnue il y a une douzaine d'années par un habile micrographe, M. Gruby (Académie des sciences, juillet 1841). Admise par quelques pathologistes, rejetée par d'autres, la découverte de M. Gruby a été pleinement confirmée par les recherches de M. Bazin (1). Examinant un petit fragment de matière faveuse délayée dans une goutte d'eau ou d'acide acétique, à un grossissement de 2 à 300 diamètres, on reconnaîtra qu'elle est constituée par des sporules, des tubes vides et des tubes chargés de sporules. Ces sporules, de forme ovoïde, attachées bout à bout en forme de chapelet, ont jusqu'à 0m,007 ou 0m,008 de longueur. Les tubes sont flexueux, simples ou ramifiés, vides ou chargés de spores ou de granules, accolés les uns aux autres; ils forment des tiges plus ou moins larges, quelquefois comme articulés.

(1) Voir la brochure, avec planches, récemment publiée par M. le docteur Bazin.

Une parcelle de la poussière blanche qui recouvre les plaques et les poils rompus de l'herpès tonsurant montrent à l'œil de l'observateur la même disposition microscopique; seulement, ici, les sporules ont une forme plus régulière, plus arrondie : elles sont plus nombreuses.

Ces productions cryptogamiques sont de véritables *mucédinées*, semblables à celles qui se développent à la surface des matières animales en décomposition.

Mais quel est le *siége* précis de la maladie? On sait la divergence des auteurs à cet égard; voici ce qu'en pense M. Bazin. Il croit que le champignon prend naissance à la partie la plus inférieure du conduit épidermique du poil, au-dessus de la terminaison de la membrane capsulaire interne; de là il envoie ses irradiations dans l'intérieur du cheveu, d'une part, et, de l'autre, il se développe extérieurement sous l'épiderme. Or le conduit épidermique adhère fortement au poil et met obstacle à la libre sortie du champignon; c'est lui qui forme le point central, l'ombilic de la dépression qui constitue le godet. Le champignon, s'accroissant toujours, se porte du côté de la peau, entre les deux couches de l'enveloppe épidermique du poil.

Quant aux différentes formes que détermine l'évolution du parasite à l'extérieur, M. Bazin a constaté les faits suivants :

Dans le *favus*, le champignon attaque les poils, et se montre à l'extérieur sous forme de croûtes jaunes plus ou moins enchâssées dans l'épaisseur de la peau. Il peut y avoir en même temps des congestions sanguines, des hémorrhagies, une hypersécrétion épidermique, des inflammations avec suppuration du cuir chevelu, etc.; mais ce sont là des accidents et non des phénomènes nécessaires.

Le champignon de la *teigne tondante* attaque aussi les poils; mais au lieu de ces croûtes jaunes profondément enchâssées du favus, ce sont de simples squames pulvérulentes, de couleur blanchâtre, quelquefois d'apparence floconneuse, mais sans inflammation, sans productions pustuleuses, etc.

Dans la *mentagre*, au contraire, il y a inflammation parfois assez vive, formation de pustules et même de végétations fongueuses à la base des poils; ceux-ci sont plus ou moins altérés. Seulement le parasite ne semble pas se manifester à l'extérieur.

Enfin dans les formes *décalvante* et *achromateuse*, pas de manifestation extérieure, pas de complication inflammatoire; mais seulement altération du poil et chute de celui-ci.

La *nature* cryptogamique de la teigne, son *siége* à la racine du poil étant connus, le *traitement* se présente pour ainsi dire de lui-même. Deux indications sont là pour répondre à la double notion que nous venons de signaler :

1° Enlever le poil pour mettre à nu le siége de la végétation parasite;

2° Détruire celle-ci à l'aide d'un agent spécial.

1° *De l'épilation.* — Sans épilation, dit M. Bazin, il n'y a pas de guérison certaine; quand on a détruit ou enlevé la partie libre extérieure du champignon, il reste encore la partie la plus profonde, celle qui réside dans l'intérieur de la racine du cheveu et sous l'épiderme. Or c'est cette portion restante qui reproduira infailliblement le mal si l'on ne parvient à l'extraire, et cette extraction est d'autant plus indispensable que les poils sont plus profondément enchâssés dans l'épaisseur de la peau, et qu'ils sont plus multipliés dans le même bulbe. Là où les poils sont chétifs et largement disséminés, ils tombent en même temps que les croûtes, et la guérison peut avoir lieu sans qu'il soit nécessaire d'avoir recours à l'épilation. Dans des circonstances opposées, c'est-à-dire si les poils sont serrés, vigoureux, s'il existe entre eux beaucoup de poils follets, l'extraction devra être répétée plusieurs fois. D'après tout ce qui précède, on voit que ce n'est pas seulement dans le cas de favus que l'épilation doit être mise en usage, mais encore dans les autres formes auxquelles cette opération n'avait jamais été appliquée.

2° Quant à l'*agent parasiticide*, M. Bazin, après plusieurs recherches, s'est arrêté à l'emploi du sublimé et de l'acétate de cuivre à la dose de 3 à 5 grammes pour 500 grammes de véhicule. Ces substances peuvent être appliquées soit sous forme de lotions, soit sous forme de pommades. M. Bazin préfère les lotions, parce que, dit-il, les liquides pénètrent avec plus de facilité dans les follicules ouverts par l'épilation, et imbibent plus sûrement les portions restantes du champignon. Lorsqu'une surface d'un centimètre carré a été dépouillée de poils, on s'arrête; on lave la partie dépouillée avec de l'eau de savon, afin de la bien nettoyer et d'enlever les corps gras qui gêneraient l'action du liquide; puis on applique celui-ci à l'aide d'un petit chiffon, ou mieux d'une brosse douce.

Nous allons d'ailleurs revenir avec détails sur les procédés opé-

ratoires à employer, en décrivant chaque espèce de teigne en particulier.

I. Du favus.

Le favus est caractérisé par des croûtes sèches plus ou moins étendues et saillantes, inégales, irrégulières, souvent creusées en godet, isolées ou réunies et agglomérées, d'une couleur jaune de soufre ou blanchâtre, présentant parfois une odeur de souris. Au niveau de ces croûtes, les poils sont décolorés, cassants; ils tombent facilement, et leur chute est souvent suivie d'alopécie. — Le favus occupe plus particulièrement le cuir chevelu; on le rencontre cependant quelquefois sur d'autres parties du corps, là où se trouvent des bulbes pileux, et pouvant même recouvrir de très larges surfaces.

M. Bazin partage en trois périodes la *marche* du favus:

1° L'affection commence par l'altération du poil; la peau est encore saine. Rien à l'extérieur ne décèle la maladie d'une manière bien évidente. Il n'y a pas même de troubles dans la sensibilité. Peu de démangeaison; encore moins de prurit ou de cuisson.

2° Ici le mal a fait des progrès; le poil est plus profondément altéré; le champignon commence à se montrer à l'extérieur, à la base du poil, sous forme de croûtes jaunâtres. Il peut dès lors y avoir quelques désordres locaux, de la rougeur, de l'épaississement de l'épiderme, de la démangeaison, etc. C'est pendant cette période que le favus poursuit les phases normales de son évolution.

3° L'altération des poils est arrivée à son plus haut degré; ils tombent d'eux-mêmes, et leur chute est suivie d'une cicatrice blanche au niveau de laquelle les bulbes pileux sont à jamais détruits. — Les parties moins profondément atteintes sont couvertes d'une matière blanchâtre, pulvérulente, débris des croûtes faveuses, et que l'on a comparée à certaines productions lichénoïdes, à des fragments de plâtre tombés en poussière.

Ces différents états, phases successives de l'évolution de la teigne faveuse, se présentent quelquefois simultanément sur un même individu.

Les auteurs ont décrit trois formes de la maladie qui nous occupe, et qu'ils ont désignées sous les noms de *favus urcéolaire*, *scutiforme* et *squarreux*. Voyons quels sont les caractères principaux de ces différentes formes.

A. Favus urcéolaire (*porrigo favosa*, *tinea lupinosa*, *teigne alvéolaire* des auteurs). — Bien que son siége le plus fréquent soit à la tête, on le voit encore assez souvent sur les différentes parties du corps. Il peut succéder à d'autres maladies de la peau, et particulièrement à l'herpès circiné. M. Bazin a observé plusieurs fois cette succession.

Dans la première période, le favus urcéolaire ne se manifeste guère que par les modifications que subissent les cheveux au niveau des parties qui doivent être envahies. Le cheveu devient terne; il se décolore, se laisse arracher avec facilité. Au microscope, on reconnaît que sa structure intime a subi de profondes modifications. Les deux substances qui composent la tige semblent confondues; la couleur est sale, rouillée et grisâtre, et des traces du champignon se font reconnaître à la partie radiculaire.

Dans la seconde période, les démangeaisons se manifestent, ou, si elles existaient déjà, deviennent plus intenses; et bientôt le champignon se montre sous forme d'un point jaune à la base du poil. Suivant à la loupe l'évolution de la croûte favique, on voit qu'elle apparaît d'abord au-dessous de l'épiderme, d'un seul côté ou de plusieurs côtés à la fois. Ces petites concrétions ne tardent pas à se réunir et à former autour du poil, au point où il émerge de la peau, un très petit godet qu'il traverse par le centre. L'accroissement de la croûte est très rapide; ce godet a été comparé par les auteurs aux alvéoles des gâteaux de miel, ou bien aux semences du lupin. La surface interne de la dépression centrale est tantôt lisse et unie, tantôt irrégulière, et présente une série de reliefs circulaires, concentriques, que M. Bazin compare aux saillies circulaires qu'offrent à l'extérieur les nids d'hirondelles. Lorsqu'il a atteint certaines dimensions et qu'il s'est élevé au-dessus du niveau de la peau, le champignon déchire son enveloppe épidermique, fait hernie à travers cette ouverture et perd sa forme régulière. Quand les godets faviques sont rapprochés, ils ne tardent pas à se rencontrer par suite de leur développement excentrique, et l'enveloppe épidermique se rompt au niveau de la rencontre. Ailleurs, cette rupture est occasionnée par les ongles du malade, que la démangeaison sollicite à se gratter. C'est alors que l'irritation, qui existait déjà par le fait de la présence du champignon dans l'intérieur du derme, augmentée encore par cette action des ongles, produit quelquefois des pustules, puis des croûtes d'impétigo qui viennent compliquer l'affection première.

Si, après avoir rompu l'épiderme à la circonférence du godet, on vient à le détacher très doucement avec une spatule ou un stylet recourbé, on trouve les parties sous-jacentes déprimées, rouges, encore recouvertes d'une couche très mince d'épithélium à travers laquelle transsude une lymphe plastique. Au bout de quelques jours la peau a repris son niveau dans le point où l'énucléation avait eu lieu.

Les progrès sont tantôt rapides, tantôt très lents. Mais au total, après un temps qui varie de quelques mois à plusieurs années, temps pendant lequel l'éruption favique a été plusieurs fois balayée et s'est plusieurs fois reproduite, on voit survenir la troisième période.

Pendant cette dernière phase de la maladie, la tête, débarrassée de ses croûtes, conserve toujours une rougeur congestive qui augmente par les efforts, la déclivité, etc. Cette rougeur s'accompagne souvent de démangeaison, souvent aussi d'une tension douloureuse qu'attestent la persistance de la maladie et l'existence au sein des follicules pileux d'un corps étranger qui entretient l'irritation; elle ne disparaît que sur les parties chauves et sur les cicatrices qui succèdent à la chute des cheveux. L'altération de ceux-ci fait des progrès continuels; ils deviennent grisâtres, s'atrophient, prennent quelquefois un aspect lanugineux; ils se détachent avec la plus grande facilité ou se cassent au niveau de la peau.

Lorsque la maladie a duré un certain temps, on voit à la place qu'occupaient les croûtes de larges plaques blanches constituées par de véritables cicatrices. Le pigment et les bulbes ont été détruits par le champignon. C'est surtout aux parties antérieures et latérales de la tête que ces désordres s'observent le plus communément.

A cette période, le mal fait des progrès rapides, gagne, s'étend, et atteint même parfois les différentes parties du corps.

B. Favus scutiforme (*favus nummularis, porrigo scutulata, favus en cercles*, etc.). — Cette variété est tantôt primitive, tantôt consécutive à diverses maladies de la peau (*eczéma, impétigo, lichen chronique*). On ne la rencontre guère que sur le cuir chevelu et chez les personnes dont la chevelure est très épaisse.

A sa première période, l'existence du champignon est facile à constater, mais elle est moins profonde que dans le favus urcéolaire.

Dans la seconde, l'évolution favique extérieure ne présente pas les mêmes caractères que dans le cas précédent. Ce sont d'abord de petites plaques arrondies, de 1 à 3 et 4 centimètres de diamètre. Là, le tégument paraît soulevé; il est plus ou moins rouge et sensible à la pression. Les poils qui recouvrent la plaque saillante ne tardent pas à présenter à leur base une petite écaille épidermique blanchâtre ou jaunâtre, qui plus tard forme une gaîne à l'extrémité adhérente des cheveux. Cette affection pourrait, dans cette période, être confondue avec le pityriasis, dont elle diffère par la saillie des plaques, l'adhérence des squames, l'aspect gommé des gaînes épidermiques des poils. Mais, en outre, l'examen microscopique montre la transformation des cellules épidermiques qui constituent les écailles en tubes et en sporules. Puis, la matière cryptogamique s'amassant de plus en plus, il se forme des concrétions présentant la couleur jaune propre au favus; seulement, ici, elles ne sont pas en godets, mais elles se réunissent pour couvrir la plaque de tégument malade.

Il y a ordinairement plusieurs plaques formées simultanément ou successivement; elles peuvent se joindre et occuper une partie du cuir chevelu, ou même sa totalité. On voit alors de larges surfaces couvertes de croûtes irrégulières, inégales, bosselées, traversées de cheveux, imprégnées de sang desséché, exhalant une odeur fade, quelquefois infecte, renfermant parfois des poux, mais jamais en aussi grande quantité que dans l'impétigo granulata.

Dans cette forme, l'altération du poil marche avec beaucoup plus de lenteur que dans la forme urcéolaire.

Si le mal s'étend à d'autres parties du corps, c'est sous cette dernière forme. Du reste, les deux formes peuvent se trouver réunies sur le même individu.

La dépression des plaques qui succède à la guérison du favus scutiforme est quelquefois taillée comme par un emporte-pièce.

C. Favus squarreux (*porrigo squarrosa*).—Cette forme est assez semblable à la précédente; aussi plusieurs auteurs les ont-ils confondues. Toutefois, M. Bazin pense que la distinction doit être maintenue. Dans cette dernière variété, l'évolution extérieure du champignon ne se fait pas aussi régulièrement; elle a lieu sur des surfaces plus ou moins allongées, inégales, mal circonscrites; la matière favique s'étend sur les cheveux, leur forme des gaînes qui se réunissent et se soudent en quelque sorte les unes aux autres; de là des saillies, des masses de concrétions hérissées de cheveux, et séparées par des sillons profonds. On ne saurait mieux comparer cette teigne, pour l'aspect extérieur, qu'à ces plans en relief qui représentent un terrain montagneux: le sol de l'Ardèche, par exemple.

Tels sont les caractères locaux des différentes formes du favus. Cette affection donne-t-elle lieu à des phénomènes généraux? Il est bien vrai que certains faveux sont pâles, cachectiques, scrofuleux, etc.; mais d'autres jouissent de la meilleure santé. Quant à leur caractère, on a remarqué qu'ils sont souvent hargneux, acariâtres, vicieux, etc., ce que M. Bazin attribue à la répulsion, au dégoût qu'ils inspirent et qui les font rejeter de la société comme des espèces de parias.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 14 juin 1853. — Présidence de M. Bérard.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Instructions sur les rapports des eaux minérales.

M. le ministre de l'intérieur adresse une instruction relative aux rapports sur les eaux minérales et à l'époque où ces rapports doivent être rédigés et adressés à l'administration.

Épidémie de dyssenterie.

Le même ministre transmet un rapport de M. le docteur François, médecin des épidémies pour l'arrondissement d'Abbeville, sur une épidémie de dyssenterie qui a régné dans la commune de Moufflers (Somme) depuis le 1er août jusqu'au 7 septembre 1852.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Sur la nature et le traitement du diabète.

M. le docteur Tavignot adresse la note suivante:

Ayant été conduit par mes travaux à étudier sous ses différentes formes l'*amblyopie symptomatique du diabète*, j'ai saisi une occasion qui s'est offerte pour m'occuper du diabète lui-même, espérant qu'il me serait peut-être donné, après un sévère examen de nos connaissances actuelles sur ce sujet, d'avoir une opinion personnelle, de formuler un traitement raisonné.

J'ai atteint ce double résultat. Et, chose assez rare en médecine, où les efforts obtenus correspondent si rarement aux prévisions de notre esprit, j'ai pu, après six mois d'un traitement à peu près infructueux, dire le jour, l'heure et la minute, en quelque sorte, où notre malade n'offrirait plus aucune trace de sucre diabétique dans ses urines, sous l'influence de la médication nouvelle.

Ce fait, en apparence extraordinaire, est cependant des plus simples.

Après avoir rejeté tour à tour l'opinion des médecins qui ont assigné pour siége du diabète les reins, l'estomac ou le foie, j'ai été conduit à placer le point de départ de cette affection dans le poumon, non dans le poumon lésé anatomiquement, comme l'ont prétendu MM. Reynoso et Dechambre, mais dans le poumon lésé physiologiquement.

De cette lésion fonctionnelle, que l'on peut considérer comme essentiellement nerveuse depuis les beaux travaux de M. C. Bernard, à la découverte du mode de traitement que je vais indiquer, il n'y a qu'un pas.

En effet, dès l'instant où il me fut démontré que la présence du sucre dans le torrent circulatoire, et consécutivement dans les différentes sécrétions, était le résultat d'une combustion insuffisante de cette substance dans l'organe principal de l'hématose, il fut évident que l'on pourrait à volonté enrayer la marche de la maladie, soit en augmentant les propriétés combustibles de l'air inspiré, soit en accélérant les mouvements respiratoires pendant les premières heures qui suivent chaque repas.

Faire respirer au malade de l'air sur-oxygéné, tel qu'il se rencontre le matin au milieu des bois pendant la belle saison, et tel qu'on peut l'obtenir dans sa chambre à l'aide d'un simple appareil qui donne un dégagement continu d'oxygène, devait remplir la première indication.

Pour remplir la seconde, il m'a paru encore plus simple de prescrire au malade, après chaque repas, de larges et bonnes inspirations en plein air, de manière à remplacer dans les limites du possible la respiration ordinaire par une sorte de respiration accélérée.

C'est à dater de l'instant où j'eus l'idée de recourir à cette médication nouvelle que je constatai pour la première fois la disparition complète du sucre dans l'urine de mon malade diabétique.

Ces urines, traitées par la potasse caustique jusqu'à ébullition, sont devenues tout à coup incolores, tandis que jusque-là et malgré un traitement rationnel que nous avions prescrit dans une consultation, M. le docteur Vigla et moi, elles n'avait jamais cessé d'offrir cette teinte rouge-brunâtre analogue à la teinture d'iode étendue d'eau, ou même au vin ordinaire.

J'ai dû faire, et j'ai fait la contre-épreuve. C'est-à-dire que le traitement nouveau étant suspendu et l'alimentation restant la même dans l'un et l'autre cas, j'ai pu obtenir à volonté des urines sucrées.

Si ce fait, dans sa simplicité, mais aussi dans sa rigoureuse exactitude, pouvait tout à la fois fixer les esprits encore incertains et *sur le siége véritable et sur la thérapeutique du diabète*, je serais trop heureux que le hasard ait porté mon attention sur cet intéressant sujet.

Des épaules du fœtus comme cause de dystocie.

M. Jacquemier adresse de nouvelles observations à l'appui du mémoire qu'il a lu à l'Académie dans la séance du 2 décembre 1851, sur les épaules du fœtus considérées comme cause de dystocie dans les présentations de l'extrémité céphalique.

Fièvres typhoïdes.

M. Delaporte (de Vimoutiers) adresse un mémoire contenant de nouvelles remarques sur les fièvres dites typhoïdes.

Hygiène.

M. le docteur Petron (de Lizieux) adresse le prospectus d'un cours d'hygiène pour le concours Nadaud.

Cataracte.

M. Cuny adresse une note sur les diverses opérations pratiquées pour la cataracte en Orient.

Surdi-mutité.

M. Ferdinand Berthier, doyen des professeurs de l'Institution impériale des sourds-muets, adresse une lettre dans laquelle il déclare qu'il a cru devoir, dans l'intérêt des écoles de sourds-muets, se livrer à quelques développements à propos du grave sujet qui attire encore aujourd'hui toute l'attention. J'ai tâché, dit M. Berthier, non-seulement d'y faire ressortir les avantages réels de la mimique et l'utilité tout à fait *secondaire* de l'articulation, mais de faire apprécier surtout les conséquences funestes qui découleraient immanquablement de la proscription de cette belle langue naturelle, seule base solide de l'enseignement de *mes frères*, et avant tout et par-dessus tout l'élément le plus décisif de la prospérité croissante et de l'éternelle gloire de notre Institution impériale.

— M. Bouvier, à l'occasion de la correspondance, donne lecture d'une lettre qu'il a reçue de M. Hill, directeur de l'Institution royale des sourds-muets de Weissenfels. L'auteur de la lettre proteste contre le prétendu abandon de l'enseignement de l'articulation dans les écoles d'Allemagne, et traite d'erreurs mensongères les assertions émises à ce sujet devant l'Académie.

— M. le président annonce à l'Académie la mort de M. Grenet, correspondant à Joigny (Yonne).

L'ordre du jour appelle la délibération sur les conclusions du rapport de M. Piorry sur la surdi-mutité.

Voici le texte de la deuxième conclusion, sur laquelle l'Académie est appelée à délibérer:

« Les mouvements vibratoires des corps qui constituent la condition physique de la notion du son chez les sujets possédant le sens de l'ouïe ne peuvent jamais donner une telle notion aux sujets privés de ce sens. Mais, ainsi qu'il est généralement reconnu en physiologie et en pathologie, ces mouvements vibratoires produisent sur les organes de la sensibilité tactile une impression et une notion spéciales, que les sourds-muets peuvent mettre à profit dans un certain nombre de circonstances.

» Ce moyen d'instruction a été proposé et mis en pratique antérieurement aux recherches de M. Blanchet sur ce sujet. »

M. Bouvier déclare accepter volontiers le premier paragraphe de cette conclusion, qui exprime un axiome de physiologie contre lequel personne, dans l'Académie, n'aura l'idée de s'élever; mais il repousse le second paragraphe, dans lequel il voit une intention manifeste d'amoindrir la part qui revient à M. Blanchet dans cette affaire.

M. Bouvier s'élève à cette occasion contre l'insinuation d'exploitation faite par M. Bérard dans la dernière séance, et répond à quelques-unes des critiques de M. le président sur la confusion qui aurait été faite entre les mots son et vibrations sonores. M. Bouvier termine en faisant ressortir, par quelques citations qui exposent l'état de la science sur la surdi-mutité à l'époque où M. Blanchet a commencé ses travaux, la valeur et le mérite réels des travaux de ce médecin.

M. J. Guérin trouve la conclusion de la commission entachée d'une certaine préoccupation insuffisante au point de vue de la science et du savant qui a cherché à tirer des impressions du toucher un parti qu'on n'avait évidemment pas tiré jusque-là. Il propose en conséquence de substituer à la conclusion de la commission la conclusion suivante:

« Les sourds-muets sentent les mouvements vibratoires du corps par les nerfs de la sensibilité générale. Ils peuvent par cette voie suppléer jusqu'à un certain point à la notion directe du son, qui est le privilége exclusif de l'ouïe.

» Cette source de notions supplémentaires étudiée particulièrement par M. Blanchet est susceptible de rendre de véritables services aux sourds-muets. » (Appuyé.)

M. Bérard constate l'accord insolite de MM. Bouvier et J. Guérin pour l'accabler, lui humble académicien, peu propre, ainsi qu'on l'a dit, aux débats académiques. Il a entendu dire à M. Guérin que la question du ministre était bien posée. Question singulièrement posée, en effet, que celle qui confond les vibrations sonores avec le son. L'Académie en serait-elle donc réduite à des discussions grammaticales? Cela lui ferait peu d'honneur. M. Bérard rappelle la distinction qu'il faut faire entre le son considéré au point de vue physique, c'est-à-dire les vibrations du corps, et le son considéré au point de vue physique, c'est-à-dire l'état spécial du nerf auditif percevant la sensation du son. De ces deux sens, quel est celui qu'a entendu exprimer le ministre dans la question? C'est évidemment le sens physiologique

Considérée ainsi, la question est absurde. Or cette question, par qui a-t-elle été posée? Personne ne l'ignore, c'est par M. Blanchet lui-même.

M. Bérard, examinant à cette occasion la théorie de M. Blanchet et les résultats qui lui sont attribués, se propose de démontrer par quelques citations textuelles empruntées à l'ouvrage de ce médecin combien ses idées théoriques sont obscures et erronées. Quant à ses résultats, ils en sont encore à des espérances.

M. J. Guérin demande de nouveau la parole pour motiver sa proposition.

A dater de ce moment la discussion devient extrêmement agitée et confuse. L'Académie est appelée à voter au milieu du bruit et de l'agitation.

L'amendement de M. Guérin, n'étant pas appuyé à la seconde lecture, n'est pas mis aux voix.

L'amendement de M. Bouvier, consistant à supprimer le second paragraphe de la conclusion de la commission, est mis aux voix et repoussé. La conclusion de la commission est adoptée.

On passe à la troisième conclusion, conçue en ces termes :

« La possibilité de lire la parole sur les lèvres est une faculté commune à tous les sourds-muets, et sert de fondement à l'instruction de ces infortunés dans les écoles allemandes, et à Paris, dans l'institution de M. Dubois. »

M. Londe, appuyé par M. Guérin, demande qu'on supprime les noms propres; et qu'on remplace les derniers mots de la conclusion par ceux-ci : dans diverses institutions,

La conclusion de la commission est adoptée avec cette modification.

— La séance est levée à cinq heures.

RAPPORT

sur un cas de mort par le chloroforme,

Communiqué à la Société de chirurgie par M. le docteur Vallet, *chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Orléans.*

Commissaires : MM. Larrey, Denonvilliers et Robert, rapporteur.

Messieurs,

Le public médical s'est récemment ému à l'annonce d'un nouveau cas de mort subite causée par le chloroforme. Le fait s'était passé à l'Hôtel-Dieu d'Orléans, sous les yeux du chirurgien en chef de cet établissement, homme de savoir et d'expérience. La science en attendait impatiemment les détails, lorsque le 17 février 1853, M. Vallet a bien voulu les adresser à la Société de chirurgie.

Chargé, avec MM. Larrey et Denonvilliers, de vous en rendre compte, je vais d'abord vous le rappeler succinctement.

Un soldat du 27e de ligne, âgé de vingt-cinq ans, fut admis à l'hôpital en décembre 1852, pour se faire enlever deux petits kystes placés, l'un dans l'épaisseur de la joue gauche, au voisinage du conduit de Sténon, l'autre derrière la commissure labiale droite, et faisant saillie dans la cavité buccale. L'ablation de ce dernier avait été faite six mois auparavant, d'une manière incomplète, dans un autre hôpital. Peu de temps après la cicatrisation de la plaie, la tumeur s'était reproduite; elle offrait alors le volume d'une amande.

Ce jeune homme paraissait d'une forte constitution, et ne semblait atteint d'aucune affection de nature à contre-indiquer l'emploi du chloroforme, qu'il demandait d'ailleurs avec instance, ayant déjà été soumis à son action.

Le 20 décembre, M. Vallet procéda à l'opération en présence de plusieurs de ses collègues et des élèves de l'hôpital. Le malade, complétement à jeun, couché horizontalement, la tête légèrement relevée, fut soumis aux inhalations anesthésiques. Une éponge formant un cône creux, selon le procédé de M. Simpson, et imbibée d'un gramme de chloroforme, fut présentée par le chirurgien lui-même, d'abord à distance de l'ouverture des narines, puis graduellement rapprochée, avec la précaution de laisser continuellement la bouche entièrement libre et ouverte.

Au bout d'une minute, le malade n'exprimant aucune répugnance, 4 grammes environ de chloroforme furent versés sur l'éponge, et à peine quatre minutes s'étaient écoulées que le patient, sans avoir éprouvé aucun signe d'irritation du larynx, sans avoir manifesté aucune résistance, sans rougeur du visage, et après une légère période d'agitation, tomba dans un état d'insensibilité qui parut indiquer le moment favorable pour commencer l'opération. En cet instant la respiration paraissait s'exécuter d'une manière naturelle; l'état du pouls ne fut point constaté. A peine la petite incision nécessaire pour mettre à découvert le kyste de la joue, par lequel M. Vallet avait cru devoir commencer, était-elle terminée, que le malade pâlit, que la respiration parut se suspendre. Le pouls, en ce moment, était d'une faiblesse extrême.

L'opération est aussitôt interrompue et le malade reçoit les soins les plus actifs et les plus empressés. La position horizontale est augmentée; l'air est renouvelé; on a recours aux aspersions d'eau froide, aux inspirations de substances irritantes, aux frictions de toute nature, aux pressions alternatives sur les parois du bas-ventre et sur les côtés du thorax. On introduit de l'air de bouche à bouche pendant que la langue, saisie à sa pointe, est portée de côté. On pratique ensuite des insufflations pulmonaires au moyen d'une sonde. Tous ces moyens n'ayant fait obtenir que de rares inspirations, M. Vallet pratique la bronchotomie et introduit dans la trachée artère une sonde avec laquelle des insufflations d'air sont faites doucement et alternativement. Après quelques minutes de toutes ces tentatives infructueuses, un courant électrique fut établi à l'aide d'aiguilles enfoncées dans la région du cœur. Des contractions furent déterminées dans cet organe et dans les muscles extérieurs; mais on n'obtint aucun signe de vie.

L'autopsie cadavérique ne put être faite que quarante-huit heures après la mort.

Autopsie. — Le corps présente à l'extérieur une décoloration générale; il existe de la rigidité dans les membres.

1° *Tête.* — L'incision des téguments laisse à peine écouler un peu de sang. Les sinus de la dure-mère sont presque vides, ainsi que les veines qui rampent à la surface du cerveau. La substance cérébrale est assez ferme, et, coupée par tranches, elle ne laisse pas suinter de gouttelettes de sang. Les ventricules ne contiennent qu'une très petite quantité de sérosité.

2° *Poitrine.* — La trachée n'offre pas de rougeur anormale; il n'y a pas d'écume dans les bronches. A l'instant où le thorax est ouvert, le sang contenu dans les veines sous-clavières est recueilli pour être soumis à l'analyse.

Les poumons sont gorgés de sang dans toute leur étendue, et leur volume paraît augmenté. Ils offrent à l'extérieur quelques taches brunâtres et ecchymotiques. Incisés dans plusieurs directions, ils présentent une infiltration considérable de sang noir, diffluent en certains points, coagulé en d'autres, et formant comme des noyaux apoplectiques. Il s'en dégage quelques bulles d'air. Il n'existe pas d'emphysème. Le cœur, un peu plus volumineux qu'à l'état normal, est d'une excessive flaccidité. Les cavités gauches sont vides, les droites contiennent quelques caillots peu résistants.

3° *Abdomen.* — L'estomac, distendu par des gaz, est vide de toutes matières alimentaires. Le foie, un peu augmenté de volume, est d'une couleur foncée. Les incisions qu'on y pratique laissent écouler une grande quantité de sang noir. La rate et les reins sont gorgés du même liquide.

Le sang qui avait été recueilli et quelques fragments du foie et de la rate ont été minutieusement analysés par un chimiste habile, sans qu'on ait pu y retrouver de traces du chloroforme.

A la suite de cette observation, M. Vallet fait remarquer que le chloroforme employé par lui était d'une pureté irréprochable, et que la quantité de ce liquide inspirée par le malade n'a été en tout que de 5 à 6 grammes.

A l'époque où l'action redoutable du chloroforme chez l'homme fut pour la première fois signalée au jugement des corps savants, les cas de mort subite survenus sous son influence étaient encore trop peu nombreux ou trop peu concluants pour qu'il ne fût pas permis d'élever quelques doutes à leur égard; et lorsque le rapport qui servit de base à la mémorable discussion de l'Académie de médecine concluait à l'innocuité de cet agent bien administré, c'était probablement pour ne pas frapper immédiatement de discrédit, et faire rejeter peut-être un moyen destiné à rendre des services réels à la chirurgie.

Mais aujourd'hui les malheurs se sont tellement multipliés, que non-seulement l'influence délétère du chloroforme ne peut plus être contestée, mais qu'il est encore du devoir de la science de rechercher s'il n'est pas quelques précautions à prendre pour en prévenir ou en combattre les terribles effets.

Parmi les observations malheureuses publiées jusqu'à ce jour, il en est beaucoup qui manquent de détails, d'autres qui ne sont pas assez concluantes ou n'ont pas assez d'authenticité pour servir d'éléments à une discussion sérieuse; nous pouvons donc les passer sous silence.

Quant aux autres, on peut les diviser en deux catégories : 1° Tantôt les troubles fonctionnels qui ont immédiatement précédé la mort ont eu quelque analogie avec ceux de l'asphyxie, et bientôt après la respiration, puis la circulation se sont anéanties;

2° Tantôt la vie a paru s'éteindre plus promptement encore, et comme par une syncope, ou plutôt par une espèce de sidération.

Pour ne pas trop élargir le cercle de ce rapport, nous nous bornerons à citer des observations de la dernière espèce, surtout parce qu'elles offrent avec celles de M. Vallet la plus frappante analogie.

La *première* dans l'ordre chronologique nous paraît être celle que M. Gorré (de Boulogne) communiqua à l'Académie le 24 juillet 1848. (*Bulletin de l'Académie*, t. XIII, p. 1148.)

Mlle Stock, âgée d'une trentaine d'années, d'une bonne santé, bien qu'elle eût été traitée quelques mois auparavant pour des palpitations liées à un état chlorotique, reçut à la cuisse une légère blessure compliquée de corps étranger. Un petit abcès avec décollement de la peau s'ensuivit, et M. Gorré, se proposant d'en agrandir l'ouverture, soumit la malade, sur sa demande, à l'action du chloroforme. Dans ce but, il plaça sous les narines un mouchoir sur lequel avaient été jetées quinze à vingt gouttes de ce liquide.

A peine la malade avait-elle fait quelques inspirations qu'elle porta la main sur le mouchoir pour l'écarter, et s'écria d'une voix plaintive : *J'étouffe!...* Puis tout aussitôt le visage pâlit, les traits s'altérèrent, la respiration s'embarrassa, l'écume vint aux lèvres.

A l'instant même (et cela très certainement moins d'une minute après le début de l'inhalation) le mouchoir fut retiré. Persuadé que les accidents n'étaient que passagers, le chirurgien s'empressa de pratiquer la petite opération, pendant qu'un confrère cherchait par tous les moyens à remédier à cette annihilation évidente de la vie. Mais tous les efforts furent vains; la malade était morte.

Voici le résumé des altérations constatées par l'autopsie, faite vingt-quatre heures après la mort.

Le sinus longitudinal supérieur est vide, les veines qui rampent à la surface convexe du cerveau ne sont point engorgées, mais elles présentent cette particularité remarquable que la colonne sanguine y est coupée de distance en distance par des bulles gazeuses. Il existe également de l'air dans les veines de la base du crâne et des sinus de cette région. On en trouve aussi dans plusieurs vaisseaux des membres. La substance du cerveau est d'une consistance ferme; sa tranche ne laisse pas suinter de gouttelettes de sang. Les vaisseaux placés au voisinage de l'incision pratiquée à la cuisse sont disséqués avec soin, et sont reconnus de la plus parfaite intégrité. Les poumons, très crépitants, sont visiblement engorgés dans leurs lobes inférieurs par un sang noir très fluide; mais il n'y a pas d'emphysème interlobulaire ou sous-pleural. La muqueuse trachéale est d'un rouge vif; il y a absence complète d'écume bronchique. Le cœur est d'une excessive flaccidité; ses moitiés droite et gauche sont absolument vides, la veine-cave ascendante contient du sang spumeux; les veines pulmonaires, ouvertes près de leur entrée dans l'oreillette gauche, laissent échapper un peu de sang mêlé d'air. Le foie et la rate, congestionnés, contiennent aussi des gaz qui s'échappent en *bouillonnant* de leurs vaisseaux. Enfin, le sang est plus noir que dans l'asphyxie simple; il est littéralement noir comme de l'encre.

Le *second fait* est celui que M. Barrier, chirurgien en chef à l'Hôtel-Dieu de Lyon, a publié en 1849. (*Gazette des Hôpitaux*, p. 73.)

Le 24 janvier 1849, un jeune homme de dix-sept ans, exerçant la profession de carrier, d'une constitution lymphatique, mais jouissant d'une santé générale satisfaisante, entra à l'Hôtel-Dieu pour y subir la désarticulation du médius droit. Le jour de l'opération arrivé, le malade étant parfaitement à jeun, et placé sur un lit, est soumis aux inhalations anesthésiques, qu'il a désirées, et qui ne lui inspirent aucune appréhension. Le flacon qui renferme le chloroforme est le même qui a servi un instant auparavant à endormir une jeune fille, chez laquelle tout s'est passé régulièrement.

On emploie, comme d'ordinaire, une compresse à tissu très clair, étendue au-devant du visage, laissant un passage facile à l'air atmosphérique, et l'on verse le chloroforme par gouttes, à plusieurs reprises, sur la portion de la compresse qui correspond à l'ouverture du nez. Deux aides très habitués à manier le chloroforme en sont chargés, et explorent en même temps le pouls aux radiales. Après quatre ou cinq minutes, le malade sent et parle encore; une minute de plus s'est à peine écoulée, qu'il manifeste un peu d'agitation. Il n'a pas absorbé 7 à 8 grammes de chloroforme. Le pouls est resté d'une régularité parfaite, sous le rapport du rhythme et de la force des battements. Tout à coup le malade lève brusquement la tête et agite les membres, qui échappent aux aides; mais ceux-ci les ressaisissent promptement, et remettent le patient en position. Le mouvement n'a pas duré plus d'un quart de minute, et cependant l'un des aides annonce immédiatement que le pouls de la radiale a cessé de battre. On enlève le mouchoir.

La face est profondément altérée. L'action du cœur a cessé tout à fait; plus de pouls nulle part; plus de bruit dans la région précordiale. La respiration continue encore, mais elle devient irrégulière, faible et lente, et cesse enfin complétement dans l'espace d'une demi-minute environ.

Tous les moyens employés en pareil cas, tels que frictions avec l'ammoniaque, irritation des diverses muqueuses avec cette substance, sinapismes, pressions alternatives sur le thorax et l'abdomen, insufflation, cautérisations profondes, tous ces moyens, dis-je, parviennent à ramener quelques mouvements respiratoires; mais l'issue n'en est pas moins funeste.

A l'autopsie, faite 72 heures après la mort par une température assez froide, le cadavre ne présente pas de signes de putréfaction. Le foie et la rate sont peu congestionnés. Le cœur, d'un volume normal, est affaissé, vide d'air et de sang. Les parois ventriculaires sont seulement humectées par une écume fine très rouge, donnant l'idée de sang qui aurait été battu, fouetté par les colonnes charnues du cœur. Les veines-caves et la veine-porte sont distendues par un sang noir fluide, très abondant. Sur la valvule d'Eustachi, on trouve un caillot fibrineux, peu consistant, du poids de 4 à 5 grammes. *Aucun fluide aériforme n'était contenu dans les cavités du cœur ou des gros vaisseaux.*

forme n'était contenu dans les cavités du cœur ou des gros vaisseaux.

Les poumons se sont rétractés fortement à l'ouverture du thorax; ils offrent une teinte noir-ardoisé très prononcée. La coupe offre la même teinte; le tissu est sain d'ailleurs. Le larynx et la trachée n'offrent aucune lésion.

Le cerveau est intact. Les sinus de la dure-mère contiennent une assez grande quantité de sang noir coagulé.

La *troisième observation* a été adressée à l'Académie le 16 octobre par M. de Confévron, médecin des hôpitaux de Langres (*Gazette des Hôpitaux*, 1849, p. 409).

Mme Labrune, âgée de trente-trois ans, d'une bonne santé, d'un tempérament nerveux très excitable, déjà éthérisée une première fois avec succès, fut de nouveau soumise par M. de Confévron, en présence d'un dentiste, à l'action du chloroforme le 24 août 1849, pour éviter les douleurs de l'extraction d'une dent. Le médecin plaça sur le mouchoir de la malade un bourdonnet de coton imbibé de moins d'un gramme de chloroforme. Mme Labrune l'approcha elle-même de ses narines et le respira à quelque distance, de manière à permettre complétement le mélange de l'air aux vapeurs anesthésiques. En huit ou dix minutes l'effet se fit sentir, et on le remarqua au clignotement des paupières.

Le médecin indiqua au dentiste, placé derrière la tête de la malade, qu'il pouvait agir; mais la patiente, qui avait l'habitude de l'éthérisation, ne se sentant pas suffisamment engourdie, repoussa la main de l'opérateur, faisant comprendre par signes que l'insensibilité n'existait pas encore, rapprocha son mouchoir de ses narines et fit rapidement quatre ou cinq inspirations plus larges.

A cet instant, le médecin lui retira lui-même le mouchoir qu'elle serrait sous son nez. Il ne la quitta des yeux que pendant le temps nécessaire pour poser le mouchoir sur un meuble voisin; et déjà, lorsqu'il reporta ses regards sur elle, sa face était pâle, les lèvres décolorées, les traits altérés, les yeux renversés, les pupilles horriblement dilatées, les mâchoires contractées de manière à empêcher l'opération du dentiste, la tête renversée en arrière.

Le pouls avait disparu; les membres étaient dans un état complet de résolution. Quelques inspirations éloignées furent les seuls signes de vie que la malade donnât.

Les moyens les plus rationnels furent employés, mais en vain, pour la rappeler à elle.

A l'autopsie, on trouva les membranes du cerveau, et surtout les veines de la base du crâne, gorgées de sang noir et fluide. Les sinus de la dure-mère en étaient remplis. La substance du cerveau incisé était piquetée, et les capillaires, intéressés par l'instrument, laissaient suinter du sang noir en gouttelettes. Cette substance était intacte et d'une consistance normale. De la sérosité se trouvait en assez grande abondance à la base du crâne et remplissait le canal vertébral. Dans toutes les veines de la base du crâne, même celles d'un calibre très médiocre, on a trouvé une notable quantité de bulles d'air interceptant le liquide, et faciles à déplacer.

Le cœur était flasque, et une ponction pratiquée à l'oreillette gauche laissa échapper du sang noir, fluide, accompagné d'un dégagement d'air par bulles. Il n'existait pas de caillots dans ses cavités. Les grosses veines du tronc contenaient également une grande quantité de sang noir et fluide. Les poumons, parfaitement crépitants dans toute leur étendue, offraient une teinte gris-ardoisé qu'on retrouvait en les incisant. L'abdomen était distendu par des gaz.

Le *quatrième fait* est celui que M. Roock a publié dans le *Medical Times* en 1851 (*Union médicale*, 1851, p. 509).

Un mulâtre, âgé de quarante-cinq ans, d'une constitution vigoureuse, entra à l'hôpital des marins de Londres pour y subir l'ablation d'un testicule dégénéré. Le chloroforme fut administré à la prière du malade; celui-ci fut couché. On donna le chloroforme suivant le mode usité dans cet hôpital, c'est-à-dire au moyen d'un foulard imbibé d'une quantité de liquide ne dépassant pas 20 ou 30 gouttes à la fois. Le mouchoir est maintenu à quelque distance de la bouche, et l'on a soin de n'obtenir les effets anesthésiques que lentement et graduellement. Il est aussi d'habitude de donner au malade, avant l'emploi du chloroforme, un verre de vin généreux.

Vingt gouttes de l'agent anesthésique furent d'abord versées sur le mouchoir; mais aucun symptôme d'insensibilité ne survenant, on en versa au bout de quelques minutes vingt autres gouttes; le patient commença à pousser, à batailler avec des esprits imaginaires; mais l'anesthésie était loin d'être complète, on ajouta d'abord dix, puis vingt gouttes encore. Cette fois le malade tomba dans l'insensibilité. La respiration était libre; le pouls, régulier, donnait toujours 70 pulsations à la minute, aussi pleines, aussi élastiques qu'avant l'inhalation. Les lèvres étaient rosées. On cessa de chloroformer. Le médecin commença l'opération presque instantanément, en faisant au scrotum une incision qui coupa une petite branche artérielle et quelques veines dilatées, dont le sang coula à jet très franc; puis, presque instantanément, ce jet s'arrêta, et M. Roock, qui avait le doigt sur le pouls, ne sentit plus les battements de l'artère.

Immédiatement on eut recours à tous les moyens imaginables employés en telle occurrence; ils eurent pour résultat de provoquer à de rares intervalles quelques inspirations; mais celles-ci ne continuèrent pas, et l'assemblée n'eut bientôt devant elle qu'un cadavre.

A l'autopsie, on trouva les sinus de la dure-mère et les vaisseaux de la surface du cerveau gorgés de sang et ne contenant pas d'air. Les poumons étaient gorgés de sang fluide et le siége d'une infiltration séreuse. Les parois du cœur étaient extrêmement minces et flasques; l'organe était couvert par une couche adipeuse assez abondante. Les veines-caves étaient remplies de sang liquide.

Le *cinquième fait* a eu plus de retentissement que ceux qui précèdent, car il a donné lieu à des poursuites judiciaires; c'est celui qui a été observé à Strasbourg en 1852.

Voici le résumé de l'observation de MM. les professeurs Rigaud, Tourdes et Caillot.

Mme Simon, âgée de trente-six ans, mère de trois enfants, d'une forte constitution, d'un tempérament nervoso-sanguin, désirait se faire pratiquer l'extraction de quelques molaires cariées dont la présence l'inquiétait beaucoup; mais, partagée entre ce désir et la crainte que lui inspirait l'opération, elle était en proie à des préoccupations telles que sa santé en subit de profondes atteintes.

Elle prit enfin la résolution de se soumettre à l'arrachement des dents gâtées, à condition qu'on emploierait le chloroforme. Le matin même du jour où l'opération devait être pratiquée, elle était dans une agitation extrême, et, tout en demandant l'opération, elle témoignait des pressentiments sinistres. Les dents devaient être arrachées par un officier de santé en présence du mari et de la servante. La malade fut assise sur une chaise; on allait commencer l'opération quand elle se leva éperdue et parcourant la chambre en proférant des paroles incohérentes. Elle déclara enfin qu'elle était résolue et se plaça sur la chaise. Une petite quantité de chloroforme est versée sur un mouchoir, qu'on approche des narines et des lèvres. Mme Simon annonce presque aussitôt qu'elle en ressent les effets; on pratique l'extraction de trois dents.

Pendant cette opération, qui ne dure qu'un instant et se fait avec la plus grande promptitude, le mari est frappé de l'altération des traits de sa femme; la face devient cadavéreuse: Elle est morte! s'écrie-t-il. Elle avait effectivement cessé de vivre. Tous les soins qu'on lui prodigua furent inutiles. Les experts se sont assurés que la quantité de chloroforme employée n'avait été de plus de 3 gr. 25 c. et que ce liquide était parfaitement pur.

Autopsie soixante heures après la mort. — La muqueuse bronchique est d'un rouge assez vif, avec écume dans une des grosses divisions de la bronche droite et dans quelques rameaux plus petits du même côté. Les poumons sont très volumineux, emphysémateux à leur partie supérieure, d'une teinte rosée en avant, d'un rouge d'autant plus foncé que l'on rapproche davantage de leur bord postérieur, contenant du sang mêlé à un pus d'écume.

Deux taches rougeâtres sous-pleurales se remarquent dans la scissure qui sépare les lobes gauches. Le péricarde contient trois cuillerées de sérosité citrine; les cavités droites sont remplies d'un sang liquide, d'une teinte foncée; le cœur gauche en contient beaucoup moins, le liquide n'est pas spumeux.

On distingue quelques bulles d'air dans les veines qui rampent à la surface du cerveau, dans l'artère basilaire. La pie-mère n'est pas injectée. Le parenchyme cérébral est très ramolli et n'offre qu'une très légère sablure; sa coloration est normale. Rien de remarquable dans le reste de la masse encéphalo-rachidienne.

L'analyse chimique a révélé la présence du chloroforme dans le sang et les principaux organes.

Sixième fait. — La dernière des observations que nous rapporterons ici est celle du docteur Majer (d'Ulm) insérée dans la *Gazette des Hôpitaux* du 5 octobre 1852, p. 470. Mme W..., âgée de 32 ans, de constitution très forte, a toujours joui d'une excellente santé. Le 27 juin, elle fit appeler le dentiste Fischer pour se faire extraire une dent. Elle se mit sur une chaise, la tête appuyée contre son mari placé derrière elle, pour se faire chloroformer. Elle demanda au chirurgien: Quels sont ordinairement les premiers phénomènes du chloroforme? A quoi celui-ci répondit: Des bourdonnements d'oreilles. Le dentiste verse 25 gouttes de chloroforme sur une éponge entourée d'un mouchoir et la place à quelque distance de la bouche et du nez.

Après quatre ou cinq inhalations, l'opérateur demande à la femme W... si elle ne ressent pas encore de bourdonnements d'oreilles; la réponse affirmative est tremblotante, râlante; en même temps, elle étend fortement ses membres; la face devient bleuâtre, les yeux hagards; la tête et les bras s'affaissent: elle est morte.

D'après le récit du mari, le temps entre l'inhalation et la mort fut très court. Des aspersions d'eau froide, l'insufflation de l'air, la compression et les mouvements du thorax, les excitants sur la peau, la titillation de l'arrière-gorge restèrent sans succès.

Autopsie vingt-quatre heures après la mort. — Le cadavre ne présentait pas de signes de putréfaction. En ouvrant la tête, il s'écoula beaucoup de sang spumeux; les vaisseaux des membranes du cerveau étaient gorgés d'un sang contenant beaucoup de bulles d'air assez volumineuses pour être roulées sous les doigts.

La substance cérébrale est injectée. Le sang de la carotide interne et de l'artère vertébrale contient aussi des bulles d'air.

La trachée et les bronches étaient injectées; le poumon, d'un rouge bleuâtre aux deux tiers inférieurs, était rempli de sang rouge-foncé, spumeux, sans vestige d'emphysème.

Le cœur a sa grandeur et sa position naturelles; il est d'un rouge grisâtre, de consistance molle, flasque. Les vaisseaux coronaires sont gorgés d'un sang contenant de nombreuses bulles d'air. Les oreillettes boursouflées, non pas de sang, mais d'air. Il n'y a pas de traces de sang dans l'oreillette droite ni dans les deux ventricules. Une petite cuillerée seulement remplit l'oreillette gauche; l'artère pulmonaire, l'aorte, les veines-caves à leur entrée dans le cœur sont vides. Le sang de la veine-cave inférieure contient des bulles d'air.

Des expériences chimiques constatèrent la présence du chloroforme dans le sang. Ce qui restait du liquide qui avait servi pour cette malheureuse femme fut trouvé parfaitement pur.

En analysant les observations qui précèdent et dont on ne saurait contester l'authenticité, on voit qu'elles ont entre elles une grande analogie et qu'elles se confirment, en quelque sorte, les unes par les autres. En effet, tous les individus dont il y est fait mention étaient jeunes, le plus âgé n'ayant que quarante-cinq ans. Tous étaient d'une bonne santé; seulement la malade de M. Gorré avait été traitée pour des palpitations liées à un état chlorotique. Plusieurs avaient été précédemment soumis avec succès à l'emploi du chloroforme; chez tous, l'inhalation n'a présenté aucune difficulté ou circonstance insolite; elle a été de courte durée. La dose de chloroforme administrée est au-dessous de la moyenne et varie entre 15 ou 20 gouttes et 7 à 8 grammes. La période d'excitation a été généralement modérée et même quelquefois a manqué tout à fait. Le pouls, à part les cas rares où il n'a point été surveillé, s'est maintenu dans son état à peu près normal jusqu'au moment où, tout à coup, il s'est affaibli et a disparu complétement. En même temps, le visage est devenu tantôt pâle, tantôt bleuâtre, les pupilles largement dilatées; la respiration est devenue faible, lente, irrégulière et a complétement cessé au bout d'un temps très court. Dans un seul cas, celui de M. Gorré, il est dit que la respiration s'est embarrassée et que la malade a eu de l'écume à la bouche. Toujours la mort a été très rapide et presque instantanée.

Les lésions cadavériques nous ont paru présenter beaucoup plus de variétés que les désordres fonctionnels. Examinons successivement à ce point de vue les lésions constatées dans la cavité crânienne, dans les organes centraux de la respiration et de la circulation.

Dans quatre observations, il est dit que le cerveau est intact et n'offre qu'une injection très modérée et parfois nulle. Dans trois, il est gorgé de sang noir et fluide.

Quant aux poumons, dans deux observations on les trouve crépitants, contenant peu de sang, parfaitement sains. Deux fois ils sont engorgés inférieurement et infiltrés de sang noir. Dans un cas ils sont gorgés de sang et infiltrés de sérosité dans toute leur étendue. Enfin, dans un autre, ils contiennent quelques noyaux apoplectiques. Dans la cinquième observation, le poumon est engorgé à son bord postérieur et emphysémateux à sa partie postérieure.

Le cœur a presque toujours été trouvé d'une flaccidité remarquable. Dans l'observation de M. de Confévron, les cavités de cet organe contenaient quelques bulles d'air. Dans celles de MM. Gorré et Majer, sur la malade de Strasbourg, plusieurs artères en contenaient un grand nombre. Mais, dans tous les autres cas, le cœur et les vaisseaux étaient vides d'air et de sang.

Certes, s'il n'était pas prouvé que l'anatomie pathologique ne rend pas toujours compte des phénomènes observés pendant la vie et que même elle est quelquefois en désaccord avec eux, les résultats que nous signalons seraient bien de nature à le démontrer. Du reste, l'on conçoit que, lorsqu'un agent toxique a frappé si rapidement l'organisme, les altérations n'aient pas eu le temps de se produire; le scalpel de l'anatomiste est réduit à constater la présence du sang en plus ou moins grande quantité dans tel ou tel organe, sans même pouvoir déterminer si cette présence n'est point un effet purement cadavérique. Nous n'insisterons donc pas davantage sur ces lésions, aussi variables qu'incapables de nous révéler la cause et le mécanisme de la mort. Toutefois, nous ne saurions passer sous silence l'état du cœur, dont les parois ont été souvent trouvées amincies et très flasques. Il est difficile d'admettre que ces altérations, et surtout l'amincissement des parois du cœur, puissent résulter de l'action du chloroforme; elles préexistent donc à cette action, et constituent sans doute une prédisposition à la syncope, état organique grave au point de vue de l'emploi des anesthésiques, et que, pour ce motif, nous signalons à toute l'attention des pathologistes.

Quant aux troubles observés pendant la vie, il est facile à chacun d'en apprécier le caractère. Il est évident, en effet, que la mort a lieu presque toujours par syncope. Que cette syncope soit primitive et résulte du contact d'un sang stupéfiant sur les parois du cœur, ou qu'elle soit consécutive à la sidération du système nerveux, le fait, pour nous praticiens, n'en persiste pas moins dans toute son effrayante vérité.

(La fin au prochain numéro.)

Avantages du seigle ergoté.

Dieuze, le 12 juin 1833.

Monsieur et honoré confrère,

Dans la Haute-Marne, aussi bien que dans la Meurthe, les femmes en travail, loin de redouter le forceps, en réclament l'application avec instance, pour peu que les douleurs dépassent le temps que dans leur imagination elles leur avaient assigné; il y a plus, toutes celles de mes clientes qui ont eu occasion de comparer l'innocuité, la rapidité des résultats de ce moyen habilement manié avec l'action plus ou moins incertaine du blé cornu savent bien rendre justice au premier. La lettre suivante qui émane d'un accoucheur accoutumé, comme moi, à abandonner aux sages-femmes intelligentes les accouchements naturels pour ne s'occuper que des difficultés de l'art obstétrical, confirmera, au besoin, toutes mes assertions passées et présentes.

Cirey, 30 mai 1853.

« Mon très honoré confrère,

» Dans l'accouchement, avez-vous dit, le seigle ergoté est un moyen *incertain*, *inutile* et *dangereux*. M. Mérier prétend arriver à des conclusions *diamétralement opposées*. Les deux seules observations qu'il cite à l'appui de sa thèse ne le conduisent pas au but désiré; car, dans la position qu'il s'est faite, c'est-à-dire, après 72 *heures et plus* de travail d'enfantement, *les parties molles dilatées*, la position de l'enfant *régulière*, la *tête engagée dans l'excavation pelvienne*, il fallait, pour appliquer le forceps et terminer l'accouchement, cinq minutes au *lieu d'une heure et une heure et demie* écoulée après l'administration de *trois doses d'ergot de seigle*. Ici l'application du forceps était *inoffensive* et beaucoup moins douloureuse que les contractions réitérées ou provoquées. Jamais, dans des conditions pareilles, une femme ne s'est plainte de l'emploi du forceps par une main un peu exercée; elle reconnaît, au contraire, que l'instrument lui a occasionné *moins* de douleurs que les contractions qui en ont précédé l'usage. Un accoucheur habile, qui sait manier le forceps, n'*inspire d'effroi ni à la famille, ni à la souffrante;* il opère dans des circonstances si heureuses, toujours sans danger, tandis que tout praticien consciencieux redoutera un médicament dont les effets, pour lui, sont dangereux, incertains et, pour M. Mérier, *souvent inutiles*, ainsi que cela est arrivé plusieurs fois à M. Mérier lui-même, qui, après avoir administré le seigle ergoté, bon ou mauvais, frais ou ancien, *a été obligé d'avoir recours au forceps.*

» Quant à l'emploi du blé cornu, comme vous l'appelez, dans les hémorrhagies utérines je n'entre pas dans cette question; son action dans ce cas est peut-être une cause pour me la faire craindre ailleurs. Néanmoins, dans les métrorrhagies, j'userai des moyens rationnels avant d'arriver à l'usage empirique de cette substance.

» Agréez, etc. A. BAYARD, D.-M.

« Pour copie conforme: E. ANCELON,

» Médecin de l'hôpital de Dieuze. »

Exemption pour les médecins des bureaux de bienfaisance de Paris du service ordinaire de la garde nationale.

Bien que la majorité des médecins attachés aux bureaux de bienfaisance de Paris se trouvât de fait dispensée en ce moment du service de la garde nationale, et ce résultat était en grande partie dû aux réclamations de M. Varin, maire du 4e arrondissement, il était néanmoins quelques arrondissements dans lesquels ce service était demandé et des peines disciplinaires avaient été encourues.

La Société des médecins des bureaux de bienfaisance de Paris s'est émue de la position faite à ses membres, et elle a réclamé d'abord près de l'état-major, puis auprès de M. le ministre de l'intérieur.

M. Payen, président de la Société, vient de recevoir la lettre suivante, qui, nous l'espérons, fixera à l'avenir la position des médecins de bienfaisance sous le rapport de ce service:

« Paris, le 6 juin 1853.

» Monsieur,

» Les considérations contenues dans la lettre que vous m'avez fait l'honneur de m'écrire m'ont paru justifier l'exemption du service de la garde nationale que vous réclamez pour cause de service public en faveur de MM. les médecins des bureaux de bienfaisance de Paris.

» Je m'empresse en conséquence de vous informer que, suivant le désir que vous m'en avez exprimé, j'ai renvoyé votre demande à M. le général commandant supérieur, en l'invitant à signaler à tous les conseils de recensement la convenance d'exempter du service de la garde nationale, par application de l'article 16 de la loi du 13 juin 1851, MM. les médecins des bureaux de bienfaisance sur l'exhibition soit de leur commission, soit de certificat constatant d'une manière authentique les titres qu'ils ont en cette qualité à ladite exemption.

» Recevez, monsieur, l'assurance de ma parfaite considération.

» Pour le ministre:

» *Le conseiller d'Etat, secrétaire général*,

» Signé, Henry CHERVAN. »

La lettre de M. le ministre a eu un résultat immédiat; le 8 jun a paru l'ordre du jour suivant:

« Le général commandant supérieur, considérant que les conseils de recensement ne sont pas unanimes pour accorder des dispenses de service aux médecins attachés aux bureaux de bienfaisance;

» Attendu que la mission confiée à ces médecins est toute gratuite et que par sa nature et ses exigences elle constitue un véritable service public;

» Vu la lettre du ministre de l'intérieur, en date du 6 juin courant, qui réclame l'exemption du service en faveur de ces médecins par application de l'article 16 de la loi du 13 juin 1851;

» Décide:

» Tous les médecins attachés aux bureaux de bienfaisance qui justifieront de cette qualité, soit par l'exhibition d'une commission, soit par des certificats authentiques, seront dispensés du service tout le temps qu'ils exerceront ces fonctions gratuites.

» *Le général commandant supérieur*,

» Signé, marquis de LAWOESTINE.

» Pour ampliation:

» *Le colonel chef d'état-major général*;

» Signé, ISNARD. »

LE SOURD.

Paris. — Typographie de PLON frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 72. — SAMEDI 18 JUIN 1853. (26e ANNEE.) N° 72. — SAMEDI 18 JUIN 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	Trois mois.... 8 fr. 50 c. Six mois.... 16 » Un an...... 30 »	Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	Trois mois...... 9 fr. Six mois....... 17 Un an.......... 33	Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	Trois mois...... 10 fr. Six mois....... 20 Un an........ 38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

Paris, le 17 juin 1853.

HYGIÈNE PUBLIQUE.

Du lait consommé dans la ville de Paris.

(Premier article.)

On estime que Paris consomme chaque jour environ 300,000 litres de lait. Avant d'arriver au public, cette denrée a déjà passé au moins par trois mains :

1° Par celle des nourrisseurs ;

2° Par celle des *glaneurs*, qui en font la récolte dans les campagnes pour le compte des marchands en gros ;

3° Par celle enfin des crémiers ou des laitiers des rues.

Mais à mesure que le lait chemine ainsi vers sa destination définitive, il subit à chaque station diverses manipulations qui ont rarement pour but d'en améliorer les qualités.

Il a été prouvé par des calculs, faciles du reste à établir, qu'à l'époque où les nourrisseurs de Paris et de la banlieue pourvoyaient seuls à l'approvisionnement de la capitale, la quantité de lait vendu surpassait d'un tiers la quantité de lait récolté.

La falsification suppléait conséquemment à l'insuffisance de la production.

Depuis que Paris, devenu en quelque sorte le réfectoire du monde entier, reçoit par les chemins de fer des masses considérables de comestibles, on pouvait raisonnablement s'attendre à ce que l'extension donnée à son rayon d'approvisionnement aurait pour effet de rendre désormais inutiles les falsifications du lait livré au commerce. Malheureusement il n'en est rien, et le bon lait demeure toujours parmi nous à l'état de fiction.

Je sais bien que certaines ménagères, plus prudentes que d'autres, se rendent elles-mêmes aux étables; là elles font traire sous leurs yeux, parfaitement convaincues qu'à l'aide de cette précaution elles vont recevoir un breuvage exempt de tout mauvais soupçon. Sans doute le lait recueilli de cette façon présente toutes les garanties apparentes d'une incontestable pureté; mais s'il n'est point falsifié comme l'a été celui qui se débite dans les rues, il n'est pas toujours, pour cela, beaucoup meilleur comme aliment. Bien que sa richesse en principes solides soit généralement satisfaisante, cependant il ne flatte le goût ni par sa saveur, ni par son parfum, et le beurre qu'on en retire est d'une qualité très médiocre. Cela tient à ce que les vaches de Paris ne vivent pas du même régime que celles de la campagne. Condamnées à un repos perpétuel dans des écuries souvent obscures, privées de l'influence salutaire de l'exercice, de l'air et de la lumière, nourries de plantes aqueuses, insipides ou de fourrages cultivés, elles ne peuvent, dans ces conditions-là, donner qu'un lait moins savoureux, moins aromatique que celui des vaches qui paissent en liberté sur les montagnes, au bord des chemins ou dans les vallées. C'est qu'en effet le genre de nourriture décide souverainement de la qualité des produits sécrétés, comme dans un autre ordre de faits la nature du sol constitue le point de départ de la différence qu'offrent les vins récoltés dans une même région.

Toutefois, le régime alimentaire n'est pas la seule influence qui puisse modifier les qualités du lait; l'état maladif de la femelle introduit aussi de notables changements dans la composition de ce breuvage. On a constaté depuis longtemps que les vaches vivant dans une atmosphère confinée, et par conséquent impure, finissent par devenir phthisiques (pommelières). Il en est un bon nombre chez les nourrisseurs de Paris qui se trouvent dans ce cas. Le lait que produisent ces vaches est séreux, insipide, d'une couleur bleuâtre, d'une odeur qui rappelle celle de la transpiration; il s'aigrit facilement, soit qu'on le garde, soit le fasse bouillir; il gâte le lait des autres vaches quand il vient à y être mêlé; il contient peu de crème, et le beurre qui en est extrait a une consistance huileuse et une grande disposition à la rancidité. Suivant Mouton de la Billardière, il renferme sept fois plus de phosphate de chaux que le lait de bonne qualité.

Est-ce là un breuvage sans propriétés maléficiantes, surtout pour les enfants et les sujets valétudinaires qui en font la base de leur alimentation?

Telle est pourtant la qualité presque habituelle du lait pris à sa sortie du pis de la vache chez les nourrisseurs de Paris. Celui qui est vendu à des prix différents par les débitants de la rue ne se recommande pas davantage à la confiance des consommateurs, quoiqu'il provienne d'autres sources.

En effet, les producteurs de la campagne, comme ceux de Paris, ont coutume de laisser reposer chaque traite pendant un certain nombre d'heures, afin d'enlever la première crème, qu'ils vendent séparément; ils ajoutent ensuite de l'eau au liquide restant. Le marchand en gros et le détaillant exécutent chacun à leur tour la même opération, si bien que le lait finit par n'être plus qu'un pitoyable mélange, à parties quelquefois égales de lait et d'eau, ou même à n'être plus que de l'eau dans laquelle on a mis un peu de lait, et cela suivant la conscience du marchand ou la résignation placide de ses pratiques.

On a dit aussi que pour augmenter la densité du lait, et surtout pour simuler la crème absente, des laitiers ont osé y introduire de la cervelle de cheval préalablement lavée et triturée. Si le fait est vrai, c'est principalement sur certains chimistes qu'il faudrait en reporter le blâme; car il arrive souvent qu'à leur insu ils deviennent, par des indications imprudentes, les auxiliaires et les complices des falsificateurs.

Je ne prétends certainement pas combattre les appréhensions du public à l'égard de la fabrication du lait, mais il faut qu'il sache que les procédés de falsification se réduisent presque toujours à la soustraction de la crème et à l'addition de l'eau. Toute manœuvre frauduleuse ayant pour but d'introduire dans le lait quelque ingrédient nuisible serait immédiatement réprimée par la police, dont les agents surveillent avec attention cette branche du commerce parisien.

Le lait qui a été écrémé, puis mouillé, a une saveur plate, une teinte azurée et une grande fluidité. Pour lui rendre sa couleur jaunâtre, son goût légèrement sucré et sa densité naturelle, les laitiers y délayent quelquefois, mais en minimes proportions, du jaune d'œuf, du suc de réglisse, du jus de carottes, du caramel, du sirop de fécule, de la cassonade, de la gomme, de la colle de poisson, de l'hydrate d'amidon, de l'albumine fouettée pour faire mousser le liquide.

M. Chevallier dit avoir connu, il y a vingt ans, un laitier des environs de Paris qui ajoutait à chaque *traite* de quatorze vaches un *seau d'eau* de la contenance de 16 litres, 500 grammes de cassonade, plusieurs blancs d'œufs battus avec du lait, pour former une *mousse*, que les consommateurs débonnaires prennent pour de la crème. Mais tout cela ne fait pas plus du lait qu'un mélange d'eau et d'alcool ne fait de l'eau-de-vie; il y manque toujours une chose essentielle : le bouquet.

Le lait ainsi frelaté se reconnaît tout d'abord à une saveur fade ou suspecte; mais comme la dégustation ne suffit pas toujours pour caractériser la véritable nature du breuvage, il devient souvent nécessaire de recourir à des procédés d'une précision plus certaine.

Ce n'est pas chose facile que la falsification du lait. Pour la pratiquer avec succès, il faut que la matière employée soit à bas prix dans le commerce, qu'elle n'ait ni odeur ni saveur qui en révèle la présence, qu'elle ne fasse point tourner le lait pendant qu'il bout, et qu'elle augmente assez fortement la densité de l'eau en s'y dissolvant. Or, une substance douée de toutes ces propriétés n'existe pas dans la nature; voilà pourquoi les fraudeurs sont obligés d'employer à la fois plusieurs des ingrédients énumérés plus haut.

Ce n'est pas non plus chose toujours simple et facile que la vérification analytique de la pureté du lait; dans certains cas même, elle n'aboutit à aucun résultat probant.

Lorsqu'une substance féculente quelconque a été ajoutée au lait, celui-ci brûle, il est vrai, sur le fond du vase dans lequel on le fait chauffer, en même temps qu'il se forme de petits grumeaux au sein du liquide. Quelques gouttes de teinture d'iode versées sur le caséum ou dans le petit lait développent instantanément une couleur bleue caractéristique.

Mais quand de la gomme, de la gélatine ou du sucre ont été introduits dans le lait en petites proportions, il faut des analyses bien délicates et des chimistes bien habiles pour constater ce mélange.

On peut en dire autant pour le blanc d'œuf; et lors même que le liquide se troublerait par l'ébullition, ce signe ne serait qu'une preuve équivoque d'adultération, puisqu'il y a des laits de bonne qualité qui contiennent naturellement de l'albumine.

Quant au jaune d'œuf, au suc de réglisse ou au jus de carottes, leur présence se dérobe presque toujours à l'analyse chimique, tant la proportion en est habituellement faible.

Soit que la falsification du lait au moyen de substances étrangères constitue une manœuvre difficile à exécuter, soit qu'elle devienne une opération dispendieuse, presque tous les débitants se contentent, comme nous l'avons dit, d'écrémer le lait, et de l'étendre ensuite d'une certaine quantité d'eau. Comment reconnaître ce genre de fraude, quand on n'a pour guide que l'impressionnabilité très variable du sens du goût, mise en jeu par la dégustation? Aussi, pour se garantir des erreurs de ce procédé purement empirique, a-t-on proposé et mis tour à tour en usage un certain nombre d'instruments d'un mécanisme fort ingénieux, sinon toujours satisfaisant.

Dr Champouillon.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Deux cas de molluscum. — Traitement par les onctions avec l'huile de cade.

Le molluscum est une maladie assez rare : aussi son histoire est-elle peu connue. Bateman, qui en a donné la première description, en admet deux variétés :

1° Le molluscum *non contagieux*, caractérisé par des tumeurs cutanées fermes ou mollasses, du volume d'un pois ou d'une noisette, sessiles ou pédiculées;

2° Le molluscum *contagieux*.

Ici les tumeurs sont demi-transparentes et laissent suinter par leur sommet une matière blanchâtre, comme lactescente, qui est probablement l'agent de la transmission, car cette affection paraît se communiquer par le contact. Cette particularité de la contagion et l'aspect des tumeurs nous paraissent constituer des différences assez grandes pour permettre de séparer les deux formes de molluscum admises par Bateman, et en faire deux maladies bien distinctes. Jusqu'à présent la science ne possède qu'un très petit nombre d'exemples de molluscum contagieux, et, chose digne de remarque, ils ont été surtout observés en Angleterre ou en Ecosse par Bateman et M. Carswell. La forme non contagieuse, bien que rare aussi, est cependant un peu plus commune. En voici deux exemples en cours d'observation dans le service de M. le docteur Hardy à l'hôpital Saint-Louis.

I. La nommée R..., âgée de trente ans, couturière, est entrée à l'hôpital Saint-Louis, salle Henri IV, n° 5, le 9 avril dernier. Cette femme, d'une petite taille, d'une constitution assez délicate, au teint pâle et blafard, a toujours eu une assez mauvaise santé. Elle était mal logée, se nourrissait mal, etc. Elle n'a jamais eu de maladie de peau, pas même les exanthèmes fébriles de l'enfance, rougeole ou scarlatine. Elle n'a pas connaissance que dans sa famille personne ait offert l'affection dont elle est atteinte aujourd'hui. Vers l'âge de treize ans, il lui survint au-devant de la poitrine, sur les épaules et le dos de petites saillies cutanées atteignant au plus le volume d'un petit pois, tout à fait indolentes et sans changement de couleur à la peau. La menstruation, qui se déclara vers la dix-septième année, sembla le signal d'un accroissement dans les progrès de cette maladie, sinon quant à l'étendue, du moins quant au volume. C'est seulement depuis quatre ans que les productions accidentelles se sont répandues sur toute la surface du corps, moins la tête. Ce développement n'a pas eu lieu d'une manière progressive et par extension du mal, des parties supérieures du thorax où il s'était montré d'abord, à tout le reste de la périphérie, mais simultanément sur le ventre, le dos, les fesses, les cuisses et les jambes.

Aujourd'hui les tumeurs, très rapprochées les unes des autres, occupent toutes les parties que nous venons d'énumérer. Leur volume varie de celui d'une tête d'épingle à celui d'une noisette. Les unes sont de la couleur de la peau, ce sont en général les plus petites; les autres, et ce sont les plus grosses, offrent une teinte rosée ou légèrement violacée. Les premières semblent pleines, mais leur consistance est médiocre; les secondes sont plus molles, quelques-unes même semblent vides, et la paroi saillante vient, sous la pression du doigt, s'appliquer contre la face profonde. La plupart sont sessiles, d'autres sont plus ou moins étroitement pédiculées. Une des plus volumineuses, qui siégeait à la cuisse, ayant été enlevée par M. Hardy, a présenté un tissu blanchâtre, que le microscope a fait reconnaître pour du tissu fibro-plastique.

Cette malade, dès le moment de son entrée, a été soumise au traitement suivant : tisane de houblon, bains alcalins, frictions avec l'huile de cade.

Sous l'influence de cette médication, un bon nombre de tumeurs a déjà disparu laissant des taches jaunâtres ou légèrement violacées; d'autres ont considérablement diminué de volume. En un mot, tout semble annoncer que cette maladie, dont l'origine remonte à dix-sept ou dix-huit ans, est en voie de guérison.

II. Le sujet de la seconde observation est une femme âgée de trente-cinq ans, chemisière, couchée dans la même salle, n° 2, et entrée seulement depuis le 7 mai dernier. Cette femme, bien qu'en apparence plus vigoureuse, accuse cependant une mauvaise santé habituelle ; elle a fait, dit-elle, plusieurs maladies graves, et il y a quatre ans elle a été traitée à la Pitié, dans le service de M. Gendrin, d'une fièvre typhoïde qui paraît avoir été assez intense, et à la suite de laquelle elle a toujours été souffrante. Du reste, aucune maladie de peau. C'est pendant la convalescence de sa fièvre typhoïde que se sont montrées les premières tumeurs, dont le tégument est aujourd'hui couvert. L'éruption a-t-elle eu lieu d'une manière successive ou simultanée? C'est ce dont la malade ne saurait rendre compte d'une manière bien claire. Quand elle s'est aperçue de l'existence de ces petites tumeurs, elles couvraient déjà tout le tronc et les cuisses, mais elles étaient alors très petites et assez largement disséminées ; ce n'est que plus tard qu'elles ont grossi et se sont multipliées : du reste, cet accroissement s'est accompli d'une manière très inégale, certaines saillies restant très petites et bornées au volume d'une tête d'épingle, tandis que d'autres s'élevaient aux dimensions d'une grosse noisette.

La sensation donnée par ces productions anormales est tout à fait analogue à ce que l'on observe chez la malade précédente. Même mollesse, même sensation de semi-vacuité en pressant sur les plus grosses tumeurs, qui semblent des bulles de caoutchouc appliquées sur la peau ; seulement ici, en pressant sur quelques-unes des plus grosses, on sent profondément, au milieu de la paroi qui leur sert de base, une petite saillie conique dont la base se perd dans l'épaisseur du tissu sous-jacent. De ces tumeurs, les unes sont très légèrement pédiculées, tandis que la plupart sont sessiles et à base plus large que le sommet.

Le traitement employé chez cette femme a été à peu près le même que pour la malade du n° 5 ; huile de cade en frictions ; seulement des bains sulfureux au lieu de bains alcalins. Le résultat a été aussi avantageux. Sous l'influence de cette médication, les tumeurs ont notablement diminué ; quelques-unes même ont disparu, laissant aussi pour toute trace de leur existence de petites taches d'un brun jaunâtre ou d'un rose violacé.

Les dermatologistes constatent que le molluscum non contagieux dont il s'agit ici, et dont les causes sont encore tout à fait inconnues, est une affection très tenace et qui ne cède pas aux moyens de traitement qu'on lui oppose. Biett a essayé sans succès une foule de moyens sans modifier le volume des tumeurs cutanées, et voici que dans deux cas soumis simultanément à l'observation dans le service de M. Hardy, le résultat le plus prompt et le plus favorable est obtenu par l'emploi d'un même moyen, les onctions avec l'huile de cade. Si un pareil succès eût été obtenu sur une seule malade, on aurait pu mettre sur le compte d'une guérison spontanée le succès obtenu ; mais en présence des deux faits que nous venons de reproduire, le hasard ne saurait être invoqué : c'est bien réellement au moyen employé que l'honneur doit en revenir.

La saignée est-elle quelquefois dangereuse dans l'apoplexie?

Cette question est traitée dans une bonne thèse inaugurale de M. Aussaguel.

Dans ses leçons orales, M. le professeur Cruveilhier, toutes les fois qu'il est question du traitement de l'hémorrhagie cérébrale, ne manque pas de dire : « *Sans doute, il faut saigner, mais soyez » circonspects...* » Et alors il raconte volontiers qu'ayant été mandé en ville auprès d'une personne qu'il trouva sous l'imminence d'une attaque d'apoplexie cérébrale, il se hâta de pratiquer une saignée ; la veine était à peine fermée, que le malade était hémiplégique : « aussi, ajoute-t-il, les parents du malade ne manquèrent pas de dire que c'était mon coup de lancette qui avait fait le mal. »

Depuis, nous avons lu dans la thèse de M. Cornil (avril 1851) : Une femme, que j'observai l'année dernière dans le service de M. Rostan, était occupée du soin de son ménage, lorsqu'elle éprouva tout à coup de la faiblesse dans les membres thoracique et pelvien du côté gauche ; cependant elle put se rendre, quoique avec peine, chez son médecin, qui demeure à une assez grande distance. Celui-ci la saigna immédiatement ; mais, après la saignée, la malade ne put quitter la chaise sur laquelle elle était assise ; elle était complétement hémiplégique.

En outre, le fait suivant s'est passé sous nos yeux : Le 24 février, un de nos amis, L. D..., se présenta à nous dans un état de bredouillement tel, qu'il eut besoin d'un bon quart d'heure pour nous faire comprendre que, le matin du même jour, il avait été lui-même fort surpris de se réveiller dans cet état. Il ne présentait, du reste, qu'un peu de faiblesse dans les membres du côté droit, et surtout dans le membre supérieur, qui était également moins sensible que celui du côté opposé. Le docteur Batailhe ayant été appelé, une large saignée fut pratiquée. Le lendemain, le bredouillement ayant plutôt augmenté que diminué, une seconde saignée fut pratiquée, à la suite de laquelle le malade tomba dans une syncope qui se prolongea durant quinze minutes, et dont il ne se réveilla que complétement hémiplégique. Depuis ce moment également, le malade n'a plus parlé; et au moment où j'écris ces lignes, bien que le membre inférieur ait recouvré tous ses mouvements, l'articulation du moindre monosyllabe est encore impossible. »

M. Aussaguel cherche à se rendre compte de la manière suivante de ces faits exceptionnels :

Que se passe-t-il dans certaines pneumonies à la suite d'une saignée? Est-ce que le pouls, de petit, de concentré qu'il était avant, ne devient pas plein, fort, développé après? N'observe-t-on pas, en un mot, ce qu'on appelle le redressement des forces, et ne pense-t-on pas généralement que c'est alors qu'un nouveau mouvement fluxionnaire a lieu vers le poumon? Aussi est-ce sans doute pour traiter en quelque sorte les accidents de la saignée par la saignée elle-même que M. Bouillaud recommande les saignées répétées ; en d'autres termes, la même quantité de sang étant d'une plus grande efficacité, évacuée en plusieurs saignées qu'en une seule.

S'il en était ainsi pour le cerveau, comment s'étonner que cet organe, maintenu dans une boîte inextensible, soumis à de faibles mouvements, tuméfié qu'il est par la grande quantité de sang qui l'engorge, résiste pendant un temps à l'hémorrhagie, et qu'ensuite il cède tout à coup, quand à la suite d'une saignée la circulation y devient plus active et les mouvements plus étendus? En d'autres termes, et pour mieux faire saisir notre pensée, n'y a-t-il pas pour la production de l'hémorrhagie cérébrale deux puissances parfaitement distinctes : d'un côté, la masse sanguine; de l'autre, la force avec laquelle elle se meut? Et ne semble-t-il pas qu'on ne puisse diminuer la première sans accroître la seconde?

Diminuer la première sans accroître la seconde, tel doit être le but du praticien.

C'est dans le but d'atteindre un pareil résultat que, pour notre compte, nous nous proposons bien de ne jamais ouvrir la veine sans avoir préalablement mis la tête du malade dans une position élevée, refoulé le sang de cet organe par l'application du froid (vessie remplie de glace), l'avoir attiré au contraire vers les extrémités inférieures par des sinapismes ou des pédiluves, et fait prendre au malade une potion calmante avec quelques gouttes de digitale.

Névralgie faciale guérie par le chloroforme.

Voici fait que nous adresse M. le docteur Bonvin (Charles-Louis), de Sion-en-Valais, et qui ne manque pas d'intérêt :

A. B..., âgé de vingt-sept ans, est pris subitement, le 6 avril, de contractions assez fréquentes des paupières du côté droit. Le lendemain, un écoulement de larmes de l'œil droit s'ajoute aux contractions.

La préhension des aliments, lorsqu'ils tombent entre la joue et les dents, est impossible au malade, qui ressent en outre un goût très salé dans la bouche.

Le 8, tout le côté droit de la face est le siége de convulsions intermittentes, qui ne durent que quelques secondes et qui sont surtout prononcées lorsque le malade rit. Ainsi la bouche et le nez sont fortement tirés à droite; l'orbiculaire du même côté se resserre, le grand zygomatique se dessine à travers la peau et le côté droit du front se ride un peu. La sensibilité de la peau est du reste parfaitement intacte, et aucune douleur ne se fait sentir au moment des convulsions.

Je me proposais de traiter cette affection par les vésicatoires volants, et je fis appliquer immédiatement une mouche de Milan derrière l'angle de la mâchoire inférieure. Voyant qu'après deux jours je n'obtenais pas de résultat, j'ai eu recours à un remède nouveau, le chloroforme.

Je verse environ 8 grammes sur du coton, que j'applique derrière l'angle de la bouche, en couvrant le tout de taffetas gommé pour empêcher l'évaporation du chloroforme.

Dès le lendemain, je m'aperçois qu'il y a du mieux, et je fais encore cinq applications en variant de place (sous l'œil malade, à côté du nez, vers l'angle de la mâchoire inférieure), et après quinze jours le malade était complétement guéri.

Traitement de la mentagre par l'épilation et la cautérisation.

Dans la *Gazette des Hôpitaux* du 23 avril dernier, nous avons publié une note de M. le docteur Didot (de Liége) sur le traitement de la mentagre par le moyen de l'épilation. Ce praticien prétend avoir guéri en quelques jours des maladies qui duraient depuis des mois et des années. Il se sert d'une pince à artères pour arracher les poils de la barbe dans les endroits malades, et même au delà des limites de l'éruption, puis il cautérise avec une forte solution de nitrate d'argent. Il ajoute que cette méthode n'a été indiquée par aucun auteur.

Nous recevons à ce sujet une réclamation de M. Uzac en faveur de M. Bazin. Effectivement, on guérit par ce moyen la mentagre en quelques jours, et M. Didot a pu arriver de son côté à ce résultat sans avoir eu connaissance de la même méthode et des mêmes résultats déjà publiés en France.

Mais dès l'année dernière on avait annoncé dans le *Journal des Connaissances médico-chirurgicales* du 20 août la découverte, par M. le docteur Bazin, d'un nouveau traitement des teignes, parmi lesquelles figure la mentagre. On y parle précisément du traitement qu'indique aujourd'hui M. Didot, et qui est celui qu'employait M. Bazin à l'hôpital Saint-Louis depuis 1851, et l'on dit dans cet article que des mentagres rebelles, qui avaient résisté aux traitements ordinaires pendant dix-huit mois et deux ans, avaient été guéries pour ainsi dire à l'instant même par l'épilation suivie de l'application d'un liquide parasiticide. A peine les malades restaient-ils huit ou dix jours dans les salles de M. Bazin. On annonçait aussi la publication prochaine d'un mémoire sur l'évolution, la nature et le traitement raisonné des teignes, mémoire qui a paru au mois de janvier dernier. M. Bazin est donc en droit de réclamer la priorité.

QUELQUES MOTS

sur le chloroforme en chirurgie.

M. Jobert (de Lamballe) a lu lundi dernier à l'Académie des sciences un important mémoire sur ce sujet.

Tout en regrettant de ne pouvoir le publier en entier, ou en donner au moins un extrait suffisant à cause de son étendue, nous croyons ne pas devoir retarder d'en faire connaître les conclusions en même temps que la fin du rapport de M. Robert.

Le mémoire de M. Jobert contient des appréciations fort justes sur l'emploi comparatif de l'éther et du chloroforme. Quoique ne dissimulant pas les dangers qui peuvent suivre, malgré toutes les précautions, l'administration du dernier anesthésique, il est cependant arrivé à conserver une idée favorable de son emploi.

L'autorité de l'habile chirurgien de l'Hôtel-Dieu est d'un grand poids, et aura de l'influence sans doute sur la discussion qui va s'élever à la Société de chirurgie.

De ce qui précède je conclus en me résumant :

Qu'à des époques éloignées de nous on a senti la nécessité de diminuer la sensibilité et d'éteindre les douleurs pendant les opérations;

Qu'au dix-neuvième siècle seulement on est parvenu à rendre l'homme insensible ;

Que c'est d'abord en Amérique qu'on a avec l'éther privé les opérés des douleurs qui accompagnent les opérations;

Que M. Flourens, en France, et M. Simpson, en Angleterre, ont introduit dans la science, le premier par ses expériences sur les animaux et le second par son emploi sur l'homme, un anesthésique précieux, le chloroforme ;

Que les anesthésiques produisent d'abord sur les voies qu'ils parcourent une action irritative (excitative) à la manière d'un corps étranger;

Qu'ils agissent ensuite sur le système nerveux en abolissant momentanément les fonctions sensoriales et motrices ;

Qu'ils produisent leurs premiers effets sur le cerveau, le cervelet, la moelle épinière, les racines postérieures, les racines antérieures, et enfin sur la protubérance annulaire, qui est la dernière à perdre son influence nerveuse; ainsi le cerveau, organe de perception, est d'abord éthérisé ; puis le cervelet, organe d'équilibre des mouvements, puis la moelle, puis les racines sensitives, puis les racines motrices, et enfin la protubérance annulaire, centre vital du système nerveux ;

Que les anesthésiques agissent sur le système nerveux par l'intermédiaire de la circulation;

Que les anesthésiques mis en contact avec la substance nerveuse ne font que la modifier localement sans porter atteinte au reste de l'arbre nerveux; que l'on mette, en effet, du chloroforme en contact avec les nerfs, après les avoir dépouillés de leur membrane et de leurs vaisseaux, il ne se produira aucun phénomène anesthésique général;

Que les anesthésiques n'agissent pas, comme on l'a prétendu, en modifiant la nature et la couleur du sang, puisque le chloroforme ne fait éprouver à ce liquide aucun des changements dont il s'agit;

Que le mode d'action des anesthésiques sur le système nerveux nous est tout aussi inconnu que celui de la belladone, de l'opium, etc.;

Que les anesthésiques, en abolissant les fonctions du système nerveux, anéantissent celles des organes qui sont sous sa dépendance : de là l'abolition de la sensibilité tégumentaire et de la contraction musculaire;

Que les anesthésiques peuvent affaiblir la sensibilité et la myotilité ou les faire disparaître complétement;

Que les anesthésiques portent leur action aussi bien sur le cœur que sur les muscles de la vie animale;

Que l'action du cœur diminue d'abord progressivement, comme la contraction des muscles en général, et qu'ensuite elle s'affaiblit avec une rapidité effrayante, puisque les battements de cet organe tombent tout d'un coup de 112 à 72, 60, etc.;

Que les effets du chloroforme ne sont pas aussi remarquables, aussi prompts chez tous les individus;

Que chez les jeunes sujets et certains adultes l'absorption du chloroforme se fait avec une rapidité surprenante dans les voies respiratoires; d'où abolition prompte de la sensibilité et du mouvement,

Que les larges communications qui peuvent être établies chez certains individus entre les bronches et les vaisseaux pulmonaires favorisent instantanément l'anesthésie. Les communications en effet établies entre les bronches et les vaisseaux sont plus remarquables chez certains sujets que chez d'autres, comme le démontrent les injections cadavériques. Ces exceptions anatomiques ne réclament-elles pas d'une manière générale une grande prudence dans la chloroformisation?

Que le chloroforme introduit dans les canaux vasculaires par la respiration peut être rendu par la même voie sous forme d'écume et de vapeur ayant l'odeur du chloroforme, lorsque la saturation de l'organisme a été trop considérable ;

Que la chloroformisation doit cesser lorsque les battements du cœur ont tout d'un coup perdu de leur puissance et de leur nombre ;

Que la chloroformisation doit être ralentie, afin de pouvoir épier les phénomènes et s'arrêter à temps ;

Que le médecin doit constamment surveiller le malade, et ne pas s'en rapporter à des mouvements irréguliers, à de la loquacité pour juger le degré d'action du chloroforme, car il arrive que l'insensibilité est produite lors même qu'il existe de l'agitation des membres et des paroles incohérentes ;

Que, dans la chloroformisation les battements du cœur doivent toujours servir de guide pour suspendre ou continuer l'expérience ; c'est le meilleur mode d'appréciation de saturation du système nerveux par le chloroforme, et de l'étendue, de l'influence chloroformique sur le système nerveux ;

Que les anesthésiques doivent être suspendus lorsque le pouls est descendu à 55, 50, sous peine de voir subitement le malade s'affaiblir et succomber par la paralysie du cœur ;

Que les personnes qui ont les battements du cœur habituellement lents doivent être sérieusement surveillés pendant la chloroformisation, car il m'a semblé que les pulsations du pouls tendaient à s'anéantir promptement chez ces individus et à mettre leurs jours en péril;

Que dans aucun cas on ne doit recourir aux inspirations chloroformiques quand il existe un trouble fonctionnel grave dépendant d'une lésion profonde des organes centraux de la circulation ou des renflements nerveux. On comprend alors qu'un trouble fonctionnel nouveau s'ajoutant au premier produise une mort rapide, et pour ainsi dire instantanée. La vie cesse alors par une double cause qui toutes deux concourent au même but, à l'anéantissement complet du travail organique des instruments les plus importants à la vie;

Que le chloroforme ne peut, en conséquence, convenir lorsque le système nerveux est affaissé par un ébranlement violent, un coup de feu, ou lorsque les malades sont épuisés par une longue et abondante suppuration, par des pertes de sang ou un état chlorotique porté à un degré très avancé;

Que, lorsque le chloroforme a anéanti les forces vitales, et que la mort est apparente, le chirurgien ne doit jamais abandonner le malade sans avoir essayé pendant longtemps de rappeler les sources de la vie. C'est alors qu'il convient d'exciter partiellement la peau avec de l'eau froide, d'agacer cette membrane par des frictions faites avec les alcoolats, l'alcali, etc., de ranimer les organes par des courants d'air dirigés sur la face et les membres pendant que la poitrine est agitée de légers mouvements communiqués, de donner au malade la position la plus favorable au rétablissement de la circulation en le plaçant horizontalement sur le dos, obliquement sur un des côtés du tronc. Les excitants portés dans la bouche, comme l'eau de menthe, les antispasmodiques introduits sur la surface rectale favorisent le rappel des mouvements du cœur réduits à l'état d'oscillations ou de résolution complète.

Les cautérisations faites sur la bouche avec l'ammoniaque, ou sur le

pharynx, comme l'a conseillé M. J. Guérin, peuvent contribuer à ranimer la vie sur le point de s'éteindre. Notre ami et confrère Ricord a conseillé l'insufflation d'air bouche à bouche. J'aime mieux exciter les organes animateurs de l'organisme, plutôt que de m'occuper des organes secondaires. Ainsi, réveiller les nerfs stupéfiés et les muscles qu'ils animent est de première nécessité, et ensuite faire cesser l'action toxique du chloroforme par les diffusibles introduits par différentes ouvertures est la seconde indication importante à remplir. Dans une circonstance où l'opéré soumis à l'influence du chloroforme revenait à lui par instant, pour retomber bientôt dans une sorte d'anéantissement syncopal, qui présentait un caractère alarmant, j'ai eu recours à l'électricité, qui a fait cesser instantanément tout cet appareil de symptômes, aussi pénibles pour l'opérateur que douloureux pour les assistants.

RAPPORT

sur un cas de mort par le chloroforme (1),

Communiqué à la Société de chirurgie par M. le docteur Vallet, *chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Orléans.*

Commissaires : MM. Larrey, Denonvilliers et Robert, rapporteur.

Après avoir établi l'action délétère du chloroforme, voyons s'il est possible de prévoir et de prévenir de si fâcheux résultats.

M. Baudens (*Gazette des Hôpitaux*, 13 mars 1852) a pensé que les cas de mort subite observés sous l'influence du chloroforme devaient être uniquement attribués à ce que, dans l'administration de l'agent anesthésique, on ne s'est point contenté d'anéantir le sentiment, mais qu'on a anéanti le *mouvement pour amener la résolution*.

Ce chirurgien s'appuie sur des expériences de M. Flourens qui semblent avoir établi que l'action de l'agent anesthésique est successive et progressive. Cette action, d'après notre savant physiologiste, va d'abord aux lobes cérébraux, puis successivement au cervelet, à la moitié postérieure et aux racines postérieures de la moelle épinière, à la moitié antérieure et aux racines antérieures de ce viscère, enfin à la moelle allongée et au nœud vital.

Ainsi, le chloroforme suspend d'abord l'intelligence et l'équilibre des mouvements; et, si l'action en est continuée, bientôt la mort survient par l'abolition des mouvements respiratoires. Il en résulte, suivant M. Baudens, que dès l'instant où l'on est arrivé à suspendre les mouvements des muscles de la vie animale, il y a danger de mort, parce que rien ne garantit contre l'envahissement du bulbe rachidien.

En résumé, M. Baudens attribue les cas de mort observés à ce que l'on a poussé l'inhalation jusqu'à ses limites extrêmes. Il en conclut que, pour échapper à ce péril, on doit se borner à obtenir l'insensibilité sans la résolution des muscles. Cette opinion, émise par un chirurgien éminent, placé à la tête du service de santé des armées, nous paraît trop grave pour ne pas être discutée rigoureusement; et si nous la laissions passer sans réfutation, elle aurait pour conséquence de faire peser une immense responsabilité sur les praticiens entre les mains desquels les malades ont succombé.

En analysant les phénomènes que chacun de nous est à portée d'observer journellement dans l'administration du chloroforme, on reconnaît la vérité des assertions de M. Flourens sur la marche progressive et successive de l'action de l'agent anesthésique; assertions qui servent de base à l'argumentation de M. Baudens.

Oui, généralement; c'est bien l'intelligence, la sensibilité et la myotilité qui s'anéantissent successivement jusqu'à ce que la paralysie gagne les muscles qui président aux actes respiratoires. A ce moment, les poumons s'embarrassent, la respiration devient stertoreuse et l'asphyxie imminente. Oh! c'est alors que grande serait l'imprudence du chirurgien qui passerait outre sans tenir compte d'un état qui devient par lui-même un avertissement de l'organisme. Mais les choses ne se passent pas toujours ainsi; il y a des cas exceptionnels où la série des symptômes est toute différente; et ce sont précisément ces cas qui sont suivis de mort, et dont M. Baudens ne tient pas compte.

Ce n'est point, en effet, sous l'influence de l'anesthésie poussée dans ses limites extrêmes, et produisant, par la durée ou l'abondance des inhalations, la succession des phénomènes dont nous venons de tracer le tableau, qu'ont succombé les malades dont les observations ont été citées tout à l'heure. Chez tous, sans exception, la quantité de chloroforme inspirée a été très minime, la durée des inhalations très courte.

Et qu'on ne dise pas que les patients, en vertu d'une susceptibilité particulière, n'en sont pas moins passés par toutes les phases de l'éthérisme décrites par M. Flourens, et que M. Baudens semble regarder comme fatales. Chez tous la respiration était normale au moment où ils ont été sidérés; chez quatre d'entre eux le pouls était plein, et chez plusieurs la contractilité musculaire avait conservé toute son énergie. Voyez, en effet, Maria Stock, tenant elle-même le mouchoir sous son nez, jusqu'au moment où elle s'écrie : « J'étouffe! » et meurt. Plus tard, c'est Mme Labrune, repoussant l'opérateur, lui faisant comprendre par signes qu'elle n'est pas assez endormie, et tombant foudroyée après trois ou quatre inspirations de plus. Enfin, c'est le malade de M. Barrier s'échappant des mains des aides, et périssant sous leurs yeux, au moment où ils parviennent à le remettre en position. Cette observation, si elle n'est pas plus concluante, est au moins plus frappante encore que les précédentes. Il est probable que le professeur du Val-de-Grâce l'avait oubliée lorsqu'il écrivait cette phrase : « Pour moi, tant qu'on n'aura pas publié un seul cas de mort survenue » alors que la sensibilité seule était abolie, la motilité ayant été con» servée, je n'y croirai pas. »

Ainsi, il résulte des faits que nous venons de rappeler succinctement que les cas de mort subite survenus sous l'influence du chloroforme ne peuvent pas être attribués à l'action *successive et progressive* de cet agent, mais qu'ils sont en dehors de la sphère des faits ordinaires, qu'ils sont exceptionnels, et ne peuvent être imputés qu'à des conditions particulières de l'organisme, qu'il ne nous est point encore donné de connaître.

Effrayé par les dangers d'homicide qu'on court sans cesse en poussant l'éthérisme jusqu'à la résolution, M. Baudens donne le conseil de ne jamais dépasser la période d'insensibilité, période qu'il a pu, dit-il, prolonger pendant plus d'une demi-heure, en revenant de temps à autre à l'emploi du chloroforme. Sans vouloir contester les affirmations de M. Baudens, et jugeant d'après l'expérience de nos collègues des hôpitaux, nous ferons observer qu'on n'enferme pas à son gré l'action des anesthésiques dans un cercle aussi limité. On est bien près de la résolution quand on veut obtenir une insensibilité profonde : or, sans cette insensibilité complète toute sécurité s'évanouit dans la pratique de la chirurgie. Ne voit-on pas tous les jours des malades qu'on pique, qu'on pince impunément, dont la conjonctive semble privée de sentiment, qui ne s'en réveillent pas moins sous le tranchant du bistouri, et se livrent aux mouvements les plus violents et les plus désordonnés? Comment alors pourrait-on sans danger pratiquer une opération de hernie, découvrir une artère, enlever une tumeur placée au milieu d'organes importants, etc.? Il faudrait, en vérité, renoncer à l'exercice de la chirurgie, si de telles conditions nous étaient imposées. Je m'étonne que M. Baudens n'ait jamais rencontré de difficultés de ce genre.

Mais ce n'est pas tout; si la résolution est une condition nécessaire à la pratique de la plupart des opérations, elle est parfois aussi une nécessité, un but qu'il faut atteindre dans le traitement de diverses affections chirurgicales. De quelles ressources puissantes l'art ne serait-il pas privé s'il fallait renoncer à obtenir cet état! La réduction des luxations et des hernies étranglées ne s'obtient fréquemment qu'à ce prix. Et qu'il me soit permis de rappeler ici l'heureuse application que notre collègue M. Richet en a faite au traitement des luxations compliquées de fracture. J'ai eu moi-même l'occasion d'observer deux cas de rétrécissements de l'urètre regardés comme infranchissables, et dont le cathétérisme est immédiatement devenu très facile au moyen de l'anesthésie poussée jusqu'à la résolution : c'étaient des rétrécissements spasmodiques.

Telles sont mes convictions sur la fréquente nécessité où se trouvent les chirurgiens d'obtenir la résolution par l'emploi du chloroforme. Je les soumets avec confiance à mes collègues de la Société de chirurgie, persuadé qu'ils trouveront dans leur propre expérience assez d'arguments pour adopter ma manière de voir.

M. Sédillot ne conteste pas le danger des inhalations anesthésiques, mais il n'admet ce danger que lorsque le chloroforme est impur ou mal administré. (*Nouvelles considérations sur l'emploi du chloroforme*; Strasbourg, 1851.)

Examinons donc d'abord si l'impureté du chloroforme peut avoir des conséquences aussi funestes que le pense l'éminent chirurgien de Strasbourg; nous discuterons ensuite la valeur des moyens qu'il propose comme devant mettre à l'abri du danger.

La substance qu'on trouve le plus souvent mêlée en plus ou moins grande quantité au chloroforme, celle qu'on a accusée des plus graves accidents, est une huile pyrogénée, jaunâtre, d'une saveur âcre et nauséeuse, d'une odeur rappelant un peu celle de la créosote, ainsi que l'ont démontré les recherches de MM. Mialhe et Soubeiran (*Journal de pharmacie*, t. XVI, 1849, 3e série, p. 5). Mais nous ne sachons pas qu'en dehors de son âcreté et de son odeur nauséabonde, cette huile puisse exercer sur l'économie une action délétère; tout au plus peut-elle amener des vomissements plus ou moins répétés. A plus forte raison, son mélange avec le chloroforme n'aura-t-il pas des suites plus fâcheuses.

Les faits sont là d'ailleurs qui contredisent l'assertion de M. Sédillot. Ainsi, dans l'observation de M. Gorré, le chloroforme, analysé par M. Regnault, professeur de chimie au collége de Boulogne, a été trouvé bien purifié. Dans celle de M. Vallet, l'analyse a révélé la même pureté. Il en a été de même dans l'affaire de Strasbourg et dans l'observation de M. Mojer. M. Barrier a usé d'un flacon dont le contenu avait servi quelques minutes auparavant à endormir une jeune fille, chez laquelle tout s'était passé régulièrement. Il ajoute que ce liquide était pur; or, quand un homme comme M. Barrier affirme, il doit être cru. Vous voyez donc, messieurs, que, d'une part, la présence de matières hétérogènes dans le chloroforme n'est point par elle-même une cause de mort; et que, d'autre part, sa purification parfaite ne met point à l'abri de cette catastrophe.

Examinons maintenant la valeur des préceptes formulés par M. Sédillot pour l'administration des agents anesthésiques. Le but principal qu'il se propose est de maintenir l'*intégrité*, la *normalité de l'acte respiratoire*. Son procédé se réduit à étudier, à ménager d'abord la susceptibilité du malade en lui faisant respirer des doses faibles de chloroforme, à calmer son moral et, quand les inspirations sont bien supportées, à précipiter l'action anesthésique en augmentant les doses. Lorsque la résolution musculaire se manifeste, on suspend l'usage du chloroforme pour le reprendre à la moindre trace de mouvement. On peut ainsi prolonger l'anesthésie pendant un temps assez long.

Nous ne pouvons qu'applaudir à des règles aussi sages; nous ne nous en écartons jamais, et nous voudrions qu'elles fussent toujours présentes à l'esprit de tous les chirurgiens. Mais est-il possible de partager entièrement la sécurité de M. Sédillot, en présence des faits que nous avons rapportés? Dans tous ces cas, l'expérience et l'habileté connues des praticiens qui ont employé le chloroforme sont un garant du bon usage qui en a été fait; et bien que toutes les précautions recommandées par M. Sédillot n'aient pas été ponctuellement observées, on ne peut méconnaître qu'en général les règles essentielles ont été scrupuleusement suivies. Ainsi, presque toujours on a laissé un libre cours au passage de l'air; la respiration s'exécutait librement; la circulation était normale, la période d'excitation modérée; en un mot, les phénomènes de l'éthérisation paraissaient s'accomplir naturellement, lorsque tout à coup la circulation s'est arrêtée et la vie s'est éteinte.

Un de nos collègues, M. Chassaignac, dans une note récemment imprimée, a présenté quelques réflexions pleines d'intérêt sur les circonstances dans lesquelles il lui paraît permis de croire à l'entière innocuité du chloroforme.

Pour lui, c'est dans cette période qu'il appelle de tolérance anesthésique, période intermédiaire à l'excitation et au collapsus, caractérisée par le sommeil avec régularité parfaite des grandes fonctions, qu'on peut plonger sans crainte les malades pendant un temps plus ou moins long. Il trouve dans cet état tous les genres de sécurité qu'on peut désirer :

1° Contre les chances de douleur : insensibilité complète;

2° Contre les troubles fonctionnels graves : régularité parfaite des grandes fonctions.

Il y voit encore cet avantage que, indépendamment de ce que le chirurgien, exempt de toute préoccupation du côté de l'anesthésie, peut se livrer à l'exécution du manuel opératoire sans aucune inquiétude il trouve que sa responsabilité comme opérateur est couverte, cette responsabilité ne commençant pour lui que du moment où l'on a commencé à agir, le chirurgien restant dans les termes généraux de la responsabilité médicale tant qu'il n'a pas fait usage de l'instrument.

Nous ne pouvons qu'applaudir aux opinions de M. Chassaignac sur les avantages de la tolérance anesthésique. Mais nous ferons observer :

1° Que la plupart des cas de mort se sont précisément offerts avant que cette période pût être obtenue;

2° Que, de l'aveu même de notre habile collègue, on ne peut souvent obtenir cette tolérance qu'après l'excitation et le collapsus, période qu'il redoute par-dessus tout et avec raison;

3° Enfin, que certains sujets semblent complétement réfractaires à la tolérance anesthésique.

Nous ne pouvons non plus admettre la distinction un peu subtile qu'établit M. Chassaignac entre la responsabilité générale du médecin et celle de l'opérateur.

Quelques chirurgiens, établissant un parallèle entre les propriétés toxiques du chloroforme et celles de l'éther, ont pensé que ce dernier agent offrait à ce point de vue des avantages incontestables. En étudiant, en effet, les cas malheureux dans lesquels on a cru devoir imputer à l'éther une part plus ou moins grande dans la terminaison fatale, on est frappé de l'intervalle considérable qui sépare le moment de la mort de celui de son emploi; ce n'est généralement que quelques heures au moins, et souvent plusieurs jours après l'usage des inhalations anesthésiques, que les malades ont succombé.

En présence de ce long sursis et des conditions fâcheuses dans lesquelles se trouvaient plusieurs des opérés, on peut se demander si la mort ne doit pas en définitive être attribuée à des causes étrangères à l'action de l'éther, plutôt qu'à l'éther lui-même. C'est ce qu'ont pensé plusieurs praticiens, parmi lesquels nous citerons MM. Diday, Pétrequin, Bonnet (de Lyon), Cantu (de Turin), qui se sont déclarés les partisans exclusifs de l'éther, réagissant ainsi contre les tendances de M. Simpson et de la plupart des chirurgiens de Paris à bannir ce dernier de la pratique chirurgicale au bénéfice du chloroforme. Entre ces deux opinions opposées s'élève celle du savant auteur du *Traité théorique et pratique de la méthode anesthésique*, M. Bouisson, qui, sans rejeter complétement le chloroforme, croit qu'on doit en restreindre beaucoup l'emploi, et cherche à établir les indications de l'un ou de l'autre de ces agents.

Quoi qu'il en soit de ces opinions diverses, s'il est vrai que le plus souvent l'éther ne tue pas instantanément, comme le chloroforme, il y a cependant des faits incontestables dans lesquels la mort est survenue pendant les inhalations elles-mêmes, et à leur début. L'un est rapporté par M. Bouisson (ouvrage cité, p. 394) : le malade mourut asphyxié. Nous devons le second à l'obligeance de M. Barrier, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Voici le résumé de cette observation :

Le 26 août 1852, entra à l'Hôtel-Dieu de Lyon une femme âgée de cinquante-deux ans, affectée d'un ostéosarcome du maxillaire supérieur droit. L'état général de cette femme n'était pas très satisfaisant. Elle montrait bien plus que son âge; elle était faible, amaigrie; le teint était pâle, même jaunâtre, comme dans la cachexie commençante. M. Barrier, sur sa première impression, hésita à l'opérer. D'après les vives instances de la malade, il s'y décida cependant, mais il désirait se dispenser de l'éthériser, en raison de l'état général, craignant que sa faiblesse ne rendît dangereuse l'inhalation des anesthésiques, et à cause de la nécessité de l'opérer assise. Il céda cependant à ses supplications; et l'opération fut pratiquée le 11 septembre 1852.

La malade fut promptement endormie par l'éther. Le procédé suivi fut celui de l'éponge placée dans une vessie. « Je puis, dit M. Barrier, » affirmer que nous étions sur nos gardes, et qu'un aide tenait l'artère » sous son doigt. L'anesthésie étant complète, je commençai l'opéra» tion par l'incision des parties molles, ce qui obligea d'écarter l'éponge » de dessous le nez; par conséquent, l'air pouvait passer en assez » grande quantité par les narines. Je liai quelques vaisseaux sur les » bords de l'incision, et j'allais attaquer l'os avec le ciseau, ou plutôt » j'avais déjà porté le ciseau sur les limites de la tumeur, et coupé » l'apophyse montante, quand je m'aperçus, et les assistants avec moi, » que la respiration s'arrêtait. Je suspendis l'opération, et je fis com» plétement retirer l'éponge, qu'on avait jusqu'à ce moment approchée » et éloignée alternativement des narines, suivant les mouvements de » la manœuvre opératoire. L'alarme fut grande, et partagée par tous » les assistants. La respiration avait cessé, et le pouls ne se sentait » pas au poignet, ni à la région précordiale, ou n'y était perçu que » d'une manière très douteuse. Aussitôt la malade et son fauteuil fu» rent renversés en arrière, pour placer le corps et la tête dans une » position horizontale. La face était extrêmement pâle, cadavéreuse; » les yeux ternes et immobiles. Frictions sur les tempes et la poitrine » avec le vinaigre et l'ammoniaque; compression alternative du tho» rax et de l'abdomen, pour exciter les mouvements respiratoires; in» sufflations dans la trachée avec une sonde en argent, tout resta » inutile. L'autopsie ne put être faite.

» La quantité d'éther, non pas absorbée, mais employée, fut au plus » de 30 grammes. L'hémorrhagie fut peu considérable, et le sang ne » coula pas dans le pharynx. »

L'éther peut donc tuer comme le chloroforme, et aussi soudainement que lui. Si pour le faire prévaloir on nous objecte que son bilan mortuaire est moins considérable que celui du chloroforme, nous répondrons que ce dernier est employé dans des proportions énormes par rapport à l'éther. Nous ajouterons même qu'en supposant l'action toxique de celui-ci moins énergique que celle du chloroforme, les malheurs qu'on a à lui reprocher moins nombreux, proportion gardée, l'éther devra encore occuper une place secondaire, en raison des avantages que présente son rival. Celui-ci, en effet, présente une odeur non-seulement moins désagréable, mais que tout le monde, à peu près, peut supporter. On ne pourrait pas en dire autant de l'éther.

L'action irritante exercée sur la muqueuse bronchique par le chloroforme est beaucoup moindre que celle de l'éther, qui a, plus d'une fois, amené des inflammations mortelles des organes thoraciques. Enfin, il est rare de trouver des individus totalement réfractaires au chloroforme, ce qui n'était pas très rare avec l'éther.

Il résulte donc de ce que nous venons d'exposer que, dans l'état actuel de la science, il n'est pas possible de soustraire les malades à l'action toxique du chloroforme. Ni l'observation des règles que la prudence peut suggérer dans son administration, ni son remplacement par l'éther ne peuvent donner au malade une sécurité complète.

Nous n'insisterons pas sur le conseil donné il y a quelques années par M. le docteur Stanski, de placer les opérés dans la position horizontale, dans l'espoir de rendre les syncopes moins fréquentes et moins graves. Assurément, la position est bonne, et, autant que possible, il faut l'observer; mais il suffit de rappeler les faits précédemment exposés pour se convaincre qu'elle est insuffisante pour prévenir des accidents mortels.

Après avoir recherché les moyens d'éviter les accidents résultant de l'action du chloroforme, il nous reste à voir si, ces accidents survenant, il est possible d'en arrêter le cours et de soustraire ainsi les malades à une mort imminente.

Parmi les moyens employés, la plupart sont ceux auxquels on a recours dans les cas ordinaires de syncope. Nous ne les rappellerons pas ici, car ils sont connus de tous les praticiens. Nous dirons seulement que jusqu'à ce jour ils sont restés complétement impuissants.

Des expériences tentées par M. Plouviez sur les animaux l'avaient porté à penser que l'insufflation pulmonaire conjurait efficacement les accidents formidables produits par le chloroforme ou l'éther. Mais en lisant les observations précitées, on se convaincra que l'insufflation, employée plusieurs fois, n'a pas eu plus de succès que les autres moyens. Cependant, trois faits rapportés par M. Ricord sembleraient donner de l'importance aux expériences de M. Plouviez, et démontrer que l'insufflation pulmonaire est de nature à rendre de grands services dans les cas de péril imminent. Il y a une distinction importante à établir dans les observations de M. Ricord. Nous y trouvons: 1° Le fait même de l'insufflation pulmonaire, qui, malgré la rareté de ses succès, nous semble devoir être recommandée à l'attention des chirurgiens; 2° Le mode selon lequel doit être pratiquée cette opération. M. Ricord veut que ce soit de bouche à bouche; il semble préférer cette méthode aux autres manières de faire pénétrer l'air dans les poumons. Voici, en effet, comment s'exprime notre éminent collègue: « Maintenant, n'est-il pas permis de conclure que, dans le cas de » mort imminente par suite de l'action du chloroforme, l'insufflation » directe de l'air, et bouche à bouche, du médecin au malade, paraît » être un moyen plus efficace et plus sûr que tous les autres moyens » conseillés en pareil cas; plus efficace et plus prompt que tous les

(1) Fin. — Voir le numéro précédent.

» autres moyens d'insufflation artificielle avec des tubes ou des sondes ? » Désormais le médecin qui négligerait d'y avoir recours assumerait » sur sa tête une grande responsabilité. » (*Union médicale*, 20 novembre 1849.)

Sans vouloir atténuer en rien l'intérêt des observations de M. Ricord, nous nous permettrons cependant d'objecter que l'insufflation bouche à bouche, déjà mise en usage avant lui par M. Barrier, a non-seulement échoué pour rappeler le mourant à la vie, mais encore qu'il a fallu y renoncer et recourir au tube laryngien, parce qu'elle laissait pénétrer l'air dans l'estomac.

Enfin, il est un moyen proposé il y a quelques années par M. J. Guérin (séance de l'Académie de médecine du 9 janvier 1849), et que son auteur vient de rappeler de nouveau à l'attention des praticiens; nous voulons parler de la cautérisation pharyngienne au moyen de l'ammoniaque. M. J. Guérin a conclu de ses expériences sur les animaux aux heureux résultats qu'on pourrait obtenir de la cautérisation pharyngienne dans l'intoxication par le chloroforme. Comme ce moyen, appliqué précédemment, à un autre point de vue, et dans le traitement d'autres maladies, n'a point encore été employé chez l'homme dans le cas particulier dont il est question, nous ne pouvons nous prononcer positivement à son égard. Cependant, en considérant, d'une part, la pénurie de la thérapeutique en semblable occurrence, d'autre part, les succès évidents que M. J. Guérin dit avoir obtenus sur les animaux, nous pensons que c'est un moyen qu'on ne devrait pas négliger, le cas échéant.

CONCLUSIONS.

Le fait qui sert de base à ce rapport et ceux dont nous l'avons fait suivre nous paraissent de nature à établir les propositions suivantes :

1° Le chloroforme peut causer la mort presque instantanément, et comme par une espèce de sidération semblable à celle que détermine chez l'homme certains poisons violents.

2° La mort paraît causée, en général, par la cessation brusque des mouvements du cœur, par une véritable syncope.

3° Dans la plupart des faits observés jusqu'à ce jour, la mort n'a pas eu lieu par suite de l'administration excessive de l'agent anesthésique, mais bien par suite d'une prédisposition particulière de l'organisme, inconnue dans sa nature. Cette disposition peut même se développer instantanément, et de telle sorte que des individus déjà plusieurs fois soumis avec succès à l'action du chloroforme ont pu succomber plus tard sous l'influence de cet agent.

4° Jusqu'à ce jour, la science ne possède aucun moyen de reconnaître ces idiosyncrasies. Il est seulement contre-indiqué de recourir au chloroforme chez les individus dont les organes centraux de l'innervation, de la circulation et de la respiration sont malades; ceux qui sont naturellement ou accidentellement disposés à la syncope; ceux enfin qui sont extrêmement affaiblis par les hémorrhagies, ou se trouvent dans l'état de commotion inhérente à certains cas de traumatisme grave.

Il est certains individus chez lesquels le chloroforme détermine une excitation très violente, un raptus vers l'encéphale tellement prononcé, qu'on peut craindre chez eux des conséquences funestes, ainsi que votre rapporteur, dans un travail lu en 1849 à l'Académie de médecine, en a fait connaître des exemples. Chez ceux-là, il serait dangereux d'insister. Il en est de même enfin pour quelques individus évidemment réfractaires à cet agent, et qui, bien que plongés dans une insensibilité voisine du collapsus, ne s'en livrent pas moins aux démonstrations les plus violentes, sous l'influence de la moindre cause d'excitation.

5° L'art ne possède aucun moyen efficace d'enrayer la marche des accidents produits par l'inhalation du chloroforme, et d'en prévenir les funestes résultats.

Nous devrions peut-être terminer ici ce travail déjà très étendu; cependant nous croyons de notre devoir d'examiner encore une question fort grave: celle de savoir si les malheurs produits par l'inhalation du chloroforme sont de nature à pouvoir engager la responsabilité des médecins, et dans quelles limites. On conçoit combien il est délicat d'aborder une semblable question, et combien il est difficile de la résoudre. Il importe cependant d'autant plus de ne pas l'éluder, que déjà plus d'une fois les tribunaux ont cru devoir en connaître, et que même ils ont rendu des arrêts propres à jeter les médecins dans une grande perplexité. Aussi, le docteur Mascarel, chirurgien de l'hôpital de Châtellerault, a-t-il adressé, il y a peu de jours, à l'Académie impériale de médecine, les questions suivantes, à propos de l'affaire Triquet. (Sance du 17 mai 1853.)

1° L'emploi du chloroforme doit-il être continué à titre d'anesthésique dans la pratique médicale?

2° Dans le cas d'affirmation, existe-t-il dans l'état actuel de la science des préceptes certains pour éviter des accidents de mort?

3° Si ces préceptes n'existent pas, quel doit être le rôle du médecin envers les malades, la société et la loi?

Dans le cours de ce travail, nous avons déjà répondu à la seconde question posée par notre honorable confrère; nous allons examiner les deux autres avec liberté et franchise.

Malgré les catastrophes dont le chloroforme a été la cause, nous n'hésitons pas à reconnaître toute l'importance de son emploi, et à dire qu'il est désormais acquis à la pratique chirurgicale. Il n'est plus au pouvoir de personne d'en empêcher l'usage; et, comme l'a dit fort heureusement notre honorable collègue M. Chassaignac, les malheurs du chloroforme n'y feront pas plus renoncer que les accidents des chemins de fer n'arrêteront l'usage de ces précieux moyens de transport. Quand d'immenses avantages sont dus à une invention, il n'est pas dans la nature de l'homme d'y renoncer en vue des quelques inconvénients qui y sont attachés.

Et maintenant, l'emploi du chloroforme étant admis comme une nécessité dans la pratique, dans quelles limites l'usage doit-il en être restreint? Etablissons à ce sujet une distinction dans les opérations chirurgicales. Tantôt l'anesthésie, poussée même jusqu'à la résolution, est nécessaire pour se débarrasser de la contraction des muscles et des entraves qu'elle apporte à l'accomplissement de certains actes chirurgicaux, tels que la réduction des luxations, des hernies et quelques cas de cathétérisme difficile. Ici le but ne peut être atteint sans le secours de l'anesthésie ; en conséquence, nous ne pensons pas que le chloroforme employé selon les règles de l'art puisse jamais engager la responsabilité du chirurgien.

Dans d'autres cas, et c'est le plus grand nombre, le chloroforme n'est qu'un moyen d'éviter la douleur attachée aux opérations. Il est alors désiré par les malades; il est même souvent imposé par eux. Sans doute, en face des malheurs aujourd'hui connus, le praticien ne doit point y recourir lorsque les opérations sont peu douloureuses; mais quelles limites pourra-t-on lui imposer à cet égard? On sait que, si quelques malades affrontent facilement la douleur, la plupart en ont une horreur invincible; et, sachant qu'il existe un moyen de les y soustraire, ils le sollicitent ardemment et ne veulent même subir l'opération qu'à la condition d'être anesthésiés.

Mais, s'ils ne savent pas complétement qu'ils s'exposent à des dangers sérieux, le chirurgien doit-il les en instruire? Nous ne le pensons pas. N'y a-t-il pas, en effet, de l'inconvénient à les préoccuper ainsi au moment où ils vont subir une opération? Nous croyons donc que l'appréciation des cas où il convient d'accorder ou de refuser le chloroforme doit être entièrement laissée à la sagacité du chirurgien, et ne peut rigoureusement faire encourir à celui-ci aucune responsabilité. La seule condition que nous y mettions, c'est que le malade en ait exprimé vivement le désir.

Un des considérants du jugement rendu dernièrement par le tribunal de police correctionnelle de Paris, à propos de l'affaire Triquet, porte qu'on ne doit recourir au chloroforme « que dans les opérations les plus » graves, celles où la force de la douleur est de nature à vaincre la force » physique du malade, et dans celles où l'immobilité est une condition » essentielle au succès de l'opération. »

Malgré le respect que nous inspirent les arrêts de la justice, nous n'hésitons pas à dire que, si les règles que nous venons d'énoncer passaient dans la jurisprudence, il faudrait renoncer à l'anesthésie, ou laisser le corps médical sous le coup de la responsabilité la plus grave.

Tous les chirurgiens savent très bien que ce n'est point d'après la gravité des opérations, mais d'après l'intensité de la douleur qu'elles doivent causer qu'ils se déterminent à faire usage du chloroforme. De plus, s'il faut réserver celui-ci pour les opérations dans lesquelles, suivant les termes du considérant, la force de la douleur est de nature à vaincre la force physique du malade, nous ne savons réellement s'il en existe de pareilles; et, à ceux qui soutiendraient le contraire, nous demanderions si, depuis la découverte du chloroforme, la chirurgie s'est enrichie de quelque opération auparavant rejetée comme trop douloureuse.

L'arrêt dont il s'agit admet l'emploi du chloroforme dans le cas où l'immobilité du malade est une condition essentielle au succès de l'opération.

Il semblerait résulter de cette opinion que le chloroforme a apporté dans la pratique de la chirurgie une sécurité inconnue avant lui. Eh bien ! nous n'hésitons pas à le dire, c'est encore là une erreur. En effet, avant que l'emploi des anesthésiques fût connu, les malades qui se décidaient à subir une opération puisaient dans leur propre volonté la force nécessaire pour rester immobiles ; ou bien ils pouvaient être contenus par des aides, lorsqu'on craignait que leur volonté ne fût impuissante. Depuis l'usage du chloroforme, on obtient, il est vrai, l'immobilité en poussant l'inhalation jusqu'à ses dernières limites, c'est-à-dire jusqu'à presque la résolution; mais on ne peut jamais savoir quelle sera la durée de cet état; et souvent il arrive qu'avant la fin de l'opération les malades exécutent des mouvements automatiques involontaires, et d'autant plus préjudiciables qu'ils sont imprévus et violents. Il n'est pas un chirurgien qui, opérant avec de telles conditions, n'ait été plus ou moins gêné dans ses actes et n'ait regretté l'obligation où il avait été de recourir à l'anesthésie. Nous dirons donc ici avec assurance que, si le chloroforme est un bienfait pour l'humanité, qu'il soustrait à la douleur, il est certainement pour la chirurgie une source de préoccupations et de difficultés.

J'ai hâte, messieurs, de terminer ce travail. L'observation de M. Vallet et celles que nous en avons rapprochées prouvent que le chloroforme et l'éther, alors même qu'ils sont purs et bien administrés, peuvent déterminer la mort.

Sans doute, la théorie ne permettait pas de méconnaître les dangers de l'anesthésie. Comment concevoir, en effet, qu'un agent qui jouit de la singulière propriété de suspendre la sensibilité, d'empêcher la douleur, cette sentinelle de la vie, qui permet à l'homme de se soustraire aux causes de destruction dont il est environné; comment concevoir, dis-je, qu'un tel agent puisse être toujours impunément employé? Mais ce qu'on ne pouvait prévoir et ce que l'expérience seule a révélé, c'est que la mort a lieu d'une manière imprévue, soudaine, comme par une espèce de sidération, sans que l'on puisse arrêter la marche des accidents ou en conjurer la terminaison funeste.

Il est vrai de dire que les malheurs imputables au chloroforme sont en proportion très minime, eu égard au nombre immense des circonstances où on a recours à lui. Mais il est vrai aussi que, les prédispositions individuelles auxquelles il emprunte sa léthalité ne pouvant être prévues, la question de vie ou de mort est réellement posée pour le malade, toutes les fois qu'on en fait usage, ainsi que l'a fort bien dit notre honorable collègue M. Sédillot.

Aussi le chirurgien prudent devra-t-il toujours avoir devant les yeux cette terrible éventualité, et s'entourer, par conséquent, de toutes les précautions que la prudence réclame. Ces précautions sont évidemment de ne recourir au chloroforme qu'avec une extrême réserve, de l'administrer sagement, suivant toutes les règles aujourd'hui indiquées, et en surveillant surtout très attentivement l'état du pouls et de la respiration. C'est ainsi seulement qu'il pourra mettre à l'abri sa responsabilité vis-à-vis de la société et vis-à-vis de lui-même.

La commission dont je suis l'organe a l'honneur de vous proposer :

1° De remercier M. Vallet de son intéressante communication;

2° De déposer honorablement son travail dans les archives de la Société.

ROBERT.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 8 juin 1853. — Présidence de M. GUERSANT.

Après la lecture du procès-verbal de la dernière séance, M. BROCA demande la parole pour ajouter quelques observations à ce qui a été dit sur les kystes du sein. En outre des variétés signalées dans la dernière séance, M. Broca en rappelle une forme particulière qu'il a décrite dans son travail sur le cancer. Dans ces cas, les kystes succéderaient à des foyers sanguins; il a pu saisir toutes les phases de ces transformations, et il les a fait voir à la Société anatomique.

M. ROUX, également à propos des variétés des kystes du sein, dit qu'il a enlevé, à dix ans d'intervalle, les deux seins d'une malade qui présentait de volumineuses tumeurs mammaires.

La même lésion se retrouvait sur ces deux seins ; elle était constituée par des kystes multiples contenant dans leur intérieur un liquide noirâtre offrant l'aspect de la matière mélanique.

Depuis, cette femme a succombé à une affection de l'ovaire.

M. MICHON, qui a vu cette malade dans les derniers moments de sa vie, a pu procéder à son autopsie. Elle avait survécu douze ou quinze ans encore après la dernière opération pratiquée par M. Roux. Elle présentait, en effet, une affection de l'ovaire, plus des pierres utérines; et en outre, sous une des cicatrices résultant de l'amputation du sein, on retrouva quelques-uns de ces kystes signalés par M. le professeur Roux.

Correspondance.

La Société reçoit :

1° La *Revue thérapeutique du Midi*, du docteur Saurel, tome IV, 30 mai ; *Association medical journal*, mai;

2° Les thèses du concours de l'agrégation :

De M. BROCA, *sur l'étranglement dans les hernies abdominales et des accidents qui peuvent le simuler;*

De M. DESORMEAUX, *sur le traitement des kystes de l'ovaire;*

De M. BLOT, *sur les tumeurs sanguines de la vulve et du vagin pendant la grossesse et l'accouchement.*

3° M. MARJOLIN a reçu une lettre de M. Fleming, chirurgien de l'hôpital de Richmont (de Dublin), qui adresse une demande pour être nommé membre correspondant.

M. Fleming fait remettre sur le bureau trois brochures dont suivent les titres :

Notes on the urinary diseases and morbid conditions of the urine in children;

On Inflammatory and other affections of the tongue ;

Remarks on the application of chloroform to surgical purposes.

4° M. MARJOLIN communique encore une lettre adressée à la Société par le docteur Hamilton, chirurgien de l'hôpital de Richmont, qui demande le titre de membre correspondant. A l'appui de sa candidature, il adresse deux brochures :

Essay on syphilitic sarcocele;

Observations on the symptoms resulting from an undescended testicule.

Ces deux mémoires sont renvoyés à l'examen de M. Giraldès.

5° M. LARREY dépose sur le bureau un mémoire de M. le docteur Reverdit, médecin à Thouars (Deux-Sèvres), ex-chirurgien aide-major et lauréat des hôpitaux militaires. Ce mémoire est intitulé :

Fracture non consolidée du fémur. — Résection des fragments. — Guérison. — Pièces pathologiques à l'appui.

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Larrey, Follin, Gosselin.

6° Trois lettres avec demandes de congé, par MM. Denonvilliers, Verneuil et Morel-Lavallée.

Rapport sur un cas de mort par le chloroforme.

M. ROBERT donne lecture d'un rapport sur ce sujet. Nous en avons publié la première partie dans le dernier numéro; celui d'aujourd'hui contient la seconde.

Après cette lecture, la Société décide que la discussion sera renvoyée à quinzaine, lorsque le rapport aura été imprimé.

A cinq heures et demie, la Société se forme en comité secret.

Le vice-secrétaire de la Société, A. LABORIE.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Les conditions d'admission aux emplois d'aide-major à l'Ecole impériale du Val-de-Grâce ont été déterminées par l'article 2 du décret du 13 novembre 1852 :

1° Etre né Français;

2° Etre docteur en médecine de l'une des trois facultés ou pharmacien reçu dans l'une des trois écoles supérieures de pharmacie de l'Empire ;

3° Etre exempt de toute infirmité qui rende impropre au service militaire ;

4° N'avoir pas dépassé l'âge de vingt-huit ans au 1er janvier qui suivra l'ouverture du concours;

5° Avoir satisfait à des épreuves déterminées par le ministre de la guerre.

Concours des candidats médecins. — Nature des épreuves. — 1° Une composition sur une question de clinique et de thérapeutique médicales;

2° Une épreuve orale d'anatomie des régions avec applications à la médecine et à la chirurgie pratiques;

3° Une épreuve orale de chirurgie suivie de l'application de deux appareils ou bandages.

Concours des candidats pharmaciens. — Nature des épreuves. — 1° Réponse écrite à une question d'histoire naturelle des médicaments et de matière médicale ;

2° Epreuve orale sur une question de chimie;

3° Epreuve orale sur une question de pharmacie suivie de l'exécution d'une préparation officinale.

Composition des jurys. — Les jurys d'examen sont composés : 1° d'un inspecteur, qui présidera les trois jurys ; 2° d'un médecin principal, qui, choisi dans une autre spécialité que l'inspecteur, l'accompagnera dans sa tournée ; 3° d'un médecin principal et d'un pharmacien principal désignés par le ministre pour chaque localité.

Classement. — Après la dernière épreuve, le jury local procède, en séance particulière, au classement des candidats par ordre de mérite.

Le classement définitif de tous les candidats des trois facultés a lieu à Paris ; à cet effet, le jury formé à Paris pour l'admission des candidats de cette circonscription se constituera, au terme de cette opération, en jury central, chargé d'établir la liste définitive du classement des candidats des trois concours, d'après les chiffres d'appréciation qu'ils ont obtenus ; en cas d'égalité de deux candidats, il est fait une nouvelle lecture de leurs compositions en séance du jury central, qui prononce sur le rang définitif de chacun d'eux.

Stage à l'école impériale du Val-de-Grâce. — La durée de ce stage est d'une année, pendant laquelle les docteurs admis sont exercés à l'examen des malades, aux prescriptions d'après le régime et le formulaire des hôpitaux militaires, aux opérations, aux pansements, aux analyses de chimie usuelle dans l'armée, aux expertises d'hygiène et de médecine légale militaire, à la connaissance et à l'application des lois et règlements qui concernent le service de santé militaire. Les pharmaciens sont astreints à des travaux analogues qui ont pour but de les familiariser avec la gestion des officines des hôpitaux militaires, avec les règles d'une comptabilité spéciale, avec le service pharmaceutique des ambulances.

Les uns et les autres sont soumis aux obligations de la discipline militaire, et reçoivent, pendant leur séjour à Paris, les appointements de 2,800 fr. Au terme de leur stage, ils obtiennent, à la suite d'examens de sortie, le brevet du grade dont ils sont investis par commission ministérielle, et jouissent, à partir de ce moment, des priviléges inhérents à la position d'officier.

— M. le docteur Sales-Girons a été nommé médecin inspecteur des eaux sulfureuses de Pierrefonds (Oise).

— S. M. la reine d'Angleterre vient de conférer à M. le docteur Olliffe, médecin de l'ambassade anglaise à Paris, le titre de chevalier (knight) du royaume uni de la Grande-Bretagne et d'Irlande.

LE SOURD.

Paris. — Typographie de PLON frères, Imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 73. — MARDI 21 JUIN 1853. (26e ANNÉE.) N° 73. — MARDI 21 JUIN 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE.	Trois mois	8 fr. 50 c.
	Six mois	16 »
	Un an	30 »
GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES.	Trois mois	9 fr.
	Six mois	17
	Un an	33
ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR.	Trois mois	10 fr.
	Six mois	20
	Un an	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

PARIS, LE 20 JUIN 1853.

HYGIÈNE PUBLIQUE.

Du lait consommé dans la ville de Paris.

(Deuxième article.)

Après de nombreuses analyses pratiquées sur des échantillons de provenance différente, les chimistes sont tombés d'accord pour attribuer au lait de bonne qualité une densité naturelle qui varie de 1,030 à 1,032. Examiné sous un autre point de vue, le même lait fournit 3 p. 100 de beurre, 3 p. 100 9 de caséine, 5 à 6 p. 100 de sucre de lait et de sels minéraux, ou en moyenne 12 à 13 p. 100 de matières solides. C'est sur ces données qu'est fondé l'emploi des appareils destinés à mesurer la richesse du lait, et à constater par conséquent les changements de composition qu'il a subis. En principe, on ne peut pas choisir pour ces diverses appréciations une base plus rationnelle; aussi au premier abord est-on tenté d'avoir toute confiance dans les résultats. Mais, pour peu qu'on y regarde de près, on s'aperçoit que l'imperfection des instruments, que la délicatesse des opérations et la constitution très variable du liquide entourent les expériences de causes multiples d'erreur, qu'il est bien difficile d'éviter.

Dans le commerce, on applique aux essais journaliers du lait une sorte d'aréomètre connu sous le nom de galactomètre centésimal. Les conditions de l'expérience sont les suivantes : température atmosphérique à 15° centigrades; densité du lait marquant 105 à 115° de l'instrument.

Avec le lacto-densimètre imaginé par M. Quevenne, et employé au même usage que l'appareil précédent, la densité de l'eau étant représentée par 1,000, celle du lait doit correspondre à 1,031.

Ces pesées, faites avec toutes les précautions désirables, et notamment en tenant compte, par des rectifications, des causes d'erreur provenant de la température de l'atmosphère ou du liquide lui-même, indiquent bien réellement la densité du lait. Mais qu'importe au consommateur que le lait qui lui est fourni marque 115 ou pèse 1,031? ce qu'il demande, c'est du lait pur, dont la densité n'ait point été rehaussée par la fraude; or, c'est là précisément ce que n'accuse ni l'un ni l'autre de ces deux instruments.

Bien plus, les laits les plus gras, et partant les meilleurs, sont justement ceux qui pèsent le moins. Comme ils contiennent une forte proportion de beurre, dont la pesanteur spécifique est inférieure à celle de l'eau, ce n'est qu'après avoir été écrémés et mouillés, c'est-à-dire après avoir été affaiblis, qu'ils marquent le degré voulu. Voilà donc des instruments qui, au lieu de dénoncer la fraude, en deviennent les régulateurs!

Reconnaissant lui-même comme insuffisante l'estimation aréométrique des qualités du lait, M. Quevenne a proposé de vérifier la pureté de ce liquide par le volume de la crème qu'il donne. Le crémomètre employé à cet effet consiste en une éprouvette graduée dans laquelle on laisse reposer le lait pendant vingt-quatre heures : bientôt la crème monte à la surface; on note alors le nombre de degrés qu'elle occupe sur l'échelle, détermination rendue facile par la consistance, l'opacité et l'aspect jaunâtre qui caractérisent cette substance. Le bon lait ne doit pas donner moins de 10 p. 100 de crème.

Pourquoi 10 plutôt que 7, ou même 21 p. 100, puisque la quantité de crème renfermée dans le lait *pur* est susceptible de ces variations extrêmes? On sait, en effet, que l'époque du vêlage, le commencement ou la fin de la traite, le degré de température du liquide augmentent ou diminuent dans un même lait la proportion des globules gras. Le crémomètre est donc un moyen de vérification complétement infidèle; il peut même devenir un instrument de fraude, car en ajoutant de l'eau au lait, on élève le titre de la crème. Le crémomètre présente en outre un inconvénient qui nuit à la promptitude quelquefois désirable des expériences, c'est qu'il ne peut être employé que vingt ou vingt-quatre heures après la traite.

Plus le lait est opaque, plus il est riche en matière grasse, c'est-à-dire en crème : tel est le fait sur lequel est basé le lactoscope imaginé par M. Donné. Cet appareil consiste en une espèce de lorgnette composée de deux tubes entrant l'un dans l'autre, et munis de deux glaces parallèles qui peuvent se rapprocher ou s'éloigner à volonté, et entre lesquelles on verse quelques gouttes du lait à essayer.

L'expérience doit être faite dans l'obscurité, l'instrument disposé entre l'œil de l'observateur et une bougie allumée placée à un mètre en avant.

Plus le lait est maigre, plus il faudra éloigner les deux glaces l'une de l'autre pour ne plus apercevoir la lumière de la bougie, point capital de l'opération. Cet écartement des glaces correspond à un indicateur très sensible qui marque la richesse ou la pauvreté du lait examiné.

Le bon lait, celui qui contient beaucoup de crème, doit donner environ 34 degrés au lactoscope.

Les nombreux essais d'analyse que j'ai vu pratiquer avec l'appareil de M. Donné m'ont prouvé que les indications qu'il fournit sont très variables et absolument illusoires. En effet, suivant l'ancienneté du lait ou l'état de la vue de l'opérateur, on obtient pour le même lait des chiffres fort différents. Rien n'est plus facile, en outre, que de faire mentir le lactoscope, parce que rien n'est plus facile que d'augmenter l'opacité du lait par son mélange avec des matières d'une certaine densité.

Cet instrument peut donc devenir, même entre des mains habiles, plus dangereux qu'utile.

Frappé de l'inexactitude qui s'attache à l'emploi des procédés analytiques que je viens de décrire, M. Poggiale a proposé, dans ces derniers temps, de déterminer la pureté du lait d'après la quantité de sucre qu'il contient. Pour doser la richesse du lait, M. Poggiale recourt indifféremment à la réduction du sulfate de cuivre par le sucre (procédé de M. Bareswil) vu au saccharimètre de M. Soleil. Dans l'un et l'autre cas, on opère sur le petit-lait, auquel on a préalablement ajouté quelques gouttes d'acétate de plomb, qui produit un précipité formé principalement de l'albumine.

Le lait pur et de bonne qualité, essayé par l'une ou l'autre de ces deux méthodes, fournit par litre de 50 à 52 grammes de sucre; le lait vendu dans le commerce n'en donne que 33 à 38 grammes, preuve évidente de son infériorité.

Il peut arriver que les fraudeurs restaurent le lait mouillé en y faisant dissoudre un peu de sucre, afin de satisfaire aux divers titres indiqués par M. Poggiale. Cette manœuvre, fort bien connue du reste, serait facilement déjouée par la vérification des proportions de beurre et de caséine dans le lait ainsi frelaté.

Bien que d'une grande simplicité dans leur application et d'une précision parfaite dans leurs résultats, les deux méthodes d'analyse préconisées par M. Poggiale ne peuvent malheureusement être utilisées entre les mains du vulgaire. Pareil inconvénient se retrouve dans l'appareil de polarisation proposé par MM. Becquerel et Vernois, appareil qui ne diffère toutefois du saccharimètre de M. Soleil que par la réduction des proportions de l'instrument, mais qui s'en distingue par l'inexactitude des indications qu'il fournit, parce que ces messieurs paraissent avoir négligé dans leurs expériences saccharimétriques quelques précautions fort importantes.

En résumé, il est bien difficile de s'affranchir de l'analyse chimique du lait lorsqu'on veut arriver à un degré rigoureux de certitude sur ses qualités; car les moyens proposés jusqu'ici pour vérifier sa composition sont ou fautifs, ou d'un usage qui ne peut être généralisé. Comme, d'un autre côté, le lait est pour l'homme un objet de première nécessité, le premier aliment que lui a destiné la nature, celui qui exerce sur la santé des enfants l'influence la plus directe et la plus puissante, toute altération frauduleuse de ce breuvage, quand elle est bien démontrée, devrait être punie comme le vol et l'empoisonnement. C'est qu'en effet il y va ici tout à la fois de la bourse et de la santé des consommateurs. Dans le double dommage qui leur est causé par le marchand prévaricateur, se trouvent réunis tous les caractères du vol qualifié. Il y a donc une mansuétude inexplicable dans la loi de 1851, en ce qui concerne la répression de la fraude pratiquée sur la qualité des denrées alimentaires. Sans doute l'action *nocive* du lait sophistiqué ne se manifeste pas au même degré que l'action de la litharge introduite dans le cidre ou le vin, mais elle n'en est pas moins réelle; et si l'on réfléchit que ces manipulations coupables constituent tout un système d'empoisonnement dirigé par la cupidité contre la santé publique, on conviendra facilement de la nécessité des sévérités exemplaires.

CHAMPOUILLON.

HOPITAL MILITAIRE DU ROULE — M. ABEILLE.

De la péricardite hémorrhagique liée au scorbut. Ses points de séparation de la péricardite ordinaire, et surtout de la péricardite hémorrhagique par violence hypérémique. — Trois observations (1).

OBS. II. — *Pleuro-pneumonie gauche avec épanchement. Dix-huit mois plus tard péricardite hémorrhagique insidieuse avec signes de scorbut. Thoracentèse sans évacuation de liquide. A l'autopsie, on trouve le péricarde distendu par une immense quantité de liquide hématique occupant exactement les deux tiers inférieurs de la cavité pleurale gauche. Il n'est séparé des parois que par une doublure très épaisse de fausses membranes.*

Le nommé Barbouty, chasseur au 3e léger, a été admis à l'hôpital du Roule le 18 avril dernier. Ce militaire, de moyenne constitution, à tempérament lymphatique, n'accuse qu'une vingtaine de jours d'invasion. Il a un teint pâle, terreux, de la bouffissure à la face; il est dans un certain degré d'émaciation. Quand on l'interroge avec plus d'insistance, il déclare qu'il a éprouvé, il y a dix-huit mois environ, une douleur aiguë au côté gauche de la poitrine; qu'il a fait pour ce motif un séjour d'un peu plus d'un mois à l'hôpital, d'où il sortit à peu près guéri. Cependant, depuis cette époque il n'a repris ni son embonpoint, ni ses forces; il est resté sujet à une certaine gêne de la respiration qui ne l'empêchait pas de faire son service. Depuis vingt jours, il a senti les forces qui lui restaient diminuer rapidement, sa dyspnée s'est accrue; il est en proie à un grand malaise, a des bourdonnements d'oreilles, a des vertiges, et l'appétit s'est perdu. Il a de la diarrhée, des sueurs nocturnes. Le décubitus a lieu instinctivement sur le côté gauche. Le malade dit qu'il étoufferait s'il se couchait sur le côté droit. On compte 45 inspirations à la minute, le pouls est faible, petit, à 89-91. Il n'y a actuellement aucune douleur sur le côté gauche du thorax, mais une percussion un peu forte y réveille une sensibilité insolite presque sur tous les points. On dirait qu'il y a un commencement d'infiltration sous-cutanée sur ce même côté; les pieds et les jambes présentent déjà un œdème appréciable et quelques taches sanguines sous-épidermiques dont les plus grosses sont comme des lentilles; elles sont disséminées sur les faces interne et externe de chaque jambe. Les gencives n'offrent aucune altération, elles ne sont que pâles et décolorées.

Voici les résultats fournis par l'examen direct de la poitrine.

A la percussion, le malade étant couché sur le dos, sonorité de la clavicule au troisième espace intercostal, matité au-dessous, à la face antérieure gauche. Si l'on percute cette région le malade étant assis, la matité ne remonte que d'un centimètre environ. Son obscurci dans le creux axillaire, puis tout à fait mat du rebord inférieur de ce creux au-dessous; bonne résonnance sur toute la face antérieure droite.

En arrière, à gauche, résonnance dans la fosse sus-épineuse, et dans la gouttière vertébrale dans l'espace de 7 à 8 centimètres de haut en bas. Submatité dans la fosse sous-épineuse jusqu'à la base du tiers supérieur, matité absolue au-dessous.

En arrière, à droite, bonne résonnance de haut en bas.

A l'auscultation, à gauche et en avant, perception de mumure vésiculaire exagéré mêlé à du souffle sous la clavicule jusqu'à un pouce au dessus du sein; absence de tout bruit normal ou anormal au-dessous. Souffle tubaire dans le creux axillaire, se prolongeant en arrière à toute la fosse sous-épineuse et même à la sus-épineuse, où on le distingue encore à travers le murmure vésiculaire. Nuance d'égophonie dans le creux axillaire, au niveau de l'angle interne de l'omoplate et dans la portion correspondante de la gouttière, où le retentissement de la voix prend le caractère décidé de la bronchophonie.

A la région précordiale, l'impulsion du cœur est tout à fait nulle; elle n'est pas plus sensible sur la ligne médiane du sternum ainsi que sur le côté droit. Ses bruits nous échappent d'une manière complète, quelle que soit l'attention que nous mettions pour les percevoir.

Du reste, l'abdomen n'est ni ballonné, ni douloureux; il n'y a pas de gargouillement dans la fosse iliaque droite, pas de taches rosées sur les parois; la langue est humide, sans rougeur, et il y a absence de céphalalgie. On ne peut songer à une fièvre typhoïde de complication.

Notre diagnostic ne reste pas un seul instant douteux par rapport aux désordres de la poitrine; nous pensons avoir suffisamment reconnu un vieil épanchement pleural compliqué d'hydropéricarde. Quant aux taches sanguines sous-épidermiques observées aux membres inférieurs avec œdème, nous ne les regardons pas comme indices du pourpre hémorrhagique pur et simple, mais nous les rattachons à un de

(1) Fin. — Voir le numéro du 14 juin.

ces scorbuts qui surviennent après quelques fièvres ou quelques maladies graves.

Nos efforts tendent à combattre l'état morbide général et à obtenir en même temps la résolution de l'épanchement pleural, nous réservant de recourir à la thoracentèse si nos moyens mis en œuvre restent sans succès au bout d'un certain temps. En conséquence, le malade est soumis aux préparations de quiquina et de fer, à un régime tonique et substantiel; des frictions avec des teintures irritantes sont pratiquées sur les membres; on applique un large vésicatoire sur le côté malade; un second devra lui succéder quand la plaie sera guérie.

Trois semaines s'écoulent sans amélioration bien sensible; la diarrhée seule s'est avantageusement modifiée. Les taches scorbutiques se sont, au contraire, multipliées davantage.

Le 5 mai, apparition d'une douleur vive, lancinante à la base latérale droite. La respiration devient haute, précipitée. L'examen direct de ce côté révèle un épanchement en voie de formation dans la cavité pleurale. — Application de quatre ventouses scarifiées qui dissipent radicalement la douleur.

Le 6, large vésicatoire à la base postérieure droite; boisson nitrée; oxymel scillitique.

Le 9, le faible épanchement du côté droit semblait être entièrement résorbé; mais il était survenu un ballonnement considérable de l'abdomen qui ajoutait à la très grande dyspnée et plaçait le malade dans un état voisin de l'asphyxie.

Du 9 au 12, nous cherchons à dissiper la tympanite abdominale par des fomentations chaudes et des embrocations huileuses camphrées sur le ventre, par des lavements laxatifs. Ces moyens sont sans résultat. Le côté gauche du thorax nous paraît avoir acquis plus de développement, surtout sur sa face antérieure, qui est uniformément voussurée. Les données fournies par la percussion et l'auscultation sont absolument les mêmes que le jour de l'entrée, mais les intestins, distendus par des gaz, refoulent fortement le diaphragme en haut, ce qui met la dyspnée à son comble. Le pouls est plus fréquent que nous ne l'avons jamais vu (109); il est petit, faible, concentré. Nous nous décidons à opérer la thoracentèse. Le trocart est porté dans le septième espace intercostal gauche, à l'union de la face latérale avec la face postérieure.

A mesure que l'instrument pénètre dans la poitrine, nous sentons qu'il traverse un tissu de médiocre consistance, comme caséeux. Quand nous retirons le dard de la canule, il ne s'écoule pas une seule goutte de liquide, ni sérum, ni sang. Il est évident que l'instrument est tombé au milieu de fausses membranes condensées et formant une couche très épaisse. Quand nous retirons la canule, nous la trouvons obturée dans l'étendue de 2 centimètres par une matière blanche, consistante, tout à fait caséeuse.

En présence de ce résultat et des faibles ressources que présente notre malade, nous ne tentons pas une deuxième ponction. En effet, si l'épanchement se trouve enkysté par d'aussi épaisses couches pseudo-membraneuses, quel espoir pouvons-nous avoir d'améliorer sa position, lors même que nous évacuerions le liquide contenu dans la cavité? Sa constitution ne laisse plus d'espoir et ne permet plus de médication active; les complications qui existent sont encore plus graves que l'épanchement pleural lui-même.

En conséquence, nous donnons un purgatif salin (eau de Sedlitz) pour chercher à diminuer le météorisme abdominal; nous faisons continuer les fomentations chaudes : potion antispasmodique avec 2 centigrammes de musc.

L'opération que nous avons pratiquée n'est suivie d'aucun accident même le plus léger.

Du 12 au 21, notre pauvre malade se sent toujours prêt à suffoquer. Le purgatif salin a produit une amélioration momentanée en dissipant en partie le météorisme.

Le 20, l'anxiété devient plus grande que jamais, la respiration est excessivement courte; on compte 68 inspirations à la minute; le pouls est fuyant; il y a jactitation continuelle. L'œdème des extrémités inférieures s'est accru, ainsi que la bouffissure de la face. Définitivement la mort survient le 21 au matin.

Autopsie. — Infiltration générale, plus prononcée aux membres pelviens.

Cavité thoracique. — Nous enfonçons le trocart dans le même espace intercostal et au même point que quand nous avons pratiqué la thoracentèse; nous laissons ensuite la canule de l'instrument à demeure pendant le temps que nous mettons à ouvrir la poitrine et à examiner les lésions. A mesure que nous détachons le sternum de bas en haut, le péricarde adhérent à cet os se présente sous l'apparence d'une immense poche étendue de sa base au sommet. Il paraît contenir une très grande quantité de liquide.

Quand le sternum est détaché, on voit alors nettement le péricarde qui s'enfonce dans la cavité gauche, qu'il remplit jusqu'au tiers supérieur : il adhère fortement et intimement à des pseudo-membranes qui ont un travers de doigt d'épaisseur à l'union des côtes avec le sternum.

Une ouverture faite au péricarde laisse couler à flots un liquide fortement hématique, qu'on prendrait pour du sang veineux pur. Tout le liquide contenu dans la poche est reçu dans un vase; on en mesure deux litres et quart. Le péricarde a été incisé de bas en haut sur sa face antérieure : une main introduite alors dans l'intérieur peut s'assurer que sa cavité a empiété sur la cavité pleurale gauche, dont elle occupe les deux tiers inférieurs, et, en pressant avec les doigts, on sent l'extrémité de la canule laissée à demeure, qui n'est distante du péricarde que d'un demi-centimètre ou même moins. La cavité pleurale gauche est complètement oblitérée, et voici ce qui s'y passe : dans les deux tiers inférieurs, le péricarde n'est séparé des parois costales latéralement, en avant et en arrière, que par un amas de pseudo-membranes denses renfermant à leur centre une matière blanche, caséiforme, ayant assez bien l'apparence des tubercules ramollis et que nous jugeons être un amas de pus concret ou de globules purulents désagrégés : c'est le résidu de l'ancien épanchement pleural qui a existé de ce côté. L'amas de pus et de pseudo-membranes a une épaisseur d'un travers de doigt à un travers de doigt et demi, ce qui peut être évalué avec justesse après avoir détaché l'une après l'autre toutes les côtes.

Le poumon, refoulé en haut, en arrière et latéralement sur la colonne vertébrale, est couvert en tous points de pseudo-membranes épaisses. Il adhère fortement au sommet et présente à son centre un noyau tuberculeux considérable en voie de ramollissement. Il a l'aspect carnifié quand on l'a débarrassé des pseudo-membranes, mais il ne l'est point en réalité dans les deux tiers de son étendue. Il y a seulement une induration marquée au pourtour des tubercules.

La poche péricardique, qui déborde à droite la ligne médiane du sternum, pour adhérer en haut à l'articulation sterno-claviculaire de chaque côté, est tapissée à sa face interne par des couches pseudo-membraneuses peu épaisses, se détachant facilement et de couleur lie-de-vin.

Le cœur a son volume ordinaire; il est enveloppé dans toute son étendue par une couche pseudo-membraneuse de même consistance et de même couleur. Seulement ces pseudo-membranes ont une surface raboteuse, rugueuse, éraillée; dans quelques points, elles présentent l'aspect d'un gâteau de miel.

Le tissu du cœur, évidemment flasque, dépourvu de sa densité habituelle, présente une coloration lie-de-vin qui résiste au lavage.

La cavité pleurale droite contient deux verres de sérosité citrine, et les plèvres ne présentent ni adhérences, ni pseudo-membranes, ni aucune trace d'inflammation récente ou ancienne.

Le tube digestif offre peu de lésions bien tranchées. La muqueuse intestinale, injectée à divers degrés tout le long de l'intestin grêle, mais sans traces d'épaississement ni de ramollissement, présente au contraire, avec une couleur rouge-foncé, un épaississement notable le long du gros intestin. Elle est friable, notablement ramollie sur le côlon descendant, où on peut en détacher des lambeaux.

On a dû remarquer que dans cette observation, si nous avons diagnostiqué d'emblée une hydropéricarde compliquant un vieil épanchement pleural gauche, notre diagnostic s'est trouvé complétement en défaut à l'autopsie au sujet de ce dernier. En effet, il n'existait plus d'épanchement pleural; il n'existait plus que son résidu, si nous pouvons ainsi nous exprimer. L'hydropéricarde avait pris absolument sa place en occupant les deux tiers inférieurs de la cavité gauche du thorax, dont il n'était séparé des parois que par une doublure épaisse de pseudo-membranes et de pus concret.

Si, lorsque nous avons pratiqué la thoracentèse, nous avions enfoncé notre trocart de deux à trois centimètres de plus, nous aurions évacué le liquide contenu dans le péricarde, et cette circonstance n'est pas des moins remarquables, puisque, le cas échéant, nous aurions fermement cru avoir évacué le liquide de la cavité pleurale.

Il n'existe pas dans la science d'exemple qui prouve aussi bien que celui-ci combien on peut être facilement induit en erreur dans le diagnostic, même avec les signes précis que semblent nous donner la percussion et l'auscultation.

En effet, matité bien déterminée et ne se déplaçant pas, absence de tout bruit respiratoire dans les points mats, souffle bronchique ou souffle tubaire au-dessus, égophonie perçue en plusieurs points, et avec cela toutes les données du commémoratif, n'y avait-il pas là de quoi assurer de l'existence d'un vaste et ancien hydrothorax? Il n'en est cependant rien. Tous ces résultats, sont dûs à la présence du liquide péricardique qui est venu prendre littéralement la place de l'épanchement pleural, et qui s'est comporté exactement comme celui-ci à l'égard du poumon, avec cette l'exception qu'il était séparé de cet organe par le feuillet péricardique adossé aux pseudo-membranes d'enveloppe. Dans un cas semblable, on pourrait très aisément pratiquer la ponction du péricarde par le sixième ou septième espace intercostal, sur la partie latérale, au-dessous du creux axillaire, sans crainte aucune de léser le cœur, avec moins de danger même qu'en faisant la ponction sur les points indiqués par les auteurs. En effet, le cœur, maintenu bridé à l'arrière-fond péricardique, se trouvait couché obliquement sur la colonne vertébrale, et était fort éloigné de toute la vaste portion gauche à qui l'ampliation avait donné une immense capacité.

Comme exemple de péricardite hémorrhagique, celle-ci est encore certainement la plus remarquable, autant sous le rapport de la grande quantité de liquide contenu dans le sac qu'à cause de la manière dont elle s'est comportée.

Il n'est pas douteux que cette péricardite a pris naissance bien longtemps après la pleurite, qui s'était terminée par épanchement; il n'y a, pour se convaincre de cela, qu'à comparer l'état des fausses membranes du péricarde et de la plèvre. Les premières sont peu solides, médiocrement adhérentes, de récente date, en un mot; les autres, au contraire, sont denses, serrées, superposées couche par couche, ayant acquis des adhérences fort solides avec les parois costales et le poumon.

Tout porte à croire que cette péricardite est survenue insensiblement et a pris son maximum de développement lorsque, vingt jours avant d'entrer à l'hôpital, le malade s'est senti plus mal à son aise, plus gêné pour respirer et a vu décliner rapidement ses forces.

En réalité, il n'y a eu qu'un signe capable de révéler cette péricardite; c'est l'extrême dyspnée du malade, que ne justifiait pas un hydrothorax vaste, le poumon opposé jouissant de toute la plénitude de ses fonctions. Quant à l'absence des bruits et des battements du cœur, on sait qu'on la rencontre dans le vaste hydrothorax qui submerge cet organe, quand il ne le refoule pas latéralement à droite.

C'est sous l'influence du scorbut que la péricardite s'est développée ou a pris au moins son plus grand développement, et ce n'est que parce que la sensibilité organique était fortement émoussée par le premier qu'il n'y a eu douleur précordiale à aucun moment. On peut donc la regarder comme étroitement liée au scorbut sous le rapport étiologique comme sous celui de l'anatomie pathologique.

La troisième observation que nous avons à citer a trait à un malade qui se trouve encore actuellement dans nos salles.

Le nommé Cocher, fusilier au 38e de ligne, est entré à l'hôpital le 11 mai avec des phénomènes appartenant à une fièvre typhoïde insidieuse. Il y avait sept jours que ce militaire avait de temps en temps un peu de fièvre, de la céphalalgie avec courbature, de l'inappétence quand il est entré à l'hôpital. A notre premier examen, nous avons constaté du gargouillement dans la fosse iliaque droite, mais sans météorisme abdominal; le pouls était régulier, normal; mais le malade accusait de la chaleur la nuit avec augmentation de la céphalalgie; il n'y avait encore aucune tache rosée sur aucun point du tronc. La langue était couverte d'un enduit grisâtre : c'était, en somme, aussi bien l'apparence d'un embarras gastrique que d'une fièvre typhoïde mal déterminée à son début.

Un éméto-cathartique, donné immédiatement, sembla soulager; trois purgatifs salins donnés ensuite à distance parurent juger cet état morbide. L'état fébrile de la nuit avait cessé. Mais, le 18 mai, le malade conservait de la faiblesse, de l'abattement et une grande lassitude dans les membres. En examinant les extrémités inférieures, nous nous apercevons qu'elles sont le siége d'un grand nombre de taches sanguines sous-épidermiques généralement petites; quelques-unes seulement sont de la grosseur d'une lentille, d'un rouge foncé. Les gencives sont intactes. Le malade est soumis au quinquina, au fer, aux frictions alcooliques sur les membres et aux boissons amères.

Le 19, il accuse pour la première fois une douleur en dedans du sein gauche; cette douleur s'irradie jusqu'à l'épaule, et avec cette douleur il y a une gêne notable de la respiration. La percussion exercée sur toute la poitrine ne donne aucune matité insolite, et à l'auscultation on entend partout le murmure vésiculaire même à la région précordiale. Il n'y a de bruit de frottement sur aucun point des plèvres; il n'y en a pas davantage à la région précordiale, et qu'on puisse rattacher au péricarde.

Mais les battements du cœur sont énergiques, ce qui contraste avec ce que nous avions observé jusque-là. Ses bruits ont acquis aussi plus d'éclat, surtout le premier; et, si l'oreille appuie fortement sur la paroi costo-sternale, elle perçoit une nuance métallique dans leur retentissement; mais on sait qu'on obtient le même résultat sur un sujet bien portant.

Nous croyons pouvoir rattacher le début d'une péricardite à ces signes. Le malade n'a pas eu de frisson précurseur. Son état de détérioration ne nous permet pas de tirer du sang par la veine : nous recourons aux ventouses scarifiées sur le siége de la douleur (quatre).

Le lendemain, la douleur est soulagée, mais les battements et les bruits du cœur restent les mêmes. — Purgation avec une bouteille d'eau de Sedlitz.

Le 22, la douleur reparaît; la gêne de respiration devient plus grande sans que les organes respiratoires paraissent lésés le moins du monde. Les battements du cœur, qui conservent leur énergie, paraissent plus éloignés, et les bruits, qui ont la même nuance d'éclat, semblent se passer dans une région plus profonde. La région précordiale est maintenant le siége d'une matité verticale de 5 centimètres et d'une matité oblique transverse de plus de 7 centimètres. La douleur a son maximum d'intensité derrière le moignon de l'épaule et sur la face latérale postérieure correspondante du col. — Trois ventouses au-dessous de la clavicule et sur l'épaule, vésicatoire à la région précordiale.

Le 24, la respiration est moins gênée, mais les résultats fournis par l'auscultation sont les mêmes. Nous donnons la digitale unie au fer et nous purgeons le malade tous les trois jours.

Aujourd'hui 3 juin, la position est grandement améliorée; la matité a diminué en tout de 4 centimètres, et les battements du cœur sont de nouveau sentis avec toute leur énergie : les bruits arrivent directement à l'oreille; ils sont moins éclatants qu'au début; le premier reste cependant plus clair qu'à l'état normal.

Tout porte à croire que l'épanchement qui s'est opéré se résorbe et qu'il ne reste plus entre les feuillets péricardiques que la partie coagulée du liquide. Nous espérons que l'affection finira par guérir radicalement si la constitution du malade se répare.

Ce dernier cas peut être rangé hardiment parmi les péricardites qui naissent sous l'influence du scorbut et s'accompagnent d'épanchement hématique. Et d'abord notre malade est-il scorbutique? Nous soutenons franchement l'affirmative, quoiqu'il n'y ait pas altération des gencives. A notre sens, l'altération des gencives n'est pas un signe *sine quo non* de la maladie : elle fait rarement défaut dans les grandes épidémies, nous l'accordons; elle se montre presque toujours dans le scorbut de mer, nous le voulons bien; mais en réalité l'altération des gencives n'est ni plus ni moins qu'une des nombreuses manifestations locales de l'état pathologique général. Et le sujet de cette observation, pour n'avoir pas présenté d'altération gingivale, n'en est pas moins scorbutique, comme celui de la seconde observation, qui se trouvait sous ce rapport dans des conditions identiques. Prétendrait-on nous opposer qu'il n'y a là qu'un véritable pourpre hémorrhagique? Mais personne aujourd'hui n'oserait plus établir des caractères précis pour séparer deux états morbides au fond desquels se trouvent les mêmes altérations du sang et souvent des solides.

De ces trois observations, les deux premières prouvent que la péricardite hémorrhagique scorbutique se sépare de la péricardite ordinaire par l'étiologie, la marche, la terminaison. Symptomatologiquement il y a encore une différence prononcée entre l'une et l'autre : la péricardite scorbutique manque le plus souvent de douleur locale, ou bien cette douleur, quand elle existe, peut être rapportée aisément à la plèvre malade en même temps, car rarement il y a péricardite sans épanchement pleural.

Elle manque également du frisson initial ou précurseur; les divers bruits anormaux perçus dans la péricardite ordinaire manquent d'une manière absolue, et en voici la raison : aussitôt que l'hypérémie inflammatoire frappe le péricarde, cette membrane laisse transsuder du liquide, et un épanchement s'exécute. C'est la disposition même du sang qui veut cela. Dès lors, il n'y a pas de moment où le péricarde soit à l'état sec. Comme l'épanchement est plus liquide (hématique) que plastique, et c'est encore l'état du sang qui veut cela, on ne peut avoir des pseudo-membranes frottant l'une contre l'autre, partant pas de bruit résultant de ce frottement. Deux fois sur trois les bruits du cœur se sont trouvés de suite annulés ou affaiblis, parce que la formation de l'épanchement a été rapide. Dans le troisième cas, les battements de cet organe ont pris de l'énergie et les bruits de l'éclat, mais cela a peu duré, et même dans cet état il n'y avait pas de bruit anormal.

Les phénomènes de réaction de la péricardite scorbutique diffèrent énormément de ceux qu'on observe ordinairement dans la péricardite ordinaire. Ils sont quelquefois violents dans celle-ci; ils sont nuls ou très peu prononcés dans la première; car dans notre troisième cas, le plus aigu peut-être qu'on puisse observer dans l'espèce, ces phénomènes ont été à peine appréciables. La dyspnée est, par contre, plus prononcée que dans la péricardite ordinaire, et il y a au moins deux raisons pour cela : d'abord l'épanchement acquiert rapidement des proportions bien plus considérables que dans celle-ci; la disposition du sang ajoute ensuite nécessairement à cet état dyspnéique par insuffisance de l'hématose. A quelques points de vue qu'on veuille la considérer, la péricardite scorbutique se distingue donc essentiellement de la péricardite ordinaire; son diagnostic est beaucoup plus obscur, sa terminaison plus nécessairement fatale. Elle ne se distingue pas moins de la péricardite hémorrhagique par violence hypérémique, puisque celle-ci ne nous paraît que le plus haut degré de la péricardite ordinaire.

HOPITAL DU MIDI. — M. VIDAL (de Cassis).

Opération du phimosis. — Serres-fines. — Complications.

M. Vidal réserve le mercredi pour l'examen de tous ses malades, pour les conférences au lit et pour les opérations. Nous avons assisté aujourd'hui 15 juin à une opération de phimosis d'après la méthode de ce chirurgien.

Il s'agissait d'un phimosis naturel chez un jeune homme qui venait d'avoir une blennorrhagie. L'opérateur a saisi le limbe du prépuce avec deux petites pinces à dents de souris; il a tiré un

peu en avant cette enveloppe, pendant qu'un aide tenait avec deux doigts la base de la verge et tendait légèrement la peau. M. Vidal a étreint ensuite le prépuce avec une forte pince à pression continue dirigée du dos de la verge vers le frein, obliquement dans la direction de la couronne du gland. Les petites pinces qui avaient accroché le prépuce pour le tirer en avant étant alors abandonnées, celui-ci a été retranché d'un seul coup de ciseaux, et la cavité préputiale s'est trouvée largement ouverte; restait une plaie circulaire qu'il fallait réunir. Or la méthode la plus simple et qui fournit les plus prompts résultats lorsqu'elle est employée avec les précautions convenables est celle qui consiste à maintenir les lambeaux rapprochés au moyen des serres-fines. J'ai la conviction, dit M. Vidal, qu'il dépend toujours du chirurgien d'obtenir une réunion immédiate en vingt-quatre heures toutes les fois qu'il opère sur des tissus sains et qu'il possède des serres-fines convenablement faites. L'échec est donc toujours imputable au chirurgien. Mais, pour que la réunion soit certaine, il faut les deux conditions que nous venons de citer et éviter avec le plus grand soin que du tissu cellulaire s'interpose entre la muqueuse et la peau, ce qui arrivera presque infailliblement si l'on n'a pas soin de le refouler à l'aide d'une sonde cannelée en même temps que l'on applique la serre-fine. On doit éviter d'essuyer la plaie avec une éponge humide, car le tissu cellulaire de cette région s'infiltre avec une rapidité extraordinaire, et la conséquence de cette infiltration serait qu'il viendrait faire hernie entre les téguments.

En même temps que ce tissu est refoulé par la sonde cannelée, les deux téguments se rapprochent, viennent naturellement au contact, et l'opérateur applique la serre-fine. Il faut au moins dix de ces petites pinces pour entourer le prépuce. Le lendemain, vingt-quatre heures après leur application, on les enlève, et la réunion est opérée. M. Vidal cite entre autres un de ses malades en ville qui put vaquer à ses occupations vingt-huit heures après l'opération, les serres-fines ayant été enlevées au bout de vingt-quatre heures. On pense bien que l'adhésion n'a pas alors une très grande solidité. On voit quelquefois les érections écarter un peu les bords, mais toujours sur un point limité. Ainsi, dans la salle 12 du service est un opéré qui a vu la portion de la plaie qui correspond au frein se décoller un peu par le fait des érections. M. Vidal fit administrer le lupulin d'après l'indication de M. Debout; les érections cessèrent, le décollement n'alla pas plus loin. On ne saurait croire avec quelle rapidité les bords se soudent de nouveau quand une fois la cause qui les avait écartés est enlevée.

Les érections sont fréquentes après l'opération du phimosis, parce que le gland, avec ce vice de conformation, est doué d'une grande sensibilité. Le malade dont nous avons déjà parlé, et qui est à la salle 12, a offert un exemple remarquable de cette sensibilité du gland. Le lendemain de l'opération, le toucher le plus léger de cet organe faisait bondir le malade.

On n'observe pas le même phénomène chez les sujets qui ont eu auparavant des balanites ou autres affections du prépuce pour lesquelles on a fait pendant un certain temps des injections entre la peau et le gland avec des liqueurs astringentes. Alors, en effet, la sensibilité de la muqueuse a été émoussée; elle a pour ainsi dire été tannée. Aussi M. Vidal pense-t-il qu'on devrait, quelques jours avant d'opérer le phimosis congénital, injecter dans la cavité préputiale des solutions de sels de plomb, de zinc, pour amortir la sensibilité du gland, et éviter ainsi les érections qui peuvent avoir lieu après l'opération.

En parlant des conditions qui assurent la réunion immédiate après l'opération du phimosis, nous avons mis en première ligne l'intégrité des tissus sur lesquels on opère. Selon M. Vidal, il est certaines altérations du prépuce qui n'excluent pas la réunion. Ainsi, au n° 1 de la salle 12 de l'hôpital du Midi, se trouve un opéré pour un phimosis qui était compliqué de chancres et de balanite. Après un traitement mercuriel assez prolongé, les chancres parurent être complétement cicatrisés, et l'on crut que la balanite n'existait plus. L'opération fut faite d'après la méthode que nous avons décrite; la plaie fut promptement réunie. Mais sur la muqueuse restante du prépuce survint de la rougeur, puis une ulcération, ce qui ne dérangea en rien la consolidation de la cicatrice.

On est quelquefois dans l'obligation d'opérer le phimosis même quand on sait que le prépuce et le gland ne sont pas sains. Eh bien, il n'est pas toujours impossible alors d'obtenir la réunion immédiate. Ainsi, il y a quinze jours, M. Vidal fit l'opération du phimosis à un étudiant en droit; il y avait balanite, végétations, adhérences, indurations de la muqueuse. Après avoir excisé une partie de celle-ci, ce chirurgien réunit immédiatement avec les serres-fines les deux téguments indurés, et cependant l'adhésion eut lieu dans presque tous les points.

Chez le malade dont nous avons parlé au commencement de cet article, les serres-fines ont pu être enlevées vingt-quatre heures après l'opération, et la cicatrice, assez solide, lui a permis de se lever et de marcher. Aujourd'hui samedi, trois jours après, c'est à peine s'il reste un peu de gonflement inflammatoire du prépuce; la cicatrice est parfaitement régulière, et le malade marche et se promène depuis deux jours dans le jardin de l'hôpital.

CLINIQUE DE LA VILLE.

Développement simultané de la vaccine et de la variole chez un enfant de six mois.

Par M. le docteur FOUCART.

Il est dans l'histoire de la vaccine et de la variole un fait dont les exemples, sans être excessivement rares, sont assez peu fréquents cependant pour mériter qu'on les signale toutes les fois que l'on est appelé à les constater; je veux parler du développement simultané de la vaccine et de la variole chez le même sujet. Le peu d'espace que consacrent à ce singulier phénomène la plupart des auteurs d'articles ou de livres sur la variole est la raison principale qui me détermine à consigner ici un fait de cette espèce que je viens d'avoir, il y a quelques jours, l'occasion d'observer.

Le samedi, 14 mai dernier, fut vacciné à la mairie du onzième arrondissement le nommé Ernest-Charles Pujeolle, âgé de sept mois, demeurant rue Saint-André-des-Arts, 18. D'une bonne constitution, bien qu'un peu délicat, d'une bonne santé, allaité par sa mère, cet enfant paraissait être dans les conditions les plus favorables pour subir cette petite opération, et en effet, pendant les cinq jours qui suivirent la vaccination, il continua à jouir d'une parfaite santé, prenant le sein comme d'habitude et mangeant de la soupe deux fois par jour.

Le 19 mai, dans la soirée, la mère remarqua chez lui un peu de malaise; l'enfant criait, s'agitait, était brûlant.

Le 20, au matin, il eut quelques vomissements; la peau était très chaude; il ne voulut pas manger, poussa des cris continuels, et ne dormit pas un seul instant, non plus que dans la nuit du 20 au 21.

Le 21, malgré la persistance des phénomènes, qui s'aggravaient plutôt qu'ils ne diminuaient, on le sortit encore. Mais le 22, il parut dans un état assez grave pour que l'on me fît appeler.

Je trouvai l'enfant en proie à une fièvre intense. Le pouls donnait plus de 140 pulsations par minute; la peau était très chaude; il s'agitait et criait encore par moments, mais était, me dit-on, plus calme que les deux jours précédents. Il n'y avait pas eu de vomissements nouveaux; un peu de diarrhée séreuse. Je crus remarquer sur la peau du cou et de la région supérieure du dos quelques rougeurs qui me firent un instant penser à une éruption rubéolique imminente.

Les boutons de vaccine, au nombre de sept, étaient parfaitement développés, bien ombiliqués, de la largeur d'une petite lentille, opalins, à l'exception de deux qui avaient été ouverts et qui commençaient à se dessécher.

Je prescrivis dix grammes de sirop d'ipéca, et recommandai de ne donner le sein à l'enfant que le plus rarement possible.

Le lendemain, 23 mai, l'éruption était plus prononcée, plus générale, et l'on commençait à apercevoir quelques petits points acuminés, sans vésicule encore apparente, mais que, vu la circonstance d'une vaccine toute récente, je n'eus pas même la pensée de rapporter à une éruption prochaine de variole. L'enfant était plus calme, moins brûlant; le pouls cependant toujours à 140.

Le 24, le doute n'était plus permis; nous avions évidemment affaire à une variole, peu confluente, il est vrai, mais parfaitement dessinée, avec pustules ombiliquées dans certains points, encore à l'état naissant dans d'autres. Le pouls était tombé à 116; la peau était beaucoup moins chaude; plus de vomissements; la gaieté commençait à revenir, et sauf la démangeaison qui se traduisait par des mouvements de torsion du tronc et des membres dans les langes qui l'enveloppaient, le petit malade ne semblait pas souffrir.

Le 26, tous les boutons étaient bien franchement dessinés; quelques-uns commençaient déjà à entrer en suppuration, tandis que d'autres en étaient encore à la période d'augment. L'état général était, du reste, très satisfaisant. De leur côté, les boutons de vaccine suivaient leur marche ordinaire et se couvraient d'une croûte noirâtre.

Aujourd'hui, 1er juin, toutes les pustules sont complétement desséchées; quelques croûtes sont déjà tombées. La variole étant restée assez discrète, il est certain que l'enfant ne sera pas marqué, ou peut-être présentera-t-il seulement quelques grains à peine perceptibles, et qui ne le défigureront nullement.

— Cette observation m'a semblé digne de fixer un moment l'attention, car, comme je le disais en commençant, les faits de ce genre, sans être excessivement rares, ne sont pas des plus communs, et ils ont soulevé une question qui a partagé longtemps et partage encore les médecins qui s'occupent spécialement de la vaccine. Cette question est celle-ci : « Lorsque la vaccine et la variole se développent simul- » tanément chez le même sujet, quel est le résultat de cette coexis- » tence, et les deux éruptions se modifient-elles réciproquement, soit » dans leur évolution, soit dans leur gravité? »

Nous disons que les opinions sont partagées sur ce point. Les uns prétendent que la variole, survenant chez un sujet sur lequel la vaccination vient d'être pratiquée et suit sa marche normale, est modifiée dans sa gravité, sa confluence, la rapidité de son évolution. D'autres veulent qu'alors la variole arrête brusquement la vaccine, *la fasse sommeiller* pour ne la laisser se réveiller que lorsqu'elle (variole) a accompli toutes ses périodes. D'autres, enfin, soutiennent que les deux éruptions marchent parallèlement, ne se contrariant, ne se modifiant ni l'une ni l'autre.

Peut-être y a-t-il du vrai dans plusieurs de ces opinions, et ne s'agit-il, en réalité, que de poser la question nettement pour la résoudre? Il faut, à notre avis, tenir compte surtout de l'époque à laquelle chacune des deux affections a pris naissance; je dis chacune des deux affections, car, à mes yeux, la vaccine est une maladie, elle aussi, mais une maladie artificiellement transportée des animaux à l'homme, beaucoup plus bénigne que la variole, et qui imprime à l'organisme une modification générale, profonde, dont le résultat est un antagonisme complet à l'endroit de la variole.

Si, comme dans le cas actuel, le virus vaccin a été inoculé à l'homme avant qu'il ait été exposé à la contagion variolique, avant la période d'incubation de la variole, il nous paraît évident qu'il modifiera la variole dans sa gravité. Le fait que nous venons de rapporter pourrait être considéré comme venant à l'appui de cette opinion. On nous répondra qu'un fait seul ne prouve rien et ne suffit pas; nous en convenons; il n'a de valeur qu'autant qu'il s'ajoute à d'autres.

On pourrait dire encore, et cette objection a été faite par un homme qui a beaucoup écrit sur la vaccine, que, si, dans les cas analogues à celui-ci, la variole a été bénigne et discrète, c'est qu'elle devait l'être. Cette objection est de M. Bousquet, qui dit, dans son *Nouveau traité de la vaccine*, 1848 : « On estime que pour une variole confluente il » vient au moins dix varioles discrètes. La vaccine a donc beau jeu » huit ou neuf fois sur dix. Il faut donc faire la part de cette bénignité » naturelle; mais on compte les faits et on ne les pèse pas; *on observe* » *et on ne pense pas*. On a vu quelques exemples heureux de coïnci- » dence, et, sans plus de réflexion, on attribue à la vaccine la douceur » de la petite vérole. Un enfant porte à la fois la variole et la vaccine, » et la variole est bénigne. D'où peut venir cette bénignité, dit » M. Cléraut, si ce n'est de la vaccine? Ne dirait-on pas que, séparée » de la vaccine, la variole est toujours maligne? »

Certes M. Bousquet a du bonheur si, dans les varioles qu'il observe chez des sujets non vaccinés, car il ne s'agit ici que de ceux-là, il ne rencontre de cas mortels qu'une fois sur neuf ou dix. Nous sommes de ceux qui considèrent le pronostic comme beaucoup plus grave, et nous n'avons jamais vu que la proportion des guérisons fût aussi considérable. Il nous paraît beaucoup plus logique et plus rationnel d'admettre une modification préalable de l'économie, déjà commencée par la vaccine, au moment où le sujet se trouve exposé à la contagion variolique; modification non encore assez profonde pour empêcher absolument la variole de prendre en même temps qu'elle possession du sujet, mais assez marquée déjà pour l'empêcher de produire les désordres qu'elle entraîne le plus souvent à sa suite. Pour ma part, je crois que, dans le cas actuel, la bénignité de la variole a dû être rapportée à ce que depuis quatre à cinq jours le virus vaccin avait eu le temps d'exercer son influence générale dans de certaines limites, assez puissamment pour que la variole n'ait pu l'arrêter dans son évolution, et n'ait pu elle-même revêtir son caractère habituel et malheureusement trop fréquent de gravité.

Il est, parmi les hommes *qui observent et qui pensent*, quelques-uns dont nous pourrions invoquer l'autorité. Personne ne contestera que MM. Guersant et Blache ne puissent être comptés au nombre de ceux-là. Eh bien! voici la phrase bien explicite que l'on trouve dans un de leurs excellents articles :

« Si les pustules vaccinales, disent-ils, sont déjà parvenues au » sixième ou septième jour lorsque l'éruption variolique se manifeste, » alors les deux maladies se développent simultanément; mais le plus » souvent la variole marche plus rapidement que la vaccine, et *prend la* » *forme bénigne de la varioloïde.* » Voilà ce que ces deux praticiens *ont observé*, et, d'après cela, *ils ont pensé* que la vaccine pouvait bien modifier quelquefois, *le plus souvent*, la variole, qui dans cette circonstance prenait *une forme bénigne*.

Dans le cas que nous avons exposé, quand apparurent les premiers phénomènes de l'intoxication variolique, la vaccination avait été pratiquée cinq jours auparavant seulement, et une légère rougeur marquait à peine le point où devait se développer la pustule vaccinale.

S'agit-il des cas où la variole était la première en date? où l'on a vacciné, par exemple, un sujet au moment où apparaissent les premières manifestations de l'éruption variolique? Il est évident, ici, que le vaccin n'aura pas grande influence sur la variole. Depuis trois ou quatre jours déjà, pendant toute la durée de la période d'incubation, le contagium variolique aura modifié l'organisme, et les pustules varioliques seront développées avant que le vaccin, qui exige aussi quatre à cinq jours d'incubation, ait eu le temps de produire son effet général. Il y a plus, certains auteurs prétendent que la vaccination pratiquée pendant l'incubation de la variole en hâte l'*explosion*. Ce serait, pour ainsi dire, *un coup de fouet* donné à la maladie. Je n'ai pu vérifier par moi-même cette assertion émise par M. Bousquet; les vaccinations que j'ai expérimentalement pratiquées dans cinq ou six cas à cette période de la maladie n'ayant jamais eu de résultat; mais je ne comprends pas comment M. Bousquet a pu dire que Guersant avait reconnu la justesse de son observation, puisque voici ce qu'écrivait en 1846 le célèbre médecin de l'hôpital des Enfants : « L'inoculation de la vaccine, disait-il, pratiquée pendant les prodro- » mes de la variole et les deux premiers jours de l'éruption, réussit » en ce sens que les pustules vaccinales se développent; mais rare- » ment la variole en est modifiée avantageusement; le plus souvent, les » deux éruptions marchent simultanément sans exercer la moindre in- » fluence l'une sur l'autre. »

Citons encore ici l'un de ces hommes qui ont pour habitude de ne pas *observer sans penser*; M. Legendre, jeune médecin distingué des hôpitaux, auquel on doit d'utiles recherches sur les maladies des enfants, a dit, dans les conclusions d'un mémoire publié dans les *Archives générales de médecine* et, depuis, dans son ouvrage sur les maladies des enfants :

« Les enfants au-dessus de quatre ans vaccinés pendant la période » d'incubation de la variole ne sont en général atteints *que de varioles* » *modifiées.* » Cette condition d'être âgés de plus de quatre ans est-elle bien rigoureusement nécessaire? M. Legendre veut incontestablement dire par cette désignation d'âge que ses observations n'ont porté que sur des enfants parvenus à cette période de la vie; mais ceci n'implique nullement qu'au-dessous de quatre ans il en soit autrement; et l'on sera d'autant plus tenté de partager notre manière de voir lorsque l'on saura que le mémoire de M. Legendre a été rédigé sur des observations recueillies à l'hôpital des Enfants Malades, où les enfants ne sont pas reçus au-dessous de deux années révolues.

Deux auteurs distingués, auxquels on doit aussi de précieux travaux sur les maladies du jeune âge, MM. Rilliet et Barthez, invoqués également par M. Bousquet, ont consigné dans le tome II de leur ouvrage ce fait, qu'ayant vacciné trois enfants qui présentaient les prodromes incontestables de la variole, deux présentèrent des varioles hémorrhagiques ou irrégulières et succombèrent. Chez le troisième, la variole fut aussi irrégulière dans sa marche, mais l'enfant guérit. Et la conclusion qu'ils en tirent est qu'il faut répéter l'expérience; car, disent-ils, en cas de réussite, la vaccine serait à la fois un moyen prophylactique et curatif.

A l'occasion des conclusions de M. Legendre, qui ne veut pas que l'on vaccine les jeunes enfants débiles ou affaiblis par la maladie, après qu'ils ont été exposés aux miasmes varioliques, parce que la vaccination pratiquée en pareil cas ne paraît propre qu'à hâter l'évolution de la variole, qui, toute modifiée qu'elle pourrait être, est toujours à redouter à cause du surcroît de faiblesse qu'elle détermine; voici encore ce qu'écrivent MM. Guersant et Blache :

« Cet auteur, disent-ils, a tiré des faits observés par lui des conclu- » sions *que nous devons combattre* pour prévenir les conséquences » dangereuses qu'elles pourraient avoir. Ce médecin pense que l'ino- » culation de la vaccine a pour effet, dans ces circonstances, de favo- » riser l'évolution de la variole, et qu'on doit se garder de vacciner » les enfants débiles ou affaiblis par la maladie quand ils se trouvent » soumis à l'influence de la contagion variolique. Pour nous, notre avis » est qu'on doit vacciner les enfants dès leur entrée à l'hôpital; » mais que si cette sage précaution a été négligée d'abord, il faut re- » courir à l'opération, quoique tardive, bien persuadé que si une érup- » tion varioleuse survient ensuite, *elle sera modifiée, par conséquent* » *moins grave...* »

La modification avantageuse de la variole par la vaccine a paru tellement possible, on pourrait même dire probable, à M. Rayer, qu'il n'a pas hésité à dire que, toutes les fois que l'occasion s'en présenterait, il s'empresserait de tenter ce moyen, qui, à son avis, ne saurait être nuisible.

Voilà donc plusieurs autorités qui se réunissent pour engager les expérimentateurs, toutes les fois que cela sera possible, à vacciner les sujets atteints de variole dès que se montreront les prodromes reconnaissables ou même les premiers stigmates de la maladie. On ne court aucun danger de plus, et l'on peut espérer modifier la maladie avec quelque avantage.

Resterait enfin le cas où, le même jour, à la même heure, l'inoculation vaccinale serait pratiquée et l'incubation variolique commencerait. Existe-t-il des cas de ce genre? Je n'en connais ni par moi-même, ni par les auteurs. Je doute même qu'il soit possible d'en citer un seul incontestable. En effet, on peut bien déterminer le moment précis où commence l'incubation du vaccin, en faisant partir cette incubation du moment de la piqûre; mais qui osera prétendre pouvoir déterminer le *moment précis* où a commencé l'incubation variolique?

Pour M. Bousquet, cependant, bien qu'il ne cite aucun fait à l'appui, il regarde cette coïncidence, cette simultanéité du départ des deux maladies comme la chose la plus simple; tandis que M. Rayer, Guersant, M. Blache, d'après les faits qu'ils ont vus, sont portés à penser que, s'il se pouvait que les deux affections commençassent en même temps, elles se modifieraient l'une l'autre. M. Bousquet, du haut de son autorité, pose ceci : « que la réaction des deux affections l'une » sur l'autre *n'est qu'une chimère*; que plus les deux éruptions se rap- » portent, plus elles sont libres, indépendantes. On suppose, ajoute-t-il, » que la variole et la vaccine se fassent jour à la même heure, alors, » *je le soutiens*, les deux éruptions se mettent en marche parallèlement » avec la même aisance, la même liberté que si chacune était séparée » de l'autre. Si la variole doit être discrète, elle le sera; si elle doit » être confluente, elle le sera; mortelle, elle le sera. Et réciproque- » ment la vaccine sera forte ou faible, avec ou sans aréole, comme elle » l'eût été dans le plus parfait isolement. »

Nous devons dire que des assertions de ce genre ne nous paraissent rien moins que scientifiques, et que nous ne saurions partager les opinions quelque peu fatalistes de M. Bousquet. Nous pensons que toutes les fois qu'un enfant non vacciné se sera exposé à la contagion variolique, ce que l'on devra faire avant tout, ce sera de le vacciner, le vaccin ne pouvant jamais rendre une variole plus grave qu'elle ne l'aurait été si cette opération n'avait pas été pratiquée.

Enfin, le fait que nous avons raconté vient à l'appui de l'opinion éminemment rationnelle, et basée sur des observations, de ceux qui pensent que lorsque la variole se développe chez un sujet vacciné depuis peu de jours, elle est le plus souvent plus légère que dans les cas ordinaires, et que, de cette bénignité, c'est la vaccine qui est la principale, sinon la seule cause.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 13 juin 1853. — Présidence de M. COMBES.

M. Jobert (de Lamballe) lit un mémoire sur les anesthésiques au point de vue chirurgical. (Voir le numéro précédent.)

Diagnostic des calculs urinaires par le toucher seul, ou combiné avec l'action instrumentale. — Sur le toucher combiné avec l'action des instruments pour le traitement des calculs urinaires. — Lithothlibie.

M. le docteur Denamiel (de Rivesaltes) lit sous ce titre un extrait d'un mémoire en deux parties, dont l'une est consacrée à exposer un nouveau moyen de diagnostic des calculs urinaires à l'aide du toucher seul, ou combiné avec les instruments, et l'autre au traitement de cette affection par une méthode nouvelle, qu'il désigne sous le nom de *lithothlibie*. Voici quelques passages qui peuvent donner une idée de ce travail.

Pour arriver au diagnostic des calculs par le toucher seul, il faut distinguer quatre modes dans la manière de le pratiquer : ou bien on promène un ou deux doigts dans le rectum, sous l'urètre et le bas-fond de la vessie; ou bien les deux doigts soulèvent alternativement ce bas-fond; ou bien ils lui impriment une petite impulsion brusque de bas en haut; ou bien, enfin, la main droite appuyée sur l'hypogastre, on pousse en haut le bas-fond de la vessie, en opposant une main à l'autre.

Après avoir ainsi parcouru toutes les parties qu'on peut atteindre, et cette première exploration faite, on déprime avec la face dorsale des doigts le rectum, jusque sur la concavité du sacrum, la pulpe des doigts disposée au delà de la prostate, pour recevoir la partie la plus déclive du bas-fond de la vessie. Les deux doigts tantôt éloignés, tantôt rapprochés, on soulève le bas-fond alternativement avec l'un et avec l'autre. S'il existe dans la vessie un calcul libre, on le sent échapper au doigt qui soulève, pour aller rouler sous le doigt qui occupe la partie déclive. Si les calculs sont libres et multiples, on sentira le frottement des uns sur les autres, amené par le déplacement que les doigts leur impriment. Si le calcul est fixé sur quelque point du bas-fond, on continuera à le sentir à la même place au bout des doigts, quoique la partie qu'il occupe soit soulevée de manière à l'obliger à se déplacer s'il était libre; et dans les cas de calculs un peu volumineux, les deux doigts écartés comme un compas sur les côtés du bas-fond de la vessie, embrasseront le calcul, et permettront d'apprécier sa dimension.

Le troisième moyen d'investigation consiste dans le ballottement du calcul dans la vessie, comme celui de l'enfant dans la matrice. Si, la vessie étant suffisamment remplie d'urine ou de tout autre liquide injecté, on imprime avec les doigts une petite secousse brusque de bas en haut à son bas-fond, et qu'on les maintienne appliqués sous cette partie, de manière à ce qu'elle reste le point le plus déclive, on ne tarde pas à sentir le choc du calcul ou des calculs libres qui existent dans la vessie, lorsque, après avoir été chassés par les doigts et avoir fait leur ascension dans le liquide, ils retombent sur le bas-fond. A l'étendue sur laquelle on perçoit le choc de cette chute, à son degré de force, on peut juger approximativement du volume et de la pesanteur du calcul; au nombre unique ou multiple des chocs, on juge si le calcul est seul ou multiple. Cette exploration faite d'abord avec la vessie remplie, on laisse écouler une partie du liquide, afin de reconnaître plus sûrement le calcul, s'il était d'un fort petit volume.

Le quatrième temps, dans l'exploration par le toucher seul, consiste à soulever le bas-fond de la vessie avec les doigts placés dans le rectum, pendant que l'autre main, appuyée sur l'hypogastre, offre un point d'appui sur lequel on peut pousser le calcul. Il sera aisément découvert par ce moyen, s'il est fixé sous la paroi supérieure de la vessie, dans les points où il avait été inaccessible aux précédentes investigations par le toucher. S'il siége dans le bas-fond de la vessie, et s'il est un peu volumineux, cette investigation viendra corroborer les données acquises par les autres applications du toucher.

Ainsi, à l'aide du toucher seul, pratiqué de la sorte, on peut arriver à constater l'existence des calculs urinaires dès qu'ils ne sont plus assez petits pour ne pas incommoder le malade, ou pour pouvoir être expulsés de la vessie par l'urètre avec l'émission de l'urine; à reconnaître leur multiplicité, leur état de liberté, et approximativement leur volume, leur poids et leur consistance. Par ce procédé de diagnostic, seront découvertes presque toutes les pierres enkystées et enchatonnées.

Le toucher est encore un moyen plus sûr et moins équivoque que le cathétérisme pour reconnaître les calculs libres et peu volumineux, et surtout les calculs mous ou recouverts de mucosités.

Du diagnostic au moyen du toucher combiné avec l'action des instruments. — Lorsque par le toucher seul on est déjà parvenu à reconnaître qu'un calcul existe dans l'urètre, dans la prostate, dans la vessie ou dans les uretères; qu'il est seul ou multiple; qu'il est libre ou adhérent dans le bas-fond, et approximativement quelle est sa dureté, quel est son volume, quels sont l'état et les dimensions de la prostate, il reste à contrôler ces données, et à déterminer quels sont l'état et les dimensions des parois de la vessie, la conformation et la capacité de ce réservoir, la situation et la manière d'être des calculs qui ont été inaccessibles au doigt, et à préciser plus exactement le volume et le nombre des calculs. C'est ce que l'on fait au moyen du toucher combiné avec la manœuvre des instruments, et particulièrement du cathéter ou de la sonde.

En résumé, le diagnostic par le toucher seul ou combiné avec l'action de la sonde sera d'une certitude supérieure à celle que procurent les autres moyens employés soit pour faire reconnaître les calculs toutes les fois qu'ils existent, et pour indiquer leurs diverses particularités, soit pour empêcher de croire à la fausse existence d'un calcul, et en faisant éviter de le confondre avec divers états pathologiques de la vessie ou des parties environnantes, à la condition que ce moyen d'exploration sera employé non à la légère, comme une ressource de peu de prix et purement accessoire, mais méthodiquement, et comme il convient de le faire d'un moyen de la plus grande valeur.

De la lithothlibie. — L'écrasement du calcul par la pression entre les doigts et l'instrument, que j'appelle lithothlibie (de λιθος, *pierre*, et de θλιβω, *j'écrase*), repose sur ces trois données de la science, savoir :

1° Qu'il y a des calculs tellement friables, qu'ils s'écrasent sous la moindre pression;

2° Que l'action des eaux alcalines sur le mucus qui forme le ciment commun des éléments des calculs amène la disgrégation de la masse, quelle que soit la nature chimique des couches qui la composent, ramollit les calculs et les rend friables;

3° Que le bas-fond de la vessie où vont se placer les calculs libres, où se trouvent ordinairement les calculs enkystés et enchatonnés, est accessible aux doigts introduits dans le rectum, et que la sonde placée dans la vessie peut trouver sur eux un point d'appui.

Les indications et les contre-indications de cette méthode doivent être recherchées dans l'état des calculs, dans l'état des voies urinaires, dans l'influence de la constitution, de la santé générale, de l'âge et du sexe.

Manuel opératoire. — Sur l'état anatomique des parties à l'égard de l'opération, il me suffira de rappeler ce que j'ai dit dans la première partie de ce mémoire, que la distance de la peau au col de la vessie est communément de 2 pouces et 1/4, et qu'elle varie entre 1 pouce quelques lignes et 4 pouces; que la prostate et le bas-fond de la vessie ne sont séparés du rectum que par une couche mince de tissu cellulaire lamelleux, dans lequel il ne se développe jamais de graisse; qu'ainsi on peut arriver facilement jusqu'au bas-fond, et sentir, sans autre intermédiaire que l'épaisseur des membranes de la vessie et du rectum, les corps placés dans la vessie.

Le malade ayant dans la vessie assez d'urine ou de liquide injecté pour permettre le passage de la sonde entre ses parois et le calcul est placé le siége sur le bord d'un lit, le corps couché horizontalement, ou plus ou moins relevé par des coussins vers la position verticale, suivant que les doigts de l'opérateur introduits dans le rectum atteignent avec facilité ou non la partie du bas-fond où est le calcul; les cuisses sont écartées et relevées, les pieds soutenus par des chaises.

Un cathéter dont la courbure se prolonge, également large, jusqu'au renflement terminal, ou une sonde à courbure ordinaire, mais cannelée sur sa convexité jusqu'à son extrémité vésicale, pour adulte ou pour enfant, composent tout l'appareil instrumental. La sonde ordinaire sans cannelure servirait aussi, c'est avec elle qne j'ai opéré; mais la cannelure l'empêchera de glisser, et la fixera mieux sur le calcul.

L'opérateur, après avoir exécuté le cathétérisme et s'être placé assis ou debout entre les cuisses du malade, introduit successivement dans le rectum les doigts indicateur et médius de la main gauche, huilés ou graissés, pendant qu'il tient la sonde dans la main droite; lorsqu'il les a poussés jusque sous le bas-fond de la vessie, combinant le mouvement des deux mains, il place le calcul entre la sonde et les deux doigts plus ou moins écartés l'un de l'autre, suivant le volume du calcul, pour qu'il soit logé et maintenu dans leur écartement, et il presse la sonde sur le calcul, les doigts servant de point d'appui. Un aide injecterait par la sonde la quantité de liquide jugée nécessaire par l'opérateur dans les cas où il trouverait que la vessie n'en contient pas assez.

Si le calcul est friable au premier degré, la moindre pression suffira pour disjoindre les parties qui le composent, et après l'avoir senti céder sur les doigts de la main gauche, et la sonde descendre sur la paroi vésicale, à travers les débris du calcul, l'opérateur la relèvera, la déviera à droite et à gauche, pour exercer successivement sur chacun de ses côtés de nouvelles pressions, afin de bien écraser toutes les parties de la pierre. Une seule séance doit suffire pour ces sortes de calculs, même lorsqu'ils sont volumineux, sans que le malade en éprouve de la fatigue. Avant de retirer la sonde, une injection abondante est faite dans la vessie, afin que le détritus soit entraîné dans l'expulsion du liquide.

La pression ne devant jamais être poussée au point de contondre la muqueuse vésicale, on s'arrête dans les tentatives dès qu'on s'est assuré que le calcul n'est pas assez friable pour être écrasé sous l'action préalable des lithontriptiques, et on commence l'usage des eaux alcalines naturelles ou artificielles. Contre les calculs durs, les séances sont renouvelées par intervalles; l'on détache successivement les couches superficielles ramollies, dont les débris écrasés sont expulsés, et les couches sous-jacentes se trouvent mises plus immédiatement en rapport avec les agents dissolvants. Ainsi, les eaux alcalines et la lithothlibie se prêtent un mutuel secours; la dissolution des calculs est hâtée et terminée avant que la constitution du malade puisse être altérée par l'usage de ces eaux, qui devait quelquefois être prolongée pendant plusieurs mois lorsqu'elles agissaient seules.

Lorsque le calcul, au lieu d'être libre, se trouvera engagé dans le col de la vessie, dans une vacuole, dans un chaton, dans l'extrémité de l'uretère, l'opération n'en recevra pas de complication gênante; seulement, dans certains de ces cas, il restera à favoriser la sortie des débris de leur loge à l'aide des injections et des doigts agissant seuls pour soulever la poche, ou de concert avec la sonde.

L'auteur termine son mémoire par la relation de plusieurs observations qui mettent à même de constater le résultat de cette méthode.

Un mot sur l'hivernage appliqué artificiellement à l'homme.

Nous avons reçu depuis quelques jours la note suivante de M. Joux, que l'abondance des matières ne nous a pas permis de publier, et qui, sous un ton léger et badin, contient des aperçus dont on pourrait bien tirer quelque parti.

Aujourd'hui que la vapeur, l'électricité et peut-être le magnétisme sont arrivés à l'état pratique, toute idée, quelle que soit son excentricité, si elle n'est pas essentiellement absurde, doit être mise au jour.

Lors de la découverte de l'éthérisation au moyen des agents anesthésiques connus et employés aujourd'hui, je me suis demandé très sérieusement si l'état d'engourdissement procuré par ces agents ou d'autres ne pourrait pas être prolongé, non pas des minutes ni des heures, mais des semaines et des mois entiers, et si la nature offrait des exemples de phénomènes analogues à ce qui me venait à la pensée, je me suis rappelé les animaux qui s'engourdissent l'hiver, tels que le loir, la marmotte et plusieurs autres.

Aujourd'hui la découverte de M. Richardson touchant les propriétés de la vesse-de-loup, et démontrant la possibilité de conserver la vie avec six respirations par minutes, ont ravivé mes idées.

Figurez-vous (et ne riez pas) une boîte recevant de la fumée de *fongus* pendant un, deux ou trois mois, *ad libitum*, et renfermant un ou plusieurs individus engourdis pendant tout ce temps.

Représentez à votre imagination une administration très sérieuse contenant un plus ou moins grand nombre de cases.

Un particulier arrive dans l'établissement avec son épouse et leurs deux enfants; il s'établit le dialogue suivant :

— Monsieur, que désirez-vous?

— Etre engourdi pour trois mois; les travaux ne vont pas, et nous n'aurons besoin d'exister qu'à telle époque, tel jour, à telle heure.

— Cela suffit, payez le loyer de votre cellule; entrez, on vous éveillera lorsque le moment sera venu.

Au jour et à l'heure dits, on cesse le courant de fumée de vesse-deloup, ou tout autre moyen employé, nos gens sortent de leur boîte, saluent très poliment, en premettant de revenir au besoin, et s'en vont à leurs affaires.

Ceci paraît singulier, et ressemble à *une charge*, passez-moi le mot, mais en y réfléchissant, nous n'en sommes pas si éloignés.

Les exemples de mort apparente et de sommeil très prolongé ne nous manquent pas.

Et sans revenir sur les animaux dormeurs, le bois et les graines enfouis en terre ne conservent-ils pas leurs propriétés de vivre pendant *des siècles?*

Le feu ne vit-il pas fort longtemps sous la cendre? Et ce crapaud scellé dans le mur, et y existant depuis de longues années!

Que les hommes de génie y réfléchissent, et cet article, *badin* en apparence, réalisera peut-être bientôt un problème sans doute insoluble par tout autre moyen, à savoir : l'extinction de la misère humaine.

Amédée JOUX.

CORRESPONDANCE.

A M. le Rédacteur de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Monsieur le Rédacteur,

Dans un article inséré dans le dernier numéro de la *Gazette des Hôpitaux* (Revue clinique hebdomadaire), intitulé : *La saignée est-elle quelquefois dangereuse dans l'apoplexie?* vous citez à l'appui de la conclusion de l'auteur, qui est pour l'affirmative, des faits qui tendent à démontrer qu'en effet dans certaines circonstances les émissions sanguines, loin d'être utiles dans l'apoplexie, sont souvent défavorables.

Les faits pratiques qui sont cités viennent sans aucun doute à l'appui de l'opinion de M. Aussaguel. Mais il faut convenir que la théorie est bien autrement décisive et donne une grande valeur aux faits que contient cet article.

En effet, s'il est vrai que par les émissions sanguines l'on diminue la plasticité du sang en même temps qu'on diminue sa quantité, le phénomène doit se comprendre avec la plus grande facilité; les vaisseaux du cerveau laissant écouler du sang dans la substance cérébrale ou hors de cette substance, ce liquide, étant moins dense ou plus aqueux, plus fluide, s'écoulera plus facilement que quand il est plus plastique, plus épais. Le raisonnement est donc parfaitement d'accord avec ces faits.

Dans cette question « la saignée est-elle quelquefois dangereuse dans l'apoplexie? » on incline, comme je l'ai dit, vers l'affirmative, et la nature de la question est telle que cela doit paraître une exception, tandis qu'au contraire le raisonnement tend à faire penser que c'est la règle, au moins quand l'hémorrhagie est en voie de formation.

Mais voyez où l'on peut aller avec le raisonnement dans cette question de l'hémorrhagie cérébrale : les saignées sont-elles utiles pour hâter la résolution de l'hémorrhagie cérébrale? Non. En effet, que faut-il pour hâter la résolution du caillot? Une accélération de la circulation, une plus grande vitesse dans la progression du sang, une réaction, en un mot, de la fièvre; croit-on que les émissions sanguines soient de nature à opérer un pareil résultat? Le raisonnement ne permet pas de le croire.

Je vous livre, monsieur, ces quelques mots, qui ne sont peut-être pas tout à fait indignes de fixer l'attention des praticiens.

Agréez, etc. Dr DEZAUTIÈRES.

Decize (Nièvre), 19 juin 1853.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Quoique le *Moniteur* n'ait pas encore annoncé la nomination aux deux chaires vacantes à la Faculté de médecine de Montpellier (anatomie et pathologie médicale), nous pouvons annoncer d'une manière positive que ces deux nominations sont faites.

M. le docteur Benoît est nommé professeur d'anatomie,

M. le docteur Anglada professeur de pathologie interne.

— *Nouvel hôpital maritime de Rio de Janeiro.* — Le ministre de la marine a reçu, sous la date du 1er mai, des renseignements pleins d'intérêt sur la fondation dans cette ville d'un hôpital maritime ouvert aux équipages de toutes les nations.

C'est vers la fin de décembre dernier, au moment où la fièvre jaune sévissait avec la plus grande force dans la rade ainsi que dans la ville de Rio de Janeiro, que le chargé d'affaires de France au Brésil a signalé au gouverneur brésilien la nécessité urgente de prendre des mesures pour combattre une épidémie qui débutait avec une effrayante intensité et pouvait encore augmenter avec les chaleurs de l'été.

Ces observations, appuyées par le ministre de S. M. Britannique, ont porté le gouvernement brésilien à ordonner immédiatement la fondation dans le port de Rio de Janeiro d'un hôpital sous la dénomination d'*hôpital maritime de Sainte-Isabelle*.

Comme la construction de cet hôpital peut entraîner un délai de deux ou trois ans, le décret qui le fonde porte qu'en attendant celui de Jurujuba en tiendra lieu provisoirement. Cet hôpital est situé sur le point central de la place semi-circulaire qui s'étend du village de Jurujuba à l'extrémité sud de la petite ville de Saint-Domingo. Un bateau à vapeur de l'Etat circule deux fois par jour dans le port marchand de Rio, et prend, à bord même des navires, les malades à transporter à l'hôpital. Là les soins les plus dévoués et les mieux entendus les attendent. Déjà plusieurs bâtiments français y ont envoyé quelques marins qui n'ont pas tardé à en sortir convalescents et reconnaissants des attentions dont ils avaient été l'objet.

L'administration de cet hôpital, et plus tard celle de Sainte-Isabelle, sera confiée à une commission composée du président de la junte d'hygiène, du capitaine du port, d'un délégué du corps consulaire, qui pourra être un de ses membres, élu par lui tous les ans, et de deux négociants, l'un national, l'autre étranger, élus tous les ans par la commission de la bourse. Cette commission est constituée et fonctionne avec le plus grand zèle depuis le mois de février.

— On écrit de Saint-Pétersbourg, 11 juin : « Le choléra qui règne ici depuis le commencement de l'hive, mais qui, après quelques légères recrudescences, était déjà descendu au mois d'avril au chiffre de 270 malades en traitement, en y ajoutant quelques cas nouveaux chaque jour, vient de reprendre, depuis le commencement de juin, une marche ascendante très prononcée. Le 7 juin, il y avait 418 malades en traitement; dans la même journée il y a eu 108 cas nouveaux, 19 guérisons et 30 décès. Le 8 juin, 89 cas nouveaux, 33 guérisons et 44 décès. Restaient 487 malades.

LE GÉRANT.

Paris. — Typographie de PLON frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 74. — JEUDI 23 JUIN 1853. (26e ANNÉE.) N° 74. — JEUDI 23 JUIN 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40; EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE.	Trois mois. . . .	8 fr. 50 c.
	Six mois. . . .	16 »
	Un an.	30 »
GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES.	Trois mois.	9 fr.
	Six mois.	17
	Un an.	33
ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR.	Trois mois.	10 fr.
	Six mois.	20
	Un an.	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

PARIS, LE 22 JUIN 1853.

Séance de l'Académie de Médecine.

La séance d'hier a été encore remplie en entier par la discussion sur la surdi-mutité; les dernières conclusions du rapport ont été votées non sans peine et tout est terminé. Quelques nouveaux efforts tentés par MM. Bouvier et J. Guérin pour élargir le sens de ces conclusions n'ont pas abouti. La majorité était dans ses jours d'abandon, mais elle n'avait de faiblesse que pour son rapporteur.

Ce n'est pas, du reste, que nous ayons rien de grave à reprocher à M. Piorry; seulement il s'est montré toujours membre de l'Académie plutôt que rapporteur, et on le voyait avec quelque surprise substituer à la rédaction, non de la première commission, mais de la commission mixte dans laquelle avait pénétré M. Malgaigne, une rédaction particulière qui, il faut bien le dire, l'emportait de beaucoup sur l'autre pour le style et même pour le sens. Aussi, malgré cette singulière anomalie, deux fois M. Piorry a réussi à faire adopter sa version; la première fois, en faveur de l'Institut impérial, auquel on voulait enlever les élèves entendants; et la seconde, en faveur de M. Blanchet, que l'Académie a traité assez durement dans sa deuxième conclusion (voir le numéro du 16 juin), et auquel une petite compensation a été accordée, grâce à la juste bienveillance de M. Piorry.

Du reste, malgré les efforts de quelques membres pour éclaircir la question de la surdi-mutité, relativement surtout aux méthodes française et allemande, la commission, et entre autres MM. Bégin et Malgaigne, ont insisté fortement pour que l'Académie eût bien soin de déclarer au ministre qu'elle ne se croyait pas assez éclairée, et l'Académie a eu la complaisance de souscrire à cette déclaration.

Cette insistance nous a un peu étonné de la part de M. Malgaigne, qui nous paraissait avoir étudié avec soin la question, et qui l'avait traitée d'une manière assez lucide et assez complète. Nous la comprenons mieux chez M. Bégin. Cet honorable académicien, depuis que la commission dont il était membre a fait son rapport, a eu une révélation un peu tardive, mais à laquelle il a attaché d'autant plus d'importance qu'il restera prouvé qu'elle lui appartient en propre; il a demandé qu'on ajoutât aux conclusions le vœu de la formation par le ministre d'un conseil supérieur de surveillance analogue à celui de l'École polytechnique. Ce vœu est accepté, et M. Bégin reste enchanté d'avoir mieux fait que sa commission.

Dans l'argumentation de M. Bouvier, nous avons remarqué une autre singularité : c'est la lecture faite par lui d'une consultation où un médecin que l'on ne se serait pas attendu à voir manifester cette opinion donne aux parents d'un sourd-muet le conseil de le soumettre à l'éducation par l'articulation dans une maison autre que l'Institut impérial!

La discussion sur le rapport de M. Robert sur le chloroforme a commencé aujourd'hui à la Société de chirurgie. Un seul orateur, M. Deguise fils, auquel a répondu M. Robert, a pris la parole.

Nous nous proposons de publier une appréciation de cette discussion, dont l'importance donnera sans doute un nouvel intérêt aux travaux déjà si remarquables de cette Société.

Nous publions, du reste, dans le numéro d'aujourd'hui, un mémoire fort curieux de M. Snow sur l'emploi du chloroforme dans les accouchements.

M. Snow est, comme on doit se le rappeler, le médecin qui a administré cet anesthésique à S. M. la reine d'Angleterre dans son dernier accouchement. Ce mémoire est emprunté à l'*Association medical journal*.

HOTEL-DIEU. — M. BOUCHUT.

Du rhumatisme articulaire aigu guéri par la vératrine.

Voilà bientôt vingt ans que la vératrine conseillée contre les accès aigus de goutte et contre le rhumatisme est entrée dans la thérapeutique par l'autorité de M. Magendie et de M. Piedagnel, et cependant cette substance en est encore à conquérir sa place dans l'opinion publique. Elle vient de gagner son premier procès devant les élèves de la clinique de M. Trousseau; elle a réussi plusieurs fois sous nos yeux sur des malades de notre service : c'en est assez pour nous autoriser à soutenir et à démontrer que, de tous les spécifiques du rhumatisme, elle est certainement un des meilleurs, et nous ajouterons le moins dispendieux.

En dehors de certaines médications rationnelles du rhumatisme articulaire aigu et dont l'importance ne saurait être contestée, il y a des médications empiriques et spécifiques qui ont le privilége de guérir vite et bien cette maladie, sans qu'on sache précisément pourquoi elles guérissent et par quel chemin elles ont agi. De ce nombre sont le nitrate de potasse, le sulfate de quinine, et enfin la vératrine. Nous avons essayé plus d'une fois le nitrate de potasse sans avoir à nous en féliciter, sans pouvoir arrêter la phlegmasie rhumatismale, et après avoir provoqué des évacuations abondantes inutiles, puisqu'elles n'avaient pas amené la guérison; en outre, la dose élevée de nitrate de potasse qu'il faut prescrire est un obstacle à son administration, en raison de la répugnance éprouvée par les malades.

Le sulfate de quinine nous avait séduit par les beaux résultats qu'on en retire ordinairement, et depuis trois ou quatre ans c'est toujours cette substance qui, administrée prudemment, à haute dose cependant, nous avait permis de combattre et d'enlever en quelques jours des rhumatismes articulaires aigus les plus intenses. A 1 gramme 50 centigrammes en trois paquets, dans du pain à chanter, le premier jour; 2 grammes en quatre paquets le second jour, à six heures d'intervalle; 3 grammes en six paquets le troisième jour; 4 grammes en huit paquets le jour suivant. Dans quelques circonstances, le pouls s'abaisse rapidement, tombe de 120 à 100, à 80 et même à 60; les douleurs cessent, et elles ne reviennent pas si l'on fait décroître méthodiquement la dose de sulfate de quinine.

Cette médication enlève quelquefois un violent rhumatisme en quatre jours; nous en avons vu des exemples, et cela d'une façon tellement saisissante, qu'il n'y a pas lieu de révoquer en doute l'influence du médicament. Les plus sceptiques sont obligés de croire. Malheureusement le sulfate de quinine a ses inconvénients, et il en a de très graves. D'abord il est excessivement cher, et c'est quelque chose que cette dépense quotidienne de six et huit francs de sulfate de quinine. Ce ne serait rien encore si tous les rhumatismes étaient guéris en quatre ou cinq jours; mais s'il faut prolonger au delà et aller à douze et quinze jours, comme nous l'avons fait dans des cas rebelles, la médication devient ruineuse, et les pauvres ne peuvent en avoir le bénéfice. De plus, il y a des cas où le sulfate de quinine échoue complétement; cela est très malheureux, car si on ne calcule pas pour une dépense curative nécessaire, on regrette toujours une dépense inutile, et alors c'est le médecin qui en subit les conséquences. Enfin, le sulfate de quinine est un médicament très actif qui peut être très dangereux s'il n'est manié avec prudence et circonspection. Son emploi amène des étourdissements, de la céphalalgie, de la surdité passagère, des bluettes, de l'amaurose même, et la mort, comme nous en avons vu des exemples. Il faut, quand on l'administre, le faire prendre à doses fractionnées, à des intervalles égaux, et ralentir dès que des phénomènes nerveux graves se montrent. On peut continuer tant qu'il n'y a que des bluettes et un peu de surdité. Au delà il convient de suspendre, pour reprendre dès le lendemain lorsque la tolérance est établie.

Malgré ses inconvénients, beaucoup moindres que ses avantages, nous avons jusqu'à ce jour employé le sulfate de quinine dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu, et ce serait encore notre remède si notre maître M. Piedagnel et la voix autorisée de M. Trousseau ne nous avaient engagé à voir les bons effets de la vératrine dans cette maladie.

La vératrine est le principe actif des semences de cévadille (veratrum sevadilla), de la racine d'hellébore blanc (veratrum album), des bulbes de colchique (colchicum autumnale); de sorte que cet alcaloïde se trouve à la fois dans des plantes de famille différente, dans les *vératrum* et dans les *colchicés*.

On la donne à très petite dose, par pilules de 5 milligrammes. Il est bon de l'associer à un peu d'opium pour en faciliter la tolérance.

Vératrine.	0,05 centigrammes.
Extrait d'opium.	0,05 —
Poudre de gomme.	q. s.

Pour 10 pilules argentées.

Chaque pilule renferme un dixième de grain d'opium et de vératrine, soit 5 milligrammes de chaque substance.

Dans le rhumatisme articulaire aigu simple ou compliqué de goutte que l'on traite par ce moyen, on donne une pilule le premier jour, deux le second jour; au troisième, trois pilules à six heures d'intervalle; au quatrième, quatre à l'intervalle de six heures également, et le médecin augmente ainsi d'une par jour jusqu'à huit ou neuf si cela est nécessaire. Il est rare qu'on soit obligé d'arriver à cette dose.

Quand le rhumatisme est guéri, on diminue graduellement le nombre des pilules, et on peut continuer à faible dose pendant quelque temps pour éviter les recrudescences et les rechutes.

Voilà déjà depuis un mois six cas de rhumatisme articulaire aigu que nous traitons de cette manière, et, sauf une première malade qui n'a pu supporter la vératrine, nous dirons pourquoi dans un moment, tous les autres sujets l'ont bien supportée et ont été rapidement guéris, de façon à ne nous laisser aucun doute sur l'efficacité d'action du médicament. Tous ont eu dès le second jour une réduction notable de la chaleur et du pouls, qui est tombé de 120 à 100, à 80, à 72 et 64 chez deux malades. Peu après cette hyposthénisation, après cet abattement de la fièvre, les douleurs articulaires diminuaient et disparaissaient pour ne plus revenir. Elles disparaissaient, nous devons le dire, moins subitement et moins franchement que sous la puissante influence du sulfate de quinine.

Ces effets de la vératrine dans le rhumatisme sont tellement nets et faciles à saisir, qu'il n'y a pas de méprise possible à leur égard. Ils sont tout aussi marqués, mais un peu moins violents que ceux du sulfate de quinine. Enfin, ils sont incontestables.

Un second avantage de la vératrine et qui rend cette substance accessible à toutes les bourses, c'est d'être peu dispendieuse. En effet, 20 ou 25 centigrammes doivent suffire dans tous les cas, et dans la médecine des pauvres, sous le double rapport pécuniaire et curatif, la vératrine peut suppléer le sulfate de quinine.

A côté de ces avantages, la vératrine a des inconvénients qu'il importe de faire connaître et qui résultent de son action physiologique quelquefois trop active. Ainsi la vératrine n'est pas également bien supportée par tous les malades; il en est qui ne la supportent pas du tout, et que dix ou quinze milligrammes par jour purgent et font abondamment vomir. Ce fut le cas de notre première malade, dont la susceptibilité était si grande qu'il nous a fallu renoncer à l'emploi du médicament. Ordinairement les sujets prennent jusqu'à 15 et 20 milligrammes sans avoir de nausées, de vomissements bilieux, ni de garde-robes. Quand cet accident arrive, il faut diminuer la dose d'une ou deux pilules, ce qui suffit pour calmer l'irritation gastro-intestinale, et on augmente de nouveau le jour suivant. C'est ainsi, par tâtonnements, qu'on arrive quelquefois à obtenir la tolérance de la vératrine. Nous avons vu, en effet, un homme qui, après avoir beaucoup vomi, avec 20 milligrammes fut remis à 10, cessa de vomir, et reprit ensuite 30 et 35 milligrammes sans avoir de nouvelles évacuations. C'est dans ces cas qu'il est utile d'associer une petite quantité d'opium à la vératrine.

Cette substance agit encore sur la peau, dont elle active les fonctions perspiratoires; elle produit aussi un peu d'ardeur et de cuisson au pharynx sans déterminer de véritable angine : ce sont là tous les inconvénients qu'elle présente. Aux doses précédemment indiquées, elle ne saurait faire périr un malade : nouvel avantage pour elle si on la compare à l'action toxique du sulfate de quinine.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. CHASSAIGNAC.

Luxation du cubitus en dehors et en arrière.

Malgré les descriptions que la science possède aujourd'hui sur les luxations de l'extrémité supérieure du cubitus, malgré l'autorité des noms qui nous garantissent l'authenticité de cette lésion, il y a toujours, au moment où le chirurgien aborde un cas de ce genre, un sentiment de doute et d'hésitation qui ne se dissipe qu'après un examen approfondi.

Cette luxation, en effet, est une sorte de contradiction anatomique et chirurgicale à la fois. En effet, contrairement à tout ce que nous observons journellement, nous voyons que dans cette luxation c'est l'os fixe qui tourne autour de l'os mobile, l'os qui normalement ne possède aucun mouvement de rotation qui se meut autour d'un os essentiellement rotateur, lequel devient alors le pivot du mouvement. C'est chose vraiment surprenante que de voir l'extrémité supérieure du radius conserver sa position au milieu d'un désordre aussi considérable que le suppose le désenclavement d'un os solidement articulé comme le cubitus. On s'étonne à bon droit de voir ce dernier subir un déplacement quelconque sans entraîner avec lui le radius, qui semble si étroitement lié à sa destinée.

Mais enfin, du moment que l'observation confirme d'une manière indubitable l'existence de ce mode de déplacement, il faut bien se résoudre à l'admettre. Il faut que les impossibilités apparentes s'inclinent devant l'évidence du fait. A nous de chercher de meilleures explications sur un mécanisme que nous n'eussions jamais conçu *à priori*.

Dans ce but, nous commencerons par signaler certaines dispositions anatomiques qui n'ont pas suffisamment attiré l'attention des auteurs.

Le ligament latéral externe de l'articulation du coude est rayonné. En bas, son insertion présente ceci de particulier et de peu connu, que non-seulement il s'attache, comme tout le monde le dit, au ligament annulaire du radius, mais encore au cubitus, par un faisceau placé en arrière et qui s'étend directement de l'humérus à un petit onglet du cubitus. Il résulte de là qu'en définitive le ligament latéral externe vient s'attacher au cubitus.

Le ligament latéral interne se divise en deux parties distinctes, l'une antérieure, l'autre postérieure. L'antérieure se divise elle-même en deux portions : l'une, placée tout à fait en avant, va se fixer à un petit onglet de l'apophyse coronoïde en se réfléchissant sur le bord interne de la trochlée humérale qui le sous-tend.

Le ligament antérieur présente deux demi-capsules qui recouvrent en dedans l'éminence formée par la trochlée; en dehors, celle qui résulte du condyle. La demi-capsule interne présente des adhérences avec le brachial antérieur. Cette adhérence est d'autant plus marquée qu'on se rapproche davantage de l'apophyse coronoïde du cubitus.

Dans une extension outrée de l'articulation, voici l'ordre suivant lequel se déchirent successivement les moyens d'union :

1° Les fibres qui s'étendent de l'humérus à l'apophyse coronoïde du cubitus en passant sur la saillie interne de la trochlée;

2° Les faisceaux qui vont directement à l'apophyse coronoïde en passant par-dessus la trochlée;

3° Le ligament latéral interne.

On voit donc que dans une extension outrée de l'avant-bras sur le bras le ligament latéral interne se déchire immédiatement; après lui le ligament antérieur, et cela, avant que le ligament latéral externe ait subi aucune atteinte.

Les données anatomiques qui viennent d'être exposées trouveront dans ce qui nous reste à dire des applications, au sujet desquelles nous nous en rapportons à la sagacité du lecteur.

Que se passe-t-il donc dans la luxation de l'extrémité supérieure du cubitus? Par quel mécanisme se produit-elle? C'est là ce que nous allons examiner.

Dans cette luxation, le cubitus, complétement privé de ses moyens d'attache à l'épitrochlée, se désenclave de la poulie humérale; il s'échappe en arrière et en dehors, exécute un mouvement de rotation sur l'hémisphère postérieur de la bordure articulaire de la capsule radiale, et vient se placer en arrière de cette capsule. Maintenant, comment le radius, qui est si mobile à sa partie supérieure, peut-il conserver une situation fixe quand l'os sur lequel vient s'attacher le ligament qui lui sert de collier subit un déplacement aussi notable? Cela s'explique, selon nous, par deux raisons :

1° La conservation du ligament latéral externe;

2° La forme rotatoire du mouvement qu'exécute la tête du cubitus.

Cherchons à faire apprécier la signification de ces deux faits.

1° Conservation du ligament latéral externe.

C'est à lui qu'est due la persistance de la tête du radius dans sa place normale. En effet, tant que ce ligament est intact, la position du ligament annulaire est conservée. Ce ligament annulaire, considéré chirurgicalement, représente une boutonnière en forme de triangle; dans les mouvements qu'exécute le cubitus, la boutonnière se trouve comme tiraillée entre deux forces : l'une, qui tirerait en dehors, est représentée par l'insertion épicondylienne du ligament latéral externe; l'autre, qui tirerait en dedans, est représentée par la double attache du ligament annulaire au cubitus. Tant qu'il n'y a pas rupture de la boutonnière, le déplacement de la tête du radius est impossible. En effet, si le cubitus, en se portant en arrière, tend à chasser la tête du radius en avant, il tiraille par cela même avec force l'hémisphère antérieur du ligament annulaire, et celui-ci, étant fortement tendu en avant, retient la tête du radius, et l'empêche de se déplacer en ce sens. Ainsi ce n'est pas le radius qui par lui-même résiste au déplacement, il se trouve maintenu par l'action même du cubitus, qui, en serrant la boutonnière épitrochléo-sigmoïdienne, prévient tout déplacement de son os collatéral. Le maintien de la tête du radius n'est donc autre chose que la résultante de deux forces qui se font équilibre. Ces deux forces sont représentées : l'une par l'attache du ligament latéral externe, l'autre par l'attache cubitale du ligament annulaire.

2° Maintenant, en vertu de quel mécanisme le cubital est-il arraché de ses attaches internes à l'humérus, tandis que son attache externe est conservée? (Car il faut bien se souvenir que par l'intermédiaire du ligament annulaire le ligament latéral externe est en définitive un ligament *huméro-cubital*, aussi bien que le ligament latéral interne.) Ce mécanisme suppose de toute nécessité une violence agissant sur l'extrémité supérieure du cubitus, de manière à lui faire exécuter un mouvement de rotation, dont le pivot se trouve représenté par la tête du radius, tandis que du côté interne tous les ligaments sont déchirés. L'action d'une puissance qui exécute elle-même un mouvement de rotation, une roue de voiture, par exemple, qui fait tourner les objets en les comprimant, nous paraît presque indispensable pour la production de l'accident.

Dans l'observation qui va suivre, le sujet était ivre. Une roue de voiture passa sur son avant-bras. Le côté externe de ce dernier, reposant sur le sol, y prenait point d'appui, pendant que le mouvement de la roue, agissant sur le cubitus comme pour le faire rouler d'avant en arrière sur lui-même, l'a arraché de ses connexions internes, et l'a repoussé en arrière et en dehors.

Luxation de l'extrémité supérieure du cubitus gauche.

Henry (Jean-Baptiste), cinquante-cinq ans, forgeron, rue de Montreuil, 110, entre le 21 décembre 1852 à l'hôpital Saint-Antoine.

Cet homme, ayant été renversé par une voiture dont la roue a passé sur son coude, présente au premier abord les apparences d'une luxation du coude ou d'une fracture comminutive de cette articulation; mais à un examen plus attentif on reconnaît que les deux tubérosités inférieures de l'humérus sont parfaitement intactes; on reconnaît aussi que le radius, dans son articulation humérale, est exactement à sa place, et même qu'il y est maintenu solidement; seulement, si on lui fait exécuter des mouvements de rotation, on perçoit un craquement très manifeste. La tête du cubitus a abandonné la cavité olécranienne; elle se trouve placée en arrière de la tête du radius; elle s'est par conséquent déplacée en dehors et un peu en arrière. On la réduit facilement, mais on reproduit la luxation avec non moins de facilité. En effet, si, après l'avoir réduite, on saisit fortement l'olécrane par ses parties latérales, et si on lui imprime un mouvement pour le porter en dehors, comme si on voulait le faire passer en arrière de l'articulation huméro-radiale, on voit s'opérer un déplacement brusque et subit, semblable à celui d'une luxation qui se produit, s'accompagnant d'un bruit de craquement très prononcé. On voit alors d'une manière très positive que l'olécrane est sorti de la cavité olécranienne. La première impression qu'on éprouve à la vue et au toucher de ce déplacement, c'est celle d'une fracture de l'olécrane, mais on ne tarde pas à reconnaître que le cubitus n'est nullement fracturé, et qu'il se meut en totalité pour cette espèce de luxation, qui persiste tant qu'on ne la réduit pas.

Ce malade présente en outre une contusion de la face.

Il sort guéri dans les premiers jours de février, conservant pourtant une grande gêne dans les mouvements de l'articulation du coude.

Depuis que nous avons recueilli cette observation, nous avons étudié expérimentalement sur le cadavre cette luxation, et nous avons reconnu que quand le ligament latéral interne et le ligament antérieur de l'articulation sont divisés au moyen du ténotome, on produit très facilement la luxation isolée du cubitus, en exerçant une forte pression sur l'extrémité supérieure de cet os, dans une direction composée en arrière et en dehors.

Nous ne comprenons pas qu'on ait proposé pour réduire cette luxation les manœuvres compliquées décrites par quelques auteurs. Il n'y a aucune résistance musculaire; loin qu'il en soit ainsi, on comprend à peine (tant la facilité de la réduction est grande) comment le cubitus pouvait conserver sa position anormale. Nous craignons que l'importance qu'on donne involontairement aux observations qu'on n'a pas souvent l'occasion de renouveler n'ait donné lieu à plusieurs des assertions qui ont été émises à ce sujet. Les seules choses qui nous aient paru fondées dans les descriptions qu'on a données de cette luxation se réduisent aux propositions que voici :

La petite cavité sigmoïde du cubitus n'éprouve sur la bordure articulaire du radius aucun déplacement dans le sens vertical; seulement, au lieu de répondre au côté interne de cette bordure articulaire, elle vient embrasser sa partie postérieure;

L'extrémité supérieure du cubitus décrit un arc de cercle, et se détache de la trochlée d'avant en arrière;

L'apophyse coronoïde passe au-dessous de la poulie;

L'extrémité supérieure du cubitus se place en arrière de la tête du radius;

Elle s'est par conséquent rapprochée du bord externe de l'articulation;

Le ligament antérieur et le ligament latéral interne sont nécessairement rompus;

Le diamètre antéro-postérieur de l'articulation du coude est considérablement augmenté;

Le côté interne de l'extrémité inférieure de l'humérus forme en avant et en dedans une forte saillie;

Il y a une vive douleur, dépendant de la distension du nerf cubital;

L'avant-bras est légèrement fléchi;

Les mouvements d'extension et de flexion sont impossibles et très douloureux quand on veut les exécuter;

La pronation et la supination sont conservées.

Il ne nous a pas suffi de constater ces faits par notre seul examen; nous les avons fait reconnaître non-seulement à MM. Marcé et Buquoy, alors internes à Saint-Antoine, mais encore à quelques chirurgiens des hôpitaux, notamment à M. Marjolin, qui est venu examiner le malade, et qui a vu à plusieurs reprises reproduire avec facilité, et réduire sur-le-champ par de simples pressions latérales avec les pouces la luxation dont il s'agit. Nous affirmons donc que toute manœuvre d'extension est ici un hors-d'œuvre, sinon un contre-sens. C'est une de ces luxations qui ne se réduisent que par *pressions latérales.*

DE L'ADMINISTRATION DU CHLOROFORME

pendant l'accouchement,

Par M. le docteur John Snow.

Il est inutile maintenant d'avoir recours ou de faire allusion à quelques-unes des raisons abstraites dont on a fait usage pour conseiller ou repousser l'emploi du chloroforme pendant le travail, depuis qu'un certain nombre d'observations ont été recueillies pour décider la question par l'expérience. Je pense que personne ne nie le pouvoir du chloroforme pour soulager les douleurs qui accompagnent la parturition; par conséquent, la seule objection valable que l'on puisse y faire est que quelque danger ou quelque inconvénient peut suivre son usage. Il est reconnu que, dans le nombre si considérable de malades auxquels cet agent a été administré pour l'exécution des opérations chirurgicales, peu ont succombé pendant l'inhalation, ou une ou deux minutes après; et il est satisfaisant de savoir qu'aucun accident de ce genre n'est arrivé dans la pratique des accouchements. Ceci ne doit pas être considéré comme une pure coïncidence, car il y a des raisons suffisantes pour admettre cette conclusion qu'il n'y a aucun danger dans l'administration du chloroforme pendant le travail pour un homme qui prend les précautions ordinaires, lors même qu'il n'aurait eu antérieurement aucune expérience à ce sujet. D'abord, l'effet qu'il est nécessaire de produire dans la parturition est tellement plus léger que dans toute autre opération, qu'il n'est pas nécessaire d'arriver même à moitié chemin du point qu'il pourrait y avoir quelque danger à outre-passer; et en second lieu, le chloroforme ne doit être administré que tant qu'il y a douleur, dont la disparition indique qu'il faut cesser.

Il y a eu, néanmoins, quelques cas dans lesquels la mort a été attribuée au chloroforme administré pendant le travail. Le docteur Ramsbotham rapporte un fait de ce genre dans son *Traité d'accouchements;* mais je doute qu'il eût considéré la mort dans ce cas comme due au remède, s'il avait eu plus d'expérience de son usage, soit en obstétrique, soit dans les autres classes de maladies. Le chloroforme a été donné très judicieusement pendant les quatre dernières heures du travail. Le docteur Ramsbotham dit que vers la fin du travail l'utérus se contractait bien, et que la malade paraissait en bon état. Au bout d'une heure et demie, cependant, une dyspnée effrayante survint, accompagnée d'une extrême lividité de la face et de tous les signes d'un engorgement considérable des poumons et du cœur. La respiration redevint plus naturelle sous l'influence du traitement employé, et au bout de trois heures et demie la femme parut vouloir dormir; mais une demi-heure après elle se releva subitement, avec retour d'une dyspnée effrayante, qui fut bientôt suivie de convulsions et d'une mort presque immédiate. L'autopsie ne fut point faite.

Un cas analogue s'est présenté dans la pratique du docteur Murphy, qui cependant n'en attribue pas le funeste résultat à l'action du chloroforme dans ses leçons sur la parturition. Dans ce cas, le chloroforme fut administré avec modération dans les deux dernières heures du travail; la malade ne perdit pas entièrement connaissance. Elle s'endormit après l'expulsion du placenta, et s'éveilla deux heures après avec de la toux et de la difficulté de respirer. Ces symptômes augmentèrent malgré le traitement, et la malade mourut un peu plus de vingt-quatre heures après. Les poumons furent trouvés fortement congestionnés, et les reins dans un état assez avancé de dégénération granuleuse.

Une congestion mortelle des poumons est un des résultats de la maladie de Bright. Je l'ai observée chez les hommes. Il n'est pas improbable que dans le cas rapporté par le docteur Ramsbotham aussi il existait une congestion temporaire ou permanente des reins et que l'infection a eu lieu dans les deux cas. L'occurrence des convulsions un peu avant la mort dans le dernier cas le rend vraisemblable. En tout cas, les symptômes dans le premier fait ne ressemblent en aucune manière à ceux que l'on connaît après l'action du chloroforme, même lorsque ce médicament est administré en plus grande quantité. Il faut se rappeler aussi que les symptômes fâcheux n'ont commencé qu'une heure ou deux après la cessation des effets du chloroforme.

Comme le chloroforme n'est pas le remède préventif de toutes les maladies auxquelles nous sommes sujets, on doit s'attendre que la manie puerpérale peut se déclarer à la suite de quelques-uns des cas où on en aura fait usage, surtout lorsque les sujets sont plus sensibles. Le docteur Ramsbotham fait allusion à un cas de ce genre survenu après l'administration de cet anesthésique; mais il n'indique pas à quelle période la manie a commencé, *une heure*, par exemple, ou *un mois* après l'inhalation. D'autres cas, et celui-là aussi peut-être, ont été mentionnés dans les sociétés médicales, mais rien de particulier n'a été dit à ce sujet. On m'a rapporté, à l'occasion d'un fait de manie puerpérale, que la malade avait depuis longtemps l'habitude de se soumettre à d'abondantes inhalations de chloroforme quand elle était seule, afin de prévenir des attaques d'épilepsie auxquelles elle était sujette.

On a prétendu que, dans quelques-uns des premiers cas où le chloroforme a été employé, les contractions utérines étaient si affaiblies que la délivrance avait dû être terminée à l'aide du forceps. Il est possible que l'usage trop abondant de cet agent amène un pareil résultat, mais je ne crois pas qu'il en suive l'emploi judicieux. Dans tous les cas où, la délivrance devant être terminée par les mains ou les instruments, j'ai employé le chloroforme, je l'ai fait en vue de cette opération; mais tous les autres cas ordinaires où je l'ai administré contre les douleurs se sont terminés sans assistance artificielle.

La convenance et les avantages de l'administration du chloroforme dans la parturition étant admis, on demande souvent : « Dans quels cas faut-il l'employer? » J'accorderai aisément que, dans tous les cas où la douleur ne dépasse pas le degré que la malade peut aisément supporter, il n'y a pas lieu à donner le chloroforme; mais quand la malade désire éviter la douleur, je ne vois aucune objection à l'usage de cet agent, même dans les cas les plus favorables. Les bienfaits de son action dans les cas graves sont bien moindres dans les cas légers, et c'est la malade surtout qu'il faut consulter à ce sujet. La détermination des cas d'accouchement dans lesquels le chloroforme doit être donné ou repoussé est réellement un sujet de peu d'importance; car, si nous passons des cas graves aux cas plus légers, la quantité de chloroforme employée et le degré de diminution de la sensibilité et de son action sur les fonctions cérébrales sont si peu importantes qu'il reste à peine de quoi servir de base à une discussion. En vérité, d'après ce que j'ai observé après l'usage fréquent de cet agent en médecine, et chez les sujets en bonne santé, je pense que la quantité inhalée pendant un travail court et aisé pourrait être prise journellement pendant un temps indéfini sans aucun effet appréciable pour la santé.

Les remarques précédentes s'appliquent aussi dans la même mesure à la question qui concerne la période du travail à laquelle on doit commencer l'administration du chloroforme; car c'est selon la violence ou la faiblesse des douleurs qu'on doit le donner plus tôt ou plus tard, en moindre ou plus grande quantité. L'époque la plus ordinaire est lorsque le col de l'utérus a acquis à peu près toute l'étendue de sa dilatation et que les douleurs deviennent expulsives. Dans plusieurs des cas que j'ai observés, on en a commencé l'usage beaucoup plus tôt, car les souffrances occasionnées par les premières douleurs sont souvent fort grandes, et le chloroforme devient alors d'une grande utilité employé en ce moment.

Pour ce qui est du mode d'administration, je parlerai d'abord des cas où on n'a pas besoin de recourir aux secours de l'art. En de tels cas, lorsqu'on s'est déterminé à employer l'inhalation, le moment où il faut commencer est au début de la douleur, et l'administration sera suspendue quand la contraction utérine cesse, ou plus tôt si la malade est soulagée. Il est convenable de donner le chloroforme modérément d'abord, en augmentant un peu la quantité à chaque douleur si la malade n'est pas soulagée. Le praticien trouve aisément, avec un peu d'attention, la quantité de vapeur qu'il doit administrer à chaque période du travail et dans chaque cas particulier, son but étant de soulager la malade sans diminuer la force des contractions utérines et l'action auxiliaire des muscles de la respiration, ou en les diminuant aussi peu que possible. D'abord il est nécessaire de répéter le chloroforme au début de chaque douleur; mais après quelque temps il arrive fréquemment qu'un effet suffisant a été produit de manière à laisser la malade

sans douleur pendant une ou deux contractions utérines, avant d'en recommencer l'usage.

Lorsque la pratique de l'inhalation dans l'accouchement fut introduite par le docteur Simpson, il adopta naturellement la méthode suivie dans les opérations chirurgicales, rendant la malade sans connaissance et la maintenant en cet état jusqu'à la fin du travail. D'autres praticiens remarquèrent cependant bientôt que cela n'est pas nécessaire et ne serait pas sans danger dans les cas où le travail se prolonge.

Les docteurs Murphy et Rigby ont été, si je ne me trompe, des premiers à avancer que l'apaisement des douleurs en obstétrique peut avoir lieu sans faire perdre connaissance aux malades; mais les opinions ont été partagées à ce sujet; d'autres ont cru que les douleurs n'étaient soulagées que lorsque la perte de connaissance était complète. Ces deux opinions extrêmes sont également contraires à l'expérience. Il y a comparativement peu de cas dans lesquels les douleurs pendant le travail peuvent être calmées sans perte de connaissance, tandis qu'au début elles peuvent être prévenues de cette manière. La différence tient quelquefois à la constitution des malades, mais surtout à la violence des douleurs qui doivent avoir lieu. Ceci concorde avec ce que l'on observe en médecine et en chirurgie, où la douleur, dans quelques circonstances, peut être dissipée sans perte de connaissance, et dans d'autres ne l'est pas. Ainsi, dans certains cas de névralgie, la douleur est si vive qu'aucun soulagement n'est obtenu sans perte de connaissance, tandis que dans les opérations chirurgicales on observe que, quoique les parties peu importantes de l'opération, telles que la ligature des vaisseaux et la pose des sutures, puissent se faire sans douleur pendant que le malade conserve la conscience de son état, une large incision à la peau est rarement pratiquée sans que la douleur en soit perçue.

L'action des contractions utérines continue à se produire pendant la perte de connaissance, et les muscles de la respiration ne cessent pas de concourir à seconder l'action de l'utérus pendant la seconde période du travail. L'aspect de la malade sous l'empire du chloroforme témoigne généralement de l'absence d'expression de la douleur, et un étranger ou un parent qui entre sans savoir qu'on a employé le chloroforme la félicite de son courage à supporter la douleur. En quelques occasions, il est vrai, il y a des plaintes et des cris comme arrachés par la souffrance, mais la conscience de la douleur n'existe pas, on ne peut dire qu'elle existe réellement.

Il faut remarquer qu'une anesthésie complète n'est jamais nécessaire en accouchement, à l'exception du cas où il faut agir chirurgicalement. La diminution de la sensibilité générale jusqu'à un certain degré, accompagnée de la diminution de la conscience, suffit pour prévenir les douleurs pendant le travail, et jamais il n'est nécessaire de rendre la malade aussi insensible que pendant les autres opérations chirurgicales, quand on peut faire agir le bistouri sans exciter ni cri ni mouvement.

Les effets du chloroforme sur le cerveau ne doivent pas être portés pendant le travail au delà de ce que j'appelle le second degré du narcotisme, dans lequel les fonctions cérébrales sont diminuées, mais non tout à fait suspendues, excepté lorsqu'à l'action de la vapeur se joint le sommeil naturel. La malade, sous l'influence du chloroforme dans cet état, n'a plus la conscience parfaite du lieu où elle est, de ce qui se passe autour d'elle; mais elle peut donner des réponses incohérentes si elle est questionnée mal à propos. Dans cet état, la malade peut quelquefois aider au travail en faisant des efforts volontaires, si on les lui demande, et obéit à ce qu'on veut; et cependant, en continuant à prendre du chloroforme pendant quelques minutes encore, elle perd tout à fait connaissance. En général, on ne doit tenir aucune conversation avec les malades qui prennent du chloroforme, afin de ne pas exciter leur esprit. La recommandation que j'ai faite de donner d'abord cet agent avec modération a pour but aussi de prévenir l'excitation cérébrale en faisant arriver progressivement ses effets. Dans les opérations chirurgicales, l'excitation mentale peut être presque toujours évitée en jetant les malades assez rapidement dans l'état d'insensibilité, où les fonctions mentales sont nécessairement suspendues; mais dans la pratique des accouchements, il n'est pas convenable de déterminer un état de coma ou d'insensibilité, excepté dans certains cas de délivrance chirurgicale dont je parlerai ci-après.

Dans les cas d'obstétrique, il n'y a pas nécessité de régler avec le même soin que dans les opérations chirurgicales la dose de vapeur que la malade doit respirer pendant le travail, car il ne faut produire qu'un léger degré de narcotisme; cependant je trouve l'appareil d'inhalation plus convenable que le mouchoir. Je ne verse ordinairement à la fois que 15 gouttes de chloroforme sur le mouchoir.

La quantité de chloroforme administrée pendant chaque douleur n'excède jamais quelques gouttes, mais la quantité employée pendant le cours d'un travail prolongé est souvent considérable. La plus forte dose que j'aie employée une fois est de deux onces et demie; mais, comme je me servais de l'appareil, cette quantité équivaut à sept ou huit onces employées de la manière la plus précise sur un mouchoir. Je n'ai jamais tenu une malade plus de deux heures de suite sans connaissance, et l'usage du chloroforme n'a jamais été continué par moi plus de huit heures; mais le docteur Simpson et d'autres ont persisté pendant un temps bien plus long sans accident.

Le chloroforme est mieux administré quand l'accoucheur est accompagné d'un autre médecin qui n'a pas à s'occuper de l'accouchement; mais il peut être administré fort bien par l'accoucheur lui-même dans le but d'épargner une grande partie des douleurs, quoique peut-être moins avantageusement que s'il n'avait pas d'autre devoir à remplir.

Il est probable que l'usage du chloroforme n'a aucune influence particulière sur la durée du travail dans la plupart des cas où il est employé; mais quelques accouchements particuliers sont retardés ou hâtés par son action selon les circonstances. Dans quelques cas, le chloroforme, même lorsqu'il est employé très modérément, diminue à la fois la force et la durée des contractions utérines et prolonge l'intervalle qui les sépare, rendant ainsi le travail un peu plus long, ce qui est sans importance, la malade ne souffrant pas. Dans d'autres cas, l'inhalation rend l'action utérine plus forte et plus régulière en diminuant l'excès de sensibilité qui l'entravait. Ceci arrive plus particulièrement dans la première période du travail. Dans quelques cas encore, le chloroforme semble agir comme un stimulant direct des contractions utérines en augmentant leur force et leur fréquence, ce qui ne doit pas étonner si l'on réfléchit que l'opium et l'eau-de-vie en quantité modérée agissent souvent de la même manière. Le chloroforme a pour effet aussi de provoquer la dilatation du col de l'utérus, même quand il n'existe aucune rigidité; et, quand la rigidité existe, l'inhalation est très utile et abrége de beaucoup le travail. Il en est de même dans les cas de rigidité du périnée.

Pendant la délivrance avec le forceps ou par perforation, le chloroforme doit être administré comme dans les cas ordinaires. Il doit être donné à chaque douleur, de manière à prévenir les souffrances de la malade sans arrêter les contractions utérines. En général, cependant, il doit alors être donné plus largement que dans le travail naturel. Le docteur Murphy a rapporté trois cas de délivrance avec le forceps et un par perforation, dans lesquels je l'ai assisté il y a quatre ou cinq ans. Les opérations furent faites surtout à cause de la difformité du bassin, et les malades se sont toutes parfaitement rétablies. J'ai donné le chloroforme dans un seul cas où le bistouri dut être employé; c'est un cas dans lequel le docteur Murphy eut à pratiquer un col artificiel de l'utérus. Dans des cas de ce genre, la malade doit être rendue insensible au moment de l'opération.

Quand il est nécessaire d'introduire la main dans l'utérus pour opérer la version, le chloroforme doit être donné en assez grande abondance, de manière à suspendre les contractions utérines, et aussitôt que la version est terminée, il faut en discontinuer l'usage pendant un peu de temps, afin de permettre à l'action de l'utérus de revenir et d'aider à l'expulsion de l'enfant. Dans l'automne de 1849, j'administrai le chloroforme dans un cas de présentation de l'épaule, assisté par M. French, et dans un autre cas de présentation du coude, assisté par M. Marshall. La version fut exécutée, dans les deux cas, avec une très grande facilité, quoique les membranes fussent rompues, et les eaux de l'amnios évacuées pendant quelque temps. L'utérus se contracta ensuite dans les deux cas, et le placenta fut expulsé en quelques minutes. Dans un cas de présentation naturelle, où la version fut pratiquée par M. Murphy, à cause de l'étroitesse du bassin et de l'impossibilité d'appliquer le forceps, l'introduction de la main fut difficile à cause du manque d'espace, mais l'utérus n'offrit aucune résistance.

Dans les autres cas où il est nécessaire d'introduire la main dans l'utérus, le chloroforme rend également des services. Le 26 décembre 1850, je fus prié par M. Cooper de l'assister dans un cas de rétention du placenta. La malade était accouchée depuis deux heures, et M. Cooper avoit introduit la main, mais n'avait pu parvenir à extraire le placenta, à cause des contractions violentes de l'utérus, qui formait boule. Le chloroforme ayant été administré, la main fut introduite aisément, et le placenta détaché et extrait. Il y eut fort peu d'hémorrhagie. Je dois dire ici que je n'ai vu une hémorrhagie considérable que dans un seul cas où j'ai administré le chloroforme, mais la malade en avait été également atteinte dans des accouchements antérieurs.

On demande souvent si le chloroforme a quelque action sur l'enfant? Il est bien certain que le fœtus peut recevoir une partie du chloroforme par la circulation, comme de tout autre remède absorbé et qui passe dans le sang de la mère; quand l'éther sulfurique est l'agent employé, l'odeur peut en être perçue dans le souffle de l'enfant après la naissance. Le fœtus doit donc être influencé par le chloroforme, quoique en général à un moindre degré que la mère, car il ne reçoit la substance que de seconde main. Il m'a paru que dans quelques cas l'enfant était moins sensible à l'air froid que d'ordinaire au moment de la naissance; et quand la mère a perdu connaissance à la suite de l'anesthésie, je ne l'ai pas vu gigoter ou crier avec force, et saisir le drap dans le premier moment de la naissance, comme on le voit souvent dans d'autres circonstances. Avec ces exceptions, aucun effet du chloroforme n'est remarqué sur l'enfant.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 21 juin 1853. — Présidence de M. Bérard.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Eaux minérales.

La correspondance officielle comprend dix rapports sur le service des eaux minérales des établissements suivants, savoir : de Luxeuil, par M. Chapelain; de Dinan, par M. Piedvache; de Bilazais, par M. de Morineau; de Sylvanès (Aveyron), par M. Calvet; de Plombières, par M. Garnier et par M. Lhéritier; de La Motte, par M. Dorgeval-Dubouchet; d'Allevard, par M. Niepce; de Saint-Nectaire, par M. Vernière; de Châteauneuf, par M. Pénissat; de Foucaude, par M. Bertin.

Procédé nouveau pour l'amputation et la résection des os du métacarpe.

M. Courty, agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, adresse un mémoire sur un procédé nouveau pour l'amputation ou la résection des os du métacarpe.

Chéiloplastie double.

M. Grandboulogne (de la Havane) adresse une observation de double chéiloplastie pratiquée avec succès sur une jeune fille de dix-huit ans. Cette observation est accompagnée de deux images photographiques représentant la jeune fille avant et après l'opération.

Extraction de la cataracte.

Le même médecin adresse un travail intitulé : *Quelques réflexions sur l'extraction de la cataracte par un procédé nouveau.*

Choléra.

Le même médecin adresse le complément d'une instruction populaire sur le choléra-morbus, qu'il a envoyée il y a quelque temps à l'Académie.

Ces trois communications de M. Grandboulogne sont renvoyées à la commission des correspondances.

Sirop préparé avec les eaux de Bourbonne.

M. Plumerel, de Nogent (Haute-Marne), adresse des flacons d'un sirop préparé avec les eaux minérales de Bourbonne.

Traitement des hernies étranglées.

M. De Larue (de Bergerac) adresse un mémoire dont l'objet est l'examen de cette question : « Les auteurs indiquent-ils un moyen dont le mode d'administration contre les hernies étranglées soit assez efficace pour rendre généralement inutile l'emploi du bistouri? »

Suspensoir en nacelle.

M. Beyer soumet à l'examen de l'Académie un petit bandage qu'i désigne sous le nom de suspensoir en nacelle.

Vaccinations.

M. Reydellet, chirurgien de la marine, à Saint-Denis (Réunion), adresse l'état des vaccinations qu'il a pratiquées dans ce pays, avec des observations particulières.

Candidature.

M. Legrand écrit qu'il se porte candidat à la place vacante dans la section de thérapeutique.

Surdi-mutité.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la surdi-mutité.

La délibération est ouverte sur la quatrième conclusion. M. Piorry en donne lecture en ces termes :

« 4° Les élèves de la première catégorie, c'est-à-dire ceux qui peuvent encore entendre, doivent être séparés des autres sourds-muets, et il y aurait un inconvénient réel à les réunir dans des classes communes et dans un même établissement. Il en est surtout ainsi de ceux qui, ayant entendu et parlé dans leur enfance, auraient ensuite été frappés de surdi-mutité.

» Quant à ceux qui n'entendent en aucune façon, et ne peuvent que lire la parole sur les lèvres, l'expérience n'a pas encore décidé suffisamment entre la méthode française, ou l'éducation par la mimique, et l'école allemande, ou l'éducation par la parole. »

M. Bouvier demande la parole sur cette conclusion.

Il commence par féliciter M. Malgaigne, et le remercier de s'être rallié à une rédaction dont sa première l'éloignait beaucoup, bien que celle-ci ne le satisfasse pas encore complétement. Il ne trouve pas dans cette conclusion une réponse directe à la question du ministre. Cette réponse, en ce qui concerne la seconde catégorie, renferme des lacunes telles, qu'on ne comprend pas bien si la commission a entendu désigner les sourds-muets qui parlent ou ceux qui ne parlent pas. Quant à ce qui concerne les élèves de la première catégorie, dont il est question dens le premier paragraphe, M. Bouvier proposerait de remplacer ces mots : « Il en est surtout ainsi de ceux qui, ayant entendu et parlé, etc., » par ceux-ci : « Il en est ainsi des élèves qui, quoique sourds incurables, ont conservé la faculté de parler. » Si la commission veut se rallier à cet amendement, M. Bouvier n'aura plus rien à dire. Dans le cas contraire, il demande à le développer immédiatement.

— M. Piorry étant absent dans ce moment, M. Bégin prend la parole au nom de la commission, et s'exprime ainsi :

La commission a été mue par cette pensée, qu'elle ne devait pas devancer l'expérience. La commission, pas plus que qui que ce soit, n'est en mesure de résoudre cette question. Elle est donc restée parfaitement dans le vrai, en ne voulant pas se prononcer à cet égard.

M. le président. Je conclus de ce que vient de dire M. Bégin que la commission n'approuve pas la proposition de M. Bouvier.

M. Malgaigne fait remarquer que la rédaction qu'on vient de lire n'est pas celle de la commission. Il invite formellement M. Piorry à lire la conclusion arrêtée par la commission, et non celle qui vient d'être lue en son nom.

M. Piorry explique le motif des quelques changements qu'il a cru devoir introduire dans la rédaction de la conclusion de la commission, et qui n'en altèrent pas le sens.

Voici le texte primitif de cette rédaction :

« Les élèves de la première catégorie, c'est-à-dire ceux qui peuvent encore entendre, doivent être séparés des autres sourds-muets, et il y aurait un inconvénient réel à les réunir dans des classes communes et dans un même établissement. (La première rédaction portait à la place de ces derniers mots : « Il y aurait même inconvénient à les conserver dans l'Institution. »)

» Quant à ceux qui n'entendent en aucune façon et ne peuvent que lire la parole sur les lèvres, l'expérience n'a pas encore décidé entre l'éducation par la mimique et l'éducation par la parole. »

M. Bégin exprime le désir que l'Académie ne s'arrête pas à discuter sur la question de savoir si on mettra les sourds-muets des deux catégories dans un même établissement ou dans des établissements différents. Cela ne la regarde pas. La question à examiner est celle-ci : la commission dit que l'expérience n'a pas prononcé sur l'utilité du mode d'enseignement par la parole dans telle circonstance, M. Bouvier prétend le contraire. Là doit se renfermer la discussion.

M. Bouvier ne veut rien supprimer dans la conclusion de la commission. Il demande seulement qu'on ajoute le membre de phrase qu'il vient d'indiquer plus haut.

M. Bouvier monte à la tribune et développe longuement son amendement.

M. Bouvier considère l'Académie comme liée par l'adoption d'un des précédents articles dont son amendement dérive directement. Du moment où l'on admet que l'articulation de la parole est possible chez le sourd complet, il est évident qu'on peut admettre un degré qui approche de la perfection. La conséquence est de conserver aux sourds-muets qui se trouvent dans ce cas l'usage de la parole. Trois motifs pourraient être allégués contre sa manière de voir : 1° savoir si les avantages inhérents à l'enseignement par la parole compensent les avantages de la mimique; 2° de quel côté sont les chances plus grandes d'instruction; 3° enfin qu'il existe à l'Institution impériale un cours d'articulation parfaitement suffisant.

Répondant à chacune de ces objections, M. Bouvier fait remarquer, premièrement, que l'enseignement de la parole n'exclut pas l'usage de la mimique; que la mimique, utile dans de certaines limites aux sourds parlants, n'a pas tous les avantages qu'on lui attribue, et que si elle est préférée par certains sourds-muets, et notamment par des professeurs, à l'usage de la parole, c'est par suite d'un préjugé d'éducation que tout le monde comprend; que, si, par suite de la préférence donnée à l'enseignement de la parole chez les sourds-muets qui seront susceptibles de le recevoir, ils se trouvent par là privés de rapports avec leurs camarades d'infortune non parlants, ils en seront amplement dédommagés par les rapports qu'ils pourront entretenir désormais avec le monde des parlants.

En ce qui concerne le degré d'instruction que les sourds-muets sont susceptibles d'acquérir par l'une ou l'autre méthode, M. Bouvier ne conteste nullement qu'il puisse être égal de part ou d'autre, et c'est là un fait, il est heureux de le reconnaître, que M. Malgaigne a proclamé lui-même. M. Bouvier cite à cette occasion l'exemple d'un enfant de dix ans, élevé chez une maîtresse d'école du quartier Popincourt, et qui a gagné dans cet établissement un certain degré d'audition, et un commencement d'usage de la parole.

Quant à ce qui regarde le cours d'articulation de l'Institution impériale, M. Bouvier démontre par des exemples qu'il est tout à fait in-

suffisant, et qu'il ne peut nullement suppléer la pratique usuelle de la parole, qui n'est pas en usage dans cet établissement.

Enfin, M. Bouvier termine en déclarant qu'il s'appuiera d'un témoignage d'une grande valeur dans l'espèce. Il a vu récemment une consultation donnée par un médecin pour un enfant devenu sourd-muet à la suite d'une fièvre cérébrale. Le médecin émettait très explicitement le conseil d'envoyer l'enfant dans un établissement spécial où s'enseigne l'articulation. Cette consultation était signée *Ménière*. (Sensation.)

M. LE PRÉSIDENT. Une proposition est faite par la commission mixte de mettre à part ceux qui entendent un peu; M. Bouvier propose d'appliquer la même mesure aux sourds complétement sourds, mais qui sont susceptibles d'apprendre la lecture sur les lèvres.

M. MALGAIGNE demande qu'on mette aux voix paragraphe par paragraphe.

M. LE PRÉSIDENT, au moment de lire le premier paragraphe pour le mettre aux voix, fait remarquer qu'il n'y a plus personne pour défendre la rédaction de la commission (M. Bégin s'est absenté).

M. MALGAIGNE. La pensée très intime de la commission, c'est que les sourds parlants ne doivent pas rester dans l'établissement; ils doivent être rendus à la société.

M. PIORRY ne voit pas la nécessité d'amoindrir l'établissement de Paris en le privant de toute une classe de sourds-muets. Il n'avait d'abord pas bien saisi le sens de l'amendement introduit par M. Malgaigne dans la conclusion de la commission. Mieux éclairé maintenant, il demande la suppression de cette dernière phrase.

M. J. GUÉRIN. Pas d'équivoque. Il y a un parti qui désire que les sujets qui peuvent recouvrer l'usage de la parole restent dans l'établissement, mais dans une classe à part. Il faut qu'on sache bien sur quoi l'on vote. M. Bouvier a insisté avec raison pour qu'on joigne à cette catégorie les sujets complétement sourds, mais qui peuvent parler. Je demande qu'on ajoute aussi ceux qui, ayant parlé jadis, ont perdu accidentellement l'usage de la parole. C'est un degré de plus. Je me joins donc à l'amendement de M. Bouvier. L'Académie saura maintenant sur quoi elle va voter.

M. LE PRÉSIDENT. Il y a un premier amendement qui consiste à demander la suppression, dans le premier paragraphe de la conclusion, des mots « et dans un même établissement ».

Cet amendement est mis aux voix. Il est adopté.

L'Académie va avoir à se prononcer sur l'amendement de M. Bouvier, sous-amendé par M. Guérin.

M. MALGAIGNE demande qu'on fasse une classe à part de ceux qui n'entendent pas du tout et qui parlent, et de ceux qui entendent un peu. Ce serait préjuger la valeur de la méthode allemande que de confondre ces deux catégories dans une mesure commune. M. Bouvier croit y voir de grands avantages. Il sait; mais nous, nous ne savons pas. Puisque nous ne savons pas, laissons les choses comme elles sont. Le conseil de perfectionnement appréciera. Mais adopter dès aujourd'hui la mesure qu'on vous propose, c'est juger une question qu'on ignore.

M. PIORRY. Je comprends que M. Malgaigne ne soit pas éclairé. On sait comment il s'est trouvé faire partie de la commission dont il n'a pas partagé les travaux. Si M. Malgaigne avait vu comme moi, comme M. Gueneau de Mussy, il aurait été frappé avec nous des progrès que faisaient de jour en jour les sourds-muets, et il serait plus éclairé qu'il ne l'est. Tout ce qu'il vient de dire n'est pas aussi logique que cela paraît, et vient échouer devant les documents contenus dans le rapport.

M. LE PRÉSIDENT. M. Malgaigne a traité à la fois de l'amendement et du sous-amendement. Je crois qu'il faut les mettre aux voix séparément, en commençant par le sous-amendement.

Le sous-amendement de M. J. Guérin est-il appuyé?

M. J. GUÉRIN. Il est appuyé par M. Renault. (M. Renault fait un signe affirmatif.)

UNE VOIX. M. Piorry l'appuie.

M. CAZEAUX. M. Piorry appuie tout.

M. J. GUÉRIN. Je n'ai pas développé mon sous-amendement; je demande à le faire en deux mots : Les sourds-muets auxquels je demande l'application de l'éducation dans une classe à part sont ceux qui sont devenus sourds-muets postérieurement à la naissance, par suite de maladie ou d'accident, ainsi que M. Bonnafont en a rapporté un exemple chez un militaire. Il n'y a entre ceux-ci et les autres qu'une différence de temps et de degré. Il est important de comprendre dans la même catégorie ceux qui parlent et ceux qui ont parlé.

M. BAILLARGER désire qu'il soit bien entendu, avant qu'on procède au vote, que l'Académie est parfaitement libre en dehors de ce qui a été constaté par la commission. La commission n'a eu à constater qu'une seule chose, l'influence des instruments de musique sur l'éducation de l'ouïe. Pour tout ce qui est en dehors de cet ordre de faits, M. Baillarger, comme membre de la commission, déclare se récuser.

Sur l'observation faite par un membre que, en cas de rejet, le vote sur l'amendement de M. Bouvier entraînerait nécessairement le sous-amendement de M. Guérin, M. le président met aux voix l'amendement de M. Bouvier.

Cet amendement est rejeté.

Le second membre de phrase de la conclusion de la commission, commençant par ces mots : « Quant à ceux qui n'entendent en aucune façon, etc. », est mis aux voix et adopté.

Cinquième conclusion. — M. PIORRY lit la rédaction de la commission, qu'il trouve peu claire, et propose de lui substituer la suivante :

« Quant au succès à espérer du traitement par l'instruction au moyen du développement gradué et successif de l'ouïe et de la parole, des exercices d'acoustique et de langage articulé pour les élèves de la première catégorie, l'Académie s'en réfère à ce qui a été dit plus haut. (*Première conclusion.*)

» Pour ce qui a trait aux autres catégories, elle redit encore que l'expérience n'a pas suffisamment décidé à cet égard. »

Cette rédaction est mise aux voix et adoptée.

Sixième conclusion. — « M. le ministre remarquera que dans ses réponses l'Académie n'a pas parlé du traitement chirurgical ni des méthodes de M. Blanchet. Ce médecin n'a fait que mettre en usage des méthodes thérapeutiques connues avant lui (la rédaction de la commission s'arrêtait là; M. Piorry propose d'ajouter ce qui suit :), à part cependant l'application de divers instruments (tels que les acoumètres et l'orgue), qui sont plus précis que les autres pour mesurer le degré de l'audition et les progrès qu'elle peut faire sous l'influence du traitement. » (Appuyé.)

Cette conclusion, ainsi complétée par M. Piorry, est mise aux voix et adoptée.

Septième conclusion additionnelle, proposée par M. Bégin. — « L'Académie est d'avis qu'il serait utile, pour résoudre les questions pendantes entre les diverses méthodes de traitement de la surdi-mutité, et pour imprimer, au besoin, une direction nouvelle à l'éducation des sourds-muets, de créer près de l'Institution impériale un conseil de perfectionnement analogue à celui qui a été attaché à l'Ecole polytechnique. » (Adoptée.)

La séance est levée à cinq heures un quart.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 20 juin 1853. — Présidence de M. COMBES.

Guérison d'un anévrisme de l'artère sous-clavière par la cautérisation à l'aide de la pâte de chlorure de zinc.

M. Lallemand communique la lettre suivante sur ce sujet de M. le docteur Bonnet (de Lyon) :

« Vous vous rappelez sans doute l'anévrisme de l'artère sous-clavière gauche que j'ai eu l'honneur de vous montrer, ainsi qu'à M. Pravaz, le 20 janvier dernier, et dont j'avais entrepris la guérison par des applications successives de pâte de chlorure de zinc.

» Le malade, que vous avez observé le quatorzième jour de son traitement, est actuellement guéri. Le chlorure, pénétrant par imbibition jusque dans les parties les plus profondes de la tumeur sanguine, a produit une coagulation complète du sang, et les parois de la cavité ont pu se détacher sans qu'il soit survenu aucune hémorrhagie.

» Le malade a quitté l'hôpital trois mois et demi après le début du traitement. Il faisait, à cette époque, des courses de demi-heure à pied, et ne gardait dans la région sus-claviculaire qu'une ulcération superficielle qui doit être actuellement cicatrisée.

» J'ai l'honneur de vous adresser un flacon contenant une partie du coagulum qui s'est détaché à la chute de l'eschare, et je joins à cette pièce anatomique l'observation du malade, rédigée avec beaucoup de soin par M. le docteur Philipeaux.

» Je me contenterai ici de vous exposer en quelques mots les conditions dans lesquelles j'ai opéré, les raisons qui m'ont conduit à employer la cautérisation par le chlorure de zinc, et la portée que peut avoir le résultat obtenu.

» Le nommé Gauthier, âgé de vingt-cinq ans, avait reçu dans la région sous-claviculaire gauche un coup de couteau qui avait divisé la totalité du plexus brachial, et qui, atteignant l'artère sous-clavière ou l'une de ses branches principales, avait été suivi d'abord d'une abondante hémorrhagie, et plus tard d'un énorme anévrisme.

» L'accroissement rapide de cette tumeur, les pertes de sang qui se faisaient depuis près d'un mois à travers la plaie menaçaient la vie du malade et rendaient de prompts secours indispensables. La ligature de l'artère sous-clavière gauche en dedans des scalènes, la seule que l'on pût exécuter, me parut, ainsi qu'à plusieurs de mes collègues que je consultai, trop dangereuse et trop difficile.

» M. Pétrequin jugea, comme moi, la galvano-puncture inapplicable, puisque l'on ne pouvait suspendre, même momentanément, les battements et le bruit de souffle dans la poche sanguine.

» Les injections de perchlorure de fer n'étaient pas encore connues (nous étions au 2 janvier), et peut-être le volume énorme de l'anévrisme, son voisinage du cœur et l'impossibilité de comprimer l'artère qui y apportait le sang en eussent-ils contre-indiqué l'emploi.

» Dans cette conjoncture difficile, encouragé par les motifs que j'exposerai plus loin, je pensai qu'en employant la cautérisation avec la pâte de chlorure de zinc je pourrais obtenir la guérison, ou tout au moins retarder les hémorrhagies qui d'un moment à l'autre pouvaient entraîner la mort du malade.

» Une première eschare étant produite au centre de la tumeur, j'enlevai, tous les deux ou trois jours, avec le bistouri, les tranches superficielles des parties cautérisées, et pendant cinq semaines je fis une série d'applications de pâte de chlorure de zinc qui pénétra chaque jour en profondeur et en largeur.

» Vers le quatorzième jour, le bruit du souffle et les battements avaient complétement cessé, et vers la fin du deuxième mois l'eschare put se détacher sans qu'aucune hémorrhagie eût lieu.

» Je conservai le caillot sanguin qui se détacha alors, et que vous recevrez avec cette lettre. On pourrait croire, en le considérant, que la tumeur anévrismale n'avait qu'un volume médiocre ; mais l'on doit remarquer que ces caillots se sont rétractés avec le temps, et qu'une grande partie de ceux que j'ai extraits n'ont pas été recueillis.

» Plusieurs auteurs modernes attribuent à Ambroise Paré, Guattani, Marc-Aurèle Severin l'idée de traiter les anévrismes par la cautérisation. Ces citations ont été faites sans consulter les auteurs originaux ; dans aucun de ces derniers je n'ai trouvé d'indication de la méthode qu'on leur attribue. Les anciens ne pouvaient, du reste, employer le chlorure de zinc qui leur était inconnu, et qui a été introduit dans la pratique par M. Canquoin.

» L'idée de faire servir cet agent chimique à la guérison des anévrismes m'a été suggérée par l'observation, que je répète presque chaque jour depuis plus de dix ans, de la puissance avec laquelle il coagule le sang, prévient et arrête les hémorrhagies.

» En 1837, abandonnant la cautérisation des varices des jambes par la potasse, qui expose à des hémorrhagies, et par le caustique de Vienne, qui ne pénètre pas assez profondément, j'ai fait suivre l'action de ce dernier agent de celle du chlorure de zinc ; par là, j'ai pu enlever sans aucune crainte d'hémorrhagie le vaisseau dans toute son épaisseur. Constamment, dans les centaines d'applications que j'ai faites de cette méthode et dans celles qui sont dues à plusieurs de mes collègues, entre autres à MM. Barrier, Bouchacourt, Desgranges et Valette, on a trouvé au centre de l'eschare un caillot dur, véritable boudin formé par le sang coagulé.

» Etendant cette manière de faire à la destruction des hémorrhoïdes, des varicocèles, des tumeurs érectiles, j'ai partout constaté la puissance avec laquelle le chlorure de zinc, qui pénètre par imbibition dans les vaisseaux, y coagule le sang et produit des eschares dans lesquelles on trouve le calibre entier du vaisseau renfermant un caillot très dur.

» La destruction des goîtres de la thyroïde, sur laquelle M. Philipeaux a publié un mémoire d'après mes leçons cliniques; celle de l'épiploon, que j'ai faite cinq fois, et que M. Desgranges a répétée aussi à diverses reprises, m'ont fait voir que le chlorure de zinc ne prévient pas moins sûrement les hémorrhagies artérielles que les hémorrhagies veineuses.

» Cependant l'on pouvait hésiter à étendre cette méthode à la cure des anévrismes; d'une part, parce que les artères sont placées près de nerfs importants qu'il importe d'éviter; de l'autre, par la crainte de voir une hémorrhagie succéder à la chute de l'eschare.

» La première objection m'a arrêté, et doit arrêter à l'avenir tous les opérateurs s'il s'agit d'anévrismes ordinaires, c'est-à-dire de ceux où les nerfs sont intacts. Elle ne fut pas un obstacle dans le cas dont j'ai l'honneur de vous entretenir, car il était sans utilité de ménager le plexus brachial, qui avait été coupé si complétement, que la fasadisation localisée, développée par l'appareil de M. Duchenne, ne suffisait pas pour produire la moindre contraction des muscles du bras.

» Il me parut aussi possible de prévenir le danger de l'hémorrhagie lors de la chute de l'eschare, parce qu'on peut retarder à volonté cette chute. L'expérience démontre, en effet, que les parties mortifiées par la pâte de M. Canquoin se détachent régulièrement huit à neuf jours après que le caustique a été enlevé. Il suffit donc pour qu'une eschare tombe au bout d'un mois que les applications de chlorure de zinc aient été renouvelées de distance en distance jusqu'au vingt et unième jour. Par un procédé analogue, on peut maintenir l'eschare en place pendant plus d'un mois et demi. L'expérience, comme on le voit, a justifié toutes ces prévisions.

» Je suis loin d'assigner au succès que j'ai obtenu une portée plus grande que celle qu'il a réellement. Quelque remarquable que soit la guérison d'un anévrisme énorme situé au voisinage du cœur, et dans des conditions de gravité telles que toutes les méthodes connues étaient insuffisantes, la cautérisation ne sera jamais qu'exceptionnelle; elle ne peut s'appliquer qu'aux cas où les artères ne sont entourées d'aucun nerf important, ou à ceux dans lesquels ces nerfs, privés de toute action, comme chez notre malade, n'ont plus besoin d'être ménagés.

» Dans ces conditions exceptionnelles, la cautérisation mérite d'être conservée. Elle seule pouvait sauver notre malade avant la découverte remarquable de M. Pravaz, et il est permis de douter que l'injection du perchlorure de fer eût réussi dans une tumeur énorme où le mouvement du sang ne pouvait être interrompu, même pour quelques instants.

» Un autre fait est venu récemment encore nous démontrer, à M. Gensoul et à moi, que la cautérisation par le chlorure de zinc peut rendre des services que l'on demanderait en vain à toutes les méthodes connues.

» Il s'agit d'un anévrisme par anastomose occupant au sommet de la tête une épaisseur de 2 centimètres à peu près et une surface arrondie de 15 centimètres de diamètre. Cette tumeur, formée d'un nombre immense d'artères entrelacées les unes dans les autres, battait avec un bruit de souffle d'une extrême intensité, était nourrie par sept grosses artères, que l'on sentait au front, aux tempes et à l'occiput, et que le toucher faisait reconnaître d'un volume à peu près égal à l'artère brachiale. Toute injection était impossible dans ce lacis de vaisseaux, et une compression prolongée pendant plus d'une année avait été tellement insuffisante que les chirurgiens qui l'avaient pratiquée ne voyaient d'autre ressource que la ligature des deux artères carotides primitives.

» La cautérisation par la pâte de chlorure de zinc a parfaitement résolu le problème que présentait ce cas difficile, et il nous a été possible de faire détacher sans aucune trace d'hémorrhagie des tronçons de chacune des artères nourricières et la plus grande partie de la tumeur elle-même.

» J'aurai plus tard l'honneur de vous adresser cette observation lorsqu'elle sera achevée. Il me suffit de vous dire que le point où nous sommes arrivés M. Gensoul et moi ne permet pas de douter d'une guérison complète.»

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Un mouvement considérable aura lieu le 1er juillet prochain dans le personnel des hôpitaux de Paris par suite de la mise à la retraite de M. Martin Solon, médecin de l'Hôtel-Dieu, et de M. Clément, médecin de la Pitié.

M. Grisolle, de la Pitié, passe à l'Hôtel-Dieu;

M. Marotte, de l'hôpital Sainte-Marguerite, et M. Noël Gueneau de Mussy, de l'hôpital Saint-Antoine, passent à la Pitié;

M. Monneret, de Beaujon à Necker (place de nouvelle création);

M. Teissier, de Sainte-Marguerite à Beaujon;

M. Legendre, de Lourcine, et M. Pidoux, de Bon-Secours, à Sainte-Marguerite;

M. Behier, de Bon-Secours, à Saint-Antoine;

M. Becquerel, de l'institution Sainte-Périne, à Lourcine;

M. H. Roger, des Enfants-Trouvés, aux Enfants-Malades, en remplacement de M. Trousseau, nommé professeur de clinique médicale à l'Hôtel-Dieu;

M. Baron, de l'inspection des nourrices, aux Enfants-Trouvés;

M. Bouchut, de Bon-Secours, à l'inspection des nourrices;

Enfin, M. Fremy, du Bureau central, passe à Sainte-Périne.

— Le ministre a décidé le 28 mai dernier que, conformément aux dispositions des articles 17 et 23 du décret du 23 mars 1852, portant organisation du corps des officiers de santé de l'armée de terre, l'inspection de ces officiers de santé, tant dans les corps de troupes que dans les hôpitaux militaires, aurait lieu pour 1853 en France, en Algérie et en Italie.

Les localités auxquelles cette inspection doit s'étendre sont divisées en sept arrondissements composés comme ci-après et que sont chargés d'inspecter :

MM. Bégin, inspecteur, président du conseil de santé des armées, 1re, 2e et 3e divisions militaires (1er arrondissement);

Alquié, inspecteur, directeur de l'Ecole impériale de médecine et de pharmacie militaires, la 17e division militaire, la division d'Alger et l'Italie (2e arrondissement);

Vaillant, inspecteur, membre du conseil de santé des armées, les 8e, 9e, 10e et 20e divisions militaires (3e arrondissement);

Baudens, inspecteur, membre du conseil de santé des armées, les 15e, 16e, 18e et 19e divisions militaires (4e arrondissement);

Michel Lévy, inspecteur, membre du conseil de santé des armées, les 4e, 5e, 6e et 7e divisions militaires (5e arrondissement);

Guyon, inspecteur, les 11e, 12e, 13e, 14e et 21e divisions militaires (6e arrondissement);

Et Maillot, inspecteur, les divisions d'Oran et de Constantine (7e arrondissement).

Cette inspection médicale commencera sous un assez bref délai et se continuera sans interruption. (*Moniteur de l'Armée.*)

— La Société de chirurgie a renouvelé son bureau dans la séance d'aujourd'hui.

M. Denonvilliers a été nommé président;

M. Huguier, vice-président;

M. Laborie, secrétaire;

M. Follin, vice-secrétaire;

M. Houel, trésorier.

Le nouveau bureau entrera en fonctions le premier mercredi de juillet.

— Une touchante cérémonie, l'inauguration du buste du docteur Blanche, ancien médecin en chef de l'hospice général de Rouen et ex-professeur de l'Ecole secondaire de médecine de cette ville, a eu lieu le 12 juin dans la cour de l'hospice. M. le maire présidait la réunion, où se trouvaient les autres autorités, les administrateurs de l'hospice, un grand nombre de confrères et d'amis du défunt, et tous les malades de l'établissement.

Des discours ont été prononcés par MM. Nepveur, secrétaire de la commission du monument; Couronné, directeur de l'Ecole, et Amédée Leplé, ancien élève du docteur Blanche, interne des hôpitaux.

Un des fils du docteur Blanche, qui est avocat, a prononcé quelques paroles bien senties qui ont été unanimement applaudies, ainsi que les autres discours.

Le buste, exécuté par M. Dantan jeune, est, nous écrit-on, d'une ressemblance parfaite.

LE GÉRANT.

Paris. — Typographie de PLON frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Pays	Trois mois	Six mois	Un an
Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	8 fr. 50 c.	16 »	30 »
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	9 fr.	17	33
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	10 fr.	20	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Recrudescence épidémique.

La fièvre typhoïde, qui avait à peu près disparu des hôpitaux, semble depuis une quinzaine de jours vouloir recommencer ses ravages. Les malades y ont été reçus en assez grand nombre. Heureusement la gravité n'est pas en rapport avec la fréquence des invasions : espérons donc que cette recrudescence s'éteindra sans causer des dommages bien regrettables.

Les rougeoles sont toujours assez nombreuses. Mais la maladie qui continue à se montrer avec le plus de gravité et de fréquence est la variole : dans le service seul de M. Bouchut, à l'Hôtel-Dieu, le hasard en a réuni sept dans des lits placés à côté les uns des autres; sur ce nombre, deux avaient été vaccinés, et la maladie n'a pas été chez eux moins confluente et moins grave.

Abaissement d'une cataracte. — Passage dans la chambre antérieure quinze jours après l'opération. — Violente ophthalmie. — Extraction. — Guérison.

M. Magne a fait l'extraction d'une cataracte dans les circonstances suivantes : M. G..., âgé de soixante-sept ans, avait été opéré par ce chirurgien selon la méthode de l'abaissement; des applications de glace furent faites sur l'œil pendant les trois jours qui suivirent l'opération; il n'y eut pas d'inflammation, mais le seizième jour le malade se plaignit de souffrir d'atroces douleurs depuis la veille. L'inspection de l'œil fit reconnaître une violente inflammation; la coque oculaire était tendue, les vaisseaux gorgés de sang; la cornée présentait une légère teinte nuageuse, et derrière cette membrane on apercevait dans la chambre antérieure le cristallin, qui, après avoir traversé la pupille, comprimait l'iris et la cornée.

En présence d'un semblable cortége inflammatoire, M. Magne ne crut pas devoir hésiter; il fit une incision au point de la cornée qui était en rapport avec le cristallin. L'extraction fut facile, et le malade lit aujourd'hui les plus fins caractères, bien que, par la violence de l'inflammation, une portion de l'iris soit adhérente à la cornée. M. Magne fait observer qu'en pareil cas l'hésitation pourrait être suivie de la fonte de l'œil.

Cataracte congénitale.—Abaissement.—Glace mal appliquée. Inflammation.

Le même chirurgien a pratiqué dernièrement une opération de cataracte congénitale par abaissement sur une jeune fille de treize ans. Le chloroforme dut être employé, la jeune malade se livrant à des mouvements désordonnés qu'il était impossible de maîtriser. Dès que le sommeil fut manifeste, M. Magne constata le strabisme sur lequel il avait déjà appelé l'attention des praticiens en 1848, strabisme tel, que la sclérotique seule est apparente quand les paupières sont écartées. Le chirurgien toucha du manche de l'instrument le globe oculaire, et la cornée se présenta aussitôt. Ce moment fut saisi pour plonger l'aiguille dans la sclérotique, et l'opération eut lieu comme d'ordinaire.

Malgré les recommandations expresses de maintenir la glace en permanence sur l'œil, à la visite du lendemain M. Magne trouva l'œil recouvert seulement du bandeau; la glace fut réappliquée, mais le troisième jour l'inflammation avait paru avec une certaine intensité. M. Magne ne considère pas ce fait comme négatif relativement à l'action de la glace; l'insuccès ne peut être attribué qu'à la manière peu suivie dont elle a été employée.

M. Magne cite à ce sujet une autre opération de cataracte qu'il a pratiquée quelques jours après celle-ci, et qui n'a été suivie d'aucun phénomène inflammatoire, grâce à l'usage intelligent des applications de glace.

Nous tiendrons les lecteurs au courant des résultats de ces deux opérations.

Traitement de la mentagre par l'épilation.

M. Didot (de Liége) nous adresse la note suivante :

Je lis dans le numéro du 18 de ce mois de la *Gazette des Hôpitaux* une réclamation de M. Uzac en faveur de M. Bazin, relativement à la priorité de l'emploi de l'épilation comme moyen curatif de la mentagre, et m'empresse de vous transmettre quelques explications à propos d'une innovation que j'avais cru pouvoir m'attribuer il y a quelques mois, mais à laquelle je n'ai pas plus de droits que l'honorable M. Bazin lui-même.

Dans la séance du 29 janvier dernier de l'Académie royale de médecine de Belgique, je disais, en parlant des succès de l'épilation comme moyen de traitement du favus : « Il est une autre affection pustuleuse non moins grave que la teigne qui se joue de tous les traitements, et qui fait le désespoir des malades et des médecins; je veux parler de la mentagre, de cette dégoûtante maladie qui n'apparaît que dans certaines régions pileuses, telles que la lèvre supérieure et le menton. La mentagre, ajoutai-je, a la plus grande analogie avec le favus, quoique aucun auteur n'ait songé à faire un rapprochement entre ces deux affections.

» J'avais fait cette réflexion depuis plusieurs années, mais je manquais d'occasion pour en faire l'application pratique, pour adopter une conduite différente de celle tracée par la routine. Enfin, grâce aux circonstances, je pus observer plusieurs mentagres en peu de mois (1849), et le simple raisonnement m'a conduit à des résultats inespérés. J'ai donc appliqué l'épilation au traitement de la mentagre, etc... »

Après cette communication, que les journaux français et étrangers s'empressèrent de répéter, je me croyais bien et dûment l'auteur de cette utile perfectionnement, d'autant plus que je n'avais rien lu, rien trouvé qui me détrompât.

Je le croyais même avec d'autant plus de bonne foi, que, lecteur assidu du *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, dont je possède la collection, je n'avais rien trouvé qui se rapportât à la mentagre dans le *numéro du 20 août de l'année dernière*, attendu que ce numéro *n'existe point!* Mais en faisant d'autres recherches, j'ai découvert ce que je ne cherchais plus. Aussi, dans la séance du 30 avril dernier, je m'empressai de faire la communication suivante à l'Académie qui avait reçu mes premières confidences. Voici ce qu'on lit dans le *Bulletin*, page 572 :

« Messieurs, dans la discussion sur le *favus* qui vient de se terminer dans une de nos dernières séances, j'ai eu l'honneur d'annoncer à l'Académie que les succès obtenus par l'épilation appliquée au traitement des affections faveuses m'avaient porté à employer la même médication contre la *mentagre*, autre maladie pustuleuse rebelle à toute thérapeutique. En faisant cette communication à l'Académie, je croyais être l'auteur légitime d'une innovation qui, sans être de premier ordre, offrait cependant un intérêt marqué à cause des inconvénients sans nombre attachés à une affection toujours dégoûtante et souvent insupportable aux yeux du monde. Je le croyais d'autant plus qu'aucun auteur n'a songé à ce moyen, et que je n'avais jamais ouï dire qu'il en eût été question ni dans les traités spéciaux, ni dans les recueils périodiques. Eh bien! messieurs, cette fois encore le *nil sub sole novum* est devenu une vérité, car *mon droit de priorité est une chimère*. Un médecin belge m'avait devancé, et je suis heureux de proclamer ses droits avant que d'autres les aient revendiqués.

» Il y a quelques jours, je feuilletais les *Annales de la Société de médecine de Gand*, et grand fut mon étonnement de trouver dans le volume de 1835 une observation de *mentagre pustuleuse guérie par l'épilation*.

» C'est M. le docteur Janson qui avait fait cette communication à la Société, et ses droits avaient été sanctionnés par une commission composée de MM. Beydeleer et Van Ooteghem.

» Je me fais un devoir, messieurs, de restituer à l'honorable M. Janson l'honneur de cette utile innovation, afin de rester toujours fidèle à la devise que j'ai adoptée pour règle de conduite : *Cuique suum*.

» Ce devoir, je l'accomplis avec d'autant plus d'empressement et de plaisir, que tous les journaux ont reproduit ma communication en approuvant l'extension donnée à l'emploi de l'épilation. »

Vous comprendrez, et l'honorable M. Bazin lui-même comprendra comme nous, que toute réclamation tendant à revendiquer une *priorité absolue* tombe d'elle-même. — 1835 est loin de 1849 et de 1851..... Du reste, la position scientifique de M. Bazin est trop élevée pour lui permettre d'attacher une grande importance à des misères que l'on a l'habitude de prôner beaucoup trop.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. DELASIAUVE.

Des diverses formes de l'aliénation mentale.

(Leçons recueillies par M. PÉGUND.)

PARALYSIE GÉNÉRALE.

A dessein, dans la leçon dernière, j'ai peu insisté sur les complications paralytiques de la démence. L'affection dont j'ai à traiter aujourd'hui, et qui constitue une variété de la forme précédente, doit nous fournir d'assez fréquentes occasions d'étudier les différents modes de l'affaiblissement musculaire. Vous comprenez qu'il s'agit de la paralysie générale.

Cette affection, qui figure pour l'énorme proportion d'un quart dans les tables de nos asiles, n'est pourtant connue que depuis un petit nombre d'années. Les désordres physiques dont s'accompagne la folie sont trop saillants sans doute pour n'avoir pas été remarqués; mais l'idée qu'on s'en faisait détournait de leur étude l'at-

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité de thérapeutique des maladies articulaires; par le Dr A. BONNET (de Lyon). Un vol. in-8 avec 97 planches intercallées dans le texte.

Voilà de longues années déjà que M. Bonnet (de Lyon) s'occupe des maladies des articulations, dont il a fait l'objet d'études sérieuses et approfondies. Il y a huit ou neuf ans, il a publié un *Traité des maladies des articulations* dont nous avons rendu compte dans ce journal, et auquel le monde médical a fait un accueil aussi bienveillant que mérité. On se rappelle que dans cet ouvrage, outre les considérations générales embrassant la pathologie articulaire envisagée dans son ensemble, l'auteur avait consacré un volume entier à l'examen des lésions traumatiques ou de cause interne étudiées dans chaque articulation en particulier, qu'il s'était livré à de nombreuses expériences pour apprécier les divers degrés de résistance des parties constituantes des articulations, etc. Enfin, la thérapeutique n'y était point négligée, et l'ouvrage de M. Bonnet présentait l'état de la science bien complet, avec de sages et judicieuses appréciations des méthodes curatives connues et employées au moment de sa publication.

Mais depuis cette époque de nombreux travaux, dont quelques-uns fort importants, sont venus enrichir la thérapeutique articulaire de moyens nouveaux. Des découvertes utiles ont été faites, qui ont permis d'obtenir des guérisons d'une manière plus certaine en même temps que plus rapide. D'autre part, ces travaux récents, épars dans des recueils périodiques, sont difficiles à trouver et à consulter, et il importait d'en réunir l'exposition et l'examen aux acquisitions de la science qui remontent à une époque plus éloignée. C'est ce but que s'est proposé l'auteur du livre dont nous allons parler.

Il n'a pas prétendu faire une seconde édition de son Traité de 1845. En effet, pour tout ce qui touche à l'étiologie, au diagnostic, à l'anatomie pathologique, M. Bonnet renvoie à ce premier ouvrage. Il a voulu faire une œuvre nouvelle, exclusivement consacrée aux questions thérapeutiques, où les méthodes curatives ne sont présentées que comme une déduction des sciences qui ont pour objet la structure et les fonctions des organes, de celles qui traitent des causes et des lésions; enfin, des doctrines médicales elles elles-mêmes, et a dû supposer le lecteur familiarisé avec toutes les notions élémentaires.

Dès les premières pages de l'ouvrage, on s'aperçoit que la pensée dominante de l'auteur, comme il le dit lui-même, ç'a été l'alliance de la physiologie et de la thérapeutique :

« Supprimer complétement les fonctions des jointures ou en faire » agir les éléments les uns après les autres, dit-il, tirer de ce repos et » de cet exercice élémentaire des puissances curatives en général né- » gligées, telles sont les vues qui m'ont le plus souvent servi de guides, » et que l'on retrouvera à chaque page de ce Traité. »

On a reconnu depuis longtemps combien le repos était chose importante dans le traitement des maladies articulaires; mais s'il était facile à l'aide des appareils déjà connus de fixer sûrement les articulations des membres, il n'en était pas de même des articulations du tronc, de la colonne vertébrale, par exemple, de la hanche et de l'épaule. En insistant longuement sur la nécessité de l'immobilité dans les affections si communes de ces articulations; M. Bonnet a donné par des appareils nouveaux la possibilité de l'obtenir. C'est avec un vif intérêt qu'on lira les descriptions de ces appareils et que l'on étudiera, pour ainsi dire, sur la nature même, tant sont fidèles les planches qui les représentent, les effets des gouttières imaginées pour les différents cas que nous venons de signaler.

Arrive-t-on à une période plus avancée de la maladie, à une époque où le repos serait plus nuisible qu'utile, où il faut, sous peine de voir se produire les accidents les plus graves et souvent irrémédiables, communiquer aux articulations malades quelques mouvements dans des limites déterminées, M. Bonnet propose, au lieu de recourir à des mouvements complets, qui exigent une multiplicité très grande de mouvements élémentaires, des pressions, des contractions, des distensions, etc., l'emploi d'*appareils de mouvement*, comme il les appelle, machines à l'aide desquelles les malades donnent aux membres une impulsion artificielle, font mouvoir les jointures dans les directions normales avec une constante uniformité, et dont on trouvera dans le livre actuel la description et le dessin, ou tout au moins l'indication basée sur les principes physiologigues les plus rationnels.

Les lois qui ont guidé M. Bonnet dans l'emploi du repos et de l'exercice sont aussi celles qui ont dominé sa conduite toutes les fois qu'il s'est agi de combattre des désordres organiques dans les articulations. Il professe que la douceur et l'uniformité sont les caractères que doivent réunir les agents extérieurs qui assurent le calme des fonctions nutritives, circulatoires et calorificatrices, comme l'énergie et la variété sont ceux des agents qui excitent la chaleur et la circulation.

Nous n'avons pas besoin de nous étendre plus longuement sur cette partie du travail de M. Bonnet. Les quelques mots qui précèdent suffisent pour donner une idée de la voie qu'il s'est tracée, et des conséquences particulières qui découlent des lois générales qu'il a établies. Passons maintenant à l'exposé des matières qui sont renfermées et développées dans l'ouvrage.

L'auteur l'a divisé en trois parties : la première, consacrée à des con-

tention dominée par l'état mental. La lésion des mouvements étant, en effet, exclusivement considérée non comme un signe du début, mais comme la suite d'une dégradation avancée, on ne songeait point à en rechercher l'origine dans ses nuances les moins accusées; on se bornait à la constater quand elle était devenue tout à fait évidente.

M. Bayle est le premier qui dans sa thèse inaugurale en 1822, et sous le titre controversable peut-être de *Méningite chronique*, ait décrit la paralysie générale comme une forme séparée, distincte. Ce remarquable travail, basé sur de nombreuses observations exactement recueillies, présente de l'ensemble et de la marche des symptômes une analyse si complète et si savante, qu'à part les opinions théoriques et quelques points de détail, les écrits ultérieurs n'en sont pour ainsi dire que la paraphrase. Il obtint, du reste, un juste retentissement qui encouragea M. Bayle à donner de l'extension à ses recherches dans un volume qui parut deux ans plus tard, en même temps que le traité non moins important de M. Calmeil « *De la paralysie incomplète considérée chez les aliénés.* »

Depuis ces publications, on s'est beaucoup occupé, notamment dans ces dernières années, de la paralysie générale. Entre autres questions vivement agitées, on s'est demandé surtout en quoi consiste et de quelle manière devait être envisagée cette maladie. Le dissentiment ne porte point sans doute sur le fait extérieur qui la caractérise, c'est-à-dire sur l'altération plus ou moins profonde de l'ensemble des forces musculaires. Mais d'autres points essentiels ont été débattus: La paralysie générale est-elle une affection *sui generis*, ayant ses phénomènes propres, son origine indépendante, ses phases déterminées? ou bien ne doit-elle être considérée que comme une complication des maladies mentales? Est-il même nécessaire qu'elle coïncide toujours avec un désordre quelconque de l'intelligence, et ne peut-elle exister sans délire?

La diversité synonymique dénote, dès l'abord, une divergence de théories. La dénomination de *méningite chronique* adoptée par M. Bayle, tout en tranchant la question quant à la distinction du mal, ne préjuge point l'expression symptomatique. En prenant, au contraire, pour titre d'une excellente thèse soutenue sur le même sujet, *de la paralysie incomplète des aliénés*, M. Delaye subalternise évidemment la lésion musculaire à la lésion morale. Il en est de même de M. Calmeil, qui néanmoins, par une légère variante dans les termes, semble y apporter plus d'hésitation.

Plus récemment, une opinion diamétralement opposée s'est produite. M. Baillarger, entre autres, a émis l'idée que l'affaiblissement des mouvements était, sinon toujours, au moins dans l'immense majorité des cas, primitif, dominant, et que si cette antériorité était souvent méconnue, c'est qu'on ne s'appliquait pas assez à remonter au delà des premiers troubles intellectuels. On est allé plus loin: sous le nom de *progressive*, on a admis une variété spéciale dans laquelle l'altération musculaire pouvait arriver à un degré très avancé et devenir même funeste sans s'accompagner d'un désordre notable de l'intelligence. M. Lunier, dans un travail étendu, a notamment exposé d'une manière savante toutes les particularités de cette forme, signalée pour la première fois par MM. Requin et Sandras. La paralysie générale progressive a même reçu une sorte de consécration scientifique des ingénieuses expériences auxquelles s'est livré M. Duchenne (de Boulogne) d'après les données de Marshall Hall.

Suivant le célèbre physiologiste anglais, la portion supérieure de la moelle épinière serait, on le sait, le siége d'une action réflexe en vertu de laquelle toute impression sur un organe transmise à ce foyer en émergerait, pour revenir à son point de départ; de sorte que la réaction locale, loin de puiser son principe dans la partie même affectée, l'emprunterait au centre nerveux rachidien.

Or, partant de cet aperçu, M. Duchenne s'est demandé si dans la paralysie progressive, que l'on supposait résider dans la moelle épinière, par opposition à l'origine cérébrale de la paralysie ordinaire, l'électricité, comme l'avait avancé Marshall Hall lui-même, ne pourrait jeter quelque jour; si, par exemple, la diminution ou l'abolition probable du pouvoir réflexe ne devait pas se traduire par des modifications correspondantes dans la sensibilité galvanique des parties.

L'expérimentation vint confirmer cette conjecture. Chez plusieurs malades galvanisés les membres ou demeurèrent inertes, ou n'éprouvèrent que de faibles contractions. Une contre-épreuve était nécessaire; elle eut lieu dans mon service même, avec un succès égal. M. Duchenne, accompagné de M. Brierre de Boismont, y soumit publiquement aux courants électriques six paralytiques généraux aliénés, et chez tous se produisirent des contractions comme à l'état normal.

Ces résultats, toutefois, devaient, en se restreignant, acquérir un plus haut degré d'utilité pratique. Le diagnostic eût été trop facile pour que l'application électrique intervînt autrement que comme moyen de curiosité. Mais on s'aperçut bientôt, d'une part, que beaucoup de paralysies, d'abord progressives, dégénéraient plus ou moins rapidement en paralysies ordinaires, et, d'autre part, qu'un grand nombre aussi n'étaient pas réfractaires à l'action électrique. Il y avait donc à établir une distinction entre ces espèces paralytiques elles-mêmes, les unes appartenant au cerveau, les autres à la moelle épinière. L'expérimentation électrique devenait dès lors un moyen précieux pour la délimitation de ces cas équivoques; c'est là qu'elle acquiert une véritable valeur.

Il nous suffira, toutefois, d'avoir attiré l'attention sur ce point, qui appelle de nouvelles recherches. Les paralysies spinales étant comparativement très rares, surtout dans les asiles exclusivement consacrés à la folie, notre examen devra se circonscrire à la forme la plus habituelle, soit que dès le début elle s'accompagne de trouble intellectuel, ou que celui-ci n'apparaisse que plus ou moins avant dans son cours.

Pour se faire une juste idée de la paralysie générale, on aurait tort de borner son étude à l'évolution controversée des symptômes. L'effort de la pensée doit se diriger, au contraire, vers la transformation subie par le cerveau, afin d'en déduire les conséquences probables dans les manifestations fonctionnelles. L'opinion, à cet égard, est, à la vérité, loin d'être fixée; ce que les uns, avec M. Bayle, font dépendre d'une méningite chronique, les autres, avec M. Delaye ou M. Calmeil, l'attribuent à une altération de la substance grise, à une encéphalite ou à une méningo-encéphalite, etc. Notre conviction, à nous, est qu'en outre de ces modes, individuellement admissibles, il s'opère, dans la majorité des cas, une modification du tissu moléculaire graduelle et insaisissable. Mais, quelle que soit la lésion, il est présumable du moins qu'étendue en proportion des divers muscles qui en ressentent simultanément l'influence, elle affecte profondément les fonctions cérébrales.

Or, ces fonctions ne sont pas d'un ordre unique: le cerveau préside à la fois au mouvement, à l'intelligence, à la sensibilité. Écartons cette dernière, qui ne fournit que des signes latents jusqu'ici peu appréciés. Quant au mouvement et à l'intelligence, on concevrait avec peine qu'on dût en scinder les manifestations. Sait-on, d'abord, quel est le foyer, le lieu précis de chacun de ces modes fonctionnels; s'ils ont pour siége commun l'encéphale pris en masse ou séparément des portions isolées de cet organe? Il faut bien qu'une certaine distinction existe, puisqu'on voit des déviations intellectuelles et morales exemptes d'altérations musculaires, et réciproquement. Mais le mal, circonscrit dans de cas à telle ou telle région, respecte-t-il les régions voisines? Et s'il en franchit les limites, comme cela est indubitable, ne peut-il pas, par la même raison, de celles-ci, primitivement atteintes, se propager aux autres? N'est-il pas probable, en un mot, que les deux ordres de symptômes physiques et moraux suivent, dans leur relation originelle, les variations topographiques de l'altération cérébrale?

Sous ce rapport, l'expérience confirme pleinement la théorie. Tantôt la diminution des mouvements se dessine la première; d'autres fois c'est la divagation mentale; le plus souvent leur développement est parallèle. Dans de rares circonstances, l'appareil symptomatique demeure concentré dans un seul ordre de phénomènes.

Cette diversité, importante à considérer, ne suffit point, toutefois, pour caractériser autant d'espèces particulières. En fait de classification, la science renferme des éléments plus directs et plus féconds dans les conditions même d'où la maladie procède.

La paralysie générale, en effet, n'est pas exclusivement primitive, spontanée, idiopathique; dans beaucoup de cas consécutive, symptomatique, comme et en même temps que la démence, avec laquelle elle se confond presque toujours, elle succède aux différentes folies et aux grandes désorganisations cérébrales: aux méningo-encéphalites, aux apoplexies, aux ramollissements, etc. La répétition des accès épileptiques amène infailliblement une paralysie générale qui a ses caractères spéciaux. Cette affection complique également le délire ébrieux, l'encéphalopathie saturnine, etc. M. Baillarger en a signalé une variété inhérente à la pellagre; et nous-même, en 1849, chez deux individus convalescents du choléra, avons constaté les signes physiques et moraux les plus tranchés de la paralysie des aliénés, effet indubitable de l'influence épidémique.

Evidemment, la question d'évolution s'efface ici devant la question pathogénique. Pour le pronostic et le traitement, il n'est point indifférent qu'on ait affaire à telle ou telle espèce. On s'est créé, il est vrai, un idéal dont s'écarteraient les variétés symptomatiques; mais la pratique ne saurait admettre *à priori* une distinction que la science éprouve souvent des difficultés à établir. Ces divers cas s'offrent dans les asiles d'aliénés confondus sous une appellation commune. Il importe, dès lors, que, les comprenant tous, l'examen rapporte chacun d'eux à son origine respective. Traçons d'abord le tableau de la maladie dans son expression la plus simple, dans son type pour ainsi dire rationnel et abstrait; nous indiquerons ensuite les particularités qui distinguent les autres divisions.

Paralysie générale idiopathique. — Une des circonstances de cette variété morbide les plus intéressantes, sans contredit, au double point de vue des applications thérapeutiques et légales, est la période d'invasion. Il est rare que les symptômes acquièrent d'emblée un caractère décisif et incontestable. L'incubation est pour l'ordinaire longue, graduelle, insensible. Il s'opère dans le physique et le moral des modifications dont on est loin, le plus souvent, de soupçonner la nature et les conséquences. Les malades se plaignent fréquemment de céphalalgie, de pesanteur de tête, d'étourdissements passagers; le sommeil est lourd, troublé par des rêvasseries; un assoupissement inaccoutumé, plus ou moins fort et durable, suit les repas, surtout le soir. A ces signes correspondent de vagues inquiétudes, une certaine morosité.

Cet état persiste quelquefois des mois entiers, puis la scène prend un autre aspect. Une sorte de confiance tend de plus en plus à remplacer l'abattement; l'espoir se mêle aux appréhensions; le sentiment de malaise s'affaiblit; momentanément séduite par de riantes perspectives, l'imagination développe un besoin de changement qui constitue un tourment véritable. C'est alors qu'apparaît dans le caractère, les idées, les habitudes, les affections et la conduite, cette mystérieuse transformation qui jette l'alarme dans les familles. Le malade n'apporte plus à ses occupations journalières la même aptitude ni la même assiduité. Il commet des oublis, des erreurs, des maladresses. Le cercle dans lequel il se meut ne lui semble plus assez large; il veut s'agrandir ou s'élever. D'obstacles à ses projets insensés, il n'en connaît point; la baguette d'une fée ne les ferait pas disparaître d'une façon plus magique que sa volonté. Pour atteindre un but que souvent il poursuit avec une ténacité contradictoire en apparence avec son inconsistance morale, aucun sacrifice ne lui coûte: temps, argent et peines.

On conçoit tout ce que, dans la famille surtout, une telle tendance doit soulever d'oppositions; son humeur s'en irrite, et, malgré sa douceur naturelle et l'imprévoyante générosité qui dérive du changement morbide, il devient irascible, impérieux, dominateur. Le sentiment des bienséances, qui s'efface, le livre en outre à de funestes entraînements. Souvent, et parfois même avec un vague besoin de s'étourdir sur son état, il s'adonne à la boisson, circonstance d'autant plus fâcheuse que non-seulement elle contribue à aggraver les accidents, mais qu'en en voilant la cause et faisant considérer ce progrès comme un signe d'inconduite, elle ajoute à l'irritation contre le malade et éloigne des soins chaque jour plus impérieusement réclamés. On peut d'ailleurs être confirmé dans cette erreur par une autre particularité notée dans ces derniers temps, la diminution des excitations sensuelles. Comment expliquer, sinon par d'illégitimes infractions, une indifférence inaccoutumée? Ce symptôme, toutefois, ne doit point être trop généralisé, car dans beaucoup de cas les penchants n'éprouvent que des variations insensibles. Chez quelques personnes même la modération sous ce rapport fait place à une véritable salacité tantôt passagère, tantôt intermittente.

De ces aberrations encore indécises, l'intervalle est court à une perturbation plus manifeste. Sortant du domaine des espoirs exagérés et des chimères possibles, tout à coup les illusions prennent des proportions fantastiques. Réalisant dans les conditions incohérentes du rêve, l'imagination transforme en possesseur des avantages les plus excentriques le simple aspirant à la fortune ou à la gloire. Un beau matin, on se réveille millionnaire, grand seigneur, prince, général, négociant, ingénieur, etc. Sans un sou dans sa poche, on circule en voiture, on s'installe dans des cafés ou dans des restaurants splendides; on achète marchandises, chevaux, équipages; on tire pour des sommes fabuleuses des mandats sur son notaire ou son banquier; on s'inscrit chez son collègue le préfet ou le ministre; on lui adresse des demandes ou des projets; on aboutit enfin, à force d'extravagances, du commissariat de police à une maison d'aliénés.

L'invasion toutefois n'affecte pas invariablement cette marche, la plus habituelle. Dans bon nombre de cas, il se produit, parfois même dès le début, une agitation maniaque susceptible de masquer momentanément le caractère du mal, mais sur laquelle, aux traits arrêtés de la physionomie, à la forme expansive et ambitieuse du délire, ne se trompent guère les aliénistes exercés. Quelquefois aussi, sans cause appréciable ou par une sorte de conscience de la situation morbide, les idées revêtent ou conservent une teinte mé-

---

sidérations générales; la seconde, au traitement de chaque espèce de maladies articulaires; la troisième, au traitement des maladies de chaque articulation en particulier.

Les considérations générales qui forment la première partie sont subdivisées en deux chapitres.

Dans l'un, M. Bonnet examine dans son ensemble le traitement local des maladies articulaires, et ici, division nouvelle propre à faciliter encore l'étude et les recherches: ainsi, traitement anatomique, c'est-à-dire rétablissement de la direction normale des articulations, des rapports naturels des os, compression des jointures, etc.; traitement physiologique, c'est-à-dire repos, exercice complet ou incomplet des articulations; traitement pharmaceutique, agents qui altèrent ou n'altèrent pas la structure de la peau.

Dans le second sont étudiés les traitements généraux que l'on peut appliquer dans les maladies articulaires, bains, douches, médications iodée, sulfureuse, saline.

Nous avons peu de choses à dire de cette première partie, dans laquelle on ne trouve de considérations originales que celles qui ont pour objet le traitement physiologique, c'est-à-dire le repos et l'exercice employés comme moyens curatifs. Non pas que M. Bonnet soit l'inventeur de ces moyens thérapeutiques, mais il nous semble qu'il est le premier qui ait développé complétement leur usage et qui les ait érigés en véritable méthode thérapeutique.

Nous avons dit que la deuxième partie comprend le traitement de chaque espèce de maladies articulaires. Nous y trouvons rangées en une vingtaine d'articles distincts les médications dirigées contre les entorses, les plaies et contusions des articulations, les fractures et luxations, les arthrites, les rhumatismes aigus et chroniques, les corps étrangers, les tumeurs blanches, la goutte, les abcès, l'ankylose et les luxations spontanées, etc.

Nombre de questions des plus importantes sont agitées dans cette section du livre; nous citerons entre autres celles des injections iodées dans le traitement de l'hydarthrose, parce qu'elle est depuis plusieurs années le sujet de discussions sérieuses entre les chirurgiens. La conclusion de M. Bonnet sur ce sujet est la suivante, à savoir: que les résultats que les injections iodées ont donnés ne confirment ni les craintes de ceux qui ont voulu les proscrire absolument, ni les espérances de ceux qui considéraient le succès comme infaillible après leur emploi. Dans les hydarthroses simples, sans ulcération des cartilages, sans altération profonde de l'économie, elles peuvent être suivies d'une guérison complète. Lorsque l'hydarthrose est compliquée d'ulcération évidente des cartilages et de la roideur de l'articulation, le résultat est nécessairement incomplet, et ces injections peuvent être suivies d'une aggravation de tous les accidents.

Mentionnons encore un article intéressant sur les lésions articulaires suites d'une immobilité trop longtemps prolongée, lésions que M. Bonnet ne rapporte pas, comme le font la plupart des chirurgiens, à une inflammation qui se serait propagée de la fracture aux surfaces articulaires; ce qui prouverait, suivant lui, que cette hypothèse d'une inflammation n'est rien moins que fondée, c'est que l'on combat avec avantage par la station, la marche et les mouvements, les désordres fonctionnels et les altérations organiques, qui ne feraient que s'exaspérer dans le cas où un travail inflammatoire en aurait été la cause.

Nous arrivons à la troisième et dernière partie, où M. Bonnet trace la thérapeutique des affections particulières dont est susceptible chacune des articulations du corps, et ici, nous trouvons la même division que dans le précédent ouvrage et dans les premières sections du livre actuel de l'auteur: d'abord, le traitement général des maladies de l'articulation dont il est question, puis le traitement spécial de chaque maladie en particulier.

C'est surtout dans cette troisième partie que se trouvent indiqués et décrits les appareils dont il a été question plus haut, et qui sont destinés à immobiliser et à faire agir suivant les circonstances les articulations malades. Nous croyons avoir déjà signalé plus haut les gouttières vertébrales, celles de la hanche et de l'épaule comme des appareils entièrement neufs, et au moyen desquels M. Bonnet annonce, et nous le croyons sans peine, pouvoir obtenir des résultats fort difficiles sans leur concours. Des planches fort bien exécutées, finement gravées sur bois, et intercalées dans le texte, font parfaitement comprendre au lecteur la forme et le mécanisme de chaque appareil. C'est une heureuse idée qu'a eue M. Bonnet de faire assister, pour ainsi dire, le lecteur, à chacune des manœuvres qu'il recommande dans le traitement des maladies articulaires.

Le seul point presque sur lequel nous ne partagions pas l'avis de M. Bonnet, c'est l'emploi des anesthésiques dans le diagnostic et dans le traitement de ces maladies. Est-il un seul cas où l'utilité d'un renseignement acquis à l'aide de ces agents soit telle qu'elle puisse compenser le danger de mort qu'ils font toujours courir au malade?

Dans un livre de la valeur de celui-ci, nous sommes heureux, en quelque sorte, de trouver cette légère critique à faire, quant à ce qui a trait à l'éthérisation, fort embarrassé que nous serions de faire à l'auteur des objections sérieuses sur des points importants de sa thérapeutique articulaire. C'est, nous le répétons, un ouvrage très important, et que ne pourront se dispenser de consulter tous ceux qui auront des recherches à faire dans le premier ouvrage de M. Bonnet. Dr A. F.

lancolique et chagrine qui peut dégénérer en lypémanie. Cette disposition d'ailleurs n'est pas exclusive des précédentes, auxquelles elle s'associe fréquemment. L'aspect des sentiments change chez certains malades d'un jour, d'un moment à l'autre, et tel le matin était jubilant, qui le soir pleure et se désole, se croyant voué à la ruine, au déshonneur, à la mort ou à toutes sortes de supplices.

Dans cette période, la mémoire conserve d'ordinaire une apparente activité que n'offre point la démence proprement dite. Sa diminution, par exemple, va rarement jusqu'à l'oubli des dates ou à la confusion des souvenirs saillants. Elle se révèle surtout par de fréquentes omissions, par d'éternelles redites, par la mobilité des propensions, par l'inconcordance des actes.

M. de Crozant a signalé un phénomène que M. Lunier aurait constaté lui-même : c'est une anesthésie cutanée plus ou moins étendue qui ne tarderait pas à s'effacer. Un pareil fait, selon nous, a besoin d'être confirmé par de nouvelles observations : on s'expliquerait mieux une perte progressive de la sensibilité que cette anesthésie passagère.

Dans la paralysie générale spontanée, la lésion musculaire, parfois primitive, mais plus souvent consécutive, peut rester longtemps indécise et comme masquée par les aberrations mentales. On ne sait pas toujours par quelle partie elle commence ou si toutes sont simultanément atteintes; mais c'est à la face qu'en général s'en trahissent les premiers signes. Les lèvres, les joues, les paupières sont le siége d'une sorte de frémissement vibratoire, de trémulation qui imprime à la physionomie un léger cachet d'hébétude; la langue aussi tremblote, la parole est hésitante, la prononciation embarrassée. La manifestation de ces changements subit du reste de nombreuses oscillations qui, chez certains malades, rendent nécessaires des examens attentifs et répétés. Il y a des intervalles plus ou moins longs et dans la journée même des heures où l'altération des mouvements est presque imperceptible, d'autres où elle est tout à fait évidente. Cela dépend des variations barométriques ou des conditions dans lesquelles se trouve l'économie. Plus l'atmosphère est lourde ou brumeuse, plus la gêne augmente. On la constate mieux au lit que debout, le matin ou le soir qu'aux autres périodes quotidiennes, après qu'avant les repas, au calme que dans l'agitation, dans un entretien languissant que dans une conversation animée; toutes les fois, en un mot, qu'une excitation quelconque ne vient point en aide à l'influx nerveux défaillant.

Ainsi déclaré, le mal tend à peu près inévitablement à une terminaison fatale : les exemples de guérison sont rares et équivoques. Mais le cours des accidents n'est point uniforme. Certains malades succombent en quelques mois aux progrès d'une désorganisation rapide et continue; chez d'autres, l'état reste indéfiniment stationnaire. On voit, enfin, chez un non moins grand nombre avec de dangereuses exacerbations alterner des rémissions inespérées qui peuvent simuler la convalescence, et dans lesquelles, suivant une remarque que les faits ne justifient pas constamment, le rétablissement des mouvements ne serait pas en proportion de l'amélioration psychique. On s'explique d'ailleurs ces alternatives par la fréquence des congestions cérébrales qu'amène alors le travail morbide : la circulation, momentanément, se ralentit, les vaisseaux encéphaliques s'engorgent, et, comme conséquence de cette oppression locale souvent voisine de l'apoplexie et s'annonçant par du coma et même des convulsions, les symptômes de démence et de paralysie s'accroissent pour s'affaiblir ensuite jusqu'à la reproduction plus ou moins éloignée d'une crise nouvelle, apportant chaque fois un degré de plus à la maladie. Dans ces diverses étapes, les idées, d'abord exaltées, deviennent incohérentes, nulles; le corps s'affaisse; l'articulation de la parole exige des efforts de plus en plus grands; les jambes refusent leur appui, et le paralytique, obligé de s'aliter, arrive par gradations insensibles au dernier terme de l'anéantissement, à moins d'être prématurément emporté par une affection intercurrente, une suffocation traumatique ou l'une des complications que nous venons de décrire.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

De l'usage de la conicine contre la coqueluche.

Par M. le docteur Spengler.

Dans l'*Allgemeine medicinische central zeitung*, on lit quelques détails intéressants sur l'emploi de la conicine dans la coqueluche. Le docteur Spengler (de Herbovn) dit que cette substance a été très efficace dans deux épidémies séparées l'une de l'autre par l'espace de trois ans et croit qu'elle pourrait être recommandée comme un des moyens les plus utiles dans la généralité des cas. En effet, les cinq observations qu'il rapporte justifient l'heureuse influence du principe actif de la ciguë. La dose qu'il prescrit varie depuis 1/480e répétée trois fois à 1/10e de grain par jour. Ces doses minimes s'administrent en potions. On met, par exemple, 2 ou 3 centigrammes de conicine dans 140 grammes d'eau, et on en donne une cuillerée ordinaire toutes les trois heures.

Sans doute, il serait utile qu'avant de recourir à la conicine on administrât la belladone, qui, sans être positivement un spécifique, peut néanmoins être considérée comme la substance qui trompe plus rarement les espérances du médecin. D'un autre côté, nous manquons de détails suffisants relativement à la manière de préparer la conicine adoptée par le médecin allemand. Dans cette incertitude, nous préférerions l'extrait de ciguë préparé à feu lent, comme celui de Stoll, à la dose de 1 centigramme d'abord, ou bien la poudre de semence de ciguë à la même dose.

Emploi du lactate de fer.

La condamnation de M. Dambresville pour falsification de pilules au lactate de fer nous porte à rappeler que les propriétés de ces préparations ont été constatées par un grand nombre d'observateurs, et ne sauraient être révoquées en doute.

Véritables spécifiques contre la chlorose, tous les auteurs de matière médicale les recommandent également aux personnes d'une constitution délicate, à celles qui ont été épuisées par de longues maladies, par d'abondantes saignées ou par de nombreuses applications de sangsues; aux enfants pâles et décolorés qui ont eu à souffrir d'une mauvaise alimentation première; enfin, dans tous les cas où le sang appauvri a besoin d'éléments réparateurs; contre les incontinences d'urine résultant de la faiblesse de la vessie, etc., etc.

Mais ces préparations étant toutes plus ou moins désagréables à prendre, elles étaient une cause de dégoût pour les malades, qui n'en continuaient presque jamais assez longtemps l'usage. Frappés de ces inconvénients, MM. Gélis et Conté, à la suite d'expériences physiologiques très intéressantes, ont soumis, il y a treize ans, à l'examen de l'Académie de médecine une nouvelle préparation (les *dragées au lactate de fer*) qui permet d'administrer le fer à l'état le plus facilement assimilable sous la forme agréable d'un bonbon, et dont il est peu de médecins qui n'aient été à même d'apprécier les avantages.

Il est aujourd'hui démontré par une expérimentation de treize années que c'est avec raison que MM. les professeurs Bouillaud, Fouquier et Bally ont déclaré, dans leur rapport à l'Académie, que cette préparation était parfaitement supportée par tous les sujets, que les malades se trouvent, en général, très bien de son emploi.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 15 juin 1853. — Présidence de M. Guersant.

Présentation de malades.

M. Bonnafont présente un soldat qui reçut un coup de feu en décembre 1851. Une balle vint frapper latéralement la jambe à sa partie supérieure et traversa obliquement le tibia de dehors en dedans et d'avant en arrière. Les accidents les plus graves succédèrent à cette lésion, et plusieurs fois on dut agiter la question de savoir si l'amputation ne serait pas pratiquée. Actuellement le malade est guéri; la cicatrice est parfaite.

A propos de ce malade, M. Huguier signale la différence des résultats quand la plaie, au lieu de siéger sur la partie spongieuse de l'os, intéresse la substance compacte; alors la guérison ne peut se faire si l'on n'a pas recours à l'amputation.

Après quelques observations de M. Guersant et de M. Larrey, la Société décide qu'il ne sera pas donné suite à cette discussion, qui sera réservée pour une autre occasion.

Kyste canaliculé du cou.

M. Larrey présente de nouveau le malade du Val-de-Grâce chez lequel existait un kyste du cou, dans des conditions telles qu'il a cru devoir lui donner le nom de *kyste canaliculé*. Le traitement à l'aide des injections iodées a eu un résultat satisfaisant. Le liquide, poussé dans l'ulcération fistuleuse susternale et parcourant le conduit accidentel, a pénétré facilement dans le kyste thyroïdien, qui s'est oblitéré peu à peu, ainsi que le canal, dont la consistance, épaissie par l'adossement et l'induration de ses parois, donne au toucher la sensation d'un cordon fibreux. L'ulcération enfin est réduite à un pertuis très fin d'où s'écoule à peine chaque jour une gouttelette de sérosité, et le malade est à la veille de sortir de l'hôpital.

Correspondance.

La Société reçoit :

1° L'*Association medical journal*, juin 1853;

2° Une brochure de M. le docteur Décès, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Reims, sur un nouveau procédé de trachéotomie, ou de la trachéotomie sous-cricoïdienne;

3° Une thèse de concours pour l'agrégation, sur les grossesses extra-utérines, par M. Alexis Moreau.

A propos de la correspondance, M. Giraldès demande la parole pour communiquer une lettre qu'il a reçue de M. Buret-Dubuisson, qui fait remettre sur le bureau un certain nombre de flacons contenant une solution de perchlorure de fer pour être mis à la disposition des membres de la Société. (Remercîments.)

M. Larrey dépose sur le bureau une note sur une méthode nouvelle de ligature des artères, avec trois instruments (pinces-ténaculum), adressés à la Société de chirurgie par M. Jean Apostolides, licencié de la Faculté de médecine d'Athènes. (Commissaires : MM. Larrey, Michon et Voillemier.)

M. Lallemand dépose sur le bureau un mémoire imprimé dont nous transcrivons le titre : *Mémoire sur les goîtres qui compriment et déforment la trachée-artère, et sur leur traitement*, d'après les leçons cliniques de M. le professeur Bonnet (de Lyon), par M. Philipeaux;

Plus, un autre mémoire également imprimé, *Sur la cautérisation considérée comme moyen de combattre les accidents qui surviennent à la suite des opérations*, par M. Bonnet (de Lyon).

M. Lallemand donne en outre communication d'une observation d'anévrisme de l'artère sous-clavière guérie par la cautérisation. Cette observation est lue par le secrétaire, M. Laborie. (Nous la transcrivons.)

Anévrisme traumatique de l'artère sous-clavière gauche guérie par la cautérisation avec la pâte de chlorure de zinc (1).

(Observation rédigée par M. le docteur Philipeaux.)

Auguste Gauthier, âgé de vingt-cinq ans, natif de Montagny (Saône-et-Loire), et cultivateur dans les environs de Lyon, reçut, dans une rixe, le 5 décembre 1852, plusieurs coups de couteau, dont un porta dans la région sus-claviculaire gauche, et produisit les accidents graves que nous allons rapporter.

Le premier effet de l'action de cet instrument, dirigé de haut en bas, et profondément plongé à la base de la région sous-claviculaire, presque immédiatement au-dessus de la clavicule, fut une plaie qui donna aussitôt issue à un écoulement de sang artériel considérable, qu'on chercha à arrêter immédiatement en réunissant la plaie par deux points de suture entrecoupée et par la compression. Ce traitement ne réussit à faire cesser l'hémorrhagie que d'une manière temporaire. Les bords de la plaie ne purent se réunir; et malgré la compression, l'écoulement de sang se renouvela à diverses reprises. Au bout de huit jours il y eut une hémorrhagie très abondante, à laquelle en succédèrent progressivement de plus en plus rapprochées. Et comme dans la troisième semaine, c'est-à-dire entre le 25 décembre et le 1er janvier, elles se reproduisirent à deux reprises différentes avec une intensité qui annonçait une fin prochaine si on n'y remédiait pas le plus promptement possible, on décida ce malade à se rendre aussitôt à l'Hôtel-Dieu de Lyon.

La douleur produite par cet accident fut extrêmement vive dès le début. Gauthier nous raconta qu'il ne pouvait rester en place, tant sa souffrance était vive. La nuit comme le jour, il se levait à chaque instant de son lit, espérant par ce moyen apporter un soulagement à ses maux, et courait éperdu dans sa chambre en poussant des cris très plaintifs. Ce fut à la suite de ces pérégrinations incessantes qu'il prit froid et qu'il contracta, par suite, une bronchite et une extinction de voix très prononcée.

La plaie sus-claviculaire et l'hémorrhagie qui en fut la conséquence ne furent pas les seuls accidents qui se montrèrent dès le début. Ce jeune homme fut atteint en même temps d'une paralysie du membre supérieur correspondant. Les doigts seuls purent cependant exécuter quelques mouvements pendant les quinze à vingt jours qui suivirent.

Admis à l'Hôtel-Dieu de Lyon, salle Saint-Philippe, n° 34, le 1er janvier 1853, c'est-à-dire trois semaines après l'accident, on put constater ce qui suit :

Epuisé par des hémorrhagies antérieures et qui s'étaient renouvelées à des intervalles très fréquents, Gauthier, doué jusqu'alors d'une bonne santé et d'une constitution pléthorique, présentait tous les signes de l'anémie : sa face était pâle et bouffie, les lèvres et les conjonctives décolorées; il était d'une faiblesse extrême, à peine pouvait-il se tenir debout; son pouls était petit et fréquent. Sa face exprimait la souffrance la plus vive, et dans le but de modérer les douleurs qu'il ressentait au niveau de la région sus-claviculaire gauche, ce malade prenait au lit l'attitude suivante. Assis sur son séant, le tronc fortement incliné en avant, sa tête était penchée du côté lésé. Cette position, très pénible sans doute, était néanmoins la seule qui pût procurer à ce jeune homme un peu de soulagement. Il cherchait, par cette attitude, à éviter, disait-il, une compression douloureuse produite par la clavicule lorsqu'il prenait une autre position.

A la base du triangle sus-claviculaire gauche, presque immédiatement au-dessus de la clavicule, il existait une tumeur du volume des deux poings. Elle était mal circonscrite, molle, sans présenter toutefois de fluctuation manifeste, et s'étendait transversalement depuis le tiers interne de la clavicule jusqu'au bord externe du trapèze; de forme arrondie, la portion de sphère qu'elle décrivait de bas en haut avait environ 14 centimètres d'étendue.

A peu près au centre de cette tumeur se trouvait une plaie longue de 24 millimètres sur 9 de large; elle était dirigée de haut en bas et fermée par un caillot de sang à moitié desséché. La main, appliquée sur cette tumeur, y percevait des battements isochrones à ceux du pouls et un mouvement d'expansion prononcé. Le stéthoscope faisait entendre un bruit de souffle bien manifeste dans une surface arrondie de 25 centimètres de diamètre. Tout le membre supérieur gauche était atteint d'une paralysie du sentiment et du mouvement; la main était œdématiée, et par moments elle était le siége de quelques douleurs assez vives; il n'y avait pas de pulsations dans les artères axillaire, radiale et cubitale.

Avec l'appareil volta-faradique de M. le docteur Duchenne (de Boulogne) on ne pouvait déterminer aucune contraction, ni aucune sensibilité dans les muscles de l'épaule, du bras, de l'avant-bras et de la main. Le grand dentelé, le rhomboïde et le trapèze étaient les seuls muscles qui répondaient à l'action stimulante de la faradisation localisée.

Quelle était la nature de cette tumeur? Les hémorrhagies artérielles fréquentes auxquelles elle donnait lieu, le bruit de souffle, d'expansion et les battements isochrones à ceux du pouls que l'on y percevait indiquaient suffisamment qu'il s'agissait dans cette circonstance d'un anévrisme consécutif à la lésion d'une artère volumineuse.

Quelle était l'artère qui avait été lésée? Etait-ce la sous-clavière, la scapulaire supérieure, la cervicale transverse?

M. le professeur Bonnet pensa qu'il s'agissait dans ce cas d'un anévrisme traumatique de l'artère sous-clavière ou du tronc de l'une des principales artères qui en partent. Il avait été conduit à porter ce diagnostic par le fait suivant. La tumeur, qui avait donné lieu à des hémorrhagies très fortes, existait juste à la base du triangle sus-claviculaire, et la plaie à laquelle elle avait succédé avait été faite par la lame d'un couteau qui avait frappé de haut en bas et pénétré à une grande profondeur. Ce qui venait encore corroborer son diagnostic, c'est que l'on ne percevait aucun battement dans les artères axillaire, radiale et cubitale, et que le plexus brachial avait été sectionné, puisque aussitôt après l'accident il était survenu une paralysie complète de l'épaule et de tout le membre supérieur, et qu'il n'y avait plus que le trapèze, le rhomboïde et le grand dentelé qui se contractassent sous l'influence de l'électricité. Or, tout le monde sait que ces muscles sont énervés par des nerfs qui prennent naissance de quelques-uns des troncs nerveux qui concourent à former le plexus brachial.

Le diagnostic établi, il restait à savoir quelle était la méthode de traitement qu'il fallait mettre en usage.

En présence de ce terrible accident, qui compromettait nécessairement la vie de ce malade, M. Bonnet voulut, avant de tenter un moyen curateur, s'éclairer de l'avis de ses honorables confrères. A cet effet, MM. Pétrequin, professeur de clinique chirurgicale; Barrier, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu; Desgranges et Valette, chirurgiens dudit hôpital, furent consultés. Ils furent tous unanimes pour déclarer que la compression, qui ne pouvait se faire que sur la tumeur elle-même, était impuissante; que la galvano-puncture ne pouvait être mise en usage, parce qu'il était impossible d'arrêter momentanément le cours du sang dans la tumeur en comprimant l'artère sous-clavière en dedans de la tumeur. Il ne leur parut devoir être tenté, comme la seule chance de salut pour le malade, que la ligature de l'artère sous-clavière en dedans des scalènes.

Les injections avec le perchlorure de fer dans le but de coaguler le sang, et dont la science est redevable à M. le docteur Pravaz, n'étaient pas encore découvertes à cette époque, et il est permis de douter qu'elles eussent fourni dans cette circonstance les résultats si avantageux qu'elles permettent d'espérer.

La ligature en dehors et entre les muscles scalènes ne pouvait être raisonnablement tentée; car, pour l'exécuter dans ces lieux, on était obligé d'intéresser nécessairement la tumeur anévrismale.

La ligature en dedans des scalènes, très difficile et dangereuse à exécuter quand il s'agit de l'artère sous-clavière droite, le devenait d'autant plus dans ce cas qu'on avait affaire à l'artère sous-clavière gauche, qui se trouve, comme on sait, beaucoup plus profondément placée, et dans des rapports tels avec le sommet du poumon qu'il est presque impossible d'isoler l'artère sans intéresser la plèvre et sans produire dès lors des accidents très redoutables; de plus, on est obligé de lier ce vaisseau dans un point où le canal thoracique vient s'ouvrir dans la veine sous-clavière gauche très voisine de l'artère, de sorte que l'on peut s'exposer à léser des vaisseaux indispensables à la vie. On ne pouvait pas non plus songer à la méthode de Brasdor, c'est-à-dire à la ligature de l'artère au-dessous de la tumeur; car elle devenait inutile, puisqu'il n'existait aucune pulsation dans l'artère axillaire.

Tous ces motifs décidèrent M. Bonnet à rejeter la ligature de l'artère sous-clavière.

Que restait-il donc à faire? Rien d'efficace si on s'en fût tenu aux méthodes conseillées. Pour tenter la cure de cet anévrisme, M. Bonnet, éclairé par plusieurs observations antérieures sur la puissance avec laquelle la pâte de chlorure de zinc coagule le sang et prévient

(1) Cette observation est la même que celle dont nous avons donné un extrait en rendant compte de la séance du 20 juin de l'Académie des sciences (voir le dernier numéro); nos lecteurs ne seront pas fâchés de connaître dans tous ses détails ce fait important. (Note du Rédacteur.)

toute hémorrhagie, résolut de se servir de ce caustique et de l'appliquer à la destruction de cet anévrisme (1).

Il espérait qu'en appliquant chaque jour sur la tumeur une couche de chlorure de zinc, il coagulerait le sang, arrêterait toute hémorrhagie, produirait un caillot obturateur, dont il enlèverait successivement couche par couche les parties les plus superficielles, et amènerait par cette cautérisation une inflammation adhésive capable d'oblitérer le vaisseau.

Pour obtenir ce résultat, il se proposait :

1° D'appliquer chaque jour une nouvelle couche de caustique sur l'eschare produite, afin de cautériser profondément la tumeur et d'empêcher la chute des parties mortifiées avant la coagulation complète du sang;

2° Dès que le bruit de souffle aurait entièrement cessé, ainsi que le mouvement d'expansion de la tumeur, c'est-à-dire lorsqu'il aurait acquis par cet indice la certitude qu'aucune hémorrhagie inquiétante ne serait plus à craindre, puisque le sang se trouverait coagulé dans la poche anévrismale, il devait alors enlever chaque jour une couche de l'eschare, la remplacer par une couche analogue de chlorure de zinc, et ne s'arrêter que lorsque la tumeur serait détruite et qu'il serait parvenu à atteindre les tissus profonds sur lesquels elle reposait.

Il était d'autant plus porté à utiliser dans ce cas cette méthode de traitement qu'il n'avait pas à craindre d'intéresser le plexus brachial, puisque ce dernier était déjà complétement sectionné, comme je l'ai dit plus haut.

Le 6 janvier, M. Bonnet appliqua sur la plaie un morceau de pâte de chlorure de zinc de 2 centimètres de diamètre. Comme on devait s'y attendre, ce caustique provoqua aussitôt après son application une douleur très vive, et produisit une eschare sèche qui arrêta tout écoulement de sang.

A partir du troisième jour de cette cautérisation, c'est-à-dire du 9 jusqu'au 20 janvier, il se contenta d'enlever chaque matin la partie de peau qui avait été mortifiée par le caustique, et de placer sur l'eschare produite une nouvelle couche de pâte de chlorure de zinc.

A cette époque, c'est-à-dire quatorze jours après le début de ce traitement, M. Bonnet constate, en présence de MM. Lallemand, membre de l'Institut, et Pravaz, directeur de l'établissement orthopédique de Lyon, que les battements de la tumeur ont totalement disparu, que le bruit de souffle ne s'entend plus. La tumeur n'a pas cependant diminué de volume; elle n'a pas cessé, au contraire, de s'accroître. Cette apparente contradiction s'explique par la grande épaisseur de l'eschare, qui a 8 centimètres de diamètre, et par l'inflammation qui s'est produite dans les tissus environnants.

Le 25 janvier, survint pendant la nuit une hémorrhagie artérielle. On put l'arrêter rapidement en faisant une application de chlorure de zinc, et en exerçant la compression. Mais cette méthode ne suffit pas pour prévenir de nouvelles hémorrhagies, qui se reproduisirent les 27, 28, 29, 30 et 31 janvier. La vie du malade parut alors gravement menacée, M. Chalamet, interne de service, eut alors l'idée de renouveler le pansement matin et soir, et d'employer comme méthode préventive contre l'hémorrhagie l'application de la pâte, qui réussissait toujours à l'arrêter.

Dès ce moment, il n'y eut plus d'écoulement de sang : les hémorrhagies avaient paru se faire entre les parois de la poche anévrismale et le caillot, qui n'occupait probablement que la superficie de la tumeur.

Pendant les huit premiers jours qui suivirent les hémorrhagies, c'est-à-dire du 1er au 8 février, on n'osa pas enlever les parties superficielles de l'eschare; mais à cette époque, pour rendre la cautérisation plus égale et la faire plus en profondeur qu'en largeur, on commença à enlever les couches superficielles de la partie brûlée, qui avait alors 12 centimètres transversalement et 10 en hauteur.

Au bout de quatre jours de ces opérations, on pénétra dans la poche anévrismale elle-même. Le caillot, formé de couches concentriques coagulées, et d'une teinte rougeâtre, occupait le centre, et tout autour l'on distinguait aisément les parties cautérisées, qui avaient la couleur blanche que le chlorure de zinc donne à tous les tissus.

A mesure que l'action de plus en plus profonde du caustique permit d'enlever de nouvelles couches, le sac anévrismal fut découvert dans une étendue de plus en plus grande, et ce ne fut que le 13 février que l'on s'arrêta dans ces excisions et ces cautérisations successives. La surface de l'anévrisme mise alors à découvert était elliptique; elle avait 9 centimètres en travers et 7 en hauteur; elle se détache successivement, et le 21 elle ne tient déjà plus que par sa partie profonde. On n'ose pas l'enlever, quoiqu'elle se trouve mobile, de crainte de provoquer une hémorrhagie. Le liquide sanieux qui s'écoule de cette cavité, où existe une suppuration abondante, altère la santé du malade, qui perd l'appétit, prend de la diarrhée, et est sujet à quelques accès fébriles. Il est soumis à l'usage du vin de quina et de quelques autres préparations pharmaceutiques. Le traitement ne tarde pas à vaincre les accidents.

Le 1er mars, l'eschare, dont on a enlevé chaque jour la partie détachée, cède à une douce traction, et laisse à nu une plaie large et profonde, au fond de laquelle on voit à nu des tronçons des nerfs qui forment le plexus brachial; ils sont insensibles au toucher. Le sterno-mastoïdien est disséqué en dessous, à sa partie inférieure. En plongeant le doigt dans l'intérieur de cette plaie, on ne trouve plus de trace de l'artère sous-clavière; on sent seulement que la carotide primitive bat très près du fond de cette solution de continuité.

Cette vaste plaie, d'où s'écoule une abondante suppuration, est pansée chaque matin et soir avec de la charpie sur laquelle on a étendu de la pommade suivante :

Axonge.	30 grammes.
Sulfate de zinc.	1 —

Elle prend peu à peu un bon aspect. Des bourgeons charnus comblent peu à peu cette vaste cavité. Le malade n'éprouve plus de douleurs si vives; son moral se relève, ainsi que ses forces; l'appétit revient, de même que le sommeil; il voit sa santé se rétablir chaque jour de plus en plus.

Les cautérisations successives qu'il avait fallu faire avaient tellement affaibli ses forces, que ce malade ne pouvait plus depuis quelque temps se lever, ni changer la position qu'il avait prise, le décubitus dorsal. A cette époque, ses forces étaient déjà revenues à ce point qu'il s'asseyait sur son lit sans le secours d'un aide.

Le 24 mars, il faisait déjà le tour de la salle en s'appuyant sur le bras d'un de ses camarades.

Depuis cette époque jusqu'au 20 avril, la santé de Gauthier est allée toujours en s'améliorant. La cicatrisation de la plaie a fini par devenir à peu près complète, et il a pu quitter l'hôpital parfaitement guéri de son anévrisme, le 26 du même mois, c'est-à-dire après deux mois et demi de traitement.

A sa sortie de l'Hôtel-Dieu, il avait déjà pris de l'embonpoint; il marchait pendant un quart d'heure sans se fatiguer; il ne lui restait de sa plaie qu'une ulcération superficielle et de peu d'étendue; la paralysie du membre supérieur persistait, et l'on ne percevait aucun battement dans les artères axillaire, radiale et cubitale.

— A la suite de cette lecture, M. Roux fait observer que cette communication, fort intéressante, du reste, lui paraît cependant laisser quelques *desirata* quant à la source bien positive de l'hémorrhagie. Si, en effet, il s'agissait d'une lésion de l'artère sous-clavière, la mort n'aurait-elle pas dû être immédiate?

M. Maisonneuve signale tout l'intérêt qui doit s'attacher à cette observation. Elle démontre, avec beaucoup d'autres faits, la puissance des caustiques pour détruire de gros vaisseaux, sans cependant déterminer d'hémorrhagies. Il a, pour son compte, fréquemment employé des caustiques de différentes espèces, et a pu reconnaître au milieu des tissus mortifiés qu'il enlevait de grosses artères. Ainsi, il rappelle qu'il a présenté à la Société une eschare comprenant dans son épaisseur l'artère fémorale. Il s'était servi dans ce cas du caustique de Vienne. Dans une autre circonstance, en se servant de l'acide nitrique mono-hydraté, il a enlevé une tumeur cancéreuse du cou siégeant dans la région parotidienne, et dans l'eschare se trouvait comprise l'artère carotide.

Le vice-secrétaire de la Société, E. Laborie.

---

(1) C'est à M. le docteur Canquoin que la pratique est redevable de la pâte de chlorure de zinc.

Il indique pour la préparation de cette pâte trois formules, qui ne diffèrent entre elles que par la variété de proportions des deux substances constitutives, la farine de seigle et le chlorure de zinc.

La pâte formule 1 contient :

Chlorure de zinc.	1 partie.
Farine.	2 —

La pâte formule 2 contient :

Chlorure de zinc.	1 partie.
Farine.	3 —

La pâte formule 3 contient :

Chlorure de zinc.	1 partie.
Farine.	4 —

Pour préparer cette pâte, on agit de la sorte:

Les deux substances placées dans un mortier sont préalablement mélangées intimement; puis on leur ajoute une quantité d'eau suffisante pour former une pâte de consistance moyenne, qu'on préserve du contact de l'air en l'enveloppant d'une couche de farine sèche. On l'étend ensuite au moyen d'un rouleau en couches minces qui acquièrent avec le temps assez de consistance et d'élasticité.

Pour s'en servir, on approprie la forme du morceau de pâte à celle de la partie que l'on veut détruire.

M. Bonnet se sert d'une pâte formée de parties égales de chlorure de zinc et de farine.

La viscosité extrême de la pâte que la farine de seigle forme avec l'eau s'oppose à ce que cette pâte puisse être étendue sur de la toile en couches régulières, afin de pouvoir la découper suivant la forme de l'eschare qu'on veut produire.

Pour obvier à cet inconvénient, on substitue à l'eau l'alcool : la pâte formée au moyen de ce liquide n'a ni la cohésion ni la viscosité de la première; elle peut être étendue au moyen d'un rouleau avec la plus grande facilité sur de la toile, de manière à former une sorte de sparadrap qu'il est très facile de découper.

Cette dernière préparation appartient à la pharmacie de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

POLICE CORRECTIONNELLE (7e chambre). — Président, M. Pasquier.

Exercice illégal de pharmacie. — Vente et annonce de remèdes secrets. Vente de substances médicamenteuses falsifiées.

Nous avons vu la spéculation prendre toutes les formes pour abuser la crédulité, mais jamais elle ne s'était présentée avec plus d'audace et de cynisme que dans l'affaire dont nous allons rendre compte.

Le docteur J.-B. Dambresville, qui depuis quelque temps s'est rendu acquéreur de la pharmacie Saffroy, et M. Paquet, pharmacien, comparaissaient sous la prévention d'exercice illégal de la pharmacie, de vente et annonce de remèdes secrets et, ce qui est plus grave, de vente et préparation de médicaments falsifiés.

Les conclusions du rapport de M. Lassaigne, professeur de chimie à l'école d'Alfort, chargé de l'analyse des médicaments saisis, suffiront pour donner une idée exacte du genre de spéculation auquel se livraient les prévenus.

Les premières recherches du savant professeur portèrent sur des *pastilles au lactate de fer*. Il y trouva du sucre et une certaine quantité de peroxyde de fer hydraté mélangé à un peu de sable siliceux dans une proportion qui se rapporte d'une manière frappante à la composition de l'ocre rouge naturel; mais de lactate de fer..... pas la moindre parcelle.

Les investigations portèrent ensuite sur des *pastilles toniques au quinate ferreux*, puis sur des *pilules toniques dépuratives*, cotées au prix modique de trois francs la boîte. Les résultats ont été identiques à ceux de la première opération; toujours du sucre coloré avec de l'ocre. On ne s'était même pas donné la peine de changer la forme pour les pilules.

Dans une dissolution de *carbonate de baryte*, également incriminée, l'analyse n'a démontré que la présence d'un 200e de chlorure de sodium (sel marin) et quelques traces de baryte. Dans le dépôt qui se trouvait au fond du flacon, on a reconnu un mélange de sulfate de baryte, de carbonate de baryte et de carbonate de chaux, ce qui a démontré à l'habile opérateur qu'on avait préparé ce médicament en décomposant une faible dissolution de chlorure de baryum avec le carbonate de soude du commerce, malgré les impuretés qu'il contient.

Une bouteille de *rob antisyphilitique* s'est trouvée composée avec de la mélasse, de l'extrait de réglisse, une faible quantité des principes de la salsepareille et du gaïac, plus de l'huile essentielle de sassafras.

Enfin, la fameuse *injection au tannin neutralisé*, qui faisait la fortune de la pharmacie Saffroy, contenait du tannin tellement neutralisé, que les réactifs les plus sensibles n'ont pu en signaler la moindre trace.

Malgré des conclusions aussi peu favorables, M. Dambresville proteste de son innocence. Il est propriétaire de la pharmacie, c'est vrai, mais il a un pharmacien pour gérant; il ne se mêle en rien de la gestion; s'il donne dans l'arrière-boutique des consultations, il délivre toujours des formules magistrales, d'après lesquelles les médicaments sont composés par son gérant; il ne doit donc en aucune façon être responsable des falsifications qu'on lui reproche. Jamais il n'a fait d'autres annonces que celles de l'injection au tannin *neutralisé*, et c'est d'après la formule de M. Saffroy qu'elle était préparée.

M. Paquet, de son côté, décline la responsabilité qu'on veut lui faire assumer. Il devait quitter la pharmacie de M. Dambresville, dont la gestion lui paraissait par trop compromettante. Les achats ont été faits par le propriétaire, dont il n'était que l'instrument. Il était payé à raison de 120 fr. par mois, par conséquent il n'avait aucun intérêt à ne pas préparer les remèdes selon les règles de l'art.

Le tribunal, faisant une distinction entre les deux prévenus à raison de leur situation respective, a condamné M. Dambresville à 15 jours de prison et 500 fr. d'amende, et M. Paquet à 100 fr. d'amende seulement.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Le *Moniteur* publie aujourd'hui les deux nominations que nous avons annoncées dans notre dernier numéro.

Ainsi que nous l'avions dit, M. le docteur Benoit est nommé professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Montpellier; M. Anglada est nommé professeur de pathologie interne à la même Faculté.

— Hier vendredi, à la Faculté de médecine, M. le professeur Gavarret terminait la série des leçons supplémentaires que, dans son zèle, il a coutume d'ajouter à son cours de physique de l'hiver. Il avait voulu clore son enseignement par l'exposition de la découverte toute moderne des procédés de démonstration physique du mouvement de rotation terrestre, et il l'a fait avec une netteté et une précision de langage que nous ne saurions trop louer. Aidé dans sa démonstration par le jeune et savant inventeur M. Léon Foucault lui-même, qui n'a pas voulu prendre la parole, et qui s'est modestement contenté de manœuvrer ses admirables instruments, le professeur a exposé les principes de physique qui ont conduit M. Foucault à faire sa découverte.

Il a d'abord indiqué les propriétés du pendule oscillant toujours dans le même plan, et ne changeant de direction qu'en apparence, relativement aux corps voisins qui l'entourent et à ses propres supports; puis il a montré, à l'aide d'un grand pendule oscillant dans l'amphithéâtre, sur un cadran divisé, que la direction de ses oscillations restant toujours la même, et dans le même plan, tout en ayant l'air de se dévier à droite sur le cadran rayonné, c'était non le pendule qui allait à droite, mais le cadran qui se portait à gauche, entraîné par le mouvement de rotation terrestre.

Enfin, il a indiqué trois autres démonstrations de ce mouvement de rotation terrestre, à l'aide d'instruments de physique également inventés par M. Foucault, et exécutés par l'habile M. Froment. Toutes ces expériences ont merveilleusement réussi, au grand plaisir des spectateurs, qui n'ont pu voir sans un vif enthousiasme tant de difficultés vaincues avec une si apparente simplicité.

Un grand nombre de médecins assistaient à cette séance. Nous y avons remarqué MM. Bérard, Longet, Jobert (de Lamballe), O. Henry, Fleury, Béclard, Bouchut, Jarjavay, Désormeaux, Regnault, etc.

— Nous avons dernièrement annoncé que la Société des sciences historiques et naturelles de l'Yonne avait institué une commission permanente chargée de recueillir tous les faits, toutes les opinions qui se rattachent à la question de *l'influence de la vaccine sur la santé publique.*

Les membres de cette commission, afin de s'éclairer par l'expérience et les lumières des praticiens qui résident dans ce département, viennent de leur soumettre les questions suivantes, qu'ils regardent comme les éléments du problème difficile qu'on leur donne à résoudre :

1° La vaccine est-elle généralement adoptée dans votre circonscription?

2° La variole a-t-elle frappé sur des sujets vaccinés, et combien de temps après la vaccination?

3° Quelle est votre opinion au sujet de la puissance préservatrice de la vaccine dans ces dernières années?

4° Les épidémies de fièvre typhoïde sont-elles plus fréquentes dans vos contrées depuis la généralisation de la vaccine?

5° Des épidémies de variole et de fièvre typhoïde ont-elles régné simultanément dans votre circonscription?

6° Avez-vous constaté des cas évidents de fièvre typhoïde sur des sujets ayant déjà subi la variole, *et vice versâ?* Ces cas ont-ils été graves, ont-ils été nombreux?

7° La fièvre typhoïde, d'après les faits observés par vous, est-elle de nature contagieuse?

8° Vos observations vous portent-elles à croire que la santé publique se soit modifiée, *en bien* ou *en mal*, depuis la pratique de la vaccination?

La commission accueillera tous les faits qui sembleront *pour* ou *contre* la vaccine, parce qu'elle n'a aucun parti pris à l'avance, et que son seul mobile, son seul désir est de rechercher la vérité.

Cette commission est composée de MM. Robineau-Desvoidy, Sonnié-Moret, E. Duché, Motheré, Ricordeau fils.

— Le choléra, qui exerce toujours quelques ravages à Saint-Pétersbourg, vient de faire irruption à Moscou avec une telle intensité, qu'il a fallu ouvrir immédiatement huit hôpitaux pour recevoir les nombreux malades qui en sont atteints.

— L'Académie des sciences médicales de Palerme vient de mettre au concours la question suivante :

« Déterminer jusqu'à quel point les humeurs de la machine humaine contribuent à la production de l'état pathologique; quelles sont les maladies qui se distinguent particulièrement sous ce rapport; quelles indications la thérapeutique en déduira pour le traitement curatif, et par quels moyens rationnels on peut satisfaire aux indications qu'elles présentent. »

Prix : une médaille de 30 onces.

Les mémoires, écrits en latin ou en italien, devront être adressés, suivant les formes académiques, avant le 31 décembre 1853, au secrétaire ou au vice-secrétaire de l'Académie de médecine, à Palerme.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Orfila, portrait exécuté par Léon Noel, d'après le beau tableau de H. Scheffer. P. colombier, chine avant la lettre. . . 10 fr.

d°	bl. »	8
Sur jésus.		5

Franco d'emballage. Les frais de transport, pour la province, à la charge des acquéreurs. — Ce portrait, d'une parfaite ressemblance et d'une très belle exécution, sera bientôt entre les mains des nombreux amis et des admirateurs du célèbre professeur, trop tôt enlevé à la science. — A Paris, chez Labé, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, 23.

Traité clinique et pratique des maladies des enfants; par MM. Barthez, médecin de l'hôpital Sainte-Marguerite de Paris, et Rilliet, médecin en chef de l'hôpital de Genève, membres des Académies de Saint-Pétersbourg, de Turin, de Ferrare, des Sociétés de médecine d'Edimbourg, de Suède, de Marseille, de Zurich, de Genève, de la Société médicale d'observation et de la Société anatomique, anciens internes et lauréats de l'hôpital des Enfants-Malades de Paris, etc. (Ouvrage couronné par l'Académie des sciences et l'Académie de médecine, et autorisé par le conseil de l'instruction publique pour les facultés et les écoles préparatoires de médecine.) Deuxième édition, entièrement refondue et considérablement augmentée. Tomes I et II, 2 vol. in-8° de 1,596 pages. Prix : 24 fr. Le tome III et dernier sera publié à la fin de l'année 1853, et remis *gratis* aux souscripteurs. — A Paris, chez Germer Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Le Gérant,
Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 76. — MARDI 28 JUIN 1853. (26e ANNÉE.) N° 76. — MARDI 28 JUIN 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

	Trois mois.	Six mois.	Un an.
Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	8 fr. 50 c.	16 »	30 »
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	9 fr.	17	33
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	10 fr.	20	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

PARIS, LE 27 JUIN 1853.

De la réforme sanitaire.

Il faut être né dans un port à lazaret, dans une ville où depuis plus d'un siècle la population était façonnée à se reposer sur des mesures de séquestration plus ou moins rigoureuses du soin d'écarter les dangers provenant de l'importation des maladies épidémiques, pour comprendre à quel point les réformes sanitaires sont difficiles et excitent le soupçon et la crainte. Le préjugé, l'intérêt se réunissent pour les repousser énergiquement, et il faut aux hommes qui les proposent et les défendent une force de volonté, un dévouement au bien public d'autant plus méritoires, qu'ils éprouvent souvent, dans cette honorable et pénible mission, des dégoûts et des désagréments de toute espèce, quelquefois même des dangers.

Comment pouvait-on exiger, par exemple, que Marseille applaudît spontanément à la suppression ou même à des modifications du système sanitaire, lorsque des hommes compétents, qui pendant longtemps ont eu la confiance des autorités et ont observé par eux-mêmes, éclairés de leur expérience et des lumières que leur prêtait la science, ne craignaient pas de s'exprimer en ces termes :

« Le régime sanitaire, loin de nuire au commerce, l'enrichit. » Marseille ne doit son agrandissement et sa prospérité qu'à son » lazaret; sa décadence et sa ruine seront certaines du moment » que son Code à quarantaine sera modifié ou détruit. C'est là le » livre d'or des négociants et des propriétaires. Il faudrait donc » être insensé pour y toucher. » (ROBERT, *Guide sanitaire des gouvernements*, t. II, p. 775.)

A ces graves motifs s'ajoute la responsabilité qu'assume un gouvernement en touchant à de telles institutions, responsabilité dont le poids serait écrasant si, le lendemain du progrès, par une fatalité déplorable, éclatait un de ces fléaux qui viennent on ne sait d'où, qui dépassent toutes les prévisions humaines, dont on suit les traces désastreuses pas à pas, et qui ne laissent ignorer que leur cause. On comprend mieux alors le courage du chef d'un Etat qui, n'écoutant que la voix du devoir, n'hésite pas à se jeter en avant, à provoquer d'utiles mais périlleuses réformes ; on comprend les longues années d'hésitation et de faiblesse, les délais apportés, les entraves de toute sorte accumulées sur cette voie rude et ardue.

Comme exemples frappants de ces nécessités d'atermoiement, deux faits saillants se présentaient, la réforme du lazaret en particulier et la réforme sanitaire en général. L'une ne pouvait être attaquée sans l'autre. Pour arriver à la réforme sanitaire, il fallait d'abord en saper l'arche; et l'arche sainte était le lazaret de Marseille, protégé par son règlement et son administration séculaires.

Depuis plus de cent ans la translation dans l'île de Ratonneau de ce lazaret, placé à côté de la ville, avait été proposée. Dès le 23 août 1722, M. de Somis, commandant le génie dans les places du département de Marseille, avait présenté le plan d'un lazaret à établir dans cette île. Cet établissement avait été approuvé par le marquis de Brancas et M. de Langeron. Le projet en fut bien accueilli du ministère; mais la pénurie des finances en fit ajourner l'exécution, quoique la dépense ne s'élevât qu'à la somme de 187,645 fr. Que ce fût là la cause réelle ou supposée de l'ajournement, ce projet, repris en 1822, n'a pu être exécuté qu'en 1850. Un coup d'éclat en précéda l'exécution.

Dans son omnipotence autocratique, l'intendance sanitaire avait, en 1849, mis en quarantaine un navire suspect dont l'Angleterre demandait l'élargissement sous peine de dommages-intérêts. Le ministre en donna l'ordre; l'intendance résista, et le conflit fut tel, que le conseil des ministres se vit forcé de provoquer un décret de dissolution. M. Dumas, alors ministre du commerce, envoye M. Mélier à Marseille, avec le titre de commissaire extraordinaire chargé de signifier ce décret de dissolution à l'intendance, et de le mettre à exécution.

Que de prudence il fallut alors pour ménager la susceptibilité des hommes honorables et dévoués qui, depuis longues années, étaient à la tête de cette administration! que de soins pour les ramener individuellement, et par leur intermédiaire agir favorablement sur l'esprit populaire! M. Mélier, dont on connaît les qualités douces et le caractère conciliant, y parvint, et dès lors l'idée de la translation du lazaret et de la réforme sanitaire gagna du terrain dans bien des têtes.

Pour apprécier l'importance et la nécessité de la suppression du lazaret de Marseille, il faut savoir ce qu'était cet établissement, ce que l'avaient autorisé d'être, non pas seulement un règlement suranné de 1720, qu'aurait expliqué la terreur de l'horrible peste de cette époque, mais une ordonnance royale et un règlement rajeuni de 1822.

Ce lazaret, dont nous pouvons parler *de visu*, était une prison entourée de grillages de bois et de fer, contenant dans son enceinte générale un enclos particulier où le malheureux atteint ou soupçonné d'une maladie contagieuse n'avait pour le soigner qu'un garde qui n'approchait qu'après avoir chaussé des sabots, s'être revêtu d'une camisole, d'un pantalon et d'un gilet de toile cirée, et ne lui apportait les remèdes qu'au bout d'une planche. Le médecin du lazaret n'entrait pas dans sa chambre ; le malade, s'il le pouvait, était tenu de se présenter à la porte de sa prison; s'il s'agissait d'ouvrir un bubon, on l'engageait inhumainement à se faire lui-même l'opération, en saisissant pour cela le moment où il conservait l'usage de ses sens, *lors même que le bubon n'était pas encore parvenu à maturité!!!* Le chirurgien, affublé aussi d'un domino de toile cirée, et auquel il ne manquait que le long nez de perroquet de rigueur en 1720, tenant en main une cassolette à parfums, ou précédé d'un vase de chlorure, ne se décidait à ouvrir lui-même le bubon, dans les cas d'absolue nécessité, qu'à l'aide d'un instrument à longue queue !

Sans la suppression préalable d'une telle monstruosité qu'on n'avait pas craint, nous le répétons, de consacrer par une ordonnance royale et un nouveau règlement en 1822, quel gouvernement eût osé proposer avec espoir de succès de graves modifications dans le système sanitaire européen !

L'inauguration du nouveau lazaret fut faite avec solennité en 1850 par M. Mélier, en présence des autorités civiles, militaires et religieuses. Dès le moment de sa création, dans le lieu destiné depuis longtemps à la fièvre jaune, on put offrir aux quarantenaires 70 chambres séparées, 4 dortoirs pour 40 personnes et une infirmerie de 20 lits, sans compter les dépendances nécessaires, l'administration et une petite pharmacie, des bains d'eau douce et des bains d'eau de mer, et quelques chambres pour les parents qui pourraient être forcés de séjourner.

« Jusqu'à présent, disait M. Mélier dans son discours d'inauguration, par une sorte de loi dure et presque barbare, il a été de règle dans les lazarets, à l'étranger aussi bien qu'en France, de ne fournir que l'abri, l'abri seul, c'est-à-dire un logement tout nu. Quelque fatigué ou malade que fût le voyageur, il fallait qu'il attendît, pour prendre du repos, qu'on eût réuni, tant bien que mal, les choses nécessaires à une installation, toujours mauvaise parce qu'elle était improvisée.

» Il a suffi de signaler à M. le ministre un pareil état de choses pour obtenir de lui un petit mobilier simple et modeste, comme le comportent les lieux, mais suffisant pour les besoins réels. C'est là, sans contredit, une grande amélioration et qui méritera à M. Dumas la reconnaissance des voyageurs. »

Ce premier succès enhardit; le préjugé séculaire était brisé ; une page du livre d'or déchirée avait produit, non la ruine, mais la richesse de l'antique Phocée, et un terrain immense livré au commerce par la suppression du vieux lazaret apportait à la ville une plus-value de dix millions.

Dès lors une idée qui avait surgi dans la tête de l'un des fauteurs ardents de la contagion fut reprise. M. de Ségur-Dupeyron avait en 1834, sous le ministère de MM. Guizot et Cunin-Gridaine, demandé la réunion d'un congrès européen auquel on soumettrait les questions sanitaires ; quelques communications faites aux puissances ne trouvèrent que froideur ou dédain. Renouvelée dans un rapport adressé par Prus au comité d'hygiène, cette idée n'aboutit pas encore. Des intérêts commerciaux avaient fait abolir les quarantaines en Angleterre et en Autriche ; l'Italie n'y voyait que des mesures fiscales ou des intérêts de police ; l'Espagne avait peur, et voyait errer dans ses vieilles cités le fantôme de la fièvre jaune ; la France seule était à la fois éclairée et désintéressée.

Depuis longtemps déjà ses médecins se dévouaient ; l'infatigable Chervin, après avoir poursuivi la fièvre jaune d'étape en étape en Amérique, s'efforçait de faire prévaloir ses idées et, pour prouver la non-contagion, offrait de se revêtir des vêtements des pestiférés. En Egypte, des confrères non moins dévoués, parmi lesquels il suffit de nommer M. Aubert-Roche, risquaient leur santé et leur vie pour la destruction des opinions du seizième siècle soutenues avec un funeste talent par Fracastor ; mais la lumière pénétrait lentement dans les masses. On avait beau répéter les faits les plus concluants pour prouver que la transmission par les marchandises dans les pays où la peste est endémique ou épidémique n'est nullement reconnue ; on avait beau dire qu'après la peste de 1835 au Caire les effets de 50 mille pestiférés morts avaient été vendus sans désinfection et n'avaient communiqué la peste à personne, l'arche sainte existait encore, le lazaret de Marseille était debout, et les marchandises continuaient à être arbitrairement classées en contumaces ou suspectes et en innocentes ; la quarantaine était plus rigoureuse en Europe qu'à Alexandrie, et quelques privilégiés seuls osaient rire du *spoglio* de M. de Ségur-Dupeyron (1) et des trois sauts sanitaires imposés à Nice en 1820 au docteur Brayer (1).

Enfin, à la suite de lettres pressantes de M. Aubert-Roche et des travaux des médecins français en Egypte, l'Académie de médecine, sur la proposition de M. Adelon et dans le but d'éclairer cette importante question, nomma en 1844 une commission, dont M. Prus fut élu rapporteur.

Le 3 mars 1846, la lecture de son remarquable rapport fut commencée ; ce rapport et l'intéressante discussion qui suivit jetèrent de vives lumières sur le sujet ; le 18 avril 1847 une ordonnance royale décida la première réforme sanitaire sérieuse, et la pensée surgit d'établir des médecins sanitaires français à Alexandrie, au Caire, à Beyrouth, à Damas, à Smyrne et à Constantinople ; le régime quarantenaire fut modifié assez profondément, les quarantaines abrégées.

Mais la réforme n'atteignait que la France ; elle ne pouvait être complète, durable et progressive que si les autres puissances méditerranéennes y adhéraient. M. Mélier l'avait compris et n'eut pas de peine à convaincre le gouvernement. A la suite des rapports qui lui avaient été demandés, de nouvelles communications furent adressées aux gouvernements étrangers et favorablement accueillies, et dans le courant de l'année 1851 fut annoncée dans le message du président de la République et officiellement réunie à Paris la conférence sanitaire. Les puissances appelées à prendre part à ses résolutions étaient au nombre de douze, c'est-à-dire toutes celles qui ont des possessions sur le littoral de la Méditerranée : la France, l'Espagne, le Portugal, l'Angleterre, l'Autriche, la Russie, la Sardaigne, la Toscane, les Etats romains, les Deux-Siciles, la Grèce et la Turquie.

Par les soins de la France, un programme fut dressé et communiqué aux puissances intéressées et servit de base aux travaux de la conférence. Afin de ne pas s'engager dans des controverses interminables, on avait eu le soin d'écarter les questions politiques et scientifiques ; il ne s'agissait point de discuter sur les principes de contagion et de non-contagion qui eussent divisé les esprits ; mais tout simplement d'arrêter un ensemble de mesures uniformes, obligatoires pour toutes les nations contractantes.

L'importance de ce congrès sera aisément comprise par la seule indication des noms des représentants officiels que chaque puissance y envoya ; deux délégués, dont l'un membre du corps diplomatique et l'autre médecin, furent commissionnés à ce sujet ; ainsi,

L'Autriche eut pour délégués :

M. Lavison, consul général ;

M. le docteur Ménis, conseiller du gouvernement de Sa Majesté Impériale, proto-médecin de la Dalmatie.

Le gouvernement des Deux-Siciles :

M. Falcon, consul général ;

M. le docteur Carbonaro, secrétaire de la Faculté médicale attachée à la magistrature de Naples.

Le gouvernement espagnol :

Don Antonio Maria Segovia, consul de S. M. Catholique ;

M. le docteur Monlau, ancien secrétaire du conseil royal de santé et membre du conseil municipal de santé de Madrid.

Le gouvernement des Etats romains :

M. Escalon, consul général ;

M. le docteur Cappello, membre de la magistrature suprême de santé.

Le gouvernement français :

M. C.-E. David, ministre plénipotentiaire ;

M. le docteur Mélier, membre de l'Académie nationale de médecine et du comité consultatif d'hygiène publique.

Le gouvernement de la Grande-Bretagne :

M. Anthony Perrier, consul de S. M. Britannique ;

M. le docteur Sutherland, inspecteur médical surintendant du conseil général de santé d'Angleterre.

Le gouvernement grec :

M. Vitalis, consul de S. M. Hellénique ;

M. le docteur Costi, médecin de S. M. Hellénique, professeur à l'Université d'Athènes.

Le gouvernement portugais :

M. Juan Mouzinho da Silveira, attaché à la légation de S. M. très Fidèle ;

M. le docteur Grande, membre du conseil de S. M. très Fidèle.

Le gouvernement russe :

M. d'Ebeling, consul général ;

M. le docteur Rosenberger, membre du conseil supérieur de santé de Saint-Pétersbourg.

Le gouvernement sarde :

M. Magnetto, consul général ;

---

(1) Le SPOGLIO consiste dans le lavage et la purification des vêtements ; selon M. de Ségur-Dupeyron, ce n'est qu'après une quarantaine de 29 jours qu'un passager qui est resté en communication avec ses hardes offre autant de garanties qu'un passager en offre après quinze jours, s'il a fait le SPOGLIO !

(1) M. le docteur Brayer raconte qu'à Nice, en 1820, le médecin du lazaret, pour s'assurer de son état de santé et de celui de ses compagnons de voyage, les invita à faire chacun trois sauts et à se frapper les régions axillaire et inguinale.

M. le docteur Bô, professeur de médecine à l'Université royale de Gênes.

Le gouvernement toscan :

M. Cecconi, consul général ;

M. le docteur Betti, professeur de médecine et de chirurgie, surintendant des hôpitaux de la Toscane ;

Le gouvernement de la Sublime Porte :

M. Halphen, consul général à Paris ;

M. le docteur Bartoletti, membre du conseil de santé de Constantinople.

M. C.-E. David, ministre plénipotentiaire français, fut nommé président ; deux secrétaires tenaient la plume : M. Jules David et M. le docteur Desormeaux.

Après des débats profonds et de consciencieuses investigations, qui se prolongèrent pendant l'espace de sept mois, la conférence rédigea une convention sanitaire et un règlement international destiné à en déterminer l'application, et dans lesquels le principe fondamental est l'uniformité du système sanitaire pour toutes les puissances méditerranéennes.

C'est le résultat de ce congrès que le *Moniteur* nous a fait connaître en publiant le décret du 27 mai, suivi du règlement sanitaire international que nous avons reproduit dans nos numéros du 4 et 7 juin.

Il suffit de jeter un coup d'œil sur les articles principaux de la convention pour apprécier le progrès énorme obtenu dans l'application des mesures sanitaires.

Ainsi, tout en convenant de se réserver le droit de se prémunir sur leurs frontières de terre contre un pays malade ou compromis et de mettre ce pays en quarantaine ; tout en arrêtant en principe pour les arrivages de mer d'appliquer à la peste, à la fièvre jaune et au choléra les mesures sanitaires spécifiées, en exigeant de tout navire la production d'une patente et autorisant les ports sains à se garantir contre un bâtiment ayant à bord une maladie réputée importable, telles que le typhus et la petite vérole maligne, il est cependant bien entendu que, hors les cas de peste, de fièvre jaune et de choléra, ces mesures exceptionnelles ne pourront être appliquées qu'aux navires infectés et ne compromettront pas le pays de provenance ; que jamais du reste, et dans aucun cas, aucune mesure sanitaire n'ira jusqu'à repousser un bâtiment quel qu'il soit.

Que d'adoucissements, d'ailleurs, dans les mesures sanitaires! Ainsi, l'application des mesures de quarantaine sera réglée à l'avenir d'après la déclaration officiellement faite par l'autorité sanitaire instituée au port du départ, que la maladie existe réellement. La cessation de ces mesures se déterminera sur une déclaration semblable que la maladie est éteinte, après un délai fixé à 30 jours pour la peste, à 20 pour la fièvre jaune, et à 10 pour le choléra.

Deux patentes seulement sont maintenues : la patente nette et la patente brute ; et encore a-t-on adopté un minimum et un maximum pour l'application des mesures sanitaires. En ce qui concerne la peste, le minimum est fixé à 10 jours pleins, et le maximum à 15.

Les provenances de l'Orient seront admises en libre pratique au moyen de la patente nette, dès que le gouvernement ottoman aura complété l'organisation de son service sanitaire ; dès aujourd'hui elles le sont avec patente nette après 8 jours de traversée, lorsque les navires ont à bord un médecin sanitaire, et après 10 jours quand ils n'en ont pas.

En ce qui concerne la fièvre jaune, lorsqu'il n'y aura pas eu d'accident pendant la traversée, le minimum sera de 5 jours pleins, et le maximum de 7. Ce minimum pourra être abaissé à 3 jours, lorsque la traversée aura duré plus de 30 jours, et si le bâtiment est dans de bonnes conditions d'hygiène. Quand des accidents se seront produits, le minimum sera de 7 jours, et le maximum de 15.

Enfin, pour le choléra, les provenances des lieux où règnera cette maladie pourront être soumises à une quarantaine d'observation de 5 jours pleins, y compris le temps de la traversée. Quant aux provenances des lieux voisins ou intermédiaires et notoirement compromis, elles pourront aussi être soumises à une quarantaine d'observation de 3 jours, y compris la durée de la traversée.

On a pu voir par le règlement que nous avons publié que, pour l'application des mesures sanitaires, les marchandises sont rangées en trois classes : la première pour les marchandises soumises à une quarantaine obligatoire et aux purifications ; la seconde pour celles assujetties à une quarantaine facultative ; la troisième, enfin, pour les marchandises exemptes de toute quarantaine.

Pour la réception des bâtiments, des passagers, des marchandises et autres objets soumis à la quarantaine, les puissances s'engagent à maintenir ou à créer le nombre de lazarets réclamé par les exigences de la santé publique, par le bien-être des voyageurs et par les besoins du commerce ; enfin uniformité des droits sanitaires réduits à un taux qui ne peut nuire au commerce ; institution de vingt nouveaux postes de médecins sanitaires dans les Échelles du Levant, dont les puissances s'engageront à faire les frais, en se réservant la faculté d'y nommer leurs nationaux, tels sont en résumé les avantages que présente la convention sanitaire internationale, convention qui, quoiqu'elle ne soit pas encore généralement ratifiée, n'est pas moins destinée avant peu à devenir la charte universelle des mers, car déjà les États-Unis et la Belgique ont demandé à adhérer à des clauses discutées et adoptées par les représentants commerciaux et scientifiques des douze puissances.

Quelles que soient les opinions que l'on professe sur la contagion, qu'on admette ou rejette le principe du *contagium* immédiat ou médiat, il est impossible de ne pas reconnaître que des mesures de séquestration sont utiles, lorsqu'on voit sur un navire arrivant d'un pays frappé de fièvre jaune, Malaga, se développer dans le port de Pomègue, à Marseille, quatre cas de cette maladie, et l'épidémie se communiquer à tous les navires mouillés auprès du vaisseau infecté, en respectant les autres plus éloignés.

On ne saurait donc nier en certains cas les avantages de la séquestration, et par conséquent l'utilité des lazarets, modifiés d'après le progrès des lumières et de la civilisation, et ce sera l'éternelle gloire de la France d'avoir eu l'initiative de ce progrès, qui sera un immense bienfait pour le commerce du monde, en admettant même que ce progrès ait été acheté par des concessions quelque peu regrettables.

De son côté, la France trouvera, outre l'honneur et le mérite de l'initiative, des avantages matériels incontestables. L'inégalité des conditions sanitaires ne l'exposera plus à une concurrence nuisible, et elle pourra tourner toutes ses ressources vers des améliorations intérieures. Ainsi, le nouveau port de Marseille, l'agrandissement de celui du Havre, auront bientôt réalisé le rêve conçu naguère, et qui, après avoir séduit un grand financier, était tombé devant la raison et la réalité, celui de faire de Paris un port de mer. Paris sera ce qu'il peut et doit être ; il ne verra pas les navires de guerre ou de commerce remonter jusqu'au pied des tours de Notre-Dame, mais il tiendra sous sa main l'Océan et la Méditerranée, c'est-à-dire le Midi et l'Orient, le Nord et l'Occident, et, nous le répétons, le gouvernement aura la gloire d'avoir provoqué des mesures qui, bien exécutées, et jointes aux soins bien entendus de l'hygiène et au progrès de la civilisation et des lumières dans les pays les moins avancés, finiront par rayer de la surface du globe ces fléaux qui rappellent de temps à autre les vastes et terribles épidémies du moyen âge, et dont quelques-unes au moins seront arrêtées au passage, comme l'a été à plusieurs reprises, il faut bien l'avouer, dans l'ancien lazaret de Marseille, la fièvre jaune en 1802, 1804 et 1822.

F. Fabre.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Nonat.

Hydropisie générale. — Diurèse. — Guérison.

(Observation communiquée par M. Pinaud, interne.)

Le 19 janvier 1853 est entré au n° 11 de la salle Saint-Charles un nommé Capel (Jacques), âgé de soixante-deux ans, exerçant la profession de scieur de pierres.

Depuis deux ans cet homme avait des palpitations de cœur et se plaignait d'une toux continuelle, qui cependant ne l'empêchaient pas de continuer ses travaux. Il y a un mois et demi, il vit ses jambes enfler, puis peu à peu l'enflure gagna le ventre et le tissu cellulaire de tout le corps.

Le 19 janvier, jour de son entrée, les jambes présentent un œdème considérable qui s'étend même aux membres supérieurs et jusque dans le tissu cellulaire du tronc ; en même temps son ventre est distendu par une énorme quantité de liquide, qu'on peut à peu près évaluer à huit ou neuf litres ; palpitations de cœur. A l'auscultation, battements un peu sourds et irréguliers ; à la percussion, matité très considérable. On diagnostique une hypertrophie avec présence d'une assez grande quantité de liquide dans le péricarde. On trouve encore au sommet du poumon gauche des tubercules en voie de ramollissement, et en auscultant et en percutant la poitrine, il est facile de constater dans chacune des plèvres un épanchement qui remonte assez haut. Le pouls est fort et un peu irrégulier. Le malade éprouve de la dyspnée. Les urines sont rares depuis que l'œdème a commencé à paraître, et surtout depuis quelques jours ; elles sont rouges, épaisses, laissant un dépôt très considérable au fond du vase : du reste, elles ne contiennent aucune trace d'albumine.

Traitement. — Chiendent nitré ; trois pilules de 5 centigrammes de poudre de digitale.

Le malade reste douze jours environ dans l'état où il se trouvait lors de son entrée.

Le 2 février, dans la nuit, il est pris d'une envie subite d'uriner, sans pouvoir se retenir. Le malade urinait dans son lit continuellement, et avait à peine le temps de descendre pour se procurer un bassin. La quantité de liquide que le malade rendit ainsi put être évaluée à environ huit litres. Le matin, à la visite, on pouvait constater que l'œdème général, l'épanchement contenu dans le péritoine, les plèvres et le péricarde avaient considérablement diminué, et que la dyspnée et les palpitations de cœur gênaient beaucoup moins le malade. Cependant sa figure était pâle, abattue, et il était plongé dans un état de somnolence qui lui permettait à peine de répondre aux questions qu'on lui adressait.

Le 4, l'état de somnolence continue toujours. Le malade présente un air hébété ; il répond tant bien que mal aux quelques questions qu'on lui adresse, et on peut remarquer qu'il existe un léger embarras de la parole ; il existe aussi un peu de déviation de la bouche et de la langue du côté droit. L'émission de l'urine n'a pas été plus fréquente que les jours précédents, mais elle est plus claire qu'auparavant, ne présente point de dépôts et ne contient pas d'albumine.

Le 5, pendant la nuit, le malade a encore été pris de nouvelles envies d'uriner ; ces envies étaient tellement subites et fréquentes qu'il avait à peine le temps de se lever, et qu'il urinait dans son lit ou sur le parquet. C'est la raison qui fit que les urines ne purent être examinées.

Le matin, à la visite, on constate que la somnolence est plus considérable qu'hier, la déviation de la langue et de la bouche plus prononcée. On remarque en même temps qu'il existe de l'engourdissement, un peu d'insensibilité et de la difficulté d'agir dans les membres du côté gauche. Le pouls est à peu près normal ; la respiration régulière, les palpitations de cœur à peine appréciables ; l'œdème des membres et du tronc a complétement disparu. Il en est de même des liquides contenus dans l'abdomen, le péricarde et les plèvres. — Sangsues aux apophyses mastoïdes.

Le lendemain 6 février, il y a un peu de mieux, moins d'abattement, mais les accidents de paralysie sont toujours très marqués.

Le 7, le mieux semble se continuer ; cependant le malade a eu dans la journée d'hier un accès de délire sans fièvre qui a duré près d'une heure.

Le 8, un autre accès revient pendant la visite ; on est obligé de lui mettre la camisole.

Les jours suivants, le malade a des alternatives de mieux et de pis ; seulement on peut remarquer que, sans avoir de fièvre, il présente un délire dans les idées qui semble à peu près continu, mais qui devient plus fort à certains instants. A côté de ce délire habituel, se manifeste de temps en temps un délire d'action : ainsi le malade se lève assez tranquillement, défait son lit, déchire ses rideaux ou renverse son vase de nuit. Malgré cela, la santé générale semble s'améliorer ; les symptômes de paralysie disparaissent peu à peu, et l'œdème ne se reproduit plus. Les urines ne présentent pas de traces d'albumine.

Le délire disparaissant peu à peu, ainsi que les accès, le malade put quitter l'hôpital en assez bonne voie de guérison le 6 mars.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. Chassaignac.

De l'emploi du chloroforme dans les luxations. — Luxation de la tête du fémur dans l'échancrure sciatique. — Réduction par le procédé de la rotation en dehors aidé du chloroforme.

L'emploi du chloroforme dans le traitement des luxations a été non-seulement une conquête pour la thérapeutique, mais encore la source de renseignements éminemment utiles sur la véritable cause des difficultés qui s'opposent à la réduction.

Quoiqu'une saine critique eût depuis longtemps fait justice de certaines explications théoriques fondées sur les rapports nouveaux qu'on supposait s'établir entre les têtes des os et le siége de la rupture capsulaire, il restait néanmoins des doutes difficiles à dissiper. Mais lorsque le chloroforme est venu démontrer que dans l'absence de toute contraction musculaire les luxations se réduisaient avec une facilité surprenante, il a bien fallu renoncer aux théories qui plaçaient autre part que dans cette contraction les difficultés de la réduction. Sous ce rapport, on peut dire que l'épreuve du chloroforme a vivement éclairé la partie la plus importante de l'histoire des luxations.

L'effet de ce moyen est d'autant plus frappant qu'on a affaire à des luxations dans lesquelles on était habitué à un déploiement considérable de forces dans le but d'obtenir la réduction. Parmi ces luxations, figure au premier rang celle de la cuisse. C'est surtout pour celle-là que l'usage du mouffle, déjà employé depuis longtemps en Angleterre, était naguère encore généralement admis et conseillé dans la pratique des chirurgiens français. Nous avons eu tout dernièrement lieu de vérifier l'exactitude des assertions qui précèdent à l'occasion de cette forme assez curieuse de luxation de la cuisse qui a été désignée par Astley Cooper sous le nom de *luxation dans l'échancrure sciatique*.

L'emploi d'un procédé de réduction qui, après avoir été indiqué par Pouteau, a été réintégré dans la pratique actuelle par M. Després, doit être considéré comme ayant eu une part dans la facilité de la réduction, attendu qu'il n'est pas une seule variété des luxations de la cuisse dans laquelle l'emploi de ce procédé soit plus rationnel que dans la luxation sur l'échancrure sciatique. Mais, sans faire tort à la valeur de ce procédé, nous ne pouvons admettre qu'il n'ait pas été singulièrement aidé par l'état de résolution musculaire préalablement obtenu par le chloroforme.

Obs. — Dans la matinée du 13 mai 1853, peu de temps avant la visite du matin, on apporte à l'hôpital Saint-Antoine le nommé Egloff (Alexandre), âgé de trente-trois ans, tailleur de pierres.

Cet homme est d'une constitution robuste ; son système musculaire est parfaitement développé et se dessine d'autant mieux sous la peau qu'il a très peu d'embonpoint. Le malade est admis dans les salles comme atteint de fracture de cuisse, attendu, nous dit-on, que tel a été le jugement d'un médecin du reste fort instruit, ancien interne des hôpitaux, qui a été appelé au moment de l'accident et qui a dit avoir constaté une crépitation non douteuse. Au moment où l'on découvre le malade pour l'examiner, on est tout d'abord frappé de l'attitude dans laquelle il se présente. Sa cuisse droite, fortement fléchie, est dans la rotation en dedans ; la jambe est également fléchie sur la cuisse ; mais l'on parvient, non sans quelque résistance, à mettre le genou dans l'extension, et alors on voit que le pied droit conserve sa rotation en dedans et que *l'extrémité de son gros orteil vient répondre justement sur l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil du pied gauche.* Cette attitude impliquerait à elle seule l'existence d'une luxation du fémur, si l'on ne savait que dans certaines fractures de la partie supérieure de cet os la pénétration des fragments peut, en se faisant sous certaines incidences, donner lieu à l'attitude qui vient d'être mentionnée.

Ce signe existait à un haut degré d'évidence chez notre malade ; il ne pouvait donc rester aucun doute sur l'existence d'une luxation du fémur en arrière. Nous avons maintenant à rendre compte des autres signes confirmatifs de cette première donnée, et aussi de la variété de luxation à laquelle on avait affaire.

Examen de la fesse. — On est frappé tout d'abord d'une exagération notable dans la saillie que présente cette région ; non-seulement cette saillie est constatée ; mais on reconnaît encore, au moyen d'une pression forte, qu'elle est formée par une tumeur arrondie très volumineuse, recouverte par les muscles fessiers, et qui n'est autre chose que la tête du fémur. Les changements survenus dans la conformation normale de la fesse portent non-seulement sur son degré de saillie ; mais, de plus, son diamètre transversal est agrandi, le pli de la fesse est complétement effacé, et la partie supérieure de la cuisse est plus large et plus volumineuse que du côté gauche.

Le grand trochanter, que l'on reconnaît parfaitement et qui a subi un mouvement de rotation par suite duquel il se présente sous les doigts par son bord postérieur plutôt que par sa face externe, comme cela a lieu dans l'état normal, s'est rapproché de l'épine iliaque antérieure et supérieure, de telle sorte que, si la distance entre les deux points est prise alternativement à droite et à gauche, on reconnaît qu'elle est de 11 centimètres sur le côté droit et de 12 centimètres et demi sur le côté opposé.

La cuisse a subi un mouvement général d'adduction. Elle est en outre légèrement fléchie sur le bassin. Ce qu'il y a de plus frappant dans son changement d'attitude, c'est la rotation en dedans qu'elle a subie sur son axe. Cette rotation est telle, que la rotule droite vient porter directement contre le condyle interne du fémur gauche, et que, lorsqu'on incline le malade dans le décubitus à gauche, la rotule de membre luxé vient porter à plat sur le lit par sa face antérieure. Le mouvement de rotation en dedans et celui d'adduction peuvent être augmentés par l'observateur, tandis que l'abduction et la rotation en dehors sont impossibles.

Le membre présente un raccourcissement de 1 centimètre et demi. Les muscles de la cuisse sont comme contournés en spirale. A tous ces signes, il est facile de reconnaître une luxation de la tête du fémur dans l'échancrure sciatique. La circonstance de la juxtaposition de l'extrémité du gros orteil droit contre l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil gauche est caractéristique de la luxation dans l'échancrure sciatique, et différentielle des autres luxations postérieures de la tête du fémur, en ce sens que dans la luxation sur la fosse iliaque proprement dite, c'est le pied en totalité qui vient croiser la direction de

l'autre pied, et en ce que dans la luxation dite ischiatique, c'est-à-dire en arrière et en bas, il y a allongement du membre.

Voici maintenant dans quelles circonstances l'accident a eu lieu.

Il s'agissait de faire basculer une voiture pesamment chargée de moellons de manière à porter en bas son extrémité postérieure. Le brancard fut donc élevé, le derrière de la voiture s'abaissa, et la charge glissa sur le sol, à l'exception toutefois d'une pierre très longue et très lourde, retenue sur l'avant de la voiture. Le poids de cette masse, n'étant plus contre-balancé par le reste de la charge, fit tout à coup retomber avec beaucoup de force le brancard. Or, il faut savoir que notre homme se trouvait alors placé latéralement auprès de l'un des côtés du brancard, dans l'attitude d'un individu qui chercherait à maintenir l'élévation de celui-ci. Mais la puissance du choc l'emportant tout à coup sur la résistance qui lui était opposée, la moitié droite du brancard vint retomber brusquement sur cet homme. Au lieu de porter sur le sommet de la tête, ce qui l'eût infailliblement tué, le corps vulnérant vint passer presque parallélement à la partie antérieure de la face, pour retomber de là sur la partie supéro-antérieure de la cuisse droite, qui se trouvait alors légèrement fléchie, de telle sorte que la tête du fémur fut violemment refoulée en arrière et portée dans l'échancrure sciatique. Nous avons eu la preuve de l'exactitude de ces explications dans la présence d'une érafflure très forte existant sur toute la face dorsale du nez.

La luxation étant reconnue, le blessé fut assoupi au moyen du chloroforme.

Après avoir fléchi à angle droit la jambe sur la cuisse, M. Chassaignac imprime au fémur un mouvement énergique de rotation en dehors. Un bruit sec se fait entendre, et le membre reprend aussitôt sa conformation, son attitude et sa mobilité normale. La luxation était réduite.

Pour prévenir tout nouveau déplacement, les deux pieds furent solidement et parallèlement unis ensemble au moyen d'une bande disposée en 8 de chiffre.

De nombreuses ventouses scarifiées furent appliquées les jours suivants au pourtour de la cuisse. Le gonflement et la vaste ecchymose postérieure ne tardèrent pas à se dissiper.

Réflexions. — Cette observation nous a surtout paru intéressante, d'un côté, par la netteté des signes de la luxation sur l'échancrure sciatique, de l'autre, par la précision des détails obtenus touchant le mécanisme d'après lequel s'est produite la luxation.

Ces genres de faits, dans lesquels l'action de la cause a pu être analysée avec exactitude et d'une manière très satisfaisante, sont d'un importance extrême pour éclairer l'un des points les plus difficiles et les plus controversables de l'histoire des luxations, nous voulons parler de leur étiologie. Que l'on parcoure, en effet, un grand nombre d'observations de luxations traumatiques, et l'on sera surpris du vague, de l'incertitude, de l'absurdité même des renseignements fournis par les malades. Il faut se reporter, pour comprendre les *desiderata* de la science sur ce sujet, aux circonstances dans lesquelles se trouvent le plus grand nombre des individus sur lesquels on recueille les observations habituellement les plus exactes et les mieux faites. Ce sont, en effet, des malades traités dans les hôpitaux, c'est-à-dire des hommes qui, par suite de leur position sociale ou de leurs habitudes, constituent la classe la plus impropre à fournir des renseignements exacts sur quoi que ce soit, et moins encore, par conséquent, sur une chose aussi difficilement observable que le mode de production d'une luxation. Quand on interroge ces malades sur la manière dont est survenu l'accident qui les a conduits à l'hôpital, on les trouve presque toujours dans des dispositions défavorables pour la recherche de la vérité. Les uns, par suite de la faiblesse de leur intelligence, les autres, par suite de cette inconcevable manie des dénégations systématiques dont on a de si fréquents exemples dans la pratique des hôpitaux. Ces pauvres gens se comportent comme s'ils étaient sous la préoccupation que l'on va tirer de leurs aveux quelque conséquence susceptible de leur porter préjudice. Ils s'enveloppent alors dans un système de réticences qui rendent très difficile le rôle de l'observateur. On dirait qu'ils ne voient en lui qu'un juge d'instruction, et encore un juge intéressé à les trouver en faute. Joignez à cela que la plupart des individus atteints de luxations étaient ivres au moment de l'accident, ou bien engagés dans une rixe, ou enfin précipités d'une hauteur plus ou moins considérable. Demander des détails précis à de pareils sujets, c'est leur tenir un langage à peu près aussi clair que celui d'un clinicien novice qui demandait sérieusement à un malade *s'il avait du râle crépitant.*

Il est facile de voir, d'après tout cela, combien l'étiologie des luxations est difficile au lit du malade quand on la compare à ce qu'elle est dans les livres, et l'on comprend tout le prix qu'il faut attacher aux observatious dans lesquelles on a été assez heureux pour obtenir des renseignements exacts.

Il est dans le diagnostic des luxations de ces signes tellement caractéristiques qu'ils peuvent presque dispenser de s'enquérir de tous les autres. C'est toujours par la recherche de ces signes décisifs que le praticien doit commencer son examen. Un seul de ces signes, quand il est bien constaté, éclaire sur-le-champ le diagnostic de la maladie, donne dès lors une très grande rapidité de coup d'œil à celui qui sait le percevoir de bonne heure, lui évite tout tâtonnement.

Ces diagnostics, parfois merveilleux, qui, dans quelques cas, ont répandu beaucoup d'éclat sur la pratique de certains maîtres, n'étaient peut-être rien autre chose qu'une question de méthode dans l'ordre de la recherche des signes. Il est pour les luxations de la cuisse en arrière, soit en haut, soit en bas, un signe de ce genre; c'est celui qui s'obtient en plongeant tout d'abord la main dans la région inguinale. L'absence de la tête du fémur dans sa cavité normale donne lieu, dans cette région, à un creux tellement profond, à une sensation telle, qu'on se sent pour ainsi dire insensiblement fixé aussitôt qu'on en a la perception. C'est, pour le dire en passant, le meilleur des signes de la luxation congénitale.

Plier un membre à angle droit dans le sens de sa flexion naturelle, se servir de la brisure terminale comme d'un bras de levier de la puissance rotatrice, tandis que le bras de la résistance n'est plus représenté que par le demi-diamètre de la tête articulaire de ce membre, c'est là ce que M. Chassaignac appelle convertir un membre en levier de rotation. Ce levier s'applique avec le même avantage à la réduction du membre luxé et à l'application des manœuvres rotatoires. Le membre alors représente un levier coudé dont la puissance est irrésistible. Soit pris pour exemple le membre inférieur : est-il dans l'allongement, le bras de levier de la rotation n'est représenté que par la longueur du pied.

Si, au contraire, la jambe étant pliée à angle droit sur la cuisse, on se sert de la jambe pour imprimer au fémur un mouvement de rotation sur son axe, le levier de la puissance est représenté alors par toute la longueur de la jambe, depuis le genou jusqu'au pied. La puissance qui en résulte pour celui qui veut tenter une réduction ou seulement une exploration est telle, qu'il n'y a pas, de la part du malade, d'action musculaire capable de lutter contre une pareille manœuvre. Elle est telle, en un mot, que l'on pourrait, au moyen de cette attitude, et en agissant sur un membre sain, déterminer sans beaucoup de difficultés une luxation. Le chirurgien doit en être prévenu ; car s'il lui importe de connaître toute l'étendue de sa puissance d'action, il ne lui est pas moins nécessaire d'avoir la mesure des limites dans lesquelles il doit la restreindre ; autrement ce serait mettre une arme entre les mains d'un enfant.

DE L'ACTION DU BICHROMATE DE POTASSE

sur l'économie animale,

Par M. Jaillard.

Pour arriver à la solution de cette question complexe, il faut déterminer :

1° La dose à laquelle le bichromate de potasse est un poison ; et cela, suivant qu'on l'introduit dans l'estomac, qu'on l'injecte dans les veines, ou qu'on le dépose dans le tissu cellulaire sous-cutané ;

2° Les symptômes généraux manifestés à la suite de son administration ;

3° Enfin, les lésions qu'il a produites dans les différents organes de l'économie.

1° *A quelle dose ce produit est-il toxique?*

Nous avons dû, pour résoudre ce premier point, nous livrer à de nombreuses expériences sur les animaux, et nous les avons faites de préférence sur des chiens et des lapins, en variant les circonstances, c'est-à-dire en faisant agir le produit tantôt dans l'estomac, tantôt dans le tissu cellulaire sous-cutané, et tantôt dans le torrent circulatoire.

Pour l'introduire dans l'estomac, nous nous sommes servi constamment du moyen suivant : nous introduisions dans le pharynx de l'animal une sonde urétrale de calibre moyen, et nous n'enlevions la sonde qu'après l'avoir lavée avec une ou deux injections d'eau distillée. Ainsi on évite toute perte, et par conséquent toute cause d'erreur. Il est préférable d'employer la solution, car lorsqu'on introduit la substance solide réduite en poudre et mise en bol, il n'y en a qu'une faible partie qui agit et qui détermine presque aussitôt l'expulsion des bols encore intacts.

Première expérience. — Nous avons injecté dans l'estomac d'un chien de petite taille, le 8 mars 1853, à une heure et demie, une solution de 0,20 de chromate rouge. Quinze minutes après l'opération, l'animal est pris de vomissements abondants ; il rend d'abord des matières alimentaires fortement colorées en jaune, puis un liquide glaireux et spumeux présentant la même couleur. Abattu et comme étourdi, il ne répond point à l'appel, reste sur ses pattes, et fait à chaque instant de nombreux efforts pour vomir. A trois heures, il a plusieurs selles liquides ; les vomituritions continuent jusqu'au soir. Au moment où nous le quittons, il paraît souffrir, éprouve un tremblement continu et refuse toute nourriture.

Le lendemain, à notre arrivée, nous le trouvons étendu et privé de vie. Il a eu pendant la nuit plusieurs selles liquides et des vomissements de matières glaireuses jaunâtres.

A l'autopsie, l'estomac est contracté, sa paroi interne offre une coloration qui varie depuis le rouge clair jusqu'au brun foncé : coloration résultant d'une injection par plaques disséminées ; il existe aussi quelques ecchymoses au niveau de la grande courbure. L'intestin, jusqu'au cœcum, reproduit assez bien les lésions que nous avons trouvées dans l'estomac ; elles sont seulement moins fréquentes.

Le cœur est rempli d'un coagulum noir excessivement mou. Les poumons sont légèrement hypérémiés vers les parties superficielles. Point de sérosité dans les ventricules du cerveau, point de congestion du côté de ce viscère ; la moelle épinière est normale.

Deuxième expérience. — Le 10 mars, à un chien de moyenne taille, nous donnons en deux fois et en deux jours 0,15 de bichromate de potasse. L'animal a de nombreux vomissements ; point de selles. Le 11 au soir, il accepte la nourriture qu'on lui présente. Le lendemain nous lui donnons la mort.

A l'autopsie, nous trouvons l'estomac revenu sur lui-même et présentant les mêmes lésions que dans le cas précédent. L'intestin offre en certains points de sa surface quelques arborisations vasculaires. Rien dans les autres appareils.

Troisième expérience. — Nous trouvons dans le mémoire de Ducatel que 0,20 donnés à un chien ont amené la mort au bout de six jours après des vomissements non interrompus.

Quatrième expérience. — Le 25 mars, nous donnons à un lapin 0,05 de bichromate de potasse ; l'animal semble n'en ressentir aucun effet ; le lendemain, 0,10 : à peine un quart d'heure s'est-il écoulé, que notre lapin s'étend sur le ventre, les deux membres postérieurs fortement convulsés en arrière. Sa respiration est difficile et précipitée, et au moment où nous croyions qu'il était agonisant, une abondante déjection alvine et liquide vint faire disparaître les symptômes graves qu'il manifestait. Le lendemain, à trois heures, la respiration subit de nouveaux troubles, et l'animal, étendu sur le côté, ne tarda pas à succomber.

A l'ouverture du cadavre, les deux poumons sont fortement engoués ; les vésicules pulmonaires, dans certains points, sont dilatées par de l'air, comme dans l'emphysème. Le cœur est rempli d'un coagulum mou et noir.

L'estomac, près de l'orifice cardiaque, présente quelques ecchymoses, et en un point comme une ulcération granuleuse ; il est, d'ailleurs, rempli de matières non digérées. Rien dans le reste de l'intestin, rien dans le cerveau.

Cinquième expérience. — Le 8 avril, nous pratiquons l'œsophagotomie sur un chien de moyenne taille ; puis nous opérons la ligature de cette partie du tube digestif après y avoir injecté 0,15 de chromate rouge. L'animal éprouve bientôt des envies de vomir et fait de nombreux efforts. Il se jette sur l'eau qu'on lui présente, lape avec avidité, en ingurgite de grandes quantités qui ne le désaltèrent pas, car elles s'écoulent par l'ouverture que nous avons pratiquée. Il éprouve des mouvements convulsifs continus. Le lendemain, mêmes phénomènes ; point de diarrhée. Le surlendemain, nous lui donnons la mort, et nous trouvons ses organes digestifs dans l'état suivant : l'œsophage, depuis la ligature jusqu'à l'estomac, est sain. Au niveau du cardia est une forte ecchymose ; une injection très prononcée recouvre toute la grande courbure de l'estomac ; les parois de ce viscère, revenues sur elles-mêmes, renferment avec du foie non digéré un liquide d'un jaune verdâtre.

L'intestin présente de nombreuses taches ecchymotiques, altérations qui s'étendent jusqu'à $0^m,30$ du cœcum. Ailleurs, rien de particulier.

Sixième expérience. — Le 10 avril, même expérience sur un chien de même taille ; mêmes symptômes ; l'animal manifeste une plus grande difficulté pour respirer ; son expiration est prolongée et stertoreuse. Deux heures après, selles liquides ; l'animal est dans le plus grand abattement. Mort sept heures après l'opération.

Nous constatons, à son ouverture, une congestion de tout le poumon gauche ; le cœur est plein d'un sang noir très diffluent ; tout le tube digestif est distendu par des gaz ; la muqueuse de l'estomac est ramollie ; ses parois, fortement ecchymosées, présentent une coloration noire, comme gangréneuse, et renferment une assez grande quantité d'un liquide brun-noirâtre résultant d'une exhalation sanguine. Dans l'intestin grêle, mêmes altérations, d'autant moins prononcées qu'on se rapproche plus du cœcum. Dans le gros intestin, quelques matières jaunâtres présentent des stries sanguinolentes. La surface du cerveau est assez fortement injectée. Pas d'altérations dans la substance cérébrale ; rien dans les ventricules.

Dans le *Journal de Philadelphie* nous trouvons une observation de Ducatel sur les lésions qu'il constata à l'autopsie d'un chien tué quinze minutes après avoir pris deux doses d'une forte solution de bichromate. La membrane muqueuse de la bouche et de toute l'étendue des premières voies était très épaisse et dans un grand état d'inflammation. A la grande courbure de l'estomac, en face de l'orifice cardiaque, cette membrane était gangrénée et facilement enlevée avec les doigts. Les tuniques musculeuses et péritonéales étaient également très injectées.

Septième expérience. — Le 15 mars, à midi, nous faisons une incision sur la peau de la région fessière d'un chien de petite taille, et nous déposons sous un des bords de la plaie que nous avons disséquée 0,20 de bichromate réduit en poudre fine. Puis, les lèvres de la plaie réunies au moyen d'une serre-fine, nous abandonnons l'animal, qui à deux heures est pris de vomissements nombreux. A cinq heures, deux selles demi-liquides ; il fuit quand on lui présente la nourriture, et est soumis à un tremblement continu. Le 16, nombreuses vomituritions, quelques déjections muqueuses, un peu sanguinolentes ; il ne veut pas manger. Le 17, à cinq heures du matin, nous le trouvons mort.

A l'autopsie, le poumon droit est fortement congestionné ; quelques mucosités dans les bronches : rien au cœur ; les parois de l'estomac présentent quelques points enflammés ; dans tout l'intestin grêle une assez forte injection vasculaire ; des matières sanguinolentes et demi-fluides répandues dans tout son parcours. Le cerveau ne présente rien d'anormal.

Huitième expérience. — Le 8 avril, à trois heures, nous opérons de la même manière sur un lapin, avec tous les ménagements qu'exige la fragilité de son existence. Nous déposons sous le derme de la région fessière 0,25 du sel en question. L'animal, qui, avant et pendant l'opération, avait rendu des matières solides, eut, deux heures après, des évacuations diarrhéiques. A six heures et demie, urines abondantes ; décubitus latéral ; respiration haletante et pénible ; inspiration difficile et bruyante ; refroidissement général. Mort à sept heures.

Nous nous empressons aussitôt d'enlever par une incision circulaire la partie sur laquelle nous avons déposé le poison ; elle ne présente aucune trace d'inflammation. Puis, par des lavages réitérés, nous avons dissous la quantité de sel restée inactive. D'après l'analyse que nous en avons faite, nous avons trouvé qu'elle était de 0,13, et que par conséquent 0,12 seulement avaient été absorbés ; d'où nous concluons qu'avec 0,15 au plus on peut donner la mort en cinq ou six heures à un lapin vigoureux et de forte taille.

Le poumon droit présente à l'autopsie une coloration rouge-brunâtre ; mis dans l'eau, il tombe lourdement au fond. Le cœur est rempli d'un coagulum noir et peu dense. L'estomac présente à gauche et au niveau de sa grande courbure une large plaque brune injectée sur ses bords ; arborisations vasculaires nombreuses dans l'intestin grêle. Le cerveau est normal.

Neuvième expérience (10 avril). — Sur un chien de petite taille, nous plaçons dans le tissu cellulaire sous-cutané de la région fessière 0,15 de bichromate ; quelques instants après, l'animal est pris de vomissements nombreux de matières glaireuses, fortement aérées, colorées par la bile. Dans la soirée, vomituritions, soif ardente ; l'animal refuse la nourriture qu'on lui présente ; à peine a-t-il bu que les vomissements reviennent et l'empêchent de rien garder. Le lendemain, mêmes symptômes ; quelques selles molles, jaunâtres.

Le 12, on dépose dans la même région du côté opposé 0,25 de bichromate. Dans la soirée et le jour suivant, efforts pénibles et multipliés pour vomir ; il refuse opiniâtrément la nourriture, boit toujours avec avidité et ne peut conserver les liquides dans son estomac. Nous avons remarqué que la muqueuse oculaire du côté gauche était rouge ; par l'angle interne de l'œil s'écoulait un liquide visqueux, purulent. Le soir, il était mort.

A l'autopsie, l'estomac était distendu par des gaz ; il contenait une assez grande quantité d'un liquide jaune-verdâtre ; sa paroi interne était injectée du côté du pylore. Cette altération se remarquait aussi dans les premières portions de l'intestin grêle. Rien dans les autres viscères.

Dixième expérience. — Nous trouvons à côté de la troisième expérience sus-citée, dans le *Journal de Philadelphie*, qu'un gramme de chromate rouge mis sous la peau du cou d'un chien détermine d'abord de l'aversion pour le manger et une sécrétion purulente de la muqueuse oculaire ; le second jour, des vomissements ; le troisième, la paralysie des membres postérieurs ; le quatrième, de la difficulté dans la respiration et la déglutition ; et le sixième, la mort.

Onzième expérience. — Le 15 avril, nous injectons dans la veine crurale d'un chien de forte taille 0,20 de bichromate de potasse. Sept minutes après l'opération, l'animal éprouve plusieurs vomissements de matières glaireuses fortement colorées par la bile. Sa respiration devient sifflante et pénible ; il est agité d'un tremblement continu. L'état d'abattement dans lequel il se trouve augmente peu à peu, et le lendemain il présente une prostration extrême, ses jambes refusent de le porter ; il ne veut accepter ni nourriture, ni boissons. Le 17, au matin, il était mort.

L'autopsie, faite peu de temps après sa mort, nous montra quelques taches rosées dans l'estomac ; puis, dans le système circulatoire, un sang rouge-brunâtre mal coagulé.

Douzième expérience. — Ducatel a aussi expérimenté le poison en l'injectant dans les veines. D'après lui, 0,05 dans la veine jugulaire d'un chien n'ont produit aucun effet, tandis que 0,50 ont amené la mort instantanément par la paralysie du cœur.

Nous ne pensons pas que la mort instantanée dont il est ici question soit le résultat de l'action du bichromate sur les mouvements du cœur. D'après une expérience que nous avons faite sur un chien de bonne taille avec une injection de 0,25 dans la veine saphène, nous sommes porté à croire que l'opinion de Ducatel est erronée, attendu que, vingt-six heures après l'opération, ayant sectionné le bulbe chez notre sujet, qui n'avait point encore succombé, nous vîmes, après en avoir fait

l'ouverture aussitôt, le cœur continuer à battre pendant près de dix minutes.

Nous croyons donc que la suspension des mouvements du cœur chez l'animal sujet de la douzième expérience a été amenée par l'injection d'une certaine quantité d'air plutôt que par l'injection chromatée.

D'après les expériences que nous venons d'exposer, nous pouvons conclure que 0,25 de bichromate de potasse introduits dans l'estomac d'un chien de moyenne taille, ou déposés dans son tissu cellulaire, ou injectés dans une de ses veines, peuvent amener la mort d'une manière certaine dans l'espace de deux à six jours.

2° *Quels sont les symptômes manifestés à la suite de l'administration du bichromate de potasse?*

Ce sel, administré à faibles doses, par exemple à la dose de 0,05 ou 0,10, est un irritant momentané du conduit alimentaire. Il amène des vomituritions, des vomissements, quelquefois de la diarrhée, de la perte d'appétit, de la difficulté dans la respiration, du ralentissement de la circulation. Ce dernier phénomène, nous l'avons constamment observé chez les individus soumis au traitement préconisé par M. E. Robin. Si la dose est plus élevée, tous les phénomènes d'une gastrite suraiguë se manifestent; la soif est vive; les vomissements sont difficiles et spontanés; l'introduction dans l'estomac de la boisson la plus douce suffit pour les provoquer. Ils sont composés de matières muqueuses, bilieuses, jaunâtres et quelquefois sanguinolentes. En même temps, la chaleur des extrémités disparaît; il y a de la dyspnée, une grande anxiété, de la perte d'appétit, des vomituritions nombreuses; puis la respiration devient stertoreuse, et c'est au milieu de la prostration la plus complète que le sujet succombe.

D'après l'auteur des troisième et douzième expériences, il donnerait lieu à l'inflammation de la conjonctive, à la formation dans le système bronchial d'un mucus coagulé et coloré par du sang, et à des affections exanthématiques, à des convulsions et à la paralysie des membres, tous phénomènes que pour la plupart nous n'avons point observés.

Obs. I. — Le nommé Dallac (Jean-Baptiste), âgé de trente ans, cordonnier, présente le 7 janvier 1852 des papules muqueuses de la marge de l'anus, une roséole confluente du tronc et une céphalée nocturne. Cinq mois auparavant, il avait eu un chancre induré à l'impasse du prépuce. Du reste, sa santé paraît parfaite, les organes digestifs sont sains et fonctionnent normalement. Soumis dès cette époque jusqu'au 27 du même mois au traitement par le bichromate de potasse donné à la dose de 0,01 à 0,05 d'une manière progressive, il nous dit avoir éprouvé dès les trois premiers jours du traitement de l'anorexie, des nausées sans vomissements, des coliques médiocrement violentes et un peu de diarrhée. Ces symptômes s'étant dissipés peu à peu, il reprit son traitement le 1er février, époque à laquelle on lui prescrivit 0,06; ici se manifestèrent de nouveaux symptômes qui nous remplirent de crainte pour les jours du malade au moment de leur apparition. Celui-ci, ayant par erreur avalé une dose double de celle qui lui était prescrite, éprouva aussitôt des vomituritions nombreuses accompagnées de vomissements. Son intelligence est intacte, le facies exprime l'inquiétude; la surface du corps est généralement froide; les extrémités sont surtout les points abandonnés par la chaleur; la figure est pâle, sans cyanose; le malade éprouve des crampes subites et passagères dans les membres inférieurs et à la partie cervicale postérieure; le pouls est à peine perceptible, filiforme, très lent; un peu de gêne dans la respiration.

Le soir, les phénomènes précédents sont réduits à leur plus simple expression après une médication énergique et stimulante.

Potion. — Acétate d'ammoniaque. . . 6 grammes.
Ether. . . . . 2 —
Eau de menthe. . . . . . 120 —
Thé et café chauds. Frictions sèches, sinapismes.

Obs. II. — Dans le même *Journal de Philadelphie*, le docteur Baër cite le fait suivant:

Un ouvrier, âgé de trente-cinq ans, voulant soutirer d'une cuve une solution de bichromate de potasse au moyen d'un siphon, aspira un peu de la solution dans la bouche en cherchant à l'amorcer. D'abord il crut qu'il avait tout craché; mais à peine s'était-il écoulé quelques minutes qu'il éprouva une grande chaleur à la gorge et dans l'estomac et un violent vomissement de mucus et de sang qui ne cessa que quelques moments avant sa mort, qui eut lieu environ cinq heures après l'accident.

Le corps de cet individu présenta à l'ouverture les altérations suivantes:

La muqueuse de l'estomac, du duodénum et environ un cinquième de celle du jéjunum étaient détruites par parties, et on enlevait facilement avec le manche du scalpel le peu qui restait. La partie inférieure du tube intestinal était saine.

3° *Quelles sont les lésions produites dans les différents organes de l'économie?*

D'après les expériences que nous avons exposées, nous voyons que le bichromate de potasse porte constamment son action sur le conduit alimentaire, amène le ramollissement de la muqueuse, détermine de la rougeur, des ecchymoses, parfois des ulcérations suivies de gangrène partielle sur les parois gastro-intestinales. Les poumons sont aussi le siége fréquent d'altérations; le plus souvent on les trouve seulement engoués; quelquefois ils présentent de la splénisation et de l'hépatisation dans une partie de leur étendue. Le sang semble avoir subi une modification; il est noir, diffluent et mal coagulé. Dans le système nerveux cérébro-rachidien, nous n'avons jamais rencontré de lésions; une fois pourtant nous avons eu à constater un peu d'injection de la pie-mère.

LES CALCULS DE M. CARNOT SONT-ILS CONTESTABLES?

Par M. le docteur Bayard.

Le jour où les calculs de M. H. Carnot ne seront pas authentiques, le résultat de chiffres officiels, mon système sur la gastro-entérite varioleuse manque de base, mes accusations contre la vaccine ne méritent nulle attention. Mes savants amis, MM. Ancelon et Duché, ce jour-là, proclamez que votre expérience était trompeuse, lorsque lentement, dans le silence, elle vous dévoilait ce que les pages de l'*Essai de mortalité* vous ont prouvé; et vous tous, généreux confrères prêts à venir en aide dans cette croisade, arrêtez-vous!

Les calculs de M. Carnot sont-ils contestables? Voilà donc la question, et toute la question. Il affirme qu'on *ne pourrait les contredire.* Conteste-t-on, en effet, les registres de l'état civil? ou bien les listes du tirage? ou bien ceux du Val-de-Grâce? ou bien ceux du Gros-Caillou? Il faut s'expliquer là-dessus nettement, les admettre avec franchise, ou les repousser avec force, si l'on ne veut pas être soupçonné de mauvaise foi; car il n'est plus possible de rester dans le doute équivoque, de flotter dans les nuages comme MM. Bousquet et Lévy. — « Gardez-vous de croire que la mortalité de la jeunesse ait augmenté depuis la vaccine! » dit le premier. — « Paradoxes! » dit M. Lévy. — « Chiffres contestables! » dit un troisième.

Contestez donc, pour l'amour de Dieu, pour l'amour de l'humanité, messieurs, si vous en avez le courage, et alors l'auteur de l'*Essai sur la mortalité comparée* reprendra la plume. Les leçons d'arithmétique profitent toujours.

A ce propos, voici quelques nouveaux chiffres qui n'ont pas encore vu le jour. Je les donne avec autorité; on me croira.

L'*Annuaire* de 1816 contient les décès par âge à Paris en 1814. Dans cette année désastreuse, on ne peut s'occuper, *à notre point de vue*, des décès masculins entre 20 et 30 ans, puisque le nombre des décès aux hospices fut:

Hommes. . . . . . 7,581 dont 2,569 militaires!
Femmes. 3,817
Différence. . . . . 3,764 hommes en plus.

L'entrée des alliés à Paris au 31 mars 1814, après résistance, explique suffisamment cette différence; mais on peut se borner aux décès féminins, car les femmes ne reçoivent de la guerre qu'un contrecoup affaibli.

Eh bien! voici les chiffres.

Sur 11,852 femmes décédées en 1814, on compte:

Âges	Décès		%
De 0 à 10 ans.	3,894	ou de 0 à 20 ans.	37 0/0,
10 à 20.	522		
20 à 30.	849	de 20 à 40 ans.	15 »
30 à 40.	881		
40 à 50.	1,075	de 40 à 60 ans.	18 »
50 à 60.	1,118		
60 à 70.	1,406	de 60 à 100 ans.	30 »
70 à 80.	1,400		
80 à 90.	603		
90 à 100.	44		
Ages inconnus.	60		
	11,852		100

On voit donc que, dès 1814, à Paris la mortalité des 20 premières années était réduite à 37 p. 100 *tout comme maintenant*, au lieu de 50 p. 100 au dernier siècle! Le vaccin avait produit tout son effet dans cette grande ville!

Mais de 20 à 40 ans, à l'époque de la fécondité légitime moyenne, la mortalité n'était que de 15 p. 100 à la même époque.

Or qu'on ouvre l'*Annuaire de* 1853, par exemple, à la page 161, et on y verra qu'en 1851 il y eut entre 20 et 40 ans 2,766 décès féminins sur 13,848 de tout âge, soit 20 p. 100.

Est-ce clair?... De 1814 à 1851, la mortalité des femmes de 20 à 40 ans s'est accrue *d'un tiers! Et nunc intelligite!*

Et c'est là un minimum, qu'on le sache bien, car l'année 1814 fut une année de grande mortalité, même pour les jeunes femmes, ce qu'il est aisé de comprendre, tandis que l'année 1851 n'a pas été mauvaise pour elles. En 1852 et 1853, le rapport *dépassera* 20 p. 100, comme il l'a dépassé en 1849, année du choléra, et aujourd'hui en raison de l'épidémie typhoïde qui vient de cesser.

AUTRES CHIFFRES.

Rapport des naissances aux mariages à Paris.

Années.	Enfants par mariage.
1850 et 1851.	3
1813 et 1814.	4

Est-il besoin de preuves pour admettre ces rapports différents entre les naissances et les mariages de nos jours et ceux de 1814? Ne sont-elles pas écrites dans les chiffres précédents? A une mortalité des deux sexes accrue aujourd'hui d'un tiers dans l'âge de fécondité doit correspondre une diminution proportionnelle des enfants issus de l'union conjugale!

Conclusion. — La vaccine n'a supprimé ni fait surgir aucune maladie; elle a déplacé la variole, et par là elle a déplacé la mortalité générale. Voilà tout: c'est bien assez.

Sur plusieurs médicaments mexicains.

(Notes tirées d'un ouvrage de M. le docteur Dencausse (de Toulouse), ayant pour titre: *Extrait de mes tablettes d'outre-mer, ou Mémoire sur des matériaux pour servir à l'histoire, la statistique et la topographie médicales de la ville de San-Luis-Potosi et de ses environs, dans la république mexicaine.*)

Sur la salsepareille de Tampico. — Nous nous sommes souvent demandé si la salsepareille de Tampico, qui jouit à bon droit d'une grande réputation en Europe, au détriment de celle qu'expédie Vera-Cruz, ne doit pas cette prééminence au soin que ces Indiens prennent à sa récolte. Nous nous en sommes bien informé, et le vrai de la chose est que ces habitants, qui possèdent la Huasteca depuis bien avant la conquête, savent très bien distinguer les meilleures sortes de salsepareille de celles qui sont inférieures en qualité. Si l'on s'est plaint quelquefois de la salsepareille venue de Tampico, il faut l'attribuer à ce que trois ou quatre maisons allemandes, qui y entretiennent des comptoirs, en font de grandes expéditions pour Hambourg et les autres villes hanséatiques, et choisissent probablement les meilleures sortes.

Une autre circonstance à laquelle il faut attibuer la supériorité à laquelle a droit cette salsepareille est sans doute le mode de son chargement. Les bâtiments remontent la rivière et se rendent au point de son dessèchement, ou du moins fort près. Celle dite *de Vera-Cruz* est mise en dépôt, où elle reste sous des hangars, exposée aux intempéries, à l'air humide et salé de la mer, plus ou moins longtemps; il peut arriver même que des mois entiers se passent avant de pouvoir trouver un débouché qui facilite son exportation.

Sur la vanille. — La vanille, qui constitue un des aromates les plus recherchés, croît spontanément dans ces basses terres: elle en est originaire. On donne beaucoup de soin à la culture de celle qu'on expédie. Elle y forme une branche importante de spéculation commerciale. Vera-Cruz a joui longtemps du monopole de l'expédition de ce produit. Aujourd'hui, Tampico et le petit port intermédiaire de Tuspan partagent parfois cet heureux privilége.

Sur le jalap. — Le jalap, qui doit son nom à la ville de Jalapa, située à quatre-vingt-dix milles de Vera-Cruz, est encore de notre domaine. Le liseron qui le fournit n'est pas seulement indigène des environs de Jalapa; on le retrouve dans toute l'étendue des lignes isothermes du bassin des terres chaudes. Vera-Cruz continue à fournir le jalap aux besoins de la consommation. Avant que le Mexique eût conquis son indépendance, les pharmaciens espagnols renouvelaient tous les ans l'entrée de cette denrée dans leurs officines. On avait reconnu que la plus récente possédait des propriétés purgatives plus énergiques, et donnait rarement lieu aux tranchées que provoque souvent cette substance employée chez les malades dont la fibre nerveuse est facilement impressionnable. Nous avons connu deux médecins mexicains qui n'en voulaient pas d'autre pour purger leurs malades, pourvu qu'ils fussent doués d'un tempérament lymphatique; chez ces constitutions, comme ils le disaient très bien, où tout marche à l'état passif.

Sur diverses productions. — Nous ne pouvons nous dispenser de mentionner comme appartenant à cette partie basse du revers oriental des Cordillères le gaïac, la cévadille, l'arbre à la vache, le caoutchouc provenant de l'*hevea guianensis*, l'encens, le médicinier, dont les semences nous donnent le croton, très connu dans le pays pour ses propriétés éminemment purgatives. Les aborigènes en font usage dans le cas où les fonctions intestinales ne se réveillent en présence d'aucun autre agent purgatif.

Le tabac qu'on y récolte n'est pas estimé. Il s'y multiplie outre mesure; car, soit le peu de soin qu'on met à élever cette plante, soit faute d'intelligence de la part des Indiens de la Huasteca, on le rejette généralement du marché mexicain pour son arome peu agréable et son action irritante sur la muqueuse bucco-respiratoire. Aussi pour le moment cette contrée ne peut songer à l'exportation de ce produit.

La plus grande partie du sucre qui se consomme dans les villes et autres centres de populations de l'intérieur appartient au versant oriental et provient des basses terres. La canne à sucre exige un sol très humide et une haute température. Le Mexique n'en exporte pas; d'après des nouvelles plus récentes, on songerait aujourd'hui à faire de ce produit un objet d'échange avec les Californies.

On y récolte aussi le riz en suffisante quantité pour les besoins locaux et le marché des environs. Les contrées où il se plaît doivent être très abondamment pourvues d'eau et partant malsaines. Aussi y voit-on grand nombre de fièvres intermittentes, bilieuses et gastriques, qui prennent souvent les caractères graves de la typhoïde. (*Journal de pharmacie.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Dans sa séance du 28 mai, l'Académie royale de médecine de Belgique s'est adjoint, en qualité de membres correspondants, MM. Van de Vyvère, pharmacien, et le docteur Verbaeghe.

— Le *Journal de Toulouse* annonce que M. François Arago est arrivé mercredi à Toulouse, et qu'il en est reparti le lendemain pour se rendre à Perpignan. L'illustre savant va demander à son pays natal le repos nécessaire au rétablissement de sa santé, compromise par de longs travaux.

Nécrologie. — M. le docteur Emile Wonters, ancien élève de l'Université de Bruxelles, ex-interne aux hôpitaux civils de la même ville, âgé de vingt-sept ans seulement, a succombé le 5 juin à une pleurésie chronique avec épanchement.

M. le docteur Dewilde (de Liége) vient de succomber après une longue et pénible maladie.

Le 16 juin, est mort à Namur M. Eugène Thirion, membre correspondant de l'Académie royale de médecine et de la Société médico-chirurgicale de Bruges.

— La chirurgie italienne vient aussi de perdre deux de ses célébrités: M. Leonardo Santoro (de Naples) et M. Giovani Rossi (de Parme).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité de la science médicale (histoire et dogmes), comprenant un précis de méthodologie ou de médecine préparatoire; un résumé de l'histoire de la médecine, suivi de notices historiques et critiques sur les écoles de Cos, d'Alexandrie, de Salerne, de Paris, de Montpellier et de Strasbourg; un exposé des principes généraux de la science médicale, renfermant les *éléments de la pathologie générale;* par M. le docteur T.-C.-E. Edouard Auber, chevalier de la Légion-d'Honneur. Un vol. in-8° de 660 pages. Prix: 8 fr. — Chez Germer Baillière, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

De la méningite tuberculeuse étudiée au point de vue clinique, par M. Henri Hahn, docteur en médecine, médecin de l'hospice Joséphine à Aix-la-Chapelle, et membre correspondant de la Société de médecine de Bordeaux. Nosographie couronnée par la Société de médecine de Bordeaux. — Un vol. in-8°. Prix: 5 fr. 50. — Paris, librairie de Victor Masson, place de l'Ecole-de-Médecine.

De la cure d'eau froide. Compte-rendu des travaux accomplis à l'Institut hydrothérapique de Divonne (Ain), par le docteur P. Vidart. Un vol. in-8° avec fig. Prix: 3 fr. 50 c. — Paris, chez J. Cherbuliez, 10, rue de la Monnaie.

Traité des hydropisies et des kystes, ou des collections séreuses et mixtes dans les cavités closes naturelles et accidentelles, par M. le docteur Abeille, médecin de l'hôpital du Roule, lauréat de l'Académie impériale de médecine, etc. — Un volume in-8° de 650 pages. Prix: 7 fr. 50. Chez J.-B. Baillière.

Des grossesses extra-utérines (thèse de concours pour l'agrégation en chirurgie), par M. le docteur Alexis Moreau, ancien interne des hôpitaux, ex-chef de clinique d'accouchement de la Faculté de médecine de Paris, membre de la Société anatomique. In-8° de 148 pages. Prix: 3 fr. — Chez Germer Baillière, rue de l'École-de-Médecine, 17.

Manuel de physiologie de l'homme et des principaux vertébrés, répondant à toutes les *questions physiologiques du programme des examens de fin d'année*, par M. J.-B. Béraud, ancien aide d'anatomie de la Faculté de médecine de Paris, ancien interne lauréat des hôpitaux et hospices civils de Paris, membre des Sociétés de biologie et anatomique, lauréat de l'Académie royale de médecine de Belgique; revu par M. Ch. Robin, agrégé de la Faculté de médecine de Paris. — Un vol. grand in-18 de 912 pages. Prix: 8 fr. — Chez Germer Baillière, rue de l'École-de-Médecine, 17.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	Trois mois.	8 fr. 50 c.
	Six mois.	16 »
	Un an.	30 »
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	Trois mois.	9 fr.
	Six mois.	17
	Un an.	33
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	Trois mois.	10 fr.
	Six mois.	20
	Un an.	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

Paris, le 29 juin 1853.

Séances des Académies.

La discussion sur la surdi-mutité est déjà bien loin de nous, et l'Académie commence à régler son arriéré. Ce premier vide-poche a été on ne peut plus modeste, et si les séances suivantes devaient ressembler à celle d'hier, nous en serions presque à regretter que la controverse sur la pédagogie française et allemande ne se soit pas prolongée au moins pendant le temps des fortes chaleurs. Quand pour vous alléger du poids de vingt-cinq ou trente degrés, on n'a que la lecture du rapport sur la vaccine, et une double hécatombe du grand sacrificateur des remèdes secrets, le sommeil gagne bien des paupières, et on est à surprendre sur les visages allongés des contractions musculaires qui rappellent les mouvements automatiques des serviteurs du docteur Bartholo.

Un duel entre M. Robinet et l'infatigable Mme Coquillard a ouvert la scène. L'impitoyable et non moins infatigable rapporteur en a fait justice sommaire, et n'a pas même voulu que les élucubrations de la moderne Lucine reçussent l'honneur d'un rapport. Renvoi au ministre sans examen.

Que dire aussi de ce confrère suisse qui propose à l'Académie de traiter avec elle à des conditions raisonnables de sa méthode curative des hernies; — et de cet autre confrère, non moins Suisse aussi que Prussien, qui, pour pousser au débit (*sic*) de son élixir antiphthisique, offre d'envoyer une douzaine de flacons; — et de tant d'autres inventeurs de drogues plus ou moins surannées, et, comme l'a dit le rapporteur, plus ou moins impossibles, où l'on joue avec l'arsenic et le sublimé; qu'en dire, si ce n'est qu'il est déplorable que l'Académie ait à s'occuper de pareilles balivernes, quelque patronnées qu'elles soient de temps à autre par tel ou tel membre de la magistrature!

O M. Bousquet, comme vous allez prêter le flanc à vos rudes jouteurs! comme MM. Bayard, Carnot, Ancelon, Duché et autres vont avoir beau jeu avec votre nouveau rapport sur la vaccine!

Lu d'une voix fatiguée et monotone, écrit d'une plume lasse et mal taillée, ce malheureux rapport a été écouté avec une indifférence générale et un ennui profond. On aurait dit un plaidoyer pour une mauvaise cause. Dieu sait si Jenner ne méritait pas un meilleur défenseur! Cette question est familière pourtant, trop familière peut-être à l'honorable rapporteur. Les meilleures choses sont difficiles à redire en termes variés à vingt reprises différentes, et nous concevons aisément que le dégoût de la satiété gagne le plus habile écrivain, l'orateur le plus érudit, le plus sensé. Les homélies de l'archevêque de Grenade elles-mêmes se ressentaient de ce défaut mortel de répétition monotone, et les échos assez malsonnants de l'enceinte académique n'ont sans doute pas plus que les voûtes du temple de S. M. Catholique, la vertu de donner de la vie et de la chaleur aux oraisons où manque le feu sacré.

Le seul dédommagement que nous ait fourni la séance est le rapport de M. Larrey sur un travail de M. Hutin, chirurgien en chef des Invalides, relatif à l'appréciation de l'opération de l'hydrocèle vaginale.

Ici du moins l'attention s'est éveillée; il s'agissait d'un travail pratique intéressant. D'après son observation, M. Hutin, ayant trouvé sur quelques-uns des sujets morts de différentes maladies, quelque temps après le traitement par les injections iodées, que la tunique vaginale n'était pas complètement infiltrée, serait porté à conclure que les injections iodées sont préférables aux autres, l'oblitération complète de la tunique vaginale ne lui paraissant pas sans quelque fâcheuse influence sur l'intégrité des fonctions du testicule.

Il serait également porté à croire à l'utilité de ces injections pour la guérison de l'orchite, en raison de la propriété résolutive des engorgements glanduleux que possède cette substance.

Dans la séance du 20 juin de l'Académie des sciences, outre un nouveau procédé pour la résection des métacarpiens, par M. Courty, nous avons remarqué le compte-rendu, par M. Flourens, d'expériences faites par M. F. Gérard avec la fumée du *lycoperdon proteus*.

Selon M. Gérard, la fumée du lycoperdon n'aurait pas les propriétés anesthésiques que lui attribue M. Richardson dans le mémoire dont nous avons publié la traduction dans notre numéro du 7 juin, et serait de plus irritante pour les fosses nasales, le pharynx et les yeux. Ces résultats diffèrent tellement de ceux annoncés par M. Richardson, que nous sommes porté à les attribuer à cette circonstance, que M. Gérard a brûlé en même temps le *capillitium*. Nous engageons M. Richardson à nous faire connaître son procédé.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Bazin.

Des teignes et de leur traitement (1).

Traitement du favus. — Si, comme nous l'avons dit et comme l'expérience le démontre chaque jour, la teigne est une affection éminemment rebelle et tenace, il faut que la médication soit poursuivie avec zèle et persévérance. C'est là une lutte d'opiniâtreté de laquelle le médecin doit sortir vainqueur.

Nous ne discuterons pas la question de savoir s'il faut guérir le favus aussitôt qu'il se manifeste. Quelle que soit l'opinion que l'on se fasse sur la nature de la maladie, il est admis par tout le monde qu'il n'en est pas de cette affection comme de celles que l'on désigne sous le nom vulgaire de *gourmes* (eczéma, impétigo du cuir chevelu), et dans lesquelles beaucoup de médecins, et des plus distingués, persistent à voir un mouvement dépurateur qu'il ne faut pas arrêter trop promptement. Les praticiens s'accordent à reconnaître que la vraie teigne, le favus, en un mot, doit être combattue aussitôt qu'elle se manifeste.

C'est donc dès le début que le mal doit être attaqué. Nous n'avons pas à examiner ici les moyens si nombreux qui ont été proposés contre la teigne. On a déployé en topiques et en moyens internes toutes les ressources de la thérapeutique. Les spécifiques ont été d'autant plus multipliés qu'ils échouaient davantage. Le charbon, le vert-de-gris, l'oxyde de manganèse, l'iodure de soufre, le sulfure de chaux, etc., tour à tour préconisés, n'ont pas eu plus de succès, malgré les éloges qu'on leur a donnés. Les moyens internes, purgatifs et spécifiques, sont généralement abandonnés. Que faut-il donc faire?...

Avant toutes choses, il faut débarrasser la tête des croûtes qui la recouvrent. On les ramollit et on favorise leur chute au moyen de lotions émollientes, de cataplasmes, et elles se détachent d'elles-mêmes. Les cheveux ont été au préalable coupés à 2 ou 3 centimètres du cuir chevelu. Les poux, s'il y en avait, ont été détruits par l'onguent mercuriel. Un jour suffit ordinairement à cette opération préliminaire, à la suite de laquelle on fait sur les parties malades une première lotion parasiticide avec la solution de sublimé ou d'acétate de cuivre, pour détruire tout ce qui reste de débris faviques à la surface du cuir chevelu et dans les petites dépressions cutanées qui succèdent à la chute des croûtes.

La seconde indication est de vider les follicules pileux, siége et point de départ du champignon, c'est-à-dire d'en tirer le cheveu. C'est l'*épilation*.

L'épilation a suffi seule entre les mains de certains empiriques pour guérir la teigne. On sait que pendant longtemps le traitement barbare de la *calotte* fut seul en usage. Mais depuis Alibert ce moyen a été banni de la thérapeutique, et vainement quelques auteurs ont essayé de le réhabiliter en le modifiant de manière à moins faire souffrir les patients : il n'a pu reprendre sa place. Cette proscription s'est même étendue à un procédé indiqué par Samuel Plumbe, et qui consiste à arracher les cheveux un à un avec de petites pinces. C'est cependant là le meilleur mode d'épilation. C'est celui qui a été adopté par M. Bazin : il a l'avantage de permettre l'avulsion dans le sens même de l'implantation du cheveu et non à contre-sens, à rebrousse-poil, comme cela avait lieu dans le traitement par la calotte. On a reproché à ce moyen sa lenteur; mais cette lenteur n'est pas ce que l'on s'imagine. Quelle que soit l'étendue des surfaces malades, il est facile de les dégarnir en totalité des cheveux qui les recouvrent dans un espace de temps qui varie de quelques minutes à six heures. Il suffit pour les têtes les plus malades de trois séances de deux heures chacune. Ce qui peut se faire parfaitement sans fatigue pour le sujet en trois jours consécutifs.

Ce qui a contribué à faire rejeter l'usage de la pince, c'est la facilité avec laquelle on voyait les frères Mahon arracher les cheveux à l'aide de leurs doigts après que la tête avait été saupoudrée et frottée avec leurs poudres épilatoires. On a pensé qu'ici l'instrument d'avulsion était de peu d'importance et n'agissait en quelque sorte que pour déplacer et emporter les cheveux déracinés par l'effet des poudres épilatoires. Suivant M. Bazin, c'est là une grande erreur.

Voici ce qu'il pense des différents agents proposés pour faciliter la chute des cheveux.

Le meilleur épilatoire, sans contredit, c'est la maladie. Les cheveux sont enlevés avec autant de facilité des surfaces sur lesquelles on n'a rien appliqué que de celles qui ont été soumises à l'action des pommades et des poudres dites épilatoires; ces moyens agissent bien plus par l'irritation qu'ils provoquent dans les bulbes pileux que par leurs propriétés dissolvantes. Cependant, si la teigne est récente, si le cheveu offre quelque résistance à l'avulsion par les pinces, on doit, pendant plusieurs jours, frictionner les parties que l'on veut épiler soit avec l'huile de cade, qui éteint la sensibilité du cuir chevelu et porte spécialement son action sur les bulbes pileux, soit avec une pommade alcaline ainsi composée :

Chaux vive.	} ãã	2 grammes
Soude du commerce.		
Axonge.		60 —

soit enfin avec l'huile de noix d'acajou incorporée à la dose de 50 centigr. à 1 gramme dans 30 grammes d'axonge.

Les choses ainsi préparées, quelles sont les parties qui doivent être dégarnies de cheveux, quelles sont celles qu'il convient de laisser intactes? Il ne faut pas craindre de dépouiller non-seulement les surfaces malades, mais encore les parties voisines là où les cheveux paraissent altérés. Pour peu que la teigne soit étendue, pour peu que les cheveux soient ternes, lanugineux et n'opposent qu'une faible résistance à l'arrachement, l'épilation primitive doit s'étendre à toute la tête. Cette épilation se fait souvent avec une grande facilité et sans préparation aucune. Si les cheveux sont assez fermement adhérents et que l'extraction en soit douloureuse, on frottera deux fois par jour, pendant quatre ou cinq jours, les parties que l'on doit épiler avec la pommade formulée plus haut ou mieux encore avec de l'huile de cade pure.

Pour que l'extirpation des cheveux se fasse facilement et sans douleur, il faut saisir les cheveux un par un quand ils sont solidement implantés, ou par petits bouquets quand ils se laissent arracher facilement, et les tirer à l'aide de pinces à mors plus ou moins larges dans le sens de leur implantation, perpendiculairement quand le cheveu émerge perpendiculairement, obliquement dans le cas contraire. Et ce ne sont pas les cheveux qu'il faut arracher ainsi, mais encore les poils follets; d'abord peu apparents, ils grossissent et se développent quand les cheveux qui les étouffaient, pour ainsi dire, ont été enlevés. L'épilation est en général sans douleur et sans écoulement de sang, sauf les cas tout à fait exceptionnels où les bulbes sont à l'état fongueux; c'est ce qui eut lieu chez deux enfants, l'un venant d'Alger, l'autre de Marseille; l'avulsion, sans être pour cela plus douloureuse, fut suivie d'un léger écoulement sanguin, dont le résultat parut plutôt favorable que nuisible.

Cette première épilation ne saurait être accomplie en une seule séance quand les surfaces qu'il s'agit de dépouiller sont un peu considérables; chaque séance ne saurait être prolongée au delà d'une heure et demie à deux heures au plus; non pas, il faut bien le répéter, à cause de la douleur, qui est nulle ou presque nulle, mais de l'ennui qu'éprouvent les enfants de rester immobiles pendant tout le temps de l'opération. En trois ou quatre jours tout est donc terminé.

Cette épilation a pour résultat l'altération du cheveu et de sa capsule. Dès lors une bonne partie du champignon se trouve enlevée, mais il en reste encore dans le follicule, et d'ailleurs, là où il n'existe plus de cheveux, les follicules sont souvent remplis de grains cryptogamiques. Tout n'est donc pas fini : il faut aller chercher les débris du parasite et les détruire au moyen d'un agent spécial.

Pour cela, les parties malades étant bien dénudées, on les lave d'abord soigneusement avec de l'eau de savon, pour enlever les matières grasses qui recouvrent le cuir chevelu, puis on les imbibe avec la solution de sublimé (3 à 5 de sublimé pour 500 d'eau distillée), à l'aide d'une brosse douce trempée dans le liquide, et que l'on promène sur la tête en frappant de petits coups, pour bien faire pénétrer l'agent parasiticide. Cette lotion est répétée pendant quatre ou cinq jours de suite matin et soir, puis on lui substitue une onction avec la pommade suivante :

Axonge.	500 grammes.
Acétate de cuivre.	1 —

(1) Fin. — Voir le numéro du 16 juin.

Dans le cas de complication pustuleuse, on se borne à ouvrir les pustules avec une épingle, pour les vider de leur contenu.

A l'aide de ces moyens, la rougeur diminue, la tension de la peau disparaît, les parties reprennent à peu près leur aspect naturel; les cheveux eux-mêmes commencent à repousser. Mais au bout d'un temps plus ou moins long, un mois ou six semaines, les godets faviques reparaissent, moins nombreux que la première fois, mais quelquefois assez multipliés. Si l'on a attendu cette récidive, il faut enlever soigneusement les petites concrétions faviques en les énucléant avec une épingle, arracher de nouveau les cheveux avec les pinces, et recommencer les lotions. Mais, en général, il vaut mieux parer à ce retour du mal. Pour cela, aussitôt que les cheveux ont repoussé de quelques lignes, on les tire avec des pinces, c'est l'épilation secondaire, puis on fait, comme il a été dit plus haut, les lotions avec la solution de sublimé, et au bout de quelques jours on les remplace par les onctions faites alternativement un jour avec de l'axonge fraîche, le jour suivant avec la pommade à l'acétate de cuivre. Dès lors la rougeur s'efface, la démangeaison s'éteint, et les cheveux reparaissent, mais alors fermes, lisses et brillants.

En suivant exactement ces préceptes, les malades peuvent être parfaitement guéris au bout de six semaines ou deux mois; et le moyen de s'assurer de la guérison, c'est de garder ou de suivre attentivement les malades, suivant qu'ils sont dans les hôpitaux ou en ville, pendant quelques mois. Si rien ne reparaît, ils sont guéris. Si la maladie se montre de nouveau après un an ou plus, ce ne sera réellement pas une récidive, mais une nouvelle attaque.

Quand le favus est peu étendu, on peut empêcher le mal de s'étendre par contagion aux parties saines, en faisant graisser les cheveux des parties restées saines avec la pommade d'acétate de cuivre. Si l'on a négligé cette précaution, que le favus, guéri sur un point, reparaisse sur un autre, et cela à plusieurs reprises, il n'y a qu'un moyen pour en finir, c'est d'agir comme si la teigne occupait toute la tête : des frictions avec l'huile de cade seront faites plusieurs jours de suite sur le cuir chevelu, et une épilation générale pratiquée, puis les lotions, etc.

L'extension du favus à différentes parties du corps n'exige guère que des bains simples. Si les concrétions reparaissaient, on les attaquerait par les parasiticides, comme on le fait pour la tête.

Quant aux différentes formes de favus, elles n'exigent pas de traitement particulier.

Un mot encore sur certaines précautions à prendre pendant le traitement, surtout dans les hôpitaux. C'est d'abord d'isoler les nouveaux venus, et de les empêcher de communiquer avec ceux qui sont en traitement, et dont la tête, dégarnie de cheveux, recevrait si facilement la contagion par les sporules détachées de la tête des premiers. Aussi, les teigneux en traitement doivent-ils avoir la tête couverte d'un bonnet de toile imprégné d'un corps gras, et quand les cheveux sont repoussés, il faut les maintenir très soigneusement peignés et enduits de pommade.

Il faut bien être averti que pendant la convalescence il se produit assez souvent une desquamation furfuracée analogue au pityriasis, à laquelle on ne doit opposer que des soins de propreté.

L'importance des résultats obtenus par M. Bazin a décidé l'administration de l'assistance publique à instituer à Saint-Louis une sorte de dispensaire.

Ainsi, tandis que certains teigneux sont reçus dans le service pour y être traités d'une manière permanente, avec la précaution de les loger dans un petit pavillon à part pendant les premiers jours de leur arrivée, les autres sont admis au traitement externe, où ils se présentent trois fois par semaine, et là deux infirmiers épileurs d'une remarquable habileté les soumettent au traitement que nous venons de décrire. Les différentes sortes de teigne dont il nous reste à parler et la mentagre y sont traitées dans les mêmes conditions, et par conséquent avec bien moins de frais que s'il fallait les recevoir dans l'hôpital. Ainsi, pour la teigne et ses différentes formes, comme pour la gale, le dispensaire extérieur pourra rendre de grands et économiques services à l'administration des hôpitaux et à l'humanité.

II. Teigne tonsurante.

Cette forme particulière, décrite avec beaucoup de soin dans ces derniers temps par M. Cazenave, mais déjà mentionnée et figurée par Mahon, est une affection contagieuse du système pileux, dont le point de départ est également un cryptogame. Cette maladie est primitive, ou succède à des anneaux d'herpès circiné; elle occupe un ou plusieurs points de la tête à la fois. Son siége est ordinairement à la région occipitale, mais non pas nécessairement.

La teigne tonsurante débute le plus souvent par l'altération d'une petite touffe de cheveux, qui deviennent rougeâtres et plus pâles que les cheveux qui les entourent. Sur ce point, le cuir chevelu est un peu soulevé et couvert de débris d'épiderme; le mal s'étend aux cheveux circonvoisins, et bientôt sur une surface circulaire ou ovale de 1, 2 ou 3 centimètres de diamètre. On constate l'état bleuâtre, ardoisé, tuméfié de la peau; les papilles hypertrophiées donnent à la partie un aspect chagriné, analogue à celui qui constitue la chair de poule. Au niveau de cette plaque, les cheveux sont cassés irrégulièrement à quelques lignes de leur point d'émergence, et le tégument ainsi altéré est recouvert d'écailles et de squames blanches et comme floconneuses. Ces plaques s'agrandissent, peuvent se réunir quand elles sont multiples, et former de larges surfaces plus ou moins dégarnies de cheveux. La friabilité des poils est telle, que quand on veut les arracher, ils se brisent souvent un peu plus près de leur insertion. L'alopécie permanente est ici bien plus rare que dans le favus.

Non-seulement cette teigne est contagieuse de l'homme à l'homme, ainsi que M. Cazenave l'a parfaitement établi, mais même des animaux à l'homme. Ainsi, M. Bazin l'a observée sur un gendarme qui l'avait contractée de son cheval. Etant allé à la caserne voir ce cheval, M. Bazin reconnut chez lui et chez quelques autres la teigne tonsurante, qui leur avait été donnée par un cheval venant de Normandie; là, il apprit aussi que plusieurs autres gendarmes étaient affectés de la même maladie, puisée à cette même source.

Le traitement offre une première difficulté, qu'il est facile de prévoir d'après ce que nous venons de dire de l'état des cheveux. Comme ceux-ci se cassent au moindre contact, l'épilation ne peut pas être pratiquée d'une manière convenable, surtout si la maladie dure depuis quelque temps. Au début, les poils, moins profondément altérés, ayant encore conservé une certaine consistance, peuvent s'enlever plus aisément. Au total, l'épilation étant faite aussi bien que possible, et avec la précaution d'emporter sur le pourtour de la plaque les cheveux qui paraissent déjà atteints, on lotionnera, comme il a été dit, les parties malades avec la solution de sublimé. Dans ce cas seulement la dose doit être moins forte (2 grammes de deuto-chlorure de mercure pour 500 grammes d'eau), car, ainsi que l'a très judicieusement observé M. Cazenave, les topiques irritants accélèrent d'une manière très remarquable les progrès du mal.

Ces lotions sont pratiquées très exactement pendant quelques jours, puis on enduit les plaques et les cheveux avec une pommade ainsi composée :

Iodure de soufre.	30 à 50 centigrammes.
Axonge.	30 grammes.

On pratique l'épilation et les lotions à plusieurs reprises, jusqu'à ce que la peau ait perdu sa teinte ardoisée et son aspect hérissé, et que les cheveux aient repris leur consistance.

En agissant ainsi, on peut guérir très rapidement la maladie quand elle est récente, et au bout de trois ou quatre mois (moitié de la durée du traitement ordinaire) quand elle était déjà ancienne.

III. De la mentagre.

Une note insérée dans la *Revue clinique hebdomadaire* du samedi 18 juin nous fait voir que les questions relatives au traitement de la mentagre et aux idées de M. Bazin sur cette maladie sont en général mal connues et mal appréciées; en conséquence, nous nous proposons de consacrer à l'étude de cette maladie un article spécial avec observations à l'appui, au lieu des généralités que nous comptions y consacrer dans ce paragraphe.

Reprenons donc l'examen des teignes proprement dites.

IV. Teigne achromateuse.

Cette forme avait déjà été décrite par Bateman sous le nom de *porrigo decalvans*, et par M. Cazenave sous celui de *vitiligo du cuir chevelu*. Ici pas de concrétions comme dans le favus, pas même de squames comme dans la teigne tonsurante; mais seulement une décoloration des poils et de la portion de tégument où ils prennent naissance.

Cette teigne peut être primitive ou consécutive à un vitiligo simple; mais il ne s'ensuit pas pour cela que dans le *vitiligo* ou *achrome* ordinaire, c'est-à-dire dans les cas de décoloration de la peau, l'affection qui nous occupe se produise au niveau des parties garnies de poils. Ainsi, M. Bazin cite l'observation d'une dame atteinte d'un vitiligo à peu près général. Eh bien! les poils qui siégent sur les parties décolorées ont conservé leur teinte naturelle, ils ne sont pas ébranlés; leurs bulbes et racines au microscope ne présentent pas de traces de champignon.

Il n'en est pas de même dans la teigne achromateuse. Elle débute par une altération des cheveux, qui, sur un ou plusieurs points du cuir chevelu, prennent une teinte jaunâtre, puis blanchâtre; on les arrache avec facilité, et bientôt ils tombent spontanément, et l'on voit alors des surfaces irrégulières, quelquefois ovalaires, d'un à deux centimètres de diamètre, au niveau desquelles la peau est d'un blanc laiteux, sans squames, sans prurit; à peine observe-t-on quelquefois de légères démangeaisons. Le mal peut faire des progrès rapides; les taches se multiplient, s'agrandissent, se rejoignent, et forment de larges surfaces blanches et dénudées; ou bien, au contraire, le mal demeure renfermé dans d'étroites limites.

Comme l'altération dont il s'agit s'accompagne de l'existence d'un champignon, M. Bazin pense que le traitement des teignes est ici applicable; seulement il n'a pu réunir encore des faits assez nombreux et surtout assez complets pour asseoir l'efficacité de sa méthode. Il se borne donc à conseiller l'épilation aussi promptement que possible sur toute l'étendue des surfaces malades. Quant à l'agent parasiticide, on pourra employer au choix la solution de sublimé ou celle d'acétate de cuivre; mais ce n'est pas tout, il sera bon d'employer concurremment les bains sulfureux, les pommades avec l'huile de noix d'acajou ou le quinquina, et les toniques à l'intérieur.

V. Teigne décalvante.

Dans cette forme, il y a seulement altération des poils, mais sans concrétions comme dans le favus, sans écailles épidermiques comme dans la teigne tonsurante, sans décoloration comme dans la teigne achromateuse.

Les poils perdent leur couleur sur un ou plusieurs points à la fois et se détachent d'eux-mêmes, laissant des surfaces dénudées, irrégulièrement anfractueuses et qui s'agrandissent ordinairement avec rapidité. Le mal commence le plus souvent par le cuir chevelu, et de là il peut envahir les sourcils, les cils, les favoris, les moustaches, les poils des différentes parties du corps. Cette affection fort curieuse demande encore à être étudiée.

Pour le traitement, nous n'avons qu'à reproduire ce que nous venons de dire pour la teigne achromateuse.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Malgaigne.

Première fracture de la rotule gauche, suivie, sept ans après, d'une fracture de la rotule droite, et cinq ans plus tard d'une deuxième fracture de la rotule droite.

(Observation recueillie par M. Garreau, interne.)

J'ai cité dans mon *Traité des fractures*, dit M. Malgaigne, et j'avais publié dans mon *Journal de chirurgie*, t. Ier, p. 239, un cas jusqu'alors inouï de fracture transversale survenue sur une rotule déjà fracturée en travers antérieurement, en sorte qu'il y avait à la fois deux fractures et trois fragments transversaux. D'après les commémoratifs, les deux fractures auraient été le produit de l'action musculaire; mais la présence de quelques esquilles me donnaient lieu d'en douter. Voici un deuxième cas où l'action musculaire a joué un rôle incontestable; et si cette fois nous n'avons pas l'autopsie, au moins l'observation sur le vivant sera complète.

Marotain, âgé de trente-huit ans, peintre en bâtiments, entra à l'hôpital le 22 mars 1853, pour une fracture soudaine de la rotule droite.

Il y a douze ans, en jouant au volant, il tomba en arrière; et, dans l'effort qu'il fit pour se retenir, la rotule gauche fut fracturée transversalement, à peu près vers son milieu. La fracture était complète, et les fragments écartés de 3 centimètres environ. Il entra à la Pitié, dans le service de Lisfranc, qui fit appliquer des compresses graduées au niveau de chaque fragment, et les maintint au moyen d'une bande roulée dont les tours se croisaient en X dans le creux du jarret. Cet appareil resta cent dix jours. Au bout de ce temps, au dire du malade, les fragments étaient plus écartés qu'à son entrée à l'hôpital. Aujourd'hui, les deux fragments paraissent réunis par un tissu fibreux d'une grande épaisseur, non adhérent à la peau, d'une longueur de 4 centimètres. Les deux fragments ont basculé en avant, de manière que les bords de la fracture sont plus rapprochés en arrière qu'en avant.

Les mouvements de flexion de la jambe sont revenus peu à peu, mais incomplétement; car aujourd'hui le malade peut à peine fléchir à angle droit sa jambe sur la cuisse.

Il y a cinq ans, ayant glissé sur le verglas, il tomba en arrière; en voulant se retenir, il se fractura la rotule droite, conséquemment par le même mécanisme que la gauche, et entra cette fois à Saint-Louis, dans le service de M. Jobert. La fracture était transversale, et l'écartement si considérable que le malade affirme qu'on aurait pu placer la main à plat entre les fragments. La jambe fut fixée sur un plan horizontal, sans aucun appareil autour du genou. Au bout de cinquante jours, on plaça une bande roulée autour du membre, et il commença à marcher.

Si l'on examine maintenant cette rotule, on voit que les deux fragments sont réunis par un cal fibreux de 4 centimètres de longueur; mais ils ne paraissent pas avoir basculé, et les surfaces de la fracture sont encore parallèles entre eux. Les mouvements de flexion restèrent incomplets, et à peine pouvait-il fléchir la jambe à angle droit.

Enfin, le 21 mars dernier, il montait un escalier en portant un fardeau sur ses épaules; son pied droit glissa sur le bord d'une marche; la jambe fut ramenée en arrière en même temps que le corps était porté en avant, et cette flexion forcée détermina une nouvelle fracture de la rotule droite, le cal fibreux ayant résisté. Il entra le lendemain à l'hôpital. A l'examen, le genou droit paraît médiocrement gonflé, et une ecchymose recouvre la moitié inférieure de sa partie antérieure et externe. L'ancienne fracture était facile à reconnaître. Au niveau de la moitié du fragment inférieur existe une fracture transversale très manifeste; les deux fragments sont mobiles l'un sur l'autre, écartés de 6 à 7 millimètres, et il est aisé d'y produire la crépitation.

Le membre inférieur droit fut placé sur un plan incliné d'environ 45°, et des cataplasmes furent appliqués sur le genou. Un peu de gonflement qui survint les premiers jours fut bientôt dissipé, et le 11 mai, la jambe entourée préalablement d'une bande roulée, on permit au malade de se lever. En examinant le lieu de la fracture, on le reconnaît encore à une légère dépression; mais cette dépression est linéaire, et tout autorise à croire à la réunion immédiate des deux fragments.

Le malade a quitté l'hôpital le 18 mai 1853, ayant en partie recouvré les mouvements du genou.

HOTEL-DIEU DE TOULOUSE. — M. Dassier.

Opération césarienne pratiquée avec succès dans un cas de mort au huitième mois de la grossesse;

Par M. le docteur Laforgue, chirurgien-adjoint de l'Hôtel-Dieu, membre de la Société de médecine de Toulouse.

Nous publions sans commentaires ce fait remarquable. Nous n'avons pas besoin de faire observer qu'il ne rentre pas dans la catégorie de ceux dont nous avons l'année dernière provoqué la publication; il s'agissait des cas d'opération césarienne pratiquée pendant la vie de la mère; il ne s'agit ici que de déterminer l'époque de l'âge de l'enfant où par cette opération on peut espérer de le conserver à la vie, et les signes positifs de la mort de la mère; nous aurons occasion de revenir sur cette question importante.

Le 26 mai 1853, à sept heures du matin, la nommée Teychené, épouse Bénazet, âgée de trente-huit ans, enceinte d'environ huit mois, et couchée au n° 15 de la salle Saint-Louis, dans le service de M. le professeur Dassier, était à la dernière période de l'agonie. Appelé en toute hâte auprès de cette femme avant l'arrivée du chef du service, au moment de mon entrée à l'hôpital, je constatai que la mort était prochaine, et qu'il n'y avait pas de temps à perdre pour se mettre en mesure de pratiquer l'opération césarienne, afin de sauver l'enfant, s'il était encore vivant. M. Dassier, étant arrivé, partagea immédiatement mon avis, qui fut successivement adopté par MM. les docteurs Bessières, Duclos, professeur d'accouchement à la Maternité, et Guitard. Il fut unanimement décidé que j'attendrais, pour opérer, que la mort fût parfaitement confirmée. Pour ne perdre aucune chance de réussite et pour éviter tout retard, nous nous plaçâmes, ainsi que les assistants, autour du lit de la malade, qui était aux derniers moments.

Les extrémités et la face étaient froides et livides; la respiration ne se faisait que par saccades et à des intervalles de plus en plus éloignés; la circulation était insensible, et l'oreille appliquée sur le cœur ne percevait plus de battement. Depuis la veille, les mouvements du fœtus étaient nuls, les battements du cœur n'étaient pas sensibles à l'auscultation. Après environ quinze minutes d'attente, la respiration ayant complétement cessé, et un examen scrupuleux des signes de la mort nous ayant donné la conviction que la vie était éteinte, je procédai rapidement à l'opération césarienne, en suivant rigoureusement les règles prescrites pour le cas où l'on agit pendant la vie.

Un aide relevant le ventre et assujettissant la matrice, je pratiquai sur la ligne médiane, et un peu à gauche, une incision longitudinale comprise entre l'ombilic et le pubis. La paroi abdominale étant divisée, j'ouvris le péritoine en portant mon bistouri sur mon doigt indicateur gauche. La matrice étant à découvert, je fis une incision longitudinale, et quand je fus arrivé dans la cavité utérine par une ouverture faite avec précaution, introduisant mon doigt qui devait servir de protecteur, j'agrandis cette ouverture en haut et en bas dans à peu près l'étendue de la plaie extérieure. Un flot de liquide amniotique s'écoula immédiatement au dehors, et plon-

geant sans retard ma main droite dans la cavité, je saisis les pieds de l'enfant et je le retirai sans difficulté; il poussa un soupir, la vie n'était pas éteinte. Pendant que je faisais des frictions sur la région du cœur et que j'aidais les mouvements du thorax par une pression méthodique, M. Duclos liait et sectionnait le cordon ombilical adhérent au placenta contenu dans la matrice, et M. Dassier ondoyait l'enfant.

Cet enfant, du sexe masculin, petit, maigre, décoloré, mais bien conformé, se ranima sous l'influence des soins qui lui furent donnés, et son existence était assurée.

Toutes ces manœuvres furent rapidement exécutées, grâce à l'entente avec laquelle les assistants, médecins et sages-femmes, se prêtèrent à cette opération faite sur le corps d'une mère qui un instant avant rendait le dernier soupir.

Le cadavre de la mère fut surveillé pendant quelque temps après l'opération; il n'y eut pas d'autre perte de sang que celle fournie par le tissu utérin; le cordon ombilical était exsangue, et il aurait fallu bien peu de temps pour que la mort du fœtus eût été définitive.

Le lendemain et les jours suivants, l'enfant, confié aux soins de la sœur de la crèche, a teté le sein d'une nourrice, et, quoique faible et chétif, il présente toutes les conditions de viabilité. Le 20 juin, vingt-sixième jour de la naissance, son état continue à être satisfaisant.

Quelle était la maladie qui avait mis fin aux jours de cette malheureuse mère avant l'époque prochaine de son accouchement?

D'après les renseignements que j'ai pris et ceux que m'a fournis M. le professeur Dassier, cette femme, mère de quatre enfants, dont l'aîné a seize ans, était enceinte de près de huit mois, lorsque, vers le 10 du mois dernier, elle fut prise de violents maux de tête accompagnés de vomissements. Habituée à de rudes travaux, elle continua ses occupations; mais bientôt elle fut obligée de s'aliter. Pendant les huit jours qu'elle resta à son domicile sans appeler du secours, elle ne cessa de se plaindre de vives douleurs à la tête, et elle vomissait tout ce qu'elle prenait; elle n'accusait aucune douleur dans le ventre.

Elle fut apportée à l'Hôtel-Dieu le 18 mai, et vu son état avancé de grossesse, elle fut envoyée à la Maternité. Cette malade, ne présentant aucun signe d'un accouchement prochain, fut évacuée dans le service de médecine le 24 mai; à cette époque, elle était dans le délire. Fortement agitée, elle poussait des cris aigus, parlait continuellement, et il fallait la plus grande surveillance pour l'empêcher de tomber de son lit. Malgré les soins qui lui furent donnés, cette malade, après 48 heures d'une violente agitation, tomba dans un état comateux qui se termina par la mort le 26 au matin.

A l'autopsie, j'ai trouvé les lésions qui caractérisent la méningite avec épanchement, ou hydrocéphalie aiguë. Les méninges étaient injectées; l'arachnoïde était opaque, épaissie dans quelques points, et soulevée par une légère couche de liquide séreux épanché entre la pie-mère et le feuillet arachnoïdien cérébral. Cent grammes environ de sérosité étaient contenus dans l'intérieur du crâne après l'ablation du cerveau, dont les ventricules renfermaient une quantité notable de liquide. La substance cérébrale était consistante, piquetée et lubréfiée à sa circonférence par la sérosité contenue dans les anfractuosités et entre les membranes.

L'examen de la matrice a montré que cet organe était volumineux et non rétracté. L'incision faite par l'opération avait 9 centimètres, un peu plus de trois pouces. Le tissu utérin était épais, blanc, exsangue. Le placenta, ayant à peu près le volume normal, était adhérent dans tous ses points à la face postérieure de la matrice, et ces adhérences étaient assez fortes pour que l'on pût soulever tout l'organe par le cordon ombilical sans le détacher. La portion sous-vaginale du col était complétement effacée; l'ouverture interne n'avait pas subi de changement; le museau de tanche était mou, béant, mais non dilaté; il n'y avait aucune trace du travail qui précède l'accouchement.

Cette observation montre que l'enfant, arrivé au huitième mois de la vie fœtale, peut être encore vivant quelques instants après la mort de la mère, qui a succombé à une maladie cérébrale ayant duré quinze jours avec intensité; mais il résulte aussi de l'état dans lequel se trouvait cet enfant que la vie ne se serait guère prolongée au delà de quelques minutes après la mort de la mère.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS.

Rhumatisme articulaire.—Endocardite.—Chorée.—Guérison rapide par la vératrine;

Par M. le docteur Léon GIGOT (de Levroux).

Le 5 mars 1853, je fus appelé dans la commune de Langé (Indre), auprès de la nommée Valery Merlin, malade depuis six semaines.

Cette fille, âgée de seize ans, d'une constitution assez forte, quoique lymphatique, régulièrement réglée, n'ayant jamais fait de maladie grave, ressentit d'abord de violentes douleurs à la région plantaire. Le lendemain, les articulations tibio-tarsiennes se gonflèrent et devinrent douloureuses au point que tout mouvement fut impossible. Presque toutes les grandes articulations furent prises ensuite, même celles de la partie supérieure de la colonne vertébrale. Un médecin appelé près de la malade pratiqua deux saignées qui furent très couenneuses. Pour tisane, chiendent nitré.

Trois jours après la dernière saignée, soit à huit jours du début de la maladie, des mouvements irréguliers et involontaires se manifestèrent dans les membres supérieurs et inférieurs de la jeune fille. Ces mouvements étaient beaucoup plus prononcés du côté droit que du côté gauche.

A partir de ce moment, la malade ne put ni rester debout, ni garder le lit. La douleur et le gonflement persistaient encore, quoique moins intenses, dans les articulations. Le médecin conseilla l'éther à haute dose avec des pilules dont j'ignore la composition. Ce traitement, continué avec persévérance, n'amena aucune amélioration dans l'état de la malade. C'est alors que je fus appelé auprès d'elle.

Voici ce que je constatai : gonflement et douleur aux articulations tibio-tarsiennes et radio-carpiennes. Les articulations des doigts sont également douloureuses, mais nullement gonflées; la douleur a disparu aux coudes, aux genoux et aux épaules; les mouvements de la tête ne s'exécutent encore qu'avec beaucoup de difficultés.

A l'auscultation du cœur, impulsion forte, bruit de souffle au premier temps assez rude, ayant son maximum d'intensité vers la pointe de l'organe, et ne se propageant point dans les gros vaisseaux. La main, appliquée sur la région précordiale, perçoit la sensation d'un frémissement vibratoire peu intense. Chorée très prononcée. La physionomie seule est calme et n'offre point de mouvements irréguliers. Fièvre légère; selles rares; urines assez abondantes, ne présentant aucune trace d'albumine. Il y a un mois que la malade n'a dormi. Je conseille pour tout traitement des pilules d'un dixième de grain de vératrine, à prendre de la manière suivante : une le premier jour, deux le second jour, trois le troisième jour, quatre le quatrième, trois le cinquième, deux le sixième et une le septième.

Je ne fus pas peu surpris, je le déclare, d'apprendre qu'après la sixième pilule la malade avait pu se promener et dormir, attendu qu'il n'y avait plus aucun mouvement choréique. Seulement il existait encore quelques douleurs à la région cervicale, et à l'auscultation du cœur on ne percevait plus qu'un très léger bruit de souffle. Je conseillai de continuer les pilules pendant quelques jours. La guérison fut complète, et la jeune fille, que j'ai revue dernièrement encore, a joui depuis ce temps d'une santé parfaite.

Avant d'entreprendre tout traitement chez cette jeune fille, une question se présentait naturellement : ne doit-on voir dans la réunion de ces trois maladies, rhumatisme, endocardite et chorée, qu'une simple coïncidence, ou bien une relation de cause à effet? L'invasion et la marche de la maladie suffisaient, je crois, pour faire soupçonner une relation de cause à effet entre le rhumatisme et la chorée. D'un autre côté, en consultant ce que les observateurs ont écrit sur ce sujet, nous voyons ces rapports signalés depuis longtemps. Stalh, Stoll, Barthez ne parlent-ils pas d'une chorée goutteuse? M. Guilbert, dans son article GOUTTE, du *Dictionnaire en 60 volumes*, affirme avoir observé dans sa pratique une forme de goutte cachée sous l'apparence de la chorée. Plusieurs médecins anglais, Copland, Bright, Babington, Taylor, ont trouvé aussi une relation de cause à effet entre le rhumatisme, surtout le rhumatisme avec endocardite, et la chorée.

M. Bouteille, dans son remarquable *Traité sur la chorée*, admet, dans quelques cas, l'influence du principe rhumatismal. Enfin, M. le docteur Sée, dans un mémoire couronné par l'Académie de médecine (11 décembre 1849), démontre la connexion intime du rhumatisme avec les affections spasmodiques, et principalement la chorée. Les observations ne manquent certainement pas à l'appui du travail de M. Sée. M. le docteur Bottrel, dans sa thèse inaugurale (mai 1850), va même jusqu'à considérer la chorée comme une affection exclusivement symptomatique du rhumatisme. La liaison intime du rhumatisme avec la chorée est donc un fait que l'on ne saurait contester. J'arrive maintenant à la question du traitement. Je n'hésitai pas à substituer à tous les moyens usités jusqu'à présent la vératrine, que j'avais employée avec succès dans un cas de rhumatisme articulaire très intense. Le résultat a été vraiment merveilleux, puisque la malade n'a encore pris que *six dixièmes de grain* de vératrine, que déjà les mouvements choréiques ont cessé, et que le gonflement et les douleurs articulaires ont presque entièrement disparu. Quant à l'affection du cœur, elle cède avec beaucoup plus de lenteur. Cette particularité a été déjà signalée par M. Piedagnel, qui se croit néanmoins en droit d'attribuer à sa médication une diminution notable dans le nombre des maladies du cœur consécutives au rhumatisme articulaire aigu. Mais je dirai, avec M. le professeur Trousseau, dans une de ses cliniques sur le traitement du rhumatisme par la vératrine : « *un fait n'est qu'un fait*. » Toutefois, comme l'honorable professeur, j'ai peine à attribuer ce fait au hasard, surtout maintenant, que la spécificité antirhumatismale de la vératrine est suffisamment prouvée par l'observation.

QUELQUES MOTS DE COMPARAISON

entre le fer rouge et le caustique de Vienne appliqués à la cautérisation des tumeurs hémorrhoïdales. — Hémorrhoïdes compliquées d'hémorrhagie grave.— Opération.— Guérison rapide.

Par M. le docteur BARTHÉLEMY (de Saumur).

Ce serait prendre une peine inutile que de s'appliquer à démontrer que l'on doit renoncer à tout jamais à l'excision ou à la ligature des tumeurs hémorrhoïdales. L'expérience (*experientia magistra rerum*) s'est de plus en plus prononcée contre ces deux moyens dont j'avais annoncé l'abandon prochain de la part des praticiens dès l'année 1844. Des hémorrhagies foudroyantes, des phlébites consécutives de la plus grande gravité, des accidents nerveux forts redoutables ont convaincu les plus incrédules des dangers attachés à ces deux modes de traitement aujourd'hui généralement délaissés.

Aussi la saine pratique rangerait-elle au nombre des chirurgiens imprudents ou arriérés ceux qui attaqueraient désormais des tumeurs hémorrhoïdales avec le bistouri ou la ligature.

En réalité, il ne reste plus pour détruire ces sortes de tumeurs que deux moyens, je veux parler de la cautérisation fournie par le fer rouge et de celle que l'on pratique avec le caustique de Vienne.

J'ai été pendant une dizaine d'années partisan exclusif du cautère actuel, et c'est parce que je l'ai souvent manié et que je me suis même appliqué à rendre ce moyen moins pénible (1) que mes confrères m'écouteront, j'espère, quand je viens leur dire que le caustique de Vienne doit décidément lui être préféré.

Le fer rouge a certes d'incontestables avantages, mais ses inconvénients sont plus grands encore.

Les anciens en faisaient pour les cas dont il s'agit un bien fréquent usage, et cependant les modernes y avaient à peu près complétement renoncé. Pourquoi? C'est qu'ils avaient été frappés de tout ce qu'il y a de pénible et d'incertain dans l'application de ce terrible moyen.

La terreur profonde qu'il inspire aux malades, les douleurs cuisantes qu'il leur fait éprouver suffiraient seules pour enchaîner la main du chirurgien s'il ne voyait d'un autre côté combien il est difficile de borner l'action du fer rouge aux parties que l'on veut atteindre et combien il est difficile aussi d'arriver à la destruction complète des tumeurs un peu volumineuses.

En effet, ce n'est point un seul cautère qui suffit alors; le sang qui jaillit de la tumeur l'a bientôt éteint. Il faut, comme la pratique de M. Philippe Boyer le démontre, en éteindre sur la tumeur trois et même quatre; jeter ainsi dans toutes les parties une masse de calorique, ce qui détermine des souffrances et une réaction inflammatoire des plus vives.

Lorsque l'action du fer a porté sur les sphincters, il y a quelquefois des rétrécissements consécutifs de l'anus. Le docteur Miramont, qui habite la Chaussée-d'Antin, m'a cité l'un de ses clients chez lequel on avait été forcé de pratiquer une incision profonde du sphincter à la suite de l'emploi du fer rouge.

En dépit de ces inconvénients inhérents au fer rouge, j'ai attaqué par ce moyen pendant une dizaine d'années un assez grand nombre de paquets hémorrhoïdaux, et même avec un certain succès; mais les scènes pénibles qui se passaient à chacune de mes opérations me faisaient désirer quelque chose de mieux. J'en étais là, lorsqu'en 1844 j'imprimai dans le journal officiel de médecine militaire l'idée que voici :

« Lorsque les tumeurs hémorrhoïdales offriront un pédicule, je » le placerai entre deux petites gouttières de plomb remplies de » caustique de Vienne. »

Malheureusement je ne fis aucune application de cette idée, sur laquelle n'en repose pas moins le procédé qui consiste à détruire les tumeurs hémorrhoïdales par le caustique appliqué uniquement à leur pédicule ou leur base.

Deux ans plus tard, en 1846, M. Amussat père fit mieux que moi; il eut la même idée, sur laquelle il basa son ingénieux procédé, qui consiste, avant tout, comme on sait, à porter le caustique sur le *pédicule* des tumeurs dans *deux petites gouttières d'acier*.

Ce procédé, que l'honorable M. Amussat offrit d'abord sous un aspect peut-être un peu trop compliqué, ne tarda pas à revêtir dans les mains de cet habile praticien le caractère de parfaite simplicité qu'il a aujourd'hui.

Tous les chirurgiens l'accueillirent avec d'autant plus de faveur, que grand nombre d'entre eux reculaient devant l'emploi du fer rouge. En 1849, je fus du nombre des défectionnaires, et je voulus juger par moi-même de la valeur du procédé de M. Amussat. Je priai cet honorable confrère de me permettre d'assister à l'une de ses opérations qu'il fit chez un papetier de la rue des Noyers. Je fus frappé de la facilité avec laquelle toutes choses furent faites, et surtout de la douleur fort supportable que le malade ressentit, grâce à une irrigation continue d'eau froide qui fut faite sur l'anus et son pourtour. La réaction inflammatoire fut modérée; les tumeurs se détachèrent au bout de huit jours, et au bout d'un mois le malade était parfaitement guéri.

A partir de ce moment, je fus convaincu de la supériorité de ce moyen. Je fis faire aussitôt chez M. Charrière la pince transversale à rainures couvertes de M. Amussat, et sa pince droite en compas qui sert à saisir les tumeurs qui ne peuvent pas sortir complétement de l'anus. Je me suis permis de faire subir à cette dernière pince une légère courbure sur le plat, ce qui fait qu'elle s'applique mieux à la partie élargie et concave du rectum située au-dessus des sphincters.

Armé de ces deux pinces et du caustique Filhos, qui n'est, comme on le sait, que le caustique de Vienne solidifié, j'ai pratiqué aujourd'hui quinze de ces opérations, et toutes ont été couronnées du succès le plus complet. Deux fois seulement les malades ont beaucoup souffert au moment de l'opération et les jours suivants, parce que depuis une quinzaine leurs hémorrhoïdes étaient enflammées; mais je ne les en ai pas moins conduites à parfaite guérison.

L'observation suivante, que je publie parce qu'il est toujours bon de joindre l'exemple au précepte, démontre combien ce procédé, même dans les cas les plus graves, procure aisément les plus heureux résultats.

Le 4 juin vers midi, M. G..., l'un des principaux employés de la guerre, entre dans mon cabinet, le teint pâle, les lèvres livides, le regard éteint, et ne pouvant qu'à grand'peine se soutenir et respirer. « Docteur, me dit-il, ce sont de maudites hémorrhoïdes dont je souffre » depuis douze ans qui m'ont mis dans l'état où vous me voyez. Depuis » huit jours elles fluent si abondamment que j'ai perdu presque » tout mon sang. » Je donnai un vase de nuit à M. G... et le priai de faire un léger effort pour pousser au dehors ses hémorrhoïdes, elles sortirent sans peine, entraînant avec elles un quantité notable de sang. Je pus alors voir trois tumeurs, dont l'une, assez volumineuse, occupait la partie postérieure et un peu la droite de l'anus; l'autre, plus volumineuse encore, couvrait entièrement la partie gauche; la troisième, qui était la plus petite, était implantée à la partie périnéale de l'orifice. Comme, à chaque garde-robe, ces trois tumeurs tombaient en entraînant une certaine portion de la muqueuse rectale, elles formaient en totalité un bourrelet égalant en grosseur la moitié du poing. J'essuyai successivement ces trois tumeurs avec un petit linge, et je m'aperçus bien vite que l'hémorrhagie était fournie par celle qui était située à gauche et qui était la plus forte des trois. En la renversant en dehors avec mon pouce, je vis une ulcération sous forme d'infundibulum d'où le sang s'échappait avec abondance, à moins qu'on ne permît à cette tumeur, en la relevant, de s'appuyer sur sa voisine.

Comprenant de suite toute la gravité du cas pour M. G..., qui a passé la soixantaine, je l'engageai à rentrer promptement chez lui, disant que d'ici à une heure il était indispensable que je l'eusse débarrassé de ses tumeurs. Muni de deux pinces droites et du caustique Filhos, je me rendis en hâte chez M. G..., accompagné de M. le docteur Amussat fils, qui a habituellement l'obligeance de me servir d'aide en pareille occasion. Il jugea le cas comme moi, et nous tombâmes d'accord que nous laisserions seulement la tumeur postérieure, qui était moins malade que les deux autres. J'appliquai une pince garnie de caustique sur la tumeur principale, celle qui était le siége de l'hémorrhagie. J'eus bien soin d'appuyer un peu fort, de manière à raser les fibres les plus concentriques du sphincter, je saisis ainsi cette tumeur aussi bas que possible, et lorsque je rapprochai les branches

(1) Je fis alors un spéculum qui avait tout à fait la forme d'un long éteignoir à bout mousse; une queue recourbée, qui partait de l'un des points de son bord libre, servait à l'introduire et à le diriger; il présentait une fenêtre plus ou moins large dans laquelle je faisais passer la tumeur hémorrhoïdale, que je brûlais alors isolément et sans toucher aux autres parties du rectum.

de ma pince l'hémorrhagie s'arrêta net, et depuis elle n'a pas reparu. Mon aide mit une seconde pince sur la tumeur périnéale; toutes deux furent laissées en place pendant cinq minutes. M. G... ne souffrit que peu, grâce à une irrigation continue d'eau fraîche qui fut faite par un second aide. Les pinces enlevées, je lavai avec soin les tumeurs, de manière à les débarrasser des moindres parcelles du caustique. Le malade fut immédiatement placé dans un bain de siége rempli d'eau froide; il fut convenu qu'au bout d'une heure il ferait lui-même rentrer ses tumeurs. N'ayant pu y parvenir, il m'appela sur les cinq heures du soir; je les réduisis, mais non sans peine, ce qui me prouva, avec quelques autres faits analogues, qu'il vaut mieux faire cette réduction immédiatement après l'opération. M. G... eut une nuit assez bonne; les jours et les nuits suivants, il en fut de même. Je le tins pendant trois jours au bouillon pour toute nourriture. Il prit une boisson tempérante, et lorsque le besoin des garde-robes se fit sentir, il alla au-devant en se donnant lui-même un tout petit lavement d'eau de lin bien mucilagineuse. Au bout de huit jours, les tumeurs brûlées se détachèrent sans qu'il coulât une goutte de sang. Les garde-robes devinrent alors un peu plus pénibles, ce qui n'empêcha pas l'anus de rester parfaitement en place; depuis le moment de l'opération, il ne s'est plus renversé.

Aujourd'hui, vingt-quatrième jour de l'opération, M. G... est dans un état si satisfaisant, qu'il peut manger à son appétit, se promener, et fonctionner par en bas sans la moindre difficulté. Il ne manque plus à sa guérison que la formation complète de l'épithélium sur les points de la muqueuse dénudés par l'action du caustique, ce qui est toujours un peu long.

J'ai porté ce matin mon doigt vers le point où siégeait l'hémorrhoïde laissée en place, et j'ai vu, sans surprise, du reste, qu'elle était dégonflée, aplatie, et ne présentait plus qu'une portion de muqueuse relâchée, qui fuit quand on la touche.

Des observations comme celles-ci, et elles sont nombreuses aujourd'hui, sont concluantes et bien engageantes, ce me semble, pour les praticiens.

Malgré cela, je me permets de les engager à ne point se décider théoriquement soit pour le fer rouge, après avoir lu la thèse remarquable de M. le docteur de Beauvais, qui préconise ce moyen avec autant de chaleur que de talent, soit pour la cautérisation par le caustique de Vienne appliqué à la base des tumeurs hémorrhoïdales, méthode que M. Amussat fils vient de préconiser de son côté en exposant dans le dernier numéro du *Bulletin thérapeutique* avec clarté et précision le procédé de M. son père.

Ce qu'ils ont de mieux à faire, c'est d'expérimenter comparativement ces deux méthodes, et, s'ils ne le peuvent par eux-mêmes, d'aller voir M. Philippe Boyer à son hôpital, où il cautérise avec le fer rouge tant et plus, ou de tâcher d'assister en ville à quelques-unes des nombreuses opérations de M. Amussat père. Que, s'il convenait à quelques-uns d'entre eux de s'adresser à moi, ils peuvent être convaincus d'avance de l'empressement que je mettrais à leur rendre ce léger service.

C'est après avoir bien vu et comparé qu'ils pourront asseoir leur jugement en toute connaissance de cause.

Et je ne doute pas que ce jugement ne soit en faveur de la cautérisation avec le caustique, parce que, grâce aux deux pinces de M. Amussat père, cette méthode peut s'appliquer à tous les cas sans exception et qu'elle conduit toujours à d'admirables résultats sans faire endurer trop de misères aux malades.

Il n'en est certes pas de même avec le fer rouge, n'en déplaise à M. Philippe Boyer et à son très ardent panégyriste M. le docteur de Beauvais.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 28 juin 1853. — Présidence de M. NACQUART.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Épidémies.

Le ministre du commerce transmet les rapports suivants sur les épidémies :

1° De M. Pone, sur une épidémie de petite vérole dans la commune de Villers-sous-Chalamont (Doubs);

2° Du même, sur une épidémie de fièvre typhoïde dans la commune de Chaux-de-Gilly (Doubs);

3° Du même, sur une épidémie de fièvre typhoïde dans la commune d'Ouhans (Doubs);

4° De M. Faivre-d'Enaus, sur une endémie de teigne dans les communes de Champlive et de Dammartin (Doubs);

5° Du même, sur une épidémie de fièvre typhoïde dans la commune de Nancray (Doubs);

6° Du même, sur une épidémie de fièvre muqueuse typhoïde dans la commune de Lomont (Doubs);

7° De M. Santon, sur une épidémie de fièvre typhoïde dans la commune de Battenans (Doubs);

8° Du même, sur une épidémie de choléra dans la commune de Bief (Doubs);

9° De M. le docteur Billot, sur une épidémie de fièvre muqueuse dans la commune de Châtelneuf (Jura);

10° De M. Estre, sur une épidémie d'angine tonsillaire dans la commune d'Adincourt (Moselle).

Réclamation relative à la discussion sur la surdi-mutité.

M. Bouvier adresse une lettre de M. Sægert (de Berlin), inspecteur général des institutions de sourds-muets en Prusse, qui réclame contre une assertion calomnieuse dont il a été l'objet dans la discussion sur la surdi-mutité.

Généalogie pathologique.

M. Bemg (de Copenhague) adresse une sorte de programme d'un travail sur la généalogie pathologique. (Commissaires : MM. Bérard et Bousquet.)

Vaccine.

M. Adde-Margras (de Nancy) adresse un manuscrit intitulé : *Manuel du vaccinateur des villes et des campagnes.* (Commission de vaccine.)

Remèdes secrets.

M. Robinet lit une série de rapports sur des remèdes secrets, tous ces rapports concluent au rejet. L'Académie les adopte sans discussion.

Vaccinations pour 1851.

M. Bousquet lit la deuxième partie de son rapport officiel annuel sur la vaccination pour l'année 1851.

— M. Larrey lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Félix Hutin, médecin en chef de l'hôtel des Invalides, ayant pour titre : *Recherches sur les résultats définitifs des traitements employés pour la cure radicale de l'hydrocèle vaginale.*

L'auteur s'est proposé, dans ce mémoire, d'étudier comparativement les résultats des diverses méthodes de traitement de l'hydrocèle, particulièrement au point de vue de la question de savoir si l'adhérence de la tunique vaginale est indispensable à la guérison de l'hydrocèle.

M. Hutin a établi deux catégories parmi les sujets anciennement opérés d'hydrocèle : ceux qui ont été opérés par divers chirurgiens et par diverses méthodes, et ceux qui ont été opérés par l'injection iodée.

Voici le résultat que lui a donné cette statistique.

Chez les opérés de la première catégorie, c'est-à-dire opérés par différents chirurgiens et par diverses méthodes, chez tous, sans exception, il y avait oblitération complète de la tunique vaginale, tandis que chez les opérés avec l'injection iodée, et spécialement par M. Hutin, les résultats ont été variables : ainsi sur seize sujets, l'autopsie a démontré huit fois des adhérences complètes ou oblitérant la cavité séreuse en entier (comme dans les méthodes anciennes), tandis que quatre fois les adhérences se trouvaient partielles seulement, et que les quatre autres fois il n'en existait pas de traces.

D'où l'auteur de ces recherches a cru devoir conclure que dans ces derniers cas les injections iodées n'avaient et n'auraient ultérieurement provoqué aucune oblitération, et que ces hydrocèles ainsi parvenues à guérison n'eussent pas été à l'abri d'une récidive.

De l'ensemble de ces faits M. Hutin a tiré les déductions suivantes :

1° Que Pott avait dit vrai en avançant que la disparition de la tunique vaginale n'est pas indispensable à la cure de l'hydrocèle;

2° Que cette disparition semble être la conséquence la plus ordinaire des traitements employés autrefois et même des injections vineuses;

3° Qu'elle arrive moins fréquemment à la suite de l'injection iodée, s'il devient constant par des recherches nouvelles que les choses se passent habituellement comme elles se sont passées chez les opérés des Invalides.

M. Hutin rappelle à l'appui l'opinion de M. Velpeau, qui attribue aux injections iodées comme aux autres injections la propriété de déterminer une inflammation adhésive ou oblitérante, tandis que ce résultat n'est pas constamment tel, comme le démontrent les faits précités.

Prudent et réservé du reste dans son langage, dit M. le rapporteur, M. Hutin, désirant que l'on ne se méprenne point sur sa pensée, ne prétend pas que les injections iodées guérissent l'hydrocèle sans oblitération; il dit seulement que, chez les 16 individus traités par cette méthode et autopsiés par lui, un quart ne présentaient point d'adhérences et un quart n'en offraient que de partielles, tandis que les 28 invalides morts, sur les 30 opérés par d'autres procédés, avaient tous des adhérences complètes. M. Hutin se borne à constater ce résultat. Ses recherches auraient été plus intéressantes encore, ajoute M. le rapporteur, si elles avaient pu apprécier la structure intime de ces adhérences et leur mode de formation, soit par un contact immédiat, soit par l'interposition de fausses membranes simulant diverses altérations ou transformations de la tunique vaginale.

Ainsi, d'après une remarque générale de Bichat, dans les inflammations séreuses, lorsque l'exhalation du fluide lubréfiant cesse, une fausse membrane tend à s'organiser souvent sur les surfaces phlogosées. C'est même sur cette règle formulée par l'illustre physiologiste que l'on peut fonder l'avantage de certaines méthodes dans la cure de l'hydrocèle.

Présumant que des recherches ultérieures confirmeront les siennes sur les résultats des opérations d'hydrocèle, M. Hutin se demande si on n'aurait pas d'autant plus raison de préférer les injections iodées aux autres méthodes. Il n'est même pas éloigné de croire que l'oblitération complète de la tunique vaginale peut avoir quelque fâcheuse influence sur l'intégrité des fonctions du testicule, surtout, ajoute-t-il, dans le cas où l'autre organe aurait été enlevé. C'est une opinion que l'expérience n'a pas confirmée encore, et qui nous dicte une certaine réserve.

Quoi qu'il en soit, on pourrait assigner d'autres avantages aux injections iodées; ainsi elles semblent favoriser les adhésions de la tunique vaginale chez les sujets lymphatiques dont les bourses s'infiltrent aisément, et qui sont plus exposés que d'autres aux récidives de l'hydrocèle.

La même substance, en raison de sa propriété résolutive des engorgements glanduleux, n'est-elle pas apte aussi à guérir l'orchite, dont l'hydrocèle n'est souvent que la conséquence, et alors même que l'épanchement est peu considérable? C'est ce que M. le rapporteur, avec M. Hutin lui-même, n'est pas éloigné de croire.

La commission propose pour conclusion :

1° D'adresser une lettre de remercîments à M. Hutin pour sa communication;

2° De déposer honorablement son mémoire aux archives de l'Académie. (Adopté.)

La séance est levée avant cinq heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

ADDITION A LA SÉANCE DU 20 JUIN.

M. Lallemand présente à l'Académie un mémoire de M. Burin-Dubuisson, pharmacien à Lyon, ayant pour titre : *Étude de l'action chimique du perchlorure, du perazotate et du persulfate de fer sur les principes albumineux du sang.* (Commissaires : MM. Thénard et Dumas.)

Nouveau procédé pour l'amputation et la résection des os métacarpiens.

Le même membre présente un mémoire de M. Courty, chirurgien en chef de l'hôpital général de Montpellier, sur un nouveau procédé pour l'amputation et la résection des os métacarpiens.

Ce procédé, dit M. Lallemand, consiste : 1° à mettre l'os malade à découvert, par une incision pratiquée sur le dos de la main; 2° à passer autour de l'os une aiguille courbe fixée sur un manche, comme celle de Deschamps pour la ligature des artères; 3° à retirer en sens contraire, à l'aide de cette aiguille, une scie à chaînettes, dont l'action divise l'os en quelques mouvements de va-et-vient. Le reste de l'opération se fait comme à l'ordinaire, par la méthode qu'on est convenu d'appeler ovalaire. Ce procédé a l'avantage d'opérer la section de l'os d'une manière plus rapide, plus facile, sans ébranlement et sans endommager les parties molles voisines; de permettre l'enlèvement de la portion d'os sciée sans avoir besoin de diviser la paume de la main, où se trouvent des nerfs considérables, des vaisseaux volumineux anastomosés en arcades, et dont la ligature est toujours difficile entre les os métacarpiens du voisinage. Enfin, la paume de la main n'étant pas entamée, les désordres sont moindres, ainsi que la suppuration, la réaction et la fièvre; la marche de la guérison est par conséquent accélérée.

Ce procédé peut être appliqué sans changement notable aux os du métatarse aussi bien qu'à ceux du métacarpe. (Commissaires : MM. Lallemand, Velpeau.)

Théorie de la vision.

M. Szokalski adresse une note concernant des expériences qu'il a faites dans le but de reconnaître jusqu'à quel point l'œil peut reconnaître une déviation de la direction verticale ou de la direction horizontale dans l'espace.

Dans ces expériences, qui étaient faites au moyen d'un fil noir long de 1 mètre se détachant sur un mur blanc, il a reconnu qu'il y avait, pour la délicatesse d'appréciation, des différences notables d'un individu à l'autre; ainsi, certaines personnes étaient sensibles à une déviation de la verticale qui n'excédait pas un déplacement angulaire de plus de quinze minutes; chez d'autres, au contraire, il fallait une déviation double ou triple pour qu'elles reconnussent que la ligne n'était plus verticale.

Quelle que fût, au reste, la délicatesse d'appréciation chez les divers individus soumis à l'expérience, tous, pour arriver à former un jugement, se conduisaient de la même manière, exécutaient les mêmes mouvements de la tête et arrivaient à la fixer dans une même position. Si, au lieu de tenir la tête dans cette position qu'ils prenaient comme instinctivement, ils la tenaient volontairement inclinée d'un côté, la délicatesse de leur appréciation en était sensiblement altérée; et tel qui, posé naturellement, reconnaissait une déviation de quinze minutes, n'apercevait pas, dans la position forcée, une déviation d'un degré.

L'auteur conclut de ces faits et de plusieurs autres qui sont exposés dans sa note qu'on se ferait une idée très incomplète du sens de la vision et des connaissances qui nous arrivent par ce sens, si nous le réduisions à l'impression produite sur la rétine et au jugement porté sur cette sensation. C'est à la même conclusion d'ailleurs que conduisent déjà ses précédentes communications sur le mouvement de rotation des yeux autour de leur axe. (Commissaires : MM. Serres et Robinet.)

Action anesthésique attribuée à la fumée du lycoperdon proteus.

M. Flourens, à l'occasion d'une pièce imprimée de la correspondance, entretient l'Académie d'expériences qui ont été faites par M. F. Gérard dans le but d'observer l'action anesthésique attribuée à la fumée du *lycoperdon proteus.*

Je pris, dit l'auteur, des lycoperdons que j'avais récoltés l'automne dernier; j'en recueillis la substance, et je fis l'expérience avec une quantité de *capillitium* mêlé de spores du poids de 12 grammes. Je plaçai cette substance, qui brûle à la manière de l'amadou, sur une mèche, qui en entretient la combustion, et je me plongeai la tête tout entière dans la fumée pendant quinze minutes. L'âcreté de cette fumée m'incommoda d'abord et me causa en premier lieu une légère irritation du pharynx; puis j'eus quelques instants un coryza, qui ne tarda pas à se dissiper; puis un sentiment de cuisson dans les yeux, que je fus obligé de tenir fermés. Quant à l'engourdissement, il ne fut presque pas sensible pendant l'inspiration de la fumée. Je sortis de l'appareil improvisé dans lequel je m'étais placé après la carbonisation de tout le capillitium, et peu d'instants après je ressentis une vive douleur précordiale. J'éprouvai de la pesanteur de tête et comme un serrement péricéphalique, qui était du reste sans douleur. Mes yeux, qui étaient devenus rouges, se fermaient involontairement, quoiqu'il n'y eût point de somnolence. Au bout de quatre heures, la tête redevint libre, mais le malaise persista environ six heures. Le lendemain, la conjonctive n'était plus rouge, mais il restait de l'irritation aux paupières. Je n'éprouvai pas la léthargie dont parle le numéro 14 de la *Gazette de Mayence* (1), qui dit que les animaux soumis à l'action de la fumée sont plongés dans un état d'insensibilité qui ressemble à la mort.

Je me suis assuré que les propriétés du *lycoperdon bovista* et du *lycoperdon excipulæ formis* sont les mêmes que celles du *lycoperdon proteus.*

Souscription en faveur d'un confrère dans l'infortune.

La *Gazette des Hôpitaux*.	20 fr.
M. le docteur Garcin.	5
M. le docteur Foucart.	10
M. Noël.	3
Un anonyme.	25
M. Deschamps.	30
M. le docteur Picard.	15
Un élève en médecine.	2
M. Lebrun.	5
M. Falret.	50
M. Voisin.	50
M. Brierre de Boismont.	50
Total.	265 fr.

CORRESPONDANCE.

Paris, le 29 juin 1853.

Monsieur le rédacteur,

Votre numéro de samedi dernier, 25 courant, relatait la condamnation que viennent de subir conjointement MM. Paquet, pharmacien, et Dambresville, docteur en médecine, pour faits relatifs à l'exercice de leur profession. Voulant éviter une confusion que peut amener la similitude des noms, et qui s'est déjà produite, je vous prie de vouloir bien, dans votre prochain numéro, prévenir MM. vos abonnés contre une erreur qui pourrait me causer le plus grand préjudice.

Agréez, etc. J. PAQUET,

Pharmacien, ex-interne lauréat des hôpitaux de Paris,

Rue Laffitte, 34. (Pharmacie Prudhomme.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes en date du 20 juin, M. Thomas, docteur en médecine, est nommé professeur-adjoint de pathologie interne à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims (fonctions vacantes).

— Le professeur de physiologie Bischoff, de Giessen, est appelé à une chaire de la Faculté de Munich.

M. Textor, professeur de clinique chirurgicale à Würzbourg, est admis à la retraite et remplacé par le docteur Ried, professeur à Iéna.

(1) La GAZETTE DE MAYENCE fait allusion sans doute au mémoire de M. Richardson dont on a pu lire la traduction dans le numéro du 7 juin de la GAZETTE DES HÔPITAUX. Il n'est nullement question dans ce mémoire des propriétés irritantes indiquées par M. Gérard, et l'action anesthésique y est au contraire parfaitement signalée, du moins sur les animaux. (NOTE DU RÉD.)

LE SOURD.

Paris. — Typographie de PLON frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 78. — SAMEDI 2 JUILLET 1853. (26e ANNÉE.) N° 78. — SAMEDI 2 JUILLET 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE.	Trois mois. . . . 8 fr. 50 c. Six mois. . . . 16 » Un an. . . . . 30 »	
GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES.	Trois mois. . . . . 9 fr. Six mois. . . . . . 17 Un an. 33	
ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR.	Trois mois. . . . . 10 fr. Six mois. . . . . . 20 Un an. 38	

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Traitement des inflammations de la peau par la soustraction de la lumière et de l'air atmosphérique.

Ce n'est pas d'aujourd'hui, dit M. Piorry, que l'on a pensé à soustraire la peau enflammée au contact de l'air et de la lumière; voici ce que je disais en 1848, dans mon *Traité de médecine pratique*, t. VII, n° 11,028 :

« Alibert avait comparé chaque pustule de variodermite aux bourgeons des arbres, et croyait que dans les uns et les autres il y avait une évolution du même genre.

» De là le nom de bouton, qu'il conservait aux petites tumeurs varioliques. Il admettait que le contact de l'air et de la lumière était aussi utile pour l'accroissement de la variodermite que pour le développement du bourgeon végétal. Il affirmait que sur les parties du corps abritées par les vêtements les pustules varioliques croissent moins bien qu'ailleurs.

» Ce fut cette pensée qui nous conduisit à placer sur les téguments des emplâtres de diachylum.

» Nous avons parlé de leur application en 1833 à notre clinique, et en 1835 nous avons publié (article DERMITE VARIOLEUSE du premier *Traité de médecine pratique*) plusieurs observations dans lesquelles ce moyen fut employé comme pansement des ulcérations varioliques vers la même époque; et, après avoir bien constaté que ce traitement calmait la phlogose qui entoure les pustules, nous avons, dans l'intention de faire avorter celles-ci, eu recours aux emplâtres agglutinatifs. Nous constatâmes que dans les cas où un emplâtre de diachylum fraîchement préparé, extrêmement agglutinatif, disposé en couche épaisse et appliqué sur des pustules varioliques à l'état initial; que dans ceux où il prévient complétement le contact de l'air et où il reste adhérent pendant plusieurs jours; que dans ceux encore où il est renouvelé et réappliqué toutes les fois qu'il se décolle; que dans ces cas, disons-nous, les pustules varioliques se développent lentement, incomplétement, durent moins que si on les avait laissées en contact avec l'air et la lumière. Alors l'auréole qui les entoure devient moins rouge, l'ensemble des accidents qu'elles causent localement est moins prononcé, et les cicatrices elles-mêmes qu'elles laissent à leur suite sont moins développées.

» Nous avons fait à ce sujet, et cent fois peut-être, les expériences les plus décisives. Tantôt un côté de la face ou un membre était très exactement recouvert de diachylum, tandis que l'autre côté ou l'autre membre était laissé exposé à l'air libre ou enduit d'onguent, de cérat, d'huile, ou encore lavé avec l'eau de guimauve. Constamment, lorsque les circonstances relatives à l'application exacte d'un bon dyachilum se trouvaient réunies, la différence était tout à fait à l'avantage des régions sur lesquelles le dyachilum avait été appliqué.

» Maintes fois surtout il nous est arrivé de voir un bras, une jambe atteints de variodermite, et ainsi traités par les emplâtres de diachylum, être seulement le siége d'une tuméfaction très modérée, tandis que les points correspondants de l'autre côté de la ligne médiane présentaient un engorgement des plus marqués. Encore une fois, pour que les effets dont il vient d'être parlé soient obtenus, il faut que le diachylum ne se détache pas, et malheureusement le contraire a presque toujours lieu; l'humeur de la transpiration cutanée qui se dépose au-dessous du sparadrap le détache, l'air passe au-dessous de lui, et le but que l'on se proposait est entièrement manqué. En vain nous sommes-nous servi, pour la face, de bandelettes agglutinatives faites avec du linge fin et demi-usé, et très exactement appliquées; notre intention, en nous en servant, était d'appliquer exactement l'emplâtre et de faire qu'il s'accommodât mieux aux mouvements de cette partie: or très souvent encore les bandelettes se sont également décollées deux ou trois jours après leur apposition. »

Une discussion très étendue appuyée sur des expérimentations décisives (*Traité de méd. pratique*, n° 11,032), et dont quelques-unes avaient eu lieu en 1845 ou 1846 devant MM. Briquet et Nonat, établit en 1848 que les emplâtres de Vigo proposés par MM. Serres et Gariel n'agissaient pas autrement que l'emplâtre de diachylum, c'est-à-dire en abritant la peau malade contre le contact de l'air et de la lumière.

Ces faits et beaucoup d'autres, dit encore M. Piorry, me conduisirent à employer contre la plupart des phlegmasies de la peau la méthode dont il s'agit, et voici quel est le traitement que j'ai proposé en 1848 contre les dermites en général :

« Il faut, avant tout, éviter l'action des agents mécaniques, physiques et chimiques qui peuvent avoir causé le mal ou qui sont susceptibles de l'entretenir. En ce sens, il est utile :

» 1° De soustraire les parties enflammées au contact de l'air et de la lumière, ce que l'on peut obtenir au moyen de cataplasmes, de fomentations, d'emplâtres de *taffetas gommé*, d'*axonge*, de substances pulvérulentes, etc.;

» 2° D'empêcher l'application de vêtements dont le contact est irritant;

» 3° De prévenir le frottement des parties affectées avec d'autres régions de la peau ou avec d'autres corps;

» 4° D'éviter toute manœuvre susceptible de léser les éléments du derme malade; c'est ainsi qu'il faut, lorsqu'une phlegmasie a atteint la peau du menton, éviter les lotions faites avec un savon excitant, ou la section des poils avec le rasoir; c'est encore ainsi que, dans les dermites du cuir chevelu ou du nez, on se donnera garde de tirailler les cheveux ou les poils;

» 5° De tenir extrêmement propre la surface du derme, d'enlever les croûtes (pyolithes et dosolithes), etc., qui pourraient se former sur la peau malade, et cela dans la crainte que du pus ou que des liquides altérés ne séjournent au-dessous d'eux. »

Dans l'article ERYSIPÈLE, le diachylum est proposé comme moyen efficace. Dès 1849, l'axonge, avec l'addition de fécule pour lui donner consistance d'emplâtre, a été un moyen employé à la Pitié et à la Charité pour arrêter et guérir l'érysipèle; il est constamment employé à la Clinique et réussit presque toujours. Les écrits périodiques ont souvent fait mention de ces faits. Tout aussitôt la découverte du collodion, M. Piorry l'appliqua à la curation des phlegmasies cutanées (*Gazette des Hôpitaux*, numéro du 24 mars 1849); il s'en servit pour lui-même dans un cas de *prurigo formicans* intolérable. Pour lui, comme pour les autres malades, il vit que ce topique était fort incommode, qu'il gênait les mouvements, et c'est pour cela qu'il y renonça et qu'il le remplaça par des emplâtres graisseux. Aujourd'hui, et depuis plusieurs années, ce praticien ne l'emploie plus que pour prévenir les ulcérations de la région sacrée qui sont précédées de *dermencie*, de dermites, etc., et qui sont recouvertes avec avantage par du collodion.

Il résulte de tout ceci que les moyens proposés par M. Robert-Latour, quoique n'étant pas nouvellement connus, ont une grande utilité, et le professeur de la Charité n'a pas manqué d'en convenir hautement. Ce qui appartient à M. Robert-Latour, c'est l'application de ce moyen thérapeutique à des phlegmasies autres que celles de la peau, telles que les arthrites, les affections goutteuses, etc. Si ce moyen réussit aussi bien qu'il le fait dans les dermites, ce sera un des plus grands services que l'on aura pu rendre aux malades. Il y a eu dans les salles de M. Piorry un grand nombre de cas d'érysipèle, de variole de la face, etc., qui ont avorté par suite de l'application d'emplâtres graisseux. Un médecin des Etats-Unis, M. Macilwain, élève de M. Piorry, mettait l'année dernière un zèle extrême à soigner les variolés de cette façon et à renouveler la graisse. Il obtenait des succès vraiment extraordinaires, et les cicatrices étaient ainsi prévenues.

M. Piorry depuis longtemps aussi cherche à asphyxier les acarus de la gale, qu'il appelle zoopsores, par l'application de corps gras, et deux fois il a fait périr de la même façon des ascarides trichatrides en faisant injecter 500 grammes d'huile dans le rectum.

Marche diverse des maladies du cœur.

L'étude des maladies du cœur, dit M. Trousseau, révèle un fait important : la variété de la marche de la maladie chez les différents sujets. Tantôt un malade se présente avec un bruit de souffle aux deux temps, une oppression considérable, un pouls très fréquent, accompagné d'hypertrophie du foie, d'œdème pulmonaire avec râle crépitant, d'infiltration générale, puis, sous l'influence d'une médication appropriée, au bout de quinze jours, un mois, ces symptômes graves disparaissent, pour ne laisser qu'un bruit de souffle modéré et une oppression passagère à la suite des exercices un peu fatigants.

Chez un autre, les mêmes désordres persistent, et conduisent plus ou moins vite le malade au terme fatal. Enfin, chez un troisième, la maladie présente des alternatives d'amélioration et de recrudescence qui se succèdent assez rapidement, et amènent la même terminaison.

Une jeune fille amenée à la consultation, en proie depuis six semaines environ à une oppression considérable, et chez laquelle on constate un bruit de souffle au niveau de la valvule mitrale, accompagné d'hypertrophie du cœur et de fréquence du pouls, raconte qu'il y a six mois environ elle fut prise d'un rhumatisme articulaire à la suite duquel elle conserva un essoufflement assez considérable lorsqu'elle se livrait à un exercice un peu violent.

Un jeune homme de dix-huit ans couché dans nos salles, atteint d'un commencement de tuberculisation, fut pris tout d'un coup, il y a deux mois, d'une oppression considérable; en même temps la fièvre devint intense. L'auscultation de la poitrine ne révélant aucun phénomène nouveau qui pût rendre compte de cette anxiété subite, le cœur fut examiné, et je reconnus un bruit de souffle au premier temps, avec matité dans cette région. Ces signes, joints à l'état du pouls et aux autres phénomènes généraux concomitants, firent reconnaître l'existence d'une inflammation de l'endocarde, à laquelle se joignit bientôt une attaque de rhumatisme articulaire aigu, qui n'était elle-même qu'une récidive d'une première attaque que ce jeune homme avait eue autrefois. Tous ces accidents diminuèrent sensiblement après quinze jours de traitement.

Il y a trois semaines, un vieillard de soixante-quatre ans entra dans le service. Il avait été pris tout à coup d'une douleur vive au cœur, avec oppression considérable qui ne lui permettait pas de rester couché, accompagnée de désordres pulmonaires et d'anasarque générale. A son entrée, les battements du cœur étaient précipités, inégaux, confus, et dans les rares moments où ils devenaient plus réguliers, on pouvait constater un bruit de souffle et quelque bruit de frottement avec matité, s'étendant de la partie moyenne de l'organe, et gagnant vers le haut l'origine des troncs vasculaires. Une saignée fut pratiquée, et on administra la digitaline. Au bout de quinze jours le malade n'avait plus d'oppression, les poumons étaient dégagés, l'anasarque avait disparu des membres, il ne restait plus qu'un peu de gonflement des pieds; au cœur, on entendait un bruit de souffle au premier temps. Le malade sortait guéri en apparence.

Au n° 1 de la salle Saint-Bernard se trouve une femme atteinte depuis longtemps d'une maladie du cœur. On trouve chez elle, à la base du cœur, un bruit de souffle doux au premier temps, rude au second, et se propageant dans toute l'aorte, dans le tronc innominé, les artères du cou. Cette femme, qui déjà depuis longtemps présente des séries d'aggravations notables suivies d'améliorations qu'on retrouve si souvent dans ces maladies, a été atteinte, il y a environ six mois, de pneumonie à la base du poumon droit; à la suite, les accidents allaient continuellement en s'aggravant, et elle était prise quelquefois d'accès de suffocation tels, qu'à peine lui aurait-on donné une heure à vivre; cependant le lendemain elle paraissait avoir repris un peu de force. Chaque attaque qui se succédait la laissait néanmoins un peu plus affaissée. Dernièrement, pendant quinze jours de suite, elle fut prise d'hémorrhagies pulmonaires successives amenant des hémoptisies plus ou moins abondantes. Pendant ce temps, la lésion pulmonaire se propageait à la presque totalité du poumon droit; le gauche fut ensuite envahi. Cet état s'est compliqué d'épanchements dans toutes les séreuses et d'anasarque générale; et cette maladie, qui a procédé par sauts, va se terminer d'ici à huit ou quinze jours d'une manière funeste.

— Une femme qui est morte dans le service, au n° 29, avait été traitée dans le temps par M. Chomel, et était sortie guérie; elle avait eu jadis des affections rhumatismales graves. A son entrée, elle était en proie à une oppression intense. Sous l'influence d'une saignée et de la digitale, l'amélioration fut rapide. De nouveaux accidents se déclarèrent suivis d'une nouvelle amélioration. Enfin, tout d'un coup la mort survint après une dernière recrudescence. A l'autopsie, on trouva les valvules mitrales et les colonnes charnues et tendineuses qui s'y implantent ossifiées.

En jetant un coup d'œil rapide sur ces différents malades, ce n'est pas sur les symptômes de la maladie que j'ai voulu fixer votre attention, mais bien sur son allure particulière différente chez les divers sujets.

Cela tient à ce que, dans certains cas, un épiphénomène, une cause particulière exerce son influence sur la maladie et lui imprime son cachet. Cette influence, si nettement indiquée par M. Bouillaud, qui a démontré combien elle se faisait fréquemment sentir, c'est le rhumatisme articulaire aigu qui l'exerce. On voit par là quel service M. Bouillaud a rendu en donnant la clef de ces retours fréquents qu'on observe dans un grand nombre de maladies du cœur.

Lorsque par suite d'un catarrhe pulmonaire ancien, les fonctions de l'hématose se font difficilement, et qu'une phlegmasie catarrhale vient à envahir une portion restée saine du poumon, on comprend que dans ces circonstances le malade pourra succomber aux nouveaux troubles survenus dans les fonctions respiratoires. Appliquant cette donnée aux maladies du cœur, on comprendra aussi comment, après avoir procédé par sauts, la cinquième ou sixième attaque entraîne une issue fatale.

Les accidents pulmonaires qui surviennent dans le cours des affections du cœur deviennent également funestes et hâtent la marche de la maladie, ainsi que nous en avons cité un exemple chez une femme atteinte d'affection du cœur compliquée de pneumonie double. La saignée et le tartre stibié nous ont rendu maître de sa pneumonie, mais la maladie du cœur n'en a pas moins fait des progrès effrayants.

Polype naso-pharyngien.

Nous avons rapporté dans notre numéro du 13 janvier une opération pratiquée par M. le professeur Nélaton sur un jeune homme

atteint de polype naso-pharyngien. Une portion considérable du polype ayant été excisée, il restait à détruire les racines implantées à l'apophyse basilaire et faisant corps avec son périoste. Après avoir essayé des cautérisations à l'aide d'un fil de platine chauffé par la pile, M. Nélaton, jugeant ce moyen trop peu actif, lui substitua les cautérisations à l'aide de l'acide azotique monohydraté. Afin d'éviter l'inspiration des vapeurs acides, on introduisit le coton imbibé du caustique dans un tube en verre, dont une des extrémités venait s'appliquer sur la base d'implantation du polype. De cette manière, le caustique put rester appliqué quatre ou cinq minutes dans chaque séance sans aucune gêne pour le malade. Ces petites opérations renouvelées fréquemment n'ont amené aucune complication fâcheuse, et le malade a été alimenté tout le temps. Aujourd'hui la presque totalité du polype est détruite; il reste seulement au fond de la narine droite un mamelon de la grosseur de l'extrémité du pouce. En additionnant et ramenant à une seule masse les détritus extraits à la suite de chaque cautérisation, il y a lieu de s'étonner qu'il puisse encore rester dans l'arrière-bouche une portion quelconque du tissu morbide; mais, si l'on se rappelle la manière dont M. Nélaton insistait au début sur la saillie de l'œil, on verra qu'il ne serait pas impossible qu'une portion du polype se soit introduite dans la fosse zygomatique par le trou qui correspond au ganglion de Meckel, trou qui aurait été agrandi par la pression de la tumeur, qui, comme on s'en souvient, avait fait disparaître la voûte palatine. M. Nélaton pense donc que c'est cette portion de la tumeur qui est attaquée et détruite actuellement par sa base, son sommet reposant dans la fosse zygomatique. Du reste, à mesure que la destruction s'avance, la saillie de l'œil devient moins considérable. Le résultat, s'il se complète, aura été obtenu sans danger pour le malade et sans laisser cette difformité énorme qui succède à l'ablation du maxillaire supérieur. Du reste, comme le répète M. Nélaton, l'ablation du maxillaire supérieur ne facilite nullement l'accès du polype, car l'obstacle principal, l'apophyse ptérygoïde, n'est pas enlevé, et c'est constamment derrière elle, dans le point correspondant au fond du pharynx et à la base du crochet, que se font les insertions.

Maintenant M. Nélaton se demande s'il faudra laisser la fente palatine ouverte, ou bien pratiquer la staphyloraphie comme complément à la guérison. J'ai fait la staphyloraphie, dit cet honorable professeur, il y a six ans, lors de ma première opération, et je n'ai pas vu depuis ce temps trace de récidive. Il restait à la voûte palatine une petite perforation laissant à peine passer un petit stylet, et néanmoins la voix est restée altérée et nasonnée. Déjà, à cette époque, j'avais peu de confiance dans la staphyloraphie pour le rétablissement de la voix; tout en remédiant à une difformité incontestable, cette opération laisse donc persister l'altération de la voix et au même degré qu'avant. Chez notre malade, la voix est bien nasonnée; cependant on l'entend très distinctement, et, du reste, il paraît qu'il a été ainsi toute sa vie. Je suis donc peu disposé à pratiquer la staphyloraphie. Dans tous les cas, il convient d'attendre la guérison complète et confirmée.

Emploi du sous-nitrate de bismuth dans la cholérine des enfants.

Nous empruntons au *Bulletin de la Société de médecine de Poitiers* la note suivante, qui offre un intérêt pratique réel; le sous-nitrate de bismuth a été employé dans un assez grand nombre d'affections gastro-intestinales; M. le docteur Mascarel (de Châtellerault) en précise l'emploi, qui avait été déjà conseillé par M. Desayvre dans cette affection.

Obs. I. — Le jeune Ren..., âgé de neuf mois, est tout à coup pris de vomissements du lait qu'il venait de teter, accident qui ne lui arrivait jamais : le lait était caillebotté et mêlé d'un liquide aqueux. En même temps avait lieu une selle très abondante et fétide, analogue pour la couleur et la consistance à la matière des vomissements.

Nous vîmes l'enfant à cinq heures du soir. La nourrice n'est pas malade et réunit toutes les conditions d'une bonne mère. Elle raconte qu'il n'y a que trois heures que son nourrisson est souffrant, et qu'elle n'exagère pas en disant qu'il a vomi et *coulé* plus de trente fois des matières blanches, aqueuses et très fétides. Les langes sont en effet imprégnés d'un liquide blanchâtre qui tache à peine le linge.

Le petit malade est très abattu; sa respiration est accélérée, son pouls à 135, déprimé; la chaleur de la peau abandonne les extrémités pour se concentrer à l'abdomen et à la poitrine. Les traits sont allongés, le nez effilé; les paupières entr'ouvertes laissent voir les globes oculaires, qui roulent doucement dans leurs orbites. Il y a eu en notre présence une selle abondante, très fétide, semblable à une décoction épaisse de riz. La langue est humide et blanchâtre, la soif si intense que l'enfant se précipite sur le verre qui contient de l'eau sucrée et boit avec une avidité convulsive. L'enfant n'a qu'une dent, les autres n'ont pas apparence de vouloir sortir.

Prescription. — Eau albumineuse, fomentations émollientes; potion :

Sous-nitrate de bismuth.	1	gramme.
Gomme adragante	1	—
Eau de laitue.	120	—
Sirop simple.	30	—

Une demi-cuillerée d'heure en heure. Diète.

Le lendemain 18 août l'enfant paraît moins abattu; il a un sommeil souvent interrompu par des cris plaintifs; les vomissements et les selles sont plus rares; la moitié de la potion a été prise. Dans toute la journée, il y eut dix à douze selles; les dernières devinrent jaunâtres et grisâtres, puis noires, et alors elles furent plus consistantes.

Le 19 août, l'enfant a dormi une partie de la nuit; les vomissements ont cessé, ainsi que la fièvre, qui hier encore était forte; les selles sont grisâtres et plus rares. (Nouvelle potion, eau panée, lavements et fomentations émollientes.) L'enfant, qui ne voulait plus teter, reprend le sein; on le laisse boire très peu.

Le 20, la nuit a été très bonne; l'enfant n'a pas eu de selles depuis hier deux heures, la seconde potion a été prise en totalité; il n'a plus cette soif ardente, il est gai et ne conserve plus qu'une pâleur accompagnée de faiblesse. — Eau de riz, lavement, lait de la nourrice plus abondant.

Le cinquième jour, la convalescence est franche; on conduit l'enfant à la promenade.

Obs. II. — François Berger, âgé de onze mois, fort et sevré depuis quinze jours, est pris, le 18 août, à quatre heures du matin, d'évacuations par haut et par bas, avec un refroidissement général tel, que la mère crut son enfant perdu.

A six heures et demie du matin, refroidissement et pâleur de tout le corps, soif inextinguible; l'eau sucrée froide, à peine ingurgitée, est aussitôt rendue par le haut et par le bas; le pouls est filiforme et très fréquent, les traits décomposés; les selles ressemblent à une solution de blanc d'œuf étendue.

Prescription. —

Sous-nitrate de bismuth.	1	gramme.
Gomme adragante.	1	—
Eau distillée de laitue.	100	—
Sirop simple.	25	—

à prendre par demi-cuillerée d'heure en heure; eau panée froide et par cuillerée; fomentations chaudes aux extrémités; cataplasmes émollients sur le ventre.

Le deuxième jour, dès hier soir les selles ont changé de couleur et de consistance; elles sont d'un noir pâle, sans coloration jaune. Les vomissements ont disparu dès l'instant où il y a eu la moitié de la potion prise. L'enfant est moins altéré; mais il est encore triste et dans un grand abattement. — Même traitement.

Le troisième jour, la nuit a été très bonne. Depuis douze heures il n'y a plus ni selles, ni vomissements; la convalescence commence. Il ne survient aucun accident les jours suivants.

Obs. III. — Le 6 août 1852, je fus consulté par M. D... pour son fils, âgé de deux ans et, atteint depuis deux jours d'une diarrhée jaunâtre qu'on attribuait à la dentition. A la diarrhée se joignaient depuis le matin des vomissements, et l'enfant rejetait tout ce qu'on lui présentait. L'inspection de la bouche fit connaître, en effet, qu'une congestion sanguine s'opérait vers les gencives; cependant il n'y avait pas de salivation, et l'enfant ne portait pas plus souvent les doigts à la bouche; seulement il se frottait beaucoup le nez, pleurait beaucoup et n'avait plus d'appétit. Il n'y avait pas de fièvre, mais une grande chaleur au creux épigastrique et derrière l'occiput.

Prescription. — Continuer l'eau de riz dont on a fait usage déjà depuis trois jours; potion à prendre dans les 24 heures :

Eau distillée de laitue.	125	grammes.
Sous-nitrate de bismuth.	1,2	
Gomme adragante.	1	—
Sirop simple.	30	—

Panade, riz au lait.

Le 7, les vomissements ont cessé; les selles sont devenues noires, de jaunes qu'elles étaient et panachées. La nuit a été bonne. — Même traitement; œuf frais.

Le 8, il n'y a plus que six selles dans les vingt-quatre heures; elles sont noires et homogènes. — Même traitement.

Le 9, la diarrhée a cessé. — On continue encore la potion.

Les 10, 11, 12 et 13, la guérison ne s'est pas démentie.

Éthérisation accidentelle par le collodion chez un enfant de quinze jours dans l'opération du bec-de-lièvre.

M. F. Augé, interne distingué des hôpitaux de Toulouse, vient de communiquer à la *Gazette médicale* de cette ville le fait suivant, qu'il nous paraît utile de faire connaître.

Dans les premiers jours du mois de mai, un enfant nouveau-né, porteur d'un bec-de-lièvre, est placé à la crèche. Deux ou trois jours après son entrée, cet enfant est atteint d'un muguet assez léger. L'opération est remise; le muguet guéri, M. Duclos veut bien nous charger de la pratiquer. Le bec-de-lièvre était simple; rien de particulier n'a signalé l'opération. Nous n'en parlerions pas sans un fait assez remarquable qu'il nous a été donné d'observer deux jours après. La nourrice de l'enfant, malgré nos recommandations les plus sévères, a retiré ses mains du maillot. Les mouvements désordonnés du petit malade, que la nourrice ne surveillait pas, n'ont pas tardé à déplacer l'épingle inférieure, de façon à en nécessiter l'extraction. Le temps qui s'était écoulé depuis l'opération n'était pas suffisant pour que l'épingle supérieure pût faire seule les frais de la réunion. Il fallait remplacer l'action de l'épingle enlevée par une bandelette agglutinative. M. Duclos pensa au collodion. Une étroite bandelette de toile est enduite de collodion, et nous l'appliquons rapidement sur la lèvre supérieure du petit malade. L'enfant, qui au moment de l'application était parfaitement éveillé, tombe, dans l'espace de quelques secondes et pour ainsi dire instantanément, dans un profond sommeil. Son visage pâlit comme dans une syncope; sa peau pincée ne lui fait éprouver aucune sensation. Les vapeurs d'éther dégagées par le collodion avaient suffi pour opérer une anesthésie complète. Pour la combattre, nous plaçons en toute hâte l'enfant dans un courant d'air frais. Au bout d'une minute à peine, la face a repris sa coloration; l'enfant se réveille, et manifeste sa sensibilité au moindre attouchement.

Tout cela, depuis l'application du collodion jusqu'au réveil, n'a pas duré une minute et demie. Le phénomène de l'éthérisation n'en est pas moins manifeste, ni moins curieux pour cela. Qu'on évalue ce qui peut se dégager de vapeur anesthésique d'une bandelette de collodion large de moins d'un centimètre et longue de quatre ou cinq, et l'on verra quelle petite quantité d'éther a été nécessaire pour occasionner le sommeil et l'insensibilité chez l'enfant.

Ce fait d'éthérisation accidentelle nous a paru intéressant, ne fût-ce qu'au point de vue de l'impressionnabilité du système nerveux dans le jeune âge.

HOPITAL BEAUJON. — M. Sandras.

Des diverses espèces de paraplégies.

On dit qu'il y a paraplégie toutes les fois qu'il existe une abolition plus ou moins complète de la motilité et de la sensibilité dans la moitié inférieure du corps.

La première pensée qui vienne à l'esprit du clinicien en présence d'une affection de ce genre est de rechercher la lésion de la moelle qui a pu lui donner naissance : on précise à l'aide d'investigations minutieuses quel est le point du cordon médullaire, quels sont les faisceaux plus spécialement affectés; on se demande s'il s'agit d'une inflammation ou d'un ramollissement, d'un épanchement sanguin ou séreux; puis, invariablement, après avoir supposé la lésion, alors même que tous les symptômes observés ne sauraient donner une conviction entière, on arrive à un traitement banal, vésicatoires, ventouses, cautères et révulsifs de toute sorte le long du rachis, parfois de la strychnine et de l'électricité, traitement formulé toujours de la même manière, et dont les résultats sont si peu satisfaisants qu'on l'ordonne le plus souvent sans y croire, comme pour satisfaire à un usage reçu.

L'absence totale d'altérations anatomiques dans certains cas de paraplégie où l'on a pu faire même l'examen microscopique de la moelle devait éveiller quelques doutes touchant la nature intime et la cause de ces paraplégies, touchant l'utilité du traitement révulsif et spoliatif. Ces doutes devaient se reproduire avec une énergie nouvelle en présence des cas maintenant assez nombreux où sous l'influence d'une thérapeutique toute différente; nous avons vu des paraplégies complètes guérir de manière à ne laisser aucune trace. N'est-il pas impossible, en effet, qu'une altération matérielle suffisante pour amener une abolition permanente, durable de la motilité et de la sensibilité se cicatrise au point de ne plus laisser le moindre trouble fonctionnel ?

C'est en partant de ces deux faits qu'une expérience déjà longue nous permettra d'envisager la question à un point de vue nouveau. Sans doute toutes ces affections qu'on comprend sous le nom de paraplégies offrent une grande analogie de symptômes, mais leur étiologie n'est pas unique; loin de là, elle offre une multiplicité remarquable qui en fait autant de maladies distinctes, ayant chacune leur nature intime, leur marche, leur terminaison, et exigeant aussi un mode particulier de traitement. J'insisterai donc avant tout sur la recherche minutieuse des causes, du mode d'invasion, des symptômes, afin de pouvoir vous conduire au diagnostic et de là à une thérapeutique rationnelle : je n'entrerai point ici dans la question dogmatique; sachez seulement qu'en niant dans plus d'un cas la lésion de la moelle, je n'entends pas nier d'une manière absolue toute lésion organique. La contractilité musculaire est une propriété physiologique complexe dans laquelle il faut considérer le centre nerveux, les cordons conducteurs et le muscle lui-même. Si le centre nerveux est intact, il n'est pas impossible qu'une lésion encore inconnue siége dans les nerfs, ou bien qu'une altération de nutrition survenue dans le tissu musculaire sous l'influence d'un état diathésique le rende impropre à percevoir la stimulation nerveuse.

Nous rangerons sous huit chefs principaux toutes les paraplégies, en vous indiquant à propos de quelques-unes d'entre elles les faits cliniques que les hasards de la pratique ont réunis dans notre service.

1° Dans une première classe nous placerons les paraplégies où il existe incontestablement une lésion organique soit de la moelle épinière, soit de ses enveloppes; deux variétés qu'il est possible de distinguer dans certains cas et dont le pronostic n'est pas le même, car l'altération encore récente des méninges est susceptible de guérison. Je vous citerai comme exemples le malade couché au n° 26 de la salle Saint-François, chez lequel une gibbosité de la région dorsale indique une altération osseuse et une compression du cordon médullaire; le jeune homme couché au n° 14 de la même salle, chez lequel nous avons vu naître et se dissiper sous nos yeux une paraplégie consécutive à une méningite cérébro-rachidienne développée dans le cours d'une fièvre typhoïde.

Mon intention n'est point d'entreprendre ici un chapitre complet d'anatomie pathologique; je dois cependant vous rappeler que récemment encore, chez un malade atteint de phthisie pulmonaire, la mort a été hâtée par une paraplégie due à un tubercule de la grosseur d'un pois, qui, développé dans le corps de la cinquième vertèbre cervicale, avait traversé le ligament vertébral postérieur et perforé la moelle. Cette année même, nous avons fait l'autopsie d'une jeune femme qui était entrée dans le service avec un affaiblissement du membre inférieur gauche et une paralysie complète des péroniers latéraux de ce côté. Frappée de terreur au milieu de l'épidémie typhoïde qui régnait alors dans les salles, elle succomba à un état fébrile continu avec symptômes typhoïques, et nous avons trouvé la muqueuse intestinale saine dans toute son étendue, et dans le cerveau une tumeur spongieuse du volume d'un œuf de poule, développée dans les méninges et comprimant l'hémisphère droit du cerveau. L'examen microscopique y a fait reconnaître l'existence de la matière tuberculeuse. Je ne ferai que vous indiquer ici les paraplégies dues à des kystes hydatiques, à des cancers développés dans le canal rachidien, à de petits foyers d'apoplexie capillaire, ou même à une simple congestion, car je ne puis expliquer que par une congestion un cas que j'ai rencontré il y a quelques années : l'abolition de la sensibilité dans un des membres inférieurs, de la motilité dans l'autre membre, me fit croire d'abord à un foyer obliquement placé dans la moelle, et intéressant le faisceau antérieur d'un côté, le faisceau postérieur de l'autre; mais une guérison complète survenue au bout de trois semaines m'a porté à penser qu'il y avait eu simple hypérémie.

A côté de ces faits connus de tout le monde, je dois vous en indiquer quelques autres dont vous ne trouverez pas la description dans vos auteurs classiques. En faisant l'autopsie de certaines paraplégies qui avaient marché absolument comme les paraplégies survenues sous l'influence d'un état anémique, mais avaient résisté à tous les moyens de traitement, j'ai trouvé une fois la moelle épinière parsemée à diverses hauteurs de taches grisâtres, demi-transparentes, tout autour desquelles les tubes nerveux étaient atrophiés, érodés, et en certains endroits avaient complétement disparu. Dans un cas analogue que j'ai eu longtemps sous les yeux, et dont M. Moissenet a fait l'autopsie à la Salpêtrière, la moelle épinière fut trouvée parsemée de granules durs et de nature inconnue, disséminés de chaque côté de la ligne médiane. Enfin, dans un troisième cas, il existait sur les faisceaux antérieurs deux bandes longi-

tudinales de dépôts de matière noire du volume d'un grain de millet, et qui n'étaient autre chose que de la matière pigmentaire. Je dois dire que je n'ai encore rencontré aucun symptôme qui permît de reconnaître à l'avance l'existence de ces lésions.

2° Une seconde classe de paraplégies comprend toutes celles qui surviennent sous l'influence du froid, et dans lesquelles on peut invoquer l'intervention d'une cause rhumatismale. J'en ai observé un très grand nombre, surtout chez des ouvriers qui travaillent dans des endroits constamment imprégnés d'humidité; presque toutes ont rapidement guéri.

3° Dans une troisième classe, nous ferons entrer les paraplégies qui se développent si fréquemment sous l'influence d'une altération du sang; ainsi dans la chlorose, comme nous en avions il y a quelque temps plusieurs exemples remarquables, ou bien encore chez des sujets devenus anémiques à la suite d'excès, de privations ou d'autres causes débilitantes.

4° Les paraplégies hystériques, qui formeront notre quatrième classe, sont celles que l'on voit apparaître chez des femmes non anémiques, brunes en général, colorées, à système pileux très développé, et offrant les accidents nerveux propres à l'hystérie. Elles sont remarquables par leur extrême mobilité, bien différentes en cela des paraplégies chlorotiques, avec lesquelles on les confond trop souvent. Tel est le cas d'une femme qui se trouvait il y a quelque temps dans nos salles, et nous offrit une succession vraiment bizarre de paralysies, entre autres une hémiplégie complète, qui disparut brusquement au bout de quinze jours, pour faire place à une paraplégie.

5° Les paraplégies syphilitiques offrent deux divisions bien tranchées : tantôt, en effet, une exostose développée dans le canal médullaire comprime la moelle et altère plus ou moins profondément son tissu, et dans ces cas le pronostic doit être réservé; tantôt, au contraire, la paralysie tient uniquement à la cachexie syphilitique, comme nous le verrons plus tard.

6° La goutte agit d'une manière tout à fait semblable, soit par les concrétions tophacées développées dans le canal rachidien, qui agissent mécaniquement sur la substance nerveuse, soit par l'état cachectique qu'à la longue elle peut amener.

7° Nous ferons une septième catégorie des paraplégies dues à l'abus des alcooliques, dont je possède quelques exemples incontestables.

8° Enfin, nous parlerons des paraplégies qui reconnaissent pour cause une intoxication métallique. On les a observées à la suite des empoisonnements par le mercure, l'arsenic et le plomb; toutefois, nous ferons observer que si dans des conditions semblables il se développe fréquemment des paralysies, la paraplégie n'est ici qu'une forme rare et tout à fait exceptionnelle. L.-V. MARCÉ.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS.

Paralysie nerveuse. Traitement par l'opium et les inhalations de chloroforme. — Singulière facilité du sommeil anesthésique;

Par M. le Dr BONNEFOUS, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Mme X..., âgée de vingt-quatre ans, éminemment nerveuse, a présenté depuis plusieurs années à mon observation la série complète de toutes les perturbations nerveuses, avec une chlorose hémorrhagique au point de départ. Par le fait d'émotions pénibles, au mois de décembre dernier, la menstruation affecta de nouveau la forme hémorrhagique, et des douleurs nerveuses du côté de la tête et de l'estomac coïncidèrent avec l'époque menstruelle. Tout rentra dans l'ordre ensuite, et il ne m'en fut parlé qu'au commencement de février, après l'époque suivante, les mêmes accidents ayant reparu. Je prescrivis un traitement ferrugineux qui amena un léger amendement.

Mais vers le milieu de mars, les émotions morales dont j'ai parlé ayant passé à l'état de chagrin violent, l'époque menstruelle reprit une forme cette fois plus hémorrhagique.

Le 11 mars, le sang s'écoulant en abondance, la malade éprouva une gêne remarquable dans les mouvements de la moitié droite du corps.

Le 12, elle était obligée de rester assise dans un fauteuil ou accroupie par terre.

Le 13, l'hémiplégie était complète et la malade gardait le lit.

Enfin, le 14 la paralysie était généralisée sur les deux côtés du corps. D'ailleurs, intégrité parfaite du sentiment.

Il y avait en même temps des douleurs gastralgiques violentes, avec exacerbation nocturne. Les vomissements étaient fréquents et remarquablement douloureux, surtout le matin; ils suivaient constamment de très près toute ingestion alimentaire.

J'ai dit que l'apparition de tous ces accidents coïncidait avec une menstruation excessive, laquelle persistait de son côté. Toutefois, je ne voyais rien d'urgent à faire contre la perte sanguine, et je me souvenais d'avoir vu, aux époques précédentes, tous les accidents nerveux (moins graves, il est vrai) cesser avec l'écoulement utérin. De plus, dans les conditions habituelles, il devait finir le 15 mars, et je crus devoir, en conséquence, suspendre jusque-là toute médication. L'hémorrhagie s'arrêta en effet le 15, mais tous les accidents persistèrent.

Je devais m'absenter trente-six heures, et je me décidais à rester auprès de la malade. Malheureusement elle était informée de mon projet de départ, car j'allais avec son frère, et elle insista pour nous faire partir dans des termes qui me parurent irrésistibles; j'aurais craint d'ajouter aux causes morales déjà si graves une irritation et une contrariété fâcheuses.

Rentré le 17 mars au soir, je constate le même état; rien n'a donc été tenté pour le combattre. — 0,10 centigr. extr. gom. opium sont prescrits en 2 pilules, une le soir et une le lendemain matin.

Le 18 au matin, j'apprends que la nuit a été assez bonne. Mais des vomissements douloureux sont survenus le matin, et imputés à la dernière pilule. Durant ma visite à la malade, je crois remarquer sur sa figure l'expression d'une violente souffrance, et elle accuse, en effet, sur mes questions, une anxiété extrême du côté de l'estomac. Je prends alors un flacon de chloroforme que je renverse de manière à imprégner son bouchon, et je passe celui-ci, ainsi imprégné, sous le nez de la malade. Ce moyen m'avait souvent réussi précédemment auprès d'elle pour calmer une foule de petites douleurs; mais jugez de mon étonnement, en voyant, sur le simple passage très rapide du bouchon imprégné de chloroforme devant le nez de la malade, sa tête se renverser sur l'oreiller, et immédiatement se produire toutes les apparences d'un sommeil profond et réparateur. Bientôt, et dormant toujours, la malade sourit; plus tard le sourire devient rire, et rire des plus bruyants. Je fais des questions auxquelles il m'est constamment bien répondu. Je prie successivement la malade de me donner ses deux mains, et immédiatement elle me les présente; de serrer fortement la mienne, et elle la serre sans que je puisse échapper. Je l'engage ensuite à remuer ses jambes, à se retourner dans son lit, et aussitôt elle exécute ces divers mouvements.

Le réveil a lieu après huit minutes, sans conscience de ce qui vient de se passer. La paralysie a reparu.

Ma stupéfaction était grande; mais néanmoins il me sembla voir dans cette guérison passagère durant le sommeil anesthésique une indication précieuse pour le traitement de la maladie. L'indication était en outre favorisée par cette remarquable impressionnabilité au chloroforme. Après tout, je considérai que l'opium conseillé contre la paralysie nerveuse agissait comme stupéfiant du système nerveux, et qu'à bon droit je pouvais employer le chloroforme pour le même objet. Cependant je craignis d'employer seulement le chlorotorme, et j'instituai un traitement mixte : matin et soir la malade était endormie; dans l'intervalle, elle prenait 0,05 ou 0,06 d'opium dans une émulsion, la forme pilulaire étant l'objet d'une insurmontable répulsion.

Constamment le sommeil a été produit comme le premier jour; il a suffi de passer une seule fois, et très rapidement, sous le nez de la malade le bouchon du flacon imprégné de chloroforme. J'excepte les deux dernières chloroformisations, dans lesquelles il a fallu faire passer deux fois le bouchon devant le nez.

La durée du sommeil a toujours varié de sept à huit minutes; ce sommeil était aussi toujours gai, et très bruyamment gai, mais inégalement toutefois.

Enfin, la guérison momentanée de la paralysie accompagnait encore toujours le sommeil.

Le 24 mars, à quatre heures de l'après-midi, j'étais dans la chambre de la malade, qui m'appela auprès de son lit pour me donner la surprise du bras droit recouvrant ses mouvements. Une heure après, la jambe du même côté recouvrait la liberté de ses fonctions. Le côté gauche ne rentra dans l'exercice de ses mouvements que le lendemain 25 mars, à la même heure.

Dès le 24, le traitement fut réduit de moitié, c'est-à-dire que je me contentai d'endormir une seule fois la malade chaque jour, et réduisis la dose d'opium à une seule prise.

Le 26, la malade put se lever, mais soutenue par deux personnes, n'ayant qu'une démarche lente, pénible et très titubante. Tout traitement fut suspendu le 27.

Chaque soir pourtant les progrès furent rapides, et la guérison était complète au bout de quelques jours. Mme X... put partir le 2 avril pour un voyage antérieurement projeté, et elle en est retournée cinq semaines après, depuis longtemps parfaitement rétablie.

Ce fait m'a paru remarquable d'abord, et surtout à cause de la singulière facilité avec laquelle le sommeil anesthésique était produit chez Mme X... Cette facilité, devenue moindre au dernier jour de la maladie, semblerait indiquer qu'elle était liée à l'état nerveux, et qu'en temps ordinaire la malade rentrerait dans les conditions générales; en tout cas, je croirais au moins imprudent de m'en assurer.

J'ai cru aussi que ce cas offrait quelque intérêt, en ce que les inhalations de chloroforme ne sont pas indiquées pour le traitement des paralysies nerveuses; du moins je ne l'ai point vu dans le remarquable ouvrage de M. Sandras, et si cette indication se trouve dans l'édition, de date plus récente, du livre de MM. Trousseau et Pidoux, elle y est certainement exprimée en termes bien vagues et nullement explicites. (*Gaz. méd. de Toulouse.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

ADDITION A LA SÉANCE DU 28 JUIN 1853.

Rapport de M. Bousquet sur la vaccine pour l'année 1851.

Ainsi que nous l'avons dit, M. Bousquet n'a lu que la deuxième partie de son rapport. En voici un extrait :

Que fait, que devient le virus varioleux et plus particulièrement le virus-vaccin dans la période d'incubation? Telle est la question que M. Bousquet s'est proposé d'examiner dans cette seconde partie de son rapport. En entrant dans les chairs, le vaccin, loin de s'endormir, commence à fermenter et travaille activement à se faire jour au dehors.

Ce premier point établi, vient une seconde question. Le virus-vaccin reste-t-il tranquillement là où la lancette l'a déposé, ou serait-il pris incontinent par les bouches absorbantes et répandu dans tout l'organisme?

Que le vaccin se répande et s'infiltre dans toute l'économie, il le faut bien, répond M. Bousquet, puisqu'il la modifie et la renouvelle au point de la libérer de la petite vérole, et, chose bien digne de remarque, cette grande et profonde révolution, la nature la subit tranquillement, patiemment, sans laisser paraître presque aucune émotion.

Mais on va plus loin, et on demande quand et comment se fait cette heureuse révolution : question intéressante, car elle contient toute une doctrine, et cette doctrine touche à la pratique. M. Bousquet, rappelant les expériences de M. Renault sur les virus morveux et claveleux, et celle d'un médecin anglais, ainsi que les siennes propres sur la vaccine, conclut de ces diverses recherches que l'absorption de ces divers virus est instantanée et qu'elle est irrésistible, quoi qu'on fasse pour l'empêcher. Mais le changement qui se prépare commence-t-il aussitôt que le virus est déposé sous l'épiderme, ou ne s'accomplit-il qu'après la naissance des boutons? En d'autres termes, l'éruption précède-t-elle l'infection ou lui succède-t-elle? Ou bien encore, la vaccine commence-t-elle par être locale avant de devenir générale ou l'inverse?

Il est évident, d'abord, que ce n'est pas par ce qu'elle a de local que la vaccine peut préserver de la petite vérole; c'est donc par ce qu'elle a de général, c'est-à-dire par le changement qu'elle apporte dans l'organisation tout entière. M. Bousquet établit la réalité de ce fait sur de nombreuses expériences d'inoculation qui démontrent la nécessité d'une incubation de quatre jours au plus, pour que le virus-vaccin annihile les effets de l'inoculation du virus varioleux.

Finalement, ajoute M. le rapporteur, virus-vaccin, virus varioleux, virus morveux et claveleux sont absorbés presque aussitôt qu'ils touchent aux tissus vivants. Faut-il encore ajouter le virus syphilitique? L'analogie le voudrait, dit M. Bousquet; mais il faut s'arrêter quelques instants.....

L'idée d'inoculer la syphilis pour s'en préserver est évidemment une idée d'emprunt.....

Et, d'abord, il n'est pas possible que ceux qui croient à l'absorption instantanée de la syphilis se conduisent avec leurs malades comme ceux qui la mettent au cinquième et sixième jour. Les premiers, désespérant d'atteindre le virus, ne s'attachent qu'aux conséquences; les autres s'appliquent à la détruire sur place avant toute absorption, et les autorités se balancent en nombre et en poids.

Les derniers sont ceux qui s'éloignent le plus de la vaccine. Il est très sûr au moins qu'il ne sert de rien de cautériser le bouton naissant : la préservation n'en continue pas moins comme si on n'eût rien fait pour la prévenir.

Mais ici la démonstration était facile; elle l'est beaucoup moins en matière de syphilis. Comment suivre la suppression du chancre et ses conséquences? La syphilis n'étant pas, comme la variole, une nécessité de notre nature, tous les sujets ne s'y prêtent pas également; et d'autre part les accidents étant beaucoup plus lents à paraître, les malades se dispersent et sont perdus de vue par le médecin.

Mais ils ne sont pas si sûrs de leurs principes, les partisans de l'inoculation syphilitique, qu'ils ne recommandent expressément d'éteindre le chancre le plus tôt possible; et en cela ils font prudemment. Le plus qu'ils accordent, c'est cinq ou six jours après la souillure... Le précepte serait d'une exécution plus facile si, au lieu de compter de la souillure, on comptait de l'invasion du chancre. Mais ce n'est pas ainsi qu'on l'entend; ce serait remettre l'infection au dixième ou onzième jour, et on vient de voir que la théorie l'a fixée au sixième... Mais la syphilis restât-elle encore plus longtemps à l'état local, où sont vos raisons, ajoute M. Bousquet, pour soumettre aux mêmes méthodes thérapeutiques deux contagions entre lesquelles le plus léger examen découvre tant de différences?

Premièrement, nous sommes tous tributaires de la petite vérole; mais nous ne l'avons qu'une fois. Si elle était sujette à revenir, elle n'aurait pas de préservatif.

Soutenus par cette vérité, et pour se soustraire aux inquiétudes de l'attente, on imagina de se donner une maladie qu'on ne pouvait éviter, et l'on espéra que si l'on choisissait bien son temps, elle pourrait venir plus douce et plus bénigne. On sait la suite.

Mais la syphilis, loin que nous y soyons tous sujets, n'attaque que ceux qui le veulent bien; il est au moins très facile d'y échapper en ne s'exposant pas.

Secondement, il suffit d'un instant et d'un atome de virus pour inoculer la petite vérole ou la vaccine, tandis que pour se prémunir contre la syphilis on parle de 20, 50, 100 inoculations et plus encore.

Il paraîtrait même qu'il y a des organisations insatiables....

Certes, voilà des différences capitales entre ces deux contagions, et il y en a d'autres. Ils se font une idée bien fausse de l'inoculation et de la vaccine, ceux qui les considèrent comme des antidotes ou des neutralisants de la petite vérole. N'oublions jamais qu'elles n'en sont que le préservatif; encore nous ne savons pas trop si on peut appeler de ce nom deux moyens dont l'un est identique à la maladie qu'il remplace et dont l'autre en est équivalent.

Pour se donner les présomptions de l'analogie, les syphilisateurs ont commencé aussi par présenter l'inoculation syphilitique comme un préservatif; mais un cri d'indignation s'est élevé qui leur a fait comprendre ce qu'il y a d'imprudent, de périlleux, d'immoral à se donner volontairement et actuellement une maladie qui ne nous est pas imposée, sous le futile prétexte d'en libérer l'économie dans l'avenir. Et encore pour faire cette concession ont-ils faussé leurs principes; car, comme dans le système on n'a la syphilis qu'une fois, si l'inoculation peut guérir elle peut aussi prévenir : c'est dans tous les cas quelque chose de bien étrange en thérapeutique de forcer l'économie à se saturer d'une maladie dans l'espoir qu'il viendra un moment où elle y sera insensible.

On s'autorise de l'analogie et on va contre l'analogie : car, faut-il le redire en finissant, la vaccine si puissante pour conjurer la variole à venir ne peut rien contre la variole déclarée.

Nous n'avons pas voulu souffrir, dit en terminant M. Bousquet, qu'on s'emparât de nos méthodes et qu'on se couvrît du nom de Jenner pour accréditer une pratique qui n'a pour elle ni la raison ni l'expérience.

Les conclusions du rapport de M. Bousquet seront lues et discutées dans une autre séance et en comité secret.

Sur l'éthérisation.

Par M. le docteur DELABARRE fils.

M. Delabarre a adressé sur ce sujet une lettre à l'Académie de médecine; nous en publions un extrait sur la demande de l'auteur.

M. Delabarre dit avoir opéré, à l'aide de l'éther et du chloroforme, plus de *onze mille* individus de tout âge et de tempéraments divers, et il regarde comme un secours providentiel l'anéantissement de la douleur qui accompagne les opérations chirurgicales.

Voici quelle est sa méthode. Nous laissons parler l'auteur :

Je divise ma méthode en deux parties :
1° La contre-indication;
2° L'application.
Parlons d'abord de la contre-indication.

Affections des organes essentiels. — Par les mêmes motifs qui font proscrire l'emploi de certains aliments et de certains médicaments pour quelques organisations particulières et dans des circonstances spéciales, il est également prudent, en certains cas, de s'abstenir d'appeler l'éthérisation à son aide.

De ce nombre sont les maladies avancées du cœur, du cerveau et des poumons, organes essentiels à la vie.

L'état de plénitude de l'estomac, ainsi que j'ai déjà eu l'occasion de le signaler à l'Académie dans un mémoire spécial, doit être pris en très sérieuse considération.

Le déplorable événement survenu à Boulogne, ainsi que plusieurs autres accidents du même genre, ont malheureusement confirmé mes prévisions à cet égard.

En effet, ainsi que je l'ai constaté, les vapeurs d'éther et de chloroforme troublent et même suspendent les fonctions digestives; par conséquent, si l'on éthérise les malades sans avoir soin de leur imposer

préalablement la diète, on s'expose à les perdre par suffocation. De semblables malheurs sont faciles à prévenir.

Si la frayeur qu'éprouvent certains sujets à l'idée soit de l'opération qui doit suivre l'éthérisation, soit de l'éthérisation elle-même, n'est pas l'objet d'une contre-indication absolue à l'emploi des anesthésiques, cette impression fâcheuse exige pourtant une très sérieuse attention au moment de l'application.

La peur n'a quelquefois pas de bornes chez les natures impressionnables et exaltées.

Un grand nombre de sujets préfèrent souffrir de cruelles douleurs pendant plusieurs années, plutôt que de subir une incision ou l'extraction d'une dent chancelante, et, s'y décidant enfin, ils tombent en syncope au moment d'en finir ; beaucoup ne consentent à être opérés qu'à l'aide du chloroforme, puis l'éthérisation les effraie.

Cet état de l'imagination réclame toute la prudence de l'opérateur.

Rien n'est plus imprudent que d'administrer tout à coup à haute dose les vapeurs d'éther et de chloroforme, et cela par plusieurs raisons capitales.

D'abord, il est des sujets chez lesquels une dose très faible de vapeur anesthésique suffit pour déterminer l'insensibilité.

Dans ce cas, en agissant trop brusquement, l'on s'expose à dépasser les bornes de l'éthérisation et à produire l'asphyxie, de la même manière qu'on empoisonnait autrefois en se hâtant d'administrer l'émétique à haute dose.

D'une autre part, l'inspiration trop brusque d'une quantité trop considérable de vapeurs anesthésiques est suffocante, et provoque généralement un spasme très remarquable dans les organes affectés à la respiration.

Cette importante fonction se trouve alors suspendue, et l'asphyxie devient encore imminente.

C'est donc avec un sentiment de crainte bien fondé que je lus, il y a peu de temps, dans un journal de médecine, l'opinion suivante :

« Le meilleur moyen d'éviter les crises nerveuses qui précèdent les » inspirations d'éther et de chloroforme consiste à administrer ces va- » peurs spontanément à haute dose. »

D'après les raisons qui précèdent, l'on sent tout ce qu'il y a de dangereux dans un semblable conseil.

Il y a enfin un autre motif qui milite en faveur des doses progressives : c'est l'état d'excitation et d'effroi dans lequel se trouvent la plupart des malades au moment d'être soumis à une opération chirurgicale.

Il doit être dangereux, en effet, lorsque le système nerveux est violemment surexcité, de le faire passer, sans transition, à un état diamétralement opposé.

Position du malade. — La position à donner aux malades pour les éthériser n'est pas aussi indifférente qu'on pourrait le croire.

Il est de toute nécessité qu'ils soient assis et non pas couchés sur le dos, ainsi que le conseillent à tort quelques praticiens.

La raison en est appréciable au premier aperçu.

En effet, d'une part, les vapeurs anesthésiques provoquent une supersécrétion des membranes buccales et des glandes salivaires.

De l'autre, au fur et à mesure que la sensibilité s'éteint, la contractilité musculaire cesse.

A ce moment, le mouvement de déglutition nécessaire pour transmettre au tube digestif les mucosités accumulées dans la cavité buccale ne s'opérant plus, celles-ci tendent, si le malade est placé horizontalement, à passer dans les voies aériennes, et elles peuvent encore devenir ici une cause d'asphyxie.

Dès qu'on s'aperçoit que les organes respiratoires sont engagés, il est urgent de les débarrasser en provoquant des vomissements par la titillation de la luette et de l'arrière-bouche.

C'est aussi le procédé que j'emploie depuis longtemps pour faire cesser instantanément le spasme des muscles inspirateurs, l'accolement également spasmodique de la langue au voile du palais, et pour dissiper un commencement d'asphyxie. Aucun stimulant n'équivaut à cet expédient, et l'on perd un temps précieux si l'on compte sur l'ammoniaque et les sels, puisque les organes de la respiration ont cessé d'accomplir leurs fonctions.

Les excitants par inspiration ne sauraient avoir d'effet qu'autant que la respiration est rétablie.

Des observations qui précèdent on doit donc conclure qu'il convient de s'arrêter aux règles et aux préceptes suivants :

Méthode d'application. — Avoir toujours sous la main :

1° Un couteau à asphyxie en bois ;

2° Un ouvre-bouche confectionné par M. Charrière d'après le dessin que je lui en ai donné et à l'aide duquel l'on peut vaincre facilement le trismus des mâchoires s'il a lieu, car le couteau à asphyxie est souvent insuffisant dans ce cas ;

3° Une grosse sonde œsophagienne creuse en gutta-percha ;

4° Un petit flacon d'ammoniaque ;

5° Apprêter d'avance tous les instruments qui doivent servir à l'opération chirurgicale qu'il s'agit de pratiquer ;

6° Enfin s'informer de l'état de santé du malade et s'assurer s'il est complétement à jeun.

Ces premières précautions prises, l'on fera asseoir le malade sur son lit ou sur un siége commode, la tête penchée plutôt en avant qu'en arrière.

Si l'on se sert d'un appareil pour l'éther, il doit être combiné de façon que l'air atmosphérique puisse arriver facilement dans l'embouchure, et que la saturation de ce fluide vital ne s'opère que lentement et par degrés à l'aide d'un robinet que l'on ouvre progressivement.

L'on recommandera au malade d'avaler ou de rejeter les mucosités qui tendent à s'accumuler dans la bouche.

Il faut tenir compte de l'impressionnabilité du sujet pour augmenter plus ou moins vite les doses de vapeur.

Plus le malade paraît effrayé, et plus lentement l'on doit agir : l'état du facies et du pouls guide suffisamment à cet égard.

Dès que l'insensibilité est constatée, il faut suspendre l'inhalation, étendre le malade si cela est indispensable et commencer immédiatement l'opération.

Si elle est de longue durée et que la sensibilité se réveille trop vite, un aide placera de nouveau l'appareil avec les mêmes précautions.

De la sorte, et ainsi que MM. Simpson et Sédillot l'ont dit avec raison, il est facile d'entretenir l'insensibilité pendant un temps fort long sans qu'il en résulte aucun effet fâcheux.

M. Sédillot prétend avoir maintenu dans l'éthérisme plusieurs sujets pendant plus d'une heure. M. Simpson pratique à l'aide de ce moyen des accouchements fort laborieux avec un art digne des plus grands éloges.

Je crois d'autant plus volontiers à ces résultats si heureux que j'ai personnellement obtenu plusieurs succès à peu près semblables.

Le docteur Bellet m'ayant prié de l'aider dans une opération de fistule qui dura vingt-cinq minutes, la malade, traitée avec les précautions indiquées plus haut, resta tout ce temps complétement insensible.

Si l'on a recours au chloroforme, le procédé est absolument semblable. Pourtant, l'action de cet anesthésique étant beaucoup plus énergique et plus prompte que celle de l'éther, il est bon d'insister davantage sur la même dose avant de passer à une autre plus élevée.

L'appareil le meilleur et le plus simple pour administrer le chloroforme est une large éponge commune très creuse et très poreuse.

Afin de ne pas dépasser dans la saturation de l'air le degré propre à chaque individualité, il faut d'abord placer l'éponge, dont le fond est imbibé de chloroforme, à une certaine distance des voies aériennes.

Elle sera mise dans la position que l'on donne à un plat à barbe.

Après avoir obtenu ainsi quelques inspirations, l'on approchera l'éponge de plus en plus, mais toujours par degrés et jusqu'à ce que l'insensibilité soit constatée.

Telle est, messieurs, la seule manière prudente d'employer les vapeurs anesthésiques, et c'est ainsi, je le répète, que je suis parvenu à opérer sans accident et avec un plein succès le nombre considérable de malades que j'ai indiqué en commençant.

SECOURS A PORTER AUX MALADES DANS DES CAS ANORMAUX.

J'ai fait observer qu'il était urgent de n'éthériser qu'à jeun.

Mais si par malheur cette précaution avait été omise, il faudrait employer tous ses soins à exciter des vomissements dès qu'on s'apercevrait, à la pâleur et aux efforts convulsifs du malade, que l'estomac est surchargé. A cet effet, l'on titillera la luette et l'arrière-bouche avec la sonde œsophagienne, et l'on fera boire de l'eau chaude dans laquelle on aura répandu quelques gouttes d'ammoniaque.

Il ne faut pas confondre l'éthérisme avec l'asphyxie : ce sont deux faits très différents.

Pour obtenir l'éthérisme sans produire l'asphyxie, il faut sans cesse avoir présent à la pensée un principe fondamental : c'est que l'air atmosphérique seul est propre à entretenir la vie chez l'homme, et que du moment où le fluide vital est supprimé, et qu'on lui substitue tout autre gaz, l'asphyxie est inévitable.

L'éthérisation ne peut donc pas consister à faire inspirer des vapeurs d'éther ou de chloroforme en place d'air, car, dans ce cas, c'est l'asphyxie qui se manifeste.

L'éthérisation consiste à saturer convenablement l'air atmosphérique d'une certaine quantité de vapeurs anesthésiques, de manière à modifier son action sur les centres nerveux, et à produire cette insensibilité temporaire qu'on est convenu d'appeler éthérisme.

Si par de fausses manœuvres l'asphyxie se déclare, il faut à l'instant même rejeter l'appareil, exciter des vomissements, frapper le visage avec un linge mouillé, pratiquer des frictions sur la poitrine, le ventre, et en particulier sur la région du cœur ; tremper les pieds et les mains dans de l'eau très chaude, et, par des compressions réitérées sur l'abdomen, rétablir une sorte de respiration artificielle.

Dès que les muscles inspirateurs commencent à fonctionner, un lavement d'eau salée et l'insuflation de l'air à l'aide de la sonde œsophagienne sont d'un bon secours.

Par suite de la peur qu'ont éprouvée certains sujets, il se manifeste souvent de violentes crises de nerfs, soit au commencement de l'inhalation, soit au sortir de l'éthérisme.

Si elles ont lieu pendant l'éthérisation, l'on suspend l'inhalation, l'on s'efforce de calmer le malade par la persuasion, on lui fait boire quelques gorgées d'eau fraîche, on l'expose au grand air, et l'on attend, avant de revenir au procédé, que la crise soit entièrement dissipée.

Si cette crise succède à l'opération, les mêmes soins sont indiqués.

L'excitation nerveuse se manifeste sous plusieurs formes différentes :

Elle produit tantôt un trismus des mâchoires,

Tantôt un spasme des muscles inspirateurs,

L'accolement de la langue au voile du palais,

La contraction des muscles du pharynx,

La syncope.

J'ai observé quelques cas d'éclampsie chez les individus sujets à cette névrose.

Mais si l'inhalation a été conduite avec prudence, ces divers phénomènes n'ont aucune gravité, aucune suite fâcheuse ; ils ne résistent pas aux moyens suivants :

Le trismus des mâchoires cède aisément à l'action du couteau à asphyxie, combinée à celle de l'ouvre-bouche que l'on introduit entre les dents.

L'accolement de la langue est combattu par l'introduction du doigt entre cet organe et le palais pour en opérer l'abaissement.

La sonde œsophagienne remplace avantageusement le doigt dans ce cas.

Quant aux différents effets spasmodiques des muscles qui concourent à l'acte respiratoire, ils cèdent toujours à la titillation de la luette et de l'arrière-bouche. La syncope elle-même se dissipe instantanément par ce moyen si simple.

C'est un fait pour moi hors de doute que la titillation de la luette et de l'arrière-bouche est le stimulant par excellence, non-seulement dans tous les spasmes résultant de l'éthérisation, mais même lorsqu'ils sont l'effet de toute autre cause.

Cette titillation, provoquant le vomissement, offre plusieurs avantages qu'il est bon de noter ici.

D'abord le vomissement est toujours accompagné d'une forte expiration, conséquemment suivie aussitôt d'une très large inspiration, laquelle porte dans les voies aériennes une notable quantité d'air qui éloigne promptement toute cause d'asphyxie.

D'un autre côté, le vomissement détermine une secousse, opère une réaction sur les muscles inspirateurs, et le spasme cède à l'instant.

Quant à l'*ivresse* qui suit l'éthérisation, d'habitude elle disparaît promptement.

Mais, lorsqu'elle se prolonge, elle cède, soit à l'absorption de quelques gouttes d'ammoniaque prises dans un verre d'eau, soit seulement à l'inspiration de cette dernière substance.

Si l'ivresse résiste à ces moyens, il faut provoquer des vomissements et ordonner des lavements salés.

Conclusion. — En résumé, il résulte de ce qui précède que les anesthésiques, employés avec prudence et méthode, n'offrent aucun danger.

Je ne saurais donc trop le répéter, si les accidents se sont multipliés dans ces derniers temps, après avoir été si rares dans le principe, cela tient à ce que l'éthérisation a été trop souvent considérée, à tort, comme un accessoire sans importance et dont l'application n'exigeait aucune précaution.

PORTRAIT D'ORFILA.

Il y a trois mois à peine, au milieu même de son enseignement, plus brillant et plus suivi qu'il ne l'avait jamais été, Orfila était en quelques jours enlevé par une pleuropneumonie aiguë à l'amour des élèves auxquels il avait voué sa vie entière ; à l'affection, à la reconnaissance unanime du corps médical, dont il avait tant de fois et avec tant de zèle sauvegardé les intérêts et soutenu la dignité ; à la Faculté, dont il avait pendant les dix-sept années de son décanat relevé l'éclat et l'importance ; à la science, qui lui devait une si belle portion de ses progrès. Il est mort, enseveli dans son triomphe, au moment même où, par un acte inouï jusqu'alors de libéralité, il venait de se dépouiller d'une grande partie de sa fortune pour achever cette belle collection d'anatomie comparée dont il avait été le créateur à l'École de médecine, et pour fonder à l'Académie de médecine et à l'École de pharmacie des prix destinés à favoriser et à agrandir les conquêtes incessantes de la chimie et de la médecine légale. On se rappelle la stupéfaction qui accueillit universellement la nouvelle de cette mort, la foule qui se pressait à ses funérailles et l'accompagna religieusement à sa dernière demeure.

Quelques semaines avant ce terrible événement, un peintre du plus haut mérite, H. Scheffer, venait de terminer un magnifique portrait d'Orfila, que tout le monde a pu admirer à l'exposition actuelle. Ce portrait, d'une ressemblance frappante, pour lequel l'illustre professeur avait donné plusieurs séances, et dont l'École de pharmacie reconnaissante a fait exécuter une copie pour placer dans la salle de ses actes, vient d'être reproduit par Léon Noël, au moyen de la lithographie, avec la rare distinction qui appartient au talent de ce maître.

L'ancien doyen est représenté debout, revêtu du grand costume de membre titulaire du conseil de l'instruction publique. Sa noble tête, calme et sérieuse, mais cependant animée de ce caractère bienveillant qui lui était habituel, se détache avec vigueur sur un fond obscur, et semble vraiment sortir du cadre. Pour tous ceux qui ont connu Orfila, il était impossible d'en faire une représentation plus exacte et plus saisissante. M. Labé, l'éditeur des œuvres d'Orfila, pour faire de cette belle planche une véritable œuvre d'art, n'a reculé devant aucune dépense, obéissant ainsi à un sentiment de reconnaissance bien plus qu'à une idée de spéculation. Nous devons lui en savoir gré, car c'est chose assez peu commune que la mémoire du cœur envers ceux qui ne sont plus.

X....

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

M. Adrien de Jussieu, membre de l'Académie des sciences (section de botanique) et président en exercice, officier de la Légion d'honneur, professeur administrateur du Muséum d'histoire naturelle, professeur à la Faculté des sciences, est mort le 29 juin, en son domicile, au Jardin-des-Plantes.

— Samedi dernier, 25 juin, la distribution des prix aux élèves sages-femmes de l'Ecole d'accouchement de Paris a eu lieu dans l'une des salles de cet établissement.

M. Davenne, directeur de l'administration générale de l'assistance publique, présidait cette solennité ; M. le baron P. Dubois y représentait le conseil de surveillance.

Après une allocution de M. Davenne et des remercîments adressés par Mlle Chassaing, élève aux frais du département de la Seine, M. le président a fait la distribution des récompenses aux élèves dont les noms ont été proclamés par le directeur de l'établissement.

Le premier prix d'accouchement, consistant en une médaille d'or, a été décerné à Mlle Chassaing (Marie), élève aux frais du département de la Seine, qui a obtenu, en outre, cinq autres prix.

Les élèves qui ont été le plus souvent nommées, après Mlle Chassaing, sont :

MMlles Gauthey, élève aux frais du département de la Seine ;
Fournier, élève aux frais du département de la Dordogne ;
Daliet, élève aux frais du département de Lot-et-Garonne ;
Burtard, élève aux frais du département de la Moselle ;
Lainé, élève aux frais du département de l'Eure ;
Badel, élève aux frais du département de l'Ardèche ;
Lesieur, élève à ses frais ;
Henry, élève aux frais du département de la Nièvre.

— Le nombre des décès, à Strasbourg, pendant le mois de mai de la présente année, a été de 253. Il avait été de 211 pour le mois correspondant de l'année 1852.

Les causes de mort les plus fréquentes ou les plus remarquables ont été :

	1853	1852		1853	1852
Apoplexie.	8	15	Maladie organ. du cœur.	17	6
Bronchite.	9	16	Méningite..	10	4
Catarrhe pulmonaire. .	5	2	Morts-nés..	18	18
Choléra.	1	0	Phthisie pulmonaire. .	29	24
Convulsions des enfants.	13	12	Pneumonie.	19	23
Entérite.	12	7	Rougeole.	25	1
Fièvre typhoïde.. . . .	6	4	Mort violente..	5	6

— La Société de médecine de Poitiers croit devoir rappeler que, dans sa séance du 14 avril 1852, elle a décidé que trois médailles, l'une de 200 fr., et les deux autres de 100 fr. chacune, seraient décernées, le 1er janvier 1854, aux médecins et pharmaciens auteurs des meilleurs mémoires sur les maladies régnant dans leurs circonscriptions, ou plus généralement *sur tous les sujets d'intérêt local*, au choix des concurrents.

Tous les médecins et pharmaciens des départements de la Vienne, Deux-Sèvres, Maine-et-Loire, Indre-et-Loire, Indre, Haute-Vienne et Charente sont admis à concourir.

Les membres *titulaires* de la Société sont seuls exceptés.

Les manuscrits doivent être adressés *franco*, et dans les formes académiques, avant le 1er novembre 1853, à M. le docteur de la Mardière, secrétaire de la Société.

— Les *Annales cliniques de Montpellier* annoncent que le 24 juin, en présence de M. le recteur de la Faculté assemblée, a eu lieu l'installation de MM. les professeurs Benoit et Anglada.

— L'Académie des sciences, inscriptions et belles-lettres de Toulouse propose divers sujets de prix pour les années 1854, 1855 et 1856.

L'Académie propose pour sujet de prix de l'année 1855 la question suivante :

« Déterminer à l'aide des travaux déjà publiés, et par des expérien- » ces nouvelles, le rôle que joue la composition chimique de l'air, des » aliments, de l'eau potable et du sol dans la production du goître en- » démique. »

Une médaille d'or de 500 fr. sera décernée au meilleur mémoire sur cette question.

— ERRATA. — Dans le numéro du 28 juin, article *De l'emploi du chloroforme dans les luxations*, page 309, 10e alinéa, ligne 9, *au lieu de* : on se sent pour ainsi dire insensiblement, *lisez* : invinciblement.

Dans le numéro du 30 juin, article *Séances des Académies*, 1re colonne, avant-dernière ligne, *au lieu de* : que la tunique vaginale n'était pas complètement infiltrée, *lisez* : oblitérée.

LE GÉRANT.

Paris. — Typographie de PLON frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 79. — MARDI 5 JUILLET 1853. (26e ANNÉE.) N° 79. — MARDI 5 JUILLET 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse. — Trois mois 8 fr. 50 c. Six mois 16 » Un an 30 »

Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies. — Trois mois 9 fr. Six mois 17 Un an 33

Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar. — Trois mois 10 fr. Six mois 20 Un an 38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

PARIS, LE 4 JUILLET 1853.

Monsieur le Rédacteur,

Les deux articles concernant *le lait consommé dans la ville de Paris* insérés dans les numéros 72 et 73 de la *Gazette des Hôpitaux* ont fait naître dans l'esprit d'un légiste très érudit des doutes et des objections qu'il a bien voulu me communiquer dans une lettre que je livrerais à la publicité si j'en avais obtenu la permission.

Toutefois, voici dans leur ensemble et sous forme succincte les observations qui m'ont été adressées :

1° Jusqu'à quel point est-il démontré que le lait frelaté peut nuire à la santé publique ?

2° Existe-t-il pour les consommateurs un moyen facile, expéditif de constater les adultérations diverses du lait ?

3° L'article 2 de la loi de 1851 met aux mains des magistrats une arme suffisante pour punir la fraude.

Je saisis avec empressement l'occasion qui se présente de revenir en termes plus explicites sur des faits que j'avais cru devoir énoncer tout simplement et qui, pour cela peut-être, n'ont point été clairement compris.

Ce serait assurément une puérile exagération que d'attribuer aux mauvaises qualités du lait toute la série des affections constitutionnelles si communes parmi les habitants de Paris ; beaucoup d'autres causes contribuent à cet état morbide, et notamment la misère. Aussi les déprédations exercées sur les denrées alimentaires, et sur le lait en particulier, sont-elles moins funestes au consommateur aisé qu'à tout autre ; il se sauve par une nourriture substantielle et relevée. Mais le lait étant le véhicule des matériaux nécessaires à l'accroissement des organes du nouveau-né, l'enfant éclos dans la classe pauvre, celui qui ne reçoit que du lait écrémé, mouillé, c'est-à-dire avarié, porte toute sa vie l'empreinte du régime de ses premières années. La débilité organique, le dépérissement, le rachitisme, des formes avilies, tels sont les effets que l'on observe habituellement chez les enfants et même chez les adultes soumis par nécessité à l'usage exclusif et permanent du lait frelaté. Comment, dans l'état actuel des choses, l'indigent de Paris pourrait-il se soustraire à cette cause particulière de détérioration physique, puisque, de quelque côté qu'il en cherche le correctif, il met presque infailliblement la main sur des aliments et des breuvages falsifiés ?

Dans plusieurs villes d'Allemagne, on essaye le lait à l'aide d'un instrument en fer poli ayant la forme d'un pilon : on juge de la pureté de ce liquide à la manière dont il *humidifie* l'instrument. Si le lait est reconnu impur ou allongé, on laisse retomber le pilon dans le vase en terre qui renferme le liquide : justice est faite ; le vase est brisé et le lait répandu sur le sol. Voilà certainement un moyen de contrôle rapide et facile ; il est à peine nécessaire de faire remarquer combien il est arbitraire et insuffisant.

En supposant que ce procédé fournisse des données précises sur les qualités du lait, il ne pourrait, en tout cas, être employé sous cette forme par le public.

Il résulte de l'appréciation critique que j'en ai faite précédemment qu'aucun des appareils analytiques applicables à la composition du lait ne satisfait pleinement aux conditions de simplicité, d'exactitude et d'instantanéité capables d'en faire les instruments d'une expertise vulgaire. En définitive, il faut donc que le consommateur qui se croit lésé se rende dans le laboratoire d'un chimiste pour y éclaircir ses doutes, ou bien qu'il s'adresse à la police pour en obtenir le châtiment des fraudeurs. Or, si active que soit la surveillance de l'autorité, bon nombre de délits lui échappent, si elle n'est point aidée par le concours de tous les citoyens. Comme beaucoup de personnes, par habitude ou par indifférence, se laissent journellement frustrer, il n'est pas surprenant qu'en dépit de la loi de 1851 la fraude se continue avec la même impudence.

Pendant longtemps le commerce du lait ne fut réglé que par de simples ordonnances municipales ; les laitiers surpris en flagrant délit de tripotages en étaient quittes pour une amende insignifiante, et peu faite par conséquent pour les intimider.

En 1844, le tribunal de simple police de Rouen ayant condamné à 10 francs d'amende et aux frais des marchands accusés d'avoir vendu du lait allongé d'eau, l'un des deux prévenus, fournisseur des hospices, fit valoir pour sa défense, avec une cynique ironie, que *la mortalité des malades était plus grande depuis qu'on leur distribuait du lait sans eau.*

En 1845, le tribunal de la même ville condamna à cinq jours de prison, à 10 francs d'amende et aux frais, le sieur D..., puni déjà plusieurs fois pour avoir baptisé son lait ; ce qu'il faisait, disait-il, *dans l'intérêt de ses pratiques.* (M. Chevallier.)

De pareils traits d'audace, devenus très communs, avaient fini par prendre le caractère d'un véritable danger pour la santé publique. M. Chevallier, dont le nom rappelle toujours une pensée philanthropique, signala avec une courageuse persévérance ce honteux trafic, en demandant aux pouvoirs législatifs une loi qui mît enfin un terme à toutes les adultérations qui se pratiquent sur les denrées alimentaires. Cette loi, votée par l'Assemblée nationale en mars 1851, établit, article 2, que « si dans les cas prévus par l'article 423 du Code pénal, il s'agit d'une marchandise contenant des mixtions nuisibles à la santé, l'amende sera de 50 à 500 francs, à moins que le quart des restitutions et dommages-intérêts n'excède cette dernière somme ; l'emprisonnement sera de trois mois à deux ans. »

Cette loi, dans son ensemble, punit la double atteinte portée à la probité commerciale et à la santé publique.

En admettant, ce qui n'est pas mon avis, que la pénalité soit suffisamment proportionnée à la gravité du délit, pourquoi les magistrats en font-ils si rarement l'application aux falsificateurs du lait ? Pourquoi les condamnations prononcées en pareil cas sont-elles si peu sévères qu'elles équivalent presque à un acquittement ? Cela tient évidemment à ce que les juges n'assimilent pas le lait altéré par les procédés que j'ai signalés à une mixtion nuisible pour la santé.

Faut-il que la mort soit instantanée pour déclarer qu'il y a eu empoisonnement ? La science médicale ne saurait trop protester contre une semblable doctrine. N'est-ce donc point en effet un poison, le breuvage qui, comme le lait de mauvaise nature, altère le sang, y dépose le germe d'une foule d'infirmités, dégrade toute une classe de la population, compromet souvent la guérison des sujets valétudinaires ?

Je sais bien que le laitier qui soumet sa marchandise à des manipulations illicites est mu par la seule pensée d'augmenter ses bénéfices. Excluons même de ce fait l'intention criminelle de l'homicide, laquelle complète le double caractère de l'empoisonnement proprement dit, le fraudeur n'en restera pas moins sous le coup du quatrième paragraphe additionnel à l'article 317 du Code pénal. Cet article porte que celui qui aura occasionné à autrui une maladie en lui administrant volontairement des substances qui, *sans être de nature à donner la mort*, sont nuisibles à la santé sera puni d'un emprisonnement d'un mois à cinq ans, et pourra de plus être placé sous la surveillance de la haute police pendant deux ans au moins et dix ans au plus.

Si je m'étonne et me plains de l'indulgence habituelle des tribunaux, si je demande l'application des répressions judiciaires les plus rigoureuses contre les falsificateurs du lait, c'est qu'au temps où nous sommes l'avidité sordide ne se restreint pas à un délit isolé, elle s'étend à toute l'industrie alimentaire.

« Démasquée sur un point, l'industrie des corrupteurs de la nourriture publique se porte sur un autre objet ; elle tire parti des progrès de la science, non pour le bien des masses, mais pour en perfectionner l'exploitation. Le problème odieux dont elle semble poursuivre la solution, c'est de vendre au prix le plus élevé le moins de matière nutritive possible. Se borne-t-elle à voler sur la quantité ? Non ; elle dénature la composition des aliments et des boissons, et personne ne peut dire jusqu'où va le dommage irréparable qui en résulte pour la santé des classes les moins aisées et quelle part revient à la sophistication alimentaire dans la détérioration progressive de leur constitution, dans le nombre et la gravité de leurs maladies. Une loi sévère de répression est le seul remède à cet état de choses ; encore ici l'hygiène publique et la morale se confondent : ce que l'une désire, l'autre l'ordonne. » (Michel Lévy.)

Dr CHAMPOUILLON.

Nous publions plus loin dans tous ses détails le compte-rendu du procès qui a été jugé en cour impériale le 30 juin dernier, sur l'appel interjeté par MM. Triquet et Masson du jugement du tribunal de police correctionnelle qui les condamnait à 50 fr. d'amende chacun, comme coupables d'homicide par imprudence. Il s'agissait, on doit se le rappeler, de l'emploi du chloroforme pour l'extirpation d'une tumeur de mauvaise nature au visage chez M. Breton jeune, faïencier de la rue Laffitte.

En nous félicitant de l'issue heureuse et parfaitement équitable de cette affaire, nous avions l'intention d'y joindre une appréciation de la question et de la discussion qui a commencé sur ce sujet à la Société de chirurgie ; mais nous recevons une lettre d'un de nos abonnés qui nous épargne ce travail, et dont la publication nous paraît tout à fait opportune. Sans partager entièrement l'opinion de notre honorable confrère, nous croyons qu'il est convenable que cette opinion soit connue et que nos lecteurs puissent apprécier les motifs donnés pour ou contre l'emploi des anesthésiques, dont on ne peut nier ni les avantages ni les dangers.

Monsieur le rédacteur en chef,

J'ai lu à peu près tout ce qu'on a écrit pour ou contre l'usage du chloroforme en France et à l'étranger ; j'ai assisté aux deux dernières séances de la Société de chirurgie, où la discussion sur le rapport de M. Robert a commencé ; enfin, je viens de lire le compte-rendu du procès en cour d'appel à la suite duquel notre jeune et honorable confrère M. Triquet et un élève en médecine que l'on n'aurait en aucun cas dû mettre en cause, M. Masson, ont été renvoyés sans dépens des fins de la poursuite.

J'avais déjà transcrit mes impressions sur la discussion du rapport de M. Robert, mais je vous avoue que l'issue du procès Triquet a fait dévier un peu le cours de mes idées.

Puisque, ainsi que l'a fort bien dit M. Velpeau, et je crois que cette opinion a été d'un grand poids sur l'esprit des membres de la Cour, puisque « ce ne sont pas les chirurgiens, mais les malades, qui ont besoin du chloroforme et qui en réclament l'emploi », je ne vois pas d'abord pourquoi les médecins suivraient le conseil de M. Robert, et ne feraient pas connaître à leurs clients les dangers réels de cet agent avant de consentir à les soumettre à son action. Je crois cela d'autant plus indispensable, je le regarde d'autant plus comme un devoir, que dans les opinions de tous ceux qui ont émis un avis verbal ou écrit, je ne vois jusqu'ici que doute et contradiction, pour ne pas dire ignorance complète, sur l'action réelle, en certains cas du moins, des anesthésiques.

Voyons, par exemple, ce qui se passe à la Société de chirurgie : trois honorables membres, sans compter le rapporteur, ont déjà pris la parole, et personne ne contestera à MM. Chassaignac et Ricord, qui ont chacun opéré trois ou quatre mille fois peut-être à l'aide du chloroforme, personne ne leur contestera une grande expérience.

Eh bien ! c'est d'abord M. Deguise fils qui reproche à M. Robert des contradictions ; il s'étonne, après l'avoir entendu dire que l'influence délétère du chloroforme ne peut plus être contestée, qu'il n'est pas possible d'en prévoir et d'en prévenir les effets fâcheux, qu'il n'est pas possible non plus d'en arrêter le cours et de soustraire les malades à la mort ; il s'étonne de le voir conclure en ces termes : « Personne ne peut désormais empêcher l'usage du » chloroforme ; on n'y renoncera pas plus qu'on ne renonce, à » cause des accidents, à se servir des chemins de fer, » etc.

C'est ensuite M. Chassaignac (dont je laisse de côté la discussion grammaticale du mot idiosyncrasie, sur lequel il suffit de s'entendre pour être d'accord) qui arrive, et qui, se posant en partisan plus courageux des anesthésiques, à la suite desquels il a pourtant recueilli quarante-sept cas très authentiques de mort, affirme que, malgré ces dangers, il n'hésiterait nullement à avoir recours au chloroforme. D'après lui, le relevé des faits où des accidents mortels sont survenus prouve qu'ils ont eu lieu le plus souvent, si ce n'est toujours, quand on a employé, au lieu de l'éponge, un mouchoir, un morceau de linge, un bourdonnet, qui peuvent avoir l'inconvénient de s'appliquer exactement sur les ouvertures respiratoires et d'intercepter l'entrée de l'air. D'après lui encore, la position assise des malades pendant l'inspiration lui paraît préférable et écarter tout danger ; il ajoute que c'est à la négligence de cette précaution, à la persévérance que l'on a pu mettre dans l'emploi du chloroforme malgré les mouvements désordonnés des malades, que la mort doit être attribuée. L'emploi de l'ammoniaque sur le gosier lui paraît également dangereux, dans l'état de constriction où doit se trouver la glotte.

Ce discours, que j'ai écouté avec un vif intérêt, m'avait à demi convaincu, et je m'attendais à voir ces opinions partagées par M. Ricord ; mais, ici, quel n'a pas été mon étonnement ! Du commencement à la fin, l'improvisation brillante de l'honorable chirurgien de l'hôpital du Midi n'a été exactement et en tous points que la contre-partie du discours de M. Chassaignac. Je suis bien loin de lui en faire un reproche, et je le loue d'avoir fait connaître ses opinions avec la même franchise que le préopinant. J'ai entendu avec plaisir sa spirituelle argumentation, et j'ai fréquemment ri, avec l'auditoire, des saillies qui lui sont échappées, et que la gravité du sujet semblait ne devoir pas provoquer ; je me suis rappelé ces vers du poëte :

> Il n'est point de serpent, ni de monstre odieux,
> Qui, par l'art imité, ne puisse plaire aux yeux ;

et je vous demande la permission de reproduire ce que j'ai entendu, ce que vous avez sans doute entendu comme moi.

D'abord, moins confiant que M. Chassaignac, et un peu plus hardi que M. Robert, M. Ricord se place d'emblée dans un *juste milieu*, expression un peu passée de mode, et qui excite quelques sourires, le mien en particulier.

Les accidents étant dus, selon lui, à une syncope ou, si l'on veut, à une *syncope-asphyxie*, la meilleure position à donner aux malades pendant l'inspiration n'est pas, comme le veut M. Chassaignac, la position assise, mais bien la position horizontale.

Quant aux mouvements désordonnés, effroi de M. Chassaignac,

M. Ricord ne les redoute pas; la période d'excitation est ordinaire, et il suffit de contenir convenablement les malades.

L'éponge lui paraît tellement peu un préservatif des accidents que, dans quatre cas observés par lui et dans lesquels les accidents survenus ont fait faire le *flageolet* à ses jambes, c'est à l'éponge qu'il avait eu recours.

Ces quatre cas malheureux, mais non funestes pourtant, sont: deux circoncisions, un cas de castration et un cas de végétations de la vulve.

Dans ce dernier cas, M. Ricord, pressé par le temps, refusait, à cause d'ailleurs du peu de gravité de l'opération, d'avoir recours au chloroforme; ce n'est que sur les instances réitérées du mari et de la dame qu'il se résigna à l'employer.

A peine l'opération était-elle commencée que la malade faiblit, devint pâle; le pouls disparut, il survint un état de relâchement complet de tous les orifices; je ne sais, dit M. Ricord, ce qui n'était pas relâché (rire général); enfin la malade était aussi *morte que possible* (on rit encore).

Je me précipitai sur elle et procédai aux insufflations bouche à bouche; à l'instant la malade se ranima, chaque bouffée de souffle faisait surgir un battement du pouls. Il en a été de même dans les trois autres cas; l'insufflation a aussi promptement ramené les quasi-morts à la vie.

La confiance de M. Ricord dans l'insufflation est telle qu'il n'hésite pas à penser que l'on aurait pu sauver de cette manière tous les malades qui ont succombé; mais c'est à la condition que l'insufflation sera faite immédiatement, et qu'on n'attendra pas pour y recourir d'avoir essayé d'autres moyens plus ou moins insignifiants; en un mot, qu'on n'insufflera pas un véritable cadavre.

La confiance de M. Ricord dans l'insufflation ne nous a pas paru partagée par un grand nombre de ses auditeurs. Quelques-uns, et je suis du nombre, se demandaient si l'air qu'on ingurgitait de cette manière aux malades était bien pur, bien oxygéné, et s'il devait produire une action bien favorable sur la glotte et les poumons; d'autres montraient de la répugnance à recourir à ce moyen, qui quelquefois, je l'avoue, peut n'être pas sans quelque attrait, mais qui doit inspirer dans d'autres, dans la plupart des cas de l'hôpital du Midi, par exemple, un dégoût profond, voir même offrir du danger pour l'opérateur.

Quoi qu'il en soit, M. Ricord ne rejette pas l'emploi de l'ammoniaque, et c'est encore ici une dernière contradiction avec M. Chassaignac; celui-ci admet la contraction de la glotte, M. Ricord croit à sa dilatation, car elle fait partie des ouvertures qu'il a signalées.

Surveillez attentivement les malades, et surtout agissez avec la plus grande promptitude. Les accidents, en effet, ne surviennent pas graduellement, mais inopinément; en physiologie, il a pu paraître fort joli de penser et de dire que l'abolition du sentiment précédait l'abolition du mouvement, et qu'il suffisait de n'atteindre que les racines antérieures de la moelle et de respecter les racines postérieures pour échapper à tout danger; mais en réalité les accidents ne se graduent pas ainsi; il y a coup de foudre, véritable sidération. Encore une contradiction à l'adresse de MM. Flourens et Baudens.

Faut-il vous l'avouer, monsieur le Rédacteur, quand je vois, d'une part, toutes ces dissidences, quand je compte les cas de mort ou de crainte de mort survenus à la suite de l'emploi du chloroforme, quand je suppute les innombrables cas dans lesquels on y a eu recours pour les opérations les plus légères, les moins douloureuses; quand je vois des hommes tels que MM. Nélaton et Velpeau dire, le premier, *que les moyens proposés jusqu'ici sont tous contestables ou même n'existent pas*, et ne pas faire exception pour l'insufflation bouche à bouche; le second, que ce ne sont *pas les chirurgiens, mais les malades qui ont besoin du chloroforme*, je me demande si ce moyen, qui, lorsque son action n'est pas poussée jusqu'à la résolution, laisse ordinairement souffrir les malades et qui doit faire trembler quand il est porté aux dernières limites; si ce moyen, toujours dangereux, puisque l'on peut compter 80 cas de mort authentiques, sera encore longtemps employé en chirurgie; je me demande, enfin, si les Ambroise Paré, les Desault, les Dupuytren, les Dubois se fussent soumis à enivrer leurs malades avant de les opérer et s'ils eussent consenti à jouer ainsi la vie des malheureux qui leur étaient confiés, alors même qu'ils auraient eu à réduire une luxation difficile, à opérer une hernie ou à enlever une tumeur grosse comme une aveline à la joue *au risque de blesser le canal de Stenon!!!*

Mon opinion n'est pas complétement arrêtée à ce sujet, et j'éprouve encore une certaine indécision à me prononcer pour ou contre; je ne veux pas suivre l'exemple des nombreux praticiens anglais qui protestent contre l'emploi de l'anesthésie; mais j'ai des doutes très réels que j'ai cru devoir vous exposer, espérant que, vous qui accueillez si libéralement, si impartialement toutes les opinions, vous voudrez bien les soumettre à l'appréciation du public médical qui lit votre *Gazette*.

Agréez, etc. UN DE VOS ABONNÉS.

Paris, 2 juillet 1853.

COUR IMPERIALE DE PARIS. (Chambre correctionnelle.)

Présidence de M. D'ESPARBÈS DE LUSSAN. — Audience du 30 juin.

Prévention d'homicide par imprudence. Mort causée par le chloroforme.

On se rappelle ce fait, dont nous avons rendu compte dans notre numéro du 4 mai. Il s'agissait d'un faïencier âgé de trente-quatre ans, opéré le 15 février d'une tumeur au visage avec l'aide du chloroforme. M. le docteur Triquet et M. Masson, élève en médecine, avaient été condamnés chacun à 50 fr. d'amende. Sur l'appel, et après le rapport de M. Lamy, conseiller, M. le président procède à l'interrogatoire des prévenus.

M. Triquet raconte les circonstances fatales de la tentative qu'il a faite avec M. Masson pour administrer le chloroforme au sieur Breton; il signale les précautions qu'il a prises pour écarter le danger. Il a agi comme tous ceux qui pratiquent cette opération.

Après avoir fait avancer le lit du malade et assuré sa position, il a placé sa main dans la sienne et lui a recommandé d'aspirer d'abord doucement, puis plus fort, et dans le cas où il éprouverait trop de fatigue ou de gêne dans la respiration, de l'avertir par la pression de la main; mais à peine l'opération était-elle commencée, que M. Breton fit quelques efforts pour cracher, puis tout à coup, dans un instant indivisible, il se manifesta une sorte d'agitation dans la main de M. Breton; ses bras se roidirent, le pouls s'éteignit, les battements du cœur cessèrent, et M. Breton tomba comme foudroyé. Les deux opérateurs firent tous leurs efforts pour le rappeler à la vie. Le corps fut renversé la tête en bas; M. Triquet tenta d'opérer des mouvements de soufflet pour réveiller la respiration; pendant une heure il eut recours à tous les moyens imaginables sans aucun résultat.

Le soir, il est allé raconter cet événement à M. le professeur Nélaton, son maître.

M. Masson rapporte les mêmes faits.

On introduit *M. Nélaton*. Le témoin signale M. Triquet comme un médecin très intelligent, très capable, esclave de son devoir, qu'il connaît et estime depuis dix années, et qui s'est distingué par les succès les plus éclatants.

Il serait impossible, ajoute le témoin, de dire combien de fois M. Triquet a fait sous mes yeux des opérations semblables, avec tant de prudence et tant de succès, que je n'avais plus la moindre surveillance à exercer.

D. N'y avait-il pas une certaine imprudence à opérer dans une chambre basse et encombrée de meubles?

R. Nous sommes obligés d'opérer chaque jour l'administration du chloroforme dans les quartiers les plus populeux, dans des entresols de boutique, sans que jamais nous ayons cru devoir nous préoccuper de ces circonstances, et, à mon sens, elles sont peu importantes, car l'effet de l'opération est précisément *d'intercepter l'air autour des voies respiratoires*. Tout ce qu'il faut empêcher, c'est que le chloroforme ne pénètre en trop grande quantité à la fois.

D. N'y a-t-il pas des moyens qui eussent pu être employés utilement, soit pour prévenir l'accident, soit pour y porter remède?

R. Je ne le pense pas. La recherche de ces moyens a été une préoccupation continuelle pour les chirurgiens et les médecins depuis l'introduction du chloroforme dans la pratique; mais la science n'a pas conquis ces moyens, et les accidents ont toujours été tout à fait imprévus, les malades instantanément foudroyés. Les moyens proposés jusqu'ici *sont tous très contestables*, ou même n'existent pas.

D. Avez-vous des exemples semblables?

R. Oui, mais très rares; tout au plus 1 sur 2,000.

M. le docteur Nélaton établit ensuite que M. Triquet a employé avec beaucoup d'intelligence tous les moyens qu'une expérience consommée mettait à son service. Il rapporte que le soir de l'événement M. Triquet est venu le trouver dans un trouble extrême, lui a raconté toutes les circonstances de l'accident, et a ajouté: « Voilà ce qui s'est passé; faut-il que je me tire un coup de pistolet? » M. Nélaton lui a répondu: « Vous n'avez rien à vous reprocher; à mes yeux vous n'êtes point coupable. »

M. le professeur *Velpeau*, autre témoin, déclare que, dans le principe, les accidents de la nature de celui qui a frappé M. Breton ont vivement inquiété les médecins. On ne pouvait croire à ces morts inexplicables et sans motifs apparents. En effet, ce n'est pas après cinq, dix ou quinze minutes que le sujet était foudroyé, mais instantanément et par un coup prompt comme la pensée. Avant d'admettre la possibilité d'un fait aussi étrange, on a épuisé pour l'expliquer toutes les hypothèses. Mais quand ces rares accidents se sont renouvelés entre les mains de médecins extrêmement recommandables, de chirurgiens attachés à nos grands hôpitaux, dans des conditions de sérénité complète, on a fini par ne plus douter que quelquefois le chloroforme tue; heureusement cela n'arrive que dans des cas excessivement rares, mais sans qu'aucune précaution particulière puisse être recommandée, et celles qu'on prend ordinairement sont d'une exécution facile.

M. Velpeau ajoute en terminant: *L'issue de ce procès importe bien plus à la société elle-même qu'au corps médical*. Ce ne sont pas les chirurgiens, mais les malades qui ont besoin du chloroforme et qui en réclament l'emploi; aussi y a-t-il au fond de cette cause une question d'humanité. Il est évident que, si, au moment d'employer le chloroforme, *le médecin entrevoit la possibilité d'un événement dont il n'est pas maître et qui peut entraîner pour lui une condamnation judiciaire, quel que soit son désir d'éviter des douleurs au patient, il s'y refusera*, et opérera sans user d'un moyen anesthésique. Et loin de nous la pensée de dire ici que le médecin ait, en général, le droit de tenter toutes les expériences sur son malade; mais s'il faut qu'il soit exposé à des poursuites alors même qu'il aura usé de toutes les précautions dictées par la plus exacte prudence, *je déclare que moi-même je n'oserai plus employer le chloroforme*.

L'audience est suspendue pendant dix minutes.

A la reprise de l'audience, Me Lachaud prend la défense des prévenus et est bientôt interrompu par M. le président.

M. l'avocat général Flandin insiste pour la confirmation du jugement et cherche à établir qu'il y a quelque négligence à reprocher aux prévenus.

La Cour a rendu l'arrêt suivant:

« La Cour,

» Considérant que l'instruction et les débats ne révèlent, de la part de Triquet et Masson aucun fait d'imprudence, de négligence, d'inattention, de défaut de précaution ou d'inobservation des règles de l'art dans l'application du chloroforme par eux faite à Breton, sur la demande de celui-ci, et pour une opération qui en motivait l'emploi;

» Met l'appellation et le jugement dont est appel au néant; émendant, renvoie Triquet et Masson des fins de la poursuite, sans dépens. »

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. NONAT.

De l'emploi de l'huile de croton tiglium dans les hydropisies symptomatiques des maladies du cœur.

Parvenues à un certain degré, les maladies du cœur ont pour effet d'apporter une gêne plus ou moins grande au cours du sang, et de produire une infiltration séreuse qui, en général, commence par les extrémités inférieures, et qui n'envahit que plus tard les membres supérieurs et les diverses cavités séreuses. Dans le but de prévenir ou de combattre cet effet des maladies du cœur, on a recommandé un grand nombre de moyens, parmi lesquels les purgatifs tiennent, sans contredit, le premier rang. Mais il y a un choix à faire dans les purgatifs; tous n'ont pas un égal succès. Les drastiques, qui purgent sous un petit volume, méritent la préférence; et, comme tendent à le démontrer les expériences récentes de M. Nonat, l'huile de croton tiglium réussit mieux que les autres purgatifs. (Voir la *Gazette des Hôpitaux* du 14 mai 1853.)

Ainsi, dans l'espace de quatre mois, M. Nonat a eu l'occasion d'employer ce genre de médication chez huit malades. De ces huit malades, sept s'en sont bien trouvés; la respiration est devenue moins difficile et l'hydropisie a promptement disparu. Un seul malade n'a éprouvé qu'un soulagement de peu de durée. Dans ce cas, l'affection du cœur était arrivée à son plus haut degré, et toutes les médications ont échoué.

Nous nous bornerons à rapporter les trois faits suivants, pour montrer l'heureuse influence de l'huile de croton sur l'hydropisie générale dépendant d'une maladie du cœur.

OBS. I. — *Hypertrophie avec dilatation du cœur, catarrhe pulmonaire chronique, hydropisie générale. — Ventouses scarifiées; huile de croton tiglium. Guérison de l'hydropisie.*

François-Marie Detale, âgé de 80 ans, est entré à l'hôpital de la Pitié le 26 avril 1853. Il est atteint depuis plusieurs années d'un catarrhe pulmonaire chronique et d'une hypertrophie avec dilatation du cœur. La région précordiale donne à la percussion une matité fort étendue; les battements du cœur sont forts, tumultueux; ils sont irréguliers, inégaux; leur impulsion se fait sentir dans une grande étendue; le pouls est fréquent, irrégulier, inégal; les veines du cou sont très grosses, ce qui dénote un grand obstacle au cours du sang. Il existe une hydropisie générale qui, depuis quelques semaines, s'est beaucoup aggravée. Les urines sont peu abondantes: elles sont rouges et briquetées; la respiration est difficile; les organes digestifs paraissent être en bon état. — Mauve et chiendent nitrés; potion avec 30 grammes de sirop des cinq racines; 2 pilules d'huile de croton tiglium; 6 ventouses scarifiées sur le côté gauche de la poitrine; diète absolue.

Le 27, le malade dit avoir été soulagé par les ventouses, mais surtout par l'huile de croton tiglium, qui lui a procuré de nombreuses évacuations (trente environ), et il est allégé, suivant son expression. L'œdème a considérablement diminué.

Le 28, le mieux se soutient. — Même prescription.

Le 30, le malade respire mieux; l'œdème est presque nul. — Mêmes boissons.

Le 1er mai, chaque jour l'œdème va décroissant.

Le 2, l'œdème a tout à fait disparu; les membres et l'abdomen sont revenus à leur état normal.

Le malade est toujours un peu oppressé; mais il est complétement guéri de son hydropisie.

Ainsi, dans l'espace de quelques jours, nous voyons l'hydropisie générale diminuer et disparaître sous l'influence de l'huile de croton tiglium. Ici l'action de cette substance est incontestable et ne saurait être révoquée en doute. Il est difficile qu'un remède produise des effets plus rapides et plus favorables que l'huile de croton tiglium.

OBS. II. — *Emphysème vésiculaire, catarrhe suffoquant, dilatation du cœur, œdème général. — Saignées; ventouses scarifiées; huile de croton tiglium.*

Le 30 avril 1853, il est entré à la Pitié, dans le service de M. Nonat (salle Saint-Paul, n° 7), un nommé Jean-Claude Jouquey, âgé de cinquante-quatre ans, charretier, demeurant à la Petite-Villette, quai de la Loire, 36, né à Vaudray (Jura); constitution forte, tempérament sanguin.

Le 1er mai, le malade déclare être atteint de catarrhe depuis l'année 1844.

La sonorité des parois thoraciques est exagérée, le murmure respiratoire presque nul; le cœur est augmenté de volume; la cyanose est générale, mais se remarque surtout à la face et aux extrémités, où l'on observe de l'œdème. La circulation se fait mal, ce qu'il est facile de constater par la dilatation énorme des jugulaires et de toutes les veines superficielles. — Hysope, lierre terrestre édulcorés avec sirop de capillaire, 3 pots; 2 pilules d'huile de croton tiglium; saignée de 150 grammes; diète absolue.

Le 2, les pilules d'huile de croton tiglium ont produit de nombreuses évacuations. Le malade tousse beaucoup et est plus mal qu'hier; il est bon de faire observer qu'immédiatement après sa saignée il est allé aux latrines, et a été assez imprudent pour y retourner trois ou quatre fois dans la journée. — Même tisane qu'hier; diète absolue.

Le 3, le malade va un peu mieux qu'hier; il est cependant toujours fort oppressé et cyanosé. — Même tisane; 2 pilules d'huile de croton tiglium; 5 ventouses scarifiées sur chaque côté de la poitrine; diète absolue.

Le 4, le malade est très fatigué, il a eu de nombreuses évacuations; il dit avoir été peu soulagé par l'application des ventouses. — Même tisane, 3 pots; sinapismes aux extrémités; diète absolue.

Le 5, le malade est mieux que les jours précédents; la face et les extrémités sont beaucoup moins cyanosées; les veines du cou ont diminué de volume; la circulation paraît se faire plus facilement; l'œdème n'est pas aussi considérable; le malade est moins oppressé. — Même tisane, 2 pots seulement; deux pilules d'huile de croton; bouillon.

Le 6, le malade est cyanosé, oppressé, moins bien qu'hier; les pilules prescrites n'ont pas été envoyées de la pharmacie. — Même tisane, 2 pilules d'huile de croton, bouillon.

Le 7, les pilules ont produit de nombreuses évacuations; la cyanose et l'oppression existent toujours; la circulation se fait mal, les veines du cou sont dilatées. — Même tisane, bouillon.

Le 8, toujours cyanose, mais respiration moins difficile. — Même tisane, 2 pilules d'huile de croton, bouillon.

Le 9, même tisane, bouillon.

Le 10, le malade est moins cyanosé, le pouls est meilleur, les veines sont moins dilatées.

Le malade respire plus facilement que les jours précédents, il y a moins de râle dans la poitrine; du côté droit, la respiration s'entend dans plusieurs points; à gauche, il n'y a presque pas d'expansion pulmonaire. — Même tisane, 1 pot; une portion.

Du 10 au 13 mai inclusivement, même tisane, 1 pot; une portion.

Le 14, aujourd'hui le malade va très bien; l'œdème, la cyanose, l'oppression ont disparu. — Tisane; deux portions.

OBS. III. — *Hydropisie générale, endocardite chronique, guérison de l'hydropisie. — Huile de ricin, pilules de scille et digitale, pilules d'huile de croton tiglium.*

Le 22 février 1853, est entré, salle Saint-Paul, n° 62, le nommé Nicolas Holzen, ébéniste, quarante-sept ans, demeurant à Paris, rue de la Roquette, 8; tempérament sanguin, faible constitution.

Le 8 avril 1852, le malade, en montant un escalier, ressentit pour la première fois dans les jambes une douleur et une faiblesse telles qu'il lui fallut absolument s'arrêter pendant quelques minutes.

Depuis cette époque, le sieur Holzen éprouva fréquemment de semblables douleurs, de la dyspnée et des battements de cœur. Un travail pénible, une marche rapide suffisaient pour déterminer ces phénomènes.

Enfin, le 5 janvier 1853, le malade, au sortir d'un bain de vapeur qu'il venait de prendre pour calmer ses douleurs, remarqua que ses jambes enflaient. Cette enflure a gagné les cuisses et l'abdomen, et n'a cédé qu'au traitement ci-après indiqué.

Du 8 au 20 février 1853, Holzen est resté dans le service de M. Teissier, à l'hôpital Saint-Antoine.

Le 22 du même mois, le malade, voyant sa maladie s'aggraver de jour en jour, se décida à entrer dans le service de M. Nonat.

On lui fit prendre de l'huile de ricin, des pilules de scille et de digitale, et des pilules d'huile de croton tiglium. Trois saignées du bras furent pratiquées, et on appliqua trois fois des ventouses scarifiées : la première fois sur chaque côté de la poitrine, et les deux autres sur la région du cœur.

Sous l'influence de ce traitement, l'hydropisie a diminué rapidement, et le 19 avril 1853 le sieur Holzen est parti totalement guéri de cette affection.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. Chassaignac.

Remarques et observations sur quelques variétés peu communes d'hydrocèle enkystée.

1° Hydrocèle enkystée de la tunique vaginale. — 2° Hydrocèle enkystée à parois très épaisses avec présence simultanée d'une hydrocèle de la tunique vaginale du même côté. — 3° Hydrocèle enkystée coïncidant avec une hydrocèle congénitale.

Il est dans le domaine de la pathologie certaines questions qui, malgré le savoir et l'esprit d'investigation des hommes qui les ont étudiées, semblent ne pouvoir s'épuiser, et réservent toujours à l'observateur quelques aspects nouveaux et inattendus. Que ces aspects soient absolument nouveaux en ce sens qu'ils n'auraient encore frappé l'attention de personne, c'est ce que les connaissances bibliographiques les plus vastes pourraient à peine permettre d'affirmer. En effet, les idées en apparence les plus neuves se rattachent trop souvent au passé par quelque parenté qui n'était pas d'abord soupçonnée, mais qui apparaît tout à coup, au grand ébahissement de ceux qui s'en croient ou s'en disent les auteurs. Un esprit sage ne saurait donc s'entourer de trop de réserve avant de proclamer qu'il a trouvé quoi que ce soit d'absolument neuf dans une science aussi bien et aussi largement cultivée que l'est la médecine.

Cela, du reste, n'empêche pas que, quand dans les ouvrages les plus savants et les plus estimés sur tel ou tel sujet on ne trouve que de faibles traces ou même aucune trace des faits que l'on a eu l'occasion d'observer, on est en droit de présumer qu'ils sont rares, et dès lors dignes d'appeler l'attention. C'est un peu la position dans laquelle nous nous trouvons en face de quelques observations d'hydrocèles enkystées qu'il nous a été donné de recueillir à l'hôpital Saint-Antoine.

Nous commencerons par un fait qui doit être extrêmement rare, si nous en jugeons par l'étrangeté avec laquelle il se présente et par la singulière étiologie qu'il fait supposer.

Si l'on venait dire à un pathologiste familiarisé avec la connaissance des pleurésies et des péritonites partielles qu'un kyste s'est formé à l'intérieur de la tunique vaginale de manière à constituer une cavité isolée au sein de la cavité générale de la séreuse, il trouverait sans doute quelque peu naïf qu'on s'évertuât à voir dans un pareil fait quelque chose de bien extraordinaire. Mais ce qu'il y a d'étrange et de bien digne d'attention dans le fait actuel, c'est l'existence de deux petits kystes occupant avec une symétrie parfaite, l'un à droite, l'autre à gauche, l'extrémité de chacun des deux testicules à la hauteur du globus major de l'épididyme. Ils faisaient tellement corps avec le testicule, que pendant la vie il était presque impossible de ne pas croire que ces kystes n'appartinssent au testicule lui-même, ou tout au moins à son épididyme.

Telle est l'observation que nous allons faire connaître en abrégeant le plus possible les détails étrangers au point capital de cette communication.

Un jeune homme de vingt-trois ans entre à l'hôpital Saint-Antoine, le 28 février 1853, pour une dyspnée qui paraît due à une altération grave et chronique du larynx. Au bout de huit jours, il est pris tout à coup, pendant la visite du matin, d'un état de suffocation imminente, qui avait, du reste, été annoncé par nous dès le premier jour comme ne devant point tarder à survenir. L'opération est faite sur-le-champ, d'après le procédé de l'érigne cricoïdienne, en présence de MM. Hubbenet et Heyfelder. Le sujet meurt le lendemain matin. A l'autopsie on trouve une compression de la trachée et de la bronche droite par une énorme hypertrophie des ganglions bronchiques.

Pendant les huit jours durant lesquels ce malade fut soumis à notre observation, nous avions été frappé de la singulière conformation que présentaient chez lui les deux testicules, et toutes les questions qui auraient pu mettre sur la voie d'une altération si étrange ne lui furent point épargnées. Il n'a jamais eu la moindre trace d'affection syphilitique, n'a subi aucune opération, n'a reçu ni coup ni blessure, n'a jamais éprouvé le moindre indice d'un état inflammatoire dans cette région. Sur ces entrefaites, le malade succombe par la cause que nous avons dite. On fait l'autopsie, et à notre grand étonnement on trouve des kystes bijumeaux parfaitement symétriques sous tous les rapports et placés tous deux au-dessus du globus major de l'épididyme. Nous nous reportons alors aux détails recueillis avec soin pendant la vie et à une description que dans notre conviction intime nous avions crue être relative à une affection tuberculeuse sévissant à la fois sur les deux testicules. Voici cette description :

Ce qui caractérise la forme des deux testicules chez ce malade, c'est l'exagération de longueur de leur diamètre longitudinal jointe à une forme plus arrondie que d'habitude, nullement méplate, comme l'est la figure en ovoïde aplati du testicule normal.

Cette double circonstance, l'augmentation de longueur et la cylindricité de la masse testiculaire, est prise par nous pour une forme particulière qui doit être propre aux testicules des phthisiques et que nous attribuons à un mode particulier d'infiltration des épididymes. Nous allons même jusqu'à considérer cette disposition comme un état précurseur de l'infiltration tuberculeuse proprement dite ; car, du moment qu'il y a tuberculisation confirmée de l'épididyme, cela n'a pas lieu sans qu'il survienne des changements de configuration très prononcés et même très variés de la masse testiculaire. Nous restons donc bien persuadé qu'à l'autopsie nous allons trouver une infiltration tuberculeuse commençante des deux épididymes. Mais voilà qu'au moment d'inciser le testicule avec les précautions voulues, nous nous apercevons qu'il n'y a plus de tunique vaginale, qu'elle est complétement oblitérée, et que deux kystes, l'un à droite, l'autre à gauche, coiffent le sommet de chaque testicule du côté de la tête de l'épididyme.

Ne voulant point dans une recherche aussi délicate nous en rapporter à notre seul examen, nous invoquons le secours de notre habile et judicieux collègue M. Follin, et voici ce que l'on constate :

Avant la dissection des parties, on remarquait une masse irrégulièrement arrondie, transparente dans son tiers supérieur, obscure et d'une densité plus grande dans ses deux tiers inférieurs. Il était facile de distinguer le cordon et l'épididyme à la partie postérieure de la masse.

La dissection des deux masses testiculaires a montré de chaque côté la disposition suivante :

1° La tunique vaginale avait disparu dans les deux tiers inférieurs par adhérence des deux feuillets. La cavité vaginale persistait seulement dans le tiers supérieur et donnait lieu à une hydrocèle enkystée ;

2° Le kyste, constitué aux dépens de la tunique vaginale, était formé d'un liquide transparent comme de l'eau de roche et qui ne contenait aucune trace de spermatozoïdes.

Rien dans l'épididyme ni dans le canal déférent. La substance du testicule est normale, mais la masse testiculaire est refoulée en arrière.

Du fluide recueilli dans le canal déférent n'a offert aucune trace de spermatozoïde, seulement quelques cellules épithéliales.

En résumé, nous avions ici sous les yeux un exemple rare d'hydrocèle enkystée à la partie supérieure de la tunique vaginale. La forme, la position de ces tumeurs auraient pu les faire prendre facilement pour des kystes épididymaires.

Il serait assurément très curieux de rechercher comment a pu se produire cette singulière forme de l'hydrocèle enkystée, quelle cause a pu agir symétriquement de manière à développer de chaque côté un kyste en tout semblable à son homologue par la position, le volume et la forme, à quelles erreurs de diagnostic une si bizarre disposition pouvait donner lieu ; mais sur plusieurs de ces points nous n'aurions que des conjectures à former. Nous préférons nous abstenir et attendre que de nouveaux exemples du même fait viennent nous donner le mot de cette singulière énigme.

Si l'observation qu'on vient de lire intéresse autant au point de vue pathogénique qu'au point de vue pratique à raison des méprises auxquelles peut donner lieu le fait qui la concerne, l'observation suivante intéressera surtout le praticien aussi bien sous le rapport du diagnostic que sous celui du traitement.

Yrac (Jean), quarante ans, ébéniste, entre à l'hôpital Saint-Antoine le 27 décembre 1852 pour une tumeur volumineuse de la bourse droite. Cette tumeur, qui a été depuis quelques jours le siége d'un travail subinflammatoire, présente dans ses divers points des degrés variables de consistance, et ne laisse pas que d'être assez embarrassante dans son diagnostic, à raison des éléments multiples dont elle se compose, et de la manière dont ils sont combinés entre eux.

Le malade déclare de la manière la plus positive qu'il n'a jamais eu de hernie de ce côté, et qu'il n'a jamais porté de bandage. La tumeur présente, comme nous l'avons dit, quelques indices d'un travail inflammatoire actuel ; du reste, pas d'accidents généraux.

En remontant au commémoratif, nous apprenons que le malade s'aperçut pour la première fois, il y a quatre ans, de l'existence d'une tumeur placée à l'extrémité inférieure du canal inguinal du côté droit. Cette tumeur ne rentrait jamais, quoiqu'elle fût peu volumineuse. Le malade ne s'en occupait pas autrement, et elle n'a tout à fait attiré son attention que depuis que la bourse est devenue douloureuse ; ce qui l'a déterminé à entrer à l'hôpital.

En analysant avec soin la composition apparente de la tumeur, on parvient à y reconnaître trois portions distinctes : l'une, la plus déclive, est formée par le testicule, qui se distingue d'une manière très nette ; il est un peu plus volumineux qu'à l'état normal. La seconde, immédiatement au-dessus du testicule, accuse d'une façon non douteuse la présence d'un liquide, facile d'ailleurs à constater par le phénomène de la transparence. La troisième, qui se rapproche de l'orifice inférieur du canal inguinal, a le volume et la forme arrondie d'une pomme de moyen volume ; elle fait corps avec le cordon, et se continue en haut vers l'abdomen par un pédicule assez épais, tandis que au-dessous d'elle les éléments du cordon reprennent leur indépendance relativement, et peuvent être suivis jusqu'au testicule. La tumeur est ferme et consistante, nullement fluctuante.

L'ensemble de la tumeur, examiné par transparence et avec toutes les précautions que nous prenons dans les cas difficiles, nous permet de reconnaître qu'il existe au niveau de la partie molle et fluctuante une collection liquide transparente, qui se trouve comme interposée entre le testicule et la tumeur du cordon. Cette dernière est d'une opacité absolue.

Le diagnostic qui s'offre à nous par suite de ces investigations est donc : tumeur enkystée du cordon, avec hydrocèle très peu volumineuse de la tunique vaginale.

Quant à la nature de la tumeur du cordon, son opacité absolue, sa consistance ferme et dure, son poids, nous donnent l'idée d'une production pathologique solide développée dans l'épaisseur du cordon.

Le malade est soumis à une médication dont nous retirons journellement les plus heureux effets dans le traitement des tumeurs variées : nous voulons parler des frictions avec la pommade iodée, dont on renouvelle l'application toutes les deux heures.

Au bout de quelques jours l'hydrocèle de la tunique vaginale avait sensiblement diminué, mais la tumeur arrondie placée sur le trajet du cordon conservait son volume et sa consistance très ferme. Je supposais qu'il pouvait y avoir là une tumeur fibro-plastique ou une dégénérescence de nature encore plus grave peut-être. Dans le but de dissiper mes doutes, je fis au centre même de la tumeur une ponction exploratrice avec un trocart très fin. A ma grande surprise, cette ponction donna issue à de la sérosité citrine, dans la proportion d'une cuillerée à bouche. Je modifiai donc mon diagnostic, et mettant désormais de côté l'idée d'une tumeur entièrement solide, je déclarai *que nous avions affaire soit à une hydrocèle enkystée à parois excessivement épaisses, soit à un kyste à parois cancéreuses avec une cavité très petite.*

On devra noter que l'absence de transparence avait été constatée avec un soin tel, que très certainement la tumeur, quoique renfermant un liquide transparent, n'était elle-même nullement transparente.

Le 12 janvier, le cordon, qui était dur et gonflé en remontant de la tumeur vers l'abdomen, s'est considérablement assoupli. La tumeur éprouve une diminution de volume considérable ; mais à mesure qu'elle diminue et que ses parois prennent la dureté d'une concrétion osseuse, le résidu de la tumeur remonte vers le canal inguinal, de telle sorte que pour palper ce noyau on est pour ainsi dire obligé de l'attirer vers des parties déclives.

Le 19, le testicule ne présente aucune trace de gonflement ; l'hydrocèle s'est résorbée depuis longtemps déjà.

Nous avons suivi avec beaucoup d'attention la disparition progressive de cette tumeur, qui a fini par se convertir en un noyau presque imperceptible et qui avait remonté jusque dans le trajet du canal inguinal. Nous avons revu ce malade cinq mois après : aucune trace de récidive.

En résumé, ce malade n'avait autre chose qu'une hydrocèle enkystée, mais à parois tellement épaisses qu'elles avaient fait perdre à la collection ses caractères habituels les plus importants, à savoir : la transparence et la souplesse. C'était donc là une première difficulté : difficulté diagnostique. Si l'on ajoute à cela l'existence d'une hydrocèle de la tunique vaginale et l'accroissement de volume qu'avait pris la masse testiculaire sous l'influence d'une subinflammation que peuvent si facilement provoquer les professions pénibles, on comprendra les hésitations que nous avons dû éprouver pour déterminer de prime abord le caractère de cette tumeur complexe. Ces hésitations furent en grande partie dissipées le jour où la ponction exploratrice nous eût fait reconnaître l'existence d'un liquide au centre de la tumeur du cordon.

Du reste, ces diverses circonstances et la promptitude avec laquelle, à partir du moment de la ponction, nous avons vu cette tumeur se fondre en quelque sorte sous nos yeux par ou pendant l'usage de la pommade iodée toutes les deux heures, donnent à cette observation un intérêt réel pour l'histoire de l'hydrocèle enkystée.

L'observation suivante a encore pour objet de nous montrer une des complications possibles de l'hydrocèle enkystée ; nous voulons parler de sa coexistence avec une hydrocèle congénitale siégeant, il est vrai, sur le côté opposé, mais concourant à donner au scrotum une forme toute particulière et de nature à rendre le diagnostic assez embarrassant. Voici l'observation :

Hydrocèle congénitale à droite avec descente non effectuée du testicule droit. — Hydrocèle enkystée à gauche. — Forme bosselée et pédicule volumineux du kyste situé à gauche.

Le 15 novembre 1852 se présente à la consultation de l'hôpital Saint-Antoine un jeune garçon assez vigoureux, âgé de quatorze ans, et dont le scrotum est constitué par trois bosselures inégales. L'une à droite, molle et transparente, non rénitente, et dont le contenu rentre dans l'abdomen : hydrocèle congénitale, d'un côté où le testicule n'est pas descendu. Cette bosselure occupe le côté droit du raphé ; elle cède et disparaît complétement sous la pression. Aucune trace du testicule de ce côté. C'est là tout ce qui se trouve à la droite du raphé. A gauche existent deux bosselures : l'une, inférieure, est évidemment formée par le testicule gauche ; on suit son cordon qui remonte vers l'anneau inguinal gauche. Un peu au-dessus du testicule, et se continuant avec l'abdomen par un pédicule volumineux, existe une tumeur de consistance inégale, bosselée, très ferme et comme cartilagineuse dans quelques points, à bosselure bleuâtre, rénitente dans d'autres points, transparente tout entière : *hydrocèle enkystée du cordon.* Mais pourquoi cette forme ? Est-ce une hydrocèle congénitale serrée au goulot ? est-ce une hydrocèle enkystée ? est-ce un ancien sac herniaire ?

Le but que nous nous sommes proposé en publiant les faits qui précèdent est de concourir à rendre de plus en plus complet le diagnostic des tumeurs parfois si obscures de la région scrotale. Il est évident que plus la science aura enregistré de types observés, moins il y aura place à l'incertitude et à la surprise. Lorsque le praticien, en présence d'un cas difficile, a parcouru la série des types ordinaires sans pouvoir y rattacher le fait qu'il a sous les yeux, il se reporte vers les formes exceptionnelles, les compare avec ce qu'il a sous les yeux, et plus la science s'est enrichie à cet égard, plus elle lui fournit d'éléments pour la solution du problème.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 22 juin 1853. — Présidence de M. Guersant.

Présentation de malades.

M. Guersant présente à la Société le jeune garçon qui portait sur la mâchoire inférieure, au niveau du bord gencival, une tumeur de nature douteuse. L'opération a été pratiquée à l'aide d'une cisaille courbe. La totalité de la tumeur et la partie du rebord alvéolaire à laquelle elle adhérait ont été enlevées d'un seul coup. Au fond de l'encoche résultant de l'opération apparaît une dent de seconde dentition.

M. Guersant a dû, pour rendre plus facile le jeu de l'instrument, fendre la commissure obliquement en bas. La réunion a été obtenue régulière et par première intention.

— M. Chassaignac présente ensuite trois malades.

Le premier est un adulte qui avait déjà été présenté à la Société dans sa séance du 2 mars 1853. Il portait dans la synoviale du genou droit deux corps étrangers inégaux en volume, mais qui tous deux pouvaient être fixés dans le cul-de-sac interne et inférieur de la synoviale. C'est dans ce lieu que la capsule fut ouverte par la méthode sous-cutanée. Le corps le plus volumineux se fraya un passage et fut refoulé par pression jusque vers la partie interne et susmalléolaire de la jambe. Ce corps, qui avait un volume à peu près égal à une très grosse amande, donna lieu à un phlegmon angioleucitique qui nécessita plusieurs incisions. Aujourd'hui le malade est parfaitement rétabli et en état de reprendre ses travaux. L'hydarthrose dont le genou droit était le siége s'est complétement résorbée, et il y a eu ceci de remarquable, que le plus petit des deux corps articulaires qui, au moment de l'ouverture de la capsule, s'était perdu dans l'articulation et n'a pu être ramené sous la peau, ne peut plus être perçu ni par les recherches du malade, ni par l'investigation clinique la plus minutieuse. A-t-il contracté des adhérences qui l'auraient désormais fixé dans une partie profonde de la capsule ? C'est ce que l'avenir nous apprendra peut-être. Toujours est-il qu'il a cessé de causer aucune gêne au malade.

Le second cas se rapporte à un vieillard dont l'épaule droite, énormément tuméfiée, présente une hydarthrose avec déformation des surfaces articulaires par suite d'une arthrite chronique dont l'origine date d'il y a trois ans. A cette époque, et dans un mouvement que fit cet homme pour se soulever, il sentit un craquement dans l'épaule droite, qui depuis lors n'a jamais repris ses conditions normales. Y eut-il luxation ? Y eut-il fracture ? C'est ce qu'il a été impossible de préciser d'après le récit du malade. Aujourd'hui l'état de l'articulation offre ceci de remarquable, que quatre *situations stables* peuvent être successivement données à la tête de l'humérus, de manière à représenter :

1° La position de la tête dans la cavité glénoïde ;

2° La luxation en bas ;

3° La luxation en avant ou dans la fosse sous-scapulaire ;

4° La luxation en arrière ou dans la fosse sous-épineuse.

Que par suite de l'énorme ampliation qu'a prise la capsule, la tête de l'os puisse être portée en différents sens, et cela dans une grande étendue, il n'y a là rien qui ne se conçoive facilement. Mais ce qu'il y

a de curieux dans ce cas particulier, c'est que chacune des situations qui viennent d'être mentionnées persiste spontanément aussi longtemps qu'on ne la réduit pas par des manœuvres appropriées. Si on élève fortement le bras en refoulant de haut en bas la tête humérale, elle descend à un degré tel, qu'elle a évidemment perdu dans le sens vertical tout rapport de contact avec la cavité glénoïde. Arrivée là, elle y reste sans que le bras soit soutenu autrement que par l'action des muscles. Il en est de même pour la luxation en avant et la luxation en arrière.

On reconnaît de plus que la tête de l'humérus, aussi bien que la cavité glénoïde, présente un accroissement de dimensions et une destruction des cartilages qui rapprochent l'altération actuelle de l'état qui a été décrit à l'articulation de la hanche sous le nom de *morbus coxœ senilis*.

M. Chassaignac présente ensuite une jeune femme de vingt-deux ans, sur laquelle a été pratiquée, il y a deux mois, l'ablation d'une exostose considérable intéressant les trois derniers métatarsiens du pied droit, et particulièrement le troisième et le quatrième, qui font corps avec la tumeur osseuse et sont intimement confondus avec sa substance; une seule incision a suffi pour l'ablation de cette tumeur, qui a nécessité la section des métatarsiens au moyen de la scie à chaîne, et la désarticulation des métatarsiens d'avec les orteils correspondants. Ceux-ci ont été conservés. Le pied ne présente aucune déformation.

L'opération a été pratiquée le 23 avril, et aujourd'hui 22 juin la malade se sert de son pied sans aucune difficulté.

MM. Follin et Houel se sont chargés de l'examen de la tumeur, qui est bien positivement une exostose, mais qui offre quelque chose d'étrange dans ses rapports avec les métatarsiens. La malade s'était aperçue de l'existence de la tumeur dès l'âge de douze ans. Le développement progressif de cette dernière, l'inflammation de la bourse sous-cutanée qui la couvrait, ont porté cette jeune femme à réclamer les secours de la chirurgie.

— M. HUGUIER montre une jeune femme qui offrait une tumeur volumineuse oblongue siégeant à la partie interne de l'humérus, au-dessus de l'épitrochlée. On pouvait penser, en raison de la position qu'elle occupait, qu'elle était produite par une dégénérescence des ganglions susépitrochléens. M. Huguier se décida à enlever cette masse, qui adhérait profondément. Pour éviter la lésion du nerf cubital, il commença l'opération par la partie inférieure. Cette précaution fut très utile, le nerf pénétrant en effet dans le centre même de la tumeur; il fallut le disséquer et l'isoler avec soin.

En poursuivant l'opération, on reconnut que la tumeur adhérait au périoste, avec lequel elle se confondait, et qu'elle montait vers le faisceau commun des vaisseaux et des nerfs du bras. On dut ne pas l'enlever en totalité.

La malade a parfaitement bien guéri, et malgré les rapports intimes de la tumeur avec les nerfs, il n'y eut jamais, ni avant ni après l'opération, aucune douleur dans le trajet de ces nerfs. La tumeur était squirrheuse.

— Après la lecture du procès-verbal, M. BOINET demande la parole à propos du malade présenté par M. Bonnafont dans la dernière séance.

M. Boinet a eu à traiter un individu qui avait une fracture compliquée de la jambe. Malgré les accidents les plus graves, et par la simple ablation de plusieurs esquilles, il put sauver le membre malade. Cette observation démontre, avec beaucoup d'autres, que l'on ne doit jamais se hâter de pratiquer une amputation à la suite des lésions traumatiques en apparence les plus graves.

Correspondance imprimée.

La Société reçoit :

1° *Association medical journal*, juin; *Revue de thérapeutique du Midi*, du docteur Saurel, 15 juin.

2° Thèse du concours de l'agrégation : *Des rétrécissements de l'œsophage*, par M. E. Follin.

3° Une brochure intitulée : *Communication à l'Académie de médecine de Paris sur l'éthérisation*, par M. Delabarre fils.

— A propos de la correspondance, M. GIRALDÈS annonce qu'il a reçu un mémoire de M. Burin-Dubuisson, et une lettre annonçant une maladie très grave de M. Pravaz.

Le mémoire sera lu dans la première séance.

— La Société procède ensuite à l'élection des membres du bureau pour entrer en fonctions le premier mercredi de juillet.

Ont été élus :
Président : M. Denonvilliers.
Vice-président : M. Huguier.
Secrétaire : M. Laborie.
Vice-secrétaire : M. Follin.

M. Debout, pour des raisons de santé, ayant donné sa démission de trésorier, M. Houel est nommé pour le remplacer.

Comité de publication : MM. Cullerier, Chassaignac, Gosselin.
Commission des congés : MM. Larrey, Giraldès, Marjolin.

Discussion sur le rapport de M. Robert.

M. DEGUISE fils prend la parole en ces termes :

Après avoir écouté avec la plus religieuse attention la lecture du rapport de M. Robert, j'ai été frappé des contradictions qu'il renfermait; après l'avoir lu moi-même, mon sentiment n'a pas changé.

M. Robert commence par citer textuellement l'observation de M. Vallet, et la fait suivre de six autres observations recueillies et choisies avec intention au milieu du chiffre énorme de plus de quatre-vingts faits de mort par le chloroforme.

L'action délétère du chloroforme bien établie, M. Robert s'est demandé s'il était possible de prévoir et de prévenir de si fâcheux résultats, et, à cet effet, il a passé en revue les opinions émises par MM. Baudens, Sédillot et Chassaignac.

A M. Baudens, qui s'étaye de la théorie de M. Flourens sur l'action successive et progressive du chloroforme pour établir en principe : qu'il faut se borner à obtenir l'insensibilité sans la résolution des muscles, pour prévenir tout accident; à M. Baudens, dis-je, M. Robert répond en lui montrant Marie Stoch, tenant elle-même le mouchoir sous son nez jusqu'au moment où elle s'écrie : « J'étouffe! » et meurt. Je passe, pour abréger, les faits de MM. Barrier et Confévron.

A M. Sédillot, qui n'admet le danger des inhalations anesthésiques qu'autant que le chloroforme est impur ou mal administré, M. Robert objecte que dans les observations qu'il a citées, le chloroforme a été constaté d'une pureté irréprochable, et que dans tous les cas, quoique toutes les précautions recommandées par M. Sédillot n'aient pas été ponctuellement observées, on ne peut méconnaître qu'en général les règles essentielles ont été scrupuleusement suivies.

A M. Chassaignac, qui recommande de n'opérer que dans la période qu'il appelle de tolérance anesthésique, période intermédiaire à l'excitation et au collapsus, il fait remarquer que la plupart des cas de mort se sont précisément offerts avant que cette période de tolérance pût être obtenue.

M. Robert constate donc qu'il n'est pas possible de prévoir ni de prévenir les fâcheux résultats du chloroforme.

Examinons maintenant si, les accidents survenant, il est possible d'en arrêter le cours et de soustraire ainsi les malades à une mort imminente.

Or les moyens les plus recommandés pour conjurer les accidents sont, de l'aveu de M. Robert, complétement impuissants; il n'en excepte même pas les insufflations pulmonaires, malgré la pensée contraire exprimée par MM. Plouviez et Ricord.

En résumé, messieurs, M. Robert, s'appuyant sur des faits qu'il aurait pu, il nous l'a dit, rendre plus nombreux, mais qu'il a choisis à dessein afin que leur authenticité fût irrécusable, établit :

1° Que l'influence délétère du chloroforme ne peut plus être contestée;

2° Qu'il n'est pas possible d'en prévoir ni d'en prévenir les fâcheux effets;

3° Que, lorsque les accidents surviennent, il n'est pas possible d'en arrêter le cours et de soustraire ainsi les malades à une mort imminente.

Après un tel aveu, devions-nous plus tard nous attendre à ces paroles de M. Robert : « Il n'est plus au pouvoir de personne d'empêcher » l'usage du chloroforme; les malheurs du chloroforme n'y feront pas » plus renoncer que les accidents des chemins de fer n'arrêteront l'u- » sage de ces précieux moyens de transport. » Ou bien encore : « Le » chloroforme, employé suivant les règles de l'art, ne pourra jamais » engager la responsabilité du chirurgien. Il suffira que le malade en » ait vivement exprimé le désir. »

Je le demande de bonne foi à vous tous, messieurs, qui avez le mémoire de M. Robert entre les mains, n'y a-t-il pas là de quoi confondre la logique la moins sévère?

La comparaison que vous, monsieur Robert, avez empruntée à M. Chassaignac est-elle bien juste? Je ne le crois pas. Encore quelques années, et personne, du moins en France, voulant entreprendre un voyage, n'aura le choix du véhicule, puisqu'il n'y aura plus que des wagons; tandis que, je l'espère bien, on pourra toujours faire de la chirurgie sans chloroforme. Mais j'admets que votre comparaison soit bonne, qu'elle soit inattaquable : alors prenez garde à l'autorité, à la loi, qui viendront vous demander compte des malheurs que vous aurez causés, qui à chaque instant viendront soumettre à des enquêtes les faits de votre pratique chirurgicale.

Toutes ces tracasseries, les éviterez-vous en objectant à l'autorité : Le chloroforme est une des plus précieuses conquêtes de la chirurgie? Quels services n'a-t-il pas rendus! Vous aurez beau dire encore : Les malades qui sont morts avaient vivement exprimé le désir d'être chloroformisés.

L'autorité ne vous écoutera pas plus qu'elle n'écoute l'administration du chemin de fer qui, à la suite d'un désastre quelconque opéré sur sa ligne, voudrait s'opposer à la marche de la justice en s'écriant : Les chemins de fer sont une des plus précieuses conquêtes de l'industrie moderne; ou bien : Notre ligne rend de si grands services, et puis les malheureux qui ont été brûlés, écrasés, noyés, etc., avaient vivement réclamé leurs places!!

Non, monsieur Robert, à vous comme à l'administration du chemin de fer il vous faudra d'autres arguments pour vous défendre d'avoir causé un homicide.

Ces arguments, où les prendrez-vous? Sauverez-vous votre responsabilité en disant : J'ai suivi les règles de l'art? Alors je vous demanderai : Où sont ces règles, puisque dans votre rapport vous vous êtes attaché à démontrer que dans la plupart des faits observés jusqu'à ce jour la mort n'a pas eu lieu par suite de l'administration excessive de l'agent anesthésique, mais bien par suite d'une prédisposition particulière de l'organisme inconnue dans sa nature? « Cette disposition, avez- » vous ajouté, peut même se développer instantanément, et de telle » sorte que des individus déjà plusieurs fois soumis avec succès à » l'action du chloroforme ont pu succomber plus tard sous l'influence » de cet agent. » Enfin, pour parachever cette instruction, n'avez-vous pas dit : « Jusqu'à ce jour la science ne possède aucun moyen de re- » connaître ces idiosyncrasies? »

Un mot encore, et je termine.

Les règles auxquelles vous paraissez attacher le plus de confiance sont celles indiquées par M. Sédillot. Ces règles consistent, avez-vous dit, « à ménager la susceptibilité du malade en lui faisant respirer des » doses faibles de chloroforme....., à suspendre l'usage du chloro- » forme lorsque la résolution musculaire se manifeste, pour le repren- » dre à la moindre trace de mouvement.... »

Vous déclarez « que vous ne vous écartez jamais de ces préceptes, » que vous voudriez qu'ils fussent toujours présents à l'esprit de tous les chirurgiens, et puis quelques pages plus loin vous écrivez : « L'anes- » thésie poussée jusqu'à la résolution est nécessaire pour se débarras- » ser de la contraction des muscles et des entraves qu'elle apporte dans » l'accomplissement de certains actes chirurgicaux. »

Il y a là évidemment, suivant moi, une contradiction flagrante, et je la soumets au bon esprit de M. Robert.

M. ROBERT. Lorsque j'ai accepté la comparaison faite par M. Chassaignac, c'est parce que je la trouvais d'une excessive justesse. Comme les chemins de fer, le chloroforme comporte avec lui sa somme de danger; et si, en agissant suivant toutes les règles, un malheur arrive pendant l'anesthésie, le chirurgien n'en peut être plus responsable que l'administration d'un chemin de fer n'est responsable des accidents qui ne peuvent être imputés à son incurie et à la négligence apportée dans l'application des précautions prescrites par la loi.

Si, dans ces conditions, on attaque l'administration, la justice l'absout; c'est ce que nous voyons tous les jours. Et il y a quelques semaines, deux individus furent sur un chemin de fer victimes d'un accident que l'on n'avait pu ni prévoir ni prévenir; ils sont morts, et l'administration n'a pu être poursuivie. Je veux obtenir pour le chloroforme bien administré la même immunité.

Je n'ai pas voulu dans mon travail m'occuper des questions de détail. Ainsi, pour les accouchements, je sais qu'un de nos collègues doit vous en parler dans quelques séances. Je n'ai eu l'intention que de traiter la question au point de vue général, de démontrer que le chloroforme bien administré peut tuer, et je crois y être arrivé incontestablement.

On me reproche des contradictions; mais je ne puis accepter ce reproche. Ainsi, on me dit que je suis en contradiction avec M. Sédillot, qui ne veut pas, dit-on, pousser l'anesthésie jusqu'à la résolution complète; mais M. Deguise est dans l'erreur, car M. Sédillot est très explicite sur ce sujet. Ainsi, dans sa dernière publication, il n'admet pas d'abord que le chloroforme puisse tuer lorsqu'il est bien administré; et pour que le but voulu soit atteint, il prescrit de pousser l'inhalation jusqu'à la résolution, ajoutant qu'en agissant autrement on pourrait courir le risque de voir le malade se sauver ensanglanté après avoir subi le commencement de l'opération. J'ai ajouté que je ne partageais pas toute entière l'opinion de M. Sédillot, et j'ai combattu quelques-unes de ses propositions.

Je me suis attaché surtout à fixer l'attention sur deux manières d'agir du chloroforme :

1° Apparition d'effets toxiques avant que le chloroforme n'ait déterminé les phénomènes physiologiques dans leur ordre habituel de succession;

2° Succession régulière des phénomènes anesthésiques arrivant graduellement par l'abolition du sentiment à la résolution complète.

Cette seconde manière d'agir du chloroforme est celle que nous observons habituellement. La résolution que l'on obtient ainsi n'est sans doute pas sans dangers; mais elle est indispensable dans certaines opérations, si l'on veut agir avec sécurité. Les individus morts par le chloroforme ne me paraissent pas avoir succombé par le fait de l'action progressive de l'agent anesthésique.

Si j'ai à l'appui de mon mémoire choisi un petit nombre de faits, c'est uniquement parce que j'ai trouvé les autres incomplets, ou peut-être attaquables au point de vue du mode d'application du chloroforme, ou enfin parce qu'il ne m'était pas suffisamment démontré que la mort ait dû être attribuée à l'emploi de cet agent. Je n'ai donc pris que les observations bien positives, bien faites, négligeant avec intention les autres.

M. Deguise dit qu'après la lecture de mon travail il s'attendait à me voir repousser le chloroforme; mais cette exclusion est loin de ma pensée. A cet agent je reconnais d'immenses avantages, sans nier les dangers qu'il fait naître. Il est actuellement impossible d'y renoncer; les malades vous en imposent l'usage, et l'on ne peut s'y soustraire. Pour l'employer, il faut s'entourer de précautions, et le champ des recherches reste ouvert. Pour les physiologistes, la question est belle à élucider, et aussi ne pourrait-on pas trouver dans certaines manières d'être des organes des contre-indications formelles? N'a-t-on pas remarqué, par exemple, que sur tous les individus morts par le chloroforme le cœur était flasque? Ne serait-il pas possible de trouver dans un état particulier du cœur que révélerait l'auscultation une raison de ne pas appliquer les anesthésiques?

Le vice-secrétaire, E. LABORIE.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Le *Moniteur* contient un décret sur l'embarquement des chirurgiens à bord des navires de commerce.

Ce décret, précédé d'un rapport fort bien motivé, contient les dispositions suivantes :

Art. 1er. Les armateurs et capitaines de tout navire expédié pour les voyages de long cours, autres que ceux à destination des pêches de la baleine, du cachalot et de la morue, sont affranchis de l'obligation d'embarquer un chirurgien toutes les fois que l'équipage dudit navire ne dépassera pas trente hommes, les mousses non compris.

Art. 2. Dans aucun cas, et quel que soit le nombre des hommes de l'équipage, les armateurs et capitaines des navires expédiés pour le long cours et la pêche de la baleine et du cachalot ne seront tenus d'embarquer deux chirurgiens.

Nous comprenons les motifs qui ont dicté ce décret et qui se fondent en tout sur des raisons d'économie pour le commerce; l'obligation d'embarquer un chirurgien sur des navires ayant 20 hommes d'équipage portait les armateurs à diverses fraudes qui sont signalées dans le rapport; mais nous croyons devoir en indiquer une que le décret ne fera peut-être pas disparaître et qui consiste à embarquer un chirurgien que l'on dépose au lieu d'arrivée; il s'ensuit que le navire au retour n'a plus de chirurgien; il trouve dans cette disparition une économie considérable, car le chirurgien se contente d'obtenir son passage gratuit; mais il élude les sages dispositions de la loi. Jusqu'ici on a fermé les yeux sur cet abus. Il suffira de le signaler pour qu'on le détruise.

— Nous apprenons avec une profonde douleur la mort de M. le docteur Pravaz.

Cet honorable confrère, dont nous avions annoncé la maladie, a succombé au bout de quelques jours (le 24 juin), à l'âge de soixante-deux ans.

M. Pravaz, lauréat de l'Institut, avait fondé, à Paris d'abord et ensuite à Lyon, un établissement orthopédique, et venait récemment d'attacher son nom à l'application du peroxyde de fer dans le traitement des anévrismes.

M. Pravaz était chevalier de la Légion d'honneur, membre correspondant de l'Académie impériale de médecine de Paris, et titulaire de l'Académie impériale des sciences de Lyon. Il jouissait parmi ses concitoyens d'une estime que lui avaient conciliée les habitudes sévères et la probité de sa vie, la loyauté de son caractère, la sûreté de son commerce et l'exercice désintéressé de sa profession. Les obsèques qui viennent de lui être faites à Lyon ont témoigné des regrets universels qu'inspirait sa perte.

Sur le bord de sa tombe, M. le baron de Polinière, président de l'Association des médecins du département du Rhône, a pris la parole au nom de cette institution et de toutes les sociétés savantes de la ville de Lyon, et a prononcé un discours dans lequel il a résumé les titres scientifiques et la carrière de M. Pravaz.

— En réponse à une critique un peu acerbe que lui a adressée un journal anglais, pour avoir négligé d'indiquer exactement quelle était la variété de lycoperdon qu'il avait employée dans ses expériences anesthésiques, M. Richardson convient que le mot *lycoperdon proteus* s'applique à diverses variétés de cette plante. Il ajoute que la variété dont il s'est servi est le *lycoperdon giganteum*.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Almanach impérial pour 1853, présenté à LL. Majestés par les éditeurs Guyot et Scribe. — Un vol. grand in-8° de 1200 pages. Prix : 10 fr. — A Paris, 18, rue Neuve-des-Mathurins.

Nous avons donné récemment la composition de la maison médicale de l'Empereur d'après les documents de l'*Almanach impérial* pour 1853. Cette publication, toujours importante, mais bien plus curieuse encore quand le gouvernement a subi de profondes modifications, est cette année aussi intéressante au moins qu'elle le fut en 1849; et plus d'un de nos confrères y trouvera des renseignements qui pourront lui être profitables.

Des hôpitaux au point de vue de leur origine et de leur utilité, des conditions hygiéniques qu'ils doivent présenter, et de leur administration, par le docteur Félix ROUBAUD. — Paris, 1853. Un volume in-12. Prix : 3 fr. — Chez J.-B. Baillière, rue Hautefeuille, 19.

Table alphabétique des matières du *Traité des maladies chirurgicales de Boyer* (5e édition). In-8. Prix : 1 fr. 25 c., *franco* par la poste, pour MM. les souscripteurs à l'ouvrage. — A Paris, chez Labé, place de l'Ecole-de-Médecine, 23.

Traité des hydropisies et des kystes, ou des collections séreuses et mixtes dans les cavités closes naturelles et accidentelles, par M. le docteur ABEILLE, médecin de l'hôpital du Roule, lauréat de l'Académie impériale de médecine, etc. — Un volume in-8° de 650 pages. Prix : 7 fr. 50. Chez J.-B. Baillière.

LE SOURD.
Paris. — Typographie de PLON frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 80. — JEUDI 7 JUILLET 1853. (26e ANNÉE.) N° 80. — JEUDI 7 JUILLET 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	Trois mois....	8 fr. 50 c.
	Six mois....	16 »
	Un an.....	30 »
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	Trois mois.....	9 fr.
	Six mois......	17
	Un an........	33
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	Trois mois......	10 fr.
	Six mois.......	20
	Un an........	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

PARIS, LE 6 JUILLET 1853.

Séances des Académies.

La lecture d'un mémoire de M. Chatin, candidat pour la section d'histoire naturelle médicale, sur l'organisation et les affinités des limnanthées et des tropéolées, et la discussion d'un rapport de M. Bouchardat sur les recherches de M. Berthé relatives à l'huile de foie de morue et aux huiles iodées et iodo-phosphorées, ont rempli la séance de l'Académie de médecine.

La discussion du rapport de M. Bouchardat a porté sur un seul point. Les annonces des journaux politiques, à l'occasion d'un autre rapport sur les préparations iodées de M. Personne, ont effarouché quelques membres. M. Gaultier de Claubry a commencé le feu, et, soutenu par M. Guibourt, et surtout par M. Gibert, qui a mis à cette affaire une vivacité, une chaleur quelque peu acrimonieuses, il n'a pas eu de peine à décider M. Bouchardat à la modification d'une phrase qui semblait porter une approbation plus ou moins directe de l'emploi des huiles iodées et iodo-phosphorées comme succédanés de l'huile de foie de morue.

Quoique rassurés par M. Bouvier, qui dit avoir employé pendant un an, sans aucun inconvénient, à l'hôpital des Enfants, l'huile iodo-phosphorée, et par M. Soubeiran, qui a défendu le rapport, la fraction chimico-pharmaceutique en est venue à ses fins, et il faudra que M. Berthé se contente de recevoir les remercîments de l'Académie. Peut-être aura-t-il à regretter d'avoir, pendant plusieurs années, consacré son temps à l'étude des huiles iodées et iodo-phosphorées, s'il s'en rapporte à l'honorable secrétaire annuel, qui regarde ces produits non-seulement comme ne pouvant être employés en succédanés de l'huile de foie de morue, mais comme complètement inertes.

Cette opinion nous a paru quelque peu absolue et tranchante. Quoi qu'il en soit, elle a obtenu l'approbation académique. Aussitôt après le vote de ce rapport, l'Académie s'est formée en comité secret pour la lecture des conclusions du rapport sur la vaccine.

L'Académie des sciences a reçu une note sur le pian, par M. Guyon; une autre sur l'emploi de l'iodure de potassium intérieurement, et de la solution d'iode à l'extérieur, par M. Crusell; et une troisième sur l'excision des bourrelets du col de la vessie, par M. Le Roy-d'Etiolles. On en trouvera des extraits dans le compte-rendu de la séance.

HOPITAL BEAUJON. — M. SANDRAS.

Des diverses espèces de paraplégies (1).

Symptômes des paraplégies. — 1° Symptômes communs; 2° Symptômes particuliers. — Paraplégies de cause organique

SYMPTÔMES COMMUNS DES PARAPLÉGIES.

Nous diviserons les symptômes des paraplégies en deux grandes catégories :

1° Symptômes communs à toutes les espèces de paraplégies;

2° Symptômes particuliers à chaque espèce, et dont l'étude attentive doit guider dans la recherche de la cause et de la nature de la maladie.

A. Parmi les symptômes communs des paraplégies, il faut indiquer tout d'abord le nombre et l'étendue des parties paralysées, autrement dit, la hauteur à laquelle siége la lésion fonctionnelle ou matérielle de la moelle épinière. C'est un point qu'il est facile de déterminer, pour peu que l'on connaisse d'une manière positive le lieu d'origine des nerfs qui se rendent aux parties paralysées; je n'y insisterai pas, car cette question est développée dans tous les traités de pathologie et de physiologie. N'oubliez pas, toutefois, que la maladie est d'autant plus grave que la lésion est plus élevée; que la mort peut être instantanée quand elle occupe le bulbe. J'en ai vu un exemple, il y a plusieurs années déjà, chez une femme atteinte d'un rhumatisme polyarticulaire aigu traité par le sulfate de quinine. Elle mourut subitement, et à l'autopsie j'ai trouvé la moelle allongée entourée d'un épanchement sanguin qui la comprimait de toutes parts. En général, quelle que soit l'espèce de paraplégie, c'est vers le milieu de la région dorsale que se trouve le point plus spécialement affecté.

B. Les désordres de la sensibilité et de la motilité qui constituent l'essence de la maladie sont presque toujours réunis sur un même sujet et se présentent avec des nuances infinies depuis la plus légère altération jusqu'à leur abolition complète. Mais ces diverses variétés ne peuvent servir en rien dans le diagnostic différentiel des paraplégies; car je les ai rencontrées indifféremment dans les paraplégies de cause organique et dans d'autres paraplégies suivies d'un complet retour à la santé.

Du côté de la sensibilité, ce sont des engourdissements comparables à ce que l'on éprouve quand un cordon nerveux est contus ou soumis à une pression lente et continue; engourdissements qui occupent surtout les orteils, la plante et le dos du pied, et remontent peu à peu vers le tronc. Ce sont ensuite des fourmillements, des picotements siégeant aussi tout à fait aux extrémités, et devenant par leur acuité un symptôme des plus pénibles pour le malade. Parfois il y a de l'hypéralgésie, ou excès de sensibilité à la douleur. Il suffit alors du moindre frottement exercé sur la peau pour réveiller une sensation douloureuse, comme si l'on promenait les doigts sur le derme dénudé par un vésicatoire; ou bien, au contraire, de l'analgésie, ou insensibilité à la douleur. La peau peut être impunément traversée par des aiguilles, sillonnée par des brûlures. Nous avons vu de vastes eschares se produire, se détacher, puis la plaie se cicatriser sans que le malade ait ressenti un instant la moindre douleur.

Lorsqu'il y a anesthésie, c'est-à-dire abolition du tact intelligent, le malade ne peut apprécier exactement la forme, le volume, la température, l'état de sécheresse ou d'humidité des objets qu'il vient à toucher; c'est là une lésion fonctionnelle très fréquente. Parfois aussi on rencontre l'abolition de la sensation d'activité musculaire, c'est-à-dire que, lorsque le malade ferme les yeux, il n'a pas conscience de l'étendue et de la direction des mouvements, soit actifs, soit passifs, qui sont imprimés aux membres inférieurs; phénomène assez rare, du reste, et que l'on ne rencontre que dans les cas où la paralysie offre de bien faibles chances de guérison. Viennent ensuite de singulières perversions de la sensibilité : ainsi, lors même que le malade se trouve sur un sol uni, il lui semble qu'il marche sur des pots cassés, sur des corps arrondis comme des billes; tantôt il sent la terre se déprimer sous ses pieds comme si elle était recouverte d'une couche épaisse de coton; tantôt, au contraire, il croit sentir le sol s'élever sous lui; on a attaché une grande importance à ces phénomènes, qui n'ont cependant rien de caractéristique au point de vue du diagnostic spécial.

Les troubles de la motilité sont en général de la roideur et de la faiblesse, cette dernière pouvant aller jusqu'à l'abolition complète de tout mouvement. On rencontre encore assez souvent les crampes, tantôt douloureuses, passagères, et se reproduisant à intervalles éloignés, tantôt permanentes, et pouvant à la longue amener dans les membres des vices de conformation. Je distinguerai dans ce dernier cas deux variétés, qu'il est important de ne pas confondre au point de vue pratique : si un effort suffisamment énergique peut vaincre la contraction musculaire et ramener le membre à sa position normale sans déterminer de douleur, c'est la rétraction proprement dite; le nom de contracture sera réservé aux cas où cette élongation du muscle est très douloureuse. Dans l'une il y a conservation, dans l'autre abolition de l'influx nerveux.

C. Deux organes, dans la paraplégie, se trouvent le plus souvent atteints : la vessie et le rectum. Cette lésion se traduit toujours par les mêmes symptômes : constipation ou incontinence des matières fécales, incontinence ou rétention d'urine; il arrive même que le malade ne sente ni le passage des urines, ni le passage des matières fécales. Je n'ai dans tout cela rien de bien spécial à vous indiquer; cependant j'ai remarqué que la vessie, dans les cas où elle était complétement paralysée, n'avait plus aucune sensibilité électrique, et que constamment le retour de cette sensibilité était en raison directe de l'amélioration de la contractilité musculaire.

La sensibilité au coït, la faculté d'érection sont toujours affaiblies, ou même abolies, lorsque la paraplégie est un peu prononcée. Quant à la surexcitation génitale que l'on dit avoir observée au début de certaines paraplégies, elle m'a toujours paru se rattacher plutôt à la cachexie ou à la cause diathésique, cause première de la paralysie.

D. Quelques médecins attachent une grande importance à l'état de la sensibilité et de la contractilité électrique dans les paraplégies, suivant en cela l'opinion de Marshall-Hall, qui les regarde comme étant toujours intactes dans les paralysies cérébrales, comme altérées dans les paralysies spinales. Mais, outre que cette division est incomplète, qu'elle est loin de comprendre toutes les classes de paraplégies, je dois dire qu'à cet égard je n'ai pu formuler encore de règle absolue; car, même dans les paralysies saturnines, où le plus souvent les muscles n'ont plus de contractilité électrique, j'ai rencontré des cas où cette contractilité était conservée. Il est en outre une remarque assez importante, c'est que l'abolition complète de la sensibilité électrique dans les paralysies chlorotiques est en général d'un bon augure pour la guérison; au bout de quelques séances, je l'ai vue maintefois se réveiller, et devenir assez vive pour qu'on fût obligé de modérer et d'éloigner les applications d'électricité.

Arrivons maintenant à l'étude des symptômes qui doivent servir à distinguer les unes des autres les diverses espèces de paraplégies. Nous ferons autant que possible une étude d'ensemble, car il n'y a point ici de signe pathognomonique, et le diagnostic résulte de la considération simultanée des commémoratifs, des accidents concomitants et de la marche de la maladie.

PARAPLÉGIES DE CAUSE ORGANIQUE.

A. *Altération des centres nerveux.* — Cette classe, nous l'avons vu, offre une foule de variétés; les distinguer entre elles n'est pas toujours impossible; mais comme le diagnostic n'a que trop souvent une importance secondaire, à cause de l'insuffisance des moyens thérapeutiques, je me bornerai à quelques réflexions générales et à une esquisse très rapide des symptômes les plus saillants.

Dans les cas où chez un adulte la paraplégie est due à des tubercules développés dans la substance nerveuse, doit-on toujours en rencontrer dans les poumons, suivant la loi posée par M. Louis? Pour mon compte, si j'ai souvent rencontré cette coïncidence, quelquefois aussi, à côté de tubercules du cerveau, j'ai trouvé les poumons parfaitement sains: d'où il faut tirer cette conclusion pratique que, toutes les fois qu'un ensemble de symptômes indiquera la présence de tubercules dans le cerveau, l'absence de phénomènes morbides du côté du poumon ne devra infirmer en rien la probabilité du diagnostic; que cependant la présence de tubercules pulmonaires sera une probabilité de plus. Dans ces cas de paraplégie de cause tuberculeuse, indépendamment de la fixité de la paraplégie et dans son siége et dans son intensité, on observe des accidents nerveux particuliers (convulsions, étouffements passagers; troubles de la sensibilité, de l'intelligence, de la mémoire) que l'on ne peut en réalité rapporter ni à l'hystérie, ni à l'épilepsie, et qui ne participent en aucune sorte de ces deux affections. L'âge peu avancé du sujet, l'état des organes respiratoires, les affections scrofuleuses antécédentes ou coexistantes (ainsi le carreau, l'engorgement tuberculeux des ganglions du cou) achèveront de donner les plus grandes probabilités. Les mêmes circonstances devront être consultées s'il s'agit de tubercules de la substance de la moelle; nous y joindrons une douleur fixe en un point donné du rachis, l'intégrité de l'intelligence. En général, je n'ai guère vu survenir ces dernières paraplégies que chez des sujets phthisiques. La paralysie est-elle due à des tubercules siégeant dans les méninges, elle s'accompagne de cet appareil symptomatique connu de tous: convulsions, vomissements incoercibles, appétit insolite, développement extraordinaire de l'intelligence suivi bientôt d'hébétude.

L'hémorrhagie de la moelle épinière se reconnaît à la brusque invasion de la paraplégie et à la persistance des accidents, qu'il est facile d'expliquer par la présence du caillot et la destruction des fibres nerveuses. Si un traitement convenable amène au bout de quelques jours une rapide amélioration, on diagnostiquera une simple congestion, comme dans le cas que je vous citais dernièrement.

Une fois j'ai rencontré une paraplégie causée par un cancer mélanique développé dans le canal rachidien; une seule circonstance m'avait permis de le soupçonner: c'était l'existence de douleurs lancinantes atroces et tout à fait caractéristiques siégeant en un point du rachis, et ayant persisté jusqu'au dernier moment. L'apparition de la tumeur à l'extérieur confirma bientôt mon diagnostic.

Lorsqu'une exostose se développe dans le canal vertébral, la paraplégie suit une marche lente et progressive. On note, comme signes précurseurs, des troubles d'abord rares et passagers de la motilité et de la sensibilité; peu à peu ils deviennent plus fréquents et bientôt même permanents, sans offrir aucune particularité caractéristique. Cette exostose s'est-elle développée sous l'influence d'une diathèse syphilitique? il faut pour la constater explorer minutieusement tous les organes; ici l'erreur est facile, et il est d'autant plus important de l'éviter qu'il faut se hâter d'agir et ne pas attendre que l'exostose ait amené une lésion incurable du tissu nerveux. Dans un cas de ce genre où une médication générale avait déjà amené une remarquable amélioration, le malade interrompit son traitement; les accidents s'aggravèrent et devinrent promptement mortels. A l'autopsie, nous avons trouvé une exostose de l'apophyse basilaire comprimant la partie supérieure de la moelle et ayant amené en ce point un ramollissement partiel.

Les altérations microscopiques de la moelle dont je vous ai parlé

(1) Voir le numéro 78, 2 juillet 1853.

ne se sont révélées à moi par aucun signe spécial ; les trois faits que j'ai observés me porteraient néanmoins à soupçonner une lésion de ce genre, si chez des sujets anémiques, ayant atteint un certain âge, je venais à rencontrer une paraplégie qu'il ne fût impossible de classer dans une catégorie bien déterminée, et devant laquelle auraient échoué tous les moyens rationnels de traitement.

Quant aux paraplégies par myélite chronique, je les regarde comme les plus rares de toutes ; je veux parler ici de la myélite survenue d'emblée, de la myélite primitive, car la myélite secondaire est très fréquente à la suite des exostoses, des suppurations développées dans le canal rachidien, des altérations osseuses, quelle que soit leur nature ; ce matin même je vous en ai montré un exemple chez ce malade couché au n° 26 de la salle Saint-François, qui a succombé à la suite de vastes eschares développées au niveau du sacrum. Chez lui les corps de la quatrième et de la cinquième vertèbre dorsale avaient disparu, entraînés par la fonte tuberculeuse; deux petites poches remplies de pus tuberculeux et d'esquilles étaient appendues de chaque côté de la partie antérieure de la colonne vertébrale. Le canal rachidien était courbé angulairement et la moelle, suivant ses inflexions, nous a offert à ce niveau un ramollissement très notable avec injection de la substance nerveuse dans l'étendue de trois à quatre centimètres. Mais, je le répète, la myélite d'emblée est très rare et ne devra être diagnostiquée que par exclusion pour ainsi dire, en présence d'une paraplégie liée à une douleur persistante en un point du rachis, et dans laquelle on n'aura reconnu ni altération des vertèbres, ni traces d'affection constitutionnelle.

B. *Altérations des membranes de la moelle.* — Déjà je vous ai dit que, si le plus souvent la lésion de la moelle est incurable, les altérations des membranes au contraire sont susceptibles d'arriver à guérison, surtout lorsque la maladie a suivi une marche aiguë et a été convenablement soignée dès l'origine. Je vous citerai comme exemple ce jeune homme du n° 14 de la salle Saint-François, dont la paraplégie, consécutive à une méningite cérébro-rachidienne, est maintenant tout à fait guérie. Lorsqu'on a pu assister au début de la maladie, le diagnostic n'en est pas difficile, et, à cet égard, vous trouverez dans les livres tous les renseignements désirables, mais plus tard la chose est différente. Le phénomène auquel dans ce cas j'attache le plus d'importance c'est l'existence d'une douleur vive permanente, augmentant à la pression, occupant toujours une certaine étendue du rachis et irradiant dans tous les membres de manière à jeter par instants le malade dans une agitation des plus pénibles. Quant aux sensations diverses éprouvées par le malade lorsqu'on promène sur la colonne vertébrale une éponge imbibée d'eau chaude, je regarde ce signe comme pouvant entraîner dans des erreurs capitales; plus tard je vous dirai pourquoi.

Enfin, je rapprocherai des paraplégies par altération des méninges celles que j'ai observées chez des sujets chlorotiques dont les extrémités inférieures avaient une grande tendance à s'infiltrer. Quoique aucun fait pathologique n'ait pu me donner à cet égard une conviction matérielle, je crois pouvoir raisonnablement attribuer ces paraplégies à une hydropisie momentanée des membranes de la moelle, survenue comme l'œdème des jambes sous l'influence de l'altération du sang.

L.-V. MARCÉ.

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. DEVAY.

Étranglement interne produit par un diverticulum de l'intestin grêle.

Par M. E. COUTAGNE, interne du service.

Les cas de ce genre sont assez rares pour mériter de fixer l'attention, surtout lorsqu'il est permis d'étudier, comme nous avons pu le faire, les lésions anatomiques qui ont amené d'aussi graves désordres.

Il s'agit d'un jeune homme, François Rougeol, âgé de vingt-neuf ans, ouvrier en soie, d'un tempérament lymphatique, entré le 16 avril, salle Saint-Martin, n° 20, service de M. Devay. A son arrivée, ce malade nous apprend que trois jours auparavant, au milieu d'une bonne santé, il a été pris sans cause appréciable de vives coliques accompagnées de constipation. Il n'y a fait d'abord que peu d'attention, parce que quelque temps auparavant il avait ressenti les mêmes symptômes et s'en était débarrassé en prenant 60 grammes d'huile de ricin; aussi cette seconde fois s'est-il administré le même purgatif, mais sans aucun effet. Les accidents devenant plus intenses, il s'est décidé à venir à l'Hôtel-Dieu.

Nous constatons alors l'état suivant : les douleurs abdominales sont très violentes; le malade se tord sur son lit et cherche en vain dans un changement continuel de position à soulager ses souffrances. Le ventre est un peu ballonné, dur, résistant, très douloureux au toucher. A droite, au-dessus de l'anneau inguinal, on sent une tuméfaction ou plutôt un empâtement impossible à circonscrire à cause de la résistance et de la contraction des parois abdominales. Il n'y a pas de hernie externe.

La langue est blanche; il n'y a pas de vomissements de bile ni de matières fécales; seulement le malade rend tout ce qu'il prend, même les boissons. Le pouls, petit, presque filiforme, très fréquent, marque 140 pulsations par minute; la respiration, pénible, accélérée, présente 60 inspirations par minute. La face est pâle, grippée, pleine d'anxiété.

Ces symptômes assez caractéristiques font soupçonner immédiatement un étranglement interne accompagné de péritonite. Prescription : sangsues sur l'abdomen, grand bain, frictions d'onguent napolitain, lavement purgatif. Ces divers moyens calment un peu le malade; le lavement est rendu au bout de dix minutes n'amenant avec lui que peu de matières. Le soir, lavement laudanisé. Dans la nuit, les douleurs reviennent plus intenses, agitation, délire, mort à quatre heures du matin.

A l'autopsie, nous trouvons dans la cavité abdominale un épanchement séro-sanguin assez considérable; plusieurs anses de l'intestin grêle, une surtout, sont distendues par des matières et des gaz; elles présentent une coloration d'un rouge brun et laissent échapper une odeur gangréneuse très forte; la tunique péritonéale se déchire et s'enlève avec facilité.

Les extrémités de ces anses intestinales sont, dans la région iléo-cœcale, fortement serrées par un cordon d'une coloration rouge-brun semblable à celle de l'intestin, excepté au milieu de son étendue, où la constriction qu'elle opère est plus forte, et où elle présente un moindre diamètre et une coloration blanchâtre.

La première idée qui se présente est que cette ligature est formée par une anse intestinale qui s'est enroulée autour de plusieurs autres circonvolutions; mais pour cela il faudrait admettre une déchirure préalable du mésentère de cette portion d'intestin, dans laquelle déchirure certaines anses intestinales feraient hernie. Cette hypothèse serait admissible, mais peu probable.

Aussi, cherchant à reconnaître les rapports que ces diverses parties affectent entre elles, je vois qu'en saisissant l'intestin au-dessus du point où s'opère la constriction, et suivant peu à peu les circonvolutions, je vois, dis-je, qu'il passe une première fois sous la ligature, puis décrit une grande circonvolution; passe sous une seconde bride rapprochée de la première, avec laquelle elle est parallèle; fait un trajet de 3 centimètres pour repasser une deuxième fois sous la première; décrit encore une circonvolution assez étendue, et vient enfin repasser une troisième fois sous la première bride; mais en sens inverse des deux premières fois, et enfin, après un trajet de 12 centimètres, arrive au cœcum, lequel est pourvu de son appendice cœcal. Ceci nous montre que la bride n'est pas formée par une anse intestinale, puisqu'elle n'est pas comprise dans la continuité de l'intestin. Elle n'est pas non plus formée par l'appendice cœcal, puisque ce dernier se voit très distinctement; ce n'est pas une bride fibro-plastique de nouvelle formation, car elle a une coloration d'un brun rougeâtre, et, en l'incisant, il en sort des matières semblables à celles de l'intestin. En cherchant avec soin ses extrémités au milieu des circonvolutions qui les cachent, je finis par découvrir que d'une part elle émerge de l'intestin avec lequel elle communique; qu'immédiatement à sa naissance elle s'enfonce dans la masse intestinale, contourne dans une première anse trois portions d'intestin, disparaît de nouveau, puis remonte à la surface en formant une seconde anse qui s'enroule autour d'une seule portion d'intestin; c'est cette seconde anse qui forme la deuxième bride dont j'ai parlé plus haut. Nous voyons donc que cette bride forme une espèce de 8 de chiffre. Après ce trajet, elle se termine par un renflement gros comme la pulpe d'un doigt, qui s'attache près du cœcum à une portion du mésentère par une petite bride fibreuse très résistante.

J'incise alors cette bride, et, après avoir déroulé l'intestin, je vois que cet appendice part de la grande courbure de l'intestin grêle, à un mètre au-dessus du cœcum; elle est longue de 10 centimètres, grosse comme un tuyau de plume, pourvue dans toute son étendue d'un canal qui communique librement avec l'intestin. Celui-ci porte dans quatre endroits de son étendue les traces de la forte constriction qu'il a éprouvée.

Comment maintenant s'est produit l'étranglement? L'explication, ce me semble, en est assez simple. Le diverticulum de l'intestin grêle est bien certainement congénital; pendant longtemps il a dû flotter librement dans la cavité abdominale, jusqu'à ce que, par une circonstance qui ne nous est pas connue, peut-être une péritonite partielle, son extrémité libre a contracté des adhérences avec le mésentère, formant ainsi une gance dans laquelle sont venues s'engager des circonvolutions intestinales : celles-ci se sont engouées au point d'amener une constriction très forte dans les points où passait la bride. Tous les accidents d'étranglement devaient en être la conséquence inévitable et fatale.

Cette observation, intéressante au point de vue de l'anatomie pathologique, nous apprend très peu sur le traitement à suivre dans des cas analogues. En effet, les antiphlogistiques peuvent bien amener du soulagement en combattant l'inflammation lente de l'étranglement; mais, en détruisant l'effet, ils laissent intacte la cause mécanique des accidents. Les purgatifs peuvent quelquefois réussir; c'est lorsqu'une petite portion d'intestin seulement est engagée sans constriction bien forte. Dans ce cas, les mouvements intestinaux produits par les purgatifs peuvent dégager l'anse intestinale qui faisait hernie; mais dans un cas comme celui que je viens de rapporter, les purgatifs doivent plutôt augmenter les accidents que les diminuer. La seule chance bien incertaine de salut que pourrait avoir un malade affecté d'un pareil étranglement serait dans l'opération de l'entérotomie proposée par M. Maisonneuve et pratiquée avec succès, il y a peu de temps, par M. Nélaton dans un cas d'iléus.

(*Gaz. méd. de Lyon.*)

CLINIQUE DE LA VILLE.

Observation d'asthme thymique; guérison;

Par M. Ernest BARTHEZ, médecin des hôpitaux.

M. le docteur Ernest Barthez a communiqué à la Société médicale des hôpitaux (séance du 13 avril) une observation qui offre un vif intérêt.

Un enfant du sexe masculin est venu à terme, après un accouchement prompt et assez facile, sauf un temps d'arrêt au passage externe. Au moment de la naissance il avait une coloration générale un peu violette, assez peu intense pour qu'on n'ait pas jugé convenable de laisser saigner le cordon. Le cri était fort et prolongé, mais il avait un timbre grave et sonore tout particulier. Au bout de peu d'instants, comme on tenait l'enfant couché sur le dos, sa respiration parut s'embarrasser, sa figure devint violette; il restait la bouche ouverte presque sans respirer. On enleva quelques mucosités qui obstruaient le pharynx, on releva l'enfant, et sa respiration se rétablit.

Somme toute, lorsqu'on l'habilla il était d'une couleur rose-foncé, avait le corps gras et ferme; la figure était en proportion plus volumineuse que le reste du corps et bouffie. L'enfant était d'ailleurs tranquille, dormait bien, criait fort peu et avalait facilement de l'eau sucrée.

Dans la journée, je crus m'apercevoir d'un peu de difficulté dans la respiration, qui devenait légèrement bruyante aux deux temps, avec coloration plus foncée de la figure toutes les fois que le décubitus était dorsal.

Les deux nuits suivantes et le jour intermédiaire ne présentèrent que peu de phénomènes différents. L'enfant était tranquille, dormait beaucoup, criait peu, prenait le sein assez facilement, et toutes ses fonctions s'exécutaient bien. Cependant sa figure et ses mains restaient très bouffies, et d'une coloration plus foncée que le tronc et les extrémités inférieures, qui étaient d'un rose clair et naturel. En outre il survint, à de rares intervalles, une inspiration sifflante et aiguë, mais longue et unique, l'expiration restant insonore ou quelquefois un peu bruyante. Ces phénomènes étaient tous plus tranchés lorsque l'enfant était étendu sur le dos.

Au commencement du troisième jour, ces légers symptômes s'accrurent et allèrent en s'aggravant pendant toute cette journée et la suivante. Alors l'enfant ne put plus teter; dès qu'on le mettait au sein, il se retirait, jetait la tête en arrière, devenant violet-foncé et ouvrant la bouche très grande; puis il poussait des cris qui étaient immédiatement suivis d'inspirations sifflantes aiguës, grêles, un peu moins longues qu'elles n'étaient les jours précédents, assez brusquement arrêtées, et séparées par une expiration insonore ou légèrement stertoreuse; quelquefois les inspirations sifflantes se succédaient au nombre de deux ou trois sans expirations intermédiaires, et, dans deux ou trois des crises les plus fortes, l'œil gauche fut porté convulsivement en haut et en dehors. Plusieurs fois, comme on insistait maladroitement pour le faire teter, il y eut quelques moments pendant lesquels la respiration était tout à fait suspendue. Alors l'enfant restait la bouche ouverte, la tête portée en arrière; le visage se gonflait et se colorait, puis venaient les cris suivis des inspirations. D'autres phénomènes accompagnaient les précédents. Ainsi, soit pendant le sommeil, soit à la fin des crises de suffocation, que la face fût ou non violette, on entendait souvent un stertor sec, ronflant à l'inspiration et à l'expiration, diminutif de celui qui existe dans les cas de compression de la trachée ou des grosses bronches. Il durait quelques minutes, et se représentait fréquemment.

A partir de ce moment, et pendant quelques jours, il fut tout à fait impossible de donner à teter, et même de laisser l'enfant couché sur le dos ou sur le côté; on devait le tenir presque assis, et il ne pouvait boire quelques cuillerées d'eau laiteuse que dans cette position. Il était placé dans son lit sur un plan incliné presque vertical; mais il dormait fort peu, et il fallait presque toujours le tenir dans les bras. Il supportait assez bien le décubitus ventral; c'était seulement dans cette position qu'il pouvait être couché horizontalement.

En outre, il était impossible d'exercer aucune compression sur le ventre. Il fallut enlever la bande qui maintenait l'ombilic. A la moindre pression exercée sur l'abdomen, l'enfant s'agitait, poussait des cris et était pris d'une crise. Il fallait le changer sans l'incliner et presque sans le mouvoir. Toute cause de contrariété amenait immédiatement des cris suivis de suffocation.

Le quatrième jour de la naissance, je donne une cuillerée à café de sirop d'ipécacuanha, suivie après cinq quarts d'heure de vomissements glaireux assez abondants et d'une selle bien digérée. A la suite il y a un sommeil assez tranquille. Le soir je répète la prise de sirop, qui est suivie des mêmes effets. En outre, j'administre 0,10 d'oxyde de zinc dans les vingt-quatre heures, et je fais des frictions sur la poitrine avec la pommade d'iodure de potassium additionnée d'extrait de belladone; enfin un bain de dix minutes est donné.

Dès le jour même je puis constater une amélioration légère dans tous les symptômes. Outre le sommeil tranquille, qui a lieu à deux reprises, les accès de suffocation sont moins longs et moins violents; dans leur intervalle il y a un hoquet fréquent. La figure est amincie par le bas; mais les paupières, le front et les mains sont toujours infiltrés et bleuâtres. L'auscultation et la percussion du cœur et de la poitrine ne donnent que des symptômes négatifs; cependant il semble que la percussion indique une légère diminution de sonorité au-dessous de la fourchette sternale (1). Le cou n'est pas gonflé, la glande thyroïde n'est pas volumineuse.

Jusqu'au septième jour les symptômes allèrent en diminuant; les crises étaient moins longues, moins fréquentes et moins intenses, et même le sixième et le septième jour il n'y en eut pas. La figure et les mains étaient dégonflées et ne conservaient plus que quelques sugillations violentes. Les fonctions s'exécutaient bien. L'enfant buvait au biberon avec assez d'avidité, mais il préférait la cuiller; il ne pouvait pas encore prendre le sein, parce qu'il était indispensable de le tenir constamment dans le décubitus vertical.

Le traitement (sauf le vomitif) avait été continué jusque-là; mais le septième jour on le suspendit; et la nuit suivante les accidents se montrèrent de nouveau, moins intenses que dans l'origine, mais avec les mêmes caractères. La reprise du traitement (oxyde de zinc; pommade iodée et belladonée; bains) fut suivie d'une amélioration rapide, et le onzième jour les accès avaient de nouveau disparu.

A ce moment l'enfant dort presque constamment d'un sommeil tranquille; sa figure est rosée, naturelle, complétement débouffie. Lorsqu'il est éveillé, il promène ses yeux de côté et d'autre, bâille de temps à autre, ne jette pas un cri et paraît être tout à fait à son aise; il peut rester couché sans souffrir ni témoigner d'impatience. Depuis deux jours déjà il a pu prendre le sein, et il tette avec avidité; mais quelquefois il avale de travers, et alors il a une crise très atténuée et très courte. De temps à autre aussi il a un peu de hoquet, et à longs intervalles une inspiration sifflante et prolongée.

De nouveau on se relâche de la rigueur du traitement, en même temps que l'on diminue l'alimentation par le biberon pour donner le sein presque exclusivement. Un peu de constipation en est la suite; et le douzième jour les accidents se montrent de nouveau et plus intenses qu'à la rechute précédente. La bouffissure de la face reparaît avec coloration rouge-terne plus foncée; le décubitus horizontal est de nouveau impossible; la respiration est courte et souvent stertoreuse; le hoquet et les accès d'inspirations sifflantes après les cris se font entendre assez fréquemment.

Une cuillerée à café d'huile d'amandes douces n'ayant pas amené de garde-robes douze heures après son administration, une seconde détermina quatre à cinq selles, après trente-six heures de constipation absolue. Depuis ce moment, les accidents diminuent d'intensité et s'éloignent, puis, à des intervalles irréguliers, se

(1) Nous n'insistons pas sur ce symptôme, et parce qu'il a été douteux, et parce que l'état normal sous ce rapport n'a encore été suffisamment décrit par aucun auteur.

montrent de nouveau et cèdent dès qu'on fait prendre un peu de sirop d'ipécacuanha. Pendant ce temps l'enfant se développe et se fortifie; son corps est gras et assez ferme; la peau est devenue très blanche, d'une manière égale sur toutes les parties du corps. A partir du vingt-cinquième jour après la naissance; il n'y eut plus de crises. Cependant, assez souvent après les cris et au moment où l'enfant commence à teter; l'inspiration est sifflante; le sifflement est tantôt court et répété, tantôt prolongé et unique; mais nullement convulsif. Peu à peu ces symptômes eux-mêmes s'évanouissent, et au moment actuel l'enfant, âgé de quatre mois, n'en présente plus de traces, il a même eu un catarrhe trachéo-bronchique qui a duré une douzaine de jours, qui a déterminé une pâleur anémique et de l'amaigrissement promptement disparus, mais sous l'influence duquel aucun des accidents primitifs ne s'est montré de nouveau.

DU BICHROMATE DE POTASSE. — TOXICOLOGIE (1).

Par M. JAILLARD.

Étude des moyens propres à combattre ses effets ou à l'empêcher d'agir.

Nous avons vu que le bichromate de potasse était essentiellement vomitif, et par ce fait, il est déjà pour lui un véritable antidote.

Mais il peut arriver qu'il ne détermine pas de vomissements; quelle sera alors la conduite de l'homme de l'art? Devra-t-il s'empresser, par tous les moyens possibles, de déterminer l'expulsion des matières renfermées dans l'estomac? Nous ne le pensons point; car le bichromate de potasse introduit dans l'estomac, agissant comme caustique par son excès d'acide, devra être aussitôt neutralisé, et par conséquent la première indication consistera à donner des sels alcalins, de manière à transformer ce sel acide en chromate neutre. Puis alors on s'efforcera de faire vomir le malade, soit en titillant la luette, soit en chatouillant le gosier, soit en administrant de grandes quantités d'huile ou d'eau tiède.

On nous objectera peut-être que le chromate neutre de potasse est lui-même un poison. Les expériences nombreuses que Gmelin publia dans le *Journal de chimie médicale* (1825) sur l'action toxique de ce sel ne nous permettent pas d'en douter; mais il résulte aussi de ces mêmes expériences que le chromate jaune a une action beaucoup moins énergique que le chromate rouge, puisque 0,30, 0,60 et 1,50 de ce sel ont pu être donnés à des chiens sans autres accidents consécutifs que des vomiturltions et des vomissements. Douze grains administrés à un lapin n'ont amené aucun accident.

En comparant ces résultats à ceux que nous avons obtenus, il devient évident que le bichromate de potasse est un poison beaucoup plus énergique que le chromate neutre, d'où l'indication déjà donnée de neutraliser l'acide chromique en excès par un alcali ou par un carbonate alcalin.

On prescrira alors une solution de bicarbonate de soude, puis on emploiera les moyens que nous avons indiqués pour amener le vomissement.

Dans le cas où on n'aurait point de bicarbonate de soude, on peut administrer de la magnésie, ou même une solution savonneuse.

Étude des procédés à suivre pour constater sa présence soit avant, soit après la mort.

PREMIER CAS. — *L'individu est vivant; on peut agir sur les restes du poison.*

Si la substance que l'on examine est à l'état solide et d'une couleur rouge-orange; si, en la mettant en petite quantité sur une perle d'acide borique et en l'exposant à la flamme du chalumeau, on obtient une coloration verte; si, dissoute dans l'eau distillée et traitée par les sels de baryte, on a un précipité jaune-paille; par les sels de bismuth, un précipité jaune-serin; par ceux de plomb, un précipité jaune; par les protosels de mercure, un précipité rouge-brique; par les sels d'argent, un précipité d'un rouge de sang veineux; si enfin, dissoute en présence d'un acide minéral alcoolisé et traitée par les alcalis ou les carbonates alcalins, on détermine un précipité vert-sale, on pourra d'une manière certaine conclure à la présence du bichromate de potasse.

Nous avons supposé que la substance était sans mélange; il peut arriver qu'elle soit immiscée à des sels minéraux ou à des matières organiques :

Dans le premier cas, il sera facile de déterminer la présence du chrome, en suivant les procédés ordinaires de l'analyse qualitative; il serait trop long de passer en revue le manuel opératoire, qui mènerait à un résultat positif dans toutes les suppositions possibles.

Dans le second cas, pour déceler le poison, on suivra le procédé que nous donnerons dans le quatrième cas.

DEUXIÈME CAS. — *L'individu est vivant; tout le poison est avalé; on peut agir sur la matière des vomissements.*

De toutes les substances vénéneuses, il n'en est aucune qui colore les matières vomies d'une manière aussi frappante que le bichromate de potasse.

Cependant, le caractère fourni par la coloration ne doit pas être considéré comme un caractère de première valeur pour reconnaître la présence de ce sel, car de simples vomissements bilieux peuvent présenter le même aspect, et ainsi induire en erreur celui qui ne se tiendrait pas sur ses gardes.

Si les matières vomies sont tout à la fois solides et liquides, on les fait passer à travers un linge fin et on agit sur la portion filtrée comme nous allons le dire; c'est de cette manière qu'on agirait sur les matières vomies si seulement elles étaient liquides.

On les traite d'abord par les sels minéraux qui donnent avec elles des précipités si apparents.

Mais, lorsque la quantité du bichromate est faible, les réactions sont masquées, et ce moyen direct ne donne que des résultats peu certains.

Il faut alors s'occuper uniquement de rechercher le chrome, ce à quoi l'on arrive facilement par le procédé que nous donnons dans le quatrième cas.

TROISIÈME CAS. — *L'individu est vivant; tout le poison est avalé; on ne peut pas se procurer la matière des vomissements.*

La chimie ne peut éclairer en aucune manière ce cas difficile et embarrassant.

QUATRIÈME CAS. — *L'individu est mort.*

On enlève avec soin les matières qui se trouvent dans le tube digestif; on en constate les caractères physiques; on détermine quelle est leur action sur les réactifs colorés; puis on les passe à travers un linge fin; on lave la partie solide qui reste sur le linge, et on essaie le liquide obtenu par les sels de plomb, de bismuth, d'argent ou de mercure; ensuite on l'évapore à siccité; on en mêle le résidu à un excès de nitrate de potasse; on jette ce mélange par portions dans un creuset de platine chauffé au rouge; on brûle ainsi la substance organique, et il ne reste qu'une masse de sels inorganiques.

(1) Voir le numéro du 28 juin.

Le produit ainsi obtenu est repris par l'eau distillée, qui, filtrée, tient en solution les sels alcalins, carbonate, azotite, azotate, chromate, sulfate. En ajoutant à la liqueur de l'acide chlorhydrique, alcoolisé, par petites portions, afin d'éviter un dégagement trop considérable d'acide carbonique et d'acide azoteux, et en opérant ainsi à la faveur d'une température de 50° à 60° centigrades, cette liqueur, qui auparavant était jaunâtre par la présence du chromate de potasse, prend une coloration vert-clair, et si l'on vient à la traiter par l'ammoniaque, il se produit un précipité vert-sale, dont la formation se fait d'autant mieux que l'on soumet ensuite à l'ébullition.

Il s'agit maintenant de prouver que ce précipité est bien l'oxyde de chrome que nous recherchons. Pour cela, on le jette sur un filtre, on le lave avec soin, on le fait sécher à l'étuve : puis on l'essaie au chalumeau sur une perle d'acide borique fondu qu'il colore aussitôt en vert; ensuite, on le dissout dans l'acide chlorhydrique; on obtient ainsi une solution de sesquichlorure de chrome, qui, traitée par les alcalis et les carbonates alcalins, donne un précipité vert-sale $Cr^2 O^3$, soluble dans un excès de réactif; par le phosphate de soude, un précipité vert, soluble dans un excès de réactif; par le sulfhydrate d'ammoniaque, un précipité d'hydrate de sesquioxyde de chrome.

CONCLUSIONS. — Si les matières présentent une coloration jaune; si, après filtration, le liquide obtenu précipite en jaune par les sels de plomb, en jaune par les sels de bismuth, en rouge par les sels d'argent, en rouge-brique par les protosels de mercure; si enfin, le précipité vert-sale, obtenu par l'ammoniaque, donne une perle verte avec l'acide borique, et si, dissous dans l'acide chlorhydrique, il donne lieu aux mêmes réactions que les sels de sesquioxyde de chrome, on pourra conclure d'une manière certaine qu'il existait dans les matières vomies un sel à acide chromique.

Si l'on veut rechercher le toxique dans les viscères, le foie par exemple, on le coupera en morceaux ténus, on le dessèchera et on le mélangera avec un excès de nitrate de potasse; on brûlera la matière organique comme dans le cas précédent, on reprendra par l'eau distillée le résidu salin, et l'on opérera absolument comme il a été dit pour les matières vomies.

C'est en suivant ce procédé que j'ai pu, dans les vomissements des sujets de la première et de la deuxième expériences, déceler la présence d'un sel à acide chromique; et, dans le foie du chien de la septième expérience, découvrir des traces de chrome.

Dans le service de M. Ricord à l'hôpital du Midi, j'ai pu me procurer des urines de vénériens soumis au traitement par le bichromate de potasse; et dans tous les essais que je fis, en suivant le procédé que j'indique, j'y ai manifestement démontré la présence du chrome, alors même que ces individus ne prenaient que de 0,02 à 0,05 de bichromate de potasse par jour, et que je n'opérais que sur 800 gr. d'urine, la moitié environ de ce qu'il rendait en vingt-quatre heures.

Nous concluons donc que le bichromate de potasse, étant un poison très énergique, pouvant amener la mort chez des chiens de moyenne taille, à la dose de 0,25, en l'espace de deux à six jours, ne devrait pas être livré à tout venant sans aucune garantie, mais que sa vente devrait être soumise aux mêmes exigences que les substances arsenicales et les sels mercuriels, ce qui est loin d'avoir lieu, puisque nous avons pu nous procurer des quantités assez considérables de ce toxique, sans aucune difficulté chez les marchands de couleurs, les droguistes, et même les pharmaciens.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 5 juillet 1853. — Présidence de M. BÉRARD.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Le ministre du commerce transmet des rapports de MM. les médecins inspecteurs des eaux minérales de Cambo-Biarrits et des eaux chaudes (Basses-Pyrénées), sur le service médical de ces établissements pendant l'année 1852; de M. Tailhade, sur les eaux de Capvern (Hautes-Pyrénées); de M. Privat, sur les eaux de La Malon (Hérault); de M. Mistler, sur les eaux de Chatenois (Bas-Rhin); de M. Buissard, sur les eaux de La Motte (Isère); de M. Lebret, sur les eaux de Balarue (Hérault); de MM. Chevalier et Roussel, sur les eaux de Bagnols et de La Chaldette (Lozère).

— M. le ministre de l'instruction publique transmet :

1° Un travail imprimé de M. Barracano sur le choléra;

2° Un mémoire de M. Apostolides sur la ligature des artères;

3° Une lettre de M. Ledoré, relative à un traitement du croup. (Commissaires : NM. Louis, Grisolle, Requin.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. Fumey, de Cuiseaux (Saône-et-Loire), adresse un mémoire sur la variole et la vaccine. (Commision de vaccine.)

— M. Szokalski, de Savigny-sous-Baune, communique la relation d'un cas d'extraction de l'orbite d'un fragment de bois long de 2 pouces et demi. (Commissaire : M. Huguier.)

— M. Dutrouleau, premier médecin en chef de la marine à la Guadeloupe, adresse un nouveau mémoire sur la fièvre jaune observée à Saint-Pierre-Martinique pendant les derniers mois de l'année 1852. (Commissaires : MM. Louis, Londe, Gérardin.)

Botanique.

M. Chatin, candidat pour la section d'histoire naturelle médicale, lit un mémoire sur l'organisation et les affinités des limnanthées et des tropéolées; analogies médicales et différences botaniques entre les limnanthées, les tropéolées et les crucifères.

L'auteur résume son mémoire par les conclusions suivantes :

1° *a.* L'organisation des limnanthacées les éloigne des géraniacées et des tropéolées, avec lesquelles les botanistes les ont jusqu'à ce jour réunies; elle les rapproche, au contraire, des coriarées, près desquelles elles doivent former une famille distincte.

b. L'organisation des tropéolées les éloigne des géraniacées (et des limnanthacées), avec lesquelles on les a généralement confondues. Cette organisation les rapproche des hypocastanées, et surtout des malpighiacées, près desquelles elles doivent constituer une famille distincte.

2° *a.* La loi développée par de Candolle sur les rapports qui existeraient entre les analogies médicales et les analogies botaniques offre deux séries générales d'exceptions, savoir :

1° D'un des groupes très naturels, tels que les ombellifères, les renonculacées, helléborées, les légumineuses, papillonnacées, etc., des espèces ont des propriétés contraires à celles du type;

2° On trouve des propriétés ananalogues ou des principes semblables chez des plantes appartenant à des familles très éloignées les unes des autres dans la série végétale. C'est ainsi que la caféine existe dans les rubiacées et les camelliacées, la saponine dans les caryophyllées, les sapindacées, les hypocastanées, les smilacées, etc.

b. Les limnanthacées se rapprochent des crucifères par leur saveur piquante, par leur essence azotée, sulfurée, et par leurs propriétés antiscorbutiques; elles s'en éloignent beaucoup, au contraire, par leur organisation.

Le limnanthes Douglasii, R. Br., est le succédané du cresson, qu'il est appelé à remplacer, en une certaine mesure, par la facilité avec laquelle on peut le cultiver dans les lieux non inondés, dans les jardins notamment, où la plante a été introduite depuis quelques années pour la beauté de ses fleurs.

c. Les tropéolées (capucines) se rapprochent des crucifères par leur saveur piquante, par leur huile volatile azotée sulfurée, et par leurs qualités antiscorbutiques; leur organisation les en éloigne cependant beaucoup.

d. Les limnanthacées et les tropéolées offrent entre elles les analogies médicales les plus grandes, en même temps que les différences botaniques les plus tranchées.

Huiles de foie de morue et de raie. — Huile iodo-phosphorée.

L'ordre du jour appelle la discussion sur les conclusions du rapport de M. Bouchardat sur un mémoire de M. Berthé, relatif aux huiles de foie de morue et de raie, et à une préparation d'huile iodo-phosphorée.

M. GAULTIER DE CLAUBRY présente quelques observations critiques sur la préparation proposée par M. Berthé et sur le rapport lui-même, et il termine en exprimant la crainte qu'en donnant son approbation à cette préparation, l'Académie n'ait à regretter plus tard l'abus qu'on en pourrait faire.

M. SOUBEIRAN répond aux critiques de M. Gaultier de Claubry et défend le travail de la commission.

M. GUIBOURT exprime les mêmes craintes que M. Gaultier de Claubry à l'égard de l'usage qui pourrait être fait par suite de l'approbation de l'Académie. Il ne lui paraît pas du tout démontré d'ailleurs que l'huile iodo-phosphorée puisse remplacer l'huile de foie de morue, et il croit même que l'usage de cette préparation ne doit pas être exempt d'inconvénients.

M. BOUVIER a employé l'huile iodo-phosphorée de M. Berthé quand il était chargé du service des scrofuleux à l'hôpital des Enfants, et il n'a pas constaté les inconvénients qu'on vient de lui reprocher.

M. BOUCHARDAT. La commission n'a nullement prétendu que l'huile iodo-phosphorée, pas plus que l'huile iodée, puisse remplacer l'huile de foie de morue. Le produit obtenu par M. Berthé est-il utile? Là est toute la question. Il pense, en outre, qu'il y aurait de l'injustice à méconnaître ce que M. Berthé a fait d'utile en consacrant deux années de travail assidu à des recherches d'analyse sur les huiles de foie de morue et les huiles iodées, et à ne pas le remercier.

M. GIBERT, comme MM. Gaultier de Claubry et Gnibourt, ne voudrait pas qu'en donnant une approbation à cette préparation on s'exposât à en voir faire un abus, ainsi que cela a été fait pour l'huile iodée. Il n'est pas vrai que les huiles iodées puissent remplacer les huiles de foie de morue, et il voudrait que cela fût dit très expressément dans le rapport.

M. BOUCHARDAT ne se refuse nullement à ce que cette opinion, qui est la sienne, soit exprimée dans le rapport, et il consent à l'y introduire.

Cette proposition est mise aux voix et adoptée.

La conclusion du rapport consistant à proposer qu'il soit adressé une lettre de remercîments à l'auteur est également mise aux voix et adoptée.

L'Académie se forme en comité secret à quatre heures et demie pour entendre la lecture des conclusions du rapport sur la vaccine.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 27 juin 1853. — Présidence de M. COMBES.

Surdité congéniale.

M. le ministre de l'intérieur invite l'Académie à lui faire connaître le jugement qu'elle aura porté sur les procédés mis en usage par M. Baudelocque dans le traitement de la surdité congéniale.

La commission qui a été nommée à cet effet, à l'occasion de deux communications successives de M. Baudelocque, est invitée à se mettre le plus promptement possible en mesure de faire son rapport à l'Académie.

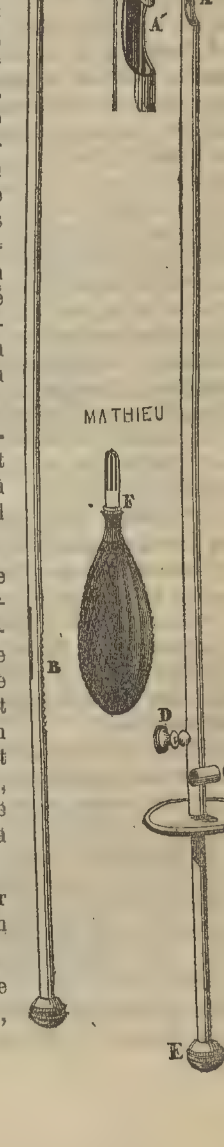
Sur l'excision des bourrelets du col de la vessie qui causent les rétentions d'urine.

M. Le Roy-d'Étiolles lit un mémoire sur les maladies de la prostate, et en particulier sur l'excision des bourrelets du col de la vessie qui causent les rétentions d'urine.

Après avoir rappelé succinctement l'histoire des notions relatives aux altérations de la prostate, ce chirurgien fait observer qu'il y a trente ans le traitement des rétentions d'urine indépendantes des rétrécissements de l'urètre, considérées à tort comme le résultat d'une paralysie de la vessie, se bornait à la sonde laissée à demeure, et il ajoute que tous les autres moyens de traitement usités aujourd'hui, c'est-à-dire la dépression, l'incision, l'excision des bourrelets et tumeurs, la ligature de celles qui sont pédiculées, ont été introduits par lui dans la chirurgie, et consignés dans sept mémoires lus ou présentés à l'Académie des sciences depuis 1829 jusqu'à ce jour.

La présente communication de M. Le Roy-d'Etiolles se rapporte à un perfectionnement du procédé de l'excision, qu'il a soumis à l'examen de l'Académie, séance du 10 avril 1837.

L'instrument au moyen duquel il pratique cette opération est une sonde aplatie latéralement; sur l'un de ses bords existe une encoche profonde, dans laquelle s'engagent le bourrelet, la valvule ou la tumeur; une gouge en forme de bec de plume, allant et venant dans le tube, enlève toute la portion du tissu qui est en saillie dans l'encoche, et creuse ainsi une tranchée dans le bourrelet, qui forme une sorte de chaussée à la partie inférieure du col de la vessie produisant la rétention d'urine. (Voir la figure.)



M. Le Roy-d'Etiolles dit avoir obtenu par ce procédé des guérisons dont la narration est jointe au mémoire.

L'examen de ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Magendie, Velpeau et Lallemand.)

Note sur le pian, maladie des régions tropicales.

M. Guyon communique sous ce titre la note suivante :

Le pian ou jaw est, comme on le sait, une maladie éruptive qui consiste en des pustules assez semblables pour la forme et pour la couleur au fruit du framboisier, et de là le nom de *frambœsia*, sous lequel elle a été décrite par nos nosologistes. L'état encore peu avancé de nos connaissances sur cette maladie tient à ce que, aux Antilles, les médecins ont rarement occasion de la voir, son traitement y étant abandonné à des nègres connus sous le nom de *panseurs de pian*, comme ceux chargés du traitement de la morsure des reptiles le sont sous celui de *panseurs de serpents*. Le traitement employé par les panseurs de pian n'est pas le même pour tous. Cependant la plupart administrent un decoctum de salsepareille et de sulfure d'antimoine. Quelques médecins appelés à traiter le pian lui ont opposé, et, à ce qu'ils croient, avec avantage, des mercuriaux joints à des tisanes de gaïac et de salsepareille. Du reste, quel que soit le traitement employé, sa durée est ordinairement de quatre à cinq mois.

Le pian ou jaw passe, aux Antilles, pour être contagieux et transmissible par la génération. Sa transmissibilité par inoculation me semble démontrée par deux faits que je rapporte à la suite de cette note.

Les premiers navigateurs qui abordèrent dans les régions tropicales de l'Amérique y trouvèrent le pian, tant parmi les Indiens continentaux que parmi les insulaires ; plus tard, il y fut également observé sur les nègres provenant des contrées tropicales de l'Afrique par voie de la traite. Cette même voie le portait de temps à autre en Algérie, avant l'occupation française de ce pays, où nous avons eu occasion d'en voir les traces sur des nègres de Tombouctou et du Bournou. Nous en avons même rencontré des cas dans ce même pays, et sur des nègres qui y étaient nés, et sur des indigènes, Maures, Kabyles et Arabes, qui n'en étaient jamais sortis.

En Algérie, les *tebid* ou médecins indigènes considèrent le pian comme une sorte de syphilis, et ils le traitent comme tel.

La base de ce traitement consiste principalement dans une diète de quarante jours, diète sous l'influence de laquelle le mal disparaît ; mais il ne tarde pas à se remontrer dès que le sujet reprend de l'alimentation : d'où nous devons conclure que l'apparente guérison du pian ou jaw produite par la diète dont nous parlons n'est qu'un phénomène qui se rattache au retrait de toutes les parties molles, à l'amaigrissement général, en un mot, qu'on observe en même temps chez l'individu.

A cette note sont joints trois dessins coloriés représentant la figure entière, le tronc et la tête d'un nègre du Soudan affecté du pian. (Commissaires : MM. Serres, Magendie et Rayer.)

Emploi simultané de l'iodure potassique intérieurement et de la solution d'iode extérieurement.

M. Crusell adresse de Saint Pétersbourg une note sur ce sujet.

L'auteur fait remarquer que chacun de ces deux médicaments a été employé isolément de la manière indiquée, mais qu'il croit être le premier qui les ait employés simultanément ; il ajoute que l'expérience a pleinement confirmé les espérances qu'il avait conçues de ce mode de traitement, et entre dans quelques détails destinés à guider les praticiens qui voudraient répéter ces essais. (Commissaires, MM. Lallemand et Rayer.)

— M. Chassaignac adresse la lettre suivante, qui a été lue dans la dernière séance par M. Flourens :

« Monsieur le président,

» Le procédé attribué à M. Courty dans la dernière séance de l'Académie pour l'amputation et la résection des métacarpiens a été décrit et mis en pratique il y a plus de dix ans. On en trouve la description textuelle dans le Ier volume des *Mémoires de la Société de chirurgie*, page 465. De plus, dans le même recueil, se trouve décrite l'aiguille qu'il convient d'employer pour passer la scie à chaîne au-dessous des os du métacarpe.

» Je ne doute pas qu'une fois cette citation vérifiée, la loyauté bien connue de M. Courty ne le porte à rectifier de lui-même l'attribution qui lui serait faite d'un procédé qui ne lui appartient pas.

» Veuillez agréer, etc. E. Chassaignac. »

Séance publique de la Société impériale de médecine, chirurgie et pharmacie de Toulouse. — Prix.

La Société a tenu sa séance publique le 8 mai 1853. M. Perpère, président, a prononcé un discours dans lequel il s'est attaché à faire ressortir la belle mission du médecin, soit dans les épidémies, soit sur le champ de bataille, et à le venger des attaques des détracteurs, parmi lesquels il n'a pas oublié trois génies illustres, Montaigne, Molière et J.-J. Rousseau, et dont il explique la mauvaise humeur par l'état de maladie. Il félicite la Société des efforts qu'elle n'a cessé de faire pour l'extirpation du charlatanisme, et de la constitution légale qu'elle vient d'obtenir du gouvernement. Ce discours, qui joint au mérite d'être bien pensé et bien écrit, celui d'avoir des limites convenables, a été écouté avec un vif intérêt, et suivi d'unanimes applaudissements.

M. le docteur Augustin Dassier, secrétaire général, a exposé ensuite les travaux de la Société ; compte-rendu plein d'intérêt, auquel nous aurons l'occasion de faire d'assez nombreux emprunts.

Après M. Dassier, M. le docteur Butignot, secrétaire du *prima mensis*, a lu un rapport non moins intéressant sur les maladies qui ont régné à Toulouse depuis le 1er mai 1852 jusqu'au 30 avril 1853.

Enfin, M. le docteur Filhol a donné lecture de son rapport sur le concours pour le grand prix de l'année 1853. (Commissaires : MM. Magnes-Lahens, Ressayre, Cayrel, Fourquet, Faurès, Popis, Filhol, rapporteur.)

La question proposée était la suivante :

« 1° Déterminer par l'observation la valeur thérapeutique des eaux thermales sulfureuses ;

» 2° Préciser leurs indications et leurs divers modes d'administration dans les maladies chroniques. »

Quatre mémoires avaient été adressés. La Société, adoptant les conclusions de la commission, a décerné :

1° La médaille d'or de 300 fr. et le titre de correspondant à l'auteur du mémoire n° 4, M. le docteur Gustave Astrié (de Carcassonne) ;

2° Une mention honorable à l'auteur du mémoire n° 3, M. Lemonier, inspecteur des eaux minérales de Bagnères-de-Bigorre, déjà membre correspondant.

Indépendamment de ces récompenses, la Société a accordé, pour des travaux particuliers qu'elle a distingués :

1° Une première médaille d'encouragement à M. le docteur Pellegrino Salvolini, de Sarzane (États Sardes), déjà correspondant de la Société ;

2° Une seconde médaille d'encouragement à M. le docteur Igounet (de Sainte-Foy), également correspondant de la Société.

Elle a accordé le titre de correspondant à M. le docteur Catteloup, médecin en chef de l'hôpital militaire de Tlemcen ; à M. le docteur Dulac, chirurgien aide-major à Mers-el-Kébir ; à M. Séverin Caussé (d'Albi) ; à M. le docteur Astrié, qui a obtenu le grand prix.

La Société a eu la douleur de perdre M. Cayrel père, membre résidant, décédé le 16 octobre 1852. La Société a assisté à ses obsèques. M. le secrétaire général a payé à ce digne confrère un dernier tribut de regrets.

La Société rappelle qu'elle a proposé pour sujet du prix à donner en 1854 la question suivante :

« Du diagnostic différentiel et du traitement des ulcérations du col de la matrice. »

Le prix est de 300 fr.

Elle propose pour sujet du prix à décerner en 1855 la question suivante :

« Indiquer la marche que doit suivre l'expert chimiste quand il est appelé à constater, après la mort, l'empoisonnement par le phosphore. »

Le prix est de 300 fr.

Les mémoires concernant les grands prix devront être remis avant le 1er janvier de chaque année. Ils seront écrits lisiblement en français ou en latin, et munis d'une épigraphe ou devise, qui sera répétée dans un billet cacheté, où doit se trouver le nom de l'auteur.

Les ouvrages qui concourront pour les médailles d'encouragement devront être remis avant le 1er mars. Les auteurs feront connaître leurs noms. On n'admettra pas au concours ceux qui auront été communiqués à d'autres Sociétés savantes ou qui auront été imprimés.

Les membres résidants de la Société sont seuls exclus du concours.

Les ouvrages seront adressés, francs de port, au secrétaire général de la Société.

Secret médical. — Non-révélation. — Acquittement.

Le tribunal civil d'Ypres a rendu le 19 mai dernier un arrêt qui intéresse à un haut point le corps médical.

Le docteur Lecluyse (de Poperinghe), se fondant sur l'art. 378 du Code pénal qui défend aux médecins, etc., de révéler des secrets dont ils sont dépositaires à raison de leur profession, avait refusé de décliner devant l'officier de l'état civil les noms de la mère d'un enfant naturel (art. 57 du Code civil). Des poursuites lui avaient été intentées sur le chef de ce refus, que le ministère public considérait comme une contravention à l'art. 57, contravention que punit l'art. 346 du Code pénal.

La défense de M. Lecluyse a été présentée avec talent et succès par M. Smaelen. Voici le texte du jugement rendu par le tribunal :

« Attendu que la loi du 20-25 septembre 1792 prononçait, en cas de contravention, deux mois d'emprisonnement contre toute personne chargée de faire les déclarations prescrites, et que les auteurs du Code civil, frappés des inconvénients d'une semblable disposition, se sont abstenus de comminer aucune espèce de pénalité ;

» Attendu que l'article 346 du Code pénal est venu changer cet état de choses en déclarant punissable toute personne qui, ayant assisté à un accouchement, n'aura pas fait la déclaration à elle prescrite par l'article 56 du Code civil et dans le délai fixé par l'article 55 du même Code ;

» Attendu que, les lois pénales étant de stricte interprétation, il n'est pas permis d'étendre l'article 346 du Code pénal à l'inobservation de l'article 57 du Code civil, auquel il ne se réfère point textuellement, et qui n'est relatif qu'aux énonciations que doit contenir en général l'acte de naissance, lesquelles sont toutes utiles, mais dont nulle n'est essentielle ;

» Attendu que la désignation de la mère sans son aveu n'a, en dehors du mariage, aucun effet légal, et qu'il peut d'ailleurs en résulter pour elle de fâcheuses conséquences ;

» Attendu qu'il serait surtout contraire à l'esprit de la loi d'exiger cette désignation de la part des médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, dépositaires par leur profession des secrets qu'on leur confie, et à qui l'article 378 du Code pénal défend de les révéler hors les cas où la loi les oblige à se porter dénonciateurs ; que, s'il importe à la société et à l'enfant de favoriser la recherche de la maternité, il importe aussi à l'honneur des familles de ne point provoquer la violation de tels secrets, ce qui exposerait aux dangers des accouchements clandestins ;

» Attendu que dès lors M. Lecluyse a pu se dispenser de révéler les noms et prénoms, la profession et la maison d'habitation de la mère de l'enfant dont il s'agit sans contrevenir à aucune disposition pénale ;

» Pour ces motifs, le tribunal le renvoie des poursuites sans frais. »

M. Ampère a publié dans le *Journal des Débats*, sur M. Adrien de Jussieu, une notice nécrologique d'où nous extrayons les passages suivants :

La botanique vient de perdre un nom qui l'illustrait depuis cent cinquante ans ; avec le cinquième des Jussieu vient de s'éteindre cette dynastie de la science qui datait du règne de Louis XIV, dans laquelle figurent Bernard de Jussieu, qui posa les principes de la *méthode naturelle*, et Antoine-Laurent de Jussieu, qui l'a établie sur des bases impérissables. Adrien de Jussieu, leur digne héritier, a trouvé moyen d'ajouter à la gloire d'un tel nom. Il ne siérait pas à celui qui écrit ces lignes de s'étendre sur des travaux auxquels les maîtres de la science ont déjà rendu devant la tombe de leur collègue un hommage qui sera développé avec une haute autorité dans l'enceinte de l'Institut ; je dirai seulement qu'en Italie, en Angleterre, en Allemagne j'ai entendu les botanistes de ces différents pays exprimer leur admiration pour les écrits d'Adrien de Jussieu. M. Asa Gray, botaniste éminent des Etats-Unis, qui revenait de France quand je le vis, en avait rapporté de préférence le portrait du savant dont la perte sera sentie à Boston comme à Paris. De tels suffrages valent mieux que mes paroles. Mais peut-être appartient-il à un ami d'enfance, qui tient aux Jussieu par la parenté et plus encore par un tendre attachement, d'ajouter à ces justes éloges quelques mots sur l'homme excellent qui n'est plus ici-bas.

Adrien, qu'on me permette de lui donner ce nom familier qui me rappelle en me navrant une intimité si longue et si douce, Adrien était aussi supérieur par l'âme que par l'intelligence. La droiture, l'équité, la sincérité faisaient le fond de son caractère. Aux manières les plus faciles, il joignait une inflexible fermeté de conscience, comme à une bonhomie aimable il unissait une finesse pleine de douceur. Ce botaniste du premier ordre eût pu se distinguer dans les lettres qu'il aima toujours, auxquelles l'avaient formé de brillantes études, comme on s'en apercevait à l'élégante lucidité de son style lorsqu'il écrivait et de sa parole dans la chaire ; il plaisait dans le monde, quand parfois il s'y montrait, par le tour délicat de son esprit. Bien organisé pour les arts, il sentait vivement et poétiquement la nature ; c'était un grand charme que de voyager avec lui. Il renonça aux lettres, au monde, aux voyages pour vivre dans la retraite du Jardin des Plantes avec sa mère, ses sœurs, ses filles et quelques vieux amis qu'il ne chercha pas à renouveler. C'est que c'était une famille d'un autre temps, alliant la simplicité des mœurs et des vertus antiques aux plus rares qualités du cœur et de l'esprit. La perte d'une épouse qu'il avait aimée presque depuis l'enfance, qu'une nulle autre femme n'a remplacée dans son cœur, et qui méritait la fidélité de toute une vie, cette perte prématurée fit un grand vide dans son paisible bonheur. Avec le temps, il trouva des soulagements à un deuil toujours présent dans ses filles, dignes de leur mère, et dans son gendre, digne d'être son fils. Mais sa santé s'altéra peu à peu ; un mal qui ne semblait pas redoutable d'abord alla s'aggravant toujours et finit par devenir mortel. Il y a trois semaines environ qu'il s'alita pour ne plus se relever. L'épuisement produit par de longues souffrances l'avait jeté dans un affaissement, d'où il ne sortait que pour adresser des mots affectueux à ceux qui l'entouraient. Son neveu, M. Gueneau de Mussy, et le savant M. Chomel le soignèrent avec une habileté et un dévouement, hélas ! inutiles. Peu de jours avant sa mort, comme M. Chomel lui disait : « La tête est un peu fatiguée, mais le cœur est toujours là pour les parents et les amis ; oui, répondit le malade, et pour les docteurs. »

Ce cœur si bon a cessé de battre. Adrien de Jussieu a expiré sans douleur ; sa mort a eu le calme de sa vie. L'amertume est pour ceux qui restent, surtout pour sa mère, qui avait concentré dans ce fils ses plus vives tendresses ; pour sa famille, pour ses amis, pour ses élèves, dont le respect était plein d'affection.

Adrien de Jussieu était âgé de cinquante-cinq ans.

CORRESPONDANCE.

A M. le Rédacteur de la Gazette des Hôpitaux.

Paris, le 2 juillet 1853.

Monsieur le rédacteur,

Je regrette que vous n'ayez pas jugé à propos d'insérer ma lettre textuellement dans votre estimable journal. Peut-être cette lettre eût-elle épargné à M. Didot (de Liége) la peine de vous écrire.

Avant tout, je dois relever une erreur. Ce n'est pas, en effet, dans le *Journal des connaissances médico-chirurgicales* qu'a été annoncé le nouveau traitement de la mentagre et des teignes par M. Bazin, mais bien dans le *Journal des connaissances médicales pratiques* (n° d'août 1852, p. 593).

Quant à la question de priorité, je suis fort peu en peine de savoir si M. Bazin est ou n'est pas le premier qui ait arraché des poils dans la mentagre. D'autres sans doute en avaient arraché avant lui, puisque sur deux sujets affectés de mentagre invétérée M. Bazin a constaté des cicatrices qui avaient succédé à des cautérisations faites après l'épilation. Mais permettez-moi de vous faire remarquer la différence énorme qu'il y a entre un traitement empirique et un traitement rationnel : le premier tombe bientôt dans l'oubli ; le second se vulgarise, parce que chacun aime à savoir la raison des choses et le pourquoi il faut agir de telle ou telle manière. Les indications à remplir dans le traitement de la mentagre, quelle que soit sa forme, pustuleuse, papuleuse, tuberculeuse, impétigo sycosiforme, etc., ont été établies dans le travail de M. Bazin d'après les données fournies par la connaissance exacte de la nature et du siége de la maladie.

Après avoir lu la lettre de l'honorable M. Didot (de Liége), ne dirait-on pas que le favus est une affection facile à guérir par l'épilation? Mais puisqu'on épile depuis deux mille ans, que M. Didot veuille donc bien nous expliquer pourquoi il vient à Paris tant de teigneux incurables de la Belgique et d'ailleurs ; pourquoi il est entré il y a quelque temps à l'hôpital Saint-Louis un jeune homme qui avait été épilé pendant un an à l'hôpital des Enfants, et dont la tête cependant, au moment de son entrée dans le service de M. Bazin, était couverte encore d'une calotte faveuse des plus épaisses ; pourquoi un autre avait encore la teigne, après avoir vu tomber quatorze fois sa chevelure entière sous la main d'épilateurs habiles.

Ce n'est certes pas une misère, comme le dit M. Didot, que d'indiquer, pour une classe d'affections obscures et rebelles jusqu'aujourd'hui, d'indiquer, dis-je, leur nature et leur siége précis, ainsi que leur traitement rationnel, conduisant à une guérison infaillible. Il serait à souhaiter qu'on pût, pour toutes les maladies, faire le travail complet que M. Bazin a fait pour les teignes. Ce sont là, je crois, des titres sérieux, légitimes, auxquels il est naturel de tenir.

Agréez, etc. Y. Uzac.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Par décret en date du 5 juillet :

1° La chaire de botanique rurale, vacante au Jardin des Plantes par la mort d'Adrien de Jussieu, est supprimée ;

2° Une chaire de paléontologie est créée en remplacement de la chaire de botanique rurale.

M. Alcide d'Orbigny, docteur ès sciences, est nommé professeur de paléontologie au Muséum d'histoire naturelle de Paris.

— Par arrêté en date du même jour de M. le ministre de l'instruction publique, à l'avenir, les professeurs chargés de l'enseignement des diverses branches de la botanique au Muséum d'histoire naturelle, dans les Facultés des sciences et de médecine et dans les Ecoles supérieures de pharmacie, seront tenus de faire, pendant la belle saison, des excursions scientifiques dans lesquelles ils exerceront les élèves à reconnaître sur place les caractères et les familles des plantes.

— La mort de M. Pravaz avait été précédée de quelques jours par celle de M. Montain. Ce sont deux pertes sensibles pour la science et pour la ville de Lyon.

M. Montain, mort le 17 juin, après une longue et pénible maladie, avait été chirurgien en chef de l'hôpital de la Charité, professeur de thérapeutique et de matière médicale à l'École de médecine de Lyon, praticien très répandu.

M. Diday, secrétaire général de la Société de médecine de Lyon, a prononcé un discours plein d'âme aux obsèques de Montain ; nous y avons remarqué le passage suivant : « Fils de ses œuvres, fils du con- » cours, Montain se montra toute sa vie reconnaissant et fier de se- » cours que cette belle institution, cette institution qui grandit et » s'étend à Lyon, tandis qu'elle se restreint ailleurs, avait prêté à son » élévation. »

— *Testament. — Pharmacien. — Legs.* — Echappe à la censure de la cour de cassation, comme se livrant à une simple appréciation de faits, l'arrêt qui constate que le pharmacien en faveur duquel un legs existe ne s'est pas livré à un traitement médical emportant la nullité du legs, quoiqu'il ait donné au testateur les soins de sa profession en exécution des ordres d'un médecin. (Rejet du pourvoi du sieur Escars contre un arrêt de la cour impériale de Montpellier du 31 août 1852 ; audience du 29 juin.)

— Le choléra, qui continue toujours à faire quelques victimes en Russie, et surtout à Saint-Pétersbourg et à Moscou, vient également de se déclarer aux Etats-Unis, dans la ville d'Alexandrie (Virginie).

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 81. — SAMEDI 9 JUILLET 1853. (26e ANNÉE.) N° 81. — SAMEDI 9 JUILLET 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse. — Trois mois. 8 fr. 50 c. — Six mois. 16 » — Un an. 30 »

Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies. — Trois mois. 9 fr. — Six mois. 17 — Un an. 33

Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar. — Trois mois. 10 fr. — Six mois. 20 — Un an. 38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Mort par l'administration du chloroforme.

Encore un cas de mort par le chloroforme ; il date de six mois, il est vrai, mais n'a pas été publié, que nous sachions ; et en ce moment où la question de l'administration de cette substance est si fort à l'ordre du jour, nous croyons ne pas devoir retarder la publication de ce fait.

Le nommé Henry Hollingworth, facteur à Newton-Moor, près Hyde, a succombé à l'Infirmerie royale de Manchester. Le chloroforme avait été administré pour lui éviter les douleurs d'une grave opération. Une enquête a été faite sur le corps par M. Herford, coroner, et a amené les déclarations suivantes, que nous empruntons au *London Lancet*.

M. John Wright Baker, chirurgien de l'Infirmerie royale, déclare que le malade a été admis le 16 décembre 1852, pour une tumeur de mauvaise nature à la cuisse droite, pour laquelle il fallait pratiquer une opération. On regardait cette tumeur comme de nature cancéreuse, quoique le diagnostic fût douteux. Il était, à son entrée, dans un fâcheux état de santé que l'on chercha à améliorer par tous les moyens avant de recourir au traitement. Une consultation avait été faite avant son admission, et l'opération décidée du consentement du malade. A cette consultation assistaient tous les médecins de l'Infirmerie.

Le malade, la veille de l'opération, dit être disposé à la subir, mais à la condition qu'on emploierait le chloroforme. La plupart des malades y ont recours. Je lui dis qu'on s'en servirait puisqu'il le désirait, qu'il n'éprouverait pas de douleur, et que je ferais tout ce que je pourrais pour soutenir ses forces. Je ne lui donnai cependant aucune garantie.

Nous avons administré fréquemment le chloroforme, et jusque-là sans qu'aucun accident soit arrivé.

Le vendredi 24 décembre, à onze heures, l'opération fut pratiquée. Etait présents M. Jordan, comme opérateur; M. Beever, comme aide; M. Wilson, les docteurs Renaud et Wilkinson, tous membres du personnel médical de l'Infirmerie, et moi. M. Frédérick Heath, chirurgien, administra le chloroforme. Le malade fut très excité, s'agita beaucoup, parlait avec volubilité. Le chloroforme fut donné lentement, et toutes les précautions furent prises pour prévenir le danger. Les médecins remarquèrent, à deux ou trois reprises, que le médicament était longtemps à produire son effet. L'insensibilité arriva enfin au bout de sept minutes au moins. M. Jordan commença l'opération par une incision à la peau qui recouvrait la tumeur. J'assistais le chirurgien, quand M. Heath dirigea mon attention sur le visage du malade. J'observai alors que la face était congestionnée, mais la respiration n'était pas stertoreuse. Les pupilles semblaient avoir perdu toute action. La respiration devint excessivement lente, et le malade s'affaissa promptement. Je fis remarquer ces symptômes à l'opérateur et aux autres médecins. L'opération fut alors suspendue, et on s'efforça de ranimer le malade, mais les pupilles ne reprirent pas leur action; elles étaient demeurées entièrement fixes. Il poussa un profond soupir, et, selon toute apparence, il était mort.

En administrant le chloroforme, des doses successives en furent données jusqu'à ce que l'effet fut produit; chaque dose était d'une *drachme*, prise à intervalles, dans un appareil à inhalation. Les effets du chloroforme varient selon les constitutions; mais nous avons l'habitude de prendre toutes les précautions pour prévenir un accident, et je puis affirmer avec satisfaction que les chirurgiens ont rempli leur devoir, soit dans le mode d'administration de cet agent, soit dans l'opération.

M. Jordan a été aussi interrogé, et a déclaré, conformément avec M. Baker, qu'un temps assez long s'écoula avant que l'insensibilité fût produite, et alors même elle n'était pas complète, car après que l'incision fut faite le malade se plaignit plusieurs fois d'être mordu par un chat. Le chloroforme est ordinairement administré dans les cas d'opération, à moins qu'il n'y ait des circonstances qui, dans l'opinion des chirurgiens, le fassent considérer comme inapplicable. M. Heath était parfaitement compétent pour cette administration. L'examen cadavérique a démontré que l'asphyxie causée par le chloroforme a déterminé la mort. Il y avait congestion du cerveau et des poumons.

Le verdict a porté : « Mort par les effets du chloroforme. »

Il a été décidé par les médecins que, dans tous les cas qui réclament l'emploi de cet agent formidable et puissant, une personne doit être chargée de l'administrer, et une autre de surveiller les effets produits sur les malades, dans le but d'éviter un second malheur de ce genre.

Nouvelle classification des maladies de la peau.

M. le docteur Hardy vient d'ouvrir à l'hôpital Saint-Louis un cours de clinique qui ne peut manquer d'avoir un certain retentissement. On sait que depuis une trentaine d'années la classification anglaise de Willan, qui groupe les maladies non d'après leur analogie de nature, mais seulement d'après la ressemblance souvent éphémère de leurs lésions anatomiques primordiales, avait été impatronisée et en quelque sorte imposée par Biett et ses élèves. Promulguée à une époque où l'anatomie pathologique était toute-puissante et dominait la science, la méthode anglaise dite des *lésions élémentaires* fut généralement acceptée, et c'est elle qui figure dans la plupart de nos livres classiques.

Vainement Alibert avait lutté de tout son esprit et de toute sa verve pour combattre cet envahissement, il lui avait fallu céder, comme on le dit, aux nécessités des temps. Aujourd'hui, le retour des idées vers les doctrines du vitalisme, la tendance à la généralisation qui se manifestent de toutes parts, doivent, par une réaction légitime, frapper de déchéance les classifications fondées sur les seules *lésions matérielles*. Du reste, nous devons le dire, M. Hardy n'avait pas attendu ce jour pour rejeter les principes de l'école anglaise. Ses convictions à cet égard sont bien et dûment de la veille ; elles ont donc d'autant plus d'autorité que, conçues à une époque où elles n'étaient point de mise, elles ont dû être profondément mûries dans son esprit et fortifiées par la controverse.

Dans la première leçon, que nous analysons seulement ici M. Hardy, avant d'entrer sur le terrain brûlant des classifications, expose les caractères de ces fameuses lésions, dites élémentaires, qui ont joué un si grand rôle. Il en reconnaît dix, qui sont :

1° Les *taches* ou *macules*. Ce sont des plaques d'un blanc mat, ou bien rouges, rosées, violacées, jaunâtres, bistrées, noires, etc., plus ou moins irrégulières, ne pâlissant pas sous la pression du doigt, et consistant en une altération de la matière pigmentaire de la peau par défaut ou par excès.

2° Les *exanthèmes*, taches d'un rouge plus ou moins vif, d'une étendue variable, quelquefois saillantes au-dessus des téguments voisins, pâlissant sous la pression du doigt, reprenant leur couleur aussitôt que la pression est interrompue, et paraissant consister dans un afflux sanguin qui a pour siége l'élément vasculaire de la peau (érythème, érysipèle).

3° Les *vésicules*. Soulèvements épidermatiques renfermant une sérosité plus ou moins limpide, et formant de petites saillies globuleuses ou acuminées. Différents cas peuvent se présenter. Tantôt le liquide disparaît par résorption, et l'épiderme qui avait été soulevé retombe sur le derme et se résout bientôt en une petite écaille qui se détache. D'autres fois, la sérosité devient lactescente, puis purulente, et la vésicule s'est ainsi transformée en une véritable pustule.

Ailleurs enfin, la vésicule se rompt, le liquide s'épanche, l'excoriation superficielle qui lui succède sécrète une sérosité plastique qui se concrète sous forme d'écailles plus ou moins épaisses ou même de croûtes. On a cru, mais sans preuves, que le siége de la vésicule était dans les conduits sudorifères; tout ce que l'on peut dire, c'est que ce siége est très superficiel.

4° Les *bulles*, vulgairement ampoules. Ce sont de larges soulèvements de l'épiderme pouvant atteindre au volume d'un œuf, et renfermant de la sérosité. De même que pour la vésicule, il peut y avoir résorption du liquide et chute par écailles de l'épiderme décollé, ou bien rupture et formation de croûtes, etc.

5° *Pustules*. Ici l'inflammation est plus intense et l'élément affecté plus profond ; il n'y a pas seulement soulèvement de l'épiderme, et cette fois par du pus, mais encore tuméfaction du derme lui-même. La résorption est assez rare dans la pustule. Le plus ordinairement la rupture a lieu, et le liquide plus dense forme une croûte plus épaisse aussi, jaune ou brune. Isolées, volumineuses, vivement enflammées, les vésicules sont dites *phlyzaciées* (*ecthyma*); plus petites et groupées, on les dit *psydraciées* (*impétigo*). Leur siége est-il, comme certaines personnes le pensent, dans les follicules sébacés? Cela n'est pas prouvé.

6° *Papules*. Petites saillies fermes, acuminées, ne renfermant pas de liquide, mais pouvant en sécréter quand elles viennent à être excoriées par les ongles du malade. La démangeaison, ordinairement fort vive, qui les accompagne a fait croire que la papule avait pour point de départ une papille nerveuse. Ce n'est encore là qu'une hypothèse.

7° *Squames*. Ecailles d'épiderme plus ou moins larges, épaisses et adhérentes, quelquefois nacrées (*psoriasis*); ou plus petites, grisâtres et semblables à du son (*pityriasis*).

8° *Tubercules*. Petites tumeurs globuleuses fermes ou molles, ne contenant pas de liquide, et paraissant formées aux dépens des parties profondes du derme. Leur marche est habituellement chronique; ils peuvent s'affaisser par résolution ou s'ulcérer.

9° *Parasites animaux*. Certains animaux peuvent déterminer des lésions de la peau qui les constituent *causes* de maladies : ainsi l'*acarus* pour la gale, le *pou* pour une forme spéciale de prurigo.

10° *Parasites végétaux*. Les progrès récents de la microscopie ont également fait admettre que le favus, la teigne tonsurante ont pour lésions élémentaires des cryptogames avec tubes et sporules parfaitement caractérisés.

Les huit premières lésions que nous venons de décrire sont précisément les lésions qui ont servi de base à la classification de Willan et Bateman, imitée d'ailleurs de celle de Plenck.

Ici M. Hardy examine historiquement les diverses classifications proposées, met en présence les deux principales, celles de Wilson et d'Alibert, et, tout en reconnaissant les services que la première a rendus et peut rendre au point de vue du diagnostic, se prononce hautement pour la méthode naturelle, qui groupe et rassemble les maladies d'après leurs véritables affinités et comme la nature les a elle-même rapprochées; on obtient ainsi non des agglomérations artificielles, mais de véritables familles.

M. Hardy partage les maladies de la peau en neuf ordres, qui sont :

1° Les macules; 2° les maladies locales inflammatoires ; 3° les maladies parasitaires ; 4° les fièvres éruptives ; 5° les éruptions symptomatiques ; 6° les maladies dartreuses ; 7° les syphilides ; 8° les maladies climatériques ; 9° les cancroïdes de la peau.

Reprenons.

I. Les *macules*. Dans cette catégorie se trouvent placées un certain nombre de difformités de la peau, souvent congénitales ou héréditaires, qui ne s'élèvent qu'accidentellement au rang de maladies : telles sont différentes sortes de taches, de colorations ou de décolorations, les éphélides, certaines petites tumeurs, comme les verrues, le molluscum, et enfin l'état écailleux de la peau connu sous le nom d'ichthyose.

II. *Inflammations locales*. Ce sont, comme le nom l'indique, de simples phlegmasies du tissu cutané, sans relation avec un état général quelconque, sauf cependant parfois un léger état fébrile : tels sont l'érythème, l'herpès, le zona. Le traitement est donc dans ce groupe borné aux indications qui résultent de la lésion.

III. *Maladies parasitaires*. L'affection est bien encore locale, mais on a sous les yeux sa cause matérielle : c'est l'acarus, c'est un cryptogame. Ici, le traitement se résume dans cet aphorisme : *ablata causa, tollitur effectus*.

IV. Les *fièvres éruptives*. L'analogie étroite qui réunit la variole, la rougeole, la scarlatine; les circonstances communes d'avoir pour caractère principal un état fébrile dont la manifestation cutanée n'est qu'un symptôme; une marche à périodes régulières ; une aptitude à se transmettre par contagion, etc.

V. *Éruptions symptomatiques*. Ici, le rôle de l'éruption est tout à fait accessoire, et n'occupe qu'une place secondaire dans l'histoire de la maladie principale : telles sont les taches rosées lenticulaires de la fièvre typhoïde, les sudamina, propres à plusieurs maladies; le purpura du scorbut, etc.

VI. Les *dartres*. On sait à quels débats l'existence des dartres a donné lieu entre les disciples d'Alibert et ceux de Biett. Aujourd'hui, il demeure bien avéré aux yeux des praticiens que certaines maladies de la peau se développent sous l'influence d'une cause générale, récidivent fréquemment, persistent avec une remarquable ténacité, se transmettent souvent en héritage, en un mot révèlent l'existence d'une aptitude particulière connue depuis bien longtemps sous le nom de *vice dartreux*, qui réclame un traitement général d'une certaine énergie (eczéma, psoriasis, etc.).

VII. Les *syphilides*. Le groupe des manifestations tégumentaires développées sous l'influence de la syphilis constitutionnelle est tellement naturel, qu'il avait été admis par Biett lui-même.

VIII. *Maladies climatériques*. Certaines affections cutanées semblent se produire dans diverses localités, sous des influences particulières à ces localités : tels sont le pian, l'éléphantiasis des Grecs, la pellagre, le bouton d'Alep. Ce lien commun suffit pour les réunir en un même groupe.

IX. *Cancroïdes de la peau*. Les affections cancéreuses de la peau (*noli me tangere*, etc.) diffèrent trop des autres lésions de cet organe pour ne pas constituer un genre à part.

Paraplégie rhumatismale.

La paraplégie fait presque toujours supposer une maladie de la moelle d'une extrême gravité, et cependant les causes qui peuvent y donner lieu sont nombreuses et doivent faire varier le pronostic. Il y a en ce moment dans la salle des femmes du service de M. Trousseau une malade qui accuse une douleur très vive dans la région dorsale du rachis, en même temps qu'elle présentait une paraplégie complète caractérisée par la perte du mouvement dans les membres inférieurs, et que la sensibilité y était complétement abolie. Ces symptômes, qui peuvent faire porter un pronostic grave, sont cependant considérablement atténués par les renseignements antérieurs et par la marche de la maladie. Elle raconte qu'il y a dix ans elle a eu une affection semblable qui s'est très bien guérie. Cette fois les accidents ont débuté par une douleur vive dans le poignet droit, le coude et l'épaule ; l'autre bras a en-

suite été atteint, et de la même manière; puis la douleur dorsale est survenue, et ensuite la paraplégie. Il est difficile ici de ne pas suivre la marche d'un rhumatisme procédant des extrémités vers le tronc, des articulations sur la moelle. Vous avez pu voir dans ces derniers temps, dans la salle des hommes, un fait analogue, en ce que le rhumatisme, après avoir voyagé sur les membres, est venu frapper les méninges. Lorsque le rhumatisme vient ainsi se fixer sur les membranes d'enveloppe des centres nerveux, il y détermine une congestion considérable, et la paralysie des parties qui en reçoivent des cordons nerveux en est la suite.

Quelquefois la paralysie qui reconnaît des causes de ce genre se manifeste d'une manière plus évidente encore, comme le démontre le fait suivant:

Un homme couché au n° 16 de la salle Saint-Bernard, qui a servi comme soldat dans les colonies, prend à la Martinique un bain de rivière un peu prolongé; en sortant de l'eau, il devient paraplégique et guérit au bout de six semaines. Dernièrement il entre dans le service atteint de rhumatisme du deltoïde. Comme cette douleur rhumatismale se prolongeait, je fis appliquer un vésicatoire et la morphine. La douleur cessa le lendemain dans le deltoïde, mais elle se fit ressentir profondément au-dessus de la clavicule, dans le plexus brachial, et en même temps la sensibilité et les mouvements du bras furent abolis. Après avoir duré une dizaine de jours, ces accidents se dissipèrent complétement.

Ces faits, qui montrent comment un rhumatisme peut marcher de la périphérie vers le centre, d'un cordon nerveux vers un plexus et vers les centres nerveux, ont une grande valeur thérapeutique. Ainsi, chez cette femme paraplégique que nous avons citée, nous avons mis en usage un traitement antirhumatismal; des ventouses scarifiées ont été appliquées autour du point douloureux, vers la dixième vertèbre dorsale; la vératrine a été employée, et nous avons obtenu un soulagement notable. Aujourd'hui la malade marche et dit avoir recouvré dans ses jambes ses forces habituelles. On comprend très bien que, quoique plus rassurante au point de vue du pronostic, une pareille affection doit toujours faire tenir le médecin sur ses gardes contre les accidents plus graves qui pourraient survenir.

Mode d'administration facile et peu dispendieux de l'huile de foie de morue.

L'huile de foie de morue est fréquemment employée, et l'on a beaucoup de peine à la faire prendre. Bien que mélangée à divers excipients, à diverses sortes d'aromes destinés à en masquer le mauvais goût, la repoussante saveur de vieux poisson perce et domine toujours. Renfermée dans des capsules de gélatine, cette huile présente une autre série d'inconvénients. D'abord le prix de ces préparations est élevé; il faut d'ailleurs les prendre en très grand nombre, la dureté de leurs parois ne permettant pas de leur donner un gros volume, qui augmenterait les difficultés, déjà grandes, de leur déglutition. Ainsi, cherté de prix, grand nombre de capsules à prendre et difficulté de les avaler, voilà bien des inconvénients réunis, et auxquels il s'agissait de remédier.

Voici comment cette sorte de problème nous semble avoir été résolue par notre confrère et ami M. le docteur Berton.

Il conseille de prendre les intestins de poissons de mer, de poissons quelconques, d'un demi, d'un tiers ou d'un quart de mètre, de les presser et de les laver à grande eau; de les insuffler après avoir lié une des extrémités au moyen d'un fil de lin ou de soie; de fermer alors pareillement la seconde ouverture et de les suspendre jusqu'à dessiccation. Il ne s'agit plus ensuite que d'introduire dans leurs cavités de l'huile de foie de morue au moyen d'une seringue ou d'un petit entonnoir, et de séparer les sortes de boudins qui en résultent au moyen de ligatures, de préférence en soie, et placées alternativement à distance les unes des autres de 2 ou 3 millimètres et de 2 ou 3 centimètres, de sorte qu'en divisant avec des ciseaux entre les ligatures les plus rapprochées, on obtient des espèces de capsules, ou utricules, plus ou moins grosses, suivant le calibre de l'intestin et la distance laissée entre les ligatures les plus éloignées.

Ces petites outres, à parois transparentes, pelliculaires, se prêtent par leur souplesse aux différentes pressions commandées par les divers passages de l'isthme du gosier, qu'elles franchissent facilement; et, prises en même temps que quelques cuillerées de liquide, elles arrivent ainsi, sans trop de répugnance et d'efforts, à leur destination.

MAISON DE SANTÉ. — M. VIGLA.

Observations suivies de réflexions pour servir à l'histoire des complications cérébrales dans le rhumatisme articulaire aigu.

Mémoire lu à la Société médicale des hôpitaux par M. le docteur VIGLA, médecin de la Maison municipale de santé, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Le deuxième fascicule des actes de la Société médicale des hôpitaux de Paris offre un chapitre intéressant de l'histoire du rhumatisme, celui des complications cérébrales, oublié ou seulement ébauché dans les traités *ex professo* les plus recommandables. Une observation recueillie par M. Gosset dans le service de M. Requin, et publiée sous le nom de *méningite rhumatismale*, le rapport de M. Valleix, et surtout la note de M. Bourdon, présentent sur cette question une série de documents que l'on ne trouve réunis en aussi grand nombre dans aucun autre ouvrage français. Il faut, comme l'a très bien remarqué M. Bourdon, que ces faits soient plus communs qu'on ne l'a supposé jusqu'à ce jour, puisque, dans l'espace de trois mois, j'ai vu trois fois la mort survenir par des complications cérébrales développées dans le cours du rhumatisme articulaire aigu, et la guérison être la terminaison de deux autres cas analogues. Je rapproche des premiers faits un quatrième, dont j'ai été témoin il y a dix ans. L'histoire de ces six malades fait l'objet de ce mémoire. Je la ferai suivre de quelques réflexions: 1° sur le degré de fréquence de ces complications; 2° sur certaines circonstances qui m'ont paru avoir favorisé leur production; 3° sur les symptômes qu'elles ont présentés, la marche qu'elles ont suivie, les formes diverses qu'elles ont affectées. Malheureusement l'anatomie pathologique sera forcément passée sous silence; je n'ai pu obtenir l'autopsie d'aucun des quatre malades qui ont succombé. Je n'ai pas mis à contribution les recherches bibliographiques pour essayer une histoire complète de ces complications, sachant que l'un de mes collègues, M. Bourdon, s'occupe depuis quelque temps déjà d'un pareil travail. Néanmoins, réduite aux proportions que je viens d'indiquer, cette étude ne sera pas, j'espère, sans intérêt.

OBS. I. — Un homme âgé de quarante-neuf ans entra à la Maison municipale de santé le 17 septembre 1852 pour un rhumatisme articulaire aigu de moyenne intensité, sans complication du côté du cœur: telle fut l'opinion de l'interne du service, qui l'examina le jour de son arrivée; ce fut aussi la mienne le lendemain 18, à la visite du matin. Il prit 1 gramme de sulfate de quinine en trois doses, et ne parut offrir rien de plus que le matin, rien d'insolite, à la visite du soir. Dans la nuit du 18 au 19, vers deux heures du matin, il fut pris subitement d'agitation et, bientôt après, d'une prostration promptement suivie de mort; on n'eut pas le temps de lui porter du secours. C'était la première fois que je voyais le rhumatisme articulaire aigu terminé par une mort aussi rapide, aussi imprévue; je craignais de n'avoir pas suffisamment observé le malade, que je n'avais vu qu'une seule fois, et d'avoir laissé passer inaperçue quelque complication importante.

L'autopsie m'ayant été refusée, la cause de cette mort me parut tout à fait inexplicable, et le fait, quoique ayant fortement fixé mon attention, me parut vu de trop loin et trop indirectement pour être de quelque utilité scientifique.

Les deux autres ont été soumis à mon observation assez longtemps pour qu'aucune circonstance importante de la maladie ait pu m'échapper.

OBS. II. — Une femme de trente ans, Françoise G..., mère de trois enfants, accouchée du dernier depuis cinq mois, et placée à Paris comme nourrice, était arrivée à cet âge sans avoir eu de maladie, quoique d'une constitution un peu molle et d'un tempérament lymphatique.

Le 8 octobre 1852, à la suite d'un refroidissement brusque, elle est prise de douleurs dans les pieds, puis dans les genoux, les poignets, enfin dans presque toutes les articulations. Elle entre à la Maison de santé le 14 octobre, sixième jour de la maladie.

Elle nous paraît très abattue et très inquiète de son état. Les pieds, les genoux, les poignets sont douloureux et tuméfiés; privation complète de sommeil par l'intensité des douleurs; 108 pulsations régulières, sueurs abondantes, bruits du cœur normaux.

Le sulfate de quinine est donné à la dose de 1 gramme le premier jour, et les jours suivants porté à celle de 15 décigrammes et de 2 grammes.

Sous l'influence de ce traitement les douleurs diminuent, mais les sueurs persistent très abondantes, avec production d'éruption miliaire confluente, très pénible pour la malade; le pouls descend à 96, mais la malade est toujours privée de sommeil, et se tourmente toujours de son état.

A partir du 20, sixième jour de son entrée, douzième de la maladie, l'amélioration paraît cependant manifeste, continue le 21 et le 22. Ce dernier jour, les douleurs se sont dissipées à peu près entièrement; il n'y a aucune complication du côté du cœur ou des plèvres. La convalescence nous paraît prochaine. L'abattement ne nous paraît devoir être attribué qu'aux sueurs abondantes, à l'ennui de la malade. Elle peut manger 2 bouillons et 2 potages.

Le 23, à six heures du soir, l'interne trouve la malade sans fièvre, le pouls mou et régulier, la respiration libre, et cependant elle se plaint toujours d'une extrême faiblesse.

A minuit, l'interne de garde est appelé auprès de la malade, qui depuis une heure est très agitée et dans un état d'angoisse extrême. Il la trouve sans connaissance, les membres dans une résolution complète, couverts d'une sueur très abondante; la respiration est haute, stertoreuse; il y a des évacuations involontaires, et la mort a lieu à une heure du matin.

OBS. III. — Un commis, M. G.-E. d'O..., âgé de trente-deux ans, entre à la Maison de santé le 11 décembre 1852. Il est d'une constitution forte, le teint est brun, la face colorée, l'embonpoint précoce. Il est depuis assez longtemps sujet à des douleurs articulaires, mais peu intenses. Le 2 décembre, il avait été pris de fièvre, avec courbature et douleurs dans les reins. Le lendemain, douleur dans le pied droit, puis dans les genoux, puis dans l'autre pied; plus tard, dans les membres supérieurs. Toutes ces articulations ne furent pas prises ensemble, il y eut des cessations et des récidives sur plusieurs d'entre elles.

Le 9 décembre, on lui fit en ville une saignée abondante, et on lui donna du sulfate de quinine.

A son entrée, le 11 décembre, neuvième jour de la maladie, le malade est agité; le pouls est plein, à 120; sueurs abondantes; les deux pieds, le genou droit et les deux poignets sont tuméfiés et douloureux; bruit de souffle au cœur, premier temps, à la base; frottement léger à la pointe; insomnie et rêvasseries les nuits précédentes, inquiétude vive, crainte de la mort. — Sulfate de quinine, 1 gramme en 3 paquets.

La nuit du 11 au 12 fut très agitée, avec délire; mais le matin de ce dernier jour l'intelligence était fort nette, et les souffrances du malade avaient plutôt diminué qu'empiré. La maladie ne nous parut rien avoir d'excessif quant à son intensité, et surtout quant à sa gravité. — Même dose de sulfate de quinine.

Du 13 au 16, nous assistons à de semblables scènes. On nous parle tous les matins de nuits agitées, avec délire, et chaque jour nous trouvons le malade en pleine possession de sa raison. Les douleurs et la fièvre sont toujours intenses, quoique paraissant diminuer sous l'influence du sulfate de quinine, donné à 1 gramme 50 centigrammes les troisième et quatrième jours du traitement, à 2 grammes le cinquième. La céphalalgie ne nous paraît pas en rapport avec l'intensité de la fièvre; celle-ci d'ailleurs explique suffisamment l'agitation et l'anxiété du malade, sans faire intervenir une complication cérébrale; nous tenons d'ailleurs également compte des sueurs abondantes, d'une éruption miliaire confluente, et le cœur, examiné chaque jour, ne nous paraît participer à la maladie qu'à un degré léger et peu inquiétant. Néanmoins, le 16 décembre, quatorzième jour de la maladie, sixième du traitement, n'ayant obtenu, à la dose de 2 grammes de sulfate de quinine, aucune amélioration, je suspends ce médicament, pour donner le calomel, qui me paraît mieux indiqué par les phénomènes cérébraux nocturnes et par l'état saburral de la langue, joint à une constipation de plusieurs jours. Je donne 30 centigrammes de calomel en 6 doses, devant être prises à une heure et demie d'intervalle.

Le lendemain, 17, quoiqu'il n'y ait pas d'évacuations, il paraît être survenu un peu d'amélioration dans l'état du malade.

Le calomel est donné de la même manière, et ce jour-là il amène deux évacuations dans la soirée. La journée est évidemment meilleure, malgré une légère oppression, à l'occasion de laquelle on s'assure qu'il n'y a pas accroissement dans le bruit de soufflet, qu'il n'existe d'épanchement ni dans le péricarde ni dans les plèvres.

Il y a du sommeil dans la nuit du 17 au 18, qui est beaucoup plus calme que les précédentes.

Le 18, au matin, le malade se trouve, et nous paraît en effet sensiblement mieux; il ne se plaint que de faiblesse, demande à manger, et nous lui permettons 2 bouillons de poulet.

Le 19, à la visite du matin, le mieux a encore fait des progrès; l'état moral du malade est satisfaisant.

Le soir de ce jour, M. Vidal, interne du service, qui m'a fourni les notes qui ont servi à la narration de ce fait, compte 84 pulsations, trouve le malade peu souffrant, respirant facilement, mais suant abondamment et très abattu, s'inquiétant de nouveau de l'issue de sa maladie. La nuit commence avec beaucoup d'agitation. A deux heures du matin, délire violent, mouvements convulsifs, plaintes inarticulées, respiration pénible, entrecoupée; pouls petit, mou, irrégulier, extrêmement fréquent; sueurs froides. Mort à quatre heures du matin, dix-septième jour de la maladie, huitième jour de l'entrée du malade.

OBS. IV. — A la suite de ces trois faits observés la même année dans la même maison, j'en citerai un quatrième dont j'ai été témoin il y a dix ans presque au début de ma pratique et qui m'a été fourni par un malade que m'avait adressé M. le professeur Rostan, dont j'étais alors le chef de clinique. C'était un ouvrier typographe déjà éprouvé par une attaque intense de rhumatisme, à la suite de laquelle s'étaient successivement développés tous les symptômes d'une hypertrophie du cœur avec lésions valvulaires. Dès l'invasion de cette seconde attaque assez promptement intense d'ailleurs, il avait été en proie à une inquiétude extrême sur l'accroissement du mal qui pouvait en résulter pour le cœur; il avait des pressentiments tristes qu'il me communiqua dès la première visite que je lui fis. Je ne pus m'empêcher de les partager intérieurement, mais sans me douter que les conséquences dussent en être plus graves encore. Je sentis que ma responsabilité était sérieusement engagée; une aggravation, si légère qu'elle fût, dans la maladie du cœur, c'était la mort dans l'espace de quelques mois, au plus de quelques années, et après mûre réflexion je me déterminai pour l'emploi du traitement antiphlogistique selon la formule des saignées coup sur coup, à laquelle se prêtaient éminemment l'âge, la constitution et le tempérament du malade. Je l'entrepris avec une confiance que je cherchai à communiquer à ce pauvre homme, je crois même que j'y réussis. Je n'eus qu'à me féliciter de l'adoption de ce traitement par ce qui se passa du côté des articulations et même du cœur. Mais, tout en ayant obtenu personnellement la confiance du malade, je ne pus conjurer toutes ses inquiétudes. Assuré, disait-il, de la convenance ou de la direction du traitement, il ne pourrait en recueillir tout le bénéfice faute de soins secondaires; ce n'était pas sa femme, ses parents qui étaient capables de surveiller ou d'exécuter les détails en mon absence. Il eût désiré auprès de lui une personne qui ne put venir. Ces préoccupations, ces craintes qui n'avaient rien de fondé me révélaient déjà un trouble de l'intelligence qui ne tarda pas à se transformer en un violent délire avec carphologie, soubresauts de tendons, mouvements désordonnés, agitation croissante, qui firent place ensuite à un abattement suivi de coma et de mort dans l'espace de quatre ou cinq jours, symptômes qui, dans mon appréciation d'alors, furent très caractéristiques de l'existence d'une méningite.

J'arrive maintenant à l'exposé sommaire de deux faits de rhumatisme articulaire compliqués de délire et suivis de guérison. Ces faits, quoique probablement beaucoup moins rares que les précédents, sont cependant les seuls dont j'aie conservé le souvenir, au moins depuis que mon attention a été appelée sur la valeur pronostique du délire par les faits malheureux dont je viens de rendre compte.

OBS. V. — Le premier malade de cette seconde catégorie est un homme âgé de vingt-cinq ans, monteur en cuivre, bien constitué, d'un tempérament lymphatico-sanguin, entré à la Maison de santé le douzième jour d'un rhumatisme articulaire aigu, qui commença par les pieds et envahit successivement, mais sans les occuper simultanément, presque toutes les articulations du corps. Le mal avait atteint son maximum d'intensité; le 14 juillet 1852, jour de l'entrée de cet homme à la Maison de santé, les douleurs étaient extrêmement vives, arrachant des cris au malade. De plus, il y avait un épanchement pleurétique occupant en hauteur la moitié du côté gauche de la poitrine, un léger bruit de frottement péricardique à la pointe du cœur; les deux bruits produits par la contraction de cet organe n'étaient qu'un peu sourds; la fièvre était assez intense, la dyspnée notable. On appliqua un vésicatoire sur le côté gauche de la poitrine, et on administra le premier jour 1 gramme de sulfate de quinine. Ce médicament fut porté les jours suivants à la dose de 15 décigrammes et de 2 grammes. Le cinquième jour, la garde nous dit que le malade avait eu du délire pendant la nuit. Le sulfate de quinine fut suspendu ce jour, 20 juillet, et remplacé pendant deux jours par 30 centigrammes de calomel, sans interruption du délire.

Le 23 juillet, on donna un julep avec 5 centigrammes d'extrait thébaïque. La nuit fut plus calme; sous l'influence de l'opium, le délire diminua, et le malade dormit un peu, quoique les douleurs persistassent encore avec une certaine intensité le troisième jour de l'administration de l'opium. Par contre, l'épanchement, qui avait été presque stationnaire jusqu'à ce moment, diminua rapidement.

Enfin, le 30 juillet la fièvre cessa presque entièrement; le malade commença à prendre quelques aliments, et il put sortir guéri le 13 août.

OBS. VI. — Le second malade va nous offrir un exemple de délire porté à un degré autrement remarquable.

Il est valet de chambre, âgé de vingt-deux ans, maigre, d'un tempérament lymphatico-sanguin, assez nerveux, peu robuste; il n'a jamais eu de rhumatisme articulaire antérieurement à celui pour lequel il entre à la Maison de santé le 4 décembre 1852.

Ce malade a été pris de frisson avec fièvre le 28 novembre dernier, puis de douleurs dans les deux pieds, aux deux genoux, et enfin au poignet droit. Le jour de son entrée, les deux pieds, le genou gauche, le poignet et le coude droits sont le siége de douleurs très vives et de gonflement. La fièvre est intense, la langue blanche, la respiration un peu gênée, mais le cœur et les plèvres exempts de complication. — 1 gramme de sulfate de quinine est donné le 4 et le 5 décembre; 1 gramme 50 centigrammes du 6 au 12.

Les douleurs vont toujours en diminuant jusqu'à ce dernier jour, où elles reparaissent plus vives que jamais. Presque toutes les articulations sont prises; léger bruit de souffle à la pointe du cœur. — 2 grammes de sulfate de quinine.

Le 13, pas d'amélioration. — Même prescription.

La nuit du 13 au 14, le malade commence à avoir du délire; il se lève plusieurs fois et se recouche sur les instances de son voisin. — Suspension du sulfate de quinine.

Le malade est encore très agité pendant la journée du 15. La nuit suivante, vers deux heures, il se lève, s'habille complétement, assemble ses hardes en un paquet, descend l'escalier, sonne à la loge du con-

cierge, et demande à sortir. On le reconduit à son lit, on le couche ; il s'endort sur le matin.

Le 16, le malade, dont l'aspect offre quelque chose d'insolite, n'a pas la conscience de s'être levé pendant la nuit. Il lui reste à peine des traces de ses douleurs articulaires. Le pouls est peu fréquent: rien n'indique un état grave. — Julep gommeux avec 5 centigrammes d'extrait d'opium.

La nuit suivante, le malade est très calme et dort. Absence complète de délire.

Le 17, les douleurs, qui avaient disparu presque complétement depuis le délire, sont revenues assez vives au poignet droit, et s'étendent bientôt aux doigts de la même main.

Le 20, elles reparaissent à l'épaule et dans un genou du même côté. On donne de nouveau le sulfate de quinine, et on le porte en quelques jours à la dose de 15 décigrammes, sans qu'il survienne du délire. On continue le médicament avec une amélioration soutenue jusqu'au 26 décembre ; le malade sort guéri le 3 janvier suivant.

Morsures de serpent.

1° *Morsure de serpent à sonnettes ; guérison par les spiritueux.*

Cette observation est rapportée par le patient, le lieutenant Woodruff, au service des États-Unis d'Amérique du Nord.

Le 17 septembre 1851, étant à la chasse, il se trouva près d'un serpent à sonnettes, qui s'élança sur lui ; il put le frapper d'un coup de canne et lui briser la colonne vertébrale. Curieux de conserver le serpent, qui offrait un beau spécimen de son espèce, il ne voulut plus risquer de le gâter en le frappant d'autres coups. Il plaça son fusil sur la tête du reptile pour la maintenir, et voulut le saisir immédiatement derrière la tête. Malheureusement il le saisit trop loin ; le serpent put ramener sa tête en arrière, en dépit de la pression exercée avec le fusil, et le lieutenant fut mordu à l'index de la main gauche. La douleur fut très forte et accompagnée de nausées. Le blessé suça immédiatement la plaie, fit appliquer une ligature autour du doigt, qu'il scarifia, et qu'il continua à sucer en retournant au camp d'où il était parti.

En revenant, il fit appliquer de l'ammoniaque sur la morsure, et une des personnes qu'il rencontra lui conseilla d'employer un moyen de traitement connu sous le nom de remède de l'Ouest, et qui consiste à s'enivrer. Le conseil fut adopté ; et comme on avait une bouteille de whisky, le blessé en but une demi-pinte. Les glandes axillaires étaient tuméfiées et douloureuses. (Ammoniaque à l'intérieur.) — Le doigt fut de nouveau scarifié et plongé dans l'eau chaude, où il saigna abondamment ; après quoi on trempa le doigt dans l'ammoniaque, tout en buvant de l'eau-de-vie.

La quantité de whisky et d'eau-de-vie que prit le blessé fut énorme, puisqu'il déclare que dans des circonstances ordinaires elle aurait suffi pour tuer un homme ; il en résulta une ivresse qui dura quatre heures, et pendant laquelle il y eut de nombreux vomissements. Quand l'ivresse fut dissipée, le malade enleva la ligature et appliqua sur la plaie un cataplasme de graine de lin. — Ammoniaque à l'intérieur, pilules purgatives (calomel et coloquinte), 10 grains de poudre de Dower.

Le 18, la nuit avait été mauvaise ; douleur très intense ; ligne rouge s'étendant du bras à l'aisselle. Frictions sur le bras avec la teinture d'iode ; iodure de potassium à l'intérieur. Les pilules purgatives n'ayant pas opéré, le malade prit du sulfate de magnésie, qui le purgea ; il put manger un peu. Il essaya de marcher un peu, mais des douleurs violentes et les nausées l'obligèrent de cesser.

Le 20, douleurs violentes ; le côté gauche enflé jusqu'à la hanche ; nausées après une tentative de marche. — Cataplasmes, iode à l'intérieur, iodure de potassium, pilules mercurielles, poudre de Dower.

Le 22, l'enflure du côté avait disparu ; le bras n'était que peu enflé. Il fut possible de faire quelques pas sans nausées ni vomissements.

Le 23, l'amélioration continua, quoique la plaie eût un mauvais aspect.

Le 24, le malade se mit en marche avec le corps auquel il appartenait. La chaleur et les mouvements de la mule qu'il montait le firent beaucoup souffrir pendant une marche de six milles. L'ongle tomba ce jour-là. L'amélioration continua à se faire lentement.

Vers la fin d'octobre, une eschare se détacha et laissa l'os de la phalange dénudé en deux endroits.

La cicatrisation ne fut complète que le 7 février, mais la phalange avait perdu ses mouvements.

Le recueil auquel nous empruntons ce fait mentionne un autre cas de guérison obtenue par le même moyen, mais sans donner aucun détail. (*American journ. of med. sciences.*)

2° *Morsure de vipère* (*vipera chersea*).

Il n'est pas sans utilité de rapprocher de l'histoire qui précède celle que raconte en ces termes le docteur Creutzer (*Wien. Zeitschr.*, 1853) :

Le 27 août, vers midi, en écartant quelques herbes avec la main, je fus mordu par une vipère à la face dorsale de la dernière phalange du doigt indicateur droit. Immédiatement je ressentis, non pas au point où la morsure à peine visible avait eu lieu, mais au pli du coude, une douleur vive et lancinante ; je me hâtai de pratiquer la succion, et je parvins à exprimer quelques gouttes de sang. Cependant, comme la douleur commençait à l'index et au médius, comme le gonflement était déjà sensible et s'accroissait rapidement, je cautérisai avec le nitrate d'argent, j'enveloppai ma main dans un linge imprégné d'eau fraîche, et me rendis à la ville voisine distante d'environ une demi-lieue.

A mon arrivée, la main et l'avant-bras ont plus que doublé de volume ; douleurs violentes, lancinantes, térébrantes ; sensation de brûlures qui s'étend le long du bord radial du bras jusqu'à l'aisselle. Pour la première fois j'éprouvai de la fatigue, de l'agitation, une angoisse précordiale avec contracture pénible du diaphragme, sécheresse de la gorge, spasmes de la vessie, défaillance, frissons. Sur le conseil du professeur Dumreicher, application de 15 sangsues le long des vaisseaux lymphatiques, aux points où existent des traînées rouges, cataplasmes de glace renouvelés toutes les dix minutes ; à l'extérieur, un dixième de grain d'acétate de morphine. J'en ressentis quelques soulagements ; à l'agitation succéda un sommeil interrompu par du délire. Le lendemain matin, les symptômes les plus fatigants, les mouvements spasmodiques du diaphragme et de l'œsophage s'étaient calmés, le gonflement du bras avait considérablement augmenté ; le membre tuméfié était froid, pâle, à l'exception des cordons rouges de la lymphangite. La fièvre persistait ; pouls à 104. — Frictions avec l'onguent napolitain.

Le 29 août, la fièvre n'a pas baissé ; le gonflement s'est étendu à l'épaule, à la poitrine, à l'abdomen ; il est limité par la clavicule, le sternum et le ligament de Poupart. Il s'est élevé au-dessus de la morsure et des piqûres de sangsues des bulles d'un gris de plomb ou d'une teinte plus foncée remplies de sang fluide.

Le 30, ecchymoses noirâtres le long du trajet des vaisseaux lymphatiques, sur la face externe du bras, au dos, dans l'aisselle ; tuméfaction, fièvre, douleur comme la veille. — Jusqu'au 31, continuation des applications froides, bain tiède, laxatifs, frictions avec l'huile de jusquiame.

Le 3 septembre, la tuméfaction était très diminuée, la fièvre avait cessé. La résorption ne s'accomplit qu'en quatorze jours ; elle eut lieu en provoquant de violentes et douloureuses convulsions de l'avant-bras, qui m'éveillaient la nuit et retentissaient dans le coude ; les autres accidents disparurent aussi graduellement, mais avec plus de lenteur.

En 1852, un gardien du Jardin zoologique de Londres mourut en une heure et demie des suites de la morsure d'un serpent désigné sous le nom de *cobra di capello*. Cette histoire, publiée par le *Medical times*, avait excité en Angleterre un vif intérêt, et avait été reproduite par les journaux politiques. L'accident si subit dont ce malheureux gardien fut victime a été l'occasion de quelques études sur le venin des serpents. C'est à la suite de l'événement que diverses expériences ont été entreprises, tant sur l'action du venin des serpents, que sur les moyens curatifs les plus efficaces. Dans une brochure publiée par le docteur Cockle en 1852, l'auteur a essayé de déterminer avec quelque précision les effets du venin du *cobra di capello*. Il conclut que ce poison peut être considéré comme le type d'un genre de substances vénéneuses qui agiraient en favorisant la décomposition des tissus, à la manière des matières septiques. L'arsenic serait, au contraire, le type de la seconde classe, et entraînerait, suivant la théorie de Liébig, des conséquences toutes contraires ; il empêcherait la décomposition normale qui doit s'accomplir dans l'organisme, et serait exclusivement antiseptique. Nous ne voulons pas entrer dans les discussions que comporte cette théorie adoptée par un certain nombre de toxicologistes, et contre laquelle s'élèvent de sérieuses objections ; il nous suffira d'indiquer un travail récent inséré dans le *Journal de Hanovre* (1852) et dans lequel le docteur Becker s'applique à contredire cette opinion trop absolue en discutant les faits invoqués en sa faveur, et en particulier ceux de momification des cadavres après l'intoxication arsenicale. (*Arch. gén. de méd.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 29 juin 1853. — Présidence de M. Guersant.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Présentation de malades.

M. Chassaignac présente un homme âgé d'une trentaine d'années, qui est affecté d'un hygroma de la bourse muqueuse anté-rotulienne gauche. La tumeur est très volumineuse et fluctuante. En l'examinant avec attention, on reconnaît qu'elle contient un corps étranger volumineux, dur, comme osseux et adhérent. M. Chassaignac, en signalant cette dernière particularité, demande si elle ne devient pas la source d'indications thérapeutiques spéciales. Doit-on se contenter d'une injection iodée et se comporter comme si ce corps n'existait pas, ou doit-on procéder à son ablation ? Et, dans ce cas, à quel procédé faut-il avoir recours ?

M. Huguier signale la rareté et l'intérêt de cette communication. Le traitement des hygromas est aussi simple que possible ; et surtout avec les injections iodées, son succès est assuré. Mais dans ce cas particulier on devra adopter un traitement plus complexe.

Si, dit M. Huguier, ce malade, qui est rouleur, exerçait une autre profession dans laquelle il ne fût pas dans la nécessité de se servir de son genou comme point d'appui lorsqu'il descend des tonneaux pesants dans des escaliers de cave, je serais disposé à me contenter de la ponction et de l'injection iodée. Mais dans ce cas particulier, comme on doit s'efforcer de rendre au malade l'usage absolu de son membre, il faut nécessairement extraire le corps étranger. Pour cette opération, il convient d'opérer en deux temps, incisant d'abord la bourse muqueuse dans une étendue médiocre, puis, huit ou dix jours après, en prolongeant cette première incision, on arrive à enlever le corps étranger.

M. Guersant parle dans le même sens que M. Huguier. Il est d'avis d'enlever le corps étranger et de pratiquer l'opération en plusieurs temps.

— M. Duménil, interne de M. Cazenave, présente un malade qui, à la suite d'une lésion traumatique de l'aorte, offre des altérations très remarquables de la cuisse et de la jambe ; altérations qui avaient été considérées comme produites par un éléphantiasis.

L'observation détaillée est déposée sur le bureau et renvoyée à l'examen d'une commission composée de MM. Morel-Lavallée, Demarquay et Gosselin.

Correspondance.

La Société reçoit :

1° Différents journaux de médecine.

2° M. Guersant a reçu pour la Société, de la part du ministre de l'instruction publique, les publications suivantes :

Recueil des publications de la Société havraise. Etudes diverses des 18e et 19e années (1850 à 1852) ;

Réfutation d'un compte-rendu, par M. le secrétaire de la Société d'études diverses du Havre, d'une communication faite à cette Société il y a plusieurs années, et démontrant qu'un parallélipipède homogène flottant serait, quoique parfaitement symétrique, contraint, par les lois de l'équilibre, à un mouvement de rotation, si le rapport entre sa densité et celle du liquide qui le porte subissait certaines variations alternatives et constantes (remercîments) ;

De l'emploi du chloroforme et de ses différentes applications ; par M. Yvonneau, médecin des épidémies et membre du conseil d'hygiène publique de l'arrondissement de Blois, etc. ;

De la méningite tuberculeuse étudiée au point de vue clinique ; par Henri Hahn, médecin de l'hospice Joséphin, à Aix-la-Chapelle, etc.

3° M. Ricord adresse :

1° Son *Traité complet des maladies vénériennes*, ou *Clinique iconographique de l'hôpital des Vénériens*. 1851 ;

2° Son *Traité pratique des maladies vénériennes*. 1838. (Remercîments.)

— A propos de la correspondance, M. Marjolin annonce qu'il a reçu la nouvelle officielle de la mort de M. Pravaz, qui a succombé aux suites d'une congestion cérébrale.

— M. Larrey a reçu de M. Gély une note manuscrite dont il donne lecture. Cette note est relative à un nouveau mode de courbure à imprimer aux sondes pour rendre le cathétérisme plus facile chez les vieillards. (Renvoyé à l'examen de M. Robert.)

Lecture.

M. Reybard (de Lyon) donne lecture d'un chapitre inédit de son livre sur les affections de l'urètre.

Discussion sur le rapport de M. Robert.

A propos du procès-verbal, M. Déguise revient sur quelques observations qu'il a adressées à M. Robert relativement à la manière dont sont reproduites les idées professées par M. Sédillot.

M. Robert répond en quelques mots que ce qu'il a reproduit dans son rapport est emprunté à la dernière publication de ce chirurgien.

M. Robert annonce en outre que pour simplifier et rendre plus fructueuse la discussion entamée, il se propose de ne répondre que lorsque toutes les objections lui auront été soumises par ses collègues. Il invite les orateurs à poser autant que possible des conclusions précises qui puissent servir de point de départ à la réfutation.

M. Chassaignac prend la parole en ces termes :

Messieurs, le rapport que nous a lu M. Robert dans l'une des dernières séances est une œuvre sérieuse. La Société de chirurgie doit la discuter sérieusement. Elle le doit, non-seulement comme témoignage de considération et d'estime pour le travail que soumet à son examen l'un de ses membres, mais encore parce qu'il s'agit d'une haute question de pratique, d'une question sur laquelle se concentre un grand intérêt d'actualité d'un problème à l'égard duquel des solutions sont attendues avec impatience par tout le corps médical.

Avant d'entrer dans cette discussion, je me suis demandé jusqu'à quel point il était possible de discuter les faits eux-mêmes, et les divers éléments de ces faits, sans porter ombrage aux personnes, sans leur porter préjudice dans des choses que nous ne saurions trop respecter, la considération et les intérêts professionnels de confrères justement estimés.

Je déclare donc hautement que je n'entends me permettre de blâmer la conduite d'aucun de mes confrères dans les faits relatifs au chloroforme. Je puis bien dire, ce me semble, que telle ou telle pratique particulière n'a pas mon approbation ; mais de là à qualifier de fautes les actes émanés d'une conviction différente de la mienne, il y a loin, et je m'empresse de déclarer que dans le fait qui sert d'origine à cette discussion la conduite du praticien est au-dessus de tout reproche, et je dirais même que dans les onze à douze cents inhalations que j'ai pratiquées jusqu'ici il en est bien peu qui l'aient été avec autant de prudence et d'attention que dans le fait de l'honorable M. Vallet (d'Orléans).

Quand fait-on une faute en pratique ? C'est apparemment quand on se met en opposition volontaire et systématique avec quelques-uns de ces principes qui ont reçu la double sanction de l'expérience et du temps, qui sont depuis longtemps consacrés par l'universel assentiment des praticiens éclairés. Mais les principes de l'anesthésie ? Ils sont nés d'hier. Ils se cherchent encore, ils ne se dégagent qu'avec peine et un à un des observations que chaque jour amène, empruntant leurs éléments à l'étude des malheurs mêmes que l'anesthésie peut enfanter.

Mais autant nous avons de ménagements à garder dans tout ce qui touche à l'honneur et à la tranquillité de nos confrères, autant nous devons avoir de liberté et d'indépendance dans la discussion des principes.

Le fait capital du rapport de M. Robert, celui qui a dicté les conclusions de son travail, celui sur lequel il nous importe le plus de nous faire une opinion motivée, c'est celui-ci : la mort subite qui survient par l'inhalation du chloroforme est le résultat d'une idiosyncrasie que rien ne peut faire prévoir et dont rien ne peut arrêter les effets.

Cette doctrine, qui repose sur l'idée d'une idiosyncrasie, c'est-à-dire de ce qu'il y a de plus insaisissable, de plus imprévu, de plus irrémédiable, permettez-moi de l'appeler la doctrine du *quid ignotum*.

A côté de cette doctrine s'en élève une autre que j'appellerai la doctrine des *causes connues*, parce qu'elle repose, suivant moi, sur des faits antérieurs de l'ordre physiologique et pathologique, sur des phénomènes connus dans leurs causes, dans leur mécanisme et dans leurs moyens de traitement.

Si je ne consultais que l'impression favorable dont on ne peut se défendre à la lecture d'un travail aussi recommandable que celui de M. Robert, travail que je considère comme un modèle de bonne discussion académique, je n'aurais à donner au rapport et à ses conclusions qu'une approbation pleine et entière.

Mais le lendemain de cet assentiment sans réserve, je rentre dans un service d'hôpital ; je retourne auprès des malades qui, dans la pratique particulière, peuvent m'accorder leur confiance.

J'y retourne poursuivi par un sentiment de défiance et d'inquiétude. Je ne puis me soustraire au souvenir de ces paroles fatales : que je vais poser la question de vie et de mort, que je suis menacé par un *quid ignotum*, une idiosyncrasie, un je ne sais quoi ! En face de chaque malade que je vais anesthésier, je me dis : Il y va de la vie de cet homme, et je sais, toujours d'après le rapport, que si la chance tourne mal, l'art ne me donne aucun moyen d'enrayer les accidents.

Cette situation, messieurs, est intolérable ; elle ne nous laisse aucune sécurité ; elle met chaque jour en question, et sur un coup de dés, notre repos, notre réputation ; elle porte le trouble dans les âmes les plus fermes, dans les consciences les mieux éprouvées ; elle nous porte invinciblement à restreindre l'emploi du chloroforme aux cas où il nous est pour ainsi dire imposé malgré nous.

Si telle était pourtant la fatalité des choses, il faudrait bien s'incliner devant l'évidence, et ce serait à nous de voir si, pour épargner de la douleur aux malades, si pour assurer la réussite plus prompte et plus complète de certaines opérations, nous devons les exposer eux et nous aux conséquences dangereuses de l'anesthésie. Nous avons donc à examiner ce qu'il peut y avoir de fondé dans cette doctrine, et notre position nous oblige à le faire avec un soin scrupuleux.

Nous avons à nous occuper de deux questions :

1° Est-il nécessaire de recourir à l'existence d'une idiosyncrasie pour se rendre compte des morts subites observées pendant l'emploi du chloroforme ?

2° Les cas de mort peuvent-ils s'expliquer par l'intervention de phénomènes connus, tels que la syncope, l'asphyxie, la suspension ou la perturbation de l'action nerveuse ?

La première question se résout pour nous par la négative. Non, il n'y a pas une idiosyncrasie anesthésique, à moins qu'on ne prenne ce

mot dans une acception inconnue jusqu'ici ; car, suivant la judicieuse remarque de M. Robert lui-même, l'état particulier dont il parle peut se développer d'une éthérisation à l'autre, et jamais dans le langage médical exact le mot idiosyncrasie n'a été appliqué à pareille disposition. C'est quelque chose de moins capricieux, de plus stable, de plus étroitement lié à la constitution du sujet ; c'est une cause qui reproduit toujours ses mêmes effets dans les mêmes conditions, qui n'existe pas aujourd'hui pour disparaître demain. Le *quid ignotum* n'est donc pas une idiosyncrasie.

Si ce n'est pas une idiosyncrasie, qu'est-ce donc ?

C'est une syncope ou une asphyxie chez un sujet dont le système nerveux vient d'être mis par le chloroforme en dehors de ses conditions ordinaires et de sa spontanéité normale. C'est chose très fâcheuse, très dangereuse même, mais ce n'est ni inévitable ni irrémédiable.

On me demande sur quoi je fonde cette opinion : je réponds que c'est sur l'analyse rigoureuse des faits, et je donne immédiatement mes preuves tirées de tous ceux sur lesquels j'ai pu me procurer quelques renseignements.

J'ai réuni 47 observations, et il n'en est pas une où je ne trouve quelque dérogation à des principes que je crois utiles et préservateurs dans la pratique de l'anesthésie.

Ici j'ai besoin d'entrer dans quelques détails sur le mode d'administration du chloroforme.

Je vois, par exemple, que dans la grande majorité des quarante-sept cas dont je vous parle l'inhalation a été pratiquée au moyen d'un linge (mouchoirs, serviettes, compresses, bourdonnet, etc.). Eh bien ! cette pratique ne donne pas, selon moi, une sécurité suffisante contre l'asphyxie. Elle se prête d'une manière trop variable au libre accès de l'air, qui, suivant le principe posé par M. Sédillot, est une condition en quelque sorte obligatoire. Ces corps flottants jouent trop facilement le rôle de soupape, et, s'ils viennent à se coller sur les orifices naturels, plus d'aspirations de l'air, inspiration exclusive de la vapeur anesthésique, asphyxie complète. Une expérience bien simple peut être faite à ce sujet, c'est celle qui consiste à respirer pendant qu'on est couché horizontalement la bouche largement ouverte sous un linge mouillé. On voit bien vite qu'à chaque inspiration le linge s'applique en manière de soupape sur l'orifice buccal et ne laisse passer l'air qu'avec difficulté.

Dans un certain nombre des quarante-sept cas, je vois que l'anesthésie a été pratiquée dans la position assise ; ici ce n'est plus à l'asphyxie, c'est à la syncope que nous avons affaire ; en effet, l'expérience de tous les jours ne nous apprend-elle pas que la position horizontale est le plus sûr moyen d'éviter la syncope et de la faire cesser quand elle existe. Est-il besoin de rappeler à ceux qui douteraient du rôle de la position assise comme cause de syncope que la position assise est tout juste la moitié de la position debout ? et faut-il ajouter, enfin, que l'attitude verticale pendant l'anesthésie serait une cause presque assurée de syncope ?

Chez d'autres malades faisant partie de la série des quarante-sept cas, il est survenu, peu de temps avant la mort, des mouvements désordonnés et violents, que je considère comme très dangereux, en ce qu'ils préparent une syncope, et ils la préparent par le changement de position, qui convertit la position horizontale en attitude assise ou debout. — J'établirais donc volontiers, pour règle, qu'il ne faut point pratiquer l'anesthésie quand on n'a pas un nombre d'aides suffisant pour maintenir d'une manière assurée l'immobilité ; et si, malgré ces précautions, il se produit de grands mouvements du tronc, on doit suspendre l'inhalation pour ne la reprendre qu'après le retour du calme.

3° Quelques malades ont subi l'inhalation dans des lieux où le nombre des personnes présentes et le défaut de ventilation ne permettaient pas le renouvellement en quantité suffisante d'un air parfaitement respirable. Qu'on se demande, à ce sujet, ce qui arriverait si l'on pratiquait l'éthérisation dans une cave, et, d'autre part, ce que l'on fait aussitôt qu'une personne se trouve mal dans une réunion ; ne s'empresse-t-on pas d'ouvrir les croisées, ou de porter le malade au grand air ?

4° Je vois encore que parmi mes quarante-sept cas se trouvent des sujets dont le pouls n'a pas été consulté à tous les moments de l'anesthésie ; dès lors on n'a pas été averti assez promptement de l'imminence de la syncope : elle eût été signalée par l'affaiblissement du pouls, elle n'était qu'imminente ; on aurait pu peut-être y porter remède : quelques émanations de plus, et cette syncope est devenue irrémédiable.

J'ajouterai enfin que, parmi les quarante-sept cas, il s'en trouve dans lesquels le chloroforme a été administré par des personnes étrangères à la médecine. Enfin, dans certains cas, il y avait lésion organique du cœur ou des poumons. Ce ne sont pas des cas de ce genre qui ont été mentionnés par M. Robert ; mais si l'on tient pour être de quelque valeur les conditions dont nous avons précédemment parlé, je vois que dans les sept observations mentionnées par notre honorable collègue il n'y en a qu'une seule dans laquelle l'inhalation ait été faite par le moyen de l'éponge. Je me trompe, il y en a deux ; mais l'éponge étant recouverte dans un cas par une vessie ou une toile cirée, je trouve cette dernière condition encore plus défavorable, attendu que si le mouchoir laisse passer très peu de chose, la toile cirée ne laisse rien passer du tout. Je vois encore que, parmi ces sept cas, il en est quatre dans lesquels les malades étaient assis, et enfin trois dans lesquels ont eu lieu ces mouvements désordonnés, préparateurs de la syncope. Il me suffit de rappeler Mmes Simon et Labrune, et ce jeune homme qui, après avoir échappé aux aides, périt sous leurs yeux au moment où ils parviennent à le remettre en position.

Je voudrais donc, avant d'admettre l'existence d'une idiosyncrasie, que, pour justifier l'opinion de M. Robert, on présentât un nombre d'observations suffisant pour motiver des conclusions générales, et dans lesquelles toutes les conditions que je vais énumérer ayant été scrupuleusement observées, la mort subite aurait eu lieu ; jusque-là je maintiendrai pour vraies les propositions suivantes, qui n'ont pas le même caractère de fatalité que celles de M. Robert :

1° La respiration du chloroforme rend très dangereuses les asphyxies et les syncopes qui surviennent pendant l'action anesthésique.

2° Il faut tout faire pour éviter l'asphyxie et la syncope pendant l'anesthésie.

3° L'art parvient, dans l'immense majorité des cas, à prévenir les syncopes et asphyxies anesthésiques par l'emploi des moyens suivants :

1. Chloroforme pur ;
2. Position horizontale ;
3. Accès facile de l'air en même temps que des vapeurs de chloroforme ;
4. Empêchement apporté à tout grand mouvement du corps ;
5. Surveillance incessante du pouls à tous les moments de l'inhalation ;
6. Suspension immédiate de l'inhalation dès que le collapsus commence ;
7. Constatation, toutes les fois qu'elle est possible, de lésions antérieures des appareils nerveux respiratoires et circulatoires ;
8. Comme moyens de ramener le sujet à sa spontanéité, ceux qui ont été opposés de tout temps à la syncope et à l'asphyxie, mais particulièrement l'attouchement du fond de la gorge seulement dans le cas particulier, il faut demander beaucoup aux moyens préventifs et attendre très peu des moyens curatifs proprement dits.

Un mot encore pour protester contre la cinquième conclusion de M. Robert, que l'*art ne possède aucun moyen d'enrayer les accidents.* Ce mot sera un fait, un fait qui a eu pour témoins plusieurs internes distingués, MM. Buquoy, Marcé et Codet. Je pratiquais, chez un jeune homme très affaibli, la résection du premier métatarsien atteint de carie. L'ablation faite, je m'aperçois que le premier cunéiforme, qui extérieurement paraissait entièrement sain, est lui-même affecté de carie au centre de sa surface articulaire. J'en entreprends sur-le-champ l'ablation, qui constitue une désarticulation extrêmement laborieuse. Tout à coup un des assistants s'écrie que le pouls a cessé de battre. Me rappelant le conseil donné par M. Monod de stimuler le fond de la gorge, je veux réveiller par ce moyen les mouvements vitaux arrêtés ; mais les dents sont serrées (je n'aurais pu faire ni l'insufflation bouche à bouche, ni l'attouchement du fond de la gorge par l'ammoniaque, que je considère du reste comme une cause de constriction pour la glotte). Je saisis une forte spatule ; j'écarte de force les os maxillaires, et je plonge le doigt dans le fond de la gorge : quelques indices du retour à la spontanéité vitale se manifestent ; je reprends mon opération, que je complète. Le malade a parfaitement guéri : je l'ai montré à plusieurs des membres de cette Société.

M. Ricord. En prenant la parole dans cette discussion, mon intention est simplement de vous entretenir de faits particuliers qui vous paraîtront peut-être mériter un intérêt spécial.

Cependant, avant d'entrer en matière, permettez-moi de dire quelques mots sur l'appréciation de la gravité que comporte avec lui l'emploi du chloroforme. Oui, à n'en pas douter, il s'agit pour le patient d'une question de vie et de mort ; seulement, les chances mauvaises sont bien moindres que ne le dit M. Robert, tout en étant plus nombreuses que M. Chassaignac ne semble l'admettre. Aussi, en appréciant le nombre considérable de faits qui me sont personnels, et dans lesquels je n'ai jamais perdu de malade, je me résume sur cette question en disant que je serais moins craintif que M. Robert et plus réservé que M. Chassaignac.

Ceci dit, j'arrive à la possibilité de combattre les accidents, que l'on veut considérer comme étant au-dessus des ressources de l'art.

Déjà quatre fois je me suis trouvé en face d'accidents aussi graves que possible ; rien ne manquait comme signes apparents de la mort, et cependant j'ai pu conjurer cette mort imminente.

Dans ces quatre cas je m'étais servi de l'éponge, les malades avaient été maintenus couchés ; cette précaution, je ne m'en écarte jamais, car je pense que la mort survient par syncope, et la position horizontale me paraît la meilleure pour la conjurer. Les malades respiraient librement ; il ne manquait, en un mot, aucune de ces précautions que rappelait M. Chassaignac, et c'est dans ces conditions que sont survenus les accidents.

Quant aux mouvements désordonnés des malades, on ne saurait les empêcher ; c'est une conséquence presque forcée de l'anesthésie pendant les premières périodes de l'inhalation. Jamais, du reste, cette véritable lutte que soutiennent certains malades n'a été suivie d'accidents. Ainsi, aucun de mes quatre malades n'avait présenté cette extrême agitation.

Sur tous les opérés, je fais constamment observer l'état du pouls, et je ne saurais partager l'idée des physiologistes qui pensent que, lorsque la mort doit survenir, elle s'annonce par des modifications graduelles du pouls. Il n'en est rien : les pulsations s'arrêtent brusquement et sans transition ; les malades sont foudroyés. Pourquoi ? Y a-t-il, comme le dit M. Robert, une idiosyncrasie ? mot, du reste, que notre collègue n'entend sans doute pas dans son acception médicale ordinaire. Rien ne peut être précisé, car il est quant à présent impossible de dire *à priori* si le malade doit être en danger par le fait du chloroforme. Il est bien entendu que nous faisons abstraction de ces cas particuliers qui sont compliqués d'une lésion organique, surtout portant sur l'appareil de la circulation et de la respiration.

Il faut donc admettre une disposition particulière, ou, pour nous servir de l'expression de M. Robert, en la modifiant légèrement, une idiosyncrasie momentanée.

Venons maintenant aux faits que j'ai observés.

Dans deux cas il s'agissait de faire une circoncision, dans un autre cas une castration, et enfin dans le dernier, relatif à une femme jeune et bien portante, du reste, je procédais à l'excision de végétations situées sur le vagin. Nous rapportons brièvement cette dernière observation.

Une jeune femme présentait des végétations à l'entrée du vagin. La malade ne voulut les laisser exciser qu'à la condition d'être rendue insensible. Je n'y consentis qu'avec peine, et sur les instances de cette dame et de son mari. A peine avait-on obtenu l'anesthésie, ce qui fut prompt et facile ; lorsque déjà une des végétations avait été emportée, tout à coup la malade cessa de respirer ; le pouls était devenu nul. Il y eut relâchement de tous les sphincters ; à l'auscultation aucune trace de battements du cœur ; c'était un cadavre. Immédiatement j'eus l'idée de pratiquer une insufflation bouche à bouche. Aussitôt tout accident cessa, et cessa sans les transitions habituelles qu'on remarque chez les malades qui reviennent peu à peu dans leur état normal lorsque se dissipent les effets des anesthésiques.

Le deuxième malade subissait l'opération de la circoncision ; tout allait parfaitement bien, lorsque l'aide qui était chargé de suivre l'état du pouls me dit qu'il n'y avait plus de pulsations. Je trouvais les mêmes apparences, les mêmes symptômes notés dans ma première observation ; de même je pratiquai l'insufflation bouche à bouche, et le retour à la vie fut aussi instantané, aussi complet.

Mes deux autres opérés présentèrent exactement les mêmes accidents, et de même aussi l'insufflation les fit revivre.

Ainsi, sur ces quatre malades aussi morts que possible, moins la continuité, quatre fois j'ai réussi, et réussi aussi sûrement et aussi rapidement. Comment l'air ainsi insufflé a-t-il agi ? par où s'est-il introduit ? Peu importe l'explication ; les faits restent.

Dans tout ce que j'ai dit, messieurs, je n'ai rien ajouté, je n'ai pas cherché à colorer mon récit ; je vous ai rigoureusement exposé les faits.

Le moyen que je propose est simple, il est à la portée de tous, et il n'a jamais été employé, que je sache. Ainsi, je demanderai à M. Robert si on a jamais rien fait de pareil ? Je sais que dans deux ou trois cas on a essayé des insufflations, portées même jusque dans le larynx, mais jamais on n'a immédiatement et avant tout autre traitement, essayé de l'insufflation comme je la pratique. Il ne faut pas arriver trop tard, car alors on vient après le dernier souffle du malade, et je veux que mon souffle soit l'avant-dernier. C'est donc au moment même de la sidération qu'il faut agir. Tant que cette pratique n'aura pas été essayée sans être suivie de succès, j'aurai pour elle la plus grande prédilection, et je la croirai souveraine.

Le secrétaire de la Société, A. Laborie.

COMPOSITION CHIMIQUE DE LA SUEUR CHEZ L'HOMME.

M. le docteur P.-A. Favre, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, vient de publier dans le dernier numéro des *Archives générales de médecine* un mémoire sur la composition chimique de la sueur chez l'homme. Ce mémoire, fort intéressant, avait été entrepris de concert avec le docteur L. Jecker, et devait faire partie de recherches plus étendues sur les sécrétions chez l'homme à l'état normal et à l'état pathologique. La mort, qui a frappé Jecker, a interrompu malheureusement ce travail. Voici les conclusions de ce premier mémoire :

En résumé, je crois pouvoir, dès à présent, déduire de l'ensemble des faits consignés dans ce travail les conclusions suivantes :

1° Les matériaux de la sueur sont, à l'exception de faibles traces, entièrement solubles dans l'eau pure.

2° La matière minérale de beaucoup prédominante dans la sueur est le sel marin, ainsi que cela avait été constaté antérieurement.

3° La proportion de sulfates alcalins est extrêmement faible ; celle des phosphates alcalins ou alcalino-terreux presque nulle dans la sueur.

4° L'analyse y démontre d'une manière incontestable l'existence de l'acide lactique à l'état de lactates alcalins, ainsi que cela avait été annoncé, mais non complétement démontré par l'analyse élémentaire.

5° Les expériences rapportées dans ce travail signalent la découverte dans la sueur d'un nouvel acide azoté, l'*acide sudorique*, et qui s'y trouve à l'état de sudorates alcalins. La formule de cet acide le rapproche à certains égards de l'acide urique, acide qu'on ne retrouve pas dans la sueur.

6° La découverte de l'urée dans la sueur ressort également de ce travail ; ce principe n'avait pu encore y être reconnu.

7° La proportion de matière grasse et de matière albumineuse à l'état d'albuminates alcalins est extrêmement faible dans la sueur.

8° La proportion de potasse par rapport à la soude est relativement plus élevée dans les sels à acides organiques que dans les sels minéraux contenus dans la sueur.

9° La sueur provenant du même sujet et recueillie à différentes époques a présenté sensiblement la même composition, à la condition de provoquer l'expulsion de volumes de sueur à peu près égaux.

10° Lorsqu'on fractionne la sueur d'une transpiration en plusieurs parties, correspondant à deux ou trois périodes égales à partir du commencement de l'expérience, on trouve des différences dans les proportions relatives de sels minéraux et de sels à acides organiques, les premiers étant plus abondants pendant les dernières périodes.

11° Le rapport de l'eau à la somme des matériaux solides ne change pas sensiblement aux différents moments où la sueur est recueillie durant la transpiration forcée.

Grâce à l'impulsion active de l'administration, qui comprend toute l'importance de la bonne exploitation des eaux minérales, au double point de vue de la richesse et de la santé publiques, de grands et nombreux travaux s'exécutent ou vont s'exécuter dans presque tous nos établissements thermaux. Une direction intelligente, éclairée par les conseils des sociétés médicales, tend sans cesse à réaliser et à perfectionner pour chaque nature de sources tous les moyens d'application pratique de l'hydrothérapie thermo-minérale. Elle parviendra bientôt à mettre sous ce rapport les établissements de la France dans un état de supériorité marquée.

Les groupes du centre et des Pyrénées participent surtout de ce mouvement progressif. Au centre, Néris est en voie d'achèvement. Vichy, par suite d'une mesure législative toute récente, va prendre les proportions et l'importance que lui assigne la valeur toute spéciale de ses eaux ; Bourbon-Lancy, si richement doté par la munificence de feu M. d'Aligre, deviendra bientôt le type de l'assistance publique organisée aux eaux minérales ; enfin les eaux de Saint-Honoré, si importantes et si célèbres pendant l'occupation romaine, vont reprendre la place que leur assurent leur abondance, leur nature sulfureuse et leur position au centre des riches contrées du Nivernais.

Aux Pyrénées, il n'est pas un centre important d'exploitation d'eaux minérales qui ne réalise, ou ne doive prochainement réaliser de grands travaux d'amélioration ; à Ussat (Ariége), à Amélie-les-Bains (Pyrénées-Orientales), au Castera-Vanduzen (Gers), à Luchon, à Cauterets, à Bagnères-de-Bigorre, aux Eaux-Chaudes, on le sait, on est à l'œuvre depuis plusieurs années. Les travaux préliminaires de la reconstruction de Baréges sont en voie d'exécution. Aux Eaux-Bonnes, on va construire un établissement spécial pour l'inhalation. Sur tous les points on se prépare au mouvement d'extension que les chemins de fer méridionaux doivent imprimer à l'exploitation des eaux minérales.

Parmi les travaux de la dernière campagne, ceux de Cauterets et de Bagnères-de-Bigorre sont les plus importants. A Cauterets, un établissement nouveau (Pauze) a été fondé ; de nouvelles sources abondantes et variées ont été mises à découvert et sont alimentées ; un système de douches diverses perfectionné, ainsi que des bains spéciaux.

A Bagnères-de-Bigorre, on poursuit, aux Thermes de la ville, les grands travaux qui doivent en faire un des établissements les plus complets sous le rapport des applications de l'hydrothérapie thermo-minérale. Une entreprise aussi hardie dans ses moyens qu'heureuse dans ses résultats vient d'y être accomplie sur la source si précieuse du Foulon. Les ressources en eaux minérales que l'on vient d'y mettre à nu permettront désormais d'y administrer les bains à courant continu.

Une circonstance remarquable de ces derniers travaux est la mise à découvert de vastes piscines romaines et des sources puissantes qui les alimentaient. De nombreuses médailles des empereurs romains y ont été recueillies. Des mesures sont prises pour utiliser ces sources tout aménagées et souterrainement conservées par la mise en pratique du principe des pressions hydrostatiques réciproques, qui, entre des mains habiles et exercées, est le moyen le plus puissant d'accroître et de conserver nos eaux minérales.

Nécrologie. — M. le docteur Abraham, membre de l'Académie de médecine (section de pathologie médicale), vient de mourir dans un âge très avancé. La réception au doctorat de M. Abraham datait de cinquante-deux ans. Il était un des doyens du corps médical parisien.

Traité de la contagion, pour servir à l'histoire des maladies contagieuses et des épidémies, par M. le docteur Ch. Anglada, professeur agrégé, etc., à la Faculté de médecine de Montpellier. 2 vol. in-8°. Prix : 12 fr. — Paris, chez J.-B. Baillière, libraire, rue Hautefeuille, 19.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 82. — MARDI 12 JUILLET 1853. (26e ANNÉE.) N° 82. — MARDI 12 JUILLET 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse. — Trois mois.... 8 fr. 50 c. Six mois.... 16 » Un an..... 30 »

Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies. — Trois mois..... 9 fr. Six mois..... 17 Un an..... 33

Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar. — Trois mois...... 10 fr. Six mois...... 20 Un an...... 38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

PARIS, LE 11 JUILLET 1853.

En dehors des académies, des sociétés savantes officielles, il est des réunions particulières qui, sans être placées sur un aussi grand théâtre, ne sont pas étrangères au mouvement scientifique général qui restera comme un des caractères de notre époque. Formées d'éléments plus modestes, elles apportent aussi leur tribut d'observations intéressantes, de faits curieux, et ne contribuent pas moins au progrès de l'art, envisagé principalement au point de vue pratique.

La Société de médecine pratique, dont la *Gazette* publie depuis longues années les comptes-rendus, est une de celles qui, comme l'indique le nom qu'elle a choisi, s'occupent le plus spécialement de la partie directement utile de la médecine, la discussion des observations recueillies au lit du malade, et l'application des moyens thérapeutiques.

Le procès-verbal que contient le numéro d'aujourd'hui renferme plusieurs faits qui ne sont pas dénués d'intérêt. Nous y trouvons d'abord l'analyse d'un fait présenté par M. le docteur Josias, relatif à une aliénation mentale, lypémanie, suicide, chez lequel on ne trouva à l'autopsie aucune altération organique susceptible de rendre compte des désordres intellectuels, circonstance malheureusement encore trop fréquente dans l'histoire de la pathologie spéciale des aliénés.

Un second fait, curieux en raison de son peu de fréquence, c'est celui rapporté par le docteur Foucart, de l'évolution simultanée de la vaccine et de la variole chez un jeune sujet. L'intérêt de ce cas a surtout consisté en ce que, l'enfant ayant été vacciné quatre jours avant l'apparition des premiers phénomènes varioliques, les deux éruptions se sont développées et ont suivi leur marche chacune de leur côté; mais que cependant celle qui était la première en date a influé d'une manière remarquable sur la seconde. La variole a été manifestement rendue bénigne par la vaccine, contrairement aux assertions théoriques de certains auteurs, regardés trop souvent comme des autorités jugeant sans appel. M. Foucart, dont nous avons publié le travail dans un précédent numéro, n'est pas, du reste, le seul à signaler des faits pareils, et il invoque, à l'appui de son observation, l'expérience de MM. Blache, Guersant et autres, dont personne ne contestera le témoignage.

Les faits d'éclampsie puerpérale suivis de mort sont assez rares pour que l'on ne doive pas passer sous silence les exemples que l'on en peut rencontrer. M. Chalut en a rapporté un dans lequel une énergique médication n'a pu conjurer les accidents, et dont il serait assez difficile de déterminer les causes, à moins de les rapporter à la débilitation suite d'une pneumonie dont la malade était à peine convalescente et à quelques excès de fatigue. Suivie ou non de mort, M. Chalut fait remarquer que l'éclampsie puerpérale est chose peu commune, puisque pendant une pratique de vingt-sept ans, dans une localité très peuplée, il n'en a rencontré que six cas. Les cinq autres se sont terminés par la guérison.

Enfin, une observation de M. Magne, intéressante au point de vue du diagnostic, laquelle a trait à la présence d'un corps étranger sur la conjonctive, ayant produit des accidents qui simulèrent une névralgie intermittente. Inutile de dire que l'extraction de ce corps fit cesser immédiatement tous les phénomènes inquiétants.

HOPITAL BEAUJON. — M. SANDRAS.

Des diverses espèces de paraplégies (1).

PARAPLÉGIES SANS LÉSIONS ORGANIQUES. — SYMPTOMES. DIAGNOSTIC.

Abordons maintenant la question des paraplégies qu'on a coutume d'appeler essentielles, et que nous avons déjà énumérées : nous les rattacherons toutes ou à une cause constitutionnelle, ou à un appauvrissement du sang, dont elles sont la manifestation locale; leur fréquence extrême, la confusion qui règne dans leur diagnostic, leur curabilité, nous engagent à appeler plus spécialement votre attention sur ce sujet.

1° Les paraplégies par chloro-anémie forment ici sans contredit la catégorie la plus importante. Elles se développent à la suite de marches longues et excessives, ou chez des individus qui, ayant fait pendant longtemps des dépenses de forces considérables sans réparation convenable, se trouvent avec un organisme profondément débilité. Et remarquez combien il est important de reconnaître dès le début cet état constitutionnel, car une fois la paraplégie établie, loin de tendre vers la guérison, l'anémie ira croissant de jour en jour. Peut-il en être autrement avec la langueur des fonctions digestives, avec la nutrition et l'assimilation imparfaites qu'entraînent nécessairement le repos au lit et l'immobilité prolongée pendant des années entières?

Mais reconnaître l'anémie n'est pas toujours aussi facile qu'on serait tenté de le croire. Chez la femme, sans doute, la chlorose a le plus souvent un retentissement immense, et l'appareil symptomatique est des plus complets; personne ne méconnaîtra la nature d'une paralysie, lorsque avec elle on rencontrera des bruits de souffle au premier temps du cœur et dans les grosses artères, de l'anhélation, de la gastralgie, des troubles nerveux divers. Mais chez l'homme l'appauvrissement du sang se voile sous les apparences les plus trompeuses : des sujets forts, colorés, vigoureusement constitués, peuvent être anémiques. Sans doute ici nous n'avons pas de bruits de souffle, de teinte caractéristique de la peau, mais en explorant attentivement le pouls, on le trouve petit, mou, facilement dépressible; en auscultant les grosses artères, on note une différence considérable dans la force et l'intensité des deux battements artériels, dont le dernier est peu net et comme soufflé; en même temps il y a de l'anhélation, de la dyspepsie, et une mobilité du système circulatoire telles, que sous l'influence de la moindre émotion, et même sans cela, il y a des colorations instantanées de la figure, qui disparaissent aussi vite qu'elles se sont montrées. En présence d'une pareille réunion de symptômes l'hésitation n'est pas possible, on peut prononcer sans crainte que la paraplégie de cause anémique s'amendera par l'usage du fer et d'un régime convenable.

Il existe en outre, du côté du fait local de la paraplégie, quelques particularités importantes : ainsi presque toujours elle débute par les pieds, qui sont obtus et engourdis alors même que les jambes et les cuisses ont conservé leur sensibilité et leur contractilité normales; peu à peu elle remonte vers le bassin, et la vessie et le rectum ne commencent à être atteints que lorsque déjà la paralysie des extrémités inférieures est des plus prononcées; elle marche donc de la périphérie au centre, bien différente en cela de la paraplégie par lésion de la moelle épinière, qui débute le plus souvent par les organes du petit bassin.

Une fois développée, elle n'offre pas non plus cette fixité que l'on observe dans les paralysies de cause organique : les temps froids, humides et pluvieux diminuent d'un jour à l'autre et d'une manière notable la force des malades; le même effet est produit par toute cause d'épuisement, même légère et momentanée : tel était ce jeune homme que je vous faisais voir il y a quelques jours, et qui a été obligé de renoncer à la pipe, parce que chaque fois qu'il avait fumé et salivé il se sentait beaucoup plus faible; tel est aussi le cas de cette chlorotique sujette aux hémorrhagies, dont la guérison a été plus d'une fois entravée par des flux de sang qui faisaient perdre en quelques instants tout ce qu'on avait obtenu les jours précédents.

Enfin, lorsqu'un traitement convenable a amélioré l'état du malade, les parties atteintes en dernier lieu reviennent les premières à la santé; l'engourdissement des pieds, et surtout la paralysie des péroniers latéraux est un des derniers symptômes qui disparaissent; souvent on la voit persister alors que tous les autres muscles ont repris leur contractilité normale.

L'examen de la colonne rachidienne devra toujours être fait à l'aide d'une palpation attentive, car les symptômes négatifs qu'il fournit doivent toujours être mis en première ligne. Mais ne vous laissez pas induire en erreur sur deux phénomènes auxquels on attache, et avec raison, une grande importance; je veux parler de la douleur à la pression et de la saillie des apophyses épineuses. Dans la paraplégie chlorotique, on rencontre plus que dans toute autre, et surtout au niveau du rachis, ces singulières altérations de la sensibilité dont je vous ai parlé; ainsi, par exemple, il n'est pas rare de rencontrer des points complétement insensibles à une piqûre d'épingle, et où cependant la plus légère pression est fort douloureuse. N'allez pas confondre ces points douloureux, fugaces, mobiles, parfaitement circonscrits, avec la douleur permanente qui indique une altération profonde de la moelle. D'un autre côté, les apophyses épineuses des vertèbres dorsales sont loin d'avoir toujours une égale longueur; pour peu que le sujet soit maigre et qu'on lui fasse fléchir le tronc, on les voit faire sous la peau des saillies inégales que l'on serait tenté, si l'on n'était prévenu, de rapporter à une déviation de la colonne vertébrale par altération osseuse, même en l'absence de tout autre symptôme rationnel.

S'il est des cas où tous ces symptômes, tant positifs que négatifs, concordent d'une manière parfaite de façon à ne laisser aucun doute dans l'esprit, il en est d'autres où l'irrégularité de quelques phénomènes, l'absence de quelques autres amèneront une hésitation bien naturelle. Commencez alors le traitement tel que je vous l'indiquerai plus tard, et au bout de peu de temps la manière dont se comportera la maladie sous l'influence des moyens thérapeutiques vous indiquera certainement quelle est sa nature.

2° Les paralysies hystériques, je le répète, ont été bien souvent confondues avec les paralysies liées à un état chloro-anémique. Une femme éprouve des troubles nerveux variés, douleurs intercostales, étouffements, dyspepsie; qu'il survienne dans ces conditions une paraplégie, on dira qu'elle est de nature hystérique, sans réfléchir que le plus souvent cette femme est chlorotique, que tous ces accidents nerveux, et même la paralysie, disparaîtront sous l'influence d'un traitement tonique et ferrugineux. Pour moi, je ne regarde comme hystériques, à proprement parler, que ces femmes brunes, à système pileux développé, bien menstruées, colorées, d'une forte constitution et d'un aspect tout viril, qui offrent ces convulsions tout à fait spéciales caractérisées par la présence de la boule hystérique et l'intégrité de la connaissance au milieu des accès, accidents que l'on voit rarement liés à une lésion de l'utérus, mais qui le plus souvent s'exaspèrent par l'exercice immodéré des organes sexuels. Lorsqu'une paraplégie survient chez des sujets ainsi disposés, elle offre toutes les nuances possibles d'intensité, est à peu près insensible aux moyens thérapeutiques dirigés contre elle, et, par sa longue durée, ferait croire volontiers à une lésion organique, si on ne la voyait brusquement disparaître, ou spontanément, ou sous l'influence d'une émotion morale, pour faire place à d'autres accidents nerveux de même nature, mais d'aspect différent. Tel était le cas de cette femme hystérique dont je vous ai parlé; chez elle, une paraplégie datant de six semaines disparut complétement en peu de jours et fut remplacée par une hémiplégie.

3° Quant aux paraplégies causées par la cachexie syphilitique et l'état chloro-anémique qui l'accompagne, je crois devoir admettre leur existence, même en l'absence de toute exostose qui comprime les centres nerveux. Je me fonde pour cela sur la petitesse du pouls et l'existence encore assez fréquente de bruits de souffle dans les artères, sur la marche de la maladie, qui se dirige de la périphérie au centre, exactement comme dans les paraplégies chlorotiques; le contraire aurait lieu dans les cas d'exostose. J'ai vu d'ailleurs la plupart de ces paralysies, après un traitement préalable par le fer et l'iodure de potassium, guérir, et même parfois très rapidement, sous l'influence de l'électricité convenablement appliquée. Or, je ne puis admettre en aucune façon que le cordon médullaire, mécaniquement altéré au point d'amener une paraplégie complète, reprenne jamais sa constitution moléculaire et ses propriétés fonctionnelles accoutumées.

Lorsque chez un sujet on soupçonne une paraplégie de cause syphilitique, il ne faut pas rejeter toute idée d'infection alors même que les antécédents seraient entachés d'obscurité et que l'on n'aurait pu constater d'une manière exacte l'enchaînement régulier des symptômes. Vous savez, à cet égard, combien il est difficile d'arriver à la connaissance de la vérité. Examinez avec toute l'attention possible les organes qui sont le siége habituel des accidents tertiaires. J'attache, pour mon compte, une importance assez grande à la coexistence d'une paralysie de la paupière supérieure; car je l'ai toujours trouvée d'origine syphilitique.

4° Les paraplégies rhumatismales se présentent ou à l'état aigu, ou à l'état chronique.

A l'état aigu, il est toujours facile de les reconnaître. On les rencontre chez des ouvriers ayant travaillé dans des égouts, dans des puisards, en un mot, ayant séjourné dans une atmosphère chargée d'humidité, ou bien encore chez des individus qui, pendant les chaleurs de l'été, s'endorment la fenêtre ouverte, à moitié découverts et exposés à des courants d'air. Au réveil, ils se trouvent avec une paralysie de la face, d'un bras ou des extrémités inférieures, selon la partie plus spécialement refroidie. Ces paraplégies ont donc une invasion brusque; elles sont remarquables par l'intensité et la continuité des fourmillements, par les douleurs assez vives qui parcourent les membres affectés, douleurs qui s'exaspèrent par la chaleur du lit et se calment par l'exposition à l'air, par la grande sensibilité à la pression qu'on remarque sur le trajet de quelques troncs nerveux ou au niveau des masses musculaires. Il n'est pas rare de rencontrer au début un léger état fébrile; et même j'ai pu vous faire voir cette année, au n° 9 de la salle Saint-François, un malade chez lequel la paraplégie, incomplète, il est vrai, mais non douteuse, coexistait avec un rhumatisme articulaire aigu des extrémités supérieures. Peut-être entre ces deux affections existe-t-il des rapports plus intimes qu'on ne le croit généralement.

Si la paraplégie rhumatismale est chronique, on n'a guère pour aider au diagnostic que l'absence des signes de lésion organique, les antécédents du malade et un état particulier des extrémités inférieures, qui, au lieu d'offrir la flaccidité et l'atrophie des membres longtemps condamnés à l'inaction, sont, au contraire, roides, durs et engorgés.

5° Dans les paraplégies goutteuses, qui sont fort rares, il faut tenir compte de la gêne apportée dans les mouvements par les déformations des articulations et les dépôts de matières calcaires qui se forment autour des extrémités des os longs. Les paralysies rhu-

(1) Voir le numéro 80, 7 juillet 1853.

matismales chroniques et les paraplégies goutteuses se touchent, du reste, en plusieurs points, et n'offrent que bien peu de prise à la thérapeutique.

6° Je ne vous dirai que quelques mots des paraplégies qui succèdent à l'abus des alcooliques, parce qu'elles ne sont le plus souvent que le premier degré d'une paralysie qui envahit bientôt tout l'organisme, s'accompagne de crampes, de contractions fort douloureuses, de tremblement caractéristique, d'embarras de la parole, et présente dans sa marche et dans ses symptômes plus d'un point de contact avec la paralysie générale des aliénés, tout en étant cependant une espèce morbide bien distincte.

7° Les paraplégies saturnines, mercurielles, sont également des formes assez rares de l'intoxication par le plomb ou le mercure. J'en ai vu un trop petit nombre pour vous indiquer quel est leur aspect le plus ordinaire; la connaissance des antécédents du malade, les symptômes concomitants, pourront seuls mettre sur la voie du diagnostic. . . . .

Récemment, M. Raoul Le Roy-d'Étiolles, d'après quelques faits tirés de la pratique de son père, a cru pouvoir établir une classe de paraplégies consécutives à des affections graves des voies génito-urinaires. Pour moi, je n'ai vu dans ces observations que des faits de paraplégies cachectiques développées à la suite d'affections organiques profondes des reins ou de la vessie qui avaient appauvri tout l'organisme, ou bien encore des paraplégies dans lesquelles le catarrhe et l'inertie du réservoir de l'urine, loin d'être la cause de la paraplégie, n'en étaient que le symptôme initial. Je nie donc cette classe de paraplégies, et, renversant les termes de la proposition, je dirais plus volontiers que, la paraplégie produisant la rétention d'urine, la distension habituelle de la vessie, le catarrhe vésical, peut devenir à la longue la source première de graves affections des voies génito-urinaires.

MAISON DE SANTÉ. — M. VIGLA.

Observations suivies de réflexions pour servir à l'histoire des complications cérébrales dans le rhumatisme articulaire aigu (1).

Mémoire lu à la Société médicale des hôpitaux par M. le docteur VIGLA, médecin de la Maison municipale de santé, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

RÉFLEXIONS. — *Fréquence.* — Cinq de ces malades ont été observés à la Maison municipale de santé pendant le cours de l'année 1852. Le nombre total des malades reçus dans le service de médecine de l'établissement, cette même année, a été de 1125, parmi lesquels 65 affectés de rhumatisme articulaire aigu. Il résulte de ces chiffres que les complications cérébrales ont été observées, dans cette maladie, une fois sur treize, et la terminaison par la mort une fois sur vingt-deux. Ce résultat est certainement exceptionnel. La très grande rareté de la mort dans le cours du rhumatisme articulaire aigu est un fait heureusement établi par la science. Je ne veux pas dire pour cela que le pronostic de cette maladie soit absolument favorable; je le crois, au contraire, funeste pour un grand nombre, mais à une époque où les symptômes articulaires sont dissipés, et alors la mort est le résultat de complications diverses, notamment de celles des organes de la circulation, mais qui ne tirent pas moins leur origine de l'accès rhumatismal. Aussi je n'ai pas fait figurer dans ce chiffre de mortalité un malade emporté par une diarrhée chronique et colliquative survenue dans la convalescence du rhumatisme.

Mais si, au lieu d'étudier la mortalité dans le rhumatisme en général, on ne la considère que dans les cas où il y a eu complication de symptômes cérébraux, la fréquence augmente beaucoup. Nous voyons, dans les cinq faits de l'année 1852, la mort survenir trois fois. Dans le mémoire inédit de M. Bourdon, sur 39 malades dont il est question, 30 sont morts. Les accidents cérébraux peuvent donc être regardés comme les plus graves qui puissent se manifester dans le cours du rhumatisme articulaire aigu.

Causes présumées ou appréciables. — M. Bourdon admet que le froid peut être la cause de cette funeste complication. Sans avoir constaté directement une semblable influence, je remarque que quatre de mes malades ont été observés dans les mois de septembre, octobre, novembre et décembre, et un seulement dans le mois de juillet, quoique d'ailleurs nos 65 rhumatisants se trouvent assez également répartis dans les différents mois de l'année. Faut-il regarder comme un simple effet du hasard que les trois malades qui ont succombé ont été pris tous trois la nuit des symptômes qui, dans l'espace de moins de deux heures, ont déterminé la mort?

La production de sueurs abondantes et d'une éruption vésiculeuse ou pustuleuse miliaire est un phénomène commun dans le rhumatisme; mais il a été si remarquable chez deux de nos malades, à une époque de l'année où la chaleur atmosphérique ne pouvait y contribuer, que je le crois digne d'être rappelé ici, ne fût-ce que pour le signaler à l'observation ultérieure.

Une condition étiologique, plus importante que la précédente, est tirée de l'état moral du malade. Cette observation s'applique d'ailleurs à toutes les maladies aiguës. Nul doute que les inquiétudes, les pressentiments funestes de certains malades, ne doivent faire redouter le développement d'accidents cérébraux, soit que ces conditions morales suffisent pour les faire éclater, soit que les malades, en exprimant ces craintes, ne fassent que traduire au dehors le sentiment interne, mais réel, organique en quelque sorte, qu'ils ont de la gravité de leur état. On trouvera, je crois, une justification de cette assertion dans les détails fournis par l'observation de deux des malades morts en 1852. Le fait observé par moi il y a quelques années, et cité dans ce travail, est à cet égard encore plus frappant que les deux autres.

L'état des articulations au moment de l'invasion des accidents cérébraux est important à noter. Chez un de nos malades, il y eut, en même temps que l'invasion du délire, une cessation assez brusque des douleurs pour qu'il pût se lever et marcher, et lorsque le délire cessa, les douleurs reparurent à leur tour. C'est le seul cas dans lequel on puisse franchement attribuer tous ces accidents à une métastase : ce malade a guéri. Chez deux autres, qui ont succombé, les douleurs articulaires avaient notablement diminué ou même presque complétement disparu; le mal était évidemment en voie de résolution, mais sans qu'il y eût cet état de bien-être qui accompagne une convalescence franche. Ces deux malades conservaient encore des inquiétudes sur l'issue de leur maladie. Bien que l'examen clinique ne révélât pas la cause de cette résolution incomplète de la maladie, le pronostic devait cependant être réservé; mais nous étions loin de nous attendre à la manifestation brusque des accidents qui ont entraîné la mort. Chez un troisième malade, qui a également succombé, le rhumatisme suivait un cours en apparence régulier et bénin. Enfin, chez un quatrième, la maladie avait eu une marche inquiétante dès le début, et par l'état moral du malade, et par l'intensité des symptômes, et par la résistance de ceux-ci à tous les moyens de traitement. En résumé, dans un cas, il y eut bien ce que l'on a appelé métastase cérébrale; dans deux autres, il y avait résolution incomplète, marche insidieuse de la maladie; dans un quatrième, le rhumatisme paraissait régulier et modéré; dans un cinquième, les phénomènes cardiaques, articulaires et cérébraux, marchaient de pair pour l'intensité. Ces résultats se rapprochent assez de ceux signalés par M. Bourdon dans le passage suivant : « Dans trois observations seulement, il est fait mention du changement survenu dans l'état des articulations malades lors du début des accidents cérébraux. Ces derniers se sont montrés deux fois immédiatement après la diminution, une fois après la disparition complète des douleurs articulaires. »

Une dernière considération étiologique est relative à l'influence du traitement suivi par nos malades; tous les cinq avaient pris du sulfate de quinine. On peut se demander si ce médicament a pu être la cause directe des accidents cérébraux, ou si, en faisant disparaître les douleurs articulaires, il n'a pas pu opérer, rapidement ou lentement, un déplacement de la cause morbifique, une métastase.

Je n'insisterai pas longuement sur la première partie de la question. Nos malades n'ont pas pris au delà de 2 grammes de sulfate de quinine dans les vingt-quatre heures, après en avoir reçu 1 gramme et 1 gramme 50 centigrammes sans accidents les jours précédents. Deux d'entre eux avaient cessé d'en prendre depuis plusieurs jours au moment de l'invasion des symptômes cérébraux devenus mortels. D'ailleurs aucun d'eux n'a présenté les symptômes bien connus de l'intoxication quinique.

La seconde partie de la question est-elle plus difficile à résoudre? Non. Ce traitement n'est introduit que depuis quelques années dans la pratique médicale, et nous n'avons pas vu le rhumatisme articulaire devenu plus mortel; de plus, nous allons voir, en étudiant la forme et la marche de ces accidents, qu'elles rappellent exactement ce qui a été observé à une époque où le sulfate de quinine n'était pas encore employé dans le traitement de ces maladies. Je crois donc pouvoir conclure que le sulfate de quinine administré à nos malades a été sans influence sur la production des accidents cérébraux.

Symptômes, marche, formes. — M. Bourdon a très bien fait remarquer que ces faits devaient être partagés en deux catégories distinctes : dans les uns, la maladie se rapprochait, tant par les symptômes que par la marche, de la méningite, et ces faits sont depuis longtemps classés sous le nom de *méningite rhumatismale*. Le fait de MM. Requin et Gosset, publié dans votre 2e fascicule, en est un exemple frappant; c'est de beaucoup d'ailleurs la forme la plus commune. Je rappellerai sans y insister que le quatrième fait de ce travail, observé par moi il y a déjà plusieurs années, doit être rangé dans cette première classe.

J'insisterai davantage sur une autre forme à début brusque, imprévu, à marche rapide, promptement mortelle, et qu'à cause de cela on a désignée avec Stoll sous le nom d'*apoplexie rhumatismale*. Il faut rapporter à cette forme les trois premiers faits de ce mémoire.

Nos trois malades ont été enlevés dans l'espace d'une à deux heures. Tous trois ont commencé par éprouver un certain degré d'agitation accompagnée chez l'un d'eux de délire et de mouvements convulsifs; ensuite la respiration devint accélérée, anxieuse; le pouls fréquent, petit, mou, irrégulier; la peau se couvrit d'une sueur abondante; l'anxiété fut extrême; puis les malades perdirent successivement de leurs forces; la peau se refroidit, et la prostration fut remplacée par un coma bientôt suivi de mort. Chez tous trois, je le répète, il y eut analogie parfaite pour la nature, la succession et la durée des accidents cérébraux.

Si le mot d'apoplexie s'applique assez bien à cette série de symptômes pour la rapidité de leur marche, et jusqu'à un certain point pour l'organe qui en est le siége, il ne leur convient pas aussi bien par le côté de leur évolution. En effet, le caractère principal de l'apoplexie, c'est la perte de connaissance instantanée, tandis qu'ici il y a une période constante d'agitation, dont la perte de connaissance, l'état comateux, ne sont que la terminaison et en quelque sorte la conséquence. Ce n'est pas que je veuille remplacer cette dénomination par une autre; nos connaissances sur ce point de pathologie me paraissent trop peu avancées pour l'entreprendre avec succès. Je dirai seulement, si je cherche des ressemblances dans d'autres maladies que le rhumatisme, qu'il n'est peut-être pas aussi rare qu'on le pense d'observer une semblable terminaison dans le cours des maladies aiguës. Je ne crois pas me fier trop à ma mémoire en disant que j'en ai vu des exemples dans les fièvres éruptives, la pneumonie, la fièvre typhoïde.

Bien des fois j'avais laissé la veille, à l'hôpital, des malades en proie à une des affections précédentes, devant, selon toutes les probabilités, en guérir, et en tout cas chez lesquels rien ne faisait pressentir une terminaison funeste; le matin j'apprenais, à mon grand étonnement, qu'ils avaient succombé dans la journée, ou plus souvent dans la nuit, sans que la mort pût être attribuée à la force, à l'intensité, à la gravité même de la maladie. Dans l'espace de quelques minutes à quelques heures, ces malades étaient tombés tout d'un coup dans un état grave, dont l'intensité croissante avait amené la mort. Il y a longtemps déjà que mon attention est fixée sur ces morts rapides et imprévues, survenant dans le cours de maladies aiguës, dont se rapprocherait l'état puerpéral; il y a là, si je ne me trompe, la matière de recherches intéressantes pour la physiologie et la pathologie.

Restent maintenant les deux cas où le délire, venant compliquer le rhumatisme, n'a pas eu de suite fâcheuse. Dans le premier (observation 5), il a présenté la forme de délire sympathique, semblable à celui qu'on a observé dans beaucoup de phlegmasies ou de fièvres éruptives; il coïncidait avec des douleurs articulaires assez vives, un épanchement pleurétique et une réaction franche. Il a résisté au calomel et cédé à l'opium, après l'administration duquel le rhumatisme et la pleurésie ont marché assez rapidement vers la résolution. Dans le second, il y a eu ceci de remarquable, que les douleurs articulaires disparurent complétement par le fait de l'invasion du délire, qui céda, comme dans le cas précédent, à l'usage de l'opium, et fut à son tour remplacé par les douleurs articulaires. Voilà donc deux cas de rhumatisme ataxique dans lesquels l'usage de l'opium paraît avoir produit de bons effets. Je crois plus que jamais qu'il y a une grande différence de gravité et peut-être de nature entre les trois catégories de faits que je viens d'établir. En résumé, on pourrait grouper de la manière suivante les divers accidents cérébraux dont il a été fait mention dans ce travail :

1° Délire simple, se développant dans le cours du rhumatisme, et rappelant assez bien le délire sympathique ou nerveux observé dans un grand nombre de maladies aiguës fébriles, de cause interne ou traumatique, ou, en peu de mots, *rhumatisme compliqué de délire*. (Obs. 5 et 6.)

2° Délire et réunion de la plupart des symptômes et probablement des lésions propres à la méningite : *méningite rhumatismale des auteurs.* (Obs. 4.)

3° Etat ataxique, brusque et imprévu, bientôt remplacé par un collapsus ou un coma mortels : *apoplexie rhumatismale* de Stoll et de quelques auteurs. (Obs. 1, 2 et 3.)

ASILE DES ALIÉNÉS DE LA VIENNE. — M. ROUSSELIN.

Observation de démence avec paralysie générale.

Cette observation, que nous empruntons au *Bulletin de la Société de médecine de Poitiers*, offre beaucoup d'intérêt, et par l'attention particulière avec laquelle sont décrits les symptômes de début de la maladie, et par sa marche, et par les réflexions dont l'auteur l'a fait suivre.

R..., perruquier-barbier, âgé de quarante-quatre ans, marié, d'un tempérament sanguin, d'une constitution vigoureuse, n'a jamais éprouvé de maladie grave. Doué d'un caractère doux, laborieux, rangé, il est sobre et n'a jamais commis d'excès.

Avril 1849. — Sentiment de faiblesse générale apprécié par le malade, qui se plaint de se fatiguer facilement, de ne pouvoir accorder à son travail toute l'attention nécessaire, de trembler en rasant ses clients, ce qui lui cause un vif chagrin, par la crainte qu'il a de ne pouvoir désormais gagner sa vie. Etourdissements, bourdonnements d'oreilles; la raison n'est point altérée. Malgré les conseils de son médecin, cet homme ajourne indéfiniment une saignée qui est jugée nécessaire.

13 mai 1849. — Congestion cérébrale violente dans la soirée, perte de connaissance. Le globe oculaire est renversé en haut; le corps est contourné à droite; les membres de ce côté sont dans une flexion forcée. Plusieurs attaques épileptiformes se succèdent à des intervalles assez rapprochés pendant la nuit. Deux saignées copieuses sont pratiquées dans la journée suivante; des dérivatifs sont mis en usage, et au bout de quelques jours le malade reprend son genre de vie habituel. On le croit rétabli. Néanmoins, on a remarqué, à partir de cette époque, de la faiblesse dans les jambes, un certain embarras de la langue; la prononciation était moins facile, les idées moins nettes; R... manifeste des inquiétudes sur sa santé. Peu à peu la femme de R... remarque un certain changement dans son caractère; il devient plus gai, plus expansifs, mais en même temps plus facile à irriter; il devient ami du plaisir, lui qui autrefois ne pensait qu'à amasser pour élever ses enfants et se créer une honnête aisance; il recherche la distraction et propose de temps en temps des parties de campagne. Vers la fin de l'année, il se voit même, sans en être nullement affecté, sur le point de perdre une assez forte somme d'argent, ce qui, dans toute autre circonstance, l'eût plongé dans une grande anxiété; enfin on s'aperçoit que souvent il lui arrive de perdre la mémoire. Cependant jusqu'à ce moment personne ne soupçonne chez R... l'existence d'une maladie mentale.

Mars 1850. — Vers cette époque, nouvelle apparition de symptômes de congestion vers le verveau. La locomotion est de plus en plus gênée; la marche est quelquefois vacillante, et R... ne peut plus tenir le rasoir. Cet homme a conscience d'un état maladif, pour lequel il demande les secours de la science; il accuse une faiblesse générale; il est effrayé de son état. Une année s'écoule encore sans accidents notables.

Mars 1851. — Au commencement de ce mois, nouveaux phénomènes vers le cerveau, propension au sommeil, pesanteur de tête; la face est plus colorée que d'habitude, la prononciation est plus embarrassée; les jambes sont faibles, la démarche mal assurée; l'intelligence est paresseuse, cependant elle n'est point anéantie.

Novembre 1851. — R... avale sans y prendre garde un os assez volumineux pendant son repas; quelque temps après, il se plaint de douleurs vers l'épigastre, ne parle point de ce qui lui est arrivé. On le purge à plusieurs reprises, et cet accident n'est révélé que par la présence de l'os dans les matières des évacuations.

6 février 1852. — R..., est pour la première fois soumis à mon observation. Tout ce qui précède est le résumé des renseignements fournis par la femme du malade et par le malade lui-même, dont la mémoire n'est pas encore épuisée; ces renseignements sont exacts, et ils m'ont été confirmés par notre honorable confrère M. Pingault, qui jusqu'à présent a donné ses soins au malade.

R... a encore aujourd'hui un certain degré de force musculaire; cependant, en lui donnant la main et l'encourageant à la presser de toutes ses forces, on voit que cette pression n'est pas en rapport avec qu'on doit attendre d'un homme de sa taille. Il fait le tour de mon cabinet lentement en traînant un peu les jambes, mais sans chanceler. Le regard est terne, la physionomie un peu hébétée; il répond assez juste à mes questions, mais avec lenteur. Aux premiers mots, je remarquai un tremblement convulsif particulier, quoique peu intense, dans les muscles du visage, et surtout dans les lèvres; peu à peu, en continuant à l'interroger, et comme s'il se fût fatigué des efforts qu'il faisait pour répondre juste à mes questions, ses réponses devinrent plus tardives, incomplètes : l'hésitation fut de plus en plus marquée. Dans la prononciation, il y avait du bégaiement; la langue, comme chez les hommes ivres, semblait ne pouvoir tourner ni articuler un mot.

R..., pendant que j'interrogeais sa femme, portait distraitement les yeux autour de lui, ou bien semblait tomber dans un assoupissement

(1) Fin. — Voir le numéro précédent.

profond; lorsque je lui adressais la parole, il semblait se réveiller d'un lourd sommeil. Interrogé sur son passé, sur son pays, que je connais particulièrement, il ne peut donner que des renseignements vagues sur les lieux, les personnes et les époques; il n'y a plus d'ordre, tout est confus dans sa mémoire. Sa femme m'assura qu'il parlait souvent seul la nuit, et qu'il tenait à voix basse des conversations avec des personnes imaginaires : souvent aussi, me dit-elle, il se met en colère; cela passe vite, mais cela revient souvent, attendu que, comme les enfants, il repousse avec violence ce qu'il désirait le plus un instant auparavant.

Consulté sur la gravité de la maladie et sur le traitement à suivre, je déclarai que le malade était atteint de démence avec paralysie générale progressive au second degré, et que ce qu'il y avait de mieux à faire, dans son intérêt et dans celui de sa famille; était de le placer dans un asile d'aliénés.

10 mars 1852. — Entrée du malade. Pendant le mois qui vient de s'écouler, la maladie a marché à grands pas; R... est amaigri, décharné; ses yeux sont creux, hagards, son haleine fétide; la face est animée, la démarche sautillante et par moments chancelante; idées de grandeur. R... parle aux autres malades avec le ton du commandement; il s'emporte et jure après eux; il me remet une lettre adressée au président de la République : « Faites-lui tenir cela, me dit-il; » il saura bien ce que cela veut dire; nous sommes bien ensemble. »

20 mars 1852. — R... a commencé à uriner dans son pantalon; il devient de plus en plus maigre; il ne dort pas la nuit; il parle sans cesse, il chante, rit, s'emporte; grande agitation.

1er avril 1852. — L'affaiblissement fait d'énormes progrès; bredouillement inintelligible, mussitation continuelle; le malade gâte sans cesse; œdème des pieds.

6 avril 1852. — Etat de plus en plus grave; la langue est couverte d'un enduit épais, noirâtre, ainsi que les lèvres et les dents; haleine d'une fétidité repoussante; l'œdème gagne les jambes. En découvrant l'abdomen, je trouve la vessie pleine; le malade urine par regorgement; le cathétérisme est immédiatement pratiqué, et on retire près de deux litres d'urine; le pouls est misérable.

10 avril 1852. — Face hippocratique, sueur visqueuse; le pouls est presque insensible; le malade murmure quelques mots à peu près inintelligibles au milieu desquels je distingue ceux-ci : *Père*, *frère*, *Louviers* (c'est le nom de son pays). La paralysie de la vessie a persisté; on a maintenu une sonde à demeure dans l'urètre; la peau conserve un certain degré de sensibilité; le malade meurt dans la soirée.

Le traitement a consisté en quelques applications de sangsues soit à l'anus, soit aux apophyses mastoïdes; dérivatifs sur la peau et le tube intestinal, tisanes aromatiques, régime tonique selon les indications pour soutenir les forces du malade, qui n'ont fait que décroître depuis son entrée.

Autopsie trente heures après la mort.

Cadavre émacié; le ventre et quelques points de la face présentent déjà quelques traces de la putréfaction commençante; cuir chevelu épais, adhérent au crâne, qui lui-même est très épais et très dur; les vaisseaux du diploé sont gorgés de sang. Il s'échappe une grande quantité de sang à l'ouverture de la cavité arachnoïdienne.

L'arachnoïde est d'un rouge-livide uniforme dans toute sa surface interne. Le tissu cellulaire sous-arachnoïdien et les vaisseaux de la pie-mère contiennent du gaz réparti en petites bulles; ce phénomène nous paraît dû à l'élévation de la température, qui a avancé le travail de décomposition. Substance corticale entièrement molle dans toute son épaisseur, livide, adhérente à la pie-mère. Dans plusieurs points, et notamment aux lobes antérieurs et vers la convexité du cerveau, le long de la grande scissure, la couche corticale ne peut être séparée de la pie-mère, quelque précaution que l'on prenne, sans laisser enlever avec cette membrane des portions assez considérables qui laissent à leur place des surfaces granulées, saignantes et présentant l'aspect des surfaces du derme dépouillé par l'action d'un vésicatoire; substance blanche légèrement ramollie, injectée, présentant à la coupe une rosée sanguinolente considérable.

Cervelet. — Mêmes observations que ci-dessus, injection des membranes, ramollissement encore plus prononcé que dans le cerveau, hypérémie très prononcée. R..., appartenant à la Société philanthropique de la ville, nous n'avons point poussé plus loin nos recherches d'anatomie pathologique, par égard pour cette Société, qui désirait s'opposer à l'autopsie.

Si l'on considère combien, en général, il est difficile de se procurer des renseignements exacts sur le début de la paralysie générale, peut-être me pardonnera-t-on la longueur de cette observation et me saura-t-on gré d'avoir profité comme d'une bonne fortune de l'occasion qui s'est présentée à moi de le faire, grâce à l'intelligence et aux souvenirs précis de la femme du malade, souvenirs qui m'ont été garantis, comme je l'ai dit plus haut, par son médecin; et maintenant qu'il me soit permis d'ajouter quelques réflexions.

Dans le cas particulier que nous avons sous les yeux, la paralysie s'est manifestée tout d'abord par des phénomènes somatiques; l'intelligence conserve sa netteté longtemps après l'invasion du trouble dans les mouvements. Néanmoins il serait téméraire d'affirmer d'une manière bien positive que l'intelligence n'avait point été atteinte en même temps que le système musculaire; en effet, les désordres qui portent sur les mouvements et même sur la prononciation sont toujours plus faciles à reconnaître que ceux qui portent sur les facultés intellectuelles, surtout lorsque l'individu atteint vit dans des conditions sociales telles que ces phénomènes ne font pas contraster d'une façon très tranchée les habitudes de l'homme malade avec celles qu'il avait dans l'état de santé. Or R... était un ouvrier dont l'existence dépendait surtout de son travail manuel. Ce sont donc surtout les phénomènes somatiques qui ont dû être remarqués dans sa famille. Pendant la première année de la maladie, malgré une congestion cérébrale violente qui vient aggraver la situation physique du malade, son état intellectuel et moral reste à peu près le même; le moi est intact; il a conscience de ce qui se passe dans l'individu; il assiste à sa décadence, et il pousse le cri d'alarme. R..., en effet, se sent malade; il ne peut se rendre compte de son état, mais il est épouvanté de sa faiblesse, ce qui, sans être incompatible avec la forme de sa maladie mentale, est assez rare; car le plus souvent ceux qui en sont atteints se croient plus forts, plus vigoureux que jamais, même au moment où des chutes fréquentes viennent trahir la confiance imperturbable qu'ils ont dans des forces qui n'existent plus que dans leur imagination.

Cependant vers la fin de l'année des symptômes psychiques graves, quoique peu prononcés, se manifestent. Le changement qui a été noté à cette époque dans le caractère et les habitudes du malade est ici très important à signaler; il donne d'une manière à peu près certaine l'époque précise du début de l'affection mentale; ce début, il est vrai, est peu tranché, mais il n'est pas douteux, si l'on se souvient que l'embarras de la parole, le tremblement des mains et la faiblesse des jambes s'accompagnent à dater de ce moment d'un goût jusqu'alors sans précédents pour la dépense et les plaisirs, idées d'autant plus bizarres qu'elles apparaissent chez un ouvrier peu fortuné d'ailleurs et naturellement intéressé.

Je n'hésite pas à regarder cette propension à la dépense et aux plaisirs comme la première apparition des idées de richesses et de grandeur si communes dans la folie paralytique. Ces idées de grandeur se développent du reste plus tard avec une intensité remarquable, qui en fera un des principaux phénomènes des idées délirantes. Enfin qu'il me soit permis de signaler en terminant :

1° La marche lente de la maladie dans les trois années qui précèdent l'entrée du malade à l'asile;

2° La régularité avec laquelle apparaissent chaque année, vers le printemps, les accidents de congestion vers le cerveau;

3° Enfin, la forme en quelque sorte suraiguë que revêt la paralysie générale dans le dernier mois de l'existence du malade.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 2 juin 1853. — Présidence de M. Terrier, vice-président.

M. Duvivier lit en son nom et au nom de M. Duhamel un rapport sur une observation de M. le docteur Josias (de Charenton-Saint-Maurice), qui demande à faire partie de la Société comme membre titulaire.

L'observation de M. Josias est intitulée : *Lypémanie avec excitation, préoccupations délirantes relatives à des persécutions imaginaires; hallucinations de l'ouïe, de la vue et du toucher. Convalescence rapide. Rechute. Empoisonnement par l'acide sulfurique. Mort. Autopsie.*

« Elle est relative à un homme de cinquante-cinq ans, caissier dans une maison de commerce à Paris, marié, qui, atteint d'un premier accès d'aliénation mentale, entra à Charenton le 7 mars 1848. On ne possède aucun détail sur les causes, le mode d'invasion, les symptômes de la maladie. Tout ce que l'on sait, c'est que le 30 mars, vingt-trois jours après son entrée, il sortait de la maison avec la mention : guérison. Après neuf mois d'une vie calme et exempte de tout trouble cérébral, de nouveaux symptômes se manifestent, et le malade est conduit, par ordre du préfet de police, à Bicêtre. Ses parents le font transférer à Charenton, où il entre pour la seconde fois le 4 janvier 1849.

» Depuis quelques jours, le malade était tourmenté de l'idée que les personnes qui l'entouraient voulaient lui faire du mal. Il était en proie à des hallucinations pendant lesquelles il voyait des assassins se jeter sur lui, et se livrait à toutes sortes d'extravagances pour les éviter. A son entrée à la maison de santé, il présente un visage inquiet et agité; il est excessivement loquace, mais on n'est pas obligé de l'attacher. — On prescrit des bains tièdes de deux heures par jour, des laxatifs; travail et exercice modérés.

» Le 15 janvier, sous l'influence de ces moyens, un peu de calme s'est produit. Le malade parle moins et commence à convenir de ses erreurs. — On continue les bains simples d'une heure de durée seulement.

» Le 6 février, l'exaltation et la loquacité ont reparu; mais il n'y a plus d'hallucinations. Le malade prétend seulement être en butte à des persécutions dont on saura plus tard le secret. Cette exaltation dure peu. Cinq à six jours après il redevient tranquille, abandonne ses folles conceptions, entre décidément en convalescence, et est repris par sa famille, le 26 février, dans un état voisin de la guérison.

» Depuis sa sortie de Charenton jusqu'à la fin du mois de mai, le malade avait vécu à la campagne, chez son frère, sans donner aucun signe de délire. A cette époque, il revint à Paris, où il éprouva de violents chagrins, tant à cause de la perte de son emploi qu'en raison de pertes considérables d'argent qu'il eut à subir. Alors, de nouvelles préoccupations délirantes s'emparent de lui; il devient triste, rêveur, mélancolique; et enfin, ne pouvant résister à ses tourments réels ou imaginaires, sans force pour lutter plus longtemps, il avale, le 16 juillet, une dose d'acide sulfurique, sur laquelle on ne peut obtenir aucun renseignement. Apporté le lendemain à la maison de santé, voici ce que l'on constate à la visite du 18.

» Tristesse et abattement extrêmes; face pâle, amaigrie; préoccupations pénibles et incessantes empreintes sur le visage. Le malade se plaint de douleurs vives à l'épigastre et dans l'arrière-gorge; insomnie continuelle; vomissements non interrompus de matières noirâtres renfermant des débris de muqueuse stomacale. Malgré l'emploi des calmants, des émollients et des narcotiques, le malade s'affaiblit de jour en jour et finit par succomber le 28 juillet.

» A l'autopsie, on ne trouve rien de particulier dans les méninges; un peu d'injection de la substance grise, qui, dans quelques points, est le siége d'un très léger ramollissement, que l'auteur pense être purement cadavérique, et dû peut-être à la haute température atmosphérique et au temps écoulé depuis la mort. La substance blanche a conservé sa consistance et sa coloration normales. On ne trouve dans aucun point du système encéphalique aucune lésion ou altération qui puisse rendre compte des désordres des fonctions intellectuelles.

» Suivent quelques détails sur l'état anatomique du tube digestif et sur les altérations subies par les membranes muqueuses de l'estomac, de l'œsophage et des intestins, à la suite de l'ingestion de l'acide sulfurique. »

M. le rapporteur présente de courtes réflexions sur cette observation, et conclut à l'admission de M. le docteur Josias.

M. Masson. S'il est vrai qu'on ne trouve souvent à l'ouverture du corps des aliénés aucune lésion matérielle à laquelle on puisse attribuer l'existence de la maladie mentale, il ne faut pas conclure qu'il en soit toujours ainsi. Sans parler des constructions vicieuses du crâne ou des dégénérescences viscérales, on reconnaît souvent dans l'intérieur du cerveau ou sur ses enveloppes des altérations qui donnent la raison des désordres observés pendant la vie. J'ai surtout présent à la mémoire un fait qui m'impressionna d'autant plus, qu'il me reporte aux jours de ma première jeunesse.

Au collége où j'ai fait mes études était annexée une succursale à Gentilly. Les jours de promenade, on nous conduisait de cette maison de campagne à l'hospice de Bicêtre, situé dans le voisinage. Là, après avoir admiré plus de cent fois les curiosités de l'endroit, le puits, l'atelier des bons pauvres, on nous conduisait vers le lieu où parquaient les aliénés, amas informe de loges mal jointes et humides, village désolé, en harmonie avec l'état moral de ses tristes habitants. Grâce aux soins des Pinel, des Ferrus et de leurs successeurs, ce lieu a changé d'aspect; on ne trouve plus traces de ces limbes. Si j'en dis un mot, c'est qu'il est bon que de temps en temps un témoin oculaire dise : il n'en a pas été toujours ainsi, et qu'un sentiment de reconnaissance se reporte sur les auteurs de ces changements heureux.

Ce n'est point maintenant qu'on permettrait à des écoliers de se divertir aux dépens de malheureux insensés; mais, chose inouïe, nos maîtres nous conduisaient à eux, et comme nous avions peu d'idées philanthropiques, nous nous livrions à la gaieté de notre âge, nous nous pâmions à la vue des extravagances dont nous étions les témoins : c'était pour nous un vaste théâtre de *polichinelles*, nous y laissions bien les quelques sous octroyés à nos menus plaisirs; mais tout se paye, et, après avoir donné la comédie, les acteurs tendaient la main en sollicitant de quoi acheter du vin et du tabac, et, tout fous qu'ils étaient, ils trouvaient le moyen de nous tirer quelques plumes.

Il y avait une loge plus solide, plus triste que les autres, de laquelle nous ne nous approchions pas sans quelque frayeur, et vers laquelle cependant la curiosité nous ramenait toujours. On racontait des choses étranges de l'être qui s'y trouvait renfermé; on disait que, chef de ces bandes redoutées qui parcouraient les campagnes et brûlaient les pieds de leurs victimes pour leur faire avouer où elles avaient enfoui leur argent, il avait été arrêté, condamné, et que la folie avait éclaté chez ce monstre au moment où on lui lisait son arrêt de mort; qu'on l'avait retenu deux ans en prison, dans la pensée que sa folie était simulée; mais qu'on avait enfin jeté et enchaîné dans un cabanon cet homme si fort devant le crime, si faible en face de l'expiation.

Nous aussi, nous faisions preuve de cruauté, et de la plus raffinée. A travers l'ouverture qui lui donnait de l'air, nous faisions sonner quelque monnaie; nous observions avec une curiosité mêlée de terreur cet homme aux formes athlétiques, entièrement nu et fixé par le milieu du corps au mur de sa prison : sa poitrine, ses bras velus, sa chevelure inculte et sa barbe épaisse et noire lui donnaient un aspect sauvage. Dès qu'il entendait sonner le métal, par un souvenir de son ancienne convoitise, il étendait les mains pour le saisir; mais nous nous retirions lestement en éclatant de rire, et les cours retentissaient alors de ses hurlements et des imprécations avec lesquelles il accueillait nos moqueries.

Quelques années plus tard, j'assistais à un cours d'anatomie, rue Saint-Julien-le-Pauvre. On déposa sur la table de dissection le corps de ce chef de chauffeurs, mort des suites d'une double pneumonie. Le cerveau fut examiné avec soin, et nous pûmes constater l'injection pointillée de la substance cérébrale et l'épaississement de ses membranes.

— L'admission de M. Josias est mise aux voix et prononcée à l'unanimité.

Développement simultané de la vaccine et de la variole chez un enfant de six mois.

M. Foucart fait la communication suivante. (Voir le numéro de la *Gazette des Hôpitaux* du 21 juin.)

M. L. Boyer. A propos de l'intéressante communication de M. Foucart, je rappellerai à la Société un fait que je lui ai rapporté il y a déjà deux ou trois ans. A cette époque, on discutait la valeur relative de l'inoculation vaccinale et de l'inoculation variolique dite de seconde ou de troisième transmission, et l'on disait qu'en cas d'épidémie variolique la vaccine n'aurait aucun résultat utile pour les individus qui seraient vaccinés pendant la période d'incubation, tandis que l'inoculation variolique amoindrirait en pareil cas la gravité de la variole. J'ai cité alors le fait d'un enfant vacciné par moi dans un moment où les varioles étaient fréquentes dans les environs; la vaccine avait suivi son cours régulier, et le huitième jour il s'était déclaré une varicelle des plus bénignes. Je me demandai alors si la vaccination n'avait pas eu pour effet de convertir en variole légère une variole imminente. La majorité de la Société a paru disposée à admettre cette opinion.

Extirpation de ganglions axillaires de nature douteuse.

M. Duperthuis. On m'a présenté, il y a quelques jours, un enfant de quatorze ans; orphelin dès sa naissance, élevé dans la misère, il habite un cabinet sombre et humide; son intelligence et sa constitution sont en rapport avec son âge. La poitrine paraît bonne. Il se plaint d'une grosseur dans l'aisselle, dont il s'est aperçu depuis deux ans environ.

Je reconnais un chapelet glandulaire occupant la cavité axillaire gauche et le dessous des muscles pectoraux jusque sous la clavicule. On ne découvre nulle part d'autres glandes. Le bras gauche est légèrement atrophié et gêné dans ses mouvements. Les battements artériels sont aussi plus faibles que ceux du côté opposé.

Le 29 mai, je procède à l'extraction. Une incision longitudinale est faite sur la partie la plus proéminente de la tumeur, qui est disséquée avec soin et enlevée. Elle se trouve du volume d'un œuf de dinde, bosselée, irrégulière, composée d'un paquet de glandes réunies. Le doigt, introduit dans la plaie, fait découvrir sept ou huit glandes, chacune de la grosseur d'une amande, placées sous les muscles pectoraux et jusque sous la clavicule; après les avoir enlevées et m'être assuré qu'il n'en reste plus, je mets en contact les lèvres de la plaie, je couvre de charpie que je soutiens par une serviette.

Il n'est survenu que peu de fièvre; pas de suppuration. Aujourd'hui, huitième jour, le malade est en pleine voie de guérison.

En incisant les glandes, on découvre un grand nombre de tubercules au milieu d'un tissu lardacé; si le sujet était plus âgé, on serait tenté de les croire cancroïdes et tuberculeuses. M. Magne s'est chargé de les faire examiner au microscope.

M. L. Boyer pense également que l'élément tuberculeux domine dans ces ganglions; cependant ils affectent aussi l'apparence d'un tissu encéphaloïde, et le doute qui se manifeste sur l'existence isolée de l'un ou de l'autre ne peut être dissipé que par le microscope.

M. Caron fait observer que la micrographie peut se trouver en défaut, à cause de la macération des tissus dans l'alcool. Je rappellerai à la Société, ajoute-t-il, que l'an dernier, à pareille époque, j'ai eu l'honneur de lui soumettre le compte-rendu d'une opération analogue, et que dans cet exposé j'ai cherché à établir le mode d'après lequel, à mon avis du moins, ces organes se dénaturent, la transformation hypertrophique qu'ils subissent, et par contre les modifications physiologiques de ce nouvel organe, les produits pathologiques qu'il doit fournir à l'économie, et enfin les désordres ultérieurs qu'il peut entraîner dans l'économie tout entière. Toutes ces transformations me paraissent dépendre du mode particulier d'alimentation des individus, et, pour ma part, je suis parvenu à établir ce fait : que sur un nombre donné d'enfants scrofuleux ou rachitiques, presque tous ont été dès la première enfance soumis à une alimentation trop abondante, en opposition directe avec la faiblesse des organes appelés à élaborer le produit de cette digestion. Il résulte de cette élaboration vicieuse que non-seulement les ganglions lymphatiques, mais encore les tissus environnants éprouvent des modifications pathogéniques profondes, et j'ai appuyé mon opinion sur le fait de la dégénérescence de la peau, dans l'observation à laquelle je fais allusion, dégénérescence telle, que les épingles employées pour la suture tombèrent dès le lendemain par l'effet de l'ulcération suppurative de cette membrane.

Je répéterai donc que le traitement qui me paraît le plus approprié à la nature de ces altérations organiques et fonctionnelles doit consister dans toute médication ayant pour résultat de réveiller l'activité

fonctionnelle de l'estomac et de l'intestin, de favoriser l'assimilation d'un chyle de bonne qualité, et que pour atteindre ce but, la médication par l'acide sulfurique, les ferrugineux et les toniques analeptiques associés, me paraît la plus avantageuse.

Observation d'éclampsie puerpérale suivie de mort.

M. Chalut. Pauline Letellier, âgée de vingt-trois ans, mariée depuis dix mois, enceinte, pour la première fois, de six mois et demi, réclama mes soins le 12 janvier dernier. Arrivé près d'elle, je constatai qu'elle était atteinte de pleuropneumonie aiguë du côté droit. Il y avait point de côté, difficulté très grande de respirer, râle crépitant en avant et en arrière, expulsion de crachats rouillés, peau chaude et brûlante, pouls à 130; céphalalgie très intense, langue sale et humide, face rouge et vultueuse; pas de nausées et pas de soif. Il existait en même temps une douleur très vive à la région laryngienne, et une extinction complète de la voix. De plus, on me signale un écoulement très abondant de sérosité de couleur citrine par l'oreille droite; cet écoulement durait depuis le 1er janvier de cette année. Il avait été précédé d'un écoulement de sang par le même côté, qui avait duré deux jours, lequel avait été produit par une chute que la malade avait faite le 1er janvier par suite du versement d'une voiture publique dans laquelle elle se trouvait, chute qui avait amené des contusions de la tête, du cou et de la face, et pour lesquelles la malade n'avait réclamé aucun secours. Il n'y avait aucune trace d'œdème ni d'infiltration aux extrémités inférieures, seulement on observait quelques varices à la partie interne des cuisses.

Un traitement énergique fit promptement justice de l'inflammation des organes respiratoires. Trois saignées générales, deux applications de sangsues, trois vésicatoires volants, et l'emploi de quatre potions stibiées, amenèrent en dix jours la disparition complète de tous les accidents. Il ne resta plus à la malade qu'une légère extinction de voix, et le quinzième jour elle reprenait son service de fille d'auberge.

Pendant huit jours la malade, malgré nos pressantes et incessantes recommandations, se fatigua beaucoup; alors elle s'aperçut que ses pieds et ses jambes enflaient beaucoup, et qu'elle ne pouvait plus mettre ses bas et ses chaussures. Elle vint me consulter.

Je lui conseillai un repos absolu, l'usage de la teinture de scille et de la teintnre de digitale en frictions, l'emploi de boissons diurétiques nitrées, de poudre de digitale à petites doses, et de quelques grains de calomélas pris le matin à jeun. Comme la face était assez colorée, la tête un peu lourde et le pouls élevé, je conseillai à ma malade de se faire saigner. Aucune de mes prescriptions ne fut exécutée; d'abord par incurie de la malade, ensuite d'après les conseils d'un confrère de Paris, qui déclara la chose parfaitement inutile.

Il y avait dix jours que cette situation existait, lorsque le vendredi 4 février, vers six heures du soir, on vint me chercher en toute hâte pour me rendre auprès de la malade. Arrivé près d'elle, voici la position dans laquelle je l'ai trouvée :

Elle est couchée sur le dos, se plaint de vives douleurs à la tête et à l'épigastre, de visions, de bluettes de flammes passant rapidement dans les yeux; parfois elle ne voit pas clair; il y a des tintements d'oreilles; la langue est épaisse et la parole très embarrassée; la face est bouffie, le cou gonflé; les extrémités inférieures sont énormément distendues par une très grande infiltration.

Comme j'étais à observer la malade et que je me disposais à pratiquer une saignée, que je croyais nécessaire, il survint tout à coup une attaque d'éclampsie, qui a duré sans interruption jusqu'à l'expulsion du fœtus, car il n'y a jamais plus d'une à deux minutes d'intervalle d'une attaque à l'autre. Voici donc ce que j'ai noté dans le fort de la crise :

Le regard est fixe, les pupilles sont dilatées; les yeux tournent jusqu'à ce que les cornées soient fixées à droite. Il y a abolition complète des facultés intellectuelles et sensoriales; en même temps, il survient une forte secousse du tronc; la commissure droite des lèvres est tirée en dehors et du même côté que regardent les yeux; la bouche s'ouvre très largement et avec lenteur; la tête est inclinée à droite; la face est colorée; puis un peu après les mâchoires se rapprochent. A ces signes succèdent les suivants : les yeux clignotent, la bouche est agitée, les narines sont entraînées en haut et en dehors; le menton est allongé; les membres supérieurs sont placés en pronation forcée; les poings, fermés, sont appliqués sur les côtés du tronc; les jambes sont roides; le tronc est renversé en arrière, comme dans le tétanos. A ces signes si positifs, on ne pouvait méconnaître une attaque d'éclampsie des plus graves.

En face d'accidents si formidables, voici le traitement que je suivis et dirigeai moi-même : une large saignée du bras, 10 sangsues à chaque région mastoïdienne; application sur la tête d'une vessie remplie d'eau froide, remplacée plus tard par de la glace; toutes les dix minutes un sinapisme est posé aux extrémités inférieures et enlevé au bout d'un quart d'heure; un lavement d'eau salée est administré, et une potion antispasmodique est prescrite et administrée à la malade; pour donner cette dernière, les mâchoires sont maintenues écartées au moyen de deux coins en bois garnis de lin; la langue, qui tend continuellement à sortir de la bouche, est repoussée au moyen d'une spatule en bois également garnie de linge.

Il était sept heures du soir quand mes prescriptions furent terminées; je revois la malade à minuit : les accès ont toujours persisté sans aucune amélioration; les sangsues continuent de couler; le lavement a procuré une copieuse garde-robe; la potion a été prise, le tout sans succès. Comme le pouls est toujours élevé, j'ai recours à la saignée; je prescris un lavement contenant :

Assa fœtida.	2 grammes.
Camphre.	1 —
Musc.	10 centigr.
Laudanum de Sydenham. . .	6 gouttes.

En même temps, je pratique le toucher; le col de l'utérus est dirigé en haut et en arrière et nullement dilaté; la nuit fut tellement orageuse qu'il fallut six personnes pour maintenir la malade, et qu'on compta plus de quarante attaques dans cette même nuit.

Samedi matin, les crises continuent sans interruption avec autant de force et d'intensité que la veille; la malade, que j'ai revue le lendemain matin à sept heures, ne reconnaît personne, ne voit ni n'entend rien. Je fais une nouvelle saignée; 20 sangsues sont appliquées aux tempes; on continue la glace sur la tête; on donne quelques gouttes d'éther pur; on promène de nouveau les sinapismes; un autre lavement antispasmodique est administré, mais sans aucun succès.

Le col de l'utérus est un peu entr'ouvert; on y introduit à peine l'extrémité du doigt. A midi, la dilatation augmente; à trois heures, elle a acquis le diamètre d'une pièce de 5 francs; la poche des eaux bombe un peu, je la perce; les contractions utérines augmentent, et à quatre heures le fœtus est expulsé ayant le cordon ombilical tourné autour du cou et formant quatre circulaires; l'enfant était mort, pâle et décoloré; le placenta suivit de près la sortie du fœtus.

A peine l'accouchement était-il terminé que les attaques d'éclampsie cessèrent comme par enchantement; la malade tomba dans un coma dont rien ne put la tirer, quoique j'employasse le marteau de Mayor aux apophyses mastoïdes et à l'épigastre, malgré que la tête eût été rasée et recouverte de vésicatoires, que de larges vésicatoires eussent été appliqués aux cuisses et aux jambes. La malade succomba à un violent épanchement le dimanche à midi, car il y avait résolution complète des membres supérieurs et inférieurs, quarante-deux heures après le début de l'éclampsie et vingt heures après son accouchement.

Il n'y a pas eu d'autopsie.

Les cas d'éclampsie puerpérale sont assez rares; car, depuis vingt-sept ans que j'exerce à la campagne, c'est le sixième cas qui s'offre à mon observation et le seul suivi de mort; les cinq autres, venus dans des conditions à peu près identiques, ont guéri. Je les rappellerai succinctement.

1830. *Premier cas.* — Femme primipare, prise de violentes attaques d'éclampsie dans le moment du travail; j'applique facilement le forceps; j'extrais un enfant vivant, qui meurt au bout de vingt-quatre heures; les convulsions cessent immédiatement, et la malade reprend l'usage de ses sens au bout de douze heures.

1831. *Deuxième cas.* — Pareil au précédent, sauf que l'enfant, que j'amenai vivant, existe encore, et que la mère ne reprit l'usage de ses facultés que seize heures après sa délivrance.

1839. *Troisième cas.* — Femme enceinte pour la première fois, âgée de quarante-deux ans, prise de convulsions au moment du travail; saignées, bains, antispasmodiques, rien n'y fait. Je puis appliquer le forceps, et la malade se trouve délivrée de ses convulsions et a le bonheur de voir son enfant vivre.

1841. *Quatrième cas.* — Femme enceinte de cinq mois pour la première fois; les convulsions durent deux jours avec quelques rémissions, malgré un traitement énergique convenu avec mon honorable confrère M. Ramon; au bout de deux jours, expulsion d'un fœtus mort, cessation des accidents et prompt rétablissement de la femme.

1850. *Cinquième cas.* — Femme enceinte de six mois pour la quatrième fois; les précédentes grossesses furent heureuses; convulsions au moment des grandes douleurs; saignées, bains, les crises durent vingt-quatre heures; expulsion d'un fœtus mort; rétablissement de la malade.

Pinguecula d'un volume énorme. — Ablation. — Guérison.

M. Magne. J'ai l'honneur de présenter à la Société une pièce anatomo-pathologique remarquable par son volume. Il s'agit d'un *pinguecula.* Nous appelons ainsi en ophthalmologie une tumeur jaunâtre située sous la conjonctive scléroticale, de la grosseur environ d'un grain de chènevis, et n'ayant aucune tendance à s'accroître. Le *pinguecula* que je mets sous vos yeux avait atteint le volume énorme d'une grosse noisette; il était situé à la partie externe de l'œil, se prolongeant derrière la commissure palpébrale assez loin pour que j'aie craint un moment d'être contraint d'agrandir cette commissure, afin d'enlever la totalité de la tumeur. Outre que ce volumineux *pinguecula* faisait saillir les paupières en avant, il comprimait le globe oculaire d'avant en arrière, gênait les mouvements de l'œil et occasionnait quelquefois de la diplopie. Quand les paupières étaient ouvertes, la tumeur était presque complétement cachée du côté de l'angle externe. Néanmoins, eu égard à l'extrême mobilité de cette tumeur, je pus la saisir à l'aide d'une pince à griffes, l'attirer au dehors, et l'extraire sans trop de difficultés. Cette observation est remarquable par les énormes proportions qu'avait acquises le pinguecula, et qui auraient pu rendre l'opération sérieuse.

Le malade, au bout de trois jours, enleva les compresses imbibées d'eau glacée que j'avais fait appliquer; il n'a plus éprouvé de diplopie, et les mouvements de l'œil et des paupières sont redevenus normaux. Je compte soumettre cette tumeur à l'examen microscopique; j'en entretiendrai la Société à la prochaine séance.

Corps étranger de l'œil simulant une névralgie intermittente.

M. Magne. Je tiens à vous faire part d'une observation intéressante, et dont le dénoûment vient d'avoir lieu il y a une heure. Je fus appelé lundi dernier auprès de Mme G..., rue Neuve-des-Martyrs, 1. Cette dame était atteinte de violentes douleurs du globe oculaire, accompagnées du larmoiement qui se remarque dans les névralgies sus-orbitaires. La cornée paraissait nette dans toute son étendue; il existait sur la sclérotique ce cercle radié qui fut faussement baptisé, il y a quelques années, de cercle rhumatismal; les douleurs dataient de deux jours, s'étaient manifestées le matin, avaient cédé au bout de quelques heures, pour se reproduire et disparaître de la même manière le lendemain. La veille de l'apparition des douleurs, la malade avait été au spectacle, et attribuait ses souffrances à un courant d'air auquel la loge qu'elle occupait avait été exposée.

Je crus à une névralgie oculaire, et prescrivis du sulfate de quinine, des compresses imbibées d'eau froide, et des frictions sur le front et la tempe avec le chloroforme.

Aujourd'hui, après trois jours d'inefficacité du traitement indiqué, je viens d'être éclairé sur le diagnostic d'une manière imprévue. La malade m'a reçu dans un salon à trois fenêtres; à l'une d'elles, et à travers les rideaux, j'ai aperçu une cage renfermant des oiseaux nourris avec des graines de millet. J'ai placé la malade au grand jour, et après plusieurs recherches infructueuses, j'ai constaté la présence sur la cornée d'une petite tache faite comme avec la pointe d'une aiguille. J'ai enlevé à l'instant cette petite opacité, qui n'était autre qu'un corps étranger, un fragment imperceptible de millet probablement, car son extrême ténuité ne pouvait le faire reconnaître exactement.

Malgré l'intermittence constatée durant quatre jours, je suis convaincu que les douleurs étaient occasionnées par le corps étranger, et qu'elles ne reparaîtront plus.

Le secrétaire annuel, Dr A. Bossu.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Les salles égyptiennes du Musée du Louvre, qui viennent d'être rouvertes après deux mois de fermeture pour travaux de classement, se sont enrichies de magnifiques collections données par un de nos honorables confrères, le docteur Clot-Bey, ancien médecin du vice-roi d'Egypte, ancien directeur et fondateur de l'Ecole d'Abouzabel.

La position élevée qu'occupait Clot-Bey en Egypte lui avait permis de recueillir au passage les objets les plus beaux amenés au jour par les recherches journalières des fellahs.

Le cabinet entier de Clot-Bey, qui a longtemps attiré au Caire la curiosité des voyageurs, a passé dans la galerie égyptienne du Louvre. La salle des Dieux a été particulièrement enrichie par les beaux bronzes de Clot-Bey, qui ont peu de rivaux dans les autres collections. La salle civile s'est aussi enrichie d'une collection d'étoffes variées réunies également par M. Clot.

Nous signalons avec d'autant plus d'empressement cet acte de munificence que ce n'est pas le seul service que M. le docteur Clot ait rendu à la France. C'est en effet à ses recherches sur la peste, à ses publications et à sa correspondance avec l'Académie qu'est dû le premier élan qui a éclairé les esprits et amené les réformes contenues dans les derniers décrets relatifs aux quarantaines, dont nous avons donné une appréciation dans notre numéro du 28 juin.

— Le *Moniteur* publie une loi qui autorise la concession de l'exploitation des sources et de l'établissement thermal de Vichy faite à MM. Lebobe, Callou et Cie.

Le cahier des charges, contenant 29 acticles, concède le bail pour trente-trois ans à partir du jour de la promulgation de la loi. L'établissement devra contenir 300 baignoires pour trois classes. Les concessionnaires payeront à l'Etat pendant toute la durée du bail une redevance annuelle de 100,000 fr.

Nous pouvons ajouter que la compagnie à qui est faite cette concession offre des garanties telles, que l'établissement si important de Vichy ne peut que s'améliorer sous tous les rapports, et nous félicitons le gouvernement d'avoir pu choisir des hommes placés de manière à faire tous les sacrifices nécessaires à la prospérité de cette localité de premier ordre.

— M. le préfet de police vient, avec l'approbation du ministre de l'intérieur, de rapporter les deux arrêtés de ses prédécesseurs, MM. Gabriel Delessert et de Maupas, qui avaient nommé M. le docteur Flandin membre adjoint et membre titulaire du conseil de salubrité de Paris.

— La Société d'encouragement a mis au concours les prix suivants pour l'étude de la maladie de la vigne :

1° Prix de 3,000 fr. à l'auteur du meilleur travail sur la nature de la maladie qui attaque la vigne.

2° Prix de 3,000 fr. à l'inventeur du moyen préventif ou destructif le plus efficace pour la maladie de la vigne.

3° Encouragements, savoir : trois encouragement de 1,000 fr. chaque et six encouragements de 500 fr. chaque en faveur des auteurs des meilleurs travaux sur la maladie, sur l'oïdium, etc.

— L'Académie des sciences de l'Institut de Bologne, chargée de distribuer le prix Aldini sur le galvanisme, a couronné, au mois d'avril 1848, un savant mémoire du docteur Grimelli, professeur à l'Université de Modène, sur la question mise pour la troisième fois au concours depuis 1845, celle des courants dits *de la grenouille* et des phénomènes qui s'y lient immédiatement. Les travaux des physiologistes et des médecins se sont exercés depuis sur ce point, et ils ont été conduits à étudier l'autre courant, déjà connu sous le nom de *courant musculaire*, ce qui a conduit également M. Du Bois-Reymond à annoncer la découverte d'un troisième courant, dont le développement dépendrait de la contraction des muscles de l'homme dans l'état de vie. L'Académie de Bologne, croyant utile de suivre le développement de la première question qu'elle a posée, tout en tenant compte de ce qui a été fait depuis, tant sur les courants de la grenouille que sur ceux qui en sont dérivés, propose, en conséquence, pour le prix Aldini la question suivante :

« Exposer tout ce qu'il y a d'avéré et d'important dans les découvertes relatives au *courant musculaire*, indépendamment des résultats fournis dans son mémoire par M. Grimelli, et déterminer si l'on doit admettre ou non l'autre courant qui se développe, d'après M. Du Bois-Reymond, dans l'acte de la contraction musculaire, et s'il y a manifestation d'électricité libre dans le système nerveux des animaux vivants. »

Indépendamment d'une critique rigoureuse des arguments donnés pour ou contre, l'Académie de Bologne réclame de nouvelles expériences, destinées à éclairer les faits qui sont encore controversés; mais, par-dessus tout, elle réclame le soin le plus scrupuleux, dans le but de déterminer, autant que possible, la véritable origine de tous les phénomènes qui viennent d'être indiqués, ainsi que leurs lois, et d'en déduire par des expériences concluantes, et autant que permet de le faire l'état actuel de nos connaissances physiques et physiologiques, la part ou l'action que l'on peut assigner à l'électricité dans les fonctions de l'organisme animal.

Prix : une médaille d'or de la valeur de 100 écus romains.

Les mémoires devront être adressés, suivant les formes académiques, en latin, en italien ou en français, au secrétaire de l'Académie des sciences de l'Institut de Bologne.

— On écrit de Londres : « La distribution annuelle des prix et des diplômes a eu lieu à King's College. L'archevêque de Canterbury et d'autres fonctionnaires éminents du clergé anglican assistaient à la séance, où la profession médicale était représentée par sir Benjamin Brodie, sir H. Inglis et le docteur Self, principal du collége.

» Parmi les dons faits à cet établissement en 1852, on cite un legs de 125,000 fr. du révérend docteur Walford, pour la création de dispenses de frais universitaires en faveur d'un certain nombre d'étudiants.

» La même solennité a eu lieu à l'University College, sous la présidence de R.-M. Milnes, en présence de MM. Robinson et Grote et d'une nombreuse assistance. »

Marche et progrès de la petite vérole à Glasgow (Écosse).

ANNÉES.	POPULATION.	MORTS PAR LA PETITE VÉROLE.
1535	230,860	473
1836	238,950	577
1837	247,040	352
1838	255,390	388
1839	264,010	406
1840	272,000	455
1841	282,134	347
1842	289,934	334
1843	297,735	151
1844	305,534	99
1845	313,334	195
1846	321,134	»
1847	328,934	592
1848	336,734	300
1849	344,534	366
1850	352,336	456
1851	360,138	618
1852	370,000	584

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

De l'emploi du chloroforme et de ses différentes applications, par M. Alf. Yvonneau, docteur en médecine de la Faculté de Paris, médecin des épidémies et membre du Conseil d'hygiène publique de l'arrondissement de Blois, membre correspondant de la Société médicale d'émulation de Paris, de la Société médicale d'Indre-et-Loire, etc., etc. — Prix : 2 fr. 50. Chez Victor Masson, place de l'Ecole-de-Médecine, 17.

De l'hématocèle du scrotum (thèse de concours pour l'agrégation en chirurgie), par M. A. Jamain, docteur en médecine de la Faculté de Paris, ancien interne des hôpitaux. — 1853. In-8° de 134 pages. Prix : 2 fr. 50. Chez Germer Baillière, rue de l'École-de-Médecine, 17.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

Nº 83. — JEUDI 14 JUILLET 1853. (26e ANNÉE.) Nº 83. — JEUDI 14 JUILLET 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE.	Trois mois. . . . / Six mois. . . . . / Un an.	8 fr. 50 c. / 16 » / 30 »
GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES.	Trois mois. . . . . . . / Six mois. . . . . . . / Un an.	9 fr. / 17 / 33
ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR.	Trois mois. . . . . . / Six mois. . . . . . . / Un an.	10 fr. / 20 / 38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

PARIS, LE 13 JUILLET 1853.

Séances des Académies.

Des communications intéressantes ont été faites à chacune des académies.

A l'Académie de médecine, après une lecture de M. Ch. Robin, candidat pour la section d'histoire naturelle médicale, sur deux espèces nouvelles de plantes de la famille des rosacées, dont l'une alimentaire et médicinale, M. Gibert a lu un bon rapport sur un bon mémoire de M. le docteur Yvaren (d'Avignon). Le sujet du mémoire est le suivant : *Des métamorphoses de la syphilis*. M. Yvaren a fait des recherches considérables sur ce sujet, d'autant plus intéressant qu'il est plus négligé de nos jours, où, comme l'a dit avec raison M. le rapporteur, on est passé d'un excès ancien qui frappait d'infamie les personnes affectées de syphilis à un excès contraire; c'est-à-dire qu'on est presque arrivé au point de se faire, sinon un honneur, du moins une *gloriole* d'en avoir éprouvé les atteintes. Ces métamorphoses sont d'ailleurs d'autant plus fréquentes et nombreuses que les traitements préconisés par une foule de charlatans et le peu de soin des malades ont amené une foule de cures incomplètes obtenues par des moyens qui n'ont rien de véritablement spécifique et qui ne sont que palliatifs. L'étendue du mémoire de M. Yvaren est malheureusement un obstacle à son insertion dans les *Mémoires de l'Académie*, où il aurait figuré d'une manière honorable ; mais il est à croire que ce travail ne sera pas perdu, et que l'auteur, encouragé par les suffrages de la savante Compagnie, ne tardera pas à le publier.

Nous ne dirons rien du procédé proposé par M. Chassaignac pour l'opération de la trachéotomie; il a été apprécié déjà, et a été l'objet d'une discussion intéressante à la Société de chirurgie (voir notre numéro du 19 avril).

Enfin, un rapport de M. Lecanu sur une nouvelle préparation d'iode, consistant dans la combinaison de l'iode avec l'albumine, qui rend cette substance plus digestible, a clos la séance, et le vote sur le rapport a été ajourné, à cause du petit nombre des membres présents et de l'importance du sujet.

Nous signalerons, à l'Académie des sciences, une lettre de M. Marchal (de Calvi) sur la gangrène spontanée chez les diabétiques, et une observation de mérycisme remarquable à raison de l'âge très avancé auquel est parvenu le sujet, quatre-vingt-trois ans.

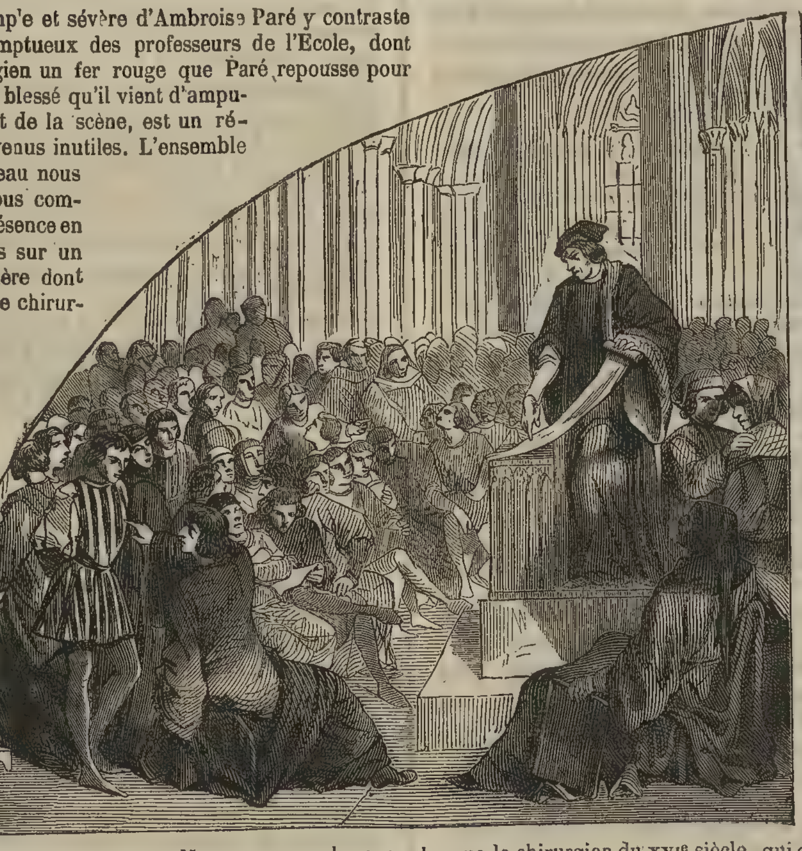
M. Ed. Robin a aussi adressé une note sur la cause essentielle de la mort des animaux tués par la foudre, qu'il attribue à une asphyxie par la disparition plus ou moins complète de l'oxygène.

Un journal, l'*Illustration*, remarquable non-seulement par l'habileté de sa rédaction, mais encore par la variété et le choix des sujets dont il s'empare avec tact et intelligence, a publié il y a quelque temps les dessins de trois tableaux qui se trouvent à l'exposition de peinture de cette année, et qui ont été commandés par la Faculté de médecine pour être placés dans le grand amphithéâtre. Le directeur de l'*Illustration* ayant bien voulu nous confier les bois de ces dessins, nous nous empressons de les reproduire dans nos colonnes.



Ambroise Paré appliquant pour la première fois la ligature aux artères après une amputation. — Tableau par M. Matout.

Ces tableaux, œuvre remarquable de M. Matout, ont pour sujet, le premier, Ambroise Paré appliquant pour la première fois la ligature aux artères après une amputation. Ce tableau représente un champ de bataille. La contenance simple et sévère d'Ambroise Paré y contraste avec les costumes riches et somptueux des professeurs de l'Ecole, dont l'un présente au grand chirurgien un fer rouge que Paré repousse pour se servir de la ligature sur un blessé qu'il vient d'amputer de la cuisse. Sur le devant de la scène, est un réchaud où chauffent les fers devenus inutiles. L'ensemble de la composition de ce tableau nous paraît large et bien conçu. Nous comprenons peu, il est vrai, la présence en grand costume des professeurs sur un champ de bataille, et la manière dont la ligature va être faite par le chirurgien, qui, d'une main, tient la pince dont il a saisi l'artère, et de l'autre le fil pour lier le vaisseau; mais il était difficile de peindre autrement





el fait, de manière à frapper les spectateurs. Nous ne reprocherons pas non plus au peintre d'avoir attribué à Paré l'invention de la ligature, dont le célèbre chirurgien lui-même rapportait l'honneur à Hippocrate, Galien, Avicenne, etc. Le sujet a été indiqué, commandé par la Faculté, et c'est à elle seule que ce reproche pourrait être adressé. Le choix du nom est heureux; Ambroise Paré, s'il n'a pas inventé la ligature, l'a remise en pratique; et d'ailleurs, quel homme plus grand aurait-on pu mettre en scène en présence des élèves et des médecins que le chirurgien du XVIe siècle, qui dut à sa renommée seule le bonheur d'échapper aux massacres de la Saint-Barthélemy, et qui a proscrit du traitement des plaies d'armes de guerre le traitement barbare de la cautérisation par le feu.

Le choix de Lanfranc comme créateur de l'enseignement oral au XIIIe siècle est moins heureux peut-être. Lanfranc était étranger, né à Milan, et si on voulait mettre en évidence la création de l'enseignement, nous ne voyons pas pourquoi l'honneur n'en est pas aussi bien rapporté au Français Jean Pitard, dont les sollicitations auprès du roi saint Louis furent assez efficaces pour qu'on lui doive réellement la première forme de l'établissement de la communauté de St-Côme.

D'un autre côté, nous applaudirons sans réserve au choix qui a dicté le troisième tableau; il s'agissait de signaler l'enseignement clinique au XVIIIe siècle, et certes, personne mieux que Desault, ne pouvait le personnifier; Desault, le grand chirurgien, l'inventeur d'un grand nombre de procédés, de méthodes, et qui, à la Charité comme à l'Hôtel-Dieu, n'a cessé d'attirer à ses cours la foule des élèves français et étrangers; l'activité prodigieuse de ce grand chirurgien, qui, quoique marié, couchait régulièrement à l'Hôtel-Dieu, afin de donner au besoin ses soins aux malades pendant la nuit, et qui, finissant sa visite à huit heures du matin, ne terminait sa consultation, ses opérations, ses leçons qu'à midi, n'a été égalée que par cet autre prodige d'activité et de zèle, Dupuytren, dont les leçons sont encore si présentes à notre esprit. Qui mieux que Desault pouvait représenter l'enseignement clinique du XVIIIe siècle, lui dont on a pu dire à sa mort :

Portes du temple de Mémoire,
Ouvrez-vous; il l'a mérité.
Il vécut assez pour sa gloire,
Et trop peu pour l'humanité!

Nous n'avons rien dit encore du peintre, et cependant nous lui devons, comme médecin, comme appréciateur du travail et du talent, des remercîments et un juste hommage. M. Matout a tiré un excellent parti des sujets qui lui ont été proposés, et nous devons dire que si quelque imperfection peut s'y faire remarquer, elle ne peut lui être reprochée; quelques parties du sujet étaient ingrates, il ne pouvait les changer; il a dû obéir au programme, et s'est acquitté de sa tâche avec bonheur. Nous lui prédisons un succès, et l'approbation générale du public auquel ses tableaux sont destinés, et qui ne se demandera pas si ses œuvres contiennent ou non de ces détails que le public ordinaire pourrait désirer de voir écarter de ses yeux.

HOTEL-DIEU. — M. Jobert (de Lamballe).

Rhinoplastie partielle de l'aile gauche du nez.

(Observation communiquée par M. Gallard, interne.)

Ver (Michel), âgé de dix ans, entre le 28 juin à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Côme, n° 7.

Cet enfant, d'un tempérament lymphatique, est pourtant d'une bonne santé habituelle et n'a jamais fait de maladie grave. Il porte sur l'aile gauche du nez une perforation avec perte de substance, ayant une forme triangulaire à sommet supérieur, mais à angles excessivement arrondis, surtout les inférieurs, qui représentent plutôt une ligne courbe à convexité inférieure; tandis que l'angle supérieur, mieux accusé, se dirige vers l'œil du même côté. Cette perforation conduit dans la fosse nasale correspondante, que l'on voit parfaitement par cet orifice, dont la superficie égale à peu près celle d'une pièce d'un franc, mais avec la forme particulière que nous venons de décrire. L'extrémité du nez est portée en haut et à gauche du côté de la perforation; l'organe en entier fait peu de saillie en avant de la face. La narine correspondante est libre, ainsi que celle du côté opposé. La peau a partout sa coloration normale, même sur les bords de la perforation. Cet enfant parle mal; sa voix ressemble à celle des personnes qui ont une division du voile du palais, cependant elle est moins nasonnée que chez ces dernières.

En examinant l'intérieur de la cavité buccale, on trouve non pas une division du voile du palais, mais une conformation telle de ce voile que la portion membraneuse, étendue du pilier droit à la luette, a beaucoup moins de hauteur que celle du côté gauche; de telle sorte que, si l'on se représentait la luette et les deux piliers de chaque côté comme formant deux arceaux, la voûte du côté droit serait élevée de plus d'un centimètre au-dessus de celle du côté gauche, qui paraît normale. Plusieurs fois le caustique de nitrate d'argent fondu a été porté sur les amygdales et le voile du palais dans le but de combattre cette difformité. La mère ne peut nous dire comment elle s'est produite non plus que la perforation de l'aile du nez; elle prétend que l'enfant est né bien conformé et qu'elle n'a remarqué cette perte de substance que trois mois après. Aussi ne manque-t-elle pas de l'attribuer au peu de soins que la nourrice aurait pris de son enfant. Mais rien ne prouve qu'elle ait raison; et, depuis qu'elle a vu cette ouverture anormale, elle n'a pas remarqué qu'elle ait été le siége d'aucun travail, ni morbide ni cicatriciel.

Aucune complication n'existant, M. Jobert se décide à opérer de la manière suivante le 1er juillet 1853 :

L'enfant est préalablement soumis à l'inhalation du chloroforme, et quand sa sensibilité est suffisamment émoussée, le chirurgien ravive tout le pourtour de la perforation avec un bistouri et des ciseaux. Il enlève ainsi sur tout ce pourtour une bande de 2 millimètres d'épaisseur environ, puis introduit le bistouri au-dessous de la peau; il la décolle dans toute la circonférence, mais il pousse ce décollement plus loin, en dedans sur le dos du nez, et en dehors du côté de la joue, qu'en haut vers l'œil, et surtout qu'en bas, où l'orifice anormal n'est séparé de l'ouverture de la narine que par un point de tissu sain ayant à peine un demi-centimètre de hauteur. Ce décollement permet de faire marcher l'un vers l'autre les deux bords de la perte de substance, en les rapprochant de telle façon qu'ils se réunissent en formant une ligne droite parallèle à l'axe du nez. L'affrontement est parfait, et trois épingles maintiennent les surfaces saignantes en contact à l'aide de la suture entortillée. Dans chaque narine on introduit un bout de sonde en caoutchouc recouvert de diachylum, pour s'opposer à l'affaissement du nez après l'opération.

Il ne s'est écoulé que très peu de sang pendant l'opération. Le petit malade se trouve très bien dans la journée, ainsi que le lendemain et les jours suivants.

Le 5, on le débarrasse de quelques-uns des fils qui maintenaient les sutures, ainsi que des bouts de sonde que l'on avait placés dans les narines.

Le 6, les deux épingles supérieures sont enlevées, et la troisième est retirée le 7. Alors la réunion est parfaite. Sous les croûtes qui se sont formées le long du trajet de la plaie, on entrevoit une cicatrice linéaire parfaitement réunie, et solide autant qu'on peut l'espérer après sept jours seulement, car il n'y a pas moyen d'observer ce sujet plus longtemps, sa mère désirant le ramener à la campagne. Son nez est symétrique, un peu camard, mais plus saillant qu'avant l'opération. La cicatrice linéaire dont je viens de parler a remplacé la perforation du côté gauche; la narine de ce côté est un peu moins dilatée que celle du côté opposé, et sur son pourtour on voit une petite dépression qui se trouve sur le trajet que parcourrait la ligne de la cicatrice, si on la prolongeait jusqu'au bord libre de la narine.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS.

Observation de paralysie essentielle chez un enfant ;

Par M. E. Strohl, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg.

M. Strohl a lu à la dernière séance de la Société de médecine de Strasbourg un fait très curieux de paralysie essentielle qu'il a fait précéder et suivre d'intéressantes réflexions que nous reproduisons.

Lorsqu'à la suite d'une compression, d'une désorganisation d'un des centres nerveux ou d'un tronc nerveux, nous voyons survenir la paralysie, notre esprit est satisfait; ces cas pathologiques concordent parfaitement avec les résultats que nous offre l'expérimentation, et nous touchons du doigt la relation de la cause à l'effet. Malheureusement il est un grand nombre de paralysies qui échappent à cette catégorie et que l'état actuel de nos connaissances ne nous permet pas d'expliquer. Ni l'anatomie pathologique, ni la physiologie ne nous donnent la clef de cette énigme, car le scalpel et le microscope sont encore impuissants à nous montrer les lésions qui déterminent ces accidents, et très souvent, quand ils en découvrent, il est impossible de savoir si elles sont la cause ou l'effet de la paralysie. Très souvent même nous ne pouvons pas spécifier le siége de la maladie; réside-t-elle dans les centres, dans les troncs nerveux, dans leurs expansions périphériques, ou bien dans la contractilité musculaire? Là tout est obscurité. Les cas de cette seconde catégorie peuvent encore se subdiviser en deux ordres; dans les uns, nous connaissons la cause qui a déterminé la paralysie sans pouvoir expliquer le mécanisme de son action. Telles sont, entre autres, les paralysies amenées par le chloroforme, par l'intoxication plombique, le refroidissement. Cette satisfaction nous manque même dans les paralysies du second ordre; néanmoins il en est quelques-unes que nous parvenons à rattacher plus ou moins à quelque loi physiologique ou pathologique, comme celles qui proviennent d'une métastase, ou bien qui sont déterminées par l'action réflexe, comme les paralysies hystériques, celles que l'on voit survenir à la suite de la dentition, de la présence de vers dans l'intestin, d'une diarrhée, d'une dyssenterie, d'une maladie des reins, etc.

Dans un remarquable mémoire inséré dans la *Gazette médicale de Paris*, 1851, nos 44 et 45, M. Rilliet traite de la paralysie essentielle chez les enfants, et il la définit de la manière suivante: c'est « une maladie caractérisée par la perte absolue ou restreinte » du mouvement, et quelquefois du sentiment, dans une ou plusieurs parties du corps, sans que l'examen attentif de l'appareil » de l'innervation révèle aucune lésion matérielle des centres nerveux ou de leurs ramifications. » Il y range les paralysies succédant à des convulsions, à la chorée, à la dentition; à une fièvre exanthématique, gastrique, rémittente ou typhoïde; à un refroidissement, à des traumatismes, tels que des coups, une chute, des tiraillements. Mon but n'est pas ici d'entrer dans un examen détaillé de l'essentialité et de la nature de ces affections; nous en savons trop peu de choses, et les hypothèses que l'on pourrait avancer à ce sujet reposent sur des preuves tellement peu positives qu'il vaut beaucoup mieux s'en abstenir complétement.

Je ferai seulement remarquer que, pour être conséquent avec la définition, il faudra ranger dans la paralysie essentielle un grand nombre de celles qui sont la suite de l'hystérie, de l'intoxication saturnine, de maladies des reins, etc., etc., et même des états plus ou moins paralytiques, qui évidemment ne peuvent être classés dans la même catégorie, la faiblesse musculaire des anémiques, des chlorotiques, par exemple. Il en résulte encore que cette paralysie n'est pas particulière aux petits enfants, comme l'avancent la plupart des auteurs; car je ne vois aucune différence entre la paralysie survenue à la suite d'une attaque de convulsions chez un enfant ou d'une attaque d'hystérie chez une adulte, entre celle qui frappe l'extrémité inférieure d'un enfant resté longtemps assis sur un banc de pierre et celle qui anéantit l'action du facial chez un adulte exposé à un courant d'air.

D'après M. Rilliet, « dans plus des deux tiers des cas environ la » paralysie a atteint des enfants âgés de six mois à deux ans. Avant » six mois, les exemples sont fort rares, rares aussi après trois ans. » Cependant les docteurs Kennedy, Heine et West ont observé la » maladie sur des enfants âgés de cinq, six et même sept à huit » ans. Kennedy est convaincu que la paralysie essentielle peut être » aussi observée chez l'adulte. J'ai vu sur une jeune fille de dix-» huit ans un bel exemple de paraplégie complète qui a succédé à » une fièvre typhoïde et a fini par disparaître complétement après » avoir duré plus de dix-huit mois. » On pourrait facilement contester l'essentialité de ce dernier cas; mais on voit par là combien M. Rilliet est près d'adopter mes conclusions.

Restent quelques cas isolés dans lesquels il est difficile de rattacher la paralysie à une cause occasionnelle externe ou à une maladie primitive. Ainsi, un enfant se couche bien portant, et le lendemain on le trouve paralysé d'un bras (p. 683); peut-être que l'enfant était couché toute la nuit sur ce bras et avait ainsi comprimé les nerfs de cette extrémité. Un autre passe la nuit en voiture, et le lendemain on s'aperçoit que la jambe n'exécute plus aucun mouvement, sans que l'on observe aucun autre dérangement dans la santé générale. Y avait-il là une position vicieuse ou bien un courant d'air à travers une fente à invoquer? On ne le peut savoir, et dans ce doute ces deux cas paraissent exceptionnels.

Le cas que j'ai été à même d'observer diffère de ceux que nous connaissons par la singularité de la cause; il est peut-être unique; car, malgré mes recherches, je n'ai pu trouver aucune observation qui se rapprochât seulement de la mienne.

Obs. — Anna Chart... est née de parents sains; le père et la mère sont bien portants et robustes, la dernière un peu lymphatique. Il n'existe aucune maladie héréditaire dans la famille; les autres enfants sont bien constitués. Anna a toujours été faible sans avoir été malade; elle n'a jamais eu de convulsions. Un an avant la maladie actuelle, elle a éprouvé dans une oreille des douleurs suivies d'une otorrhée, qui avait cessé au bout d'un mois. L'enfant a commencé à marcher à quinze mois, en se tenant néanmoins au mur, et la marche n'a été franche que peu de temps avant la chute dont nous aurons bientôt à nous occuper.

La dentition s'est faite normalement, sans trouble sérieux; seulement à chaque éruption de dents la marche était devenue impossible. A l'époque où je vis l'enfant, elle avait vingt dents régulières. Le 24 juin 1851, elle fit en marchant dans la chambre une chute sur les deux mains, à la suite de laquelle les parents remarquèrent une courbure anormale des deux extrémités supérieures. Un médecin, jouissant d'une juste réputation, fut appelé, et reconnut une fracture incomplète avec incurvation des deux os de l'avant-bras gauche. Il appliqua un appareil à fracture, le renouvela au bout de quinze jours et huit jours plus tard en remit un troisième. L'enfant se trouvait toujours bien, marchait et remuait les chaises en se servant de ses deux bras. Mais dès les premiers jours du troisième appareil la main s'est enflée, l'enfant a accusé des douleurs de plus en plus vives, a cessé de marcher; au bout de treize jours, il est survenu de la fièvre, du délire, et l'appareil a été enlevé deux jours plus tard, ainsi quinze jours après son application. Il existait alors deux petites eschares assez superficielles, l'une au-dessus du pli du coude, l'autre au poignet; la première seule a laissé une cicatrice. La fièvre n'a cessé que huit jours après la levée de l'appareil. Lorsque le bras eut été mis à nu, on s'aperçut qu'il était tout à fait sans mouvement; les extrémités inférieures elles-mêmes participaient à cette paralysie, quoique incomplétement; l'enfant ne pouvait plus marcher seule. Après la chute de la fièvre, on employa des bains de feuilles de noyer et des frictions stimulantes variées sans aucun résultat pour le bras, mais avec de l'amélioration pour les jambes.

Voici dans quel état j'ai trouvé la petite malade le 15 novembre 1851, cinq mois après la chute, lorsque j'ai été appelé à lui donner des soins :

Enfant de deux ans huit mois, de bon extérieur, embonpoint moyen, joues rosées. Rien à noter dans la physionomie ni dans l'habitus général qui pût se rapporter à une maladie cérébrale. L'enfant déshabillée laisse pendre le bras gauche le long du corps sans le moindre mouvement, comme une masse inerte attachée à l'épaule au moyen de cordes. La déformation la plus remarquable siégeait dans celle-ci; elle était fortement relevée au-dessus du niveau de l'épaule droite, sans mouvement actif, si ce n'est celui de soulèvement après qu'on l'eut abaissée. L'omoplate avait tourné sur son axe de manière à faire saillir son angle inférieur sur le côté. La tête humérale n'est plus sous la voûte articulaire: elle se trouve à plus d'un centimètre au-dessous de l'acromion; par là tout le membre est allongé; la distance de l'acromion à l'olécrâne mesure, du côté malade, 163 millimètres et du côté sain 148. L'acromion ainsi que l'apophyse coracoïde font une saillie considérable; le moignon de l'épaule a perdu sa rotondité; il est coupé carrément; la peau qui recouvre la capsule articulaire allongée présente, par suite de la pression atmosphérique, un enfoncement au milieu de l'espace qui sépare la tête humérale de l'acromion. Le bras est soulevé avec la plus grande facilité et rapproché de la voûte scapulaire; alors la conformation naturelle de l'épaule se trouve rétablie, à l'exception d'un peu d'aplatissement. C'est que le deltoïde a presque complétement disparu; on le sent à peine. Cette atrophie s'étend à toute l'extrémité, comme le montrent les mesures suivantes :

Circonférence.	Côté malade.	Côté sain.
Au-dessus de l'insertion du deltoïde.	137 mm.	147 mm.
Au milieu du bras.	118	128
Au tiers supérieur de l'avant-bras.	124	140
Au-dessus du poignet.	96	100

L'atrophie portait sur les muscles et sur le tissu cellulaire. Malheureusement mes notes se taisent sur l'état des os, et un nouvel accident survenu depuis ne me permet pas d'examiner ce dernier point. Tous les muscles ont perdu leur volume, leur résistance; ceux que l'on peut isoler facilement, comme le deltoïde, dont nous avons déjà parlé, le biceps, le triceps, sont de petites masses minces, molles, se laissant déplacer sans le moindre obstacle. Les sus et sous-épineux, le grand pectoral, ainsi que le grand dorsal, sont moins atrophiés. Tous les mouvements, sans aucune exception, du bras, de l'avant-bras, de la main, des doigts, sont totalement abolis; je répète *tous* les mouvements et *totalement*. La peau n'offre ni aspect particulier, ni sensation spéciale au toucher; la coloration en est normale; elle est flasque, mince, tapissée de peu de graisse, et forme encore la chair de poule sous l'impression du froid. La sensibilité est intacte; ni exagérée, ni diminuée. L'avant-bras offre encore de la courbure, ainsi que celui du côté sain; mais ce dernier beaucoup moins.

Pas de différence dans la longueur et le volume des extrémités inférieures; les cuisses sont convenablement grosses, les jambes un peu maigres. L'enfant peut marcher seul, mais avec difficulté, avec peur; aussi on n'y parvient pas toujours facilement. Aucune céphalalgie; la tête n'est pas trop volumineuse; aucune déviation, aucune douleur dans la colonne vertébrale. Toutes les autres fonctions se font normalement, et, à part la paralysie, l'enfant est tout à fait bien portant.

Je prescrivis le sulfate de strychnine à l'intérieur et des frictions stimulantes sur le bras. A deux reprises le premier médicament a déterminé des accidents non sérieux, sans aucun bénéfice. Les parents ne voulant plus le continuer, je le remplaçai par la teinture de noix vomique, qui fut donnée pendant plusieurs mois, un peu irrégulièrement, il est vrai, parce que la mère redoutait toujours des accidents semblables à ceux de la strychnine. Je n'énumérerai pas toutes les substances employées localement, tous les excitants y ont passé; et, de plus, je recommandais d'imprimer de fréquents mouvements au membre paralysé.

Quelque temps après le commencement de l'emploi de ces moyens, et pendant leur continuation, je mis en usage l'électricité galvanique par induction. Les muscles sont restés également insensibles à cette action; l'indicateur seul, et vers les derniers temps, pendant quelques jours, le pouce, parvinrent à exécuter quelques petits mouvements de flexion; mais ceux du premier doigt n'ont aucunement augmenté depuis, et ceux du pouce se sont perdus; ils étaient d'ailleurs si petits, que je doute même de leur existence. Le seul gain évident fut une augmentation dans le volume du bras, augmentation qu'il faut mettre sur le compte du tissu cellulaire et non des muscles, car ceux-ci ont toujours continué à diminuer. En même temps la marche était devenue facile, mais un peu chancelante, à cause de la masse inerte du bras. La galvano-puncture elle-même ne parvint pas à déterminer de contractions musculaires, de sorte que je la cessai après six séances à peu près. Ce traitement, la noix vomique, les frictions et la galvanisation, fut continué avec quelques interruptions jusqu'au mois d'août 1852. Convaincu alors de l'inutilité de ces moyens, et ne voyant pas d'autre traitement possible, j'abandonnai cette petite fille à son malheureux état; mais un nouvel accident me la fit revoir le 6 octobre. La veille elle avait fait une chute en marchant dans la chambre, et s'était fracturé l'humérus du bras malade, un peu au-dessus du milieu de la hauteur. C'était bien la fracture la plus simple possible, transversale, sans dérangement, sans gonflement, par conséquent sans aucune difformité du membre, et, de plus, sans douleur; même la crépitation était très obscure. Aussi la lésion ne put être reconnue que par la mobilité qui existait en cet endroit. L'os, à ce qu'il me paraît, n'avait fait qu'éclater, même sans beaucoup déchirer le périoste. Un léger appareil amidonné fut appliqué, et au bout de quatre semaines la consolidation était parfaite, avec un petit gonflement dû à un cal peu volumineux.

Je serai sobre de réflexions sur ce cas, parce que nulle hypothèse rationnelle ne peut être établie. Faut-il chercher le siége de la paralysie dans les centres, ou bien dans les troncs nerveux? Evidemment il y a une relation de cause à effet entre la compression exercée par l'appareil appliqué sur l'avant-bras et la perte du mouvement; mais est-ce une action directe? Je ne le pense pas. Si la paralysie avait siégé uniquement dans l'avant-bras et la main, on pourrait répondre par l'affirmative, car les cas semblables ne sont pas rares, et l'on comprend qu'une compression puisse déterminer un travail pathologique dans les nerfs qui en ont ressenti directement les effets, et les rendre impropres à leurs fonctions dans les points frappés, et forcément dans toutes les parties situées au-dessous. Peut-on admettre que ce travail se soit étendu secondairement en remontant vers les centres? Pas davantage; car ni les cas connus de lésions analogues, ni la marche de la maladie actuelle ne nous autorisent à admettre cette progression. Comment d'ailleurs se rendre raison, dans cette hypothèse, de la paralysie de tous les muscles qui meuvent l'extrémité supérieure, de l'invasion instantanée de celle-ci et de l'intégrité des nerfs sensitifs, dont les

fonctions sont seules restées intactes? Néanmoins, je viens de trouver une observation qui présente quelque analogie avec la lésion qui nous occupe; elle est renfermée dans le compte-rendu des travaux de la Société de médecine de Dijon (voir *Gazette médicale de Strasbourg*, n° 8, 1844). Une jeune fille, à la suite d'une chute sur la partie dorsale et radiale du poignet, avait vu se développer une flexion permanente des articulations des doigts, du poignet et du coude. M. Morlot l'attribue à une paralysie des extenseurs, à la suite d'une contusion du rameau cutané du nerf radial. Effectivement, il existait une anesthésie de la moitié radiale dorsale de la main. Dans ce cas, la contusion d'un rameau sensitif aurait amené peu à peu la paralysie du tronc du nerf et de toutes les branches qui en dépendent. Il est à regretter que cette observation, telle qu'elle est donnée, soit trop courte, trop incomplète; il manque une foule de détails nécessaires à l'établissement de ce diagnostic, et ce dernier, fût-il vrai, ne peut éclairer grandement le cas qui nous occupe : il existe une grande différence entre un coup violent ayant déterminé une anesthésie locale et la compression de l'avant-bras qui a existé chez notre enfant. Il ne nous reste donc qu'à assimiler cette lésion à ces cas de paralysie appelée essentielle par les auteurs, et à invoquer comme cause efficiente la fièvre vive et prolongée qui avait résulté de la compression de l'avant-bras. De cette manière, il est vrai, nous n'expliquons rien, mais au moins nous trouvons des cas analogues auxquels nous parvenons à rattacher celui qui nous occupe.

La déformation particulière dont l'épaule est le siége a déjà été notée par plusieurs observateurs, et les descriptions que j'en ai lues dans le mémoire de M. Rilliet semblent exactement avoir été faites sur ma malade. Ce dernier confrère indique même une erreur de diagnostic dans laquelle il est tombé, ainsi que moi, à la première vue du malade; on croit voir une luxation de l'humérus, idée que la conformation de l'épaule fait naître inévitablement.

Je n'ai pas besoin de montrer l'influence de la paralysie complète sur la production, les symptômes et la marche de la fracture de l'humérus. L'absence de douleurs et de difformité est le résultat de l'inertie musculaire et probablement de l'intégrité plus ou moins complète du périoste; et, si la consolidation s'est faite dans le temps normal, nous devons en conclure que la circulation et la vie végétative sont restées intactes dans cet os.

L'atrophie est la conséquence toujours observée dans ces cas, lorsque la paralysie ne guérit pas après un certain temps; c'est la seconde période de la maladie, et elle était très marquée. Quant au pronostic, il est des plus fâcheux; des muscles qui restent insensibles à la strychnine, à des frictions excitantes, et surtout à l'électricité, et même à la galvano-puncture, employées avec énergie et persévérance, sont probablement dégénérés au point de ne plus reprendre leur structure et leurs fonctions normales par le seul travail de la nutrition.

AFFECTIONS CONVULSIVES. — EMPLOI DE L'OXYDE DE ZINC.

A l'occasion d'un fait communiqué par le docteur Paul Mougins-Roquefort, médecin de l'hôpital général de Grasse, sur un cas de guérison d'accès épileptiques chez un enfant par l'oxyde de zinc, M. Martin Lauzer vient de publier un résumé de l'historique des essais tentés avec ce médicament. Il nous paraît d'autant plus utile de reproduire cet article, que beaucoup de praticiens regardent l'oxyde de zinc comme un médicament pour ainsi dire inerte, tandis que d'autres lui attribuent des effets très avantageux.

Au milieu du siècle dernier, un empirique du nom de Luddeman se fit une haute réputation à Amsterdam et à Leyde avec les succès qu'il obtenait dans les maladies convulsives par l'administration qu'il faisait à l'intérieur d'un remède dont il cachait la composition. Gaubius, témoin des bons résultats de l'arcane de Luddeman, se donna la peine de l'examiner, et il découvrit que ce n'était autre chose que des fleurs de zinc (oxyde de zinc). Il l'essaya dans les convulsions des enfants, réussit également et publia ses observations dans un ouvrage intitulé : H. D. GAUBII *adversariorum varii argumenti liber unus*, cap. VIII, p. 113; 1771.

L'année suivante, il parut à Leyde une thèse inaugurale de Hart, disciple de Gaubius, sous ce titre : *De zinco, ejusque florum usu medico, observationibus confirmato*, etc. Dans ces observations, il y en avait de propres à Gaubius, relatives à la coqueluche, au hoquet hystérique, au spasme cynique, à une épilepsie héréditaire radicalement guérie, à de violentes convulsions suites d'un vif chagrin et également guéries. Il y en avait une de Vandoeveren, sur la cure radicale d'une danse de Saint-Guy; trois du docteur Stolte, dont deux relatives à des épilepsies guéries rapidement (trop rapidement peut-être) et à une affection convulsive très cruelle due à la frayeur, considérablement diminuée par l'oxyde de zinc et qui eût peut être guéri par des doses plus fortes; une dernière observation enfin, propre à M. Hart lui-même, sur des convulsions causées par une frayeur très vive, et qui, après avoir résisté à un très grand nombre de remèdes, cédèrent enfin aux fleurs de zinc.

En 1778, Hurlebusch publia à Helmstadt, dans sa thèse inaugurale, de nouveaux faits confirmatifs des propriétés antispasmodiques de cette substance. On voit dans cette thèse que Bereis, professeur à Brunswick, a rendu la santé à cinq épileptiques, que Crelle a guéri : 1° une fièvre intermittente compliquée d'épilepsie; 2° divers spasmes qu'une fièvre bilieuse avait laissés; 3° des convulsions qui avaient cédé à des douleurs vagues de rhumatismes; 4° l'épilepsie chez plusieurs enfants; que M. Martini a complétement délivré un homme atteint de mouvements convulsifs; que Hagen en a retiré d'excellents résultats dans la coqueluche; que cet antispasmodique, enfin, associé avec la casse, a calmé des convulsions hystériques, et procuré du soulagement à un jeune épileptique qu'une fièvre quarte avait rendu tel depuis plusieurs années.

En 1780, Martini publia lui-même à Helmstadt une dissertation dans laquelle on lit que l'épilepsie, la danse de Saint-Guy et plusieurs espèces de convulsions ont été fructueusement combattues avec les fleurs de zinc chez des vermineux, dont la guérison n'avait pas été assurée par l'expulsion des vers.

Goodsir, chirurgien à Largo (Ecosse), rapporte dans le quatrième volume des *Mémoires de médecine et de chirurgie*, par une Société d'Edimbourg, l'histoire d'une maladie hystérique très violente, pour laquelle les fleurs de zinc ont été employées très utilement; et il nous apprend que ce remède a singulièrement soulagé un épileptique, dont les accès s'annonçaient par une *aura epileptica* partant de la partie interne des jarrets.

Benjamin Bell a guéri avec les fleurs de zinc, portées à un scrupule (1,30) par jour, et données en deux doses, un épileptique que rien n'avait pu soulager (*Gazette salutaire*, 1774, n° 22).

Michel de Bialmont, médecin de Liége, dit dans le même recueil, même année, n° 35, que ce remède a guéri, entre ses mains : 1° des mouvements convulsifs épileptiformes; 2° une toux convulsive très inquiétante; 3° un vomissement nerveux avec cardialgie (gastralgie) et constriction spasmodique de tout le tube alimentaire.

On trouve dans les *Commentaires* de Duncan : 1° que quinze grains (0,75) de fleurs de zinc, pris chaque jour en trois doses, et continués quelque temps, délivrèrent une jeune femme d'une épilepsie dont les attaques revenaient cinq ou six fois par jour; 2° qu'une fille de quatorze ans a été guérie de la danse de Saint-Guy en prenant soir et matin un grain (0,05) de fleurs de zinc, après avoir été purgée deux fois; 3° qu'une épilepsie invétérée et rebelle fut emportée par les fleurs de zinc administrées deux fois par jour, d'abord à la dose de deux grains, et successivement poussée jusqu'à celle de six; 4° enfin que, dans quelques cas où les fleurs de zinc n'ont pas opéré une guérison parfaite, elles ont produit une diminution considérable des accès.

Desaive, apothicaire à Liége, rapporte que 44 grains (2,50), pris en douze fois, ont radicalement enlevé un spasme périodique très cruel qui durait depuis quatre ans, et qui, partant des premières vertèbres, gagnait les muscles intercostaux gauches, et se propageait jusque sur le diaphragme, ensuite sur l'estomac, et redoublait de violence sur ce viscère.

Maret disait des fleurs de zinc, qu'il appelait *chaux de zinc*, qu'elles avaient été le moyen principal de la guérison d'un épileptique, qui en avait pris deux grains de six heures en six heures, et en avait employé un gros (4,00). Il ajoutait toutefois que, comme les autres antispasmodiques d'ailleurs, ce remède n'avait pas un effet constant.

Rush (de Philadelphie) fait mention, dans une lettre à Duncan, d'un marchand épileptique depuis dix à douze ans qui avait dû sa guérison aux fleurs de zinc.

Haigard (de Chester) avait reconnu que les fleurs de zinc avaient particulièrement prise sur les épilepsies et autres maladies convulsives qui étaient la suite d'une trop grande sensibilité.

Whitt (d'York) a vu la maladie caractérisée par les convulsions successives de toutes les parties du corps, et à laquelle on a donné le nom de maladie sacrée (ἱερά νόσος), céder aux fleurs de zinc, après avoir résisté aux antispasmodiques les plus vantés. Dugud, médecin à Durham, rend compte, dans les *Mémoires de médecine d'Edimbourg*, des succès qu'eurent les fleurs de zinc chez une jeune fille de neuf ans attaquée depuis environ deux ans de mouvements convulsifs très violents, qui agitaient fort irrégulièrement tout le système musculeux, et finirent par un spasme constant des extrémités inférieures. La dose de ces fleurs fut portée à 15 grains par jour, donnés en deux fois.

Fouquet dit n'avoir pas été en général très satisfait des fleurs de zinc : il les a cependant vues réussir sur un jeune enfant de huit ou neuf ans, à qui la frayeur d'une chute avait laissé de légers mouvements convulsifs du globe des yeux et un tremblement sensible à une main, le tout datant de trois mois. Cet enfant prenait 2 grains de fleurs de zinc par jour : il fut guéri en six semaines.

Le professeur Home (d'Edimbourg) considère ce médicament comme un excellent antispasmodique, et surtout un très bon antiépileptique.

Les auteurs de la *Pharmacopée des pauvres*, en usage à l'Institut clinique de Hambourg, prescrivent la potion suivante contre l'épilepsie :

Fleur de zinc très blanche. . . . . 2 grammes.
Eau de fontaine. . . . . 250 —
Sirop diacode. . . . . 30 —

M. Pour plusieurs prises à donner dans le jour et à réitérer pendant quelque temps.

Dans un cas d'épilepsie, John Lind, fils du célèbre médecin de ce nom, prescrivit cinq grains de ces fleurs, réduits en bols avec de la conserve d'églantier, et on porta par degrés la dose au double; mais il ne put la dépasser. Six semaines de l'usage de ce remède, continué deux fois par jour, suffirent pour terminer la cure.

Les essais faits en France avec les fleurs de zinc ont donné des succès variables. Delaroche, dans un mémoire publié au *Journal de médecine de Paris* (décembre 1779), rapporte dix observations très intéressantes, dont le résultat est que ces fleurs sont très convenables contre les spasmes et les convulsions des enfants et même des adultes. Dans le cahier de décembre 1781, il est dit que Duchanoy a guéri la danse de Saint-Guy avec les fleurs de zinc, dont il donnait chaque jour dix pilules d'un demi-grain; mais ces pilules causaient une chaleur brûlante dans la gorge. Ponché a guéri radicalement une épilepsie accidentelle et sujette à des périodes fixes par les fleurs de zinc. Méglin, qui les a fait entrer dans la composition des fameuses pilules qui portent son nom, ne leur est cependant pas très favorable. Il les dit utiles dans les affections vaporeuses hystériques, mais bien moins que d'autres antispasmodiques, et il veut qu'on les réserve pour ces cruelles maladies de nerfs qui obligent de varier le traitement. L'épilepsie est sans doute implicitement comprise dans cette classe de maladies. Ces mêmes fleurs avaient peu réussi également à l'hospice des enfants de Vaugirard contre les convulsions des nouveau-nés, ce qui n'est d'ailleurs pas étonnant, puisqu'il s'agissait là de convulsions aiguës.

Baumes (de Montpellier) dit que les fleurs de zinc sont loin de lui avoir toujours réussi, mais qu'il leur doit des cures véritables. J'ai vu, continue-t-il, des enfants attaqués de convulsions cloniques et d'épilepsie, des adultes tourmentés par des symptômes nerveux, par des accès épileptiques, par des priapismes, devoir tous leur soulagement et leur guérison à l'usage méthodique des fleurs de zinc; mais j'ai vu que, quoique ce remède soit innocent, il ne réussit point : 1° quand l'estomac pêche par un excès de sensibilité; 3° quand les convulsions des enfants sont le symptôme d'une maladie aiguë; 3° quand les spasmes et les convulsions sont dus à l'irritabilité morbifique et à la faiblesse du système nerveux. Ce célèbre médecin, celui qui s'est le plus occupé peut-être de l'oxyde de zinc, donne les détails les plus circonstanciés sur la manière de l'employer avec fruit :

« Quant aux premiers effets de ce remède, dit-il, ils sont plus ou moins désagréables, si, dans la majeure partie des cas, on n'en commence l'usage par une dose infiniment petite, telle qu'un tiers, un quart ou un cinquième de grain; si, dans le principe, on ne combine avec ce remède un doux stomachique ou un léger calmant, tel que l'extrait de genièvre, de gentiane, de quinquina, l'extrait de safran, celui des têtes de coquelicot, etc. En outre, j'ai vu, quoique rarement, que les fleurs excitaient une espèce d'ivresse qui ne tardait pas à se dissiper. »

Comme la plupart des remèdes préconisés à la fin du siècle dernier, l'oxyde de zinc a été un peu négligé, en France du moins, dans la tourmente révolutionnaire qui en a occupé la fin, ainsi que pendant le règne de la doctrine physiologique. Cependant il n'est jamais tombé dans un oubli complet. Certaines formules de pilules contre l'épilepsie, dont il forme la base, portent des noms modernes bien connus, ceux de Dupuytren, de Maunoir, de Récamier, de M. Blache. M. Brachet (de Lyon) en a également signalé les bons effets. Nous donnerons les principales de ces recettes.

Poudre antispasmodique.

Oxyde de zinc. . . . . 2 grammes.
Sucre. . . . . 5 —

M. et divisez en dix prises.

Une toutes les deux heures dans un peu d'eau sucrée.

Il est peu d'estomacs qui puissent de prime abord supporter l'oxyde de zinc à cette dose. Bien que le vomissement n'ait rien de fâcheux, il a au moins l'inconvénient de l'expulsion du médicament. Nous croyons que, si la gravité et la fréquence des accès exigeaient l'administration d'emblée d'aussi fortes doses, il faudrait leur associer quelques substances aromatiques ou narcotiques.

Pilules antispasmodiques (Maunoir).

Oxyde de zinc. . . . . 2 grammes.
Conserves de roses. . . . . . Q. S.

Mêlez et faites 36 pilules. Une matin et soir dans l'épilepsie, l'hystérie, etc.

Les formules suivantes renferment une médication complexe.

Pilules contre l'épilepsie (Dupuytren).

Oxyde de zinc. . . . . 1 gramme.
Poudre de valériane. . . . . 2 —
Castoréum. . . . . 0,2 centigr.

F. S. A. 12 pilules — à prendre en trois fois dans la journée et à continuer très longtemps.

Mélange antispasmodique (Blache).

Oxyde de zinc. . . . . 8 grammes.
Calomel à la vapeur. . . . . 4 —
Valériane en poudre. . . . . 4 —

Mêlez et divisez en 70 prises : 2 prises par jour, une le matin à jeun et l'autre avant le dîner dans les maladies épileptiformes des enfants.

Pilules antiépileptiques (de Bourge).

Bleu de Prusse. . . . . . } àà 10 grammes.
Oxyde de zinc. . . . . . }

F. S. A. 100 pilules. Une de ces pilules chaque matin à jeun pendant la première semaine.

Pilules contre l'épilepsie (Récamier).

Oxyde de zinc. . . . . 0,05 centigr.
Camphre. . . . . 0,03 —
Extrait de belladone. . . . . 0,03 —

Pour une pilule. Une matin et soir.

En 1834, Siedler avait associé la jusquiame et la valériane avec l'oxyde de zinc dans les proportions de 40 centigrammes d'oxyde de zinc, 5 centigrammes d'extrait de jusquiame et 50 centigrammes d'extrait de valériane, le tout pour chaque dose d'un jour. Il était successivement arrivé à quadrupler toutes ces doses. Cet auteur a obtenu une amélioration et des guérisons en apparence définitives. (*Journ. des connaiss. méd.-chirurg.*, octobre 1844.)

On sait du reste que les *pilules de Méglin* se composent des mêmes substances associées à parties égales. Le dosage du *Codex* est le suivant :

Extrait de jusquiame. . . . }
— de valériane. . . . . } àà 2 grammes.
Oxyde de zinc. . . . . . . }

F. S. A. 36 pilules. — D'abord une par jour. On augmente successivement la dose jusqu'à production de légers vertiges.

Dans notre numéro du 15 avril dernier nous avons donné les détails fort minutieux du mode d'administration de l'oxyde de zinc suivi par M. Herpin de Genève. Nous rappellerons seulement ici qu'il le prescrit ordinairement seul en commençant chez l'adulte par la dose de 45 centigrammes environ, et qu'il l'élève progressivement jusqu'à celle de plusieurs grammes dans la journée. Il ne l'associe avec la valériane ou la cannelle que quand il passe mal seul, et, pour mieux le faire supporter, il le fait prendre non pas à jeun, mais une heure après le repas. C'est là sans doute le secret de la facilité qu'il a obtenue d'en faire prendre jusqu'à 6 grammes par jour.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 12 juillet 1853. — Présidence de M. BÉRARD.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Épidémies.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Le rapport final de M. de la Montagne, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Neufchâteau, sur une épidémie de fièvre

gastro-entérite qui a régné dans la commune de Bulqueville depuis le 8 avril 1853 jusqu'au 9 juin dernier;

2° Le rapport final de M. Gruizard, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Lons-le-Saulnier, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Marigny depuis la fin de janvier 1853 jusqu'au 1er avril de la même année, et qui a reparu pendant le mois de mai;

3° Deux rapports de M. le docteur Desguerrois, membre du conseil central d'hygiène publique et de salubrité du département de l'Aube, sur une épidémie présentant les caractères de la fièvre typhoïde qui s'est manifestée récemment dans la commune de Fresnoy.

Affections charbonneuses.

Le même ministre transmet un mémoire manuscrit relatif aux expériences auxquelles l'Association médicale d'Eure-et-Loir s'est livrée sur les affections charbonneuses de l'homme et des principales espèces d'animaux domestiques.

Pavot d'Algérie.

Le même ministre transmet des échantillons d'un extrait de pavot provenant d'Algérie. (Commissaires: MM. Chevallier, Grisolle et Bouchardat.)

Epizootie typhique cholériforme.

M. Liegey (de Rambervillers) transmet une note intitulée : *Un mot sur une épizootie typhique cholériforme, actuellement régnante chez les gallinacés, dans le département de la Meurthe.* (Commissaires : MM. Huzard et Leblanc.)

Emploi médical des eaux de Contrexeville.

M. Baud, médecin inspecteur des eaux de Contrexeville (Vosges), communique des observations sur l'emploi médical de ces eaux minérales.

Deux espèces nouvelles de la famille des rosacées.

M. Ch. Robin, candidat pour la section d'histoire naturelle médicale, lit un mémoire sur deux espèces nouvelles de plantes de la famille des rosacées, dont l'une est alimentaire et médicinale. (Ce mémoire est renvoyé à la commission nommée pour l'examen du mémoire de M. Chatin.)

Des métamorphoses de la syphilis.

M. Gibert, au nom d'une commission composée de MM. Gimelle, Lagneau et Gibert, rapporteur, lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Prosper Yvaren (d'Avignon), ayant pour titre : *Des métamorphoses de la syphilis; recherches sur le diagnostic des maladies que la syphilis peut simuler et sur la syphilis à l'état latent.*

L'auteur, convaincu des nombreux désordres produits dans la société par la propagation de la syphilis, convaincu notamment de la fatale influence que cette maladie exerce sur la dégradation physique des populations, s'élève avec force contre les abus engendrés par la négligence, l'incurie, aggravés encore sous l'influence de certaines théories modernes, et signale les suites dangereuses de l'abandon à eux-mêmes des phénomènes primitifs, les conséquences fatales des traitements palliatifs et tout à fait insuffisants qu'on leur oppose trop souvent; la disparition des premiers accidents entraînant fréquemment une sécurité trompeuse, et tôt ou tard le mal temporairement dissimulé faisant explosion sous une forme ou sous une autre et amenant des désordres qu'il n'est pas toujours facile de rattacher à leur véritable source.

Ce sont ces sortes de métamorphoses que l'auteur a entrepris de révéler, et qui ont fait l'objet des recherches dont se compose son travail.

D'après M. P. Yvaren, ces métamorphoses que subit trop souvent la syphilis, ces déguisements qu'elle emprunte, égalent presque en nombre les espèces morbides de nos cadres nosologiques. Or, jusqu'ici, très peu d'observateurs ont entrevu quelques-unes de ces formes insolites de la syphilis, aucun n'en a fait l'objet d'une étude suivie et spéciale de manière à en offrir le tableau complet. M. P. Yvaren s'est efforcé de combler cette lacune autant que le lui permettaient ses propres observations, jointes à celles qu'il a relevées, au nombre de plus de cent, éparses dans un grand nombre d'écrits où elles avaient été insérées dans un tout autre but que celui que l'auteur s'est proposé dans son mémoire.

C'est ainsi qu'il rapporte des observations de céphalalgies, ou céphalées syphilitiques; de névralgies siégeant sur diverses régions du corps, et ayant la même origine; de maladies convulsives, de syphilis larvées épileptiformes, tétaniformes; d'aliénations mentales, de paralysies, de névroses, de rhumatismes, de goutte, de tumeurs blanches, de rachialgies, d'affections viscérales gastro-intestinales, de phthisies laryngées et pulmonaires, d'asthme, d'angines laryngées, d'affections du foie, etc.

L'auteur termine son travail par un appendice qui traite de la syphilis à l'état latent, qu'une théorie moderne s'efforce de révoquer en doute, et qui, d'après M. le rapporteur, a existé indubitablement dans un assez grand nombre des observations rapportées par l'auteur.

Le travail consciencieux, et aussi complet qu'il peut l'être en ce moment, de M. Prosper Yvaren, sur un sujet à peine ébauché jusqu'ici dans les traités les plus récents sur la matière, dit en terminant M. le rapporteur, est un écrit tout à fait hors ligne, tant par son étendue que par sa nature. Je voudrais qu'il fût au pouvoir de l'Académie d'en provoquer, ou du moins d'en encourager la publication dans un but d'utilité publique. N'osant entrer dans une voie aussi insolite, j'insisterai du moins pour qu'on rende à l'auteur toute la justice que méritent d'aussi laborieux efforts.

Je n'hésite donc point à soumettre à votre sanction les conclusions suivantes:

1° Une lettre de remerciments sera adressée à l'auteur, avec invitation de publier l'intéressant ouvrage qu'il a soumis au jugement de l'Académie;

2° Le manuscrit restera déposé honorablement dans les archives de la Compagnie ;

3° M. Prosper Yvaren (d'Avignon) sera désigné pour être inscrit sur la liste des candidats à la future commission chargée de préparer une nouvelle élection de membres correspondants.

Après quelques courtes observations de MM. J. Cloquet et Moreau, qui approuvent les conclusions du rapport, ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

Nouvelle méthode opératoire pour la trachéotomie.

M. Chassaignac lit sous ce titre un mémoire destiné à faire connaître une nouvelle méthode opératoire pour la trachéotomie. (Nous résumerons ce mémoire dans le prochain numéro.)

Albumine iodée.

M. Lecanu lit au nom d'une commission un rapport sur un mémoire de M. Renault, pharmacien à Paris, ayant pour titre : *Nouvelle préparation d'iode, considérée au point de vue thérapeutique.* Il s'agit de l'albumine iodée.

Les commissaires croient pouvoir considérer le nouvel agent comme de nature à fournir à la thérapeutique d'utiles et précieuses ressources ; conséquemment devoir proposer :

1° D'ordonner l'insertion dans le recueil de vos travaux du procédé de préparation de l'albumine iodée tel qu'il est décrit au présent rapport ;

2° De réclamer de M. le ministre de l'agriculture et du commerce, en faveur de ce nouveau médicament, les bénéfices du décret du 3 mai 1850.

Vu l'importance de ces conclusions et le petit nombre de membres présents, M. le président propose de renvoyer la discussion et le vote de ces conclusions après la publication du rapport dans le *Bulletin.*

— La séance est levée avant cinq heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 4 juillet 1853. — Présidence de M. Combes.

Gangrène spontanée chez un diabétique.

M. Marchal (de Calvi) communique sur ce sujet la lettre suivante :

« Il y a près de deux ans, j'ai observé un cas de gangrène dite spontanée chez un diabétique, qui perdit un petit orteil, et qui, continuant à rendre du sucre dans les urines, a fini par succomber dernièrement à la gangrène de la presque totalité du pied.

» Ce fut la recherche de la cause générale de la gangrène du petit orteil qui me conduisit, dans ce cas, à reconnaître le diabète, qui datait de plus de quinze ans.

» Depuis la publication de ce premier fait, M. le docteur Landouzy (de Reims) a communiqué à l'Académie de médecine un cas de gangrène des deux jambes chez un diabétique.

» J'observe en ce moment un fait de même nature, et je m'empresse de le communiquer à l'Académie.

» Appelé en consultation près de Paris par un praticien recommandable, je constatai chez son malade deux foyers gangréneux dans la région dorsale, dont l'un très vaste, et une large plaque phlegmoneuse et œdémateuse tout le long du côté externe de la cuisse gauche.

» Dans l'impossibilité de rattacher ces graves lésions à aucun autre vice général, je soupçonnai que le sujet pouvait se trouver sous l'influence de la diathèse glucosurique, et je l'interrogeai dans ce sens. Il me répondit que depuis longues années il boit et urine beaucoup.

» L'urine, examinée immédiatement par un habile chimiste, M. Duroy, pharmacien, contenait de 75 à 100 grammes de glucose par litre.

» Comme mon premier malade, celui dont il s'agit est sujet depuis longtemps à des furoncles qui se produisent sur toutes les parties du corps.

» Je me borne aujourd'hui à ce simple énoncé. Bientôt je publierai un travail général sur la gangrène dans la glucosurie.

» J'ai d'ailleurs déjà indiqué le mode présumable suivant lequel se produit cette gangrène.

» Le phénomène pathologique dont le cas qui vient de se présenter est la confirmation est tel par sa nouveauté, je pourrais dire par son importance, qu'il serait utile qu'un membre de l'Académie fût désigné pour le vérifier.

» Comment un praticien exercé a pu méconnaître la glucosurie dans ce cas, cela se comprend, pour deux raisons : d'abord, le malade avait négligé d'appeler son attention sur la polydipsie et sur l'abondance des urines; ensuite, le fait de la gangrène glucosurique, que j'ai découvert, est encore peu connu. » (Commissaires : MM. Serres, Velpeau, Lallemand.)

Réclamation de priorité pour l'invention d'un procédé d'amputation des os du métacarpe.

M. Chassaignac adresse, au sujet de la dernière communication de M. Courty sur ce sujet, une lettre que nous avons publiée dans notre numéro du 7 juillet.

Cette lettre est renvoyée à l'examen de la commission nommée pour le mémoire de M. Courty.

Cas de mérycisme sur un sujet parvenu à un âge très avancé.

M. Vincent, de l'Académie des inscriptions et belles-lettres, transmet quelques détails sur un cas de mérycisme remarquable à raison de l'âge très avancé auquel est parvenu le sujet de cette observation.

Cette perversion des fonctions digestives observée chez M. Willams datait de la jeunesse; elle avait commencé à se montrer dès le début d'un voyage en mer, mais elle avait persisté après le débarquement. La régurgitation s'opérait environ une demi-heure après l'ingestion des aliments, et dans l'espace de dix années elle avait réduit le malade à un état de marasme qui semblait annoncer une fin prochaine. Ce fut alors que, sur l'avis d'un médecin, il essaya de soumettre à une seconde mastication les aliments qui remontaient de l'estomac presque dans le même état qu'ils avaient été avalés.

L'assimilation ne s'exécuta jamais que d'une manière très imparfaite, comme le prouvait l'état de maigreur et de faiblesse du sujet. Cependant, avec cette santé languissante, il vécut encore quarante-cinq ans, et atteignit l'âge de 83 ans.

Cause essentielle de la mort des animaux tués par la foudre.

M. Ed. Robin adresse sur ce sujet une note dans laquelle il cherche à expliquer par quel mode d'action la foudre produit la mort, soit chez les végétaux, soit chez les animaux.

« Quand la foudre frappe les végétaux, quand elle frappe les animaux, dit l'auteur, l'air qui les enveloppe est fortement raréfié, leur température s'élève subitement, les combinaisons chimiques sont provoquées ; l'oxygène, partout dissous, partout essentiel à la vie, disparaît tout à coup, en contractant une combinaison qu'à l'état normal il n'aurait subie que peu à peu.

» La mort des végétaux, la mort des animaux atteints par la foudre serait dès lors essentiellement l'effet d'une asphyxie provenant de la disparition subite de l'oxygène intérieur.

» Les lésions mécaniques dues à l'action directe du fluide électrique, à l'expansion des liquides, à leur conversion instantanée en vapeur, ne seraient point nécessaires, ne seraient jamais causes premières. Avant que l'élévation de température soit arrivée à les produire, l'asphyxie est opérée par la disparition plus ou moins complète de l'oxygène. » (Commissaires : MM. Balard, Péligot et Bussy.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

— La curiosité publique est vivement préoccupée depuis quelques jours à Londres par l'arrivée de deux enfants extraordinaires venus d'une région inconnue du centre de l'Amérique.

Le professeur Anderson, qui les accompagne, croit que le garçon est âgé de dix-sept ans et la fille de onze ans. Le garçon a un type de figure bien marqué : son front fuyant, son nez très aquilin lui donnent une grande ressemblance avec un oiseau. La mâchoire supérieure domine de beaucoup l'inférieure. Quand sa bouche est fermée, les dents d'en bas touchent presque le milieu du palais. Au premier abord, cette figure paraît idiote; mais en l'examinant de plus près, on trouve une grande intelligence dans le jeu de la physionomie et dans de beaux yeux clairs et brillants.

Dès qu'un étranger entre dans la chambre, le jeune garçon court à lui avec un crayon et du papier pour le prier de dessiner quelque chose; il est aussi fou de musique. La jeune fille possède le même type que son compagnon, mais bien moins accusé et se rapprochant davantage de celui des juifs.

Ces nains ont environ 3 pieds de haut et sont parfaitement proportionnés. Le pays d'où ils viennent servit, selon toute probabilité, de refuge aux Aztèques, chassés du Mexique par l'épée victorieuse de Cortez. Ces enfants ressemblent beaucoup aux figures sculptées qui viennent de ces peuples. On croit que dans leur pays ils appartenaient à la race des grands prêtres, et peut-être même étaient adorés comme dieux. Quand ils s'assoient, ils adoptent immédiatement la pose des idoles du Mexique, et le font avec un tel naturel, qu'il est clair que ces poses leur sont familières depuis leur plus tendre enfance.

— Un événement déplorable est arrivé en Belgique dans divers régiments qui étaient en route pendant les journées de forte chaleur des 7, 8 et 9 courant.

Le médecin de régiment a constaté que plusieurs hommes du 3e chasseurs à pied ont été comme foudroyés par l'action du soleil; 7 sont morts. 22 hommes sont entrés le 7 à l'hôpital de Hasselt, et 3 y ont été conduits le lendemain matin ; 2 ont succombé peu de temps après leur entrée, et 2 sont morts plus tard. A l'exception de 4, les autres malades sont dans un état satisfaisant. Toutes les affections sont des congestions cérébrales.

Dans le 8e de ligne, 9 sont entrés à l'hôpital en arrivant à Diest; 3 sont morts dans la nuit.

A quoi faut-il attribuer ces faits déplorables? Est-ce à la grande chaleur seulement?

— L'administration de l'assistance publique à Paris vient de publier le compte moral de l'exercice de 1852. Voici les faits principaux de ce remarquable travail :

Dans l'année 1852, les hôpitaux dépendant de l'administration ont reçu 90,486 malades; 12,117 vieillards infirmes ou aliénés ont été entretenus dans les hospices et maisons de retraite, soit ensemble 102,603 individus. En 1851, le chiffre n'est que de 98,754; l'augmentation est de 3,849.

Au 1er janvier 1853, le nombre des enfants abandonnés était de 14,111, dont 282 à l'hospice, 13,829 à la campagne.

Au 30 novembre 1852, les ménages inscrits dans les bureaux de bienfaisance étaient au nombre de 33,741 comptant 77,999 individus.

Les recettes ordinaires ont été de 12,767,290 fr.; les dépenses de 12,238,703 fr.

Le nombre des femmes assistées à la suite de leurs couches dans le courant de l'exercice a été de 5,490, dont 2,543 accouchées dans les hôpitaux, qui ont reçu 49,541 fr. sur la fondation Montyon, et 2,947 accouchées à domicile, entre lesquelles il a été distribué une somme de 40,000 fr. sur le fonds spécial de 60,000 fr. destiné à prévenir les abandons.

— Par arrêté du ministre de l'instruction publique, en date du 12 juillet, le conseil impérial de l'instruction publique a été convoqué pour une session ordinaire qui s'ouvrira le 20 juillet et sera close le 11 août suivant.

— Le concours pour l'agrégation (sciences accessoires) est sur le point de se terminer. Aujourd'hui ont été tirées les questions qui feront le sujet des thèses.

M. Segond. Le système capillaire sanguin, anatomie et physiologie.
M. Dupré. Des tissus élastiques, anatomie et physiologie.
M. Fano. Des tissus contractiles et de la contractilité.
M. Verneuil. Le système veineux, anatomie et physiologie.
M. Figuier. De l'importance et du rôle de la chimie dans les sciences médicales.
M. Lecomte. Des lois qui président aux combinaisons chimiques. Des composés inorganiques et organiques.
M. L. Orfila. De la chaleur dans les phénomènes chimiques.

Les thèses devront être remises par les candidats le 28 juillet à trois heures.

— Un concours pour une place de chirurgien chef interne à l'hôpital Saint-André de Bordeaux aura lieu le 7 novembre prochain. Les concurrents doivent se faire inscrire avant le 10 octobre prochain.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 84. — SAMEDI 16 JUILLET 1853. (26e ANNEE.) N° 84. — SAMEDI 16 JUILLET 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Pays	Trois mois	Six mois	Un an
Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	8 fr. 50 c.	16 »	30 »
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	9 fr.	17	33
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	10 fr.	20	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

PARIS, LE 15 JUILLET 1853.

Les eaux de Paris.

L'une des questions les plus importantes de l'hygiène publique parisienne est sans contredit celle qui concerne la distribution des eaux ; elle vient d'être traitée avec un soin particulier dans un mémoire de M. Sari, inséré dans la *Revue municipale* ; et le gouvernement, qui se préoccupe vivement depuis quelques années de la salubrité et des intérêts de l'industrie, va, dit-on, apporter d'heureuses améliorations dans ce service.

Il y a loin de l'état actuel de la distribution des eaux à ce qu'elle était sous le règne de Charles VI, alors que bourgeois et manants allaient tout bonnement la puiser à la rivière. Sous Louis XII, il existait seulement 16 fontaines publiques, toutes sur la rive droite de la Seine. Ces fontaines étaient celles de Sainte-Avoye, de la rue Bar-du-Bec, de la porte Baudoyer, de Saint-Julien, du Ponceau, de la Trinité, des Diamants, de Saint-Lazare, des Filles-Dieu, des Cultures Saint-Martin et du Temple.

François Ier et ses successeurs firent élever deux nouvelles fontaines : celle de la Croix-du-Trahoir ou de l'Arbre-Sec, et celle de Birague, rue Saint-Antoine.

La plupart de ces fontaines étaient dans un état complet de dégradation, et c'est pour couvrir les frais de leur restauration que Henri IV frappa d'un impôt de 7 sous 6 deniers tournois chaque muid de vin qui entrait dans Paris. C'est à ce prince que l'on doit la construction au Pont-Neuf des pompes de la Samaritaine.

Le nombre des fontaines s'est accru successivement, et de 33 qu'il était en 1650, ce nombre est maintenant de 94, parmi lesquelles on compte 26 fontaines monumentales, dont 13 ont été élevées de 1830 à 1848.

Il existe cinq réservoirs établis sur des points culminants, destinés à alimenter les quartiers qui les environnent, et à faciliter l'arrivée des eaux en cas d'incendie. Ces bassins, construits par l'ingénieur Mary, sont les suivants :

Réservoir du Panthéon. . . . . 3 bassins.
— de Racine. . . . . . . 3 —
— de Vaugirard. . . . . 2 —
— de Monceaux. . . . . 1 —
— de Ménilmontant. . . . 1 —

La capacité réunie de ces réservoirs s'élève à 28 millions et demi de litres d'eau.

Les 94 fontaines publiques se répartissent ainsi entre les deux rives de la Seine : rive droite, 65 ; rive gauche, 29.

La Seine, les eaux d'Arcueil, le canal de l'Ourcq, le puits de Grenelle alimentent ces fontaines par les établissements ci-après :

31 par l'aqueduc de ceinture;
19 par le réservoir de Chaillot;
16 par la pompe de Notre-Dame (1);
7 par l'aqueduc d'Arcueil;
7 par le réservoir de Monceaux;
7 par le canal de l'Ourcq;
3 par la pompe à feu de Chaillot;
2 par le puits de Grenelle;
1 par le bassin de Saint-Victor;
1 par le réservoir de Vaugirard.

A ces fontaines publiques on doit ajouter : 14 fontaines marchandes, 62 poteaux d'arrosement, 65 bouches de service pour incendie, 54 bouches d'eau pour trottoirs, destinées avec les bornes-fontaines au lavage de la voie publique, et enfin 1,844 bornes-fontaines.

Le total des appareils de distribution d'eau pour l'usage public, et sur toute la surface de la ville, s'élève à 2,033. Ces appareils, y compris les concessions particulières, fournissent par jour une quantité de 69,480,000 litres d'eau ; ce qui fait à peu près 69 litres d'eau par jour et par individu. Ce chiffre n'est à peu près que la moitié de la quantité fournie à Londres pour chaque individu (112 litres).

Les eaux employées pour l'alimentation sont exclusivement celles du puits de Grenelle, du canal de l'Ourcq, de l'aqueduc d'Arcueil et de la Seine. Nous ne parlons pas de l'eau de puits, qui est aujourd'hui rejetée entièrement, et pour de justes motifs, comme boisson. « Non-seulement, dit M. Lachaise (*Topographie médicale de Paris*), elle a le désavantage qu'on reconnaît en général à toutes les eaux de puits, d'être privée d'air, ce qui la rend d'une digestion très difficile, et de contenir, en bien plus grande quantité que celle des rivières, des sulfates et des carbonates terreux ou alcalins; mais elle tient en dissolution du nitrate de potasse et du carbonate d'ammoniaque, dont la présence est attestée par l'aspect noir qu'acquiert au feu le résidu de son évaporation. »

D'après le travail publié sur ce sujet en 1848 par MM. Boutron-Charlard et O. Henry, il résulte que l'eau de la Seine, puisée en amont de Paris, avant le confluent de la Marne, est, après l'eau du puits artésien de Grenelle, dont l'emploi est jusqu'ici limité à un seul quartier, la plus pure des eaux en usage à Paris ; et depuis trente années elle ne paraît pas avoir subi de changement notable dans sa composition.

La pureté en est altérée avant son entrée à Paris ou en traversant cette ville, par le mélange de l'eau de la Marne, de la Bièvre, du canal Saint-Martin et des égouts; et cependant, telle qu'elle parvient actuellement aux fontaines publiques, cette eau doit être regardée comme une des eaux les meilleures et les plus salubres que l'on connaisse. Les eaux d'Arcueil, quoique contenant plus de sels calcaires, et celles de la rivière de l'Ourcq peuvent aussi être regardées comme de bonne qualité.

Si l'eau du canal de l'Ourcq contient un peu plus de substances salines que l'eau de la Seine puisée aux pompes de Chaillot et du Gros-Caillou, elle a sur elle l'avantage de rester presque toujours claire. L'eau de la Seine est, en effet, trouble et limoneuse pendant plusieurs mois de l'année, et l'on est obligé, pour l'avoir limpide, de la soumettre alors à un filtrage qui ne laisse pas que d'être coûteux et embarrassant. (Boutron-Charlard et O. Henry, p. 71.)

Aussi a-t-on depuis longtemps inventé un grand nombre de procédés pour la clarifier, soit en la faisant filtrer à travers des couches de sable de rivière placées à la partie moyenne des vases qui forment les fontaines domestiques, soit en remplaçant ces couches de sable par des pierres poreuses de nature calcaire. Des établissements nombreux ont été formés pour opérer la clarification des eaux consommées à Paris, mais presque tous laissent beaucoup à désirer. L'un d'eux cependant, qui fut construit au commencement du siècle et qui est connu sous le nom d'*établissement des eaux clarifiées et dépurées du quai des Célestins*, semble remplir toutes les conditions nécessaires pour justifier son titre. Son appareil est construit de manière que l'eau, dépouillée d'abord des matières les plus grossières par un séjour de plusieurs heures dans d'immenses cuves, est envoyée ensuite, au travers d'une série d'éponges, dans un triple filtre de cailloux, de grès et de charbon, d'où elle sort dans un état de limpidité parfaite.

Pendant cette opération, l'eau se charge de l'oxygène essentiel à sa qualité potable, en tombant d'abord par filets, et ensuite en véritable pluie à mesure qu'elle sort des filtres, dans de vastes réservoirs. Tous les jours les éponges et les couches de cailloux, de grès et de charbon que traversent les eaux sont largement lavées ; on évite ainsi l'inconvénient que présentent les filtres particuliers, qui sont rarement nettoyés, et dans lesquels l'eau contracte un goût terreux et nauséabond. Les avantages principaux qu'on reconnaît à l'eau des Célestins tiennent non-seulement à l'excellence de l'opération que nous venons d'indiquer, qui la dépouille des matières étrangères, animales ou végétales, qu'elle contient, et auxquelles on a attribué des vertus laxatives reprochées avec plus ou moins de raison aux eaux de la Seine; mais à ce que cette eau est puisée en amont de Paris, avant le mélange des immondices et des eaux des égouts, qui sont si nombreux dans cette grande ville.

Nous avons récemment visité dans tous ses détails ce vaste établissement, l'un des plus curieux de la capitale, et nous sommes forcé de l'avouer, tant que l'édilité parisienne, qui va répandre avec plus d'abondance que jamais l'eau dans tous les quartiers, n'aura pas adopté son système de clarifi-

(1) La pompe du pont Notre-Dame, que l'on démolit en ce moment, sera remplacée par un grand établissement hydraulique qui va être prochainement construit sur le petit bras de la Seine, au Pont-Neuf.

FEUILLETON.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Eléments de physique expérimentale et de météorologie; par M. POUILLET, membre de l'Institut. (6e édit. 2 vol. in-8° avec atlas.)

De la prostitution dans la ville d'Alger depuis la conquête; par M. le docteur DUCHESNE.

Le grand malheur des livres scientifiques, c'est de ne rester complets et au niveau de la science que fort peu de temps ; nous ne dirons pas quelques années, mais quelques mois à peine, souvent même quelques semaines. La cause en est dans la marche continue de la science, dans les efforts soutenus de l'esprit humain, dans les découvertes de plus en plus multipliées auxquelles conduisent les travaux de chaque jour. Aussi, de nombreuses éditions sont-elles nécessaires pour tenir au courant les ouvrages dont nous parlons.

Le livre dont nous voulons rendre compte ici, le *Traité élémentaire de physique expérimentale et de météorologie* de M. Pouillet, est un exemple de cette vérité. Il en est aujourd'hui à sa sixième édition ; et dans le court espace de temps qui s'est écoulé depuis que la cinquième avait été soumise au public, d'importantes découvertes ont été faites, de nombreux travaux entrepris, qu'il n'était plus possible de passer sous silence, surtout dans un traité de physique devenu le classique par excellence.

On ne s'attend pas que nous parlions de ce livre comme s'il était à sa première édition. Il n'est pas un médecin, de ceux qui sont reçus depuis ces vingt-cinq dernières années, qui n'ait étudié la physique dans Pouillet. Nous nous bornerons donc à signaler les additions et les changements apportés à cette nouvelle édition. Nous disons les changements, car si la science, au premier abord, paraît être faite; si les grandes divisions de la physique sont tracées depuis longtemps; si la pesanteur, la chaleur, l'électricité, le magnétisme, les actions moléculaires, l'acoustique et l'optique constituent la physique moderne comme la physique ancienne, ce n'est pas une raison de penser que notre siècle est stationnaire ou que la physique est à son terme. Les forces auxquelles est soumise la matière sont en petit nombre; il ne s'agit pas de chercher à en découvrir de nouvelles, mais de déterminer les lois et les modes d'action des forces connues. Les théories se développent, les applications se multiplient, les découvertes succèdent aux découvertes avec une rapidité sans exemple; de nouveaux ordres de phénomènes ouvrent des voies nouvelles aux recherches : d'où la nécessité de changements nombreux, qui ont pour objet de rendre les démonstrations plus claires et les expériences plus concluantes.

Si les propositions vraies hier ne sont pas devenues fausses aujourd'hui ; si les résultats n'ont pas changé, sont restés constants et acquis au domaine de la science, ils se sont étendus, généralisés, et, par le fait d'une observation nouvelle, ils ont pu être démontrés d'une manière plus nette et plus simple. Ces acquisitions nouvelles, ce rapprochement des expériences et des faits, cette classification dans un ordre logique qui les enchaîne étroitement, c'est ce que M. Pouillet s'est efforcé d'exposer avec soin dans sa nouvelle édition.

C'est ainsi que, dans la première partie de la chaleur, il a introduit les résultats des expériences récentes de M. Pierre sur la dilatation des mêmes liquides dont il avait antérieurement déterminé avec tant d'exactitude les densités et les points d'ébullition.

Dans la seconde partie sont consignés les derniers travaux de M. Person sur les chaleurs latentes de fusion et sur les rapports remarquables qui se manifestent entre ces chaleurs latentes et d'autres propriétés physiques des corps auxquels elles appartiennent. Plus loin, les expériences de M. Sénarmont sur la conductibilité des cristaux.

Le magnétisme, l'électricité, l'électro-magnétisme, qui ne sont à proprement parler qu'une seule et même branche de la physique, mais une des plus vastes, ont été l'objet de considérations extrêmement étendues. Déjà dans les précédentes éditions elles occupaient un espace considérable. M. Pouillet a dû cependant y faire de nombreuses additions, principalement quant à ce qui avait trait à l'électro-chimie, à la galvano-plastique, aux phénomènes d'induction, au diamagnétisme et à la télégraphie électrique. Sur ce dernier point, on lira avec beaucoup d'intérêt la description détaillée des divers systèmes employés en France, en Angleterre et en Allemagne, afin de faire mieux comprendre toutes les actions physiques et mécaniques sur lesquelles repose ce nouvel et merveilleux mode de communication.

L'optique a reçu des développements importants; les instruments ont été complétés, et un chapitre nouveau renferme l'exposition des principaux phénomènes de l'optique céleste et des apparences que présentent les astres. On sait les heureuses applications qui ont été faites de la polarisation à la médecine et au diagnostic de certaines maladies, le diabète, par exemple. Les belles recherches de M. Biot sur la polarisation rotatoire, celles de M. Pasteur sur les propriétés des acides et des sels organiques, et d'autres encore sur lesquelles nous ne pouvons insister plus longuement, ont permis à l'auteur d'étendre beaucoup le cadre dans lequel se trouvaient resserrées plusieurs parties importantes de la polarisation.

Mentionnerons-nous encore, pour ne rien passer sous silence, les

cation perfectionné, nous nous déciderions difficilement à boire une eau autre que celle que nous avons vu purifier par les ingénieux appareils du quai des Célestins.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Fièvre typhoïde.— Cessation du génie épidémique.— Insuccès des évacuants.

Décidément le génie épidémique qui pendant six mois a sévi sur Paris nous a quitté. Non-seulement la fièvre typhoïde est rentrée dans ses limites ordinaires, non-seulement les cas qui surviennent offrent une gravité relative moindre, mais la marche de la maladie, les accidents qui l'accompagnent ne présentent plus ces anomalies que nous avons signalées avec soin. La dernière recrudescence même sur laquelle nous avons appelé l'attention n'a augmenté ni le nombre général des malades, ni les proportions ordinaires de la mortalité. Ce n'est cependant pas dans ces modifications que nous avons le plus clairement reconnu l'absence de l'influence épidémique; un autre caractère plus saillant nous a été signalé par un grand nombre de nos confrères, et ce caractère consiste dans l'âge des malades.

Pendant toute la durée de l'épidémie, dans ses phases les plus diverses, les malades étaient frappés à tous les âges; les enfants, les adolescents, les adultes, les vieillards en subissaient l'action délétère. Mais depuis ces dernières périodes, les enfants ainsi que les adultes ont été bien plus rarement atteints; le mal a affecté, comme à l'ordinaire, les individus de 18 à 25 ans. D'après nos renseignements, aucun malade âgé de plus de 40 ans n'a été atteint; le plus âgé serait une femme de 35 ans, qui est entrée à l'hôpital Beaujon. C'est là une circonstance bien digne de remarque et qui peut servir à apprécier le degré de l'affection et la prochaine cessation du fléau.

Nous ne reviendrions pas sur le traitement, qui a consisté dans les antiphlogistiques, les émollients, les révulsifs cutanées, si nous n'avions à signaler un fait grave, l'insuccès de la méthode évacuante, et un caractère particulier, le type rémittent, que nous trouvons dans une communication remarquable faite à la Société de médecine de Paris par un de nos honorables et habiles confrères, M. le docteur Pamard, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu d'Avignon, auquel nous empruntons les détails suivants: Aux mois de juillet, août et septembre derniers, le nombre des fièvres typhoïdes s'est considérablement accru. Pendant cette époque, avec une constitution chaude, sèche d'abord, et puis humide, nous avons observé la pire forme des fièvres typhoïdes, la forme muqueuse avec des symptômes apparents, dès le début, d'affaissement des forces, de subdelirium, quelquefois même de délire furieux, qui nous a forcé souvent d'employer la chemise de force. En même temps, les malades avaient des selles involontaires, l'émission des urines se faisait sans qu'ils en eussent conscience; apparaissaient bientôt des symptômes d'ataxie plus violents, puis une prostration telle que les malades pouvaient à peine se tourner dans leur lit. La longue durée du décubitus horizontal, la présence vers le sacrum des matières excrémentitielles irritantes, le défaut de résistance vitale, amenaient presque constamment vers le deuxième septenaire l'apparition de plaques gangréneuses au sacrum et sur les trochanters. Le plus souvent la pneumonie se mettait de la partie, et nous devons avouer que pendant cette période de temps nous avons perdu environ le quart de nos malades. L'un d'entre eux est mort vers le quarantième jour, avec une gangrène qui avait envahi toute la joue gauche, et avait détruit les parois de la bouche de ce côté. Mais ce qu'il ne faut pas oublier de signaler, c'est l'existence d'une complication fâcheuse, qui est très fréquente dans le Midi : je veux parler de la fièvre rémittente. C'est qu'en effet nous avons eu souvent à observer sur nos malades des rémissions manifestes le matin, avec exacerbations bien marquées le soir et pendant la nuit. Ainsi plusieurs malades, après avoir passé toute la journée assoupis dans la somnolence, étaient agités, anxieux le soir; la face s'animait, ils rejetaient leurs couvertures, criaient et déliraient d'une manière bien apparente. Ces rémissions se faisaient d'une manière périodique. Aussi, l'indication était-elle d'administrer tout de suite une potion avec 1 gramme de sulfate de quinine, à prendre par cuillerée d'heure en heure, et si le malade se refusait à la prendre, nous l'employions en lavement, à la dose de 2 grammes. Si les lavements n'étaient pas gardés, nous appliquions immédiatement des vésicatoires aux cuisses, que nous pansions avec 2 grammes de sulfate de quinine. Comme les moments étaient souvent très précieux, nous avons dû employer plusieurs fois les vésicatoires à l'eau bouillante.

Le sulfate de quinine, donné pendant la rémission et quelquefois même pendant l'accès, a produit d'excellents effets chez certains de nos malades; mais chez d'autres la maladie n'en a pas moins marché, et dans quarante-huit heures nous en avons vu plus d'un nous échapper, vers le dixième ou le quinzième jour de l'invasion. Le reste du traitement s'est borné, comme dans les mois précédents, à l'emploi de la méthode expectante; nous avons dû plus d'une fois combattre les symptômes de congestion cérébrale par l'application de sangsues aux apophyses mastoïdes, par des vésicatoires aux jambes. La pneumonie a été combattue par des vésicatoires larges sur la partie postérieure de la poitrine et aux bras; nous n'avons jamais observé d'eschares sur les vésicatoires. On facilitait l'expectoration par l'administration de potions avec 15 à 20 centigrammes de kermès minéral.

Enfin, dans les mois de septembre, octobre, novembre, les fièvres typhoïdes ont décliné; leur nombre a diminué de plus en plus, et la maladie a fini par disparaître. Pendant cette époque, nous avons eu encore le caractère rémittent, et nous devons noter que la maladie a présenté surtout ce caractère chez les individus qui avaient eu avant des fièvres intermittentes. Ces affections ont été encore graves; mais leur gravité n'égalait pas celle que nous avons signalée pendant les trois mois précédents.

Nous avons essayé la méthode de M. Delarroque; mais l'emploi des purgatifs ne nous a pas réussi sur deux de nos malades: un seul s'en est bien trouvé. Pourtant cette méthode thérapeutique semblait bien indiquée par des symptômes apparents du côté de l'estomac: la langue était épaisse, saburrale; le teint du malade était ictérique; la couleur jaune s'observait surtout vers la sclérotique et les ailes du nez. Chez un malade même, il y avait une véritable suffusion ictérique de la peau. *Un malade a succombé deux jours après avoir pris une bouteille d'eau de Sedlitz*, au sixième jour de la maladie; le pouls présenta depuis l'absorption du médicament une concentration marquée; la prostration était extrême, et le sujet mourut dans le coma. Chez un autre, qui ne présentait presque rien d'anormal dans l'état du pouls, mais dont la langue était jaune-verdâtre, le ventre tendu et ballonné, et qui avait des vomissements fréquents, *la diarrhée suivit l'administration du purgatif; le délire apparut, et le malade mourut* le dixième jour de son entrée, sans avoir présenté aucune tache caractéristique de la fièvre typhoïde.

L'autopsie nous fit voir chez ces deux sujets un engorgement considérable des ganglions mésentériques, avec des ulcérations en voie de développement sur les glandules agminées de Bruner et les plaques de Peyer. Pas de perforation intestinale; seulement on remarquait quelques points gangréneux sur le trajet de l'intestin grêle. Rien au cerveau, rien aux poumons.

Le troisième malade qui fut soumis au traitement prit un émétocathartique le lendemain de son entrée; il présentait absolument les mêmes symptômes que le précédent. Le remède ne produisit aucune évacuation, ni par le haut, ni par le bas. Le soir, le malade était très agité, très inquiet. La peau était brûlante, le pouls plus fréquent que le matin, la face animée, la tête lourde et pesante; le délire commença à se manifester. Vers les huit heures du soir cependant il se calma, et alors nous vîmes sur la poitrine et sur les bras l'apparition de larges plaques rouges, disséminées, ressemblant assez bien à des ecchymoses, mais moins foncées qu'elles. Ces taches prirent de l'extension; le lendemain matin il y en avait sur toutes les parties du corps. A partir de ce moment, le malade, qui n'avait pu répondre jusque-là aux questions qu'on lui adressait, sortit de sa stupeur, commença à parler, et se trouva mieux. La maladie marcha rapidement; mais le malade conserva longtemps une surdité considérable. Je cite ce cas de surdité, parce que nous n'en avons pas eu beaucoup d'exemples.

Carie orbitaire simulant un kyste fibreux.

M. Sichel a de nouveau signalé une forme de carie orbitaire dont il a souvent présenté des exemples, et qui n'a pas été décrite par les auteurs. C'est le soulèvement du périoste orbitaire par un liquide sécrété entre lui et l'os, liquide dont la pression produit l'épaississement de cette membrane et en fait une espèce de tumeur pseudo-fibreuse.

Un homme de vingt-sept ans, maçon, présente à la partie inférieure antérieure de l'orbite droit une tumeur transversalement ellipsoïde, occupant dans le sens horizontal et vertical un peu moins que l'espace limité en avant par la paupière inférieure. Cette tumeur, adhérente à l'os par sa base, mais pourtant un peu mobile, est rénitente, assez semblable par tous ces caractères à une tumeur fibreuse, et paraît être le siége d'une fluctuation obscure et peu étendue. Une cicatrice presque verticale, qui, traversant une partie du front et les deux paupières, vient se terminer au-dessous du milieu du rebord orbitaire inférieur dans les téguments de la joue, fait soupçonner une lésion traumatique des os de l'orbite et un décollement du périoste comme cause de la tumeur qui vient d'être décrite. Le commémoratif confirme cette opinion: Il y a deux mois, cet homme est tombé d'environ un mètre de haut sur un tas de pierres, et la tête porta la première. M. Sichel déclare qu'il s'agit ici d'une de ces tumeurs périostiennes pseudo-fibreuses, causées par le décollement du périoste par un liquide, tumeurs qu'il faut ouvrir promptement par l'instrument tranchant, et dans lesquelles le stylet trouve un point dénudé et d'ordinaire rugueux de l'os. Il faut toujours plonger le bistouri assez profondément, à cause de l'épaississement du périoste et de son tissu cellulaire ambiant; malgré cela, la ponction, souvent, ne fait sortir qu'une très petite quantité d'un pus mal lié, crémeux ou caséeux.

Le professeur fait remarquer aussi que, quant au point où cette ponction doit être pratiquée, on se trouve quelquefois placé entre deux indications opposées: l'une, de choisir le point le plus déclive, afin de donner une issue facile et permanente au liquide sécrété; l'autre, de faire l'ouverture aussi loin que possible du rebord orbitaire, parce que, dans le cas contraire, la cicatrice qui se formera, en se contractant vers le point fixe, l'os, peut insensiblement entraîner la paupière dans cette direction, et en produire le renversement en dehors (*ectropion*) ou le raccourcissement (*lagophthalmos*), deux maladies très fâcheuses par la difformité qu'elles amènent et par le trouble qu'elles portent dans les fonctions de l'organe, trouble qui peut aller quelquefois jusqu'à leur abolition.

C'est par ces raisons que le professeur se décide à ponctionner la tumeur dont il s'agit un peu au-dessus du milieu de son diamètre vertical, afin de prévenir le raccourcissement ou le renversement de la paupière inférieure.

Un bistouri enfoncé au delà d'un centimètre de profondeur ne donne issue qu'à du sang et à quelques gouttes d'un pus de mauvaise nature. Un stylet introduit immédiatement dans la plaie trouve l'os presque dénudé et recouvert seulement d'une couche excessivement mince de parties molles; mais le surlendemain le stylet, placé dans une direction différente, découvre un autre point de l'os entièrement dénudé et rugueux à la surface.

De pareilles tumeurs guérissent toujours très lentement; elles sont très longues à s'affaisser et à perdre leur forme, à cause de l'épaisseur considérable que le périoste a acquis. L'exfoliation de l'os et la guérison de la carie ne se font qu'avec une extrême lenteur, les moyens locaux vantés pour accélérer l'exfoliation étant rarement d'une grande efficacité lorsque la guérison tarde trop; la cautérisation légère de l'os avec le nitrate d'argent a souvent donné à M. Sichel des résultats avantageux; mais il compte beaucoup plus dans les caries orbitaires, comme dans les caries en général dépendant d'une maladie constitutionnelle, sur l'action des modificateurs généraux que sur les moyens locaux. C'est ainsi que, dans les caries orbitaires scrofuleuses, les plus fréquentes de toutes, et dans les caries syphilitiques, les antilymphatiques et les antisyphilitiques, joints à un régime hygiénique et alimentaire convenable, sont les moyens qui lui ont toujours paru les plus efficaces. Toutefois il ne faut pas négliger les moyens chirurgicaux: d'abord la ponction pratiquée en temps utile, afin d'empêcher le décollement du périoste de s'étendre; puis le choix de la position la plus convenable de l'ouverture extérieure du trajet fistuleux qu'on doit maintenir libre pendant un temps notable; enfin, lorsqu'un séquestre s'est formé, le soin de l'extraire dès qu'il est devenu mobile.

Rien n'est plus facile à reconnaître qu'une carie orbitaire déjà arrivée à l'état de trajet fistuleux. Au premier degré, au contraire, où elle est encore à l'état de tumeur circonscrite semblable à un kyste fibreux, le diagnostic est beaucoup plus difficile, et plusieurs fois M. Sichel a vu de pareilles tumeurs être prises pour des kystes fibreux. On comprend que toute tentative d'extirpation est inutile en pareil cas et que la ponction seule est nécessaire et possible.

Les tumeurs pseudo-fibreuses par lesquelles débute cette espèce de carie orbitaire ont cela de particulier qu'après leur ponction il ne s'écoule que très peu de liquide, et que leur volume, leur forme circonscrite et leur rénitence ne diminuent presque pas dans le moment de l'opération et ne disparaissent que très lentement. Chez le malade dont il vient d'être question, la tumeur s'est affaissée plus rapidement que d'ordinaire et n'était plus que très peu sensible au bout de trois semaines. Au moyen de très légères cautérisations avec le crayon d'azotate d'argent, dont M. Sichel se sert d'ordinaire au lieu des mèches beaucoup plus irritantes, les lèvres de la plaie ont été rendues fistuleuses. Ces espèces de fistules se referment facilement lorsqu'après la guérison complète de la carie on cesse de les toucher avec le caustique. Quelquefois cependant on a besoin de les aviver et de rapprocher leurs lèvres par des serres-fines ou un bandage contentif.

Empoisonnement par une décoction d'allumettes chimiques.

Le docteur Ferrari publie dans la *Gazette médicale lombarde* un fait curieux d'empoisonnement que nous ne croyons pas s'être encore présenté. Il s'agit d'un marchand d'allumettes, le sieur J. H., âgé de vingt-deux ans, à moitié idiot, qui, accusé à tort ou à raison de vol, en fut très affecté, et prit la résolution de se donner la mort en s'empoisonnant. A cet effet, et à défaut d'autres moyens, il eut recours à 2,000 de ses allumettes qu'il déposa dans un pot plein d'eau et qu'il fit bouillir. Ensuite il avala cette étrange tisane, dont on n'a pas fait usage sans doute jusqu'à présent. Après douze heures, il a été pris de vomissements de matières aqueuses où se trouvaient, au dire du malade, les pointes des allumettes, et qui contenaient des matières bilieuses jaunes et verdâtres. Deux heures plus tard sa physionomie était très altérée, sa langue à l'état normal, le corps frais et presque froid; le ventre mou, le pouls petit et lent; les vomissements de matières bilieuses étaient continuels; il éprouvait un feu dévorant dans le ventre. Le lendemain, l'abdomen était gonflé, et vingt-quatre heures après le breuvage, le malade a été surpris par des évanouissements qui finirent bientôt par

---

résultats des expériences de M. Fizeau sur la vitesse de la lumière et les méthodes expérimentales suivies par cet habile observateur pour arriver à la solution des problèmes difficiles que présentait cette question?

Nous regrettons de ne pouvoir nous étendre davantage sur les améliorations qu'a fait subir à son livre le savant physicien, aux cours duquel se presse chaque année la jeunesse studieuse de nos écoles. Mais que dirions-nous de plus que personne n'ignore?

Ajoutons cependant avant de terminer qu'un bel atlas de près de cinquante planches doubles, gravées sur cuivre avec un soin tout particulier, donne au livre toute sa valeur, et assure à la nouvelle édition du traité de M. Pouillet un succès mérité, non moins brillant que celui des éditions précédentes.

De la prostitution dans la ville d'Alger depuis la conquête.

Depuis le livre de Parent-Duchâtelet, on a beaucoup écrit sur la prostitution, qui sur celle de Londres, qui sur celle de Lyon, qui sur celle de l'univers entier, des époques modernes, des époques anciennes. Voici aujourd'hui un petit livre qui veut nous raconter l'histoire de la prostitution en Algérie depuis la conquête.

Dans ce livre, comme dans tous ceux qui ont été faits sur le même sujet, l'on trouve plusieurs sortes de renseignements: les uns, purement administratifs, ne diffèrent pas beaucoup de ceux qui ont été publiés par Parent-Duchâtelet. Depuis que l'Algérie est devenue province française, la plupart des arrêtés qui régissent la prostitution en France ont été mis en vigueur dans la colonie africaine, avec quelques légères modifications seulement, nécessitées par le mélange de la population indigène avec la population française.

Les autres, statistiques dans toute la rigueur de l'expression, apprennent au lecteur le pays, l'âge, les professions antérieures, quelquefois même, nous nous souvenons d'avoir vu un tableau pareil dans Parent-Duchâtelet, la *couleur des cheveux* des filles publiques. Ces documents statistiques ne nous ont généralement pas paru avoir une bien grande utilité ni offrir un grand intérêt.

D'autres, enfin, qui ne sont ni administratifs ni statistiques, renferment des détails sur les mœurs, les habitudes des prostituées, détails qui sont ordinairement racontés par les employés des maisons de correction ou des infirmeries où sont détenues souvent les filles, ou par ces femmes elles-mêmes, ou par des personnes privées de tout caractère officiel et à la connaissance desquelles ces détails sont venus de façon ou d'autre.

Ce sont, en général, ces derniers renseignements qui sont les plus curieux; car il est facile de comprendre qu'un médecin, qui ne pénètre dans une maison publique qu'accompagné du commissaire de police et d'agents de l'autorité, ne prendra pas, comme on dit, la *nature sur le fait*, ne verra les filles publiques que sous un certain jour, sous le masque qu'il leur paraîtra le plus convenable de revêtir vis-à-vis de l'administration.

Le livre de M. Duchesne contient, en dehors de la partie officielle, quelques documents particuliers au pays, quelques anecdotes assez curieuses, qui suffiront pour le faire lire avec intérêt.

Dr A. FOUCART.

une syncope mortelle. Nous passerons sous silence le traitement mis en usage tardivement et peu rationnellement appliqué. L'autopsie présenta un cœur large, comme hypertrophique; ses veines et ses cavités étaient remplies d'un sang noir, qui formait, surtout dans les dernières, un caillot épais, mais qui n'était pas dur. En vidant et en lavant le cœur, on le trouvait à l'état normal. L'estomac était très distendu par un liquide ressemblant, par la couleur et la densité, à une tisane de tamarin, sans mauvaise odeur; sa muqueuse était presque partout ramollie, de manière que si on passait par-dessus la lame d'un couteau, on pouvait la détacher aisément en la réduisant en une bouillie blanche. Il en était de même du duodénum. Le reste était à l'état normal.

La substance qui a causé cet empoisonnement est le phosphore, de manière que l'accident ressemble à celui qui se produit avec une pâte badoise. Dans les allumettes qui font du bruit en s'allumant, on trouve du chlorate de potasse, tandis que dans celles qui n'en font pas il y a du nitre, du peroxyde de plomb ou de manganèse. Dans les unes et dans les autres le tout est combiné avec de la gomme arabique. Il est probable que dans l'ébullition le phosphore s'est changé en acide phosphoreux ou phosphorique aux dépens de l'oxygène, soit du chlorate de potasse, soit du nitre et des peroxydes métalliques. Le contre-poison le plus direct aurait dû être la magnésie calcinée et son carbonate donnés à large dose, l'eau de chaux et de savon, conseillée par les toxicologues dans les cas d'empoisonnement par les acides minéraux.

HOPITAL BEAUJON. — M. SANDRAS.

Des diverses espèces de paraplégies (1).

PRONOSTIC ET TRAITEMENT.

Ce que j'ai pu vous dire des diverses espèces de paraplégies vous fait supposer sans peine quel doit en être le pronostic.

Dans les paraplégies tuberculeuses ou cancéreuses, il sera toujours fatal, que la mort survienne par le fait même de la paraplégie ou par quelque complication; il en sera de même pour les lésions microscopiques de la moelle, qui jusqu'à présent paraissent incurables. Le pronostic sera réservé dans les congestions de la moelle, dans les épanchements sanguins, car il peut exister ici toutes sortes de degrés, et les mouvements peuvent reparaître en partie, comme à la suite des apoplexies cérébrales. On conservera de grandes espérances toutes les fois qu'on aura diagnostiqué une exostose de nature syphilitique n'ayant pas encore complétement désorganisé le tissu nerveux. Quand tout porte à croire à l'existence d'une myélite, je ne vois trop comment pourrait s'opérer la guérison, car un tissu nerveux altéré par l'inflammation peut bien difficilement rentrer dans ses conditions premières. Les paraplégies par altération des méninges, nous l'avons déjà dit, offrent, à leur début surtout, des chances de guérison considérables; mais elles deviennent incurables toutes les fois qu'un épanchement séreux abondant a désorganisé la moelle par compression, ou bien lorsque des brides celluleuses, produit de l'inflammation, se sont développées dans le canal rachidien.

Le pronostic des paraplégies par chlorose est favorable en général; je dois cependant faire quelques réserves. Sans doute, chez les jeunes filles, la réparation finit toujours par se faire au bout d'un temps plus ou moins long, et la guérison arrive, quelle qu'ait été la gravité de la maladie; mais chez des femmes ayant atteint l'âge de retour, chez certains hommes, j'ai vu les chloro-anémies les plus prononcées résister indéfiniment à tous les moyens rationnels de traitement, et la paralysie symptomatique de la chlorose persister avec la même ténacité, sans que j'aie pu découvrir en aucune façon la cause de cette incurabilité. Ceci s'applique en tous points à la cachexie syphilitique. Lorsque l'hystérie dépend de la chlorose ou d'une lésion de l'utérus, le pronostic de la paraplégie hystérique se rattachera nécessairement à celui de ces deux affections; mais quand l'hystérie est essentielle, il faut presque tout attendre du temps, de la marche naturelle de la maladie, de quelque émotion morale inattendue: j'ai vu se produire ainsi, et avec rapidité, bien des guérisons inattendues que la crédulité a trop souvent voulu regarder comme surnaturelles et miraculeuses.

Les paraplégies rhumatismales à l'état aigu guérissent constamment; il n'en est pas de même des paraplégies rhumatismales chroniques et des paraplégies goutteuses, dont la guérison exige des soins assidus et prolongés, et bien souvent reste incomplète. N'oubliez pas que les paraplégies saturnines, mercurielles, alcooliques sont un des symptômes les plus avancés et les plus graves de l'intoxication générale; le pronostic sera donc grave, sans être pour cela absolument défavorable.

TRAITEMENT. — Le traitement variera suivant la nature de la paraplégie. Tout ce que je dois vous dire à cet égard n'est que la conséquence aussi rationnelle que possible des idées pathologiques que je vous ai exposées; tout a convergé vers ce but, et dès à présent vous pouvez entrevoir quelles sont les bases sur lesquelles il doit reposer.

Deux indications capitales doivent être présentes à l'esprit: 1° Traiter le point de départ de la maladie, la cause organique ou diathésique qui lui a donné naissance, cause sans cesse active, et dont la disparition est la condition indispensable de toute guérison; 2° traiter l'affection locale, la paraplégie.

1° En vous parlant du traitement de l'état constitutionnel, je vous donnerai ici plutôt des idées générales que des détails de thérapeutique. A-t-on affaire à une congestion de la moelle, à un épanchement sanguin, à une phlegmasie des méninges, je ne rejette aucune des méthodes préconisées dans ces maladies: émissions sanguines générales ou locales, révulsifs le long du rachis, réfrigérants de toute sorte, tels sont les moyens qui pourront diminuer l'hypérémie et arrêter la formation des produits plastiques si on sait les approprier aux forces des malades, à la marche de l'affection et aux indications de chaque jour.

Dès que vous aurez diagnostiqué une paraplégie de cause anémique, supprimez promptement les exutoires qui, le plus souvent, auront été placés déjà le long du rachis, et dont la suppuration plus ou moins abondante est une cause nouvelle d'affaiblissement, puis vous aurez recours à une alimentation tonique, aux préparations ferrugineuses, aux alcalins, qui amèneront une tolérance plus parfaite et régulariseront les fonctions digestives. On obtient d'heureux effets des douches d'eau froide le long de la colonne vertébrale. Il est bon d'employer fréquemment les bains sulfureux et les bains alcalins; les premiers exerçant sur la surface cutanée une stimulation des plus salutaires, les seconds rendant l'hématose plus parfaite par l'absorption de leurs principes médicamenteux.

Contre l'hystérie essentielle, je ne connais guère d'autre médication un peu efficace que les narcotiques, l'hygiène et le calme moral. Il va sans dire que si l'hystérie est liée à la chlorose ou à une lésion utérine, c'est contre ces états morbides que le traitement sera dirigé.

Dans les affections rhumatismales chroniques ou goutteuses invétérées, j'ai souvent obtenu de bons résultats de l'usage longtemps prolongé des bains de vapeur et du sulfate de quinine à doses modérées; récemment encore dans un cas analogue nous avons vu les douleurs disparaître et les engorgements articulaires se résoudre en grande partie. On devra donc recourir préalablement à ce traitement dans toute paraplégie de cette nature. Quant aux cachexies qui tiennent à des intoxications métalliques, plomb, mercure, cuivre, arsenic, depuis longtemps j'emploie contre elles le persulfure de fer, qui possède d'incontestables avantages: il est prouvé, en effet, que dans tous ces cas le poison se confine dans la circulation hépatique et est versé peu à peu dans l'intestin grêle. Là le persulfure de fer le décompose, le transforme en sulfure insoluble, tandis que le fer mis à nu développe son action tonique et reconstituante. S'agit-il d'une cachexie syphilitique, l'iodure de potassium sera la base du traitement. Mais dans tous ces cas, que l'anémie soit primitive ou secondaire, n'oubliez pas que le fer, une hygiène convenable, les bains alcalins et persulfureux sont les moyens d'action les plus énergiques et les plus sûrs.

2° Il faut arriver ensuite au traitement local de la paraplégie, traitement accessoire si l'on veut, mais d'une grande importance; car il ne suffit pas d'avoir détruit la cause diathésique, il faut encore donner le coup de fouet aux parties engourdies et les faire sortir de cette torpeur qui maintenant n'a plus sa raison d'être. Avant tout, sachez attendre; on évite de fatiguer les malades, on ménage leur excitabilité, et quand le moment favorable arrive, on obtient sans peine des résultats parfois surprenants de rapidité.

Parmi les moyens que j'ai à vous indiquer, il en est qui agissent surtout sur la sensibilité, d'autres qui raniment plus spécialement la contractilité musculaire. Je rangerai dans les premiers les vésicatoires, les frictions excitantes, quelle que soit leur nature, moyens auxquels je n'accorde que peu de confiance. Il n'en est pas de même de l'électrisation pratiquée à l'aide de plaques ou de pinceaux métalliques mis en contact avec la peau. Au bout de peu de séances, il se produit des picotements très vifs et très douloureux qui annoncent le retour de la sensibilité; dans les cas les plus réfractaires, on réussit d'une manière certaine en introduisant sous la peau une aiguille très fine et allant chercher aussi à la face profonde du derme les restes d'une sensibilité à moitié éteinte. J'ai remarqué qu'au lieu de revenir progressivement à son état normal et de s'arrêter là, dans la plupart des cas la sensibilité s'exagérait d'abord, pour s'abaisser ensuite à son type régulier après quelques oscillations. Ne vous étonnez donc pas de cette hyperalgésie de retour, c'est un phénomène de transition nécessaire et qui ne donne lieu à aucune contre-indication.

Deux agents ont une puissante efficacité pour ranimer la contractilité musculaire: je veux parler de la strychnine et de l'électricité. J'emploie à l'intérieur l'extrait de noix vomique, le sulfate de strychnine, mais toujours à doses très minimes; à l'extérieur, des frictions sur les membres abdominaux avec une pommade contenant au plus 1 gramme de strychnine pour 45 grammes d'axonge. La strychnine, comme vous le savez, détermine, lorsqu'elle est absorbée, des secousses très vives, surtout dans les membres paralysés; aussi, je la regarde comme un moyen très efficace pour réveiller l'action musculaire. Mais lorsque je veux régulariser cette action, c'est à l'électricité que je m'adresse, et à elle exclusivement. Je n'entrerai point dans la description détaillée des appareils électro-magnétiques et galvano-électriques que nous employons chaque jour, car ce serait sortir de mon sujet; je vous dirai seulement que pour agir sur la contractilité musculaire, les excitateurs munis d'éponges humides seront appliqués tantôt sur les masses musculaires, tantôt sur les nerfs crural sciatique et poplité externe, dans les points où ils sont plus facilement accessibles. Ce dernier procédé a l'avantage de susciter des contractions très manifestes dans des muscles profondément situés, et qu'il serait difficile d'atteindre autrement. L'électrisation de la vessie sera toujours facile à l'aide d'une sonde métallique enduite de gomme laque dans toute son étendue, excepté à ses deux extrémités, lorsqu'on voudra ménager la sensibilité du canal de l'urètre et du col de la vessie: une des éponges humides est promenée sur l'hypogastre, l'autre excitateur est mis en contact avec l'extrémité de la sonde, et à chaque contraction déterminée par les courants électriques, on voit l'urine jaillir à une certaine distance.

Les courants électriques devront toujours être assez énergiques pour amener des contractions dans les muscles, mais il faut éviter avec le plus grand soin de leur donner trop d'intensité, car alors on use la contractilité au lieu de l'entretenir, et l'on amène un tremblement fibrillaire inaccoutumé, des secousses convulsives qui sont toujours du plus fâcheux augure. Cette précaution est bien plus importante encore lorsqu'il s'agit de nerfs de sensibilité. J'ai vu des surdités, des amauroses encore peu prononcées, devenir complètes après l'emploi inconsidéré de courants électriques trop intenses.

Enfin, comme moyens accessoires, je recommande encore la gymnastique sagement employée, les bains multipliés, bains simples, bains de son, bains sulfureux et alcalins; ils ramollissent l'épiderme, dont l'épaississement coïncide parfois avec une diminution notable de la sensibilité cutanée; ils rendent la peau plus souple et les expansions nerveuses plus aptes à percevoir l'action électrique. A l'aide de ces agents combinés de diverses manières selon les indications du moment, vous arriverez d'une manière certaine aux résultats les plus satisfaisants, et vous verrez quelle est dans toutes ces affections la puissance d'une thérapeutique rationnelle.

L.-V. MARCÉ.

(1) Fin. — Voir les numéros des 2, 7 et 12 juillet 1853.

LES CALCULS DE M. CARNOT SONT-ILS CONTESTABLES?

Par M. le docteur BAYARD (1).

A l'occasion d'une lettre publiée le 5 juillet dans l'*Union médicale* par M. Carnot sur le *déplacement de la mortalité sous l'influence de la vaccine*, M. Aran s'est livré à quelques réflexions auxquelles je vais répondre.

M. Aran ne veut pas *aujourd'hui* discuter à fond, dit-il, et choisira *son heure*. Cette heure-là ne serait-elle pas par hasard la dernière de celles que la Providence accordera à M. Carnot? On serait tenté de le croire, et il est certain que la *discussion* serait ainsi rendue plus facile à M. Aran. En avril 1851, après un article de l'*Union* sur la vaccine où j'étais nommé, je fis une réplique. M. le rédacteur en chef de ce journal m'écrivit alors que ma réponse ne pouvait être publiée, parce que la rédaction ne voulait pas *pour le moment* agiter la question de la vaccine. Cependant, lorsque la question est des plus graves, que les convictions sont fortes et favorables, on ne donne pas au temps l'occasion de semer même l'ombre du doute! Le moment est venu et l'heure est choisie.

M. Aran pense que les habitants de la Côte-d'Or n'obéissent pas aussi aveuglément à leurs instincts génésiques que ceux de l'Aveyron; de là, dit-il, la diminution progressive des enfants par mariage dans le premier de ces départements.

M. Bousquet, dans son rapport de 1850, pour expliquer cette même diminution, qui a lieu non-seulement dans la Côte-d'Or, mais dans la Seine, ainsi que nous l'avons vu dans l'article précédent, et dans tous les départements où la vaccine est en honneur depuis longtemps, avait dit en d'autres termes:

« L'homme est né prévoyant. Placé entre l'attrait du plaisir qui » l'invite à se reproduire et les charges d'une nombreuse famille, » il délibère en lui-même et s'abstient. »

Il fut répondu que c'était là prêcher, en pleine Académie, la théorie de l'infanticide négatif; que, si de tels faits existaient, il ne fallait ni s'y appesantir ni les sanctionner, et que « cette accusation » renouvelée depuis Moïse devait à peine dépasser le crépuscule » douteux du confessionnal » (*Gazette des Hôpitaux*) et ne pas venir se poser en face d'une réunion d'hommes sérieux. M. Bousquet comprit la justesse de ces observations, chercha une raison ailleurs et crut l'avoir trouvée dans les nombreuses forges de la Côte-d'Or. On lui fit observer encore que cette nouvelle preuve était malheureuse, car dans l'échelle métallurgique le département de l'Aveyron occupe un degré bien supérieur à la Côte-d'Or. Ainsi, voici plusieurs raisons diverses qui successivement ont été données pour expliquer cette grande différence entre les rapports des naissances aux mariages considérés dans les deux départements de la Côte-d'Or et de l'Aveyron. M. Aran, prenant de seconde main des idées abandonnées, dit à son tour que les Bourguignons sont moins amoureux, *moins génésiques* que les Aveyronnais, parce que les enfants sont pour ces derniers une *richesse*, tandis que pour les premiers ils seraient un *appauvrissement*. Cette distinction *subtile* a de quoi étonner ceux qui connaissent les deux pays; cette raison ne vaut ni plus ni moins que celle tirée des forges! Voici pour édifier M. Aran sur leur pauvreté *relative* les chiffres donnés par M. de Gérando (*Patria*):

Rapport des *indigents* à la population:
Aveyron, 12 sur mille;
Côte-d'Or, 38 sur mille.

Morts à l'hôpital (1831 à 1841 inclus):
Aveyron, 1,234;
Côte-d'Or, 4,206.

En outre, M. Aran, avant de lancer dans le public cette singulière hypothèse sur la *génésie comparée*, aurait pu, ce me semble, réfléchir et comprendre que la contrainte morale de Malthus, appliquée à un pays, aurait pour effet d'y diminuer non-seulement les enfants, mais encore les jeunes gens vingt ans après, et par conséquent *les mariages!* Or, est-ce ainsi que les choses se sont passées dans la Côte-d'Or? Voici les chiffres officiels:

Mariages de 1817 à 1820 (moyenne annuelle)		2,419
Mariages de 1847 à 1850 (moyenne annuelle)		3,285
Augmentation en 30 ans	36 0/0	
Naissances de 1817 à 1820 (moyenne annuelle)		10,460
Naissances de 1847 à 1850 (moyenne annuelle)		9,666
Diminution en 30 ans	7,6 0/0	
Décès de 1817 à 1820 (moyenne annuelle)		8,359
Décès de 1847 à 1850 (moyenne annuelle)		9,230
Augmentation en 30 ans	11,6 0/0	

Ces chiffres sont extraits des relevés de l'état civil, insérés dans les huit annuaires de 1820 à 1823 et de 1850 à 1853. S'ils ont été *groupés*, comme dit M. Aran, c'est pour en faire l'addition et diviser la somme par 4. Quant à les *interpréter*, il n'y a pas deux manières, n'en déplaise aux amis de la vaccine, et Malthus n'a rien à voir en tout cela! Est-ce donc un raisonnement bien difficile à comprendre que celui-ci:

L'Aveyron ne vaccine pas; la Côte-d'Or vaccine. Donc les mineurs meurent, dans le premier de ces départements, en plus grande proportion que dans le second. — Voilà le 1er point.

Or, le nombre total des décès est le même dans l'un et dans l'autre, — 2e point.

Donc, les majeurs meurent dans la Côte-d'Or en plus grande proportion que dans l'Aveyron. — 3e point.

Donc enfin, il y a dans la Côte-d'Or plus de veufs, de veuves, d'orphelins, par conséquent plus de seconds mariages. Voilà la conclusion! Est-ce clair? Est-il besoin d'ajouter qu'une femme qui se marie deux ou trois fois ne fait pas plus d'enfants que si elle avait conservé son premier mari en bonne santé? Voilà comment il peut arriver que trois mariages inscrits à l'état civil, sans distinction de numéro, ne donnent qu'un seul enfant, sans que ce malheureux Malthus soit forcé d'en répondre!

Et pourquoi évoquer le souvenir d'une erreur commise par M. le baron Dupin en 1848 pour se mettre sous sa protection?

(1) Voir le numéro du 28 juin 1853.

L'*Essai de mortalité comparée* n'a été imprimé qu'en 1849 ; il a été suivi, jusqu'en 1851, de nombreux mémoires accueillis par l'Académie des sciences et renvoyés par elle à une commission. M. Dupin a-t-il contesté les nouveaux faits produits? Non, mille fois non! En 1848, M. Dupin répondait à un article extrait d'un journal de province, article dans le cadre duquel la démonstration n'avait pu trouver place. MM. Arago et Dupin n'y virent qu'une assertion étrange; cela devait être. Mais quand parut l'*Essai* il n'en fut plus de même. Là abondaient les preuves mathématiques des faits, et dès lors les mathématiciens se turent, et gardèrent depuis un silence que je ne les crois nullement disposés à rompre pour la satisfaction de quelques jenneriens. Peut-on demander plus à deux hommes de cette valeur? M. Carnot ne le pense pas, et il attend la décision de l'Institut avec une si parfaite confiance, qu'il ne récuserait pas, en 1853, M. Charles Dupin pour juge, malgré le souvenir de 1848. Noblesse oblige!

M. Aran fait des vœux, que je crois bien sincères, pour que le gouvernement persévère dans ses encouragements pour la diffusion de la vaccine. Heureuse pratique, qui, après cinquante-cinq ans, s'est fait des amis si chers! qui est dite providentielle, qui est chantée, patronée et payée, et qui, sans argent, serait peut-être conspuée! Puis il termine de la sorte : « La vaccine, indépendamment du nombre considérable de vies épargnées, a rendu aux populations l'immense service de diminuer la proportion des aveugles, des sourds et des infirmes de toute espèce que la variole produisait chaque année. »

Le 6 décembre 1851 (Voir *Gazette des Hôpitaux*), l'honorable M. Bally a dit les mêmes choses. *Suum cuique.* En outre, le comité de vaccine anglais répète annuellement que la mortalité par suite de la petite vérole a diminué. Je ne puis pas dire, comme M. Aran, que je choisirai mon heure et mon terrain; cela n'est pas permis à quelqu'un qui est, d'après lui, un détracteur de la vaccine; c'est-à-dire un homme qui, sans raisons valables, rabaisse les mérites, les bienfaits de cette découverte. Quel heureux choix d'expressions! Mais sur ces grandes questions : diminution de la mortalité, diminution des infirmités humaines depuis la vaccine, terrain de son choix, où j'ai trouvé plusieurs de ses amis, M. Aran me trouvera encore. Quant à son heure, elle sera la mienne.

En résumé, autorisé que je suis à le faire, je crois rendre service aux médecins impartiaux en leur communiquant les faits comparatifs suivants, extraits des registres de l'état civil de Paris à trois époques différentes :

1° De 1760 à 1767 (Buffon);
2° De 1816 à 1823 (moyenne de 8 ans);
3° De 1840 à 1847 (id.).

LOIS DE MORTALITÉ A PARIS.

AGES.	SURVIVANTS AUX DIVERS AGES.		
	1760 à 1767	1816 à 1823	1840 à 1847
0	13,189	13,189	13,189
10	6,906	8,316	8,345
20	6,401	7,599	7,534
30	5,708	6,275	5,833
40	4,823	5,363	4,825
50	3,861	4,405	3,571

M. Aran doit voir par ce tableau que dès 1840 la vaccine avait produit tout son effet préservatif de 0 à 20 ans; mais que c'est de 1820 à 1844 qu'elle a réagi en sens contraire de 20 à 40 ans, dans la période féconde de la vie.

En vingt-quatre ans, la mortalité de cette période a passé de 17 p. 100 à 20 1/2 p. 100. Est-ce là ce que M. Aran appelle les *bienfaits de la vaccine*?

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

ADDITION A LA SÉANCE DU 12 JUILLET 1853.

Nouvelle méthode opératoire pour la trachéotomie.

M. Chassaignac lit un mémoire destiné à faire connaître une nouvelle méthode opératoire pour la trachéotomie.

La principale, l'unique source peut-être des difficultés dans la trachéotomie, c'est, dit M. Chassaignac, l'excessive mobilité des parties sur lesquelles se fait l'opération. Toute méthode dans laquelle il n'est pas tenu compte de ce fait est vicieuse et infidèle. Tant que des moyens sûrs de stabilité n'auront pas été institués, l'opération aura toujours quelque chose de hasardeux.

Il fallait donc, avant tout, immobiliser la région ou du moins l'organe sur lequel l'opération se pratique.

Tel est le but que l'auteur s'est proposé d'obtenir par le procédé qu'il a imaginé et qu'il a déjà plusieurs fois appliqué.

M. Chassaignac divise l'exécution du procédé opératoire en quatre points :

1° Fixation du cartilage cricoïde; 2° incision de la trachée; 3° dilatation de la plaie; 4° introduction de la canule.

L'appareil instrumental au moyen duquel il accomplit ces différents temps de l'opération se compose d'un ténaculum cricoïdien, d'un dilatateur de la trachée, et de la canule.

Voici comment, à l'aide de ces instruments, on exécute chacune des parties de l'opération.

PREMIER TEMPS. *Implantation du ténaculum cricoïdien cannelé.* — C'est d'une remarque anatomique que sont nées les modifications apportées à la trachéotomie. Le cartilage cricoïde est un point de repère tellement certain qu'il peut être toujours reconnu à travers la peau, quels que soient l'âge, le sexe et l'état d'embonpoint du sujet qu'il s'agit d'opérer; que s'il reste le moindre doute au moment d'implanter le ténaculum, une très petite incision des téguments suffit à lever toute incertitude.

Cette précieuse propriété de constituer un point résistant dans un système où tout est flexible et fuyant sous le doigt, le cartilage cricoïde la doit à ce que seul dans l'arbre aérien il forme un anneau complet; de sorte que, si on le comprime, il ne s'affaisse pas comme le thyroïde ou les anneaux de la trachée; mais il réagit avec toute la force d'élasticité d'un cercle cartilagineux.

Ce n'est donc exiger rien qui ne soit très sûrement exécutable que de demander à l'opérateur d'implanter, soit d'emblée à travers la peau, soit après une petite incision cutanée, le ténaculum sur le bord inférieur du cartilage cricoïde. Ce dernier est généralement assez facile à sentir pour qu'on puisse se dispenser de tracer les règles propres à en faciliter la recherche. Toutefois, nous dirons que, s'il y avait quelque hésitation à ce sujet, on la ferait cesser bien vite en remontant avec le doigt, à partir de la fourchette sternale jusqu'à la rencontre du premier point résistant qui se fera sentir sur ce trajet ascendant.

Voilà donc l'arbre aérien solidement fixé au moyen de l'érigne cricoïdienne. Quelle difficulté y a-t-il donc, malgré l'audace apparente de cette manœuvre, à plonger sans hésitation le bistouri dans la trachée, en se guidant sur la cannelure que présente ce nouveau cathéter?

On divise alors d'un seul coup les trois ou quatre anneaux dont la section est indispensable pour l'introduction de la canule. Cette section peut se faire impunément chez l'adulte avec le bistouri ordinaire. Chez l'enfant, il est de rigueur d'employer le bistouri mousse aussitôt qu'une voie suffisante lui a été ouverte.

Dès que la section des anneaux est opérée, on fait pénétrer le dilatateur, qui, à raison de l'exiguïté de sa pointe, s'insinue facilement entre les lèvres de la plaie, et trouve, lui aussi, dans la cannelure du crochet, un conducteur sûr. A peine introduit, il permet, sans coup férir, le placement de la canule.

L'auteur termine en appelant l'attention de l'Académie sur les conclusions :

1° La saillie formée par le cartilage cricoïde est le meilleur guide que possède la médecine opératoire pour l'introduction à travers la peau des instruments destinés à agir sur la trachée.

2° On peut, chez l'immense majorité des sujets, faire pénétrer un ténaculum sous le cartilage cricoïde, sans incision préalable, conduire sur ce ténaculum cannelé un bistouri aigu et faire à la fois l'incision de la peau et des anneaux cartilagineux.

3° Une condition essentielle pour les dilatateurs de la trachée consiste à prévenir leur sortie ou échappement involontaire pendant l'opération. Les dilatateurs coudés paraissent avoir cet avantage. (Commissaires : MM. Velpeau, Robert et Laugier.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 6 juillet 1853. — Présidence de M. GUERSANT.

Présentation de malade.

M. CHASSAIGNAC présente un malade qui était affecté d'une tumeur fibro-plastique en état de récidive, occupant le centre de la lèvre inférieure et la région mentonnière.

Le chirurgien, après avoir enlevé cette tumeur, dut, pour combler la large perte de substance, disséquer latéralement, dans une assez grande étendue, ce qui restait de chaque côté de la lèvre inférieure, et fendant ensuite transversalement les commissures dans l'étendue de près d'un pouce et demi de chaque côté, il put procéder à une réparation très convenable en faisant cheminer l'un vers l'autre les deux fragments de la lèvre inférieure et en les réunissant sur la ligne médiane.

Actuellement le malade est parfaitement guéri, et la mutilation qu'il a subie laisse peu de traces.

Correspondance.

La Société reçoit :

Medical association journal (juin) et plusieurs autres journaux scientifiques.

— M. GUERSANT, qui préside pour la dernière fois la Société, prononce le discours suivant :

« Messieurs et chers collègues,

» En quittant les fonctions honorables que vous avez bien voulu me confier par vos suffrages, je dois d'abord vous remercier de l'honneur que vous m'avez fait, honneur que je n'oublierai jamais. Je le sais, c'est plutôt à une bonne confraternité, dont je me fais gloire, qu'à mon propre mérite, que je dois d'avoir été appelé à vous présider. J'ai aussi à vous remercier d'avoir rendu ma tâche facile, car vous avez toujours discuté en gardant les convenances académiques; et, en général, vous avez eu le bon esprit de ne pas vous écarter souvent du sujet en question. J'ai fait, j'ose le croire, tout ce qui dépendait de moi pour remplir au moins avec zèle et exactitude les fonctions dont vous m'aviez chargé; j'ai cherché à imiter, et j'ai toujours consulté mes honorables prédécesseurs; aussi, messieurs, je dois remercier en particulier celui qui avait si bien présidé avant moi, et qui a mis la plus grande bienveillance à me seconder de ses avis et de ses conseils. Je prie aussi notre vice-président, qui va me succéder, je prie messieurs les membres du bureau, de recevoir tous l'expression de ma reconnaissance pour le zèle et l'assiduité qu'ils ont mis dans leurs fonctions, et pour la manière dont ils m'ont secondé dans les miennes.

» En cédant le fauteuil à mon honorable successeur, je dois vous rappeler, messieurs, que nous célébrons aujourd'hui le onzième anniversaire de la naissance de la Société de chirurgie. Je pourrais vous dire ce que vous avez fait depuis votre origine, mais notre laborieux secrétaire a travaillé depuis deux ans pour remplir une tâche que ses prédécesseurs avaient tous négligée, c'est-à-dire le compte-rendu de vos travaux année par année; tout à l'heure, messieurs, nous donnerons la parole à M. Marjolin, qui vous lira le résumé de vos travaux depuis dix ans.

» Pour moi, messieurs, je vous exposerai succinctement ce que vous avez fait cette année pour la science, pour l'humanité et pour l'honneur et l'avenir de la Société de chirurgie.

» Sans parler de vos utiles et savantes discussions, de vos présentations de cas curieux qui donnent tant d'intérêt à vos procès-verbaux, je rappellerai que cette année vous avez achevé votre troisième volume, où se trouvent une vingtaine de mémoires nouveaux que le public médical a su justement apprécier.

» Indépendamment de ces publications, qui toutes ont le mérite de la nouveauté, votre comité de publication, si zélé et si bon juge de nos travaux, fera publier prochainement plusieurs des excellents mémoires dont nous avons entendu cette année la lecture.

» Pour l'honneur de notre Société, messieurs, nous nous sommes adjoints comme associés étrangers la plupart des illustrations chirurgicales étrangères.

» Nous avons reçu parmi nous, comme membres honoraires : M. Duval, de l'ancienne Académie de chirurgie; M. le professeur Bérard, M. le docteur Hervez de Chégoin.

» Nous avons nommé comme correspondants plusieurs notabilités chirurgicales des départements: M. Chapel (de Saint-Malo), Coste (de Marseille), Rigal (de Gaillac), Aubry (de Rennes), Hermann (de Strasbourg), Bernard, chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Apt, et quelques autres chirurgiens distingués de nos provinces.

» Vous avez reçu parmi vous, comme membres titulaires, de jeunes chirurgiens pleins de zèle et d'ardeur : MM. Voillemier, Richet, Jarjavay, Desormeaux, Follin, Broca, tous chirurgiens des hôpitaux; Verneuil, prosecteur de l'Ecole de médecine.

» Ajoutons, messieurs, pour l'honneur de notre Société, que M. le ministre de l'intérieur nous a donné cette année un témoignage de considération en nous accordant une indemnité pour les pertes que la Société a faites en 1848. M. le ministre de l'instruction publique nous a donné encore cette année un encouragement en nous allouant une subvention; de plus, nous l'avons vu se montrer plein de zèle et de bon vouloir pour les demandes que nous avons eu à lui faire cette année. Ce n'est certainement pas à lui que nous devons adresser des reproches si la Société n'a pas encore obtenu le titre qu'elle sollicite, titre de *Société d'utilité publique*.

» Je ne puis m'empêcher, en mentionnant tout ce qui nous est arrivé d'heureux, de dire que vous avez tous, cette année, contribué à l'amélioration et au bien-être de notre local, de même qu'à l'augmentation de notre bibliothèque en nous donnant des ouvrages utiles de chirurgie ou de médecine.

» Vous le voyez, cette année, encore plus que la précédente, la Société est en prospérité; elle a fait des travaux qui lui valent la considération; elle est soutenue par les illustrations chirurgicales; elle est protégée par les grands de l'État, qui nous secondent dans nos dépenses : nous sommes donc en pleine prospérité. Mais, messieurs, si la Société de chirurgie est entourée de considération, rappelons-nous que *noblesse oblige*, rappelons-nous que cette considération nous fait un devoir de donner de bons exemples à la jeune génération chirurgicale qui nous suit; n'oublions jamais notre belle devise; redoublons de zèle; ne publions rien qui ne soit bien étudié, approfondi, discuté et appuyé sur des faits bien vrais, bien positifs et passés au creuset de l'expérience, enfin rien qui ne soit autant que possible l'expression de la vérité; que la passion, que les intérêts personnels n'obscurcissent jamais les questions scientifiques; que l'amour du progrès ne l'emporte jamais sur la réalité : voilà pour *la vérité dans la science.* Mais si nous voulons être estimés comme hommes de science, nous devons vouloir aussi que les membres de la Société de chirurgie soient également honorés et estimés comme praticiens; c'est pour cela, messieurs, que le désir de la renommée ou de la fortune ne doit jamais nous faire écarter de la *moralité dans l'art.* Aussi, messieurs, en pratique soyons hardis, c'est la qualité du chirurgien, mais jamais téméraires; ne reculons pas devant les opérations graves qui peuvent sauver la vie d'un malade en danger, mais que le désir de la gloire ne nous fasse jamais entreprendre ou proposer des opérations qui, sans profit pour la science, peuvent abréger les jours du patient; si la mort est certaine, et qu'une opération hardie offre une lueur d'espérance, sachons offrir courageusement au malheureux mourant la seule chance de salut qui lui reste, sans craindre pour notre réputation.

» Enfin, messieurs, n'oublions jamais que la chirurgie est un art libéral : aussi donnons généreusement nos soins aux pauvres, sachons nous faire dignement honorer par les riches suivant leur fortune, et soyons certains que la belle et solide réputation du chirurgien ne doit s'acquérir *ni par l'argent, ni par la réclame*, mais uniquement par ses travaux consciencieux, son talent, son expérience, et par son honorable et digne confraternité.

» C'est ainsi, messieurs, que la Société de chirurgie fera honneur au corps médical et qu'elle se montrera fidèle à sa devise :

« *Vérité dans la science*,
» *Moralité dans l'art.* »

— M. MARJOLIN, secrétaire sortant, donne lecture d'une rapide analyse des travaux entrepris par la Société pendant les dix premières années de son existence.

Ce travail étendu est renvoyé au comité de publication pour être inséré dans les *Mémoires de la Société*.

— Après cette lecture, les membres du bureau nouvellement élus entrent en fonctions.

M. DENONVILLIERS, président, prononce le discours suivant :

« Veuillez me pardonner, chers collègues, si j'arrête un instant encore le cours de vos travaux pour vous parler de moi, mais il est impossible que je prenne possession des honorables fonctions que vous venez de me confier sans vous avoir exprimé d'abord les sentiments de reconnaissance dont je me sens pénétré, et sans avoir remercié la Société de la distinction qu'elle m'accorde en m'appelant à l'honneur de la présider.

» J'aurais voulu, dans une séance de la nature de celle-ci, et au moment de l'inauguration d'une année nouvelle, puiser dans l'histoire même de la Société le sujet de mes premières paroles. Il n'eût pas été sans intérêt, et cette mission eût paru facile à l'un des fondateurs de la Société de chirurgie de Paris, il n'eût pas, dis-je, été sans intérêt de suivre cette Société dans son développement progressif, de faire voir comment, par quelle suite de travaux et d'efforts, par quelle modération de conduite, par quelle infatigable et tranquille persévérance elle a pu, au milieu de difficultés inattendues, de rivalités singulières, de défiances imméritées, d'oppositions et d'obstacles étranges, s'élever, seule et sans appuis extérieurs, de ses modestes débuts à l'état de prospérité où nous la voyons aujourd'hui; conquérir l'estime, le suffrage et le concours des hommes les plus éminents; marquer sa place parmi les sociétés les plus utiles; exercer enfin sur les progrès de notre belle science, sur la pratique de notre art, et sur l'exercice même de notre profession une incontestable et salutaire influence. Mais, après le compte-rendu si lucide, si consciencieux de notre ancien secrétaire, que me resterait-il à dire? Les faits ont leur éloquence, que nul langage ne saurait égaler. Dans le simple récit de ce que la Société a su faire déjà se trouvent l'indice et la garantie de ce qu'elle saura faire dans l'avenir. Qu'elle poursuive donc sans inquiétude et sans préoccupation la route qu'elle s'est si heureusement ouverte. L'année qui commence s'annonce pour nous sous de favorables auspices : à la discussion et au jugement de la Société se trouve soumise déjà une question dont la solution intéresse à la fois la science et l'humanité.

» Trop heureux, messieurs, celui qui posséderait toutes les qualités nécessaires pour diriger d'une manière digne de la Société ses importants débats; mais, du moins, essayerai-je de justifier votre confiance, et de suppléer à ce qui me manque de talent par un zèle ardent et soutenu pour tout ce qui touche aux intérêts, à la dignité, à la gloire de la Société. J'aurai d'ailleurs pour me guider et me soutenir dans la tâche que je vais commencer, j'aurai le souvenir et l'exemple de mes prédécesseurs, les habitudes de courtoisie et de bienveillance mutuelle que vous avez su établir parmi vous, et surtout cette affectueuse sympathie dont vous avez toujours entouré vos présidents, et qui ne manquera pas, j'espère, à celui que vous vous êtes choisi pour l'année 1853. »

— M. HUGUIER remercie la Société de l'honneur qu'elle lui a fait de l'appeler aux fonctions de vice-président.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société : E. LABORIE.

LE SOURD.
Paris. — Typographie de PLON frères, imprimeurs de l'Empereur
36, rue de Vaugirard.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE. — Trois mois. . . . 8 fr. 50 c. Six mois. . . . 16 » Un an. . . . . 30 »

GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES. — Trois mois. . . . . 9 fr. Six mois. . . . . . 17 Un an. 33

ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR. — Trois mois. . . . . 10 fr. Six mois. . . . . . 20 Un an. 38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

PARIS, LE 18 JUILLET 1853.

L'Académie de médecine se préoccupe beaucoup de l'abus que l'on peut faire par la publicité des opinions qu'elle émet sur l'utilité des médicaments. Il n'est presque pas de séance où nous ne soyons témoin de discussions plus ou moins aigres à ce sujet, de récriminations plus ou moins vives. Ce sentiment est louable, sans contredit; mais, poussé à l'excès, il présente des inconvénients réels. Le principal est d'apporter dans les décisions académiques un vague fâcheux, qui, si elle n'y prend garde, finira par se traduire en une véritable abstention. Or, s'il est utile quelquefois de s'abstenir dans le jugement de certaines vertus thérapeutiques, on ne peut disconvenir que, de la part d'une compagnie qui renferme dans son sein l'élite des praticiens de la capitale, qui, par conséquent, doit et peut souvent être mise à même d'apprécier à leur juste valeur l'efficacité ou les désavantages des médicaments, l'abstention tend à déconsidérer son autorité, à enlever à ses jugements la prépondérance qu'ils doivent avoir.

L'avant-dernière séance nous a donné un exemple de cet excès de réserve, parfaitement exprimé dans une note que nous adresse notre honorable confrère M. Champouillon, professeur d'hygiène au Val-de-Grâce, et que nous nous empressons de publier, en faisant cependant à notre tour quelques réserves.

On se souvient qu'un pharmacien, M. Berthé, avait soumis à l'Académie ses recherches sur l'huile iodo-phosphorée. Le rapport de M. Bouchardat contenait une approbation, juste sans doute, donnée aux travaux de M. Berthé, mais dont l'Académie a pensé que l'on pourrait peut-être un jour faire abus, et qu'elle a voulu traduire en *simples remercîments*.

Comme le dit notre honorable confrère M. Champouillon : « M. Gibert, l'un des promoteurs de cette conclusion, en a très nettement exprimé le motif. Il ne veut plus, à l'avenir, octroyer officiellement son estime qu'aux médicaments ayant une valeur bien démontrée. M. Bouchardat, un peu plus enclin à la libéralité que son collègue, aurait voulu néanmoins, avant de s'accocier aux méfiances de l'Académie, être préalablement éclairé sur le mérite plus ou moins réel des succédanés de l'huile de foie de morue. M. Bouchardat n'est pas le seul que tourmente le besoin de lumière sur cette question, devenue un peu obscure par la rencontre de témoignages contradictoires également considérables; il n'est pas le seul non plus à la curiosité duquel on ait répondu par le silence.

» Puisque l'Académie semble vouloir éviter la discussion et ajourner ainsi son jugement sur cette matière, elle demeure, par ce fait, jusqu'à un certain point, responsable de tout ce qui peut se commettre en son nom. Nous espérons donc que demain, à l'occasion du rapport de M. Lecanu, ceux des honorables académiciens qui n'admettent par les préparations iodées comme les équivalents thérapeutiques de l'huile de foie de morue voudront bien enfin justifier leur opinion.

» La matière médicale, frappée de discrédit par la doctrine physiologique, semble avoir perdu le privilége d'intéresser les médecins français. Ce délaissement nous explique l'audace des spéculateurs et le succès qu'ils obtiennent chez les esprits crédules. Ainsi, à peine l'huile de foie de morue est-elle connue, à peine a-t-on expérimenté ses propriétés, que déjà elle est répudiée par des hommes que leur position n'appelle pas toujours à en suivre les effets.

» Que l'huile grasse, l'amidon, l'albumine soient pour l'iode des excipients très convenables, cela ne peut être contesté; mais là se bornent, à mon avis, les avantages pratiques de ces diverses préparations. Prétendre, comme on l'a fait, que l'iodure d'amidon, que l'huile iodée sont bien préférables à l'huile de foie de morue dans la phthisie, par exemple, c'est hasarder une opinion que démentent également la théorie et la vérification clinique.

» Sur quelles données se fondent les médecins partisans de l'iode comme agent curatif de la tuberculisation pulmonaire? Sur la similitude qu'ils établissent entre la phthisie et la scrofule, c'est-à-dire sur une erreur. Pour eux, le tubercule est encore, comme au temps de Broussais, un engorgement glandulaire susceptible de ramollissement et de suppuration. Mais qui a jamais vu ces glandes à prédestination spéciale? qui a déterminé leur gisement dans le tissu des poumons?

» La médecine demande des faits, et non des vues idéales; or, les faits, c'est-à-dire les recherches entreprises par MM. Baron, Rochoux, Lebert, Kuhn, Nathalis Guillot, etc., nous apprennent que le tubercule pulmonaire est un produit morbide sans analogie de structure avec l'élément glanduleux, une sorte de matière végétative ayant ses périodes distinctes d'évolution germinale, d'accroissement et de maturité. Quelle similitude y a-t-il entre le tubercule ainsi défini et la ganglionite scrofuleuse? Aucune.

» Donc, en principe, ceux qui préconisent si bruyamment les préparations iodées contre la phthisie ne sont point recevables dans leurs prétentions. L'expérience, du moins, est-elle pour eux? Pas davantage.

» Laennec, le premier, nous apprend qu'il a employé sans succès l'iode dans plusieurs cas de phthisie confirmée.

» Cooper et Bradsley n'ont pas été plus heureux dans les mêmes circonstances.

» L'iodure de fer, recommandé par M. Dupasquier contre la tuberculisation pulmonaire, a constamment échoué entre les mains de M. Louis.

» M. Baudeloque déclare qu'à l'hôpital des Enfants l'iode lui a paru plus nuisible qu'utile.

» MM. Mériadec, Laennec et Flandin ont fait de leur côté la même observation.

» M. Récamier a vu des sujets scrofuleux auxquels on faisait prendre de l'iode devenir phthisiques avec une rapidité qui décelait évidemment l'influence désastreuse de la médication qu'on leur faisait subir.

» Entre mes mains, et sous mes yeux, l'iode, employé *sous toutes ses formes connues*, et avec une extrême circonspection, a souvent déterminé chez les malades tuberculeux de la sialorrhée, des amygdalites douloureuses et tenaces, des hémorrhagies séreuses par les narines (deux fois), la phlegmasie intense des muqueuses pulmonaires, digestives ou urétrales, et la rétrocession rapide de la bronchite chronique vers la période d'acuité.

» J'ai vu, en dehors du Val-de-Grâce, quatre sujets, véritables types de force et de santé, atteints de ganglionite par cause traumatique, succomber rapidement à la phthisie, pour avoir fait usage, malgré mes conseils, de médicaments iodés.

» Y a-t-il dans l'huile de foie de morue, substance très complexe, un principe capable d'améliorer à lui seul l'état des phthisiques? ou bien l'huile remédie-t-elle à la phthisie par le concours simultané de tous ses éléments? Jusqu'à preuve contraire, j'adopterais volontiers cette dernière hypothèse. »

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

Du muguet.

Le muguet est une affection qui se rattache aux premiers jours, aux premières semaines de la vie, non pas que les enfants ne puissent en être atteints dans le deuxième, le troisième mois, mais à cette époque déjà la maladie présente d'autres caractères et prend une signification différente. On retrouve le muguet assez fréquemment chez les adultes dans les services de médecine ou de chirurgie, à la suite des opérations chirurgicales ou de maladies viscérales graves, des érysipèles ambulants. Quoique identique dans sa manifestation extérieure, cette maladie présente cependant dans les différentes circonstances où elle survient une gravité plus ou moins grande, et suivant qu'elle est simple, idiopathique, ou qu'elle survient comme complication chez un individu déjà débilité, elle présente des indications variables et importantes pour le pronostic et le traitement.

La ressemblance qu'on a remarquée entre la production morbide et la petite fleur blanche, *convallaria maïalis*, vulgairement appelée muguet a fait donner à la maladie le nom de muguet. Cette dénomination, quoique peu scientifique, vaut mieux cependant que celle d'aphthes confluentes que lui donnaient les médecins il y a quelques années, comparant les concrétions pultacées qui dans certaines affections inflammatoires se déposent à la surface des muqueuses enflammées aux productions du muguet; depuis, les recherches des micrographes ont démontré que cette prétendue

FEUILLETON.

CONTRE L'USAGE DU TABAC.

La Mode est un des tyrans les plus impitoyables de tous ceux qui maîtrisent l'homme; quelles que doivent en être les conséquences, il s'abandonne à cette divinité capricieuse avec la docilité d'un enfant soumis; les pratiques les plus absurdes, et même les plus douloureuses ne lui répugnent pas lorsqu'il doit suivre ses lois; les femmes chinoises s'écrasent les pieds pour lui obéir, et en France, nous voyons nos jeunes filles se vouer aux tortures les plus insupportables pour se faire une taille fine et déliée! Il y a quelques années, cette déesse bizarre avait imaginé de laisser les enfants presque nus, même en hiver, etc.

On ne tarirait pas, si on voulait raconter ses dangereuses exigences. L'espèce humaine lui obéit en aveugle; elle est si capricieuse ellemême!

> Tel s'élève et s'abaisse au gré de l'atmosphère,
> Le liquide métal balancé sous le verre.
> L'homme est bien variable!

Le régime et les habitudes sont pourtant de nature à modifier les formes du corps et les facultés de l'esprit, et s'il est bien avéré que toutes les circonstances hygiéniques qui nous environnent agissent sur notre être, pourquoi donc ne pas éviter avec soin les influences mauvaises, pour ne profiter que des bonnes? Nous protestons à tout moment de notre amour pour nos enfants, et chacun, quant au discours, prétend faire ce qu'il doit dans ce sens; remarquons toutefois que, s'il s'agit de sacrifier un moment de plaisir ou une passion, nul ne le fait, et la postérité, quoi qu'on en dise, reste condamnée à payer les frais de nos fantaisies ou de nos vices. Montaigne s'écrie : « Quel miracle est-ce que cette goutte de semence de » quoi nous sommes produits porte en soi les impressions, non de la » forme corporelle seulement, mais des pensements et des inclinations » de nos pères!... Cette goutte d'eau, où loge-t-elle ce nombre infini » de formes? »

Ceci est dit pour en venir à condamner l'usage du *tabac*, employé comme objet de mode, comme affaire de *genre*, selon nous au grand détriment de l'espèce humaine.

C'est vers le milieu du seizième siècle (en 1560) que cette plante funeste fut introduite en France par un ambassadeur de Marie de Médicis, qui en rapporta de Lisbonne à cette princesse. De chez nous il envahit les contrées septentrionales de l'Europe. Si dès lors il eut ses partisans, il eut aussi ses ennemis; nous ne sommes pas le premier à le combattre. En 1604, Jacques Ier, roi d'Angleterre, écrivit un livre contre le tabac; mais d'autres le vantèrent, et son usage allant toujours croissant, le gouvernement français sentit l'avantage qu'il pouvait en tirer : il établit un impôt qui, selon le professeur Richard, donnait à l'Etat, en 1831, 45 millions. Aujourd'hui, il rapporte peut-être le double. Nous n'avons pas à nous occuper ici de la moralité d'un pareil produit.

Le *tabac* est de la famille des solanées, mauvaise engeance, malgré l'excellence de la pomme de terre, qui reconnaît la même origine. Je redoute toujours les plantes de cette provenance.

Timeo Danaos et dona ferentes.

Quels sont donc les effets physiologiques qui résultent de son emploi?

Fumé, chiqué ou prisé (telles sont les manières les plus communes d'en user), il produit d'abord des vertiges, de l'ivresse, le trouble de la vue, des vomissements, et quelquefois la diarrhée.

Sa fumée prise en lavement, ou sa décoction, peuvent donner la mort.

La science connaissait les effets toxiques de la nicotine, principe alcalin du tabac; un procès récent et trop célèbre en a rendu vulgaires les mortelles propriétés.

Le tabac peut-il être utile? Oui, dans les cas rares où il faut augmenter la sécrétion de la salive ou exciter la membrane pituitaire.

On dit aussi qu'il est antiscorbutique, et surtout qu'il combat les influences fâcheuses d'un air impur. Je ne sais si la chose est vraie, mais, à mon avis, il agit dans ce cas comme les parfums dont se couvrent certaines personnes, qui sans eux odoreraient d'une autre manière.

Je crois que la meilleure odeur est celle qui émane d'un sujet bien portant et exempt d'infirmités.

Qui non olet bene olet.

Dans toutes les autres circonstances, il peut être remplacé avec avantage par le datura stramonium ou la belladone (Trousseau et Pidoux, *Matière médicale*), malgré les éloges outrés de Robert-Page, de Szersecki, Bauer, Pia, Fowser et d'autres.

Un fait digne de remarque, c'est que tous ceux qui usent du tabac ont un mépris mêlé de dégoût les uns pour les autres. En les interrogeant tour à tour, on arrive à connaître la vérité.

1° Les fumeurs et les priseurs abominent les chiqueurs, qu'ils considèrent comme l'opprobre du genre.

2° Le priseur a plus de dignité, mais son habitude ne convient qu'aux sujets graves; elle est déjà loin de la mode. Le sexe féminin arrivé au dégoût des choses par l'abus de toutes choses se console assez volontiers *en prisant*. Otez à la portière sa tabatière et son café au lait, et pour elle désormais l'existence sera dénuée de tous ses agréments.

La boîte à tabac sert aussi de contenance à ceux qui, ayant l'esprit obtus ou paresseux, pétrissent d'un air important la poudre qu'elle renferme..... en attendant les idées.

Les fumeurs se divisent en trois classes fort distinctes :

Le *pipeur;*

Le fumeur de cigarettes;

sécrétion morbide était un végétal analogue au favus de la teigne, à ces produits de la moisissure qui se déposent sur la surface des confitures qui ont fermenté. Si l'on recherche les causes de cette sorte de dépôt de mousse blanchâtre sur les confitures, on voit qu'aux dépens du sucre qui y est contenu et à l'aide du ferment il s'est formé de l'alcool, puis aux dépens de celui-ci du vinaigre, et enfin le dépôt blanchâtre, comme le dernier terme de ces transformations et l'indice de la moisissure complète. Or il se passe quelque chose d'analogue chez les enfants, où l'on a remarqué qu'une acidité extraordinaire de la salive précédait constamment le développement des mucédinées. Les micrographes se sont peu occupés des conditions dans lesquelles l'acidification se faisait; ils n'ont vu que le résultat, sans se préoccuper si la maladie débutait ou non par une phlegmasie; pour nous le muguet est une affection consistant dans une inflammation de la bouche, inflammation qui détermine une acidité extraordinaire de la salive, et cette production acide est le substratum des mucédinées.

D'après ce que nous avons dit au commencement, on a compris l'importance de la division du muguet en symptomatique et idiopathique : c'est de ces deux formes de muguet chez l'enfant que nous allons nous occuper.

Un enfant naît dans des conditions de bonne viabilité, vigoureux, avec l'intégrité de tous ses organes. Quelques jours après, sa mère s'aperçoit tout d'un coup que son enfant tette avec moins de plaisir; il se recule même quand elle lui donne le sein, ou bien, lorsqu'il le prend, aux premiers efforts de succion il pousse des cris et refuse de s'approcher de nouveau. Si l'on examine la bouche en ce moment, on trouve la muqueuse des lèvres, des joues, de la langue, de la voûte palatine couverte de ces petites productions blanchâtres, auxquelles les micrographes ont reconnu la texture des cryptogames. En même temps, la muqueuse est rouge et gonflée; le revers de la lèvre et le frein de la langue notamment sont boursouflés, vivement enflammés; la luette, augmentée de volume, vient titiller la base de la langue, et l'inflammation ne tarde pas à envahir le pharynx. Quelquefois l'enfant a un peu de diarrhée.

Si dans ce moment le médecin n'intervient pas, le mal continue à faire des progrès, et bientôt toutes les parties de la gorge accessibles à la vue se recouvrent d'une production blanchâtre, crémeuse, s'étendant sur toutes ces surfaces et les enveloppant à la manière d'un doigt de gant. Si l'enfant n'a pas encore cessé de prendre le sein, il s'y refuse alors absolument, la succion provoquant des douleurs intenses. Au bout de quelques jours, il survient des accidents sérieux; car, par suite de la suppression de l'allaitement, le petit malade se trouve dans des conditions fâcheuses de nutrition; quelquefois des vomissements surviennent, l'inflammation de la gorge devient très intense, au point d'empêcher la déglutition, et les malades ne tardent pas à succomber. Mais le plus ordinairement les choses ne prennent pas cette tournure fâcheuse : l'enfant consent à boire, à teter, quoiqu'il souffre, et revient facilement à la santé, surtout lorsque cette heureuse terminaison est favorisée par une thérapeutique convenable.

L'autre forme de muguet que M. Valleix a très bien décrite dans ses fascicules sur les maladies des nouveau-nés, différent de celui que je viens de décrire par sa nature et sa gravité, donne lieu à une mortalité de 22 sur 24 enfants qui en sont atteints, tandis qu'elle est à peine de 1 sur 24 dans le muguet idiopathique.

Dans cette deuxième forme du muguet, les enfants se présentent à nous avec les caractères suivants : la figure est un peu *vieillote*, les traits sont affaissés, ridés, et en même temps qu'on observe dans la bouche les lésions que j'ai décrites dans le muguet idiopathique, on trouve une rougeur très vive des fesses et de la partie postérieure des cuisses, des excoriations au niveau des saillies osseuses du bassin, des grandes lèvres ou des bourses. Les malléoles deviennent également rouges et le siége de lésions analogues sur les parties qui se correspondent dans les frottements que les enfants impriment à leurs jambes dans leurs mouvements. Le petit malade est en proie à des vomissements bilieux qui colorent en vert la couche blanchâtre du muguet, à une diarrhée violente, qui le fait aller à la garde-robe dix, et quelquefois vingt fois par jour, pour rendre une matière jaune-verdâtre ressemblant à des épinards, à des herbes hachées. Le ventre est encore chaud lorsque tout le reste du corps est devenu froid. C'est un état général de cachexie survenu en vertu de dispositions anciennes, par suite d'une mauvaise alimentation, et qui se traduit au dehors par des lésions multiples.

Le muguet idiopathique se manifeste dans la bouche, quelquefois dans d'autres muqueuses, par exemple sur celle de la vulve. J'en ai eu un exemple en 1834, où, médecin dans un pensionnat de demoiselles, 11 jeunes filles sur 80 furent atteintes. Cette maladie se dénote par un état phlegmasique particulier des grandes lèvres, analogue à celui que l'on retrouve, et que j'ai signalé dans le muguet symptomatique.

Telle est cette maladie dans ses formes essentielles et symptomatiques : commençant par une inflammation de la muqueuse buccale; inflammation qui est quelquefois rendue évidente par des ulcérations profondes de la bouche, quand les enfants ont pu résister à une atteinte prolongée de la maladie.

Le muguet idiopathique doit être attaqué localement par des agents thérapeutiques énergiques, et parmi ces agents le borax est placé au premier rang. Dans les cas peu graves, une mixture composée de parties égales de sous-borate de soude et de miel ou de de sirop, et appliquée cinq ou six fois par jour sur la muqueuse buccale, doit amener la guérison au bout de trois ou quatre jours. Si la maladie résiste, il convient d'employer un collutoire composé

d'acide chlorhydrique. . . . . . . 2 grammes.
Miel. . . . . 20 —

avec lequel on barbouille la bouche plusieurs fois par jour. Si ces deux moyens échouent, on peut encore essayer la mixture suivante :

Alun. . . . . 4 grammes.
Miel. . . . . 25 —

Enfin, si rien de tout cela n'a réussi à entraver la marche de la maladie, le nitrate d'argent à la dose de 1 gramme pour 30 grammes d'eau distillée manque rarement le but qu'on cherche à atteindre; il convient cependant de n'y avoir recours qu'en dernier lieu, car il laisse dans la bouche un goût désagréable, et l'enfant dégoûté refuse de teter.

Quand il survient quelques troubles sympathiques dans les organes digestifs, on administre avec succès deux ou trois cuillerées à café d'eau de Vichy, 10 ou 20 centigrammes de magnésie, une ou deux cuillerées à café d'eau de chaux.

Dans le muguet symptomatique, le même traitement est applicable à la manifestation extérieure de la maladie; seulement il faut le continuer plus longtemps sous peine de la voir se reproduire. En même temps, on combat les symptômes généraux à l'aide des préparations de bismuth; en outre, on administrera à l'intérieur un quart de goutte de laudanum de Sydenham, joint à une certaine proportion de carbonate de chaux, trois ou quatre fois par jour. Si à cette médication on joint un allaitement convenable et des soins attentifs, qu'on prévienne les ulcérations des jambes en les tenant écartées pour éviter leur frottement, on viendra quelquefois à bout de cette cruelle maladie.

HOPITAL ISRAÉLITE DE LA RUE PICPUS.

M. le Dr BROSSARD, médecin ordinaire.

Fistule vésico-utérine opérée par M. le docteur Jobert (de Lamballe).

Comme l'indique son nom, la fistule vésico-utérine est constituée par une communication anormale entre la vessie et la partie de l'utérus située au-dessus de l'insertion vaginale; il est facile de comprendre, d'après cela, ce qui la différencie de la fistule vésico-vaginale. Ce qui est plus facile encore, c'est de se rendre compte de l'obscurité qui pendant longtemps a régné sur cette affection, car jusque dans ces dernières années son existence n'avait pas même été soupçonnée. Sous ce rapport, la fistule vésico-vaginale a été privilégiée, et si elle fut regardée par les chirurgiens comme incurable, au moins son existence, beaucoup plus fréquente d'ailleurs, avait-elle été parfaitement constatée, ainsi que le prouve une observation rapportée par J.-L. Petit. Ce fut bien réellement un privilége, car cette connaissance eut pour effet de fixer d'une manière particulière l'attention des chirurgiens modernes; et après beaucoup d'efforts et de tentatives souvent infructueuses, M. Jobert (de Lamballe), s'aidant du flambeau toujours lumineux de l'anatomie et de la physiologie, fut assez heureux pour imaginer enfin une méthode autoplastique qui lui permit d'en obtenir la guérison radicale et facile, ainsi qu'on a pu en juger par les nombreux exemples consignés dans son savant *Traité de chirurgie plastique*, et par les observations que nous avons rapportées depuis dans ce journal.

Si les fistules vésico-vaginales devaient, dans l'ordre logique des idées, passer les premières, les fistules vésico-utérines devaient nécessairement venir après, les unes conduisaient aux autres; mais un obstacle regardé jusque-là comme insurmontable les séparait; heureusement il n'était pas infranchissable, et il n'en fallait pas davantage pour solliciter l'attention persévérante et courageuse de l'habile chirurgien de l'Hôtel-Dieu. Au mois d'octobre 1849, en effet, nous le trouvons exerçant son génie inventif pour obtenir la guérison radicale d'une affection de cette nature; ses efforts furent couronnés d'un plein succès, et l'observation en fut publiée en 1852 dans son *Traité des fistules*. Ce fait fut, à la vérité, le premier; mais le procédé opératoire mis en usage et la facilité avec laquelle la guérison fut obtenue étaient de nature à permettre d'espérer qu'il ne serait pas le dernier. Ces prévisions viennent d'être réalisées, et nous sommes heureux de pouvoir mettre sous les yeux de nos lecteurs ce second exemple de guérison, sur lequel nous nous réservons d'appeler ensuite plus particulièrement leur attention.

OBS. — *Fistule vésico-utérine. — Cloison vésico-vaginale intacte. — Perte de substance intéressant la partie de la vessie en rapport avec le corps et le col de l'utérus. — Ravivement partiel de cette perte de substance. — Oblitération du col utérin. — Suture entrecoupée. — Autoplastie par glissement. — Guérison. — Rétablissement de l'écoulement menstruel par la vessie.*

La nommée Kauffman (Constance), âgée de trente ans, entra à l'hôpital israélite le 4 mai 1853 pour y être traitée d'une fistule vésico-utérine.

D'une constitution nerveuse, cette dame n'a jamais été bien portante, surtout depuis l'âge de onze ans jusqu'à dix-huit, époque à laquelle elle fut réglée pour la première fois. Malgré le peu de précision des renseignements fournis par la malade sur son état de souffrance, il est permis de supposer que durant ces sept années elle fut sous l'influence d'un état chlorotique qui s'améliora au moment de la première évolution menstruelle, qui eut lieu sans difficulté et sans être accompagnée d'aucun accident : aussi la menstruation prit-elle de suite une parfaite régularité.

Mariée à vingt ans, Mme K..., devint presque immédiatement enceinte; cette première grossesse ne présenta rien de particulier, non plus que l'accouchement, qui eut lieu sans présenter rien d'anormal. Il en fut de même du second et du troisième. Ce dernier offrit seulement de particulier que l'enfant se présenta par le siége; mais il n'en résulta aucun accident, et quelques jours suffirent au rétablissement complet de l'accouchée.

La quatrième grossesse fut marquée par trois hémorrhagies utérines survenues aux deuxième, quatrième et sixième mois. Ces pertes n'eurent d'ailleurs aucune influence sur les derniers mois de la parturition, non plus que sur l'accouchement, qui, arrivé au terme voulu, eut lieu sans aucune particularité digne d'être notée.

Enfin, à l'âge de vingt-huit ans, Mme K..., devint enceinte pour la dernière fois. La grossesse, marquée à son début par une fièvre scarlatine qui laissa la malade souffrante pendant plusieurs mois, fut supportée péniblement; il semblait que l'enfant tombait, et pendant les six semaines qui précédèrent l'accouchement, cette sensation fut portée au point que Mme K... croyait toujours qu'elle allait accoucher. Malgré cela, la grossesse parvint au terme normal, qu'elle aurait même dépassé; s'il faut en croire la malade, elle aurait porté son enfant pendant dix mois. Quoi qu'il en soit, l'accouchement fut opéré le 23 août 1852. Le travail dura trois jours, et dès le début les douleurs furent excessivement vives.

La poche amniotique se perça vers la fin du second jour; les douleurs continuèrent sans avancer aucunement le travail. Ce fut alors que la sage-femme prescrivit une dose de seigle ergoté; les contractions utérines augmentèrent bien d'intensité et s'accompagnèrent même d'un écoulement de sang, mais l'enfant resta au même point. La sage-femme demanda l'assistance éclairée de M. le docteur Brossard. Celui-ci constata que l'enfant, qui se présentait par le sommet de la tête, mais obliquement, était encore placé au-dessus du détroit supérieur; après avoir vainement essayé d'introduire les deux branches du forceps, il se décida à opérer la version, et put de cette manière terminer l'accouchement. L'enfant, dont la tête était volumineuse, fut retiré mort, et d'après les signes extérieurs qu'il portait, il était évident que la mort n'était pas récente.

Pendant les neuf premiers jours qui suivirent l'accouchement, l'état de l'accouchée fut tel qu'elle ne se rappelle de presque rien, si ce n'est que les parties génitales externes étaient gonflées, très douloureuses, et que l'on fut obligé d'appliquer des sangsues au bas-ventre. Pendant tout le temps que dura le travail de l'accouchement, elle ne fut pas sondée; elle urina seule. Cependant, lorsque M. le docteur Brossard toucha la malade pour la première fois, il constata que déjà à ce moment elle perdait de l'urine qui s'écoulait par le vagin. Quoi qu'il en soit, ce fut seulement au bout de neuf jours que Mme K... s'aperçut qu'elle perdait involontairement ses urines; à partir de ce moment, elle continua de les perdre, dans quelque position qu'elle se tînt. Au

---

Le fumeur de cigares.

Ce dernier est l'aristocrate, le beau; de tous ceux qui en usent, il peut se présenter à peu près partout impunément. Il n'est permis à une jeune homme bien élevé de ne fumer que le cigare; s'il sortait la pipe à la bouche, il serait déshonoré.... aux yeux de ceux qui mettent leur honneur dans ces sortes de choses.

Pour moi, je méconnais cette hiérarchie, et confonds tous ces individus dans le même blâme.

On emploie les feuilles de tabac préparées dans les manufactures soit, ainsi que nous l'avons dit, pour les fumer, les chiquer ou les priser. De l'une ou de l'autre de ces manières, et quoique la mode soit de s'en servir, après un temps plus ou moins long le tabac stupéfie et engourdit. Les grands fumeurs surtout semblent presque toujours plongés dans de profondes méditations.

Ne vous en laissez pas imposer par cet air réfléchi; la plupart du temps, ils ne pensent à rien; ils sont dans l'*assoupissement nicotique*.

Bien plus, cet état, qui au commencement n'existe que pendant les instants d'abord et ensuite les heures qui suivent l'usage du tabac, devient bientôt permanent; après le désir de fumer, vient le besoin de boire, et après boire le désir de fumer; il semble qu'une titillation impérieuse force celui qui s'est livré au tabac à en user bon gré, mal gré, et l'on voit de ces sortes de gens affligés au point qu'ils préféreraient se priver du nécessaire plutôt que de renoncer pour quelque temps à leur fâcheuse habitude.

A la fétidité de l'haleine et à l'odeur pénétrante dont leur personne et tous leurs vêtements sont imprégnés, les fumeurs joignent, comme nous l'avons dit, le besoin de boire et celui de cracher continuellement, incommodité qu'ils partagent avec les chiqueurs, autre espèce d'affligés non moins répugnante que la première.

Je passe sous silence la noirceur des dents et la prédisposition aux cancers des lèvres, ainsi que bien d'autres inconvénients suites de l'usage de la pipe.

Pour ce qui concerne le priseur, son infirmité est au moins aussi grande, puisqu'il est condamné à porter dans l'une de ses poches la cause de son mal, d'en avoir la marque au nez, et les défécations de ce nez dans une autre poche, sur un mouchoir ignoble qui s'en trouve sordidement imprégné!

Que la Mode autorise, si bon lui semble, ou permette tous ces abus, je crois qu'il est du devoir de tout homme grave de ne point y sacrifier, et, à l'exemple de notre excellent professeur Roux, de les combattre par le mépris jusqu'à ce qu'une génération nouvelle (si celle-ci ne lui a pas transmis son sommeil) vienne fouler aux pieds cette triste coutume.

Voyez donc où en sont arrivés les peuples de grands fumeurs! Je ne doute pas que l'usage de cette solanée vireuse ne finisse avec le le temps par jeter l'homme dans l'assoupissement et la décadence.

Je sais qu'en lisant ceci un grand nombre d'esprits forts vont sourire et dire que les calculs ne justifient nullement nos craintes.

Qu'ils invoquent, si bon leur semble, le fameux *Me hercle non cedat*, cela n'enlèvera rien de la vérité de mes propositions, parce qu'elles sont assises sur l'observation de tous les instants. Je suis surpris que les sociétés de tempérance ne se soient pas élevées avec force contre l'usage du tabac; si elles ne l'ont pas fait jusqu'ici, il devrait s'établir contre cet abus des associations qui combattraient sérieusement ses fâcheuses influences.

Nous n'avons pas de longs efforts à faire pour prouver les effets du régime et des habitudes sur les êtres vivants; chacun sait avec quelle facilité l'homme patient et attentif force la nature à lui obéir; il semble qu'elle se complaise à suivre le chemin qui lui a été tracé, à ce point que l'on voit en éducation bestiale des procédés pour faire grossir telle ou telle partie du corps d'un animal aux dépens de toutes les autres. Partant de ce principe, je laisse à penser ce à quoi nous expose dans un temps plus ou moins éloigné cette habitude d'ivresse *tabachique* transmettant l'apathie d'âge en âge. Je regarde comme une grave question d'hygiène publique la surveillance des effets du tabac considéré comme agent *stupéfacteur*.

La mode est contre moi, et je crains que ma voix ne crie dans le désert; il est si agréable à la jeunesse d'affronter une espèce quelconque de malaise que chacun veut en essayer. Et puis vient l'habitude de se voir lâcher cette fumée, qui laisse après elle un engourdissement général, lequel, j'en conviens, n'est pas sans charmes.

Pour mon propre compte, j'avoue qu'après un bon repas il me plaît, si je suis légèrement égayé, d'augmenter par l'usage de la fumée de tabac cet état d'excitation, qui fait bientôt place au besoin de dormir. Mais c'est justement ce sommeil que je redoute, et, semblable au malheureux que le froid a engourdi, je me considérerais comme perdu si je cédais souvent à ce genre de plaisir.

Il m'est donc prouvé :

1° Que l'usage habituel du tabac engourdit et énerve;

2° Que la langueur *nicotique* est susceptible de se transmettre aux enfants, comme l'engourdissement de l'ivresse habituelle;

3° Et que ma manière d'envisager la chose me fait prévoir qu'elle sera, si on n'y met ordre, une cause de détérioration sensible de l'espèce humaine dans un avenir plus ou moins éloigné.

Dr Amédée Joux.

Nos abonnés nous ont souvent demandé de leur rendre de petits services, comme de transmettre leurs mémoires aux académies, de leur faire parvenir du vaccin, des livres, des instruments, etc., etc. Une personne fort entendue à cet égard est attachée à l'administration de la *Gazette*, et leur rendra ces bons offices avec tout le zèle et l'empressement désirables.

bout de deux mois seulement elle put se lever, et quatre mois après l'accouchement la menstruation se rétablit et reprit sa régularité habituelle.

Complétement remise, Mme K... alla, dans le mois de février 1853, consulter M. le docteur Jobert à l'Hôtel-Dieu. Après un examen attentif, ce chirurgien l'engagea à se faire opérer; elle n'y consentit que plus tard, et ce fut à l'hôpital israélite que M. Jobert pratiqua l'opération.

La malade est alors dans l'état suivant:

Les parties génitales externes sont à peu près dans leur état normal; il existe seulement un peu d'érythème à l'extérieur des grandes lèvres. L'introduction du spéculum univalve ne fait rien reconnaître sur la cloison vésico-vaginale, qui est intacte; au fond du vagin, on aperçoit une ouverture légèrement taillée en bec de flûte, sur le pourtour de laquelle il existe quelques fongosités. Cette ouverture, par où s'échappe l'urine qui tombe dans le vagin, n'est autre que l'orifice du col utérin; la lèvre antérieure, qui a été détruite dans une partie de son étendue en dedans, donne à cet orifice l'aspect que nous avons dit tout à l'heure. D'après cela, il devenait évident que la perte de substance vésicale se trouvait au delà du col, communiquant par conséquent avec l'intérieur de la cavité utérine. Il était facile de soupçonner son existence, mais il était impossible de la constater à la simple vue.

Pour s'assurer de l'état véritable des parties, M. Jobert déprima avec le spéculum univalve la paroi postérieure du vagin, et le poussa jusqu'au fond de ce conduit; cela fait, il introduisit par l'urètre une sonde d'argent, et en explorant l'intérieur de la vessie, il finit par trouver l'endroit où existait la solution de continuité; l'extrémité de l'instrument vint alors frapper sur le bois du spéculum, et en basculant la sonde en haut et amenant autant que possible son extrémité vésicale en avant, on put l'apercevoir à travers l'orifice du col utérin. Il ne pouvait plus y avoir le moindre doute sur l'existence de la fistule vésico-utérine. Ce n'est pas tout: en portant le doigt dans l'orifice utérin, on parvint dans la vessie, et on put constater de cette manière que la perte de substance était assez considérable; mais il n'était véritablement bien facile de se rendre compte de son étendue que lorsque les commissures du col utérin eurent été l'une et l'autre incisées de manière à permettre de relever ce qui restait de la lèvre antérieure du col et de mettre complétement à découvert la perte de substance.

Le 25 mai, l'opération est pratiquée de la manière suivante, en présence de M. Junksen, professeur à l'Université de Berlin, de M. le docteur Oliffe, médecin de l'ambassade anglaise, de M. le docteur Brossard, médecin ordinaire de l'hôpital des Israélites, aidé de ses internes, et de MM. Godet, Galard et Gratiot, élèves de M. Jobert.

1° Un spéculum univalve déprime la paroi postérieure du vagin; les grandes et les petites lèvres, ainsi que les parois latérales du vagin, sont écartées au moyen des leviers.

2° La lèvre antérieure du museau de tanche est saisie avec deux pinces de Museux implantées dans son épaisseur et attirées en avant et en haut au moyen d'une traction modérée et soutenue.

3° A l'aide de ciseaux, deux incisions sont faites sur les côtés de l'ouverture du col dans le sens de ses commissures, de cette manière, le col de l'utérus est largement ouvert; et comme la lèvre antérieure se trouve relevée par les aides qui tiennent les pinces de Museux, il en résulte que la perte de substance se trouve complétement à découvert, facile à voir et accessible à l'instrument tranchant. C'est alors que M. Jobert peut apprécier toute l'étendue de la perte de substance. Elle est considérable, et s'étend jusqu'à la partie du col utérin située au-dessus de l'insertion vaginale. Il devenait dès lors impossible de remonter la cloison au-dessus de la perte de substance et de la réparer en totalité, ainsi que M. Jobert a l'habitude de le faire, dans le but de conserver l'écoulement menstruel par le vagin.

4° La perte de substance est ravivée dans toute sa partie antérieure sur une étendue circonférentielle de 0,01 centimètre environ. Quelques bourgeons durs et volumineux qui existaient sur le pourtour de la fistule sont retranchés à l'aide des ciseaux et des pinces à dents. En avant, le ravivement s'étend à toute la face utérine de la lèvre antérieure du col et à la face utérine de la lèvre postérieure.

5° Trois points de suture sont appliqués de manière à rapprocher les lèvres obliquement et à confondre toutes les parties rendues saignantes, par conséquent ce qui reste des lèvres du museau de tanche. Les points de suture, écartés l'un de l'autre de 0,01 centimètre, sont pratiqués avec des fils cirés plats qui sont immédiatement noués au moyen d'un double nœud. Il est facile de constater alors que l'ouverture du col est complétement effacée.

6° A droite et à gauche, deux longues incisions sont faites sur les côtés de la suture. Ces incisions, en demi-cercle, viennent presque se réunir au-devant de la lèvre antérieure du col; de plus, une incision postérieure détache le vagin de son insertion à la lèvre postérieure du col; enfin, une incision antérieure est pratiquée au-devant de la suture, qui se trouve en quelque sorte circonscrite par une grande incision circulaire destinée à éviter toute espèce de tiraillement. Ce débridement était d'autant plus nécessaire que M. Jobert avait compris dans chaque anse de fil une grande quantité de tissu.

7° Après plusieurs injections d'eau froide, un tampon d'agaric est placé dans le vagin, une sonde en gomme élastique est mise dans la vessie et la malade est reportée dans son lit. Il faut noter qu'aussitôt que la sonde a été introduite dans la vessie elle a donné issue à de l'urine claire et transparente.

Pendant la première journée qui suivit l'opération, il y eut un écoulement de sang assez abondant pour nécessiter l'application de plusieurs tampons d'agaric, qui sont retirés le lendemain. La sonde continue à donner issue à de l'urine parfaitement limpide.

Le 1er juin, la sonde se bouche; le ventre devient tendu, et provoque des douleurs tellement vives que l'infirmière retire la sonde; la malade urine alors dans son lit. Quelques instants après une nouvelle sonde est introduite dans la vessie, et donne issue encore à une assez grande quantité de liquide. Les douleurs se calment, mais la face reste injectée pendant un certain temps. On commence à nourrir la malade.

Les jours suivants, rien de nouveau.

Le 4, à quatre heures du soir, la malade est examinée. Les parties opérées sont dans un état satisfaisant. M. Jobert coupe les trois fils employés pour la suture; une injection vaginale est faite et la malade est immédiatement reportée dans son lit; une sonde mise à demeure donne aussitôt issue à de l'urine claire et transparente. Pendant la journée, l'opérée a commencé à prendre du bouillon.

Les jours suivants, il ne survient rien qui puisse donner aucune inquiétude. La sonde marche très bien, et est d'ailleurs surveillée avec soin.

Le 15 juin, la malade est examinée. Il existe un peu de pus au fond du vagin, sur la ligne médiane, une cicatrice linéaire obliquement dirigée, qui résulte de la réunion des lèvres du museau de tanche. A la partie antérieure de cette cicatrice, on aperçoit cependant un petit bourgeon charnu. La sonde est supprimée. La malade prend un bain.

Le 24 juin, nouvel examen, qui permet à M. Jobert de constater l'état suivant:

1° Il n'existe pas d'érythème à l'extérieur des parties génitales;

2° L'urètre a un calibre normal; il est seulement encore un peu douloureux, par suite du séjour prolongé des sondes;

3° Le vagin n'a rien perdu, ni de sa longueur, ni de sa largeur;

4° On ne voit plus que les traces du museau de tanche, dont les deux lèvres sont entièrement confondues;

5° Sur les côtés, on aperçoit deux longues cicatrices parallèles.

6° En arrière et en avant, deux autres cicatrices transversales;

7° Entre les deux lèvres confondues du museau de tanche, on aperçoit une surface encore un peu rosée, qui est légèrement touchée avec le nitrate d'argent;

8° La malade se lève et ne perd plus du tout d'urine. Elle urine seule, et le besoin s'en fait sentir à peu près toutes les deux heures;

9° Enfin, la malade est sortie de l'hôpital, et il y a quelques jours elle a eu ses règles, qui se sont écoulées par la vessie sans aucune difficulté avec l'urine, qui a pris une teinte sanguinolente.

Ainsi que nous l'avons dit en commençant, c'est seulement dans ces dernières années que l'on a reconnu l'existence des fistules vésico-utérines. Mme Lachapelle, en 1825, en a consigné un exemple à la page 405 du IIIe volume de la *Pratique de l'art des accouchements*. Plus tard, en 1828, M. le docteur Stoltz, professeur à la Faculté de Strasbourg, en observa un second. Celui-ci ne fut constaté qu'à l'autopsie. On avait cependant eu connaissance de l'écoulement involontaire des urines; mais l'examen le plus minutieux ne faisant découvrir aucune solution de continuité, la cloison vésico-vaginale étant parfaitement intacte, on avait été réduit à admettre que le liquide tombait en bavant par le méat urinaire. Enfin, en 1849, M. Jobert eut l'occasion d'examiner sur une malade qui lui fut adressée par M. le professeur Paul Dubois un nouvel exemple de fistule vésico-utérine. Malgré toutes les difficultés de la manœuvre chirurgicale, il conçut l'espoir d'appliquer la méthode autoplastique qui lui avait si bien et tant de fois réussi dans le traitement des fistules vésico-vaginales, et bien lui en prit; car cette heureuse idée se trouva bientôt légitimée par le plus éclatant succès, et l'observation détaillée qui fut consignée dans son *Traité des fistules* vint apporter à la science un nouveau triomphe dont peut à bon droit s'enorgueillir la chirurgie contemporaine.

Dans l'impossibilité où nous sommes d'en donner ici une analyse suffisante, nous nous contenterons de faire remarquer que si la méthode autoplastique est bien restée la même, le procédé opératoire a dû subir forcément une modification exigée par les circonstances particulières qui accompagnent la maladie. Cela est d'autant plus facile à comprendre que la première indication à remplir ici, c'est de rendre la solution de continuité accessible à la vue et à l'instrument tranchant. Ce n'est pas tout; la perte de substance peut être plus ou moins considérable, s'étendre plus ou moins haut, au point qu'il peut devenir impossible d'en opérer la réparation complète en remontant la cloison vésico-vaginale: de là la nécessité d'imaginer deux procédés.

Dans le premier, on guérit la fistule en oblitérant seulement son ouverture de communication avec la vessie, et en laissant en dehors le conduit utérin. Dans le second, on oblitère l'orifice du museau de tanche et on laisse une libre communication entre la vessie et le canal utérin. Dans le premier cas, après la guérison, la menstruation se rétablit par le vagin; dans le second, le flux menstruel s'écoule par la vessie et le canal de l'urètre.

Si l'observation rapportée dans le *Traité des fistules* est la consécration légitime de l'incontestable efficacité du premier procédé opératoire, celle que nous venons de mettre sous les yeux de nos lecteurs consacre d'une manière également évidente la non moins remarquable efficacité du second. Sous ce rapport, elle méritait une mention particulière, car elle prouve mieux encore que l'autre la facilité surprenante avec laquelle on obtient la guérison d'une affection regardée comme complétement incurable, et contre laquelle on ne connaissait d'autre moyen de traitement que la cautérisation avec le nitrate d'argent porté dans l'intérieur du col utérin. Or, si l'on réfléchit au peu d'efficacité du caustique en général employé comme mode de guérison des fistules vésico-vaginales; si, d'un autre côté, on porte son attention sur la difficulté de l'appliquer aux fistules vésico-utérines en particulier, on arrive à regarder ce mode de traitement plutôt comme un acquis de la conscience du chirurgien, une preuve de sa sollicitude et de son dévouement, que comme la conséquence logique d'une conviction scientifique et le résultat fondé d'une espérance. A. ROZÉ.

MÉDECINE LÉGALE.

Accidents observés chez plus de 80 personnes par l'usage de pain fait avec de la farine de seigle contenant de l'ivraie.

M. Chevallier vient de publier un rapport fort intéressant sur ce sujet; nous en extrayons les parties principales:

S'il est un produit qui doit fixer l'attention de l'administration, c'est à coup sûr le pain, qui est l'aliment le plus nécessaire à l'homme, et particulièrement au Français. Aussi devrait-on par une instruction rédigée par le soin d'hommes spéciaux indiquer:

1° Quelles sont les graines qui peuvent se trouver mêlées aux graminées;

2° Les caractères qu'elles présentent;

3° Les accidents qu'elles peuvent déterminer;

4° Les moyens à prendre pour *épurer* les semences.

Nous sommes convaincu qu'une semblable publication répandue dans les campagnes serait utile à la santé publique. En effet, quoique habitant la capitale, nous avons été à même de constater que des semences contenant des *pois jaras*, de la *nielle*, de l'*ivraie*, de la *nigelle*, du *seigle ergoté*, etc., avaient fourni des farines qui, panifiées, avaient produit du pain dont l'usage avait déterminé des accidents plus ou moins graves sur diverses personnes.

Le rapport que nous publions fait connaître qu'un grand nombre d'accidents ont été déterminés par du pain fait avec de la farine de seigle qui contenait de l'ivraie.

Nous, Chevallier (Jean-Baptiste), chimiste, professeur à l'Ecole de pharmacie, et Boys de Loury (Jules), docteur en médecine, médecin de Saint-Lazare, sur la commission rogatoire de M. Jannesson, juge d'instruction près le tribunal de 1re instance de Belfort (Haut-Rhin); qui nous a été transmise par M. Dieudonné, juge d'instruction près le tribunal de 1re instance de la Seine, nous sommes transportés dans le cabinet de ce dernier magistrat le 18 février 1852 et avons entre ses mains prêté le serment voulu par la loi.

Il nous a fait immédiatement remise d'un dossier portant le n° 6,854 de l'enregistrement et le n° 10,576 du juge d'instruction concernant l'affaire qui nous était confiée, et une boîte scellée et paraphée contenant les substances qui devaient être soumises à nos investigations.

De la commission rogatoire il résulte que dans les premiers jours du mois de février de cette année Henri Z..., meunier à Giromagny, a vendu à plusieurs habitants des communes d'Auxelle (le haut), le Puix, Vescemont et Giromagny de la farine qu'il prétend avoir faite avec du seigle acheté à Jean Valot de Plancher, qui l'avait reçu de Dijon, et que toutes les personnes qui ont mangé de ce pain ou d'autres mets faits avec cette farine ont éprouvé presque immédiatement des accidents graves; qu'il importe donc de procéder à un examen chimique du seigle et de la farine saisis au moulin de H. Z..., ainsi que de la farine et du pain saisis chez différentes personnes qui ont été malades pour en avoir mangé, afin de rechercher la cause qui a déterminé ces accidents.

Le dossier se composait de différents procès-verbaux et des dépositions des personnes qui auraient éprouvé des accidents, le tout s'élevant à 68 pièces.

Au dossier était joint un rapport de deux docteurs en médecine, MM. Zaepffer et Benoît, rédigé en vertu d'une commission rogatoire de M. le juge d'instruction, constatant les symptômes présentés par plusieurs plaignants. De ces faits MM. les docteurs concluent:

1° Que les symptômes observés chez trois malades dépendent d'une cause semblable;

2° Qu'ils se rapprochent le plus de ceux qu'on attribue aux substances narcotico-âcres;

3° Que, réserve faite de ce que l'analyse chimique pourrait découvrir de substances narcotico-âcres, l'ivraie (*lolium temulentum*) constatée par nous en quantité notable dans le seigle d'où provient la farine mangée par lesdites personnes leur paraît être la seule cause des accidents éprouvés.

Pour nous rendre complétement compte des accidents qui auraient eu lieu après l'usage de ce seigle, après avoir lu avec la plus grande attention toutes les pièces du procès, nous avons fait l'analyse de chaque déposition, ainsi que nous allons la présenter. (Nous croyons inutile de rapporter ces détails.)

Les phénomènes remarqués sont à peu près semblables sur chaque plaignant; coliques et douleurs abdominales, étourdissements, état ressemblant à l'ivresse, envie de vomir, trouble de la vue, somnolence ou envie irrésistible de dormir, courbature et brisement des membres; accidents peu graves en général, qui se dissipent après quelques heures d'un sommeil auquel il était difficile de ne pas succomber. Chez un grand nombre, on voit se manifester des vomissements; tous éprouvent, en mangeant le pain ou les gâteaux, une saveur désagréable, âcre pour les uns, aigre selon d'autres, tenant au gosier, et qui se fait parfois sentir jusqu'au lendemain. Et ces phénomènes se présentent en même temps, à peu près semblables, sur des gens, la plupart dans la force de l'âge, car parmi eux il n'y a que quatre ou cinq vieillards et quelques enfants, gens si peu habitués à se plaindre, qu'ils travaillent le jour même qu'ils éprouvent ces douleurs, et ce n'est qu'en cédant à l'espèce de narcotisme ou d'ivresse dont ils sont atteints qu'ils prennent sur leurs métiers, et au milieu de leurs travaux, quelques heures d'un repos après lequel ils sont presque tous soulagés.

Dans une famille nombreuse, et ce phénomène se remarque aussi sur plusieurs individus isolés, les gâteaux, après avoir été mangés le soir, laissent une nuit calme et exempte d'accidents, mais le lendemain matin, sans avoir encore pris aucune autre nourriture, les symptômes se présentent absolument semblables à ceux dont les personnes ont été prises peu d'instants après leur souper ou leur déjeuner.

Ces phénomènes sont bien ceux que les auteurs ont constatés par suite de l'ingestion d'aliments dans lesquels entre l'ivraie.

Nous avons dû examiner, continue M. Chevallier, le seigle envoyé dans un sac par M. le juge d'instruction; après l'avoir trié, ne remarquant pas une grande différence dans les graines de ce seigle, excepté celles en nombre peu considérable appartenant évidemment à des plantes de familles diverses, et sachant d'ailleurs qu'il y avait une très grande analogie entre la graine du *lolium temulentum* et celle du seigle, nous nous sommes adressés à plusieurs marchands de graine aux connaissances botaniques desquels nous pouvions avoir une juste confiance. Aucun n'a pu nous montrer la graine de l'ivraie commune, le *lolium temulentum*, mais seulement celle employée pour les prairies et les gazons, le ray-grass, dont les bestiaux mangent sans aucun danger. Cette graine, comparée à l'échantillon qui nous était remis, n'a pas paru y être contenue, ce qui d'ailleurs devenait sans valeur, puisqu'on ne lui reconnaît pas de propriétés malfaisantes.

Après nous être livrés à l'examen le plus attentif du seigle soupçonné, ne voulant pas dans une affaire aussi délicate, car c'était peut-être la première fois que la justice soumettait cette question à des experts, nous en rapporter à nos seules lumières, nous avons consulté M. Richard, membre de l'Institut, professeur à la Faculté de médecine de Paris, qui, comme nous, a reconnu un certain nombre de graines ou de semences que nous allons décrire, en les énumérant d'après l'ordre bonatique dans lequel elles sont rangées.

1° *Lolium temulentum*. Ivraie, plante à laquelle les premiers experts ont attribué les accidents. La graine de *lolium temulentum* a beaucoup d'analogie avec le seigle, surtout d'une qualité inférieure, ainsi que celui qui nous a été remis; cependant il en diffère par plusieurs caractères: le grain ne remplit pas complétement la balle, qui est plus petite et plus allongée que celle du seigle, moins cependant que celle du ray-grass, qui est cultivé pour les prairies, et n'est pas réputé vénéneux. Mais si l'on considère que, sur la quantité de seigle qui nous a été remise, nous n'avons recueilli que seize graines de *lolium*, on sera conduit à admettre que ce ne saurait être à cette plante seule qu'il faudrait attribuer les accidents, si l'échantillon est bien semblable au seigle qui a été fourni par Z..., ce qui ne serait pas, si l'on s'en rapporte au dire des deux experts, qui affirment *que la quantité d'ivraie mêlée au seigle qui leur était présenté était assez notable*.

2° A cette même famille des graminées, au seigle lui-même, mais malade, doit être rapporté le *sclerotium vegetans*, *clavus*,

connu plus communément sous le nom d'*ergot*. Les accidents graves occasionnés par cette substance, attribués par les uns au seigle lui-même, par d'autres auteurs à une espèce de champignon qui prendrait naissance sur ce grain, ne pourraient avoir lieu dans cette circonstance, n'ayant trouvé que trois petits fragments d'ergot.

3° La famille des renonculacées a donné en petite quantité deux espèces de graines, celles du *ranunculus*, et celles de l'*adonis autumnalis*, toutes deux caustiques, vésicantes et d'un emploi dangereux.

4° Quelques graines du *petroselinum segetum*, vulgairement persil, appartenant à la famille des ombellifères, et n'ayant aucune propriété vénéneuse.

5° Une dizaine de graines du *melampyrum arvense*, de la famille des pédiculaires; ces graines ont beaucoup de rapport par leur forme avec le seigle, excepté qu'elles sont d'une couleur brune, presque noire; elles portent vulgairement le nom de *blé de vache*. Lorsqu'elles sont mêlées à la farine de blé, elles communiquent au pain une couleur rouge-violet; si elles y entrent pour un neuvième, elles lui donnent un goût amer.

6° Quatre à cinq graines de *valerianella auricula*, *fedia*, de la famille des valérianées, famille qui n'est connue que par des propriétés antispasmodiques et nullement malfaisantes.

7° *Galium tricorne*, une vingtaine de graines, famille des rubiacées, tonique et antispasmodique, et ne contenant aucune plante vénéneuse.

8° *Gitago segetum*, *agrostemma*, *caryophyllée*, vulgairement *nielle des blés*. On dit que, mêlée en certaine quantité au blé, elle le noircit, l'altère, occasionne un goût âcre au gosier, sans être nuisible; nous en avons trouvé une quarantaine de graines.

9° Deux silicules d'*iberis amara*, vulgairement *passerage*, crucifère dans le sous-ordre des cochléariées, ayant une saveur âcre et poivrée, déterminant la rubéfaction de la peau par son application à sa surface.

10° *Vicia*, légumineuse non vénéneuse, connue sous le nom vulgaire de *vesce*, en assez grande quantité; très commune dans les champs et les prairies. On s'est quelquefois servi de sa farine dans les temps de disette, particulièrement en 1709; on a remarqué qu'elle était indigeste, mais on n'a pas noté de propriétés vénéneuses.

11° De la même famille des légumineuses, une petite quantité de graines de *lathyrus* de quatre espèces différentes: 1° le *lathyrus angulotus*; 2° *sativus*; 3° *hirsutus*, aucune ne possédant de propriétés malfaisantes. La quatrième, le *lathyrus sphœricus*, passerait pour un violent poison, aurait occasionné la paralysie dans certains cas, mais qui seraient contestés, et, du reste, les graines de cette espèce étaient en très petit nombre.

Il y avait, de plus, des graines de pavots, de liserons, de scabieuses, de différentes espèces de graminées, telles que bromes et poas, la plupart innocentes et en quantité trop peu considérable pour devoir être notées.

Examen du pain n° 1. — Ce pain, de couleur noire, de la plus basse qualité, était très dur; il avait été mal cuit, et quand nous l'avons reçu il était couvert de *moisissures vertes et jaunes*, nonseulement à l'extérieur, mais à l'intérieur. La croûte de ce pain était épaisse; elle paraissait avoir été saisie par la chaleur du four qui, étant trop forte, ne pouvait donner une bonne cuisson.

La saveur de ce pain est amère, désagréable; cette saveur ferait placer cet aliment bien au-dessous du pain de munition et du pain des prisons.

Voulant savoir si ce pain contenait des substances toxiques de nature minérale, on en a charbonné 500 grammes dans un creuset neuf; le charbon, réduit en poudre, a été incinéré dans un têt à rôtir; les cendres obtenues ont été traitées par l'acide azotique à l'aide de la chaleur; la solution acide a été évaporée presque à siccité. Le résidu a été repris par l'eau; la solution obtenue a été filtrée, puis soumise à un courant d'hydrogène sulfuré; ce courant n'a donné lieu à aucun caractère indiquant la présence dans ces cendres de sels de plomb, de cuivre ou de zinc.

200 grammes de ce pain ont été divisés, placés dans une capsule de porcelaine et mis en contact avec de l'acide sulfurique à l'aide de la chaleur. Le charbon sulfurique obtenu a été ensuite traité par l'eau régale, en s'aidant de l'action du feu pour chasser l'excès d'acide. Le charbon obtenu fut traité par l'eau distillée bouillante à trois reprises; les liqueurs concentrées furent introduites dans un appareil de Marsh, fonctionnant à blanc et fournissant de l'hydrogène pur. L'addition du liquide dans cet appareil ne donna lieu à aucun changement dans la nature du gaz; on n'obtint aucune tache qui pût indiquer dans ce pain la présence de l'arsenic ou de l'antimoine.

Le charbon sulfurique restant fut incinéré; les cendres furent examinées, et l'on reconnut qu'elles ne contenaient aucune substance toxique de nature minérale.

L'examen attentif des autres échantillons de pain et de farine n'a constaté la présence d'aucune substance minérale toxique.

Essais divers. — Nous avons fait des extraits aqueux et alcooliques avec le pain et des farines; ces extraits ont été donnés à des animaux. Nous les avons essayés sur deux jeunes chiens de moyenne force. Tous deux avaient été privés de nourriture pendant vingt-quatre heures. Ces extraits avaient été mélangés dans une petite quantité de viande, pour que l'ingestion en fût plus facile. Nous avons observé ces animaux toute la journée; rien dans leur marche, leur allure n'a pu faire supposer qu'ils en fussent incommodés; rien qui ait manifesté l'ivresse ou le besoin impérieux de sommeil; ils ont conservé leur gaieté; et ayant gardé pour le lendemain une partie de ces extraits, qui leur ont été donnés dans les mêmes conditions, nous n'avons rien vu qui ait pu être noté et qui pût faire supposer que ces animaux avaient été soumis, même légèrement, à l'action attribuée à l'ivraie.

Orfila établissant que l'ivraie communique à l'alcool une couleur verte, nous avons pris de la farine première qualité de Paris, nous l'avons placée dans un tube avec de l'alcool à 36°, et nous l'avons laissée en macération pendant huit jours: cette farine n'avait pas donné de couleur verte à l'alcool.

De la farine seconde de Paris placée dans les mêmes circonstances, l'alcool ne s'est point coloré.

Du son acheté à Paris, mis en contact avec de l'alcool le même laps de temps, ne s'est point coloré.

L'alcool placé sur de la farine d'ivraie a pris une couleur jaune-verdâtre.

L'alcool placé sur de la farine saisie chez Dolet s'est un peu coloré.

Voulant savoir si par l'alcool nous pourrions extraire le principe actif de l'ivraie qui pouvait être contenu dans ces farines, nous avons traité par de l'alcool et par déplacement 1 kilogramme de ces farines diverses, en faisant un moyenne de toutes ces farines. L'alcool qui avait servi à épuiser cette farine avait une belle couleur jaune-verdâtre.

Ayant, par l'action d'une chaleur douce et prolongée, obtenu l'extrait alcoolique provenant de ce kilogramme de farine, nous l'avons introduit dans 100 grammes de pâte, et donné à un chien de moyenne grandeur. Ce pain a été pris en deux jours par cet animal, qui avait jeûné pendant vingt-quatre heures; il mangeait avec une certaine répugnance. Pendant les six heures qui ont suivi l'ingestion de cet aliment, nous avons observé l'animal avec beaucoup d'attention; mais il faut avouer que ce n'est qu'en y mettant une grande complaisance qu'on pourrait caractériser les symptômes comme étant des symptômes d'empoisonnement: un peu moins de vivacité, une légère somnolence; à ce demi-sommeil succédait une joie très grande manifestée par des cris et des caresses lorsque l'animal nous voyait et que nous nous occupions de lui.

Les expériences auxquelles nous nous étions livrés jusqu'alors ne fournissant que des résultats négatifs ou incertains, nous avons cru dès lors devoir nous adresser à M. le juge d'instruction qui nous avait commis, pour lui faire part des difficultés que nous rencontrions. Il était bien important, en effet, pour nous de savoir si le seigle qui nous avait été envoyé était bien le même que celui livré aux personnes qui avaient été victimes des accidents.

Nous demandions si l'on pouvait savoir à qui avait appartenu le morceau de pain noté n° 1, placé au milieu des objets à nous envoyés.

Nous désirions que Z... fût interpellé sur la qualité de farine qu'il prépare chez lui, et s'il y fait entrer des légumineuses, ayant trouvé dans les échantillons de farine le goût des farines de légumineuses.

Enfin, n'ayant pu nous procurer à Paris aucun échantillon d'ivraie (*lolium temulentum*), nous désirions, s'il était possible, qu'on en mît à notre disposition une certaine quantité. Faisant droit à ces diverses demandes, M. le juge d'instruction de Belfort nous répondit qu'aussitôt que la justice avait été informée que la farine livrée par Z... occasionnait des accidents, on avait saisi toute la farine que Z... avait dit être de la même provenance, ainsi que le seigle restant de la partie déclarée avoir servi à faire la farine; que toutes les personnes indisposées avaient acheté au moulin de la farine faite avec du seigle acheté par le propriétaire de cette usine; qu'aucune d'elles, ainsi que cela se fait souvent dans les campagnes, n'a livré au meunier le seigle pour le convertir en farine; que c'était donc au moulin seulement que la justice avait pu se procurer de ce seigle, qu'à cet égard elle devait forcément s'en rapporter à la déclaration du chef et des ouvriers de cet établissement; qu'un échantillon de ce seigle a été soumis aux experts, afin de rechercher si c'est ce seigle qui, ainsi que l'a prétendu le meunier, transformé en farine, a occasionné les accidents, ou bien si c'est par le mélange de matières étrangères dans la farine qu'elle est devenue nuisible; qu'il importe de résoudre cette question, afin de mettre le tribunal en situation de décider si les seigles saisis peuvent être livrés à la consommation ou si leur destruction doit être ordonnée.

Qu'ainsi l'information n'a pu établir que le seigle saisi, dont un échantillon est entre les mains des experts, est de même nature et qualité que celui qui a servi à faire la farine qui renferme des matières nuisibles à la santé.

Pour le morceau de pain qui nous avait été adressé, le procès-verbal n'a pas mentionné le nom des personnes chez lesquelles ces saisies ont été opérées; mais ce qu'on peut affirmer, c'est que ce pain provient de personnes entendues dans l'information et qui ont eu à se plaindre de sa qualité.

Enfin, nous recevions de M. le juge un échantillon d'ivraie, dans un petit sac cacheté, portant l'empreinte du sceau du cabinet du juge d'instruction.

Nous avons parfaitement reconnu les caractères botaniques de l'ivraie, et la comparaison de ces grains nouveaux avec ceux que nous avions reconnus mêlés au seigle qui nous avait été envoyé en premier lieu ne nous laissa pas douter qu'ils ne fussent de la même espèce. Nous avons soumis ces grains d'ivraie à la trituration, et, après avoir passé la farine dans un tamis, nous avons obtenu de la farine fine, de la farine grossière, enfin du son.

La farine fine pesait 42 grammes; elle était d'une couleur grise, ressemblant beaucoup à la farine de seigle qui nous avait été envoyée: son goût est âcre et tient au gosier. Nous avons examiné comparativement avec des farines de seigle cette farine d'ivraie sous le champ du microscope, et, sous le rapport apparent de la fécule grossière qu'elles contiennent, nous n'avons noté qu'une faible différence.

Cette farine, dont le poids, avons-nous dit, était de 42 grammes, a été mêlée à 90 grammes de pâte, dont on a fait un petit gâteau qui a été cuit. La première impression que fait éprouver cet aliment en le dégustant est une saveur de poivre, puis ensuite une saveur âcre et un peu amère.

Nous nous sommes de nouveau procuré deux chiens, l'un de la race intelligente des griffons, l'autre un épagneul bâtard: tous deux de force moyenne.

Après vingt-quatre heures de jeûne, à midi, le 22 avril, nous donnons au griffon une pâtée faite avec la moitié de notre pain d'ivraie mélangé à du bouillon. Dix minutes ne s'étaient pas écoulées que ce petit animal fut pris d'un tremblement dans les membres, avec un clignement très souvent répété des deux yeux; il semblerait qu'une force irrésistible commande le sommeil. Ce sommeil dura une demi-heure. Nous essayons de faire prendre au chien une nouvelle portion de sa pâtée; et, après quelques difficultés, l'animal prit avec répugnance environ la moitié de ce qui restait. Une heure après avoir fait ce repas, le chien présenta les mêmes symptômes que précédemment, mais seulement avec un caractère plus marqué, mieux tranché. La tête retombait pesante, alourdie; un voile semblait cacher les yeux de ce chien, qui luttait évidemment contre le sommeil. L'excitation, le menaces ne parvenaient point à secouer cette torpeur. Un frissonnement général dura un quart d'heure à peu près. Enfin, trois heures et demie après l'ingestion de la pâtée, tous les symptômes s'étaient dissipés, et l'animal reprenait son allure première.

Il restait le quart de la quantité première de la pâtée; nous tâchons de le faire prendre au second chien. Comme le premier, il fit quelques façons, puis il avala tout ce que contenait l'assiette. Il n'offrit qu'un peu d'étourdissement, mais l'obscurcissement de la vue n'était pas bien manifeste; et après quelques minutes, il était rétabli.

Enfin, pour compléter nos expériences, nous avons fait confectionner avec tous les échantillons qui nous restaient un pain qui pesait environ 3 kilogrammes. Ce pain, fort bien préparé par le boulanger qui avait fait les autres pains, avait tout à fait l'apparence du pain de munition; il était seulement moins levé, sa couleur était plus noire, le goût en était âcre et désagréable. Nous en avons nourri pendant quatre jours un jeune chien mâtiné, épagneul, sans lui faire prendre d'autres aliments. Quoique le mangeant avec répugnance, cet animal n'a paru éprouver aucun des symptômes présentés par celui qui avait pris le pain confectionné avec l'ivraie qui nous avait été envoyée par M. le juge d'instruction. Rien dans son allure ni dans ses habitudes n'a pu faire supposer que cet animal ait été indisposé.

Des recherches et des expériences auxquelles nous nous sommes livrés il résulte:

1° Qu'aucune des farines qui nous ont été soumises ne contient de substances toxiques de nature minérale;

2° Que, d'après les symptômes décrits par les plaignants et par les médecins qui ont vu les malades, il n'est pas douteux qu'on doive rapporter à une certaine quantité d'ivraie les accidents qui se sont manifestés. Les phénomènes se sont présentés identiques avec une intensité variable sur chaque individu; ils ont été absolument les mêmes que ceux observés antérieurement sur des personnes ou sur des animaux qui ont fait usage d'aliments contenant de l'ivraie;

3° Qu'il est douteux que l'échantillon de seigle qui nous a été envoyé contienne autant d'ivraie que le seigle qui a servi à préparer la farine fournie aux habitants de Giromagny; que, pourtant, la quantité de trois pour cent d'ivraie que nous avons reconnue être mélangée au seigle pourrait occasionner des accidents, surtout si l'on tient compte des graines étrangères aux céréales que nous avons trouvées dans cet échantillon et que nous avons signalées comme capables de produire aussi des phénomènes plus ou moins graves;

4° Que, si les expériences faites avec le pain fabriqué avec les farines saisies ont eu un résultat négatif sur le chien sur lequel nous avons expérimenté en dernier, si elles ont été également à peu près insensibles sur les chiens auxquels nous avons fait prendre le pain confectionné avec les extraits alcooliques et aqueux de ces mêmes farines, il faut considérer que ces expériences ont été faites avec des farines déjà anciennes, avec des pains qui n'ont pas été récemment confectionnés et qui étaient altérés lors de leur arrivée, et que, n'ayant pas toujours eu des animaux à notre disposition, les principes toxiques de l'ivraie qui paraissent fugaces ont pu se détruire après un certain temps, ainsi que nous l'avons dit dans la première partie de notre rapport d'après les auteurs qui ont traité cette question.

5° Il en résulte qu'il ne faudrait pas conclure d'une manière absolue que les farines qui nous ont été remises ne contenaient pas un principe toxique, parce que les chiens y auraient été insensibles. En effet, ces animaux peuvent être moins susceptibles à l'action de cet agent que ne le serait l'espèce humaine;

6° Enfin, que l'expérience faite avec un pain composé de deux tiers de farine et d'un tiers de l'ivraie qui nous a été envoyée en dernier lieu par M. le juge d'instruction ne laisse aucun doute sur l'identité des symptômes présentés sur l'un des chiens avec ceux qui ont été observés sur des habitants de Giromagny; que c'est donc à une certaine quantité d'ivraie mêlée à la farine de seigle que l'on doit rapporter les accidents qu'ils ont éprouvés.

Une ordonnance de non-lieu a été rendue sur l'inculpation portée contre Henri Z...; cette ordonnance était basée sur ce que la mixtion des substances nuisibles introduites dans le grain (l'ivraie) était le résultat du hasard et non d'une intention coupable de la part du sieur Z....

Mais, sur la réquisition de M. le procureur impérial, l'autorité administrative a ordonné la confiscation et la destruction par mesure de sécurité publique des grains avariés.

Dans les premiers jours de ce mois, on a posé, non loin d'Epsom, la première pierre pour la fondation du nouveau *Collége médical de bienfaisance* (Medical benevolent College). Cette solennité avait amené de Londres et du voisinage un grand concours de célébrités médicales avec leurs familles. Le terrain choisi pour l'érection de ce bâtiment est situé sur une éminence, juste au-dessous de Down: l'emplacement réservé aux courses. Le prince Albert, qu'une indisposition retenait, n'a pu assister à la cérémonie; mais lord Mauwers a porté la parole à sa place.

Le but de ce collége est:

1° D'assurer un asile à 200 pensionnaires, à des gens appartenant à la profession médicale ou à leurs veuves. Chacun aura un appartement composé de trois pièces meublées, et recevra tous les soins et tous les secours possibles, autant que le permettra l'état des fonds.

2° D'établir une école où l'éducation libérale sera donnée à 200 enfants, tous fils de médecins.

Les frais occasionnés par l'achat du terrain, les dépenses pour la construction, l'appropriation et l'ameublement des bâtiments doivent se monter à 20,000 liv. st. Les dépenses courantes seront de 1,500 liv. st. par an. Les souscriptions déjà recueillies s'élèvent à environ 20,000 livres.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur
36, rue de Vaugirard.

N° 86. — JEUDI 21 JUILLET 1853. (26e ANNÉE.) N° 86. — JEUDI 21 JUILLET 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE.	Trois mois. . . . . 8 fr. 50 c. Six mois. . . . . 16 » Un an. . . . . 30 »	
GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES.	Trois mois. . . . . 9 fr. Six mois. . . . . 17 Un an. 33	
ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR.	Trois mois. . . . . 10 fr. Six mois. . . . . 20 Un an. 38	

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

PARIS, LE 20 JUILLET 1853.

Séances des Académies.

Décidément la pruderie l'emporte à l'Académie de médecine. La quatrième page des grands journaux produit sur quelques membres l'effet de la tête de Méduse; et pour peu que ces timides appréhensions se prolongent et s'élargissent, on ne trouvera plus au sein de la docte Compagnie d'oreilles pour écouter les rapports dits pharmaceutiques, de mains pour les voter, et peut-être même de voix pour remplir l'office de rapporteurs.

La méfiance, on le dit vulgairement, est la mère de la sûreté; à ce compte, l'Académie n'a rien à craindre; elle se garde bien; mais n'est-il pas aussi un autre proverbe qui veut que trop de prudence soit parfois imprudence !

C'est encore M. Gibert qui a attaché le grelot. L'honorable secrétaire annuel a lu d'une voix mordicante une philippique acérée, dans laquelle, s'il n'a pas répété que l'huile iodée était un médicament inerte, il en est venu à prétendre que l'huile d'olives pouvait agir aussi bien que les huiles médicamenteuses, d'où il faudrait conclure rigoureusement que non-seulement les prétendus succédanés de l'huile de foie de morue, mais cette huile elle-même, sont sans vertu. C'est tout au plus si l'iode, si précieux du temps de Coindet et de Lugol, doit être conservé en thérapeutique. Et de même que les substances alimentaires chimiquement élaborées peuvent devenir des poisons, comme la gélatine, qui autrefois faisait, disait-on, d'assez bon bouillon, et qui n'est plus qu'une drogue qu'on ne peut donner impunément même à des chiens, il s'ensuit que les chimistes, que les pharmaciens surtout, ont tort de chercher de nouvelles formules médicamenteuses, de nouvelles combinaisons pharmaceutiques ; il s'ensuit que, malgré le goût détestable des médicaments et la répugnance invincible qu'éprouvent beaucoup de malades à prendre l'huile de foie de morue et l'iode, on doit les y condamner, parce que l'albumine, par exemple, décomposée par telle ou telle combinaison, peut devenir *un poison !* Singulière *pharmacophobie*, en présence des affirmations d'un honorable académicien, membre de la commission, M. Hervez de Chégoin, qui affirmait avoir employé avec avantage les préparations albumineuses iodées, et du témoignage de M. Soubeiran, qui a mélangé aussi avec succès l'iode à l'albumine, sans que le confrère qui a sollicité de lui cette combinaison ait eu à se reprocher aucun empoisonnement.

Un autre pharmacien, M. Jourdain (des Thernes), avait eu aussi la malencontreuse idée de mêler le fer et la quinine à l'albumine, composition dont il croyait avoir reconnu les avantages; M. Robinet s'est chargé de lui démontrer que ses formules ne méritaient pas l'honneur de la publicité officielle, et M. Jourdain n'a même pas obtenu la banalité des remerciments.

Nous le répétons, l'Académie est dans son droit, et a parfaitement raison de se tenir sur ses gardes; elle y a été prise plusieurs fois, et l'industrialisme est habile, nous en convenons. Mais d'un autre côté, il nous semble que lorsque des travaux sérieux lui sont présentés, elle doit laisser de côté certaines préoccupations peu dignes d'elle, et ne pas décourager les hommes qui se vouent à un labeur difficile et souvent ingrat. La condamnation d'un pharmacien de Toulouse pour avoir conservé des pilules de Blaud n'aurait sans doute pas eu lieu, si la docte Compagnie ne s'était pas refusée, avec peu de raison et de justice, à faire jouir cette préparation des bienfaits de la loi de 1850.

La lecture des recherches de notre honorable et zélé confrère M. Hervieux sur l'évolution des dents a été écoutée avec intérêt, bien qu'elles ne présentent rien de bien nouveau; on a seulement été étonné de rencontrer dans les conclusions posées par ce travailleur judicieux une contradiction flagrante, car, après avoir posé les règles, M. Hervieux convient qu'elles n'ont rien d'absolu, et qu'elles souffrent des exceptions en certains cas si nombreuses, qu'on a pu prendre quelquefois celles-ci pour la règle. Ce n'est certes pas ici le cas de dire que la règle est confirmée par les exceptions.

Un intéressant mémoire a été communiqué par M. Baudens à l'Académie des sciences sur les règles à observer dans l'emploi du chloroforme. M. Baudens a parfaitement résumé ses idées et celles émises à ce sujet. Ses conseils sont on ne peut plus sages, et nous voyons avec plaisir que notre célèbre et savant confrère engage à ne recourir à l'anesthésie que dans les opérations d'une certaine importance.

Du reste, M. Baudens persiste à croire que l'on peut éviter le danger en se bornant à produire l'insensibilité, et en évitant la résolution. Il a d'autant plus de confiance en ses idées, que, comme il le fait observer, l'expérience de ces dangers lui manque heureusement. Ce bonheur est-il dû au hasard ou à la sagesse des précautions prises par notre honorable confrère? Nous sommes tout disposé à l'attribuer à sa prudence, et nous désirons que l'avenir lui soit aussi favorable que le passé.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. HARDY.

Leçons cliniques sur les maladies de la peau (1).

Les maladies qui constituent le premier ordre sont celles que nous avons appelées *macules*. Pris dans son sens littéral, ce mot ne devrait s'appliquer qu'aux taches, c'est-à-dire aux changements dans la coloration de la peau ; cependant on peut l'étendre à quelques vices de conformation, à certaines altérations innées ou acquises de la peau, presque toujours constituées par des hypertrophies, ordinairement partielles, quelquefois générales, de l'un des éléments constituants de l'enveloppe tégumentaire. C'est à peine si l'on peut donner le nom de maladie à ces altérations ; on ne peut y voir, dans l'immense majorité des cas, autre chose qu'une simple perversion des lois naturelles qui président à la composition de la peau, de simples difformités locales: dès lors on doit deviner qu'elles sont sans réaction sur l'économie, sans souffrance locale (les cors font à peine exception, puisque c'est comme corps étrangers qu'ils font souffrir), sans gravité aucune (les nævi vasculaires exceptés, et seulement quand ils *dégénèrent* en tumeurs fongueuses érectiles). Ces lésions sont le plus souvent incurables, à moins qu'on ne les détruise matériellement par la cautérisation ou l'extirpation.

Les altérations, je ne veux pas dire les maladies, qui composent notre premier ordre peuvent être partagées en différents groupes, suivant l'élément de la peau qui est affecté ; de là six divisions très naturelles et que nous fournit l'anatomie :

1° Altérations de l'appareil pigmentaire ;
2° Altérations de l'appareil vasculaire ;
3° Altérations de l'appareil folliculeux ;
4° Altérations de l'appareil papillaire ;
5° Altérations de l'appareil épidermique ;
6° Altérations simultanées des différents éléments de la peau.

I. ALTÉRATIONS DE L'APPAREIL PIGMENTAIRE.

Ce sont, dans l'acception étymologique du mot, les lésions de l'appareil chromatogène avec excès ou défaut de coloration.

A. COLORATIONS. — 1° *Nævi pigmentaires, envies, signes, spili.* — Ce sont des taches cutanées de forme variable, irrégulière, jaunes, brunes ou noires. Elles se montrent sur différentes parties du visage, au cou, sur le tronc, etc. Elles sont assez souvent accompagnées d'un épaississement de la peau, et des poils d'aspect divers, mais ordinairement gros et rudes, naissent de leur surface, ce qui leur donne l'aspect d'un morceau de couenne de lard. Ces taches conservent leur couleur sous la pression du doigt, ce qui se conçoit, puisqu'elles ne résultent pas d'un développement de l'appareil vasculaire, mais d'un dépôt de matière chromatogène ; du reste, pas de démangeaisons, pas de douleur.

Ces taches diffèrent donc des nævi vasculaires, qui sont rouges ou violacés, se colorent plus fortement dans les émotions, les efforts, et pâlissent sous la pression du doigt.

Les *causes* en sont inconnues ; le plus souvent ces altérations sont congénitales: de là une foule d'histoires sur les effets de l'imagination de la mère, à laquelle on ne manque pas de les rapporter; et si, par un effet du hasard, la tache offre une ressemblance plus ou moins éloignée avec une araignée, une chenille, la mère, on peut en être certain, se rappellera toujours avoir eu peur d'un de ces animaux, et, au besoin, de nombreux témoins affirmeront le fait. Très rarement les signes se montrent après la naissance; on en a vu cependant survenir assez promptement sans cause appréciable.

Les signes, par la position qu'ils occupent sur le visage, au cou, sur les épaules, etc., par leur forme circonscrite et régulière, peuvent faire ressortir la blancheur de la peau, l'éclat de l'œil ou de l'émail des dents, et constituent alors des grains de beauté, comme on les appelle; mais souvent aussi, leur étendue, leur aspect repoussant, les poils qui hérissent leur surface en font une véritable difformité, un objet de dégoût. Ainsi, Alibert rapporte l'observation d'une fille remarquable par sa beauté, et dont le corps était couvert de taches noires et velues; ses vêtements dissimulaient cette espèce de monstruosité. Elle se maria, et le mari, bientôt désillusionné, demanda et obtint la séparation.

Dans la plupart des cas, il n'y a rien à faire. Mais si une personne désire ardemment être débarrassée d'un *nævus* pigmentaire, on peut le détruire à l'aide d'une couche mince de caustique de Vienne ou de pâte de Canquoin; en employant ce procédé, il faut bien prendre garde d'agir trop profondément et de ne pas substituer une cicatrice difforme à une tache.

2° *Lentigo, taches de rousseur.* — Ce sont de petites taches ordinairement arrondies, de forme lenticulaire, d'une couleur jaune-gris, analogue à celle du son, se montrant plus particulièrement sur les parties découvertes, le visage, le cou, les mains ; plusieurs de ces petites taches peuvent se réunir et former une large plaque. Ces macules se montrent surtout l'été, à la campagne. Il n'y a ici ni desquamation, ni démangeaison.

Les taches du *lentigo* ne pourraient guère être confondues qu'avec celles du *purpura*. Mais, outre que la marche est très différente, le purpura est fort rare au visage. Les agglomérations de taches pourraient simuler des plaques d'éphélides, mais les petites taches qui existent constamment autour des premières éclairent le diagnostic. D'ailleurs, ces deux espèces d'altérations existent quelquefois simultanément.

Causes. — Le lentigo est souvent congénital, se montre plus particulièrement chez les sujets jeunes, du sexe féminin, à peau blanche et fine; se produit ou augmente considérablement à l'action directe des rayons solaires pendant les chaleurs de l'été, et au grand air des champs.

Les femmes désirent ardemment être débarrassées de ces petites taches; mais il est fort difficile d'y parvenir. La guérison est souvent l'ouvrage du temps; à un certain âge la peau, devenue moins susceptible, cesse de se couvrir de lentigos. Mais, en attendant, que faut-il faire? Le charlatanisme, qui spécule sur la coquetterie, annonce à grand bruit une foule d'eaux, de pommades merveilleuses, dont l'effet est ordinairement nul. Les médecins conseillent quelques stimulants : eaux aromatiques ou acidulées, solutions alcalines, qui ont pour but de faciliter la résorption de la matière pigmentaire. Mais presque toujours ces moyens échouent. Le mieux est d'abriter le visage à l'aide de chapeaux à grands bords, de voiles verts ou bleu-clair, de manière à le garantir de l'action trop vive du soleil.

3° *Ephélides* ou *taches hépatiques*. Les auteurs ne sont pas d'accord sur le sens précis qu'il convient de donner à ces deux expressions. On les a confondues avec le lentigo, parfois même avec le pityriasis. Il faut, suivant nous, réserver le nom d'éphélides aux plaques brunes, irrégulières, assez larges, qui s'accompagnent quelquefois de démangeaison, mais non de desquamation ni de saillie à la peau.

Ces plaques sont d'un jaune safrané ou bistré, contrastant avec la blancheur de la peau; il est parfois assez difficile de décider, chez certaines personnes, si c'est la partie blanche qui est décolorée, ou la portion jaune-brun qui est dans un état anormal; il faut, pour s'en assurer, consulter la couleur du reste du corps. Les taches hépatiques sont ordinairement beaucoup plus larges que celles du lentigo; elles siégent habituellement au visage, et surtout au front, à la lèvre supérieure, au cou, à la partie antérieure ou postérieure de la poitrine. Les auteurs qui ont parlé de démangeaison, et surtout de desquamation furfuracée de l'épiderme, ont très certainement confondu la lésion qui nous occupe avec le *pityriasis versicolor*.

La durée est très variable. Ces taches, quelquefois éphémères, durent parfois pendant plusieurs mois, pendant des années, et enfin toute la vie. Certaines femmes en sont atteintes seulement pendant leurs règles; elles peuvent affecter, surtout alors, une véritable périodicité.

Les éphélides ressembleraient au lentigo, si ce n'est que celui-ci a des taches plus petites, plus régulièrement arrondies. On ne saurait les confondre avec certaines taches syphilitiques, qui sont squameuses, plus petites, plus disséminées, et coïncident avec d'autres accidents de la syphilis. Quant au pityriasis, nous l'avons dit, il en diffère par l'existence de la démangeaison et du dépouillement furfureux.

(1) Voir le numéro du 9 juillet.

Les *causes* sont peu connues. On a invoqué l'existence de maladies du foie, d'où le nom de taches hépatiques ; mais cela n'est pas prouvé. Les rayons solaires produisent plutôt le hâle et les lentigos. Quelquefois les éphélides succèdent à l'action d'un coup de soleil. On en a vu survenir à la suite d'une émotion vive. On les observe surtout chez les jeunes femmes, soit pendant la menstruation, soit plus habituellement pendant la grossesse, où elles constituent le masque, qui persiste parfois assez longtemps, voire même toujours après l'accouchement.

Le *traitement* est en général stimulant. Ce sont des lotions avec des solutions d'acides minéraux, de sous-borate de soude, de sous-carbonate de potasse, de foie de soufre ; les bains sulfureux et alcalins, et même les préparations sulfureuses à l'intérieur. Mais il faut peu compter sur l'efficacité de ces moyens.

4° *Nigritie.* C'est une coloration noire survenue accidentellement, et occupant une seule partie ou toute la surface du corps. La teinte noire est tout à fait semblable à celle de la peau des nègres.

La nigritie générale n'est jamais congénitale. Quand elle survient dès la naissance, c'est que la mère a eu des relations avec un nègre. On possède un certain nombre d'exemples de nigritie générale accidentellement survenue, soit progressivement, soit brusquement, et même dans l'espace d'une nuit, comme dans le cas de M. Rostan. Ces faits ont été rassemblés avec soin dans l'excellent chapitre que M. Rayer a consacré à cette affection. J'en ai moi-même, en 1849, rencontré un exemple, que je vais vous rapporter en peu de mots.

Une jeune fille de vingt-huit ans, née à Paris, n'ayant jamais quitté la France, vit, à la suite de fatigues et de travaux pénibles dans les champs, ses règles diminuer, et même manquer pendant plusieurs mois ; puis survinrent des symptômes de chloro-anémie. Il y a un an, elle en avait alors vingt-sept, la peau commença à noircir, et au bout de six mois elle avait acquis la coloration de celle d'une mulâtresse. La teinte était plus foncée aux mains, aux cuisses ; les ongles offraient une teinte violette ; la langue, les gencives avaient une nuance ardoisée ; une cicatrice d'abcès froid et la surface d'un vésicatoire qu'elle avait eu à la poitrine étaient plus foncées que le reste du tégument. Quant aux cheveux, qui étaient châtains, et aux autres dépendances du système pileux, ils avaient conservé leur aspect normal. La constitution était notablement affaiblie ; il y avait d'ailleurs tous les symptômes d'une chloro-anémie.

La nigritie locale est beaucoup plus commune, surtout aux parties génitales, au ventre chez les femmes qui viennent d'accoucher, au mamelon chez certaines nourrices. Un fait assez curieux dont nous vous avons présenté un exemple dans nos salles, c'est celui de la coexistence dans une partie de la nigritie et du vitiligo. Nous vous avons fait voir un homme dont la verge et le scrotum sont panachés de taches irrégulières, les unes noires, les autres d'un blanc mat. Il semblerait que chez cet individu la matière colorante ait abandonné certains points pour se fixer sur d'autres en excès.

On a vu quelquefois la coloration noire disparaître spontanément, chez les femmes, par exemple, après l'accouchement, ou chez les nourrices ; mais le plus souvent l'altération persiste pendant toute la vie.

Les causes sont très variables : M. Rostan a vu chez une femme de soixante-dix ans une émotion pénible très violente déterminer en vingt-quatre heures une nigritie générale : effet bizarre que l'on peut rapprocher de ces exemples de canitie survenue brusquement dans des circonstances analogues. L'état de grossesse, l'état puerpéral, l'absence de la menstruation produisent quelquefois le phénomène qui nous occupe. Nous avons cité tout à l'heure un cas d'aménorrhée avec nigritie observé par nous chez une jeune fille de vingt-huit ans.

Il est bien rare que les moyens de traitement fournissent des résultats avantageux ; on a eu l'idée de traiter les sujets atteints de nigritie, comme les taches d'encre, par le chlore : on a donné des bains chlorurés, et on est tout au plus parvenu à les jaunir un peu et passagèrement ; les bains alcalins ou de Barèges ont échoué également. Quand il y a aménorrhée et chloro-anémie, on peut essayer les toniques et les ferrugineux. C'est ce que nous avons fait chez notre jeune malade, mais sans beaucoup de succès.

Teinte bronzée. — L'emploi prolongé du nitrate d'argent à l'intérieur dans le traitement de certaines maladies, de l'épilepsie, par exemple, donne ordinairement à la peau une teinte d'un gris bronzé ou ardoisé tout à fait singulière, et que l'on a vainement combattue par une foule de moyens. On a vanté contre cette coloration l'iodure de potassium à l'intérieur. Il faudrait que l'expérience vînt confirmer l'efficacité de cette substance.

B. Décoloration. — Elle est générale ou partielle.

1° La *décoloration générale* constitue l'*albinisme*. Les albinos ont la peau d'un blanc de lait ; les cheveux, les sourcils, les cils, les poils également blancs. L'iris est rose, la rétine rouge-écarlate ; les yeux supportent difficilement la lumière du jour, et surtout au soleil. La vision est plus nette la nuit que le jour. Ils sont en général petits, faibles, à chairs molles, et peu développés sous le rapport intellectuel. Toutes ces races, mais surtout les nègres (nègres blancs), sont sujettes à l'albinisme, phénomène congénital souvent héréditaire et tout à fait au-dessus des ressources de la médecine.

2° La décoloration peut être *partielle* ; c'est le vitiligo ou achrome (Alibert) ; elle se présente sous forme de plaques plus ou moins larges, irrégulières, isolées ou disséminées, d'un blanc mat. Les poils qui recouvrent ces plaques sont, eux aussi, entièrement décolorés. On voit ainsi chez des personnes jeunes des touffes de cheveux, de barbe ou de favoris tout à fait blanches reposant sur une surface blanche elle-même. Du reste, ni démangeaison ni douleur. Comme nous l'avons dit, et comme nous vous en avons fait voir un exemple, le vitiligo peut s'associer à la nigritie.

La décoloration partielle peut-elle succéder à la frayeur, à des émotions vives ? On en a cité des exemples : elle ne paraît être congénitale que chez les nègres (nègres panachés, nègres pies).

Les lotions stimulantes, les ferrugineux, les applications de vésicatoires volants parviennent-ils à rétablir la sécrétion pigmentaire ? Cela est peu probable.

Vient ensuite une série d'états particuliers pour la plupart de simples vices de conformation, véritables déformations des divers éléments de la peau, et considérés à tort par les dermatographes et, à leur suite, par la plupart des médecins comme des maladies.

II. Lésions de l'appareil vasculaire de la peau.

Ce sont :

1° Les taches rouges connues sous le nom de taches de vin ;

2° Les petites taches avec élevures appelées *nævi materni, envies*, etc. ;

3° Enfin, les tumeurs fongueuses sanguines ou érectiles des auteurs.

1° *Taches de vin.* — Elles sont ordinairement rouges, quelquefois colorées en brun, mais ressemblant le plus souvent à de la lie de vin qu'on aurait étalée sur la peau. En y regardant de près, on voit qu'elles sont constituées par un réseau de vaisseaux extrêmement fins, mille et mille fois anastomosés les uns avec les autres ; dans certains, cependant, il est impossible de voir les mailles. C'est une véritable plaque uniformément colorée. En appuyant le doigt, on fait tout au plus pâlir la couleur, mais sans l'effacer entièrement, et, le doigt retiré, la teinte reparaît presque immédiatement aussi foncée qu'auparavant. Dans les émotions vives de surprise, mais surtout de colère, elles participent à la rougeur qui monte alors au visage, et elles se colorent plus fortement ; de même dans les efforts, les cris, surtout chez les nouveau-nés ; en un mot, dans les troubles de la circulation qui ont pour résultat la stase ou l'afflux du sang à la périphérie. Du reste, aucune lésion de la sensibilité, ni démangeaison, ni douleur.

Ces taches sont le plus ordinairement congénitales et se montrent dès le moment de la naissance, quelquefois dans les premiers mois, plus rarement au bout de deux ou trois ans, plus rarement encore chez les adultes. Quelques-unes persistent pendant toute la durée de la vie ; mais d'autres disparaissent spontanément au bout de cinq, dix, douze, quinze mois, plus ou moins. Une terminaison plus fâcheuse, c'est leur transformation en tumeurs érectiles, dont elles ont été le point de départ et comme le premier degré. Alors elles se gonflent, se tuméfient et perdent leurs caractères de simplicité et leur innocuité pour revêtir l'apparence et la gravité des tumeurs fongueuses.

Pour le traitement, dans la plupart des cas il n'y a réellement pas à s'en occuper ; du reste, ce que nous dirons des *nævi materni* et des tumeurs fongueuses s'y adapte parfaitement.

2° *Nævi materni.* — Ici il y a un degré de plus : la macule ne se tient pas au niveau du tégument environnant comme dans le cas précédent ; elle fait saillie, et une saillie irrégulière, comme mamelonnée, qui donne à la tumeur l'apparence d'une fraise, d'une framboise, d'une mûre, et parfois ressemble à ces productions érectiles qui surmontent la tête des coqs d'Inde. Ici l'altération du système sanguin est plus profonde, et des accidents peuvent se manifester. Ainsi, des écorchures, de petites plaies peuvent donner lieu à des écoulements sanguins très rebelles, à de véritables hémorrhagies ; d'autres fois, c'est une transformation en tumeur érectile, et la déformation s'élève alors au rang de maladie véritable.

Les auteurs rapportent un certain nombre de cas de guérison spontanée, mais l'insistance même qu'ils mettent à rapporter ces faits prouve qu'ils ne sont pas très communs. On voit alors au bout de quelques années, et surtout à l'époque de la puberté, la tumeur s'affaisser, se flétrir, et laisser une surface pâle, ridée, stigmate indélébile de l'affection antérieure.

Il est un mode de terminaison dont les auteurs ne parlent pas, et dont j'ai recueilli trois exemples très remarquables ; c'est la *terminaison par gangrène.* Le sang cesse d'arriver dans la tumeur. Une tache grise se manifeste à sa surface ; elle devient humide, se sépare et laisse à sa place une ulcération grisâtre, à bords taillés à pic, et à côté une petite eschare non encore détachée. Ces ulcérations, par leur aspect, peuvent en imposer pour une lésion de nature syphilitique ; c'est ce qui est arrivé dans le premier cas soumis à mon observation : c'était chez un jeune enfant. Le médecin qui le soignait croyait à une syphilide héréditaire, et administrait le sublimé. Bien que je n'eusse pas encore vu de cas semblable, je ne pus partager son opinion. Le traitement mercuriel fut cessé, et la guérison se fit parfaitement. — Le second fait me fut présenté par une femme de Montargis, qui, effrayée de voir une ulcération d'un mauvais aspect à la fesse de son enfant, à la surface d'un *nævus* qu'il portait depuis sa naissance, l'amena à ma consultation. Le doute ne m'était plus permis cette fois ; il s'agissait bien réellement d'une ulcération succédant à une gangrène qui avait détruit le *nævus.* Des pansements furent faits avec une pommade de minium et de cinabre, et bientôt l'ulcère fut cicatrisé. — Dans le troisième cas, le siége était encore à la fesse, et comme si les preuves eussent dû venir successivement de plus en plus évidentes, il y avait cette fois, à côté de l'ulcère, une tache grise manifestement gangréneuse qui couvrait le reste de la production accidentelle. Cette eschare se détacha par fragments ; un ulcère à y mettre le bout du doigt resta à la place, et à l'aide de pansements avec l'onguent digestif la cicatrisation fut obtenue en moins de quinze jours.

Les cicatrices qui succèdent à ces gangrènes sont ordinairement un peu déprimées, et à l'entour se voient de petits vaisseaux finement arborisés, formant de petites taches comme pour attester la nature de la lésion qui a disparu. J'ai insisté sur ce mode de terminaison, parce qu'il me paraît n'avoir pas été apprécié, qu'il est très important pour le pronostic.

En général, on néglige ces petites tumeurs. Cependant, quand elles existent à la face, elles constituent une difformité que les parents désirent vivement voir disparaître. Il faut alors faire quelque chose. Quand le nævus existe au-dessus d'un os qui offre un plan résistant, comme au front, sur l'os malaire, au menton, on peut alors tenter un moyen dans lequel Boyer avait beaucoup de confiance, et qui a assez souvent réussi : je veux parler de la compression, qui affaisse la tumeur par l'oblitération des vaisseaux dont elle se compose. Quand la disposition des parties ne permet pas l'emploi de ce moyen, on peut avoir recours à la cautérisation ; on imite alors la nature dans le procédé qu'elle emploie pour guérir la tumeur dans le mode de terminaison que nous signalions tout à l'heure. Mais dans l'emploi de moyens artificiels on a à craindre des hémorrhagies, dont il est souvent difficile de se rendre maître. Il en est de même de l'*extirpation.* Du reste, quand on a recours à ce moyen, il faut emporter ou détruire profondément la tumeur, pour agir dans des tissus non vasculaires et éviter l'hémorrhagie. Il est vrai que la cicatrice est plus apparente. La vaccination est un moyen assez ingénieux, qui a plusieurs fois réussi, et que l'on peut tenter pour des nævi de la face. On pratique alors à la surface de ces productions de petites piqûres très rapprochées avec une lancette chargée de vaccin. Une inflammation assez considérable s'empare de la tumeur ; des pustules se forment, les vaisseaux accidentels sont détruits, et une cicatrice blanche déprimée, gaufrée, en est la suite.

3° *Tumeurs fongueuses sanguines.* Leur histoire appartient à la chirurgie. Je n'ai qu'une seule remarque à faire sur ces productions, c'est qu'elles semblent être le degré le plus élevé des deux lésions que nous venons de décrire, et auxquelles elles succèdent assez souvent.

MALADIES DES YEUX. — M. Sichel.

Tumeur orbitaire annulaire.

Une femme de soixante et onze ans présente aux deux yeux une tumeur orbitaire insolite qui entoure complétement chaque globe sous la forme d'un anneau rénitent et très saillant, placé derrière les paupières supérieures et inférieures, et recevant au milieu le globe, qui y est plongé et comme enfoncé sans avoir beaucoup perdu de sa mobilité ni être déplacé dans une direction quelconque. La vision aussi n'a perdu que très peu. La malade peut vaquer à ses occupations habituelles.

Les tumeurs, plus saillantes derrière chaque paupière supérieure que derrière l'inférieure, sont assez dures, un peu élastiques, peu bosselées, et se laissent refouler à une certaine profondeur dans les orbites. Sauf derrière les commissures, où on les sent beaucoup moins, elles ne sont pas sensiblement interrompues dans leur continuité ; elles sont incolores, n'occasionnent pas spontanément de douleur et supportent parfaitement la pression.

Toutes ces circonstances, et avec elles la constitution éminemment cachectique et lymphatique de la malade, la pâleur, la flaccidité et la bouffissure de la peau, surtout dans les régions de la face et du cou, l'intumescence considérable des ganglions sous-maxillaires et cervicaux supérieurs, ainsi que de la peau et du tissu cellulaire qui les entourent, font croire à M. Sichel qu'il a affaire à une hypertrophie et à une induration du coussinet cellulo-graisseux orbitaire, et surtout de sa partie antérieure, qui proémine tout autour de la partie antérieure de la coque oculaire sans faire saillir le globe ni tirailler et comprimer le nerf optique, comme cela a lieu dans les cas où la partie postérieure de ce coussinet est de préférence hypertrophiée et indurée. Il est pourtant possible qu'au lieu d'une simple hypertrophie il existe ici une dégénérescence encéphaloïde du tissu cellulo-adipeux, ce qu'on ne saurait reconnaître d'une manière positive.

Une disposition éminemment lymphatique de la constitution, disposition qui souvent, ayant déjà existé avant la puberté, se développe de nouveau d'une manière plus marquée après l'âge critique, semble être ici la seule cause de cette forme très rare de tumeur orbitaire. On ne peut découvrir aucune trace de maladie syphilitique, rhumatismale, goutteuse ou dartreuse.

L'âge de la malade, l'étendue et la situation des tumeurs, l'état pathologique très prononcé du système lymphatique, les fonctions des organes malades à peine troublées, ne permettent pas de songer à une opération. Il faut se borner à l'emploi alternatif des antilymphatiques et des antiplastiques à des doses aussi fortes et aussi continues que l'état de la santé et des organes digestifs pourra le permettre. Ici conviendront les petites doses altérantes de calomel et de soufre doré d'antimoine, fréquemment interrompues, l'éthiops antimonial de Malouin, le chlorure de barium, l'huile de foie de morue, l'iodure de potassium, employés alternativement ; de légers purgatifs administrés de temps à autre ; des bains, tantôt salins, tantôt sulfureux ; un régime doux et modérément nourrissant ; des onctions pratiquées sur le front, les tempes et la région sous-orbitaire avec l'onguent napolitain d'abord ; plus tard, avec un pommade d'iodure de potassium.

Au bout d'un certain temps, il sera peut-être utile d'établir un cautère au bras ou à la nuque. Quel que soit, du reste, le traitement qu'on emploie, le résultat doit être excessivement douteux, vu le grand âge de la malade, sa position de fortune plus que gênée, sa constitution fort mauvaise et le développement excessivement avancé de l'affection locale, qui probablement date de fort loin, bien que la malade, à son dire, ne s'en soit aperçue qu'il y a huit mois.

Le professeur Juengken (de Berlin), qui a vu cette malade, a cru reconnaître, chez elle, des traces de disposition scorbutique. Pendant son séjour en Russie, il a plusieurs fois observé des tumeurs orbitaires dépendant du scorbut, maladie fort rare en France, et que M. Sichel n'a jamais rencontrée comme cause de tumeurs orbitaires. Dans le cas actuel non plus, sauf une légère teinte un peu plombée des gencives, M. Sichel n'a pu reconnaître aucun indice de scorbut. La malade avait bien eu quelques mois auparavant des épistaxis réitérés à plusieurs reprises, mais toujours avec le caractère manifeste d'une hémorrhagie active, sthénique, précédée et accompagnée de symptômes de congestion cérébrale légère, ayant pour caractère l'excrétion d'un sang bien vermeil, se coagulant facilement, et terminée promptement et spontanément, c'est-à-dire par la formation d'un coagulum. Toutes ces circonstances ne permettent pas de regarder ces hémorrhagies comme symptomatiques d'une disposition scorbutique. Toutefois, eu égard à l'opinion d'un praticien aussi expérimenté et aussi judicieux que M. Juengken, M. Sichel a cru devoir mettre la plus grande prudence dans l'usage des hydrargyriques, tels que l'éthiops antimonial et l'onguent napolitain, dont l'emploi ne fut pas poussé bien loin, et recourir de bonne heure au chlorure de barium à l'intérieur et à l'iodure de potassium en pommade et en potion, alternés avec l'usage interne d'une décoction de feuilles de noyer et du sous-carbonate de fer à petites doses.

Jusqu'aujourd'hui il a lieu de bien augurer du traitement, puisque, au bout d'un mois, malgré toutes les circonstances défavorables que nous avons signalées, les tumeurs orbitaires n'avaient pas fait de progrès, et les engorgements des ganglions et du tissu cellulaire des régions sous-maxillaires et cervicales avaient diminué à un degré tel, qu'on pouvait les regarder comme en voie de résolution complète.

Pendant la dernière semaine du mois de juin, les tumeurs, dans leur partie située derrière les paupières supérieures, avaient pris une teinte bleuâtre-plombé, tirant plutôt sur le verdâtre, qu'on aurait pu regarder avec quelque apparence de raison comme une preuve à l'appui de l'opinion émise par M. Juengken sur leur nature scorbutique, s'il n'avait pas été facile d'expliquer cette coloration d'une manière plus naturelle, fondée sur un fait et non sur une hypothèse. En effet, plusieurs portions lobulées et rougeâtres de la tumeur orbitaire de l'œil gauche commencèrent à devenir visibles dans la partie externe de la fente palpébrale, et firent supposer, d'après leur aspect, leur forme et leur consistance, qu'on avait affaire à une tumeur encéphaloïde. En même temps les paupières, naturellement très minces et distendues par le volume de la tumeur orbitaire, laissaient paraître en partie, en l'altérant et la rendant plus foncée et bleuâtre, la teinte rougeâtre de la substance même de la production morbide. Ces ecchymoses superficielles avaient leur siége dans le tissu cellulaire sous-conjonctival, et en partie dans la conjonctive même. Le sang épanché prenait son origine dans cette dernière, comme on le voyait facilement en la déplaçant, et non dans la substance des tumeurs. L'épanchement sanguin tenait à la pression que la tumeur exerçait sur la conjonctive et sur les paupières. En effet, les veines de celles-ci étaient notablement dilatées.

Vers le commencement de juillet il survint un œdème palpébral, sans douleur, rougeur ni tension notable, qui se dissipa promptement sans aucun autre changement dans la médication que l'emploi d'un laxatif, et après la disparition duquel on constata, le 11 juillet, une diminution notable des tumeurs orbitaires, circonstance qui encouragea fortement à persister dans la même méthode thérapeutique, les forces de la malade et ses facultés digestives ayant plutôt gagné que perdu pendant le traitement.

DE L'EMPLOI DES FUMIGATIONS ÉTHÉRÉES

contre certaines formes de paracousie et contre l'otalgie,

Par M. le Dr Jh. Delioux, médecin en chef de la marine à Cherbourg.

Il est deux variétés de paracousie qui, sans apporter à l'individu une véritable douleur, déterminent un malaise qui, par sa continuité ou sa fréquente répétition, finit par devenir insupportable, en entravant toujours, à un degré plus ou moins notable, l'exercice des fonctions de l'organe auditif : ce sont le tintement et le bourdonnement d'oreille. Ces deux termes comprennent tous les bruits étranges dont les sujets ont la perception morbide, leur origine ne pouvant se rapporter à aucune vibration dans le monde extérieur ; tels sont des bruits de sifflet, de cloche, de crécelle, des bruissements, des murmures indéfinissables. Ou ces bruits sont réels, ou ils rentrent dans les hallucinations : distinction qu'il n'est pas toujours très facile au médecin d'établir. Je n'ai en vue de parler ici que du traitement des sensations acoustiques anormales qui sont réellement perçues par le malade.

Indépendamment de toutes les causes de souffrance que suscitent dans l'organe de l'ouïe l'inflammation, les corps étrangers, les lésions organiques, etc. — partie d'une origine indéterminée, mais probablement nerveuse, sans altération matérielle appréciable à nos sens, — il peut aussi se développer dans l'oreille et ses dépendances une affection que le mode de phénoménisation et la communauté du symptôme douleur rallient naturellement aux névralgies : c'est, en un mot, la névralgie de l'oreille, c'est l'otalgie.

Ces différents états morbides, bourdonnements, tintements, otalgie, sont fort souvent très tenaces, très opiniâtres, et deviennent par leur durée un cruel tourment ; il est des cas même où ils s'enchevêtrent entre eux. L'otalgie surtout, quand elle revêt la forme exacerbante, amène bientôt, comme toutes les grandes crises de douleur, un éréthisme alterné d'épuisement qui conduit les malades à la limite du désespoir.

Ici, la thérapeutique est assez bornée, et l'on n'a que trop à constater l'inefficacité des vésicatoires, des émollients, des narcotiques, des antispasmodiques. Il ne sera donc pas sans intérêt de signaler un traitement d'une application facile, et, en tout cas, sans danger s'il échoue, à l'aide duquel j'ai été assez heureux pour obtenir quelques succès rapides et complets.

On prend un petit flacon fermant à l'émeri, et dont la tubulure puisse s'adapter par son extrémité libre aux dimensions de la conque ; on verse dans ce flacon 3 ou 4 grammes d'éther, puis le malade le saisissant à pleine main, le présente à l'ouverture du conduit auditif externe, en inclinant la tête de façon que le flacon soit maintenu dans la position verticale et que le liquide contenu ne puisse s'échapper au dehors. Les bords de la tubulure étant ainsi appliqués le plus hermétiquement possible au pourtour du trou auditif, l'éther, qui déjà se volatiliserait à la température extérieure, se volatilise plus activement encore sous la double influence de la chaleur de l'oreille et surtout de la main qui embrasse le flacon, et sa vapeur pénètre abondamment dans le conduit auditif. On prolonge la fumigation pendant quatre ou cinq minutes, et, si l'on veut, davantage ; on y revient plusieurs fois dans la journée, aussi souvent que le réclament soit la persistance, soit la fréquence des retours du tintement, du bourdonnement ou des accès de douleur.

C'est une véritable éthérisation locale dont j'ai vu maintes fois les résultats anesthésiques aussi satisfaisants que ceux obtenus sur une plus large échelle par l'inhalation pulmonaire.

L'absorption paraît fort active sur la peau fine et délicate du conduit auditif ; ce qui le prouve, ce sont les symptômes de narcotisme souvent fort sérieux qui ont suivi l'introduction dans l'oreille de médicaments opiacés précisément dans le traitement des maladies qui nous occupent ici. Il est donc très légitime de penser qu'à la faveur de ces fumigations les molécules éthérées sont en partie absorbées et qu'elles exercent ainsi au delà de leur premier contact extérieur leur action anesthésiante sur les radicules nerveuses. Toujours est-il qu'un bien-être éprouvé par les malades est la conséquence la plus ordinaire de ce mode d'emploi de l'éther, bien-être quelquefois instantané, et qui, s'il n'est pas toujours durable, se reproduit et tend du moins à se consolider, autant que l'on insiste sur un traitement dont la durée est nécessairement variable comme la nature et l'intensité des cas contre lesquels on le dirige.

Ce traitement, entre mes mains, a eu ses succès et ses mécomptes ; mais les premiers ont été assez nombreux, et parfois assez prompts, pour m'autoriser à inscrire cette nouvelle méthode thérapeutique parmi celles qui ont été employées contre les formes rebelles et douloureuses des lésions nerveuses de l'audition.

Jamais l'impression des vapeurs d'éther sur les parois du conduit auditif n'a causé la plus légère douleur ; cet accident n'est même pas survenu dans certains cas d'otites aiguës contre lesquelles j'ai essayé avec quelque avantage par le procédé qui vient d'être décrit l'action anesthésique de ce médicament. Jamais non plus dans mes expériences l'influence de l'éther ne s'est étendue jusqu'au cerveau : l'effet est resté purement local. Ainsi les fumigations éthérées dans l'oreille se présentent comme un remède utile et qui n'expose à aucun accident. (*Bull. de thérap.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 19 juillet 1853. — Présidence de M. Nacquart.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Épidémies.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Maugenest, médecin des épidémies de Saint-Amand, sur une épidémie de fièvre gastrique simple, qui a régné en 1853 dans la commune de Sidiailles (Cher) ;

2° Un rapport de M. le docteur Gruizard (de Lons-le-Saulnier) sur une épidémie de fièvre variolique qui a régné dans la commune de Veseles (Jura) pendant les mois d'avril et mai 1853.

Eaux minérales.

3° Une caisse d'eau minérale puisée à Aulus (Ariége), avec demande d'avis sur l'opportunité d'exploiter cette source ;

4° Une demande d'avis sur la formule d'un vésicatoire végétal.

Épidémie de variole.

5° M. le ministre de l'instruction publique transmet un rapport de M. le docteur Vial (de Saint-Etienne) sur une épidémie de variole qui a régné dans plusieurs localités de l'arrondissement de Saint-Etienne (Loire), depuis le mois de septembre 1852 jusqu'aux derniers jours de mars 1853.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Variole et vaccine.

M. Gigon, médecin en chef des prisons et des hôpitaux d'Angoulême, adresse des observations sur la variole et la vaccine.

Opération césarienne.

M. Maslieurat-Lagémard adresse l'observation de la nommée Bouquier, de Laurière (Haute-Vienne), qui a subi une opération césarienne, en réponse aux réflexions de MM. Lacaux, Pontis et Bouyer. (Commission nommée : M. Depaul, rapporteur.)

Ablation totale de la mâchoire inférieure.

M. Heyfelder (d'Erlangen) adresse un mémoire sur l'ablation totale de la mâchoire inférieure. (Commissaires : MM. Huguier et Larrey.)

Certitude de la médecine.

M. Pons, de Bez (Gard), adresse un travail sur la certitude que l'anatomie est venue donner à la médecine. (Commissaires : MM. Grisolle et Requin.)

Nouvel appareil pour l'application du spéculum.

M. Joulier adresse la description et les dessins d'un nouvel appareil pour l'application du spéculum. (Commissaires : MM. Jobert et Cazeaux.)

Épidémie de dothinentérie.

M. Druhen aîné (de Besançon) transmet une histoire des épidémies de dothinentérie observées dans le département du Doubs jusqu'en 1850. (Commission des épidémies.)

Cow-pox.

M. Decès (de Reims) adresse une note relative au cow-pox. L'auteur s'exprime en ces termes :

« J'ai cru reconnaître, il y a peu de temps, tous les caractères du véritable cow-pox dans une éruption siégeant aux mains, et datant de neuf jours. Hortense Hénop, âgée de dix-huit ans, qui me l'offrait, était fille de basse-cour, et me dit que ses boutons s'étaient développés sur des points piqués par une épingle. J'ouvris ces vésicules, qui me fournirent une petite quantité de virus, et l'inoculai aussitôt, le 30 avril dernier, sur les bras d'un enfant de la Maternité, âgé de cinq mois. De belles pustules s'élevèrent pendant les jours suivants, et me fournirent assez de vaccin pour huit enfants, et pour emplir plusieurs tubes que je mis de côté. Chacune des vaccinations que j'ai pratiquées depuis cette époque m'ont fourni des éruptions de plus en plus belles. J'en ai abandonné plusieurs à leur marche naturelle, et j'ai pu remarquer que les croûtes vaccinales qui leur succèdent ne se dessèchent que du dix-huitième au vingtième jour, et ne sont tombées que du vingt et unième au vingt-cinquième. »

M. Decès offre à l'Académie deux tubes de ce nouveau vaccin.

Legs de M. Orfila.

M. le secrétaire perpétuel donne lecture d'une lettre de M. Sebert, notaire à Paris, qui communique un extrait du testament de M. Orfila par lequel il lègue à l'Académie son portrait en costume de professeur, en souvenir du bon accueil qu'il en a reçu.

Syphilis.

M. Ricord demande la parole à l'occasion du procès-verbal et au sujet du rapport lu dans la dernière séance par M. Gibert.

L'Académie, dit M. Ricord, a voté dans sa dernière séance les conclusions du rapport de M. Gibert sans discussion, sauf un point relatif à la transmission héréditaire de la syphilis. A cela près, tout le reste a passé sans discussion. Je n'ai rien à dire à cela, si ce n'est cependant que je tenais à constater que je n'étais pas présent à la lecture du rapport. Si j'avais été présent, tout en rendant justice à l'auteur du mémoire et au savant rapporteur, j'aurais protesté contre les propositions foncières du mémoire de M. Yvaren et un peu aussi contre une proposition de M. Gibert. Je demanderai à ce sujet qu'à l'avenir on prenne des mesures pour que nous soyons prévenus huit jours à l'avance des rapports qui devront être lus, ou du moins qu'on ne les discute qu'après leur publication.

M. Lagneau parle dans le même sens.

Albumine iodée.

L'ordre du jour appelle la discussion du rapport de M. Lecanu sur l'albumine iodée.

Sur la demande de quelques membres, M. Lecanu donne de nouveau lecture de son rapport, dont nous rappellerons en deux mots l'objet principal.

L'auteur du mémoire, M. Renault, ayant fait cette observation qu'en agitant l'huile de foie de morue avec une dissolution aqueuse de tanin on lui enlève une matière azotée dans laquelle l'iode existe en combinaison tellement intime que, pour en rendre la présence manifeste, il faut avoir recours à la calcination après mélange avec la potasse, a été conduit par cette observation, d'un côté, à se demander si l'huile de foie de morue ne devrait pas tout ou partie des propriétés thérapeutiques qui la distinguent à la présence du composé dont il vient d'être parlé ; d'un autre côté, et secondairement, à tenter de produire entre l'iode et certaines matières animales des combinaisons pourvues de propriétés physiologiques plus ou moins analogues à celles qui sembleraient appartenir à ce même composé. De là M. Renault a été conduit à imaginer une préparation nouvelle composée d'iode et d'albumine, qui, d'après les commissaires, aurait subi avec avantages l'épreuve de l'expérience clinique.

M. le rapporteur proposait pour conclusions :

1° D'ordonner l'insertion dans le recueil des travaux de l'Académie du procédé de préparation de l'albumine iodée, tel qu'il est décrit au rapport ;

2° De réclamer de M. le ministre, en faveur de ce nouveau médicament, les bénéfices du décret du 3 mai 1850.

La parole est à M. Gibert.

M. Gibert. Je professe assurément une haute estime pour les travaux et pour la personne de notre estimable collègue, mais je ne puis m'empêcher de croire qu'il a subi dans son rapport l'influence de certaines préoccupations auxquelles l'Académie doit se soustraire. Son travail est tellement élogieux ; il se hâte si fort de proclamer les vertus et de solliciter l'approbation académique d'un produit nouveau de cette industrie qui, sous couleur de progrès, déborde de toutes parts, surtout dans les sciences qui, comme la pharmacie, ont nécessairement un côté mercantile, que je ne saurais trop insister pour que la Compagnie mûrisse bien la décision qu'elle est sollicitée à porter sur l'*albumine iodée*. Voici depuis bien peu de temps le troisième succédané qui nous est offert pour remplacer l'huile de foie de morue. Après l'huile iodée, l'huile iodo-phosphorée, après celle-ci l'albumine iodée... Les lauriers de Miltiade empêchaient Thémistocle de dormir... Mais, d'abord, ne faudrait-il pas commencer par établir d'une manière plus rigoureuse le fait capital qui sert de base à tous ces prétendus perfectionnements, fait que M. le rapporteur, préoccupé surtout du point de vue chimique, s'est un peu hâté, selon moi, de proclamer ; savoir, que c'est à l'iode qu'elle contient qu'il paraît naturel d'attribuer les vertus thérapeutiques de l'huile de foie de morue.

Il n'y a pas si longtemps que la présence de l'iode dans l'huile de foie de morue était contestée, ou du moins regardée comme douteuse ; et aujourd'hui encore je ne sais trop si les chimistes sont bien d'accord sur la certitude rigoureuse des procédés à l'aide desquels certains expérimentateurs croient être arrivés à évaluer d'une manière précise la quantité d'iode qu'ils disent y avoir reconnue.

Or, ce point a son importance ; car depuis que l'iode est en vogue on le retrouve partout ; dans l'eau que nous buvons, dans l'air que nous respirons. Assurément il est difficile d'admettre qu'il y soit contenu à dose médicamenteuse.

Mais je vais plus loin. Qui ne sait que dans les composés un principe peut subir telle modification qu'il perde toutes les propriétés qu'il avait à l'état simple? L'huile iodée, par exemple, n'offre-t-elle pas un composé dans lequel l'iode a subi de profondes modifications? En effet, sans parler de la difficulté qu'on a à extraire ce principe du corps composé qu'il forme avec l'huile, l'iode pur, donné à la dose de 5 centigrammes, plusieurs jours de suite, détermine chez la plupart de nos malades des accidents d'irritation gastro-intestinale, tandis que dans sa combinaison avec l'huile, il est donné à une dose quadruple sans qu'aucun indice de son action se produise, et cela aussi longtemps que l'on voudra. Pour ma part, je regarde comme très probable que dans plus d'un cas l'huile de foie de morue et sans doute aussi l'huile iodée n'ont pas agi autrement que n'aurait pu le faire l'huile ordinaire. Rappelez-vous, messieurs, le fait signalé dans un mémoire académique de Delpech sur le traitement de la gale, il y a une vingtaine d'années. L'huile de dentelaire passait pour spécifique de cette affection à Montpellier, depuis le prix décerné par la Société royale de médecine à l'auteur d'un mémoire sur l'emploi de la dentelaire contre les maladies de la peau. Eh bien! Delpech, ayant appris que les pharmaciens de Montpellier, manquant de dentelaire, donnaient tout simplement de l'huile ordinaire, constata, en effet, que l'huile ordinaire suffisait à guérir la gale.

N'est-il pas évident d'ailleurs que l'huile de foie de morue a un arome, une saveur, un principe animalisé qui décèlent une action autre que celle de l'iode? Enfin, l'expérience clinique ne prouve-t-elle pas que cette huile peut être utile dans des cas où l'iode serait nuisible ; et, d'autre part, que les préparations iodurées agissent là où l'huile de foie de morue serait impuissante? Affirmer, comme l'a fait l'honorable rapporteur, que l'huile de foie de morue agit par l'iode qu'elle contient, et partir de ce fait pour proposer comme succédanés de ce médicament une série de composés artificiels iodurés, c'est s'engager dans une voie où l'industrialisme ne tend que trop à nous pousser, sans profit réel pour la science.

Quant à l'albumine iodée en particulier, c'est un médicament tout nouveau, bien peu expérimenté encore ; et véritablement, l'approbation qu'on sollicite de vous me paraît prématurée.

Et d'abord, ne nous laissons pas abuser par les mots. L'albumine iodée, est-ce bien encore de l'albumine, et surtout de l'albumine alimentaire? N'oublions pas que c'est dans l'espoir d'une assimilation plus prompte, plus facile et plus complète que l'on nous propose cette combinaison d'iode avec l'albumine. Or, rappelons-nous ce qui est arrivé pour la gélatine, considérée si longtemps comme un précieux aliment pour l'homme, au dire des chimistes, et regardée aujourd'hui comme une drogue plus nuisible qu'utile, et qu'on ne saurait donner impunément, même à des chiens.

Rappelons-nous l'opinion bien peu ancienne encore des chimistes sur les combinaisons du sublimé corrosif avec l'albumine regardée comme à peu près inerte et réduisant le sublimé à l'état de calomel insoluble. Aujourd'hui *nous avons changé* tout cela. Ne sait-on pas que les substances alimentaires peuvent subir, même sans que la chimie puisse en découvrir la cause, des altérations tellement capitales que l'aliment soit transformé en poison ! Je ne sais pas ce qu'il advient de l'albumine traitée par la teinture d'iode desséchée et convertie en tablettes...

Chimiquement, c'est peut-être encore de l'albumine; mais hygiéniquement, j'en doute fort !...

Je ne fais d'ailleurs que répéter ici pour l'albumine ce qu'un médecin de l'hôpital de la Charité disait, il y a plus de trois ans, à la commission chargée de la dégustation du bouillon de gélatine : « Chimiquement, ce peut bien encore être du bouillon; mais hygiéniquement et culinairement, ce n'est pas du vrai bouillon. » Et notez bien que la chimie a fini elle-même par lui donner raison. J'avoue que je me défie beaucoup en hygiène et en thérapeutique du progrès chimique qui tend à remplacer ou à perfectionner les produits naturels.

Je crois surtout qu'un corps savant ne doit le proclamer qu'avec beaucoup de prudence et de réserve, et lorsque le temps et l'expérience ont suffisamment parlé en sa faveur.

J'arrive enfin à une objection plus sérieuse et qui suffit, selon moi, pour empêcher qu'on n'adopte les conclusions du rapport.

Il est d'usage que des expériences directes et suffisamment répétées soient faites par les membres de la commission et résumées dans le rapport avant que l'Académie prononce définitivement sur la valeur du remède nouveau soumis à son examen. C'est la marche qui a été suivie dans le rapport de M. Guibourt sur l'huile iodée. C'est faute de l'avoir observée qu'un rapport antérieur de M. Bricheteau sur l'extrait de jusée n'a pas obtenu la sanction académique. Eh bien ! évidemment le rapport actuel est tout à fait défectueux à ce point de vue.

La commission, réduite à deux membres par le décès de notre regretté collègue M. Réveillé-Parise, et presqu'à un seul par la longue maladie de M. Hervez de Chégoin, n'a pu se livrer aux expériences cliniques indispensables en pareil cas.

Aussi M. le rapporteur, juge très compétent assurément au point de vue chimique et pharmaceutique, mais beaucoup moins au point de vue thérapeutique, ce dont il conviendra lui-même, je n'en doute pas, avec la parfaite loyauté qui le distingue, a cru devoir suppléer aux faits précis qui lui manquaient par des renseignements, des attestations, des certificats puisés en dehors de l'Académie et dont la Compagnie ne saurait assumer la responsabilité. Les quelques mots empruntés à M. Hervez de Chégoin, seul membre de la commission dont l'autorité pût être invoquée ici, sont évidemment insuffisants pour établir la valeur thérapeutique de l'albumine iodée et surtout sa *supériorité* sur l'huile de foie de morue. Car n'en doutez pas, messieurs, ici, comme pour l'huile iodée, comme pour l'huile iodo-phosphorée, c'est là que l'on veut en venir à l'aide du rapport qui vous est soumis.... c'est à déclarer ce produit pharmaceutique non-seulement équivalent, mais bien réellement supérieur à l'huile de foie de morue.

Je me résume et je dis :

Le nouveau composé qu'on nous présente comme succédané de l'huile de foie de morue manque encore complétement de la sanction du temps et de l'expérience.

Le rapport, évidemment élaboré par un seul membre, et par celui dont l'autorité incontestée comme chimiste ne peut plus être invoquée comme clinicien, manque de la condition essentielle d'une expérimentation probante faite au moins par deux membres de la Compagnie.

En conséquence, réduisant le rapport à l'appréciation chimique et pharmaceutique et supprimant tout ce qui a trait à la thérapeutique (partie dont il serait trop facile d'abuser) ; je propose cette seule et unique conclusion destinée à remplacer celles hasardeuses et prématurées, selon moi, du rapport :

« Adresser des remercîments et des encouragements à l'auteur du mémoire. »

C'est d'ailleurs, je dois le rappeler, la même conclusion que celle adoptée tout récemment par l'Académie sur le rapport de M. Bouchardat relatif à l'huile iodo-phosphorée.

M. H. Gaultier de Claubry regarde les essais qui ont été faits par la commission comme tout à fait insuffisants, tant au point de vue chimique qu'au point de vue thérapeutique. L'approbation donnée par M. Hervez de Chégoin lui paraît ambiguë. Si, en présence de cet état de choses, on considère l'usage que l'on pourra faire de l'approbation de l'Académie, on ne devra pas hésiter à repousser les conclusions de la commission.

M. Lecanu pense que le rapport est suffisamment garanti au point de vue thérapeutique par les expériences de M. Hervez de Chégoin. Quant aux objections de M. Gaultier de Claubry au point de vue chimique, peu importe l'état de combinaison où se trouve l'iode, pourvu que l'expérience en ait fait constater les bons effets et la facile administration.

M. Soubeiran a été consulté par un médecin pour un malade qui ne pouvait pas supporter l'iode ; il lui a conseillé de le donner combiné avec de l'albumine. Il rapporte à ce sujet plusieurs faits qui tendent à prouver que ce mode d'administration a des avantages; mais il n'en conclut pas qu'il y ait lieu d'adopter les conclusions du rapport.

— La conclusion proposée par M. Gibert étant appuyée, est mise aux voix et adoptée.

M. Gibert demande en outre qu'on supprime toute la partie du rapport qui a trait aux expériences thérapeutiques. (L'Académie adopte.)

Sur quelques circonstances relatives aux phases de l'évolution dentaire.

M. Hervieux lit sous ce titre un travail qu'il résume par les conclusions suivantes :

1° L'ordre dans lequel apparaissent le plus habituellement les dents de la première dentition est le suivant :

a. Incisives moyennes inférieures;
b. Incisives moyennes supérieures;
c. Incisives latérales supérieures;
d. Incisives latérales inférieures;
e. Canines;
f. Petites molaires;
g. Secondes molaires.

2° Les incisives moyennes inférieures percent la gencive du onzième au douzième mois, les moyennes supérieures du douzième au treizième mois, les latérales vers la fin de la seconde année, en telle sorte qu'à deux ans l'enfant est pourvu de toutes ses incisives.

3° L'éruption des canines a lieu du vingtième au vingt-quatrième mois, celle des premières molaires de vingt à vingt-six mois, et celle des secondes molaires de trente à trente-six mois.

4° L'intervalle dans lequel s'accomplit l'évolution des premières dents s'étend ainsi de la fin de la première année à la fin de la troisième.

5° Ces règles n'ont rien d'absolu. Elles souffrent de nombreuses exceptions, et dans certains cas si nombreuses, qu'on a pu prendre quelquefois celles-ci pour la règle. (Commissaires : MM. Oudet, Danyau et Cazeaux.)

Association de certains médicaments à l'albumine.

M. Robinet lit au nom d'une commission un rapport sur un mémoire de M. Jourdain, pharmacien aux Thernes. Ce mémoire a pour objet l'étude du parti qu'on peut tirer, pour l'administration de quelques médicaments, de leur association à l'albumine.

M. Jourdain a associé à l'albumine quelques substances, deux principalement, le fer et la quinine, qui, suivant lui, produiraient dans cet état sur l'économie des effets meilleurs, plus sûrs que ceux qu'on obtient des préparations ordinaires de ces deux substances.

Les expériences thérapeutiques tentées dans le but de vérifier les prévisions de l'auteur n'ayant pas paru suffisantes, la commission est d'avis qu'il n'y a pas lieu, pour le moment, d'accéder au désir de M. Jourdain, qui voudrait que les formules de ses préparations reçussent une publication légale.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

La séance est levée à cinq heures.

DES RÈGLES A OBSERVER DANS L'EMPLOI DU CHLOROFORME.

M. Baudens a lu sur ce sujet, dans la dernière séance de l'Académie des sciences (17 juillet), un mémoire dont voici les conclusions :

On écrit beaucoup sur l'historique, la physiologie et la pathologie du chloroforme, fort peu sur les moyens d'éviter les risques de l'anesthésie.

Cependant, son nécrologe est gros de plus de cinquante faits; la morale publique s'alarme, la responsabilité professionnelle est à découvert, les tribunaux interviennent.

Les cas de mort tournent peu au profit de la science, parce que chacun agit à peu près à sa guise, sans guides certains, sans se rallier à quelques principes généraux. Ce qui manque c'est la synthèse, ou, si l'on veut, une bonne réglementation du chloroforme.

La base d'une bonne réglementation existe; elle a été posée d'une main sûre par M. Flourens, dont les belles découvertes ont fait connaître la marche successive et progressive du chloroforme allant des lobes cérébraux au cervelet, à la moitié postérieure et aux racines sensitives de la moelle épinière, puis à la moitié antérieure et aux racines motrices de cette même moelle, et finalement à la moelle allongée et au nœud vital.

Ainsi, l'animal soumis au chloroforme perd d'abord l'intelligence et l'équilibre de ses mouvements; il perd ensuite le sentiment, puis le mouvement. A ce moment suprême, chassée de proche en proche, la vie se concentre dans la moelle allongée. Seule, celle-ci survit dans son action, et l'animal périrait bientôt; car, ajoute M. Flourens, le chloroforme qui ôte la douleur ôte aussi la vie.

La plupart des chirurgiens admettent comme vraies ces précieuses découvertes; mais ils pensent aussi qu'il se présente des cas exceptionnels. Ainsi, M. J. Guérin le premier et M. Robert depuis ont cité des faits de mort par sidération alors même, disent-ils, que l'action du chloroforme n'avait pas dépassé l'abolition du sentiment.

Quant aux sept faits invoqués par M. Robert en faveur de la sidération, j'en ai fait voir toute l'inanité. La sidération n'est rien moins que démontrée; la mort a eu lieu parce que l'inhalation a été portée à ses limites extrêmes; et nous sommes fondés plus que jamais à dire que dans l'anesthésie il ne faut jamais dépasser avec intention la limite de la perte de la sensibilité cutanée.

Voici comment nous avons formulé les principes d'une réglementation dont, pour la deuxième fois, nous prenons l'initiative.

Les soins que demande la chloroformisation sont de trois ordres : *avant, pendant, après.*

Avant. Contre-indications. Explorer à fond la constitution du malade; ausculter le cœur et les poumons, pour s'assurer qu'il n'existe pas de lésions organiques qui feraient une contre-indication. L'asthme, les anévrismes, la phthisie pulmonaire, même peu avancée; la chlorose, l'anémie, la pyoémie, la chorée, la prédisposition aux congestions cérébrales, etc., etc., seraient dans ce cas. Le moral devra être calme; pour cela, parler du chloroforme comme d'un bienfait, quand il est sagement administré.

Le malade, ainsi rassuré, doit en outre désirer vivement l'anesthésie, et avoir une entière confiance dans son médecin. S'il manifeste une vive appréhension, à plus forte raison s'il éprouve de sinistres pressentiments, refuser obstinément la chloroformisation. De tout temps des malades sont morts d'épuisements nerveux, sidérés en quelque sorte, soit par la frayeur, soit par la douleur, avant, pendant, ou peu d'instants après l'opération. Il ne faut pas oublier que tous les cas de mort provenant de cette source passent inaperçus aujourd'hui, et vont grossir le nécrologe du chloroforme.

On ne doit recourir à l'anesthésie tant que des doutes subsisteront sur ses risques, alors même qu'elle est donnée sagement, que pour des opérations d'une certaine importance. Le malade devra être à jeun.

On tiendra grandement compte des effets de la commotion consécutive aux grandes lésions traumatiques, de l'épuisement après des pertes de sang et des suppurations considérables; en un mot, de toutes les causes débilitantes qui ôtent à l'organisme de sa puissance de résistance aux agents anesthésiques, comme le conseille M. J. Guérin.

Le local sera grand, facile à ventiler par le renouvellement de l'air. On aura à sa disposition tous les agents nécessaires pour porter secours en cas de danger.

Pendant. L'administration du chloroforme devrait être une spécialité incombant dans les hôpitaux à un aide intelligent et exercé, et en ville, dans la pratique civile, à des médecins spéciaux, comme on voit des ventouseurs.

L'opérateur agirait sans préoccupation aucune, et, les mêmes personnes donnant toujours le chloroforme, il serait alors possible de les astreindre à des règles uniformes.

Voici celles que nous proposons :

1° Pour se rendre un compte exact de la quantité de chloroforme employé, mettre ce liquide dans de petits flacons allongés et gradués gramme par gramme, comme l'a fait M. J. Guérin;

2° Compter à l'aide d'une montre à secondes le temps employé à l'inhalation, le nombre des pulsations du pouls et des inspirations pulmonaires; observer la force et la fréquence des battements du cœur; s'ils tombent au-dessous de 60 pulsations, cesser l'inhalation;

3° Le malade étant couché, la tête soulevée par un oreiller, lui donner le chloroforme versé sur un mouchoir gramme par gramme, en commençant par un gramme progressivement et à doses de plus en plus concentrées, comme le conseille M. Sédillot;

4° Tenir d'abord le mouchoir à distance de la bouche et des narines, rassurer le malade par de douces paroles, rapprocher le mouchoir de la bouche, dont une partie restera toujours découverte pour éviter sûrement une asphyxie par insuffisance d'air;

5° Dès le début, pincer doucement la main du malade et lui dire sans interruption : Qu'est-ce que je vous fais ?

6° Du moment où le malade, jusque-là calme, répond avec une humeur croissante : Vous me pincez, vous me pincez, se tenir sur ses gardes, car il touche au moment de la perte des perceptions et du sentiment;

7° Dès qu'il ne répond plus, le sentiment est aboli; il faut se hâter d'ôter le mouchoir et de faire l'opération, car il ne faut jamais arriver, *avec intention,* jusqu'à la résolution musculaire;

8° Une agitation légère, de la loquacité, des paroles incohérentes, des hallucinations accompagnent souvent le premier degré de l'anesthésie et indiquent que le mouchoir doit être enlevé, loin d'être maintenu comme on le fait;

9° Le moment est venu de redoubler d'attention du côté du pouls, du cœur et des actes respiratoires; s'il y a ralentissement manifeste, si les effets de l'inhalation se continuent, s'ils augmentent même, si l'on est arrivé involontairement au deuxième degré, à la résolution générale, on mettra en œuvre immédiatement quelques-uns des moyens qui seront indiqués pour rétrograder au plus vite jusqu'au premier degré de l'anesthésie;

10° S'il survient des spasmes du larynx, une toux répétée, de l'écume à la bouche, une dépression notable du pouls, de la gêne respiratoire marquée, quelque indice d'imminence syncopale ou de congestion cérébrale, on suspendra à l'instant l'inhalation;

11° Dès que le malade perd ou va perdre la conscience de ses actes, il survient parfois un peu d'agitation. Si elle est légère, si rien n'indique un danger, il faut résister : quelques secondes suffiront. Mais si l'agitation est extrême, si la face est congestionnée avec écume à la bouche, à plus forte raison si le malade dit : J'étouffe ! il faut ôter de suite le mouchoir, respecter cet avertissement de l'organisme et ne pas lutter.

12° Quand l'opération doit durer longtemps, les inhalations seront données avec intermittences, suspendues et reprises dès que le malade par un léger gémissement annonce le retour de ses perceptions. Ainsi, je suis parvenu à abolir la douleur pendant plus d'une heure, sans interruption. Cette pratique est également celle d'un éminent professeur, M. Velpeau.

Après. Quand tout s'est passé naturellement, il n'y a rien à faire; le malade revient promptement à lui. Mais lorsque la saturation du système nerveux par le chloroforme a été portée à ses limites extrêmes, quand il y a imminence de mort, il faut, sans perdre un seul instant, user de toutes les ressources de l'art :

Chasser l'atmosphère chloroformique par la brusque irruption de l'air d'une fenêtre ouverte; placer le malade horizontalement sur le dos pour rétablir plus facilement la circulation, M. Nélaton conseille même de mettre la tête en bas, et M. le professeur Piorry fait soulever les quatre membres pour faire refluer le sang vers le cœur; enlever l'écume de la bouche qui pourrait obstruer l'entrée de l'air; introduire le doigt au fond de la gorge pour la stimuler, à l'exemple de M. Chassaignac; provoquer une respiration artificielle par la compression alternative des parois thoraciques et abdominales; jeter à la face des verres pleins d'eau froide, sous forme de douches brusques; insuffler de l'air à l'aide d'une pompe à asphyxie, et, à défaut, de bouche à bouche, à l'imitation de M. Ricord; ingurgiter une cuillerée d'eau additionnée de quelques gouttes d'ammoniaque; diriger sur la surface rectale, d'après l'avis de M. Jobert, des antispasmodiques pour favoriser le rappel des mouvements du cœur réduits à l'état d'oscillation ou de résolution complète; ne pas négliger les cautérisations sur la bouche, le pharynx avec l'ammoniaque, comme l'a conseillé M. Jules Guérin; recourir à l'électricité.

Nous avons rappelé sommairement les moyens conseillés; l'expérience, qui heureusement nous manque, fera connaître ceux d'entre eux qui ont le plus d'efficacité.

Nous avons annoncé dernièrement que le *Dictionnaire des Dictionnaires de médecine* du docteur Fabre, déjà adopté par le ministère de la guerre sur l'avis du conseil de santé des armées pour les hôpitaux militaires d'instruction, avait été, sur une nouvelle approbation donnée par le conseil de santé, adopté par le ministre de la guerre pour les hôpitaux de l'Algérie.

Quoique cet ouvrage eût depuis longtemps été placé dans les bibliothèques des ports de mer de France et des colonies, M. le ministre de la marine, après un rapport favorable de M. Quoy, inspecteur du service de santé, vient d'honorer de nouvelles souscriptions le livre du docteur Fabre, que les importantes modifications qu'il lui a fait subir et l'augmentation d'un volume supplémentaire, à la rédaction duquel ont bien voulu concourir des professeurs de la Faculté et des médecins et chirurgiens des hôpitaux, rendent véritablement classique.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

La commission de présentation à la place vacante à l'Académie de médecine dans la section d'histoire naturelle médicale a fait son rapport. Les candidats ont été, dit-on, placés à l'unanimité dans l'ordre suivant :

En première ligne, M. Chatin.

En deuxième ligne, M. Ch. Robin.

Ensuite, et par ordre alphabétique, MM. Martinet et Sandras.

— M. le docteur Seutin, chirurgien en chef de l'armée belge, vient d'être nommé sénateur.

— On écrit de Copenhague (Danemark), 12 juillet : Le choléra continue à régner ici, et est toujours dans sa période ascendante. Il cause dans la population une inquiétude d'autant plus grande, que c'est la première fois qu'il paraît dans cette ville.

— On lit dans les journaux anglais :

« Les lords du conseil privé de S. M. Britannique ont ordonné que, quand un vaisseau dans tout port du Royaume-Uni sera mis en quarantaine à cause de la fièvre jaune, tous les passagers à bord de ce navire qui déclareront avoir eu déjà une attaque de cette maladie, et prouveront aux officiers de santé visitant le navire que la fièvre qu'ils ont eue était bien la fièvre jaune, seront admis à débarquer, bien que le navire soit soumis à la quarantaine à cause de cette maladie. »

— L'anniversaire de la fondation de l'hôpital de la ville de Londres pour les affections de poitrine a été célébré ces jours derniers à *London tavern.* Le banquet, composé de 300 patrons de l'œuvre, a été présidé par lord John Campbell. Il résulte du rapport lu séance tenante que depuis 1848, date de la fondation de l'hôpital, 14,756 malades externes ont été soignés. Les frais pour l'année 1852 sont évalués à 1,755 liv. st. (43,875 fr.). Le nouvel hôpital, dit *Victoria parc,* pour lequel 8,000 liv. st. ont été dépensées et qui demandera encore 6,000 liv. st. pour être complété (en tout 350,000 fr.), sera ouvert aux malades internes au commencement de l'été.

A la fin de la séance, M. Hater a déclaré que les souscriptions de la journée se montaient à 6,000 liv. st.

— L'Académie médico-chirurgicale de Naples accordera un prix de 500 francs à l'auteur du meilleur mémoire sur la question suivante :

« Déterminer si les éclampsies des enfants proviennent toujours d'un » vice cérébral ou méningien, ou si elles peuvent être tout à fait » symptomatiques d'une autre maladie commencée dans d'autres or- » ganes qui ne soient les centres nerveux. »

Les mémoires, écrits en italien, en latin ou en français, doivent être adressés francs de port au secrétaire de l'Académie, M. Pierre Magliari, rue Saint-Sébastien, à Naples.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur
36, rue de Vaugirard.

N° 87. — SAMEDI 23 JUILLET 1853. (26e ANNEE.) N° 87. — SAMEDI 23 JUILLET 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE.	Trois mois. . . . . 8 fr. 50 c. Six mois. . . . 16 » Un an. . . . . 30 »	
GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES.	Trois mois. . . . . 9 fr. Six mois. . . . . . 17 Un an. 33	
ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR.	Trois mois. . . . . 10 fr. Six mois. . . . . . 20 Un an. 38	

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Abcès de la mamelle au cinquième mois de la grossesse.

Au n° 16 de la salle des femmes (hôpital de la Charité) se trouve une malade présentant un cas assez grave d'abcès de la mamelle. Elle est enceinte de cinq à six mois et pour la première fois. Le mal lui est venu spontanément aux deux seins, en commençant par le gauche. Actuellement le droit est atteint également; ce dernier paraît environ une fois plus gros qu'à l'état normal, bosselé, offrant sur une bosselure supérieure une plaque rouge, tandis que la peau a conservé sa couleur normale sur les autres bosselures. En pressant avec les doigts, on sent une fluctuation qui donne l'idée d'une collection de pus assez vaste. Ces abcès du sein, assez fréquents chez les femmes qui nourrissent, ne se voient guère au contraire pendant la grossesse ni après, lorsque les femmes n'allaitent pas leurs enfants; M. Velpeau en a trouvé 12 cas sur un dépouillement de 300 grossesses environ.

Chez les femmes enceintes, ces abcès, à moins qu'ils ne soient à l'état franchement aigu, ne prennent jamais un volume considérable. Ici, quoique la maladie ait marché lentement, l'abcès est volumineux; de plus, il n'est pas sous-cutané, mais il paraît avoir envahi le parenchyme de la glande elle-même, et, chose assez singulière, si l'on considère l'état peu avancé de la grossesse, le pus qui s'est écoulé par une ouverture qui a été pratiquée a paru contenir une quantité de lait assez notable.

Ce serait donc, comme on le voit, une notion nouvelle à acquérir, et il faudrait rechercher la cause de cette précocité dans le travail de sécrétion laiteuse, qui ordinairement n'a lieu que plus tard; peut-être pourrait-on l'expliquer par la présence de l'inflammation, qui aurait pour effet de déterminer un surcroît d'activité dans le travail physiologique et de hâter ainsi la formation du lait.

Chez les femmes enceintes les abcès de la mamelle se guérissent plus vite que chez celles qui nourrissent, dont la sécrétion du lait est plus abondante; cette guérison a lieu aussi facilement que chez les femmes qui sont en dehors de tout état puerpéral. Le cas actuel fait exception à la règle, à cause de l'anomalie qui se présente dans la fonction physiologique.

De l'emploi des cautères dans les abcès.

Les cautères, employés autrefois sans distinction dans une foule de cas où ils étaient au moins inutiles, ont été par contre beaucoup trop négligés par les praticiens de notre époque. M. Velpeau les emploie très souvent pour ouvrir des abcès symptomatiques de lésions éloignées siégeant dans les os. Dans ces cas, l'honorable professeur a recours à l'application d'un, deux ou trois cautères, non-seulement pour pratiquer l'ouverture qui doit donner issue au pus, mais encore pour modifier la suppuration, qui prend de meilleurs caractères. Rarement on voit la fièvre hectique survenir; le foyer revient peu à peu sur lui-même, et la caverne se rétrécit assez promptement; souvent même la résolution a lieu. Les médecins qui nous ont précédé, dit M. Velpeau, en faisaient un usage excessif, et cependant, malgré les exagérations ridicules où ils sont quelquefois tombés, il est impossible de ne pas reconnaître dans les relevés qu'ils ont publiés de nombreux cas de guérisons véritables, et qu'on n'eût pas obtenues peut-être par d'autres moyens.

Emploi de l'huile de croton tiglium dans l'asthme.

Nous avons signalé dans notre numéro du 14 mai les avantages obtenus par M. Nonat dans les hydropisies symptomatiques des maladies du cœur de l'emploi de l'huile de croton tiglium, et le 5 juillet nous avons publié plusieurs observations à l'appui.

Ces succès ont encouragé notre honorable confrère et l'ont porté à étendre ses expériences à une autre maladie non moins grave, l'asthme symptomatique. Déjà dans cinq ou six cas, l'huile de croton tiglium, donnée à la dose d'une goutte en pilule, répétée deux fois à une heure de distance et dans l'intervalle des accès, a déterminé des selles nombreuses et une amélioration très notable de l'état des malades.

Nous avons cru devoir nous empresser de faire connaître les nouveaux avantages obtenus par l'administration du drastique auquel le médecin de la Pitié attribue plus de vertu qu'aux diurétiques et aux autres purgatifs. Ainsi que nous le disions le 14 mai, M. Nonat y trouve en outre l'avantage de donner peu de boisson pour en favoriser l'action; mais nous devons ajouter cependant que la suppression du liquide a plus d'importance dans les cas d'hydropisie que dans les cas d'asthme. Quoi qu'il en soit, l'emploi de ce moyen tend à se généraliser dans le service de M. Nonat, car l'huile de croton tiglium a été donnée avec succès aussi dans quelques cas d'épanchement pleurétique.

Nous publierons, du reste, très prochainement les observations que nous communiquera M. Nonat, et qui confirmeront ce que nous avons avancé.

Opération de pupille artificielle. — Double succès.

Une jeune fille de vingt ans, Mlle Denant, couturière aux Batignolles, est atteinte de deux leucomes au centre des cornées depuis deux ou trois ans. Ces taches rendent tout travail impossible. Elles couvrent les deux pupilles, et les rayons lumineux ne peuvent arriver qu'obliquement dans les ouvertures. L'iris à droite présente quelques adhérences à la capsule, et la jeune malade voit si mal de ce côté qu'elle ne pourrait pas se conduire. Fort heureusement ces adhérences sont placées en haut et en dehors, et la partie interne et inférieure de la pupille est libre.

Du côté gauche, il n'y a pas de traces d'ancienne iritis, et la pupille, examinée obliquement, se meut comme à l'état normal. La tache kératique est peut-être un peu plus large que de l'autre côté; cependant la malade voit assez bien de cet œil pour se conduire et même pour reconnaître l'heure à la montre; mais elle ne peut ni lire ni coudre.

M. Desmarres, après avoir constaté l'état des yeux que nous venons de décrire, propose à cette jeune fille une opération de pupille artificielle, avec cette condition qu'il la pratiquera d'abord sur l'œil droit et que plus tard, après avoir réussi de ce côté, il la fera sur l'œil gauche. Cette proposition est acceptée, et le 1er juin l'œil droit est opéré de la manière suivante :

La jeune fille est étendue sur un lit élevé; sa tête, de niveau presque avec le corps, est maintenue par un aide. Les paupières sont écartées l'une de l'autre par des élévateurs pleins, et une pince fermant à ressort, fixée près de la cornée en dehors, tient l'œil dans un état d'immobilité complète.

Le chirurgien, placé à la droite de la malade, ponctionne la cornée en bas et en dedans presque sur la sclérotique, avec un couteau lancéolaire courbe, dont l'usage est nécessité par la saillie du nez, et dirige la pointe de l'instrument parallèlement au plan de l'iris pour éviter de léser la capsule.

Le couteau ayant pénétré assez loin pour faire une plaie d'environ 4 millimètres de largeur, les élévateurs sont un peu relâchés pour diminuer la compression du globe oculaire, éviter la sortie brusque de l'humeur aqueuse et la projection du cristallin contre la pointe de l'instrument, et dans le même moment l'instrument tranchant sort lentement de la chambre antérieure en agrandissant un peu la plaie vers le côté externe.

Une pince courbe tenue fermée est aussitôt dirigée dans la plaie, et, dès que les mors viennent toucher le centre de la face postérieure de la cornée, les branches s'écartent autant que le permet l'étendue de la plaie, et l'iris, saisi aussitôt, est immédiatement entraîné au dehors et excisé.

La pupille artificielle qui en résulte est large et noire, dirigée en bas et en dedans, en face d'une partie très transparente de la cornée; la vue est essayée, mais le résultat immédiat est, comme dans presque tous les cas, fort peu satisfaisant, à cause du sang que l'on remarque dans la chambre antérieure et par suite de l'absence de l'humeur aqueuse.

Les deux yeux sont fermés à l'aide de bandelettes de taffetas d'Angleterre, et la malade conduite à son lit. L'immobilité, le silence, la diète sont recommandés pendant vingt-quatre heures; on n'emploie pas d'eau froide ni de glace, qui par suite de la nécessité de remplacer les compresses ou les sachets offrent souvent des in-

FEUILLETON.

RAPPORT

sur une variété commune dans l'Inde du genre mylabris, douée de propriétés vésicantes;

Par M. COLLAS, chirurgien de 1re classe de la marine.

Le travail suivant n'a pas pour but de mettre en lumière une découverte d'une très haute importance. Quelques lignes, je le sais bien, auraient suffi pour dire que l'Inde possède des insectes vésicants qui remplacent avec grand avantage ceux que, jusqu'à ce jour, elle tirait à grands frais d'Europe. Mais pensant qu'il pouvait y avoir quelque intérêt dans l'histoire de cette découverte, j'ai essayé de mettre en ordre les matériaux que j'ai recueillis sur ce sujet.

Malgré l'opinion contraire de M. Fée, les auteurs d'histoire naturelle médicale admettent volontiers que les anciens ne connaissaient que peu ou point les cantharides proprement dites, et que l'insecte que le père de la médecine prescrivait contre l'hydropisie, qu'Archigène, Ætius, Arétée employaient comme épispastique, n'était autre chose qu'un *mylabre*, le *mylabre de la chicorée*, qui, d'après M. Guérin, est encore d'un usage général en Italie et en Grèce. Il est d'ailleurs difficile de ne pas trouver la description de ce mylabre dans le passage suivant de Dioscoride : « Porro efficassissimæ sunt quæ variæ videntur luteas » quæ habent in pennis transversas lineas, quæque oblongæ sunt cor- » pore, crassæ et blattarum modo præpingues, sed inefficaces et im- » becillæ sunt quæ unius sunt coloris. »

Le docteur Walquer, qui le premier attira l'attention des médecins de la présidence de Madras sur les propriétés vésicantes d'un mylabre indigène, n'est pas éloigné de croire que les anciens tiraient de l'Inde une partie de leurs insectes épispastiques. Le docteur Royle, qui, dans sa *Materia medica*, admet l'identité du mylabre de la chicorée et de l'insecte de Dioscoride, rappelle, dans son *Antiquity of Indoo medicine*, que Dioscoride, qui était parfaitement au courant de la matière médicale de l'Inde, au point même de lui emprunter les noms des médicaments dont il parle, ne paraît pas éloigné d'être de cette opinion. « Les cantharides décrites par Dioscoride, dit-il, sont des mylabres, » et le *mylabris cichorii* est aujourd'hui d'un emploi très vulgaire dans » l'Inde. » (P. 94.)

Cette manière de voir me semble peu probable : puisque l'Italie, l'Espagne, la Grèce, la Syrie produisent beaucoup d'insectes vésicants, dont quelques-uns sont de la même espèce que ceux de l'Inde, il était parfaitement inutile de les tirer d'aussi loin.

S'il est assez curieux de voir qu'en France, où l'on possède des mylabres vésicants que l'on pourrait se procurer à plus bas prix que la cantharide; s'il est assez étrange de voir qu'en Espagne, pays qui donne des cantharides à toute l'Europe, on n'emploie, dans certaines localités, rien que des mylabris comme insectes vésicants, on ne sait comment s'expliquer l'oubli dans lequel ils sont tombés dans la capitale de l'Inde anglaise. « Le mylabre de la chicorée, après avoir été » d'un usage général dans la présidence du Bengale, n'est plus em- » ployé dans la pratique européenne pour des motifs que le conseil de » santé de Madras ignore complétement. Les vétérinaires natifs conti- » nuent pourtant à s'en servir. » (Geo. Pears, secrétaire du conseil de santé : In *Madras medical quarterly journal*.) Pourtant nulle part au monde plus que dans l'Inde on n'a besoin d'insectes vésicants à action rapide et sûre; le mylabre, comme on le verra, est toujours sous la main; on peut compter sur ses propriétés, tandis qu'il n'en est malheureusement pas de même des cantharides tirées d'Europe, qui ont, à mes yeux, comme agents épispastiques, moins de valeur que les mylabres; dont les propriétés sont affaiblies, parce que les dermestes les ont attaquées, ou, si, comme le veulent certains auteurs, ces animaux respectent leur principe actif, parce que, sous l'influence des températures excessives qui règnent dans l'Inde, la cantharidine se volatilise, ainsi que l'a démontré M. Robiquet.

Beaucoup d'Indiens ne connaissent pas les vertus thérapeutiques de cet insecte et le désignent sous le nom générique de *vandhou*, qui s'applique à tous les coléoptères. Mais ses propriétés vésicantes ont été utilisées par les médecins natifs dès la plus haute antiquité. Cet insecte, dont le nom se trouve dans l'*Amara Cosa*, est appelé en sanscrit *ponshpandam*. En tamoul, son nom est *ponvondhou*, et a la même signification qu'en sanscrit. Voici la description qu'en donne un ouvrage qui remonte à une très haute antiquité, et qui a été traduit par le brahme interprète du gouvernement : Tout le corps est noir; sur le dos il y a trois raies transversales rouges. Dès qu'on le prend, il sort de la bouche, des pattes et de l'anus un venin jaune qui produit la vésication sur les points qu'il touche. Le papier sur lequel on met les mylabris dans l'étuve est tout maculé de taches d'huile.

Les vaytiars l'emploient de deux manières :

1° A l'état frais; ils l'écrasent et en font une sorte de pâte qu'ils frottent sur le point où ils veulent produire la vésication. Ce procédé détermine une grande quantité de petites phlyctènes, ainsi que je l'ai vu chez un homme atteint d'arthralgie sur qui, à ma demande, le médecin Tamby pratiqua cette opération, qui amena un très remarquable soulagement. Les médecins indiens cachent avec soin ce procédé de vésication aux yeux du malade et des assistants.

2° Après avoir fait sécher et réduit en poudre les mylabris, ils en font, avec de la pâte de riz, des cylindres très durs. J'ai vu un de ces cylindres dans les mains de Tamby (*modeliar*). Il avait 8 centimètres de long sur 2 de large. On distinguait parfaitement les débris d'élytres qui s'y trouvaient. Quand les vaytiars veulent se servir de cette préparation, ils l'humectent avec de l'eau de riz et la frottent sur un petit porphyre qu'ils portent toujours avec eux. Ils recueillent le liquide et l'appliquent sur la peau, particulièrement dans les cas de maladie de cet organe, et souvent avec de grands succès.

Ce ne fut qu'en 1840 que les médecins européens de la présidence de Madras commencèrent à l'employer. Le premier rapport fait à ce sujet fut adressé par le docteur Alex. Walker, aide-major au 6e régiment d'infanterie native, alors au camp de Bolarum sur le territoire du Nizam, au plus ancien chirurgien de la division de Hyderabad.

Les travaux de M. Walker, les expériences de M. Thomas Key, alors garde-magasin des médicaments au camp de Bolarum, consignées dans son rapport au chirurgien en chef de l'armée du Nizam, celles du docteur Mortimer faites à l'hôpital général de Madras par ordre du docteur Wylie, chirurgien en chef, et insérées dans le journal de médecine publié à Madras, par MM. Lorrimer et Rogers, ont fait connaître les propriétés actives des mylabres et contribué à en répandre l'usage.

La connaissance de ces documents m'imposait naturellement l'obli-

convénients lorsque l'on veut obtenir une réunion immédiate d'une plaie de la cornée.

Le lendemain et les jours suivants, il ne survint aucun accident, et la vue prit peu à peu et en quelques jours une force assez grande pour rendre l'œil gauche presque inutile à la vision.

Ce premier résultat étant atteint, M. Desmarres proposa l'opération sur l'œil gauche en faisant remarquer à ses auditeurs qu'en isolant ainsi les deux opérations il n'avait pas compromis un seul instant la vue de la jeune malade. La seconde opération fut pratiquée par le même procédé sur l'œil gauche le 24 juin, c'est-à-dire vingt-trois jours après la première. Le résultat de l'opération ne se fit pas attendre, et dès le cinquième jour la vue était rétablie dans cet œil, et peut-être un peu plus étendue que dans l'autre, ce qui doit tenir à ce que la pupille artificielle est environ d'un cinquième plus grande.

Un fait très important à rechercher dans ce cas, c'était de savoir si les deux yeux fonctionneraient de manière à regarder simultanément l'objet, et si au contraire, comme cela arrive dans la plupart des cas de double pupille artificielle, ils ne s'isoleraient pas de telle sorte que l'œil le plus faible deviendrait inutile. M. Desmarres constata que son opération n'aurait pas ce dernier résultat par une recherche fort simple : un livre fut placé verticalement devant les deux yeux de la jeune fille et à une distance convenable pour qu'elle vît facilement. On lui recommanda de regarder le point d'un i ou une lettre ; puis on fit passer alternativement une carte devant l'un et l'autre œil, et l'on s'assura par l'absence de tout déplacement des cornées que l'objet était perçu à la fois des deux yeux.

La jeune opérée distingue les objets à une grande distance, et voit bien maintenant (15 juillet) pour lire et pour coudre.

Paralysie essentielle chez un enfant.

M. le docteur Lionet, médecin de l'hôpital de Corbeil, nous adresse cette observation, que l'on rapprochera avec intérêt de celle de M. Strohl que nous avons publiée dans notre numéro du 14 juillet. Il est fâcheux seulement que l'autopsie n'ait pu être faite d'une manière assez complète, pour dissiper tous les doutes sur l'état du système nerveux, et pour permettre d'affirmer positivement l'essentialité réelle de la paralysie.

Vers la fin de juillet 1845, Léon Cintrat, âgé de dix-sept mois, et très bien portant, ayant été emmené par la directrice de l'école d'asile dans le local où se tenaient les enfants, tomba en essayant de monter sur un petit banc. On n'a jamais su de quelle manière, sur quel côté cette chute eut lieu, ni comment l'enfant fut relevé. Une demi-heure après il pleurait encore et paraissait souffrir du bras droit; mais aucun coup n'était apparent, et l'enfant resta ainsi pendant deux jours, au bout desquels il me fut amené par sa mère, et je l'examinai avec attention. Le bras me parut dans son état naturel, et j'ordonnai simplement d'y entretenir des cataplasmes. L'enfant, souffrant toujours, me fut amené de nouveau, et j'ordonnai des sangsues à l'avant-bras, qui présentait à sa partie moyenne un gonflement que je n'avais pas observé à mon premier examen, et que j'attribuai au gonflement du périoste déterminé par la contusion.

Douze ou quinze jours environ après l'accident, la contractilité commença à s'affaiblir progressivement dans tous les muscles du bras; en peu de jours elle disparut complétement. Cependant la sensibilité persista; le moindre pincement causait de la douleur. Cette circonstance m'ayant suggéré quelque inquiétude, je conseillai de voir un autre médecin.

Le lendemain, l'enfant fut conduit chez M. Petit père, qui crut reconnaître, au gonflement qui m'avait conduit à appliquer des sangsues, une fracture incomplète de l'avant-bras, et considéra la paralysie comme une conséquence de cet accident. Quoique je ne fusse pas de son avis, je posai, pour acquit de conscience, un appareil que l'enfant conserva huit jours seulement. Si mes souvenirs me servent bien, je crois que c'est alors qu'on appliqua au bras de l'enfant un cataplasme de farine de moutarde, lequel le fit beaucoup souffrir. L'enfant fut ensuite examiné vers la même époque, chez moi, par MM. Piorry et Seurat. Des frictions furent ordonnées et suivies.

A la fin d'août 1845, l'enfant fut conduit à Recloses, chez un paysan rebouteur, dont un docteur en médecine ne rougit pas depuis longues années de mettre à couvert la responsabilité. L'homme que nous allions consulter visita le bras de l'enfant, dit au médecin qui l'assistait qu'il connaissait la cause du mal. Il lui pansa le bras avec une pommade, et le lui lia avec un ruban en guise d'éclisses à l'endroit du coude. Au bout de huit jours, l'enfant fut conduit de nouveau à Recloses, et cet homme lui graissa l'épaule avec une pommade, la lui banda en lui rapprochant le bras le plus possible de l'épaule, ordonna de lui conserver cette position et de le frictionner avec de la moelle de bœuf.

Depuis que l'enfant a cessé de se servir de son bras, il n'a pas paru en souffrir, et cependant ce bras a toujours eu une grande sensibilité.

Le 11 septembre 1845, l'enfant fut présenté à M. Guersant père, qui écrivit à M. Lionet qu'il ne croyait ni à une fracture ni à une luxation du bras de l'enfant; il dit que le bras était paralysé, et que la chute qu'avait faite l'enfant pouvait bien n'être que la cause secondaire du mal. Il ordonna des frictions d'un bout à l'autre du bras avec une mixture et des bains chauds tous les jours.

L'enfant ne put prendre les bains, à cause d'un nouvel accident qu'il éprouva à cette époque; il eut la main gauche brûlée; il en a souffert environ trois semaines et en a été parfaitement guéri.

M. Guersant revit l'enfant pour la deuxième fois le 1er octobre; alors il ordonna de promener des vésicatoires volants sur l'épaule et le long des nerfs du bras et de l'avant-bras, de lui donner une nourriture fortement animalisée et de le faire coucher sur des herbes aromatiques. Cette ordonnance fut suivie pendant quelque temps, et à la fin il fit mettre sur les vésicatoires de la strychnine.

L'enfant fit, vers le mois de mars 1846, une nouvelle chute, et parut souffrir du bras; on n'y reconnut aucune trace de contusion; on le frictionna avec de l'eau-de-vie camphrée, et quelques semaines plus tard il se forma un gonflement analogue au travail des fractures sans déplacement entre le coude et l'épaule, lequel disparut bientôt après.

Aux premiers beaux jours de 1846, l'enfant fut conduit une douzaine de fois chez M. Petit père, pour soumettre son bras à l'influence de courants électriques développés par une pile.

En mai, il fut électrisé plus fortement à l'aide d'une machine électrique, et ces expériences furent renouvelées dans le courant de l'été.

A la fin d'août, l'enfant fut présenté à M. Velpeau, qui dit que, l'enfant étant jeune, il fallait conserver de l'espérance. Il ordonna des douches de Baréges.

Vers la même époque, M. Vincent Duval vit aussi l'enfant, et le traita pour une *paralysie d'un membre thoracique provenant d'un état subinflammatoire d'une portion de la moelle épinière*, et il ordonna des bains salés tous les deux jours; des frictions matin et soir sur l'épine du dos avec une pommade, et sur le bras avec un morceau de flanelle imbibé d'eau-de-vie camphrée; tisane de houblon, et matin et soir une cuillerée d'une solution d'iodure de potassium; coucher sur la fougère.

Ce traitement fut suivi pendant environ trois mois.

Vers le mois de décembre 1846, l'enfant fit une chute en jouant à son champ, pleura beaucoup et parut souffrir. Le lendemain on fit venir un médecin, qui reconnut une fracture du bras entre le coude et l'épaule; il lui mit un appareil que l'enfant conserva pendant environ six semaines. Il n'est resté aucune trace de cette fracture.

Il nous a été ramené vers la mi-janvier, et depuis cette époque l'enfant n'a suivi aucun traitement particulier. Son bras a été ordinairement tenu en écharpe pendant le jour ; avant cette chute on le laissait libre.

L'enfant n'a aucune force dans le bras; cependant il remue l'index, le médius et l'annulaire, avec lesquels il serre un peu. Ce mouvement volontaire n'a eu lieu que plusieurs mois après le premier accident; depuis longtemps il est toujours le même.

Léon ne souffre pas de ce bras, qui est mou, moins gros que l'autre, paraît comme *détaché de l'épaule*, et est doué d'une sensibilité aussi grande que les autres parties du corps.

L'enfant n'a jamais été malade; il n'est pas très gros, mais il paraît jouir d'une bonne complexion. Il est âgé de trois ans neuf mois.

Depuis lors une jeune sœur de l'enfant a succombé à une méningite en quelques jours; une seconde sœur a résisté à une fièvre typhoïde très grave; la troisième jouit d'une bonne santé.

Un an environ après cette série d'accidents si diversement interprétés par des hommes qui tous ont un mérite incontestable, le malheureux enfant fut atteint du croup et succomba dans l'espace de trois jours.

L'autopsie du larynx permit de constater l'existence des fausses membranes. Le père n'ayant consenti qu'à regret à cette exploration superficielle, je me bornai à la dissection de l'aisselle, où je trouvai les troncs nerveux avec leur volume, leur couleur et leur densité habituels.

Le père de cet enfant étant présent à ces recherches, je dus respecter la douleur, malgré mon vif désir de suivre la dissection du plexus brachial depuis son origine jusqu'à son extrémité; il est certaines convenances qu'il faut observer, même au détriment des intérêts de la science.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. HARDY.

Leçons cliniques sur les maladies de la peau (1).

III. LÉSIONS DE L'ÉLÉMENT FOLLICULEUX DE LA PEAU.

Là se présentent plusieurs affections rangées à tort parmi les *acnés*, car elles n'ont nullement le caractère inflammatoire, et on doit les considérer comme de vraies déformations; telles sont :

1° Les *tannes* (*acné punctata* des auteurs). Elles se présentent sous forme de petites saillies arrondies surmontées d'un point noir saillant ou rentrant. Deux portions les composent : l'une extérieure, c'est le follicule lui-même agrandi et hypertrophié ; l'autre, contenue dans le follicule, c'est une matière suifeuse qui peut en être expulsée par des pressions latérales, et qui, s'effilant à son passage à travers l'orifice du follicule, vient sortir sous forme d'un ver. Le point noir qui surmonte le petit cylindre expulsé, et qui n'est autre chose que la matière sébacée épaissie qui se trouvait au niveau de l'orifice et qui a noirci au contact de l'air, complète l'illusion. Ces tannes se montrent surtout au front, sur les ailes du nez, au cou, sous les aisselles, au pubis, dans les points revêtus de poils; et cependant elles ne se forment pas dans les follicules pileux, mais dans les follicules sébacés : et la preuve, c'est qu'on ne voit jamais de poils émerger de leur partie centrale.

Les tannes sont dues à une rétention de matière sébacée dans les cryptes où cette substance est sécrétée; très rarement observe-t-on un léger prurit : aussi les classons-nous simplement parmi les difformités.

On les guérit en les comprimant entre les doigts, de manière à les vider; mais la matière ne tarde pas à s'accumuler de nouveau. Pour empêcher cette rétention, il faut, à l'aide de stimulants, exciter la tonicité des follicules, de manière à y réveiller ce que l'école de Galien aurait appelé la faculté expultrice. De l'eau aiguisée d'eau de mélisse ou d'eau de Cologne, une solution alcaline (2 grammes de sous-carbonate de potasse dans 100 grammes d'eau), etc., appliquées en lotions, remplissent très bien ce but.

2° L'*acné varioliforme* (*varus miliaire* d'Alibert). Ainsi nommé par M. Bazin, parce qu'il est constitué par une petite saillie surmontée d'un point central corné, déprimé comme on en voit dans les pustules de certaines formes de la variole. On le trouve assez souvent au visage, à l'entour des yeux, où il se présente sous l'aspect de petites tumeurs perlées. Il existe aussi au cou, et surtout aux parties génitales. Affectant ce siége, il a été regardé longtemps, mais à tort, comme étant de nature syphilitique ; mais il s'en distingue par l'absence de coloration spécifique, par son point noir central et par cette circonstance, qu'il ne s'ulcère pas. C'est à M. Huguier que l'on doit d'avoir attiré l'attention sur ce sujet.

L'acné varioliforme guérit assez souvent de lui-même. Alors il

(1) Voir les numéros des 9 et 21 juillet.

---

gation de faire les recherches nécessaires pour mettre non-seulement le gouvernement à même de réaliser des économies, mais aussi pour obtenir un médicament actif, sûr et ne pouvant se détériorer par le temps, comme les cantharides que nous recevons de France.

Le 17 août 1851, je fis parvenir à M. Lépine, chef du service pharmaceutique, une certaine quantité de mylabris semblables à l'espèce employée par M. Walker; car, bien que la gravure donnée par le journal médical de Madras pour représenter le *mylabre de la chicorée* fût grossièrement exécutée, il était facile de reconnaître l'identité des insectes.

En réponse à la lettre qui accompagnait cet envoi et où je désignais ces insectes comme des *mylabris cichorii*, M. Lépine me fit connaître qu'il pensait que ce n'était pas là le *mylabris cichorii*, mais bien le *mylabris sidæ*.

Je n'ai pas pu obtenir des Indiens qui ont récolté les mylabres fournis à la pharmacie des renseignements suffisants pour connaître sur quelles plantes on les trouvait aux environs de Pondichéry. Mais M. Alex. Walker nous apprend que dans tout le Dekam (des bords de la Krichena et de la Herbudda au cap Comorin) ils dévorent beaucoup de fleurs, notamment celles des *chicoracées*, du *tribulus terrestris*, du *cléome chélidonée*, d'un grand nombre de *malvacées*. Il les a vus aussi sur des plantes de la famille des *cucurbitacées*. Mais les végétaux dont ils aiment à se nourrir sont le maïs non encore mûr, dont ils détruisent beaucoup de pieds, et surtout la *rose de Chine* (*hibiscus sinensis*). Pour ma part, j'en ai trouvé à terre sur le coteau de Perimbé, et ils n'y paraissaient pas avoir plus d'affection pour une plante que pour une autre.

Le 23 août 1851, j'appliquai à huit heures et demie du matin, sur le bras d'un paralytique, un vésicatoire de poudre de mylabris; à quatre heures du soir, quand j'enlevai l'appareil, la vésication était complète.

J'ai, à la maison de santé, fait d'autres expériences qui m'ont démontré que ce médicament jouissait de propriétés, sinon supérieures, du moins égales à celles des cantharides.

En ville, les trois expériences suivantes m'ont prouvé que la poudre de mylabre avait des propriétés épispastiques supérieures à celles des cantharides dans l'Inde.

Chez une dame atteinte de sciatique, à qui quelque temps auparavant j'avais appliqué sur le mollet un vésicatoire de cantharides qui avait mis *dix-huit heures* à produire une vésication parfaite, j'ai vu la poudre de mylabris déterminer le même effet au bout de *sept heures*. Une religieuse à qui j'avais déjà appliqué huit vésicatoires volants a reconnu au neuvième, dont je lui avais caché la composition, une telle activité, qu'elle n'hésita pas à m'assurer que je n'avais pas prescrit un vésicatoire aux cantharides. Celui-ci, me dit-elle, a commencé à se faire sentir au bout d'une heure après son application. Un dixième vésicatoire produisit des effets analogues, et put être enlevé comme le précédent à la chute du jour; tandis que les anciens vésicatoires, bien qu'appliqués à la même heure, ne pouvaient être pansés que fort avant dans la nuit.

Depuis que j'ai écrit ces lignes (16 septembre 1851), un an s'est écoulé, et je n'ai employé que le mylabre comme insecte vésicant et toujours avec le même succès.

J'ai reçu une lettre de M. le docteur Poupeau, que j'avais prié de faire des expériences sur le mylabris ; il y constate ses énergiques propriétés vésicantes.

J'ai aussi essayé la teinture de mylabris à l'intérieur dans les cas suivants, et j'ai pu me convaincre que les propriétés étaient plus énergiques que celles de la teinture de cantharides préparée de la même manière, c'est-à-dire d'après la formule du Codex.

I. *Cobalou.* Lèpre anesthésique avec une ulcération de mauvaise nature au pied. La teinture a été donnée du 27 février au 10 mars 1852. J'ai commencé par six gouttes et j'ai poussé jusqu'à quatorze. Sous l'influence de ce traitement, l'anesthésie des pieds et des mains a cessé et l'ulcère s'est cicatrisé.

II. *Arlapin.* Lèpre anesthésique et juzam. La teinture a été administrée du 25 mai au 18 juin. Je commence par dix gouttes et je pousse jusqu'à trente-cinq. L'anesthésie des pieds et des mains se guérit, ainsi que les plaies, à la suite desquelles les doigts et les orteils se détachent (*juzam*). Il survient à la dernière époque indiquée une constipation assez rebelle, et l'anesthésie se reproduit de nouveau.

Le 24, la constipation ayant été vaincue, je reprends la teinture à la dernière dose. Il survient de l'ischurie, qui est traitée par des moyens appropriés, et le 27 juin le malade sort ayant la peau des pieds et celle des mains jouissant de la sensibilité tactile.

III. *Minatchy.* Syphilis constitutionnelle. Plusieurs des accidents avaient cédé à un traitement mercuriel prolongé; mais il existait des bubons sous-maxillaires et parotidiens que rien ne pouvait modifier. J'essayai sans succès la teinture d'*asclepias gigantea*.

Du 12 juillet au 11 août, elle fut soumise à l'usage de la teinture de mylabris de dix à douze gouttes. Elle est sortie guérie.

IV. *Fatché.* Ulcères rebelles à la jambe : huit gouttes de teinture de mylabris données pendant onze jours ont amené une guérison vainement demandée à beaucoup d'autres médications.

V. *Batou.* Hypertrophie de la rate. La teinture a été donnée à partir du 4 août jusqu'au 14 du même mois. J'ai commencé par huit gouttes; à douze gouttes, le 8 (2e dose de 12), sentiment de brûlure du canal de l'urètre. Je redescends jusqu'à huit gouttes, mais le malade ne peut tolérer la médication.

Enfin, M. Lépine a enrichi la matière médicale d'un autre insecte vésicant de la même famille, le *mylabris punctata*, dont les propriétés sont très énergiques, ainsi que je l'ai expérimenté.

Ces deux mylabris peuvent donc être mélangés sans inconvénient.

En résumé, ces insectes, que l'on trouve dans toute l'Inde et que l'on peut se procurer à bon marché, qui ont des propriétés que je considère comme supérieures à celles de la cantharide, doivent dans l'Inde désormais remplacer la mouche d'Espagne, d'autant mieux que sous notre ciel brûlant, après de longues traversées, celle-ci ne se trouve que rarement à l'état de médicament d'une action sûre.

Je pense, en outre, qu'à Bourbon, à Madagascar, dans nos stations de l'Indo-Chine, il y aurait aussi avantage et économie à employer nos mylabres comme agents épispastiques.

Pourrait-on en faire l'objet de transactions commerciales avec l'Europe ? Je manque d'éléments pour trancher la question.

s'enflamme, une petite pustule se montre à son sommet, s'ouvre ; le follicule se vide par l'ouverture accidentellement formée, et la tumeur s'affaisse et disparaît.

Quant au traitement, il se compose de lotions alcalines ou sulfureuses ; mais si ces moyens ne réussissent pas, il faut avoir recours à une petite opération chirurgicale : on incise avec la pointe d'une lancette le sommet de la petite tumeur, et l'on peut énucléer facilement avec les ongles le follicule hypertrophié. La cicatrice qui en résulte est si petite qu'elle devient promptement inappréciable.

3° *Molluscum.* — C'est une affection assez rare ; nous en possédons actuellement deux exemples dans notre service (voir la *Revue hebdomadaire* du samedi 18 juin dernier). Quel traitement faut-il opposer à cette affection ? Celui que nous avons mis en usage est des plus simples : il consiste dans l'emploi des bains alcalins et sulfureux, et les frictions avec l'huile de cade pure. Par l'emploi de ces moyens la maladie a déjà disparu en grande partie, mais les progrès sont assez lents ; ces femmes sont dans le service depuis plusieurs mois. Ne pourrait-on pas activer la guérison en se débarrassant des plus grosses tumeurs à l'aide d'une petite opération chirurgicale, c'est-à-dire par l'excision ou la cautérisation ? C'est ce que nous nous proposons de faire.

IV. Lésions de l'élément papillaire.

Les hypertrophies papillaires donnent naissance aux *verrues.* Ce sont de petites tumeurs dures, pédiculées ou sessiles, fendillées au sommet, sans changement de couleur à la peau ; elles sont parfois très nombreuses, et se rencontrent plus particulièrement aux mains, au visage, au cou, aux parties génitales. Ce dernier siége donne lieu, de même que l'acné varioliforme, à de graves méprises, et cela d'autant plus aisément, que les verrues se développent assez souvent comme accessoire aux manifestations de la syphilis, mais sans participer à leur nature.

Les verrues s'observent très souvent chez les hommes qui travaillent à la terre ; les jardiniers, par exemple. Elles paraissent réellement, et quoi qu'on en ait dit, se communiquer quelquefois par contagion ; cela se voit surtout chez les enfants, qui en contractent aux mains après avoir joué avec d'autres enfants qui en étaient affectés.

Le moyen le plus prompt et le plus certain de guérir les verrues, c'est de les amputer et de cautériser assez profondément avec le nitrate d'argent ou un acide concentré la petite plaie qui résulte de l'ablation. Au reste, ces deux moyens, l'ablation et la cautérisation, peuvent être employés séparément ; mais il vaut mieux les associer. Cependant, chez les femmes, chez les enfants, qui redoutent les opérations, on pourra tenter des moyens plus doux qui réussissent quelquefois : ainsi, des lotions vinaigrées répétées matin et soir ; l'application plusieurs fois répétées du suc de certaines plantes, telles que la chélidoine, l'euphorbe, etc... Quant à celles qui compliquent la syphilis, il faut les opérer et cautériser profondément, car elles sont très rebelles.

V. Lésions de l'épiderme.

Elles donnent lieu à des productions d'aspect très divers.

1° *Cors et durillons.* — On appelle *durillons* des agglomérations de lamelles épidermiques qui se forment très fréquemment sur la face dorsale des orteils pressés par les chaussures, ou bien à la face palmaire des mains chez les ouvriers employés à des travaux pénibles. Ces petites masses indurées compriment douloureusement la peau : les ramollir à l'aide de bains tièdes simples ou émollients et en pratiquer l'ablation avec un instrument tranchant, tels sont les seuls moyens qu'il convient d'appliquer à ces accidents.

Le *cor* est bien aussi formé par une accumulation de matière épidermique, mais la disposition en est différente : ici c'est une petite masse conique, un véritable clou qui pénètre plus ou moins profondément dans l'épaisseur de la peau et exerce sur les parties sensibles du derme une compression des plus douloureuses. Certains pédicures, doués d'une grande habileté, parviennent quelquefois à détacher entièrement le petit cône qui constitue le cor sans entamer la peau dans laquelle il plonge, et à procurer ainsi une guérison radicale ; mais le plus ordinairement la pointe ou le sommet du clou reste dans les parties, et la cure n'est que palliative.

2° *De l'ichthyose* (du grec ἰχθύς, poisson). — C'est un état fort singulier de la peau qui est recouverte en totalité ou en partie d'écailles épidermiques, juxtaposées ou imbriquées, minces, ou bien au contraire très épaisses et cornées. Il y a plusieurs variétés de l'ichthyose.

Ichthyose simple. — Ici les écailles d'épiderme sont disposées de deux manières :

1° Placées les unes à côté des autres et séparées par des lignes qui se coupent réciproquement de manière à circonscrire des espaces losangiques, comme on le voit chez certains reptiles sauriens ou ophidiens ;

2° Les écailles se recouvrent en partie les unes les autres, comme les tuiles d'un toit, ou, plus exactement encore, comme les écailles des poissons ; de là ces fables d'hommes poissons dont il est parlé dans les auteurs anciens. C'est à cette forme qu'on donne le nom d'*ichthyose nacrée*, en raison de l'aspect brillant que présentent parfois les lames d'épiderme ; dans d'autres cas, elles sont ternes et sales.

L'ichthyose ne s'accompagne d'aucun symptôme particulier ; la santé générale est parfaite ; il n'y a ni démangeaisons ni douleur ; seulement, sur les parties altérées la transpiration est entièrement abolie. Certains sujets en sont couverts des pieds à la tête, à l'exception toutefois de la paume des mains, de la plante des pieds, des aisselles et souvent du visage. Dans l'ichthyose, les écailles persistent et ne tombent pas comme dans le psoriasis. On les voit quelquefois se détacher à l'époque du printemps pour reparaître à l'automne, donnant lieu ainsi à une guérison temporaire pendant l'été.

L'*ichthyose cornée* diffère de la précédente par plus d'épaisseur et de sécheresse ; tantôt la surface tégumentaire est dure, résistante comme une peau d'éléphant ou de rhinocéros ; d'autres fois les productions épidermiques forment à la surface extérieure des saillies plus ou moins aiguës, assez analogues aux piquants du porc-épic.

L'ichthyose est habituellement congénitale et très souvent héréditaire. Certaines familles sont devenues célèbres pour avoir exposé à la curiosité publique des hommes porcs-épics pendant plusieurs générations.

Ici encore nous répéterons ce que nous avons déjà dit tant de fois dans le courant de cette leçon : il ne s'agit que d'une altération particulière de l'épiderme, mais non d'une véritable maladie.

Tous les praticiens sont d'accord sur un point, c'est que l'ichthyose est au-dessus des ressources de l'art : frictions, onctions, bains de toute nature ont été employés ; rien n'a réussi. On a cru être plus heureux avec l'hydrothérapie ; mais la légère amélioration obtenue n'a pas duré longtemps, les écailles ont reparu bientôt.

La sécrétion exagérée de l'épiderme peut déterminer la formation de productions tout à fait semblables aux cornes des animaux, des béliers, par exemple. Cette bizarre difformité s'observe surtout chez les vieillards : c'est à la chirurgie à en faire justice par l'extirpation.

VI. Lésions de tous les éléments de la peau.

Kéloïde. — La kéloïde, ainsi nommée par Alibert à cause de la ressemblance qu'il lui trouvait avec un crabe (χηλη, patte de crabe), est une affection complexe et assez rare, dont la véritable nature nous est encore inconnue. C'est une tumeur ovale, allongée, aplatie, quelquefois déprimée au centre, offrant parfois des prolongements latéraux qui lui donnent quelque ressemblance avec un crabe, ou tout autre animal aplati. Il y a quelquefois, mais rarement, de la douleur ; c'est cette circonstance qui avait engagé Alibert à rapprocher la kéloïde du cancer, avec lequel elle n'a en réalité aucune analogie, puisqu'elle ne s'ulcère pas et ne donne jamais lieu aux accidents de l'infection et de la cachexie cancéreuse. La kéloïde paraît formée par l'hypertrophie de tous les éléments de la peau. Rebelle à tous les moyens de traitement, sans autre inconvénient, le plus souvent, que la difformité qu'elle occasionne, elle n'est pour le médecin qu'un objet de curiosité, et on l'abandonne généralement à elle-même.

MÉDECINE LÉGALE.

Observation et rapport médico-légal relatifs à un cas rare d'infanticide,

Par M. A. Toulmouche,

Professeur à l'École de médecine et de pharmacie de Rennes, membre correspondant de l'Académie impériale de médecine, etc.

Les cas ordinaires d'infanticide si communs, pour lesquels les médecins légistes sont appelés chaque jour devant les cours d'assises, ne sont pas ceux qui jettent dans leur esprit le plus de doutes, et qui leur offrent le plus de difficultés. Les hommes de l'art établissent, en effet, assez bien, à l'aide des données positives de l'expérience et de l'observation, l'âge de l'enfant, s'il a respiré complétement ou vécu ; mais il n'en est pas toujours de la sorte relativement à la cause de leur mort.

C'est toujours dans cette partie de leur tâche que la défense s'évertue à élever des doutes, à faire naître des contradictions.

Il serait donc bien important de pouvoir établir les signes anatomiques propres à caractériser l'action de certaines causes de destruction, surtout lorsqu'elles sont insolites.

On connaît expérimentalement les traces laissées par la strangulation, celles notées à la suite de l'asphyxie par submersion, celles qui résultent de la privation d'air par occlusion de la bouche et des fosses nasales au moyen de la main, d'un tampon de linge, ou de toute autre substance ; celles qui proviennent de percussions violentes de la tête, mais on connaît beaucoup moins bien celles qui sont la suite de mutilations et d'hémorrhagies.

Les traités *ex professo* de médecine légale ne peuvent tout indiquer, les auteurs ne devant relater que ce que leur expérience plus ou moins grande les a mis à même d'observer. Il faut donc que les cas difficiles, en dehors de ceux cités dans ces ouvrages, soient publiés, lorsque le hasard en fait rencontrer, afin que les médecins, qui sont exposés à les trouver sur leur route, puissent s'étayer de ceux-ci pour adopter une ligne de conduite rationnelle et déjà tracée. Ce sont ces considérations qui m'ont engagé à publier le fait suivant :

Aux dernières assises de la Cour d'appel de Rennes, il a été évoqué une affaire d'infanticide d'un intérêt réel pour la science. Le 16 avril 1852, le maire du bourg de Servan, département d'Ille-et-Vilaine, apprit par des bruits publics que la fille Séverine L... était accouchée, et qu'on ne savait pas ce qu'était devenu l'enfant. Il crut devoir se rendre vers neuf heures et demie du soir au cabaret des époux L... La porte était fermée. Ils refusèrent d'abord d'ouvrir, mais ce fonctionnaire s'étant fait reconnaître, il fut introduit dans une pièce servant habituellement aux buveurs, et ayant une porte qui s'ouvrait sur un jardin et une autre qui communiquait avec une chambre où couchait Séverine L..., et dont une porte donnait également dans le jardin. Il fit part aux époux L... du motif de sa visite et leur demanda si leur fille était accouchée. Ils déclarèrent l'ignorer entièrement.

Séverine L... nia avec énergie. Le père offrit de la faire visiter par le chirurgien de la localité, ce qui eut lieu. La déclaration par cet officier de santé d'un accouchement récent fut affirmative. La fille L... opposa de nouvelles dénégations. M. B..., du bourg de Noyal, fut appelé et confirma les observations de son confrère. Dès lors, le maire de Servan crut devoir transmettre ces renseignements au procureur de la république, et le lendemain, j'accompagnai, avec mon collègue Guyot, ce magistrat et M. le juge d'instruction assisté de son greffier au bourg de Servan.

Séverine L... essaya encore une fois de nier qu'elle fût accouchée, mais sur l'invitation qui m'en fut faite, et après avoir prêté le serment exigé par la loi, je dus procéder à la visite de cette fille. Je reconnus par l'état des mamelles, l'abondance du lait qu'on faisait jaillir des mamelons, la couleur de ces derniers, la largeur de l'ombilic, l'écartement des muscles droits, le raphé brunâtre sous-ombilical, les vergetures du ventre, la facilité de sentir le fond de l'utérus à 8 centimètres au-dessous du nombril, l'engorgement de la vulve, la déchirure de la fourchette, la fissure du col de la matrice, sa dilatation, l'écoulement de fluide lochial par le vagin, que la fille L... était accouchée à terme et récemment.

Vaincue enfin par l'évidence et par les instances de sa mère, Séverine L... avoua qu'étant accouchée la nuit, elle avait étouffé son enfant, puis qu'elle l'avait coupé par morceaux à l'aide de son couteau, pour qu'il pût entrer dans son vase de nuit et être plus aisément caché ; qu'elle l'avait ensuite transporté dans le jardin et jeté dans une fosse d'aisances, où elle avait enfoncé chaque partie avec un bâton.

D'abord les recherches qu'on y pratiqua furent vaines. Mais bientôt la fille L... indiqua d'une manière précise l'endroit où elle avait enfoui les restes de son enfant. Ils furent extraits successivement. Les fragments, à mesure qu'on les retirait, étaient lavés, rassemblés, et furent portés dans la maison.

Chargé par M. le juge d'instruction de procéder avec mon collègue à l'examen de ces restes et de constater si l'enfant était né viable, s'il avait vécu, si les mutilations avaient été faites pendant la vie et avaient été cause de la mort, je prêtai de nouveau le serment de remplir avec honneur et conscience la mission qu'il me confiait, et je notai ce qui suit :

Après avoir rassemblé toutes les portions séparées de l'enfant nouveau-né qu'on venait d'extraire de la fosse d'aisances, je pus reconstituer presque en entier le petit cadavre, et alors procéder à son examen.

État extérieur des parties. — La tête avait été séparée du tronc à l'aide d'un instrument tranchant, le thorax coupé en travers obliquement d'arrière en avant, et de haut en bas, la section se terminant au-dessous de l'appendice xiphoïde et la séparant de l'abdomen, qui donnait issue en partie, par cette large ouverture, aux viscères qu'il renferme.

Les organes génitaux avaient été coupés ras le pubis. Les bourses, enlevées en même temps, contenaient les testicules. Le membre thoracique gauche avait été séparé du tronc à l'épaule, puis coupé au coude. La main tenait à l'avant-bras, mais le pouce était coupé et pendait par un lambeau de peau. L'index avait été également séparé à sa base et le médius à la première phalange ; il ne tenait plus que par une portion de peau. Le petit doigt et l'annulaire étaient intacts : on voyait sur la face dorsale de la première phalange de ce dernier une plaie faite avec le même instrument tranchant, et sur celle de la même main une autre à lambeau inférieur, de forme légèrement courbe et de 1 centimètre et demi de longueur : enfin, vis-à-vis l'articulation du poignet, sur la même face, une autre section oblique.

Le membre thoracique droit avait été séparé du tronc, le bras de l'avant-bras. La main tenait encore à ce dernier, mais il y manquait le pouce, les doigt médius et annulaire, qui avaient été coupés à l'articulation de la première phalange avec la seconde. On remarquait à la paume de cette main un vaste plaie à lambeau qui se portait obliquement de la base du métacarpien du pouce à celle du petit doigt, et qui intéressait toute l'épaisseur des parties molles.

Le membre abdominal gauche avait été coupé obliquement près du tronc. L'instrument, dans cette section, avait traversé toute l'épaisseur du col du fémur. La jambe avait été désarticulée au genou, et le pied séparé dans son articulation avec la première. Tous les orteils, moins le petit, avaient été coupés complétement dans l'épaisseur des premières phalanges. Le membre abdominal droit présentait exactement les mêmes mutilations.

Je ne pus mesurer avec précision la longueur de l'enfant en réunissant tous les morceaux. Les résultats eussent été erronés. Mais en les pesant tous, ils donnaient un poids de 2 kilogrammes 286 grammes. Seulement, il faut observer qu'il manquait à la pesanteur réelle les cinq sixièmes du cerveau et toute la quantité de sang qui s'était écoulée par les sections, et que l'on pouvait évaluer au moins à 1 kilogramme.

Les ongles, parfaitement formés, dépassaient la pulpe des doigts ; le centre des épiphyses des fémurs était occupé par un point d'ossification rougeâtre.

Tête. — Elle était ouverte, et le cerveau, ramolli et un peu rougeâtre, s'en était presque entièrement écoulé. Les cheveux étaient bruns, longs de 2 centimètres et demi. La séparation de la tête du tronc avait été effectuée à l'aide d'un instrument tranchant, entre la seconde et la troisième vertèbre cervicale.

On put mesurer les divers diamètres. Ainsi, le bipariétal avait 9 centimètres, l'occipito-frontal 11 et l'occipito-mentonnier 13. On remarquait au crâne d'affreuses mutilations. En effet, il avait été ouvert avec un instrument à l'aide duquel on y avait effectué une large incision, commençant vis-à-vis la fontanelle antérieure et supérieure, dans laquelle on en avait profondément plongé la pointe, coupé les os avec le tranchant, en le dirigeant en demi-cercle jusqu'à 1 centimètre et demi au-dessus de l'arcade orbitaire droite, remontant irrégulièrement à 5 centimètres au-dessus de l'oreille correspondante et venant se terminer en dehors et au-dessous de la bosse occipitale gauche. Cette incision irrégulière intéressait en même temps toute l'épaisseur des os et les membranes du cerveau.

On découvrait à 3 centimètres au-dessus de l'oreille droite une trouée des téguments telle qu'en pourrait faire la pointe d'un couteau, laquelle correspondait à une fracture irrégulière de la partie inférieure moyenne du pariétal correspondant et d'une partie de l'os frontal.

Au côté opposé de la tête, on notait une large plaie demi-circulaire présentant sa convexité en avant, ayant 7 centimètres de longueur, laquelle avait intéressé nettement le pariétal dans toute cette étendue.

En dehors de l'œil gauche, on voyait une plaie profonde qui pénétrait dans l'épaisseur de l'os malaire, du maxillaire et du rocher, qu'elle avait traversé dans toute son épaisseur de manière à aboutir dans l'intérieur du crâne. Elle avait 3 centimètres et demi de longueur.

On découvrait à la base du nez une plaie transversale, irrégulière, longue de 6 centimètres, laquelle intéressait toute l'épaisseur des os de la face, qu'elle avait séparés de ceux du crâne. En y plon-

geant le doigt, qu'on pouvait enfoncer au delà de la première phalange, on sentait que les os avaient été broyés, surtout en le dirigeant à gauche.

On remarquait encore sur le dos du nez une autre plaie transversale parallèle à la précédente, longue de 4 centimètres et demi, laquelle avait lésé en totalité ses os propres, mis à nu l'os maxillaire droit, et formait un vaste lambeau pendant auquel le bout du nez était resté attaché.

Il n'existait aucun corps étranger dans la bouche ni dans le larynx.

Ces différentes parties ne présentaient aucun signe de putréfaction.

Thorax. — Il était bombé, avait été séparé du reste du tronc à sa base par une section oblique. Les poumons, le cœur et le thymus en furent enlevés. Plongés dans l'eau, ils en regagnèrent rapidement la surface. Ils pesaient 77 grammes.

Les poumons furent séparés. Ils étaient rosés, crépitants. Le droit pesait 22 grammes. Plongé dans l'eau, il surnageait, même après avoir été comprimé entre les doigts. Le lobe supérieur ne pouvait pas être enfoncé dans le liquide. Une portion soumise une première fois à une pression de 60 kilogrammes en gagnait rapidement la surface, et de même après une seconde compression. Des portions des deux autres lobes essayées de la même manière donnèrent des résultats tout à fait identiques. Le poumon gauche pesait 18 grammes; il surnageait, même après une forte pression entre les doigts. Il en était encore de même pour les diverses portions de ses lobes soumises à de doubles pressions de 60 kilogrammes, qui les avaient réduites à l'état de membranes et en quelque sorte désorganisées. Tous ces petits fragments regagnaient rapidement la surface du liquide.

Le thymus et le cœur, plongés dans un vase rempli d'eau, en gagnaient rapidement le fond. Le dernier organe était de volume normal, le trou de Botal encore ouvert.

Les bronches ne renfermaient pas de mucus spumeux.

Abdomen. — Le ventre avait été séparé du thorax à la base de ce dernier, en sorte qu'une partie des viscères faisait hernie à travers cette large section.

Le foie était pâle, exsangue; la rate dans l'état naturel.

L'estomac était vide, ne contenait que du mucus blanc avec une légère teinte rougeâtre. Les intestins grêles étaient dans le même cas. Le cœcum renfermait du méconium jaunâtre, qui dans le côlon ascendant devenait verdâtre, puis vert dans l'arc transverse, et enfin d'un vert noirâtre et plus épais dans l'S iliaque et le rectum.

Les reins multilobés étaient sains, la vessie contractée et vide.

Conclusions. — De ce qui précédait je conclus :

1° Que l'enfant dont j'avais examiné les diverses portions était né à terme et qu'il était d'une forte constitution;

2° Qu'il avait vécu et complétement respiré;

3° Que les nombreuses mutilations observées, surtout celles à la tête, avaient dû être la cause déterminante de la mort;

4° Que les seules remarques qui pussent faire présumer que ces ponctions avaient été opérées pendant la vie étaient l'état de viduité des cavités du cœur et des vaisseaux, celui exsangue du cœur, et la pâleur générale de la peau;

5° Qu'enfin le couteau qui nous avait été présenté avait pu servir à opérer les mutilations et des blessures propres à occasionner la mort, et que le vase de nuit, que M. le juge d'instruction avait fait apporter, était d'une capacité à pouvoir contenir tous les fragments du cadavre, comme je le vérifiai expérimentalement.

L'affaire de Séverine L... avait été appelée à la session d'août de la cour d'assises d'Ille-et-Vilaine; mais au moment où les débats allaient commencer, une lettre anonyme fut remise au parquet du procureur de la république. On y déclarait que cette jeune fille n'était pas coupable, que son père et sa mère étaient les auteurs du crime, et à l'appui de cette assertion on désignait les témoins qui pouvaient le déclarer. L'affaire fut renvoyée à la session suivante, et bientôt on apprit que la lettre avait été écrite par le père de l'enfant de la fille L..., qui, après l'avoir séduite et rendue mère, l'avait vainement demandée en mariage à ses parents.

Séverine L..., à l'audience, se contenta de répondre aux questions que lui adressa le président : *Je suis désormais une fille perdue, je prends tout sous ma responsabilité*, et persista dans cette réponse, bien que l'avocat général lui demandât si, après avoir commis un infanticide, elle voulait par ses réticences commettre un parricide moral.

Les témoins entendus, je fis connaître les résultats de l'examen nécroscopique auquel je m'étais livré sur les diverses portions de l'enfant soumises à mes investigations, ceux des expériences docimasiques faites sur les poumons, et enfin, en les motivant, chacune des conclusions que j'avais été amené à tirer de l'étude attentive des parties.

Une longue série de témoins vint établir que dès quatre heures du matin Séverine L... était seule levée dans la maison, que pendant la nuit on l'avait vue à plusieurs reprises dans le jardin, qu'elle avait avoué que la colique dont elle était malade avait commencé à minuit, et qu'elle s'était efforcée de faire croire à une perte de sang.

L'accusée soutint à l'audience qu'elle était accouchée de jour, que son enfant était mort, et qu'elle ne l'avait coupé par morceaux que le soir.

Quelques témoins déclarèrent que, dans le pays, l'opinion était que les parents de la jeune fille auraient au moins aidé à commettre le crime.

Le ministère public soutint l'accusation; le président en résuma les moyens, ainsi que ceux de la défense habilement conduite, et les jurés, une demi-heure après, rapportèrent un verdict de culpabilité avec admission de circonstances atténuantes.

La cour, après avoir délibéré, a condamné Séverine L... à la peine de vingt années de travaux forcés.

Dans le cas que je viens de relater, le médecin légiste expert appelé ne pouvait démontrer que les horribles mutilations exercées sur cet enfant nouveau-né avaient été exécutées pendant qu'il vivait et qu'elles avaient été la seule cause déterminante de la mort qu'en prouvant que l'enfant n'avait pas été asphyxié d'abord, et qu'il n'offrait aucune autre lésion propre à expliquer l'état exsangue général. Or, si ce nouveau-né eût été tué soit par la strangulation, soit à l'aide de l'occlusion de la bouche par la main appliquée sur elle ou par tout autre moyen propre à intercepter l'entrée de l'air, on eût rencontré autour du cou la trace de liens, et autour de l'ouverture buccale celle de légères contusions; les vaisseaux de la face et ceux de l'intérieur du crâne auraient été plus ou moins distendus par du sang, les poumons congestionnés, ainsi que les autres organes. Eh bien! l'inverse avait lieu. L'asphyxie par submersion ne pouvait être invoquée, puisque la trachée et les bronches ne renfermaient aucun mucus spumeux.

La seule cause de mort qu'il restât à signaler était donc la multiplicité des blessures à la tête et les mutilations exécutées très certainement immédiatement ou peu après celles-ci. En effet, dans le grand nombre d'infanticides dont j'ai été appelé à déterminer les causes, j'ai toujours constaté que, lorsque les sévices employés pour déterminer la mort sont des blessures, elles sont constamment dirigées sur la tête, par suite de cette idée généralement répandue parmi le peuple que les fontanelles, lorsqu'on vient à y enfoncer une pointe, permettent d'arriver au cerveau et de tuer instantanément. Aussi, les filles mères qui ont la barbarie d'immoler leurs enfants dirigent-elles ordinairement leurs coups sur cette partie. Ainsi, elles la frappent avec des pierres, des sabots, ou tout autre instrument contondant, un couteau; ou bien, elles la lancent contre un corps dur, tel qu'un mur, le sol.

Dans l'espèce, Séverine L... se servit de son couteau pour l'enfoncer à plusieurs reprises dans le cerveau et pour en labourer les os, puis pour couper ensuite le cou et successivement les autres parties; ou bien une main étrangère et coupable exécuta ces diverses mutilations.

Si ces sections n'avaient été effectuées que le soir, lorsque déjà depuis le matin, ainsi que l'assurait la fille L..., l'enfant était mort étouffé par elle, on n'aurait pas observé une pâleur générale de la peau, un état exsangue du foie, les cavités du cœur vides de sang; mais on eût, au contraire, trouvé ce liquide en partie coagulé et en partie fluide, en quantité ordinaire dans les vaisseaux, dans l'intérieur des ventricules et des oreillettes, et même, dans le cas d'asphyxie préalable, il eût plus ou moins fortement congestionné les organes.

Or, le contraire fut observé. Il a donc fallu une hémorrhagie rapide et considérable pendant la vie pour produire les résultats notés. C'est aussi ce qui certainement a eu lieu. Ne sait-on pas, d'ailleurs, que, chez les animaux qu'on fait périr d'hémorrhagie, on remarque ordinairement les phénomènes relatés chez l'enfant de la fille L...?

Ce sont toutes ces considérations développées à l'audience qui ont amené le jury à se prononcer affirmativement sur la culpabilité de Séverine L..., qui n'a dû d'échapper à une condamnation capitale qu'aux doutes habilement soulevés par son défenseur sur la main qui avait, en réalité, exécuté les nombreuses mutilations pratiquées sur le corps de cet enfant. (*Ann. d'hyg. et de méd. légale.*)

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Emploi du tartrate de quinine dans les fièvres intermittentes.

Le docteur Bastille, médecin à Farnèse de Cestre (Toscane), a publié un long mémoire sur l'action du sulfate de quinine uni à l'acide tartrique dans les fièvres intermittentes, et voici les conclusions auxquelles il est arrivé après de nombreuses expériences relativement à l'action, à la dose et à l'époque de l'administration de ce nouveau médicament :

1° Le sulfate de quinine uni à une quantité égale d'acide tartrique est de fait plus actif à doses égales que le sulfate de quinine simple, plus avantageux dans la pratique à cause de la dose moindre avec laquelle on triomphe de tout accès de fièvre intermittente, et sous le rapport économique préférable au même sulfate de quinine, qui déjà est la moins coûteuse de toutes les préparations quiniques.

2° On peut établir en général qu'il faut la moitié moins de ce médicament comparativement au sulfate de quinine, qui est considéré comme le plus actif de tous les autres sels quiniques. Cependant on ne peut pas le déterminer d'une manière absolue dans les différentes espèces de fièvres périodiques, parce qu'il est sujet, dans ces cas, aux mêmes règles que les praticiens ont établies pour l'administration des périodiques. Ainsi, par exemple, l'auteur a vu que dans les mois de juillet, août et septembre, à conditions égales, il lui fallait une plus forte dose du fébrifuge que dans les autres mois; que la dose devait être d'autant plus forte que l'accès avait été plus violent; que, dans les fièvres périodiques pernicieuses, il a fallu toujours une dose beaucoup plus considérable (et ici il entre dans des détails que la nature de notre travail ne nous permet pas de rapporter, quoique d'une certaine importance pratique).

3° Quant à la manière et au temps d'administrer le sulfo-citrate de quinine, on peut dire qu'il est plus actif si on le donne dissous dans une petite quantité de véhicule et si on le fait prendre dans la période de la sueur.

Ensuite, sous le rapport économique, il est d'une grande utilité, ce qui soulage beaucoup la classe pauvre et laborieuse, qui, par son genre de vie, est le plus exposée à l'action des causes qui développent les fièvres intermittentes, et aussi celle qui manque plus que tout le reste de la population des moyens nécessaires pour se soigner. Le docteur Bastille, depuis qu'il a fait usage de ce médicament fébrifuge, a pu observer que ces malheureux campagnards, qui auparavant négligeaient de se soigner faute d'argent, avaient plus de soin d'eux-mêmes; que le nombre des rechutes était moindre, et qu'on était plus empressé d'y porter remède. C'est aussi un grand avantage économique pour les hôpitaux et les autres établissements de bienfaisance publique, ce qui est un objet d'un haut intérêt et digne d'une sérieuse considération de la part de tous ceux qui ont la direction de ces établissements.

Onguent d'urate d'ammoniaque. — Expériences de M. Bauer.

Cinq années d'observations ont démontré au docteur Bauer l'efficacité de ce remède contre les affections cutanées chroniques et les tubercules du poumon. Cet onguent est composé de 8 à 32 grammes d'urate d'ammoniaque sur 32 grammes d'axonge, et on l'applique avec un pinceau sur le siége de l'éruption matin et soir; on obtient ainsi la guérison en deux ou trois semaines. Dans l'affection tuberculeuse du poumon, l'onguent doit être alternativement appliqué sur les faces antérieure et postérieure de la poitrine. Lorsqu'on emploie cette méthode curative, il faut qu'il n'y ait aucune complication inflammatoire. Dans la Colombie (Amérique du sud), où la lèpre domine beaucoup, on n'élève aucun doute sur les effets salutaires du guano administré à l'intérieur et à l'extérieur. M. Lallemand le trouve aussi efficace contre la *morphie* du Brésil; et tout le monde sait que l'urate d'ammoniaque est pour ainsi dire la partie dominante de cette substance.

Propriétés emménagogues du chloroforme.

Le docteur Gibson rapporte, dans le *Medical examiner*, cinq cas dans lesquels les menstrues étant irrégulières ou insuffisantes, ou même supprimées complétement, l'inhalation un peu prolongée du chloroforme provoqua au bout de vingt ou trente minutes l'écoulement du flux cataménial.

Aux faits rapportés par Gibson, M. Van Oye en ajoute un autre, dans le journal les *Annales médicales*. Appelé il y a quelques mois près d'une jeune fille réglée depuis longtemps, et chez laquelle la menstruation avait manqué dans les deux derniers mois, il administra le chloroforme par inhalation, et à l'intérieur, afin de combattre des accidents hystériques très graves. Cet agent eut pour effet non-seulement de dompter les spasmes qui avaient envahi successivement différents organes, mais aussi de faire revenir les règles; du moins elles parurent après un laps de temps fort court contre toute attente. Le docteur Van Oye ajoute qu'il a pu déjà se convaincre qu'en plusieurs cas, où il avait prescrit le chloroforme à l'intérieur contre la dysménorrhée, celui-ci a exercé une influence très prompte sur le système nerveux.

Le chloroforme sans doute est emménagogue, comme l'opium, le castoréum, la valériane, l'éther, etc., c'est-à-dire qu'il fait cesser l'altération nerveuse qui fait obstacle au flux menstruel.

Les vétérinaires sont moins heureux que nous au Salon de cette année. Nous avons justement loué les tableaux de M. Matout destinés à l'amphithéâtre de l'Ecole de médecine. Voici le jugement que portent le *Journal des Débats* et le *Recueil de médecine vétérinaire* sur le tableau destiné à orner la cour d'entrée de l'Ecole d'Alfort :

« Autant je suis disposé, dit M. Delécluse, à louer le beau travail de Mlle Rosa Bonheur, autant j'ai éprouvé de chagrin en voyant l'emploi qu'a fait cette année de son talent M. Frémiet, qui a modelé un jeune *cheval de trait* dont une jambe est cassée, et qui est destiné à être abattu à Montfaucon. Sous le rapport de l'imitation, le modèle est certainement digne d'éloges, et parmi ceux qui sculptent les animaux, M. Frémiet est au premier rang; mais c'est le goût qui règne dans son ouvrage que je blâme. Il y a dans la nécessité d'abattre les animaux que l'art ne peut guérir, ainsi que ceux qui servent à notre nourriture, quelque chose de fatal qui avertit que tout spectacle de ce genre doit être éloigné des yeux du public, d'abord pour ne pas faire naître des émotions et une sensibilité stériles, mais plus encore afin d'éviter des spectacles sanglants à la multitude. Or, le pauvre animal qu'a si bien représenté M. Frémiet a les yeux couverts d'un masque de cuir, et en s'appuyant sur sa longe comme pour éviter son sort, la queue serrée, les oreilles couchées, il lève douloureusement la tête, cherchant la lumière et tremblant de tout son corps sur les trois jambes qui peuvent encore le soutenir. Qu'un statuaire ou un peintre nous représente un homme condamné à mort, en le conçoit: ou l'homme est coupable, et il peut se repentir; ou il est innocent, et il reste fort de sa conscience et de l'espérance qu'il a en Dieu. Dans ces deux cas, il peut y avoir moralité utile à ceux qui voient un pareil ouvrage. Mais si l'on nous montre un pauvre limonier plein de force et de vie qui s'est cassé la jambe au-dessus du boulet, et que l'on met à mort parce qu'on ne peut le guérir, c'est une de ces tristes réalités dont on aurait tort de faire parade.

» L'ouvrage a été commandé par le ministère d'Etat, et j'ai entendu dire qu'il est destiné à orner l'Ecole vétérinaire d'Alfort. Sauf meilleur avis, je crois qu'il eût été plus convenable que M. Frémiet mît devant les yeux des élèves un beau cheval en bonne santé, que de les forcer à voir continuellement une belle bête que l'on est obligé d'abattre faute de savoir la guérir. Cela pourrait être pris pour une épigramme. »

Nous avions en effet appris, ajoute le *Recueil de médecine vétérinaire*, il y a quelques mois, de la bouche même de M. Fremiet, qu'il avait reçu du ministre d'Etat la mission d'exécuter l'œuvre d'art dont parle M. Delécluze dans l'article que nous venons de transcrire, et que cette œuvre avait la destination que cet écrivain lui assigne. Nous aimons à croire encore que ce projet ne se réalisera pas, car ce serait une idée bien étrange que de mettre sur le frontispice d'une école vétérinaire un pareil attribut, si habile qu'en soit l'exécution, et de symboliser notre art par ce qui est une démonstration de son impuissance dans certaines circonstances fatales.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Thèse sur les corps étrangers articulaires, par le docteur Morel-Lavallée, chirurgien de l'hospice de Enfants-Trouvés. (Concours pour l'agrégation en chirurgie.) Prix : 3 fr. 50 c. — Chez Victor Masson, place de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Névrologie, ou description et iconographie du système nerveux et des organes des sens de l'homme avec leur mode de préparation; par MM. Ludovic Hirschfeld, docteur en médecine de la Faculté de Paris, et J.-B. Léveillé, dessinateur. Paris, 1853, 10e livraison. In-4°, figures noires, 5 fr.; fig. coloriées, 10 fr. L'ouvrage complet, comprenant 368 pages et 92 planches, fig. noires, 50 fr.; fig. coloriés, 100 fr. — A Paris, chez J.-B. Baillière, rue Hautefeuille, 19.

Recueil de formules publiées jusqu'à ce jour, extraites des journaux français et étrangers, recueillies par l'un des rédacteurs du *Journal de chimie médicale;* supplément à tous les formulaires. In-32, format de poche. Prix : 1 fr. 25 c. *franco* par la poste. Chez Labé, place de l'Ecole-de-Médecine, 23, à Paris.

Épanchements traumatiques de sérosité. In-8°. Par le docteur Morel-Lavallée, chirurgien de l'hospice des Enfants-Trouvés. Chez Victor Masson, place de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur
36, rue de Vaugirard.

N° 88. — MARDI 26 JUILLET 1853. (26e ANNÉE.) N° 88. — MARDI 26 JUILLET 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Pays	Durée	Prix
Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	Trois mois	8 fr. 50 c.
	Six mois	16 »
	Un an	30 »
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	Trois mois	9 fr.
	Six mois	17
	Un an	33
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	Trois mois	10 fr.
	Six mois	20
	Un an	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

HOTEL-DIEU. — M. Trousseau.

Leçons sur la scarlatine.

La scarlatine est une pyrexie exanthématique contagieuse comme la variole, comme la rougeole, d'origine plus récente qu'elles. Mal étudiée par les auteurs qui ont assisté à ses débuts, par Sydenham entre autres, qui n'avait eu à observer que des épidémies de scarlatine fort simples et très peu apparentes, cette maladie, confondue même assez souvent avec la rougeole, a été beaucoup mieux étudiée par les auteurs du siècle dernier, à l'époque où elle ravagea la France, et mieux étudiée encore par les médecins de notre époque, parmi lesquels il faut citer M. Bretonneau, qui a inséré un travail assez court, mais excellent à consulter, dans le *Journal de médecine*.

La scarlatine, si l'on veut suivre les divisions adoptées, doit être étudiée dans sa période d'invasion, d'éruption, de desquamation.

Première période. — La période d'invasion est, comparativement à celles qu'on observe dans les autres exanthèmes, d'une brièveté excessive. En effet, tandis que cette période dure deux jours dans la variole confluente, trois jours dans la variole discrète, de trois à sept jours dans la rougeole, elle est d'une heure, un jour au plus, dans la scarlatine. J'entends par période d'invasion le moment où le malade commence à s'apercevoir de l'action du virus par des troubles appréciables survenus dans sa santé, et qui succède à cette autre période qui s'est passée sans dérangement, sans trouble général, et qu'on appelle période d'incubation. La période d'invasion dure donc depuis l'apparition des premiers troubles généraux jusqu'au moment où la maladie est pleinement déclarée.

Cette considération de la durée de la période, cette invasion brutale dans beaucoup de cas, est d'un grand secours pour le diagnostic ; car, dans certaines circonstances, sur les limites de ces fièvres d'éruption, les caractères distinctifs sont difficilement appréciables, et celui dont je parle est tout à fait caractéristique.

Cette période d'invasion de la scarlatine s'accompagne en outre de quelques phénomènes qu'il faut bien connaître, et qui servent encore à la différencier de la variole et de la rougeole. C'est ainsi que la vivacité du mouvement fébrile est plus grande que dans les autres pyrexies exanthématiques. Le premier jour, le pouls s'élève à 120, 140, 160 pulsations chez quelques individus ; à 200 pulsations chez les enfants. Il n'est pas rare de voir à la même époque des symptômes de malignité consistant dans des soubresauts des tendons, la sécheresse de la langue, les fuliginosités des dents, la suppression des urines, et ces symptômes apparaissent même dans la première journée de l'invasion, tandis que ces phénomènes n'ont jamais lieu dans la variole et la rougeole. En un mot, dès son début, et aussitôt qu'elle a pris possession de l'organisme, elle se manifeste par un caractère particulier de malignité qui lui appartient en propre, et qui ne se retrouve pas à cette période dans les autres maladies exanthémateuses.

Un autre caractère important, qui presque toujours apparaît dans le courant de la première journée de l'invasion, quelquefois dans la première heure, c'est le mal de gorge *pharyngien*, c'est-à-dire mal de gorge qui diffère de cet autre mal de gorge *laryngien* qui s'observe dans la rougeole, qui ne survient que vers le deuxième ou troisième jour, et du mal de gorge de la variole, qui ne se montre qu'à une période plus avancée, lorsque l'éruption pustuleuse a paru. La douleur qui accompagne l'angine scarlatineuse peut encore servir à la différencier en ce qu'elle a une intensité plus considérable.

Tels sont les caractères qui accompagnent l'invasion de la scarlatine ; voyons maintenant l'éruption et les phénomènes qui l'accompagnent.

Deuxième période. — L'éruption s'étend du premier au quinzième jour, quoique dans le plus grand nombre de cas elle ne dépasse pas le huitième ou le neuvième jour ; mais en lui assignant une évolution de quinze jours de durée, j'ai voulu vous donner la mesure de son peu de régularité.

De toutes les fièvres exanthématiques, la scarlatine est, en effet, celle dont la durée de l'éruption est la plus irrégulière. Ainsi, elle est quelquefois tellement fugace, que le médecin qui la voit le matin ne la retrouve plus le lendemain. D'autres fois, au contraire, elle dure sans interruption jusqu'au quinzième jour, et peut encore être facilement constatée à cette époque avancée. Ce caractère ne se retrouve ni dans la variole, où l'éruption, au contraire, présente dans sa marche une fixité telle qu'on peut dire, en examinant les pustules : la maladie a tant de jours de durée, ni dans la rougeole, où l'éruption s'efface au septième jour et disparaît au neuvième.

L'éruption apparaît d'abord au visage, et n'est pas, à beaucoup près, aussi vive que celle de la rougeole. Elle se traduit par un peu de tuméfaction du visage accompagnée d'une rougeur vergetée, et qui ressemble à celle qui se produit quand on frappe la peau avec une surface un peu inégale, comme la main, par exemple. Cette rougeur, inégalement répartie sur la surface cutanée, présente encore une particularité à noter ; ainsi, tandis qu'une joue, un côté du cou prendront la teinte de l'éruption, les mêmes parties du côté opposé resteront pâles et décolorées.

L'éruption commence ainsi au visage ; puis on l'aperçoit successivement aux parties latérales du cou, aux poignets dans le sens de la flexion ; quelquefois aussi au pli de l'aine, au pli du jarret. Quand on l'examine sur le corps, on lui trouve d'autres caractères qu'au visage. Sur le cou, on voit des points rouges excessivement petits qui diffèrent par leur régularité de ceux de la rougeole ; et tandis que, dans cette dernière, les taches sont comme une lentille et quelquefois forment des plaques séparées, d'une rougeur peu foncée, dans la scarlatine, au contraire, l'éruption a lieu sous forme de petits points, d'une couleur plus foncée, analogue à celle du jus de framboise, s'agrandissant ensuite pour se confondre en une plaque d'une rougeur assez vive et uniforme. Ainsi, tandis que dans la rougeole les intervalles blancs entre les plaques sont la règle (dans quelques cas ils n'existent pas), dans la scarlatine, en général, la rougeur est uniforme et plus foncée.

Si l'on examine les parties latérales du cou, mais surtout le tronc, le ventre, on voit qu'il s'y est développé des vésicules acuminées, ne contenant dans le principe et jusqu'au deuxième ou troisième jour qu'une sérosité limpide qui le quatrième jour devient lactescente, puis purulente ; en même temps elles s'aplatissent et forment des bulles qui se réunissent, confluentes dans quelques cas et occupant toute la surface du corps, comme dans la scarlatine miliaire. Aux mains, l'éruption s'accompagne quelquefois d'une tuméfaction considérable. Dès le deuxième jour, l'éruption a successivement tout envahi ; vers le quatrième ou cinquième jour, elle est à son summum d'intensité.

En même temps que la peau, le voile du palais, la langue, le pharynx, la face interne des joues prennent une teinte scarlatineuse ; les gencives se recouvrent d'un dépôt de concrétions blanchâtres, comme dans la fièvre typhoïde, mais plus prononcées. La langue, qui dès le premier jour s'est tuméfiée, devient rouge sur les bords, chargée d'un dépôt blanc-crémeux au milieu ; à mesure qu'on avance, le liséré rouge de la pointe s'élargit, et le quatrième, cinquième ou sixième jour au plus de l'éruption l'épithélium s'enlève comme un doigt de gant ; les papilles sont hérissées, et donnent à la langue un aspect râpeux ; la douleur dont elle est le siége se manifeste à l'ingestion de la moindre boisson sapide. Cependant la maladie marche ; l'épithélium qui se reforme fait cesser la douleur, et vers le dixième jour de la maladie la langue est bien encore rouge, mais elle n'offre plus les caractères spéciaux qu'elle avait au commencement de la période. Cette susceptibilité si grande de la langue qui la rend si apte à développer chez elle l'éruption scarlatineuse s'étend au pharynx, au voile du palais, organes qui comme elle présentent une constitution très vasculaire, et l'on voit la luette, les amygdales, le voile du palais prendre les mêmes nuances, passer par les mêmes phases, et tous ces désordres s'accompagner de l'engorgement des ganglions cervicaux ; c'est là l'origine de ces bubons scarlatineux qui surviennent au déclin de la maladie. Le cinquième ou sixième jour, des concrétions blanchâtres se déposent sur les amygdales, et leur épaisseur devient telle que le malade a peine à avaler ; en même temps, le voile du palais tuméfié ne pouvant plus se redresser, il s'ensuit que le malade a quelquefois beaucoup de peine à avaler sa boisson qui lui revient par le nez, et cette fâcheuse complication dure six, huit et dix jours.

L'éruption s'accompagne d'accidents généraux : quelquefois des vomissements surviennent dès le début et durent quatre, cinq, six jours ; la diarrhée les accompagne ou leur succède. Quand ces accidents cessent, le ventre se ballonne et devient le siége d'une sécheresse et d'une chaleur excessives. Les symptômes de malignité qui se sont montrés au début de l'invasion se prolongent pendant toute l'éruption. Dans la nuit, le malade est en proie au délire, pendant le jour à des rêvasseries ; au délire succède un coma de plus en plus profond ; de temps à autre surviennent des soubresauts des tendons, en un mot, ce cortége de symptômes ataxo-adynamiques des affections pestilentielles, des fièvres typhoïdes graves.

Troisième période. — Desquamation lorsque la maladie s'est bornée à l'angine et qu'il y a eu très peu ou point d'efflorescence à la peau ; quand, au contraire, l'éruption cutanée est abondante, elle prend un caractère particulier, comme dans l'eczéma ; l'épiderme, principalement celui des extrémités, se soulève par larges squames à la manière de l'épiderme des serpents et conserve le moule du membre sur lequel il était appliqué. On ne retrouve un pareil phénomène dans aucune fièvre éruptive. C'est du neuvième au douzième jour de la maladie que cette période commence.

Quelquefois dès le premier jour, avant même que l'éruption ait apparu, le mal de gorge scarlatineux se déclare, et c'est ordinairement en dix jours qu'il accomplit son évolution pour disparaître ; vers cette époque, les concrétions blanchâtres qui recouvraient les amygdales tombent et sont entraînées par la salive et les boissons. D'autres fois le mal de gorge, après être resté quelque temps stationnaire et avoir paru céder, prend tout d'un coup au commencement de cette période un accroissement considérable ; les ganglions de l'angle de la mâchoire et du cou se tuméfient, la fièvre se rallume, le délire revient, la langue desséchée se couvre de fuliginosités. Le gonflement des ganglions cervicaux et maxillaires devient énorme, gagne le tissu cellulaire environnant ; bientôt on y sent de la fluctuation, et l'ouverture du foyer donne issue à un pus ichoreux entraînant des bourbillons furonculaires ; tous les signes de la gangrène du tissu cellulaire apparaissent. Chez un jeune garçon, à la suite de l'ouverture d'un semblable abcès du cou, la quantité de tissu cellulaire mortifié était tellement considérable que la jugulaire interne, la carotide et le corps thyroïde étaient à nu au fond de la plaie ; malgré ces désordres effroyables, le malade a guéri, mais il est porteur d'une cicatrice excessivement difforme. Quelquefois la mortification envahit les parois des veines, et on voit apparaître des hémorrhagies terribles qui font succomber le malade.

Le bubon scarlatin ne se montre pas constamment au cou : il existe quelquefois sur le trajet des membres.

Ces accidents terribles dont nous venons de parler forment en quelque sorte la transition entre la période d'éruption et celle de desquamation, qui offre des complications de la plus grande gravité.

Il est ordinaire de voir des enfants présenter, après une maladie éruptive, un peu de bouffissure du visage ; dans la rougeole, ce phénomène n'a pas de gravité ; dans la scarlatine, il est le prélude d'une anasarque générale, qui deviendra souvent mortelle ; elle annonce que les urines ont subi une modification dans leurs compositions, et c'est cette modification que le médecin doit surveiller, car elle fournit des signes pronostiques et diagnostiques excellents. Si, en effet, à cette période on examine les urines, on trouve qu'elles ont acquis une coloration vineuse, quelquefois rosée et sanguinolente, ressemblant à de l'eau dans laquelle on aurait lavé de la chair. Au bout de quelques heures, quand on l'a mise dans un vase conique, les globules sanguins se sont déposés aux parois et au fond du vase, et, si alors on verse de l'acide nitrique ou si l'on échauffe le vase, on voit se former un dépôt albumineux, et, lorsque l'acide est resté quelque temps dans le vase, le liquide prend une teinte brune, brou de noix, le sang et l'albumine éprouvant un commencement de décomposition. Quelquefois l'urine ne présente pas cette coloration sanguinolente ; elle reste limpide, bien qu'elle contienne de l'albumine.

L'anasarque générale qui accompagne cette albuminurie scarlatineuse ne suit pas la même marche que dans la maladie de Bright. Elle envahit la totalité du corps en 24, 36, 48 heures, et au bout de ce court espace de temps distend le corps comme dans la maladie de Bright la plus avancée.

Cette anasarque se guérit souvent spontanément ; cependant dans quelques cas la terminaison a lieu de diverses manières, qui ne sont pas bien connues et qui ont été peu détaillées dans les auteurs. La plus terrible est l'éclampsie.

Un adulte atteint d'anasarque scarlatineuse est néanmoins dans un état satisfaisant apparent ; il n'a pas de fièvre, aucun accident sérieux. Tout d'un coup, il se plaint de mal de tête, de trouble de la vue ; dès lors vous pouvez porter un pronostic funeste, car des accidents terribles vont se montrer. En effet, après que ces troubles légers en apparence ont duré un certain temps, une effroyable attaque d'éclampsie survient et est bientôt suivie de nouvelles attaques qui emportent le malade en l'espace de dix à douze heures après s'être succédé avec rapidité ; quelquefois une seule attaque suffit pour amener la terminaison fatale.

Ce fait, qui se rapproche de l'albuminurie des femmes enceintes, doit inspirer au médecin une recherche plus attentive de tous les phénomènes qui surviennent dans le cours de la scarlatine, car il arrive souvent que chez les femmes enceintes l'anasarque, en indiquant l'imminence de l'éclampsie, a fait recourir à des moyens qui ont eu pour effet de prévenir cette terrible complication.

Chez les enfants, la douleur de tête et la dilatation des pupilles échappent plus facilement ; le médecin a donc besoin ici de toute son attention.

Quelquefois l'anasarque de la glotte détermine la mort, en envahissant les ligaments arythéno-épiglottiques. L'imminence se manifeste par des signes caractéristiques, tels que la toux croupale, la respiration sifflante ; le toucher indique le gonflement du pourtour de l'ouverture supérieure du larynx et des ligaments arythéno-épiglottiques. Cet accident est cependant assez rare, plus rare que l'éclampsie.

La mort peut encore survenir par suite du passage de l'albuminurie de l'état aigu à l'état chronique, malgré les soins les plus habiles. Or, on peut prévoir ce résultat, lorsqu'un mois après son apparition l'anasarque a persisté.

Un autre accident fréquent est le rhumatisme scarlatin, qui frappe plus du quart des individus atteints de scarlatine ; il sur-

vient tout à coup dans le décours de la maladie: la tuméfaction, la fluctuation se manifestent aux articulations, la fièvre se rallume, des troubles surviennent du côté du cœur, et cet ensemble d'accidents ne peut laisser aucun doute sur la nature de la complication.

Si l'on interroge les parents d'un enfant atteint de rhumatisme, souvent ils vous diront que c'est à la suite et pendant la convalescence d'une fièvre rouge que leur enfant a eu les premières atteintes, et l'on arrive à ce résultat que le rhumatisme articulaire aigu spontané, très rare chez l'enfant, est très commun chez l'adulte, tandis que le rhumatisme scarlatin est beaucoup plus commun chez l'enfant que chez ce dernier.

Tandis que le rhumatisme articulaire aigu, quand il ne vient pas à la suite d'une scarlatine, n'a de gravité que par les lésions cardiaques secondaires, le rhumatisme qui survient à la suite d'une scarlatine grave devient mortel, car la scarlatine entraîne un état général analogue à celui de la fièvre puerpérale, et qui se traduit par une grande tendance à la suppuration des articulations envahies. Bientôt alors on voit survenir le délire, le malade succombe, et l'on trouve du pus dans toutes les articulations.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Malgaigne.

Hydatide du sein.

(Observation recueillie par M. Garreau, interne.)

Les hydatides du sein sont fort rares. A. Cooper a décrit sous le nom de kystes hydatiques des affections de nature fort diverses, et, bien qu'il paraisse avoir rencontré de véritables hydatides du sein, il n'en donne pas d'observation qui lui soit propre, et les deux faits qu'il emprunte à d'autres chirurgiens sont d'une rare insignifiance. M. Velpeau, dans son remarquable article des *Tumeurs de la mamelle* (*Dict. en* 30 *vol.*), ne parle non plus que des kystes séreux, et je me suis assuré près de lui qu'il n'avait pas vu d'hydatides dans cette région. L'observation suivante aura donc quelque intérêt, ne fût-ce qu'à cause de sa rareté.

Le 31 mai 1853 est entrée à l'hôpital la nommée Sautrau (Anne), journalière, âgée de quarante-deux ans, salle Sainte-Marthe, n° 18.

Cette femme est de bonne constitution, de petite taille et jouit d'assez d'embonpoint. Depuis un an à peu près, les menstrues reviennent très irrégulièrement, mais sa santé est néanmoins fort bonne. Elle a eu deux enfants, dont le dernier il y a dix ans, mais elle n'a jamais allaité. Elle ne se rappelle pas avoir jamais reçu aucun coup sur la poitrine et n'a jamais éprouvé aucune douleur du côté des seins.

Il y a à peu près six ans que la malade s'aperçut, à la partie inférieure et interne du sein gauche, de la présence d'une tumeur grosse d'abord comme un pois. Peu à peu elle augmenta, mais lentement. Depuis un an elle est restée stationnaire. Du reste, la malade n'y a jamais ressenti aucune douleur. Inquiète, néanmoins, elle se décida à entrer à l'hôpital.

Elle présente aujourd'hui à la région indiquée une tumeur oblongue, arrondie, du volume à peu près d'un œuf de pigeon. Cette tumeur est sous-cutanée, mobile sur les tissus sous-jacents, mais adhérente à la peau. Cette adhérence n'existe pas dans toute son étendue et elle est surtout bien manifeste vers son milieu, au niveau duquel existe une petite dépression. En outre, la peau ne paraît nullement amincie, et a conservé sa couleur normale. On ne perçoit aucune fluctuation; la rénitence de la tumeur est très marquée, la pression n'est nullement douloureuse. Les ganglions de l'aisselle ne sont pas engorgés.

Le 6 juin, M. Malgaigne procède à l'ablation de cette tumeur. Une incision d'environ 3 centimètres de longueur fut faite sur la tumeur même, dans le sens de sa longueur, c'est-à-dire un peu de haut en bas et de droite à gauche. Au second coup de bistouri, jaillit un jet de liquide citrin et transparent, et la tumeur s'affaissa aussitôt. M. Malgaigne, en pressant sur les côtés de l'incision, fit sortir facilement une hydatide assez grosse, qui avait été ouverte dans l'étendue d'un centimètre environ, et qui contenait encore un peu de liquide transparent et citrin. Les parois de l'hydatide étaient blanchâtres, à demi transparentes, et dans quelques endroits plus opaques existaient de petites taches blanchâtres et grisâtres unies entre elles par un pointillé blanc. Aucune vésicule n'existait à l'intérieur.

L'opérateur attira au dehors avec des pinces à griffes une portion du sac séreux qui avait contenu l'hydatide, et en fit la résection. Ce sac était fortement adhérent aux tissus ambiants, en sorte qu'on ne jugea pas nécessaire de l'extirper en entier.

Les bords de la plaie furent réunis avec des bandelettes de dyachylon; et le 13 juin, la plaie était presque complétement fermée, lorsque la malade demanda à sortir de l'hôpital.

MALADIES DES YEUX. — M. Tavignot.

Du larmoiement et de sa valeur symptomatique.

Le larmoiement, auquel nous rattachons à dessein l'épiphora, afin d'être plus sobre de mots, se présente assez souvent dans la pratique, en apparence, avec les mêmes caractères, de sorte qu'il n'est pas difficile, assurément, de le reconnaître à première vue.

Mais reconnaître un larmoiement ne suffit pas; il faut trouver sa cause, son point de départ: cela n'est plus aussi facile.

Dans cette question, comme dans beaucoup d'autres, on peut cependant arriver à quelque chose d'assez positif en analysant avec soin, en discutant avec logique les faits observés.

C'est ce que nous allons essayer de faire.

Je fais abstraction tout d'abord du larmoiement symptomatique d'une inflammation oculo-palpébrale, de la présence d'un corps étranger à la surface de l'œil, d'une émotion morale vive, etc. C'est là un phénomène trop connu pour fixer notre attention. Nous ne devons traiter ici, pour donner à notre sujet tout le degré d'utilité dont il est susceptible, que du larmoiement symptomatique d'une lésion peu apparente, obscure, mal définie au premier abord.

Ces cas se rencontrent encore assez souvent; et s'ils demandent une certaine attention pour être reconnus de la part du spécialiste, à plus forte raison sont-ils susceptibles d'échapper à tout autre praticien.

Les exemples d'erreurs en ce genre que je possède pourraient confirmer d'une manière complète ce que je viens d'avancer, si cela était nécessaire.

Pour éviter ces erreurs, pour établir un diagnostic certain, et agir ensuite par des moyens appropriés et rationnels, il importe de connaître le larmoiement dans ses différentes espèces; de là la division suivante que nous avons cru devoir présenter à nos lecteurs:

1° Larmoiement par hypersécrétion de la glande lacrymale;

2° Larmoiement par déviation du bord libre palpébral;

3° Larmoiement par atonie, obstruction ou oblitération des points ou des conduits lacrymaux;

4° Larmoiement par obstruction du sac lacrymal ou du canal nasal.

1° Larmoiement par hypersécrétion de la glande lacrymale.

Il résulte d'un travail exagéré de sécrétion de la glande lacrymale, lequel peut lui-même naître sous l'influence de causes différentes.

A. *Larmoiement organique.* — Mackenzie prétend que le premier symptôme que l'on rencontre chez les personnes atteintes d'une sorte d'hypertrophie, qu'il appelle schlorome de la glande lacrymale, est le larmoiement.

Je conçois que l'on prenne cette opinion en considération; il est cependant difficile de l'admettre d'une manière absolue: car, d'une part, tous les cas de schlorome de la glande lacrymale ne s'accompagnent pas du symptôme initial dont parle l'auteur anglais; et, d'une autre part, il existe évidemment des cas qui ne sauraient être rangés dans cette catégorie.

D'ailleurs, nous ferons remarquer que le larmoiement comme l'hypertrophie de la glande lacrymale peuvent être tous deux sous la dépendance d'une même cause: la suractivité fonctionnelle de l'organe glanduleux, que nous allons étudier sous le nom de larmoiement nerveux.

B. *Larmoiement nerveux.* — J'ai observé un certain nombre de fois un larmoiement existant depuis un temps plus ou moins long, et qui avait évidemment son point de départ dans une sorte de suractivité nerveuse de la glande lacrymale.

Sans doute, lorsque le larmoiement que nous appelons nerveux existe seul, c'est-à-dire sans autre perturbation fonctionnelle du système nerveux, la nature de l'affection reste douteuse à un plus haut degré; mais il n'en est plus de même quand on rencontre des troubles divers de nature identique dans différents points de l'économie.

L'un des exemples de larmoiement nerveux qui nous a paru le plus démonstratif sous ce rapport s'est présenté à nous l'année dernière.

Il s'agissait d'une dame des environs de Briare, qui était venue nous consulter pour un larmoiement de l'œil gauche existant depuis un an.

Cette dame, âgée de quarante-cinq à quarante-six ans, était forte et sanguine. Depuis dix-huit mois à deux ans, les règles n'apparaissaient que d'une manière irrégulière. Or, cet état nouveau de l'organisme avait eu pour résultat d'ébranler assez profondément le système nerveux, à tel point que cette malade, qui avait eu des attaques hystériformes de quinze à vingt et un ans, mais qui avait cessé d'en avoir après son mariage, fut prise de nouveau d'hystérie parfaitement caractérisée à l'époque où la menstruation cessa d'être régulière, c'est-à-dire il y a dix-huit mois ou deux ans.

Un peu plus tard, il est survenu une affection névralgique du trifacial du côté gauche, laquelle a produit une amblyopie assez avancée de l'œil correspondant; celle-ci, cependant, n'a été que momentanée.

C'est à dater de cette époque qu'apparut le larmoiement, qui n'a plus cessé. Il existe encore de temps en temps de la céphalalgie, et un point douloureux fixe persiste toujours sur le côté gauche du nez, au point d'irradiation du nerf naso-lobaire.

L'examen de l'appareil lacrymo-palpébral ne fournit d'ailleurs aucune donnée propre à expliquer le larmoiement que nous constatons.

Il est des cas dans lesquels le larmoiement nerveux existe simultanément des deux côtés. Le diagnostic est encore plus simple à établir dans le sens que nous venons d'indiquer.

Le larmoiement nerveux peut cesser d'un côté pour apparaître du côté opposé.

Bien que le larmoiement nerveux soit continu, il est néanmoins susceptible de présenter des exacerbations plus ou moins prononcées sous l'influence de toutes les causes qui surexcitent le système nerveux.

Il survient alors une sorte d'état congestif de l'appareil oculo-palpébral. Les larmes elles-mêmes paraissent plus irritantes, plus acrimonieuses; elles enflamment non-seulement la conjonctive oculo-palpébrale, mais encore la peau des paupières et celle de la joue.

Abstraction faite des causes qui sont de nature à modifier directement l'état fonctionnel de la glande lacrymale, le larmoiement nerveux, comme les différentes autres espèces de larmoiement, est encore susceptible de varier en intensité, selon les diverses conditions atmosphériques. C'est ainsi qu'il sera plus prononcé par un temps froid et humide que par un temps sec et chaud; ce qui s'explique par l'évaporation variable des larmes à la surface de l'œil.

2° Larmoiement par déviation du bord libre palpébral.

Je ne veux pas parler ici de ces cas de dévations monstres, en quelque sorte, et telles qu'on les constate dans l'entropion ou dans l'ectropion (ce sont là des faits trop connus pour que nous nous y arrêtions davantage); mais bien de ces déviations légères, insignifiantes en apparence de l'un ou de l'autre point lacrymal, et qui suffisent cependant pour produire un larmoiement plus ou moins prononcé.

Cette déviation peut porter soit sur le point lacrymal supérieur, soit sur le point lacrymal inférieur, ou bien sur les deux à la fois.

La déviation peut avoir lieu en dedans ou en dehors.

La déviation en dedans est ordinairement consécutive à une affection chronique de l'œil accompagnée de photophobie, son mode de production est, par conséquent, très facile à concevoir.

La déviation en dehors s'explique assez bien par une sorte d'atonie de l'orbiculaire, assez fréquente chez les sujets affaiblis et chez les vieillards, par une légère infiltration séreuse du tissu cellulaire palpébral, par une tuméfaction quelconque de la conjonctive palpébrale.

Mais l'une des causes de déviation palpébrale qu'il ne faut pas oublier, c'est l'augmentation de volume de la caroncule lacrymale.

Dès qu'un point lacrymal est dévié, quelque minime que soit d'ailleurs cette déviation, il cesse de fonctionner ou ne fonctionne que d'une manière irrégulière et dès lors insuffisante.

Sans doute, et nous l'avons déjà dit, la suppression d'un conduit lacrymal n'est pas une cause absolue de larmoiement, l'autre conduit étant à la rigueur suffisant pour pomper les larmes et les conduire dans le nez. Cependant, il n'est pas rare, sous l'influence d'un air un peu vif, d'un vent plus ou moins fort, de voir survenir une stagnation des larmes vers le grand angle et un véritable larmoiement accidentel.

Ce larmoiement est permanent, au contraire, lorsque la déviation porte sur l'un et l'autre point lacrymal.

Lorsqu'un malade se présente à nous atteint d'un larmoiement plus ou moins prononcé, on ne saurait examiner avec trop de soin la situation respective des points lacrymaux.

Il faut d'abord explorer attentivement les deux orifices des conduits lacrymaux sur place en quelque sorte et sans toucher aux paupières; puis, à l'aide d'une très légère pression exercée d'abord sur la paupière inférieure et ensuite sur la paupière supérieure, on les amène à soi pour les laisser reprendre leur position en regard de la caroncule lacrymale.

Pour que leur situation soit dite normale, il faut que le point lacrymal inférieur regarde directement en haut, le point lacrymal supérieur directement en bas, ce qui a toujours lieu quand, la caroncule lacrymale ayant son volume ordinaire, le bord interne de la paupière s'accole régulièrement sur cet amas glanduleux.

C'est là, comme on le voit, une simple question d'appréciation matérielle avec laquelle il importe de se familiariser à l'avance si l'on veut pouvoir juger en connaissance de cause.

Il faut en vérité avoir commis soi-même quelque erreur de ce genre pour bien comprendre toute l'importance qui se rattache à l'exploration des points lacrymaux.

3° Larmoiement par atonie, obstruction ou oblitération des points ou des conduits lacrymaux.

Il est évident que l'absorption des larmes à la surface de l'œil par les conduits lacrymaux est un acte essentiellement vital; or, sous l'influence de différentes causes, la vitalité qui est nécessaire peut être diminuée ou même abolie d'une manière complète. Mais en pratique il n'est guère facile de reconnaître avec précision les différents cas qui rentrent dans cette catégorie de faits, d'autant plus que cette vitalité est essentiellement organique, c'est-à-dire dépendante d'une sorte de tonicité des tissus, puisqu'elle persiste non-seulement dans la paralysie de la septième paire, mais encore dans la paralysie du nerf trijumeau: je dis qu'elle persiste, puisqu'il ne survient pas de larmoiement dans ces deux états pathologiques distincts.

Quoi qu'il en soit, l'atonie des points lacrymaux paraît avoir résultée plusieurs fois d'injections trop multipliées faites avec la seringue d'Anel, dans le but de guérir une tumeur lacrymale commençante. Le conduit, dilaté outre mesure, devient alors impropre à remplir ses fonctions.

L'obstruction des conduits lacrymaux peut être produite par un corps étranger venu du dehors, par un cil engagé dans leur orifice, par une concrétion calculeuse formée dans leur trajet, par le pus d'un abcès qui s'est ouvert dans leur intérieur, comme j'en ai observé un exemple il y a quelques années.

Beaucoup de causes sont susceptibles de produire l'oblitération des conduits lacrymaux, et plus particulièrement de leur orifice, soit externe, soit interne. Mais c'est plus particulièrement à la suite de la variole ou d'une blépharite avec ulcération que l'on observe l'oblitération de l'un ou des deux points lacrymaux, de même que l'on a constaté plusieurs fois l'occlusion de l'orifice interne à son entrée dans le sac, à la suite d'inflammations successives de ce réservoir des larmes (dacryocystite).

Enfin, des lésions traumatiques diverses, en lésant la continuité des conduits lacrymaux, peuvent devenir une cause nouvelle d'oblitération définitive.

Le larmoiement symptomatique de ces différents états pathologiques nous a toujours paru en rapport avec l'obstacle apporté au cours des larmes. Ainsi, tandis que le larmoiement est peu prononcé, accidentel, ou même à peu près nul, lorsqu'un seul conduit a cessé de fonctionner, il est des plus évident et des plus manifeste quand les deux conduits ont été, soit simultanément, soit successivement supprimés.

4° Larmoiement par obstruction du sac lacrymal ou du canal nasal.

Cette variété de larmoiement est certainement l'une des plus fréquentes; c'est même à peu près la seule à laquelle songent tout d'abord la plupart des praticiens lorsqu'ils sont consultés pour un malade atteint de larmoiement.

Pour reconnaître si l'on a réellement affaire à cette espèce de larmoiement, il suffit de rechercher les symptômes propres à la tumeur lacrymale; symptômes que nous ne rappellerons pas ici. Toutes les fois, par conséquent, qu'une injection poussée par l'un et l'autre conduits lacrymaux passe librement dans les fosses nasales, nous n'hésitons jamais, en l'absence des symptômes caractéristiques de la dacryocystite, à rechercher ailleurs la cause de la maladie et à lui reconnaître une autre origine.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 15 juillet 1853. — Présidence de M. Denonvilliers.

Correspondance.

1° M. Laborie a reçu une lettre de M. le docteur Houzelot (de

M(eaux) contenant la relation d'une amputation de cuisse pratiquée sur un malade soumis à une demi-anesthésie : la douleur perçue était comparée par le malade à un fort pincement.

Pendant tout le temps que dura l'opération, le malade put s'entretenir avec les assistants.

M. Houzelot demande si cette demi-anesthésie, semblable à celle que l'on met en usage dans les accouchements naturels, ne pourrait pas suffire dans un grand nombre de cas qui ne nécessitent pas une résolution musculaire absolue.

M. Houzelot suit avec intérêt comme tous les chirurgiens la discussion engagée devant la Société de chirurgie, et il désirerait que cette observation fût apportée comme un élément nouveau dans la question de l'application du chloroforme.

M. Laborie, qui a déjà entre les mains plusieurs communications de M. Houzelot, demande que cette nouvelle observation soit ajoutée aux pièces sur lesquelles il doit faire un rapport dès que la discussion soulevée par le rapport de M. Robert sera terminée. (Adopté.)

2° M. Gosselin a reçu une lettre de M. Vallet qui demande le titre de membre correspondant. A l'appui de sa candidature, il adresse un mémoire *sur un nouveau procédé de taille vésico-vaginale*. M. Gosselin en donne une rapide analyse.

Le mémoire est renvoyé à une commission composée de MM. Denonvilliers, Gosselin et Michon.

3° M. Follin dépose sur le bureau, de la part de MM. Bouland et Lemaître (de Limoges), anciens internes des hôpitaux de Paris, une observation intitulée : *Accouchement d'un enfant hydrocéphale ; présentation du siége ; difficultés insurmontables pour l'extraction de la tête ; issue du liquide par une perforation pratiquée par une des cavités orbitaires*.

Cette observation est renvoyée à une commission composée de MM. Danyau, Désormeaux et Laborie.

4° M. Denamiel adresse une lettre pour obtenir le titre de membre correspondant. (Renvoi à une commission déjà nommée.)

5° M. Bourdin fait hommage de deux brochures dont nous transcrivons les titres :

De l'action concomitante du chloroforme ;

Observations sur l'usage du chloroforme ; signe propre à faire connaître le degré d'action anesthésique de cet agent. (Renvoyé à la commission du chloroforme.)

6° M. Forget dépose sur le bureau une lettre adressée au président de la Société par M. Duroy, pharmacien.

M. Duroy demande que la Société veuille bien accepter un dépôt cacheté contenant sommairement l'exposé de nouvelles expériences et considérations sur les anesthésiques, et notamment sur le chloroforme. (Accepté.)

7° M. Debout fait hommage du XLIV[e] volume du *Bulletin de Thérapeutique*. (Remercîments.)

8° M. Lenoir demande un congé pour cause de santé, et M. Larrey s'excuse de ne pouvoir assister à la séance, retenu qu'il est au Val-de-Grâce pour une inspection.

9° Enfin M. Marjolin donne communication d'une lettre de M. le professeur Heyfelder, dans laquelle ce dernier propose l'échange des *Mémoires* et des *Bulletins* publiés par la Société de chirurgie contre les *Mémoires de l'Académie des curieux de la nature*, ayant pour titre : *Nova acta Academiæ naturæ curiosorum*. (Accepté.)

— Après la correspondance, on procède au tirage au sort de deux commissions :

La première, composée de MM. Jarjavay, Danyau, Giraldès, Deguise fils et Gosselin, devra examiner les comptes du trésorier sortant ;

La seconde, composée de MM. Richet, Michon et Maisonneuve, aura à examiner l'état des archives, de la bibliothèque et des pièces anatomiques pour en rendre compte à la Société.

PRÉSENTATION DE PIÈCE ANATOMO-PATHOLOGIQUE.

Lipome avec transformation au centre de la tumeur.

M. Giraldès présente une pièce anatomo-pathologique dont voici en quelques mots l'histoire :

Une femme portait depuis longues années, au-dessus de la hanche, un lipome pédiculé du volume d'une tête de fœtus. M. Giraldès enleva facilement cette tumeur, et en l'examinant il reconnut que deux éléments entraient dans sa composition : d'abord, une couche corticale qui présentait les caractères des tumeurs graisseuses ; puis, au centre, on remarquait une coloration et un aspect différents. Cette substance centrale offrait moins de consistance ; elle était d'un jaune grisâtre, à granulations plus ténues. A l'examen microscopique, on reconnut qu'elle était formée de matière grasse mêlée de granules de sels calcaires.

Ainsi, le centre du lipome avait subi une espèce de transformation. Cette disposition donnait à la masse totale une apparence de fluctuation très remarquable.

Discussion.

M. Chassaignac. Rien n'est plus remarquable que la sensation de fluctuation que transmettent le plus souvent les tumeurs lypomateuses; quelquefois elle est si prononcée, que l'on ne saurait affirmer qu'elle n'existe pas. Ne pourrait-on pas admettre qu'il y a réellement de la fluctuation qui serait produite par un certain degré de ramollissement et même de fusion d'une partie de la graisse, fusion qui serait produite et entretenue par la chaleur animale ?

M. Michon croit qu'on ne doit pas laisser passer sans réfutation cette opinion émise par M. Chassaignac, qui ne tendrait à rien moins qu'à faire admettre la réalité de la fluctuation dans les lipomes. C'est là une erreur. Pas plus dans le lipome que dans l'encéphaloïde, on ne rencontre de vraie fluctuation. La preuve, du reste, que la chaleur invoquée par M. Chassaignac comme déterminant une fluctuation positive ne saurait être considérée comme cause de cette fausse fluctuation si difficile à ne pas confondre quelquefois avec une fluctuation vraie, c'est que cette sensation persiste quand la tumeur enlevée est soustraite à la température animale.

M. Forget a deux fois nous a montré enveloppés dans un linge des lipomes enlevés, et la première fois la fluctuation paraissait si franche que je me suis trompé en croyant avoir affaire à un kyste liquide. Ne pourrait-il se faire alors que cette fluctuation apparente soit bien plus réellement déterminée par la manière dont la tumeur est libre, superficielle le plus souvent, non bridée par des aponévroses ou des muscles? Et les pièces présentées par M. Forget se trouvaient précisément dans ces conditions, et réalisaient l'apparence la plus trompeuse d'une tumeur fluctuante. Aussi je pense que jamais le lipome n'est fluctuant, à moins toutefois qu'il ne présente une complication. C'est ainsi que dans un cas j'ai été appelé pour extirper une tumeur qu'un très habile chirurgien avait considérée comme fluctuante. Tout en pensant que c'était un lipome, j'étais cependant tellement frappé de la sensation fluctuante, que je fis une ponction exploratrice qui n'amena rien. Néanmoins, doutant toujours, je fendis largement la tumeur, et de son centre sortit environ un verre de pus : il y avait un abcès au centre du lipome.

Je rappellerai en terminant qu'il est un signe précieux sur lequel M. Robert a fixé l'attention, et qui permet rarement de méconnaître un lipome : en saisissant et en *empoignant* à pleine main la tumeur, si c'est un lipome on sent sous la pression qu'elle est formée par des granulations plus ou moins volumineuses; elle est inégale, bossuée.

Je dis que ce signe trompe *rarement*, car quelquefois il peut être insuffisant : c'est lorsque, par exemple, dans un abcès froid il existe des cellules et des lamelles fibreuses qui divisent le foyer en compartiments; on peut alors éprouver cette sensation d'inégalité que je signalais.

M. Chassaignac abandonne volontiers, jusqu'à plus ample examen, ce qu'il a dit sur la fusion de la graisse, mais il persiste à croire que par n'importe quelle cause on rencontre quelquefois de la fluctuation dans les lipomes.

M. Denonvilliers. Dans cette discussion on a perdu de vue un fait d'une haute importance, à savoir, la singulière transformation dont le lipome présenté par M. Giraldès offrait l'exemple : le centre de la tumeur avait des caractères physiques très remarquables; l'aspect était analogue à celui d'une fine solution de plâtre. N'était-ce pas là un commencement d'abcès? Il y a cinq à six mois, j'ai eu l'occasion de voir un abcès demi-chaud que, par parenthèse, j'ai traité sans succès par l'iode; il contenait une matière absolument semblable.

Ne pourrions-nous pas admettre qu'il existe de l'analogie entre le lipome que nous a montré M. Giraldès et celui observé par M. Michon?

Discussion sur le rapport de M. Robert.

M. Maisonneuve. Le but que je me propose en prenant la parole dans cette discussion est bien moins de combattre les conclusions du rapport que d'ajouter aux faits déjà connus des faits et des considérations nouvelles; mon intention surtout est d'éclairer les praticiens sur les causes et le mécanisme des accidents causés par le chloroforme, afin de leur faciliter les moyens de les éviter et leur indiquer comment on peut y porter remède.

Tous les observateurs s'accordent à reconnaître que les accidents susceptibles de se produire pendant l'administration du chloroforme peuvent se rapporter à deux causes principales : l'asphyxie et la syncope. Mais comment ont lieu ces accidents de syncope et d'asphyxie? dans quelles circonstances sont-ils produits? quels moyens avons-nous pour les éviter ou les combattre? Voilà ce qu'on n'a point encore exposé d'une manière assez précise. Aussi le praticien, ne trouvant à cet égard que des notions inexactes ou confuses, n'a véritablement encore d'autres guides pour l'administration des anesthésiques que son instinct chirurgical et sa prudence naturelle.

Or, voici ce que m'a appris une expérience basée sur plus de deux mille faits, dans le nombre desquels j'ai bien souvent porté l'administration du chloroforme à sa dernière limite, et qui m'ont fourni l'occasion d'observer un assez bon nombre d'accidents plus ou moins graves, dont aucun, toutefois, n'a eu de résultat funeste.

1° *Des accidents dus à l'asphyxie.* — Ainsi que l'ont signalé déjà plusieurs bons observateurs, les accidents asphyxiques sont brusques et instantanés; on les voit se produire à toutes les périodes de l'inhalation, aussi bien au début qu'au milieu ou à la fin. Toujours ils résultent de ce que, à un moment donné, une trop grande quantité de vapeurs chloroformiques ont pénétré dans les poumons. Ces vapeurs agissent alors comme tous les gaz impropres à l'hématose, qui tuent presque aussi rapidement que l'absence totale de respiration.

Mais comment, entre des mains prudentes, les vapeurs du chloroforme peuvent-elles pénétrer en trop grande quantité à la fois dans les voies aériennes? Eh bien, rien de plus facile quand le chirurgien n'est pas prévenu.

2° *Asphyxie au début de l'inhalation.* — C'est tantôt un malade qui, plein de confiance et d'énergie, au lieu d'aspirer avec répugnance et timidité les vapeurs qu'on lui présente, porte lui-même la bouche au-devant de l'appareil, fait brusquement deux ou trois grandes inspirations et tombe sidéré. D'autres fois, au contraire, c'est un malade indocile qui, cherchant à se soustraire au chloroforme, se débat, retient sa respiration, puis tout à coup, n'y tenant plus, fait une inspiration profonde au moment où le chirurgien approche l'appareil de sa bouche. Dans l'un et l'autre cas, le résultat peut être le même. Je dirai cependant que l'asphyxie est plus à craindre chez les malades trop décidés que chez les réfractaires, parce que les premiers font brusquement deux ou trois inspirations de suite et surprennent l'attention du chirurgien; tandis que les autres, après une première inspiration, recommencent encore en général leur agitation, à moins toutefois que ce ne soient des enfants très jeunes qu'une seule inspiration profonde de vapeurs pures ou peu mélangées d'air suffit pour asphyxier.

Dans cette variété d'asphyxie, dont j'ai vu surtout deux exemples remarquables, la sidération est instantanée; les lèvres deviennent bleues, les membres flasques, le nez se refroidit; le malade mourrait très probablement si des soins prompts et bien entendus ne lui étaient apportés. Ce n'est point du vinaigre, ni de l'ammoniaque, ni de l'eau froide qui conviennent alors, mais bien des frictions vigoureuses sur la région du cœur, des pressions rhythmées et énergiques sur les côtes inférieures et le ventre, pour expulser les gaz et remplir les poumons d'air. Je ne puis conseiller les insufflations bouche à bouche, malgré les résultats obtenus par M. Ricord : ce moyen me semble manquer son but en insufflant plutôt l'estomac que les poumons. J'ajouterai que dans ces cas les malades, tout en étant asphyxiés par le chloroforme, ne sont cependant point anesthésiés; car, aussitôt que la respiration reparaît, les malades jouissent de la plénitude de leur faculté sensitive.

3° *Asphyxie pendant la période d'excitation.* — Après les premières inspirations de chloroforme, quand déjà le malade subit l'influence de la substance enivrante, il arrive chez un grand nombre de sujets que les muscles, et principalement ceux du larynx et de la poitrine, entrent dans une violente contraction spasmodique. La respiration est suspendue, quelquefois pendant plus d'une minute; la face se congestionne. Par lui-même, cet état n'a rien de grave et cesse spontanément au bout de quelques instants. Mais si, dans le moment où le malade sortant de cet état spasmodique vient à faire une inspiration profonde, le chirurgien n'a pas la précaution de tenir éloigné le chloroforme, ce gaz inspiré avec force pénètre presque pur dans l'intérieur des bronches qu'il remplit, et l'asphyxie en est le résultat.

Cet accident arrive surtout quand le spasme dont nous parlons coïncide avec quelques mouvements convulsifs généraux, et que les aides, cherchant à maintenir le malade en place, appliquent la compresse imbibée de chloroforme trop près de la bouche.

Le mécanisme de cette asphyxie est exactement le même que dans le premier cas, les circonstances seulement sont différentes, et comme il existe déjà un certain degré d'anesthésie, le réveil est souvent plus difficile. Aussi convient-il de continuer plus longtemps les frictions et les pressions alternatives sur la poitrine. Pour la prévenir, il suffit de tenir le chloroforme éloigné de la bouche du malade, tant que le spasme suspend la respiration, et de ne le rapprocher qu'après le rétablissement des fonctions respiratoires.

4° *Asphyxie pendant la période d'anesthésie complète.* — Il peut arriver qu'après avoir été complétement endormi, et bien que saturé de chloroforme, le malade fasse quelques mouvements automatiques sous l'influence de la douleur. Dans ces moments, la respiration est ordinairement très large. Si pour prévenir le réveil le chirurgien approche encore trop près l'appareil, il peut se faire que le gaz pénètre en trop grande abondance dans les poumons et détermine des accidents.

Ces cas sont beaucoup plus rares que les précédents; ils sont aussi moins graves, parce que probablement l'inspiration étant moins profonde, la vapeur chloroformique n'est pas attirée avec autant de force et ne pénètre ni si pure, ni si loin dans les poumons. Dans les deux ou trois cas dont j'ai été témoin, le rétablissement de la respiration n'a pas présenté de grandes difficultés.

D'après ce que je viens de dire, on voit que :

1° L'asphyxie peut être déterminée par le chloroforme ainsi que par tout autre gaz impropre à l'hématose;

2° Que cette asphyxie peut se manifester dans trois circonstances principales;

3° Que, dans ces cas, l'accident résulte autant de l'étendue exceptionnelle des inspirations exécutées par le malade que du rapprochement exagéré de l'appareil, souvent de l'un et l'autre;

4° Que cet accident est toujours brusque et instantané;

5° Qu'il est facile de l'éviter du moment que l'on est prévenu des circonstances qui peuvent lui donner naissance;

6° Enfin, qu'en agissant avec promptitude et énergie on peut y apporter remède.

Mais l'asphyxie n'est pas la seule cause des accidents qui peuvent survenir pendant l'administration du chloroforme : nous avons dit qu'un certain nombre de ces accidents devaient aussi être attribués à la syncope, et ce sont, à mon avis, de beaucoup les plus redoutables.

Pour comprendre l'influence que le chloroforme peut avoir dans leur production, il importe de se rappeler d'une part les conditions dans lesquelles la syncope se produit d'ordinaire, d'autre part le mode d'action des anesthésiques sur le système nerveux et sur le cœur en particulier.

Il est certain que la contractilité du cœur est toujours assez fortement influencée par le chloroforme, et qu'en poussant les inspirations de cette vapeur à un certain degré, le cœur finit par cesser de battre. En général, ce phénomène ne se produit que quand la sensibilité et les mouvements volontaires sont complétement éteints. Toutefois, il est des exceptions à cette règle, et nous avons vu plusieurs malades chez lesquels le cœur cessait de battre avant que la contraction des muscles masséter fût influencée; quelques autres, chez lesquels la sensibilité de l'anus persistait alors que le cœur n'avait plus que des battements d'une lenteur extrême.

On comprend que chez ces malades le chloroforme peut déterminer à lui seul une syncope mortelle, si, poursuivant l'anesthésie de certains muscles réfractaires, le chirurgien vient à négliger de surveiller le pouls. Ces cas, toutefois, sont excessivement rares.

Mais si le chloroforme produit rarement la syncope à lui seul, on comprend qu'il peut souvent joindre son influence à celle de quelques autres circonstances, telles qu'une hémorrhagie brusque et abondante, la position verticale, l'anémie antérieure, etc. Nous avons eu l'occasion d'observer des faits qui mettent ces propositions hors de doute.

Malheureusement le rôle du chloroforme dans la syncope ne se borne pas à faciliter la production de cet accident, il contribue surtout à le rendre beaucoup plus grave en neutralisant la plupart des ressources sur lesquelles est basée sa thérapeutique.

En effet, dans la syncope ordinaire, les téguments conservent leur impressionnabilité; on peut avec avantage les stimuler avec l'ammoniaque, l'eau froide, le chatouillement, la douleur. Dans la syncope chloroformique, au contraire, l'abolition plus ou moins complète de la sensibilité de la peau et des muqueuses rend tous ces moyens illusoires. Ce n'est pas à dire néanmoins que l'art se trouve complétement désarmé. Les deux exemples suivants diront mieux que toutes les dissertations théoriques, et la manière dont ces accidents se produisent et les ressources de la chirurgie dans ces circonstances terribles.

Obs. I. — Une jeune fille portait à la partie supérieure de la cuisse droite une tumeur fluctuante dont je crus devoir faire la ponction. La malade fut soumise au chloroforme et endormie sans difficulté. La ponction faite, le liquide évacué, je retire la canule du trocart. Aussitôt un jet de sang s'élance par la petite plaie à plus d'un demi-mètre de distance. Etonné de cet accident imprévu, je l'observe un instant et je comprime l'artère fémorale, le jet s'arrête; je cesse la compression, le jet se reproduit, puis tout à coup un énorme trombus envahit la partie interne de la cuisse jusqu'auprès du genou. Sans hésiter alors, je me mets en devoir de découvrir l'artère fémorale, quand sous mon premier coup de bistouri j'aperçois le vaisseau qui m'avait si vivement inquiété; c'était une artère musculaire qui, placée sur la paroi du kyste, avait été perforée par le trocart. La saisir, en faire la ligature, fut l'affaire d'un instant. Mais malgré l'extrême rapidité de ces manœuvres, une certaine quantité de sang s'était écoulée ou épanchée dans le tissu cellulaire, et la malade fut prise d'une syncope des plus graves, avec absence complète de pouls et de respiration. La position était horizontale; je la rendis oblique des pieds à la tête; puis, alors que je faisais moi-même des frictions énergiques sur la région précordiale et des pressions alternatives sur les côtes inférieures, je faisais exécuter des frictions et des flagellations sur tous les membres par les élèves de la clinique. Trois minutes se passèrent ainsi sans que nous pussions recueillir aucun signe de retour à la vie. Enfin les lèvres se colorèrent, le pouls reparut, la respiration se rétablit, et la malade fut sauvée sans que cet accident eût laissé la moindre trace.

Obs. II. — Je fus mandé par un confrère pour l'assister dans une opération de fongus intra-utérin qu'il se proposait d'extirper chez une vieille femme de soixante-cinq ans. La malade était maigre et décrépite; des hémorrhagies incessantes avaient épuisé ses forces. Elle était réduite à un état anémique des plus avancés.

En présence de ces conditions mauvaises et redoutant quelque accident, je résolus de me charger moi-même du chloroforme. Je l'administrai avec toutes les précautions possibles, en tenant le pouls sous mes doigts. La malade s'endormit sans passer par la période d'agitation. Je cessai dès lors les inspirations anesthésiques, et j'avertis mon confrère qu'il pouvait commencer.

Tout alla bien pendant trois minutes environ, seulement la malade perdait une assez grande quantité de sang. Tout à coup je sentis le pouls faiblir et disparaître; la malade fit quelques inspirations profondes, pâlit et parut avoir cessé de vivre. Tout cela se fit avec une telle promptitude, que j'eus à peine le temps d'avertir l'opérateur de s'arrêter. Un examen rapide de la malade nous fit comprendre immédiatement toute la gravité de l'accident. Les lèvres étaient décolorées, le nez et les extrémités froids, la respiration nulle, le pouls complétement absent, les mouvements du cœur imperceptibles, les membres étaient roides, les mâchoires seules avaient de loin en loin un léger mouvement automatique.

Devant des symptômes aussi caractéristiques, j'avoue que je ne conservais presque aucun espoir. Cependant, rassemblant mon courage et me rappelant la sublime énergie de Récamier, mon maître, dans ses luttes contre la mort, j'organisai les secours avec une sorte de frénésie. Des frictions vigoureuses furent exercées sur les bras, les jambes, les cuisses et le ventre; moi-même je me chargeai de la poitrine et de la région du cœur. Pour nous reposer du mouvement du frotte-

ment, nous exercions la percussion, le massage, la flagellation, puis les frictions recommençaient. Pendant un quart d'heure, il nous fut impossible de saisir un seul mouvement respiratoire, un seul battement du cœur, le moindre signe de vie, lorsqu'enfin je vis la lèvre supérieure revêtir une teinte légèrement rosée. Cette faible lueur d'espérance ranima nos forces, les frictions redoublèrent d'activité et d'énergie, bientôt alors nous pûmes saisir un mouvement respiratoire, puis le cœur commença à battre. Nous tenions enfin le fil de sauvetage, mais combien n'était-il pas fragile! Aussitôt que pour reprendre un peu de force nous suspendions nos frictions, le pouls fuyait, la respiration devenait moins profonde et plus éloignée. Cinq quarts d'heure se passèrent ainsi avant que les fonctions vitales fussent complétement régularisées, et même la malade ne reprit connaissance entièrement qu'au bout de trois heures.

Pour donner une faible idée de la manière dont avaient été exécutées les frictions et les massages, je dirai que, lorsque nous cessâmes les manœuvres, la peau de toute la partie antérieure du thorax, une partie de celle du ventre, des bras, des jambes, des cuisses et du cou étant dépouillées de son épiderme.

La malade s'est parfaitement remise de cette terrible secousse ; et, sauf sa maladie antérieure qui est restée la même, son état est encore actuellement aussi satisfaisant que possible.

Si maintenant nous cherchons à raisonner tout ce que nous venons de dire, je crois que nos conclusions seront un peu en désaccord avec celles de l'excellent rapport de notre commission, et qu'au lieu de considérer les accidents du chloroforme comme des phénomènes mystérieux aussi impossibles à prévoir qu'à combattre, nous sommes autorisé à dire que ces accidents sont parfaitement intelligibles, que les causes qui président à leur apparition peuvent être parfaitement évitées, enfin que l'art possède des moyens puissants pour les combattre alors qu'ils sont développés. Aussi le chirurgien ne saurait-il être trop prudent quand il administre le chloroforme, ni trop actif et énergique quand il combat les accidents auxquels il peut donner lieu.

Après ce discours, M. Giraldès prend la parole en ces termes :

Je demande à la Société la permission de lui soumettre quelques observations sur le rapport en discussion. Ces observations porteront à la fois sur le corps du rapport et sur ses conclusions.

En lisant attentivement le travail remarquable de M. Robert, j'ai été frappé de l'esprit d'exagération qui domine sa rédaction : M. le rapporteur, en effet, après avoir relaté l'observation de M. Vallet et après avoir signalé les dangers du chloroforme, ajoute, p. 7 : « Mais aujourd'hui les malheurs se sont tellement multipliés, etc., etc., etc. » Or, après une assertion aussi positive, je m'attendais à en trouver une preuve complète, mais je l'ai cherchée vainement; j'ai seulement remarqué que M. le rapporteur signalait, il est vrai, 80 cas de mort par l'administration du chloroforme, mais nulle part il n'en a fait ressortir la valeur.

Afin de mieux faire sentir combien les dangers du chloroforme sont appréciés d'une manière exagérée dans ce rapport, je vais supposer qu'au lieu de 80 cas de mort M. le rapporteur en ait trouvé le double, c'est-à-dire 160; je vous demande donc la permission d'en examiner la valeur. Les 80 cas signalés dans le rapport, ou mieux les 160 que je suppose, ont été observés dans les cinq parties du monde; tous ces faits se sont passés dans une période de six années dans la pratique publique et privée des nombreux chirurgiens des divers pays et dans les conditions les plus variées; en effet, non-seulement le chloroforme a été administré dans les opérations chirurgicales, mais aussi il a été employé dans un grand nombre de maladies, à savoir : toux, asthme, névralgie, rage, le delirium tremens, l'hystérie, la manie puerpérale, la manie hystérique, convulsions puerpérales, chorée, épilepsie, tétanos, folie, accouchements, opération césarienne, et enfin les opérations chirurgicales de toute espèce. Si on prend le chiffre 80 dont parle M. le rapporteur, si on le divise par une période de six années, on obtient le chiffre 13 et une fraction comme représentant les cas de mort par suite de l'administration du chloroforme pour une année dans les cinq parties du monde, ou bien le chiffre 26 et une fraction si on adopte le chiffre 160 que j'ai supposé, ce qui ne donne même pas un cas pour chaque contrée. En présence d'un résultat aussi minime, mis surtout en regard du nombre immense de cas dans lesquels le chloroforme a été employé, on est obligé de conclure que les cas de mort par suite de son administration sont heureusement rares. On trouvera une confirmation de ce fait si on consulte un relevé publié par le docteur Cresp. Ce médecin, en consultant les recueils périodiques, a trouvé jusqu'au mois de septembre 1850 13 cas. Ce chiffre ne s'est élevé qu'à 16 en 1851 et à 20 en 1852.

Maintenant si on interroge les statistiques publiées par les chirurgiens, on arrive au même résultat : M. Skey (operative surgery) dit qu'à l'hôpital de Saint-Bartholomew sur 9,000 il n'a pas été observé un seul accident de ce genre. M. Curling, dans un discours remarquable sur l'usage du chloroforme, ajoute qu'on peut à peine trouver un cas de mort sur 10,000; M. Ericksen cite un seul cas sur 1,600 malades chloroformés à University college hospital; dans un rapport publié en 1848 par l'Association médicale américaine, il est question de 2,000 accouchements par l'influence du chloroforme sans aucun accident. Enfin, M. Gros (de New-York), le professeur Jackson, le professeur Langenbeck (de Berlin) parlent d'un très grand nombre de cas dans lesquels ils ont employé le chloroforme depuis l'âge de quelques semaines jusqu'à 80 ans sans aucun accident fâcheux.

Il était donc du devoir de M. le rapporteur de faire sentir combien les cas de mort par le chloroforme sont heureusement rares plutôt que d'écrire dans son rapport la phrase suivante : « Mais aujourd'hui les malheurs se sont tellement multipliés, etc. »

Afin d'expliquer les cas malheureux observés par l'administration du chloroforme, M. le rapporteur a fait intervenir dans cette explication les expériences de M. Flourens. Ici encore je suis dans la nécessité de faire remarquer que les expériences dont il est question, quoique très curieuses et intéressantes au point de vue physiologique, sont loin d'offrir le même intérêt pratique; et, puisque M. le rapporteur tenait à cœur d'élucider cette question, il aurait dû faire appel aux données fournies par les expériences faites dans un but pratique, notamment celles de M. Snow (*London medical journal*, 1852); ce médecin, en effet, a montré par des expériences nombreuses, instituées principalement dans le but d'étudier la cause principale de la mort à la suite de l'administration du chloroforme, que la mort était produite par l'inspiration du chloroforme en nature, ou de l'air contenant en solution une trop grande quantité de cet agent, 10 pour 100, par exemple, qu'alors l'air inspiré et mêlé au sang agissait directement sur les parois du cœur et paralysait cet organe. Il a montré chez les animaux ce que M. Maisonneuve vous a signalé tout à l'heure comme le résultat de ses observations cliniques, à savoir : que l'inspiration de l'air contenant une trop grande quantité de chloroforme était la seule cause de la mort.

J'arrive maintenant aux conclusions.

Cette partie du rapport de M. Robert demande à être remaniée en entier, car elle ne présente pas une déduction rigoureuse des faits qui lui servent de base et que d'ailleurs elles sont en opposition avec les faits mêmes.

Première conclusion. — Le dernier membre de la phrase doit être supprimé, car il établit une comparaison qui n'est pas démontrée.

Troisième conclusion. — Celle-ci doit disparaître presque en entier : il a déjà été démontré que l'idiosyncrasie, que le rapporteur marque comme étant la cause de la mort, est une pure supposition. D'ailleurs, si on persistait à supposer que cette cause existe ou qu'elle peut exister, il faudrait supposer aussi qu'elle ne se développe qu'à une époque déterminée de la vie, qu'elle se développe seulement chez des sujets jeunes. Les faits connus jusqu'aujourd'hui démontrent que les cas de mort observés par l'administration du chloroforme ont presque tous été observés dans cette catégorie. En effet, sur 20 cas réunis par le docteur Crisp, la mort a été observée :

6 fois chez des individus de 20 ans.
4 — 20 à 30 ans.
5 — 30 à 40
2 — 40 à 50

Sur les 23 observations que j'ai analysées, la mort est survenue :

1 fois chez des individus de 1 à 10 ans.
6 — 10 à 20
5 — 20 à 30
4 — 30 à 40
2 — 40 à 50

Les autres cas étaient 3 jeunes filles dont l'âge n'est pas indiqué et 2 jeunes femmes.

Quatrième conclusion. — Au lieu de dire : *Il est contre-indiqué de se servir*, etc., on doit y substituer le mot : *Il est prudent*. La rédaction de cette conclusion est encore en opposition avec les faits : maintes fois le chloroforme a été donné sans danger dans le cas où la contre-indication est posée, et dans les cas malheureux qu'on a observés, à l'exception d'un cas publié par M. Quain, la mort n'a pas été favorisée par une des maladies dont il est question dans le rapport.

Cinquième conclusion. — Celle-ci doit subir également quelques modifications.

La science connaît en effet, et les expériences de M. Snow le démontrent, que l'inspiration d'un air contenant une trop grande quantité de chloroforme peut occasionner des accidents, que tous les efforts des chirurgiens doivent tendre à éviter cela; c'est en mélangeant le chloroforme avec de l'esprit-de-vin rectifié, c'est encore en employant des appareils susceptibles de fournir un fluide contenant une quantité donnée de cet agent, c'est enfin dans les premiers soins à donner. Lorsqu'un accident de ce genre a lieu, c'est de favoriser la circulation du sang, c'est de pratiquer des insufflations directes accompagnées de pressions méthodiques sur le thorax, comme cela a été conseillé et pratiqué par M. Snow.

M. Boinet. Aux faits d'insufflation bouche à bouche signalés par notre savant collègue M. Ricord, je vais en joindre un autre que j'ai observé avec notre confrère le docteur Lorne, et qui diffère sur quelques points du reste de ceux de M. Ricord. Ainsi notre collègue pense qu'il a sauvé ses malades parce qu'il a pratiqué l'insufflation immédiatement dès le début des accidents; nous croyons avec lui que ce moyen est de tous ceux proposés jusqu'à présent celui qui est le meilleur, le plus efficace, le plus expéditif, celui qu'on a toujours à sa disposition; mais nous pensons, d'après ce que nous avons vu, que ce moyen peut encore être utile lorsqu'il est mis en usage plusieurs minutes après les accidents produits par l'inhalation du chloroforme. Notre habile collègue pense encore que, lorsque l'insufflation réussit, le retour à la raison est rapide, instantané. Le fait que j'ai observé n'a pas présenté ces phénomènes d'instantanéité de retour à la raison.

Il y a environ deux mois, je fus appelé auprès d'une dame qui était dans des douleurs pour accoucher. Cette dame, âgée d'environ vingt-neuf à trente ans, est mal conformée; elle a une déviation de la colonne vertébrale et, par suite, une obliquité considérable du bassin; elle est chétive, de mauvaise constitution. Devenue enceinte, la famille se préoccupa de savoir si l'accouchement à terme serait possible. M. Jacquemier fut appelé vers la fin du septième mois pour examiner le bassin et savoir s'il ne serait pas prudent de recourir à un épanchement prématuré. L'examen apprit que l'accouchement pouvait avoir lieu à la rigueur, mais qu'il serait probablement difficile. Le terme de la grossesse fut donc attendu. Les douleurs se déclarèrent et eurent d'abord une marche régulière; la tête descendit assez promptement dans le petit bassin; mais arrivée au détroit inférieur, elle ne put le franchir et demeura à la même place pendant six ou sept heures. Les forces de la malade, qui souffrait depuis quinze heures, étaient épuisées, les douleurs ralenties; il était évident que cette dame ne pourrait accoucher sans les secours de l'art. Plusieurs fois déjà le forceps avait été proposé; mais la malade ne voulait consentir à son application qu'à la condition qu'elle serait endormie par le chloroforme. L'état de faiblesse générale, l'épuisement où elle était, sa conformation particulière, qui devait apporter de la gêne aux organes de la circulation et de la respiration, de plus une bronchite assez intense qui datait de plusieurs semaines : tout me faisait résister aux instances de la malade et de la famille. Il fallut enfin céder.

Tout avait été disposé pour l'application du forceps. Assisté de mon confrère M. le docteur Lorne, je versai 7 ou 8 grammes de chloroforme sur un mouchoir en batiste que j'approchai de la malade, couchée dans une position horizontale, la tête un peu plus élevée que le reste du corps.

Le mouchoir, placé d'abord à une petite distance du nez, fut peu à peu rapproché, mais sans toucher les narines. Les effets du chloroforme furent assez prompts et ne déterminèrent aucune excitation. M. Lorne surveillait le pouls, et je ne perdais pas de vue les mouvements respiratoires.

Aussitôt l'insensibilité complète obtenue, je confiai le mouchoir au mari, avec ordre de le remettre sous le nez si je le lui disais, et j'appliquai le forceps, ce qui fut facile, la malade étant dans la résolution la plus complète. Mon confrère surveillait toujours le pouls.

Après plusieurs essais de traction avec le forceps faits sans résultat aucun, la malade fit quelques mouvements, poussa quelques cris, et allait probablement se réveiller, lorsque je priai le mari de lui remettre le mouchoir sous le nez. L'insensibilité eut lieu de nouveau, et j'en profitai pour terminer l'accouchement. Le mari, préoccupé comme nous de l'application du forceps et vivement ému de la position de sa femme, avait laissé le mouchoir sous le nez, et ne l'avait ôté qu'au moment où la tête franchissait le détroit inférieur, malgré la recommandation que je lui avais faite de l'ôter aussitôt que sa dame paraîtrait ne plus rien sentir; d'ailleurs le pouls et la respiration, que M. Lorne était chargé de surveiller, n'avaient pas cessé d'être sensibles. Cette nouvelle application du chloroforme n'avait pas duré deux minutes. Débarrassé du forceps, je m'empressai d'extraire l'enfant, lorsque M. Lorne m'avertit qu'il ne sentait plus le pouls..... Extraire l'enfant, couper le cordon, le remettre à une personne préparée pour le recevoir, ne fut que l'affaire d'un instant, en même temps que je portais l'accouchée sur son lit pour la placer dans une position plus horizontale, je fis ouvrir les deux fenêtres de l'appartement (il était cinq heures du matin et l'air était froid). Plus de pouls, plus de respiration, *plus de battements du cœur* à l'oreille appliquée sur la poitrine, résolution complète de tous les membres; face pâle, lèvres décolorées; tous les signes de la mort... Jeter de l'eau froide à la figure, sur la poitrine, sur le ventre; faire respirer du vinaigre ordinaire, des sels, brûler des allumettes soufrées sous les narines, frapper dans les mains, à la plante des pieds... tout fut inutile... Toutes ces manœuvres durèrent plus de cinq minutes. Deux fois, pendant ces cinq minutes qui me parurent des siècles, je déclarai au mari et à un confrère qui le croyait comme moi que la malade était morte. Enfin, ne sachant plus que faire, en désespoir de cause et pour l'acquit de ma conscience, je fis l'insufflation bouche à bouche. Ce moyen resta sans résultat tout d'abord... L'air que je poussais dans la bouche de cette femme soulevait ses joues, qui s'affaissaient aussitôt que je cessais cette insufflation. Fatigué de l'insufflation, je fis apporter un soufflet; mais ce moyen n'eut aucun résultat, et me parut tout à fait inutile, car l'air ressortait aussitôt, la bouche de la malade n'étant pas hermétiquement fermée, comme cela a lieu lorsqu'on fait l'insufflation bouche à bouche. Dans la crainte qu'on ne m'accuse de ne pas faire assez, et d'abandonner trop vite cette malade, plutôt que dans l'espoir de la rappeler à la vie, je revins encore une seconde, une troisième fois aux insufflations bouche à bouche, que je faisais de toute ma force, pendant que mon confrère Lorne pressait sur le ventre et la partie inférieure du thorax pour imprimer des mouvements au diaphragme et au thorax, et réveiller les fonctions des poumons, si faire se pouvait. Enfin, un mouvement à peine sensible, un mouvement que je ne puis mieux comparer qu'au dernier soupir d'un mourant, eut lieu, mais ne fut pas suivi immédiatement d'un second. Il se passa plusieurs secondes. Je continuai les insufflations pendant que M. Lorne continuait ses manœuvres; mais je continuai ces insufflations, persuadé que cette inspiration que je venais d'observer était plutôt la dernière de la malade que le retour à la vie. Le pouls et le cœur paraissaient toujours ne pas fonctionner. Une seconde inspiration eut lieu, puis une troisième, puis une quatrième, avec moins d'intervalle qu'il n'y en avait eu entre la première et le seconde; la malade était sauvée. Enfin, elle se réveilla, absolument comme tous les autres malades à la suite des inhalations du chloroforme. Son réveil fut lent et progressif. Lorsqu'elle fut tout à fait revenue, elle fut délivrée. Les suites de couches ont été très heureuses, et aujourd'hui la mère et l'enfant, qui était une petite fille, se portent parfaitement bien.

Tel est le fait que nous avons observé, le docteur Lorne et moi. Peut-être dira-t-on que cette dame est revenue seule d'un état aussi inquiétant, et sans le secours de l'insufflation et des autres moyens employés; mais si l'on admettait ce principe, il faudrait en conclure qu'en pareilles circonstances il faut se dispenser de tout soin, et attendre que les malades en reviennent, s'ils doivent en revenir, car autrement tout secours serait inutile.

Evidemment, chez cette malade, la vie n'était pas éteinte, mais elle a été arrêtée, suspendue pendant plusieurs minutes; les organes vivaient encore, mais ils ne fonctionnaient plus. Si l'on voulait me permettre une comparaison, grossière il est vrai, mais qui, selon moi, pourrait jusqu'à un certain point faire comprendre la position dans laquelle s'est trouvée cette malade pendant plusieurs minutes, je la comparerais à une chandelle qu'on vient d'éteindre; cette chandelle n'est plus allumée, mais il reste encore une mèche qui conserve du feu, de la vie, et ce feu, cette vie, vont disparaître entièrement et promptement, si on ne s'empresse, par une insufflation brusque, d'exciter le feu qui reste encore, de le ranimer, et enfin de rallumer la mèche.

La séance est levée à six heures.

Le secrétaire de la Société, E. Laborie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Les argumentations qui doivent former la dernière épreuve du concours de la Faculté pour les sciences accessoires auront lieu dans l'ordre suivant :

Le lundi 1er août, M. Segond sera argumenté par MM. Dupré et Fano, M. Figuier par MM. Leconte et Orfila;

Le mercredi 3 août, M. Verneuil par MM. Segond et Dupré, M. Leconte par MM. Orfila et Figuier ;

Le vendredi 5 août, M. Fano par MM. Verneuil et Segond, M. Orfila par MM. Figuier et Leconte ;

Le lundi 8 août, M. Dupré par MM. Fano et Verneuil.

— *Le choléra en Danemark.* — Nous recevons de l'un de nos correspondants, à Copenhague, des détails intéressants sur la marche du choléra dans cette ville.

Les chaleurs très grandes qui règnent dans le pays depuis quelque temps ont donné une grande intensité à la maladie, et la terreur qui avait gagné les habitants s'est accrue au point que tous ceux qui peuvent quitter la ville et habiter des campagnes où le mal n'a pas encore pénétré se hâtent de s'éloigner.

Des sommes considérables ont été votées par la Diète; le roi et la reine veuve y ont contribué aussi pour une grande part, et, grâce à ces secours, l'assistance des pauvres est assurée.

Les conseils médicaux sont en permanence, et les visites domiciliaires sont faites avec régularité. J'ai le regret de vous annoncer que trois de nos honorables confrères ont déjà payé le tribut à l'épidémie, et ont succombé victimes de leur zèle et de leur dévouement.

On pourra, du reste, juger de la gravité de la maladie par le relevé des bulletins officiels de ces derniers jours. Ainsi, on a compté :

84 malades et 46 décès du 11 au 12 juillet.
84 — 57 — du 12 au 13 —
85 — 60 — du 13 au 14 —
153 — 68 — du 14 au 15 —
350 — 137 — du 15 au 16 —

Pour se rendre compte de l'importance de ces chiffres, il faut observer que Copenhague n'a que 130,000 habitants environ, et que ce chiffre correspondrait, pour une ville comme Paris, à 3 ou 4,000 cas et à 12 ou 1500 décès par jour.

— D'un autre côté, on écrit de Berlin le 20 juillet : Il paraît que le choléra va s'étendre sur nos provinces de la Baltique. Les cas augmentent à Stettin, et il s'en produit aussi à Dantzick, où l'épidémie pourrait devenir très dangereuse dans les parties basses de la ville et des environs, surtout à cause de la température humide qui règne. Le choléra ne s'est pas encore montré dans notre ville.

— La petite vérole sévit avec une extrême violence parmi les Indiens du territoire d'Utah ; une lettre du 21 avril porte à un millier le nombre de cheyennes et de shoshones qui y ont succombé. Dans une localité, on a entassé 300 cadavres dans une maison à laquelle on a mis le feu.

— La séance annuelle de la Société anatomique aura lieu le mardi 2 août à trois heures, à la Faculté de médecine, salle des thèses. Le banquet aura lieu le même jour à six heures, chez Véfour-Hamel (Palais-Royal). On souscrit chez les commissaires : MM. Boullard, prosecteur à la Faculté, quai Napoléon, 19 ; Blain des Cormiers, trésorier, rue des Saints-Pères, 7 ; Géry, interne à l'hôpital de la Charité. Prix de la souscription : 10 fr.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 89. — JEUDI 28 JUILLET 1853. (26e ANNEE.) N° 89. — JEUDI 28 JUILLET 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Pays	Trois mois	Six mois	Un an
Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	8 fr. 50 c.	16 »	30 »
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	9 fr.	17	33
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	10 fr.	20	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

PARIS, LE 27 JUILLET 1853.

Séance de l'Académie de Médecine.

Cette séance a été remplie par une lecture de M. Poggiale, professeur du Val-de-Grâce, sur le pain de munition des troupes européennes.

Nous analysons longuement ce mémoire fort important, dont les principales conclusions sont que la matière azotée, ou gluten, est plus considérable dans le pain de munition français, qui est, par conséquent, plus nutritif que celui des autres puissances, auquel il est supérieur d'ailleurs par l'aspect, la saveur, la cuisson et même la nuance. Il faut cependant tenir compte ici d'un fait qui a dû influer sur le résultat des analyses, c'est que le pain étranger était en partie desséché quand on a expérimenté.

M. Poggiale a examiné ensuite la question non moins importante de la composition chimique du son, et il conclut de nombreuses expériences que le son contient beaucoup de cellulose et de substances non assimilables, et que, conformément à l'opinion de Parmentier, le son en substance, quelque divisé qu'on le suppose, fait non du pain, mais du poids, et qu'il n'y a ni économie, ni avantage à faire entrer le son dans la composition du pain, à la fabrication duquel il apporte d'ailleurs des obstacles matériels. M. Poggiale voudrait donc que l'on diminuât, plus encore qu'on ne l'a fait jusqu'ici, la proportion du son qui entre dans la composition du pain.

Nous n'insisterons pas davantage sur cette intéressante communication, nous proposant d'examiner ce sujet avec soin lors de la lecture du rapport de la commission à laquelle le mémoire de M. Poggiale a été renvoyé.

M. Ch. Robin a lu une note sur le seigle ergoté; nous en donnons les conclusions.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS.

Observation d'une paralysie générale du sentiment et du mouvement affectant le type intermittent. — Administration du sulfate de quinine; guérison.

Par M. le docteur CAVARÉ (de Toulouse).

Le 6 février 1853, à sept heures du matin, je fus appelé pour donner mes soins à la femme Jeanne Magnas, épouse Dispans, ménagère.

Cette femme, âgée de vingt-quatre ans, très nerveuse, était accouchée naturellement de son deuxième enfant le 3 février. Le 5 février, vers midi, sans cause connue, et pendant qu'assise devant le feu cette femme attendait que son lit fût préparé pour la recevoir, elle ressentit des fourmillements dans les pieds; ces fourmillements gagnèrent les jambes, les cuisses, le tronc et les membres supérieurs. La langue se prit, et devint tellement embarrassée que la malade ne pouvait presque pas se faire comprendre. Elle fut mise dans son lit par son mari, aidé de quelques voisins, car elle était dans l'impossibilité de mettre un pied devant l'autre.

Il y avait de la fièvre, sans néanmoins que la malade ressentît le moindre mal à la tête. Elle ne pouvait avaler qu'avec la plus grande difficulté les boissons qui lui étaient présentées; elle voyait qu'on lui remuait les bras, les mains, mais elle n'en avait pas le moindre sentiment. Il existait, en un mot, une paralysie générale. La sage-femme, consultée à cet égard, répondit que c'était sans doute la fièvre de lait qui s'annonçait ainsi. Elle eut la pensée de lui faire prendre quelques cuillerées d'une potion antispasmodique, ainsi que quelques verres de tisane d'orge. A trois heures de l'après-midi, c'est-à-dire trois heures après l'invasion des premiers symptômes de la paralysie, les pulsations se ralentirent, la chaleur se calma peu à peu, la langue et les membres reprirent l'usage de leurs fonctions; la paralysie, en un mot, disparut, et tout rentra dans l'ordre.

Le 6, à trois heures du matin, Jeanne Dispans sentit la chaleur parcourir tous ses membres; son corps fut presque aussitôt couvert de sueur; les fourmillements qu'elle avait ressentis la veille à midi reparurent dans le même ordre; la langue s'embarrassa de nouveau, et la paralysie survint comme la veille. La tête resta parfaitement libre.

A sept heures du matin, au moment où je vis la malade, je m'aperçus qu'elle éprouvait une grande difficulté pour parler, qu'elle avalait sa tisane avec bien de la peine, et reconnus une paralysie générale du sentiment et du mouvement. Les lochies n'étaient point supprimées; la langue n'était point saburrale, elle était humide et rosée; pas la moindre trace de céphalalgie. Le lait était de bonne nature et abondant. L'enfant était fort et vigoureux. Le pouls était assez développé (108 pulsations); la vue n'était point affaiblie, l'ouïe s'exerçait comme dans l'état normal; la malade n'accusait de la douleur nulle part. La contractilité de la vessie ne fut jamais diminuée, et nous n'avons pas eu besoin d'avoir recours à l'usage de la sonde pour provoquer l'émission de l'urine.

Quoiqu'il y eût une intermittence marquée, ne voyant encore rien de grave, je prescrivis deux verres d'une infusion de valériane à prendre dans la journée, et dans l'intervalle quelques cuillerées d'une potion fortement antispasmodique; 2 bouillons.

Le 7, dans la matinée, la malade se trouvait parfaitement; elle avait bien passé la nuit, et la paralysie de la veille n'avait duré que cinq heures. Cette potion, disait-elle, l'avait bien soulagée. 64 pulsations. — Mêmes prescriptions que la veille.

Le même jour, à trois heures de l'après-midi, la malade, sentant quelques gouttes de sueur mouiller son front, regarda sa paralysie comme prochaine. En effet, quelques instants plus tard, les fourmillements se montrèrent dans le même ordre, et la paralysie survint comme dans les jours précédents.

Mandé auprès d'elle, je trouvai son esprit fort calme. Elle n'avait pas de mal de tête; sa parole était très embarrassée; la paralysie des membres était complète; 120 pulsations. — Potion avec 60 centigrammes de sulfate de quinine à prendre aussitôt que la paralysie aura disparu, en trois doses, à deux heures d'intervalle.

Le 8, au matin, je trouvai la malade parfaitement bien, 64 pulsations. Toute la potion avait été prise. La paralysie avait duré six heures. — 5 bouillons pour la journée, tisane d'orge pour boisson.

A trois heures du soir, la paralysie apparut encore et persista pendant huit heures. — Nouvelle potion avec 75 centigrammes de sulfate de quinine, à prendre en trois fois et dans les mêmes conditions que la première.

Depuis l'administration de cette dernière dose de sulfate de quinine la paralysie ne se montra plus, et la malade, ayant continué l'usage de l'antipériodique de loin en loin, se rétablit bientôt.

J'ai eu occasion de revoir la malade aujourd'hui 3 juin; il n'y a pas eu de rechute. Cette femme a repris depuis longtemps ses travaux habituels, et elle jouit d'une santé parfaite.

(*Gazette médicale de Toulouse.*)

CLINIQUE ÉTRANGÈRE.

Vomissements nerveux opiniâtres. — Emploi de la strychnine. Guérison.

Par M. VAN DROMME.

Le nommé Kafmeyer, âgé de cinquante et un ans, célibataire, d'un tempérament bilioso-nerveux, maréchal de profession, vint me consulter vers la fin de 1852 pour des vomissements, dont la durée et la fréquence avaient détérioré profondément sa constitution.

Né à Beernem de parents qui sont morts à un âge avancé, il a lui-même toujours joui d'une bonne santé jusque vers sa vingtième année. A cette époque, étant sous les armes, il fit un usage copieux et abusif de genièvre, et dès ce moment il a commencé à ressentir les premières atteintes de son mal. Il est à présumer que cette vicieuse habitude n'a pas peu contribué à produire la névrose du ventricule digestif, comme il est probable que les grandes fatigues nécessitées par sa profession auront aidé puissamment à l'entretenir et à l'aggraver.

Les vomissements ne présentaient pas d'abord la fréquence ni l'intensité qu'ils ont acquises depuis. Les premières années cette affection ne l'obligeait que de temps en temps à suspendre ses travaux de forgeron, et cela à certaines époques de recrudescence. Mais depuis trois ans, la susceptibilité nerveuse de l'estomac est telle, que presque tous les aliments, quelque légers qu'ils soient, sont aussitôt rejetés après leur ingestion. Il a passé des mois entiers pendant lesquels le seul mets toléré consistait en une pâte faite avec de l'eau et de la farine de sarrasin, mets que nos campagnards appellent en flamand *bru*. On conçoit, avec une alimentation aussi imparfaite, aussi insuffisante, à quel degré d'affaiblissement devait être réduit notre malade.

Pour se débarrasser de son mal, Kafmeyer s'est adressé successivement à une foule de médecins; ceux-ci lui ont fait subir une multitude de médications diverses, qui toutes ont été impuissantes pour arrêter des vomissements si opiniâtres.

La première idée qui nous vint à l'aspect de cette figure décharnée et terreuse, et avant qu'il nous eût fourni des renseignements suffisants sur les antécédents de sa maladie, fut de soupçonner une dégénérescence cancéreuse ou une altération organique profonde

FEUILLETON.

Margaux, le 22 juillet 1853.

> Quoi qu'en dise Aristote et sa docte cabale,
> Le tabac est divin, il n'est rien qui l'égale !

Monsieur le Rédacteur,

La *Gazette des Hôpitaux* qui m'arrive aujourd'hui contient un feuilleton ayant pour titre : *Contre l'usage du tabac*, qui me semble un peu injuste. L'auteur a très spirituellement lancé son acte d'accusation, et j'avoue qu'il faut la profonde conviction que j'ai de l'*innocence* de cette chère plante (tout autant qu'on en use dans de certaines limites) pour me décider, moi, pauvre praticien de campagne, à essayer de la justifier, malgré les arguments de mon très honoré confrère le docteur Joux.

D'abord je déclare m'associer de tout mon cœur à la critique mordante qu'il fait de ce tyran de tous les temps appelé la Mode. Certes, des volumes entiers ne suffiraient pas pour enregistrer les folies risibles ou blâmables qu'il a tour à tour imposées à notre pauvre espèce. Mais je nie que l'usage du tabac, soit dans le plus grand nombre de cas, une question de mode. Cela ne peut être vrai que pour quelques *lions* du boulevard des Italiens récemment échappés du giron maternel, voulant étaler après dîner toutes les grâces dont ils sont susceptibles en fumant un énorme *regalia* ou un *panatellas* qui leur remplit à moitié la bouche, leur fait faire une atroce grimace et leur bouleverse l'estomac. Voilà une variété de fumeurs que j'abandonne volontiers à toute la verve satirique de mon spirituel antagoniste.

Mais le marin ! croyez-vous que ce soit la Mode qui l'occupe beaucoup pendant des traversées de cinq et six mois ? faut-il l'anathématiser si pendant son quart, dans un temps de calme, il se complaît à suivre des yeux les nuages de fumée qu'il aspire de sa pipe ou de son cigare ? ou si la mer est mauvaise, et que la lame en déferlant sur le pont éteigne sa pipe, doit-il être un sujet de *mépris mêlé de dégoût* s'il introduit entre ses molaires gros comme le bout du doigt de tabac ? Franchement je ne le crois pas.

Et les militaires dans les casernes ou en campagne ! est-ce la Mode qui fait qu'ils fument ?

Et le pauvre diable de médecin relégué dans un coin de campagne, lorsqu'il a fait dix lieues pour visiter quatre ou cinq malades, qu'il a relu quelques pages des maîtres de la science, son journal de médecine, etc., faut-il le vilipender si l'été sous sa tonnelle, ou l'hiver au coin de son feu, il fume une cigarette ou une pipe en rêvant au temps où, sans aucun souci, il allait au Prado ou à la Chaumière recevoir les admonestations du père La Hire ? Non, mille fois non !

> *Timeo Danaos et dona ferentes,*

dit l'auteur que j'ai la témérité de vouloir réfuter, en parlant des solanées en général, ne faisant qu'une petite exception en faveur du solanum tuberosum (pomme de terre). Je serai plus impartial que lui en rendant justice au solanum lycopersicum (tomate), avec le jus duquel nos restaurateurs parisiens savent si bien confectionner certaines sauces qui font avaler aux consommateurs les viandes sans nom qu'ils leur servent. Et le solanum melangena (aubergine) assaisonné d'une certaine façon, qu'en dit-il ? Et le solanum nigrum (morelle noire) ? Je puis lui affirmer que ses jeunes pousses bouillies remplacent très bien les épinards, et sont tout aussi inoffensives (je ne parle que de ses jeunes pousses et non de ses fruits). Et le solanum dulcamara (douce amère), quel méfait peut-on lui reprocher ? Et le capsicum annuum (piment d'Espagne), ne fait-il pas très bien dans certains assaisonnements ? Et le physalis alkekengi (alkekenge), ses fruits ne sont-ils pas d'une saveur très agréable ? etc., etc. J'abandonne la jusquiame, la belladone, le stramoine, etc., à la juste suspicion qui pèse sur eux, mais je demande grâce pour les autres.

Le tabac, j'en conviens, pris en décoction à certaines doses, peut occasionner des accidents. Mais, à ce compte, quelle est la substance médicamenteuse un peu énergique qui n'a pas le même inconvénient ? D'ailleurs, il ne s'agit pas ici de considérer cette substance comme médicament, mais bien comme moyen de distraction et de diversion à certaines tristes pensées.

Il est évident que l'usage immodéré de la pipe présente des dangers, et qu'en cela, comme en toutes choses, il faut répéter le vieil adage :

> Faut de la vertu, pas trop n'en faut,
> L'excès en tout est un défaut.

Aussi suis-je le premier à blâmer ces fumeurs malpropres qui puent le tabac à vingt pas, qui laissent leurs dents se culotter d'une espèce de suie sans employer d'autres soins de propreté que celui qui résulte pour eux d'une averse reçue sans parapluie ou d'une chute dans une mare. Ceux-là je les abandonne complétement à leur triste sort; je serais très fâché de me faire leur avocat. Mais, Dieu merci ! c'est la très petite exception : elle ne peut faire la règle.

Je ne comprends pas le souhait de mon honoré confrère touchant un genre de société de tempérance établie dans le but de combattre l'usage du tabac, comme on veut combattre l'usage du vin. Est-ce une

de l'estomac ; mais l'absence de douleurs spontanées ou provoquées par la pression, l'ingestion d'aliments, l'absence de tumeur à la région épigastrique, l'état normal de la langue, les caractères purement alimentaires de matières vomies, la durée de la maladie, etc., nous firent promptement revenir de cette opinion.

Ces affections organiques écartées, il restait pour expliquer l'existence de cè phénomène morbide la lésion fonctionnelle des nerfs moteurs du ventricule digestif. Ce diagnostic admis (car rien ne faisait soupçonner que ces vomissements fussent sous la dépendance d'une affection cérébrale), que fallait-il faire en présence d'un mal si tenace, si invétéré, et contre lequel l'art semblait avoir épuisé toutes ses ressources ?

Nous nous crûmes autorisé, vu l'inefficacité radicale de tant de remèdes, de faire l'essai d'un agent thérapeutique qu'on n'a pas encore employé, que nous sachions, contre les vomissements nerveux. Cette substance, c'est la strychnine. Nous nous proposions pour but en la donnant de régulariser les contractions péristaltiques du tube digestif, à la perturbation desquelles nous attribuions et les vomissements et probablement aussi en partie l'extrême rareté des évacuations alvines.

Les succès obtenus par M. Trousseau, qui administre la strychnine contre la chorée, véritable névrose des nerfs moteurs, et le bénéfice que M. le docteur Ossieur (de Roulers), à l'exemple de M. le docteur Homolle, a retiré de son emploi dans deux cas d'obstruction intestinale, légitimèrent nos tentatives.

Nous pensions que les propriétés dont jouit la strychnine de réveiller, d'une part, la faculté motrice des nerfs de la vie de relation et du système ganglionaire, et, de l'autre, de rétablir la régularité de l'action nerveuse pervertie dans quelques névroses de la portion du système nerveux cérébro-spinal qui préside aux mouvements (la danse de Saint-Guy, par exemple), nous pensions, dis-je, que cette substance, en vertu de cette double action, produirait peut-être aussi une modification favorable sur le trouble des éléments nerveux qui concourent à l'accomplissement de l'acte morbide, le vomissement. Au moins espérions-nous, en stimulant la contractilité des plans musculaires du tube intestinal, faciliter les évacuations alvines, et influencer peut-être par là favorablement les vomissements.

En conséquence, guidé par ces faits et ces idées, nous administrâmes à notre malade un dixième de grain de strychnine à prendre matin et soir, avec recommandation expresse d'en suspendre l'emploi à la première apparition de la roideur tétanique et de contractions spasmodiques.

Après huit jours d'usage de cette substance, notre malade revint nous annoncer le rétablissement à peu près normal des selles, et la faculté de supporter sans vomir et de digérer les aliments légers que nous avions prescrits, tels que le potage au bouillon, les œufs, le laitage, le pain de froment, les viandes blanches, une quantité modérée de vin. Le médicament n'a produit aucun trouble du côté du système musculaire.

La seconde semaine, nous donnons un dixième de grain, matin, midi et soir : même régime. A la fin de cette semaine, un écart de régime ramène le vomissement ; celui-ci s'arrête après le rejet du liquide qui l'avait occasionné. La strychnine est continuée à la dose précédente la troisième semaine. Les aliments susmentionnés, pris en plus grande quantité pour satisfaire un besoin plus pressant, un appétit plus vif, sont facilement digérés. Les forces, en grande partie revenues, lui permettent de reprendre ses occupations habituelles.

Dans le but de refaire convenablement sa constitution délabrée, en même temps que de faire perdre complétement au système nerveux sa mauvaise habitude, nous ordonnons la quatrième semaine, avec l'usage d'un régime plus animalisé et de la strychnine, l'emploi de préparations de fer et de valériane prises à chaque repas. Tout est bien supporté, médicaments, aliments, à l'exception d'une seule substance, le porc, contre laquelle l'estomac se révolte aussitôt après son ingestion. Ainsi son mal se trouve réduit à une espèce d'idiosyncrasie, compatible au reste avec une bonne santé.

Sous l'influence de l'emploi, continué pendant un mois encore, de ces agents pharmaceutiques et des prescriptions diététiques indiquées toutes les fonctions organiques ont recouvré une énergie nouvelle. Les digestions sont faciles, complètes ; les selles normales. A l'extrême maigreur a succédé un certain embonpoint ; la tristesse et la mélancolie ont fait place à la bonne humeur, à la gaieté, et cet homme jouit actuellement de tous les attributs d'une bonne santé, dont il avait pour ainsi dire perdu le souvenir.

Cette guérison se maintiendra-t-elle ? C'est ce que nous ignorons. Mais nous espérons que, si sous l'influence de l'une ou de l'autre cause morbide les vomissements se reproduisaient, la reprise des mêmes moyens en ferait de nouveau facilement justice.

— Voilà un exemple remarquable de l'heureuse influence de la strychnine dans une des variétés de névropathie gastrique si souvent rebelles aux médications les plus rationnelles. Il figurera honorablement à côté de ceux que la science a déjà enregistrés dans ces cas. Cette médication, en effet, est moins neuve que ne le croit notre honorable confrère. Dans quelques névroses gastriques assez vaguement spécifiées, Horn, Nevermann, Voigtel, Niemann et Hufeland ont eu recours aux préparations de noix vomiques. Schmidtmann a traité avec succès la gastralgie à l'aide de la noix vomique en poudre administrée cinq fois dans les vingt-quatre heures à la dose de deux grains. Quant aux vomissements nerveux en particulier, le docteur Werber (de Fribourg) leur a opposé avec plein succès la noix vomique il y a plus de dix-huit ans. M. le docteur Padioleau (de Nantes), déjà avantageusement connu dès 1842 par ses recherches sur la gastrite, a consigné en 1849 dans le *Bulletin de thérapeutique* les succès remarquables que la teinture de noix vomique lui a donnés dans le traitement des vomissements nerveux ; cette teinture est administrée à la dose de trois gouttes dans 90 grammes d'eau distillée, que le malade doit prendre par cuillerée à bouche de quatre en quatre heures. La strychnine elle-même a été employée dans ces cas par M. le professeur Burggraeve. Nous citerons le fait suivant publié en 1851 dans les *Annales de la Société de médecine de Gand* :

« Thérèse ....., native de Seveneecken, âgée de vingt-trois ans, d'une bonne constitution, souffre depuis près de trois ans d'une gastrodynie caractérisée par une chaleur vive et brûlante à l'épigastre, et des vomissements qui se répètent quelquefois cinq ou six fois dans la journée.

» Quand elle vint nous consulter, la malade était fortement amaigrie et se plaignait d'un sentiment de constriction douloureuse dans le dos. Il n'y avait aucun signe d'irritation du tégument muqueux. Nous jugeâmes convenable de recourir à la strychnine à dose fractionnée de 1/24e de grain. Cette médication nous réussit à merveille, puisqu'au bout de huit jours les douleurs et les vomissements avaient presque entièrement disparu. Nous lui avons conseillé de continuer le médicament pendant quelque temps encore. Elle aura pris en tout 4 ou 5 grains de strychnine. »

Ces quelques faits prouvent suffisamment, comme nous l'avons déjà dit, que la thérapeutique des névroses en général et des névroses gastro-intestinales en particulier peut accepter en confiance parmi ses éléments le principe actif de la noix vomique. Ils ne doivent rien ôter au mérite de l'observation de M. Van Dromme, qui sans les connaître a triomphé d'une affection qui fait souvent le désespoir de la médecine, en se basant d'un côté sur le caractère particulier qu'il a assigné à cette affection et de l'autre côté sur l'action physiologique connue de la strychnine.

NOTE SUR LA LYMPHORRHAGIE

à la suite de la saignée du bras, et sur la dilatation sous forme de granulation des réseaux lymphatiques sous-épidermiques ;

Par M. MICHEL, chef des travaux anatomiques à la Faculté de Strasbourg.

Les faits de plaies des vaisseaux lymphatiques avec lymphorrhagie persistant pendant un certain laps de temps, ceux de dilatation du réseau capillaire lymphatique cutané, ne sont pas assez communs dans la science pour qu'il paraisse inutile de rapporter ceux qui, accidentellement, se trouvent dans la pratique.

J'ai recueilli, dans ces années passées, trois observations relatives à ces sortes d'affections. Leur exposition me permettra de rappeler un travail intéressant dû à M. le docteur Demarquay, chirurgien du bureau central, et publié dans les *Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, t. III, 1852.

OBS. I. — Ma première observation se rapporte à une plaie d'un vaisseau lymphatique de la région externe du coude droit ; cette blessure fut produite pendant que je saignais la veine médiane céphalique chez un jeune homme âgé de vingt-cinq ans, atteint d'une maladie inflammatoire.

Dans le premier moment, l'accident fut masqué par l'écoulement du sang, en sorte que le pansement habituel de la saignée fut appliqué sans que j'aie pu avoir le moindre soupçon de ce qui devait se passer. Ce fut le surlendemain, lorsque je voulus lever ce petit appareil, que je trouvai, non pas sans surprise, non-seulement les pièces à pansement mouillées, mais encore une partie de la manche de la chemise. Le malade m'ajouta qu'une quantité assez considérable d'un liquide onctueux et clair avait glissé sur la peau, sur laquelle je vis, dans quelques points, de petites croûtes blanchâtres provenant de la dessiccation du liquide.

L'appareil levé, les lèvres de la plaie, loin d'être accolées ensemble, comme cela arrive généralement, étaient séparées l'une de l'autre, légèrement boursouflées, et laissaient entre elles un trajet fistuleux par lequel sortait un liquide clair, de consistance sirupeuse. La pression de bas en haut en augmentait la quantité.

Ce liquide, laissé quelques instants au contact de l'air, se coagulait en prenant une teinte lactescente. Bien que je n'aie fait sur lui aucune recherche chimique ou microscopique, l'on ne peut mettre en doute sa nature supposée.

L'écoulement de la lymphe dura trois semaines, conservant toute son intensité pendant les quinze premiers jours. A partir de cette époque la plaie diminua petit à petit et finit par se cicatriser. Le traitement que je mis en usage se borna à l'emploi d'un petit appareil compressif fait à l'aide d'une bande de toile ordinaire. Pendant toute la durée du mal, rien ne se produisit du côté des ganglions axillaires correspondants.

Cet accident de la saignée du bras est rare ; aussi la plupart des auteurs classiques le passent-ils sous silence. Je m'étonne donc que Sœmmering ait pu dire que la saignée du bras, et surtout celle du pied, s'accompagnent fréquemment des phénomènes annonçant la blessure des vaisseaux lymphatiques. J'ai vu, avant et depuis cet accident, un grand nombre de saignées, sans avoir rien vu de semblable. Il est probable que cette assertion lui est venue *à priori*, en raison de la présence constante de lymphatiques dans les régions où l'on pratique cette opération.

Les exemples de plaies des vaisseaux lymphatiques signalés par les auteurs se trouvent surtout au membre inférieur. Ainsi Ruysch (*Opera omnia*, obs. 41) dit qu'un médecin ayant ouvert un bubon, il s'écoula pendant plusieurs jours une si grande quantité de sérosité qu'on fut obligé de recourir à la compression.

Dans son *Essai médical sur les vaisseaux lymphatiques*, Assalini raconte que cinq livres de lymphe s'écoulèrent en trois jours par une petite blessure de la partie interne de la cuisse.

Nuck et Van Swieten ont signalé des cas analogues.

Enfin, plus récemment, Müller vit à Bonn, dans le service chirurgical du professeur Wutzer, un jeune homme chez lequel, à la suite d'une plaie ancienne du pied, s'écoulait continuellement de la lymphe par une petite fistule persistante.

En 1838, Marchand et Colbéry observèrent également un fait pareil à Halle.

Le plus souvent, la lymphorrhagie n'offre aucune gravité ; cependant on a vu sa persistance amener quelques troubles dans la santé générale. Tel est le cas de la jeune demoiselle de l'observation du docteur Fitzer, dont je parlerai plus bas. Ici la compression fut insuffisante ; on dut recourir à l'emploi du nitrate d'argent.

Si la dilatation des troncs lymphatiques a été signalée depuis longtemps, celle des réseaux capillaires sous-épidermiques est de date plus récente, surtout cette forme caractérisée par de petites vésicules faisant relief sous la surface dermique.

Les exemples les plus remarquables de la première espèce sont cités par Mascagni (tab. XX et XXI, lymphatiques du poumon), par Sœmmering (*Vasa absorbentia varicosa*, lymphatiques des intestins, du foie, de la glande mammaire, de la jambe), par Bichat (*Cours d'anatomie pathologique*, p. 299), par Breschet (*Thèse sur le système lymphatique*). Ce fait est un des plus curieux. Les vaisseaux lymphatiques du thorax et de l'abdomen étaient fortement distendus, et on put les insuffler. Ceux des régions iliaque et crurale l'étaient également. Enfin, dans ces derniers temps, Astley Cooper, MM. J. Cloquet, Beau et Ricord ont rapporté des exemples de dilatation de vaisseaux lymphatiques du prépuce et du cordon spermatique.

Quant à la seconde forme, M. Demarquay en a rapporté deux observations, une qui lui est propre ; l'autre, d'une date antérieure, est due au docteur Fitzer. En raison même de leur nouveauté et des accidents rares qui s'y trouvent mentionnés, j'ai cru devoir en esquisser rapidement les principaux traits.

OBS. II. — (Fitzer). Une demoiselle de seize ans, non réglée, s'aperçut en 1847 qu'elle portait sur le ventre un certain nombre de granulations qui ne la gênaient point. Ces petites granulations reposaient sur le milieu d'une raie brunâtre de trois doigts de large, commençant à un pouce au-dessous de l'ombilic, à gauche de la ligne blanche, et finissant aux vertèbres dorsales du même côté, en passant entre les fausses côtes et l'os iliaque.

Le 31 juillet, à la suite d'une promenade, un liquide laiteux s'écoula de ces granulations. Pendant trois jours, l'écoulement fut si considérable que le docteur Fitzer fut appelé.

Après avoir constaté les faits ci-dessus mentionnés, il coupa une granulation ; il s'écoula aussitôt un liquide blanc, laiteux, de saveur salée, alcalin ; et par l'ouverture il put glisser une sonde qui pénétra à plus d'un pouce à gauche et à droite. La compression aidée de l'alun étant insuffisante pour arrêter la lymphorrhagie, l'auteur eut recours à une cautérisation avec le nitrate d'argent. Il était urgent d'arrêter cette déperdition d'humeur, car la jeune fille perdait ses forces.

L'analyse microscopique et chimique du liquide a été faite par le docteur Schlossberger.

OBS. III. — (Demarquay). Un jeune homme de 17 ans, bien constitué, s'aperçut tout à coup, et sans cause connue, en mars 1852, qu'un liquide coulait directement de la partie interne et inférieure de la cuisse, où M. Demarquay constata de petites vésicules assez semblables à des follicules hypertrophiées. Celles-ci reposaient sur une sorte d'éminence prolongée, qui n'était autre chose qu'un vaisseau lymphatique dilaté. Ces vésicules percées laissaient échapper un liquide clair ; à peine huit minutes se sont-elles écoulées depuis sa sortie, qu'il se trouble, devient laiteux et se coagule. Il gomme le linge qu'il mouille. Au microscope, on constate des globules lymphatiques, reproduits, ainsi que le membre malade, sur une planche annexée au mémoire. La quantité du liquide a été de plusieurs onces dans l'espace de neuf heures. Le traitement a été impuissant depuis le moment de l'apparition du mal jusqu'au moment de la rédaction du travail.

De ces deux observations il ressort cette conclusion indiquée par M. Demarquay ; savoir, que la lymphorrhée peut se faire spontanément. La science ne possédait jusqu'alors aucune preuve probante de ce fait.

Au point de vue de l'anatomie pathologique, il était curieux de rechercher quel était le mode de développement de ces petites granulations placées sur les réseaux lymphatiques superficiels. C'est cette particularité que je pense avoir démontrée à l'aide d'injections mercurielles faites sur des plaques mamelonnées de la sur-

---

raison si l'excès du premier amène une espèce de somnolence permanente et si l'excès du second produit le delirium tremens, est-ce une raison, dis-je, pour les proscrire partout et toujours ? Ah ! monsieur le rédacteur, soyez-en sûr, si les fondateurs des sociétés de tempérance anglaises ou américaines n'avaient jamais bu que de l'excellent vin que produit le Médoc en général, et Margaux en particulier, jamais semblable idée ne leur eût traversé le cerveau. Il faut que ces malheureux aient été empoisonnés bien longtemps par les produits hétérogènes qu'on leur livrait sous le nom de vin pour vouloir retrancher de l'alimentation des hommes un tonique si puissant ! Pardon de ma digression, monsieur le rédacteur, mais mon opinion comme médecin se trouve dans ce moment doublée de ma conviction comme producteur de vin de Margaux : aussi n'ai-je pu résister.

Quant à la crainte de mon honoré confrère sur l'influence que peut avoir l'usage du tabac sur la génération qui s'élève, je puis l'assurer que je connais bon nombre de fumeurs déterminés, quelques-uns même fumant depuis quarante-cinq et cinquante ans, dont les enfants et les petits-enfants ne laissent rien à désirer tant sous le rapport du développement physique que sous celui de l'intelligence. Je déclare n'avoir pas encore rencontré un seul cas de rachitisme ou d'idiotisme que l'on puisse rattacher de près ou de loin à l'usage immodéré que les parents auraient fait du tabac. D'ailleurs les tables de mortalité sont là pour prouver que la durée moyenne de la vie a augmenté malgré l'accroissement du nombre des fumeurs.

Il ne faudrait pas beaucoup d'efforts pour prouver que l'usage du tabac n'ôte rien à la facilité, au brillant de l'imagination et aux conceptions de ceux qui en consomment. S'il était permis de citer des noms propres, la littérature, les arts, les sciences fourniraient un contingent de noms devant lesquels le *tabacophobe* le plus endurci serait obligé de s'incliner.

Mais ne nommons pas les vivants, puisque chacun peut les voir se donnant le passe-temps du cigare ou de la tabatière.

Pardon, monsieur le rédacteur, de la longueur de cette lettre, qui cependant est loin de rendre toute ma pensée en faveur du tabac. Je ne veux pas continuer, dans le cas où vous croiriez devoir lui donner l'hospitalité au rez-de-chaussée de votre excellent journal, afin de ne pas occuper une place qui revient de droit à des questions plus graves et surtout plus sérieusement traitées. Je n'ai voulu que protester contre un acte d'accusation que mon très honoré confrère aura formulé dans un moment où sans doute son cigare lui aura brouillé l'estomac. Mais je suis sûr que, ce moment d'humeur passé, il en reviendra à trouver, comme il le dit si bien, qu'après un bon dîner la fumée du cigare est une bonne chose, malgré le petit assoupissement qu'elle provoque, dit-on.

Agréez, etc. Sylvain RAFAILLAC, D.-M.

---

face du derme. Ces plaques, qui m'avaient paru produites par un développement exagéré des réseaux lymphatiques superficiels, je les avais trouvées chez deux femmes, dont chacune offrait un des deux membres inférieurs atteint de cette déformation décrite sous le nom générique d'éléphantiasis, c'est-à-dire gonflement œdémateux énorme avec induration du tissu cellulaire sous-cutané. Ces plaques, légèrement mamelonnées, blanchâtres, de quelques centimètres de surface, existaient surtout à la surface interne de la cuisse.

Je fis, à l'aide de notre appareil ordinaire à injection, une piqûre très superficielle, et j'obtins de suite, et avec la plus grande facilité, l'injection complète du réseau lymphatique. Je n'avais ainsi que le commencement de l'expérience; il fallait mettre à nu et sans pression ces vaisseaux remplis de mercure. Pour cela, je fis macérer pendant quelques jours la pièce dans de l'eau, de manière à pouvoir détacher facilement la couche cornée de l'épiderme. Le résultat fut complet, et je pus m'assurer qu'au niveau des petites élevures sur la pièce fraîche correspondait une légère vésicule lymphatique en doigt de gant, pleine de mercure, située sur la longueur des vaisseaux formant le réseau superficiel. La dessiccation de la pièce ne détruisit nullement la forme primitive.

Cette expérience me fournit l'occasion de dire un mot de l'origine des vaisseaux lymphatiques à la peau. Tous les auteurs s'accordent à reconnaître que ceux-ci commencent par un réseau excessivement riche, placé immédiatement au-dessous de la couche cornée épidermique. Cette assertion est exacte, sans doute; mais nous sommes porté à croire que la surface de ces réseaux est couverte de petites granulations vésiculeuses qui se dirigent vers la surface libre de la peau. Et, si cette particularité n'a pas encore été indiquée, ceci tient précisément au mode de dessiccation employé. On comprend parfaitement qu'une couche aussi épaisse et aussi résistante que celle de l'épiderme sec doit exercer une pression dont le résultat est l'aplatissement des réseaux lymphatiques. Cette disposition toute physiologique donne une explication satisfaisante de la forme pathologique signalée par MM. les docteurs Fitzer et Demarquay. (*Gaz. méd. de Strasbourg.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 26 juillet 1853. — Présidence de M. NACQUART.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Épidémies.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Liégey (de Rambervilliers), sur une épidémie typhique cholériforme qui règne actuellement parmi les gallinacés dans la Meurthe;

2° Un rapport de M. le docteur Bolut, médecin des épidémies de l'arrondissement de Dole, sur une épidémie variolique qui a régné dans la commune de Souvans (Jura);

3° Un rapport de la commission de vaccine du département du Rhône.

— M. Dille (de Malans), près Pesmes (Haute-Saône), adresse une note sur un traitement local de la dothinentérite, qui consiste à introduire dans les intestins une substance (le charbon de bois blanc uni à la magnésie hydratée) qui, se mélangeant d'une manière incessante avec les matières sécrétées, annihile leur principe morbide et les rend inoffensives. (Commission des épidémies.)

— M. Ancelon, de Dieuze (Meurthe), adresse un mémoire sur la transformation des fièvres essentielles, dont le cow-pox est la cause. (Commission des épidémies.)

Seigle ergoté.

M. Torel, de Brie-Comte-Robert (Seine-et-Marne), adresse un travail renfermant des observations d'accouchements, suivies de quelques considérations sur l'emploi de l'ergot de seigle et sur diverses manœuvres obstétricales. (Commissaires : MM. P. Dubois, Depaul, Danyau.)

Syphilis héréditaire.

M. Bardinet (de Limoges) adresse deux nouvelles observations de syphilis héréditaire communiquée par des enfants à leurs nourrices. (Commission nommée.)

Pain de munition.

M. Poggiale, professeur à l'Ecole de médecine et de pharmacie militaires, lit un travail ayant pour titre : *Du pain de munition distribué aux troupes des puissances européennes, et de la composition chimique du son.*

Vers la fin de l'année 1850, une commission, dont l'auteur faisait partie, ayant été instituée dans le but d'examiner les résultats obtenus par le système de l'achat direct du pain confié aux ordinaires, dut se livrer à divers essais de panification et à l'analyse chimique du pain de munition distribué aux troupes des puissances européennes, du pain des hospices civils de Paris, des farines de munition et de celles du commerce. Ce sont les résultats de ces recherches qu'il a continuées et complétées depuis deux ans qui font l'objet de ce travail.

L'analyse du pain présentant de grandes difficultés, M. Poggiale a fait tous ses efforts pour les vaincre, soit en apportant beaucoup de soin dans ses recherches, soit en modifiant les méthodes connues, qui lui semblent défectueuses. Voici le procédé qu'il a employé dans ses premières analyses.

Il a déterminé le poids des substances inorganiques, en calcinant dans un creuset de platine une quantité connue de pain, et en pesant le résidu, qui était ordinairement formé de carbonate de chaux et de magnésie, de sulfate de chaux, de carbonate de potasse, d'acide silicique, d'oxyde de fer, d'alumine et de chlorures.

La quantité d'eau a été dosée en desséchant 50 grammes de pain dans une étuve à courant d'air chauffée à 120°. La machine était pesée jusqu'à ce que son poids restât constant. Le dosage des matières grasses a été exécuté en traitant le pain parfaitement desséché par l'éther rectifié dans un appareil à déplacement.

Pour avoir la proportion de gluten ou de matière azotée, on a fait digérer à 60° au bain-marie le pain desséché avec la diastase, afin de détruire tout l'amidon; on a recueilli le gluten sur une toile, et, après plusieurs lavages, on l'a séché. On a obtenu ainsi une substance insoluble dans l'eau légèrement élastique, translucide, cassante, soluble dans la potasse et dans l'acide azotique. On a remarqué que le gluten provenant du pain de froment était d'un blanc grisâtre, tandis que le gluten fourni par le pain de seigle et de méteil avait une couleur brune et une odeur particulière. On a séparé quelquefois par l'action de l'acide acétique le gluten de la fibrine et de l'albumine végétale; mais cette séparation, n'offrant aucun intérêt pratique, n'a pas été opérée dans toutes les analyses. Dans un grand nombre d'expériences, la proportion des matières azotées a été calculée d'après la quantité d'azote qu'elles contiennent.

Quant à l'amidon, on l'a dosé à l'état de sucre par le tartrate de cuivre potassique.

Dans une autre expérience, M. Poggiale a obtenu la quantité de glucose et de dextrine en faisant macérer dans l'eau le pain réduit en poudre. La liqueur ainsi obtenue ne renfermait que des traces d'albumine. M. Poggiale a dosé la quantité de sucre par le tartrate de cuivre et de potasse. Le son a été recueilli sur un tamis à mailles serrées.

Il a analysé d'après ce procédé des échantillons de pain de munition de Belgique, des Pays-Bas, du grand-duché de Bade, de Prusse, de Francfort, de Bavière, de Stuttgard, d'Espagne, d'Autriche et enfin de Paris.

En comparant entre eux les résultats de ces analyses, on remarque que le maximum de matières azotées (gluten et matière albumineuse) est de 8,95 p. 100 et le minimum de 4,85. C'est le pain français qui contient le plus de gluten et, comme on devait s'y attendre, celui de Prusse en renferme le moins. Notre pain de munition est d'ailleurs supérieur aux autres pains par l'aspect, la saveur, la cuisson et même la nuance. Il faut remarquer, en outre, que les pains étrangers, fabriqués depuis longtemps déjà, étaient en grande partie desséchés lorsqu'on les a analysés.

Cette circonstance a engagé M. Poggiale, du reste, à déterminer depuis la richesse nutritive de ces différents pains par le dosage de l'azote.

Dans plusieurs expériences, le pain, étant desséché à 120°, a été brûlé dans un tube, et on a reçu les produits de la combustion dans une éprouvette graduée contenant une solution concentrée de potasse, afin de séparer l'acide carbonique de l'azote. Au lieu d'un tube en verre, l'auteur a fait usage d'un long tube en cuivre qui rend l'opération plus commode et plus sûr. On a introduit dans le tube une quantité suffisante de bicarbonate de soude pour enlever l'air contenu dans l'appareil, et, lorsque la combustion était terminée, pour entraîner tout l'azote dans l'éprouvette.

Le volume de l'azote, ramené à la température de 0 et à la pression barométrique de 760 millimètres, a permis de déterminer son poids.

Le tableau suivant indique le résultat de ces analyses et donne le classement des pains distribués aux soldats des puissances européennes d'après la quantité de matières azotées et d'azote qu'ils contiennent.

PROVENANCE.	100 DE PAIN DESSÉCHÉS A 120° contiennent : azote.	MATIÈRES azotées calculées.
Pain de la manutention de Paris. . . .	2,26	14,69
— du gr.-duché de Bade. .	2,24	14,56
— du Piémont. . .	2,19	14,23
— de Belgique. . .	2,08	13,52
— de Hollande. .	2,07	13,45
— de Stuttgard. .	2,06	13,39
— d'Autriche. . .	1,58	10,27
— d'Espagne. . .	1,57	10,20
— de Francfort. .	1,44	9,36
— de Bavière. . .	1,32	8,73
— de Prusse. . . .	1,12	7,28

La proportion de substance azotée a été calculée en multipliant par 6,5 le poids de l'azote obtenu.

Comme on le voit, M. Poggiale s'est attaché dans ses analyses à déterminer particulièrement la proportion du gluten et d'azote; en effet, il est admis aujourd'hui par les chimistes et les physiologistes que la quantité de matière azotée fait connaître la propriété nutritive du pain et de la farine. Cependant il faut tenir compte, pour le pain, de sa fabrication; mais on peut dire d'une manière absolue que les farines les plus riches en gluten sont celles qui conviennent le mieux à la nourriture de l'homme. Les différences que présentent entre elles les farines de blé, de seigle, d'avoine, etc., proviennent de la quantité et peut-être de la nature du gluten, qui offre des différences considérables dans sa composition et dans la proportion des éléments qui le composent.

Il devenait intéressant, après les expériences qui précèdent, de reconnaître la proportion de gluten et d'azote du pain de première et de deuxième qualité de la boulangerie civile, de celui des hospices de Paris et des farines commerciales. C'est ce que M. Poggiale a fait. Il résulte de cette seconde série d'analyses que le pain et la farine de munition contiennent moins de matières azotées que le pain et la farine de première qualité, et qu'ils en renferment plus que le pain et la farine de deuxième qualité. M. Payen avait d'ailleurs obtenu les mêmes résultats en opérant sur les farines seulement; il en avait conclu que la farine de munition possède des qualités nutritives supérieures aux farines de deuxième qualité. En effet, celles-ci ne renferment pas, comme la farine de munition, toutes les parties du blé; elles se préparent avec les produits inférieurs obtenus après la séparation des gruaux et de la fleur de farine. Cette opinion, qui repose sur des analyses chimiques incontestables, est d'ailleurs confirmée par les praticiens les plus recommandables. Cependant il est juste d'ajouter que le pain de munition contient une faible proportion de matière azotée qui, d'après mes expériences, n'est pas assimilable.

Diverses commissions composées d'hommes spéciaux ont reconnu que le pain fabriqué avec de bonnes farines de munition a des qualités nutritives supérieures à celles du pain de deuxième qualité de la boulangerie civile. Les adversaires du pain de munition lui reprochent, à tort, selon moi, d'être moins nutritif que le pain blanc de deuxième qualité, et la théorie chimique de la composition des aliments n'admet pas, comme ils le pensent, que 630 grammes de pain blanc soient l'équivalent de 750 grammes de pain de munition. Cette opinion a été soutenue particulièrement par la commission nommée en 1850. Cependant M. Poggiale est d'avis que, pour avoir un bon pain, l'administration de la guerre devra diminuer encore la proportion de son de 4 à 5 p. 100.

Composition chimique du son. — Depuis plusieurs années les hommes de science et les praticiens se sont vivement préoccupés de la composition, de la valeur nutritive du son et du rôle qu'il joue dans la panification. On sait que ce produit est considéré par les uns comme une substance essentiellement alimentaire, plus riche en gluten que le blé, et par les autres comme un élément très nuisible. Ceux-ci lui reprochent particulièrement d'absorber et de retenir une proportion considérable d'eau, d'exiger des levains très forts, de donner au pain une nuance brune et une saveur acide, d'être un obstacle à sa conservation, de favoriser la formation des sporules de diverses espèces de champignons, et enfin d'être sans profit pour l'alimentation de l'homme.

Souvent consulté sur ces questions importantes, M. Poggiale a cru devoir soumettre à l'autorité de l'expérience les assertions contradictoires que les chimistes ont tour à tour avancées à cet égard.

La quantité de gluten et d'amidon renfermée dans le son est-elle aussi élevée qu'on l'a admise dans ces derniers temps ? Doit-on considérer comme substance alimentaire tout ce qui lui est enlevé par les acides, les alcalis et les dissolvants qu'on emploie pour avoir la cellulose pure ? Peut-on, sans inconvénient, laisser dans le pain tout le son contenu dans la farine ? Telles sont les questions qu'il a dû étudier, afin de pouvoir fournir les renseignements qui lui étaient demandés.

L'analyse du son provenant de la farine de munition blutée à 15 p. 100 a fourni les résultats suivants :

Eau.	12,65
Substances solubles dans l'eau bouillante.	30,82
— dans l'acide chlorhydrique étendu de 20 fois son poids d'eau.	34,37
Substances solubles dans une solution de potasse contenant 10 p. 100 d'alcali.	12,74
Cellulose résistante.	9,42
	100,00

En soumettant le son à plusieurs traitements par les acides et par les alcalis, la proportion de cellulose résistante n'a été que 5,73 p. 100 au lieu de 9,42, et en faisant usage de dissolutions concentrées, le résidu ne s'élevait plus qu'à 4,53; mais alors la cellulose paraissait attaquée.

Le son ne laissant par l'action de ces dissolvants que 5,73 p. 100 de cellulose, on admet qu'il est très riche en substances nutritives et panifiables, et que la perte qu'il éprouve représente la proportion de matière alimentaire.

Cette conséquence, dit M. Poggiale, ne me semble pas fondée, par la raison que la cellulose peu agrégée, comme celle qui se trouve à l'intérieur du grain, est dissoute, ainsi que je m'en suis assuré, par les alcalis et les acides, et que l'eau elle-même la désagrège facilement lorsque son organisation n'est pas avancée. Le ligneux du son contient en outre d'autres substances qui ne sont pas alimentaires, telles que les matières colorantes, extractives, résineuses, gommeuses, etc., et qui pourtant sont dissoutes dans la séparation de la cellulose.

Les recherches auxquelles je me suis livré me permettent d'annoncer que la proportion de matière non assimilable contenue dans le son est très considérable, ainsi que l'auteur s'en est assuré par divers essais.

On a introduit 20 grammes de son provenant de la farine de munition blutée à 15 p. 100, dans un ballon de verre de la capacité de deux litres; on y a ajouté 1,000 grammes d'eau; on a fait bouillir le mélange pendant quelques minutes. On a laissé refroidir; on y a encore ajouté 1 gramme de diastase, et on a prolongé le contact à la température de 60°, jusqu'à ce que la liqueur cessât de se colorer en bleu ou en violet par une solution aqueuse d'iode. Le résidu, examiné au microscope, ne présentait plus que des cellules, les unes blanches, les autres plus ou moins brunes, et un nombre assez considérable de globules graisseux, arrondis, diaphanes, à bords obscurs, de volumes divers et solubles dans l'éther. Les grains d'amidon avaient complétement disparu.

20 grammes de son ont fourni par l'action de la diastase les résultats qui suivent :

Eau.	2,55
Glucose.	6,26
Résidu insoluble.	11,19
	20,00

La quantité de glucose obtenue par l'action de la diastase donne d'une manière exacte la proportion d'amidon et de dextrine, ainsi que la glucose contenue dans le son. Le résidu est évidemment formé de ligneux, de matière grasse et de sels dont le poids a été déterminé par des expériences directes. On trouve que le son contient environ 35 p. 100 de ligneux.

La matière azotée contenue dans le même son a été dosée, et trois analyses ont donné en moyenne :

Azote.	2,062 p. 100 de son.
Matières azotées.	13,403 —

Mais tout l'azote n'est pas fourni par une matière azotée assimilable, comme le démontrent les expériences suivantes.

On a nourri un chien pendant plusieurs jours avec un mélange de bouillon et de son; on a recueilli les excréments, qui étaient presque entièrement composés de son, et on a séparé aisément ce produit en les lavant au-dessus d'un tamis de soie, puis on l'a fait bouillir successivement dans l'eau, l'alcool et l'éther, pour qu'il ne conservât aucune substance étrangère, et enfin on l'a desséché à 120°.

Ce son, soumis à l'analyse, a fourni :

Azote.	1,123 p. 100
Matière azotée. . . .	7,299 —

Dans une autre expérience on a analysé du son qui avait été donné successivement à deux chiens, et les chiffres fournis par l'analyse ont été absolument identiques.

Le même son, ayant déjà traversé le tube digestif de deux chiens, a été donné à un poulet, et la quantité d'azote n'a pas changé.

Ces résultats sont décisifs, et ils montrent bien qu'il existe dans le son une matière azotée non assimilable, dont la proportion s'élève à 3,516 p. 100, et une substance azotée assimilable, dont le poids est de 9,877 p. 100.

Ce résultat n'offre rien d'extraordinaire. En effet, si la valeur nutritive des aliments croît d'une manière générale avec la proportion des matières azotées qu'ils contiennent, il faut bien admettre aussi qu toutes les matières azotées ne peuvent pas être considérées comme nutritives pour l'homme. Ainsi, la paille de froment, de seigle, d'orge, d'avoine, de pois; les balles de froment, plusieurs espèces de paille, le bois, etc., contiennent, d'après les expériences de MM. Payen et Boussingault, depuis 2 jusqu'à 17 p. 100 d'azote, et personne n'a soutenu que ces substances fussent alimentaires pour l'homme et pour tous les animaux. Elles sont, comme la partie ligneuse du son, réfractaires à l'action des organes digestifs de certaines espèces animales.

D. Si l'on sépare à l'aide de la diastase les substances amylacées du son et qu'après avoir lavé le résidu on le traite par l'acide chlorhydrique étendu, on remarque que cent parties de son donnent par une ébullition suffisamment prolongée :

Glucose. 59,563

Or ce sucre ne peut être produit que par la cellulose transformée par l'action de l'acide chlorhydrique.

L'auteur est même parvenu, en employant des liqueurs acides successivement plus concentrées, à séparer d'une manière assez exacte d'abord la dextrine et l'amidon et puis à former du glucose avec la portion de cellulose contenue dans le son, qui seule peut donner du sucre.

Ainsi, en faisant bouillir pendant quelques minutes 25 grammes de son avec un mélange de 200 grammes d'eau et de 7 grammes d'acide chlorhydrique fumant, la cellulose est à peine attaquée, tandis que l'amidon et le sucre sont convertis en glucose.

E. On a fait bouillir pendant quelques minutes le son préalablement soumis à l'action des organes digestifs des chiens et des poulets avec

une eau acidule composée de 15 parties d'eau distillée et de 1 partie d'acide chlorhydrique fumant; on a lavé le résidu, et on a dosé le glucose contenu dans la liqueur filtrée par le tartrate de cuivre et de potasse. 100 parties de ce son ont perdu 40,501 de leur poids et ont fourni :

Glucose. 21,258

Le résidu de l'opération précédente a été traité à chaud par une solution de potasse contenant 10 p. 100 de cet alcali, qui a diminué son poids de 37,552 p. 100.

Après ces deux traitements, on a obtenu sur le filtre une matière d'un blanc jaunâtre, se colorant encore par la potasse et par l'acide chlorhydrique et dont la proportion était de 21,947 p. 100.

Il résulte nettement de cette expérience que le son qui *n'est pas digéré contiendrait encore* 80 *p.* 100 *de matière alimentaire*, si l'on admettait que les substances dissoutes par les acides et les alcalis étendus sont assimilables.

F. On a donné à un chien pendant quatre jours un mélange de bouillon et de 56 grammes de son desséché et dépouillé de matières amylacées par la diastase; on a soigneusement recueilli les excréments, et par des lavages réitérés sur un tamis de soie on a séparé le son de quelques substances qui l'accompagnaient. Le résidu, desséché ensuite à 120°, pesait 42,053. Il n'avait donc perdu par l'acte de la digestion qu'environ 73 grammes composés de gluten et de matière grasse, et il renfermait encore de l'azote.

Cette expérience, répétée avec 100 grammes de son ordinaire, a donné approximativement les mêmes résultats.

G. On a traité 10 grammes de son préalablement soumis à l'action des organes digestifs par 15 grammes d'acide sulfurique concentré qu'on a ajouté par petites portions, afin d'éviter l'élévation de température. On a prolongé le contact pendant quarante-huit heures; on a ajouté ensuite une grande quantité d'eau et on a fait bouillir le mélange pendant plusieurs heures. La liqueur acide ayant été saturée par la craie, on a filtré, et à l'aide du tartrate de cuivre potassique et du saccharimètre on a trouvé 4,45 de glucose.

Une expérience semblable, faite avec la cellulose pure, a donné 4,17 de glucose pour 10 grammes de cellulose.

H. Enfin, M. Poggiale a fait un appel à la physiologie, et voici les renseignements précis qu'elle lui a fournis :

Il a nourri deux chiens, l'un avec un mélange de bouillon et de pain blanc de première qualité; l'autre avec un mélange de bouillon et de son. La quantité de bouillon était exactement la même, mais on a dû tenir compte, pour le pain et le son, de la proportion d'eau qu'ils renfermaient, et on a augmenté la ration de son, donné d'ailleurs à discrétion, de 10 pour 100, qui représente la quantité de cellulose admise par quelques chimistes. (On a donné pour 138 parties de pain, contenant 38 p. 100 d'eau, 125 parties de son.) Le chien nourri avec la bouillie de son, qui pesait 5 kilogrammes 250 grammes, a perdu, dans l'espace de huit jours, 870 grammes, et il était tellement affaibli qu'on n'aurait pas pu continuer sans danger cette expérience.

L'autre chien pesait 5 kilogrammes 240 grammes, et son poids a diminué de 320 grammes dans le même espace de temps. Cette diminution de poids tenait, non pas à la nature, mais à l'insuffisance des aliments qu'il recevait; le premier chien mangeant avec répugnance la quantité correspondante de bouillon et de son qu'on lui donnait.

Le chien nourri d'abord avec du pain a été soumis à son tour au régime du bouillon et du son, et les résultats ont été les mêmes.

Dans une troisième expérience, on a donné à l'un des deux chiens du son et du bouillon à discrétion, et à l'autre du pain et du bouillon également à discrétion.

La quantité de bouillon était la même pour les deux.

Le premier chien, qui pesait 5 kilog. 360 gram., a perdu, dans l'espace de huit jours, 455 grammes; l'autre, dont le poids s'élevait à 4 kilog. 975 gram., a gagné 210 grammes.

Ces mêmes expériences ont été répétées avec des poules, et les résultats n'ont pas varié; celles qui ont été nourries avec le son ont constamment perdu de leur poids.

Il résulte des faits qui précèdent que le son renferme beaucoup de cellulose et de substances non assimilables.

Il était donc indispensable de recourir à une autre méthode pour déterminer la proportion de matière alimentaire contenue dans le son.

M. Poggiale a procédé, en conséquence, à une nouvelle analyse, de laquelle il résulte que le son contient 44 p. 100 de matières assimilables et 56 p. 100 de substances qui ne peuvent pas servir à la nutrition.

Cette proportion si élevée de matières réfractaires à l'action des organes digestifs justifie donc l'élimination du son de la farine et la perte qui résulte de l'opération du blutage. On ne saurait nier d'ailleurs que le pain préparé avec la farine brute est généralement brun, mal levé, d'un aspect peu appétissant, d'une saveur aigre et d'une digestion souvent difficile.

Les boulangers les plus distingués ont observé que la farine de froment brute absorbe plus d'eau et produit plus de pain que la farine blanche. On a remarqué, d'un autre côté, que le son absorbe 1,240 de son propre poids d'eau et la recoupe 998 seulement. Parmentier avait déclaré déjà que le son en substance, quelque divisé qu'on le suppose, fait du poids et non du pain; que ce n'est pas une économie de faire entrer le son dans la composition du pain, non-seulement parce qu'il ne nourrit pas lui-même, mais encore à cause des obstacles qu'il apporte nécessairement à la fabrication du pain. Il a encore un défaut capital, ajoute Parmentier, c'est de passer en entier tel qu'on l'a pris, sans être digéré. Il est utile de faire remarquer que ces observations, trop sévères peut-être, se rapportent au pain bis et grossier que l'on distribuait aux troupes avant 1799.

Cette question est résolue d'ailleurs par la pratique de tous les temps et de tous les peuples; on remarque, en effet, que les populations rejettent une partie du son dans les années abondantes et à mesure que leur bien-être augmente, que les ouvriers des villes ne mangent que du pain blanc, et que l'administration de la guerre a élevé depuis quelques années le blutage de la farine à 15 p. 100 d'extraction du son. Il n'est donc pas possible de songer à fabriquer, comme on l'a proposé, du pain avec la farine brute; personne n'en voudrait.

L'auteur a fait voir qu'on peut obtenir du pain de munition très bon et très nourrissant avec la farine de froment blutée à 15 p. 100. Le son qu'on y laisse est peut-être utile, en ce sens qu'il retient plus longtemps dans les organes digestifs les principes assimilables. En effet, beaucoup de physiologistes admettent que la puissance nutritive des aliments n'augmente pas d'une manière absolue en raison directe de la concentration des éléments assimilables qui entrent dans leur composition, et que, pour être bien digérés, les principes nutritifs ont besoin d'être mélangés avec des matières plus réfractaires. Ce serait le rôle du son lorsqu'il se trouve en proportion convenable dans le pain de munition. Avec un pain trop léger, trop prompt à traverser l'appareil digestif, des jeunes gens robustes soumis, comme le sont nos soldats, à des exercices et à des labeurs souvent pénibles et prolongés ne sauraient être aussi bien nourris qu'avec le pain de munition. Cependant M. Poggiale exprime le vœu que la proportion de son soit encore diminuée.

Quelques praticiens ont proposé de moudre les blés, de séparer les sons, de les remoudre encore, et enfin de bluter la farine au taux réglementaire. Ils affirment que par ce moyen on obtient de très beau pain. De nombreuses expériences ont été faites depuis quelques années par l'administration de la guerre, dans le but de savoir s'il y a utilité à remoudre les sons. Il résulte des épreuves de panification qui ont été exécutées en 1850 que le pain de munition préparé avec des farines dont une portion a été remoulue, et dans lesquelles les sons se trouvent plus divisés, a une teinte plus grise que le pain de munition fabriqué par les procédés ordinaires. Aussi, le projet de la remouture des sons, très coûteux d'ailleurs, fut-il repoussé à l'unanimité par la commission.

La séparation complète et économique de la matière alimentaire du son est donc un problème que l'industrie n'a pas encore résolu. Ce résultat si désirable ne peut être obtenu, d'après M. Poggiale, qu'en perfectionnant les moyens mécaniques dont le meunier fait usage.

(Le mémoire de M. Poggiale est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Michel Lévy, Bouchardat et H. Gaultier de Claubry.)

Seigle ergoté.

M. Ch. Robin lit un mémoire sur la nature botanique des différentes parties du seigle ergoté et sur leur développement.

Le but de ce travail est de fixer l'opinion des botanistes et des auteurs de matière médicale sur la nature des diverses parties dont se compose l'ergot de seigle, tant avant qu'après l'époque où il a été détaché de l'épi, dont il est un parasite. Pour atteindre ce but, M. Ch. Robin a suivi pendant quatre semaines le développement de l'ergot et de ses parties accessoires. Il l'a fait soit sur un même épi de seigle ou de blé, soit sur des épis différents, malades à divers degrés, qu'il a pu recueillir en grand nombre en dirigeant les herborisations des élèves de la Faculté de médecine. M. Robin a dû les résultats nouveaux formulés dans le cours de ce travail à ce qu'il a comparé successivement les organes des fleurs attaquées par l'ergot à ceux des fleurs voisines restées saines, ou à ceux d'épis arrivés à la même phase d'évolution.

Voici le résultat principal de ses recherches :

Le corps jaunâtre, caduc, appelé *sphacelia*, qui est au sommet de l'ergot, n'est point un champignon particulier, ni un corps de nature inconnue, mais un corps complexe formé par agglutination des restes des organes sexuels mâle et femelle de la fleur attaquée par une certaine quantité des filaments analogues à ceux de l'ergot, et enfin par un champignon parasite des plantes très commun, le *cladosporium herbarum*. (Commissaires : MM. Michel Lévy, Desportes, Guibourt.)

— A quatre heures, l'Académie se forme en comité secret.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 18 juillet 1853. — Présidence de M. Combes.

Chloroforme.

M. Rayer dépose sur le bureau une note adressée d'Alger par M. le docteur Ancinelle à M. le maréchal Vaillant, qui lui avait demandé des renseignements précis sur les circonstances relatives à l'emploi du chloroforme dans les opérations pratiquées à Laghouat.

Cette note est renvoyée à l'examen de la commission chargée de prendre connaissance des mémoires de M. Jobert (de Lamballe) et de M. Baudens.

Action des sels de fer sur le sang.

M. Burin Dubuisson, qui avait soumis au jugement de l'Académie des recherches relatives à l'action exercée sur les principes albumineux du sang par le perchlorure, le perazotate et le persulfate de fer, adresse aujourd'hui, comme complément de ce travail, un examen du coagulum formé par le perchlorure de fer. Dans sa nouvelle note, l'auteur examine aussi l'action exercée sur le sang par le perchlorure de zinc, et indique les différences qui existent entre les caillots produits par ces deux agents. (Commissaires précédemment nommés : MM. Thénard, Dumas, Lallemand.)

Procédés pour l'amputation et la résection des métacarpiens.

M. Courty, à l'occasion de la réclamation de priorité élevée par M. Chassaignac sur ce sujet, adresse la lettre suivante :

« Les travaux de M. Chassaignac ne se trouvant reproduits dans aucun traité de médecine opératoire, et étant consignés seulement dans le tome Ier des *Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, que je n'avais pu consulter, m'étaient complètement inconnus; c'est ce que rendra, du reste, assez évident la comparaison de nos deux mémoires. Je suis convaincu que ma bonne foi ne sera suspectée par personne, et déjà je suis heureux de voir qu'elle ne l'a pas été par M. Chassaignac. Il m'est agréable de penser que, sans avoir connaissance de nos travaux, nous nous soyons rencontrés dans la découverte d'une méthode opératoire, et je suis loin de contester à M. le docteur Chassaignac, après la lecture de son mémoire, la priorité de l'invention.

» Je ferai remarquer, toutefois, qu'il y a dans mon travail et dans la méthode opératoire qui en fait l'objet bien des points qui diffèrent et du travail et de la méthode opératoire de M. Chassaignac : il a fait un travail général sur les résections; moi un travail tout particulier sur les opérations relatives aux os du métacarpe et du métatarse. M. Chassaignac ne s'occupe que des résections, je m'occupe presque exclusivement des amputations.

» M. Chassaignac ne dit presque rien de l'application particulière de sa méthode générale aux résections des métacarpiens, et ne paraît pas l'avoir appliquée; l'amputation et la résection de ces seuls os sont tout l'objet de mon mémoire, et je donne une observation d'opération chez un malade.

» M. Chassaignac se sert pour passer la scie en chaîne de l'aiguille de sir A. Cooper, je me sers d'une aiguille différente, qui me semble pour ces cas bien préférable. Je suis convaincu, en effet, non-seulement que mon aiguille est plus facile à manier, mais qu'elle seule permet de tracer à la scie à chaîne sa voie contre la surface de l'os, sans intéresser le moins du monde les parties molles.

» Je crois que ces différences et plusieurs autres paraîtront assez importantes à la commission pour qu'elle daigne s'occuper encore de mon travail. »

CORRESPONDANCE.

Marseille, le 23 juillet 1853.

Monsieur et très honoré confrère,

Je viens de lire dans la chronique médicale de votre journal du 21 courant le passage suivant :

« Les lords du conseil privé de S. M. Britannique ont ordonné que, » quand un vaisseau, dans tout port du Royaume-Uni, sera mis en » quarantaine à cause de la fièvre jaune, tous les passagers à bord de » ce navire qui déclareront avoir eu déjà une attaque de cette mala» die, et prouveront aux officiers de santé visitant le navire que la » fièvre qu'ils ont eue était bien la fièvre jaune, seront admis à débar» quer, bien que le navire soit soumis à la quarantaine à cause de » cette maladie. »

J'ai cru devoir ne pas laisser passer inaperçue une décision de ce genre qui consacre une erreur grave au point de vue scientifique, et qui, à celui des quarantaines, pourrait avoir les conséquences les plus désastreuses si la fièvre jaune était réellement importable et transmissible.

C'est un préjugé manifeste de croire qu'un individu atteint une fois d'une maladie épidémique réputée contagieuse (en particulier de la fièvre jaune dont il s'agit ici) devienne, par ce seul fait, réfractaire à toute action subséquente de la même maladie. Cette théorie, toute hasardée en elle-même, a en outre été cent fois démentie par l'expérience. On a vu en effet, dans tous les pays où règne la fièvre jaune, des individus qu'une première atteinte aurait dû, selon ce système, mettre à l'abri d'une récidive, être frappés de nouveau, soit dans une épidémie postérieure, soit dans celle même où ils l'avaient été pour la première fois.

La science, confirmant les données de l'expérience, établit en principe qu'une première atteinte d'une maladie quelconque, loin d'en préserver désormais, rend plus apte à la contracter; et c'est plus particulièrement vrai pour les maladies épidémiques, telles que les affections catarrhales, la fièvre typhoïde, le choléra, la peste.

On ne peut pas dire, sans s'exposer au démenti de l'expérience, que le fait d'en avoir été atteint une fois rende réfractaire à leur action postérieure (même pour la variole, la rougeole, la scarlatine), bien qu'on ait cherché à dissimuler les réapparitions sous des noms spécieux établissant des distinctions illusoires.

La question envisagée sous le rapport des théories quarantenaires admises ne justifie pas davantage la mesure exceptionnelle adoptée à l'égard de la fièvre jaune par les lords du conseil privé de S. M. Britannique. Je ne comprends pas comment une administration sanitaire a pu déroger ainsi, sans s'appuyer sur des données expérimentales et scientifiques, aux lois quarantenaires que l'on s'efforce aujourd'hui de ramener à l'unité et de concilier avec des principes rationnels.

J'espère, monsieur et très cher confrère, que ces courtes réflexions ne vous paraîtront pas sans quelque opportunité et qu'à ce titre vous pourrez leur donner place dans les colonnes de votre estimable journal.

Agréez, etc. Clot-Bey.

Mon cher ami,

En parlant du rhumatisme consécutif à la scarlatine (dernier paragraphe du compte-rendu de ma leçon), je disais que, tandis que le rhumatisme articulaire aigu qui survient dans les conditions ordinaires n'a pas de gravité par lui-même, mais seulement par les accidents qu'il détermine ultérieurement du côté du cœur, le rhumatisme scarlatin devenait *assez souvent* mortel, la scarlatine grave entraînant un état général analogue à la fièvre puerpérale, qui *peut se traduire* par la suppuration des articulations.

Or dans le compte-rendu on me fait dire d'*une manière absolue* que le rhumatisme scarlatin *devient mortel*, ce qui est contraire à ma pensée et à la vérité.

Agréez, etc. A. Trousseau.

Paris, 27 juillet.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Dans sa séance de lundi 25 juillet, l'Académie des sciences a procédé à la nomination d'un vice-président, M. Combes étant passé de droit président, par la mort de M. Adrien de Jussieu.

Dans un précédent comité secret, il avait été décidé que le choix se ferait parmi les sections des sciences naturelles.

Il y avait 37 votants : majorité, 19.

Au premier tour de scrutin, les voix se sont réparties de la manière suivante :

M. Roux, 22 voix; M. Geoffroy Saint-Hilaire, 7; M. Milne Edwards, 4; M. Duméril, 2; M. Cordier, 1; billet blanc, 1.

En conséquence, M. le docteur Roux, de la section de médecine et de chirurgie, a été proclamé vice-président de l'Académie des sciences.

Nous applaudissons de grand cœur à cette nomination, et voyons avec plaisir les sciences médicales représentées d'une manière aussi honorable à l'Académie. La vigueur juvénile de M. Roux, sa franchise, sa loyauté ne peuvent qu'exercer une action favorable sur les travaux de l'illustre Compagnie, et la médecine trouvera dans la voix du président de l'année prochaine un appui énergique, dont elle a quelquefois besoin au milieu de sections diverses, et dont chacune revendique sa part d'influence.

— Dans le comité secret de mardi dernier, la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale a présenté la liste de candidature dans l'ordre suivant :

En première ligne, M. Chatin;

En deuxième ligne, M. Ch. Robin.

Et *ex æquo* et par ordre alphabétique : MM. Martinet et Sandras.

— M. le docteur Crocq vient d'être nommé membre de l'Académie impériale des curieux de la nature, siégeant à Breslau. Cette Académie, l'une des plus anciennes sociétés savantes de l'Europe, compte plus de deux siècles d'existence; elle a été fondée en 1652.

— Les dernières nouvelles de la Perse annoncent que le choléra fait les plus grands ravages dans l'Artraband, le Mazraderam et le désert des Turcomans. Dans une de ces provinces, le nombre des morts est au moins de 150 par jour. Le shah et sa cour se sont réfugiés à Imama. Pour comble de malheur, les villes de Shiraz et de Surhan ont été presque détruites par des tremblements de terre, et le Zaindowod s'est desséché, de sorte que de son lit bourbeux sont parties d'innombrables sauterelles qui ont tout dévasté sur leur passage.

— *Action physiologique de l'arsenic*. — Selon le docteur Tschudi, dans la basse Autriche, sur les confins de la Hongrie, l'arsenic fait partie de l'hygiène des paysans; ils en achètent à des colporteurs qui parcourent le pays munis de ce poison, et en font usage pour se donner de la vigueur et du bien-être.

Si l'on s'en rapporte à l'aspect florissant de la jeunesse dans ces contrées, dit le docteur Tschudi, ce moyen leur réussit à merveille. Ils l'emploient aussi lorsqu'ils ont à faire l'ascension de hautes montagnes. Dans ce cas, ils en prennent un petit morceau qu'ils laissent fondre lentement dans la bouche; ils en mêlent aussi à l'avoine de leurs chevaux et aux aliments de leurs animaux domestiques. Ils commencent habituellement par un demi-grain, et ils arrivent progressivement à en prendre jusqu'à quatre. On ne remarque chez ces individus aucun exemple de cachexie arsenicale, et même, lorsqu'ils suspendent l'usage de ce toxique, ils éprouvent des dérangements gastriques qui ressemblent en quelque façon à une intoxication arsenicale rudimentaire.

Tout cela mérite confirmation.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris
au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères,
en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE.	Trois mois.	8 fr. 50 c.
	Six mois.	16 »
	Un an.	30 »
GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES.	Trois mois.	9 fr.
	Six mois.	17
	Un an.	33
ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR.	Trois mois.	10 fr.
	Six mois.	20
	Un an.	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

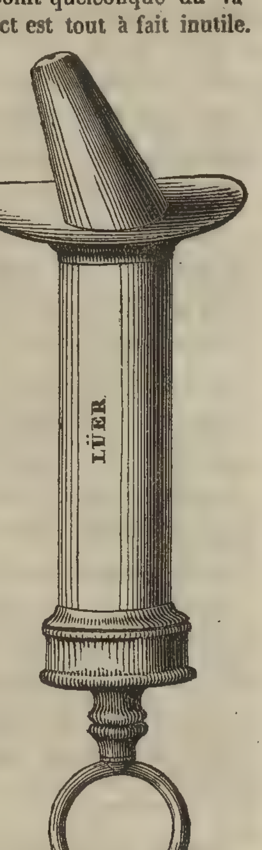
REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Nouvelle seringue pour les injections vaginales.

Ce que nous recherchons principalement dans notre *Revue clinique hebdomadaire*, ce sont les faits anciens ou nouveaux qui intéressent directement la pratique, ce but final de toutes nos études. Si minimes que paraissent une invention, un procédé, nous sommes heureux de les signaler s'ils répondent à un besoin, à une indication non encore remplie. Telle est la disposition suivante appliquée à la seringue à injections vaginales par un jeune et intelligent confrère, M. Rémondet, dont le nom s'est déjà trouvé sous notre plume il y a quelques semaines.

Les inconvénients, les *desiderata* des injections vaginales telles qu'on les prescrit et qu'on les fait encore maintenant sont nombreux. On les pratique, en effet, soit avec des seringues à longue tige recourbée, soit, ce qui est encore plus fréquent, avec le clysopompe, l'irrigateur à jet continu, etc. Avec ce système, on conçoit combien est incomplètement ou mal rempli le but que l'on se propose.

Le liquide va frapper aveuglément un point quelconque du vagin, le plus souvent le point où son contact est tout à fait inutile. Quelquefois un jet trop fort atteint le col utérin malade et qui ne devrait être que doucement lotionné au lieu d'être heurté avec violence. Si, comme dans certains cas, l'injection est destinée à toucher toute la surface vaginale, l'impossibilité où l'on est de retenir dans ce canal, même pendant quelques secondes, le liquide médicamenteux rend presque illusoire l'opération faite soit par le chirurgien, soit par la malade elle-même.



Enfin, si l'on a l'intention de faire baigner pendant quelques minutes, de faire *macérer* pour ainsi dire le col utérin dans un liquide quelconque, on ne peut y parvenir, même en prenant la précaution recommandée par Lisfranc de faire faire l'injection à la femme étant couchée par terre, le siége élevé au moyen d'oreillers ou de coussins, au-dessus du plan où reposent la tête et la partie supérieure du tronc. Le vagin, en effet, chez l'immense majorité des femmes, est trop élastique pour se laisser distendre si peu que ce soit par le liquide, dont l'écoulement au dehors est si facile, et pour le conserver.

M. Rémondet, frappé de ces inconvénients, a imaginé une très légère modification aux instruments en usage, qui permet aux injections vaginales de remplir complétement le but que se propose le chirurgien.

A la seringue ordinaire à injection de Lüer, munie du piston à double parachute de Charrière, il a fait adapter, à l'endroit où le corps de pompe se réunit en coude à la canule percée en arrosoir, un opercule métallique soudé à l'instrument; cet opercule, ovale, de 9 centimètres dans son plus grand diamètre sur 6, légèrement concave, embrasse et ramène l'une contre l'autre les grandes lèvres, obture complétement la vulve et empêche de sortir le liquide, qui, poussé doucement, distend suivant la volonté de l'opérateur la muqueuse vaginale, en efface les replis et permet au topique d'en baigner toute la surface, ainsi que le col lui-même.

Nous devons à l'obligeance de M. Rémondet de pouvoir accompagner cette description du dessin réduit de cet instrument, appelé, nous n'en doutons pas, à un succès réel en raison de son utilité.

Cautérisation électrique.

M. le docteur Alph. Amussat a adressé dernièrement à l'Académie des sciences une note dans laquelle il faisait connaître les résultats qu'il a obtenus en se servant de l'électricité comme agent de thérapeutique chirurgicale.

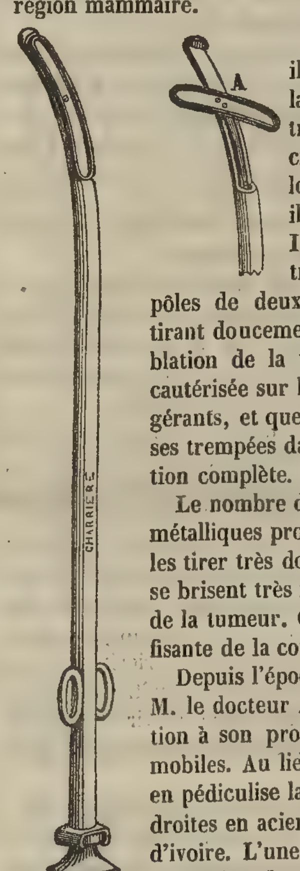
En employant un fil de platine chauffé à une température très élevée au moyen d'une batterie électrique composée de piles de Buntzen, il a pu :

1° Cautériser l'intérieur d'une grenouillette du volume d'une grosse amande et en obtenir la guérison;

2° Cautériser l'intérieur d'une vaste cavité anfractueuse occupant toute la face postérieure de la glande mammaire droite, chez une femme de vingt-quatre ans, et en obtenir la cicatrisation;

3° Cautériser extérieurement et intérieurement le col de l'utérus dans les engorgements avec ulcération de cette partie de l'organe;

4° Faire l'ablation de deux tumeurs cancéreuses; l'une siégeant dans la paume de la main et ayant 10 centimètres en longueur et 8 en largeur; l'autre, plus volumineuse encore, placée dans la région mammaire.



Pour l'ablation des tumeurs mobiles, il emploie le procédé suivant : soulevant la tumeur avec la main gauche, il en traverse la base avec une aiguille d'acier portant une anse de fil de platine; lorsqu'elle est parvenue du côté opposé il la retire en coupant l'anse métallique. Il a alors deux fils distincts dont les extrémités sont mises en rapport avec les pôles de deux batteries électriques puissantes. En tirant doucement les fils en sens opposés, il fait l'ablation de la tumeur; il reste ensuite une surface cautérisée sur laquelle on applique d'abord des réfrigérants, et que l'on panse ensuite avec des compresses trempées dans de l'eau simple jusqu'à cicatrisation complète.

Le nombre des éléments doit être tel, que les fils métalliques projettent une lumière vive, et l'on doit les tirer très doucement; car à cette température ils se brisent très facilement quand on sectionne la base de la tumeur. On obtient ainsi une cautérisation suffisante de la couche de tissus placés au-dessous du fil.

Depuis l'époque de la présentation de cette note, M. le docteur Amussat fils a fait subir une modification à son procédé pour l'enlèvement des tumeurs mobiles. Au lieu de tenir la tumeur avec la main, il en pédiculise la base à l'aide de deux fortes rainures droites en acier, garnies à l'intérieur de deux lames d'ivoire. L'une des pièces de l'appareil porte à ses extrémités deux tiges pleines en acier, qui s'engagent dans des trous percés aux extrémités de l'autre, de manière à empêcher les deux rainures de se renverser; de plus, deux anneaux oblongs portant à l'intérieur une vis à tête plate, permet de les rapprocher et de comprimer la base de la tumeur.

L'opération s'exécute comme nous l'avons décrite plus haut; seulement les fils de platine étant maintenus par les deux rainures ne peuvent dévier, et l'on est assuré de faire la cautérisation dans la couche placée au-dessous de la tumeur.

Diagnostic différentiel de la fièvre cérébrale et de la fièvre typhoïde.

Une jeune fille de dix-huit ans, couchée au n° 3 de la salle Saint-Bernard (service de M. Trousseau), est entrée à l'Hôtel-Dieu vendredi 22 juillet. A la visite du samedi, elle raconte qu'elle est malade depuis plusieurs jours, que sa maladie consiste dans des maux de tête et de la diarrhée, qu'elle sent que depuis neuf jours environ elle a de la fièvre. Ses réponses aux questions qu'on lui fait sont justes et ne manifestent aucun désordre d'esprit. En face de ces symptômes, notre idée s'est portée sur l'existence d'une fièvre typhoïde, et nous l'avons examinée dans ce sens. Questionnée si elle avait eu des saignements de nez, elle répondit que non; elle n'avait pas de soif, pas de vomissements, et malgré la diarrhée, qu'elle disait remonter à quelque temps, nous ne trouvâmes pas de gargouillement dans la fosse iliaque. Il n'y avait pas de taches pétéchiales, pas de toux, ni de râle dans la poitrine. Cependant cette maladie fébrile, qui remontait déjà à neuf jours, ne pouvait guère laisser supposer autre chose qu'une fièvre typhoïde; dans cette dernière, en effet, on ne voit survenir quelquefois aucun autre accident que la prostration, et notre malade était effectivement plus prostrée qu'on ne l'est dans une affection de nature bénigne. Nous avions donc porté notre diagnostic, quand tout à coup, depuis hier soir, la maladie a pris subitement des caractères tranchés. La sœur nous dit aujourd'hui que la malade a eu du délire toute la nuit, et ce matin nous la trouvons attachée. Déjà, à la visite d'hier, elle présentait un phénomène singulier qui attirait l'attention : lorsqu'elle voulait fermer les yeux, le gauche seul se fermait, le droit restant ouvert; aujourd'hui c'est le contraire qui a lieu. Elle ne répond plus aux questions qu'on lui fait, ne tire plus sa langue hors de la bouche. Depuis hier elle a cessé de demander quoi que ce soit; elle boit encore cependant quand on lui présente sa tisane. La religieuse prétend que déjà samedi matin elle louchait. Nous n'avons pas remarqué ce phénomène; peut-être cela tient-il à ce qu'alors notre attention n'était pas suffisamment éveillée de ce côté. Le pouls, aujourd'hui comme depuis que la malade est dans le service, est resté régulier, large, sans rareté ni intermittences; la peau est chaude.

Interrogeant les phénomènes respiratoires, nous trouvons que la malade respire seulement dix fois par minute, quoique le pouls soit fréquent et la peau chaude; par moments la respiration reste interrompue pendant huit à dix secondes. Ces phénomènes, anormaux dans la dothinentérie, coïncident au contraire avec les ramollissements cérébraux, la fièvre cérébrale. La sœur nous apprend, en outre, que lorsqu'elle se réveille elle pousse toujours un cri terrible, et qu'on désigne sous le nom de cri hydrocéphalique ou cérébral, comme fournissant un excellent caractère de la maladie.

Si l'on promène le doigt sur le ventre, les cuisses, et que l'on frotte doucement, on voit naître, partout où les frictions ont passé, cette vascularité singulière assez persistante, rare dans la dothinentérie, répondant très bien au contraire au diagnostic de la fièvre cérébrale.

Un dothinentérique au douzième jour de la maladie, refusant de montrer sa langue ou ne la montrant qu'avec peine et efforts, parlant difficilement, doit avoir la langue fuligineuse, sèche, ligneuse; ici au contraire elle est parfaitement nette. Dans la dothinentérie avec des symptômes cérébraux aussi graves, le ventre serait ballonné; ici il ne l'est pas. Dans la dothinentérie accompagnée de pareils phénomènes cérébraux, il y aurait certainement des accidents thoraciques; ici on n'en trouve pas. Si l'on ajoute aux symptômes que nous venons de passer en revue des mouvements convulsifs qui se traduisent à la face par des contractions du sourcil gauche et une déviation de la bouche du même côté, on conclura comme nous à l'existence d'une fièvre cérébrale, bien que quelques-uns des symptômes concomitants de cette affection nous aient manqué dans le cas particulier.

Arthrite blennorrhagique. — Ankylose. — Considérations sur le redressement du membre.

Au n° 29 (salle des hommes, hôpital des Cliniques) se trouve couché un jeune homme bien conformé, d'une bonne constitution, venant de la Nouvelle-Orléans, qu'il habitait et où il a été atteint, il y a deux ans, d'une arthrite intense avec gonflement considérable du genou droit, sans qu'aucune autre articulation ait été envahie. Comme ces arthrites ont souvent pour point de départ une blennorrhagie, dit M. Nélaton, je l'ai interrogé dans ce sens, et il nous a répondu que depuis six semaines environ il avait une blennorrhagie lorsque la douleur et le gonflement ont subitement envahi le genou droit. Les sangsues, les vésicatoires, les onctions avec l'onguent napolitain, des liqueurs aromatiques furent successivement employés pour dissiper les phénomènes d'inflammation. Il fallut cependant une période de deux mois pour amener la cessation de la douleur vive qu'il éprouvait.

Pendant cette période de deux mois, le genou s'était fléchi de manière à former un angle aigu ouvert en arrière, et dont le sommet se trouvait à la rotule. Il ne put, par conséquent, se remettre à marcher qu'en se servant de béquilles. Depuis, le poids de la jambe a eu pour effet d'agrandir l'ouverture de cet angle aigu, et la jambe s'est redressée de manière à ne plus présenter qu'un angle obtus ouvert en arrière. Malgré cette légère amélioration, l'infirmité était restée tout aussi gênante, et le malade est venu exprès de la Nouvelle-Orléans à Paris pour se faire traiter.

Voici ce que l'étude attentive de la partie malade permet de constater.

D'abord, la jambe est fléchie à angle obtus sur la cuisse; mais, outre la flexion, il existe deux autres déplacements qu'on rencontre presque toujours réunis au premier, je veux parler de l'abduction de la jambe, qui lui donne l'aspect d'un segment de cercle dont la concavité regarde en dedans et de sa rotation en dehors, de telle sorte que le bord antérieur du tibia se trouve porté en dehors ainsi que la pointe du pied.

Examinant ensuite l'état des parties articulaires, nous avons constaté ce qui suit :

D'abord, il n'existe plus d'épanchement de pus; de plus, on ne trouve ni fongosités articulaires, ni traces d'abcès ou de fistule. Il n'y a pas non plus de déformation qui puisse laisser supposer une affection des os qui aurait précédé.

J'ai cherché à préciser le degré d'adhérence plus ou moins intime qui unissait les parties osseuses, en cherchant à produire, à l'aide du tibia, des mouvements de flexion et d'extension, et j'ai pu, de cette manière, reconnaître que les surfaces osseuses ne sont pas soudées, bien que les mouvements soient très peu étendus; car c'est tout au plus si on peut faire mouvoir la jambe dans un quart de cercle de 3 ou 4 degrés.

Passant à l'examen de la rotule, j'ai vu qu'elle était située d'une

manière très défavorable. Elle est très basse et est sortie de la gouttière intercondylienne sur le condyle externe du fémur, qu'elle déborde d'une manière très marquée en dehors. Ce déplacement est facile à comprendre si l'on réfléchit à l'attache puissante qui l'unit au tibia, et au mouvement de rotation en dehors qu'a exécuté ce dernier. Afin de m'assurer si elle était soudée au fémur, j'ai cherché à lui imprimer des mouvements de bascule. Cette exploration, rendue difficile par le peu de prise qu'offre la rotule, est facilitée par sa situation sur une surface arrondie, ne la touchant qu'en un point peu étendu, ce qui la rend plus mobile et plus instable. J'ai cru, après quelques efforts, sentir un mouvement presque imperceptible, mais cependant bien réel; l'union des surfaces articulaires n'a donc lieu qu'au moyen de brides fibreuses.

Si maintenant on cherche le traitement qui doit être mis en usage, on trouve plusieurs circonstances favorables au redressement; ces circonstances sont les suivantes :

La nature de la maladie qui a amené l'ankylose, qui a été aiguë et de cause temporaire;

La constitution robuste et la jeunesse de cet homme.

C'est surtout, en effet, dans ces ankyloses, suites d'affections aiguës, que l'on obtient les plus beaux effets de la méthode du redressement.

M. Bonnet, qui a insisté sur ce point, dit même que dans ces circonstances cette méthode de traitement est infaillible. La période de deux ans, qui s'est écoulée depuis l'affection primitive, n'est pas une contre-indication, car on trouve dans les observations de M. Bonnet des cas de guérison obtenue après un temps plus considérable.

Adoptant le redressement, quelle méthode emploierons-nous?

En 1839, un médecin de Pontarlier, le Dr Louvrier, vint appeler l'attention sur un certain nombre de succès qu'il avait obtenus à l'aide d'une machine de son invention, et Bérard jeune fut chargé de faire un rapport à l'Académie de médecine sur différentes opérations dont le docteur Louvrier l'avait rendu témoin. A cette époque parut également un bon travail de M. Laugier dans le *Bulletin de chirurgie*, dans lequel ce chirurgien limitait la méthode à certains cas déterminés.

On reprocha au redressement instantané de provoquer une douleur extrêmement vive au moment de l'opération, reproche qui doit perdre de son importance si le résultat peut être favorable dans certaines circonstances.

Un autre inconvénient plus grave lui a été reproché. En effet, les observations de redressement suivies avec soin par des hommes capables ont démontré que dans quelques circonstances, lorsque la rotule est soudée au fémur et ne cède pas pendant l'opération, le redressement est imparfait, et il se produit une luxation en arrière du tibia, de telle façon que la jambe ainsi redressée présente en avant, au niveau des condyles du fémur, une protubérance énorme et au-dessous une gouttière profonde. Pendant que cette luxation se produit ainsi, d'autres inconvénients graves surviennent : les tissus du côté de la flexion, revenus sur eux-mêmes, ne peuvent résister à l'extension subite; ils cèdent, et l'artère poplitée s'est trouvée ainsi rompue; la peau, les condyles du fémur adhérents au tibia en arrière fracturés; effrayé à juste titre de ces accidents, on renonça bientôt à ce mode traitement.

Les choses étaient en cet état, lorsqu'en 1847 Dieffenbach, le principal promoteur de la ténotomie, préoccupé des causes qui s'opposaient au redressement, donna un jour nouveau à la question en signalant la possibilité de remédier à la résistance des tendons fléchisseurs et aux adhérences de la rotule. La section des tendons dut remédier au premier inconvénient; quant au second, au lieu d'opérer le redressement dans le sens de l'extension, Dieffenbach proposa d'exagérer au contraire la flexion, de manière à tirer sur la rotule au moyen du ligament qui l'unit au tibia. Cependant les adhérences parurent présenter une solidité telle qu'elles ne cédaient pas; alors M. Palaciano (de Naples), dans le but de faciliter le mouvement de flexion, conseilla de pratiquer la section du tendon extenseur, du faisceau moyen du triceps, et, comme de plus la rotule était recouverte et maintenue par les insertions fibreuses du tenseur du fascia lata, il proposa de faire disparaître cet obstacle principal en coupant l'aponévrose fascia lata. C'est cette opération compliquée, pratiquée déjà nombre de fois par MM. Bonnet et Palaciano, que nous nous proposons de mettre en usage chez notre malade, et nous espérons pouvoir ainsi arriver au redressement complet du membre.

Plaie de la cornée par une capsule fulminante. — Théorie sur la guérison des cataractes molles.

M. Nélaton a attiré l'attention des élèves sur un accident extrêmement fréquent : il s'agit d'une plaie de la cornée déterminée par un éclat de capsule fulminante. Le corps étranger a frappé violemment la cornée à sa partie inférieure et externe, l'a traversée de part en part, et a pénétré dans la chambre antérieure. Au niveau de la blessure, se trouve un petit point grisâtre, allongé; c'est une petite portion de l'iris qui en ce point adhère à la cornée, et l'on peut voir la forme de raquette que présente l'iris hernié à travers une solution de continuité faite à la cornée. Hier, on a fait instiller de l'extrait de belladone, afin d'amener le retrait de la hernie par la dilatation de l'iris, quoique M. Nélaton eût bien peu d'espoir de réussir, puisque, l'accident datant de quarante-huit heures, des adhérences devaient s'être formées, assez solides pour s'opposer au retrait de l'iris. C'est effectivement ce qui a eu lieu. Mais en arrière de la pupille dilatée, il a été possible d'apercevoir la protrusion d'une portion de cristallin ramolli et devenu opaque.

M. Nélaton fait remarquer à ce sujet que les ophthalmologistes n'ont pas suffisamment décrit la manière dont ces cataractes traumatiques guérissaient. Le cristallin devenu opaque redevient-il transparent par une simple transformation, comme on paraît le supposer? Le professeur ne le pense pas, et explique ce phénomène d'une manière bien plus rationnelle, par l'absorption graduelle du cristallin altéré, et mis, au moyen de la blessure faite à la capsule, en contact avec des surfaces absorbantes. Cette théorie, qui se rattache d'une manière directe à l'opération de la cataracte molle par simple division de la capsule, procédé que M. Nélaton met fréquemment en pratique dans ses salles, et dont il obtient d'excellents résultats, nous a paru mériter une mention toute spéciale.

HOPITAL MILITAIRE D'ANVERS. — M. GOUZÉE.

De la méthode expectante suivie dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu.

Par M. J. DEWALSCHE, médecin de bataillon.

Je me propose dans ce travail de faire connaître par quelques observations que j'ai recueillies la méthode suivie par M. le médecin principal Gouzée dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu, ainsi que les résultats qu'il en obtient. Je crois que ce sujet n'est pas sans intérêt, le rhumatisme articulaire étant peut-être la maladie aiguë sur le traitement de laquelle les opinions des médecins sont le plus divergentes. D'un avis unanime sur sa gravité, sur sa longue durée, sur le danger de ses complications, ils veulent tous qu'on la combatte par des moyens énergiques; mais des dissentiments surgissent dès qu'il s'agit du choix des agents thérapeutiques à employer. Les uns ne voient de salut que dans les émissions sanguines répétées; les autres préconisent l'emploi de médicaments actifs donnés pour la plupart à hautes doses, et chaque praticien vante la prééminence de la méthode qu'il met en usage.

Imbu de ces idées lors de mon arrivée en 1847 à l'hôpital militaire d'Anvers en qualité de médecin adjoint, ce ne fut pas sans effroi que je vis M. Gouzée traiter par l'expectation aidée de quelques moyens très simples les rhumatismes articulaires fébriles les plus intenses; cet effroi se changea en étonnement lorsque je vis les malades se rétablir plus rapidement que ceux que j'avais vu traiter par quelques-unes des méthodes citées plus haut.

Cependant M. Gouzée avait déjà fait connaître antérieurement son mode de traitement. Voici ce que dit cet éminent praticien dans un compte-rendu de sa clinique pour le second trimestre de 1843 (*Archives de la médecine belge*, janvier 1844, p. 7) :

« On a vanté dans ces derniers temps les traitements les plus » violents et les plus disparates contre le rhumatisme articulaire » aigu. L'émétique, le nitre, les saignées, l'opium, l'iodure de po- » tassium, le sulfate de quinine ont été employés à des doses d'une » énormité effrayante; et certes, maints patients exposés à ces di- » verses médications n'ont pas guéri *cito, tuto, et jucundè*. On dit » même que le sulfate de quinine à doses rasoriennes a frappé » quelquefois à côté du but, c'est-à-dire le malade.

» J'emploie depuis fort longtemps une simple médecine expec- » tante contre cette maladie, et il ne se passe pas d'année que je » n'aie lieu de m'étonner de la facilité et de la promptitude des » guérisons, en songeant aux peines que d'autres se donnent pour » arriver aux mêmes résultats, si toutefois ils y arrivent. »

Depuis lors, M. Gouzée est revenu à différentes reprises sur ce sujet, et je croyais ces faits généralement connus et appréciés, lorsque, par la lecture de différents recueils scientifiques et par celle de la discussion qui a surgi naguère à l'Académie de médecine de Paris, je me suis convaincu qu'ils n'avaient pas attiré toute l'attention qu'ils méritent. Je crus donc qu'il n'était pas inutile de recueillir quelques faits de rhumatisme articulaire aigu traité par la méthode expectante; s'ils ne parviennent pas à convaincre tous les praticiens de l'incontestable supériorité de cette méthode, ils pourront du moins, en faisant connaître la marche naturelle du rhumatisme abandonné à lui-même, servir de point de comparaison pour juger le degré d'efficacité des moyens préconisés pour combattre cette maladie.

Le traitement employé par M. Gouzée est des plus simples. Chaleur douce, égale et continue du lit, au milieu d'un air pur et tempéré; usage d'une simple tisane adoucissante, prise chaude ou froide, au gré du malade, mais en grande abondance. Lorsque les articulations des membres supérieurs sont particulièrement affectées, ces membres sont plongés une ou deux fois le jour pendant une à deux heures, le malade étant assis et bien couvert, dans des baignoires *ad hoc* remplies d'eau tiède et placées horizontalement à ses côtés; des bains locaux, également disposés horizontalement, sont quelquefois aussi mis en usage pour les extrémités inférieures, mais leur emploi dans cette circonstance offre souvent des difficultés. Ces bains locaux ont l'avantage de modérer les douleurs et le gonflement des parties, de procurer une détente générale, de favoriser la transpiration; ils ne fatiguent pas les malades, ils ne provoquent pas de secousses douloureuses, ils ne les exposent pas à des refroidissements comme les bains généraux, auxquels M. Gouzée n'a jamais recours. Dans les intervalles, les parties affectées sont recouvertes de cataplasmes et plus fréquemment de feuilles d'ouate. Lorsque les articulations se dégagent, le malade doit continuer à rester au lit, dans la même température égale et douce, pendant quelques jours encore, jusqu'à ce que la maladie soit complétement jugée. M. Gouzée n'insiste pas longtemps sur une diète sévère; l'expérience lui a appris qu'une alimentation rendue bientôt substantielle et l'usage de toniques amers, d'une décoction de quinquina, d'une solution de quelques centigrammes de sulfate de quinine sont, en général, d'une grande utilité vers la fin du rhumatisme pour rendre la guérison plus prompte et plus complète, et empêcher les rechutes.

Voici un exemple de la rapidité avec laquelle le rhumatisme à un assez haut degré d'acuité se passe souvent presque naturellement sous l'influence des soins les plus simples.

Obs. I. — Torf, cornet au 3e chasseurs à pied, vingt ans, constitution moyenne, n'ayant jamais été malade, entre à l'hôpital militaire d'Anvers le 27 juin 1850. Depuis trois jours il éprouve des douleurs articulaires accompagnées de roideur et un mouvement fébrile le soir.

Le 28, gonflement, chaleur, douleur et légère rougeur aux genoux et aux chevilles. Les souffrances sont plus vives au genou droit. La face est animée, rouge aux pommettes, le pouls à 100, la peau chaude et sèche; pas de sommeil; rien d'anormal dans les bruits du cœur. — Boissons délayantes abondantes; diète.

Le 29, sueur abondante toute la nuit. La douleur a abandonné les membres inférieurs, qui sont restés roides, et a envahi les poignets, qui sont rouges et tuméfiés; le moindre mouvement de ces parties est insupportable; les épaules sont également gonflées et douloureuses. — Bains de bras, bis.

Le 30, toujours forte transpiration la nuit, sommeil, douleurs modérées, gonflement moindre, pouls à 84. — Même traitement.

Le 1er juillet, les douleurs sont presque nulles, le pouls est tombé à 76, la transpiration a encore été abondante la nuit. — Toujours repos au lit; bouillons.

Le 2, le malade peut mouvoir les articulations des membres supérieurs; il éprouve une douleur à l'omoplate. La transpiration est devenue continue.

Le 3, bien général, aucune douleur, pouls à 60, bruits du cœur toujours normaux. Le malade se lève. — Quart d'aliments; œufs.

Une légère diarrhée survenue le 5 cède bientôt à l'usage d'une solution de salep édulcorée avec le sirop de pavot blanc.

Le 7, on prescrit une solution de 30 centigrammes de sulfate de quinine.

Le 10, un vent d'est a tout à coup refroidi la température atmosphérique. Le malade ressent de légères douleurs vagues dans les genoux et l'épaule droite. (Séjour au lit.) Elles se dissipent le lendemain et la convalescence est pleinement confirmée le 12. On administre encore 20 centigrammes de quinine et on augmente graduellement la nourriture.

Le malade sort de l'hôpital le 1er août.

On voit dans cette observation un rhumatisme accompagné dès le début d'un appareil fébrile intense et un grand nombre d'articulations envahies à la fois; cependant la guérison a été obtenue avec une rapidité étonnante, puisque la convalescence s'est prononcée le sixième jour du traitement, et le neuvième à dater du moment de l'invasion de la maladie. Certes, personne ne prétendra obtenir par une autre médication un résultat plus prompt et plus satisfaisant.

Le fait suivant, qui offre une grande mobilité dans l'envahissement des diverses articulations, n'est pas moins remarquable.

Obs. II. — Vandeputte, canonnier au 4e d'artillerie, vingt et un ans, robuste, bien constitué, entre à l'hôpital militaire d'Anvers le 17 janvier 1851. Il avait ressenti, deux jours auparavant, étant à l'exercice, une vive douleur dans la hanche gauche, qui s'était tellement accrue que le lendemain il ne pouvait plus marcher.

Le 18, la douleur de la hanche avait disparu. Je trouvai les articulations tibio-tarsiennes légèrement tuméfiées, chaudes et prises d'une douleur aiguë qu'augmentaient la pression et les mouvements. Sommeil nul, pouls calme, plein, température de la peau normale. — Repos au lit; tisane commune; 2 soupes.

Le 19, même état, si ce n'est que le genou droit est douloureux sans tuméfaction.

Le 20, les articulations tibio-tarsiennes sont libres, la douleur du genou persiste, le malade a bien dormi.

Le 21, la douleur est moindre dans le genou. — Même traitement; quart de portion.

Le 22, la douleur a quitté le genou et a envahi l'épaule droite; elle est vive et empêche tout mouvement du bras. Insomnie toute la nuit. Pouls à 78. — Même prescription.

Le 23, la douleur a abandonné l'épaule droite et s'est portée aux articulations du coude et du poignet gauches et métacarpo-phalangienne du médius droit; cette dernière articulation est rouge et tuméfiée. Pouls à 74. (Bains de bras d'une heure, bis) — Depuis l'entrée du malade à l'hôpital, la moiteur a été continue, la soif nulle, les selles régulières et les viscères de la poitrine exempts de toute complication.

Le 24, le temps, doux et beau jusque-là, s'est tout à coup refroidi par un vent nord-est : genou gauche et poignet droit tuméfiés, chauds, rouges et tellement douloureux que le sommeil a été nul; fièvre intense, soif vive, pouls à 100, peau chaude et moite. Le malade accuse une légère douleur sous le mamelon droit, tousse et expectore quelques crachats muqueux; rien d'anormal à l'exploration de la poitrine. — Mêmes bains locaux; diète absolue.

Le 25, la douleur, nulle au genou, moindre aux poignets, a envahi les articulations des doigts, qui sont tuméfiées; pouls à 84, peau moite, toux moindre. — Même traitement; soupes.

Le 26, les deux poignets sont encore roides et tuméfiés; mais il n'existe plus de douleur nulle part. La toux a été assez forte pendant la nuit et a empêché le sommeil. Pouls à 88. — Même traitement.

Le 27, toux beaucoup moindre, sommeil calme, nulle douleur, pouls à 66. — Toujours séjour au lit; quart de portion; laitage.

Le 29, il n'y a plus de toux; le gonflement et la roideur des poignets ont disparu; le malade se lève et se promène dans la salle; la convalescence se déclare. — Sulfate de quinine, 20 centigrammes; eau, 120 grammes; sirop de sucre, 30 grammes: par cuillerées toutes les deux heures.

Le 30, on accorde au malade le quart de portion avec la viande rôtie. Vers le soir, il y a un ouragan avec abaissement très prononcé de la colonne barométrique. Pendant la nuit, des douleurs se font encore sentir dans l'épaule, le coude et le poignet gauches, et persistent dans la journée du 31. — Bains de bras.

Le 1er février, toute la douleur a disparu. Le malade a très bonnes mine et couleur, sans faiblesse aucune, et la guérison se maintient, malgré de fréquentes variations atmosphériques. On augmente graduellement l'alimentation.

Il sort le 6 mars.

Dans le cas que nous venons de rapporter, le malade était jeune et vigoureux, comme le sont en général nos canonniers; il était atteint d'un rhumatisme articulaire mobile dont l'invasion ne datait que de deux jours. Ces circonstances auraient été, aux yeux d'un partisan des saignées, autant d'indications pour faire des évacuations sanguines fréquentes et copieuses. Cependant nous voyons que la maladie poursuit sa marche sans accidents, et se termine par la guérison au bout de douze jours d'un traitement presque expectant et après une durée de deux septenaires, et cela sans laisser après elle ni faiblesse, ni anémie.

Les deux faits qui précèdent viennent confirmer les résultats de l'observation à laquelle se livre depuis longtemps M. Gouzée, relativement à la grande influence qu'exerce l'état atmosphérique sur la marche, la durée et l'intensité de la plupart des maladies, et plus particulièrement du rhumatisme articulaire aigu. Cette dernière affection, en effet, s'exaspère facilement sous l'action des brusques vicissitudes météorologiques, et surtout lors de l'apparition subite des vents d'est et du nord, qui dans nos climats rendent la température atmosphérique froide et sèche, tandis qu'elle s'amende pendant les temps humides et doux, sous le règne prolongé des vents du sud ou de l'ouest. Aussi pense-t-il qu'il serait à désirer que l'on tînt toujours compte, dans les histoires de maladies, des variations météorologiques, afin de mieux apprécier l'influence du traitement, quel qu'il soit, sur la marche de cette maladie, indépen-

damment de l'action si puissante et si peu appréciée de ces agents extérieurs.

Obs. III. — Panhuyzen, soldat au régiment de carabiniers, vingt-trois ans, sanguin, entre à l'hôpital le 4 mai 1852, venant du camp de Brasschaet. Depuis deux jours il éprouvait des douleurs vives et mobiles dans différentes articulations.

Le 5, les deux pieds, surtout le gauche, sont douloureux, rouges et tuméfiés. La souffrance générale est très vive. Insomnie, face rouge, pouls fréquent, peau moite. Les bruits du cœur sont normaux. — Boissons abondantes; cataplasmes *loc. dol.*

Le 6, mêmes douleurs, sueurs extrêmement abondantes et continuelles, pouls à 90.

Le 7, sueurs toujours abondantes, diminution des souffrances, sommeil pendant la nuit.

Le 8, les pieds sont libres; douleur, rougeur et gonflement du poignet droit; la transpiration continue. — Bains de bras.

Le 11, la fluxion se fait sur le poignet gauche. Pouls à 80, transpiration moindre.

Le 12, souffrances beaucoup diminuées; calme général.

Le 13, le poignet est encore un peu rouge et tuméfié.

Le 14, convalescence; le malade se lève. — Quart de portion.

Il sort de l'hôpital le 26.

Obs. IV. — Botson, soldat au 1er d'artillerie, vingt et un ans, robuste et sanguin, n'a pas eu de maladies antérieures. Le 2 juillet 1852, ayant été mouillé à l'exercice, au polygone de Brasschaet, il est pris de frisson et de fièvre. Le lendemain, douleurs dans les articulations des membres inférieurs. Il est transporté à l'hôpital le 4 juillet.

Le 5, les deux genoux et le pied gauche sont tuméfiés, rouges, douloureux. Faciès animé, pouls fréquent, transpiration abondante, bruits du cœur normaux. — Repos, boissons, diète.

Les jours suivants, le mouvement fébrile se dissipe, la douleur et le gonflement persistent à un moindre degré au genou gauche. — Ouate.

Le 10, convalescence; sortie, le 16.

Je n'ai pas de remarques particulières à faire sur les deux observations qui précèdent. Le fait suivant est plus important, tant sous le rapport de l'intensité de la maladie que sous celui de l'existence d'un bruit de souffle au cœur.

Obs. V. — Jods, soldat au 3e chasseurs à pied, vingt et un ans, lymphatique, bien constitué, a été atteint, il y a un an, d'un rhumatisme articulaire aigu.

Le 3 juin 1851, à la suite d'une nuit de garde, il éprouva un frisson intense accompagné de douleurs dans les lombes. Combattues au quartier par des applications d'eau de Goulard, celles-ci ont persisté jusqu'au 8. Depuis lors, les articulations se sont prises et le malade entre à l'hôpital le 9.

Le 10, je constate que les articulations tibio-tarsiennes des deux pieds, ainsi que l'articulation du poignet droit sont gonflées, rouges, chaudes et très douloureuses. Il y a eu insomnie par suite des souffrances. Le pouls, à 104, est régulier et assez résistant; la peau est chaude et moite. L'auscultation me fait découvrir un bruit de souffle rude, se rapprochant du bruit de râpe, qui remplace le premier bruit du cœur. L'existence de ce symptôme, sensible surtout dans la moitié gauche du cœur, a été vérifiée par M. Gouzée. Le malade n'éprouve pas de douleur à la région précordiale; l'étendue de la matité de cette région n'est pas augmentée, il n'y a pas d'oppression et les poumons sont sains. — Séjour au lit, bains de bras, diète.

Le 11, le genou droit, très douloureux, est légèrement tuméfié; les autres articulations malades sont dans le même état qu'hier. Le bruit anormal du cœur persiste; le pouls, régulier, est à 88; une transpiration abondante s'est établie, le sommeil a été bon. — Mêmes moyens.

Le 12, la douleur a disparu des articulations tibio-tarsiennes; elle persiste encore, mais à un moindre degré, dans le poignet et le genou. Les articulations des orteils du pied droit sont douloureuses et fluxionnées. Le bruit anormal du cœur est beaucoup moins rude et moins intense; le pouls est à 84; la transpiration continue. Quatre jours sans selle. En général, le malade est moins souffrant. — Mêmes moyens.

Le 13, le malade se sent si bien qu'il se croit guéri. Toutes les articulations précédemment affectées sont libres. Une légère douleur se fait sentir dans l'épaule droite. Le bruit de souffle a encore diminué. Pouls à 84, transpiration, sommeil calme, deux selles normales.—Toujours repos au lit; diète.

Le 14, toute douleur a disparu; le pouls est à 74. Les bruits du cœur me paraissent normaux; toutefois M. Gouzée constate encore de légères traces de souffle au même temps et au même endroit. — Repos; quart d'aliments, riz au lait.

Le 15, le pouls est à 64; toutes les fonctions s'exécutent bien.

Le 16, les bruits du cœur sont reconnus normaux par M. Gouzée. On administre par cuillerées une solution de 20 centigrammes de sulfate de quinine, que l'on répète le lendemain. On augmente peu à peu le régime, et ce militaire va reprendre son service le 1er juillet.

Quelle était la valeur séméiotique du bruit anormal du cœur observé chez ce malade? Etait-il le signe d'une endocardite aiguë? Etait-il le résultat d'une lésion organique survenue à la suite du rhumatisme dont le malade avait été atteint l'année antérieure? La question est assez ardue, et je ne sais comment parviendraient à la résoudre les praticiens qui considèrent le bruit de souffle qu'on observe parfois dans le cours du rhumatisme articulaire comme un signe suffisant de l'existence d'une endocardite aiguë. Pour nous, l'absence d'oppression, d'anxiété et de toute douleur précordiale; l'étendue normale de la matité de cette région, et la régularité du pouls nous firent admettre d'abord que nous avions affaire à une lésion organique ancienne. Aussi nous attendions-nous à voir persister ce symptôme après la guérison du rhumatisme. Cependant il diminua rapidement et finit par disparaître presque aussi vite que la maladie articulaire, et cela sans qu'aucune médication eût été employée pour le combattre. Ce résultat inattendu nous porta à penser que ce bruit devait être attribué à une autre cause.

Ce fait avait déjà été remarqué. M. Gouzée, qui l'a observé souvent, en avait fait l'objet de quelques réflexions dans le travail que nous avons cité plus haut. « Chez un malade, dit-il, le cœur a présenté un bruit de souffle au premier temps, qui s'est dissipé pendant la convalescence. Il y a, à propos de ce bruit, deux curieuses questions que l'avenir décidera, débarrassé des préoccupations du moment. Ce sont celles de savoir si ce phénomène est, aussi souvent que le pensent quelques médecins, l'expression d'une endocardite, et si certains modes de traitement mis en usage contre le rhumatisme n'ont pas une grande influence sur son développement. » Plus tard, en 1851, M. le médecin de régiment Hart, dans un travail publié dans les *Archives de médecine militaire*, a fait connaître un cas semblable. Reste à trouver l'explication de ces faits curieux. Le bruit de souffle dépendrait-il, dans ces circonstances, du changement survenu dans la composition du sang? « On s'est demandé, disent les auteurs du *Compendium de médecine pratique* (art. AUSCULTATION), si ce ne serait point à une modification dans la composition du sang qu'il faudrait rattacher les bruits particuliers qui caractérisent la chlorose et l'anémie. Puis, généralisant cette idée, on a soupçonné que si le sang, devenu plus fluide, moins abondant, produit, en circulant dans ses canaux, des bruits que l'on n'observe pas lorsqu'il est doué de ses qualités normales, peut-être, par une modification inverse, lorsqu'il est plus plastique, plus riche, plus consistant, plus abondant, il peut occasionner des bruits analogues. Cette autre manière de voir conduirait aux conclusions suivantes :

» 1° Le bruit de souffle peut être le résultat d'une diminution dans la quantité du sang en circulation;

» 2° Le bruit de souffle peut être le résultat d'une augmentation dans la quantité du sang en circulation;

» 3° Le bruit de souffle indique quelquefois l'existence d'une fluidité insolite du sang;

» 4° Le bruit de souffle caractérise encore l'augmentation dans la plasticité du sang; en quelques mots, tout changement notable dans la quantité ou la qualité du sang contenu dans les cavités du cœur peut produire une modification dans le bruit de ses battements. Puis on établirait que *si le bruit de souffle s'entend assez souvent comme phénomène de coïncidence du rhumatisme articulaire, il convient d'attribuer cette circonstance aux altérations bien connues que le sang présente dans le cours de cette maladie.* »

Ces propositions ne sont pas démontrées, pas plus que ne l'est le fait de l'existence de l'endocardite dans les mêmes circonstances. Mais, comme le remarquent les auteurs de l'ouvrage que nous venons de citer, elles commencent à rencontrer des partisans.

N'oublions pas de faire remarquer encore une fois la rapidité de la guérison dans le cas qui vient d'être rapporté. Malgré l'intensité du mal, le malade entrait en convalescence au bout d'un septenaire.

Obs. VI. — Warnier, maréchal des logis au 1er d'artillerie, vingt-trois ans, constitution moyenne, cheveux châtains, peau brune, visage habituellement coloré, a déjà éprouvé depuis janvier 1846 trois atteintes de rhumatisme articulaire intense, dont la première fut traitée à Gand par les saignées générales et locales, la seconde à Anvers par la méthode expectante et la troisième à Bruges.

Le 10 juin 1850, étant au polygone de Brasschaet, il ressent des douleurs articulaires dans les membres inférieurs et s'alite.

Le 15, les douleurs deviennent plus vives et la fièvre se déclare.

Le lendemain, il est transporté à l'hôpital militaire d'Anvers.

Le 17, poignets rouges, très tuméfiés, très douloureux au moindre mouvement; genou gauche tuméfié et légèrement douloureux; douleurs à la nuque, aux épaules, au dos et dans les côtés de la poitrine, augmentant par les mouvements respiratoires. Face très rouge, animée; pouls à 112, peu développé, régulier; léger souffle au premier bruit du cœur, plus prononcé à 1 centimètre en dehors du mamelon; diarrhée depuis le 12. Le vent est au nord et le temps est froid. (Cet état météorologique persiste jusqu'au 28.) — Bain tiède prolongé des extrémités supérieures, potion gommée avec le sirop de pavot blanc, diète.

Le 18, état des poignets amélioré, genou gauche et coude-pied droit tuméfiés, rouges, douloureux; douleurs du cou et du tronc moindres; pouls à 90; même souffle du cœur, transpiration abondante, sommeil la nuit, facies calme, plus de diarrhée. — Bains de bras, bouillon, riz au lait.

Le 19, sommeil paisible la nuit, poignet droit encore un peu tuméfié, douleurs légères, vagues dans les doigts, genou gauche et pied droit bien. — Toujours séjour au lit, boissons délayantes.

Le 20, il ne reste plus qu'un peu de tuméfaction légèrement douloureuse au poignet et un peu de gêne au milieu du sternum; la transpiration continue; pouls à 80, souffle cardiaque plus faible, facies habituel; selles normales.

Le 21, le poignet, les doigts, le genou ne sont plus le siége que d'une roideur non douloureuse; pouls à 75; le malade s'est promené dans les jardins.

Le 22, toutes les articulations sont libres, toutes les fonctions à l'état normal. Il y a encore un léger souffle en dehors du teton gauche.

Le 24, l'amélioration persiste. — Quart, viande rôtie.

A dater du 25, le bruit de souffle diminue graduellement; le 30, il n'est plus perceptible.

Le malade sort le 6 juillet.

Il y a eu chez ce malade amélioration progressive très marquée et assez prompte, malgré des circonstances atmosphériques très défavorables. Comme dans l'observation précédente, le bruit de souffle qui existait à la région du cœur s'est dissipé graduellement et spontanément. Rien ne prouve que ces deux malades fussent atteints d'endocardite aiguë : d'abord parce que l'existence d'un simple bruit de souffle ne nous paraît pas devoir être considérée comme un signe de cette maladie, et ensuite parce que ce phénomène a disparu de lui-même presque en même temps que le rhumatisme, ce qui n'aurait pas eu lieu s'il avait été sous la dépendance d'une phlegmasie de la membrane interne du cœur. Si, admettant l'existence de cette phlegmasie, on avait institué un traitement antiphlogistique énergique, il est probable que les saignées n'auraient pas empêché le bruit de souffle de disparaître. Alors on aurait fort bien pu citer comme due à la vigueur de la médication la guérison d'une complication redoutable, tandis que cette fois encore tout est rentré dans l'ordre par les efforts de la nature aidés de quelques soins bien simples.

Des observations que nous avons rapportées et que nous aurions pu multiplier encore, nous croyons pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° Le rhumatisme articulaire aigu a une tendance naturelle à se terminer dans le cours du premier ou du second septenaire;

2° Traité par l'expectation aidée de quelques moyens simples, hygiéniques, diététiques, il poursuit sa marche sans accidents et sans danger, et s'arrête aussitôt, sinon plutôt, que lorsqu'il est traité par des médications actives;

3° Il n'est nullement prouvé que les traitements actifs préconisés contre cette maladie soient utiles et même toujours innocents;

4° Les bruits de souffle du cœur que l'on observe assez fréquemment pendant le cours du rhumatisme se dissipent spontanément, dans la grande majorité des cas, à mesure que la maladie marche vers sa solution et sous l'influence des simples moyens qu'on lui oppose;

5° Il est loin d'être démontré que ces bruits soient toujours le signe d'une endocardite.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Vomissements incoercibles pendant la grossesse, arrêtés par une application de sangsues sur le col utérin.

Par M. Clertan (de Dijon).

Cette observation fort intéressante a pour sujet une dame Caillot (de Dijon), femme d'un tailleur, enceinte pour la quatrième fois. La troisième grossesse avait été double; toutes avaient été heureuses, et leurs suites sans accidents. Vers le milieu du troisième mois, des vomissements survinrent, et devinrent de jour en jour plus opiniâtres, à ce point que, vers le huitième jour, les boissons étaient rejetées, en si petite quantité qu'elles fussent prises.

Je fus appelé, dit M. Clertan, au commencement du troisième septenaire.

L'amaigrissement était très visible, la face pâle, fatiguée; la soif inextinguible, la faiblesse déjà sensible; les efforts de vomissements avaient lieu de cinq en cinq minutes pendant l'état de veille, et de demi-heure en demi-heure pendant le sommeil. Une sensation de pesanteur, sans douleur, était ressentie dans tout l'hypogastre. J'employai contre ces accidents, en les variant après vingt-quatre heures d'usage sans résultat, les acides minéraux avec l'éther en potion, le castoréum, les topiques de belladone, les opiacés, la glace, et enfin, dans les prévisions d'un état pathologique de l'utérus, les ventouses, les sinapismes révulsifs.

Après huit jours de tentatives sans résultat, la faiblesse et l'amaigrissement ayant considérablement augmenté, j'appelai deux de mes confrères les plus dignes de ma confiance. Ils revinrent à la combinaison de plusieurs moyens employés également, et conseillèrent des tampons belladonés sur le col utérin.

Après cinq jours, les vomissements n'avaient rien perdu de leur opiniâtreté; la peau était devenue froide, le pouls petit, serré, fréquent; la face décolorée, l'expression anxieuse, les lèvres sèches, la bouche contractée.

Je résolus alors d'attaquer directement l'organe, dont l'état morbide, à coup sûr, me paraissait devoir être la cause sympathique de ces vomissements prochainement mortels. J'appliquai le spéculum. Le col utérin m'apparut plus volumineux qu'il ne devait l'être à cette époque de la gestation; son tissu dur et d'un rouge foncé. J'appliquai douze sangsues sur le col. La saignée fut d'au moins 200 grammes.

Deux heures après avoir arrêté l'écoulement, je fis prendre à la malade quelques cuillerées de bouillon froid (les vomissements, après une demi-heure d'écoulement, n'étaient survenus que deux fois); elles furent acceptées et digérées : la seconde dose fut rejetée. Deux heures après, on revint à une demi-verrée de bouillon affaibli; il fut conservé, les vomissements cessèrent.

Je prescrivis l'usage de petits potages successivement plus substantiels. Enfin, après cinq jours de régime de plus en plus réparateur, la malade revint à la vie ordinaire. La femme Caillot accoucha à son terme de deux filles bien portantes.

(*Journ. de méd. et chir. prat.*)

Du collodion ferrugineux et de son emploi.

On connaît les bons effets de la solution de sulfate de fer dans l'érysipèle. Au lieu d'y voir une simple action astringente, toute pareille à celle du sulfate de zinc, quelques-uns ont pensé que le fer jouissait dans ce cas d'une action toute spéciale. Et comme le collodion est également utile, M. Aran a eu l'idée d'associer les deux agents pour faire bénéficier le malade de leur double action. Nous n'accordons pas à cette idée une bien grande importance; mais ce ne serait pas la première fois qu'en poursuivant une idée irréalisable, on aurait obtenu un résultat imprévu, et plus utile peut-être que celui qu'on attendait. Il en serait ainsi du nouveau collodion, à en juger d'après une note du *Bulletin de thérapeutique*.

Voici d'abord sa formule :

Collodion ordinaire.	Parties égales en poids.
Teinture éthérée de perchlorure de fer, ou teinture du Bestuchef.	

Il résulte de ce mélange un liquide trouble, opaque, d'un beau marron, mais qui ne tarde pas à passer à la couleur d'ocre sous l'influence de l'action de l'air. Lorsque ce collodion est gardé pendant un certain temps, il se précipite une certaine quantité de peroxyde de fer.

Etendu sur la peau, ce collodion forme une couche d'une épaisseur un peu moindre que celle du collodion ordinaire, mais bien autrement souple et résistante. On peut faire exécuter aux muscles toute espèce de mouvements, tendre la peau en tous sens sans qu'on observe ces fendillements qu'offre toujours le collodion ordinaire. Son adhérence est aussi très grande, et l'on en a gardé sur la main une couche qui n'a été enlevée qu'après deux ou trois jours. En revanche, la constriction est moindre, et par conséquent beaucoup plus supportable. Sous l'influence de l'action de l'air, la couche de collodion passe du marron au rouge d'ocre plus ou moins foncé.

Le rédacteur de cette note conclut que si le collodion ferrugineux ne détrône pas le collodion ordinaire, il est certainement destiné à le remplacer dans beaucoup de cas, où l'on a moins pour but de pratiquer une compression que de soustraire des surfaces malades à l'action irritante de l'air ou des corps environnants, et de les soumettre à une action médicamenteuse directe et continue.

Nous doutons fort que le fer appliqué sur la peau ait une action bien positive; nous doutons plus encore qu'enfermé dans le tissu du collodion il soit en état d'exercer une action quelconque. Mais si, en effet, le collodion ferrugineux était à la fois plus adhérent et plus simple que le collodion ordinaire, ce serait une modification heureuse. *Quod est demonstrandum.* (*Revue méd.-chirurg.*)

DE LA SUPPRESSION

des salles de galeux dans les hôpitaux militaires.

Communication faite à l'Académie royale de médecine de Belgique par M. VLEMINCKX, président.

La gale est un des grands fléaux des armées. Ses ravages, surtout considérables en temps de guerre à la suite de longues marches et de rapports multipliés de la troupe avec toutes sortes de populations et dans toutes sortes de demeures, ne laissent pas d'être encore assez grands en temps de paix pour éveiller toute la sollicitude de l'administration.

Pour moi, la gale est une maladie toute locale, accidentelle et de cause externe, consistant dans une éruption cutanée revêtant diverses formes sous l'action incessante d'un parasite portant le nom d'*acarus scabiei*.

Je sais que certains dermatologues, et le professeur Devergie en particulier, considèrent cette opinion comme étant trop absolue; que, tout en admettant que le sarcopte est le plus souvent la cause de l'éruption, ils croient néanmoins qu'il *peut* en être également l'effet; mais, en supposant que cela soit démontré à la dernière évidence (et les expériences d'Herhwig permettent de conserver à cet égard des doutes fondés), le fait serait sans importance pour le but que je veux atteindre. Il est d'ailleurs un point qui est à l'abri de toute contestation, c'est que c'est bien l'*acarus* qui, réfugié dans les effets de couchage et d'habillements des galeux, est la seule cause de la propagation et de la reproduction de la maladie.

Tuer ce parasite dans les sillons qui le recèlent et dans les effets qui le retiennent, puis dissiper s'il y a lieu les résultats qu'il a produits, telles sont par conséquent les grandes indications à remplir et dont d'ailleurs l'expérience a démontré la constante efficacité.

Et quand je parle d'expérience, je prie de remarquer que j'entends parler de la gale telle qu'elle se montre dans notre armée. Je suis tout prêt à concéder que dans certaines formes qui se font remarquer dans le civil, il faut tenir compte, quant au traitement, de l'ancienneté de l'affection, de son étendue, de son état d'acuité, de l'état général de celui qui en est porteur : mais, encore une fois, ce n'est pas le cas pour la gale de nos soldats, et c'est de celle-là surtout que j'entends spécialement m'occuper.

Les topiques les plus sûrs, les plus innocents, les moins coûteux pour détruire l'*acarus* n'ont pas varié depuis Celse : aujourd'hui, comme alors, ce sont des sulfureux.

Mais le désaccord commence lorsqu'il s'agit de déterminer comment il faut les employer, quelle est la manière de s'en servir, quel est en un mot le *modus faciendi*.

Helmerich, chirurgien hollandais au 125e de ligne, sous l'Empire, guérissait la gale en quarante-huit heures à l'aide d'une pommade qu'il tenait secrète.

La composition sulfo-alcaline de cette pommade fut révélée plus tard par les soins de M. Burdin.

Il est probable qu'en 1814 elle était connue en Hollande, au moins pour ce qui concerne ses ingrédients principaux.

En effet, le 7 décembre 1814 le conseil de santé de l'armée des Pays-Bas prescrivait le traitement suivant pour la gale.

1° Préparer le malade par un bain tiède pris la veille du traitement, après l'avoir fait frotter pendant une demi-heure avec du savon noir;

2° Le soumettre le lendemain à *quatre* frictions faites la première à quatre heures du matin, la deuxième à dix heures, la troisième à quatre heures de relevée et la quatrième à onze heures du soir au moyen d'une pommade composée comme suit :

Fleurs de soufre.	1 livre.
Poudre de racine d'ellébore blanc.	3 onces.
Nitrate de potasse.	1 once et demie.
Savon vert.	1 livre.
Axonge de porc.	3 livres.

3° Terminer le traitement par un second bain savonneux.

C'était bien là, il faut le reconnaître, un traitement rapide, puisqu'il permettait de faire sortir en trois jours le malade de l'hôpital; mais, on se le rappellera, l'ophthalmie dite contagieuse commençait à ravager à cette époque la plupart des corps de l'armée, et l'on s'imagina que ce traitement, à raison même de sa rapidité, pouvait n'être pas étranger à cette terrible invasion.

On se trompa, c'est bien clair aujourd'hui; mais cette erreur n'en eut pas moins pour résultat, non de faire abandonner le traitement, mais de le faire modifier considérablement, en ne répétant plus coup sur coup les frictions avec la pommade sulfo-alcaline, et par conséquent de le faire durer plus longtemps.

C'est cette dernière méthode que je trouvai en usage, lorsqu'en 1830 j'eus l'honneur d'être appelé à la tête du service de santé de l'armée.

C'était chose déplorable à voir alors que nos galeux. Qu'on se figure une sorte de bouge dans lequel se trouvaient entassés, encombrés une foule d'hommes presque nus, couverts de graisse des pieds à la tête, couchés sur des paillasses remplies d'ordures et d'impuretés; tels étaient ces malheureux en 1830, et tels ils avaient été durant quinze ans consécutifs. Et savez-vous pendant combien de jours ils étaient plongés dans cette atmosphère puante et infecte? Douze en moyenne, ni plus, ni moins.

Ainsi tout homme, en arrivant au service, avait la perspective d'être condamné à subir plusieurs fois cet indigne traitement, à se voir assimilé pendant un temps plus ou moins long à l'animal de l'espèce la plus abjecte, et cela pour avoir contracté, souvent sans qu'il y eût de sa faute, une maladie à laquelle des chefs d'armée eux-mêmes n'avaient pas toujours su se soustraire.

Etait-ce trop que douze jours en moyenne pour chaque traitement? Oui, sans doute; nous le savons aujourd'hui, mais on ne le pensait pas alors. Biett lui-même, qui employait presque exclusivement à l'hôpital Saint-Louis la pommade d'Helmerich, avait trouvé ce temps indispensable pour tuer les sarcoptes et leurs œufs.

Je ne me donnai ni repos ni trêve avant d'avoir fait changer une situation qui me semblait une honte pour le pays, et adopter une méthode de traitement qui permît au moins de tenir les malades, sinon dans un état de propreté absolue, du moins décemment et convenablement.

Le sulfure calcaire fut employé, et à partir de là, tout le monde le sait, leur sort fut notablement amélioré : ils cessèrent d'être couchés comme des animaux immondes; on les vêtit proprement, leurs salles offrirent un aspect satisfaisant, et on put désormais les approcher sans éprouver un sentiment de dégoût et de pitié.

Plus tard, je fus assez heureux de pouvoir les faire assimiler, de même que les vénériens, aux autres malades, au point de vue de la solde et des autres avantages de l'hôpital.

Je me serais probablement contenté de ce succès, qui me semblait déjà bien beau, sans un article de M. Gibert, publié par la *Gazette médicale* en 1851, dans lequel cet honorable médecin signalait les succès obtenus à l'hôpital Saint-Louis, à l'aide de la pommade d'Helmerich employée d'après le procédé de MM. Bazin et Hardy.

Ce procédé, vous le connaissez, messieurs; mais il me semble néanmoins utile de vous le rappeler. Le voici :

« Le malade est conduit au bain; il se déshabille et subit une friction générale de deux heures de durée avec le savon noir; il se plonge ensuite dans un bain simple, où il continue de se nettoyer la peau durant une heure. A sa sortie du bain, on le ramène dans la salle, et là, dans un cabinet disposé à cet effet, aidé d'un de ses camarades, il subit une nouvelle friction générale d'une demi-heure, mais cette fois avec la pommade d'Helmerich.

Axonge.	8 parties.
Soufre.	1 —
Carbonate de potasse.	1/2 —

» Après cette friction, le malade examiné est renvoyé guéri, bien qu'il reste parfois des vésicules intactes assez nombreuses aux mains et ailleurs; mais M. Hardy affirme que sur plusieurs centaines de sujets, c'est à peine s'il a eu à constater deux ou trois récidives. »

C'était là, à mes yeux, un fait d'une portée immense, digne de fixer à tous égards l'attention générale, et de provoquer spécialement les méditations de ceux qui sont placés à la tête du service de santé des armées.

Je résolus tout aussitôt de prescrire des essais dans le genre de ceux qu'on était déjà en train de faire à l'hôpital du Gros-Caillou. Deux de nos médecins de régiment, bons et patients observateurs, MM. Dechange et Delatte, les entreprirent spontanément.

« J'ai accueilli, m'écrivit M. Dechange, la nouvelle méthode de guérir rapidement la gale avec une confiance d'autant plus légitime qu'elle venait confirmer mes propres observations. J'ai expérimenté sur quarante-quatre malades la méthode de M. Hardy, en y apportant une modification importante au point de vue de l'économie. Après avoir fait frictionner le malade pendant une demi-heure avec du savon noir, et l'avoir fait nettoyer dans un bain d'une heure de durée, je substitue aux frictions de la pommade sulfo-alcaline, des lotions générales avec 120 grammes de sulfure calcaire liquide. Cette substance est au moins aussi efficace que la pommade hollandaise; elle est d'un prix beaucoup moins élevé, puisque le kilogramme coûte à peine douze centimes; elle a l'avantage de ne pouvoir occasionner autant que les autres moyens antipsoriques ces éruptions secondaires si souvent prises pour des gales *rebelles* ou *constitutionnelles*.

» Les quarante-quatre malades qui font l'objet de cette communication ont été débarrassés par une seule friction de sulfure calcaire liquide du prurit qui les incommodait. En examinant les points d'élection de la maladie psorique, je n'ai trouvé que des sillons rompus, des vésicules déchirées et flétries. Un mois s'est écoulé sans qu'aucune récidive ait eu lieu. Trois malades seulement ont présenté des plaques d'érythème furfurant et des papules de lichen, dont le siége sur la surface externe des avant-bras et sur le dos des mains ne laisse pas de doute qu'elles soient causées par les frictions savonneuses. Ces éruptions, qui s'éteignent après quelques bains simples, peuvent être aisément prévenues, si on a soin de recommander aux malades de ne point se frotter trop rudement avec le savon, et d'employer le liquide sulfuro-calcaire plutôt en lotions qu'en frictions, celles-ci déterminant quelquefois la suppuration du corps muqueux de la peau. Le soin plu ou moins attentif qu'on apporte dans l'observation de ce précepte exerce une influence marquée sur la durée du traitement de la gale. »

M. le médecin de régiment Delatte m'écrivit, de son côté, ce qui suit:

« Depuis le 14 octobre (1851), ce traitement a été appliqué à 21 galeux, à l'infirmerie et à la prison (d'Ypres), et nous nous sommes assuré que chez tous la démangeaison a cessé immédiatement (M. Delatte a fait emploi de la pommade); que les vésicules n'ont pas été entièrement détruites, mais qu'elles n'ont pas tardé à se flétrir et à disparaître. Tous ces cas de prurit étaient parfaitement caractérisés; l'éruption était très étendue chez la plupart, et provoquait de vives démangeaisons.

» Parmi les galeux traités et guéris, nous avons eu deux récidives après dix et vingt jours, et une guérison douteuse. Ces deux récidives, survenues assez longtemps après la guérison, et qui n'ont été caractérisées que par la réapparition du prurit aux aisselles, ne doivent rien enlever à l'efficacité de la méthode, car il est possible qu'elles soient dues à une contagion nouvelle.

» Pour ce qui concerne les guérisons douteuses, à cause de la persistance du prurit après plusieurs jours, il est possible que la température régnante n'ait pas été étrangère à cet insuccès. Il est d'observation, en effet, que le temps froid et humide augmente la démangeaison et la sécrétion morbide dans les affections de la peau.

» .... Aujourd'hui les hommes ne sont plus retenus à l'hôpital que le temps nécessaire à la désinfection et au lessivage de leurs effets, c'est-à-dire pendant trois à quatre jours. Nous espérons voir réduire beaucoup le nombre de galeux, parce que le soldat, ne s'effrayant plus d'un long traitement, s'empressera de déclarer la maladie au début et fera cesser une des principales causes de contagion. Déjà nous avons pu nous assurer des bons effets de cette mesure.»

C'était satisfaisant, sans doute, mais non entièrement suffisant. J'avais projeté de résoudre un grand problème, à savoir, la fermeture des salles de galeux dans nos établissements sanitaires; je ne pouvais, par conséquent, rien négliger pour obtenir la certitude de l'invariable efficacité du procédé de MM. Bazin et Hardy.

Je crus donc devoir ordonner des essais dans nos prisons, ces établissements me paraissant s'y prêter plus avantageusement que nos hôpitaux militaires.

Ils commencèrent au mois de juillet 1852, à Alost, à Gand, à Namur, à Saint-Bernard, à Saint-Hubert, à Vilvorde, à Bruges et à Bruxelles.

Des résultats avantageux ont été obtenus. Après les avoir rapportés, M. Vlemminckx continue en ces termes :

(La fin au prochain numéro.)

CORRESPONDANCE.

Question d'honoraires.

Nous recevons la lettre suivante :

Monsieur le Rédacteur,

Voudriez-vous avoir la bonté de répondre dans votre journal aux deux questions suivantes?

1° J'ai produit devant un juge de paix un mémoire ainsi détaillé :

Opération d'hydrocèle. . . Injection iodée. . . . . . Trois visites..	50 fr.	(Guérison.)

Le client était un homme aisé; il habitait à une heure de distance. Deux confrères voisins appelés ont déclaré que ma demande était exagérée, et ont réduit le mémoire de moitié.

Me retrouvant aujourd'hui dans les mêmes circonstances, j'ai l'honneur de vous demander, monsieur le rédacteur, si, conformément à la déclaration de mes deux confrères, ma demande a été exagérée.

2° Nous habitons un pays où l'on ne paye guère les médecins que par le moyen du papier timbré; aussi nous trouvons-nous souvent soumis à la juridiction de MM. les juges de paix. Ces magistrats ont-ils le droit de réduire un mémoire de leur simple autorité et sans nomination d'experts?

Je réclamai dernièrement à un homme riche, seigneur de son village, demeurant à 7 kilomètres de mon domicile, 108 fr. pour 27 visites, c'est-à-dire quatre francs par visite; le juge de paix déclara que je ne devais réclamer que trois francs, et je dus me soumettre.

Je vous prie, monsieur le rédacteur, de me donner votre avis sur ces faits que je considère comme de déplorables abus.

Recevez, etc.

Nous croyons devoir supprimer le nom de l'honorable confrère qui nous pose ces questions, ainsi que l'indication du pays.

L'appréciation faite de la demande de 50 fr. pour opération d'hydrocèle par injection et suivie de guérison, qui avait nécessité trois visites à une heure de distance, nous paraît si extraordinaire et la réduction si peu fondée, que nous sommes obligé de voir dans cette conduite des deux confrères consultés des motifs qu'il nous serait pénible de qualifier.

Quant à la compétence du juge de paix, nous répondrons à notre confrère que dans toutes les contestations dont le chiffre ne dépasse pas la somme de 150 fr., ce juge est souverain appréciateur des faits qui lui sont soumis, et peut se dispenser d'avoir recours à des experts s'il se trouve suffisamment éclairé.

Dans le premier cas, le juge n'a décidé que sur le rapport d'experts; dans le second, il a réduit de lui-même à 3 fr. le prix des visites à *sept kilomètres* de distance, pour lesquelles notre confrère réclamait 4 fr. Dans les environs de Paris, le taux des visites est fixé ordinairement à 1 fr. par kilomètre; la réclamation était donc au-dessous du taux fixé par l'usage, et nous avons peine à comprendre la réduction.

Quoi qu'il en soit, nous ne voyons aucun moyen de se soustraire à la décision du juge de paix dans le cas où la somme réclamée ne dépasse pas, nous le répétons, 150 fr.; car ce juge est parfaitement compétent d'après la loi, et parfaitement libre d'apprécier les faits et d'opérer les réductions qu'il croit convenables, sans être tenu même de consulter des experts.

C'est la loi; et tant qu'elle ne sera pas changée, force est de s'y soumettre.

Il en est de même dans le cas suivant, où un officier de santé est passible de l'emprisonnement pour avoir exercé la pratique de son art au-delà du champ ou du ruisseau qui sépare le département limitrophe de celui dans lequel il est autorisé à exercer. N'est-ce pas là le meilleur argument à faire valoir contre l'institution des officiers de santé?

COUR DE CASSATION (CHAMBRE CRIMINELLE).

Présidence de M. LAPLAGNE-BARRIS.

Officier de santé. — Applicabilité des peines de l'emprisonnement. — Récidive. — L'officier de santé qui exerce la médecine hors des limites du département où il a été reçu par le jury médical commet une contravention punissable, sans qu'il soit nécessaire qu'il y ait dans le jugement de condamnation constatation de l'existence des listes exigées par les articles 25 et 26 de la loi du 13 ventôse an II, quand bien même ces listes n'existeraient pas. Il en est ainsi alors même que, dans le département, le contrevenant aurait été nommé chirurgien aide-major de la garde nationale, si ce n'est pas en cette qualité qu'il a donné les soins pour lesquels il est poursuivi. En cas de récidive, la peine de l'emprisonnement est applicable, *dans les limites des peines de simple police*, par application des dispositions des articles 35 et 36 de la loi du 19 ventôse an II, combinées avec le principe général que, lorsqu'une peine de police est applicable, l'emprisonnement est de droit pour le cas de récidive. — Rejet du pourvoi du sieur Bindé contre un arrêt de la cour impériale de Rouen du 6 mai 1853; rapport de M. le conseiller Legagneur, M. Sevin, avocat général, conclusions conformes; plaidant, M. Avisse. Audience du 21 juillet.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Les ravages que la fièvre jaune exerce depuis quelques années sur tant de points de l'Amérique ont été pour deux médecins français l'occasion d'actes de dévouement qui, signalés au gouvernement de l'Empereur, ne pouvaient rester sans récompense. M. le docteur Frédéric Thomas, à la Nouvelle-Orléans, et M. Théodore Gaillardet, à la Havane, n'ont pas cessé de s'exposer dans ces deux villes aux dangers de l'épidémie, alors qu'elle sévissait de la manière la plus terrible, pour prodiguer à leurs compatriotes les secours les plus empressés et les plus désintéressés. Sa Majesté vient de leur témoigner sa satisfaction d'une si honorable conduite en les nommant l'un et l'autre chevaliers de la Légion d'honneur.

— On écrit de Saint-Pétersbourg, le 21 juillet : « Le 17 juillet au matin, il y avait 662 cholériques en traitement. On a compté pendant la journée 68 nouveaux cas, 56 guérisons, 32 décès; restaient 633 malades. Le 18 juillet, 633 malades en traitement; nouveaux cas, 79; décès, 31; guérison, 32; restaient en traitement 649. »

— On écrit de Schleswig, le 21 juillet : « Les cas de choléra dans Maasholm augmentent; sur 5 malades, 3 sont morts. La population est de 600 habitants.

— Par suite de la grande chaleur et de l'absence de pluies, il est mort à Calcutta 1,100 personnes en deux jours. (*Overland Athenæum.*)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Des rétrécissements de l'œsophage, par M. le docteur E. FOLLIN, chirurgien du Bureau central des hôpitaux, prosecteur de la Faculté de médecine de Paris, etc. Un vol. grand in-8° avec figures. Prix : 4 fr — Paris, chez Labé, place de l'École-de-Médecine, 23.

Traité complet des maladies syphilitiques, ou Etude comparée de toutes les méthodes qui ont été mises en usage pour guérir ces affections. Un vol. de 800 pages, avec 25 gravures coloriées. 2e édit. Prix : 6 fr. PAR GIRAUDEAU DE SAINT-GERVAIS, chevalier de la Légion d'honneur, docteur en médecine, etc.

Etude et traitement des maladies de la peau, par le même auteur. Un vol. de 700 pages avec gravures. Prix : 6 fr.

Ces deux ouvrages se trouvent chez Germer-Baillière, éditeur, 17, rue de l'Ecole-de-Médecine, à Paris.

La Soupe.

Paris. — Typographie de PLON frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 91. — MARDI 2 AOUT 1853. (26e ANNEE.) N° 91. — MARDI 2 AOUT 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40; EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE.	Trois mois.	8 fr. 50 c.
	Six mois.	16 »
	Un an.	30 »
GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES.	Trois mois.	9 fr.
	Six mois.	17
	Un an.	33
ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR.	Trois mois.	10 fr.
	Six mois.	20
	Un an.	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

PARIS, LE 1er AOUT 1853.

Difformité physique et morale.

Le fait suivant de masturbation chez une femme qui n'avait point d'utérus nous a paru assez intéressant pour en donner un extrait, que nous empruntons à l'*Association medical journal.* L'auteur, M. Edward Waddington, le fait suivre de quelques considérations morales sur l'influence de l'exemple et de l'éducation. Nous avons cru devoir y joindre, de notre côté, des réflexions morales dont la justesse ne nous paraît pas contestable. Les exemples ne manqueraient pas à l'appui de notre opinion.

Catherine Stevens, servante, jeune fille de vingt-deux ans, bien conformée, mais d'un aspect maladif, vint me consulter pour des douleurs fréquentes dans le dos et autour des lombes. Par suite de mes demandes, je trouvai que ces douleurs remontaient à l'âge de seize ans, mais qu'à cette époque elles étaient si légères et si fugitives que la malade ne s'y arrêta pas. Depuis ce temps les douleurs ont augmenté de plus en plus ; les douleurs du dos s'accrurent, entre autres, en intensité et en durée, revinrent à peu près toutes les deux ou trois semaines, rarement au bout d'un mois ; elles duraient environ trois jours, tandis qu'au commencement elles ne duraient qu'une demi-journée ou une nuit. *Cette fille n'a jamais été menstruée.*

L'aspect empâté et jaune de ses traits, le boursouflement et la décoloration en demi-cercle au-dessous des yeux, la couleur nacrée de la conjonctive, la blancheur et le tremblotement de la langue, la faiblesse du pouls, me portèrent à conclure que j'avais affaire à un simple cas d'aménorrhée. Pendant quelques mois je la traitai pour cette affection. Elle prit à différentes reprises, et les uns après les autres, tous les emménagogues en renom, mais sans succès. Je fis appliquer des ventouses aux lombes, des sangsues à la vulve et au haut des cuisses ; elle prit des bains de siége sans aucun avantage.

J'insistai alors pour un examen personnel, afin de m'assurer qu'il n'y avait aucun obstacle contre nature qui rendît tout traitement médical inutile.

J'examinai d'abord la poitrine, et trouvai les seins bien et largement développés, quoique plus flasques et plus pendants qu'on ne le voit ordinairement chez des femmes de cet âge non mariées. Le corps était un peu mince, mais non amaigri ; les muscles relâchés et mous.

Les organes de la génération étaient très développés ; les grandes lèvres épaisses et singulièrement flasques, le clitoris saillant, tuméfié et très vasculaire ; pas de trace de l'hymen. Il était évident que cette jeune femme avait été longtemps soumise à des rapports illicites, bien qu'elle le niât fortement. En introduisant mon doigt dans le vagin, je ne pus trouver le col de l'utérus. Comme l'ouverture externe du vagin n'était nullement étroite, je n'éprouvai aucune difficulté à faire un examen étendu et attentif. Le vagin formait un *cul-de-sac* complet ; il n'y avait aucune apparence d'utérus, que je ne pus rencontrer ni en introduisant le doigt dans le rectum, ni en palpant les parois abdominales. Un de mes amis, le docteur C.-D. Gibson, d'Huxey (Lincolnshire), sur ma demande, procéda aussi à un examen long et soigneux, et arriva à la même conclusion, que l'utérus ne pouvait être rencontré et que cet organe n'existait pas. Une circonstance particulière que remarqua comme moi ce confrère, c'est l'ampleur du vagin.

En suivant de près cette jeune femme, et la questionnant d'une manière pressante et répétée, le fait fut bientôt éclairci et rendu plus intelligible. Non-seulement elle avoua qu'elle avait l'habitude de saisir toutes les occasions de se livrer à des rapports sexuels, mais qu'elle était adonnée à la masturbation à un point à peine croyable. L'absence de l'effort menstruel ne rendait compte qu'en partie de son état chlorotique et de ses douleurs lombaires ; mais l'état d'épuisement et de dépression nerveuse était sans aucun doute le résultat de cet abus de soi-même.

Il me paraît évident que les ovaires existent, à cause de l'appétence sexuelle et des efforts de la constitution pour établir le flux menstruel à l'époque de la puberté, fonction à laquelle les ovaires participent ainsi que l'utérus.

J'ai appris, il y a un an, que cette fille habite Sheffield et qu'elle vit avec un homme.

Les considérations dont M. Waddington fait suivre l'exposé de ce fait, qui n'est pas unique, mais qui n'en est pas moins remarquable, peuvent avoir de la justesse. Il est possible que l'exemple et la fréquentation aient influé sur le développement du vice dont cette fille était atteinte ; mais, selon nous, il est une autre cause à cette *libinitude*.

Nous ne chercherons pas, en effet, s'il faut inférer de ce penchant que les ovaires existaient, l'utérus étant absent ; mais ce qui nous paraît certain, c'est que cette fille tenait à prouver qu'elle était femme, et que la nature seule était coupable de sa difformité.

Innées ou acquises, les difformités physiques entraînent presque toujours les difformités morales. Les exemples de ce genre sont si communs, que nous croyons inutile d'y insister. Sans ses infirmités physiques, J.-J. Rousseau eût sans doute été moins âpre et moins misanthrope.

L'esprit que l'on accorde aux bossus n'est souvent que de la méchanceté provoquée par le dépit d'une difformité dont ils voient le plus grand nombre exempt. Les femmes sont, en général, d'autant plus coquettes et perverses qu'elles sont plus laides ; et quand on n'a rien d'humain sur la face ou ailleurs, il faut une vertu presque divine pour ne pas rejeter sur autrui le vice de sa personne. Dans ce cas, un sentiment profond de dépit et de jalousie altère les affections du cœur ; on devient fourbe parce qu'on est envieux ; on caresse et déchire ses propres amis, on commet des actes répréhensibles dont on se dissimule la déloyauté. Si on n'attaque pas en face ceux qui vous ont servi et qui n'ont jamais eu de torts envers vous, on va de droite et de gauche soulever contre eux des obstacles ; et comme ces tortueuses machinations sont ordinairement sans résultat, on se dépite de plus en plus. Plus on se reconnaît méprisable, plus on s'exalte et se boursoufle d'amour-propre ; on pose partout et sans cesse ; on veut tout juger ; on tranche toutes les questions sans bon sens et sans expérience, heureux de produire ou de croire avoir produit l'effet de la tête de Méduse. C'est un exemple de plus pour confirmer le génie et la justesse d'esprit de l'illustre écrivain qui n'eût pas fait immortel son redresseur de torts, si le héros de la Manche, à côté de sa ridicule vanité, n'avait présenté, comme circonstance atténuante et provoquante à la fois, le ridicule non moins indicible de sa conformation physique.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. NONAT.

Pleurésie. — Thoracentèse, ventouses scarifiées, huile de croton tiglium, scille et digitale. — Guérison rapide.

Le 3 mai 1853, il est entré dans le service de M. Nonat, à la Pitié, salle Saint-Paul, n° 35, un nommé Serré (Joseph-Adolphe), âgé de quarante-sept ans, né à Sergines (Yonne), tailleur de cristaux, demeurant à Paris, rue Phélippeaux, n° 34, tempérament lymphatico-sanguin, constitution ordinaire.

Depuis une douzaine de jours, le malade souffre dans la poitrine, tousse beaucoup et crache fort peu ; mais ce n'est que le 2 mai, vers deux heures de l'après-midi, qu'il a quitté son atelier. Il attribue sa maladie à un refroidissement subit qu'il aurait eu après un travail plus pénible que de coutume.

Le 5, le pouls bat 96 fois par minute ; le malade respire 32 à 34 fois pendant le même temps ; on observe une dilatation énorme des veines jugulaires latérales et antérieures, ainsi que des veinules intermédiaires.

La moitié droite de la cavité thoracique est occupée par un épanchement pleurétique au niveau du mamelon ; elle a 1 centimètre de plus de circonférence que la moitié gauche. La circonférence totale du thorax est à cette hauteur de 84 centimètres.

Le cœur est dévié ; sa pointe est à deux travers de doigt en dehors du mamelon gauche.

A gauche, la respiration est normale.

A droite, en avant, pas de murmure vésiculaire, bruit de souffle de haut en bas, bronchophonie ; les vibrations ne sont perceptibles que dans un espace limité, de la clavicule à trois travers de doigt au-dessous de cet os, et elles y sont moins sensibles qu'à gauche.

En arrière, bruit de souffle plus fort en haut qu'en bas ; de l'épine de l'omoplate à la partie inférieure de la poitrine, plus de vibrations, matité, égophonie.

On pratique l'opération de la *thoracentèse sans aucune espèce d'accident*, et on retire *deux litres et demi* de liquide séreux, jaunâtre.

Le 6, immédiatement après l'opération le malade s'est mis à cracher, et en peu de temps il a rempli un crachoir et demi de *crachats semblables au liquide épanché* et mêlés de quelques crachats muqueux nageant à la surface.

Le malade a toussé pendant toute la journée d'hier et la nuit qui l'a suivie.

24 respirations, 84 pulsations.

Sonorité. — En avant, dans les trois quarts supérieurs du thorax ; en arrière, dans la moitié supérieure.

On entend un peu de râle sous-crépitant. — Une portion, tisane de mauve et chiendent ; deux pilules contenant ensemble : digitale, 0,05 et scille 0,10.

Le 7, le malade a un peu trop mangé hier ; 88 à 90 pulsations ; râle muqueux dans toute la poitrine. — Bouillon et potage ; tisane de mauve et chiendent ; deux pilules de scille et digitale.

Le 8, même prescription ; julep béchique ; une portion.

Le 9, même prescription. La résorption se fait bien. Le malade va beaucoup mieux ; maintenant il crache un peu.

Le 10, le malade va de mieux en mieux ; 86 à 88 pulsations, 24 à 26 respirations. Les deux tiers supérieurs de la moitié droite de la poitrine résonnent à la percussion ; le tiers inférieur est mat. Il y a moins de râles et plus de respiration que les jours précédents. — Même prescription, plus *six ventouses scarifiées sur le côté droit de la poitrine.*

Le 11, le malade a été bien soulagé par les ventouses ; il respire plus facilement. — Même prescription, moins les ventouses.

Le 12, mauve sucrée ; julep béchique ; deux pilules d'huile de croton ; une portion.

Le 13, les pilules ont produit de nombreuses évacuations ; la respiration se fait mieux. — Mauve sucrée ; julep béchique ; une portion.

Le 14, même prescription, plus deux pilules de croton pour demain matin.

Le 15, les pilules ont soulagé le malade.

Du 16 au 19, tisane commune et deux portions.

Le 19, le malade se plaint d'une douleur assez forte dans le côté droit de la poitrine.

Le 21, deux pilules d'huile de croton.

Le 22, les pilules ont presque fait disparaître la douleur de côté.

Le 26, cette douleur étant revenue avec une certaine intensité, M. Nonat prescrit *six ventouses scarifiées sur le côté droit de la poitrine.*

Le 27, la douleur n'existe plus ; les ventouses l'ont enlevée comme avec la main, selon l'expression du malade. — Mauve sucrée ; une portion.

Le 30, le malade se trouve très bien et a bon appétit ; il n'éprouve aucune douleur. En appliquant l'oreille contre le côté droit de la poitrine, on entend un bruit semblable à celui que produiraient deux surfaces rudes frottant l'une contre l'autre ; ce bruit indique qu'il n'existe plus d'épanchement. — Deux portions ; mauve.

Le 7 juin, le malade sort guéri ; sa physionomie est très bonne ; il a beaucoup d'appétit. L'épanchement pleurétique est complétement résorbé ; on entend dans la poitrine du côté droit un bruit de frottement semblable à celui noté le 30 mai, mais beaucoup plus fort.

La thoracentèse suivie de l'application de ventouses scarifiées et de l'administration de l'huile de croton tiglium est préférable à tout autre traitement dans les épanchements pleurétiques considérables. L'observation qui précède et bien d'autres encore du service de M. Nonat viennent à l'appui de cette opinion.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. HARDY.

Leçons cliniques sur les maladies de la peau (1).

Le second ordre renferme les maladies constituées par une inflammation locale.

Ce groupe représente à peu près la famille des *eczémas*, qui forme une des branches de l'arbre des dermatoses dans la classification d'Alibert ; les maladies qui nous ont paru devoir être ainsi réunies présentent un certain nombre de caractères communs qui permettent d'en tracer une histoire générale. Leurs caractères extérieurs offrent des lésions élémentaires très diverses : ici des plaques exanthémateuses, là des vésicules, ailleurs des pustules ; mais toutes ont pour essence une inflammation locale et par conséquent passagère en dehors de toute diathèse.

La *rougeur* est parfois assez intense ; tantôt elle forme de larges plaques, tantôt elle est circonscrite : elle peut exister seulement autour des vésicules ou des pustules.

La *douleur*, très vive dans certains cas (zona), est sourde, obtuse dans d'autres (érythème) ; ailleurs c'est une simple démangeaison (urticaire), un prurit plus ou moins vif (ecthyma).

Chaleur. — Elle est sensiblement augmentée, et, à défaut du thermomètre, la main suffit très bien à l'apprécier ; seulement ici, comme pour les autres phlegmasies, la sensation éprouvée par le malade est beaucoup au-dessus de la réalité.

Tuméfaction. — Ordinairement peu prononcée, quelquefois assez forte, dans l'urticaire, par exemple. La sécrétion de lymphe plastique, que nous regardons comme l'un des éléments essentiels de toute inflammation, se révèle ici parfaitement dans la sécrétion séreuse des vésicules ou purulente des pustules, dans le gonflement dû à une infiltration du tissu cellulaire sous-cutané, qui se montre dans certains cas et qui, pour être passager, n'en existe pas moins.

Enfin, il n'est pas rare d'observer quelques-uns des phénomènes généraux qui accompagnent ordinairement les inflammations, de la céphalalgie, du malaise, de la courbature, un état saburral avec empâtement de la bouche, langue blanche, voire même nausées et vomissements, constipation : on a aussi observé de la fièvre dans certains cas.

La *marche* est essentiellement aiguë, et la maladie dure d'un à deux ou trois septénaires. Quand il y a de la chronicité, on peut affirmer qu'elle est due à une cause générale et profonde. Ainsi

(1) Voir les numéros des 9, 21 et 23 juillet.

l'ecthyma se prolonge pendant très longtemps chez des enfants pauvres, chétifs, cachectiques; d'autres fois c'est un mauvais état des voies digestives, ce qui arrive assez souvent pour l'urticaire.

La *récidive* est possible, mais non pas nécessaire; il en est des maladies de ce groupe comme des autres inflammations qui peuvent se montrer plusieurs fois sur un même individu, mais d'une manière tout à fait accidentelle; pour les *dartres*, au contraire, la non-récidive est véritablement l'exception.

Les *causes* sont d'abord toutes les irritations artificielles de la peau par des liqueurs, des pommades irritantes ou rances, des frictions rudes, le contact de matières malpropres, de l'urine ou des fèces; l'action directe des rayons solaires, les brûlures, certains excès, l'usage d'aliments malsains, épicés, les veilles, les fatigues, etc.; or toutes ces causes sont aussi celles des inflammations ordinaires.

Le *traitement*, comme dans la plupart des groupes de notre classification, peut être donné d'une manière générale, s'appliquant, sauf de légères modifications, aux différents genres. Et déjà, d'après les caractères énoncés plus haut, tout le monde peut dire que les antiphlogistiques doivent figurer ici en première ligne : lotions, fomentations, cataplasmes émollients, bains, poudres absorbantes, qui modèrent l'orgasme inflammatoire; dérivatifs, purgatifs salins; quelquefois, mais rarement, des émissions sanguines; tisanes rafraîchissantes ou émollientes; soins de propreté, régime doux, etc.

Les genres compris dans ce groupe sont assez nombreux : ce sont : l'*érythème*, l'*urticaire*, les *scrofules*, l'*herpès*, le *pemphigus aigu*, l'*ecthyma* et le *sycosis*. J'en retranche l'*érysipèle*, qui, dans la plupart des cas, appartient aux fièvres éruptives. L'*érythème noueux*, qui appartient également à ce dernier groupe; le *prurigo*, qui, par sa liaison avec la maladie pédiculaire, appartient aux maladies parasitaires.

I. De l'érythème.

Cette affection est très souvent méconnue par les médecins, qui, en raison de la diversité de ses formes, la confondent avec d'autres maladies. Il importe donc de bien préciser ses caractères. Rappelons d'abord que Willan l'a rangée dans l'ordre des exanthèmes, et Alibert dans celui des eczémas, qui répond au groupe que nous examinons.

L'érythème est caractérisé par des plaques rouges plus ou moins larges et irrégulières, isolées, disséminées ou agglomérées, avec ou sans saillie, dont la couleur disparaît sous la pression du doigt, et siégeant sur la face ou sur les membres.

Ici la *rougeur* n'est pas très vive; elle est plutôt rosée; elle forme des plaques arrondies assez considérables, ou bien au contraire très petites et dispersées sur une surface plus ou moins étendue. Leurs limites ne sont pas nettement tranchées comme dans l'érysipèle, mais se fondent peu à peu dans la coloration blanche du tégument voisin. La *saillie* est quelquefois assez considérable, et, comme ceux de la rougeur, ses contours ne cessent pas brusquement, ils se perdent en mourant dans le niveau commun.

La *chaleur* est peu marquée; et quant aux lésions de la sensibilité, elles consistent ordinairement en un léger prurit, qui peut même manquer quelquefois. Cependant les efflorescences érythémateuses qui succèdent aux morsures de sangsues ou à l'application des ventouses s'accompagnent d'une démangeaison très vive.

La *marche* offre différentes circonstances qu'il est bon de retenir. Ainsi, les plaques rouges, une fois sorties, s'agrandissent très peu, on ne les voit pas s'étendre pour ainsi dire en ruisselant d'une partie à une autre, comme il arrive pour l'érysipèle. Quand l'érythème gagne de proche en proche, c'est par des éruptions successives. Lorsqu'une plaque a duré quelques jours elle s'éteint, et la surface qu'elle occupait se couvre d'une légère desquamation furfuracée qui ne tarde pas à disparaître.

Variétés. — Les auteurs en distinguent plusieurs, qui sont :

1° L'*érythème simple*. C'est celui que nous venons de décrire. Ses caractères sont faciles à retenir. Une simple rougeur sans vésicules, sans papules, formant quelquefois une légère saillie, et disparaissant au bout de six à sept jours pour faire place à une desquamation furfuracée.

2° L'*érythème intertrigo* se montre sur des surfaces soumises à des frottements, et surtout dans les points où la peau est en contact avec elle-même, comme il arrive chez les enfants gras entre les plis que forme la peau au cou, aux cuisses, etc.; chez les personnes obèses, au pli de la fesse, aux aisselles, aux aines; sous les seins, chez les femmes qui ont les mamelles pendantes. Ici la rougeur ne tarde pas à s'accompagner d'une exulcération superficielle avec sécrétion séreuse, dont le produit peut se concréter en squames légères.

3° *Erythème paratrime*. — On l'observe sur les parties en contact avec le drap et qui supportent le poids du corps chez les personnes qui sont depuis longtemps couchées; c'est ce qui a lieu au coccyx dans les cas de fracture ou de fièvre typhoïde. Je regarde cette rougeur comme le premier degré de la gangrène qui dans le plus grand nombre des cas ne tarde pas à se développer, et non comme une maladie à part.

4° *Erythème papuleux et tuberculeux*. — Taches rouges saillantes, chagrinées, de la grandeur d'une lentille ou d'un centime, confluentes, séparées par des intervalles de peau saine; à leur niveau, il peut y avoir gonflement du tissu cellulaire sous-cutané; — siége aux mains, au cou, etc.; paraît avoir été confondu par beaucoup de personnes avec le lichen. L'éruption dont il s'agit est quelquefois précédée de phénomènes généraux, d'embarras gastrique, parfois même de vomissements.

5° *Erythème vésiculeux*, décrit par les auteurs de l'école anglaise sous le nom d'*eczema simplex* et *solare*. Ici ce sont des taches rouges surmontées de petites vésicules remplies d'une sérosité citrine ou légèrement purulente; il y a quelquefois en même temps un léger gonflement du tissu cellulaire sous-jacent, et d'ordinaire de la chaleur avec prurit plus ou moins vif. Au bout de quelques jours ces plaques pâlissent, les vésicules s'affaissent, et tout disparaît. Cette affection, essentiellement passagère, n'a donc d'autre rapport avec l'eczéma que l'existence commune des vésicules dans les deux cas; l'eczéma, en effet, est une véritable dartre, c'est-à-dire une maladie liée à une cause diathésale, et partant très rebelle, très opiniâtre, très sujette à récidive.

L'*érythème pernio*, ou engelure, est une affection complexe dans laquelle le tissu cellulaire est fortement intéressé, et qui ne doit pas être traitée ici. J'en dirai autant de l'*érythème noueux*, que nous rejetons parmi les fièvres éruptives; de l'*érythème centrifuge*, caractérisé par le développement excentrique d'un point papuleux qui se guérit au centre, laissant une cicatrice blanche, etc. C'est une variété du lupus.

Diagnostic. — Le peu d'intensité des accidents locaux, la marche ordinairement rapide des accidents ne permettent guère de confondre l'érythème avec aucune autre maladie de la peau offrant des caractères analogues. Cependant l'érysipèle offre au premier abord quelques traits communs. Mais un examen un peu attentif fait reconnaître que ce dernier a une rougeur plus vive, plus foncée; il se termine par un rebord saillant et nettement limité; il a une marche essentiellement envahissante; sa surface se recouvre souvent de larges bulles, etc... L'intertrigo, malgré ses petites écailles résultant d'une sécrétion séreuse coagulée, ne saurait, en raison de sa forme, de son siége et surtout de sa marche si promptement arrêtée, être confondu avec l'eczéma. La desquamation éphémère qui succède aux petites plaques érythémateuses ne ressemble nullement à celle si persistante du pityriasis. Enfin, l'état général de la santé qui se maintient excellent, la manière dont les taches pâlissent sous la pression du doigt différencient l'érythème des taches scorbutiques.

Le *pronostic* n'a de gravité que pour l'érythème paratrime, si l'on veut en faire une forme d'érythème.

Les *causes* sont celles des inflammations locales : frictions, frottements; action de substances irritantes, de la chaleur, etc.

Le *traitement* est donc essentiellement antiphlogistique : boissons acidules rafraîchissantes ou simplement émollientes, suivant les individus; lotions, fomentations de guimauve, de graine de lin, de sureau; bains simples, émollients. Dans l'érythème intertrigo, empêcher le frottement des surfaces par l'interposition d'une poudre inerte de lycopode, ou bien d'un linge fin enduit de pommade de concombre; on pourra encore avoir recours aux lotions avec l'eau blanche et autres astringents; un léger laxatif peut être utile. Dans quelques cas d'érythème papuleux, chez un sujet très robuste, et quand il y a de la fièvre, on peut faire une saignée générale; mais il ne faut jamais appliquer de sangsues au niveau des plaques érythémateuses, on augmenterait le mal plutôt que de le diminuer.

HOPITAL NECKER. — M. Bricheteau.

Kyste hémorrhagique de la cavité arachnoïdienne.

(Observation et réflexions présentées à la Société médicale des hôpitaux de Paris.)

Le 8 avril 1853, est entré à l'hôpital Necker, service de M. Bricheteau, salle Saint-Ferdinand, 28, un homme nommé Monneau (Louis), âgé de soixante et un ans, cocher.

Cet homme a la figure très colorée, les muscles bien développés.

Ses parents nous apprennent qu'il a l'habitude de boire, surtout de l'eau-de-vie.

Vers la fin de février, il perdit connaissance à la suite d'une grande contrariété, et tomba. Cela dura environ une demi-heure, après quoi, sortant comme d'un rêve profond, il balbutia quelques paroles aux personnes environnantes et finit par reprendre connaissance.

Il s'aperçut alors qu'il ne pouvait pas remuer le membre inférieur droit, et qu'il avait de l'affaiblissement dans le bras droit, au point de ne pouvoir porter sa main à sa bouche.

A cause de cette double infirmité, il fut forcé de cesser ses fonctions de cocher, ce qui lui causa un chagrin très profond.

Du reste l'appétit s'était conservé bon, les selles restaient normales, aucune difficulté ni dans la miction, ni dans la défécation.

Néanmoins, à partir de cette époque, la mémoire s'affaiblit. Cet état de la mémoire ne fit qu'empirer par la suite.

Les parents le gardèrent chez eux jusqu'au commencement d'avril, et vers cette époque aucune amélioration n'était survenue.

Vers le 7 avril au soir, il tomba de nouveau, ne reprit point connaissance, et le lendemain il fut apporté dans le service.

Etat actuel. — Cet homme ne parle pas; il pousse quelquefois des soupirs, des cris particuliers. Son état est celui d'un demi-sommeil. Il paraît cependant comprendre quelques questions qu'on lui adresse.

La sensibilité générale est conservée, et lorsqu'on pince le malade ou qu'on le pique avec la pointe d'une aiguille, il pousse un cri, et exécute des mouvements bornés du membre blessé.

Le membre inférieur droit reste inerte, il n'opère que quelques petits mouvements lorsqu'on le pique.

Le membre inférieur gauche, au contraire, se remue sans cesse.

La main droite est appuyée sur le lit; si on la soulève, elle retombe presque inerte.

Carphologie du côté gauche; les lèvres s'agitent comme dans l'action de fumer la pipe.

Les deux pupilles sont égales et contractiles.

Phénomènes généraux. — Respiration normale; le pouls est régulier, assez large, s'élève à 65 pulsations.

La bouche est sèche, les dents sont légèrement fuligineuses; pas de vomissements; selles normales.

Traitement. — Eau de Sedlitz, tisane gommée. Les jours suivants, le même état se prolonge.

Le 13 avril, douze sangsues derrière les apophyses mastoïdes; calomel.

Le 14, léger accès fébrile, qui augmente vers le soir.

Le 16, les extrémités sont froides et bleues. — Lavements avec 120 grammes de vin émétique trouble.

Le 17, grimacements de la figure; subdélirium.

Le 19, diarrhée très abondante. — Suspension du calomel. Langue sèche, peau aride. — Extrait de quinquina.

Le 20, intelligence plus nette, moins d'affaissement; la diarrhée continue.

Le 22, le malade essaye de parler; bredouillement; il serre assez bien avec les doigts de sa main droite; selles considérables.

Le 24, ce malade nous exprime très nettement qu'il a soif. Langue sèche; la diarrhée continue. La peau est violacée en certains points; sa température est plus basse qu'à l'état normal.

Frisson prolongé vers quatre heures du soir. Pouls petit, non fréquent.

Les 25, 26, 27, accès de tremblement fréquents et qui durent un quart d'heure; teinte violacée de la peau; affaiblissement de sa température, amaigrissement du malade; il désire manger. Plus de diarrhée.

L'asphyxie lente continue; son membre inférieur du côté droit semble se remuer plus facilement.

Le 30, respiration précipitée; phénomènes d'asphyxie. Mort le soir à huit heures.

Autopsie faite quarante-deux heures après la mort.

A l'ouverture de la boîte crânienne, la dure-mère paraît parfaitement saine.

Si on incise cette membrane d'avant en arrière et sur les côtés de la faux cérébrale, on aperçoit, après avoir renversé la dure-mère en dehors, une masse volumineuse, fluctuante, située entre la dure-mère et les parties latérales gauches du cerveau.

Cette masse n'est point adhérente à l'encéphale; aussi avons-nous isolé le cerveau avec beaucoup de facilité.

Cerveau et pie-mère. — La pie-mère ne paraît pas avoir subi de changements; on l'isole du kyste, auquel elle n'est point adhérente.

L'hémisphère gauche du cerveau est aplati, ce qui rompt la symétrie de cet organe. L'aplatissement porte sur tous les points en rapport avec la masse précitée.

Examiné au niveau du kyste, le cerveau présente une coloration jaunâtre particulière. Cette coloration se prolonge dans l'épaisseur de 1 centimètre et demi, et va en s'affaiblissant à mesure qu'on arrive vers les ventricules; il nous a paru que la substance grise était ramollie en ce point.

Le reste du cerveau est parfaitement sain.

Kyste. — Le kyste est aplati latéralement. Ses dimensions sont les suivantes : 13 centimètres d'avant en arrière, 7 centimètres de haut en bas, vers la partie moyenne; 4 centimètres de haut en bas, vers les extrémités.

Ce kyste appuie sur la partie latérale gauche du cerveau, sur la partie antérieure du lobe postérieur.

La paroi externe adhère faiblement à la dure-mère par de courtes adhérences filamenteuses.

La paroi interne est complétement libre et lisse à sa surface.

Contenant. — Il est formé par les deux parois précitées : l'interne étant plus faible, moins résistante que l'externe.

Cette dernière est très comparable à une ancienne membrane, suite de pleurésie.

Ces deux feuillets se rejoignent à la périphérie du kyste en formant un sillon.

Au niveau de ce sillon et en dedans, adhérence intime des deux feuillets.

En dehors de ce sillon, le feuillet interne semble se continuer avec le feuillet pariétal de l'arachnoïde.

Examiné dans l'intérieur du kyste, le feuillet externe ne présente pas d'adhérences; au contraire, le feuillet interne offre des adhérences avec les caillots.

Contenu. — On trouve un liquide roussâtre, comparable à du sang liquide déjà ancien; la quantité peut être évaluée à un demi-verre environ.

Puis mélangés avec ce liquide, des caillots fibrineux présentent par places une coloration rouge-brun, et des irradiations blanchâtres dans d'autres.

Réflexions. — L'organisation et la texture du kyste que nous venons de décrire, ses nombreux rapports solidement établis avec les parties adjacentes, ne permettent pas de croire qu'il soit de formation récente, et que son origine remonte seulement à la fin de février dernier. Il est donc ancien. La nature du fluide sanguin qu'il contenait prouve, en outre, que ce fluide avait été profondément altéré et en partie absorbé, comme il arrive dans les cavernes apoplectiques enkystées qui se creusent dans la substance cérébrale. Nous croyons pouvoir ajouter, d'après les considérations exposées par M. Lallemand, dans sa quatrième lettre *sur les maladies de l'encéphale*, que ce kyste avait plusieurs années d'existence.

Pendant cet espace de temps, quel qu'il soit, il avait exercé sur le cerveau une pression qui ne paraît pas avoir déterminé d'accidents notables. C'est qu'en effet cette compression ne produit pas, comme on l'a longtemps supposé, les plus graves symptômes de l'apoplexie. Les anciens, qui d'ailleurs ne pouvaient s'éclairer de l'ouverture des corps, admirent, non sans raison peut-être, une autre cause efficiente de cette terrible maladie; c'était pour eux une atteinte profonde et souvent mortelle portée à l'action nerveuse, une brusque interruption des esprits animaux descendant du cerveau pour animer les autres parties du corps. Sans doute, par ces hypothèses, ils voulaient désigner une lésion qui leur était inconnue, et qu'ils ne pouvaient étudier dans les organes affectés.

Cette cause immédiate, on crut l'avoir découverte, lorsque Wepfer eut, en 1668, signalé dans le cerveau un caillot de sang de la grosseur d'un œuf de poule, situé dans la partie moyenne du lobe droit, dans l'encéphale d'un homme mort d'apoplexie. Beaucoup de médecins de ce temps-là, et entre autres Botal et Duret, firent consister la cause prochaine de cette maladie, comme on le disait alors, dans l'épanchement sanguin. Morgagni, cependant, peu satisfait de cette manière de voir, avait déjà considéré l'apoplexie comme une hémorrhagie active, et lui avait par conséquent implicitement assigné une étiologie complexe. Le célèbre anatomo-pathologiste, pour fortifier les doutes qu'il élevait déjà sur le rôle que joue l'épanchement dans les affections cérébrales, rapporte sommairement (lettre V, n° 24) l'histoire d'une femme se portant très bien, qui tomba morte subitement. Ph. Conrad Fabricius, ajoute-t-il, disséqua son cadavre avec grand soin, pour rechercher les causes de cette apoplexie. Non-seulement il trouva la substance cérébrale parfaitement saine, mais il ne rencontra pas même une seule goutte de sang ou de sérosité épanchée; ce qui lui prouva qu'il ne fallait pas attribuer la cause de toute apoplexie funeste à un épanchement de sang ou de sérosité dans l'encéphale. M. Gendrin, qui rappelle ce fait dans la traduction de l'ouvrage d'Abercrombie *sur les maladies du cerveau*, a compulsé dans les auteurs sept cas d'affections apoplectiques funestes sans aucun épanchement dans l'encéphale.

M. Serres publia en 1819, dans l'ouvrage rare intitulé : *Annuaire des hôpitaux civils de Paris*, un travail curieux et considérable dans lequel, après avoir le premier, je crois, divisé les apoplexies en méningées et cérébrales, il cherche à prouver par des expériences et des observations que les effets des liquides épanchés sont à peu près nuls, qu'on ne peut leur attribuer ni l'origine, ni la durée, ni la gravité des apoplexies; que souvent les symptômes de ces maladies se dissipent, quoique les épanchements persistent. A cet effet, et pour obtenir des épanchements considérables, il tré-

panait des animaux (chiens, lapins, etc.) sur la partie moyenne du crâne et sur le trajet du sinus longitudinal supérieur; puis, à l'aide d'un bistouri avec lequel il perforait le sinus, il livrait passage au sang, qui s'épanchait entre la dure-mère et le cerveau. Ces épanchements artificiels ne produisaient point les accidents propres à l'apoplexie; ces animaux ne succombaient pas, il fallait les sacrifier.

En supposant que l'auteur de ces expériences en ait exagéré le résultat, en admettant que les épanchements cérébraux produisent certains accidents qui leur soient propres, il n'en paraît pas moins certain qu'ils ne sont qu'une conséquence de la lésion ou de la déchirure de la substance cérébrale, ou le produit de l'hémorrhagie. Or l'hémorrhagie, messieurs, a été regardée par Rochoux comme la conséquence de l'altération des substances du cerveau, et je crois avoir démontré moi-même il y a plus de trente ans que l'hypertrophie du ventricule gauche du cœur, en poussant avec trop d'énergie le sang au cerveau, déterminait des congestions et des épanchements dans ce viscère.

Puisque j'ai été entraîné si loin du point de départ de cette communication, permettez-moi encore, messieurs, d'ajouter qu'il me semble probable que l'état habituel de congestion de la substance cérébrale précède souvent l'épanchement; et, soit dit en passant, cela ne pourrait-il pas expliquer comment cet accident survient quelquefois immédiatement après la saignée, ainsi que cela a d'ailleurs été signalé dans ces derniers temps par l'auteur d'une thèse? En sorte que ce moyen pourrait précipiter la catastrophe au lieu de la prévenir chez certains individus qui présentent des signes de congestion encéphalique; il en arrive à peu près ainsi chez les malades dont le poumon est fortement congestionné et déjà atteint de pneumonie, qui ne crachent du sang qu'après la première saignée, laquelle a diminué la tension, l'éréthisme, je dirai même l'induration du tissu pulmonaire gorgé de sang et qui s'opposait à l'exhalation de ce fluide dans les bronches.

Maintenant, messieurs, je reviens à mon kyste, et je cherche à m'expliquer comment une production organique aussi considérable a pu se développer à la face interne du feuillet arachnoïdien pariétal sans rompre cette membrane si ténue. La formation des kystes a été très diversement expliquée par Louis d'une manière toute mécanique, et par Bichat avec le luxe d'interprétation anatomico-physiologique propre à l'école de ce grand homme, où l'imagination dominait parfois l'observation des faits.

Nous n'aborderons pas cette question difficile de physiologie pathologique; nous nous bornerons à dire simplement que, dans le cas présent, autour du caillot, produit de l'irritation hémorrhagique, il s'était développé une fausse membrane qui, d'abord molle, rougeâtre, s'est ensuite amincie, solidifiée, au point d'égaler presque en consistance la dure-mère elle-même. Cette production organique était-elle le résultat de la condensation et de plusieurs couches plastiques fournies par la portion fibrineuse du sang coagulé, décoloré, transformé en couenne, comme l'a observé M. Baillarger dans sa thèse sur le siége de quelques hémorrhagies méningées? C'est là un point de théorie trop difficile à élucider pour que nous ayons une opinion arrêtée à cet égard. Quoi qu'il en soit, le kyste en question n'a produit d'abord qu'une légère compression à laquelle l'encéphale a paru peu sensible, puisqu'il n'a déterminé que des accidents nuls ou peu graves, et que ce malade eût pu vivre assez longtemps si la portion de la substance cérébrale sur laquelle reposait le kyste n'eût subi à son tour une altération de texture décrite dans l'observation, et que nous considérons comme la principale cause de la mort du malade.

Je n'avais trouvé aucun fait analogue à celui-ci ni dans Morgagni, ni dans les lettres de M. Lallemand sur les maladies de l'encéphale, ni dans l'ouvrage de M. Rochoux, consacré à l'anatomie pathologique de l'apoplexie, ni dans le traité d'Abercrombie, ni dans celui de Parent et Martinet, sur les maladies des méninges; je n'avais, dis-je, rien trouvé d'analogue, après avoir compulsé plus de quatre cents observations, lorsque, par hasard, je mis la main sur une observation presque entièrement semblable, recueillie il y a trente-six ans par M. Houssard, ancien interne de l'Hôtel-Dieu, et publiée dans le LV[e] volume de la *Bibliothèque médicale* (1817), p. 69. Le kyste observé par cet ancien camarade ressemble presque en tout point à celui que j'ai décrit plus haut; il était également situé dans la cavité de l'arachnoïde, avait presque la même dimension, contenait du sang altéré. Le sujet qui le portait était malade depuis longtemps, et souffrait peu de la compression exercée par le kyste sur le cerveau, etc., etc.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS.

Observations de rétroversions de l'utérus, dont quatre pendant la grossesse, une quarante-huit heures après l'accouchement.

Par M. Bleynie.

M. Bleynie a communiqué à la Société médicale de la Haute-Vienne ces faits intéressants, et que nous croyons devoir reproduire avec les réflexions dont il les a fait suivre.

Obs. I. — La femme d'un jardinier, ayant eu déjà deux grossesses heureuses, fut prise, au commencement du quatrième mois de la troisième, d'accidents qui duraient depuis cinq jours lorsque j'arrivai auprès d'elle.

En mettant sur le feu une marmite pleine d'eau, elle avait senti que quelque chose s'était dérangé dans son bas-ventre, et depuis ce moment elle n'avait pu ni uriner ni aller à la garde-robe, malgré les besoins pressants qu'elle en éprouvait, et les efforts qu'elle avait faits pour accomplir ces fonctions.

La vessie, distendue par l'urine, occupe toute la région hypogastrique et arrive presque à l'ombilic; l'utérus, développé comme à trois mois et demi de grossesse, est couché dans l'excavation du bassin; son fond pesant sur le rectum, et son col appliqué contre la partie supérieure de la symphyse des pubis.

Après avoir vidé la vessie et cherché, mais inutilement, à redresser l'utérus, soit en refoulant le fond en haut avec deux doigts introduits dans le vagin, soit en accrochant le col pour l'attirer au centre de l'excavation, je fais mettre la femme sur les genoux et les coudes, et, debout derrière elle, j'introduis la main entière dans le vagin, la face dorsale tournée vers la concavité du sacrum; alors, avec les trois doigts indicateur, médius et annulaire, je refoule jusqu'au-dessus du promontoire le fond de l'utérus, que j'ai également soin de pousser en avant vers les pubis.

Après la réduction, je fais coucher la femme à peu près sur le ventre; je lui recommande d'éviter de se tourner sur le dos, de ne pas faire d'efforts ni pour uriner ni pour aller à la selle. Je prescris un lavement par jour et deux fois le cathétérisme de la vessie jusqu'au retour de sa contractilité, qui ne se fit pas attendre longtemps.

La femme quitta le lit au bout de trois semaines, reprit ses occupations et porta à terme un enfant vivant.

Obs. II. — La femme d'un cultivateur de Champeaux, commune de Razès (Haute-Vienne), était entrée dans le quatrième mois de sa grossesse lorsqu'elle éprouva dans le bas-ventre des accidents dont la cause resta ignorée pendant vingt-cinq jours. Ces accidents consistaient dans l'impossibilité d'aller à la selle, malgré le besoin constant qui s'en faisait sentir, et portait la femme à faire de grands efforts de défécation, et dans une incontinence d'urine qui avait succédé à une rétention absolue pendant les premiers jours de la maladie.

A mon arrivée, vingt-cinq jours après l'invasion du mal, la femme étant alors enceinte de quatre mois révolus, je constatai une énorme distension de la vessie par l'urine qui s'en échappait par regorgement. L'utérus paraissait remplir l'excavation du bassin; son fond appuyait sur le rectum, au niveau du coccyx, et son col dépassait, en avant et en haut, la symphyse des pubis.

Vaines tentatives de redressement à l'aide de deux doigts portés dans le vagin; réussite par le procédé exposé dans la première observation: position sur les genoux et les coudes, introduction de toute la main dans le vagin.

La femme se rétablit en trois semaines, et accoucha, deux mois et demi après d'un enfant qui mourut au bout de trois jours.

Obs. III. — Quelques mois plus tard, une femme déjà âgée, ayant eu plusieurs enfants, entra à l'hôpital, dans mon service, pour une rétroversion de la matrice.

Elle était dans le quatrième mois de sa grossesse; son accident datait de trois semaines; il y avait impossibilité de défécation et incontinence d'urine par regorgement.

Même traitement et mêmes soins; même résultat. Cette femme porta à terme, et accoucha dans les salles de la Maternité.

Obs. IV. — Le 31 octobre dernier, la femme d'un agriculteur du village de Vauzelle, commune de Saint-Gence, mère de plusieurs enfants, enceinte de trois à quatre mois, fit appeler son médecin pour une indisposition très pénible survenue depuis quelques jours, et qui lui faisait craindre une fausse couche. Notre confrère, observant chez cette femme des phénomènes insolites, m'envoya chercher.

La vessie, moins distendue que dans les observations précédentes, n'en contenait pas moins une grande quantité d'urine, dont l'émission, suspendue les premiers jours, se faisait depuis deux jours, mais imparfaitement. Point de selle, malgré les efforts de défécation et l'administration de plusieurs lavements.

L'utérus était tellement rétroversé que le col était complétement au-dessus de la symphyse des pubis.

Après le cathétérisme, qui donne issue à une grande quantité d'urine, le redressement, opéré par le même procédé, offrit quelques difficultés, mais n'en réussit pas moins. Treize jours après le mari venait m'annoncer que sa femme allait bien.

J'ai eu occasion d'observer un cas de rétroversion complète de l'utérus, s'accompagnant des mêmes accidents du côté de la vessie et du rectum, arrivé chez une femme accouchée depuis quarante-huit heures. Ce déplacement avait été occasionné par une chute que la femme avait faite dans le corridor de sa maison, ayant été obligée de sortir du lit pour répondre au boulanger.

Après avoir inutilement essayé de redresser l'utérus en repoussant le fond avec deux doigts, et en accrochant le col, j'opérai comme chez les autres femmes, et l'utérus fut remis en place.

Quelques réflexions sur les diverses méthodes de redressement de l'utérus rétroversé pendant la grossesse trouvent naturellement leur place à la suite des observations qui précèdent.

Ces procédés sont très variés:

1° On introduit deux doigts dans le vagin, et on refoule en haut le corps de la matrice; on cherche quelquefois à accrocher le col avec l'indicateur de l'autre main pour le ramener en bas. Baudelocque conseille de se servir d'un pessaire pour agrandir le champ d'action des doigts.

2° Dans les cas difficiles, Lohmeier, Nægele introduisent la main tout entière dans le vagin.

3° On introduit un ou plusieurs doigts d'une main dans le rectum; on repousse le fond de l'utérus, tandis que, du côté du vagin, on abaisse le col.

4° M. Amussat conseille d'introduire un ou deux doigts dans le rectum, de repousser doucement le globe utérin en longeant la cavité du sacrum. Si les doigts introduits dans le rectum n'atteignent pas assez haut, il introduit le pouce dans le vagin, pour soulever le périnée, afin de pénétrer à une plus grande profondeur. Enfin, pour arriver plus haut, il se fait pousser le coude par un aide, ou le soutient lui-même avec la hanche et le corps.

5° Dussaussoie et quelques autres médecins se sont décidés à porter la main tout entière dans le rectum.

6° Dans les cas difficiles, Evrat se servait d'une baguette de 0m,25 de long, garnie à une de ses extrémités d'un tampon de linge enduit d'un corps gras. La femme étant couchée sur le côté, il introduisait le tampon dans le rectum pour refouler le fond de l'utérus de bas en haut, tandis que, avec deux doigts portés dans le vagin, il accrochait le col pour le porter en bas et en arrière.

7° M. Halpin, après avoir cherché inutilement à réduire l'utérus par les procédés connus, introduisit une vessie vide entre le fond de l'utérus et le rectum, l'insuffla avec précaution, et réussit à repousser le fond de la matrice.

Dans la rétroversion des deux premiers mois de la grossesse, dans celle même d'une époque plus avancée, mais qui est restée incomplète, le fond se trouvant encore plus élevé, ou tout au plus sur le même plan horizontal que le col, ce dernier pouvant être facilement accroché avec les doigts; en un mot, dans les cas plus ou moins faciles, ces divers procédés de redressement doivent compter autant de succès que de rétroversions, et, s'ils ne doivent pas être indistinctement employés, c'est que les plus simples sont ordinairement suffisants.

En est-il toujours de même dans les cas difficiles, dans ces rétroversions où l'utérus, développé par quatre mois de grossesse, a fait, pour ainsi dire, la culbute, et remplit l'excavation du bassin presque en totalité?

Ne perdons pas de vue que, dans ces conditions, pour être remis en place, le fond de la matrice doit être porté en haut, au-dessus du promontoire, et repoussé assez en avant pour que l'axe longitudinal de l'organe devienne oblique de haut en bas et d'avant en arrière; car, si ce double but n'était pas atteint, à mesure que les doigts ou l'instrument seraient retirés, le fond de l'utérus pourrait les accompagner, et reprendre sa position vicieuse. Nous devons aussi considérer que, dans certains cas, une direction particulière doit être imprimée à la matrice; qu'enfin il se trouve quelquefois des adhérences à détruire.

Ceci étant posé, je ne dirai rien de l'introduction d'un ou de deux doigts dans le vagin ou dans l'anus: l'insuffisance de ce moyen est manifeste.

En suivant les conseils de M. Amussat, on gagne l'espace que peut fournir la dépression du périnée. Mais la rigidité des parties, l'embonpoint de la femme, la hauteur des parois du bassin, seront souvent des obstacles très difficiles à surmonter.

Le procédé de M. Evrat, d'une exécution facile et peu douloureuse lorsque le tampon n'est pas trop volumineux, ne permet que d'élever le fond de l'utérus sans le porter en avant. Le tampon peut glisser sur les bords de la matrice, qui alors échappe à son action; il lui manque en outre l'intelligence des doigts.

Il doit arriver à la vessie employée par M. Halpin de refouler l'organe en masse sans le redresser.

L'introduction de la main dans le rectum doit être bien douloureuse dans les cas rares où elle n'est pas impossible.

Cette courte appréciation suffit pour démontrer que ces divers modes de redressement de l'utérus sont loin, dans les cas difficiles, de répondre à toutes les indications.

Exempte des inconvénients que je viens de signaler, l'introduction de la main entière dans le vagin répond à toutes les indications. Elle permet de saisir l'utérus convenablement, de lutter avec avantage contre les adhérences, de reporter le fond aussi haut qu'il est nécessaire de le faire, de l'incliner en avant. J'ai la conviction que, en usant de ce procédé, on trouvera bien rarement des rétroversions irréductibles.

Je terminerai en faisant observer que l'attitude à donner à la femme est loin d'être indifférente. La position sur les genoux et sur les coudes fait cesser la pression des viscères abdominaux sur l'utérus, ajoute l'effet de la pesanteur à l'action de la main, et favorise ainsi la manœuvre.

DE LA SUPPRESSION

des salles de galeux dans les hôpitaux militaires (1).

Communication faite à l'Académie royale de médecine de Belgique par M. Vleminckx, président.

Après de pareils rapports, vous en conviendrez, messieurs, le doute n'était plus permis.

Je me croyais donc suffisamment autorisé à donner des instructions tendant à modifier dans tous nos établissements sanitaires le traitement de la gale, mais une seule difficulté me retenait. C'était la désinfection des objets de couchage et d'habillement.

Si, en effet, cette désinfection ne pouvait pas être promptement terminée, je ne pouvais empêcher les prises en mutation. Sans doute, les salles de galeux proprement dites eussent pu être supprimées, mais les galeux eux-mêmes n'en eussent pas moins dû séjourner dans les hôpitaux pendant tout le temps de la dépuration de leurs effets. Or ce n'était, à mon sens, que la solution de la moitié du problème: je la voulais plus complète et plus radicale.

J'allais donc ordonner des essais de désinfection pour être enfin complétement édifié sur le temps absolument indispensable pendant lequel les objets infectés doivent être soumis à l'action du chlore, lorsque le hasard vint donner une autre direction à mes idées et me pousser dans une voie qui probablement n'avait pas encore été parcourue jusqu'alors, du moins je le crois.

Il y a trois mois environ, je reçus de M. le ministre de la justice une demande d'avis au sujet d'un appareil destiné à détruire la vermine, proposé par la commission administrative des prisons d'Anvers. Cet appareil consistait tout simplement en une armoire en fer d'une certaine dimension placée sur un foyer d'une grande simplicité.

Avant de me prononcer sur la valeur du moyen, je voulus le voir fonctionner, afin d'être parfaitement renseigné sur sa puissance.

Je me rendis donc à Anvers pour assister aux essais que la commission administrative avait bien voulu faire faire en ma présence.

Des objets remplis de vermine d'un détenu entré la veille furent suspendus dans l'armoire dont je viens de parler et dans laquelle je fis placer, en outre, un thermomètre.

Au bout de vingt-cinq minutes, le thermomètre marquait 100° centigrades; les objets furent étalés et examinés à la loupe avec le plus grand soin. Toutes les personnes présentes à l'opération purent se convaincre que les parasites et leurs œufs étaient privés de vie sans que les vêtements eux-mêmes eussent subi la moindre altération.

Avant d'aller plus loin, je dirai comment l'idée était venue à la commission administrative de faire confectionner cet appareil pour la destruction de la vermine.

Un de ses membres, M. Legrelle, avait vu faire à cet effet dans un établissement sanitaire de Suisse emploi de la chaleur d'un appareil chauffeur. A son retour, il en rendit compte à ses collègues, qui imaginèrent de faire construire l'armoire que j'avais devant les yeux.

Certes, l'idée était bonne et son application devait avoir de grands résultats, puisque, indépendamment de la rapidité avec laquelle l'appareil tuerait les parasites et leurs œufs, on pourrait désormais se dispenser de passer à l'eau de savon bouillante les objets infectés, et ne plus les exposer par conséquent à se rétrécir, se rapetisser et se déchirer.

Préoccupé comme je l'étais alors du changement radical à apporter dans nos hôpitaux militaires au traitement de la gale, je songeai à l'instant même au parti que j'allais pouvoir tirer de cet appareil pour réaliser mon projet de fermeture des salles de galeux.

La destruction des sarcoptes et de leurs œufs devait, en effet, n'être pas moins rapide que celle de la vermine, sous l'empire du même moyen, et désormais, par conséquent, j'allais pouvoir me passer des salles de désinfection.

Il y a pour tous les êtres animés des conditions indispensables de vie. Il n'est point d'animal qui, avec son eau d'organisation, puisse continuer à vivre dans un milieu d'une température déterminée. S'il est vrai qu'on ait trouvé des poissons et des végétaux vivants dans les eaux thermales dont la température s'élevait à 65° R. (84° cent.), telles que les Chaudes-Aigues en Auvergne, le ruisseau près de Manille dans

(1) Fin. — Voir le numéro précédent.

l'île de Luçon; s'il est vrai encore que la température de la dernière chambre des bains russes est quelquefois portée à plus de 60° R. (75° cent.), il est également incontestable que ce phénomène est dû exclusivement à la présence de l'eau ou de sa vapeur. Supprimez l'une ou l'autre, ou bien élevez de quelques degrés la température, et la vie cessera indubitablement.

Or, dans l'armoire dont j'ai l'honneur de vous entretenir, la température peut être portée à plus de 100° cent. sans danger d'altération pour les objets à dépurer, car vous le savez, le lin, le coton, l'amidon peuvent supporter une chaleur de plus de 140°. Le travail de la laine (peignage et grillage) nécessite des températures très élevées.

Le problème est donc résolu. Le sarcopte et ses œufs pouvant être détruits moyennant certaines conditions, en moins de vingt-cinq minutes, la désinfection des objets des galeux n'est plus nécessaire, et par conséquent les galeux peuvent cesser d'appartenir au service interne des établissements sanitaires.

Tout galeux envoyé à l'hôpital sera désormais soumis au traitement de deux heures, et ses effets d'habillement et de couchage placés en même temps dans l'appareil insecticide; après quoi il sortira de l'établissement avec eux pour reprendre son service.

L'appareil fonctionnera sous peu de jours à l'hôpital militaire de Bruxelles. Je ne manquerai pas de vous tenir au courant des résultats que nous aurons obtenus.

Avant de vous faire cette communication, j'ai voulu recueillir pour vous les soumettre encore, les derniers faits de traitement rapide de la gale recueillis dans les prisons qui ont fourni les premiers renseignements.

Après les avoir communiqués, M. Vleminckx poursuit :

Il n'est donc plus permis, après ces faits nombreux, de douter de l'efficacité du traitement mis récemment en honneur à l'hôpital Saint-Louis.

Ai-je besoin de faire remarquer qu'il diffère notablement de celui qui avait été adopté en 1814 pour l'armée des Pays-Bas?

Ce qui constituait le vice radical de ce dernier, c'est qu'il était d'une pratique trop difficile, tout en donnant lieu à certains inconvénients, car, il ne faut pas en douter, il substituait souvent à la gale des éruptions érythémateuses, pustuleuses, vésico-pustuleuses, etc., plus douloureuses et bien plus difficiles à guérir que la gale elle-même. Cela tenait surtout et à la composition de la pommade et à ces frictions inutilement répétées coup sur coup, qu'on croyait indispensables au succès de la méthode. Ajoutez enfin qu'il inspirait un invincible dégoût et ne simplifiait en aucune manière le service, puisqu'il forçait à tenir les salles de galeux ouvertes.

Ce serait peut-être ici le cas de dire quelques mots de ces vésicules qui persistent après la première friction, et auxquelles on prêtait des qualités contagieuses. Mais il suffit de faire remarquer que les expériences les plus récentes ont démontré que ces élevures ne doivent pas être regardées comme l'indice de la présence d'*acarus* ayant survécu au traitement employé. On se tromperait fort si l'on s'en rapportait à ces vésicules pour prolonger le traitement; car, d'après M. Bazin, la pommade d'Helmerich, comme toutes celles qui contiennent un quart de soufre, tout en guérissant la gale, laisse souvent persister pendant quelques jours des démangeaisons dues aux éruptions coexistantes, et quelquefois fait naître même une éruption vésiculeuse. Par conséquent, loin d'exiger de nouvelles frictions, elles seraient plutôt une indication de les cesser.

Que faut-il donc pour couronner d'un succès complet la méthode qui va être inaugurée? Le concours intelligent et actif de tous les membres du service de santé, celui des chefs surtout auxquels incombera la responsabilité du traitement. Ce concours, j'en suis certain, je ne l'invoquerai pas en vain, car l'intérêt qui s'attache à la solution de ce problème est immense. Il suffira de vous dire, pour vous le faire comprendre, que nous recevons annuellement dans nos hôpitaux de cinq mille à cinq mille cinq cents galeux qui y restent en traitement, en moyenne, pendant dix jours.

Voilà donc cinquante-cinq mille journées de service imposées en plus aux hommes sains; car, quoi qu'il arrive, le service doit toujours se faire, et lorsque, comme chez nous, l'effectif est très restreint, il est extrêmement important que le plus petit nombre possible de soldats séjourne dans les hôpitaux, afin de ne pas accabler outre mesure ceux qui sont exempts de maladie, et que cet excès de service expose à des accidents fâcheux.

Et puis, n'est-ce rien que de ne plus faire subir à ces malheureux galeux le dégoût d'un traitement prolongé? N'est-ce rien encore que de les soustraire aux dangers de l'oisiveté? N'est-ce rien, enfin, que de ne pas les plonger dans l'atmosphère rarement pure des hôpitaux? N'avons-nous pas vu des galeux contracter dans ces établissements des maladies mortelles?

Je n'insiste pas, messieurs, sur l'économie de la méthode nouvelle; c'est là une question tout à fait secondaire, bien qu'à certains égards digne de fixer votre attention.

Voilà ce que j'avais à vous communiquer. Si je suis dans l'erreur, éclairez-moi; si je suis dans le vrai, appuyez-moi, car il s'agit d'un grand service à rendre à l'armée et au pays. Ne perdez pas de vue que nous pouvons avoir un jour cent mille hommes sous les armes, et qu'alors ce n'est pas par cinq mille, mais par quinze et vingt mille que nous compterons nos galeux. La question se résout donc, en définitive, en une véritable augmentation d'effectif, en un accroissement réel de la force du pays.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 19 juillet 1853. — Présidence de M. Denonvilliers.

Présentation de malade.

M. Giraldès présente un malade qui, à la suite d'une plaie faite à la partie supérieure de la cuisse il y a quatorze ans, a été affecté d'un anévrisme artérioso-veineux. L'instrument piquant avait intéressé l'artère et la veine crurales à un pouce au-dessous du ligament de Fallope. La place où se rencontre la communication entre les deux vaisseaux se reconnaît facilement par l'existence d'un bruit à double courant. Les troubles résultant de la lésion sont très remarquables. Le membre malade offre un énorme gonflement; les veines superficielles ont acquis un volume considérable; elles sont variqueuses et se distendent encore pendant la position verticale.

Sous l'influence de l'accroissement de la circulation du côté malade, toutes les sections du membre ont non-seulement pris un plus grand développement en circonférence, mais encore elles se sont allongées. Ainsi, la cuisse, la jambe et même le pied de ce côté, comparés avec la cuisse, la jambe et le pied de l'autre côté, offrent un allongement très sensible (3 centimètres). Le malade ne peut se servir de son membre qu'à la condition de l'entourer d'un bandage roulé embrassant sa totalité et le comprimant avec une assez grande énergie. La gravité de cet état, qui va en s'augmentant, rend-elle nécessaire une intervention chirurgicale? Cette intervention ne peut être différée si on admet son opportunité.

M. Giraldès, après avoir rappelé que dans un certain nombre de cas analogues l'opération a été suivie de la gangrène du membre, pense que s'il y a lieu néanmoins d'agir, il faut lier le vaisseau au-dessus et au-dessous de la lésion.

M. Chassaignac a examiné attentivement l'intéressant malade de M. Giraldès, et dès à présent il a une opinion parfaitement arrêtée sur l'inopportunité de l'opération.

La texture intime de l'artère doit, en effet, être tellement altérée et dans une si grande étendue au-dessus et au-dessous de la lésion, que la ligature serait très promptement suivie d'une hémorrhagie mortelle.

Si la lésion était moins ancienne il serait disposé à opérer, et alors il adopterait l'opinion de M. Giraldès sur l'opération à choisir; mais actuellement elle n'est plus applicable, et un échec suivrait presque immédiatement l'application des ligatures.

Vu l'importance du sujet, une commission est nommée pour examiner le malade de M. Giraldès; elle se compose de MM. Gosselin, Demarquay et Denonvilliers.

Hydrocèle sublinguale.

M. Chassaignac présente un malade âgé de trente-quatre ans, et qui est atteint d'un de ces kystes qu'il qualifie d'*hydrocèle sublinguale*. Le fait est d'autant plus digne d'intérêt au point de vue pratique, que la maladie est en état de récidive, après l'emploi de presque toutes les méthodes connues de traitement. Un résumé très succinct des antécédents du malade jusqu'à ce jour va en donner la preuve.

En mai 1850, cet homme entre à l'Hôtel-Dieu pour un kyste sublingual que M. Philippe Boyer opère par excision de la muqueuse et de la paroi du kyste.

Au bout de deux mois, l'espèce de fistule qui avait succédé à l'excision se ferme et la tumeur reparaît; mais au lieu de faire saillie du côté droit du frein de la langue, comme la première fois, elle fait relief du côté gauche. Nouvelle excision des parois de la poche, faite alors du côté gauche par M. Philippe Boyer. Cette fois, l'espèce de fistule buccale résultant de l'opération se conserve pendant quatorze mois, mais en novembre 1851 elle se referme. Réapparition de la tumeur.

M. Thierry entreprend alors de traiter la tumeur buccale au moyen du séton : résultat nul. Au bout de quelque temps, deuxième séton qui traverse la tumeur sous-maxillaire et qui reste à demeure pendant à peu près un mois.

Le malade se croyait définitivement guéri, lorsqu'au mois de février 1852 la saillie sous-maxillaire ou cutanée du kyste commença à reparaître, et bientôt elle prit le volume du poing.

M. Thierry, consulté de nouveau, eut encore recours au séton, qui détermina cette fois un érysipèle envahissant le cou, la poitrine et la tête. Au bout de quelques jours, l'état phlegmoneux devint tellement considérable qu'il s'accompagna d'une compression de la trachée portée au point de menacer les jours du malade.

M. Velpeau parvint à enrayer les accidents au moyen d'incisions, qui furent suivies d'une disparition complète et selon toute apparence définitive de la tumeur, puisque l'intérieur du kyste avait suppuré.

Mais au mois de juillet 1852, la tumeur reparut faisant toujours son principal relief dans la région sous-maxillaire et soulevant à peine la langue.

M. Thierry eut alors recours à la canule de Dupuytren d'abord à l'intérieur et plus tard à l'extérieur de la bouche, c'est-à-dire à la paroi sous-cutanée du kyste. Au bout de deux mois, le malade cessa de faire usage des canules.

Il resta jusqu'au mois de novembre 1852 sans faire aucun traitement.

A cette époque, il consulta M. Nélaton, qui fit une ponction suivie d'injection de teinture d'iode non affaiblie. Cette fois encore la guérison parut se faire, le kyste reparut et reprit un volume à peu près égal à celui du poing.

La Société de chirurgie remarquera que la tumeur a eu pour ainsi dire deux périodes dans son mode de manifestation : dans le principe, elle était exclusivement sublinguale, mais plus tard elle est devenue exclusivement sous-maxillaire, ne gênant plus en rien les mouvements de la langue.

M. Roux, après avoir examiné le malade, dit qu'il lui paraît évident que l'affection a été considérablement diminuée par les traitements successivement employés et qu'à n'en pas douter elle doit être changée de siége.

M. Denonvilliers confirme cette assertion de M. Roux; le malade avait primitivement deux tumeurs. Je considère actuellement cette tumeur, dit M. Denonvilliers, comme un kyste tout à fait indépendant des voies salivaires. On pourrait probablement obtenir la guérison en ouvrant largement le foyer et en le faisant suppurer.

Abcès traités par le lavage et l'occlusion.

M. Chassaignac a déjà soumis à la Société de chirurgie une méthode de traitement qui consiste dans le lavage et l'occlusion, dans le but d'obtenir la réunion immédiate des foyers purulents.

Ce résultat est difficile à obtenir dans les abcès du sein, ceux surtout qui occupent le centre de la glande, et qui, survenant dans le cours de la lactation, renferment dans leur intérieur un mélange de pus et de lait.

C'est un cas de réunion immédiate dans un abcès de ce genre que M. Chassaignac présente à la Société.

Il s'agit d'une femme âgée de vingt-quatre ans, accouchée il y a un mois. Depuis trois semaines des abcès se sont formés aux deux seins. L'abcès du sein gauche est extéro-mammaire et sous-cutané, situé sur le trajet des lymphatiques, et s'est accompagné dès son début d'engorgement des ganglions axillaires de ce côté. Il y avait eu des crevasses au mamelon.

L'abcès du sein droit siége au centre même de la glande. Le sein est dur, douloureux; le pus se trouve profondément placé dans le parenchyme mammaire. L'incision donne issue à une quantité de pus beaucoup plus considérable qu'on ne l'avait supposé, et qui est évidemment mélangé de sang et de lait; le sang y forme çà et là de petits caillots noirâtres. M. Bailly, interne du service, pratique avec le plus grand soin le lavage et l'occlusion de ces deux abcès. Dès le lendemain, absence complète de douleurs, état général très bon, point de fièvre. Le quatrième jour, on lève les cuirasses : point de suppuration. Un nouvel abcès s'est reproduit au sein gauche; il a été traité de la même manière et avec le même résultat.

La malade, qui était entrée à l'hôpital Saint-Antoine le 27 juin, est présentée aujourd'hui à la Société de chirurgie à l'état de complète guérison.

— Après la lecture et l'adoption du procès-verbal, M. Roux, à propos du procès-verbal, revient sur la question de la fluctuation dans les lipomes. Il reconnaît que dans certains cas elle paraît si évidente, que l'erreur ne peut être évitée.

Il y a trois ou quatre ans, dit l'honorable professeur, je fus consulté par un malade qui portait une tumeur volumineuse située sur le côté droit de la région cervicale. La fluctuation paraissait si manifeste, que je n'hésitai pas à diagnostiquer un abcès demi-chaud. Pour l'ouvrir j'eus recours à l'emploi de la potasse caustique. Je fendis l'eschare que j'avais produite, et ce fut alors seulement que j'acquis la conviction qu'il s'agissait d'un lipome.

Après quelques nouvelles observations de MM. Chassaignac et Denonvilliers la discussion est close.

Correspondance.

La Société reçoit plusieurs journaux de médecine.

— M. Chassaignac fait hommage d'une brochure intitulée *Recherches cliniques sur le chloroforme*. (Remercîments.)

— M. Larrey présente de la part de M. le professeur Burggraeve (de Gand) un ouvrage intitulé *le Génie de la chirurgie, considéré sous le rapport des pansements, des opérations, du diagnostic, du pronostic et du traitement médical.*

Le grand titre de cet ouvrage, applicable aux plus belles découvertes de l'art, mériterait à lui seul, dit M. Larrey, un examen historique et une longue analyse, si le règlement de la Société permettait de faire un rapport sur l'œuvre de l'un de ses membres correspondants; mais nous pouvons du moins indiquer en peu de mots la pensée de notre honorable collègue sur la publication de ce livre.

« Dans le cercle de nos travaux, dit M. Burggraeve, nous avons souvent constaté la part que les médecins belges ont prise et prennent encore en ce moment aux progrès des sciences médicales.

» C'est cette part que nous avons eu spécialement en vue de faire ressortir.

» Si nous nous sommes placé au point de vue belge, nous l'avons fait, non dans un sentiment étroit de nationalité, mais de manière à réserver les droits d'une critique sérieuse. »

C'est selon cette pensée en effet, ajoute M. Larrey, que M. le professeur Burggraeve expose dans une savante introduction et dans une série de onze chapitres la plupart des grandes questions de la chirurgie. Ces questions comprennent, après un coup d'œil sur l'état actuel de l'art, les pansements et les appareils, la pyrotechnie chirurgicale, l'anesthésie, l'électrisation, les opérations sous-cutanées, les autoplasties, les résections, les amputations, le diagnostic et le pronostic, la médecine chirurgicale; et enfin, dans le dernier chapitre, intitulé *Rétrospect*, l'auteur dit :

« En lisant ce titre : *le Génie de la chirurgie*, beaucoup de lecteurs auront pensé que notre intention a été de faire un traité de chirurgie, d'autres que nous avons voulu cacher sous une forme pompeuse l'inanité du fond. Nous désirons échapper à cette double interprétation. »

M. le professeur Burggraeve justifie, en effet, le titre et l'ensemble de son ouvrage par l'appréciation de quelques-uns des faits généraux qu'il a exposés.

Une belle exécution de typographie place dignement le livre de notre savant collègue à la suite de ses autres publications déjà nombreuses, et mérite de fixer l'attention de la Société de chirurgie.

Lecture.

M. Richard, qui demande le titre de membre titulaire de la Société, donne lecture d'un travail intitulé *Note sur un cas d'extirpation du bras pour un cancer de l'extrémité supérieure de l'humérus.*

Ce travail, accompagné de planches, est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Marjolin, Michon et Richet.

Discussion sur le rapport de M. Robert.

Après quelques observations de M. le président pour engager les orateurs inscrits à se renfermer autant que possible dans l'examen des conclusions de M. Robert, la parole est donnée à M. Forget, qui commence la lecture d'un discours dont la suite est renvoyée à une prochaine séance.

La séance est levée à six heures.

Le secrétaire de la Société, E. Laborie.

M. Henri Blache, interne distingué des hôpitaux, fils de notre excellent et très honorable confrère M. Blache, vient de succomber en trois jours à une angine couenneuse qu'il avait contractée en donnant des soins assidus à un enfant atteint de croup. Ses obsèques auront lieu aujourd'hui mardi *à onze heures très précises*, à la Madeleine. On se réunira à la maison mortuaire, 7, rue de Suresne.—Les personnes qui n'auraient pas reçu de billet sont priées de vouloir bien regarder cet avis comme une invitation.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Le concours pour la place de chef des travaux anatomiques de la Faculté de médecine de Paris, que nous avons déjà annoncé le 31 mai, s'ouvrira le 16 août prochain. Le candidat nommé entrera en fonctions le 1er janvier 1854.

Les candidats inscrits sont MM. Dupré, Fano, Giraldès, Jarjavay et Sappey.

Les juges sont MM. Cruveilhier, Moreau, Gerdy, Malgaigne, Cloquet, Bérard, Denonvilliers.

Juges suppléants : MM. Nélaton, Velpeau.

— Un concours pour dix places d'élèves internes en médecine et en chirurgie sera ouvert le 7 novembre prochain à l'hôpital Saint-André de Bordeaux.

— Aux détails que nous avons donnés dans notre avant-dernier numéro sur le choléra à Copenhague, nous pouvons ajouter les nouvelles qui suivent :

306 individus ont succombé dans l'hôpital général de cette ville : c'est plus du quart des malades qui s'y trouvaient à l'époque de l'invasion de l'épidémie. Parmi les nouvelles victimes se trouvent neuf médecins, et parmi eux un des médecins de la maison du roi.

— Nos lecteurs se rappellent sans doute M. le docteur J.-B. Dambresville, son économique manière de préparer les médicaments et la sévère condamnation que lui infligeait, le 16 juin dernier, la police correctionnelle (7e chambre).

Aujourd'hui l'affaire revenait, sur l'appel du docteur Dambresville, devant la Cour impériale, chambre des appels de police correctionnelle, présidée par M. Barbou. Les pastilles à l'*ocre* et l'injection au tannin *neutralisé* n'ont pas été plus heureuses qu'en première instance. Malgré les efforts de M. Dambresville, la Cour a confirmé purement et simplement le jugement de première instance, c'est-à-dire qu'elle a maintenu les 15 jours de prison et les 500 francs d'amende.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur 36, rue de Vaugirard.

N° 92. — JEUDI 4 AOUT 1853. (26e ANNEE.) N° 92. — JEUDI 4 AOUT 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris
au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères,
en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	Trois mois	8 fr. 50 c.
	Six mois	16 »
	Un an	30 »
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	Trois mois	9 fr.
	Six mois	17
	Un an	33
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	Trois mois	10 fr.
	Six mois	20
	Un an	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

Paris, le 3 aout 1853.

Séances des Académies.

Toutes les fois que des intérêts de personne ou de profession ne sont pas en jeu, l'Académie de médecine est assez disposée à se laisser aller à la dérive et à retomber dans le calme plat le plus complet, ou, si l'on veut, dans l'indifférence la plus absolue. C'est ce qui est arrivé dans la dernière séance. Les bancs étaient combles d'abord, parce qu'il s'agissait d'une élection et que deux partis bien distincts se dessinaient; dès que l'élection a été terminée et qu'on a annoncé une lecture, ils se sont tellement dégarnis que nous avons cru un instant à une désertion complète.

Malgré la prétention quelque peu ridicule que de maladroits amis semblaient attribuer à M. Chatin d'enlever son élection à l'unanimité, nous avons vu avec plaisir l'Académie tenir compte du mérite et des travaux de son compétiteur M. Ch. Robin, et lui apporter un nombre de voix considérable. Quelque sympathie qu'inspirent généralement le talent et le caractère de M. Chatin, l'outrecuidance déplaît tellement que nous ne serions pas éloigné d'attribuer en partie à cette cause la réaction qui s'est produite à l'Académie. M. Chatin a dû s'en émouvoir, car jusqu'à la fin le nombre des suffrages s'est balancé au point qu'on s'attendait à un deuxième tour de scrutin, et même au triomphe de M. Robin. Enfin un dernier renfort de quelques votes a donné la victoire à M. Chatin, ce dont nous le félicitons bien volontiers, espérant que la première élection dédommagera son concurrent malheureux.

La lecture de M. Jacquot sur les maladies des pays chauds a été écoutée avec intérêt par un groupe peu nombreux mais attentif de membres de l'Académie, qui, à plusieurs reprises, ont engagé l'auteur à précipiter moins sa diction.

M. Jacquot est un écrivain érudit et élégant; on lui doit d'intéressantes lettres sur l'Italie et l'Afrique, et son travail actuel, sans offrir un caractère bien original, lui conservera sa réputation littéraire. Nous en donnons un extrait suffisant pour le faire apprécier.

Nous ne dirons qu'un mot de deux rapports sur des eaux minérales; le premier, par M. Chevallier, sur les eaux sulfureuses calcaires de Belleville, près Paris, concluant à ce que l'autorisation de les exploiter soit accordée à MM. Lapostolet; le deuxième, de M. Henry, sur les eaux de M. Soulzmatt (Haut-Rhin), dont les vertus alcalines gazeuses, jointes à leurs effets avantageux et à leur saveur agréable, doivent les faire préférer à l'eau de Seltz, d'autant plus que le prix de revient en sera bien inférieur.

A l'Académie des sciences, nous avons remarqué un mémoire de M. Pasteur qui indique la présence de quelques alcaloïdes nouveaux dans le quinquina, et une note de M. Boinet sur le traitement des fistules complètes et incomplètes de l'anus au moyen des injections iodées. M. Boinet cite à l'appui de ses conclusions sept faits de guérison, et attribue une influence avantageuse à ces injections qu'il croit amener une guérison plus rapide, épargner des douleurs, et ne pas exposer aux accidents de l'opération. C'est à l'expérience à prononcer à ce sujet; nous attendrons.

Nous avons reçu et publions avec empressement la lettre suivante de l'honorable M. Lecanu. Nous ferons remarquer que nous avons d'avance partagé ses opinions, et que comme lui il nous a semblé que l'Académie aurait dû renvoyer à une nouvelle commission l'examen de la partie médicale de son rapport sur les préparations albumino-iodées.

Paris, le 1er août 1853.

Mon cher confrère,

Dans la dernière séance de l'Académie, M. Gibert, en combattant les conclusions de mon rapport sur l'albumine iodée, m'a reproché d'avoir, sans preuves suffisantes, présenté ce nouveau médicament comme succédané de l'huile de foie de morue.

Permettez-moi, puisque votre estimable journal n'a reproduit que les objections soulevées par mon travail, de vous faire remarquer :

1° Que je n'ai, au point de vue chimique, établi aucune comparaison entre deux substances qui n'ont peut-être de commun que la présence de l'iode, lequel même pourrait s'y rencontrer à des états différents;

2° Que j'ai relaté de nombreuses observations thérapeutiques recueillies, les unes par d'habiles praticiens étrangers à l'Académie, les autres dans le service de l'éminent professeur M. Bouillaud, ou par mon honorable co-rapporteur M. Hervez de Chégoin;

3° Et surtout que mes conclusions étaient précédées de cette phrase, où je reconnais mon insuffisance au point de vue médical :

« En présence des résultats précités, que vos commissaires ont observés par eux-mêmes, ou contrôlés chacun dans les limites de ses connaissances spéciales, d'où vient que la part la plus importante et la plus délicate de leur tâche revient au très honorable M. Hervez de Chégoin; ils croient pouvoir vous proposer... »

Je ne puis qu'être singulièrement flatté d'avoir vu l'Académie récompenser mes efforts personnels par l'insertion dans le bulletin de ses travaux de la partie chimique du rapport; mais la confiance que m'inspirent les habiles et consciencieux expérimentateurs dont j'ai rappelé les observations me laisse vivement regretter que la Compagnie n'ait pas consenti à charger une autre commission de continuer les expériences chimiques sur le nouvel agent thérapeutique proposé.

Agréez, etc. Lecanu.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Bazin.

Des teignes achromateuses.

Depuis la publication de ses *Recherches sur la nature et le traitement des teignes*, M. Bazin a eu l'occasion de voir et de traiter plusieurs malades atteints de teigne achromateuse. Voici deux faits de cette curieuse affection que nous devons à son obligeance, et que nous nous empressons de publier avec les réflexions qui les accompagnent.

I. *Teigne achromateuse avec dépression des surfaces malades.* (Observation recueillie par M. Pellagot, interne à l'hôpital St-Louis.)

Raviez (Pierre), quarante ans, né en Savoie, couché au n° 26 de la salle Saint-Laurent (pavillon Saint-Mathieu).

Cet homme est d'une constitution forte, d'un tempérament lymphatico-sanguin. Il a eu, il y a dix-huit ans, une blennorrhagie, mais il n'a jamais fait de maladie grave et n'offre aucun signe de scrofule. Il habite depuis longtemps la rue Serpente. Au moment du début de l'affection actuelle, il occupait, comme portier, un logement assez humide et médiocrement éclairé. Du reste, il a toujours été à l'abri des atteintes de la misère, et se tenait aussi proprement que possible.

L'affection pour laquelle ce malade est entré à l'hôpital a débuté il y a trois ans. Le premier symptôme fut une démangeaison très vive dont le cuir chevelu était le siége. Cette démangeaison forçait le malade à se gratter sans cesse. Bientôt des cheveux tombèrent en assez grande quantité, et il s'aperçut qu'il se formait sur la tête des taches blanches complétement glabres. Ces taches, d'abord au nombre de deux ou trois, se multiplièrent en s'accompagnant des démangeaisons les plus vives. Dernièrement, il s'en est encore formé une vers l'occiput. Les démangeaisons ne se bornèrent pas au cuir chevelu; presque toutes les parties du corps en devinrent le siége. Les poils tombèrent, mais principalement sur les bras et sur la poitrine. Quant à l'origine de cette affection, le malade ne sait à quoi l'attribuer; il assure n'avoir été en contact avec aucun sujet qui fût porteur d'une maladie semblable ou analogue.

Dans le principe, il fit, comme traitement, des lotions d'eau savonneuse et d'eau de goudron, puis il se graissa avec une pommade spéciale qui lui fut remise par un M. H..., médecin rue Rambuteau. Bien que ce docteur ait publié dans les journaux la guérison de notre malade, celui-ci affirma que la pommade qui lui fut vendue n'eut aucune influence favorable sur sa maladie, ce qu'on a peu de peine à croire en voyant son état actuel.

Depuis ce moment le malade se borna à des soins de propreté; mais l'affection faisant toujours de nouveaux progrès, il se présenta à l'hôpital Saint-Louis, et fut admis par M. Bazin le 19 mars 1853.

Etat actuel.—Les cheveux sont châtains; ils ont conservé à peu près leur nuance et sont assez fournis. Au milieu d'eux se trouvent dix-neuf ou vingt plaques complétement chauves, de la grandeur d'une pièce de 1 franc au plus. Quelques-unes ne sont guère plus grandes qu'une pièce de 25 centimes. Ces plaques sont blanches, luisantes, déprimées, couvertes de larges squames épidermiques, fendillées. Les cheveux ont été coupés courts, ce qui permet de voir que toute la tête, même dans les endroits où les cheveux ne sont pas tombés, est recouverte de squames assez petites, d'un blanc jaunâtre, imbriquées et paraissant former des espèces de valves d'où émergent les cheveux. La démangeaison est partout des plus vives. En se grattant, le malade fait voltiger autour de lui une assez grande quantité de pellicules, qu'à cause de leur ténuité il compare à de la farine. Le cuir chevelu est très blanc et exempt de toute tuméfaction.

Les poils sont très rares sur les bras, où l'on remarque quelques traces de plaques blanches analogues à celles de la tête. Sur la poitrine, nous n'avons rien remarqué de particulier.

20 mars. L'épilation est commencée aujourd'hui. On lotionne à diverses reprises les parties épilées avec le solutum de sublimé.

24 mars. La démangeaison a disparu presque complétement là où les cheveux ont été avulsés. Le cuir chevelu est parfaitement blanc, mais les plaques de teigne tranchent encore par leur pâleur plus grande, par leur brillant et par leur différence de niveau avec la peau environnante. De larges squames épidermiques les recouvrent. Les cheveux s'enlèvent avec une grande facilité.

28 mars. L'épilation est complétement terminée. On fait des lotions avec la solution d'acétate de cuivre et des onctions avec la pommade bleue (acétate de cuivre, 25 centigrammes; axonge, 30 grammes).

12 avril. Les démangeaisons ont disparu entièrement. Les squames épidermiques sont bien moins nombreuses. La couleur des plaques commence à se modifier et à perdre de son brillant.

24 avril. On recommence l'épilation, qui cette fois ne portera plus que sur les cheveux qui entourent les plaques et sur les quelques poils follets blanchâtres que l'on découvre seulement sur leur surface.

1er mai. Les pansements sont continués *ut supra*. On fait prendre quelques bains sulfureux. Les démangeaisons, qui avaient cessé, recommencent sur tout le corps, et particulièrement à la face, dans la barbe. On n'aperçoit pourtant aucun changement. Les squames épidermiques ont cessé de se produire. — On substitue les bains simples aux bains sulfureux.

26 juin. Le malade sort de l'hôpital.

Les cheveux ont environ 2 centimètres de longueur; ils ont une couleur très franche. Le nombre des plaques dénudées est encore de dix-neuf, comme au moment de l'entrée du malade, mais leur apparence s'est modifiée : d'abord elles ne sont plus déprimées comme au moment où le traitement a commencé, elles ont perdu cette couleur de cire jaune qu'elles présentaient il y a trois mois. Enfin quelques cheveux, rares il est vrai, mais d'une force et d'une couleur bien différentes de celles des poils follets qu'on trouvait seuls naguère sur les places malades, paraissent maintenant sur leur surface. Le cuir chevelu qui entoure les plaques est débarrassé des squames qui le recouvraient; seulement, malgré l'emploi des bains de vapeur, qu'on a fait succéder aux bains simples et alcalins, les démangeaisons persistent et sont encore assez vives.

Le malade a promis de se présenter tous les huit jours à notre examen.

Je noterai de suite une petite omission de M. Pellagot, qui d'ailleurs a parfaitement décrit l'état de ce malade. Quelques jours avant sa sortie de l'hôpital, Raviez nous a fait remarquer sur son front un cercle herpétique anticipant sur le cuir chevelu, et les démangeaisons dont il se plaignait encore à cette époque, et qui ont persisté, avaient particulièrement pour siége la partie affectée d'herpès. Aujourd'hui les démangeaisons existent à peine, et le cercle herpétique a complétement disparu.

II. *Teigne achromateuse sans dépression des surfaces malades* (*vitiligo de la face.*)

M. B..., trente-six ans, constitution forte, tempérament sanguin, jouit habituellement d'une excellente santé; n'exerce aucune profession. Sa position de fortune lui permet d'habiter l'hiver un des plus riches quartiers de la capitale, et l'été une fort jolie campagne dans la riante vallée de Montmorency.

Vers le mois d'octobre 1852, M. B... s'aperçut pour la première fois que sa barbe tombait par places, sans croire toutefois qu'il fût atteint d'une maladie particulière de la peau ou du système pileux. Ce n'est qu'en janvier 1853 qu'il se décida à me consulter. La maladie, à cette époque, avait fait de grands progrès; mais, dit le malade lui-même, « Si autrefois j'éprouvais quelques démangeaisons dans ma barbe, et si en la frottant je faisais tomber quelques petites pellicules, je puis dire que depuis l'invasion du vitiligo ces démangeaisons avaient cessé, et ne reparaissent pas même maintenant. »

Quant à la cause de cette affection, M. B... ne sait à quoi l'attribuer, et, sous ce rapport, je ne puis mieux faire que de le laisser encore parler lui-même : « Quant à la cause de cette maladie, il m'est impossible d'en présumer une; je n'avais jamais rien éprouvé de semblable. Deux ans auparavant, en Espagne, à la suite de grandes fatigues, et dans un pays où l'eau que l'on buvait sortait bouillante de la terre, mes bras et mes mains avaient fait peau neuve après avoir été couverts de petites vessies nombreuses; puis je fus sur le point de contracter une maladie assez grave, et à mon retour en France, après quelques bains, il ne me restait aucune trace de mon indisposition. Je puis d'autant moins trouver de cause à ce vitiligo, que depuis deux ans je portais la barbe entière. Je conviens que je me faisais raser chez le barbier quand j'en avais besoin; mais je répète qu'il y avait plus de deux ans qu'un rasoir quelconque ne m'avait touché quand apparut cette affection. »

Le vitiligo chez notre malade a débuté par petites places et d'abord d'un côté seulement, puis bientôt il s'est montré de l'autre côté de la mâchoire. Quand je le vis, il portait de chaque côté sous les mâchoires deux plaques presque entièrement dégarnies ou seulement recouvertes de quelques poils follets fins et décolorés, que l'on pouvait enlever au moyen de la pince avec la plus grande facilité. Du côté gauche, près du menton, existait une plaque ronde à peine aussi large qu'une pièce de 1 franc, et au-dessous et au-devant de l'oreille, sur l'articulation temporo-maxillaire, une autre plaque complétement dégarnie du double plus large que sa voisine; quant au côté droit, la plaque commençait assez large au-dessous du menton et allait en s'amoindrissant vers l'autre extrémité, où elle formait un rond isolé grand comme une pièce de 50 centimes : la maladie devait avoir commencé en cet endroit, car ç'a toujours été la partie la plus lisse, la plus décolorée, et aujourd'hui, au bout de cinq mois, cette place est encore presque entièrement dégarnie.

Les plaques de ce vitiligo étaient d'un blanc de lait, tranchant par leur couleur sur la peau environnante, sans dépression de la surface et sans démangeaison. Nous avons examiné avec soin le cuir chevelu et les autres régions du corps sans y découvrir aucune trace de la même affection.

Le traitement a consisté dans l'avulsion des quelques poils qui recouvraient les plaques et dans l'application du solutum de sublimé. Je recommandai à M. B... d'arracher un à un avec de petites pinces les poils follets qu'il pourrait saisir sur les parties malades et ceux des parties environnantes dont l'avulsion ne serait point accompagnée de douleurs. Je fis moi-même l'extraction de quelques-uns de ces poils, afin d'examiner leur état au microscope et aussi pour montrer au malade comment il devait s'y prendre.

J'ordonnai de faire des lotions deux ou trois fois par jour pendant cinq à six minutes sur toutes les parties malades avec une éponge fine imbibée de la solution ci-après :

Sublimé.	15 centigrammes.
Alcool.	Q. S.
Eau distillée.	250 grammes.

Je fis prendre, en outre, quelques bains alcalins.

Au bout de six semaines, M. B... vint me revoir : il avait assez incomplétement suivi mes recommandations. Cependant toutes les plaques étaient recouvertes en grande partie de poils fins et décolorés, il est vrai, mais beaucoup plus nombreux que lors de la première visite. J'engageai M. B... à se faire épiler : il accepta ma proposition ; l'un de mes infirmiers épileurs de l'hôpital Saint-Louis se rendit auprès de lui et fit place nette, comme dit le malade, sur toutes les plaques et sur les parties environnantes. On continua chaque jour les lotions parasiticides. Ce traitement n'a été suspendu qu'au 1er juin, époque à laquelle toutes les plaques étaient presque entièrement recouvertes de poils en grande partie forts et de même couleur que ceux des parties environnantes. Il reste cependant toujours la petite tache encore glabre par laquelle le mal paraît avoir débuté, et çà et là sur les plaques des poils fins et sans couleur.

REMARQUES. — Ces deux faits, et d'autres que nous avons récemment observés, nous prouvent qu'il existe deux variétés de teigne achromateuse. Dans la première variété, les places dégarnies de cheveux sont déprimées ; on trouve çà et là sur le cuir chevelu des enfoncements ovalaires, sensibles à la vue et au toucher, ressemblant assez exactement à ceux que l'on produirait en appliquant et pressant un peu la pulpe du doigt sur un membre œdématié. Le cuir chevelu est plutôt, sur ces plaques, d'un blanc cendré que d'un blanc de lait, et assez souvent recouvert de petites squamules farineuses. Les taches ovalaires, petites dans le principe, offrant bientôt la longueur et la largeur d'une olive, font assez souvent de rapides progrès ; elles se réunissent par leurs bords, et donnent lieu à de larges surfaces dépouillées de cheveux, inégales, alternativement déprimées et saillantes, couvertes ou non de petites écailles furfuracées, et communément accompagnées de démangeaison. Nous avons dernièrement encore observé cette espèce d'alopécie sur la tête d'un de nos confrères.

Dans la seconde variété, la teigne achromateuse est constituée par des taches également ovalaires, mais sans dépression, et d'un blanc de lait qui tranche plus encore que dans l'espèce précédente sur la peau saine du pourtour de la plaque.

On pourrait nous objecter que chez M. B..., dont nous venons de rapporter l'observation, le vitiligo siégeait à la face, tandis que chez Raviez il s'était montré sur le cuir chevelu, et que la différence de siége explique suffisamment l'état si différent des places dégarnies de cheveux dans l'un et l'autre cas ; les capsules pileuses sont plus rapprochées et plus développées sur le cuir chevelu que sur la peau de la face, et la chute de ces capsules doit laisser un plus grand vide dans la première région que dans la seconde.

Cette explication n'est pas admissible, car nous avons observé plusieurs cas de vitiligo du cuir chevelu sans dépression des parties atteintes, et la forme non déprimée est la seule indiquée par M. Cazenave dans son *Traité des maladies du cuir chevelu*. Il faut donc reconnaître ces deux variétés de teigne achromateuse.

N'aurions-nous pas commis une erreur de diagnostic? Mais rien n'est plus facile à reconnaître que le vitiligo ordinaire de la barbe et du cuir chevelu, et quant au vitiligo avec dépression, le plus léger examen suffit pour ne pas le confondre avec le favus en cercles, l'herpès tonsurant, la teigne décalvante et l'alopécie syphilitique. Si le favus en cercles pouvait être confondu avec la teigne achromateuse déprimée, ce ne serait qu'après la chute des croûtes ou même qu'après guérison ; mais les renseignements fournis par le malade lèveraient bientôt toute espèce de doute.

La teigne tondante est saillante et non déprimée. Dans la teigne décalvante le cuir chevelu ne subit ni enfoncement, ni décoloration ; les taches ne sont ni aussi régulières, ni aussi bien limitées que dans la teigne achromateuse. Nous en dirons autant de l'alopécie syphilitique. Il n'y a donc pas d'erreur possible.

Quelle est la cause de cette affection si remarquable? Le séjour dans une loge humide et peu éclairée a-t-il été pour quelque chose dans la production de cette maladie chez le concierge Raviez? Je serais assez disposé à le croire.

On a pu créer beaucoup d'hypothèses sur la nature du *porrigo decalvans*. Une seule manière de voir était juste ; c'était celle de M. Gruby, qui attribuait cette affection à la présence d'un champignon parasite, le *microsporon Audouini*.

Nous avons examiné au microscope les cheveux de Raviez et les poils de M. B... ; sur la plupart, nous avons constaté la présence d'un végétal parasite bien différent de celui de l'*herpès tonsurant*. Il en diffère non-seulement par les spores, qui sont plus petites et plus adhérentes, par la disposition des filaments tubuleux, mais encore et surtout par le siége. Ce champignon est tout en dehors du cheveu ; il ne pénètre pas dans son intérieur ; la partie centrale du cheveu nous a toujours paru intacte. Il est répandu non-seulement sur la tige, mais encore sur la capsule et même sur le bouton, qu'il sépare de la papille, d'où la chute du poil.

A priori, l'on eût pu dire que tel, en effet, devait être le siége de ce végétal. L'examen des parties malades, soit à l'œil nu, soit à l'œil armé de la loupe, ne permet de découvrir aucune trace de rupture des poils. On ne voit absolument aucun vestige de ceux-ci. Sur les plaques blanches du vitiligo on distingue bien çà et là quelques poils fins et décolorés, mais ce sont des poils follets entiers. Nous ne pouvons donc admettre l'opinion de MM. Gruby et Ch. Robin, qui ont assigné pour siége exclusif à ce végétal (1) la partie aérienne du poil à 1 millimètre de l'épiderme. M. Gruby explique l'alopécie par la rupture du poil au niveau de la peau. Cette rupture serait, suivant lui, le résultat d'une altération granuleuse particulière que le champignon produirait dans la substance du poil et qui le rendrait friable. Nous n'avons pu constater cette altération spéciale, et nous venons de dire les raisons qui nous obligent à rejeter, pour la teigne achromateuse, ce mode de calvitie exclusivement propre à la teigne tonsurante.

(1) *Histoire naturelle des végétaux qui croissent sur l'homme et sur les animaux vivants*, page 428.

Comment expliquer que tantôt il y a dépression des plaques dans le vitiligo, et que tantôt cette dépression n'existe plus? Cela peut tenir à ce que, dans le premier cas, les follicules pileux se vident de toutes leurs capsules, et que, dans le second, les capsules des poils follets restent dans le follicule et en soutiennent les parois. Cette explication nous paraît d'autant plus admissible que sur les points déprimés nous n'avons aperçu à la loupe aucun poil follet, et que nous avons pu en extraire un certain nombre des taches non déprimées.

Le traitement mis en usage dans ces deux cas de teigne achromateuse a eu une influence évidente :

1° Sur la marche de la maladie, dont il a manifestement enrayé les progrès ;

2° Sur l'état des parties atteintes de calvitie depuis un temps plus ou moins long. Dans l'observation de Raviez, on a pu voir que, sur beaucoup de plaques tout à fait chauves lors de l'entrée du malade à l'hôpital, quelques cheveux étaient repoussés sur ces mêmes plaques à l'époque de la sortie. Les taches glabres de M. B... sont aujourd'hui couvertes de poils. L'évolution de ces cheveux et poils de la barbe a suivi de si près l'application des moyens thérapeutiques, qu'il est difficile de ne pas admettre l'action efficace de ces derniers.

3° Sur les symptômes de la teigne achromateuse.

Chez Raviez, les cheveux nouvellement repoussés ont une teinte plus foncée que celle des cheveux arrachés. On n'y retrouve plus de champignons. Les premiers cheveux ne tenaient pas ; ils se laissaient emporter par la pince avec la plus grande facilité, et sans que le malade témoignât la moindre souffrance. Les nouveaux cheveux ont des adhérences plus fortes avec le cuir chevelu. Le malade, qui éprouvait d'assez vives démangeaisons avant le traitement, en ressent à peine aujourd'hui. Il n'y a plus d'écailles furfuracées. Sur M. B..., les quelques poils qui recouvraient les plaques et ceux des parties environnantes étaient tous décolorés ; aujourd'hui on trouve sur ces parties un mélange de poils noirs et gris comme sur les autres portions velues de la face.

Ce qui, il y a huit mois à peine, n'était encore pour nous qu'une hypothèse est aujourd'hui une vérité démontrée par les faits : la teigne achromateuse est avantageusement modifiée, quand elle n'est pas complétement détruite, par l'épilation suivie d'applications parasiticides. Nous espérons bientôt aussi prouver que la teigne décalvante ne saurait être attaquée par d'autres moyens avec plus d'efficacité. Ainsi le traitement est le même pour toutes les teignes, c'est-à-dire pour toutes les affections des poils produites ou entretenues par la présence d'un végétal parasite.

Les deux conditions du succès dans le traitement des teignes, on ne saurait trop le redire, sont :

1° L'épilation ;

2° L'application méthodique des agents parasiticides.

L'épilation doit être répétée autant de fois que cela est nécessaire. Plus elle est faite avec soin, et moins il faudra la répéter de fois ; plus on est sûr qu'après guérison la tête du teigneux ne restera pas dans un complet abandon, privée de tout soin de propreté, comme cela n'arrive que trop souvent, plus on pourra limiter le nombre des épilations.

Ce serait une erreur de croire que nous nous bornons toujours à deux épilations seulement dans le traitement du favus ; quand nous avons affaire à une teigne invétérée, nous pratiquons souvent trois et même quatre épilations successives.

On se demandera sans doute pourquoi nous pouvons ainsi limiter le nombre des épilations quand nous sommes sûr des soins consécutifs, quand nous pouvons compter sur le zèle des parents. Quelques-uns même pourraient inférer de là que, contrairement à ce que nous avons dit ailleurs, les soins de propreté doivent suffire seuls à guérir la teigne, s'ils sont prolongés pendant un temps convenable. Il est nécessaire que nous donnions quelques mots d'éclaircissement à ce sujet.

Parmi les causes prédisposantes de la teigne, il en est une que personne ne révoquera en doute ; c'est la malpropreté. On conçoit fort bien que le germe des teignes tombant sur un terrain propice se développera d'autant mieux qu'il ne sera pas incessamment exposé à être détruit, ou emporté par le peigne, ou à subir l'action répétée des cosmétiques. Or, la tête à peine guérie du teigneux est un terrain très propre à la germination des sporules végétales, et pour le rendre impropre à cette germination, on est obligé ou de répéter nombre de fois l'épilation, ou de continuer les soins de propreté pendant cinq ou six mois encore après la guérison de la teigne. L'épilation répétée est le meilleur moyen de rendre le teigneux réfractaire à l'action des causes de la teigne.

Il faut avoir fréquenté longtemps les hôpitaux et les dispensaires publics pour savoir à quel degré de perversité la misère et les habitudes vicieuses peuvent conduire. Nous avons vu tel teigneux qui nous reprochait presque de l'avoir guéri, parce que depuis nombre d'années il vivait aux dépens de l'assistance publique et que sa guérison radicale le mettait dans l'obligation de pourvoir à sa subsistance par son travail ; telle mère qui aurait voulu nous charger du soin de ses enfants, parce que ceux-ci, n'ayant plus la teigne, ne pouvaient plus être admis dans un service d'hôpital et y rester plusieurs années. C'est dans des cas pareils que nous nous sommes applaudi d'avoir répété trois ou quatre fois l'épilation générale de la tête.

L'épilation seule serait impuissante dans la plupart des cas si elle n'était suivie du traitement parasiticide. Chaque jour nous sommes à même de voir des teigneux qui ont été épilés sans succès pendant plusieurs années. Ils guérissent entre nos mains après deux ou trois épilations suivies de lotions parasiticides.

Le traitement parasiticide consiste dans l'application du solutum de sublimé ou d'acétate de cuivre. Ce solutum doit être employé au début en lotions générales sur toutes les parties malades pour atteindre la portion libre extérieure du végétal ; immédiatement après l'avulsion des poils, en applications à l'aide d'une brosse douce sur les orifices béants des follicules, et enfin, quelques jours après cette avulsion, en pommade mélangée à l'axonge. Pendant la convalescence, on continue de graisser la tête une ou deux fois par jour, et alternativement avec l'axonge et la pommade bleue.

J'ai guéri radicalement par ce traitement des teignes qui devaient être regardées comme incurables, attendu que tous les autres traitements avaient échoué. La plupart de nos malades sont revenus nous voir à diverses reprises après leur sortie de l'hôpital : la guérison se maintenait. Quelques-uns nous ont avoué que, pendant plusieurs mois, ils n'avaient pas touché à leur tête, qu'ils n'avaient appliqué aucune pommade à leurs cheveux, et cependant le favus ne s'était pas reproduit. Nous avons à côté de nous plusieurs de nos anciens favus guéris depuis un an : ils ont de fort beaux cheveux. Jamais il n'y a eu chez eux la moindre tendance à récidive.

Je n'oserais affirmer toutefois que la teigne ne reparaîtra jamais sur un seul des malades qui auront été traités par nous : l'application imparfaite des moyens thérapeutiques, une contagion nouvelle n'expliqueraient-elles pas suffisamment dans un cas particulier le retour de la maladie? Mais ce que je puis dire, c'est que je n'ai pas encore trouvé une teigne qui ait résisté à l'action combinée de l'épilation et des lotions parasiticides.

MÉMOIRE

sur la transformation des fièvres essentielles.

> Novi veteribus non opponendi, sed, quoad fieri potest, perpetuo jungendi fœdere. (BAGLIVI.)

Dès la plus haute antiquité, l'observation constate l'existence de fièvres essentielles, auxquelles on donne le nom d'inflammatoires, de muqueuses, de bilieuses, d'adynamiques, d'ataxiques, etc., etc. Cette classification sacrée, vieille de deux mille ans d'expérience, dut néanmoins succomber sous les coups des novateurs, en laissant derrière elle une longue traînée lumineuse.

Quelle fut la cause de tant de ruines?

A partir des premières années du dix-neuvième siècle, dont on a prétendu — comme en son temps Vanhelmont (*Ortus medicinæ*) — dater l'ère nouvelle de la médecine, d'*inexplicables* tendances aux phlegmasies gastro-intestinales (Lepileur, Roussille) dans l'âge adulte furent pour Broussais une sorte de mirage qui le porta à rayer d'un trait de plume les fièvres essentielles du cadre nosologique, pour les remplacer par une entité morbide unique, la gastro-entérite, plus ou moins qualifiée.

Mais l'observation devenant plus exacte, plus rigoureuse sous l'influence d'une anatomie pathologique opiniâtre et savante, et la constitution médicale continuant réellement à se modifier de jour en jour sous la pression de causes nouvelles et jusqu'alors méconnues, bientôt, en dépit de la tyrannie des idées broussaisiennes, malgré l'engouement de puissants adeptes, un schisme profond se dessina, et l'école dite matérialiste, se dissolvant en une infinité de sectes, on se vit contraint à rétrécir singulièrement le champ d'abord si vaste de la phlegmasie du tube digestif. La gastro-entérite, de moins en moins prononcée, parut plus rare ; l'entérite beaucoup plus commune ; et finalement, les désordres nécroscopiques ne justifièrent plus, aux yeux des hommes sévères, la gravité de certaines fièvres d'apparence nouvelle ; d'apparence nouvelle, car on semblait avoir oublié les remarquables travaux de Rœderer et Wagler.

Alors, dans un camp, quelques hommes d'élite ayant osé prononcer les mots de fièvre entéro-mésentérique (1813), de fièvre typhoïde (1829), on riposta dans d'autres camps par ceux de dothinenthérie (1820), d'iléo-diclydite, d'entérite folliculeuse, etc. Ainsi fut absorbée à son tour la création éphémère de Broussais par la fièvre typhoïde, devenue générale.

1. Les maladies n'ont pas changé de caractère par la simple succession des temps ; mais un nouvel élément de causalité, je le répète, puisqu'on l'a trop oublié jusqu'à ce jour, jeté dans la pathologie par le hasard, habilement appliqué à l'hygiène publique par la science et la philanthropie, est venu profondément altérer l'organisme humain (où sont donc les tempéraments de fer sortis dans les grandes guerres de la première moitié de ce siècle?), préparer les voies, par une pathogénie transitoire, à une constitution médicale définitive, typhoïde évidemment. La vaccine, après avoir fait le tour du monde, aux ordres de Charles IV d'Espagne, introduite en France par la Rochefoucauld-Liancourt, et propagée dès le commencement de 1801 par les soins d'un comité vigilant et énergique, était déjà passée à l'état de pratique universelle et recommandée par tous les gouvernements ; elle semblait justifier la confiance générale en aidant victorieusement à la lutte entreprise contre la variole, lorsque le chef de l'école physiologique rencontrait partout l'inflammation des voies digestives et conquérait, en exhibant ses nombreuses autopsies, toute la jeunesse studieuse aux simples et trop faciles doctrines du Val-de-Grâce. C'est dans les vingt premières années du siècle, où l'on se prit à considérer désormais la vaccination comme la sauvegarde de l'enfance, que s'évanouit, devant l'évidence des faits, la doctrine séculaire des fièvres essentielles. En dépit des rares mais vivaces oppositions, en dépit de la timide transaction de Boisseau (*Pyrétologie physiologique*), toutes les écoles sacrifièrent plus ou moins ostensiblement à ce génie de l'époque transitoire, durant laquelle la pathogénie se transformait.

Il est bien étrange qu'en s'évertuant à soustraire l'espèce humaine aux atteintes nécessaires, fatales du fléau variolique, par l'introduction du cow-pox dans le torrent circulatoire, on se soit mis si peu en peine des perturbations qui devaient en résulter au point de vue de l'hygiène et de la pathogénie. Nul n'a songé aux conséquences probables de l'action d'un virus puisé à une source au moins étrange, mais assez puissant pour masquer, comprimer, refouler au dedans de nous le *contage* auquel il faut tôt ou tard, d'une manière ou d'une autre, payer un large tribut. Et vous pensez avoir, impunément pour l'humanité, saturé l'économie animale de ce que vous ne craignez pas d'appeler hautement un virus fixe? Jetez donc un regard en arrière, et voyez de combien de coudées les générations du vieux monde dépassent la nôtre, celles qui nous précèdent et nous suivent immédiatement.

> *Grandiaque effossis mirabitur ossa sepulcris.* (VIRGILE.)

Le résultat immédiat de l'*intoxication jennérienne* (1) fut, il est vrai, l'amélioration de l'état de la première enfance : c'est-à-dire que l'on perdit beaucoup moins d'enfants au berceau, les épidémies varioleuses s'amoindrirent pendant un temps d'une manière très sensible ; mais, postérieurement, il fallut bien constater une sourde progression, une gravité nouvelle et plus grande dans les maladies du tube digestif, avec ou sans fièvre, qui déciment plus largement qu'autrefois les rangs de l'âge adulte. D'où venait cette tendance inconnue aux générations médicales antérieures? Broussais, qui parut à point pour la signaler, en méconnut malheureusement les causes efficientes ; dans son impuissance de l'expliquer, il taxa d'ignorance les génies qui l'avaient précédé, au lieu de s'enquérir de ce que devenait le vaccin mêlé à toutes nos humeurs, imprégnant nos solides : il ne vit pas ce que le cow-pox avait fait du sujet de l'hygiène. Aussi, pendant qu'il se préoccupait du monument à élever sur ce qu'il croyait être les ruines des fièvres essentielles, l'effort pathogénique transitoire qui créait les gastro-entérites s'évanouit pour faire place à une constitution nouvelle dont les partisans des anciennes doctrines pourront profiter après avoir vu Broussais survivre à ses œuvres.

2. L'illusion caressée par l'école physiologique ne fut donc pas de longue durée.

En effet, les générations vaccinées, se succédant plus nombreuses et plus denses, se communiquèrent par des transmissions successives d'autres conditions physiologiques, d'autres tendances morbides ; bientôt la résistance nerveuse aux agressions pathogéniques attaquée par l'action intime du virus vaccin diminua de jour en jour ; des phlegmasies bâtardes se montrèrent ; une fièvre de mauvais caractère, jusque-là confinée dans ses foyers endémiques, sembla franchir peu à peu le cercle étroit de ses limites et déborder sur le monde ; les follicules de Brunner et les plaques de Peyer, oubliés dans l'autre siècle, attirèrent de nouveau l'attention des anatomo-pathologistes avec non moins de puissance que venaient de le faire les phlegmasies gastro-intestinales, et la dothinentérie, fièvre quasi essentielle, détrôna peu à peu ces dernières, dont la rareté relative fit désormais une curieuse exception. On se trouva dès lors en présence de deux maladies fort difficiles à distinguer l'une de l'autre : d'un côté, la fièvre typhoïde endémique des marais ; de l'autre, la dothinentérie sporadique régnante, épidémique : la fièvre typhoïde endémique des marais, pouvant attaquer plusieurs fois le même individu et se compliquant rarement d'éruption intestinale ; la dothinentérie n'attaquant qu'une seule fois le même sujet, respectant ceux que la variole a marqués de son cachet et offrant toujours, comme caractère anatomo-pathologique, la lésion connue des follicules intestinaux. Telle est la source des discussions interminables entre les essentialistes et les localisateurs : on s'entendra facilement dès que l'on voudra prendre la peine de séparer deux maladies essentiellement distinctes.

En 1813 MM. Petit et Serre, en 1820 M. Bretonneau et ses élèves, en 1841 M. Louis (tome II, page 515) n'hésitent pas à comparer la fièvre entéro-mésentérique, la dothinentérie, la fièvre typhoïde à la variole devenue interne, aux *variolæ* improprement dites *sine variolis*.

a. On a contesté avec plus ou moins de mollesse ce rapprochement heureux et fécond en résultats de la petite vérole et de la fièvre récemment désignée par des appellations nouvelles. « L'éruption varioleuse de la peau, disait-on, ne saurait avoir de ressemblance avec l'altération d'organes spéciaux, tels que les cryptes de Brunner et les plaques de Peyer. » Comme si les différents éléments qui entrent dans la composition de la peau étaient exactement similaires. Avant d'aller plus loin, il faudrait d'abord s'entendre sur la nature et les fonctions de ces follicules, de ces plaques elliptiques qui siégent, proéminent et s'altèrent dans cette partie de l'intestin dépourvue de nerfs encéphalo-rachidiens, et régie uniquement par des nerfs ganglionaires. Pourquoi ces petits organes, sécréteurs pour les uns, absorbants pour les autres (M. Jacquart, 1839), ne s'affecteraient-ils pas, sous l'influence du système nerveux qui les régit, conformément à la loi assignée à l'éruption du zona par M. Gendrin (*Gazette des Hôpitaux*, 30 décembre 1852), puisque c'est surtout ce système nerveux de la vie végétative qui est influencé par l'intoxication jennérienne?

b. Voulez-vous pousser jusqu'à ses dernières limites une analogie incontestable? Vous ne manquerez pas de faits authentiques pour l'appuyer. On lit dans le beau *Traité de l'entérite folliculeuse* de M. le professeur Forget, pages 132 et 133 : « Cavité abdominale. Pointillé rouge disséminé sur la muqueuse de l'estomac ; quelques follicules développés dans le *jéjunum* et le commencement de l'*iléum*, vers la terminaison duquel les follicules isolés sont nombreux, *développés et semblables aux pustules de la variole*... Quant aux lésions, nous voyons apparaître l'entérite pustuleuse, que M. Cruveilhier *considère comme la forme grave*... »

c. Ici se présente une difficulté. « Dans beaucoup d'autopsies, au lieu de follicules, de plaques elliptiques héperhémiés, enflammés, ulcérés, perforés, on n'a rencontré que des follicules normaux parsemant une membrane muqueuse pâlie plutôt que phlogosée. » Il me serait aisé de répondre que l'on a eu affaire à des *variolæ sine variolis* ; mais, outre que je refuse d'admettre cette sorte de variole hypothétique, la petite vérole devant toujours être externe ou interne, je puis affirmer d'après ma propre expérience que la fièvre typhoïde endémique et paludéenne offre rarement les lésions dites caractéristiques de la dothinentérie sporadique, régnante ou épidémique, destinée par les lois providentielles à suppléer la petite vérole : cette lésion folliculaire est le propre des varioles refoulées temporairement par le virus vaccin.

d. « Mais, peut-on nous dire encore, la petite vérole est essentiellement contagieuse ; la dothinentérie, au contraire, l'est rarement et d'une manière exceptionnelle. » Ce fait, rigoureusement vrai, ne saurait être pour nous une objection. La variole est une forme morbide à virus volatil ; tandis que le cow-pox, qui modifie l'économie vivante en frappant surtout le système nerveux de la vie végétative, qui transforme, qui s'assimile le germe inconnu du contage variolique au moment de l'inoculation, est un virus fixe, comme les virus charbonneux, syphilitique, etc., etc., de telle sorte qu'en inoculant sur un sujet vierge le pus des follicules intestinaux de la dothinentérie, on pourrait reproduire indifféremment une variole discrète ou une vaccine compliquée de typhus. Cette dernière manière d'envisager la dothinentérie explique pourquoi la fièvre typhoïde des marais n'est pas plus contagieuse que les pyrexies intermittentes, pourquoi elle est sujette à récidive, pourquoi la véritable dothinentérie, suivant nous, épargne les sujets gravés de petite vérole aussi bien que ceux qui déjà ont été soumis une première fois à ses atteintes, pourquoi la fièvre endémique des marais peut attaquer indéfiniment le même sujet sans le mettre à l'abri ni de la variole ni de la dothinentérie.

e. La variole et la dothinentérie sont un empoisonnement du sang (Serre) dont l'expression symptomatique peut se produire indifféremment à l'une des deux surfaces solidaires ou de la peau ou du tube intestinal. Suivant M. Brachet (de Lyon) et beaucoup d'autres médecins, la température et les saisons n'ont semblé exercer aucune influence sur la marche de la maladie (dothinentérie de 1852 et 1853), qui suit « *imperturbablement son cours* (absolument comme la variole) *en dépit de tous les traitements.* »

f. Les fièvres typhoïdes paludéennes cèdent bien aux laxatifs, aux toniques, au quinquina ; la dothinentérie, comme la variole, exige que l'on se conforme à la méthode ecclectique des éléments dont le professeur Forget a posé les bases. Il est probable que des appréhensions théoriques de la nature de celles qui nous préoccupent ont porté M. Bally à provoquer dans l'iléodiclydite une éruption spéciale sur l'abdomen au moyen de la pommade stibiée, et M. Serre à recourir à son traitement mercuriel. Pour moi, en 1850 il m'est arrivé d'obtenir 19 guérisons sur 20 malades traités par la méthode de M. Serre. Mais, je l'ai déjà fait remarquer ailleurs, on a rarement autant de bonheur.

g. Après avoir signalé tous les points par lesquels doivent se rapprocher la variole et la dothinentérie, il est temps d'en faire ressortir la divergence. Autrefois la petite vérole, mal soignée, attristait la société par le spectacle de hideuses et repoussantes difformités ; aujourd'hui c'est la dothinentérie qui peuple les asiles d'aliénés d'affections mentales de la pire espèce ; et, « si cette catégorie d'aliénés n'était pas frappée d'une mortalité exagérée eu égard aux autres, me disait dernièrement l'un de nos aliénistes les plus distingués et placé à la tête d'un établissement considérable (1,200 malades), tous les asiles seraient bientôt encombrés et insuffisants. »

Ainsi, pour moi, la vieille série des fièvres essentielles est masquée, rompue, temporairement transformée par la double modification jennérienne que se transmettent successivement les générations modernes ; le génie de Broussais, sans rien détruire, sans rien édifier, n'a fait que constater les premiers efforts de l'organisme réagissant contre l'action incessante de la vaccine ; MM. Petit et Serres, Bretonneau, Louis, Andral, Bayard, Carnot, continuant l'œuvre commencée, ont suivi la marche progressive des ravages secondaires et toujours accumulés du cow-pox. Attendez encore un peu, et vous verrez reparaître toute la série des fièvres essentielles étrangement aggravée, si l'on n'y met ordre, l'accumulation du contage variolique et du virus vaccin s'élevant dans l'humanité à des puissances incalculables bientôt.

En face de la constitution qui nous a été préparée de si longue main, en présence d'épidémies dothinentériques qui se multiplient sans relâche et ravagent le monde, n'est-il pas temps d'imiter la Société des sciences de l'Yonne, d'essayer d'une enquête contre la vaccine accusée de tant de perturbations, d'en restreindre l'usage et de songer quelque peu avec M. Trousseau, etc., etc., à l'inoculation toujours inoffensive et dont la vertu préservatrice est d'un effet constamment sûr?

C.-A. Angelon,
Médecin de l'hôpital de Dieuze.

(1) Cette expression ne m'appartient pas, je l'ai empruntée à M. Laforêt (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques à l'usage des médecins praticiens*, t. XXIII, 2e série, page 108, art. 4443.)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 2 août 1853. — Présidence de M. Nacquart.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Épidémies.

M. le ministre du commerce transmet un rapport de M. le docteur Madin (de Verdun), sur une épidémie de fièvre typhoïde dans la commune de Froméreville (Meuse) en 1852 ;

Un rapport de M. le docteur Balut, sur une épidémie de suette miliaire dans la commune d'Offrange, en 1852.

Eaux minérales.

Le même ministre transmet les rapports suivants sur les eaux minérales :

1° De M. le docteur Desbret, sur le service médical de Chateldon (Puy-de-Dôme) en 1852 ;

2° De M. le docteur Crozant, sur les eaux minérales de Pougues (Nièvre) ;

3° De M. Gerdy, sur les eaux minérales d'Uriage ;

4° De M. Auzouy, sur les eaux de Cransac (Aveyron) ;

5° De MM. Versini et Carlotti, sur les eaux minérales de Guagno et et Pietrapola (Corse) ;

6° Un rapport du conseil central d'hygiène publique du département du Nord, sur la situation de l'établissement thermal de Saint-Amand.

Peste.

Le même ministre transmet une note sur la peste, rédigée par M. le docteur Lando. (Commissaires : MM. Ferrus, Mélier et Londe.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Eaux minérales d'Alais.

M. Roch (d'Alais) adresse un mémoire intitulé *Etudes chimiques et médicales sur les eaux minérales bitumineuses, salines, sulfureuses de l'arrondissement d'Alais, et en particulier sur les sources d'Auzon.*

Diabète.

M. Jacquot (de Saint-Dié) adresse une observation de diabète, pour être ajoutée à la note qu'il a transmise à l'Académie en décembre 1852, concernant une méthode de traitement qu'il propose d'opposer à cette affection. (Commissaires : MM. Rayer, Bouchardat.)

Médication ferrugineuse.

M. Quevenne adresse une suite à son travail sur la médication ferrugineuse, renfermant une série d'expériences physiologiques nouvelles sur le suc gastrique et sur les matières intestinales ; des expériences sur les doses auxquelles on prescrit les préparations de fer les plus employées, et sur la valeur comparative de ces produits, et des observations thérapeutiques sur le fer réduit.

Voici les conclusions qui terminent cette dernière partie de son mémoire :

L'action du fer réduit est de même nature que celle des ferrugineux en général.

C'est cette préparation (parmi celles qui ont été examinées) qui a introduit le plus de fer dans le suc gastrique pour un poids donné.

Ce qui la distingue entre les martiaux, c'est son degré d'activité relative.

La dose de 0,20 à 0,30 (moyenne, 0,25) paraît suffisante en général pour produire la guérison aussi promptement et aussi complétement qu'avec les composés ferrugineux réputés jusqu'ici les plus actifs, quoique dans bien des cas on puisse aller sans inconvénient à 0,40 et 0,50. (Commissaires : MM. Cruveilhier, Caventou, Bouchardat.)

— M. le président annonce la mort de M. Villeneuve.

M. le secrétaire perpétuel donne lecture d'un extrait des dispositions testamentaires de M. Villeneuve, qui lui a été communiqué.

Dans ces dispositions, M. Villeneuve exprime la volonté qu'il ne soit envoyé aucune lettre de faire part de son décès ; que le convoi ait lieu de la manière la plus simple ; que son corps soit porté dans le cercueil des pauvres et inhumé dans la fosse commune. Le montant des frais qu'eût occasionnés son convoi fait d'après les usages habituels sera distribué aux pauvres de sa paroisse.

Nonobstant ces dispositions, l'Académie se fera représenter au convoi par une députation.

Eaux minérales de Belleville.

M. Chevallier lit un rapport sur les eaux minérales de Belleville.

Par suite d'une lettre de M. le ministre de l'intérieur, en date du 18 mai 1852, l'Académie a été chargée de l'examen d'une eau sulfureuse découverte par MM. Lapostolet frères dans leur usine de Belleville, et pour l'exploitation de laquelle ils demandent une autorisation. C'est l'examen de cette eau qui fait l'objet de ce rapport, sur lequel nous reviendrons dans un prochain numéro.

Eaux minérales de Soulzmatt.

M. O. Henry lit, au nom de la commission des eaux minérales, un rapport sur l'eau minérale de Soulzmatt (Haut-Rhin) en réponse à une lettre ministérielle du 14 mai dernier.

D'après les résultats obtenus par M. Béchamp (de Strasbourg), l'eau minérale de Soulzmatt appartient au groupe des eaux acidules bicarbonatées sodique et calcaire ; elle vient prendre rang à côté des eaux étrangères de Seltz ou Seltzer et d'Ems, ou près de celles de Saint-Galmier, de Chaldon, de Vic-sur-Cerre, etc., etc. Ainsi ce sont les bicarbonates de soude, de potasse, de chaux et de magnésie qui en font les principaux éléments minéralisateurs, associés à un grand excès d'acide carbonique (le volume de l'eau environ), puis à quelques autres substances en quantités plus minimes, telles que le carbonate de lithine, le phosphate alcalin ou alumineux, le borate de soude, le sulfate alcalin, le chlorure de sodium, de la silice à l'état libre ou en silicate, unis enfin à une trace presque inappréciable de fer et de matière organique.

L'absence presque complète du fer rend l'eau très agréable à boire, grâce surtout à la présence d'un grand excès d'acide carbonique qu'elle contient.

M. le rapporteur a confirmé les résultats signalés par M. Béchamp.

L'eau de Soulzmatt est agréable à boire, et son action avantageuse sur l'économie animale a été constatée depuis longues années par un grand nombre de médecins du pays ; sa composition chimique justifie ses propriétés.

On peut donc, dit M. le rapporteur, regarder son emploi comme aussi avantageux au moins que celui de l'eau de Seltz, ce qui contribuera alors à nous affranchir d'un tribut payé à l'étranger, en permettant d'établir le prix de cette eau bien au-dessous de celle-ci pour la mettre à la portée de tous les consommateurs.

En conséquence, la commission pense qu'on peut répondre à M. le ministre que tout milite en faveur de l'eau minérale alcaline gazeuse de Soulzmatt, et qu'il y a lieu d'accorder à son propriétaire l'autorisation de l'exploiter sous le point de vue médical.

Eaux minérales de la province de Constantine.

M. Henry lit un second rapport sur les eaux minérales naturelles d'Hammam-Mescontine et d'Hammam-Sétif, en réponse à une lettre du ministre de la guerre, qui a demandé à l'Académie une sanction des analyses de plusieurs sources d'eaux minérales naturelles des provinces de Constantine et de Sétif exécutées dans le laboratoire de chimie créé spécialement à Alger pour ce genre de recherches.

Les eaux de Hammam-Mescontine sont remarquables par leur haute thermalité ; elles fournissent des eaux dont la température s'élève à 70, 75, et jusqu'à 90° centigrades. Leur nature est sulfureuse et calcaire. En sortant du sol, ces eaux, en raison de leur haute température, qui en dégage la majeure partie de l'acide carbonique, laissent immédiatement déposer la plus grande partie des carbonates terreux qu'elles tenaient en dissolution, et il se produit alors sous forme de cônes ou de pyramides coniques des travertins calcaires d'un aspect singulier. C'est dans ces incrustations, presque entièrement composées de carbonates calcaires et magnésiens, que M. Tripier a pour la première fois signalé la présence de l'arsenic présumé à l'état d'arséniate de chaux ou de strontiane, et jusqu'alors inconnu dans les eaux minérales. Quant aux principes sulfureux, ils disparaissent presque entièrement loin des sources ; aussi, les eaux expédiées n'en ont plus présenté que des *vestiges, non douteux* toutefois.

Les eaux de Hammam-Sétif sourdent d'un terrain calcaire ; elles ont une assez forte thermalité, qu'on porte à 49, 50 et 54° centigrades. Le volume des sources est considérable, et la nature minérale de l'eau présente une certaine analogie avec celles de Hammam-Mescontine.

D'après les résultats de l'analyse chimique de ces eaux, on peut reconnaître qu'il existe une assez grande ressemblance de composition chimique entre elles et les eaux de Hamman-Mescontine ; ce sont également des eaux salines calcaires, qu'on peut rapprocher de celles de diverses sources salines (Bourbonne, Aulus, Siradan, etc., moins la thermalité) ; leur thermalité doit jouer un rôle important dans l'application médicale. D'après leur nature, on peut croire que les eaux de Hammam-Sétif possèdent des vertus médicales du même genre que celles de Mescontine, et que dès lors elles doivent avoir une certaine importance pour la province qui les possède. (Adopté.)

Élection.

L'ordre du jour appelle l'élection d'un membre dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale. (M. Bérard prend le fauteuil de la présidence.)

D'après une lettre dont M. le secrétaire perpétuel donne lecture, M. Sandras retire sa candidature.

Nombre de votants : 70. Majorité : 36.

M. Chatin obtient 38 voix;
M. Ch. Robin 30;
MM. Bayle et Martinet chacun une.

En conséquence, M. Chatin est proclamé membre de l'Académie.

De la dualité des affections endémo-épidémiques annuelles des pays chauds palustres.

M. le docteur Félix Jacquot lit sous ce titre un mémoire destiné à exposer les principes d'une doctrine nouvelle sur les affections endémo-épidémiques des pays chauds palustres. Les lignes suivantes résument assez bien les principes fondamentaux de cette doctrine.

Les endémo-épidémies estivo-automnales annuelles des pays chauds palustres sont constituées par deux genres bien distincts de maladies : les unes palustres, dites aussi *à quinquina*, dues à des conditions accidentelles plus ou moins amovibles, aux miasmes; les autres, non palustres, dues au climat même, c'est-à-dire à des conditions essentielles, permanentes, plus ou moins inamovibles, et aux écarts de l'hygiène, dont l'effet principal consiste probablement à rendre plus impressionnable aux influences climatologiques. Ce dernier genre d'affections est commun à la plupart des pays chauds à peu près ; le premier ne règne que dans les pays à la fois chauds et palustres.

Si chaque genre a son étiologie distincte, il a aussi sa symptomatologie et sa thérapeutique. De plus, les trois phases des deux endémo-épidémies estivo-automnales élémentaires ne sont pas strictement contemporaines, de sorte que, par exemple, leur apogée ne coïncide point ordinairement. Selon les contrées, c'est l'un ou l'autre genre qui domine, tandis que son contemporain se tient au second rang; il en résulte qu'ici les maladies endémo-épidémiques sont surtout palustres ou à quinquina, pendant qu'ailleurs leur grand caractère général sera climatique, qu'on me passe ce mot pour caractériser les affections dues aux influences essentielles du climat. Les différences très notables que présentent les endémo-épidémies, selon les pays, tiennent à une autre cause encore : avec le climat la phénoménisation des maladies climatiques, qui font partie de l'endémo-épidémie annuelle, change manifestement elle-même; bien plus, de nouvelles espèces apparaissent même quelquefois, et impriment nécessairement un trait caractéristique au règne pathologique.

Un des deux élémentaires, soit la fièvre palustre, soit une affection climatique, peut exister isolément chez un sujet, conserver ainsi son individualité, et ne dicter qu'une indication thérapeutique simple; mais, plus souvent, les deux se combinent chez le même sujet, se confondent en une nouvelle individualité complexe, véritable fièvre proportionnée, constituée par l'union des deux éléments palustre ou miasmatique et climatique. Ainsi se trouve justifié le titre de ce travail : *De la dualité des endémo-épidémies*, etc. Ces éléments concourent à divers degrés à la formation de la maladie, qui est comme leur résultante. Ou l'élément palustre domine l'autre élément auquel il est marié, c'est ce qui arrive presque toujours en Algérie; ou, au contraire, l'élément climatique prend le dessus, comme on l'observe assez souvent à Rome ; enfin, il peut se faire que tous deux concourent pour une part plus ou moins égale à la formation de la maladie définitive.

La thérapeutique doit être double quand la maladie l'est elle-même ; par le sulfate de quinine, on s'attaque à l'élément palustre, tandis que son cohabitant appelle une médication consistant surtout dans des évacuants gastro-intestinaux.

L'individualité des deux éléments morbides est ainsi prouvée non-seulement par leur symptomatologie et par leur origine, mais aussi par la thérapeutique. Les évacuants, administrés seuls quand la maladie est complexe, les dégageront de l'élément climatique et laisseront en général subsister la fièvre palustre; au contraire, le sulfate de quinine abattra cette dernière, mais la convalescence ne sera pas franche à cause de la survivance du premier élément. (Commissaires : MM. Bricheteau, Bégin et Roche.)

Pellagre.

M. Gibert présente une femme du département de Seine-et-Oise, âgée de vingt-huit ans, et affectée de l'érythème caractéristique du visage, de la face dorsale des mains et des orteils, auquel commencent à se joindre les autres accidents propres à la maladie, bien que l'affection de la peau ne date que de sept semaines. C'est le troisième exemple observé depuis douze ans dans le service de M. Gibert.

La première observation d'une maladie jusque-là inobservée à Paris avait vivement frappé l'attention des médecins, et quelques exemples nouveaux ont été signalés, mais dont aucun n'a offert l'ensemble des phénomènes caractéristiques de la pellagre de Lombardie, tandis que les deux sujets qui ont succombé dans les salles de M. Gibert, à l'hôpital Saint-Louis, ont présenté tous les traits de la maladie. Ces deux sujets d'ailleurs, non plus que la malade actuelle, n'avaient jamais fait usage de maïs.

— La séance est levée à quatre heures et demie.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séances des 25 juillet et 1er août 1853. — Présidence de M. Combes.

Recherches sur les alcaloïdes des quinquinas.

M. Pasteur lit sous ce titre un mémoire dont l'objet est de faire connaître quelques alcaloïdes nouveaux du quinquina et d'exposer quelques faits nouveaux relatifs aux alcaloïdes déjà connus. Voici les principaux faits exposés dans ce mémoire :

La *cinchonine* engagée dans une combinaison saline quelconque, soumise à l'action de la chaleur, se transforme en une nouvelle base isomère avec elle et entièrement distincte de la cinchonine. M. Pasteur l'appelle *cinchonicine*. Tous les sels de cinchonine peuvent servir à la préparation de la cinchonicine.

La quinine, dans les mêmes circonstances, se transforme en un nouvel alcaloïde isomère de cette base, que l'auteur appelle *quinicine*.

Les propriétés générales de la cinchonicine et de la quinicine offrent des analogies bien marquées avec les isomères d'où elles dérivent. Elles présentent surtout entre elles les plus vives ressemblances. Toutes deux sont presque insolubles dans l'eau, très solubles au contraire dans l'alcool ordinaire ou dans l'alcool absolu. Toutes deux se combinent facilement à l'acide carbonique et chassent à froid l'ammoniaque de ses combinaisons salines. Toutes deux se précipitent de leurs solutions sous forme de résines fluides, à la manière de la quinine dans certaines circonstances. Toutes deux, enfin, dévient à droite le plan de polarisation. Elles sont également très amères et fébrifuges.

Sous le nom de quinidine, on a confondu deux alcaloïdes entièrement distincts par leurs propriétés physiques et chimiques, et qui sont presque constamment associés par mélange dans la quinidine du commerce, si l'on n'a pas eu le soin de purifier celle-ci par plusieurs cristallisations successives ; ce qui explique, suivant l'auteur, toutes les contradictions que l'on rencontre dans les travaux des chimistes qui ont étudié cette substance.

Ainsi, la quinidine, découverte en 1833 par MM. Henry et Delondre, est autre chose que ce qu'on appelle aujourd'hui de ce nom en Allemagne et en France, et le produit allemand est très souvent mélangé en forte proportion de celui qui a été découvert par MM. Henry et Delondre. L'une d'elles, à laquelle M. Pasteur conserve le nom de quinidine, est hydratée, efflorescente, *isomère de la quinine*, dévie à droite le plan de polarisation, et possède, à l'égal de son isomère la quinine, le caractère de la coloration verte par addition successive du chlore et de l'ammoniaque.

L'autre base, à laquelle l'auteur donne le nom de cinchonidine, est anhydre, isomère de la cinchonine, exerce à gauche son pouvoir rotatoire, et ne possède pas le caractère précité de la coloration verte.

C'est elle qui est aujourd'hui la plus abondante dans les échantillons commerciaux. Il est toujours très facile, en exposant à l'air chaud une cristallisation récente de la cinchonidine, de reconnaître si elle renferme la quinidine. Tous les cristaux de cette dernière base s'effleureront immédiatement en conservant leurs formes, et se détacheront en blanc mat sur les cristaux de cinchonidine demeurés limpides. On peut également recourir au caractère de la coloration verte par le chlore et l'ammoniaque.

En résumé donc, il y a dans les écorces de quinquinas quatre alcalis principaux : la quinine, la quinidine, la cinchonine, la cinchonidine.

M. Pasteur a soumis les deux nouvelles bases, quinidine et cinchonidine, à l'action modérée de la chaleur, comme il avait fait pour la quinine et la cinchonine, et il est arrivé exactement aux mêmes résultats : c'est-à-dire que les deux nouvelles bases se transforment en bases isomères, poids pour poids, avec la même facilité et dans les mêmes conditions que les sels de quinine et de cinchonine.

Mais en outre, et c'est là un des faits les plus essentiels de ce travail, les deux nouvelles bases obtenues par transformation de la quinidine et de la cinchonidine sont identiques, la première avec la quinicine, la seconde avec la cinchonicine, de telle manière que l'on arrive à cette conséquence remarquable : des quatre bases principales renfermées dans les quinquina : quinine, quinidine, cinchonine, cinchonidine, les deux premières peuvent être transformées, poids pour poids, en une nouvelle base, la quinicine, ce qui prouve qu'elles sont elles-mêmes forcément isomères; et les deux autres, dans les mêmes conditions, se transforment en une seconde base, la cinchonicine, ce qui prouve que de leur côté elles sont elles-mêmes forcément isomères.

Les relations moléculaires que ces résultats signalent à l'attention des chimistes prennent un caractère nouveau lorsque l'on compare les pouvoirs rotatoires des six alcalis précédents.

Il est un point relatif à la quinoïdine sur lequel M. Pasteur appelle l'attention des fabricants de sulfate de quinine et des compagnies qui récoltent les écorces de quinquina en Amérique. La quinoïdine est toujours un produit d'altération des alcalis des quinquinas; elle a deux origines distinctes. Elle prend naissance dans le travail de la fabrication du sulfate de quinine, et surtout dans les forêts du Nouveau-Monde, lorsque le bûcheron, après avoir enlevé à l'arbre son écorce, expose celle-ci au soleil pour la dessécher. Alors les sels de quinine, de cinchonine que renferment ces écorces s'altèrent et se transforment en matières résineuses et colorantes qui forment la majeure partie de la quinoïdine du commerce. M. Pasteur a reconnu, en effet, qu'en exposant au soleil, seulement durant quelques heures, un sel de quinine et de cinchonine quelconque en solution étendue ou concentrée, il s'altère à tel point que la liqueur prend une coloration rouge-brun extrêmement foncée. Cette altération est d'ailleurs de la même nature que celle qui s'effectue sous l'influence d'une température élevée. Je crois donc que l'on éviterait, dit l'auteur en terminant, des pertes notables de quinine, de cinchonine, etc., et que l'on rendrait plus facile l'extraction ultérieure de ces bases si l'on avait la précaution de mettre à l'abri de la lumière les écorces de quinquina dès qu'elles sont récoltées, et d'opérer dans l'obscurité leur dessiccation. Le fabricant de quinine également doit éviter toute action d'une vive lumière.

Du traitement des fistules à l'anus par les injections iodées.

M. Boinet lit sous ce titre un mémoire qui a pour but de faire connaître l'efficacité des injections iodées dans la cure radicale des fistules à l'anus, quels que soient leur forme, leur siége, leur étendue, leurs complications, etc. Ce travail repose sur sept observations qui offrent des exemples de presque toutes les variétés de fistules à l'anus, fistules borgnes ou incomplètes, fistules complètes, fistules profondes avec clapiers et décollement de l'intestin, fistules chez des tuberculeux, etc. Ces observations prouvent que cette méthode de traiter les fistules à l'anus par les injections iodées est efficace dans tous les cas, et surtout dans ceux où la méthode ordinaire, la méthode par incision, était impuissante ou dangereuse, comme dans les fistules qui s'étendent profondément et qui s'observent chez les phthisiques, dans celles qui dépendent d'une carie, d'une altération quelconque de l'ischion, du coccyx, du sacrum, etc.

Les avantages des injections iodées sur la méthode généralement suivie aujourd'hui sont: d'arriver à la guérison par des voies plus courtes et plus faciles ; de diminuer les douleurs physiques; de ne pas exposer aux accidents des hémorrhagies, de la suppuration ; d'éviter les inconvénients des mèches ; de permettre aux malades de vaquer à leurs occupations et d'abréger la longueur du traitement; enfin d'être applicables à la pluralité des cas de fistules, et surtout à ceux où les méthodes ordinaires sont impuissantes.

Voici les conclusions du mémoire :

1° Les injections iodées, pratiquées convenablement et avec toutes les précautions que nous avons indiquées, peuvent guérir radicalement les fistules à l'anus, qu'elles soient complètes ou incomplètes, simples ou compliquées ;

2° Elles les guérissent plus promptement que la méthode de l'incision employée aujourd'hui, et avec moins de dangers et moins d'inconvénients ;

3° Elles ne produisent aucune douleur, et sont plus faciles à pratiquer ;

4° Elles n'empêchent pas les malades de vaquer à leurs affaires, et les mettent à l'abri d'un long séjour au lit et de pansements douloureux répétés tous les jours ;

5° Elles sont applicables dans tous les cas, et surtout dans ceux où les opérations de l'incision et de l'excision sont ou impossibles ou très dangereuses ;

6° Enfin, elles n'aggravent jamais la position des malades, même dans les cas où elles seraient inefficaces ; il est donc rationnel de les mettre en usage avant de recourir à l'instrument tranchant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

L'Académie de médecine vient de perdre encore un de ses membres ; M. le docteur Villeneuve, connu par sa collaboration au *Dictionnaire des sciences médicales*, a succombé à une longue maladie, et, malgré la philosophique rigidité de ses dispositions testamentaires, ses obsèques ont eu lieu aujourd'hui au milieu d'un concours nombreux de confrères et de collègues de l'Académie.

M. Villeneuve était membre de la section d'accouchement. Sa mort complète le nombre nécessaire pour motiver une nouvelle élection.

Ainsi, outre celle qui a été faite hier de M. Chatin, l'Académie aura bientôt à procéder à deux autres élections par suite de la mort de MM. Abraham, Andral père, Devilliers, Husson, Orfila et Villeneuve.

Comme on le voit, la section d'accouchements a perdu deux de ses membres, MM. Devilliers et Villeneuve, et le nombre se trouverait réduit à cinq sans la mutation de M. P. Dubois, qui dernièrement a passé de la section de pathologie chirurgicale dans celle-ci. Il est probable cependant que l'une des deux prochaines élections aura lieu dans la section d'accouchements, réduite actuellement à six membres.

— Nous avons vu avec satisfaction M. Ferrus assister hier à la séance de l'Académie de médecine. Retenu quelque temps à la campagne par une maladie assez grave, notre honorable confrère paraît avoir recouvré toute sa santé juvénile ; de nombreuses félicitations ont accueilli sa présence au sein de la Compagnie.

— *Liste des membres du bureau de la Société médico-psychologique.*

MM. Ferrus, président ;
Gerdy, vice-président;
Dechambre, secrétaire général ;
Brierre de Boismont, secrétaire ;
Michéa, secrétaire-archiviste-trésorier ;
Buchez, Cerise, Baillarger, } membres du comité de rédaction.

— A la suite d'un concours qui a commencé le 20 juillet, et dans lequel MM. Afflatet et Jallaguier ont fait preuve de talent, M. Jallaguier a été nommé aide d'anatomie de la Faculté.

(*Annales de clinique de Montpellier.*)

— Le titre de *docteur en droit civil* vient d'être conféré à M. le docteur Forbes-Winslow par l'Université d'Oxford. Le *Morning chronicle*, en annonçant cette nomination, félicite notre confrère de ne devoir cette distinction qu'à son talent, à son caractère, à son dévouement à la science, et surtout aux services qu'il a rendus à la médecine psychologique.

— *Prix des Annales médico-psychologiques.* — Le prix fondé par M. Mitivié pour la meilleure collection d'observations sur les maladies du système nerveux, et consistant en une médaille de la valeur de 200 francs, a été décerné à M. Bertier, élève interne de l'asile public d'Auxerre.

— Un prix extraordinaire de 500 francs, offert, en 1844, par le professeur Martial (de Turin), sera délivré, en 1855, au meilleur mémoire sur la *Monographie du tétanos traumatique*. Le concours aura lieu à la Société médico-chirurgicale de Bologne. Les mémoires devront être envoyés *franco* au secrétariat de ladite Société avant le 31.

Trop souvent, dans l'usage, on oublie que les lois qui régissent la pharmacie intéressent la santé et la sécurité publiques. Quelques-unes même, qui, au premier abord, se présentent sans apparence de grande utilité, si on y regarde de plus près, si on interroge les annales judiciaires, apparaissent avec toute l'importance signalée à la tribune par le rapporteur de l'ordonnance de 1846. Combien de crimes, en effet, dont on n'a dû la découverte qu'à la rigoureuse et fidèle exécution de toutes ces prescriptions, ou dont on ne peut trouver l'explication que dans la négligence et l'inobservation des règlements ! Au premier rang se placent, sans contredit, les dispositions relatives à la vente des poisons ; et cependant de temps en temps nous voyons les tribunaux obligés de rappeler par leur jugement qu'à toutes ces lois se rattache une sanction pénale. Aujourd'hui, c'était encore une contravention de cette nature qui amenait M. Cathala devant la police correctionnelle (7e chambre).

Une visite de MM. les professeurs de l'Ecole de pharmacie amenait la constatation dans une officine de l'absence du registre spécial sur lequel, aux termes de l'article 3 de l'ordonnance royale du 29 octobre 1846, tout pharmacien doit inscrire l'achat et la vente des substances vénéneuses. Le registre ordinaire de la pharmacie constatait bien, il est vrai, toutes les ventes, mais cela ne suffisait pas ; procès-verbal fut dressé ; et, en conséquence, M. Cathala comparaissait aujourd'hui sous la prévention d'infraction aux lois et ordonnances qui régissent la pharmacie. Malgré ses protestations de bonne foi et l'énonciation des ventes sur le registre général, le tribunal, considérant qu'aux termes de la loi chaque pharmacien doit avoir un registre sur lequel il doit inscrire les substances vénéneuses qui sortent de son officine; que rien ne peut exempter de cette obligation, a condamné M. Cathala à 100 fr d'amende et aux frais.

Souscription en faveur d'un confrère dans l'infortune.

La *Gazette des Hôpitaux*	20 fr.
M. le docteur Garcin	5
M. le docteur Foucart	10
M. Noël	3
Un anonyme	25
M. Deschamps	30
M. le docteur Picard	15
Un élève en médecine	2
M. Lebrun	5
M. Falret	50
M. Voisin	50
M. Brierre de Boismont	50
M. le docteur Machelard	5
Total	270 fr.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Corps étrangers articulaires. In-8° avec quatre belles planches. Par le docteur Morel-Lavallée, chirurgien de l'hospice des Enfants-Trouvés. Chez Victor Masson, place de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Traité des hydropisies et des kystes, ou des collections séreuses et mixtes dans les cavités closes naturelles et accidentelles, par M. le docteur Abeille, médecin de l'hôpital du Roule, lauréat de l'Académie impériale de médecine, etc. — Un volume in-8° de 650 pages. Prix : 7 fr. 50. Chez J.-B. Baillière.

Névrologie, ou description et iconographie du système nerveux et des organes des sens de l'homme avec leur mode de préparation ; par MM. Ludovic Hirschfeld, docteur en médecine de la Faculté de Paris, et J.-B. Léveillé, dessinateur. Paris, 1853, 10e livraison. In-4°, figures noires, 5 fr. ; fig. coloriées, 10 fr. L'ouvrage complet, comprenant 368 pages et 92 planches, fig. noires, 50 fr. ; fig. coloriées, 100 fr. — A Paris, chez J.-B. Baillière, rue Hautefeuille, 19.

Le Gérant, Le Soupé.

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur 36, rue de Vaugirard.

Nº 93. — SAMEDI 6 AOUT 1853. (26e ANNEE.) Nº 93. — SAMEDI 6 AOUT 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

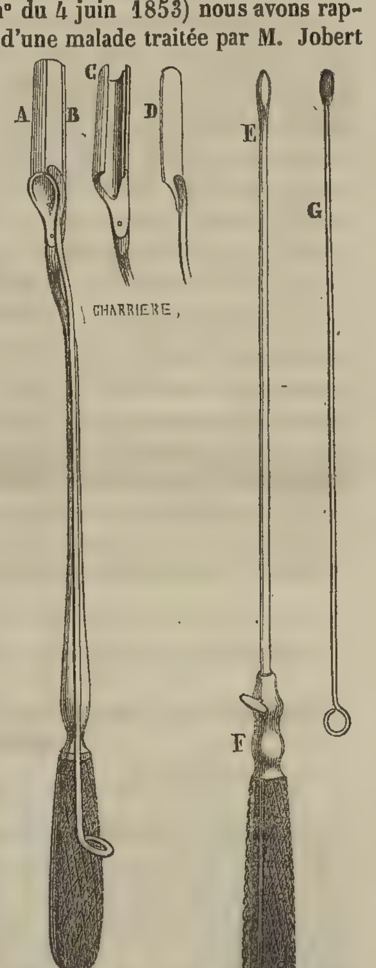
	Trois mois	Six mois	Un an
Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	8 fr. 50 c.	16 »	30 »
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	9 fr.	17	33
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	10 fr.	20	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Spéculum intra-utérin. Stylets à cautérisation de M. Jobert (de Lamballe).

Dans un précédent article (nº du 4 juin 1853) nous avons rapporté avec détails l'observation d'une malade traitée par M. Jobert (de Lamballe) pour une névralgie utérine extrêmement rebelle, se compliquant de métrorrhagie. On se rappelle que malgré l'ancienneté de la maladie la guérison fut rapidement obtenue par l'introduction du cautère actuel dans l'intérieur même de la cavité utérine. M. Jobert s'était servi alors d'un simple madrier de sonde rougi à blanc qu'il introduisit à travers l'orifice externe du col utérin, visible dans le champ d'un spéculum plein ordinaire. Depuis, il a très heureusement modifié cette manière de faire, en inventant un petit spéculum qui, destiné spécialement à l'examen de l'intérieur même de la cavité du col utérin, sert en outre à mettre à l'abri du contact du fer rouge celles des parois de cette cavité sur lesquelles l'action du caustique ne doit point porter.



Ce spéculum, qui permet au chirurgien d'agrandir le champ de ses investigations jusqu'à l'intérieur de la cavité utérine, et de porter sûrement ses agents thérapeutiques sur les points précis qu'il veut atteindre, consiste dans un cylindre creux A B, qui, muni de son embout G, représente très bien un spéculum plein ordinaire, mais réduit à des dimensions qui lui permettent de pénétrer à travers l'orifice du museau de tanche, préalablement mis à découvert dans le champ d'un autre spéculum.

Pour qu'il pût être manœuvré facilement, il était donc indispensable qu'il fût supporté par un manche suffisamment long représenté fig. A B. On peut, après l'introduction de l'instrument, transformer le cylindre A B en une gouttière C, en retirant, à l'aide d'un manche spécial, une portion B de la paroi du cylindre. Cette portion, figurée en D, glisse dans une rainure de la gouttière C, pour reconstituer le cylindre complet figuré en A B. On conçoit de suite l'utilité de cette segmentation du spéculum pour explorer successivement toutes les parois de la cavité cervico-utérine. De la même façon que l'on explore les parois du vagin en enlevant une des valves d'un spéculum à trois ou à quatre valves. Ce spéculum une fois introduit, un cautère olivaire E, d'un diamètre en rapport avec le sien, peut être porté jusque dans l'intérieur de la matrice sans atteindre les parois de la cavité du col alors qu'elles doivent être ménagées, ou, au gré de l'opérateur, n'agir que sur un point déterminé de ces mêmes parois, quand, après avoir enlevé la lame D, il n'a plus laissé dans l'utérus que la gouttière C.

M. Jobert n'a pas encore trouvé l'occasion d'employer cet instrument à l'hôpital; mais deux fois il en a fait usage dans sa clientèle particulière. Dans les deux cas, assez peu différents l'un de l'autre, il existait des ulcérations développées dans l'intérieur même de la cavité du col, avec granulations fongueuses sécrétant du pus et donnant lieu à de fréquentes métrorrhagies. Dans un des cas, la guérison a été obtenue après trois cautérisations. Quant à la seconde malade, elle est encore en cours de traitement, mais son état est déjà considérablement amélioré; elle se félicite surtout de la disparition des douleurs excessivement vives qu'elle éprouvait autrefois.

Fig. 1.

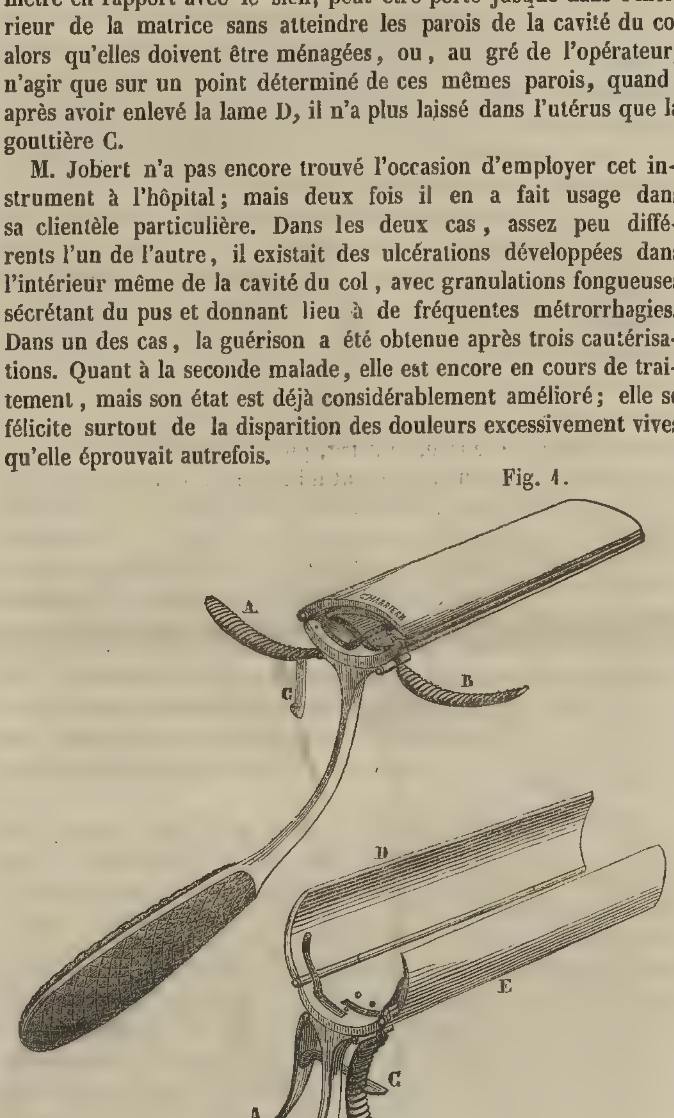


Fig. 2.

Dans ces deux cas, ce n'est pas avec un des spéculums déjà connus que M. Jobert a découvert le museau de tanche pour ensuite y introduire son petit spéculum, qui mériterait bien d'être appelé réellement *spéculum utérin* par opposition à tous les autres, auxquels conviendrait mieux le nom de spéculums vaginaux. Celui dont il a fait usage est une véritable gouttière trivalve qu'il vient également d'inventer, et qui nous paraît devoir être surtout extrêmement utile pour examiner la paroi antérieure du vagin, surtout dans les cas de fistule vésico-vaginale; à elle seule elle peut remplacer le spéculum univalve, qui déprime la paroi postérieure, et les deux leviers qui écartent les parois latérales.

Les indications données par M. Jobert pour la confection de cet instrument ont été très bien saisies par M. Charrière, qui l'a fait exécuter avec cette habileté que personne ne lui conteste.

Cette gouttière, que nous représentons ici fermée (fig. 1), offre une épaisseur très peu considérable qui permet de l'introduire sans difficulté en la présentant dans le sens de l'ouverture valvaire; quand elle est dans le vagin, il suffit de rapprocher l'une de l'autre les branches A et B pour relever les deux valves latérales D et E qui étaient couchées sur la valve postérieure, avec laquelle elles s'articulent à charnière; par suite du rapprochement des branches A et B, le ressort C entre spontanément en jeu et maintient les lames relevées: de telle sorte qu'avec cette gouttière ainsi constituée (fig. 2) le chirurgien peut explorer en même temps le col utérin et toute la cloison vésico-vaginale, et qu'il peut même librement opérer sur ces parties. Il serait superflu d'ajouter qu'il suffit d'un changement de position de l'instrument pour mettre à découvert, au lieu de la paroi antérieure, tel autre point de la muqueuse vaginale que l'on désirerait explorer.

Du traitement de certaines lésions de la face interne de l'utérus au moyen de la curette de Récamier.

Par M. NONAT, médecin de l'hôpital de la Pitié.

La membrane qui revêt la face interne de la matrice peut être le siége de diverses altérations. Parmi ces altérations, il en est une qui mérite de fixer notre attention d'une manière toute spéciale : je veux parler des granulations qui se développent à la face interne de l'utérus, et dont Récamier a le premier tracé l'histoire.

Ces granulations, ainsi que cet habile observateur l'a démontré, ont le volume d'un grain de millet ou de chènevis; tantôt blanchâtres et assez fermes, tantôt plus molles, plus rouges et plus riches en vaisseaux sanguins, elles occupent soit l'orifice supérieur du col, soit les diverses régions de la surface interne du corps de l'utérus.

Liées à un état inflammatoire chronique de la membrane interne et du tissu propre du corps de la matrice, elles occasionnent, suivant M. Robert, la plupart des symptômes qui appartiennent aux ulcérations du col utérin, et elles peuvent produire des dérangements très notables dans la menstruation, et quelquefois même des métrorrhagies abondantes ou fréquemment répétées.

C'est pour combattre directement ce genre de lésions que Récamier a imaginé un instrument connu sous le nom de curette, et c'est à l'aide de cet instrument qu'il est parvenu à guérir un certain nombre de malades qui avaient été traitées inutilement par d'autres médications.

Depuis les observations de Récamier sur ce point important de médecine pratique, MM. Robert, Maisonneuve et Nélaton (1) ont publié des faits qui sont venus en confirmer l'exactitude.

Les succès obtenus par les honorables confrères dont je viens de

(1) Nous avons rapporté (numéro du 10 février 1853) deux observations où la curette a été employée avec avantage par M. Nélaton, et nous les avons fait suivre des reflexions pratiques présentées par cet habile professeur.

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Névrologie ou *Description et iconographie du système nerveux et des organes des sens de l'homme avec leur mode de préparation*, par le docteur Ludovic HIRSCHFELD et M. LÉVEILLÉ. — In-4º de 47 feuilles et 92 planches.

Il y a trois ans, nous rendions compte de la première livraison de cet ouvrage, et nous souhaitions aux auteurs d'atteindre au terme de leur œuvre avec autant de bonheur qu'ils en méritaient d'après le spécimen que nous en avions sous les yeux. Le courage ne leur a pas manqué depuis cette époque; un travail incessant, rude et pénible, surtout en raison des opérations et des recherches minutieuses qu'il nécessitait, leur a permis de terminer en un assez court espace de temps l'œuvre à laquelle ils attachaient leur nom, et nous sommes heureux de constater aujourd'hui que le succès ne leur a pas fait défaut non plus; depuis les premières livraisons, il a été toujours grandissant, et il est tel aujourd'hui qu'il sera désormais impossible d'écrire sur la névrologie au point de vue anatomique ou physiologique sans avoir consulté, sans citer l'iconographie dont il est ici question.

Jusqu'à présent, nous n'avons, dans les articles consacrés à l'examen des livraisons de la *Névrologie*, parlé que d'une manière isolée des divers chapitres contenus dans chaque fascicule; aujourd'hui nous pouvons jeter un coup d'œil général sur l'ensemble du traité et insister sur les principaux points auxquels M. Hirschfeld a cru devoir donner plus de développements.

Comme division fondamentale, nous avons d'abord à noter celle qui partage le livre en deux parties bien distinctes : 1º *anatomie du système nerveux;* 2º *organes des sens*, indépendantes l'une de l'autre, mais cependant reliées entre elles par des connexions si intimes qu'il paraît à peu près impossible de les étudier l'une sans l'autre.

La première partie commence, et il ne pouvait en être autrement, par la description et la représentation des enveloppes du système nerveux central, la dure-mère, l'arachnoïde, la pie-mère, considérées dans leurs parties intra-crânienne et rachidienne, et qui ne comprennent pas moins de 10 à 12 planches. Puis vient la moelle épinière étudiée isolément, dans sa forme et sa structure, etc.; nous n'aurons dans ce compte-rendu que bien peu de remarques critiques à faire. Qu'il nous soit donc permis de ne pas laisser échapper une seule occasion de montrer à M. Hirschfeld que nous ne lui ferons pas grâce d'une objection.

Pourquoi n'a-t-il pas jugé à propos de consacrer un article spécial, sous un titre particulier, à la moelle épinière, cet appareil si important, qu'il semblerait avoir voulu traiter très secondairement, si l'on s'en rapportait à la place qu'il lui a assignée? Il nous semble, nous lui soumettons cette opinion, qu'il eût mieux valu faire suivre la description des enveloppes de celle de l'encéphale, et arriver ensuite à la moelle épinière, qui n'est après tout que le plus gros tronc nerveux qui se détache du centre encéphalique, et son prolongement naturel.

Après les enveloppes et la moelle épinière, vient l'étude de l'encéphale, déjà tant de fois faite, et pour laquelle l'auteur n'a pas craint de proposer, après les maîtres, une nouvelle méthode qui, nous devons le dire, nous a paru beaucoup plus simple et plus intelligible que celles généralement adoptées. Les descriptions particulières des différentes régions commencent par la moelle allongée, au sujet de laquelle on trouve dans le nouvel ouvrage des opinions bien éloignées de celles de certains hommes qui passent pour des autorités en pareille matière. C'est ainsi, par exemple, pour n'en citer qu'une, que M. Hirschfeld nie l'entrecroisement des fibres qui forment le sillon médian de la paroi antérieure du quatrième ventricule, entrecroisement admis par M. Foville.

Puis le cervelet, et enfin le cerveau, dans la structure duquel M. Hirschfeld a fait quelques découvertes nouvelles, et dont il a exposé avec plus de netteté et de précision certains détails encore douteux.

C'est ainsi qu'il démontre péremptoirement par des figures, copie exacte de la nature, que le corps calleux est constitué par des fibres qui aboutissent aux circonvolutions ou qui en émanent, et qu'il constitue une véritable commissure des hémisphères, et non, comme on l'a prétendu, une commissure des pédoncules cérébraux. On a remarqué une excellente description des circonvolutions cérébrales, plus simple aussi que les descriptions ordinaires, et pour laquelle, comme d'ailleurs pour tout le reste de son livre, l'auteur a mis à contribution les travaux de ses devanciers, sans en rester l'imitateur servile.

L'histoire du système nerveux périphérique, considéré en général, suit immédiatement celle de l'encéphale; puis viennent les nerfs crâniens, formant chacun le sujet d'un article spécial, suivant leur importance, l'exposé des ramifications de chacune des douze paires étant suivi d'un résumé complet et concis, où se trouve consigné en quelques lignes tout ce qu'il est nécessaire de savoir pour que la mémoire conserve un tableau fidèle des dispositions essentielles nécessaires au médecin ou au chirurgien.

citer les noms ne pouvaient laisser dans mon esprit aucun doute sur l'utilité de la curette de Récamier dans le traitement de quelques affections de l'utérus; cependant je n'osais l'employer, et je partageais à ce sujet les appréhensions de la plupart des praticiens.

Je craignais, je l'avoue, de faire naître des lésions graves dans l'utérus en portant un instrument de cette nature jusque dans la cavité de la matrice. Avant donc d'en faire usage, j'étudiai les diverses lésions de l'utérus et de ses annexes; j'appris à discerner les unes des autres, afin de déterminer avec plus de précision dans quels cas il convient de mettre en usage la curette de Récamier. C'est alors, et seulement alors, que je me suis décidé à me servir de cet instrument.

La première fois que je l'employai, il s'agissait de combattre une métrorrhagie qui datait de cinq ans et qui avait résisté à tous les moyens qu'on a coutume d'opposer aux hémorrhagies. Deux séances m'ont suffi pour détacher de la face interne de la matrice les granulations qui entretenaient la perte utérine et pour obtenir la cessation complète des accidents.

Dans un deuxième cas, il s'agissait d'une perte utérine qui depuis quatre ans alternait avec des pertes en blanc; ces accidents étaient accompagnés d'une rétroversion de la matrice. L'emploi de la curette de Récamier a eu ici le même succès que dans le premier cas.

Depuis lors, j'ai eu recours à la curette de Récamier chez trois autres malades qui sont encore en traitement et qui, je l'espère, ne tarderont pas à être guéries. Déjà deux de ces malades ont cessé d'avoir des pertes en rouge, et elles ont éprouvé un grand soulagement. Je me propose d'ailleurs de rapporter ces observations avec quelques détails, et j'essaierai de faire ressortir les indications et les contre-indications de l'emploi de la curette de Récamier dans un prochain article.

Caractères et traitement de l'herpès de la vulve.

L'herpès de la vulve a été incomplétement décrit par les auteurs. Biett, qui a si bien institué le diagnostic et le traitement des affections eczémateuses, prurigineuses et lichénoïdes des parties génitales, a passé sous silence ces éruptions si intenses chez la femme. Alibert est le premier qui, d'après Plumbe, en parle sous le nom d'olophlyctide progéniale. M. Rayer, dans son *Traité des maladies de la peau*, et M. Huguier, dans son *Mémoire sur les maladies des appareils sécréteurs des organes génitaux externes de la femme*, n'ajoutent rien à la description d'Alibert. Il est cependant très important, dans quelques cas surtout de médecine légale (viol ou tentative de viol), d'établir d'une manière bien tranchée les caractères de l'herpès, et de le distinguer des affections syphilitiques. Aussi croyons-nous utile d'emprunter à un mémoire fort intéressant que vient de publier dans les *Archives* M. le docteur Legendre, médecin de l'hôpital de Lourcine, l'exposé des caractères généraux et du traitement de cette maladie, qui n'est pas excessivement fréquente, et que l'on observe surtout dans les hôpitaux consacrés à la réception des femmes atteintes d'affections spéciales, tels que Lourcine et St-Lazare.

Caractères généraux de l'herpès de la vulve. — L'herpès de la vulve se présente sous deux aspects différents, suivant qu'il consiste en un ou deux groupes de vésicules, ou bien en un grand nombre de vésicules disséminées ou groupées. Dans le premier cas, les grandes lèvres ne sont ni rouges ni tuméfiées, les ganglions inguinaux ne sont pas augmentés de volume; la malade n'éprouve presque pas de douleur, mais seulement un peu de cuisson dans le point occupé par l'éruption. Rarement on observe la maladie à son début, alors qu'elle est caractérisée par un groupe de cinq ou six vésicules globuleuses, du volume d'un grain de millet, remplies d'une sérosité citrine parfaitement transparente et entourées d'une aréole rosée plus ou moins étendue; le plus ordinairement, les vésicules sont déjà aplaties, ridées, flétries, remplies d'une sérosité lactescente, ou bien elles se sont élargies, confondues, et tendent à former un soulèvement bulleux de l'épiderme. Enfin, très souvent l'aspect vésiculeux ou bulleux de l'éruption a disparu quand on examine les malades; l'affection se traduit alors par une érosion très superficielle, arrondie, grisâtre, entourée d'une aréole rosée, et se rencontrant soit sur la face externe, soit sur la face interne des grandes lèvres. Cette érosion, qui résulte de la déchirure et de l'enlèvement de l'épiderme au niveau des vésicules et de l'intervalle étroit qui les séparait, pourrait donner le change quand on n'est pas averti, et être prise pour un chancre, surtout quand elle avoisine l'entrée du vagin, et surtout la fourchette.

Quand l'herpès de la vulve occupe de nombreux points de la face externe et interne des grandes lèvres, et souvent même du périnée et de la marge de l'anus, les malades arrivent se plaignant de cuissons brûlantes, de douleurs vives au niveau des parties génitales externes. Ces douleurs sont exaspérées par le contact de l'urine lors de la miction, et aussi par la marche, qui devient quelquefois presque impossible, tant elle est douloureuse. Lorsqu'on examine ces parties, on trouve les grandes lèvres plus ou moins tuméfiées et rouges, ainsi que la marge de l'anus, quand cette région participe à la maladie; puis ce qui frappe tout d'abord, c'est la présence de nombreuses ulcérations existant sur les faces externe ou interne des grandes lèvres, ou bien occupant plus particulièrement leur bord libre. Tantôt ces ulcérations sont bornées à la vulve; tantôt la marge de l'anus, le périnée, et même la face interne et supérieure des cuisses dans les points qui correspondent au bord libre des grandes lèvres en présentent de semblables. Que ces ulcérations soient recouvertes de petites croûtes brunâtres, ou bien que leur surface n'étant masquée par aucune production croûteuse ou pultacée, elles fournissent un liquide séro-purulent ou purulent, elles offrent dans tous les cas les caractères suivants : ces ulcérations sont en général superficielles, et constituent plutôt des érosions que de véritables ulcérations; elles sont régulièrement arrondies, à bords nettement découpés, à fond grisâtre; de la largeur d'une très petite lentille lorsqu'elles sont isolées, elles sont plus étendues et irrégulières quand elles résultent de la réunion de plusieurs ulcérations voisines. Bien qu'en général ces ulcérations soient très superficielles et n'intéressent que les couches profondes de l'épiderme, ce qu'on appelait le corps muqueux, il en est cependant quelques-unes dans le nombre qui simulent de véritables chancres par leurs bords plus élevés et taillés à pic, par leur fond grisâtre.

Enfin, ce qui ajoute encore quelquefois à l'illusion, c'est le développement, sur les points de la surface interne des cuisses qui correspondent aux ulcérations du bord libre des grandes lèvres malades, de petites ulcérations arrondies, à fond grisâtre, qui semblent être le résultat de l'inoculation d'un liquide virulent fourni par les ulcérations des grandes lèvres, tandis qu'il ne faut voir là que l'effet du contact d'un liquide simplement irritant sur deux surfaces qui se correspondent et se touchent.

Il est bien rare qu'en poursuivant son examen on ne découvre pas d'autres lésions qui mettent sur la voie de la nature de ces ulcérations; ces lésions consistent dans la présence de vésicules isolées, mais le plus souvent groupées au nombre de cinq ou six, globuleuses, de la grosseur d'un grain de millet, distendues par une sérosité transparente de couleur citrine et entourées souvent d'une étroite aréole rosée. Quand ces vésicules datent déjà d'un jour ou deux, leurs caractères changent : la sérosité devient lactescente; l'épiderme se ride, se flétrit, puis se déchire; alors les couches superficielles du derme sont mises à nu, et l'on arrive ainsi par des modifications successives, par une espèce de dégradation insensible de la vésicule commençante de l'herpès, à l'ulcération plus ou moins profonde qui succède à la déchirure des vésicules. Parfois les vésicules, au lieu de se déchirer isolément, s'élargissent d'abord, se confondent, puis donnent naissance à un soulèvement bulleux de l'épiderme, qui se déchire à son tour et se recouvre quelquefois d'une couche pseudo-membraneuse. D'autres fois, enfin, le liquide que renferment les vésicules, après être devenu séro-purulent, se concrète sous la forme d'une croûte brunâtre, du volume d'un grain de chènevis, et qui recouvre une petite ulcération sous-jacente.

Quand les groupes d'herpès existent sur la face interne des grandes lèvres, à la marge de l'anus, ou bien au périnée, leur présence est facilement constatée; mais, lorsqu'au premier abord on ne les découvre pas, il faut, avant d'en nier l'existence, examiner attentivement la face externe des grandes lèvres, tendre la peau de ces parties afin d'effacer les plis et les rides au milieu desquels les vésicules sont souvent cachées : on voit alors nettement quelques vésicules isolées ou groupées qui tout d'abord étaient masquées par la structure particulière de ces parties. J'ai presque toujours, pour ma part, constaté la présence de quelques vésicules caractéristiques au milieu des ulcérations nombreuses dont la vulve était parsemée; cependant l'on conçoit que ce caractère puisse disparaître à la longue, quand les ulcérations sont entretenues plus longtemps que d'habitude par le défaut de soin, la malpropreté, des écoulements âcres, tenaces. Toutefois ces cas sont rares, car les causes qui entretiennent les ulcérations continuent aussi à engendrer de nouvelles vésicules.

Dans tous les cas où la vulve offre plusieurs groupes d'herpès, les ganglions lymphatiques de la partie interne des aines sont tuméfiés et un peu sensibles à la pression, tuméfaction et sensibilité d'autant plus prononcées que l'éruption d'herpès est plus étendue et a donné naissance à des exulcérations plus nombreuses et plus profondes; cet engorgement, qui acquiert quelquefois le volume d'un petit œuf de pigeon, est peu saillant, et son volume s'apprécie mieux par le toucher que par la vue. Je ne l'ai jamais vu s'accompagner de rougeur de la peau, ni se terminer par suppuration; seulement sa résolution complète est assez lente, et ne s'opère souvent que quelques jours après que les ulcérations sont déjà cicatrisées.

Traitement. — Lorsque l'herpès de la vulve consiste en un ou deux groupes de vésicules, les moyens les plus simples suffisent pour dissiper cette affection de peu d'importance; on doit engager les malades à ne pas marcher, à résister aux démangeaisons assez vives qu'elles éprouvent, à faire de fréquentes lotions avec une décoction de feuilles de morelle refroidie, à moins, comme cela arrive si souvent, que l'éruption vésiculeuse n'accompagne l'époque menstruelle, auquel cas les lotions devraient être tièdes.

Mais, lorsque les vésicules groupées ou disséminées se sont transformées en exulcérations très douloureuses, soit que les malades aient continué à marcher, ou que, vaincues par la violence des démangeaisons, elles aient fini par se gratter, il est besoin alors de recourir à un ensemble de moyens calmants; ce sont des bains tièdes d'eau de son d'une heure de durée pris tous les deux jours; des bains de siége les jours intercalaires; l'application constante de cataplasmes de fécule de pomme de terre et d'eau de guimauve mis à nu sur la vulve, renouvelés toutes les cinq ou six heures, et précédés, à chaque nouvelle application, de lotions de décoction de feuilles de morelle, dans le but de débarrasser les parties malades de la couche aigrie de l'ancien cataplasme. Le repos au lit, des boissons adoucissantes, une alimentation douce et peu copieuse, complètent les moyens généraux du traitement. On devra y joindre des injections d'eau tiède ou de décoction de feuilles de morelle quand l'herpès de la vulve se sera développé pendant le cours d'une vaginite, de même qu'on devra se borner au repos au lit et à des lotions tièdes, fréquemment renouvelées, si l'herpès s'est montré pendant l'époque cataméniale. Sous l'influence de ces moyens, la douleur, quelquefois très vive, qui accompagne les exulcérations qui ont succédé à la déchirure des vésicules d'herpès cède rapidement; il en est de même de l'aspect grisâtre des exulcérations, qui disparaît souvent du jour au lendemain pour faire place à une coloration rosée, puis les exulcérations s'affaissent et se cicatrisent complétement au bout de cinq à six jours. Si, parmi les ulcérations disséminées, souvent en grand nombre, sur la vulve, il en est parfois quelques-unes qui conservent leur sensibilité et tardent à se cicatriser malgré l'emploi des émollients, soit que le siége qu'elles occupent (voisinage du vagin, marge de l'anus, périnée) les expose sans cesse au contact de liquides irritants ou bien à des frottements répétés, il est bon quelquefois de substituer alors aux émollients de légers attouchements avec le crayon de nitrate d'argent, qui font cesser la sensibilité des surfaces ulcérées et en favorisent la guérison. Enfin, si après la cicatrisation des ulcérations qui ont succédé à la déchirure des vésicules, il se manifeste au niveau des cicatrices une tendance hypertrophique, on peut, au lieu d'en attendre la disparition spontanée, naturelle, en hâter la résolution par des attouchements superficiels avec le nitrate d'argent, ou bien encore avec l'huile de cade.

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. Bouchet.

Sur l'emploi des fumigations d'iode dans les ophthalmies scrofuleuses.

Par M. Adolphe Beauclair, interne des hôpitaux de Lyon.

Il est notoire en médecine que c'est ordinairement aux maladies les plus difficilement curables qu'on a opposé les moyens les plus nombreux. Ce fait général trouve son application particulière dans l'ophthalmie scrofuleuse qui va nous occuper. Nous aurions trop à dire s'il fallait exposer ici tous les traitements conseillés contre une affection aussi commune que rebelle. Notre intention n'est pas de proposer, mais de mettre en faveur, s'il est possible, une application de l'*iode*, qui, sans être très nouvelle, a du moins été jusqu'ici ou peu employée ou mal observée.

L'iode est un spécifique bien connu opposé à la cachexie scrofuleuse. Ses préparations nombreuses ont une efficacité non douteuse, et leurs effets surpassent tout ce qui a été préconisé jusqu'ici contre le vice strumeux.

Les composés iodés, administrés à l'intérieur, agissent directement contre l'élément scrofuleux, mais ce n'est que secondairement que les localisations de cette diathèse en reçoivent l'heureuse influence; de là, retard dans la guérison, si l'on exclut l'application des topiques et si l'on met tout son espoir dans la modification constitutionnelle. C'est ce qu'on peut constater surtout dans l'ophthalmie scrofuleuse, que les traitements à la fois internes et externes modifient si avantageusement.

L'application extérieure de l'iode sur les yeux ne peut-elle pas venir en aide à son ingestion par le tube digestif, ou à son absorption par toute autre surface? C'est ce que M. le docteur Bouchet (médecin de l'Hôtel-Dieu) a eu l'idée de rechercher, et il a atteint ce but en vaporisant l'iode et en dirigeant sa vapeur vers les yeux affectés d'ophthalmie. Les expériences qu'il a tentées dans sa pratique particulière ayant été couronnées de succès, il ne sera pas sans intérêt de les faire connaître.

Les recherches de plusieurs oculistes célèbres, et notamment celles de Mackensie, établissent une certaine identité entre l'état de la surface des ulcères et celui des membranes ordinairement enflammées dans les ophthalmies. En effet, l'oculiste écossais précité a reconnu par des examens minutieux que dans l'ophthalmie scrofuleuse surtout la conjonctive palpébrale est couverte de granulations plus ou moins volumineuses, mais le plus souvent imperceptibles à l'œil nu. Ces éminences, plus fréquentes à la paupière supérieure qu'à l'inférieure, se rencontrent aussi sur la conjonctive oculaire, quoique beaucoup moins abondantes. Leur aspect est comme fongueux et leur vascularisation n'est pas douteuse.

C'est de ces granulations que viennent les mucosités et le pus

---

Les nerfs spinaux ou rachidiens et le système du grand sympathique terminent la première partie, celle qui comprend toute la névrologie proprement dite, partie de laquelle nous ne saurions dire autre chose, sinon que nous ne sachions pas de livre d'anatomie où cette branche de la science ait été mieux et plus originalement traitée sous tous les rapports, et où l'on rencontre plus de vues propres à l'auteur, sans aucun cependant de ces écarts qui sont plutôt un signe de bizarrerie que d'originalité.

La seconde section comprend les organes des sens, étudiés dans l'ordre suivant :

1° L'œil et ses annexes, c'est-à-dire les voies lacrymales, l'appareil de locomotion de l'œil et le globe oculaire lui-même ;
2° L'oreille interne et externe ;
3° Le nez et les fosses nasales ;
4° L'organe du goût ;
5° Celui du toucher.

On ne saurait se figurer, si l'on n'a point parcouru ce travail, l'immense labeur qu'il a fallu pour le mener à fin, le nombre et l'étendue des recherches auxquelles a dû se livrer l'auteur, qui n'a voulu laisser passer sans les examiner et sans les discuter aucune des opinions émises par les anatomistes les plus modernes. On remarque dans ces chapitres des organes des sens une foule de citations des auteurs allemands principalement, qui ont surtout écrit sur ces minutieuses matières. Nous signalerons parmi les planches de cette seconde partie celles qui sont relatives à l'oreille interne, à l'organe de l'odorat, aux membranes de l'œil, planches qui, par-dessus toutes, se recommandent par la finesse, la délicatesse des détails, et causent au premier abord un sentiment d'étonnement autant que d'admiration.

Comme remarque générale à faire sur la *Névrologie* de M. Hirschfeld, nous ne saurions trop appeler l'attention sur l'heureuse idée qu'il a eue de faire toujours suivre la description d'une partie, si petite qu'elle soit, de quelques lignes contenant le mode de préparation, le meilleur procédé pour arriver promptement, et avec le moins de chances d'erreurs possible, à la découverte, à la mise en lumière de la partie que l'on veut étudier.

Un des grands mérites de M. Hirschfeld, avons-nous déjà dit, quant à la disposition des figures de son atlas, c'est d'avoir fait en sorte, quand il s'occupe des nerfs, par exemple, que la description graphique d'un nerf donné soit autant que possible complète dans une planche. On sent qu'il n'a pu en être toujours ainsi; mais toutes les fois que la chose a été possible, l'auteur s'est attaché à être fidèle à la loi qu'il s'était imposée.

Le dessinateur, M. Léveillé, déjà bien connu du monde médical pour ses beaux dessins d'anatomie descriptive et chirurgicale, s'est élevé à un plus haut degré de perfection encore, s'il se peut, que dans les précédentes publications qu'il avait enrichies de son crayon habile et fidèle. On peut le dire sans craindre d'être taxé d'exagération, auteur, artiste et éditeur ont élevé à la science anatomique, dans le *Traité de névrologie*, un des plus beaux monuments qu'ait produits le demi-siècle qui vient de s'écouler.

Dr A. Foucart.

Nos abonnés nous ont souvent demandé de leur rendre de petits services, comme de transmettre leurs mémoires aux académies, de leur faire parvenir du vaccin, des livres, des instruments, etc., etc. Une personne fort entendue à cet égard est attachée à l'administration de la *Gazette*, et leur rendra ces bons offices avec tout le zèle et l'empressement désirables.

des ophthalmies, par un travail analogue à la sécrétion pyogénique fournie par les bourgeons charnus qui se trouvent à la superficie des plaies. Le nitrate d'argent ne peut être porté que sur quelques points isolés des paupières ou de l'œil; une cautérisation générale offrirait les plus grands dangers, si on ne tenait pas compte de la douleur insupportable qu'elle occasionnerait au malade. Cependant il importe dans les ophthalmies de rechercher les topiques qui agissent sur toute l'étendue des parties enflammées et qui répriment sans trop de souffrance ces granulations signalées par Mackenzie. L'expérience a démontré que les fumigations d'*iode* employées convenablement remplissent avec avantage ces deux conditions.

Il s'agit donc des vapeurs de ce métalloïde dirigées méthodiquement vers l'œil, par une heureuse extension de l'application que M. le professeur Bonnet a faite récemment des solutions iodées au pansement des plaies et ulcères de nature strumeuse. Le malade ressent de ces vapeurs un picotement plus ou moins vif, quelquefois une véritable cuisson suivie d'épiphora. Sans entrer dans de longues considérations au sujet de l'action de ce topique gazeux, il est cependant rationnel de l'attribuer à la *substitution* qu'opèrent sur les yeux enflammés les substances irritantes. On ne peut invoquer ici une double modification (locale et générale), car on n'ignore point que la force absorbante des muqueuses irritées est presque nulle. Toutefois, qu'on admette ou non un effet *substitutif*, ce qu'on ne saurait nier ce sont les heureux résultats qu'on obtient quand on emploie bien les vapeurs iodées (1), comme on en pourra juger par les deux observations que nous exposerons entre autres, quand nous aurons fait connaître la manière de les diriger.

On sait que l'iode se volatilise à une température assez basse (28 à 30°) en répandant une belle vapeur violette. On soumet à une faible chaleur la lame d'un couteau ou tout autre instrument analogue sur lequel on dépose un petit cristal de cette substance de la grosseur d'une lentille. Elle doit alors se consumer lentement; au même moment, on approche l'œil du patient de la vapeur qui se produit en ayant soin de le tenir ouvert. Le couteau, possédant peu de calorique, peut être mis à une distance de 4 à 5 centimètres des paupières sans risquer de brûler les malades. Un corps quelconque placé au-devant de l'œil s'oppose à la dispersion trop rapide de la vapeur et fait que cet organe en reçoit davantage, sans compter qu'il est bon d'utiliser une substance, qui est d'un prix assez élevé. Ce procédé pourrait à la rigueur suffire, mais le suivant est bien plus commode et bien plus avantageux.

Il consiste à prendre une capsule en métal, par exemple, chauffé au degré voulu. On y projette l'iode en poudre ou en fragments, et on applique dans son intérieur un tube en verre terminé d'un côté par un orifice évasé et de l'autre par une gondole ou œillère pouvant contenir l'œil comme le petit vase qui porte ce nom. De cette manière la vapeur est entièrement utilisée, l'œil y est soumis tout entier et aussi longtemps qu'on le désire, ce qui n'est pas le moindre avantage de ce petit appareil. De plus le malade n'est point suffoqué par l'odeur pénétrante et désagréable qu'il respire comme conséquence de l'autre procédé et dont le médecin lui-même ne peut pas toujours se garantir.

Ceci posé, il résulte des expériences qui ont été faites :

1° Que les vapeurs iodées employées seules contre l'ophthalmie scrofuleuse peuvent guérir cette affection, mais après un traitement persévérant;

2° La guérison est beaucoup plus rapide si l'on joint à ce moyen les épithèmes ordinairement employés;

3° On ne peut révoquer en doute la plus grande efficacité de ces derniers moyens, quand ils sont employés concurremment avec les fumigations d'iode que quand on les administre seuls.

Obs. I. — Le malade qui fait l'objet de cette observation a d'abord été traité uniquement par les fumigations iodées. Sous leur influence, l'ophthalmie dont il est affecté s'amende d'une manière sensible, mais avec lenteur. La guérison ne se fait pas attendre quand on combine les vapeurs du métalloïde avec l'emploi des topiques ordinaires.

M. Jules C..., habitant la rue Bourbon, est un enfant de huit ans, jouissant en apparence de la meilleure santé; cependant en l'examinant avec soin on reconnaît chez lui les signes d'une constitution débile et sinon scrofuleuse du moins très lymphatique. Il est atteint d'ophthalmie depuis un mois et demi environ contre laquelle sa mère a dirigé sans succès plusieurs vésicatoires ou mouches de Milan aux deux bras.

Voici ce qu'on remarque quand l'enfant nous est soumis : rougeur extrême des conjonctives oculaires et palpébrales, kératite légère de part et d'autre avec de petits néphélions sur les deux cornées, qui sont un peu ternes; épiphora, photophobie intense, sécrétion de mucosités épaisses qui rendent les paupières adhérentes le matin, cuisson extrême des deux yeux.

Les moyens suivants sont prescrits : huile de foie de morue à l'intérieur; à l'extérieur, trois fumigations iodées par jour. Un bandeau imbibé d'eau de roses protége les deux yeux dans la journée. Huit jours de ces fumigations amènent un amendement évident. L'inflammation est moindre, la rougeur est un peu tombée, la sécrétion muqueuse diminuée. Cependant ce résultat est peu prononcé; il s'est produit avec lenteur. Alors on associe quatre fumigations par jour à l'usage d'un collyre au sulfate de cuivre, à deux mouches de Milan derrière chaque oreille et à des frictions sur le front avec onguent napolitain et extrait de belladone parties égales. Dès ce moment, on marche plus rapidement vers la guérison. Peu à peu les conjonctives perdent leur turgescence, la cornée devient limpide et les néphélions diminuent d'étendue; en même temps, la photophobie cesse, la sécrétion muqueuse disparaît peu à peu, ainsi que l'épiphora et la douleur. L'œil gauche pourtant subit ces modifications à un moindre degré que le droit, et il conserve une certaine inflammation quand son congénère est presque entièrement guéri. Trois semaines de ce nouveau traitement ont eu tout le succès désirable. M. Jules C... a pris sous l'influence des moyens généraux et locaux auxquels il a été soumis une santé florissante, et ses yeux ont peu à peu repris leur aspect normal.

Nous devons les détails de cette observation à l'obligeance de notre collègue M. Viguier.

Obs. II. — Julie F..., âgée de dix-sept ans, ouvrière en soie, native de Savoie et habitant Lyon, offre tous les attributs de la constitution scrofuleuse : un chapelet de glandes engorgées au côté droit du cou, un facies bouffi et blafard, un nez épaté, de grosses lèvres, etc...; de plus, sa menstruation est presque entièrement supprimée depuis trois mois. Depuis cette époque, ses deux yeux sont le siége d'une inflammation de nature strumeuse évidente. Déjà, à l'âge de sept ou huit ans, elle a été atteinte d'une ophthalmie double qui n'a cédé qu'à un traitement long et persévérant. La cornée transparente du côté gauche offre depuis lors un albugo qui envahit un tiers du champ de la pupille.

Au moment où on l'examine (19 octobre 1852), voici ce que l'on constate :

Blépharite œdémateuse des deux yeux; la conjonctive oculaire est rouge et la cornée injectée; sécrétion mucoso-purulente, photophobie intense; la malade a peine à distinguer les objets, surtout de l'œil droit, qui offre un état d'inflammation plus considérable. Le traitement suivant est institué : une mouche de Milan derrière l'oreille droite d'abord, puis une seconde derrière l'oreille du côté opposé; une prise chaque jour de 20 centigrammes de fer réduit par l'hydrogène; collyre avec l'extrait de belladone. Au bout de quatre ou cinq jours, on remplace le collyre belladoné par un collyre avec 5 centigrammes de nitrate d'argent cristallisé.

L'état de la malade n'étant pas amendé le 3 novembre, c'est-à-dire après quinze jours de ces moyens, on emploie les fumigations iodées concurremment avec des frictions résolutives sur le front; ces fumigations sont faites d'abord deux fois par jour, puis trois fois, d'après le procédé que nous avons indiqué.

Le 8 novembre (après cinq jours du nouveau traitement), les yeux offrent une amélioration notable; les conjonctives sont moins rouges et la photophobie infiniment moindre. On constate, le 13, un amendement encore plus sensible; la photophobie a presque totalement disparu; les conjonctives oculaires et palpébrales sont naturelles; la sécrétion, de mucoso-purulente qu'elle était, est devenue purement muqueuse et de beaucoup moins abondante. L'œdème des paupières est aussi moins prononcé, et la vue est un peu plus nette. On en vient à quatre fumigations par jour, en employant chaque fois des cristaux d'iode un peu plus volumineux.

Voici l'état des yeux le 20 novembre, après sept jour de fumigations : disparition complète de la photophobie, diminution fort notable de l'injection des conjonctives; la cornée a perdu une partie de son aspect nébuleux; la vue est sensiblement meilleure; l'œdème des paupières seul persiste encore en partie. Ce traitement est continué durant une douzaine de jours, au bout desquels la malade offrirait une guérison parfaite si tout l'empâtement palpébral s'était dissipé; d'ailleurs, tous les phénomènes inflammatoires avaient disparu, et on sait que cet empâtement disparaît ordinairement avec lenteur.

Cette observation, où les fumigations d'iode ont été employées en même temps que d'autres topiques, fait voir clairement que la guérison a été beaucoup plus rapide que si l'on s'était borné aux moyens habituellement conseillés.

Nous avons depuis recueilli quelques observations plus récentes qui montrent aussi l'efficacité des vapeurs iodées dans le traitement de l'ophthalmie scrofuleuse. (*Gaz. méd. de Lyon.*)

(1) Les premiers essais faits avec les fumigations d'iode n'ont pas été concluants, parce que nous avions négligé plusieurs précautions.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Bons effets des fumigations salpêtrées dans certains cas d'accès d'astame.

Rien de mieux établi pour calmer une attaque d'asthme que l'emploi des fumigations de certaines plantes vireuses, et en particulier du datura, de la jusquiame et de la belladone; il est cependant certains malades qui ne sont pas soulagés par ces substances; aussi avons-nous signalé, il y a quelques années, un moyen nouveau qu'un médecin breton préconisait pour l'avoir essayé sur lui-même avec succès. Ce moyen consiste à placer le malade dans une atmosphère de fumée de papier imprégné de nitrate de potasse. Depuis cette époque aucun fait n'a été produit à l'appui de l'assertion de notre confrère. Ce silence nous engage à mettre sous les yeux de nos lecteurs le fait suivant, que nous trouvons consigné dans une leçon de M. Trousseau sur le traitement de l'asthme. L'emploi du papier nitré ou salpêtré est un moyen très simple, dit M. Trousseau, et dont il serait difficile d'expliquer le mode d'action; cependant il a réussi chez plusieurs de nos malades. Je connais intimement une famille dont le chef et deux demoiselles âgées de vingt-trois ans et vingt-sept ans avaient des attaques d'asthme très rapprochées. Ces trois malades ont fait usage du papier salpêtré; depuis cette époque, les attaques se sont éloignées, et, quand elles reparaissent, il suffit qu'on ait recours au même remède pour qu'en dix minutes tout rentre dans le calme. C'est donc là une espèce de fumigations qu'on peut ajouter, ne fût-ce qu'à titre d'essai, à celles dont la liste est connue.

Pour préparer ce papier, on verse dans une assiette un demi-verre d'eau dans lequel on jette 15 grammes de nitrate de potasse. Si tout le sel n'est pas dissous, vous en concluez que le liquide en est saturé; alors vous trempez dans la solution du papier sans colle et vous le faites sécher. Le mode d'emploi suivi par M. Trousseau est plus simple que celui que nous avons mentionné. Au lieu d'enfermer son malade dans une petite chambre et de lui constituer une atmosphère de fumée en faisant brûler une grande quantité de papier salpêtré, M. Trousseau a réussi en faisant rouler le papier en forme de cigarettes. On place une de ces cigarettes en ignition sous le nez du malade, qui en aspire la fumée par les narines et par la bouche. (*Journ. de méd. prat.* et *Répert. de pharm.*)

Sirop de feuilles de frêne;

Par M. Emile Mouchon, pharmacien à Lyon.

Les propriétés antigoutteuses et antirhumatiques que l'on a cru reconnaître aux feuilles de frêne nous engagent à publier la formule de ce sirop, qui a réussi à M. Mouchon dans un cas rebelle de sciatique chronique.

Feuilles de frêne en poudre.	125 grammes.
Eau de fontaine bouillante.	1,000 —
Sirop de sucre.	1,000 —

Mettez d'abord en contact, pendant quatre heures environ, la poudre de frêne et un poids double au sien d'eau bouillante, que vous maintiendrez à peu près au même degré de température dans un vase clos; ayez ensuite recours au déplacement, dans un appareil convenable, à l'aide de l'eau restante, toujours entretenue au degré d'ébullition, pour épuiser complétement la poudre; puis faites concentrer l'hydrolé avec le sirop pour ramener le tout au poids de 1,000 grammes.

Le sirop qui résulte de ce procédé est fortement chargé en couleur; il a l'aspect du sirop de salsepareille composé; mais il n'a rien qui puisse déplaire aux organes du goût. Il contient exactement, par 32 grammes, toute la matière soluble ou active de 4 grammes de feuilles, soit la dose prescrite par MM. Pouget et Peyraud pour deux tasses d'eau bouillante.

L'eau bouillante épuise beaucoup mieux la poudre de feuilles de frêne que l'eau froide, ainsi que j'ai pu m'en assurer par deux essais comparatifs. Ceci tient à la texture serrée de ces feuilles, et peut, du reste, s'appliquer à tous les végétaux dont la fibre végétale présente la même densité.

Les feuilles de frêne n'ayant rien dans leur nature qui puisse exercer une influence fâcheuse sur nos organes, l'action purgative qu'elles exercent à hautes doses ne pouvant pas même motiver des craintes, la posographie de ce sirop peut aisément être portée jusqu'à quatre cuillerées à soupe dans les vingt-quatre heures, et varier de ce maximum au minimum de deux cuillerées, que l'on étend d'autant de tasses d'eau bouillante.

LES CALCULS DE M. CARNOT SONT-ILS CONTESTABLES?

Par M. le docteur Bayard (1).

Du tableau comparatif de survivance qui termine l'article précédent, tableau fidèle des relevés mortuaires de Paris, réduit au chiffre commun de 13,189 décès généraux, employés par Buffon dans son *Histoire naturelle de l'homme*, il est maintenant facile de déduire celui-ci :

MORTALITÉ RELATIVE A DIFFÉRENTES ÉPOQUES.

Décès en dix ans sur dix mille individus d'un âge déterminé.

AGES.	1760 à 1767	1816 à 1823	1840 à 1847	PÉRIODES DÉCENNALES.
10	731	862	972	de 10 à 20 ans.
20	1,083	1,742	2,258	de 20 à 30 »
30	1,550	1,453	1,728	de 30 à 40 »
40	1,995	1,786	2,599	de 40 à 50 »

De ce tableau sommaire résulte évidemment la conclusion suivante, d'une importance majeure dans la question :

La mortalité des adultes ne s'est pas accrue, A LA MÊME ÉPOQUE, *pour les uns et pour les autres.*

Dans la période (1816-1823), vers l'année *moyenne* 1820, déjà le danger de mort avait augmenté de 61 p. 100 à l'âge de 20 ans, tandis que les âges de 30 et 40 ans, si cruellement frappés aujourd'hui, *prospéraient* encore sous l'influence hygiénique des travaux d'assainissement entrepris et suivis dans la capitale depuis le commencement du dix-neuvième siècle.

Ainsi, de 1816 à 1823, dans les mêmes positions sociales, dans les mêmes ateliers, dans les mêmes régiments, les individus de 30 ans mouraient en proportion beaucoup moindre que leurs camarades âgés de 20 ans, contrairement à toutes les données admises jusqu'alors dans l'Europe entière, contrairement à tous les faits signalés par les Deparcieux, les Suwmilch, les Buffon, les Duvillard, par tous les hommes éminents enfin, de 1746 à 1806!

N'est-ce pas bien évidemment parce que les premiers étaient nés de 1786 à 1793, les seconds de 1796 à 1803, et que dans le cours de cette dernière période un *germe* de destruction avait été *semé* pour la *première fois* à Paris sur les enfants au berceau?

S'il est possible d'expliquer d'une autre façon un fait aussi extraordinaire que celui-ci, un fait qui ne s'était *jamais présenté* à l'observation de qui que ce fût, à aucune époque, ni dans aucun pays de l'Europe, avant la découverte de la VACCINE, qu'on le dise, qu'on fournisse une autre explication. Le public attend et jugera.

Les chiffres qui démontrent ce fait capital sont aussi incontestables que les relevés de l'état civil de Paris, insérés depuis 1816 dans les *Annuaires du Bureau des longitudes*. Chacun peut les vérifier sans peine à l'aide des premières notions d'arithmétique. Des docteurs en médecine, reçus naguère bacheliers ès sciences, ont-ils vraiment bonne grâce et bonne foi à se récuser modestement en face de calculs aussi simples? Produits pour la *première fois* en 1850 à l'Académie des sciences, ces chiffres n'ont *jamais* été contestés. M. Dupin les a-t-il *ruinés* en 1848, ainsi que l'ont dit MM. Latour et Aran dans l'*Union Médicale*? Ne serait-il pas en droit de leur répondre avec le fabuliste :

Comment l'aurais-je fait, puisqu'ils n'étaient pas nés?

Il y a plus : ou je me trompe, ou M. Latour n'a pas même lu le mémoire dont il cherche à faire un épouvantail aux sceptiques! Que dit M. Dupin, en effet? Voilà ses arguments réduits à leur plus simple expression (*Comptes-rendus*, 4 décembre 1848) :

« M. Carnot n'est pas d'accord avec M. Demonferrand. Or l'Institut a naguère accordé à celui-ci le prix de statistique. Donc M. Carnot est dans l'erreur. »

Au mois de janvier 1849, ce dernier à un tel dilemme a répondu ainsi qu'il suit :

« M. Demonferrand a étudié *en France* la période de 15 ans (1817-1831) qui a pour *moyenne* l'année 1824. Or, de 1824 à 1849, il y a 25 ans, et 25 ans ont suffi pour *doubler* la mortalité de la jeunesse parisienne, pour *doubler* la proportion des morts aux malades dans les hôpitaux militaires de Paris. Voici les preuves! Donc il est absurde de prétendre appliquer à la France *actuelle* des chiffres bien ou mal recueillis 25 ans auparavant.

» Interrogez l'*état présent* du pays, messieurs! Les éléments en sont là, sous votre main : voyez, et concluez après! »

Alors, mais seulement alors, la contradiction a fait place au silence! Depuis quatre ans et plus l'Académie des sciences se renferme dans un mutisme obstiné! — Concluons :

LES CALCULS DE M. CARNOT SONT INCONTESTABLES, ET MÊME INCONTESTÉS AUJOURD'HUI PAR LES HOMMES D'INTELLIGENCE.

(1) Fin. — Voir les numéros des 28 juin et 16 juillet 1853.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 27 juillet 1853. — Présidence de M. DENONVILLIERS.

Présentation de malade.

M. GUERSANT présente un jeune garçon âgé de quinze ans, qui depuis cinq à six mois éprouve de la gêne dans l'arrière-bouche. Lorsqu'il y a six jours M. Guersant le vit pour la première fois, il reconnut qu'il existait :

1° Une tumeur volumineuse dans le pharynx, refoulant en avant le voile du palais;

2° Une tumeur analogue dans les fosses nasales;

3° Enfin, une autre tumeur qui fait saillie sous la joue et qui siége dans la fosse zygomatique.

M. Guersant demande à quelle opération il faut recourir dans cette circonstance.

M. CHASSAIGNAC pense qu'il faut pratiquer immédiatement l'ablation de ces tumeurs en fendant la joue, puis le voile du palais, et enfin en enlevant l'os maxillaire supérieur si cela devient nécessaire.

M. VOILLEMIER a examiné le malade avec soin, et il serait porté à considérer chacune des tumeurs comme parfaitement indépendante ; aussi proposerait-il tout d'abord d'enlever celle qui est située sous la joue.

M. LABORIE rappelle les communications faites à la Société de chirurgie par M. Robert à propos de ce genre de polype. Il lui semble que ce cas se rapporte bien à ceux qui ont été décrits par ce chirurgien. Ainsi, il s'agirait ici d'une de ces tumeurs fibreuses nées à la base du crâne en dehors du pharynx, pénétrant ensuite dans cet organe en s'engageant dans l'espace laissé libre par les fibres musculaires supérieures du constricteur, là où la paroi du pharynx est formée par la membrane céphalo-pharyngienne, se coiffant seulement de la muqueuse, et ensuite se divisant en digitations qui suivent régulièrement la marche suivante : une digitation reste pharyngienne, une autre pénètre dans les fosses nasales; une troisième enfin, contournant la partie postérieure et externe du maxillaire supérieur, vient s'engager sous la joue.

Pour M. Robert, la présence de cette tumeur zygomatique serait tellement caractéristique qu'il aurait pu dans deux cas, à première inspection du malade, reconnaître la nature de l'affection rien que par le fait de la déformation de la joue.

Dans ces cas, l'opération, pour pouvoir être terminée complétement, nécessite une mutilation du squelette de la face, comme cela a été pratiqué pour la première fois par Flaubert (de Rouen).

M. VOILLEMIER repousse l'assimilation entre ce malade et celui de Flaubert. Dans celui-ci, en effet, il y avait une déformation des os que l'on ne rencontre pas sur le malade de M. Guersant.

Du reste, ayant pu faire mouvoir séparément chacune des tumeurs, il persiste à les croire indépendantes.

M. GOSSELIN. Il s'agit ici d'un de ces cas à propos desquels la science n'est pas encore faite. On n'osait pas autrefois attaquer ces tumeurs comme cela se fait aujourd'hui, et l'on a reconnu l'insuffisance des anciens procédés.

Le malade de M. Guersant doit être opéré, et pour réussir il faut choisir entre deux opérations, celle de Flaubert ou celle de M. Nélaton.

L'opération de M. Nélaton nous paraît excellente; seulement on n'est pas encore suffisamment fixé sur les résultats qu'elle donne. Cependant, comme l'a fait remarquer M. Voillemier, les os n'étant pas déformés, on pourrait s'en tenir à cette opération; et, suivant les circonstances qui se révéleront pendant que le chirurgien agira, on enlèverait l'os maxillaire.

Il est possible que la simple incision du voile du palais suffise pour permettre de terminer l'opération.

M. GIRALDÈS. Toute la question se résume à savoir si la tumeur de la joue est indépendante; dans ce cas, l'opération sera simple. Il a pu, sur un malade, enlever une tumeur de ce genre, occupant le pharynx, en se bornant à inciser le voile du palais.

M. DENONVILLIERS demande si le malade est bien décidé à subir l'opération, s'il sera docile; car il faut ces conditions pour pratiquer l'opération de M. Nélaton.

M. GUERSANT doute de la docilité du sujet.

M. LARREY a examiné le malade avec le plus grand soin; il se range à l'opinion de MM. Voillemier et Gosselin. Il est porté à croire que la simple incision du voile du palais suffira, et serait opposé à une résection du maxillaire faite d'emblée. On n'aurait recours à cette opération que lorsque l'incision aurait été reconnue insuffisante.

M. FORGET rappelle que la Société a eu à examiner un fait intéressant soumis à son examen par M. Huguier. Il s'agissait aussi d'un polype de ce genre. Après examen attentif, on avait admis que la tumeur restait étrangère aux os du crâne, qu'elle se bornait à envahir la face, et quand on opéra, on reconnut que l'on s'était lancé dans une entreprise impossible. La tumeur envoyait des prolongements jusque dans le crâne; elle remplissait les sinus sphénoïdaux. Ne doit-on pas, en présence de l'analogie frappante qui existe entre le malade de M. Guersant et celui de M. Huguier, éprouver quelque hésitation avant de prendre un parti?

Plaie du cou par instrument tranchant. — Lésion du larynx.

M. CHASSAIGNAC communique l'observation suivante, qu'il a recueillie sur un malade actuellement placé dans son service, et qui présente des phénomènes non moins importants au point de vue physiologique que sous le rapport purement chirurgical.

Cet homme, qui est âgé de cinquante-deux ans, s'est fait au moyen d'un rasoir une large plaie à la partie antérieure du cou. L'incision, qui est transversale, a rasé très exactement le bord supérieur de l'os hyoïde, et de plus complétement divisé la base de la langue, en détachant l'épiglotte, qui reste appliquée en manière de feuille d'acanthe sur la face dorsale de la langue, à la surface de laquelle on peut la reconnaître en introduisant le doigt à travers la plaie, et en le recourbant en haut en manière de crochet. Il résulte de cette ablation de l'épiglotte que l'orifice supérieur du larynx se trouve complétement découvert et très facile à observer. Or, voici ce qui a été constaté :

1° Dans les premiers jours de la lésion on pouvait promener impunément le doigt sur cet orifice sans exciter ces phénomènes de suffocation et cette excitation convulsive qu'on observe habituellement au moindre contact d'un corps étranger sur la muqueuse laryngée, particulièrement celle qui borde l'orifice supérieur du larynx. Cette insensibilité a paru tellement extraordinaire, dans le cas particulier, qu'elle n'a paru explicable que par la section traumatique des nerfs laryngés supérieurs, section qui aurait paralysé du sentiment la muqueuse du larynx.

2° Le fait le plus remarquable consiste dans le mode d'occlusion de l'orifice supérieur du larynx au-dessous de l'épiglotte. Voici ce que nous avons observé à ce sujet :

Le larynx, à son orifice supérieur, et immédiatement au-dessous de l'épiglotte, ne se ferme pas par aplatissement transversal, mais par un mouvement d'arrière en avant de l'espèce de valve bi-arythénoïdienne, qui vient s'abaisser jusqu'au contact avec la concavité du cartilage thyroïde.

Il y a donc comme moyen de fermeture de l'orifice supérieur du larynx : 1° l'abaissement de l'épiglotte; 2° l'abaissement de ce qu'on peut appeler l'épiglotte *arythénoïdienne;* 3° le resserrement jusqu'à occlusion des lèvres de la glotte.

On croit généralement qu'en dehors de certaines conditions particulières, telles que l'effort, ou bien le passage des liquides et solides dans le pharynx, l'ouverture laryngée supérieure est béante d'une manière non interrompue. Il n'en est rien; car on peut remarquer chez le sujet de cette observation qu'il y a des repos fréquemment répétés dans l'acte respiratoire. Il n'y a pas une régularité parfaite dans ces intervalles de repos, comme cela a lieu dans les phénomènes de l'action du cœur, mais ces repos sont beaucoup plus longs et plus fréquents qu'on ne le croit généralement.

Quand on observe chez ce malade l'acte de la déglutition et de la phonation, il change très notablement suivant que la tête est inclinée en avant ou plus ou moins renversée dans l'état d'extension. Si, par exemple, on lui commande de prononcer les diverses voyelles la tête étant renversée, quelle que soit l'intention du malade de prononcer un *a*, un *e* ou un *i*, le son laryngé est identiquement le même. S'il abaisse la tête, chaque voyelle est distinctement articulé.

Dans la déglutition des aliments, si la tête est fléchie, l'acte physiologique s'accomplit très régulièrement à l'égard des solides et des liquides. Si, au contraire, la tête est renversée, les solides seuls suivent leur cours régulier; une grande partie des liquides s'échappe par la plaie et cause fréquemment des accidents de suffocation.

M. ROUX pense que la forme signalée par M. Chassaignac de l'ouverture supérieure du larynx peut bien avoir été modifiée par le fait même de la lésion.

M. GIRALDÈS rappelle à M. Chassaignac que M. Hébert Mayot a décrit et analysé un fait à peu près semblable en étudiant dans une très bonne thèse le mécanisme des mouvements des arythénoïdes.

M. DENONVILLIERS pense que le fait de M. Chassaignac présente un assez grand intérêt physiologique pour que la Société s'empresse d'en profiter. En conséquence, il désigne une commission qui devra examiner ce malade et en rendre compte.

Cette commission se compose de MM. Marjolin, Giraldès et Huguier.

Correspondance.

La Société reçoit divers journaux de médecine, entre autres le *Bulletin de la Société de médecine et de pharmacie de la Haute-Vienne*, 1852. Cette publication, qui contient bon nombre de faits chirurgicaux, est renvoyée à l'examen de M. Chassaignac.

— M. LARREY offre à la Société le rapport qu'il a fait récemment à l'Académie de médecine, au nom de MM. Velpeau et Bégin, sur un mémoire de M. Hutin, chirurgien en chef des Invalides, intitulé : *Recherches sur les résultats définitifs du traitement employé pour la guérison radicale de l'hydrocèle vaginale.*

Correspondance manuscrite.

M. LE SECRÉTAIRE donne lecture de la lettre suivante :

« Monsieur le président,

» J'ai l'honneur de vous informer que, par arrêté du 12 juillet courant, j'ai attribué, à titre de subvention, à la Société de chirurgie une somme de cinq cents francs.

» Je vous prie, monsieur le président, de vouloir bien me désigner immédiatement la personne au nom de laquelle doit être ordonnancée cette somme.

» Je suis heureux d'avoir pu donner à cette Compagnie savante ce témoignage d'intérêt pour ses travaux.

» Recevez, monsieur le président, etc.

» *Le ministre de l'instruction publique*,

» FORTOUL. »

M. LE PRÉSIDENT se chargera de transmettre à Son Excellence les remercîments de la Société.

— M. Vallette (de Lyon) adresse la lettre suivante, dont la Société autorise l'insertion dans ses *Bulletins.*

« Monsieur le président,

» J'ai l'honneur d'informer la Société de chirurgie que je viens d'opérer un anévrisme du pli du coude d'après la méthode du docteur Pravaz. Autant qu'il est permis d'en juger aujourd'hui, un succès complet couronnera cette nouvelle tentative. Je compte avoir l'honneur de vous adresser cette observation avec tous ses détails. On l'a dit avec raison, il est difficile de juger cette méthode avec les faits publiés jusqu'à ce jour; j'espère pouvoir expliquer les insuccès qui ont été observés, et poser quelques règles qui permettront de les éviter à l'avenir.

» La mort n'a pas permis au savant confrère que nous regrettons de tirer toutes les conséquences qui découleront de sa découverte. Elle sera féconde en résultats pratiques. Lorsque l'action du perchlorure de fer sur les liquides animaux aura été mieux étudiée, son emploi ne se bornera pas au traitement des anévrismes.

» Comme hémostatique, le perchlorure de fer est appelé à rendre d'importants services; mais ce n'est pas tout. Mettant à profit cette propriété que possède le perchlorure de fer de coaguler le sang, j'ai pensé à l'employer dans le traitement des varices. J'ai déjà fait l'application de cette méthode sur deux malades de mon service qui étaient affectés d'un ulcère variqueux et de varices considérables.

» Le perchlorure de fer, mis en contact avec le pus, exerce sur lui une action analogue à celle qu'il exerce sur le sang, c'est-à-dire qu'il le coagule et empêche sa décomposition. Ce n'est pas le moment de discuter le grand phénomène de l'infection purulente et de l'infection putride; ce qu'il y a de certain, c'est que les neuf dixièmes des opérés qui succombent sont emportés par la résorption purulente, soit que les accidents tiennent, comme je le crois pour la très grande majorité des cas, au passage du pus dans le torrent circulatoire, soit qu'ils tiennent, ainsi que je suis disposé à l'admettre pour quelques cas, à la résorption de certains principes putrides qui altèrent la composition du sang, et exercent sur l'organisme une action délétère caractérisée par la tendance à la production du pus dans les solides et les liquides du corps humain. Toujours est-il qu'en modifiant la composition du liquide sécrété ou, en d'autres termes, du pus, en agissant sur le sang qui suinte des plaies récentes, et sur les extrémités béantes des veines, le perchlorure de fer m'a paru avoir une action remarquable sur la marche de la cicatrisation et sur la guérison des opérés.

» En résumé, indépendamment de son application au traitement des anévrismes et à l'hémostasie, le perchlorure de fer me paraît applicable à la guérison des varices. Je me propose de l'employer également dans le traitement de la varicocèle et des tumeurs hémorrhoïdales. Le perchlorure de fer me paraît, en outre, jouir de la propriété de prévenir les accidents de résorption purulente. Je ne puis aujourd'hui que prendre date : j'espère avoir l'honneur de vous adresser à l'appui de ce que j'avance un travail basé sur de nombreuses observations.

» Agréez, monsieur le président, etc.

» A. VALETTE, D.-M.-P.

» Chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

» Lyon, le 21 juillet 1853. »

A la suite de cette lecture, M. GIRALDÈS demande la parole. Sans vouloir entrer dans une discussion qui viendra plus tard, dit M. Giraldès, je crois devoir dès maintenant protester contre cette assertion que le perchlorure de fer peut empêcher les phénomènes de l'infection purulente.

— M. LE SECRÉTAIRE donne enfin lecture de cette troisième lettre :

« Erlangen, le 24 juillet 1853.

» Monsieur le président,

» Étant reçu membre correspondant étranger de la Société de chirurgie de Paris au mois de mai dernier, j'avais promis à M. le secrétaire de la Société que j'adresserais à la Société de chirurgie mes comptes-rendus de clinique et quelques autres thèses et programmes académiques qui mériteraient quelque attention de la part d'une société chirurgicale; m'en acquittant, je vous prie, monsieur le président, de vouloir accepter cet envoi pour la bibliothèque de la Société de chirurgie. Ainsi je ne manquerai pas de faire de semblables envois, s'ils convenaient.

» Agréez, etc.

Dr HEYFELDER. »

Anévrisme artérioso-veineux.

M. DENONVILLIERS, à propos du procès-verbal, donne le résultat de l'examen auquel s'est livrée la commission nommée pour observer le malade de M. Giraldès.

La commission, dit M. Denonvilliers, a été d'avis qu'il n'y avait pas lieu de faire une opération; elle a pesé avec le plus grand soin les avantages et les inconvénients de l'abstention, et je suis chargé de vous transmettre son opinion.

Il y a chez ce malade de la tuméfaction, de l'hypertrophie du membre, de l'œdème, des varices et quelquefois des ulcérations aux jambes; mais il faut ajouter que ces ulcérations se forment dans le creux du jarret, et qu'elles se cicatrisent vite dès que le malade soumet son membre à la compression.

Malgré les accidents que nous venons de signaler, le malade gagne facilement sa vie : il est actif, il ne reste jamais couché; nous l'avons trouvé se promenant, marchant sans boiter; la vie, en un mot, ne paraît compromise en aucune façon.

D'un autre côté, nous nous sommes demandé ce qu'il faudrait faire si on se décidait à opérer.

On devrait lier l'artère là où elle est ouverte, c'est-à-dire immédiatement au-dessous du ligament de Fallope.

Ce n'est pas tout encore, il faudrait la lier au-dessous de la lésion, et il faudrait être assez heureux pour ne pas rencontrer de collatérale entre les deux ligatures; et, pour être plus certain de ne pas voir l'opération échouer par le fait de la présence d'une collatérale, des chirurgiens veulent qu'on ouvre le sac après avoir placé les ligatures; quelquefois on est forcé de lier la veine, comme Breschet l'a fait.

Or n'est-il pas certain qu'une simple ligature, une seule, appliquée là où il faudrait mettre la première, est déjà une opération des plus graves?

Dans une bonne thèse de M. Viguerie jeune, il est établi qu'on ne doit jamais lier l'artère crurale en ce point. Pour appuyer cette règle, M. Viguerie a examiné avec soin 300 cadavres; je me suis associé à ces recherches, et dans les deux tiers des cas nous avons reconnu que la crurale profonde naît à un pouce au moins du ligament de Fallope; et, si on ne rencontre pas cette disposition presque constamment, alors on voit naître au même point les circonflexes, de telle sorte qu'il y a environ trois chances sur quatre de rencontrer à cette distance la naissance d'une artère volumineuse.

En cherchant dans mes souvenirs, je me rappelle un fait de ligature appliquée en ce point par M. Lallemand, et la gangrène a suivi cette opération.

Deux ligatures rendent encore les chances mauvaises plus nombreuses.

En résumé, la commission repousse l'opération et conseille l'emploi d'un bandage compressif méthodiquement appliqué et constamment maintenu sur le membre.

M. ROUX, qui a également examiné le malade de M. Giraldès, partage entièrement l'avis de la commission; cependant il avoue, au point de vue théorique, qu'il serait moins effrayé des dangers de la ligature au-dessous du ligament de Fallope.

En examinant ce malade, dit M. Roux, je me demandais si, dans le cas où on se déciderait à opérer, il ne serait pas convenable de mettre à découvert d'abord l'artère iliaque externe et la lier de préférence. Il repousserait l'incision du sac.

Ligature de la veine crurale.

M. ROUX demande à communiquer à la Société un fait récemment observé dans sa pratique.

Un malade a été opéré il y a vingt-huit jours d'une tumeur volumineuse siégeant dans la région inguinale, qu'elle occupait en entier, descendant en outre en dedans et s'engageant dans le scrotum.

Cette tumeur, composée d'éléments de nature diverse, n'offrait cependant pas de cellules cancéreuses; elle en était à sa cinquième récidive.

Elle avait été enlevée quatre fois par Chélius; elle apparut pour la première fois il y a sept ou huit ans; la dernière opération date de dix mois. La constitution du malade n'est nullement altérée.

Après avoir disséqué la tumeur superficiellement, quand il fallut la dégager des parties profondes le chirurgien évita l'artère, qui dut être disséquée dans une assez grande étendue; mais on ne put éviter la veine crurale, qui fut ouverte.

Je dus, dit M. Roux, porter une ligature au-dessus et au-dessous de la plaie. Cette plaie était située au-dessus de l'abouchement de la saphène.

A l'instant même où fut appliquée la ligature, le membre est devenu violet et s'est refroidi; mais dès le lendemain la coloration du membre était moins marquée et la chaleur était normale.

Au troisième ou quatrième jour survint un œdème considérable envahissant la totalité du membre jusqu'à l'aine. Quelques jours après apparaissait un érysipèle qui suivit normalement ses périodes, et enfin un abcès se fit sur les côtés du pied. Après l'incision que l'on dut pratiquer, le foyer se réunit immédiatement. Actuellement le malade est dans un état satisfaisant.

L'opération avait duré près de deux heures; le malade est resté pendant tout ce temps dans l'anesthésie.

La plaie de l'opération est presque cicatrisée.

Ce fait, dit en terminant M. Roux, me paraît des plus importants. Peut-être suis-je le premier qui ait fixé l'attention des chirurgiens sur les dangers de la ligature de la veine crurale au-dessus de la saphène. Et en effet, *a priori* cette opération devait-elle être considérée comme des plus graves; cependant, dans ce fait peut-être unique, nous voyons que les accidents ont été presque nuls.

Suite de la discussion sur le rapport de M. Robert.

M. FORGET lit un discours que nous publierons dans le prochain numéro.

Le secrétaire de la Société : E. LABORIE.

LE SOURD.

Paris. — Typographie de PLON frères, Imprimeurs de l'Empereur
36, rue de Vaugirard.

N° 94. — MARDI 9 AOUT 1853. (26e ANNÉE.) N° 94. — MARDI 9 AOUT 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris
au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères,
en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Pays	Durée	Prix
Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	Trois mois	8 fr. 50 c.
	Six mois	16 »
	Un an	30 »
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	Trois mois	9 fr.
	Six mois	17
	Un an	33
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	Trois mois	10 fr.
	Six mois	20
	Un an	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

Paris, le 8 aout 1853.

Spéculum intra-utérin.

Nous avons publié dans le dernier numéro un article fort intéressant, qui contenait la description et le dessin d'un nouveau spéculum imaginé par M. Jobert (de Lamballe), et destiné à l'examen de la cavité du col de l'utérus. Nous recevons à ce sujet la lettre suivante, de l'un de nos honorables confrères de Lille, M. le docteur Plouviez :

Vous donnez, dit M. Plouviez, dans votre numéro d'hier (6 août) la description et la figure d'un spéculum utérin de M. Jobert, avec lequel on peut explorer l'intérieur du col et du corps de la matrice. Rendre de pareilles investigations possibles en même temps qu'elles permettent, sans inconvénients pour les parties saines, l'emploi de modificateurs thérapeutiques puissants, est d'une importance telle dans plusieurs affections de la matrice, qu'elle n'a pas besoin d'être démontrée.

Depuis plus de dix ans, je me sers pour ce genre d'explorations d'un spéculum particulier très simple sur lequel je désire vous dire quelques mots. Sous le rapport de sa construction et de son application, il offre peut-être des avantages sur celui de M. Jobert : au reste vous allez en juger. Un simple fil de laiton soudé sur un petit entonnoir un peu aplati, voilà la pièce principale. L'embout se compose d'un petit bouchon de 2 à 3 millimètres, fixé à un ruban qui sert à l'amener au dehors lorsque l'instrument est en place. L'extrémité du manche formant un petit cercle en dehors s'applique sur le rebord externe du spéculum vaginal, en sorte qu'avec la main gauche on peut maintenir le tout immobile et manœuvrer tout à l'aise. Il peut être exécuté partout par le premier ferblantier pour la somme modique de 20 à 30 centimes. J'en ai de différentes longueurs pour explorer tous les points du canal du col utérin, outre l'intérieur de la matrice. A travers leur ouverture, on peut étancher les liquides utérins au moyen de petites éponges fixées à des baleines avant d'y porter d'autres remèdes.

HOPITAL ROYAL OPHTHALMIQUE DE LONDRES.
M. James Dixon.

De l'iritis syphilitique chez les enfants.

L'inflammation de l'iris est une forme que la syphilis revêt rarement chez les enfants; néanmoins, elle s'est quelquefois présentée aux chirurgiens qui ont fréquemment l'occasion d'observer les maladies oculaires chez les pauvres; aussi en est-il fait mention dans les œuvres de MM. Lawrence, Jacob et Walker.

Le premier de ces écrivains ne donne que de courts détails sur les cas qu'il a rencontrés.

« Un malade avait environ un an et demi quand l'iritis survint; » celle-ci fut très modérée : l'iris perdit son brillant et prit une » teinte sombre; la pupille était un peu contractée; il y avait un » peu de rougeur de la sclérotique et de la paupière supérieure, » et une légère photophobie. »

La tendance à la formation de concrétions fibrineuses, qui constitue le principal symptôme de l'iritis syphilitique chez l'adulte, paraît avoir manqué. Chez l'autre malade, une éruption se montra peu de temps après la naissance, et quelques semaines plus tard il survint une inflammation considérable des yeux. Le mercure fit cesser cette inflammation ainsi que l'éruption. A quelques semaines de là les deux pupilles étaient fixes et légèrement contractées. On apercevait derrière l'une d'elles un corps opaque qui n'était point une cataracte; l'autre était nette. La vision était nulle des deux côtés.

M. Walker, dans son *Oculist's Vade-mecum*, mentionne brièvement l'existence de l'iritis syphilitique chez les enfants; mais, plus tard, dans le *Provincial medical and surgical Journal*, il avance qu'il a rencontré six cas d'iritis chez l'enfant, et cela dans l'espace de six ans; il ne dit point cependant expressément qu'aucun de ces cas eût une origine vénérienne. Il rapporte tout au long deux de ces cas; j'aurai occasion d'y revenir en parlant du traitement de cette maladie. MM. Evanson et Maunsell, qui ont vu tant d'enfants malades, n'ont rencontré qu'un seul cas d'iritis syphilitique sur un enfant d'un an. Le père seul était l'auteur de l'affection, car la mère était saine. Le docteur Taylor a rencontré récemment chez l'enfant un cas d'iritis, mais il le considère comme le résultat de la dentition.

Un cas bien prononcé d'iritis syphilitique sur un enfant de quatre mois s'est présenté au *London Ophthalmic Hospital;* j'en ai observé un autre cas sur un enfant de quatre ans, chez lequel il ne manquait que l'aveu de la mère pour établir d'une manière positive la nature spécifique de l'affection.

Obs. I. — Wm. F. J., âgé de quatre mois, fut apporté à l'hôpital le 19 février 1852. C'est un enfant bien venant, vif, prenant bien le sein, et ayant, au rapport de sa mère, toujours été tel depuis sa naissance. Il y a huit jours elle a remarqué que la sclérotique de l'œil droit devenait *rouge-œillet* et que l'enfant semblait fuir la lumière. Ces deux symptômes s'étaient dissipés lorsque je le vis, et l'absence de rougeur de la sclérotique contrastait avec l'étendue de l'épanchement fibrineux qui se montrait dans la chambre antérieure. La cornée était transparente; la moitié supérieure de l'iris, de couleur grise, ne présentait aucune altération de structure; la moitié inférieure était complétement cachée par le dépôt d'une masse irrégulière, d'une teinte jaune de Naples pâle, qui arrivait jusqu'au contact de la cornée et remplissait complétement la chambre antérieure jusqu'au niveau du centre de la pupille; celle-ci, plutôt dilatée que contractée, était déformée, insensible à la lumière, et une pellicule d'une substance semifluide qui empiétait sur la capsule rendait son contour peu distinct.

A cette époque, rien ne nous indiquait l'existence de la syphilis chez la mère ou l'enfant. L'absence de rougeur sur la sclérotique et la conjonctive me porta à considérer le dépôt de la chambre antérieure comme étant de nature scrofuleuse. L'état des intestins paraissait satisfaisant. On se borna à prescrire, lors de cette première visite, cinq gouttes de liqueur de quinquina de Batley, répétées deux fois par jour, et des fomentations sur l'œil en cas d'irritation et de rougeur.

23 février. L'œil est pis aujourd'hui; la partie supérieure de l'iris qui paraissait saine a pris une teinte sale; on ne la voit qu'à travers une humeur aqueuse trouble et comme contenant de la fibrine récemment épanchée, ce qui rend la forme de la pupille presque impossible à reconnaître, la pupille gauche est devenue aussi un peu irrégulière, et l'humeur aqueuse a pris, quoique à un moindre degré, la teinte trouble si remarquable de celle du côté opposé; néanmoins il y a à peine de la rougeur sur l'une ou l'autre sclérotique.

Cette fois la mère, qui est une jeune femme jouissant à présent d'une excellente santé, me raconte que six semaines avant qu'elle devînt enceinte de cet enfant son mari lui a communiqué la maladie vénérienne. Elle a eu des ulcères avec gonflement des glandes de l'aine. Elle a suivi pendant cinq semaines la consultation externe d'un hôpital, et vers cette époque il lui est survenu une éruption de boutons à la face et aux bras. Les ulcères et les boutons ont cédé à un traitement mercuriel modéré. Elle affirme n'avoir point eu de mal à la gorge; on n'aperçoit, en effet, aucune cicatrice sur les amygdales ou le voile du palais. Son enfant, un mois après sa naissance, a eu tout le corps couvert d'une éruption rouge-sombre et humide. Un médecin consulté administra à l'enfant des poudres (probablement le mercure à la chaux), et cinq semaines après l'éruption disparut, et une grande desquamation de l'épiderme se produisit.

La tendance à l'augmentation du dépôt dans l'œil droit, l'extension de la maladie à l'œil gauche, jointes aux renseignements que nous avions obtenus de la mère, prouvaient qu'il n'y avait pas de temps à perdre pour administrer le mercure. En conséquence, on prescrit un grain de mercure à la chaux, à prendre matin et soir; continuation de la liqueur au quinquina.

Le 26, pas d'augmentation de la maladie dans l'œil gauche; s'il y a quelque chose à noter, c'est plutôt un peu moins de trouble de l'humeur aqueuse. Dans l'œil droit, le dépôt jaune ne forme plus une masse agglomérée à la partie inférieure de la chambre antérieure; il paraît s'amollir et se dissoudre dans l'humeur aqueuse, de telle sorte qu'on peut à peine distinguer la position de la pupille à travers ce milieu rendu trouble. La santé de l'enfant est toujours bonne, et il tette bien.

Le 1er mars, moins de dépôt dans la chambre antérieure droite; la grande circonférence de l'iris s'aperçoit plus aisément, la fibrine s'étant rassemblée en masse plus dense vers la pupille, qui est encore plus obscurcie qu'à la dernière visite : la pupille gauche s'éclaircit rapidement, et son contour devient plus régulier.

Le 4, les choses se sont améliorées depuis trois jours; la circonférence externe de l'iris droit devient de plus en plus apparente; la partie la plus dense de la fibrine se voit flottante dans la pupille; l'œil gauche est presque complétement bien.

Le 11, l'iris a repris sa couleur et sa texture naturelles, excepté en haut, près du bord externe de la pupille, où l'on aperçoit quelques veines dilatées et un petit caillot sanguin extravasé dans les fibres de l'iris; la marge pupillaire est dentelée et adhérente dans toute son étendue à la capsule, qui est recouverte d'une couche opaque de fibrine d'un jaune pâle; au centre, ce dépôt forme un petit noyau saillant. L'œil gauche est bien, la pupille claire et circulaire, la vue bonne.

Le 25, l'œil gauche est toujours parfaitement sain, et il est survenu de grans changements à droite; une grande partie de la fibrine qui obstruait la pupille est absorbée, il n'en reste plus au-devant de la capsule qu'une couche très mince et unie; l'ouverture pupillaire a perdu son aspect frangé; le cristallin est projeté en avant de manière à diminuer l'étendue de la chambre antérieure; les veines de l'iris sont encore visibles çà et là; la santé générale est très bonne, et la peau perd la teinte sombre qu'elle offrait au début du traitement. — Continuation du mercure à la chaux, un grain deux fois par jour.

Obs. II. — Mary Ann W..., âgée de trois mois, me fut amenée de Croydon le 13 novembre 1848. A sa naissance, cette enfant paraissait robuste et bien portante; mais sept semaines plus tard, une éruption écailleuse d'un rouge brun apparut sur la plus grande partie du corps. Le médecin que l'on consulta la considéra comme syphilitique, et prescrivit le mercure à la chaux et un dixième de grain d'iodure de potassium deux fois par jour.

Quinze jours environ après la manifestation de cette éruption, la mère remarqua que son enfant, qui jusque-là avait bien vu, paraissait aveugle et que ses deux pupilles offraient une couleur gris de perle. Voici dans quel état je le trouvai : les deux yeux sont en mouvement et roulent légèrement d'un côté à l'autre. Il n'y a pas de rougeur de la sclérotique; tous les cils sont tombés. L'iris gauche (gris) est parsemé dans toute sa moitié inférieure de petites masses d'un blanc grisâtre, semblables à des grains de sable épais; la portion interne de cette membrane est striée de lignes verticales de même couleur, comme si de la fibrine avait coulé sur ce point en laissant des traces après soi. La pupille est contractée et bordée de franges de la même nature que celle du dépôt de la face antérieure de l'iris; le bord pupillaire paraît adhérent à la capsule, du moins l'atropine qui a dilaté la pupille droite ne produit point d'effet à gauche. Le cristallin paraît un peu nuageux.

L'iris droit semble sain et le cristallin transparent; mais sa capsule présente une tache blanche en forme de croissant qui borde l'ouverture pupillaire; il n'y a cependant point là d'adhérence, car l'atropine dilate la pupille, et alors son bord s'éloigne de la tache.

L'enfant a des aphthes dans la bouche et une éruption écailleuse à la face.

Les membres inférieurs jusqu'aux genoux et la partie inférieure du ventre sont couverts de taches cuivrées avec desquamation de l'épiderme.

Bien que les parents niassent tous deux avoir eu la maladie vénérienne, l'état de l'enfant ne me laissa aucun doute; j'ordonnai deux grains de mercure à la chaux à prendre l'un le matin, l'autre le soir.

Le 20 novembre, l'éruption a presque disparu; plus d'aphthes dans la bouche; les points blancs de l'iris gauche et la tache de la capsule droite paraissent diminuer. Deux grains de mercure à la chaux chaque soir et cinq gouttes de la liqueur de quinquina dans du lait.

Le 27, plus d'éruption; l'enfant prend bien le sein, l'aspect général s'est amélioré; les points et les lignes grises de l'iris gauche ont entièrement disparu, et la ligne blanche, trace de l'adhérence du bord pupillaire à la capsule, ne s'aperçoit qu'en haut et en dehors; à droite la tache crayeuse est réduite à deux petits points indiquant les cornes du croissant.

Le 4 décembre, santé excellente; la pupille droite, dilatée à l'aide de l'atropine, est légèrement irrégulière, ce qui est dû probablement à une petite adhérence de son bord externe à la capsule. Toute trace de la tache blanche qu'elle offrait a disparu, et la pupille est noire et claire; l'iris gauche paraît maintenant sain; néanmoins la pupille est irrégulière et immobile, insensible à l'action de l'atropine, et le cristallin conserve une légère teinte laiteuse. L'enfant paraît avoir recupéré la vue à droite et suit les objets blancs, comme une plume, du papier, qu'on agite devant lui.

Le 1er janvier 1849, deux grains de mercure à la chaux ont été pris chaque soir jusqu'à ce jour. La pupille gauche paraît encore plus petite que la droite, mais il n'y a point de traces de synéchie. L'enfant se porte bien et distingue les objets, mais elle paraît se servir plus de l'œil droit que du gauche. Les cils ont repoussé plus abondants que jamais. Continuation à doses décroissantes des médicaments pendant trois semaines.

Le 25 mars 1850, l'enfant est bien venante et pleine de santé; point de traces de synéchie dans aucun des yeux; le seul reste de la maladie est un léger trouble dans le cristallin gauche.

La prompte amélioration produite par l'usage du mercure sans déplétion locale, sans contre-stimulant me paraît confirmer la nature syphilitique de ces deux iritis. Dans l'observation II, il manque bien l'aveu de la mère; mais tous ceux qui ont eu à traiter des affections syphilitiques savent le peu de cas qu'il faut faire des dénégations des malades en présence des symptômes les moins douteux.

Au début de cet article, j'ai parlé de la rareté de l'iritis comme symptôme de la syphilis chez les enfants. En 1841, M. Lawrence écrivait : « J'ai vu une multitude d'enfants atteints de syphilis, et » je n'ai observé chez eux que deux cas d'iritis. »

Pendant les neuf années que j'ai été attaché au *London Ophthalmic Hospital*, le nombre des malades de la consultation externe s'est augmenté progressivement de 6,000 à 11,000 par année, et cependant les deux cas que je viens de rapporter sont les deux seuls où j'ai observé l'iritis syphilitique chez les enfants.

Le peu de rougeur qui se développe en pareil cas sur la sclérotique des enfants est un fait qui n'a point échappé à M. le docteur Jacob.

Dans ma première observation, il paraît y avoir eu au début un peu de rougeur du globe de l'œil, mais à l'époque où a commencé l'épanchement fibrineux la sclérotique avait son aspect naturel, et dans le second cas c'est l'opacité du cristallin et la diminution de la vision, et non la rougeur de l'œil, qui ont éveillé l'attention de la mère. Cependant, malgré cette apparence d'inflammation peu développée, la fibrine déposée paraissait marcher rapidement vers l'organisation d'adhérences entre l'iris et la capsule du cristallin.

M. Walker, au contraire, avance que l'iritis chez les enfants s'accompagne d'une photophobie intense et de beaucoup de larmoiement. Il conseille comme utiles dans la plupart des cas les sangsues aux paupières appliquées en aussi grand nombre que le comportent l'âge et la constitution de l'enfant. La constitution des enfants malades qu'on apporte aux hôpitaux de nos grandes villes

est rarement assez robuste pour qu'on puisse impunément leur tirer du sang, et l'application de deux ou trois sangsues aux paupières, comme le conseille M. Walker, ne pourrait agir sur les tissus profondément situés, comme l'iris, la choroïde et la rétine, de manière à diminuer la disposition qu'ont leurs vaisseaux à exsuder de la fibrine. Il conseille de plus les purgatifs administrés largement au début et même les médicaments nauséeux. Il est évident qu'il ne faut pas permettre aux matières de s'accumuler dans l'intestin; mais, quant à l'usage de médicaments nauséeux propres à empêcher l'estomac de conserver la nourriture, il me paraît nuisible. C'est en effet chez les malades les plus affaiblis qu'on observe le plus fréquemment des dépôts fibrineux sur l'iris et dans la chambre antérieure.

M. Walker propose ensuite l'usage du mercure : « De petites » doses de calomel ou de mercure à la chaux doivent être admi- » nistrées sans délai et continuées jusqu'à ce que la maladie soit » enrayée ou que les symptômes annoncent que toute la constitu- » tion est sous l'influence de ce puissant agent. » Je partage tout à fait cette opinion; mais voyons ce que cet écrivain appelle de petites doses.

Dans sa première observation, un enfant de sept mois prend deux grains de calomel deux fois par jour pendant cinq semaines, puis une fois par jour pendant deux mois; on revient ensuite à la première dose. Quel est le résultat obtenu? « Après ce temps, on » n'observe aucun changement dans l'œil; la pupille reste constam- » ment contractée et la capsule opaque. » C'est-à-dire, en d'autres termes, que l'œil était perdu. Ce malade n'avait présenté aucune éruption ni aucun symptôme qui pût faire croire que l'iritis fût syphilitique; cependant on lui administra cette énorme dose de calomel. Dans l'observation II, où un enfant de six mois, outre une iritis montrant autant de tendance que la première à l'épanchement fibrineux avait une éruption supposée vénérienne, on n'emploie que de petites doses de mercure à la chaux, deux grains matin et soir. « Après moins de trois semaines de ce traitement, » toute inflammation a cessé; la pupille est modérément dilatée » et paraît immobile; l'iris est paresseux, mais les tubercules » (fibrine) de sa surface ont disparu, et les pustules du front sont » diminuées; l'action des intestins est plus régulière et la santé » générale meilleure. » De sorte que, sur deux cas en apparence tout à fait semblables, celui traité à petites doses s'est trouvé beaucoup mieux que celui qui avait pris des doses énormes de calomel.

Quelques mots en terminant sur l'usage de la belladone. M. Walker dit, et pareil conseil est donné par la plupart des ophthalmologues en parlant de l'iritis : « Il faut appliquer largement la bella- » done autour de l'orbite, afin de maintenir, si cela se peut, la » pupille dilatée. » Il ajoute : « La belladone est le remède local » par excellence. » J'ai démontré déjà l'inutilité de la belladone dans les cas où l'iris est le siége d'une inflammation aiguë. L'iris en cet état ne cède point à l'action de la belladone. Les mouvements naturels de cette membrane dans l'état de santé sont d'une nature très délicate, ils exigent pour s'accomplir un certain équilibre dans la pression des humeurs de l'œil. Excès d'humeur aqueuse dans la chambre antérieure, perte considérable de l'humeur vitrée, saillie insolite du cristallin en avant, voilà toutes causes qui arrêtent les mouvements de l'iris, même lorsque son tissu est sain; mais lorsqu'il est enflammé, que ses veines sont distendues, son tissu infiltré de fibrine, aucune application de belladone ne saurait faire varier les dimensions de la pupille à un degré un peu considérable. C'est là un fait que peut vérifier tout médecin ayant à traiter une iritis aiguë; et quand la pupille est une fois obstruée par la fibrine épanchée, sa dilatation, fût-elle même possible, ne servirait à rien, à moins qu'on n'eût modifié le sang du malade de telle façon que la tendance à l'effusion de la fibrine soit remplacée par une tendance à l'absorption de celle déjà épanchée. L'iritis (non accompagnée de l'inflammation de la choroïde ou de la rétine) détruit la vision, non parce que la pupille devient plus petite ou parce que son bord contracte çà et là des adhérences avec la capsule du cristallin; de telles adhérences n'influeraient que sur les variations de grandeur de cette ouverture : ce que nous devons craindre dans l'iritis, c'est que l'aire entière de la pupille ne s'emplisse de fibrine et ne se transforme en une membrane solide, opaque, bouchant complétement cette ouverture.

Voyons maintenant si les résultats obtenus par M. Walker ne viennent pas à l'appui de mes assertions. Dans le premier cas, on fait usage de la belladone pendant plus de quatre mois, « et la pu- » pille reste contractée d'une manière permanente, et la capsule » opaque. » Dans le second cas, lorsqu'on vit le malade pour la première fois, « la pupille était circulaire et fort contractée; » on fait usage de la belladone pendant plus d'un mois, et au bout de ce temps on décrit la pupille « modérément dilatée (ce qui équivaut » presque à fort contractée) et paraissant immobile. »

Ce qui a attiré mon attention sur l'inefficacité de la belladone dans l'iritis aiguë, c'est ce fait que je n'ai jamais rencontré quelqu'un ayant eu cette affection et chez qui il fût survenu une synéchie dans les conditions d'une dilatation permanente de la pupille; et cependant cela devrait se voir si la belladone avait l'efficacité que lui attribuent ceux qui la prônent. Tout indispensable que soit cet agent pour la constatation des changements morbides des parties situées derrière l'iris, je considère son emploi dans les cas d'inflammation de cette membrane non-seulement comme inutile, mais comme propre jusqu'à un certain point à détourner l'attention du chirurgien du seul agent connu, le mercure, comme pouvant arrêter dans l'œil les désordres inflammatoires compris sous le nom d'iritis. (*Annales d'oculistique.*)

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. CHASSAIGNAC.

Symblépharon tubulaire. Opération. Application de la glace, douches oculaires. Guérison.

Parmi les divers cas de symblépharon qui succèdent aux brûlures, il convient d'établir une distinction essentiellement importante pour la pratique. Cette distinction repose moins encore sur les degrés divers d'étendue de la brûlure que sur la question de savoir si le cul-de-sac conjonctival est ou n'est pas respecté par l'agent cautérisateur. Nous devons justifier de cette différence.

Si des adhérences filamenteuses par suite de brûlures se sont établies entre la cornée et la face profonde de la paupière supérieure, et si le faisceau adhérentiel n'occupe pas toute la hauteur de la paupière et ne remonte pas jusqu'au fond du cul-de-sac conjonctival supérieur, il est évident qu'il restera au-dessus de la bride un espace muqueux, une sorte de petite galerie dans le fond de laquelle la conjonctive aura conservé ses propriétés normales. Admettons, au contraire, que la brûlure ait atteint jusqu'au fond du cul-de-sac de la muqueuse, l'adhérence se fait alors, suivant notre expression, *à pleines surfaces.*

Voilà deux conditions qui, à un examen superficiel, pourraient paraître ne pas différer beaucoup l'une de l'autre, et cependant, sous le point de vue de la thérapeutique, il y a entre elles une énorme différence. En effet, autant il est facile, dans le premier cas, de maintenir après l'opération la séparation des surfaces adhérentes, autant il est difficile, dans le second, de conserver les résultats du décollement.

Dans le cas de disposition insuliforme de l'adhérence et de rigole conjonctivale saine qui la circonscrit à la partie supérieure, aussitôt que le faisceau adhérentiel a été divisé, la réagglutination des surfaces est facile à prévenir, ou rentre tout à fait dans le même cas que celui d'adhérence latérale des doigts par suite de brûlure quand la commissure a été respectée et présente un tégument sain.

Tout chirurgien comprend qu'en pareil cas il n'y a rien de plus simple que d'éviter la reproduction des adhérences après l'opération.

Quand trouve-t-on de la difficulté? C'est quand la brûlure a été jusqu'à la commissure inclusivement; attendu qu'aussitôt que le travail cicatriciel se forme dans cette commissure, il y prend une telle force rétractile, qu'il y gagne de proche en proche, en refoulant tout ce qu'on lui oppose, et qu'il finit par rétablir l'adhérence dans toute sa longueur.

La commissure est-elle intacte? Le nouveau tissu cicatriciel se forme isolément sur chacun des deux doigts naguère adhérents, et la séparation subsiste sans difficulté.

Le pronostic, en ce qui concerne la gravité de la brûlure et les chances de succès de l'opération, diffère donc beaucoup suivant que la face interne de la paupière est brûlée dans toute sa hauteur ou dans une partie seulement de sa surface interne.

L'observation suivante se rapporte à un cas de brûlure sans altération du cul-de-sac conjonctival, elle a donc eu un résultat heureux qui ne doit pas surprendre, mais qui nous a paru néanmoins fort utile à enregistrer.

Obs. — Joublin (Marie), âgée de vingt et un ans, demeurant à Montreuil, nous est adressée le 23 février 1852, par notre honorable confrère le docteur Rapatel, pour une affection grave de l'œil droit par suite de brûlure.

Cette fille était occupée à souffler le feu lorsqu'elle reçut dans l'œil, il y a douze jours, une étincelle qui, s'introduisant sous la paupière, lui causa des douleurs atroces suivies d'une violente inflammation.

Au moment où nous l'examinons, il y a absence complète de la vision, ou plutôt il y a une photophobie tellement intense, qu'elle referme les paupières aussitôt que la lumière pénètre dans l'œil. Il y a rougeur et tuméfaction considérable des dépendances externes de l'appareil oculaire. La paupière supérieure, refoulée en avant et considérablement accrue de hauteur par un énorme chémosis, descend au-dessous et en avant du bord libre de la paupière inférieure. Il résulte de là qu'elle est en contact par sa surface muqueuse avec les cils de cette paupière, circonstance qui, toutes les fois qu'elle se rencontre, entre pour beaucoup dans la continuité de la blépharite. — Application de glace dans des sacs de baudruche, suivant le procédé de M. Chassaignac; douches oculaires trois fois par jour.

Le 27, la cornée est comme gélatineuse; il semble qu'à la moindre pression on va la faire éclater; sa surface est extrêmement inégale. Cet état de friabilité de la cornée s'oppose à ce que l'on tente de relever complétement la paupière supérieure, sous peine de s'exposer à vider l'œil.

Le 6 mars, le chémosis est en voie de résolution presque complète; la blépharite a disparu; on commence à pouvoir explorer l'œil sans avoir la crainte de rompre la cornée, qui n'est plus gélatiniforme et qui offre de la résistance; mais on reconnaît qu'il s'est formé une bride au moyen de laquelle la paupière supérieure adhère à la cornée. Avant de laisser le symblépharon prendre une consistance et une ancienneté qui n'auraient pu que rendre sa guérison plus difficile, M. Chassaignac se décida à faire l'opération.

Dans les explorations qui furent faites, on reconnut, au moyen d'un stylet très fin et très flexible, légèrement recourbé, qu'il existait dans le cul-de-sac conjonctival supérieur un passage libre et qu'avaient respecté les adhérences, circonstance très favorable pour le succès de l'opération, d'après les motifs que nous avons indiqués plus haut.

L'opération consista à diviser successivement les adhérences en procédant de bas en haut et en faisant suivre à l'instrument, avec beaucoup d'exactitude, les courbes de la cornée, précaution sans laquelle on aurait pu perforer cette membrane.

Le résultat immédiat de l'opération fut la persistance sur la cornée d'une trame cellulo-fibreuse vasculaire, très ferme et correspondant à l'implantation de la bride cicatricielle sur le tissu cornéal.

On se propose de réduire cette production accidentelle par des douches, par le collyre au nitrate d'argent et par l'application de la glace jour et nuit.

Le 18 mars, on voit un vaisseau assez volumineux qui descend de la partie supérieure et interne de l'œil et relie entre elles trois houppes cellulo-vasculaires qui se dessinent sur l'hémisphère inférieur de la cornée. Celle-ci, quoique louche, conserve de la translucidité; on commence à distinguer la pupille. La malade voit nos mains sans pouvoir compter les doigts. — Glace; douches; collyre.

Le 20 mars elle voit les doigts et distingue les objets. La pupille apparaît très nette et sans adhérences, quoique la cornée soit encore un peu louche.

Le 22, instillation de belladone; mobilité de la pupille; dilatation régulière; pas d'adhérences.

Le 28 mars, les petites houppes cellulo-vasculaires deviennent brunes, de rutilantes qu'elles étaient; la cornée prend un peu d'opacité vers sa grande circonférence et nous fait craindre un leucoma.

Comme on s'était aperçu que depuis quelque temps les applications de glace semblaient avoir perdu toute influence sur les progrès de l'amélioration, on les supprime.

Le 9 mars, depuis cinq jours que la glace est supprimée la malade dit qu'elle voit mieux. — Collyres à 20 cent.; douches.

Le 20 mars, la cornée présente une opacité qui siége dans son hémisphère supérieur et qui présente la forme d'un fer à cheval à concavité dirigée en bas et encadrant en quelque sorte la pupille sans empiéter sur elle de manière à faire obstacle au passage des rayons lumineux.

Le 1er juin, la cornée conserve toujours son opacité semi-lunaire.

Le 20 juin, on remarque quelque diminution dans la corne externe du fer à cheval formé par le leucoma. C'est dans cet état que la malade sort de l'hôpital complétement guérie de son symblépharon, mais conservant la tache semi-circulaire dont nous avons parlé.

Le lecteur aura sans doute remarqué que, dans le cours de la maladie, il y a eu deux fois des phénomènes inflammatoires très intenses : d'abord au moment de l'entrée de la malade à l'hôpital, et, en second lieu, immédiatement après l'opération du décollement. Dans les deux cas, l'inflammation a été maîtrisée facilement par l'application des sachets de glace et des douches oculaires. La malade n'a pas pris un atome de calomel, n'a pas eu la moindre friction à l'onguent napolitain belladoné, n'a subi aucune émission sanguine. Les faits de ce genre méritent toute l'attention des praticiens; ils sont destinés à amener, un peu plus tôt, un peu plus tard, une réforme profonde dans la thérapeutique des maladies des yeux. Les oculistes les plus intelligents, ceux qui se tiennent au courant des travaux de la chirurgie, commencent déjà à faire leur profit de ces innovations; seulement ils oublient quelquefois de dire à quelle source ils les ont puisées. Mais peu importe. Que des méthodes aussi efficaces que simples dans leur application pénètrent une fois dans la pratique générale, c'est là l'essentiel; il sera toujours temps de s'informer par qui elles y auront été introduites.

Cette observation nous fournit un des plus beaux exemples de ce que nous appelons le *symblépharon tubulaire.* Nous voulons désigner par là l'existence d'un faisceau adhérentiel *creux* dans son intérieur. Il ne s'agit point ici d'une distinction subtile et d'une pure spéculation d'anatomie pathologique, il s'agit d'un point essentiellement pratique, et voici pourquoi :

Consultez les auteurs qui ont écrit sur le symblépharon; que vous disent-ils? Qu'il ne faut point faire l'opération s'il y a opacité de la cornée.

Mais nous leur demanderons à notre tour : cette opacité, comment en déterminez-vous l'existence ou la non-existence, quand vous avez une bride qui masque la presque totalité de la cornée, comme cela avait lieu dans le cas particulier?

Il est bien certain que si la totalité de la cornée était leucomateuse, il n'y aurait pas grande utilité à retirer de l'opération, et encore opérons-nous, même dans ces cas, mais alors dans un autre but, celui de pallier la difformité, en plaçant le malade dans des conditions où il puisse porter un œil d'émail.

Revenons à l'état leucomateux de la vitre oculaire. Quel moyen avez-vous de le reconnaître quand la bride dérobe à l'observateur la plus grande partie de la cornée? Ceux qui n'ont jamais disséqué de symblépharon, et qui en parlent théoriquement, croient volontiers que tout ce qui est caché, ou du moins tout l'espace qui répond au périmètre de l'implantation adhérentielle est opaque. C'est là une grave erreur, et si nous y fussions tombé, nous eussions volontairement condamné à une cécité perpétuelle l'œil de notre malade. Nous savions que dans les cas où le faisceau adhérentiel présente une certaine épaisseur, il renferme sinon toujours, du moins dans beaucoup de cas, au centre de son implantation, une cavité dont l'extrémité kératique peut receler une portion de cornée parfaitement intacte.

Et cette doctrine de la cavité centrale et du *symblépharon tubulaire*, où la prend-on? Mais, sans aller plus loin, dans le fait même que nous venons de rapporter, car elle y était écrite en gros caractères dans la présence de ce cercle leucomateux qui encadrait si admirablement et si heureusement la cornée. Tout lecteur attentif et tant soit peu perspicace n'a-t-il donc pas déjà deviné que l'anneau leucomateux en forme de croissant, et que nous avons décrit avec soin, indiquait précisément la trace de l'implantation circulaire du tube adhérentiel?

Avant la remise en honneur des procédés autoplastiques par les écoles modernes, la variété de symblépharon sans galerie muqueuse offrait dans son traitement des difficultés presque insurmontables, par les raisons que nous avons déjà fait connaître.

Quelques-uns proposaient timidement un œil d'émail interposé entre la paupière et le globe de l'œil, immédiatement après l'opération, dans le but de prévenir le rétablissement des adhérences. Mais d'autres repoussaient l'emploi de ce moyen comme ne devant pas pouvoir être supporté et comme devant donner lieu à une inflammation trop vive. A quoi il faut ajouter que le moyen est, en outre, complétement inefficace. Les chirurgiens qui savent bien ce que c'est que le tissu inodulaire, et ce qu'il faut attendre de sa puissance rétractile, ne peuvent pas conserver d'illusion à ce sujet.

C'est donc à l'autoplastie qu'il faut demander les moyens de guérison. Nous avons signalé que la clef de la position réside dans le cul-de-sac conjonctival. Si vous y prévenez le retour de la formation inodulaire, la situation vous appartient. Il y a plusieurs moyens pour cela : ou bien, après avoir disséqué la paupière, on y établit un coloboma transversal dont on maintient la permanence soit au moyen d'un large séton, soit au moyen du renversement en dedans des deux lèvres du coloboma qui se répondent par leur surface cutanée, et si ces moyens échouent il faut se résoudre à fendre verticalement la paupière. Ce dernier conseil a été donné par Guérin (*Soc. méd. de Montpellier*, t. II. p. 285), qui propose de fendre la paupière et d'en tenir les lambeaux renversés jusqu'à la cicatrisation des brides, pour réunir ensuite ces lambeaux par la suture. A quoi il faut ajouter qu'il ne suffirait pas de diviser la paupière, mais qu'elle devrait être décollée bien au delà de la limite ordinaire du cul-de-sac conjonctival, si l'on voulait être en mesure contre les envahissements de la production inodulaire.

Il faut dans l'opération du décollement suivre avec autant de régularité que possible les courbes normales de la cornée, et non pas, comme on l'a conseillé, en éloigner la pointe de l'instrument. Voici pourquoi : à la suite de l'opération, l'implantation des adhérences sur la cornée laisse des houppes cellulo-vasculaires qui ne s'effacent qu'avec lenteur (voyez l'observation). Plus on s'éloigné de la cornée, plus ces houppes, qui dans le cas particulier étaient au nombre de trois, sont épaisses. Il est vrai qu'on peut

immédiatement après le décollement saisir ces houppes avec des pinces et en effectuer la résection.

Dans un article aussi substantiel que court de sa *Médecine opératoire*, t. III, p. 367, M. Velpeau apprécie comme elle doit l'être cette merveilleuse histoire de F. de Hilden sur une symblépharotomie par ligature, histoire que quelques ophthalmologistes ont reproduite et commentée avec un sérieux bien naïf.

POLYPES FIBREUX DU RECTUM CHEZ DEUX ENFANTS JUMEAUX.

Opération sur l'un d'eux. — Hémorrhagie menaçante. Guérison.

Par M. le docteur BARTHÉLEMY (de Saumur).

Que deux jumeaux, quand le sexe est le même, se ressemblent à tel point que les parents les prennent souvent l'un pour l'autre, c'est déjà une chose fort remarquable et dont la cause première serait difficile à pénétrer; mais que chez ces enfants la similitude d'organisation intime soit telle qu'ils se trouvent prédisposés aux mêmes maladies, même quand ces maladies sont accidentelles, comme un polype, par exemple, c'est ce qui m'a paru on ne peut plus curieux, et c'est ce qui m'a déterminé à consigner dans la science le fait intéressant que voici (1) :

« Dans le courant du mois de juin 1853, mon fils Paul étant allé à la selle, sa mère eut lieu de remarquer une trace de sang à l'anus, et elle découvrit en même temps un morceau de chair, gros comme une forte noisette, qui gisait à terre; elle me prévint de suite de cet accident, dont j'allai immédiatement informer M. le docteur Vincent, qui reconnut l'existence d'un polype détaché naturellement de la partie intérieure de l'anus de l'enfant. Une nouvelle selle ayant eu lieu avec addition de caillots de sang, M. Vincent prescrivit des lavements à l'eau froide qui suffirent pour arrêter l'hémorrhagie. Le lendemain, Paul était dans de bonnes conditions.

» A la suite de cet accident, je fis remarquer à M. Vincent que chaque fois que mes deux enfants allaient à la selle, leur mère était obligée de leur rentrer à l'intérieur un bourrelet qui se présentait à l'anus, et que nous avions pris jusqu'alors pour une faiblesse du fondement, comme cela a lieu chez quelques enfants.

» A l'examen, M. Vincent put constater la présence d'un polype à l'anus de la petite Laure, et jugeant qu'il y avait une opération à pratiquer, il me donna le conseil de m'adresser à son ami et confrère M. le docteur Barthélemy, spécial pour le traitement des affections de ce genre.....

» Le 30 juin, à onze heures du matin, avec l'assistance de M. Vincent, je conduisis mes deux enfants à M. Barthélemy; après avoir visité Paul, il fut reconnu que la nature avait suppléé l'opération, et que l'enfant ne portait plus trace de son affection.

« Passant ensuite à la petite Laure, il lui fut administré un lavement, qui, en déterminant une selle, fit sortir au dehors de l'anus le polype dont elle était atteinte. Elle fut immédiatement placée sur les genoux de M. Vincent, couchée sur le dos et les jambes en l'air. Dans cette position, M. Barthélemy put facilement saisir le polype et pratiquer une ligature à sa partie supérieure; en ce moment, M. Vincent fut chargé de tenir le bout de fil de la ligature sur lequel il fit une légère traction qui conduisit le polype à un centimètre environ au dehors de l'anus et fit apparaître un pédicule assez long. Sur les observations de M. Vincent, M. Barthélemy fit une deuxième ligature au-dessus de la première, et par un léger coup de ciseaux pratiqué entre les deux ligatures il fit tomber le polype, qu'il avait eu l'intention de laisser détacher de lui-même après la première ligature. L'opération étant ainsi terminée, le premier soin de Laure fut de déclarer qu'elle n'avait ressenti aucun mal; elle demanda ensuite à aller à la selle, et nous pûmes constater qu'il n'y avait aucune trace de sang dans les matières évacuées.

» Rentrés à la maison, nous fîmes coucher Laure, pour nous conformer aux différentes recommandations de M. Barthélemy. Tout allait parfaitement bien, lorsqu'à six heures du soir l'enfant fit une selle assez abondante en caillots et sang; puis une seconde, et enfin une troisième présentant les mêmes accidents. J'en informai de suite M. Barthélemy, qui me prescrivit d'administrer un lavement de ratanhia refroidi dans la glace; il vint ensuite s'assurer de l'état de l'enfant; il examina les matières rendues, dans lesquelles nous trouvâmes le fil de la ligature, qui avait cédé au retrait des chairs et donné lieu à l'hémorrhagie. En me quittant, M. Barthélemy me fit la recommandation d'avoir continuellement de la glace pour rafraîchir les boissons, et introduire de petits glaçons huilés dans l'anus de l'enfant à la moindre apparence de sang. Je n'eus pas recours à ce dernier moyen, car le lavement fut conservé quarante-huit heures.

» Le 2 juillet au soir seulement, l'enfant ayant eu un besoin pressant, je lui administrai, d'après l'avis de M. Barthélemy, un lavement mélangé d'huile et d'une décoction de graines de lin; l'enfant put alors évacuer sans effort; les matières rendues étaient composées de caillots répandant une odeur fétide qui indiquait suffisamment que leur existence remontait à deux jours. Une seconde selle eut lieu, mais la présence des caillots avait disparu.

» Le 4 juillet, il fut administré à Laure une petite dose d'huile de ricin qui fit évacuer le reste des impuretés conservées pendant soixante-douze heures dans son corps.

» Durant huit jours Laure est restée au lit, prenant des boissons froides et une nourriture légère et froide.

» Le 11, M. Barthélemy fit une visite approfondie des parties soignées; il put constater la guérison, tout en recommandant diverses précautions, principalement d'enduire l'anus de cérat au moment de chaque selle.

» Il y a aujourd'hui quinze jours que l'opération a été pratiquée, et mon enfant se porte parfaitement bien. Nous perdrions facilement la mémoire de ce fait si la reconnaissance que nous conservons à M. Barthélemy ne venait nous le rappeler sans cesse. »

Je me plais à croire que le lecteur aura fait attention à l'hémorrhagie qui a eu lieu et à la cause qui l'a produite; elle a dépendu de ce que j'ai mal à propos placé ma seconde ligature sur la muqueuse à laquelle mon aide avait donné la forme d'un pédicule en tirant un peu trop fortement sur la tumeur. On comprend aisément comment il a pu se faire que cette muqueuse en se remettant à sa place naturelle, ce à quoi les excréments ont dû la pousser en s'accumulant, on comprend, dis-je, qu'elle se soit ainsi retirée de la ligature, quoique je l'eusse fortement serrée, et qu'alors l'ouverture des vaisseaux qui alimentaient le polype se soit trouvée libre et béante.

Il est évident que je me serais mis à l'abri de cet accident si je me fusse borné à la première ligature que j'avais posée d'abord audessus de la tumeur sur le vrai pédicule.

En agissant comme je l'ai fait, j'ai commis une faute dont les suites auraient pu être excessivement graves, si toutefois je n'avais eu pour y obvier le ratanhia, la glace, le perchlorure de fer et à la rigueur un petit cautère rougi à blanc.

Malgré cela, je le répète, j'ai commis une faute que j'éprouve un certain plaisir à confesser, parce que je pense que, dans une science aussi grave et aussi délicate que la nôtre, c'est agir honnêtement que de faire connaître la vérité lors même qu'elle nous est désavantageuse, et que, d'un autre côté, j'espère que cet aveu profitera à l'humanité en mettant mes confrères en garde sur la question des pédicules réels ou factices quand ils auront de semblables tumeurs à lier.

(1) J'avais demandé à M. Frey, le père de ces jumeaux, quelques renseignements essentiels pour mon observation; j'ai trouvé que la note qu'il a bien voulu m'envoyer rendait un compte si complet et si clair de tout ce qui s'est passé, que j'ai cru ne pouvoir mieux faire que de la publier telle quelle.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

ADDITION A LA SÉANCE DU 27 JUILLET 1853.

Suite de la discussion sur le rapport de M. Robert.

M. FORGET. Le chloroforme pur et bien employé peut-il donner la mort?

Ce n'est pas la première fois, messieurs, que cette question, résolue négativement par un vote de l'Académie de médecine lors de la célèbre discussion de 1849, a été portée dans le sein de la Société de chirurgie; elle s'y est produite déjà sous les auspices d'un chirurgien distingué de la Faculté de Strasbourg, de M. Sédillot, qui, lui aussi, l'a résolue par la négative. Emanée d'un homme qui occupe un rang élevé dans l'enseignement de la clinique chirurgicale, une telle opinion pouvait avoir les plus graves conséquences. En présence des faits dans lesquels les plus fâcheux accidents ont suivi l'emploi du chloroforme, elle impliquait tout à la fois un blâme envers le passé, et faisait un procès de tendance à l'avenir. C'était dire au chirurgien : « Sers-toi du chloroforme, mais à la condition que tu seras toujours heureux; s'il t'arrive un malheur, ta responsabilité est engagée. » A coup sûr si une telle doctrine eût été acceptée, il eût fallu depuis longtemps renoncer à l'usage de cet anesthésique. Pour ma part, les dangers d'une telle situation me frappèrent si vivement, que je n'hésitai pas à protester contre la proposition de l'honorable M. Sédillot. (Voir le *Bulletin de la Société de chirurgie*, séance du 21 octobre 1851.) Cette protestation, à laquelle M. Huguier fut seul à s'associer, je la développai plus tard dans l'*Union médicale*. « C'est une vérité vulgaire en médecine pratique, disais-je alors, que l'existence de dispositions individuelles ne » permettant pas de déterminer *à priori* le degré de tolérance de l'organisme pour certains modificateurs auxquels on le soumet, non plus » que la puissance de réaction qu'il peut leur opposer. C'est la constatation de cette vérité, dont le principe demeure jusqu'à ce jour » insaisissable, qui a constamment réglé la conduite des grands praticiens, et c'est d'elle qu'il est sage de s'inspirer toutes les fois que » l'on met l'organisme aux prises avec un agent perturbateur dont le » mode d'action nous échappe, et dont la puissance finale compose » une inconnue qui reste encore à dégager. » Or, le chloroforme est dans ce cas, le nier, c'est se refuser à l'évidence.

Cette origine de la discussion actuelle, à laquelle se rattachent aussi plusieurs autres travaux, notamment ceux de M. de Castelnau, insérés dans la *Gazette des Hôpitaux*, de M. J. Guérin, dans la *Gazette médicale*, et les considérations judicieuses qu'a publiées sur le même sujet notre collègue M. Debout dans le *Bulletin de thérapeutique*, j'ai eu pour but de revendiquer pour la presse médicale, à laquelle on ne rend pas toujours la justice qu'elle mérite, la part qui lui revient dans l'étude des anesthésiques, dans l'appréciation des dangers auxquels ils exposent, et dans la détermination des circonstances au milieu desquelles ceux-ci peuvent se développer.

Maintenant, j'arrive au rapport de notre collègue M. Robert, qui, lui aussi, se prononce contre la prétendue innocuité du chloroforme d'après la formule du professeur de Strasbourg, et qui de l'analyse et de la discussion des faits dont l'exposé forme la première partie de son travail fait sortir cette proposition, contre laquelle il nous paraît bien difficile aujourd'hui d'élever une contestation fondée : « *L'art ne* » *possède aucun moyen efficace de prévenir et d'enrayer les accidents* » *produits par le chloroforme.* » Pour ma part, je m'associe à cette proposition, et je ne me sépare de M. Robert que sur la conclusion qui me semble devoir en découler par rapport à la conservation du chloroforme ou à son abandon dans la pratique chirurgicale. Mais avant de toucher à ce point délicat, je demanderai à mon honorable collègue la permission de discuter sa troisième conclusion, qui est ainsi conçue :

Troisième conclusion. — « Dans *la plupart* des faits observés jusqu'à ce jour, la mort n'a pas eu lieu par suite de l'administration » excessive de l'agent anesthésique, mais bien par suite d'une prédis» position particulière de l'organisme inconnue dans sa nature. »

En lisant cette troisième conclusion, j'ai recherché dans le rapport les éléments qui pouvaient la légitimer, les faits qui lui servaient de base. Or, je n'ai trouvé que l'exposé de six observations; suffisent-elles à fonder une semblable conclusion? Que M. Robert ait dit : « dans » les cas de mort subite relatés plus haut, la mort n'a pas eu lieu par » l'administration excessive du chloroforme...; » cela eût été plus vrai, et nous eussions eu une déduction plus rigoureuse des prémisses du rapport. Généralisant sa conclusion, M. Robert embrasse dans une formule beaucoup trop absolue la plupart des cas de mort observés jusqu'à présent. Cependant, parmi les 78 autres observations où elle a eu lieu, il est impossible de se refuser à reconnaître qu'il en est un certain nombre dans lesquelles la mort n'est survenue qu'après l'administration du chloroforme plusieurs fois répétée. Au surplus, et ici je m'adresse non plus à notre savant collègue, mais à tous ceux qui ont produit cette même proposition, qu'entend-on par administration excessive? Pour vous, où l'excès commence-t-il? Quelle limite ne devra-t-on pas franchir sous peine de s'exposer à tomber dans l'excès? Où est la règle de posologie qui guidera le praticien?

Tel individu ne sera pas anesthésié qui aura inspiré la vapeur de 10, 12 et même 15 grammes de chloroforme; tel autre qui en aura inspiré une minime quantité sera, au contraire, jeté dans le prolapsus.

En d'autres termes, ce qui est excès pour l'un ne l'est pas pour un autre. Au point de vue de la responsabilité médicale, il importe de régler ce point du débat; car, en acceptant le langage du rapport, en cherchant à l'interpréter, le magistrat pourrait se demander si, dans un cas de mort survenue précisément à la suite d'inhalations abondantes et répétées, il n'y a pas eu, de la part du praticien, excès, c'est-à-dire abus; s'il n'a pas enfin dépassé les limites dans lesquelles la prudence commandait de se renfermer. Aussi, est-ce surtout cette dernière considération qui m'a fait regretter que M. Robert n'ait pas adopté pour formuler sa conclusion une autre rédaction, dont les termes n'eussent pas prêté à une interprétation qui, dans un cas donné, je le répète, peut engager, aux yeux de la loi, la responsabilité du chirurgien.

D'ailleurs, il faut le reconnaître, la mort peut se produire, après l'emploi du chloroforme, dans des circonstances fort diverses qui semblent indépendantes de la manière de procéder du chirurgien.

A cet égard, voici ce que l'étude des observations publiées jusqu'à ce jour nous a appris :

1° La mort a lieu presque instantanément et comme par une espèce de sidération analogue à celle que déterminent certains poisons les plus violents.

2° Elle a lieu d'une manière plus lente, et est précédée de troubles fonctionnels qui ont de la ressemblance avec ceux que détermine l'asphyxie; mais encore ici la mort est assez prompte. Ces deux genres de mort sont admis et indiqués par M. Robert, l'un à la page 8 de son rapport, et l'autre à la page 25, dans sa première conclusion.

3° Mais ce n'est pas tout, il faut encore admettre que la mort a lieu quelquefois consécutivement; M. Robert lui-même en a donné un exemple dans une observation de hernie étranglée publiée en 1849 dans une note qu'il a lue à l'Académie de médecine, et qui nous montre son opéré succombant plusieurs heures après l'opération, lorsqu'il avait depuis longtemps recouvré le calme et la raison. Ce fait, dont je ne puis reproduire ici les détails, prouve, d'après M. Robert, que si la mort est un accident primitif de l'usage du chloroforme, elle en est aussi un accident consécutif, car, pour lui, le chloroforme en a été dans ce cas la cause unique.

4° L'opéré peut aussi succomber au milieu des circonstances qui peuvent le moins le faire craindre, lorsque son état physiologique est, en apparence du moins, dans des conditions normales et tout à fait régulières. Ainsi, dans la quatrième observation du rapport, celle qu'a reproduite l'*Union médicale* d'après le *Medical Times*, on voit le patient mourir presque instantanément après l'incision faite à la peau du scrotum pour mettre à découvert un testicule cancéreux, et cela bien qu'on vînt de constater que le pouls régulier donnait 70 pulsations, aussi pleines, aussi élastiques qu'avant l'inhalation; bien que la respiration se fît librement, qu'une teinte rosée fût répandue sur ses lèvres, et que le sang vînt de couler à jet très franc d'une artériole ouverte par l'incision de la peau. C'est-à-dire que la mort peut survenir précisément dans cette période caractérisée par l'insensibilité avec régularité parfaite des grandes fonctions, période que par un abus de langage plein de dangers on a appelée période de *tolérance anesthésique*. Je dis plein de dangers, parce que cette dénomination, en assimilant ce qui s'observe chaque jour en thérapeutique médicale, par exemple, dans l'administration de l'émétique suivant la méthode rasorienne, à ce qui se passe chez quelques malades lors de l'inhalation du chloroforme, on établit un rapprochement entre des choses éminemment dissemblables; on parle un langage qui, pris à la lettre, tend à entretenir le chirurgien dans une fausse sécurité, et lui prépare ainsi de bien cruelles déceptions. Aussi est-ce avec quelque étonnement que j'ai vu dans son rapport M. Robert prêter l'appui de son approbation et l'autorité de son nom à l'opinion qui a servi de base à cette fausse doctrine, et applaudir aux avantages de cette prétendue tolérance anesthésique, qui peut n'être qu'une transition insensible de la vie à la mort.

5° Les accidents les plus graves, une menace de mort imminente se produisent encore après l'usage du chloroforme, par aggravation des effets qu'il a déterminés après une première inhalation, et sans qu'on y ait eu recours de nouveau. Témoin cet opéré de M. Jobert (de Lamballe) qu'il se disposait à amputer : à peine anesthésié, il a une syncope; il revient à lui, on se prépare à commencer l'opération : nouvelle syncope. On la fait cesser au moyen d'eau froide, de frictions. Déjà on le croit tout à fait à l'abri de ce nouvel accident, lorsqu'une troisième syncope a lieu, syncope grave qui fit croire un instant que la mort allait s'ensuivre. On fit alors usage d'une pile voltaïque, dont un des fils conducteurs fut placé dans l'anus, un autre à l'entrée supérieure des voies digestives; sous l'influence des vives commotions déterminées par le jeu de l'instrument, le patient fut ramené à la vie.

6° La mort peut aussi se produire par la reprise des inhalations du chloroforme dans le cours d'une opération... Il serait facile de trouver des faits qui ne laissent à cet égard aucun doute; on ne comprendrait vraiment pas d'ailleurs qu'il en fût autrement, et que, pour tuer, le chloroforme ne dût être administré qu'à de faibles doses et pendant un temps très court : cela serait contraire aux résultats des expériences chez les animaux, qui prouvent que ses effets destructeurs s'aggravent à mesure qu'on prolonge les inhalations, aussi bien qu'à ce que nous savons de l'action des agents toxiques sur l'économie.

Tous ces dangers dont s'accompagne l'emploi du chloroforme ont dû porter les chirurgiens à se demander s'il était au pouvoir de l'art de les prévenir et d'y remédier. C'est ce qu'a fait M. le rapporteur de la commission, et ses recherches l'ont conduit à cette désolante conclusion, qu'à cet égard l'art était impuissant; que, quelque attitude que l'on donnât au malade, quel que fût le procédé d'inhalation mis en usage, on n'était jamais sauvegardé contre un dénoûment funeste; chloroformisé assis ou couché, le malade n'est pas, dans l'un et l'autre cas, à l'abri de tout accident; pur et bien administré, le chloroforme peut être une cause de mort pendant ou après son administration. S'il en est ainsi; si l'exposé qui précède est exact; s'il est en rapport avec les observations consignées dans le travail de M. Robert et avec la plupart de celles qu'il a cru devoir en distraire; si enfin, en énumérant les diverses circonstances dans lesquelles la mort a eu lieu, je me suis maintenu dans la limite des faits, je me demande comment alors il se fait qu'à cette question adressée à l'Académie de médecine par M. le docteur Mascarel : « Le chloroforme doit-il être » continué à titre d'anesthésique dans la pratique médicale? » on se soit trouvé suffisamment autorisé à répondre par l'affirmative?

Il me semble, comme à mon honorable collègue M. Deguise fils, qu'il y a ici entre les prémisses et la conclusion principale un désaccord qui a besoin d'être expliqué.

Où trouver cette explication? Existerait-il dans l'appréciation des faits qui ont été relatés des motifs assez puissants, qui nous auraient échappé, pour compenser les graves inconvénients qui s'attachent à l'emploi du chloroforme, pour justifier le conseil que l'on a donné d'y rester fidèle, et neutraliser ainsi la logique d'induction qui tendrait à donner le conseil contraire? C'est ce que je vais examiner.

« Malgré les catastrophes dont le chloroforme a été la cause, nous n'hésitons pas à reconnaître, *c'est M. Robert qui parle*, toute l'importance de son emploi, et à dire qu'il est désormais acquis à la pratique chirurgicale; il n'est plus au pouvoir de personne d'en empêcher l'u-

sage. » Puis vient à la suite de cette constatation de fait la comparaison des chemins de fer et du chloroforme, déjà combattue dans la dernière séance par M. Deguise. Puis enfin cette phrase terminale : « Quand d'immenses avantages sont dus à une invention, il n'est pas dans la nature de l'homme d'y renoncer en vue de quelques inconvénients qui y sont attachés. »

A coup sûr, en thèse générale, nous reconnaissons que cette manière de penser est juste et qu'elle mérite toute approbation ; mais dans l'application que l'on en a faite à la découverte du chloroforme et à son usage comme agent anesthésique, elle nous paraît au moins hasardée. D'abord le rapprochement établi entre le chloroforme et les chemins de fer semblera imaginé, à quiconque voudra y réfléchir, pour démontrer de la manière la plus évidente jusqu'à quel point est vrai le vieil adage... « *que toute comparaison cloche...* » J'avous même que je n'insisterais pas sur ce détail de la discussion si, en répondant à M. Deguise, M. Robert n'avait pas défendu la justesse et l'à-propos de cette comparaison.

Quoi ! vous ne trouvez aucune différence entre les avantages et les bienfaits dont les sociétés contemporaines sont redevables à l'invention des chemins de fer et ceux que l'humanité doit à la découverte du chloroforme? C'est en vérité se refuser à l'évidence; car, en admettant que la locomotion par les voies ferrées produise plus d'accidents que par les anciens modes de transport, ce qui est contestable, en revanche quelles sources d'amélioration et de progrès n'a-t-elle pas ouvertes au commerce, à l'industrie et à la civilisation ! Les résultats qu'elle procure ne sont pas éphémères; ils sont durables, persistants, et ont pour effet, non-seulement d'augmenter les richesses, les plaisirs, tout le bien-être, en un mot, des sociétés actuelles, mais encore de préparer, d'assurer celui des géuérations à venir.

Le chloroforme, dans ses applications purement personnelles, offre-t-il à l'individu une compensation analogue pour le danger immédiat de mort auquel il l'expose, danger que l'on ne conteste plus, et qu'était loin d'offrir à un égal degré la médecine opératoire telle qu'on l'a pratiquée avant la découverte de cet anesthésique ? Les suites des opérations en sont-elles plus heureuses? Les accidents primitifs sont-ils moins à craindre? Les accidents dus à la phlébite, à la résorption purulente sont-ils devenus plus rares? Les cancers sont-ils moins sujets à récidiver? Enfin, pour ne pas nous montrer si exigeant, le nombre des guérisons s'est-il accru dans une proportion notable, et la durée moyenne du traitement à la suite des opérations a-t-elle diminué depuis qu'on fait usage du chloroforme?... Si on produisait des résultats affirmatifs à toutes ces questions, je comprendrais le parallèle que vous avez mis en avant pour soutenir la nécessité de maintenir l'usage du chloroforme dans la pratique de la chirurgie; tant que vous ne l'aurez pas fait, votre argument restera saisissant dans la forme, j'y consens, mais complétement vicieux au fond.

Dira-t-on que le chloroforme n'est pas le seul agent de la matière médicale qui puisse être mortel entre les mains du thérapeutiste? Je ne nie pas cela; mais j'affirme que d'aucun on ne peut dire ce que M. le rapporteur dit du chloroforme, page 23 de son rapport : « Dans » l'état actuel de la science, il n'est pas possible de soustraire les ma» lades à l'action toxique du chloroforme. »

C'est qu'en effet il existe entre l'anesthésique dont il s'agit et les substances médicamenteuses une différence essentielle, basée sur la possibilité où est le praticien de doser à son gré ces dernières, et d'en varier les combinaisons de manière à neutraliser leur action toxique sans nuire à leur vertu curative, tandis que, ainsi que nous l'avons déjà dit, la posologie du chloroforme est encore à faire.

Est-il besoin d'ajouter, pour détruire ce que peut avoir de spécieux cet argument, que le chloroforme, dans ses applications à la chirurgie, ne peut pas être logiquement assimilé à un médicament? Il n'en a ni le caractère, ni les propriétés, ni les effets ; il n'est doué d'aucune vertu médicatrice, et, après comme avant son administration, le malade demeure exposé à tous les dangers et à toutes les incertitudes inhérentes à l'acte opératoire auquel il vient d'être soumis.

Pour atténuer la gravité des accidents déterminés par l'emploi du chloroforme, on a fait valoir cet autre argument : que de tout temps il y avait eu des morts subites pendant les opérations chirurgicales sans qu'on ait pu en découvrir la cause, et que par conséquent on ne pouvait pas être fondé aujourd'hui à imputer à cet anesthésique toutes celles qui surviennent après son administration. Que cela soit, j'y consens volontiers; mais on m'accordera du moins que l'anesthésique n'est pas sans y aider. Qui voudrait nier, en effet, qu'administré à un individu sujet, par suite d'une prédisposition organique quelconque, aux troubles nerveux, à la syncope, le chloroforme ne soit propre à hâter et à aggraver les effets de cette même prédisposition?

Au surplus, pour que cet argument soit de quelque valeur, il faudrait prouver que le nombre des malades qui, depuis qu'on fait usage de cet agent anesthésique, ont succombé, ne s'est pas accru; qu'il est resté le même qu'avant son introduction dans le domaine de la chirurgie. Or, je fais ici appel aux souvenirs de tous ceux qui m'écoutent, je ne crains pas d'assurer qu'il n'en est aucun parmi eux qui voudrait élever une semblable prétention, et que tous, au contraire, reconnaîtront que le chiffre des morts subites s'est accru dans une proportion considérable.

Les partisans du chloroforme donné jusqu'à résolution complète ont encore invoqué en sa faveur la sécurité plus grande qu'il donne au chirurgien, en lui rendant plus facile l'accomplissement de son œuvre, et en lui permettant ainsi *d'opérer des prodiges de hardiesse*. Cet argument serait-il fondé, qu'il ne peut avoir qu'une valeur fort secondaire. Le chirurgien n'a rien à revendiquer pour lui-même des bienfaits dus à la découverte des anesthésiques, et sa personnalité doit ici s'effacer et disparaître devant un intérêt bien plus élevé, le seul dont il doive se préoccuper dans les applications qu'il fait du chloroforme, celui des malades. Au surplus, M. Robert l'a formellement reconnu dans son rapport, ce puissant anesthésique n'est point destiné à donner ses aises au chirurgien; il n'aplanit pas les difficultés de son rude labeur, et, pour me servir du langage même de notre collègue, je dirai que si le chloroforme est un bienfait pour l'humanité, il est certainement pour le chirurgien une source de préoccupations et de difficultés.

Quant aux prodiges de hardiesse que grâce à lui on aurait opérés depuis quelques années dans la pratique de la chirurgie, je ne crois pas que jusqu'à présent il y ait une seule opération, si ardue, si périlleuse qu'elle soit, qui n'ait été avant son intervention heureusement exécutée par des mains habiles et résolues. Aussi, disons avec M. Velpeau que ce ne sont pas les chirurgiens, mais les malades, qui ont besoin du choroforme.

Je ne sais, messieurs, si l'examen rapide auquel je viens de me livrer, d'une part des graves dangers du chloroforme, de l'autre du peu de consistance des raisons qui ont paru militer en sa faveur, est de nature à vous frapper; mais ce qu'il y a de certain, c'est que les partisans de cet anesthésique ne se sont dissimulé aucun de ses dangers, et ils ont si bien senti la faiblesse de ces raisons, qu'ils conseillent, pressés par l'évidence des faits, d'y renoncer pour une catégorie de malades si nombreuse, qu'en vérité on se demande quels sont ceux qu'il sera permis désormais de soumettre à son action. Ainsi cette catégorie comprend *tous les individus dont les organes centraux de l'innervation, de la circulation et de la respiration sont malades; ceux qui sont naturellement ou accidentellement disposés à la syncope; ceux qui sont extrêmement affaiblis par les hémorrhagies, par des suppurations prolongées, ou se trouvent dans l'état de commotion inhérente à certains cas de traumatisme grave.* Enfin, *la chlorose* chez les femmes, serait encore une contre-indication. Ajoutons que quelques chirurgiens ont vu aussi une contre-indication dans l'âge des individus. Pour eux, les vieillards et les jeunes enfants, c'est-à-dire les deux extrêmes, ne doivent pas être soumis à l'action du chloroforme.

J'ai dit qu'en présence d'exceptions aussi nombreuses, on se demanderait pour quels malades désormais l'anesthésie par le chloroforme serait un bienfait. C'est qu'en vérité, en jetant un coup d'œil sur la nosologie chirurgicale et surtout en parcourant les salles d'hôpitaux, on est frappé du nombre considérable de lésions qui placent, à un moment donné, ceux qui en sont atteints dans l'une ou dans l'autre des conditions pathologiques qui, de votre aveu, contre-indiquent l'emploi du chloroforme.

J'irai plus loin, et je demanderai si, en suivant cette prescription dont je ne prétends pas contester la sagesse, on ne priverait pas de cette bienfaisante immunité contre la douleur ceux-là même qui en ont le plus besoin, c'est-à-dire ceux que leur état de débilité et d'épuisement rend le moins aptes à supporter sans coup férir une longue et douloureuse opération?

D'ailleurs, qu'on veuille bien le remarquer, dans les observations de mort subite l'excès d'action du chloroforme s'est également manifesté chez des individus d'une bonne santé et d'une constitution robuste, et des six victimes qu'il a faites, et dont notre collègue a cité l'observation, il n'en est pas une seule qui se soit trouvée dans les conditions d'affaiblissement général dont il vient d'être question. D'où il résulte que, pour être logique, il faudrait multiplier encore les cas d'exclusion, étendre à l'infini la formule des contre-indications, et arriver forcément à l'abandon complet d'un agent qui, à quelque point de vue que l'on se place, de quelque manière qu'on s'y prenne, quel que soit l'état de santé des individus que l'on soumet à son action, reste toujours dans la main du chirurgien même le plus expérimenté cette puissance merveilleuse et terrible, comme l'appelle si éloquemment le savant physiologiste auquel on en doit la découverte, puissance dont plus tard M. Sédillot a pu dire à son tour avec raison que, toutes les fois qu'on y a recours, c'est une question de vie et de mort qui se trouve posée.

Mais, ne va-t-on pas manquer de me dire, c'est une proscription définitive du chloroforme que vous décrétez, c'est le retour de la médecine opératoire à ses anciennes allures que vous conseillez, c'est le tribut de la douleur la plus vive que vous imposez de nouveau à l'humanité, qui s'en était crue à tout jamais affranchie. Je n'ai rien voulu faire de tout cela : décrets à formuler, conseils à donner, tribut à lever, je laisse ce soin à des hommes plus autorisés. Je ne m'abuse point, messieurs, sur la portée de mes forces, et je sens bien qu'elles ne sauraient s'élever jusqu'à une telle prétention. Ce que j'ai voulu, je l'ai fait : j'ai étudié les faits, j'ai pris les appréciations qu'en ont données les partisans du chloroforme; je me suis pénétré de l'esprit de leurs discours ; je me suis assimilé la signification rigoureuse, vraie et ineffaçable de leurs conclusions, et je suis arrivé en suivant la même voie à un but différent. Voilà tout; c'est au public médical qui nous lira à décider qui d'eux ou de nous a fait fausse route.

Au surplus, si cet agent devait être abandonné, la douleur des opérations trouverait ailleurs un antagoniste puissant, et qui jusqu'à la découverte de son heureux rival a suffi à la neutraliser : je veux parler de l'éther ; pour ma part, c'est de ce dernier que je fais usage toutes les fois que dans ma pratique j'ai besoin de produire l'anesthésie.

S'il n'a pas certains avantages du chloroforme au point de vue de l'administration, il est hors de doute, et cela lui donne à mes yeux une supériorité incontestable, qu'il n'en a pas non plus les inconvénients irrémédiables.

Mais, avant d'entrer dans cette partie nouvelle et encore inexplorée de la discussion, qu'il me soit permis de dire un dernier mot en faveur du chloroforme ; de ma part, cela ne peut être suspect. Ce dernier mot, qui d'ailleurs s'applique à l'usage des anesthésiques en général, sera relatif aux précautions à prendre pour en prévenir l'excès d'action.

Je n'ai pas vu figurer au nombre des indications formulées à ce sujet celle à laquelle plusieurs chirurgiens ont été conduits, et qui consiste à ne pousser l'inhalation que jusqu'à cette limite qui permet d'obtenir tous les bénéfices du chloroforme sans avoir autant à en redouter les dangers, c'est-à-dire à ne point le porter sans une nécessité absolue jusqu'à la résolution musculaire.

Voici à ce propos comment s'exprime un praticien des plus éminents que vous avez récemment acclamé au nombre des membres honoraires de la Société de chirurgie, M. Hervez de Chégoin : « Malgré mes » craintes, il m'en coûtait, dit-il, à renoncer à un moyen si précieux, » et je voulus savoir à quel point on pouvait atténuer la douleur sans » porter le chloroforme jusqu'à la perte de connaissance. » (*Union médicale*, avril 1852.) Pour cela, M. Hervez de Chégoin, chez une femme à qui il allait enlever un sein, s'arrêta dans l'inhalation quand elle se plaignit d'un léger étourdissement. La peau de l'avant-bras, qu'il pinça, n'était pas insensible; mais la douleur était si obtuse, que la malade, qui en avait la conscience, la considérait comme indifférente : c'est dans cette condition qu'il commença l'opération. Pendant toute la durée de celle-ci, la malade lui parlait, lui disant qu'elle le voyait, l'entendait, mais qu'il ne lui faisait pas de mal.

Une autre femme à qui M. Hervez amputait l'index, et qu'il avait mise dans les mêmes conditions, lui tint le même langage.

Même résultat chez un jeune homme auquel il pratiqua une opération très courte, mais très douloureuse : le patient était resté assis; le mouchoir, imprégné de 1 gramme de chloroforme, avait été retiré dès que le malade avait témoigné du malaise.

Encore même résultat chez un jeune homme de quinze ans, doué d'une extrême sensibilité, marquée par des mouvements involontaires des membres, et auquel un abcès à la jambe fut ouvert sans qu'il s'en soit aperçu. La chloroformisation avait dans ces cinq cas duré moins d'une minute.

Enfin, messieurs, le dernier fait a trait à M. Hervez lui-même, qui y joue un rôle passif. Notre confrère avait un anthrax à la nuque qui exigeait une incision pour laquelle il ne voulait pas être chloroformé jusqu'à insensibilité complète. Après trois minutes d'inhalation bien irrégulière et bien souvent interrompue, ennuyé d'attendre et n'éprouvant qu'un serrement dans les tempes, il pria le chirurgien, c'était notre excellent collègue M. Michon, de commencer. Impatient d'être délivré et ne voyant pas ce qui se passait, il pria vivement son confrère de se hâter. C'était fini, et M. Hervez n'avait rien senti : fort surpris et très satisfait, il porta les doigts sur les bords de la plaie, qu'il trouva insensibles.

« Je ne pouvais croire, ajoute-t-il, que cette insensibilité dépendait » de la maladie elle-même, qui avait mortifié le tissu cellulaire sous» cutané. Mais la peau ne participait point à cette mortification : je » me pinçai à plusieurs reprises celle de la partie antérieure et infé» rieure de l'avant-bras, et la douleur avait un caractère si obtus que » je la renouvelai par curiosité ; je répétai cette épreuve plusieurs fois » dans les vingt-quatre heures, et, à mon grand étonnement, je trou» vai non pas de l'insensibilité, mais une grande diminution dans la » sensibilité. »

Puis il termine ainsi : « Eclairé par ces faits depuis assez longtemps » déjà, je me borne à cette action du chloroforme, qui atténue la sen» sibilité au degré convenable pour rendre à peu près indifférent à la » douleur, sans porter atteinte aux facultés intellectuelles, sans jeter » dans cet anéantissement complet dout trop d'exemples prouvent » qu'on n'est pas certain de revenir. »

(*La fin au prochain numéro.*)

Expulsion de la voie publique des arracheurs de dents.

Circulaire adressée à MM. les commissaires de police de Paris et les maires des communes rurales.

Paris, le 6 juillet 1853.

Messieurs,

Mon attention vient d'être appelée sur les graves abus et sur les accidents auxquels donne lieu l'exercice de la profession de dentiste sur la voie publique, et sur l'usage du chloroforme employé par des dentistes qui ne sont pas médecins.

Je vous invite, en conséquence, messieurs, à vous opposer à ce que tout individu prenant le titre d'opérateur dentiste se livre à l'extraction des dents et fasse usage du chloroforme sur les places publiques, les marchés, les carrefours et sur quelque point que ce soit de la voie publique de vos sections ou communes respectives, et se livre enfin à aucune pratique chirurgicale ou médicale.

En ce qui concerne les dentistes exerçant à domicile, l'administration ne peut, en présence de la jurisprudence établie à cet égard, exiger la justification d'un diplôme d'officier de santé ou de médecin, mais elle peut interdire à ceux qui ne sont munis d'aucun de ces titres d'administrer des remèdes ou des préparations dont l'emploi maladroitement appliqué peut entraîner de graves accidents. Je citerai notamment le chloroforme, l'éthérisation, etc.

Je vous invite, en conséquence, à faire une notification dans ce sens aux dentistes qui ne pourront vous justifier d'aucun titre, et à vous assurer, autant qu'il sera possible, qu'ils se conforment à cette notification.

Je recommande à tous vos soins les instructions qui précèdent.

Recevez, etc.

Le préfet de police,
PIÉTRI.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

En annonçant dans le numéro du 4 août la composition du bureau de la Société médico-psychologique, nous avons omis de dire que nous empruntions cette nouvelle au dernier numéro des *Annales médico-psychologiques*. S'il y a quelque rectification à faire à ce sujet, c'est à ce journal que l'on doit s'adresser.

— Le portrait d'Orfila, que par son testament l'illustre professeur a légué à l'Académie de médecine, n'est pas celui qui vient d'être exposé au dernier salon, mais bien son portrait en costume de professeur de la Faculté, probablement celui qui ornait le salon de sa maison de Passy.

— La direction de l'Institut orthopédique et pneumatique de Lyon vient d'être confiée à M. le docteur Gillebert d'Hercourt. L'héritage de notre regrettable confrère le docteur Pravaz ne pouvait tomber dans des mains plus habiles. Les antécédents de M. Gillebert nous permettent d'assurer qu'il continuera avec succès l'œuvre de dévouement et les traditions scientifiques de son prédécesseur.

— NÉCROLOGIE. — Le docteur Berlioz, doyen du corps médical lyonnais, vient de mourir à l'âge de 85 ans. Notre vénérable confrère avait la réputation justement acquise d'excellent praticien et d'homme plein de foi et de charité.

— Le docteur Charles Worth, vice-président honoraire à l'hospice des aliénés de Lincoln (Angleterre), a succombé à une attaque d'apoplexie.

— La chambre des lords a fait imprimer un rapport sur le nombre des aliénés soumis à l'enquête placés dans les asiles, sur le chiffre de leurs revenus et leur emploi. Ces aliénés sont au nombre de 238, y compris ceux qui sont dans les maisons à licences. Dans un grand nombre de cas, le revenu est appliqué à leur entretien. Le plus considérable s'élève à 125,000 fr., dont 17,500 fr. sont consacrés à la pension, au bien-être du malade, et le reste à diverses dépenses.

— Un étudiant en théologie à l'Université de Bonn, dans un accès d'aliénation mentale, se rendit dans un bois voisin avec une hache et des clous, et, apercevant un arbre en forme de croix, il s'y crucifia. L'arbre fut promptement découvert par des paysans, qui le coupèrent et le transportèrent avec le malade à Bonn. L'étudiant fut placé à l'hôpital; il est maintenant hors de danger. Marc a rapporté, il y a une trentaine d'années, l'observation de Mathieu Lovat à Venise, qui depuis a été reproduite dans une foule d'ouvrages. (*American Journal of the medical sciences.*)

NOUVELLES DU CHOLÉRA. — On écrit de Copenhague, le 29 juillet : Depuis hier, on a annoncé 271 cas nouveaux et 139 décès. Nombre total des malades, 5,030; décès, 2,647. Indépendamment de Copenhague, c'est dans Nykjoebing (Falster), et à Aarhus, dans le Zutland, que le choléra a fait le plus de victimes.

— On écrit de Kiel, 27 juillet : « Il y a eu ici un cas de choléra. Un négociant, M. Kœhler, qui hier encore jouissait d'une bonne santé, a été atteint ce matin à quatre heures, et à neuf heures il était mort. »

— On écrit de Berlin, 31 juillet : « Le choléra, bien loin de diminuer d'intensité, a continué sa marche ascendante. Du 21 juin au 13 juillet, 740 personnes ont été atteintes de ce fléau, et 307 sont mortes. L'épidémie s'est aussi déclarée dans les environs de Riga. »

— On écrit d'Ystad, 2 août : « Le choléra s'est déclaré à Ystad, province de Scanie (Suède); il y a eu 16 cas et 6 décès. »

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Manuel d'anatomie pathologique, par A. FORSTER. Traduit de l'allemand sur la deuxième édition par le docteur H. KAULA. Prix : 1re partie, avec 4 planches lithographiées, 4 fr. 50 c. ; 2e partie, avec 2 planches lithographiées, 3 fr.

Névrologie, ou description et iconographie du système nerveux et des organes des sens de l'homme avec leur mode de préparation ; par MM. LUDOVIC HIRSCHFELD, docteur en médecine de la Faculté de Paris, et J.-B. LÉVEILLÉ, dessinateur. Paris, 1853, 10e livraison. In-4°, figures noires, 5 fr. ; fig. coloriées, 10 fr. L'ouvrage complet, comprenant 368 pages et 92 planches, fig. noires, 50 fr. ; fig. coloriés, 100 fr. — A Paris, chez J.-B. Baillière, rue Hautefeuille, 19.

LE SOURD.

Paris. — Typographie de PLON frères, Imprimeurs de l'Empereur
36, rue de Vaugirard.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

On s'abonne à Paris
au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	Trois mois. . . . 8 fr. 50 c. Six mois. . . . 16 » Un an. . . . . 30 »	Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	Trois mois. . . . . 9 fr. Six mois. . . . . . 17 Un an. 33
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	Trois mois. . . . . 10 fr. Six mois. . . . . . 20 Un an. 38		

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

PARIS, LE 10 AOUT 1853.

Séances des Académies.

L'intérêt de la séance de l'Académie de médecine se résume en trois communications, dont une de M. Maisonneuve, qui vient encore d'exécuter avec succès une opération hardie. Il s'agissait d'une exostose éburnée qui occupait toute la masse latérale droite de l'os ethmoïde. L'habile chirurgien de Cochin est parvenu, non sans de grandes difficultés, à cause du siége et de la dureté de la tumeur, à en faire l'ablation complète, et, chose remarquable, l'œil, replacé dans l'orbite, a complétement recouvré la faculté de voir; tous ses mouvements les plus délicats ont été conservés, et la physionomie du malade ne présente pas la moindre altération.

Le reste de la séance avait été consacré à la lecture par M. Robinet de quelques rapports sur des remèdes secrets, tous rejetés; à celle d'un mémoire de M. Danger sur l'emploi de l'iode dans la phthisie pulmonaire. M. Danger n'a fait que répéter à ce sujet les expériences tentées sans succès il y a quelque vingt ans par Cottereau, et dont M. Piorry s'occupe depuis plusieurs années. Quelques modifications dans le procédé d'inspiration indiqué par l'auteur ne sont pas sans intérêt. Ainsi, il croit utile de faire inspirer de l'iode pur dans de l'air sec et pur, par grandes inspirations, afin que l'iode pénètre directement dans les poumons sans fatiguer les bronches, et qu'il y exerce sa vertu déshydrogénante. Un quart d'heure après il fait inspirer, comme moyen calmant, de l'air pur chargé d'humidité, en plaçant le malade au-dessus d'un bol d'eau bouillante.

Enfin, après la lecture de trois observations intéressantes de cancroïde de la face dorsale de la main par M. Szokalski, l'Académie s'est formée en comité secret à quatre heures, pour une modification au règlement.

A l'Académie des sciences, tout s'est borné à une communication de M. H. de Saussure sur les aztèques, dont nous avons parlé dans notre numéro du 14 juillet, et à la présentation du mémoire de M. Poggiale sur le pain de munition. Nous avons donné un extrait étendu de ce travail dans notre numéro du 28 juillet.

HOPITAL COCHIN. — M. MAISONNEUVE.

Exostose éburnée de l'os ethmoïde occupant toute la masse latérale droite de cet os. — Extirpation complète. — Guérison rapide avec conservation parfaite des fonctions et des mouvements de l'œil.

Jeffrin (Théodore), âgé de vingt-deux ans, journalier, d'une constitution robuste, raconte que, vers les premiers jours du mois de mars 1853, il commença à ressentir dans la région de l'orbite une sorte de pesanteur et de douleur sourde; en même temps, il s'aperçut que son œil droit devenait un peu plus saillant que l'autre. Il y fit d'abord peu d'attention, ne soupçonnant pas que cela pût être le début d'une maladie sérieuse. Mais bientôt les douleurs orbitaires prirent une intensité considérable; il lui semblait que son œil était pressé dans un étau; cet organe commença aussi à se dévier en dehors et à sortir de l'orbite en refoulant les paupières en avant.

C'est alors qu'il se décida à consulter un médecin; celui-ci reconnut l'existence d'une exophthalmie causée par une tumeur dure placée vers la partie profonde et interne de l'orbite, et, considérant avec raison cette affection comme extrêmement grave, il engagea le malade à se rendre à Paris et à venir consulter M. Maisonneuve à l'hôpital Cochin.

C'est le 5 juillet que ce chirurgien le vit pour la première fois : l'œil droit était complétement sorti de l'orbite et fortement porté vers la tempe; les paupières ne le recouvraient que fort incomplétement : aussi la conjonctive était-elle le siége d'un certain degré d'inflammation; les larmes cependant continuaient leur cours régulier, et, chose remarquable, la vision n'était pas entièrement abolie.

A l'angle interne de l'œil, on reconnaissait au toucher la pointe arrondie d'une tumeur évidemment plus profonde et dont on constatait la présence en déprimant les parties molles. Cette tumeur avait une dureté osseuse; elle était peu sensible à la pression, mais elle était le siége de douleurs sourdes et continues qui fatiguaient beaucoup le malade et le privaient de sommeil. La narine correspondante était libre.

En présence de ces symptômes, M. Maisonneuve n'hésita pas à diagnostiquer une exostose de la paroi interne de l'orbite, exostose probablement éburnée. Quelle était la cause de cette affection ? Le malade n'accusait aucune circonstance qui pût donner à cet égard le moindre éclaircissement; il n'avait jamais reçu de coup sur l'œil, n'avait jamais eu de syphilis, d'affection cutanée, d'accidents scrofuleux.

Néanmoins, avant de rien entreprendre de chirurgical, M. Maisonneuve crut devoir essayer les préparations iodurées. Le malade fut soumis à l'iodure de potassium à la dose de 2 grammes dans les vingt-quatre heures. Ce traitement fut continué pendant quinze jours seulement, parce que la tumeur, loin de diminuer, continuait à faire des progrès sensibles, et surtout parce que les douleurs n'avaient pas subi la moindre amélioration.

Le malade désirait vivement l'opération. M. Maisonneuve se rendit à ses instances et l'exécuta le jeudi 14 juillet de la manière suivante :

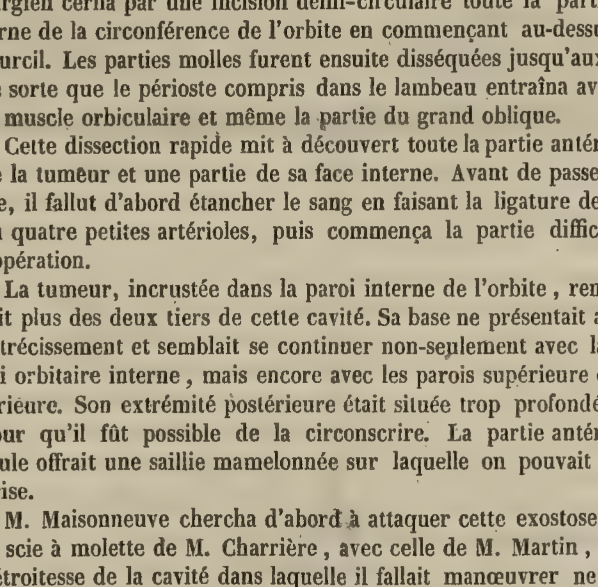
Le malade étant préalablement soumis au chloroforme, le chirurgien cerna par une incision demi-circulaire toute la partie interne de la circonférence de l'orbite en commençant au-dessus du sourcil. Les parties molles furent ensuite disséquées jusqu'aux os, de sorte que le périoste compris dans le lambeau entraîna avec lui le muscle orbiculaire et même la partie du grand oblique.

Cette dissection rapide mit à découvert toute la partie antérieure de la tumeur et une partie de sa face interne. Avant de passer outre, il fallut d'abord étancher le sang en faisant la ligature de trois ou quatre petites artérioles, puis commença la partie difficile de l'opération.

La tumeur, incrustée dans la paroi interne de l'orbite, remplissait plus des deux tiers de cette cavité. Sa base ne présentait aucun rétrécissement et semblait se continuer non-seulement avec la paroi orbitaire interne, mais encore avec les parois supérieure et inférieure. Son extrémité postérieure était située trop profondément pour qu'il fût possible de la circonscrire. La partie antérieure seule offrait une saillie mamelonnée sur laquelle on pouvait avoir prise.

M. Maisonneuve chercha d'abord à attaquer cette exostose avec la scie à molette de M. Charrière, avec celle de M. Martin, etc. ; l'étroitesse de la cavité dans laquelle il fallait manœuvrer ne permit pas de faire usage de ces instruments. On essaya alors les pinces de Liston. Mais le tissu de la tumeur était tellement dur et compacte que cet instrument, malgré les efforts les plus considérables, ne parvint même pas à l'entamer; plus d'une demi-heure se passa dans ces tentatives infructueuses; deux fois les pinces de Liston se brisèrent sous les efforts réunis du chirurgien et de deux aides. Une autre pince fournie par M. Charrière, qui assistait à l'opération, eut le même sort.

Convaincu qu'il ne pouvait rien obtenir des instruments sécateurs, le chirurgien envoya querir un ciseau à froid ; puis, à l'aide de cet instrument et d'un maillet, il chercha à buriner la tumeur. Celle-ci résistait toujours et ne se laissait point entamer ; un de ses mamelons seulement, gros comme une noisette, se détacha après bien des efforts et fut lancé au loin. Ce résultat, en apparence bien minime, fut cependant la circonstance qui décida le succès.



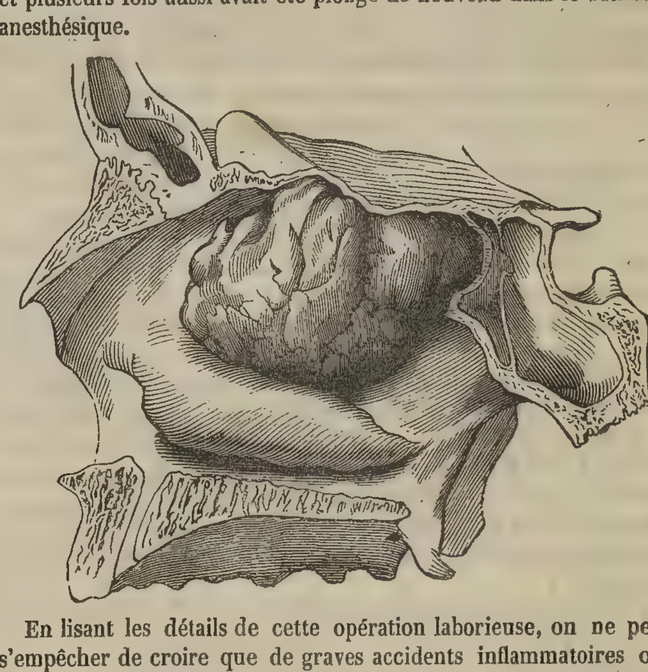
En effet, derrière ce mamelon, la tumeur présentait une gorge ou rainure au fond de laquelle le tissu osseux avait une moindre densité. Le ciseau, violemment percuté par le marteau, finit par y pénétrer à une certaine profondeur, et bientôt le chirurgien constata que la tumeur était devenue mobile ; cette mobilité toutefois était bien peu prononcée, car il fallut un examen attentif pour établir bien positivement son existence.

Un grand résultat était acquis. Cette tumeur, si réfractaire à toute tentative de section, s'était détachée en masse ; elle était mobile, il semblait qu'il n'y avait presque plus rien à faire pour en opérer l'extirpation ; mais de nouvelles difficultés attendaient encore l'opérateur. Cette tumeur éburnée formait du côté des fosses nasales un relief à peu près semblable à celui qu'elle présentait dans l'orbite, et ces deux portions étaient comme étranglées par une sorte d'anneau osseux formé, en haut par le frontal, en bas et en avant par l'os maxillaire supérieur et son apophyse montante. Ce n'est qu'après de longs et laborieux efforts, au moyen de leviers de toutes sortes, de daviers, etc., qu'enfin la tumeur put être extraite d'un seul bloc.

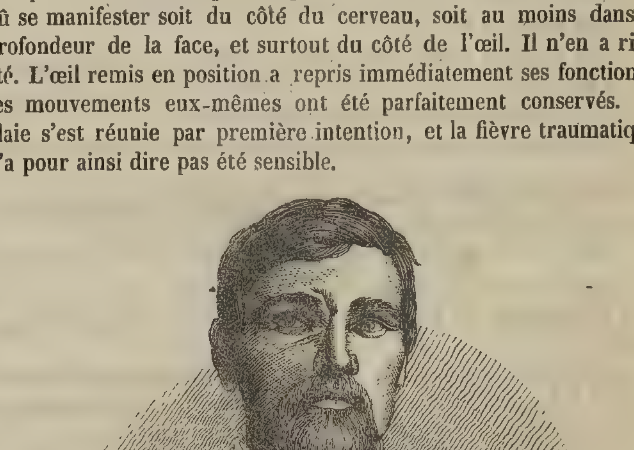
M. Maisonneuve, portant aussitôt le doigt dans l'excavation profonde produite par l'extirpation de la tumeur, constata, non sans quelque surprise, que l'intérieur de cette excavation était parfaitement lisse et tapissée par une sorte de membrane tomenteuse. Aucune communication apparente n'existait avec le sinus maxillaire, ni même avec les fosses nasales.

Pendant toute cette opération difficile, l'œil n'avait pas été un instant froissé. Les os voisins de la tumeur avaient été scrupuleusement ménagés ; aussi M. Maisonneuve ne craignit-il pas, après avoir remis l'œil en place, de rapprocher par première intention les lèvres de la plaie au moyen de la suture entortillée.

L'opération tout entière avait duré une heure et demie. Le malade, soumis au chloroforme, s'était réveillé à plusieurs reprises, et plusieurs fois aussi avait été plongé de nouveau dans le sommeil anesthésique.



En lisant les détails de cette opération laborieuse, on ne peut s'empêcher de croire que de graves accidents inflammatoires ont dû se manifester soit du côté du cerveau, soit au moins dans la profondeur de la face, et surtout du côté de l'œil. Il n'en a rien été. L'œil remis en position a repris immédiatement ses fonctions ; ses mouvements eux-mêmes ont été parfaitement conservés. La plaie s'est réunie par première intention, et la fièvre traumatique n'a pour ainsi dire pas été sensible.



L'examen de la pièce a fait reconnaître une tumeur osseuse complétement éburnée, dont la forme générale rappelait parfaitement l'os ethmoïde. Ses dimensions étaient, pour le diamètre antéro-postérieur, 0,05 ; pour le diamètre transversal, 0,04 ; pour le diamètre vertical, 0,04. La face interne est lisse et régulière,

l'externe convexe et mamelonnée. La supérieure présente en avant une excavation profonde où se voient les traces d'une rupture. C'est par là que la tumeur était soudée au frontal dans une étendue de 2 centimètres. L'antérieure est divisée verticalement par une rainure dont les bords, mamelonnés, embrassaient l'apophyse montante de l'os maxillaire. Enfin, la postérieure représentait plutôt un bord arrondi, dont le tubercule supérieur répondait au trou optique. Cette tumeur pesait 28 grammes.

Aujourd'hui, 9 août, le malade, présenté à l'Académie, est dans des conditions telles, qu'on hésite vraiment à dire de quel côté l'opération a été pratiquée. La cicatrice est imperceptible; l'œil, parfaitement semblable à l'autre, ne présente pas la moindre déviation. Il exécute tous les mouvements d'élévation, d'abaissement, d'adduction, d'abduction et de rotation; les paupières jouissent de toute leur mobilité, et les points lacrymaux fonctionnent comme dans la plus parfaite santé.

M. Maisonneuve, pour bien faire comprendre la position de cette tumeur, l'a fait dessiner enveloppée d'un os maxillaire; il l'a présentée aussi à l'Académie enchâssée dans les os d'une tête d'adulte.

On se demande comment, dans une telle position, ce chirurgien a pu réussir à désenclaver une pareille tumeur.

CLINIQUE ÉTRANGÈRE.—M. Verhaeghe (d'Ostende).

Périnéoplastie. — Procédé de M. Langenbeck. Observations.

Le numéro du 22 mars de la *Gazette des Hôpitaux* contient un article fort curieux sur la périnéoplastie chez la femme, avec deux observations où cette opération a été pratiquée par M. Jobert (de Lamballe). Les lettres si intéressantes du docteur Deville, que vous avez publiées l'année dernière, sur les progrès de la chirurgie anglaise, parlaient aussi de cette opération, et faisaient connaître une modification apportée dans le procédé opératoire par M. Brown. Cela m'a fait penser que vous voudriez peut-être vous intéresser aux tentatives qui ont été faites dans d'autres pays pour perfectionner l'opération si heureusement ressuscitée par l'illustre M. Roux.

Peut-être croirez-vous que la question est assez intéressante pour faire connaître à vos nombreux lecteurs la modification qui a été introduite par M. Langenbeck dans la périnéoplastie. Je viens de pratiquer une quatrième opération d'après ce nouveau procédé, et le succès a été des plus complets. J'ai la conviction que la science ne peut que gagner à ce que le procédé de M. Langenbeck soit mieux connu.

Description du procédé opératoire de M. Langenbeck. — Il est entendu que ce procédé n'est applicable qu'aux ruptures anciennes, car dans les déchirures récentes on n'a qu'à rapprocher les tissus divisés pour reconstituer le périnée. Tous les moments ne sont pas également favorables pour entreprendre l'opération; il faut qu'elle soit faite les premiers jours qui suivent la cessation d'une époque mensuelle, par la raison qu'alors on a généralement devant soi un laps de temps pendant lequel la réunion pourra se faire avant de voir arriver un nouvel écoulement. La grossesse est une contre-indication absolue, de même que la lactation. Une leucorrhée abondante, une diarrhée ou l'inflammation et la suppuration des tissus sur lesquels on devra opérer seront d'abord combattues avant de rien entreprendre. Il devra en être de même à l'égard d'une dyscrasie, si un pareil état constitutionnel existait chez la femme.

Les préparatifs de l'opération consistent en quelques bains de siége, en injections vaginales, un purgatif administré la veille, et un ou deux lavements le matin même du jour auquel l'opération est faite. La vessie devra aussi être vidée par la sonde immédiatement avant de commencer, et les grandes lèvres ainsi que le périnée débarrassés des poils qui pourraient contrarier la réunion.

La femme devra être couchée sur le bord d'une table garnie d'un matelas et d'alèzes, en face d'une croisée, les cuisses et les genoux fléchis et écartés comme pour la lithotomie. Des aides en nombre suffisant la maintiendront immobile dans cette position. L'opérateur sera assis sur un siége suffisamment élevé, afin de ne point être gêné durant l'opération. Les instruments dont il aura besoin sont :

1° Des ciseaux courbés sur le plat;

2° Une pince à disséquer dite à dents de souris;

3° Un petit scalpel convexe, étroit et bien effilé;

4° Des pinces à torsion;

5° Des aiguilles courbes de diverses grandeurs, les unes munies de fils doubles, les autres, celles de Wutzer, de fils quadruples formant des liens aplatis comme de petits rubans;

6° Quelques fortes épingles de Carlsbad pour la suture entortillée;

7° Un porte-aiguille, que l'on peut remplacer avantageusement par une pince d'horloger;

8° Enfin des éponges, de l'eau, etc.

L'opération peut se diviser en plusieurs temps, savoir :

1° L'avivement du bord libre ou éperon de la cloison recto-vaginale;

2° Le dédoublement de la cloison et la formation d'un lambeau destiné à former, dans le nouveau périnée, le côté antérieur de l'espace triangulaire dont il a été question plus haut;

3° L'avivement des deux lèvres de la déchirure;

4° Le placement des sutures;

5° Les deux incisions semi-lunaires dites de Dieffenbach, une de chaque côté des parties sur lesquelles on a opéré afin de soustraire celles-ci à des tiraillements nuisibles.

Pour aviver le bord libre de la cloison, on introduit dans le rectum les deux premiers doigts de la main gauche pour tendre les parties transversalement; puis, au moyen de ciseaux, on enlève un liséré très mince comprenant toute l'épaisseur de l'éperon. On pourrait aussi saisir celui-ci avec une pince à dents de souris au lieu de le tendre avec les doigts tenus dans l'intestin. Cela fait, on passe au deuxième temps, qui est sans contredit le plus difficile de toute l'opération. Les deux doigts restant dans le rectum pour tendre la cloison, on fait sur la face antérieure de celle-ci une incision semi-circulaire ou à pans coupés dont la convexité passe à 2 ou 3 lignes du bord inférieur de la cloison. Le scalpel un peu convexe et bien affilé dont on se sert pour cette partie de l'opération doit être conduit d'une main bien légère, afin de n'intéresser que la membrane muqueuse du vagin et un tant soit peu du tissu sous-muqueux, évitant à tout prix de pénétrer dans le rectum; puis, saisissant la lèvre supérieure de cette incision avec une pince à dents de souris, on la sépare de la couche profonde par une dissection soignée, dans une hauteur de 6 lignes environ et dans toute l'étendue de la largeur de la cloison. On dédouble ainsi celle-ci en deux lames, dont une antérieure, vaginale, et une postérieure, ou rectale. L'épaisseur de la cloison, étant normalement plus grande à sa partie inférieure et augmentée encore par l'état d'hypertrophie dans lequel cette partie se trouve habituellement à la suite d'une déchirure périnéale complète et ancienne, facilite singulièrement ce dédoublement. La portion, ou lame rectale, est destinée à rester en place pour fermer le rectum; l'antérieure, au contraire, est destinée à être ramenée en avant pour être fixée par ses angles à la partie antérieure du nouveau périnée, de chaque côté. Elle formera ainsi un plan incliné dirigé en bas et en avant, espèce de valvule qui fera, à l'égard du nouveau périnée, ce que l'épiglotte fait à l'égard de la glotte, c'est-à-dire qu'elle empêchera les liquides du vagin de venir en contact avec les parties nouvellement réunies.

On procède ensuite à l'avivement des deux côtés de la déchirure. Pour cela on circonscrit, au moyen d'un petit scalpel, à la face interne de chaque lèvre successivement, un espace quadrilatère un peu allongé dans le sens antéro-postérieur, de la vulve vers l'anus, en évitant d'empiéter sur la muqueuse du vagin en haut, et sur la peau extérieure en bas. En avant, l'incision ne doit passer au delà ni rester en deçà du point où, dans l'état normal, se trouve la commissure postérieure de la vulve; en arrière, elle doit se confondre avec le côté correspondant de l'avivement des côtés de l'éperon; aucun intervalle non avivé ne doit exister entre eux. En général, cet espace quadrilatéral doit avoir un pouce et demi de long sur trois quarts de pouce de large. On le saisit ensuite par l'un ou l'autre de ses bords avec la pince, et on le détache sous forme d'une lame de tissu très mince, au moyen de quelques coups de ciseaux ou de scalpel, suivant le choix de l'opérateur. Si quelques petites portions du fond avaient échappé à l'avivement, on les saisirait successivement avec la pince et on les enlèverait au moyen de ciseaux courbes sur le plat. Il est de la plus haute importance qu'à ce moment des aides écartent successivement chacune des grandes lèvres afin de bien exposer toute la surface sur laquelle on opère.

Lorsque tout aura été bien avivé et que tout écoulement sanguin aura cessé, soit spontanément, soit à la suite de la torsion des petites artérioles, on procédera au quatrième temps de l'opération. La suture destinée à fermer le rectum est placée la première. Ici il suffit d'une aiguille courbe ordinaire, plutôt mince que large, munie d'un fil double. On la saisit par le porte-aiguille, et on la fait pénétrer dans la peau à gauche du bord antérieur de l'anus et à quatre ou cinq lignes du bord de la plaie, de manière à la faire sortir sur le bord avivé de l'éperon de la cloison, à la distance de deux lignes environ à gauche du point du milieu; puis on l'enfonce sur le même bord, à la même distance à droite du milieu, pour la faire ressortir à un point de la peau du côté opposé correspondant à celui par où on l'avait fait entrer. En tirant un peu sur les deux extrémités de ce lien, on voit de suite que l'éperon, de transversal qu'il était, se plie dans le sens vertical en deux portions égales, lesquelles se mettent aussitôt en contact par leur bord saignant sur la ligne médiane. Le rectum se trouve ainsi fermé. Ce lien ainsi tendu est confié à un aide, et l'on procède au placement des autres sutures destinées à la réunion du périnée proprement dit. Pour cela, trois ou quatre points de suture entrecoupée sont nécessaires : les aiguilles de M. Wutzer conviennent parfaitement pour cette partie de l'opération. Les liens sont placés successivement en commençant par celui qui est le plus rapproché de l'anus, ayant soin de laisser entre chaque point de suture un intervalle de quatre lignes environ. Les aiguilles doivent pénétrer dans les chairs à une distance de quatre à six lignes du bord de la plaie et comprendre le fond de celle-ci, sans cependant empiéter sur la muqueuse du vagin; après qu'elles ont fait ce long trajet, on les fait sortir des chairs à un point du côté opposé correspondant exactement, quant à sa distance du bord de la plaie et à son niveau, à celui par où elles étaient entrées. Les aiguilles très longues présentent cet avantage de pouvoir traverser d'un trait toute l'épaisseur des tissus de gauche à droite, en comprenant toute l'épaisseur des tissus nécessaire.

Après avoir placé ainsi tous les liens, qu'on a soin de ne pas serrer encore, on passe à un autre point, qui consiste à fixer le lambeau emprunté à la cloison, et resté pendant jusque-là, à la partie antérieure des deux lèvres de la division avivée. Pour cela, on se sert de petites aiguilles courbes munies d'un fil simple. Deux ou trois points de suture suffisent pour chaque côté. A cet instant même, on voit le but auquel était destiné le dédoublement de la cloison et la formation d'un petit lambeau de son tissu. Celui-ci, étant fixé comme il vient d'être dit, forme un plan incliné en bas et en avant qui recouvre, à l'instar d'une voûte, les parties essentielles de l'opération, obligeant en même temps tous les liquides sécrétés dans le vagin à couler vers la vulve sans pouvoir s'infiltrer dans l'interstice de la réunion; il reconstitue, en d'autres termes, le côté antérieur de l'espace triangulaire que l'on a vu plus haut former le périnée normal.

Arrivé à ce moment, on serre successivement les liens du périnée, en commençant par celui placé du côté de l'anus. Chaque lien doit être serré avec un certain degré de force, en évitant toutefois que les bords de la plaie ne se replient en dedans, ce qui pourrait nuire à la réunion. Il peut être bon de placer dans l'intervalle de la première et de la deuxième suture, en comptant de la commissure postérieure de la vulve, un point de suture entortillée, en se servant pour cela d'une forte épingle de Carlsbad, dont les pointes sont ensuite coupées très près de la peau afin de ne pas la blesser.

Enfin, pour que les parties ainsi réunies ne soient pas exposées à subir une trop forte tension qui nuirait incontestablement au succès de l'opération, on fait de chaque côté, à une distance de trois quarts de pouce environ des sutures, une incision semi-lunaire dont la concavité regarde vers le nouveau périnée; ces incisions ne doivent intéresser que la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Conseillées par Dieffenbach, ces incisions amènent un relâchement considérable, et il en résulte que le nouveau périnée se trouve en quelque sorte isolé des parties voisines; la femme pourra se soulever et se tourner dans le lit sans que ces mouvements puissent avoir la moindre influence sur la partie du milieu.

Les parties étant soigneusement lavées, on applique pour tout pansement des compresses trempées dans de l'eau fraîche que l'on renouvellera souvent. La femme est portée dans son lit, où elle sera couchée sur le dos, les genoux légèrement rapprochés et maintenus par un mouchoir plié en cravate. Je me suis bien trouvé de coucher l'opérée sur un coussin hydrostatique en fer à cheval de Hooper; comme ces coussins ne s'enfoncent pas, ils permettent de faire des injections vaginales, de pratiquer le cathétérisme et d'inspecter les sutures sans être obligé de déplacer la femme.

Soins consécutifs. — Ces soins sont nombreux et d'une importance telle que la moindre négligence à l'égard de l'un d'eux pourrait compromettre le succès des efforts les mieux entendus. Des compresses trempées dans de l'eau fraîche seront constamment appliquées contre le périnée. On fera des injections fréquentes dans le vagin avec une infusion de camomille. Le cathétérisme sera pratiqué toutes les fois que la femme éprouvera le besoin d'uriner. Il ne peut lui être permis à aucun prix de satisfaire ce besoin sans la sonde, et l'on se tromperait étrangement en s'imaginant qu'il suffirait de laver le périnée immédiatement après; car, dit Dieffenbach, il suffirait que l'urine eût touché les parties nouvellement réunies pour faire échouer l'opération. Le cathétérisme doit être pratiqué jusqu'à la parfaite réunion.

L'opérée ne prendra que de l'eau d'orge ou de riz, un peu de bouillon au riz ou au vermicelle. Après les deux ou trois premiers jours, on accordera du riz au lait, des laits de poule et d'autres substances analogues propres à soutenir suffisamment les forces. Il est important d'éloigner autant que possible le moment d'une première garde-robe. C'est dans cette intention que l'on prescrira, à commencer aussitôt après l'opération et deux ou trois fois par jour, un quart de grain ou un demi-grain d'opium. En Angleterre, on semble ne pas attacher à la prolongation de la constipation autant de prix qu'on le fait sur le continent, et dès le lendemain de l'opération on administre de légers purgatifs pour provoquer journellement une ou deux selles. Dieffenbach blâme cette manière de faire, qui ne peut qu'exposer à la non-réunion des parties par le passage fréquent des matières fécales.

Après trois jours, on peut commencer déjà à ôter l'une ou l'autre des sutures; on retire d'abord les épingles si on a été obligé d'en placer. Le lendemain, on enlève avec soin un ou deux liens, ordinairement ceux du milieu; puis, le jour suivant, on en retire un ou deux autres, et enfin le septième jour on ôte le dernier, c'est-à-dire celui qui est placé le plus près de l'anus. Les sutures qui fixent le lambeau de la cloison recto-vaginale dans la partie antérieure de la plaie ne sont enlevées que lorsqu'on peut y atteindre sans trop de difficulté. A dater du moment où l'on commence à enlever les sutures, on couvrira les parties de plumasseaux trempés dans l'eau de Goulard. Les injections vaginales pourront aussi être faites avec ce même liquide.

Il est fortement à désirer que le besoin de la première défécation ne se fasse sentir qu'un jour ou deux au moins après que le dernier lien aura été enlevé. Dès que la femme éprouvera ce besoin, elle en avertira le chirurgien, afin qu'il prenne des précautions pour que la sortie des matières fécales, ordinairement durcies, ait lieu sans danger pour le nouveau périnée. Quelques demi-lavements d'une infusion de graines de lin avec beaucoup d'huile d'olive, administrés la femme restant couchée sur le dos, parviennent généralement à ramollir les matières. Si, malgré ces soins, il arrivait que celles-ci se présentassent dures et volumineuses, il faudrait en favoriser la sortie au moyen d'une petite curette qui les diviserait convenablement. Dans tous les cas, il est de la plus haute importance de soutenir le périnée au moment de leur passage. Le chirurgien lui-même ou un aide bien intelligent se chargera de cette besogne; car ce moment est le plus critique, et la moindre négligence pourrait être suivie d'un éraillement partiel ou total des parties encore faiblement réunies. Une fois que la première défécation a eu lieu, on favorisera la liberté du ventre par des lavements ou de légers minoratifs. Dès ce moment aussi la nourriture sera plus substantielle et plus abondante.

Il arrive quelquefois que la réunion ne réussit pas dans toute l'étendue du nouveau périnée; l'un ou l'autre lien des sutures peut avoir coupé les chairs. Dans ces cas, les parties réunies formeront des brides ou espèces de ponts qui maintiendront le reste dans un état de rapprochement. Alors les parties béantes se remplissent de granulations, et la cicatrisation, quoique lente, finit par y acquérir autant de solidité qu'ailleurs.

Souvent il arrive que les bords de la division restent séparés près de l'anus ou qu'ils s'y éraillent un peu au moment de la première garde-robe. Il semble alors qu'on ait pratiqué à la malade l'opération de la fistule à l'anus; le fond de la plaie s'y remplit de granulations, et la cicatrisation, à laquelle on aide singulièrement par l'attouchement avec du nitrate d'argent, marche du fond vers la peau.

Un autre accident que l'on remarque quelquefois, c'est la persistance d'une petite fistule recto-vaginale. La cautérisation parvient le plus souvent à la guérir. Cependant chez une de ses opérées Dieffenbach dit avoir eu recours à l'avivement des bords de la fistule suivi de quelques points de suture.

— Nous publierons les observations dans le prochain numéro.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 9 août 1853. — Présidence de M. Bérard.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Épidémies.

M. le ministre du commerce transmet les rapports suivants :

1° De M. Gueneau, médecin des épidémies pour le canton de Flavigny, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Gissey (Côte-d'Or);

2° De M. Duquesnel, sur une épidémie de variole qui a régné dans la commune de Beaumont;

3° De M. le docteur Houeix, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Ploërmel, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans plusieurs communes de cet arrondissement pendant les mois de février, mars et avril derniers;

4° De M. le docteur Lacoste, médecin cantonal, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans les communes de Saffre et de Boussey, arrondissement de Semur (Côte-d'Or).

Variole et vaccine.

M. le docteur Fumey, de Cuiseaux (Saône-et-Loire), adresse un mémoire intitulé : *Quelques mots sur la variole et la vaccine, à propos des épidémies de 1844 et 1847, et surtout de 1853, dans quelques communes du canton de Cuiseaux.* (Commission de vaccine.)

Fièvres intermittentes.

M. le docteur Pietra Santa adresse une lettre sur quelques points de l'étiologie des fièvres intermittentes, au sujet du mémoire lu sur ce sujet dans la dernière séance par M. Félix Jacquot. (Commission nommée.)

Ergot.

M. Letellier (de Saint-Leu) adresse une lettre sur l'ergot, à l'occasion de la communication de M. Ch. Robin sur ce sujet.

Emploi du sulfite de soude dans le traitement de la stomatite mercurielle.

M. Colomiès, chirurgien adjoint de l'hôpital des syphilitiques de Toulouse, adresse un mémoire sur l'emploi du sulfite de soude dans le traitement de la stomatite mercurielle. (Commissaires : MM. Lagneau et Gibert.)

Ligature de l'artère sous-clavière.

M. Dominico Cacciopoli adresse un mémoire sur la ligature de l'artère sous-clavière. (Commissaire : M. Laugier.)

Opium algérien.

M. Chérot, cultivateur à Bone (Algérie), adresse une note sur l'opium algérien. (Commission nommée.)

Remèdes secrets.

M. Robinet lit, au nom de la commission des remèdes secrets, une série de rapports sur des remèdes secrets ou nouveaux auxquels la commission déclare qu'il n'y a pas lieu d'appliquer les dispositions favorables des décrets relatifs aux remèdes.

Emploi de l'iode dans le traitement de la phthisie pulmonaire.

M. Danger lit un mémoire ayant pour titre : *De l'iode appliqué au traitement de la phthisie pulmonaire.*

L'auteur a entrepris sur l'iode appliqué au traitement de la phthisie pulmonaire une série d'observations et de recherches expérimentales dont il expose dans ce mémoire les principaux résultats. Les moyens extraordinaires qu'exige l'iode dans le manuel opératoire, dit l'auteur, ont jusqu'ici détourné les praticiens de l'emploi de ce métalloïde à l'état de pureté, pour leur faire adopter l'usage exclusif des préparations iodées, beaucoup plus maniables. Malheureusement, toutes ces préparations se trouvent en tout ou en partie dépourvues de la propriété déshydrogénante que possède l'iode pur; propriété déshydrogénante caractéristique essentielle, mais précieuse, sans laquelle l'iode n'aurait pas d'avantages marqués sur beaucoup d'autres corps pour le traitement de la phthisie pulmonaire.

Dans certaines maladies, il est à peu près indifférent que l'iode soit administré sous telle ou telle forme, par telle ou telle voie; mais il n'en est pas ainsi pour les affections des organes de la respiration ou de la circulation : cela tient à un fait physiologique que l'auteur a eu plusieurs fois l'occasion de mettre en évidence, savoir : que les corps absorbables et non assimilables peuvent pénétrer l'organisme et en être expulsés sans passer par le torrent de la circulation.

Des faits énoncés dans ce mémoire il résulte, en effet, que, quel que soit le corps inassimilable dont on fasse usage pour combattre la phthisie pulmonaire, ce corps n'aura d'action spéciale que s'il est mis en contact immédiat avec l'organe malade ; que, dans l'espèce, les préparations iodées administrées par toute autre voie que celle de la respiration doivent être considérées comme moyens hygiéniques, et qu'en les administrant on ne peut espérer atteindre d'autre but que celui de rétablir ou de maintenir en bon état les autres fonctions.

Mais si les préparations iodées administrées par toute autre voie que celle de la respiration sont sans efficacité directe sur les poumons malades, il n'en est pas de même lorsque l'iode pénètre directement dans l'organe.

M. Danger a pensé que la propriété déshydrogénante de l'iode pouvait offrir des ressources immenses à l'art de guérir. A peine l'iode est-il en contact avec les matières organiques, qu'il tend à les décomposer en leur enlevant leur hydrogène pour passer à l'état d'acide hydriodique..... C'est ainsi que l'ammoniaque, les matières ammoniacales (et la plupart des sécrétions morbides ont ce caractère) sont instantanément décomposés par l'iode.

Les considérations auxquelles l'auteur se livre sur ce sujet l'ont conduit à reconnaître que l'iode pur est de tous les corps connus celui qui présente les conditions les plus favorables au traitement de la phthisie pulmonaire, et que ce corps ne peut, sans perdre sa propriété la plus précieuse, son action déshydrogénante, être administré par d'autres voies que celle de la respiration, et il s'est, en conséquence, occupé des moyens les plus efficaces pour le porter le plus loin possible dans les ramifications bronchiques.

La question de dosage a présenté de grandes difficultés. Avoir un moyen efficace, prompt, facile de faire pénétrer jusqu'aux lobes pulmonaires des quantités précises d'iode pur, tel est le problème. Pour atteindre la solution, M. Danger fait aspirer de l'air pur, sec et chaud, qu'il sature d'iode amené à l'état de vapeur, au moyen d'un appareil dont le mécanisme est fort simple; il consiste en un tube ouvert aux deux extrémités, l'une d'elles préparée pour y appliquer la bouche, l'autre est contournée pour être prolongée dans la flamme d'une lampe à alcool, afin que le courant d'air appelé par la succion ne puisse circuler dans l'appareil que convenablement échauffé. Un petit cylindre d'iode est placé au centre du courant d'air chaud qui, par une disposition particulière de l'appareil, agit sur une des bases du cylindre qu'il use progressivement. La différence de longueur avant et après un certain nombre de succions indique la quantité d'iode volatilisé que le courant d'air a entraînée.

De l'ensemble de ses recherches il résulte que le moyen le plus propre à combattre la phthisie pulmonaire consiste :

1° A faire trois fois par jour au moins des aspirations à pleins poumons d'air pur, chaud, sec et complétement saturé d'iode pur à l'état de vapeur, à la dose de 1 à 5 centigrammes par vingt-quatre heures, selon la force du sujet;

2° A respirer pendant quelques minutes, un quart d'heure après l'aspiration des vapeurs iodées, un air pur, mais chargé d'humidité, en se plaçant au-dessus d'un bol d'eau bouillante dans laquelle on peut laisser tomber quelques gouttes d'acide acétique pour faciliter l'expectoration et apaiser l'impression de sécheresse produite par l'iode sur les muqueuses;

3° A suivre ponctuellement un régime sévère en rapport avec toutes les précautions hygiéniques exigées par la position du malade.

L'iode qu'on veut introduire dans les poumons ne doit pas avoir d'autre véhicule que l'air atmosphérique ingéré le plus loin possible à l'aide d'un appareil approprié.

Cet air doit être pur, pour ne pas troubler un instant la transformation du sang veineux en sang artériel.

Il doit être chaud, pour ne pas irriter la sensibilité des organes et pour être susceptible de se charger, dans un temps donné, d'une plus grande quantité d'iode. Il doit être sec, pour conserver aux vapeurs d'iode toute leur action déshydrogénante, action qui pourrait être altérée par l'air humide chargé de matières organiques.

Il doit être sec encore, pour que le flux bronchique gonflé par la vapeur d'eau ne vienne pas intercepter le passage à la vapeur d'iode.

Il doit être complétement saturé d'iode, pour qu'une certaine quantité de ce corps puisse arriver intacte jusqu'aux lobes pulmonaires, malgré le flux des grosses ramifications bronchiques qui neutralise l'action d'une grande quantité de ce métalloïde.

Enfin, l'air pur, chaud, sec et complétement saturé d'iode à l'état de vapeur, doit être ingéré dans les poumons par de fortes aspirations, autrement on fatiguerait les bronches sans obtenir de succès.

Cancroïde de la face dorsale de la main.

M. le docteur Victor Szokalski lit un travail dans lequel il donne la relation de trois observations de cancroïde de la face dorsale de la main, qu'il a observées pendant son séjour dans la haute Bourgogne, cette terre classique, dit-il, des dégénérescences cancéreuses.

Ces trois observations, dit M. Szokalski, forment une espèce de trilogie pathologique dont le triste dénoûment se laisse facilement prévoir, bien qu'il ne lui ait pas été donné d'en observer les détails. On voit que le cancroïde de la main, aussi bien que toute autre ulcération de ce genre, débute par la dégénérescence squirrheuse de la peau ou par une ulcération accidentelle qui s'envenime dans la suite et prend le caractère carcinomateux. Il est le plus souvent le résultat de la diathèse particulière; au moins, dans les trois observations qui précèdent, la dégénérescence cancéreuse était constatée dans la famille des malades; et dans le dernier cas, le cancroïde de la main était accompagné de celui de la lèvre inférieure.

Si l'on suit la marche et le développement de la maladie, on trouve qu'elle présente trois périodes bien tranchées. Dans la première, la peau est exclusivement affectée; dans la deuxième, l'ulcération s'insère dans les gaînes des tendons et devient mobile pendant les mouvements des doigts; dans la troisième, elle s'insère au périoste et aux organes interosseux; elle entoure les tendons de toutes les côtes et leur permet de se remuer au milieu des tissus transformés sans déplacer la totalité de l'ulcération.

Le pronostic, favorable dans le premier degré, devient plus sérieux dans le deuxième, fâcheux dans le troisième.

Dans le premier, on peut traiter l'ulcération par les caustiques ou par l'opération chirurgicale, bien que cette dernière mérite toujours la préférence. Dans le deuxième, il faut combiner ces deux procédés et détruire pas à pas les tissus dégénérés. Dans le troisième enfin, le traitement palliatif est exclusivement indiqué, à moins que l'on ne préfère, en détruisant les tendons extenseurs, rendre la main tout à fait inutile, ou procéder à son amputation.

On a vu que la nature porte remède à la destruction partielle des tendons; en serait-il ainsi s'il s'agissait de leur destruction plus étendue? Il est permis d'en douter, au moins jusqu'à renseignements plus positifs.

Le cancroïde de la main ne diffère certainement pas, quant à sa nature, du cancroïde des autres parties du corps; mais sa situation lui imprime des caractères particuliers, et c'est à ce titre qu'il se recommande à l'attention des chirurgiens.

Extirpation d'une exostose de la masse latérale droite de l'ethmoïde.

M. Maisonneuve présente un malade auquel il a pratiqué, il y a trois semaines, l'extirpation d'une exostose de toute la masse latérale droite de l'os ethmoïde. (Voir plus haut.)

(Voir plus haut.)

— L'Académie se forme en comité secret à quatre heures pour une question réglementaire.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 1er août 1853. — Présidence de M. Combes.

Observations sur deux individus désignés comme appartenant à la race aztèque.

M. H. de Saussure communique quelques observations sur deux individus désignés comme appartenant à la race aztèque et que l'on montre en ce moment à Londres.

L'auteur borne cette première communication aux quelques remarques générales suivantes sur les caractères physiques communs à ces deux individus, qui sont de sexe différent :

1° *Taille.* — Elle est très peu élevée relativement à l'âge (dix à onze ans) et n'excède pas trois pieds. Il est difficile de considérer cette réduction de la taille comme le résultat d'un arrêt de développement à cause des proportions parfaites de la forme, qui est élancée et semblable à celle de l'âge adulte.

2° *Tête.* — Elle est extraordinairement petite et ne dépasse pas en volume la tête d'un enfant naissant. L'aire du crâne est inférieure à celle de la face. L'angle facial est de 60 degrés environ.

Le nez forme une saillie considérable, et malgré sa grandeur, il n'est point disgracieux; comprimé vers le haut, il s'épâte légèrement vers le bas. Le front est si oblique qu'il continue la ligne du nez; il est bas et n'offre aucune trace de dépression artificielle; au contraire, sur le milieu s'étend une crête osseuse verticale, peu visible, il est vrai, mais sensible au toucher : crête qui se termine sous le cuir chevelu, vers le milieu du coronal, par une petite bosse osseuse. Au-dessus des orbites sont deux enfoncements très visibles, dirigés obliquement de dedans en dehors et de bas en haut. Au-dessous de ces dépressions, les arcades sourcilières forment une saillie tranchante qui porte un sourcil très étroit et médiocrement fourni. Le maxillaire supérieur est très avancé, mais nullement oblique, comme chez les nègres. A partir de ce point, la face fuit autant que le front; la mâchoire inférieure ne correspond nullement à la supérieure, et le menton est encore en retrait.

Les dents ne sont pas implantées obliquement, et lorsque la bouche est fermée les incisives supérieures non-seulement couvrent entièrement les inférieures, mais les dépassent même d'une quantité très sensible. Les lèvres ne sont point portées en avant, comme chez les nègres, mais la brièveté de l'inférieure contraste si fort avec la grandeur de sa correspondante, que celle-ci paraît plus grosse qu'elle ne l'est en réalité.

La physionomie de l'un et de l'autre a de la douceur et de l'intelligence; il y a un éclat extraordinaire dans leurs grands yeux noirs.

Les cheveux sont noirs, très crépus, mais nullement laineux.

3° *Dentition.* — Elle paraît singulièrement anormale, soit dans l'un, soit dans l'autre sexe. A la seconde dentition, une grande dent a remplacé, à la mâchoire inférieure, deux petites incisives de lait, et il ne reste aucune place pour les deux qui manquent. Le garçon, du reste, a achevé le remplacement de ces incisives depuis plus d'un an, et l'on ne voit chez lui aucune trace de celles qui ont fait défaut à cette époque. La première molaire de remplacement est entièrement développée, quoique la troisième ne fasse qu'apparaître.

4° *Main.* — Elle est d'abord remarquable par la brièveté du pouce, qui est court et surtout moins opposable que dans la forme normale; mais c'est dans le petit doigt que se voit la plus grande anomalie : au lieu d'atteindre, comme c'est le cas ordinaire, jusqu'au bout de la deuxième phalange de l'annulaire, il ne va que jusqu'au milieu de cette phalange, ce qui équivaudrait pour nous à un petit doigt tronqué à la base de l'ongle. De plus, tandis que la longueur de la première phalange du petit doigt est d'ordinaire à peu près égale à la somme de deux autres, chez les deux enfants en question cette somme équivaut à peine aux deux tiers de la première longueur. Ces deux phalanges sont atrophiées et paraissent parfaitement ankylosées et réunies en une seule chez le garçon; chez la jeune fille, il y a quelques mouvements obscurs qui rappellent ceux d'une amphiarthrose. Cette réduction parallèle du pouce et du petit doigt mérite d'être notée.

5° La peau est lisse et dépourvue de poils; sa couleur est d'un bistre foncé.

Le poids de ces individus est d'environ 25 livres.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

ADDITION A LA SÉANCE DU 27 JUILLET 1853.

Suite de la discussion sur le rapport de M. Robert (1).

M. Hervez de Chégoin n'est pas le seul à avoir fait la remarque qui précède. Pour ma part, dans l'article Anesthésie, que j'ai publié dans l'*Union médicale*, et que j'ai rappelé en commençant, j'en ai fait la base d'une prescription analogue à celle qui règle la pratique de notre collègue, et on la retrouve encore dans un travail que mon savant ami M. Jobert (de Lamballe) a lu récemment à l'Institut : « Le médecin, dit-il, doit constamment surveiller le malade et ne pas s'en rapporter à des mouvements irréguliers, à de la loquacité, pour juger de degré d'action du chloroforme; car il arrive que l'insensibilité est produite lors même qu'il existe de l'agitation des membres et des paroles incohérentes. »

En résumé, ce que l'on doit se proposer dans l'emploi des anesthésiques, c'est ce degré d'insensibilité qui, pour ne pas être profonde et accompagnée de la résolution musculaire, suffit néanmoins pour faire perdre au malade la conscience de sa douleur, ou que, si elle la leur laisse, ce n'est qu'à un très faible degré; de telle sorte qu'elle se trouve, pour me servir de l'expression de M. Hervez de Chégoin, *velo obducta*.

A coup sûr, on ne contestera pas, et, au besoin, les faits qui précèdent sont là pour le prouver, que l'action du chloroforme, arrêtée à ce degré, ne soit suffisante pour l'exécution d'un grand nombre d'opérations soumises à des règles précises, et pour lesquelles il n'est besoin que d'un laps de temps fort court.

Je sais bien que l'on m'objectera que dans quelques cas où la résolution musculaire est nécessaire à la bonne exécution du manuel opératoire, il faut porter l'anesthésie beaucoup plus loin. Ainsi, nous dit M. le rapporteur, pour le traitement des luxations, des hernies étranglées et pour quelques cas de cathétérisme difficile. Pour les luxations, je l'admets volontiers, sans concéder toutefois que, sauf les cas où elles sont compliquées de fracture, le but que se propose le chirurgien ne puisse être atteint sans le secours de l'anesthésie. En avançant cette dernière proposition, je crois que les termes du rapport ont mal rendu la pensée de l'auteur.

Quant à la hernie étranglée, pour laquelle on proclame la nécessité de recourir au chloroforme jusqu'à résolution musculaire, soit qu'on veuille opérer le taxis ou le débridement, il me semble que le précepte ainsi formulé d'une manière générale peut avoir des inconvénients graves.

D'abord, l'exemple est-il bien choisi? Pour ma part, j'en doute, et je crois, messieurs, qu'une courte discussion justifiera mon doute à cet égard.

En posant cette indication, de porter le chloroforme jusqu'à sa période d'intensité pour le cas pathologique qui nous occupe, M. Robert s'est-il bien rappelé la note qu'il a lue dans le courant de l'année 1849 sur les dangers du chloroforme? Pour ma part, je suis tenté de croire qu'il l'a un peu oubliée; car sur trois observations qu'elle renferme, il y a un cas de mort survenue précisément à la suite de l'administration du chloroforme pour l'opération de la hernie étranglée, et dont la cause unique, dans l'opinion de notre collègue, a été l'agent anesthésique.

Si du fait que je viens de rappeler on rapproche l'observation que M. le docteur Debrou a communiquée à la Société de chirurgie dans sa séance du 13 août 1851, observation qui nous montre la mort imminente chez un homme que cet habile confrère avait opéré pour une hernie étranglée après l'avoir soumis aux inhalations du chloroforme avec toutes les précautions voulues; une autre observation de mort publiée dans les *Archives* par M. Fano, à la suite de l'administration du chloroforme dans les mêmes circonstances; si d'autre part on tient compte de l'opinion formellement exprimée par Astley Cooper, et dont tous les chirurgiens ont pu constater la justesse; à savoir, que la prostration causée par l'étranglement de l'intestin est quelquefois telle, que les causes les plus légères peuvent amener une syncope dont on a de la peine à faire revenir les malades (*Œuvres d'Astley Cooper*, p. 240), et qu'alors la mort a lieu d'une manière subite, comme le prouvent les trois faits qu'il cite, et qui sont relatifs, l'un à un individu qui mourut en s'asseyant dans son lit et en prenant le verre pour le porter à ses lèvres, l'autre, à un malade qui expira en voulant se lever; enfin, le troisième, à un homme qui, au sortir du bain, à peine arrivé à sa chaise, qui n'était éloignée que de quelques pas de la baignoire, fut pris d'une syncope dans laquelle il succomba au bout de quelques minutes, bien que la hernie fût réduite; si aux faits que je viens de rappeler on ajoute encore deux autres observations publiées au mois de décembre 1849 dans l'*Union Médicale* par M. le docteur Escallier, nous montrant la mort imminente chez deux malades chloroformés pour la réduction de hernies étranglées, et qui, après que celle-ci fut obtenue, ne purent être soustraits au danger qui les menaçait qu'au moyen de deux doigts portés profondément dans l'arrière-gorge dans le but de provoquer l'effort du vomissement, et une longue expiration bientôt suivie d'une inspiration annonçant le retour à la vie; si, dis-je, messieurs, on donne à ces faits l'attention qu'ils méritent, on sera conduit, ce me semble, à une conclusion opposée à celle de M. Robert, et à ne faire intervenir le chloroforme qu'avec une extrême réserve dans le traitement de la hernie étranglée. Peut-être même, et je suis de cet avis, conviendrait-il de n'y avoir recours que dans les cas où l'étranglement est récent, et où la nature des accidents survenus ne dénote pas un trouble notable de l'innervation et de la

(1) Fin. — Voir le numéro précédent.

circulation. Lorsqu'au contraire les phénomènes qui caractérisent une période plus avancée de l'étranglement existent, que le pouls est déorimé, que le facies est altéré, que les forces ont fléchi et que l'ensemble de la constitution offre ce caractère de stupeur et de prostration si ordinaire dans ce genre de lésions viscérales, l'emploi du chloroforme est alors complétement contre-indiqué; sa puissance anesthésique, en venant s'ajouter à l'action stupéfiante de la maladie elle-même, exposerait à de trop graves dangers pour qu'il ne soit pas irrationnel de le mettre en usage dans de pareilles circonstances.

Me dira-t-on que bien des hernies étranglées qui ont pu être réduites grâce au chloroforme ne l'eussent pas été sans son administration? D'abord, je demanderai comment on peut savoir cela, si, d'emblée et avant toute tentative sérieuse de réduction, on a eu recours au chloroforme? D'un autre côté, si, comme cela est arrivé dans le cas où le malade de M. Robert a succombé, le taxis échoue malgré l'anesthésie, et si, forcé de recourir au débridement, on se trouve dans la nécessité de donner au patient une dose nouvelle de chloroforme pour éteindre la sensibilité revenue pendant les manœuvres de réduction, ne voit-on pas à combien de chances de mort plus pressantes, plus nombreuses on va l'exposer, que si le débridement avait été pratiqué tout d'abord dans les conditions physiologiques ordinaires.

Si j'ai autant insisté, messieurs, sur ce point du rapport de M. Robert, c'est en raison de la gravité du sujet, des difficultés qu'il soulève, et en vue de donner à notre collègue l'occasion de revenir, dans le résumé qu'il fera de cette discussion, sur un point de pratique chirurgicale qui n'a pas encore été, au point de vue de l'intervention du chloroforme, suffisamment étudié; quelle est au juste sa manière de penser et d'agir à cet égard, convaincu que son expérience pourra nous servir de guide et avancer la solution du problème.

Du reste, ce n'est pas le seul point de clinique chirurgicale pour lequel il y ait encore à observer, à méditer, à étudier, toujours par rapport à l'emploi des anesthésiques en général, et en particulier du chloroforme; la plupart des opérations qui se pratiquent sur le trajet ou aux orifices des voies respiratoires sont dans le même cas. Y a-t-il pour elles opportunité à recourir à l'anesthésie? Celle-ci ne peut-elle pas être plutôt nuisible qu'utile? A cet égard, messieurs, M. Maisonneuve, dans la dernière séance, nous a révélé un danger du chloroforme porté jusqu'à perte complète de connaissance, qui n'avait pas encore été signalé, et qui démontre que l'état de résolution où l'on a plongé les malades peut devenir un embarras considérable pour le chirurgien, qu'il met dans l'impossibilité absolue de terminer l'opération : je veux parler du malade auquel notre collègue pratiquait l'amputation de la mâchoire inférieure. Vous vous rappelez le tableau si émouvant qu'il vous a tracé de cet individu qui était dans un état complet de collapsus, et qui nonobstant restait les mâchoires serrées à tel point qu'il fut dans la nécessité, à deux reprises différentes, d'attendre que le malade fût revenu à lui pour pouvoir pratiquer la section de l'os, que la contraction des masséters et des ptérygoïdiens ne permettait pas d'abaisser.

A côté de ce fait, qui m'a vivement frappé, j'en placerai un autre qui n'est pas sans analogie avec lui, et sur lequel j'appelle l'attention de mes collègues : je veux parler de la persistance de la contractilité des muscles placés sur la limite en quelque sorte des deux grands appareils nerveux qui président, l'un aux fonctions de la vie organique, l'autre à celles de la vie animale; tels sont les sphincters de l'anus, dont plusieurs fois j'ai constaté la contraction persistante au milieu de la résolution musculaire générale. Dernièrement encore ce contraste m'a vivement frappé : c'était chez un malade que j'opérais de la fistule à l'anus, et ce matin même chez une femme que j'opérais d'une fissure anale.

La double origine des nerfs qui se distribuent à l'extrémité inférieure de l'intestin, nerfs cérébraux et ganglionaires, émanation du centre nerveux hypogastrique et du plexus sacré, me semble donner une explication satisfaisante de ce fait : c'est la vie de relation, la vie animale qui la première est atteinte dans son principe par le chloroforme, et ce sont ses manifestations extérieures qui cessent aussi les premières.

Pour atteindre la vie organique dans son élément générateur, dans son moteur principal, le système ganglionaire, sa puissance anesthésique doit être en général conduite jusqu'à un degré d'intensité extrême; or, tant que ce degré n'est pas atteint, on comprend que l'innervation qui dérive de ce système continue de s'effectuer; on comprend aussi tout ce qu'il y aurait de danger et d'imprudence à vouloir pousser l'expérience jusqu'à ce point, car dans tous les cas où la mort a eu lieu d'une manière subite, c'est par la sidération du principe moteur des muscles de la vie organique, et conséquemment par le fait de la paralysie de ceux-ci, que, suivant moi, elle s'est produite. En vue de ce raisonnement, j'ai arrêté les inhalations de l'éther chez les deux malades que je viens de citer, et c'est ainsi que je conseillerai d'agir en pareille circonstance.

Pour compléter l'examen des points principaux sur lesquels M. Robert s'est surtout proposé d'appeler l'attention des chirurgiens, il me reste à justifier la préférence que je donne à l'éther sur le chloroforme, et à signaler les résultats de quelques expériences qui pourront expliquer la variabilité d'action des agents anesthésiques, et éclairer le praticien sur leur mode d'administration le plus avantageux.

Ces expériences, instituées avec le plus grand soin par M. Duroy, membre distingué de la Société de pharmacie de Paris, et faites de concert avec moi, m'ont prouvé qu'en dehors de l'idiosyncrasie, constamment invoquée jusqu'à présent pour expliquer les effets divers et variables du chloroforme sur les individus auxquels on l'administre, il existait des circonstances nombreuses qui pouvaient en donner raison d'une manière plus satisfaisante, du moins dans quelques cas.

L'étude chimique du chloroforme a prouvé que ses vapeurs ont une densité bien plus grande que celle de l'air atmosphérique : elle serait de 4, celle de l'air étant de 1. Il en résulte qu'elles s'y mêlent lentement. Or, en vertu d'une loi constante d'évaporation des liquides, déplaçant un volume d'air égal à celui qu'elles représentent, ces vapeurs, plus on se rapprochera de la surface d'où elles émanent, plus elles seront condensées, plus elles seront pures; si bien qu'on peut affirmer qu'avec une éponge arrosée de chloroforme et appliquée à une faible distance de l'entrée des voies aériennes, on fera respirer le malade dans une atmosphère de chloroforme pur, et cette atmosphère sera en rapport de densité et d'étendue avec les surfaces d'évaporation et la quantité de chloroforme qui aura été employée.

N'est-il pas facile, dans une telle situation, de prévoir ce qui va arriver? L'anesthésie se produira avec une extrême rapidité, et c'est alors que l'on a réellement lieu d'en redouter les suites. En veut-on une preuve? La voici : que l'on verse dans un bocal en verre contenant plusieurs litres d'air vingt ou trente gouttes de chloroforme; qu'on introduise dans ce bocal un corps en ignition, une allumette enflammée, par exemple, tant que l'allumette restera à la partie supérieure du vase elle continuera de brûler; qu'on la plonge un peu plus profondément, la flamme se condense, noircit et fume; qu'on aille jusque dans la zone inférieure du vase, à l'instant même la bougie s'éteint. Plusieurs fois nous avons répété, M. Duroy et moi, cette expérience : le résultat est constant. Si au corps enflammé on substitue un oiseau vivant, comme nous l'avons fait, c'est avec une rapidité non moins remarquable qu'il est profondément anesthésié, une fois que des zones supérieures il tombe au fond du vase qui sert à l'expérience.

Cette donnée expérimentale ne vous semble-t-elle pas de nature à expliquer certains faits d'anesthésie où des accidents graves ont été à déplorer? Vous approuverez sans nul doute, messieurs, le sentiment qui ne me permet pas de m'appesantir sur ces faits.

Parmi les autres circonstances qui peuvent exercer une influence marquée sur la production des effets anesthésiques, il faut signaler l'élévation plus ou moins marquée de la température, et l'état de calme ou d'agitation de l'air ambiant. La première circonstance influe sensiblement sur l'évaporation, la seconde sur la direction des vapeurs : si l'air au milieu duquel se fait l'expérience est en repos, les vapeurs arriveront directement au malade, dont le visage est en regard de l'éponge ou de la compresse qui sert à l'expérience.

Etablit-on un courant d'air par l'ouverture d'une porte ou d'une fenêtre, les conditions et le résultat de l'expérience sont modifiés; il faudra souvent, à plusieurs reprises, verser du chloroforme avant que l'effet que l'on attend se produise.

Une expérience fort simple en donne l'explication :

Versez sur une éponge une quantité quelconque de chloroforme, placez une bougie allumée au-dessus de cette éponge; la flamme répand aussitôt une fumée épaisse et menace de s'éteindre. Etablissez un courant d'air un peu fort dans la pièce où se fait l'expérience; placez ensuite le corps enflammé soit au-dessus de l'éponge, soit à côté, mais en sens inverse du courant, la flamme ne sera pas influencée; placée de l'autre côté de l'éponge, dans le sens du courant, vous verrez la flamme filer et s'envelopper d'une fumée noire et épaisse : ce qui prouve que les vapeurs du chloroforme sont entraînées dans le même sens.

On voit par cette expérience combien de vapeurs peuvent être perdues si on administre le chloroforme dans de pareilles conditions, et combien on serait exposé à se tromper si on jugeait de la quantité de vapeurs inspirées par celle du chloroforme qui aurait été employée.

Ceci nous explique comment, avec une minime quantité de chloroforme administré de manière que toutes les vapeurs qu'il produit arrivent aux organes de la respiration sans être mélangées d'air dans une proportion convenable, des accidents mortels peuvent promptement avoir lieu. Disons même que ces accidents seront d'autant plus à craindre et se manifesteront d'autant plus promptement que le malade, surpris et comme saisi par l'action du chloroforme pur, n'oppose aucune résistance, ne réagit pas contre le modificateur auquel on le soumet ainsi brusquement, et que sa respiration continue à se faire d'une manière large et profonde. La période d'excitation manque constamment en pareil cas; la sidération a lieu en quelque sorte d'emblée, et le collapsus en est la conséquence immédiate.

Aux conditions matérielles du mode de procéder qui viennent d'être exposées il convient d'ajouter, comme pouvant concourir puissamment au même résultat, certaines aptitudes individuelles, soit physiologiques, soit anatomiques. Ainsi, d'une manière générale, on peut dire que la promptitude et l'intensité d'action du chloroforme est en rapport avec l'étendue des voies pulmonaires, et avec l'ampleur et la vitesse des mouvements inspirateurs. Plus la première est considérable, plus les surfaces d'absorption sont multipliées; de même, plus la respiration est complète et accélérée, plus est grande la quantité de vapeurs anesthésiques qui en un temps donné pénètre dans les divisions bronchiques. On aura la preuve de ce que j'avance en ce moment en considérant ce qui se passe pour les oiseaux et les reptiles que l'on soumet à l'action du chloroforme dans des conditions identiques. Ceux-là sont précipités dans le collapsus avec une grande rapidité, souvent ils sont pour ainsi dire foudroyés; les autres, au contraire, résistent très longtemps, et, pour obtenir l'effet cherché, on est obligé d'augmenter à plusieurs reprises la dose du chloroforme. Les différences physiologiques et anatomiques des organes de la respiration chez ces animaux me semblent donner l'explication la plus naturelle et la plus plausible de ce fait expérimental.

Sans doute il y aurait de l'exagération à prétendre que les choses se passent de même chez l'homme, et que d'un individu à un autre il puisse exister des différences analogues à celles qui caractérisent les deux sujets de nos expériences, qui, au point de vue de la respiration physiologiquement et anatomiquement considérée, forment les deux extrêmes; mais, pour ne pas être aussi tranchées, ces différences peuvent exister, et c'est dans leur étude, en même temps que dans celle des autres conditions de l'expérience, que l'on trouvera la clef des phénomènes insolites et des résultats imprévus qui ont dans ces derniers temps si vivement impressionné le monde médical.

Déjà M. Jobert a attribué l'anesthésie instantanée aux larges communications qui chez certains individus existent entre les bronches et les vaisseaux pulmonaires. Les injections cadavériques lui ont démontré qu'en effet ces communications sont plus remarquables chez certains sujets que chez d'autres; or on conçoit que, placés dans les conditions de chloroformisation que j'ai développées plus haut, ces mêmes individus soient presque infailliblement voués à des accidents mortels.

Pour se soustraire autant que possible à ces conditions, c'est-à-dire au danger d'une évaporation abondante et ayant lieu trop à proximité des organes respiratoires, à celui, en un mot, de l'inhalation de vapeurs de chloroforme pur ou mélangé d'une quantité insuffisante d'air atmosphérique, que reste-t-il à faire? Il faut rechercher le mode d'administration suivant lequel le chloroforme a été donné précisément dans les cas où il a déterminé des accidents, afin de bien se garder d'y recourir de nouveau. C'est ce que j'ai fait d'abord sans sortir du rapport de M. Robert; puis, en étudiant d'autres observations qu'il a seulement mentionnées, j'ai vu que, dans les six cas de mort subite qu'il a relatés, c'est toujours de l'éponge ou du mouchoir que s'est servi le chirurgien. Il en est de même dans la plupart des faits qui ont été publiés jusqu'à ce jour. Il faut en conclure que ce procédé est vicieux; en effet, quantité de chloroforme employé, distance de l'éponge et des voies respiratoires, étendue de la surface d'évaporation, tout dans cette manière de procéder est abandonné à la fantaisie de chacun : rien n'est réglé à l'avance, et on agit un peu au hasard.

Avec les appareils qui ont été si sagement modifiés et perfectionnés, notamment avec le petit appareil de M. Charrière, dans lequel les précautions sont prises avec tant de soin et d'une manière si ingénieuse pour ménager à l'air extérieur un accès facile dans la cuvette où le chloroforme a été versé sur une sorte de tamis disposé en spirale, je crois qu'il y a plus de sécurité pour le malade et pour le chirurgien. Ce qu'il y a d'évident, c'est qu'avec cet appareil on est plus sûr de ce que l'on fait; on procède graduellement, avec uniformité, et on n'expose jamais le malade à se trouver tout à coup dans une atmosphère de chloroforme pur, comme cela a lieu avec le procédé de l'éponge ou celui du voile.

En signalant quelques-unes des circonstances peu connues jusqu'alors qui peuvent favoriser le développement des effets délétères du chloroforme et en recherchant le mode d'administration de cet anesthésique le plus propre à soustraire les malades à l'empire de ces mêmes circonstances, je me suis placé, messieurs, au point de vue de l'honorable rapporteur de la commission et de ceux qui, malgré les reproches très fondés qu'ils n'hésitent pas à formuler contre le chloroforme, n'en demeurent pas moins ses partisans décidés.

L'éther, à mon avis, devrait bien plutôt être préféré, et je suis encore à me demander, après avoir lu tout ce qui a été écrit sur l'usage des anesthésiques en général, ce qui a pu lui mériter la défaveur dans laquelle il est tombé.

Sans vouloir entrer en ce moment dans un parallèle du chloroforme et de l'éther, ce qui me conduirait trop loin, je demanderai à tous ceux qui liront le rapport de M. Robert sans esprit de prévention si les observations qui y sont contenues, les appréciations qui en sont faites et les conclusions qui les résument ne suffisent pas déjà à motiver la préférence que nous voudrions voir accorder à l'éther.

Ce que je dis de l'œuvre de M. le rapporteur, je le dirai également des discours que vous avez entendus, et notamment de celui de M. Maisonneuve, qui nous a révélé sous une forme si saisissante les périls imminents et plusieurs fois répétés auxquels, malgré sa grande habitude de le manier, le chloroforme avait exposé plusieurs de ses malades.

Mais, nous dit-on, l'éther a été employé trop peu de temps pour qu'on puisse établir entre les effets qu'il peut produire et ceux du chloroforme un rapport qui soit de quelque valeur.

On se trompe en faisant cette objection. Dans un travail où M. le docteur Bouisson a mis en relief les plus éminentes qualités de son esprit aussi juste que sagace, cette comparaison est faite, et les deux termes qui la composent y sont présentés avec une justesse et une impartialité qui ne laissent rien à désirer. Dans une question qui intéresse à un si haut degré l'art et l'humanité, il eût été souhaitable que M. Robert donnât à la partie de son rapport où elle est soulevée un développement qui lui eût permis de la traiter à fond; il ne se fût pas borné, s'il eût tenu compte des documents divers qui ont été publiés sur ce point, à baser l'exclusion qu'il prononce contre l'éther sur un seul fait, celui de M. Barrier, fait, disons-le en passant, qui, analysé avec soin, n'est nullement concluant, le procédé d'éthérisation suivi dans cette circonstance étant loin d'être à l'abri de tout reproche.

Au surplus, messieurs, que l'on se reporte au texte même des conclusions à l'aide desquelles M. Simpson, pour me servir du langage de M. le professeur Bouisson, a inauguré l'avénement du chloroforme, et on se convaincra du peu de solidité des motifs sur lesquels est fondée la proscription de l'éther. Je dis même que plusieurs des avantages que l'on a reconnus au chloroforme en constituent le plus grand inconvénient et le danger le plus réel : je veux parler de la facilité avec laquelle il peut être administré et de la période d'excitation qui souvent avec lui ne se manifeste pas. Cette excitation, pour ma part, lorsqu'elle ne dépasse pas les limites ordinaires, je la considère comme très avantageuse; elle éclaire le chirurgien sur le degré d'action qu'il a déjà produit; elle sauvegarde le malade contre le résultat funeste d'une anesthésie trop prompte arrivant d'emblée et sans transition jusqu'au collapsus.

Si cette manière de voir avait besoin d'être justifiée, je rappellerai que dans la plupart des cas où la mort a été instantanée cette période d'excitation a manqué; or, si elle se fût produite, si elle eût été de quelque durée, l'opérateur eût pu observer son malade, explorer l'état de son pouls, éprouver sa sensibilité et modifier suivant les indications la marche et la durée de l'expérience. Au lieu de cela, il n'a aucun indice qui puisse l'avertir d'être sur ses gardes et lui révéler la situation réelle de son malade; il ne la connaît que lorsqu'il n'est plus temps déjà d'y porter remède, le malade se trouvant foudroyé lorsque logiquement il pouvait croire qu'il n'en était encore qu'à la période initiale de l'anesthésie.

En un mot, messieurs, la promptitude, l'intensité et la durée d'action du chloroforme, données comme raison à l'appui de son adoption dans la pratique de la chirurgie, sont précisément celles qui devraient, suivant moi, lui faire préférer l'éther; car, ainsi que l'a dit avec une haute raison notre savant confrère M. Bouisson, la bonne règle en chirurgie consiste moins à économiser le temps qu'à économiser le danger.

CORRESPONDANCE.

Nous recevons la lettre suivante; elle contient la nouvelle composition du bureau, qui a eu lieu il y a quelques jours :

Paris, le 9 août 1853.

Monsieur et très honoré confrère,

Je vous envoie la composition du bureau de la Société médico-psychologique pour l'année scolaire 1853-1854 :

Président, M. Gerdy;
Vice-président, M. Buchez;
Secrétaire général, M. Dechambre;
Secrétaire des séances, M. Brierre de Boismont;
Secrétaire trésorier, M. Michea;
Comité de rédaction: MM. Cerise, Baillarger et Delasiauve.

La Société s'est ajournée au dernier lundi d'octobre. Vous m'obligeriez de mettre cette insertion dans votre estimable journal.

Agréez, etc. A. Brierre de Boismont.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Un accident grave et fâcheux est arrivé à notre honorable confrère M. Giraldès.

M. Giraldès remplace, à la Charité, M. Gerdy absent. Vendredi dernier il assistait à l'autopsie d'un sujet qui avait succombé à un rétrécissement organique de l'œsophage. Par suite d'une pression exercée par un élève sur les branches des ciseaux avec lesquels on ouvrait le larynx qui était ossifié, une de ces branches cassa, fut projetée avec violence sur l'œil droit de M. Giraldès et y pénétra assez profondément.

M. Giraldès est resté un jour entier sans recevoir des soins de ses confrères, et ce n'est que lorsque des accidents aigus se sont développés avec une intensité effrayante que M. Velpeau appelé a fait faire une forte application de sangsues.

Depuis lors, les accidents ayant persisté, des saignées générales ont été pratiquées, et, grâce à ces moyens énergiques et à l'issue d'une certaine quantité des liquides de l'œil, les vives douleurs qui faisaient craindre l'extension du mal du côté du cerveau se sont calmées. L'état du malade est satisfaisant, mais il est à craindre que l'œil ne soit perdu.

A la suite d'une communication faite aujourd'hui sur ce sujet à la Société de chirurgie par M. Robert, une commission a été nommée pour s'informer de l'état de M. Giraldès et lui transmettre la part que la Compagnie tout entière prend à son malheur.

— Le concours de l'agrégation pour les sciences accessoires vient de se terminer aujourd'hui. Ont été nommés :

En anatomie, MM. Verneuil et Segond;
Eu chimie, MM. Leconte et Orfila.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Plon frères, Imprimeurs de l'Empereur
36, rue de Vaugirard.

N° 96. — SAMEDI 13 AOUT 1853. (26e ANNEE.) N° 96. — SAMEDI 13 AOUT 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40 ; EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE.	Trois mois. . . . 8 fr. 50 c. / Six mois. . . . 16 » / Un an. . . . . . 30 »
GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES.	Trois mois. . . . . . 9 fr. / Six mois. . . . . . 17 / Un an. 33
ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR.	Trois mois. . . . . 10 fr. / Six mois. . . . . . 20 / Un an. 38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

Les ateliers étant fermés lundi, à l'occasion des fêtes du 15 août, le journal ne paraîtra pas mardi prochain.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Variole confluente. Mort. Diagnostic. — Aphorismes de Sydenham.

A propos d'un individu mort dans ses salles au huitième jour d'une variole confluente, M. le professeur Trousseau s'est livré à quelques considérations intéressantes, et a tiré un parti utile et original des opinions de Sydenham (1).

Ce malade a présenté des symptômes graves dès le début, et cependant, quelque confluente que fût la variole, un médecin de la ville a pris l'affection pour une rougeole.

Il faut être sobre de récriminations, dit M. Trousseau, contre des fautes de ce genre. Quoique cette erreur paraisse grossière et que l'on puisse croire à de l'ignorance de la part du confrère qui a porté un faux diagnostic, la réserve est commandée quand on voit des hommes comme Sydenham s'exprimer ainsi :

« Variolæ dictæ nunc erysipelatis ritu, nunc morbillorum erumpunt, à quibus non nisi à medico in his morbis versatissimo distinguuntur saltem quoad faciem externam. »

Du reste, le malade a présenté les signes les plus graves : suppression d'urine, délire, défaut de salivation et de turgescence de la face, pétéchies entre les boutons, etc., tous signes que Sydenham a parfaitement indiqués, et dont il a apprécié merveilleusement le danger.

« Die octavo, dit-il, quæ turgescere, et per interstitia pustulis interjecta inflammari debuerat facies, flaccida e contra reperitur, et albescunt interstitia, licet interim rubescant pustulæ, atque eleventur, etiam post ægri mortem..... Æger interim phrenitide corripitur..... Ac tandem paucissimarum horarum spatio amicorum spem fallit, et ad plures migrat. »

Et en effet, le malade de M. Trousseau n'a pas manqué au fatal rendez-vous, et est parti pour les lieux où vont *beaucoup*.

(1) M. Trousseau a publié en latin les aphorismes de Sydenham sur la variole. Afin d'en délivrer gratuitement des exemplaires aux élèves, ces aphorismes forment une petite brochure in-8° d'une feuille d'impression.

Sydenham n'a rien oublié ; pour ce qui est des pétéchies, voici ce qu'il en dit :

« Est etiam ubi in hoc morbo, maculæ purpureæ se ostendant, pustulis intersparsæ, mortis ferè semper prænunciæ. »

Enfin, quant à la suppression d'urine, même gravité, même dans la variole discrète, et à toutes les périodes de la maladie :

« Aliquando etiam urinæ suppressio totalis ad malorum cumulum accedit, in juvenibus præsertim, idque in statu, vel etiam declinatione discreti generis. »

Nous croyons inutile de pousser plus loin ce rapprochement ; on ne saurait lire sans admiration ces courtes pages où les symptômes sont si bien décrits, si bien appréciés, et qui justifient parfaitement le nom d'Hippocrate anglais qu'on a appliqué à cet illustre et profond observateur.

De l'emploi de l'alcool concentré dans le traitement des furoncles.

Dans le service de M. le professeur Nélaton se trouve une jeune femme qui porte à la partie interne et supérieure des cuisses une agglomération considérable de petits furoncles, au nombre de vingt au moins de chaque côté. Dans ces circonstances, dit M. Nélaton, j'ai employé un mode de traitement qui, appliqué et suivi avec soin, prévient constamment le développement des furoncles, et arrête les accidents inflammatoires : il consiste dans une application exacte sur la partie endommagée d'un linge trempé dans de l'alcool très concentré, marquant 40°. Lorsqu'on a soin d'appliquer exactement la compresse et de la mouiller assez fréquemment pour maintenir la partie humide et donner lieu à une évaporation constante à sa surface, on obtient toujours l'avortement des furoncles.

La malade n'a pas suivi exactement la recommandation qui lui avait été faite, et néanmoins sa négligence a servi à confirmer l'efficacité du traitement. En effet, les furoncles supérieurs, qui ont été constamment recouverts par la compresse imbibée d'alcool, sont flétris ; ils ont été arrêtés dans leur développement. D'autres, situés plus bas, laissés à découvert, ont continué à se développer, et sont entourés d'une auréole inflammatoire.

Taches de plomb sur la cornée.

Lorsque l'on enlève une tumeur située sous la muqueuse palpébrale, on ne parvient pas toujours facilement à tout détruire avec le bistouri ; et l'azotate d'argent, dont on fait un si grand abus en ophthalmologie, introduit dans la plaie pour provoquer la suppuration et l'élimination des parties malades, devient très souvent la cause de graves accidents, surtout lorsque l'emploi du crayon n'a pas été entouré de quelques précautions indispensables.

Ce serait, en effet, une erreur de croire, lorsque l'on a cautérisé fortement la petite cavité d'une tumeur à l'instant enlevée, que le caustique, se combinant aussitôt avec les parties touchées, ne pourrait étendre son action sur les parties voisines non malades jusque-là. C'est, au contraire, un fait des plus communs, du moins en ce qui touche l'extraction des chalazions, des kystes et d'autres petites tumeurs des paupières ; un bon nombre de cornées sont journellement compromises ainsi, au grand regret du malade et du chirurgien.

Le mal augmente encore lorsque le caustique, fondant peu à peu dans la cavité où il a été introduit, a atteint la cornée, et que le médecin conseille l'application de préparations saturnines sur l'œil malade. Dans ce cas, le plomb argente en quelque sorte la membrane transparente dans toute l'étendue où l'épithélium a été détruit par la pierre, et il en résulte une tache souvent très large qui compromet la beauté de l'œil et parfois même la vue.

Telles sont, en abrégé, les observations faites par M. Desmarres au sujet d'un homme de cinquante ans, nommé F..., exerçant la profession de teinturier.

Cet homme était atteint depuis longtemps déjà d'une tumeur enkystée placée dans l'épaisseur de la paupière supérieure gauche. Fatigué de la difformité qu'elle occasionnait, il s'adressa à un médecin qui l'enleva en partie et en cautérisa le reste avec un crayon d'azotate d'argent. Des lotions d'eau froide furent prescrites, mais l'inflammation de la paupière n'en devint pas moins fort intense, et la conjonctive rougit beaucoup dans toute son étendue. Des purgatifs, des onctions mercurielles belladonées, la diète ne produisirent aucun bon résultat. On ordonna alors au malade d'appliquer sur son œil des compresses trempées dans l'eau de Goulard ; mais il ne s'en tint pas à cette recommandation, et baigna souvent l'œil ouvert dans un vase rempli de cette préparation.

Dès ce moment, une tache d'un blanc mat, brillante, de couleur argentée, à bords inégaux, n'ayant avec les autres taches aucune ressemblance apparente sur le tiers interne de la cornée, masquant à peu près la moitié de la pupille.

Il eut recours à ce moment (8 août) à M. Desmarres, qui fit remarquer à ses auditeurs que si, après la cautérisation, la paupière eût été longtemps renversée, et que l'on eût injecté sur les parties touchées par le crayon de l'eau additionnée de quelques gouttes d'acide chlorhydrique, ou tout simplement de l'eau salée, on eût ainsi facilement détruit l'azotate d'argent en excès, et prévenu les désordres survenus du côté de la cornée.

L'inflammation étant très intense, une ventouse scarifiée fut appliquée entre l'œil et l'oreille, et deux jours après (le 10 août) la tache fut enlevée à l'aide d'un instrument mousse.

L'opération fut des plus simple. La tête du malade étant appuyée contre la poitrine d'un aide, le chirurgien écarta les paupières avec l'index et le pouce de sa main gauche, et, par une pression convenable, maintint le globe immobile. Armé de son scarificateur, instrument mousse et tranchant sur la convexité, il s'en servit comme on se sert d'un grattoir pour enlever une tache d'encre sur le papier, et parvint à rendre presque entièrement à la cornée sa transparence.

Les matières recueillies par M. Schley, docteur en médecine américain, ont été remises à M. Ch. Robin, agrégé de la Faculté.

Voici la note qu'il a eu l'obligeance d'écrire :

« Le produit examiné est formé entièrement d'une épaisse cou-

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

La surdi-mutité, traité philosophique et médical; par M. le docteur BLANCHET, chirurgien de l'Institution impériale des sourds-muets. (Ier et IIe volumes.)

En l'année 1849 a paru la première livraison de l'ouvrage de M. le docteur Blanchet. C'est l'analyse succincte des deux premiers volumes que nous nous proposons d'esquisser ici, nous réservant d'examiner l'ouvrage dans son ensemble lorsque la publication en sera terminée.

La première partie du premier volume embrasse l'historique de l'éducation des sourds-muets depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours, avec l'exposé des diverses méthodes utilisées pour l'enseignement de ces infortunés.

La deuxième partie comprend un exposé des moyens de converser avec le sourd-muet et le sourd-muet aveugle, suivi d'un questionnaire destiné aux médecins et d'un petit dictionnaire de mimique et de dactylologie à l'usage des médecins et des gens du monde.

Depuis la mort d'Itard, aucun ouvrage important n'avait paru sur la surdi-mutité.

Tandis qu'une foule de publications importantes étaient venues, depuis un demi-siècle, éclairer toutes les parties de la science, on s'étonnait de voir qu'Itard eût été pour ainsi dire le seul médecin en France et à l'étranger qui eût étudié avec quelques détails cette infirmité. Son *Traité sur les maladies de l'oreille et de l'audition*, que l'Académie a fait réimprimer en 1842, est en effet le seul ouvrage un peu étendu qui ait paru sur ce sujet. Toutefois, le livre du savant médecin de l'Institution des sourds-muets, bien que renfermant des faits précieux, fruits de son observation et de sa longue expérience, est très incomplet, et un peu en désaccord avec les idées actuellement reçues.

M. Blanchet, spécialement chargé, dans la même institution, du traitement de la surdi-mutité, est venu essayer de combler cette lacune en publiant sur cette matière l'œuvre la plus étendue que la science possède.

L'auteur fait précéder l'historique de l'éducation des sourds-muets d'un exposé sur l'origine de la parole, où sont consignés des faits assez curieux. Sans le suivre dans les développements qu'il donne à cette question, nous admettrons seulement avec lui que c'est par nature, imitation et analogie que nous entrons, dès notre enfance, en possession du langage articulé, et que le mutisme, pour le sujet intelligent dont les organes vocaux sont bien conformés, n'est que la conséquence de la surdité.

Le sourd-muet, dans presque tous les temps, chez presque tous les peuples, a été la victime des plus cruelles et des plus injustes préventions. L'antiquité, dominée par ce préjugé funeste, qu'une propriété secrète, mystérieuse, exclusive, est attachée au repos de la langue comme seule voie d'expression de la pensée, rejetait sans pitié ces malheureux du sein des sociétés. A Athènes, à Sparte, à Rome, dans les Gaules, mêmes coutumes barbares ; on mettait à mort les enfants qui naissaient privés de l'ouïe.

La Perse seule et l'Egypte sont les contrées où les sourds-muets, au contraire, était vénérés comme des êtres privilégiés, comme les favoris des dieux. Plus tard, saint Augustin, dans ses écrits, leur interdit en raison de leur infirmité le domaine de la foi.

Ce n'est que vers le septième siècle qu'on a commencé à s'occuper de leur éducation. Saint Jean de Béverley, archevêque d'York, est le premier dont l'histoire fasse mention ; mais c'est en Espagne que l'art de leur apprendre à parler a pris naissance.

En 1581, Pierre de Ponce, bénédictin du couvent de Sahague, rendit la parole à deux frères et à une sœur du connétable Velasco.

Vers le milieu du dix-huitième siècle, l'art d'instruire les sourds-muets reçoit une nouvelle impulsion, tant en Allemagne, où Heinick fonde un enseignement basé sur le langage écrit et parlé, qu'en France, où l'abbé de l'Epée institue une méthode basée sur l'écriture et la mimique.

L'abbé de l'Epée commença par employer exclusivement les signes et l'écriture. Mais, comme le dit M. Blanchet, ce vénérable instituteur reconnut si bien lui-même l'insuffisance de ces moyens pour mettre le sourd-muet en rapport avec le parlant, qu'il crut devoir diriger tous ses efforts, dans les dernières années de sa vie, vers un art peu connu encore en France, celui au moyen duquel on peut arriver à lui apprendre la parole, et il forma des élèves qui prononçaient en public des harangues latines.

A sa mort, l'éducation donnée à l'aide des signes et de la mimique prit un nouveau développement chez nous, tandis qu'en Allemagne l'enseignement à l'aide de la parole et de la lecture sur les lèvres faisait des progrès si rapides, que depuis plus de vingt ans il est généralement en usage dans toutes les écoles de Prusse.

En France, dit M. Blanchet, on a négligé presque entièrement ces deux précieux moyens de communication, auxquels on pouvait en ajouter un troisième plus précieux encore, celui qui consiste à rendre l'ouïe à ceux des élèves de nos institutions qui se montrent susceptibles de guérison ou d'amélioration. L'auteur insiste sur la nécessité de poser un diagnostic sévère de cette infirmité, et de traiter les affections organiques qui se rencontrent chez le sourd-muet et qui peuvent en être la cause par tous les moyens que la science possède. Il insiste pour que l'on combatte les troubles fonctionnels de l'appareil auditif et vocal à l'aide de la gymnastique vocale et auditive, de façon à développer les organes de la parole et de l'audition, et à les préparer à une bonne articulation.

En définitive, dit M. Blanchet, n'est-il pas plus logique, plus humain de ne rien épargner pour arriver à rendre l'ouïe et la parole, ou seulement à donner la parole et la faculté de la lire sur les lèvres au plus grand nombre des sourds-muets que renferme la France, que d'imposer aux 36 millions d'habitants de notre pays le langage de ces malheureux ?

L'auteur ne s'est pas contenté de prouver par des faits la possibilité de guérir ces infortunés et de donner la parole à la plupart d'entre eux, il a démontré encore qu'on pouvait étendre au moyen de la création d'externats le bienfait de l'éducation à tous les sourds-muets sans augmenter sensiblement les charges de l'Etat.

Mais, en attendant une réalisation plus complète des perfectionnements qu'il poursuit, M. Blanchet a pensé que, pour effacer les dernières limites et abattre les barrières qui depuis trop longtemps séparent les sourds-muets de la société, il importait de fournir aux médecins la possibilité d'entrer en relation avec eux à l'aide de la mimique et de la dactylologie.

Pour arriver à ce résultat, il a enrichi la fin de ce premier volume

che d'épithélium pavimenteux de la conjonctive, qui, ainsi que cela s'observé souvent pour les substances organisées combinées aux matières métalliques, offre une coloration différente suivant qu'on l'examine par lumière réfléchie ou transmise. Blanc dans le premier cas, il est noir-brun sous le microscope. Cette coloration est celle que donnent à ces substances organiques les sels de plomb et d'argent, qui s'unissent, ou, mieux, se combinent molécule à molécule à ces substances, mais ne cristallisent pas en leur présence. La coloration brun-noirâtre est uniforme, homogène, sans traces de cristaux nulle part dans le produit. »

Ce fait, qui a bien sa gravité, nous rappelle que nous avons vu très souvent les opérations pratiquées sur les paupières suivies d'accidents sérieux, non-seulement au point de vue du résultat cherché, mais encore pour l'œil et même pour la vie. La réunion par première intention exige une immobilité parfaite des parties malades, et les moyens de rapprochement et de contention que l'on est obligé d'employer provoquent ou des érysipèles de la face ou des ophthalmies dont la gravité ne peut être toujours enrayée. On ne peut donc s'entourer de trop grandes précautions pour ces petites opérations.

Note sur la cure radicale de la varicocèle.

On donnait autrefois à la dilatation des veines spermatiques le nom de *cirsocèle*, aux varices des veines scrotales celui de *varicocèle*; un caprice de la mode, sans doute, a fait tomber le premier en désuétude, et a consacré le second dans l'un et dans l'autre cas.

La varicocèle, après la hernie inguinale, est une des infirmités les plus communes des pays marécageux et humides; on la rencontre chez presque tous les adultes du sexe masculin à tous les degrés, mais bien plus souvent à gauche qu'à droite. Faut-il désigner aussi, sous le nom de varicocèle, l'énorme dilatation des veines des grandes lèvres que j'ai rencontrée, sans cause appréciable, chez deux jeunes filles, l'une de dix-neuf, l'autre de vingt-trois ans?

Sous l'influence déprimante d'une atmosphère brumeuse, chargée d'humidité et d'effluves marécageux, les hommes se transmettent par voie d'hérédité une constitution molle, une fibre lâche, des testicules démesurément pendants. Ajoutez à cela une certaine tendance aux névropathies paludéennes, qui agissent en précipitant le mouvement du sang, et trop souvent en poussant à un exercice immodéré des organes génitaux, et vous compterez assez de causes déterminantes pour aggraver les nombreuses prédispositions toutes anatomiques signalées dans l'homme par les auteurs. La direction particulièrement défavorable de la veine spermatique gauche, le croisement de la veine iliaque du même côté par les artères iliaques primitives (M. Serres), et les relations de l'S romaine du côlon avec ces vaisseaux expliquent la fréquence de la varicocèle plus grande à gauche qu'à droite.

Tant que la tumeur phlébectasique contenue dans le scrotum demeure indolente, il est peut-être prudent de se borner à l'emploi du suspensoir; il ne convient de recourir au traitement curatif, toujours vivement réclamé d'ailleurs par les sujets les plus pusillanimes, qu'autant que la douleur devient intolérable.

Depuis longtemps les chirurgiens découragés avaient abandonné le traitement des varices, et les malheureux patients étaient livrés à tous les hasards d'un charlatanisme éhonté, quand MM. Brodie, Bonnet et Bérard ont fait revivre l'emploi des caustiques dans le traitement des phlébectasies en général; M. Rigaud (de Strasbourg) appliqua, dit-on (1), avec un plein succès, en 1850, le traitement d'Auguste Bérard à la varicocèle.

Voici ce que j'ai fait en 1852 (2) et 1853.

Trois jeunes gens, âgés de vingt-deux à vingt-quatre ans, dont deux doués de ce tempérament que l'on appelle nerveux, d'un caractère pusillanime, hypocondriaques; dont le troisième, pourvu de toutes les apparences d'un tempérament sanguin, et quelque peu porté à l'hypocondrie, sont venus successivement me demander de les délivrer à tout prix d'une énorme varicocèle qu'ils portaient chacun au côté gauche, et dont les atroces douleurs, rebelles à l'action ordinairement bienfaisante du suspensoir, ne leur permettaient plus de se livrer à aucun travail. Les testicules étaient démesurément pendants; le volume de chaque tumeur — qui offrait au toucher, suivant l'expression de Dionis, la sensation de gros vers de terre pelotonnés — dépassait de beaucoup le volume d'un gros œuf de poule. Le ventre paraissait libre au palper; les abords de l'anneau inguinal n'étaient encombrés par aucune tumeur.

Ces trois jeunes gens habitaient, à la campagne, des rez-de-chaussée fort humides; l'un travaillait depuis onze ans dans une fabrique de gélatine; l'autre était garçon de charrue; le troisième, forgeron. Depuis longtemps ils avaient été forcés par la douleur de suspendre leurs travaux quand ils entrèrent à l'hôpital de Dieuze.

Tandis qu'ils dormaient sous l'influence bienfaisante d'une inhalation de 12 à 13 grammes de chloroforme, je procédai à l'opération de manière à *en finir en une seule séance*.

Je fis à la peau du scrotum, convenablement rasée, un pli parallèle à la direction du cordon spermatique, dont je confiai l'extrémité à un aide intelligent, pendant que je pratiquerais une incision transversale d'environ cinq centimètres de diamètre; puis, à l'aide d'une dissection délicate, mettant à nu les veines variqueuses, je les séparai de l'artère, du nerf et du canal déférent, et je les isolai par l'interposition d'une carte tuilée, à concavité externe; enfin, après avoir réuni dans la concavité de la carte toutes les circonvolutions veineuses que je voulais détruire, je les couvris d'une couche de pâte de Vienne d'environ quatre millimètres d'épaisseur. Huit minutes suffisent ordinairement pour transformer le paquet veineux en une eschare noire et solide; on enlève ensuite ce qui reste de caustique, et l'opération est terminée. De la sorte, les malades ne souffrent point; les organes importants, jusques et y compris les lèvres de la plaie, ont été protégés par la carte contre l'envahissement du caustique, dont la tendance à la liquéfaction est connue.

Il est nécessaire que je m'explique sur cette dernière et principale partie de mon opération, qui pourrait bien n'être pas comprise par les hommes peu familiarisés avec les caustiques en général et le caustique de Vienne en particulier.

1° Suivant le judicieux conseil d'A. Bérard (*Compendium de chirurgie*, 6e liv. 1845, p. 168), j'applique sur les vaisseaux la poudre de Vienne réduite en pâte molle, mais non diffluente, à l'aide de l'alcool. Cette précaution a pour conséquence de rendre la désorganisation plus rapide et plus profonde, de permettre de terminer en une seule séance et de rassurer contre les chances d'une fâcheuse récidive.

2° Sans tenir aucun compte des succès obtenus, on a blâmé, en s'étayant sur les plus frivoles hypothèses, le soin que je mettais à protéger le fond, les bords de la plaie, le nerf, l'artère et le canal déférent contre l'envahissement du caustique, parce que l'on n'a pas su se rendre compte de ce qui devait se passer: ceux qui répéteront mes expériences trouveront qu'il reste toujours assez de pâte de Vienne, quelque soin que l'on mette à l'enlever, pour transformer la surface saignante en une surface irritée et peu propre à favoriser des accidents de résorption purulente.

Les trois opérations qui font le sujet de cette note ont été suivies d'une inflammation modérée et sans fièvre; l'eschare formée par les veines spermatiques, noires et solidifiées dans toute l'étendue de la cautérisation, a commencé à se cerner le huitième et le neuvième jour. Chez deux des malades, il s'est *usé* le dixième et le onzième jour, et la cicatrisation était parfaite du quinzième au seizième jour; chez le troisième malade (tempérament sanguin), le paquet escharifié est tombé en entier le treizième jour, et la plaie était cicatrisée le vingtième jour.

Dans les trois cas, la suppuration a été extrêmement modérée; je me suis contenté de prescrire le repos du lit, des cataplasmes, des lavements émollients et une diète légère.

J'ai revu le premier de mes malades, opéré le 27 août 1852, dans le courant d'avril dernier; rien ne peut faire supposer qu'il ait à craindre une rechute. Je puis en dire autant des deux autres. Les tendances hypocondriaques du premier se sont singulièrement amendées sous l'heureuse influence de l'opération qu'il a subie.

ANCELON, médecin de l'hôpital de Dieuze.

(1) *Bulletin de thérapeutique* du 30 mars 1853.
(2) *Ibid.* du 15 février 1853.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. HARDY.

De l'herpès et de ses variétés.

Les auteurs ont pendant longtemps donné différentes acceptions au mot *herpès*. Les anciens s'en servaient d'après son étymologie (du grec ἕρπης, *serpens*) pour désigner des maladies rampantes, c'est-à-dire de nature dartreuse; fidèle à cette étymologie, Alibert en avait fait le synonyme de *dartres* (affections herpétiques), et l'avait appliqué plus particulièrement à un groupe de ces maladies, véritables types de l'affection dartreuse, comprenant l'eczéma, le psoriasis, etc... Cependant on s'accorde depuis Willan, et surtout depuis Biett, à donner ce nom à une éruption de vésicules réunies par groupes sur une surface rouge, enflammée.

L'herpès débute par de la douleur, de la cuisson ou de la démangeaison, le plus souvent avec chaleur, dans les parties qui doivent être le siége de l'éruption. Bientôt se montrent de petites vésicules groupées, dont les aréoles rouges se confondent de manière à former une plaque enflammée sur laquelle elles reposent. Ces vésicules augmentent de volume, se fondent quelquefois les unes dans les autres de manière à former une ou plusieurs bulles secondaires, qui peuvent même acquérir un certain volume. Le tissu cellulaire sous-jacent est assez souvent tuméfié. On observe assez souvent aussi, au début, du malaise, de la fièvre.

L'éruption une fois faite, plusieurs phénomènes peuvent se présenter. Ici l'épiderme se résorbe, et il ne reste plus qu'une plaque épidermatique qui tombe au bout de six, huit ou dix jours, laissant une surface rouge-violacé qui ne tarde pas à disparaître. Ailleurs la vésicule se rompt, la sérosité s'épanche, le derme est mis à nu comme l'est la surface d'un vésicatoire dont on a enlevé l'épiderme; il en résulte des douleurs assez vives qui ne tardent pas à se calmer, et au bout de quelques jours la petite ulcération est fermée. Dans d'autres cas, ouvertes ou non, soit spontanément, soit par l'effet d'un traitement intempestif, la sérosité des vésicules devient lactescente; c'est du véritable pus qui, après la rupture, se concrète parfois en croûte épaisse et rugueuse, ou bien laisse à la place qu'il occupait une surface ulcérée sécrétant une matière purulente quelquefois fétide. Ces ulcérations sont ordinairement accompagnées d'élancements très douloureux, avec chaleur, gonflement, et même parfois extension envahissante; il n'est pas rare, dans ce cas, de rencontrer des traînées de lymphatiques enflammées partant de la solution de continuité. Cependant la suppuration diminue, l'épiderme se reforme, et il ne reste plus qu'une tache rouge, sur laquelle il peut apparaître de nouvelles vésicules, avant la guérison complète, qui a toujours lieu sans cicatrice.

La marche est aiguë, dans ce sens que chaque éruption se termine dans l'espace d'un à trois septenaires au plus; mais ces éruptions peuvent être successives, et donner ainsi à la maladie une apparence de chronicité qui la rapproche des maladies dartreuses.

Le *diagnostic* repose sur les caractères suivants; vésicules assez grosses, globuleuses, groupées, se confondant quelquefois de manière à former des bulles, ne se rompant qu'au bout d'un certain temps, et susceptibles de se flétrir par résorption. Dans l'*eczéma*, les vésicules sont beaucoup plus petites, psydraciées, dispersées sans ordre; elles ne durent ordinairement que peu de temps, quelques heures; la sérosité qui s'épanche forme des croûtes et des squames minces; l'éruption couvre des surfaces beaucoup plus étendues; les ulcérations, qui ressemblent souvent à celles de l'herpès, sont plus superficielles. Mais l'erreur, si elle avait lieu, ne serait pas de longue durée; car ces deux affections diffèrent surtout par la marche, qui est essentiellement chronique dans l'eczéma et sans nouvelles éruptions.

Le *pemphigus* est une maladie très voisine de l'herpès, à qui elle succède dans certains cas. Aussi, quand les vésicules de l'herpès sont confondues de manière à donner naissance à des bulles, le diagnostic serait difficile si l'on ne remontait à l'origine de ces bulles, qui sont primitives dans le pemphigus et secondaires dans l'herpès.

C'est aussi à une certaine période que l'herpès peut offrir de la ressemblance avec l'ecthyma. Notons, comme différences, que l'éruption affecte d'emblée la forme pustuleuse dans l'ecthyma; que

---

d'une série de moyens de communication entre le parlant et le sourd-muet, le sourd-muet et le sourd-muet aveugle. Le questionnaire en signes à l'usage des médecins et le dictionnaire de mimique et de dactylologie forment le seul travail de ce genre qui existe dans la science et qui permette d'établir des rapports suivis avec ces infortunés.

Ce travail, composé par un partisan dévoué de la parole, prouve une chose, c'est qu'avant de condamner l'emploi exclusif de la mimique M. Blanchet l'a étudiée et n'a pas suivi l'exemple d'Itard, qui est mort sans la connaître, ce qui a été cause des jugements erronés qu'il a portés sur l'éducation des sourds-muets et sur leur état moral et intellectuel.

Les matières dont il est question dans le deuxième volume ne sont pas moins du domaine de la philosophie, de la jurisprudence, de la pédagogie que de la médecine.

Dans la première partie, l'auteur examine si les lois qui régissent les sourds-muets sont en rapport avec leur intelligence, si les médecins légistes qui se sont prononcés sur cette importante question n'ont pas commis de déplorables erreurs.

Dans la deuxième, il démontre que le défaut d'éducation est la cause de toutes les misères du sourd-muet, de toutes les accusations qui pèsent sur lui, de sa position exceptionnelle; il demande si, à cause même de son infirmité, ce paria des civilisations antiques n'a pas des droits plus sacrés à l'instruction, si elle ne devrait pas lui être rendue accessible et obligatoire sans exception.

Il examine encore si la parole articulée que la presque totalité des sourds-muets peut acquérir n'est pas le meilleur moyen de les mettre en rapport avec la société, et s'il ne serait pas nécessaire enfin de généraliser dans tous les établissements le traitement de leur affection, comme il en démontre chaque jour la possibilité à sa clinique et à l'Institution de Paris. Il a prouvé en effet, et la commission académique l'a reconnu, qu'il entre chaque année dans les écoles 1 élève sur 4 ou 5 susceptible de recouvrer l'ouïe et la parole.

Dans une troisième partie, il a recueilli tous les documents officiels, lois, décrets, etc., qui les concernent, depuis le premier établissement d'éducation créé pour eux en France jusqu'à ce jour.

Enfin, dans une quatrième division, il expose toutes les observations qu'il a recueillies à l'étranger dans le cours de ses missions. Il démontre de la manière la plus évidente combien il importe de rapprocher le sourd-muet du parlant pendant la durée de son éducation, que c'est le meilleur moyen de faire cesser sa position exceptionnelle, qu'en agissant ainsi on le forme à nos mœurs, à nos habitudes; on le prépare à sa nouvelle vie et on le dispose plus facilement à entrer en relation avec nous.

Passant à l'examen de questions de médecine légale, l'auteur démontre que les savants qui ont étudié la médecine légale au point de vue de la surdi-mutité ont commis pour la plupart de graves erreurs dont il serait injuste de les rendre responsables.

Itard prétendait qu'il y avait peu de différence entre l'idiot et le sourd-muet non instruit; des médecins légistes, tels que Marc, ont émis une opinion semblable, rangent le sourd-muet dans la classe des aliénés et finissent par émettre l'opinion suivante: *L'imbécilité est la nuit de l'intelligence, la surdi-mutité en est le sommeil.*

Orfila, cette grande autorité, a réfuté Itard et les auteurs que nous venons de citer d'une manière victorieuse. « Nous ne pouvons partager, dit ce savant, l'opinion émise par Itard, qu'il y a peu de différence entre le sourd-muet inculte et l'idiot. Le rapprochement est forcé, l'idiot étant incapable d'apprendre, le sourd-muet, au contraire, pouvant acquérir beaucoup de connaissances usuelles seulement dans la famille, et si le sourd-muet non instruit ne connaît pas toutes les conséquences de certaines actions criminelles, il ne tarde pas à apprendre que ces actions sont répréhensibles et que même elles sont punies. »

M. Blanchet soutient que, si l'éducation féconde l'intelligence, elle est incapable de créer des facultés mentales qui n'existeraient pas. Dans le relevé qu'il fit en 1848 des élèves admis à l'Institution des sourds-muets, se trouvaient trois enfants atteints d'idiotisme aux deuxième et troisième degrés. Ces êtres, qui excitaient la pitié de leurs condisciples, présentaient des caractères distinctifs qui les en séparaient tout aussi complétement que s'ils eussent été placés au milieu de parlants.

Dans la troisième partie, l'auteur examine l'assistance et l'éducation données au sourd-muet. M. Blanchet, qui a fondé en France la première société d'assistance en faveur de ces infortunés, insiste sur la nécessité de rapprocher le sourd-muet du parlant; la cause de sa misère et de la difficulté qu'il éprouve de trouver un emploi vient du défaut d'instruction, de l'impossibilité de comprendre et d'être compris, tandis que le sourd-muet allemand, qui parle et a reçu de l'éducation, trouve partout à se placer.

M. Blanchet insiste là plus que partout ailleurs sur les fâcheuses conséquences que peut avoir, qu'a forcément le manque d'éducation: privation des droits civils, ignorance plus ou moins complète des lois divines et humaines, ignorance aussi par conséquent de la criminalité de certains actes que la morale enseigne à regarder comme coupables.

Plus loin l'auteur, abordant la question hygiénique, trace des règles importantes pour le régime, qui doit chez le sourd-muet, et en raison de sa constitution, de son tempérament, être plus substantiel; pour les exercices du corps, qui doivent être l'objet de soins tout particuliers. Plusieurs de ces réclamations n'ont, du reste, pas été complétement inutiles, car nous croyons savoir que c'est grâce à ses réclamations que le gymnase a été rétabli.

Dans la cinquième partie, M. Blanchet cherche à prouver combien il est possible et urgent de traiter la surdi-mutité. Cette infirmité n'est pas une unité morbide, mais un composé d'états organopathiques et de troubles fonctionnels variés, congéniaux ou acquis, qui nécessitent un traitement en rapport avec chacune de ces altérations. D'après son observation et celle de divers auteurs, la plupart des lésions organiques que l'on rencontre du côté de l'appareil auditif du sourd-muet sont identiques à celles que l'on observe chez l'individu affecté de surdité sans mutisme; à part certains vices primordiaux de conformation, d'arrêts de développement ou d'absence d'organes. C'est pour avoir mal établi le diagnostic de la surdi-mutité et l'avoir considérée comme une unité morbide que la thérapeutique de cette affection a fait si peu de progrès. Ses observations et ses expériences lui ont fait connaître encore que, lors même que la surdité est incurable, il est presque toujours possible de donner la parole au sourd-muet intelligent, lorsqu'il n'est pas aveugle et atteint en même temps d'une paralysie des nerfs sensitifs.

Les troubles fonctionnels ne disparaissent pas entièrement par la guérison des lésions organiques, pas plus que l'enfant cataracté ne re-

ces pustules sont plus discrètes, plus profondément enchâssées dans le derme que les phlyctènes purulentes de l'herpès.

Le *pronostic* est très peu grave, à moins que les éruptions ne se succèdent d'une manière suivie; alors la maladie peut résister pendant un certain temps.

Causes. — On ne peut, dans beaucoup de cas, invoquer d'autre cause qu'une susceptibilité particulière ; ailleurs c'est une excitation particulière , des frictions térébenthinées , par exemple. On voit encore l'herpès se développer après des excès de boissons , des fatigues, des veilles prolongées. Cette éruption est-elle contagieuse ? Cela est au moins fort douteux.

Le *traitement*, considéré d'une manière générale, est essentiellement antiphlogistique. Quant aux soins locaux, ils consistent à respecter les vésicules, pas de cataplasmes, pas de lotions, mais seulement saupoudrer les plaques siége de l'éruption avec de la poudre d'amidon. On pourra permettre des bains, mais frais et de peu de durée. Quand les vésicules sont rompues, s'il se forme des ulcérations, c'est alors seulement que l'on pourra recourir aux émollients, cataplasmes de fécule, ou bien aux onctions de cérat, et surtout de cérat saturné. C'est ici encore que l'on conseillera les bains prolongés, les bains locaux avec l'acétate de plomb.

Quelques auteurs ont voulu assigner un siége précis aux vésicules de l'herpès. On le plaçait dans le réseau vasculaire, dans l'appareil sudorifère, dans l'appareil papillaire; mais rien ne démontre la réalité de ce point de départ. Tout repose ici sur l'hypothèse. Ne vaudrait-il pas mieux avouer son ignorance ?

Les variétés de l'herpès sont assez nombreuses, et quelques-unes sont très importantes à connaître. On peut les réunir en deux groupes, suivant la forme qu'elles présentent, suivant la partie qu'elles affectent.

I. *Variétés suivant la forme.* — Les auteurs admettent les suivantes, sur lesquelles nous passons rapidement.

Herpes simplex. Quelques vésicules peu nombreuses, peu volumineuses, formant seulement une ou deux petites agglomérations.

Herpès phlycténoïde. Ici la maladie a un degré d'intensité de plus. Les vésicules sont nombreuses, souvent confluentes, formant des bulles secondaires et reposant sur une surface enflammée ; elles se terminent par résolution ou par ulcération. La chaleur, la douleur sont souvent assez vives ; il y a même parfois de la fièvre au début, ce qui donne alors à l'herpès quelques points de contact avec les fièvres éruptives. Cette forme s'observe aux membres, au visage ; on l'a vue coïncider avec *l'érithème noueux ;* les vésicules se développaient sur les plaques rouges de l'érythème.

Herpès nummulaire, formant des plaques arrondies couvertes de vésicules, et semblables à des pièces de monnaie.

Herpès circiné. — Il est quelquefois la suite du nummulaire quand le centre guérit, avec persistance des vésicules à la circonférence. Dans l'herpès circiné, les vésicules, disposées en anneaux, sont petites, éphémères, donnent lieu à des squames qui persistent souvent assez longtemps. Je ne suis pas parfaitement convaincu que cette variété appartienne réellement à l'herpès ; je croirais plus volontiers à une maladie parasitaire ayant pour point de départ un cryptogame. Les vésicules, qui sont ici très peu de chose , seraient une lésion accessoire, comme dans la gale.

Herpès tonsurant. — M. Bazin l'a très judicieusement rattaché aux teignes , et nous pensons qu'il en doit être de même pour la forme précédente, laquelle guérit aussi par les parasiticides, comme j'en ai vu un exemple récent chez une femme : l'herpès existait au cou et à la fesse , et la guérison fut promptement obtenue par des lotions avec la solution de sublimé.

Herpès iris. — C'est une forme assez singulières et très rare, caractérisée par un cercle vésiculeux formé d'anneaux concentriques de couleurs différentes. Au centre un premier anneau jaunâtre; le second est rouge-brun; le troisième, qui est le plus étroit, est d'un rouge foncé; le quatrième , qui est le plus extérieur, est d'un rouge pâle , et se perd dans la coloration de la peau environnante. L'herpès iris se montre surtout chez les jeunes sujets.

II. Les variétés suivant le siége sont très importantes à connaître. On en admet cinq, qui sont :

1° L'*herpes labialis*, éruption symptomatique;

2° L'*herpes preputialis;*

3° L'*herpes vulvaris;*

4° L'*herpes manualis;*

5° Le *zona.*

Herpes preputialis. — Les vésicules se développent en dehors ou en dedans du prépuce. Si c'est en dehors, on voit apparaître des plaques rouges prurigineuses, sur lesquelles se montrent des vésicules qui se dessèchent en quelques jours , laissant à leur place des croûtes d'un jaune brunâtre, qui se détachent plus tard. C'est au total une affection très légère. En dedans, on voit apparaître à la face interne du prépuce ou tout autour de la couronne du gland des surfaces rouges , irrégulières, se couvrant de vésicules qui se rompent presque aussitôt , et laissent des ulcérations superficielles quelquefois assez larges, résultant de la réunion de plusieurs soulèvements épidermatiques. Cet état s'accompagne d'une chaleur avec élancements et prurit quelquefois très vif , d'une suppuration excessivement fétide et assez abondante. Au bout de quelques jours l'épithélium se forme , et la place qu'occupaient les exulcérations n'est plus reconnaissable qu'à une coloration légèrement violacée.

La marche de l'*herpes preputialis* est essentiellement aiguë ; elle ne prend le caractère de la chronicité que par la succession pendant un certain temps d'éruptions plus ou moins rapprochées. De ces inflammations répétées résulte l'induration du prépuce, le rétrécissement de son orifice, qui demeure dur et fendillé; d'où un véritable phimosis.

L'*herpes preputialis* pourrait être confondu avec la balanite et avec les chancres vénériens. Il se distingue de la balanite par la formation des vésicules et des ulcérations qui leur succèdent; du chancre par la disposition irrégulière de ces ulcérations, qui sont éminemment superficielles , et consistent seulement dans l'absence de l'épithélium. Enfin la rapidité de la guérison , l'absence de cicatrices suffisent pour lever tous les doutes.

Le *pronostic* est nécessairement sans gravité pour l'herpès aigu ; il est plus sérieux pour celui qui se reproduit fréquemment. Ces récidives tourmentent beaucoup les malades, surtout si, ce qui arrive assez souvent, ces personnes ont eu antérieurement des accidents syphilitiques ; alors elles ne manquent pas de regarder l'herpès comme une suite de ces accidents , et réclament l'emploi des mercuriaux pour obtenir une guérison radicale.

L'herpès se développe quelquefois en vertu d'une disposition spéciale, analogue à la disposition dartreuse ; d'autres fois ce sont des fatigues , des veilles , l'abus de substances échauffantes ; d'autres fois, enfin, il naît sous l'influence de causes tout à fait locales : des excès de coït , surtout avec une femme malpropre ou affectée de flueurs blanches, le défaut de soins de toilette, etc.

Le traitement est, en général, très simple : de grands bains, des bains locaux émollients avec l'eau de son , l'eau de guimauve ; puis , quand les exulcérations sont établies , des lotions répétées avec l'infusion de roses rouges , avec l'extrait de saturne , etc. Comme moyen prophylactique, chez les personnes sujettes à cette éruption, propreté minutieuse , lotions simples avec l'eau de Cologne, les vinaigres de toilette, etc., surtout après le coït.

Herpes vulvaris. — C'est l'analogue, pour la femme, de la forme précédente. Il se montre à l'extérieur ou à l'intérieur de la vulve , en dedans des grandes et des petites lèvres , sur le vestibule. Ce sont d'abord des plaques rouges, puis des vésicules, qui ne tardent pas à se rompre , laissant des ulcérations superficielles avec cuisson, prurit, etc. , comme dans la forme précédente. Mais ces ulcérations , larges d'ailleurs et irrégulières , ont quelquefois un fond grisâtre qui pourrait faire croire à un ulcère vénérien , surtout quand l'affection siége à la fourchette. Mais il faut toujours se rappeler que les chancres sont arrondis, profonds, que leurs bords sont taillés à pic, et que leur marche est essentiellement lente et progressive, tandis que dans l'herpès la guérison ne saurait se faire attendre longtemps. Il est des femmes très tourmentées par ce genre d'affection , qui chez quelques-unes se reproduit à chaque époque menstruelle. Les causes , le traitement n'offrent rien de particulier et qui diffère beaucoup de ce que nous avons dit pour l'homme. (Voir l'extrait du mémoire de M. Legendre , *Gazette des Hôpitaux* du 6 août.)

Herpes manualis. — Cette variété n'est pas décrite par les auteurs ; ses caractères généraux sont bien ceux de l'herpès , mais certaines particularités m'ont engagé à en faire une forme spéciale sur laquelle je désire attirer l'attention des médecins.

Cet herpès siége sur les doigts et particulièrement sur les côtés des doigts, aux commissures, à la face interne ou palmaire de la main , plus rarement à la face dorsale. L'affection débute assez souvent par un peu de malaise; puis , dans les endroits que nous venons d'indiquer, il survient de la chaleur , de la douleur , des élancements ; des vésicules très petites, distinctes, mais rassemblées par groupes, ne tardent pas à se faire voir ; elles s'accompagnent de chaleur et de démangeaisons quelquefois très fortes. Ces vésicules grossissent ; elles sont transparentes, entourées d'une auréole rouge et un peu saillante. Les vésicules peuvent se réunir et former des ampoules ou bulles irrégulières d'un volume parfois considérable. L'éruption étant arrivée à ce point, différents cas peuvent se présenter :

1° Le liquide est résorbé ; le soulèvement épidermatique s'affaisse , et on voit une plaque jaune formée par l'épiderme et la partie concrescible du liquide sécrété. Cette squame se détache au bout de cinq, six ou huit jours, et laisse après sa chute une tache rouge qui s'efface peu à peu.

2° La bulle se déchire, le liquide se répand au dehors , et alors l'épiderme se reproduit quelquefois sans suppuration de la surface dénudée, mais cela est rare.

3° Soit que la vésicule ait été ouverte , soit que l'inflammation continue, le liquide devient lactescent ; il se forme de larges phlyctènes purulentes. Il y a en même temps du frisson , des lipothymies, de la fièvre ; l'épiderme se déchire et met à nu une ulcération profonde , à fond grisâtre , donnant lieu à une suppuration fétide, d'une odeur analogue à celle du sperme. Des douleurs vives, des élancements accompagnent cet état, et surtout lorsque la main est pendante. Au bout de quatre , cinq , six ou huit jours , la suppuration diminue, l'épiderme se reproduit et l'ulcération se ferme sans cicatrice, laissant seulement pendant quelque temps une tache rouge.

La *marche* de cette forme de l'herpès est aiguë , mais il peut y avoir des récidives plus ou moins rapprochées.

On pourrait confondre cette forme d'herpès avec l'ecthyma. Mais dans cette maladie les vésicules sont moins grosses , les ulcérations moins profondes , moins limitées , la suppuration plus séreuse, les douleurs moins vives, la marche plus chronique.

Le *pronostic* est assurément peu grave, mais il faut être prévenu que les récidives ne sont pas rares.

TANNATES DE QUININE ET DE CINCHONINE.

On connaissait déjà l'efficacité du tannate de quinine introduit dans la matière médicale par M. Barreswil comme fébrifuge , surtout d'après les expériences suivies de succès instituées par les docteurs Lefèvre, Bernard, Henry , Berthelot. Le docteur Castiglioni (de Milan) , voulant de son côté expérimenter ce nouveau médicament, l'administra à plusieurs malades affectés de fièvre intermittente, soit quotidienne, soit tierce, soit rémittente, et même pernicieuse , et il eut à reconnaître l'exactitude des succès rapportés par les médecins français par les guérisons qu'il obtint lui-même chez les malades soumis au même traitement.

Donc la propriété fébrifuge du tannate de quinine égale à celle du sulfate ; son amertume incomparablement moindre que celle de ce dernier ; de sorte qu'il devient d'une bien plus facile administration surtout chez les enfants ; son action astringente et antidiarrhéique, due à la présence du principe tannique ; la plus grande tolérance du tube digestif pour ce sel que pour l'autre ; la rareté des accidents nerveux qui surviennent à la suite de sa préparation , accidents si fréquents sous l'action des autres préparations quiniques ; le prix beaucoup moins cher auquel on peut l'obtenir, sont autant de puissants motifs qui le font préférer au sulfate dans le traitement des fièvres intermittentes.

Mais M. Castiglioni , pendant qu'il se livrait à ces expériences , eut le doute qu'on pouvait facilement sophistiquer ce sel quinique avec le même sel à base de cinchonine , et conçut l'idée d'expérimenter ce dernier pour voir s'il jouissait de la même propriété fébrifuge; pour cela, il eut recours à un des plus habiles chimistes

---

couvre immédiatement l'intégrité de la vue après l'opération de la cataracte.

D'après ces considérations, M. Blanchet a envisagé le traitement de la surdi-mutité sous un double point de vue : traitement des altérations organiques , traitement des troubles fonctionnels. Le traitement fonctionnel a pour objet de rétablir et de développer l'appareil auditif et vocal. Selon l'auteur, le traitement doit être varié, simple ou multiple, local ou général, organique ou de la lésion, physiologique ou de la fonction, et quelquefois l'un et l'autre en même temps.

La parole étant formée du même nombre de vibrations que le chant, nous parlons toujours, dit M. Blanchet, sur une des notes de notre gamme diatonique, et nous produisons des modulations très fines, auxquelles l'habitude nous empêche seule de faire attention. Comme il est raisonnable en toutes choses de procéder du simple au composé, la gymnastique vocale et auditive a paru à l'auteur le meilleur moyen d'arriver à une audition et à une articulation meilleures.

Après avoir déterminé quelle est la série des sons perçus par le sourd-muet, on l'habitue à les distinguer les uns des autres ; ensuite on le forme à reconnaître les sons de diverse nature et d'intensité variée, et aussitôt que son appareil vocal se trouve en rapport avec le nombre de vibrations perçues, on lui fait commencer les exercices de gymnastique vocale et auditive. Ces exercices , employés tantôt isolément, tantôt concurremment avec le traitement des altérations organiques, sont un puissant auxiliaire pour développer l'appareil auditif et vocal.

On comprendra , dit M. Blanchet , qu'il ne peut pas exister de traitement unique contre la surdi-mutité ; les moyens thérapeutiques doivent varier selon les altérations organiques qui se présentent.

Le traitement général n'est pas moins nécessaire que les moyens locaux ; non-seulement il en seconde l'effet , mais il en assure souvent le succès en remédiant au mauvais état des constitutions , des tempéraments, des idiosyncrasies, et quelquefois aussi en réveillant l'action du système nerveux. L'auteur se sert avec succès, entre autres moyens, dans certaines acousies qui dépendent des altérations fonctionnelles du système nerveux, des alcalis végétaux, qu'il projette réduits à l'état de gaz dans l'oreille moyenne. Il a aussi recours à l'électricité. Il a reconnu toutefois, d'après les nombreux essais qu'il en fait, que le plus souvent employée seule elle ne produit que de faibles résultats.

Les nouveaux moyens mis en usage par M. Blanchet pour mesurer le degré d'audition ont paru à la commission académique chargée de les examiner supérieurs à ceux employés par Itard et divers auteurs. Les divers instruments dont il se sert pour apprécier le degré de surdité et les progrès du traitement permettent de suivre les effets des moyens thérapeutiques avec une précision presque mathématique.

Il résulte encore des observations de l'auteur que le sourd-muet comme le sourd entendent d'autant mieux qu'ils perçoivent des sons composés d'un plus petit et d'un plus grand nombre de vibrations ;

Qu'avec ces règles, il est possible de déterminer quand le degré d'audition de l'élève lui permet d'entendre des sons composés d'un nombre de vibrations égal à celui que son larynx peut former, et de se livrer avec profit à des exercices de gymnastique vocale et auditive propres à développer son ouïe et à lui donner une bonne articulation ;

Qu'à l'aide de ces mêmes principes il est possible de connaître quand il est capable d'entendre la voix, la parole, celle de l'homme, qui s'étend, d'après Savart, de 192 à 633 ; celle de la femme, qui a pour limites 576 à 1,620 ; celle de l'enfant et de la plupart des sourds-muets avant la mue, dont les sons rendus par l'appareil vocal s'élèvent, d'après les observations de M. Blanchet, jusqu'à 2,000 et au delà.

Ces connaissances démontrent encore pourquoi le sourd-muet entend telle voix plutôt que telle autre, pourquoi il perçoit mieux les sons qui se rapprochent du médium de la voix humaine, pourquoi il entend des sons vocaux, des mots sans pouvoir les reproduire, ce qui aura donné à penser que le mutisme tenait à une autre cause qu'à la perte de l'ouïe et se rattachait à un vice de l'appareil vocal.

M. Blanchet, qui a fourni le premier le moyen d'apprécier d'une manière exacte, et par des chiffres, la perception tactile, a indiqué également celui de la différencier de la perception auditive, avec laquelle Itard et quelques savants académiciens l'avaient eux-mêmes confondue jusque dans ces derniers temps. Et c'est pour n'avoir pas établi cette distinction qu'on est tombé dans bien des erreurs regrettables. M. Blanchet, contrairement à Itard et à la plupart des auteurs, classe les sourds-muets de deux manières différentes. Son premier mode de classification est basé sur les altérations organiques qu'on rencontre du côté de l'appareil auditif et vocal.

Le deuxième repose sur l'état fonctionnel de l'appareil auditif.

Ce genre de classification présente l'avantage de mettre en regard les altérations organiques et les altérations fonctionnelles, et d'apprécier plus directement les causes de la surdité-mutité. C'est encore en adoptant le mode de traitement suivi par M. Blanchet que la commission a reconnu, après cinq années d'observations, qu'il se présente chaque année un élève sur quatre ou cinq susceptibles de recouvrer l'ouïe et la parole, tandis qu'Itard n'avait trouvé la possibilité de faire jouir de ce bienfait qu'un dixième de ces infortunés.

Nous n'étendrons pas davantage cette analyse, renvoyant les lecteurs à l'ouvrage de M. Blanchet, où ils pourront prendre connaissance d'un grand nombre de faits qu'il nous est impossible de mentionner dans ce court aperçu. Espérons que l'auteur s'empressera de publier prochainement l'état moral et intellectuel du sourd-muet et la partie médicale qui contiendra le fruit de ses observations.

Dr A. FOUCART.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Essai sur les phosphènes, ou anneaux lumineux de la rétine, considérés dans leurs rapports avec la physiologie et la pathologie de la vision; par le docteur SERRE (d'Uzès), membre de la Légion d'honneur, de l'Académie impériale de médecine, etc., etc. Orné de 34 figures gravées en relief sur cuivre. Un volume in-8°, vendu au profit de la caisse de secours des mineurs d'Alais. — Prix : 7 fr. 50 c. — Chez Victor Masson, place de l'Ecole-de-Médecine, à Paris.

Cours de Physiologie fait à la Faculté de médecine de Paris par P. BÉRARD, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Paris, inspecteur général des Facultés et des Écoles secondaires de médecine de France, membre du conseil supérieur de l'instruction publique, chirurgien honoraire des hôpitaux, président des jurys médicaux, officier de la Légion-d'Honneur, etc. — Les livraisons 26 et 27, contenant la fin de la *Respiration* et le commencement de la *Circulation,* viennent de paraître. Prix de chaque livraison : 1 fr. — Chez Labé, libraire place de l'École-de-Médecine, 23, à Paris.

de Milan pour avoir ce sel à l'état de pureté, et voici le résultat des expériences auxquelles il se livre à cet égard; nous le laissons parler.

Parmi les 10 cas de fièvre déjà cités, il n'y a pas de *névralgies*, comme il s'en présenta dans le cours des expériences faites sur le tannate de quinine. L'idée fondamentale dans les expériences sur le tannate de cinchonine était celle de savoir si, et dans quelle mesure, il agissait contre les fièvres d'accès. Tous les malades prirent le nouveau sel tel qu'il était préparé sans aucun correctif, et tous, y compris les infirmiers, qui pouvaient rendre exactement raison de leurs sensations, assurèrent n'avoir éprouvé aucun dégoût en le prenant, n'avoir ensuite ressenti ni plénitude de tête, ni bourdonnement d'oreilles, ni sentiment de brûlure à l'estomac.

La guérison obtenue chez tous les malades peut s'appeler rapide, franche, et jusqu'ici stable, si on excepte celle du deuxième cas, dans lequel cependant on ne pourrait pas mettre en doute l'efficacité du médicament, puisque la fièvre, domptée d'abord, ne revint qu'un mois après, et à la suite d'une irritation intestinale qui, après avoir été guérie, récidiva.

Quant à la faculté astringente, elle a été mise hors de doute dans les cas où il y avait flux diarrhéique très abondant, et qui s'amendait à l'aide de quelques doses de tannate de cinchonine.

Malgré cela, l'auteur, soit de l'ensemble des faits qu'il a observés, soit de toutes les circonstances sur lesquelles il appelle, dans son mémoire, l'attention des praticiens, ne se crut pas autorisé encore à conclure définitivement sur les propriétés positives du tannate de cinchonine. Seulement, à l'appui des expériences faites, et jusqu'à ce que d'autres observations soient venues prouver le contraire, il se croit autorisé à conclure que cette préparation de quinquina :

1° Arrête les accès de fièvres intermittentes;

2° Que son action est moins énergique que celle du tannate de quinine;

3° Qu'elle ne donne lieu à aucun accident dans l'économie;

4° Qu'elle ne produit aucune irritation locale;

5° Qu'elle est même très avantageuse dans les cas de diarrhée compliquant quelquefois les fièvres d'accès;

6° Qu'elle n'est pas désagréable au goût;

7° Que dans les fièvres intermittentes la dose moyenne du médicament serait de 2 grammes et demi;

Qu'enfin, quoique cette dose moyenne du tannate de cinchonine contre les fièvres d'accès soit nécessairement plus forte que celle du tannate de quinine, on devra toujours le préférer à celui-ci, comme au sulfate quinique, à cause de son prix très inférieur. A cet égard, d'après les calculs faits par l'auteur, si, par exemple, le sulfate de quinine coûte 17 livres autrichiennes les 32 grammes, et le tannate de quinine 10 livres, le tannate de cinchonine n'en coûterait que 4; ce qui constitue une différence énorme, tout en tenant compte de la plus grande quantité qu'il en faudrait pour le traitement.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 3 août 1853. — Présidence de M. LARREY.

Présentation de malade.

M. CHASSAIGNAC présente un malade sur lequel cinq fois a été pratiquée l'ablation d'une tumeur fibro-plastique siégeant à la partie supérieure du tronc.

Les quatre premières opérations avaient été suivies de récidive, survenant assez généralement après six mois.

Dans la dernière opération, M. Chassaignac eut recours à l'autoplastie pour combler la perte de substance, et depuis un an il n'y a pas encore eu de récidive. La constitution du malade est parfaite. La cicatrice ne présente aucune trace de maladie.

PRÉSENTATION DE PIÈCES ANATOMO-PATHOLOGIQUES.

Cancer envahissant le corps de la mâchoire inférieure et la totalité de l'os hyoïde.

M. MAISONNEUVE soumet à l'examen de la Société une tumeur cancéreuse qu'il a enlevée sur un homme âgé de cinquante-cinq ans. Cette tumeur siégeait sur le corps de la mâchoire inférieure et sur l'os hyoïde, qui ont dû être enlevés.

Voici une rapide analyse de cette observation :

Une première affection cancéreuse affectant la lèvre inférieure nécessita, il y a deux ans et demi, une opération. Pendant deux ans le malade parut guéri; mais une récidive eut lieu et marcha rapidement. Le mal avait son siége bien autrement étendu et profond.

Ainsi la tumeur occupait tout le corps de la mâchoire, se prolongeant de chaque côté jusque dans les régions parotidiennes, envahissant toute la face inférieure de la langue, l'os hyoïde, et descendait ensuite sur les parties latérales du larynx jusqu'à la glande thyroïde.

La lèvre inférieure était restée saine.

Le malade, dont les souffrances étaient intolérables, désirait absolument se soumettre aux chances d'une opération, que M. Maisonneuve consentit à entreprendre. Il enleva, au milieu des plus grandes difficultés :

1° Les parties molles malades, respectant la lèvre inférieure, restée saine;

2° Le corps de la mâchoire inférieure;

3° Profondément la muqueuse et les muscles de la face inférieure de la langue depuis sa pointe jusqu'à sa base; les glandes sublinguale, sous-maxillaire; les muscles génio-hyoïdien, milo-hyoïdien; le ventre antérieur du digastrique;

4° Enfin l'os hyoïde et, avec lui, partie des muscles sterno-hyoïdien, omoplato-hyoïdien, thyro-hyoïdien.

La réunion fut obtenue ensuite assez facilement.

Malgré cette énorme mutilation, la déglutition pouvait s'opérer, et le malade put même articuler quelques sons assez intelligibles.

Dans la nuit du quatrième jour, le malade, qui jusque-là avait été dans un état satisfaisant, tomba dans un affaissement extrême et succomba.

Nonobstant cette terminaison funeste, dit M. Maisonneuve, j'ai pensé que ce fait n'en avait pas moins un certain intérêt, car il prouve que l'os hyoïde n'est point aussi indispensable à la déglutition qu'on aurait pu le supposer.

Ostéo-sarcome de la rotule.

M. MICHON présente une pièce d'anatomie pathologique offrant un exemple remarquable d'un énorme ostéo-sarcome ayant envahi la rotule.

Le malade qui portait cette affection a été amputé de la cuisse. Il est actuellement dans le service de M. Michon.

La tumeur, très volumineuse, enveloppait l'articulation dans sa plus grande partie. Néanmoins, le chirurgien avait pu reconnaître la nature de cette maladie et préciser le siége qu'elle occupait.

Le malade est un artisan mécanicien très intelligent. Il pense que toujours il a eu la rotule plus volumineuse à gauche qu'à droite. Il y a cinq ou six ans, il eut une fracture transversale de cet os qui se consolida difficilement.

C'est depuis cinq mois que la tumeur s'est développée avec une extrême rapidité. La jointure ne présentait aucune trace de fluctuation.

Après quinze jours de séjour dans le service, M. Michon a pratiqué l'amputation.

L'examen anatomique de la pièce permet de reconnaître que la maladie est en effet bornée à la rotule; cependant on voit apparaître deux petites tumeurs de mauvaise nature à la partie supérieure du tibia.

— Après la lecture du procès-verbal, M. ROBERT demande la parole pour dire qu'il a examiné le jeune malade de M. Guersant qui avait déjà fixé l'attention de la Société dans la dernière séance.

M. Robert ne conserve aucun doute sur la nature et le siége de l'affection. Il s'agit d'un de ces polypes nés à la base du crâne en dehors du pharynx, s'engageant dans le pharynx d'abord en refoulant la membrane céphalo-pharyngienne là où elle n'est pas encore recouverte par les fibres du constricteur supérieur, puis pénétrant secondairement dans les fosses nasales, et enfin dans la fosse zygomatique en contournant la partie postérieure de l'os maxillaire supérieur.

J'ai déjà vu, dit M. Robert, quatre cas absolument semblables; deux fois j'ai opéré. Il faut dans ces cas, pour agir avec succès, faire une large mutilation, et je ne crois pas que le procédé de M. Nélaton puisse être suffisant; il laisserait le chirurgien dans l'impossibilité d'enlever le prolongement interne. Il y a, en outre, quelquefois des hémorrhagies sérieuses, et pour pouvoir facilement cautériser on ne peut assez se donner de jour.

L'enfant est d'une bonne santé. L'opération se peut faire rapidement; il faut la faire, d'autant plus que l'on peut dire de l'ablation du maxillaire supérieure que c'est une opération innocente. Sur quinze cas de ma pratique, à peine ai-je eu quelques légers accidents; jamais de mort.

M. MAISONNEUVE rappelle qu'il a présenté à la Société un jeune malade sur lequel il avait enlevé le maxillaire supérieur. La perte de substance s'est peu à peu comblée; à peine reste-t-il de la plaie une surface d'un ou deux centimètres. La voix est facile. Le malade ne présente aucune difformité.

Cependant, M. Maisonneuve croit qu'il faut ne pas repousser, si c'est possible, les procédés qui laissent en place une partie du maxillaire. Ainsi, dans un cas, il s'est bien trouvé de laisser la totalité de la voûte palatine.

M. MICHON partage cette opinion de M. Maisonneuve, qu'il faut laisser le plus possible du maxillaire, et dans deux cas il a pu ménager avec avantage une partie importante de cet os. Ainsi, sur un malade il a conservé le plancher de l'orbite, et sur l'autre il a pu respecter la voûte palatine. M. Gosselin, dans sa thèse, a cité ce dernier cas.

Quant au malade de M. Guersant, n'y aurait-il pas avantage à conserver la voûte palatine, si on pouvait, en la respectant, avoir suffisamment d'espace pour opérer.

M. CHASSAIGNAC se rappelle le fait de M. Robert. L'opération avait eu un superbe résultat. Mais chez le malade de M. Guersant la tumeur est bien moins volumineuse, et on pourrait probablement adopter une autre marche.

Ainsi, on pourrait avec des ciseaux couper le pédicule de la tumeur sous-jugule; on l'énucléerait ensuite assez facilement. Avec des ciseaux on couperait également la ramification nasale; et enfin, pour couper le pédicule adhérant à la base du crâne, ne pourrait-on pas imaginer un instrument, comme, par exemple, une espèce de dé à coudre armé d'une petite lame, qui serait porté à l'aide du doigt au sommet du pharynx?

L'hémorrhagie pourrait seule rendre ce procédé impraticable.

M. GOSSELIN, en proposant d'adopter le procédé de M. Nélaton, voulait seulement rendre moindre la mutilation, et il espérait avoir suffisamment d'espace pour pouvoir, si cela était nécessaire, porter le cautère sur la racine du mal. M. Robert donne la préférence à l'ablation du maxillaire supérieur en totalité, à cause du prolongement buccal. Mais ce prolongement n'adhère pas aux parties voisines, et une fois le pédicule principal excisé, on aurait facilement la totalité de la tumeur en tirant sur elle; et si, au pis aller, on ne pouvait extraire la digitation sous-jugule, on pourrait l'abandonner sur place en coupant son pédicule. Si elle ne s'atrophiait pas, on serait à même plus tard de l'enlever, en incisant par la face interne de la joue.

M. GIRALDÈS rappelle que M. Gosselin, dans sa thèse, avait précisément, sur des conceptions théoriques, formulé ces données sur la possibilité d'abandonner les digitations des tumeurs qu'on ne pouvait enlever immédiatement, pour procéder plus tard à leur ablation, si cela devenait nécessaire.

Sur un malade, M. Giraldès a procédé de cette façon. Il avait voulu, pour rendre l'opération moins grave, réséquer seulement partie du maxillaire. Il avait affaire à un polype tellement sanguin, qu'il n'a pas dû terminer immédiatement l'opération; il a laissé en place la partie extra-pharyngienne du polype, et plus tard M. Laugier a procédé à son extraction, car loin de s'être atrophiée, elle avait pris un grand accroissement.

En résumé, une opération qui se fera sur un polype très vasculaire, ce qui est l'ordinaire, ne pourra se terminer facilement si on n'enlève pas la totalité du maxillaire supérieur.

Correspondance.

M. LARREY dépose sur le bureau deux mémoires de M. Valette (de Metz), qui demande, dans une lettre adressée à M. le président, le titre de membre correspondant. Ces deux mémoires sont intitulés :

1° *Sur le traitement des fractures de la clavicule;*

2° *Ligature des artères iliaque externe, épigastrique sous-clavière et honteuse externe.*

Ils sont renvoyés à une commission déjà nommée pour examiner des communications faites antérieurement par M. Valette.

— La correspondance imprimée comprend l'envoi des divers journaux de médecine.

Suite de la discussion sur le rapport de M. Robert.

M. ROUX, qui devait prendre la parole, demande à ne parler que dans une prochaine séance. Un malade, qui le matin a succombé à l'Hôtel-Dieu pendant une opération, lui donne des préoccupations assez vives pour qu'il désire remettre à un autre moment ce qu'il avait à dire sur le rapport de M. Robert.

M. Roux s'engage en outre à livrer à la Société l'observation de son opéré, quand elle aura été complétée par l'examen nécroscopique.

M. GOSSELIN prend la parole, et prononce un discours que nous publierons dans un prochain numéro.

Nouvel appareil mécanique pour être adapté à tous les lits de malades.

M. RICHET donne la description d'un ingénieux appareil imaginé par M. Gros pour être adapté aux lits des malades, et remplacer les lits mécaniques, dont le prix est trop élevé pour pouvoir être d'un usage général.

Cet appareil devra être examiné par une commission composée de MM. Robert, Richet et Larrey.

A cinq heures et demie la Société se forme en comité secret.

Le secrétaire de la Société, E. LABORIE.

CORRESPONDANCE.

Statistique. — Mortalité de la France à différentes époques.

Monsieur le Rédacteur,

Longtemps occupé par état et par goût de calculer les chances aléatoires de la vie humaine, je suis en mesure d'ajouter deux documents authentiques à ceux qu'a publiés la *Gazette des Hôpitaux* sur la mortalité comparée de la France à différentes époques. Je les crois de nature à intéresser vos lecteurs.

Le premier de ces documents est le relevé général des décès de la France en l'an X (1802); Fodéré l'a reproduit au premier volume de sa *Médecine légale* (1813).

Le second est la moyenne générale des décès de la France pendant la période de 15 ans (1817 à 1831), qui a elle-même pour moyenne l'année 1824. Ce relevé, dressé par feu Demonferrand pour servir de base à ses tables de mortalité, est reproduit en détail au deuxième volume de *Patria*.

C'est donc un intervalle de 22 ans qui se trouve entre la date de chacun de ces documents, et cet intervalle semble assez bien choisi pour éclairer la question à l'ordre du jour.

Voici le résumé succinct mais suffisant de l'un et de l'autre, et le lecteur est prié de se rappeler que la France de l'an X se composait de 108 départements.

MORTALITÉ COMPARÉE DE LA FRANCE A 22 ANS D'INTERVALLE.

	1802.	1824.
Décès au-dessous de l'âge de 20 ans,	447,954	342,852
20 à 30 »	44,280	51,298
30 à 40 »	50,241	43,981
40 à 50 »	61,459	48,232
— au-dessus de l'âge de 50 ans,	271,556	281,130
Décès généraux.	875,490	767,493

Sans entrer dans de longs calculs, il est aisé de reconnaître au premier coup d'œil jeté sur ce tableau comparatif le fait capital signalé dans votre numéro du 6 août, c'est-à-dire qu'en 1802 on comptait moins de décès entre 20 et 30 ans qu'à toute autre époque de la vie *productive*, tandis que 22 ans après on en comptait plus au contraire de 20 à 30 ans que de 30 à 40, même que de 40 à 50! Ce fait est significatif.

Les relevés mortuaires de la France confirment donc *pleinement* les principaux résultats que M. Carnot a fait connaître. On ne peut en dire autant des tables de mortalité que Demonferrand édifia sur ces bases. Au lieu de suivre la voie facile tracée par ses devanciers, le professeur de Versailles se jeta dans les hypothèses aventureuses, de manière qu'en définitive, après un long et pénible travail, il ne réussit qu'à mettre au jour des résultats douteux, qui ont été depuis lors successivement et notoirement démentis par les événements contemporains.

M. Bayard a prouvé que le danger de mort à l'âge de 20 ans avait, dès l'année moyenne 1820, augmenté à Paris de 61 p. 100. En outre, le relevé des décès de 1814, inséré dans la *Gazette des Hôpitaux* du 28 juin dernier, montre que l'accroissement ne s'éleva qu'à 6 p. 100 dans « *cette année fatale où les fièvres putrides doublèrent.* » (*Moniteur* du 28 février 1853.) On doit évidemment conclure de ce rapprochement que cette révolution sinistre dont nous sommes les témoins, quelle qu'en puisse être la cause, commença à Paris vers le 1er janvier 1814; tandis que sur la France, *prise dans son ensemble*, elle fut plus tardive. En 1824, en effet, le danger de mort sur les têtes de 20 ans avait augmenté de 17 p. 100 en France, situation toute semblable à celle que présente Paris en 1816! Donc, ainsi que l'annonçait M. Carnot en 1851, « *Paris, dans cette voie nouvelle, a précédé la France d'environ huit années.* » (*Analyse de l'influence de la variole*, etc.)

Veuillez agréer, etc. C. de FEULINS,
Membre de la légion d'Honneur.

Paris, le 8 août 1853.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

L'administration générale de l'assistance publique, toujours à la recherche de ce qui peut améliorer le bien-être de ses malades, vient d'adopter pour eux, après une longue et sérieuse épreuve, un nouveau système de sommiers élastiques, dont une première fourniture de 750 va être faite à l'hôpital du Nord.

— Un banquet a été offert le 6 août à M. Martin-Magron par ses élèves. La fête a eu lieu dans les salons de Lemardelay. M. Piogey, chargé par ses collègues d'exprimer leurs sentiments à l'égard de cet excellent maître, a prononcé une allocution remarquablement chaleureuse, que nous regrettons de ne pouvoir publier, et dans laquelle il a fait ressortir l'utilité des conférences et des réunions.

Après un discours prononcé par M. Martin-Magron, un jeune élève de l'Ile-de-France s'est levé et a prononcé à son tour quelques paroles sur la générosité avec laquelle le professeur livre aux élèves le fruit de ses veilles. Ces deux discours ont ému l'assemblée et ont été vivement applaudis.

— On écrit de Copenhague, 7 août: Le choléra suit sa marche. On compte maintenant 3,436 décès sur 6,391 personnes atteintes du fléau.

— Dans Amager, 116 personnes sont mortes du choléra.

— On annonce que le choléra a paru à Elseneur.

— On écrit de Lubeck, le 3 août: Il y a eu jusqu'aujourd'hui 96 cas de choléra dans cette ville. 27 personnes sont mortes de l'épidémie.

— Le choléra continue à sévir à Vera-Cruz.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de PLON frères, imprimeurs de l'Empereur 36, rue de Vaugirard.

N° 97. — MARDI — JEUDI 18 AOUT 1853. (26e ANNÉE.) N° 97. — MARDI — JEUDI 18 AOUT 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE.	Trois mois.	8 fr. 50 c.
	Six mois.	16 »
	Un an.	30 »
GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES.	Trois mois.	9 fr.
	Six mois.	17
	Un an.	33
ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR.	Trois mois.	10 fr.
	Six mois.	20
	Un an.	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

PARIS, LE 17 AOUT 1853.

Séance de l'Académie de Médecine.

Deux lectures d'un certain intérêt ont attiré l'attention de l'Académie : la première, de M. Desvouves, sur l'emploi du sulfate de quinine comme spécifique de la fièvre typhoïde, contient des idées un peu trop absolues sur l'utilité de cet agent, qu'ont tenté d'employer avec plus ou moins de succès un assez grand nombre de praticiens, et dont il ne faudrait pas vouloir trop généraliser l'emploi. La deuxième, de M. Duchaussoy, sur la cause immédiate et le traitement de la chute du rectum chez les enfants, est un travail bien fait, et dans lequel l'auteur, d'après ses observations chez M. Guersant à l'hôpital des Enfants, donne la préférence à la cautérisation sur l'excision rayonnée des plis de l'anus; il y cite un fait assez curieux de guérison par l'emploi de la strychnine appliquée au moyen de vésicatoires répétés.

— M. Collineau a repris ensuite la lecture qu'il avait commencée il y a quelques mois d'un rapport sur le traitement et l'éducation des idiots. Le sujet de ce rapport est un mémoire présenté il y a déjà longtemps par M. le docteur Félix Voisin. Le rapport lui-même est fait depuis dix ans, et c'est assez en faire comprendre la valeur que de dire que, malgré le laps de temps écoulé depuis cette époque, l'intérêt de la lecture n'en est pas diminué. Les progrès de l'éducation des idiots y sont exposés avec clarté et sont tellement frappants, que, comme le dit l'honorable rapporteur, on a peine à y croire, alors même qu'on en est le témoin. La persévérance de M. Voisin ne saurait recevoir trop d'éloges; et ces éloges doivent atteindre également les deux professeurs, MM. Édouard Seguin et Vallée, qui ont été successivement donnés à ces infortunés.

Aucune observation critique n'a été faite sur ce rapport ni sur les réflexions annexes qu'a cru avec raison devoir y joindre M. Collineau, afin de le mettre au niveau de l'époque actuelle; seulement M. Dubois (d'Amiens) a dit fort justement qu'il serait à désirer que l'on refondît ensemble les deux parties du rapport. Cette proposition a été acceptée avec empressement par M. Collineau, et M. Dubois lui-même se chargera de ce remaniement; puis, à l'unanimité, l'Académie a décidé, sur la proposition de M. Adelon, que le rapport et le mémoire de M. Voisin seraient adressés au comité de publication.

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

Leçons cliniques sur la scarlatine. — Traitement (1).

Après avoir rapidement esquissé l'histoire pathologique de la scarlatine, histoire bien incomplète sans doute, laissez-moi, messieurs, passer à quelques considérations relatives au traitement.

Je n'ai pas besoin de revenir sur ce que je vous ai dit bien souvent dans le cours de ces conversations cliniques. Les maladies éruptives, variole, varicelle, scarlatine, rougeole, zona, herpès, érythème noueux, dothinentérie, sont des affections *fatales*, en ce sens qu'elles ont une allure en quelque sorte *nécessaire*.

Tant que le mal suit une marche simple et naturelle, qu'il ne survient aucune complication, le médecin doit rester spectateur, et son rôle, s'il était actif, ne pourrait que tourner au préjudice du malade; il ne doit intervenir que lorsque des complications surviennent, ou lorsque, par son intensité, un des phénomènes propres à la maladie devient une menace et par conséquent une complication. C'est vous dire que dans la scarlatine simple je m'abstiens. Le malade est tenu dans son lit sans être écrasé de couvertures, mais dans de telles conditions qu'il ne souffre ni du froid, ni du chaud; l'air de l'appartement doit être agréablement frais; la propreté du corps doit être sévèrement observée, en même temps par les lotions répétées des parties génitales et du podex que par le changement du linge, et, à cet égard, il ne faut pas craindre de heurter de front les préjugés des parents, préjugés, disons-le, qui tendent tous les jours à disparaître.

Il y a bien peu d'années encore, une malheureuse femme en couches restait dans son lit pendant dix à quinze jours, écrasée de couvertures, la tête chargée d'un bonnet épais, les parties génitales, le podex, les cuisses baignés dans le liquide fétide des lochies, le corps ruisselant d'une sueur acide, et souvent le lait qui s'écoulait remplissait les draps et les vêtements; on eût regardé comme un crime de lui épargner une seule de ces ignobles tortures : médecins, parents ne s'approchaient qu'avec dégoût de cette couche empestée où gisait une pauvre créature qui préludait ainsi aux joies de la maternité, et trop souvent des maladies terribles étaient la suite de ces négligences, maladies que les soins les plus vulgaires auraient permis d'éviter.

Aujourd'hui les soins de propreté les plus minutieux sont prodigués aux nouvelles accouchées; les lotions, les injections vaginales répétées plusieurs fois par jour; la tête est laissée nue ou à peine couverte d'un léger bonnet; matin et soir, les cheveux sont rapidement démêlés; chaque soir, plutôt deux fois qu'une, le linge de corps est changé. Allez, messieurs, dans la salle d'accouchements de l'Hôtel-Dieu, dirigée par mon honorable ami M. le docteur Horteloup, qui est secondé par une religieuse pleine de zèle et de charité; il y a là près de quarante femmes récemment accouchées: vous n'y trouvez pas plus d'odeur que dans les salles des malades ordinaires, et partout l'air, l'eau, le linge sont libéralement distribués aux malades; aussi voyez combien y sont rares les accidents puerpéraux.

Ce que je dis des femmes en couches s'applique aux maladies éruptives. Les soins de propreté sont un des éléments capitaux du traitement.

Dans l'état aigu de la scarlatine, les accidents nerveux constituent une des complications les plus graves. Ils sont annoncés par l'âcreté excessive de la chaleur de la peau, par la fréquence insolite du pouls, par l'insomnie; puis le délire, la jactitation, le coma, le gonflement du ventre, les soubresauts des tendons, la sécheresse, le tremblotement de la langue viennent compléter le tableau.

Dans cette conjoncture, le calomel, *fracta dosi*, cinq centigrammes par jour divisés en 10 paquets, les minoratifs légers, les boissons acidules rendent des services signalés; mais la médication par excellence, ce sont les affusions froides, médication solennelle et qui demande de la part du médecin un certain courage, obligé qu'il est de lutter contre des préjugés terribles et d'accepter une responsabilité d'autant plus grave que la scarlatine avec ces complications nerveuses est le plus souvent mortelle et que les familles auront une grande tendance à attribuer au traitement l'issue fatale de la maladie.

L'affusion doit être donnée à la température de 20 à 25 degrés centigrades, ne durer qu'une minute. Le malade est remis immédiatement au lit sans être essuyé, enveloppé de couvertures jusqu'à ce que la réaction soit bien établie. On voit ordinairement sous l'influence de cette médication la fréquence du pouls, la sécheresse et la chaleur de la peau et le délire diminuer notablement. On y revient deux fois par jour plusieurs jours de suite, tant que les accidents nerveux ont quelque chose de menaçant.

Les émissions sanguines doivent être par-dessus tout évitées dans toutes les complications de la scarlatine, et je ne connais pas de pyrexie dans laquelle elles soient en général plus périlleuses.

La complication angineuse mérite aussi une sérieuse attention. Tant que la membrane muqueuse pharyngienne participe seulement à la rougeur de la membrane buccale et que le gonflement des tonsilles et des ganglions lymphatiques cervicaux est modéré, de légers collutoires boratés ou acidules suffisent ordinairement; mais quand l'arrière-bouche se recouvre de concrétions pultacées abondantes et fétides, il faut sans hésiter recourir à des cautérisations avec l'acide hydrochlorique pur, ou avec une solution de nitrate d'argent au quart, en même temps, faire avaler au malade par petites gorgées d'heure en heure une mixture que l'on compose avec 10 grammes de borax et 100 grammes de sirop de miel.

Ce n'est pas que dans cette forme de l'angine pultacée il faille craindre l'extension au larynx, comme cela a lieu dans l'angine diphthérique; l'expérience clinique a démontré en effet que, si la diphthérie se propage en quelque sorte fatalement aux voies aériennes, l'angine scarlatine, au contraire, reste confinée au pharynx, où elle amène quelquefois des accidents gangréneux, pendant qu'elle favorise le développement de ces bubons scarlatineux si épouvantables que l'on voit éclater dans la deuxième période de la maladie.

Traiter l'angine, c'est traiter prophylactiquement le bubon cervical scarlatin; et cette prophylaxie est d'autant plus opportune que, malheureusement, toute médication est ordinairement impuissante à arrêter la suppuration, et même la gangrène des ganglions, quand l'inflammation s'en empare avec une certaine énergie.

La vératrine, la quinine, trouvent leur application dans le traitement du rhumatisme scarlatin. Je n'ai pas besoin de dire que tout échoue dans cette forme suppurative du rhumatisme dont je vous entretenait à la fin de la dernière leçon.

Il est bien évident encore que la mort est inévitable quand, dans le cours de la scarlatine, vous voyez tout à coup survenir des pétéchies, des hémorrhagies à la surface des diverses membranes muqueuses.

Quant à l'anasarque scarlatineuse, lors même qu'elle se complique d'hématurie légère, elle cède le plus souvent à un traitement expectant et à une diète légère. Je n'ai jamais vu que les bains de vapeur, que les diurétiques aient été d'un grand secours. Des laxatifs légers, et surtout le calomel *fracta dosi*, m'ont rendu souvent de grands services.

Si l'anasarque et l'albuminurie deviennent chroniques, alors la maladie est ce que l'on appelle *maladie de Bright*, et la médecine est malheureusement presque toujours impuissante.

Dans la scarlatine, les morts inattendues sont communes. Comment et pourquoi les malades meurent-ils, cela est difficile à dire.

Mais l'éclampsie, c'est-à-dire la convulsion épileptiforme, vient souvent compliquer, et compliquer fatalement, l'anasarque scarlatineuse. M. Bretonneau, dans ce cas, conseille de tenir la tête du malade très élevée, de faire l'acupuncture des jambes de manière à favoriser l'écoulement du liquide infiltré; très soigneux d'établir la compression des jambes dès que les accidents sont passés, afin d'empêcher les piqûres de s'enflammer.

Mais quand les attaques convulsives sont presque continues, la compression alternative des carotides, faite soigneusement et patiemment par le médecin, rend quelquefois des services inespérés.

(1) Voir le numéro du 26 juillet 1853.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. DELASIAUVE.

Des diverses formes de l'aliénation mentale (1).

(Leçons recueillies par M. PÉGUND.)

PARALYSIE GÉNÉRALE.

Paralysie générale consécutive aux autres formes de la folie. — Quand, autrefois, on considérait l'affaiblissement musculaire comme une complication du désordre mental, l'admission de cette variété paralytique eût semblé la chose la plus naturelle : rien de plus logique que le progrès de la lésion amenant la diminution graduelle des mouvements. Pour beaucoup de médecins, il en est encore ainsi. Quelques-uns, cependant, conséquents avec leur système, qui superpose l'élément matériel à l'élément psychique, hésitent à la reconnaître. Suivant M. Baillarger, entre autres, elle ne serait qu'une coïncidence ou une exception; il affirme, du moins, n'en avoir personnellement constaté aucun exemple.

Cette opposition n'est pas tout à fait sans fondement. Il est certain que, proportion gardée, la paralysie générale consécutive aux espèces mentales est moins fréquente qu'on ne serait porté à le croire; à la Salpêtrière surtout, on doit peu s'étonner qu'on l'ait rarement observée, le nombre des femmes sujettes à la paralysie générale étant très inférieur à celui des hommes. Dans notre hospice, au contraire, où cette affection abonde, les cas dont il s'agit se présentent assez souvent, et j'aurai tout à l'heure l'occasion de vous en signaler quelques-uns sur lesquels le doute n'est pas permis.

La paralysie générale consécutive à l'aliénation se distingue, d'ailleurs, par des caractères qu'expliquent les conditions dans lesquelles elle prend naissance. Son développement est quelquefois rapide, comme à la suite de certaines manies aiguës dont l'effet est d'atteindre profondément les forces cérébrales; mais, dans la majorité des cas, se manifestant d'une manière lente, insensible et demeurant même indéfiniment stationnaire, elle correspond aux imperceptibles modifications dont la substance nerveuse est le siége.

D'un autre côté, l'état moral conserve longtemps le cachet particulier à l'affection qu'il représente : le maniaque reste avec son excitation ou son incohérence; le monomaniaque avec ses idées fixes; l'halluciné avec ses aberrations perceptives. Seulement, comme nous l'avons dit au sujet de la démence, qui si souvent, en pareille circonstance, marche parallèlement avec la paralysie générale, les nuances s'en affaiblissent, et à l'activité délirante tend de plus en plus à se substituer une sorte de divagation confuse et passive.

Parmi les exemples de manies dégénérées en paralysies générales, vous avez pu en constater un des plus concluants chez le malade Rev..., mort tout récemment à l'hospice, âgé de 29 ans à peine. Ce jeune homme joignait naturellement à une vive imagination une grande mobilité de caractère. De bonne heure, quoique fils

(1) Voir le numéro du 25 juin 1853.

unique, il s'était engagé, malgré l'opposition de ses parents ; mais de fréquentes rixes et de nombreux actes d'insubordination ne tardèrent pas à lui attirer de graves inflictions et même à faire suspecter la santé de son esprit. A deux ou trois reprises, il passa de la prison dans des maisons de santé ; puis on se décida à le rayer des contrôles. Placé dès lors à Bicêtre, il offrit tous les signes de l'excitation maniaque : loquacité, turbulence, emportements, désordre d'idées et d'actes sans incohérence manifeste ; avec cela, quelques prétentions vaniteuses. Comme typographe, il avait concouru à imprimer les œuvres de quelques-uns de nos plus célèbres poëtes, dont il se disait parfois le collaborateur ; lui-même s'était essayé dans des fragments informes. Du reste, aucune trace d'altération physique, aucun indice d'embarras de la parole.

Après plusieurs mois de séjour, Rev..., redevenu calme et en apparence guéri, fut rendu à sa famille. Sa conduite justifia d'abord cette mesure. Il se montra laborieux et docile ; mais de nouveaux écarts, attribués aux excès et dénotant en réalité une recrudescence morbide, motivèrent bientôt sa réintégration. Les séquestrations devinrent ainsi périodiques. Rev..., partageait en quelque sorte son temps entre la vie libre et l'asile. La dernière fois, cependant, l'intervalle lucide s'était prolongé quinze mois ; mais, dans cette longue période, il fallait voir, hélas! moins une preuve d'amélioration que de décadence. A travers l'agitation, l'abaissement des facultés était notoire. Physionomie hébétée, mémoire incertaine ; idées circonscrites, faibles, sans suite ; diversité incohérente du délire ambitieux, le malade se croyant indistinctement excellent typographe, général, empereur, écrivain, etc. ; démarche chancelante, tremblement facial ; embarras de l'articulation, surtout en chantant ou en lisant : tout décelait incontestablement la complication paralytique. Un peu moindres ou plus prononcés, ces symptômes subirent quelques fluctuations ; plusieurs congestions cérébrales se produisirent, et Rev... finit par s'éteindre au milieu de la dégradation physique et morale la plus profonde.

La succession des phénomènes ne saurait ici être niée. Sous ce rapport, la situation de P..., qui, dans les cours, affiche avec insolence ses prétentions orgueilleuses, mérite également de fixer votre attention. A l'hospice depuis quatre ans déjà, l'excitation maniaque se compliquait, chez lui, au début, d'appréhensions mélancoliques justifiées par de vifs chagrins. Parfois sombre et taciturne, il se tenait à l'écart, dédaignant de répondre ou se plaignant avec colère d'ennemis invisibles qui organisent contre lui la persécution et l'empêchent de trouver de l'ouvrage ; dans d'autres moments, il se promenait le verbe haut, la figure altière, vociférant, déclamant, chantant, sans trop d'incohérence.

Cette fougue s'apaise ; et, sur les instantes obsessions de sa femme, nous lui accordons sa sortie, d'autant moins rassuré sur son aplomb moral qu'en dehors des visites ses discours laissaient poindre le germe de convictions suspectes. Il nous revient, en effet, quelques mois après plus déraisonnable et moins contenu qu'auparavant. La fureur ne l'abandonne guère, et il s'étonne qu'on ose détenir un personnage aussi important et qu'on *connaîtra un jour*. P... maintenant incline fortement à la démence. Sa mémoire lui rappelle encore, il est vrai, une foule de traits d'une érudition variée ; mais il s'embarrasse aisément dans ses raisonnements et s'arroge les titres les plus disparates, notamment ceux de sultan Mohamoud, de prince Napoléon, etc. La stupéfaction des traits, le tremblotement des joues et des lèvres, la difficulté de la prononciation ne permettent plus le doute enfin sur l'existence de la paralysie générale.

Quant à la stupidité, au délirium tremens, aux aberrations monomaniaques et perceptives, les faits sont loin surtout d'être rares. Nous avons eu à plusieurs reprises depuis cinq à six ans le nommé P., qui, passé comme chronique à la ferme Ste-Anne, a vu succéder à la folie alcoolique les symptômes les mieux conditionnés de l'affaiblissement musculaire. Le même résultat s'est offert trois mois seulement avant sa mort chez l'épicier V..., que j'ai cité dans mon opuscule sur la lypémanie et dont la prostration pouvait être aussi bien attribuée à la concentration mélancolique qu'à l'inertie intellectuelle. Ne vous apitoyez-vous pas à chaque visite sur un de nos pauvres confrères de la médecine militaire situé au quartier des colonnes neuves ? A son entrée, il y a plus de huit ans, le désordre mental consistait uniquement dans de fausses convictions. Il s'imaginait être en butte à toutes sortes d'outrages ; la parole la plus insignifiante, le moindre regard étaient pour lui une preuve d'insulte qui le portait à venger son honneur flétri. Sur tout autre point sa raison était droite. Il faisait même des poésies passables. Ses idées n'ont pas cessé de le tourmenter : il recule toujours instinctivement quand on l'approche ; mais qu'elles ont perdu de leur énergie ! G... n'est plus cet insensé qu'il fallait encamisoler vingt fois dans la journée pour prévenir ses violences. La réaction est accidentelle et plus modérée. Il se contente de réclamer sa liberté et ne récrimine que quand on l'interroge. Le jugement de son côté a fléchi ; il s'embrouille dans la coordination des phrases, dérive de son sujet et penche vers des espoirs chimériques. En certains instants, la diminution des mouvements, dont on a constaté les premiers indices il y a plus de trois ans, est elle-même tellement évidente que l'expression de la parole exige de véritables efforts.

Pareille observation est applicable au nommé H..., vieillard de soixante-huit ans. Admis à Bicêtre en 1824, il avait pour marotte de se croire fils de Louis XVI et frère du comte d'Artois. Ce malheureux est un de nos administrés les plus paisibles et les plus laborieux. Il ne perd pas une minute à tresser de la paille. Son vocabulaire généalogique a pris de l'extension. En même temps qu'il avoue son nom de H..., que par parenthèse il travestit de diverses manières et refuse obstinément de signer, il se qualifie de Dauphin, comte de Provence, parent de Bonaparte, cousin de Robespierre, etc. Il a tout juste ce qu'il faut de lumières pour vivre en automate. La titubation de la démarche, le tremblement de la face et le bégayement, qui ont apparu il y a sept à huit ans, n'ont fait que d'insensibles progrès.

Pour dernier exemple, citons l'un des malades les plus à plaindre de notre asile. Personne ne possède un plus excellent cœur, n'a tenu une meilleure conduite que l'infortuné D..., et il ne comprend pas qu'on renferme un honnête homme, qui, n'ayant jamais fait de mal à personne, n'a d'autre désir que de gagner sa vie en travaillant. Il dut, hélas! être placé à Bicêtre, il y a six ans, pour de continuelles hallucinations de l'ouïe. Des voix importunes lui bourdonnaient aux oreilles de sanglantes injures qu'il savait fréquemment dédaigner, mais qui parfois, provoquant sa fureur, l'exposaient à des déterminations funestes. S'est-on abstenu des infâmes menées dont il est victime ? En aucune façon. Seulement l'esprit a faibli, la sensibilité s'est émoussée et la réaction est descendue au niveau des impressions obscurcies. D... conserve quelque droiture dans le sens ; mais il divague par insuffisance de mémoire et d'idées ; la gêne des mouvements et de l'articulation est, en outre, portée à un degré notable.

Il nous serait aisé de multiplier de semblables observations, mais elles n'ajouteraient rien à la signification de celles qui précèdent et qui, suivant nous, suffisent et au delà pour démontrer l'existence des paralysies générales consécutives à l'aliénation et en faire connaître les particularités.

CLINIQUE ÉTRANGÈRE. — M. VERHAEGHE (d'Ostende).

Périnéoplastie. — Procédé de M. Langenbeck. Observations (1).

I. Le sujet de cette observation est une jeune femme de Ghistelle, âgée de vingt-quatre ans, mariée, et couturière de profession. L'accident avait eu lieu lors de son premier et unique accouchement, qui datait de deux ans et demi. La déchirure était complète et s'étendait jusqu'à l'anus, et de plus, à quatre lignes environ sur la cloison recto-vaginale.

D'après le dire de cette femme, son accouchement avait été long et fort pénible, et la sage-femme qui l'assistait aurait aidé fortement, au moyen de ses mains, à la sortie de la tête de l'enfant. Elle ne s'aperçut pas d'abord de cet accident ; mais à peine avait-elle commencé à se lever qu'elle vit s'échapper involontairement les gaz intestinaux et les matières fécales, pour peu que celles-ci fussent molles, ce qui malheureusement était le plus souvent le cas.

Au moment où elle vint me voir, il y avait deux ans et demi qu'elle portait cette dégoûtante infirmité. Sa santé générale était cependant bonne, et elle était bien réglée. Il y avait dix jours qu'elle avait eu ses menstrues. Le professeur Langenbeck (de Berlin) se trouvant en ce moment à Ostende, je saisis cette heureuse circonstance pour lui faire voir cette malheureuse. Avec une bienveillance dont je garderai longtemps le souvenir, il me proposa aussitôt de pratiquer l'opération, et ce d'après un nouveau procédé encore inédit, qui consiste en une véritable reconstruction du périnée.

Nous fixâmes le jour de l'opération au 21 septembre 1851, et plusieurs de nos confrères, parmi lesquels M. le docteur De Meyer (de Bruges), vinrent y assister. Les préparatifs avaient consisté en quelques bains de siége, des injections vaginales simples, un purgatif administré la veille et un lavement quelques heures avant l'opération. Les grandes lèvres et le périnée avaient été rasés et la vessie vidée immédiatement avant de commencer.

La femme, étant couchée dans une position convenable, fut soumise à l'action du chloroforme, et l'opération fut exécutée d'après la description que j'en ai donnée plus haut. Quatre points de suture entrecoupée, dont un pour le rectum, et un point de suture entortillée entre le premier et le deuxième lien à compter de la commissure de la vulve furent placés. Les deux incisions semi-lunaires, dites de Dieffenbach, furent pratiquées, une de chaque côté et à un pouce environ de distance du nouveau périnée.

L'opération avait duré une heure, et avait souvent été interrompue par suite de l'action incomplète du chloroforme, qui n'avait amené qu'une insensibilité imparfaite. La femme fut enfin portée dans son lit et couchée sur le dos, la région du sacrum soutenue par un coussin hydrostatique en forme de fer à cheval. Des compresses froides furent appliquées constamment ; des injections vaginales avec une infusion de camomille furent faites toutes les deux heures, et le cathétérisme fut pratiqué toutes les fois que la femme sentait le besoin d'uriner. — Un demi-grain d'extrait thébaïque fut administré immédiatement après l'opération, et répété deux fois encore avant la nuit.

Le lendemain, l'état général était satisfaisant. La nuit n'avait pas été des meilleures par suite de la position forcée ; mais à part cela on avait tout lieu d'être satisfait. — Trois doses d'un demi-grain d'extrait gommeux d'opium furent prescrites pour la journée. Bouillon, lait de poule.

Le 23, l'état satisfaisant de la veille continua, et il ne fut rien changé au régime.

Le 24, il existait un écoulement vaginal sanguin assez abondant et noirâtre, en apparence une réapparition des règles, qui me donna quelque inquiétude à l'égard de la réussite de l'opération. Mais M. Langenbeck ayant rencontré ce fait dans d'autres cas sans en avoir vu résulter de fâcheuses conséquences, cette circonstance devint moins inquiétante.

Ce jour-là, j'ôtai l'épingle de la suture entortillée : la réunion dans ce point paraissait être parfaite.

Le 26, j'enlevai un premier lien de ceux du milieu.

Le 28, deux autres liens furent encore ôtés, et il fut possible de s'assurer que la réunion immédiate ne s'était pas faite dans toute l'étendue de l'opération. La partie du milieu était béante dans une étendue de 4 à 5 lignes, et il y avait de la suppuration. La partie antérieure, au contraire, ainsi que celle du côté de l'anus étaient parfaitement réunies. — Pansements avec plumasseaux trempés dans de l'eau de Goulard. Doses d'opium comme à l'ordinaire. Bouillon, lait de poule, un peu de riz bouilli.

Le 29, la dernière suture, celle qui fermait le rectum, fut ôtée, et j'eus la satisfaction de m'assurer qu'ici aussi la réunion immédiate avait réussi. Il ne restait donc que la partie du milieu, où la granulation faisait déjà de sensibles progrès.

Le 30, l'écoulement menstruel avait cessé. Les granulations furent touchées avec le nitrate d'argent, et la partie béante se rétrécissait de jour en jour.

Le 2 octobre, vers le soir, la femme éprouva le premier besoin de défécation. Trois demi-lavements d'une infusion de graines de lin fortement huilée furent administrés ; mais le liquide s'écoulait par l'anus presque aussi vite qu'il était injecté, sans doute à cause de la laxité que les parties y avaient encore. Un quart d'heure après, des matières à demi molles et légèrement moulées furent expulsées pendant que je soutenais le nouveau périnée. Cette première opération se passa ainsi parfaitement bien, et la femme sentit qu'elle était maîtresse de garder ou de lâcher les matières fécales et les gaz intestinaux.

Depuis ce jour, la nourriture fut changée et augmentée en quantité. Des lavements ou de légers minoratifs procurèrent des garde-robes que la femme put retenir sans difficulté.

Le 4, elle se leva pour la première fois et commença bientôt à marcher, d'abord en faisant de très petits pas, pour ne pas faire souffrir le nouveau périnée. Les plaies des incisions latérales étaient cicatrisées.

Le 6, il survint une diarrhée, ce qui donna à la femme l'occasion de se convaincre de sa parfaite guérison, car elle put retenir très facilement les matières pendant un temps convenable. La partie du périnée qui avait suppuré était parfaitement cicatrisée. Elle quitta l'hôpital vers la fin d'octobre.

II. Dans un premier accouchement, l'application du forceps avait occasionné chez une jeune fille de Dadizeele, âgée de vingt-quatre ans, une déchirure complète du périnée. L'accident datait de cinq mois environ lorsque cette jeune personne fut confiée à mes soins. La division occupait la ligne médiane et s'étendait jusqu'à l'anus, dont le sphincter était complétement divisé. Le bord inférieur de la cloison recto-vaginale formant une espèce d'éperon, séparait seul la cavité du vagin de celle de l'intestin. Les matières fécales, la plupart du temps liquides, s'échappaient à l'insu de la malade ; celles qui étaient fort dures pouvaient seules être retenues, et encore ne l'étaient-elles que pendant quelques instants. Adressée d'abord au docteur De Meyer, ce confrère, sachant que je m'occupais d'un travail sur le cas précédent, m'expédia la malade à Ostende, afin de me mettre à même de pratiquer le procédé opératoire de M. Langenbeck, dont nous avions pu admirer les beaux résultats. Cette fille paraissant être dans de bonnes conditions, nous remîmes l'opération jusqu'après la plus prochaine époque menstruelle, qui eut lieu le 13 décembre dernier. Le 21 suivant fut le jour fixé pour l'opération. Les préparatifs avaient consisté, comme chez l'autre femme, en bains de siége, injections vaginales, un purgatif la veille et un lavement le matin même.

L'avivement de l'éperon, le dédoublement de la cloison recto-vaginale, ainsi que l'avivement des deux côtés de la déchirure marchèrent sans le moindre encombre. Outre la suture pour fermer le rectum, j'en plaçai quatre autres, chacune formée de quatre fils cirés et juxtaposés. Les grandes aiguilles de M. Wutzer facilitèrent singulièrement le placement de ces liens, car les parties étant légèrement rapprochées par la traction opérée sur le lien du côté du rectum, il me fut possible de passer les autres d'un seul trait en traversant les deux lèvres dans toute leur épaisseur jusqu'au fond même de la plaie. Ensuite trois points de suture fixèrent le lambeau de la cloison, de chaque côté, dans la partie antérieure de la plaie, et enfin tous les liens furent serrés en commençant par ceux du côté du rectum. Un point de suture entortillée fut placé dans l'intervalle des deux premiers liens en comptant d'avant en arrière. Les incisions semi-lunaires de Dieffenbach terminèrent l'opération, qui avait duré trois quarts d'heure. Le chloroforme avait maintenu la malade pendant tout ce temps dans une insensibilité parfaite.

L'opérée fut portée dans son lit, où elle dut garder la position horizontale, la région sacrée soutenue par un coussin hydrostatique, et les genoux fléchis et maintenus rapprochés. Un demi-grain d'opium fut administré immédiatement et répété deux fois encore avant la nuit. La sonde fut introduite deux fois ce jour-là, et l'on fit de fréquentes injections dans le vagin. Comme chez le sujet de la première observation, le pansement de la partie réunie, de même que des incisions semi-lunaires, consista simplement en compresses trempées dans de l'eau froide et renouvelées très souvent. La diète la plus sévère fut prescrite, et il ne fut permis que de l'eau d'orge ou de la limonade.

Depuis la fin de l'opération jusqu'à la nuit, la malade ne cessa de se plaindre d'un sentiment de froid avec frissons prononcés ; elle vomit une fois, et le pouls resta petit et fréquent.

Le lendemain, il y avait une bonne chaleur à la peau ; le pouls, plus développé, était à 80. La malade avait été tourmentée toute la nuit de borborygmes, et dans le courant de la matinée elle lâcha des vents à plusieurs reprises par l'anus. Le cathétérisme fut pratiqué chaque fois que le besoin d'uriner se faisait sentir, et l'opium fut continué à trois reprises (un demi-grain chaque fois).

Le 23, il y eut un mouvement fébrile assez prononcé. Des gaz furent encore lâchés par l'anus, et à volonté : c'est-à-dire que la malade était en état de les retenir, ce qui ne lui était pas arrivé depuis le moment de son accouchement.

Le 24, l'épingle fut ôtée, et dès ce moment on appliqua des plumasseaux trempés dans l'eau de Goulard.

Le 25, j'enlevai deux liens, le deuxième et le troisième en comptant de la commissure de la vulve ; la réunion paraissait être complète en ce point.

Le 26, un autre lien fut encore ôté, et le lendemain j'enlevai les deux derniers. Une ligne rosée, espèce de raphé d'un bon pouce de longueur, indiquait l'endroit où la réunion s'était faite. Le lambeau de la cloison avait pris de solides adhérences, et j'ôtai successivement les petits liens de ses sutures. Plusieurs gaz bruyants furent encore lâchés ce jour-là, et la fille assura qu'elle pouvait les garder plus d'une heure.

Le 30, vers le soir, le premier besoin de défécation se fit sentir. Deux demi-lavements avec une infusion de graine de lin huilée furent administrés et suivis au bout de quelques minutes de l'évacuation d'une assez forte quantité de matières dures. Malgré les soins les plus minutieux qui furent pris à ce moment critique, la partie postérieure de la réunion s'érailla dans l'étendue d'un demi-pouce ; de sorte que du large périnée dont on avait lieu d'être fier quelques instants auparavant, il ne restait plus qu'une bride ou pont de six lignes environ de largeur. Heureusement que cela suffisait pour maintenir les parties en contact jusqu'au moment où le travail de granulation serait venu remplir la lacune qui existait du côté de l'anus.

(1) Fin. — Voir le numéro du 11 août.

Le 31, il n'y eut pas d'évacuation.

Le 1er janvier, la malade prit une once de marmelade de Tronchin, qui produisit une selle demi-liquide, lâchée à volonté après avoir été retenue pendant quelque temps : nouvelle preuve que le fond de la plaie du côté du rectum était solidement fermé.

Le travail de granulation marcha assez lentement et dut être stimulé par l'attouchement fréquent du nitrate d'argent. Peu à peu la partie éraillée se remplit tout à fait, mais le tissu inodulaire qui s'y était formé ne tarda pas à attirer à lui la partie antérieure du nouveau périnée formée par la bride qui avait résisté lors de la première défécation. Il en est résulté qu'au moment de la cicatrisation complète le périnée n'avait en tout que 6 à 7 lignes de large.

Une diarrhée survenue le 9 janvier vint prouver que le but final de l'opération avait été atteint. Des selles liquides, se répétant toutes les deux ou trois heures pendant l'espace de deux jours, purent être retenues sans la moindre difficulté et lâchées à volonté; il en était de même des gaz intestinaux.

Cette fille quitta l'hôpital pour rentrer chez elle le 27, heureuse et reconnaissante de se voir débarrassée d'une infirmité qu'elle avait eu la perspective de garder toute sa vie.

III. La nommée Marie Huysseune, âgée de vingt-deux ans, mariée, demeurant à Middelkerke et exerçant le rude métier de travailler aux champs, a eu deux enfants, dont aucun n'a vécu. Son premier accouchement n'a rien offert d'anormal et s'est terminé par les seuls efforts de la nature. Le second, qui a eu lieu au mois d'octobre 1851, paraissait devoir se passer aussi favorablement que le premier, lorsque, la tête étant sortie, les épaules ne suivirent pas, malgré des contractions utérines assez fortes. Cette circonstance porta la femme qui assistait à l'accouchement à porter la main dans le vagin pour dégager les épaules, ce qu'elle ne fit pas sans doute avec tous les ménagements requis, puisque cette manœuvre eut pour conséquence une rupture du périnée, dont on ne s'aperçut toutefois qu'au bout de quelques jours.

L'enfant, qui était très volumineux, vivait, mais mourut au bout d'un mois. L'état des couches fut compliqué d'une fièvre puerpérale fort grave, pendant laquelle une diarrhée étant survenue, la malade s'aperçut qu'elle ne pouvait point retenir les matières fécales, mais que celles-ci, de même que les gaz intestinaux, lui échappaient involontairement, malgré tous les efforts pour les retenir. Cette circonstance porta son médecin à examiner les parties génitales, et il acquit ainsi la preuve de l'existence d'une rupture complète du périnée, dont les deux lèvres suppuraient abondamment. Après la guérison de cette fièvre puerpérale, qui ne fut parfaite qu'au bout de deux mois, cette malade me fut adressée, et voici dans quelles conditions je la trouvai le 15 mars dernier :

Apparence de santé excellente; type de tempérament sanguin ; embonpoint médiocre; fonctions utérines normales, la dernière époque mensuelle ayant eu lieu la semaine précédente ; rupture complète du périnée, s'étendant jusqu'à l'anus et intéressant la cloison recto-vaginale dans une étendue de 3 lignes environ; le sphincter anal étant compris dans la division, l'incontinence des matières fécales est absolue.

L'opération, seul moyen de guérison, fut proposée et acceptée avec empressement. Voulant profiter du moment favorable dans lequel cette femme se trouvait, une semaine seulement après une époque mensuelle l'opération fut décidée pour le surlendemain 17. Pendant ces deux jours la femme prit plusieurs bains de siége, fit des injections vaginales et prit une bouteille d'eau de Sedlitz le 16. Le lendemain matin on lui administra un lavement, et immédiatement après l'évacuation du rectum elle prit un demi-grain d'extrait gommeux d'opium.

Le périnée ainsi que les grandes lèvres ayant été rasés et la vessie vidée au moyen de la sonde, la femme fut conduite à la salle d'opérations, où celle-ci fut pratiquée d'après la description que j'en ai donnée plus haut. Les parties offraient une grande vascularité, et dès la première incision le sang coula en abondance, ce qui contraria beaucoup la prompte exécution de l'opération. Plusieurs artérioles durent être tordues, et malgré cela le sang continua à couler en nappe pendant quelque temps encore. Enfin, après que tout écoulement eut cessé, je procédai à la suture. Quatre liens furent placés, un pour fermer l'anus et trois autres pour réunir les deux côtés du nouveau périnée, et une forte épingle ou point de suture entortillée, celle-ci à l'endroit de la nouvelle commissure postérieure de la vulve. Quatre points de suture, deux de chaque côté, avaient préalablement fixé dans la partie antérieure des lèvres saignantes du périnée le lambeau pris à la cloison recto-vaginale. Les plaies résultant des deux incisions semi-lunaires faites sur les côtés à la fin de l'opération saignèrent aussi d'une manière insolite.

La femme, ayant été portée dans son lit, fut couchée sur le dos, la région sacrée et les fesses reposant sur un coussin hydrostatique en forme de fer à cheval. Des compresses trempées dans l'eau froide furent placées contre les parties et fréquemment renouvelées; des injections avec une infusion de camomille froide furent faites toutes les trois heures. Les genoux furent maintenus rapprochés au moyen d'un mouchoir plié en cravate, et l'on avait eu soin, afin de prévenir une pression incommode des genoux l'un contre l'autre, de placer entre eux une compresse épaisse. La femme ne prit que de la limonade et de l'eau d'orge. Deux autres doses d'opium, d'un demi-grain chacune, furent administrées dans le courant de la journée. Le cathétérisme fut pratiqué chaque fois que l'opérée éprouvait le besoin de rendre les urines, ce qui arriva quatre fois avant le lendemain matin. Le suintement sanguin, fourni presque en totalité par les deux incisions latérales, ne cessa que vers le soir.

Le lendemain 18, l'opérée se trouve dans l'état suivant : la nuit a été assez tranquille, quoiqu'il n'y ait eu que peu de sommeil. La douleur est très supportable. L'état général est très satisfaisant; pouls à 75, pas de chaleur à la peau. Les injections vaginales sont faites comme hier, mais tièdes. Le cathétérisme est pratiqué chaque fois que la femme le demande. — Eau de riz épaisse; oranges; limonade; deux doses d'opium.

Le 19, la nuit a été très bonne. L'opérée a lâché plusieurs vents par l'anus, et, à sa grande joie, elle a pu les retenir à volonté. Etat général très satisfaisant. Injections et cathétérisme comme hier. Boissons comme hier; mais aujourd'hui on permet un peu de bouillon et un lait de poule avec un demi-jaune d'œuf. Le nouveau périnée paraît se trouver dans de bonnes conditions pour la réussite de l'opération ; seulement la peau entre le premier et le deuxième lien est un peu boursouflée. Le lien le plus rapproché de l'anus a entamé les tissus, au côté gauche, dans l'étendue d'une ligne et demie.

Le 20, il y a eu hier soir un petit mouvement fébrile qui a continué jusqu'au matin. Le sommeil a été souvent interrompu. Le pouls est à 78 et il y a de la chaleur à la peau. Beaucoup de vents ont été lâchés par l'anus, chaque fois avec assez de douleur à leur passage.

L'épingle qui fermait la commissure postérieure, ainsi que le deuxième lien en comptant de la vulve vers l'anus, ont été ôtés, et, pour autant que la prudence permit de s'en assurer, la réunion paraît y avoir réussi. Le lien le plus rapproché de l'anus n'a plus continué à couper les tissus; les autres ne les ont point entamés du tout. Des plumasseaux trempés dans l'eau de Goulard sont placés contre le nouveau périnée. — Les injections, le cathétérisme, le régime et l'opium sont continués comme hier.

Le 21, état général des plus satisfaisants. On ne touche pas aux liens qui restent encore. Il s'est montré un écoulement vaginal assez abondant d'un liquide mucoso-purulent. — Injections; régime et opium comme précédemment.

Le 22, la sécrétion vaginale a encore augmenté, ce qui me porte à remplacer le liquide des injections par une solution de sulfate de zinc. Les plumasseaux employés au pansement sont trempés dans le même liquide. Un des liens capitaux est enlevé, de sorte qu'il n'en reste plus qu'un, outre celui qui ferme l'anus. — Cathétérisme; régime et opium comme d'habitude.

Le 23, le désir de manger est fort grand, et il faut toute la constance dont la malade a donné déjà plus d'une preuve pour supporter la faim. Du reste, on lui permet du bouillon au riz et un jaune d'œuf délayé dans de l'eau de riz épaisse. La sécrétion vaginale a un peu diminué. Des vents sont encore lâchés et toujours avec douleur à leur passage par l'anus. Les deux derniers liens sont enlevés et la réunion paraît s'être faite dans toute l'étendue du nouveau périnée.

Le 24, plusieurs vents ont encore été lâchés, mais avec infiniment moins de douleur qu'avant l'enlèvement des liens. La sécrétion vaginale a sensiblement diminué. Toujours mêmes soins et même régime.

Le 25, hier vers le soir, en faisant une injection, j'ai aperçu un écoulement vaginal sanguin, probablement un retour précoce des règles, qui avait été précédé de quelques douleurs utérines. Aujourd'hui cet écoulement est abondant. En conséquence, il a fallu cesser les injections astringentes froides et revenir à l'infusion de camomille tiède. Le nouveau périnée paraît être solide, et la cicatrice linéaire, qui parcourt toute sa partie moyenne d'avant en arrière, ne paraît point souffrir du contact du sang menstruel. Cathétérisme et opium comme les jours précédents. Bouillon au riz, riz au lait.

Le 26, l'écoulement menstruel est toujours abondant. A dater de ce jour, le cathétérisme ne sera plus appliqué et la femme pourra lâcher les urines naturellement; mais on aura la précaution de la placer sur les genoux et les coudes, afin que les urines coulant par la partie antérieure de la vulve ne puissent point venir en contact avec la cicatrice. Par surcroît de précaution, on lavera soigneusement les parties immédiatement après. Les genoux sont encore tenus rapprochés. L'opium est supprimé.

Le 27, les règles ont cessé, et la femme a éprouvé ce matin un léger besoin d'aller à la garde-robe. Je lui administre successivement deux demi-lavements composés d'une infusion de graines de lin avec un tiers d'huile de lin, qui furent parfaitement gardés. Après plus d'une heure d'attente, un nouveau lavement est administré, suivi cette fois d'une selle peu abondante et formée de petites portions de matières fécales de consistance pultacée. Le régime reste composé de substances liquides, mais en plus grande quantité.

Le 28, nouveau lavement, suivi au bout de plusieurs heures d'une selle copieuse de matières moulées sans être dures. Pendant cette opération, comme lors de la précédente, le périnée n'a nullement souffert, et c'est à peine s'il a dû être soutenu. Je m'étais servi pour remplir cette indication d'une pelote de charpie molle enduite d'une bonne quantité de cérat.

A partir de ce jour la femme fut mise au quart du régime ordinaire, et bientôt elle prit la demie et ensuite les trois quarts. Un lavement ordinaire sera administré tous les matins et les injections réduites à deux par jour.

Le 30, les petits liens qui avaient fixé le lambeau de la cloison dans la partie antérieure de l'avivement des côtés de la rupture et qui jusqu'ici avaient tenu bon sans couper les tissus sont enlevés et le tout est parfaitement réuni. La femme a commencé à se lever hier et essaye aujourd'hui de marcher en commençant par faire de très petits pas. Le nouveau périnée a une étendue d'un bon pouce; il est très solide, et la guérison peut être considérée comme la plus parfaite qu'il soit possible d'obtenir.

Si je suis entré dans de longs détails au sujet des soins à donner à la malade après l'opération, c'est pour faire ressortir de nouveau toute l'importance de ces soins pour la réussite de l'opération. Excepté dans les hôpitaux d'instruction où sont attachés des élèves internes instruits et à même de remplacer le chirurgien dans une foule de circonstances, ces soins consécutifs doivent être nécessairement administrés par l'opérateur lui-même. Faute d'en agir ainsi, il s'expose au chagrin d'échouer dans son opération par l'ignorance ou la négligence d'un subalterne et de n'aboutir après tant d'efforts qu'à une triste déception.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 16 août 1853. — Présidence de M. Bérard.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Épidémies.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Raynaud, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Montauban, sur les épidémies qui ont régné dans cet arrondissement pendant l'année 1852. (Commission des épidémies.)

Traitement du choléra.

2° Divers documents relatifs à un nouveau mode de traitement du choléra que le docteur Witmack, demeurant à Oldesloe, près Hambourg, annonce avoir mis en pratique avec le plus grand succès. (Commission du choléra.)

Farine et semoule de gluten.

3° Une lettre par laquelle M. Martin, pharmacien à Grenelle, demande que l'Académie fasse examiner une farine et une semoule de gluten qu'il propose pour l'alimentation des diabétiques.

Extrait de suc de pavot.

4° Un nouvel échantillon d'un extrait de suc de pavot provenant d'Algérie. (Commission nommée.)

Fracture de la mâchoire inférieure.

M. Ancelon (de Dieuze) adresse la relation d'un cas de fracture de la mâchoire inférieure. (Commissaire : M. Laugier.)

Eaux minérales de Cauvelat-les-Bains.

M. Pons, de Ber (Gard), adresse quelques observations relatives à la constitution médicale et aux eaux minérales de Cauvelat-les-Bains. (Commission des eaux minérales.)

Traitement de la phthisie pulmonaire.

M. Chartroule adresse une réclamation au sujet de la dernière communication de M. Danger sur le traitement de la phthisie pulmonaire, qui ne serait d'après lui que la reproduction de ce qu'il a communiqué lui-même à l'Académie en 1850. (Commission nommée.)

Épizootie des gallinacés.

M. Leblanc lit en son nom et en celui de M. Huzard un projet de réponse au ministre, qui demande l'avis de l'Académie sur une note de M. le docteur Liégey relative à une épizootie sur les gallinacés. Les commissaires déclarent qu'ils n'ont trouvé dans les quelques lignes adressées par ce médecin que la narration très succincte d'une maladie enzootique, dont il n'a décrit les symptômes que d'après de simples renseignements fournis par des personnes étrangères à la médecine. M. Liégey ayant donné à espérer d'ailleurs à l'Académie qu'il lui enverrait de nouveaux documents, les commissaires sont d'avis qu'il n'y a pas lieu, quant à présent, de faire un rapport sur la communication.

Emploi du sulfate de quinine comme traitement spécifique de la fièvre dite typhoïde.

M. Desvouves lit, sous ce titre, un mémoire dont l'objet principal est de faire connaître les heureux résultats qu'il a obtenus de l'emploi du sulfate de quinine dans le traitement de la fièvre typhoïde.

Le sulfate de quinine, dit l'auteur, doit être employé seul; il faut, dans son administration, avoir égard à la marche de la maladie et à sa gravité, ne s'attacher ni aux symptômes cérébraux ou pulmonaires, ni à l'état gastrique. Avant d'employer le sulfate de quinine, il prescrit une purgation, non pas comme traitement, mais pour préparer en quelque sorte l'appareil digestif à recevoir le médicament, et pour que son absorption soit plus prompte.

Dans les cas qu'il a eus à traiter, la médication n'a été commencée qu'après plusieurs jours de l'emploi de la purgation, et alors que les symptômes s'aggravant, l'expectation ne devait plus être gardée. En attaquant courageusement et avec constance la maladie par ce moyen, dit M. Desvouves, tous les symptômes disparaissent avec la fièvre; la diarrhée, la stupeur, le coma cessent; l'intelligence recouvre de suite toute sa plénitude, et la langue elle-même reprend son état naturel.

Le sulfate de quinine a agi différemment sur les malades auxquels il a été administré. Quelquefois le premier jour il provoquait un ou deux vomissements, mais la tolérance avait lieu pour les autres.

Des phénomènes que l'auteur n'a jamais observés dans la convalescence des malades atteints de la fièvre typhoïde, pendant le temps qu'il est resté dans les hôpitaux, se sont produits chez les deux malades qui font le sujet des deux premières observations.

Ces phénomènes sont cérébraux et agissent sur la mémoire. Les malades la perdent complétement, non pas la mémoire en tant que souvenir de ce qui s'est passé avant leur maladie, mais bien le souvenir de ce qu'ils viennent de faire, seraient-ce même les choses les plus ordinaires et les plus matérielles. Cet état durait près d'une quinzaine après la cessation du traitement, et, chose étonnante, il n'a lieu qu'alors que les forces vitales sont revenues.

La vue, l'ouïe, au début de la médication, souffraient et étaient sous son influence. Les bourdonnements d'oreilles persistaient seuls. Chez une jeune personne très nerveuse, les phénomènes nerveux et cérébraux ont été portés à un degré inquiétant. Elle n'avait pris qu'une dose égale à celle administrée aux autres malades, et lors de son effet, la vue, l'ouïe étaient très affaiblis ; respiration gênée ; spasmes nerveux. Au bout d'une heure, tout avait cessé ; le soir, la malade était calme. Le médicament fut continué, et aucun phénomène semblable ne se manifesta. Un tremblement nerveux des mains persista pendant cinq ou six jours.

La circulation, diminuée de fréquence ou revenue à son état normal par la médication, reprenait une fréquence extrême aussitôt qu'elle était suspendue ou terminée, à tel point que le pouls s'élevait jusqu'à 136 pulsations. Effrayé de cet état chez quelques malades, je suspendis la nourriture, craignant une rechute, et prescrivis pendant deux jours le sulfate de quinine. Le pouls diminua de fréquence; l'état général restant le même, aucun trouble fonctionnel n'ayant lieu, les malades demandant avec instance une alimentation nécessaire à leur état, elle leur fut donnée et fut augmentée journellement, quoique le pouls eût repris sa fréquence, cette fréquence étant due à la faiblesse des malades.

La digestion stomacale était facile. Quelques jours après l'administration du médicament, la constipation succédait à la diarrhée, et la première évacuation solide moulée n'était suivie d'aucune perte, ni trace de sang : indices assez certains que le sulfate de quinine avait ou prévenu ou guéri les lésions intestinales. Les autres évacuations étaient faciles.

Dans les cinq cas que M. Desvouves a eus à soigner, la durée du traitement a été, pour la première et la deuxième observations, de huit jours; pour la troisième, de neuf jours, pour la quatrième, de douze jours, et pour la cinquième, de dix jours.

La durée du traitement peut donc varier de huit à douze jours au plus. Il faut, néanmoins, remarquer que le traitement n'a commencé qu'alors que la maladie était arrivée au diagnostic confirmé.

Pris au début, le traitement durerait moins longtemps, et le médicament serait donné en quantité moindre.

La dose du médicament ne peut être fixée. Elle doit être basée d'après la gravité de la maladie, sa marche, sa durée, l'âge et les forces des malades.

L'auteur, enfin, se croit en mesure de prouver :

1° Que le sulfate de quinine est le spécifique certain de la fièvre dite typhoïde ;

2° Que par son emploi seul elle est enrayée et guérie ;

3° Que la durée du traitement ne doit pas excéder douze jours ;

4° Que la convalescence est très rapide. (Commissaires : MM. Bouillaud, Rostan et Grisolle.)

De la cause immédiate et du traitement de la chute du rectum chez les enfants.

M. Duchaussoy lit sur ce sujet un mémoire dont nous extrayons les passages suivants qui en indiquent l'objet principal :

On sait depuis longtemps que chez les enfants les chutes du rectum indépendantes d'une affection chirurgicale bien caractérisée, comme les calculs vésicaux et les polypes du rectum, reconnaissent pour cause la diarrhée ou la constipation habituelle. On a remarqué aussi que ces troubles de l'exonération s'observent souvent chez des enfants d'une constitution naturellement chétive ou affaiblie par de longues maladies.

Les treize cas de chute du rectum que j'ai pu étudier en 1852, à l'hôpital des Enfants, confirment pleinement l'exactitude de ce point d'étiologie, j'ajoute qu'il me paraît contenir autre chose qu'une notion pathologique curieuse mais stérile. En effet, voici comment on peut envisager le mode d'action de chacune de ces causes : sous l'influence de selles fréquentes et liquides, toutes tuniques de l'intestin (mais surtout la muqueuse), le tissu cellulaire ambiant et même les muscles du sphincter et releveur de l'anus, doivent perdre de leur tonicité normale et se relâcher. D'un autre côté, les efforts répétés et violents que nécessite la défécation chez les enfants habituellement constipés ne peuvent rester inoffensifs pour le sphincter, et peut-être pour le releveur de l'anus ; car on sait que si un exercice modéré et régulier de nos organes, et des muscles en particulier, accroît leur volume et leur puissance, des fatigues trop répétées leur font, au contraire, éprouver des pertes notables qui peuvent aller jusqu'à l'épuisement complet de leurs forces. On est ainsi conduit à croire que les efforts des sujets constipés peuvent arriver à forcer la résistance de la fibre musculaire antagoniste, au point de lui faire perdre toute espèce de ressort.

Cette manière d'interpréter l'étiologie permet de conclure que les deux causes ci-dessus énoncées ne produisent la chute du rectum qu'après avoir déterminé l'atonie d'une portion de l'appareil musculaire de la défécation ; la diarrhée ou la constipation ont bien fait naître, il est vrai, une altération préalable de la muqueuse capable de permettre son renversement ; mais la persistance de leur action finit par ouvrir la barrière que la muqueuse franchit.

Suffit-il de combattre la diarrhée, la constipation ou l'atonie générale pour guérir les chutes du rectum ? Il est certain que des médications appropriées à chacune de ces trois causes, surtout quand on y a joint l'emploi de topiques astringents, ont fourni d'heureux résultats aux médecins qui ont pu persévérer longtemps dans leur emploi, et qui ont eu à traiter des enfants placés au milieu de bonnes conditions hygiéniques ; mais on ne peut guère y compter à l'hôpital des Enfants.

Le traitement chirurgical est, sans contredit, beaucoup plus prompt et plus sûr dans ses effets.

L'auteur, rapportant à deux chefs les opérations encore usitées de nos jours : 1° l'excision rayonnée des plis de l'anus, 2° la cautérisation, apprécie le mode d'action et la valeur de ces deux méthodes, à la dernière desquelles il donne la préférence, en se fondant sur des observations recueillies dans le service de M. Guersant, à l'hôpital des Enfants ; et il termine par la relation d'un cas de guérison obtenue par l'emploi de la strychnine, observé dans le même service. (Commissaires : MM. Bouvier et Cazeaux.)

Traitement et éducation des idiots.

M. Collineau, au nom d'une commission composée de MM. Virey, Londe, Cornac, Réveillé-Parise, Dubois (d'Amiens) et Collineau, rapporteur, lit un rapport sur le traitement et l'éducation des idiots en général, et en particulier de ceux que renferme l'hospice de Bicêtre.

Ce rapport a pour objet principal l'appréciation d'un mémoire lu sur ce sujet par M. Voisin, et dans lequel sont exposés les résultats obtenus à Bicêtre de la méthode de M. Edouard Séguin.

Le rapport de M. Collineau se termine par les conclusions suivantes.

La commission pense :

1° Qu'en principe il est parfaitement convenable, et l'on peut dire même que dans l'état actuel de la civilisation et de la science il est indispensable d'appliquer aux idiots qui en sont susceptibles un système d'éducation qui tende à développer ou à cultiver les dispositions particulières que chacun d'eux manifeste ;

2° Que, sous le point de vue médical et philosophique, cette éducation peut être l'objet d'observations importantes ;

3° Que des résultats déjà obtenus et constatés par votre commission prouvent l'efficacité de la méthode que l'on suit à Bicêtre, et que dès lors, et pour de graves motifs, il serait à désirer que l'on formât pour l'éducation de jeunes idiots des établissements particuliers entièrement séparés de ceux qui sont destinés à l'aliénation mentale, la folie et l'idiotie étant des affections distinctes ;

4° Que des remercîments doivent être adressés à M. le docteur Voisin pour avoir appelé l'attention de l'Académie sur un sujet aussi digne d'intérêt, et qui, même en ce qui touche la psychologie, entre presque entièrement dans le domaine des sciences médicales ;

5° Enfin, que le mémoire de cet honorable confrère soit déposé dans les archives de l'Académie, avec remercîments à l'auteur.

Après ces conclusions, M. le rapporteur fait connaître en ces termes la marche que l'on a suivie depuis cette époque, les progrès qu'elle a déterminés, et les succès définitifs que l'on a obtenus :

Nous avons vu par quels moyens simples et rationnels, bien qu'imparfaits encore, on est parvenu à soumettre les idiots à des mouvements réglés, à fortifier leur organisme, à diriger leur sens, à fixer leur attention, à développer leurs idées premières, à porter des jugements en rapport avec ces idées ; à réfléchir, à penser dans les limites de leur faible intelligence ; à vouloir, et en parcourant ainsi, sans le savoir, les premiers degrés de l'échelle psychologique, à s'élever jusqu'à quelques mouvements de moralité. Plusieurs pouvaient être employés utilement à de nombreux travaux agricoles.

C'est alors qu'il leur fut donné un nouveau professeur, M. Vallée, dont l'aptitude, la science, le zèle, ainsi que les moyens d'inspirer l'affection et la confiance semblent ne rien laisser à désirer.

Aux premiers exercices on en a ajouté d'autres, tels que la danse, l'escrime, le chant, la déclamation, le dessin. On a monté des ateliers où les plus avancés se livrent aux travaux pour lesquels ils semblent avoir le plus d'aptitude.

Partout on suit une sorte d'enseignement mutuel ; les plus forts dirigent les plus faibles, les plus instruits ceux qui sont arriérés.

Un changement admirable s'est opéré, et, pour ceux qui ont vu les idiots couchés sur le sol au milieu des immondices, abandonnés à leurs penchants vicieux, délaissés ou rebutés sans retour comme incurables, comme objets de dégoût et de pitié, c'est à ne pas y croire, ou plutôt c'est à jeter dans un étonnement profond ceux qui, par irréflexion ou par dédain, n'ont pas prévu ce que peuvent les sentiments humanitaires et le bon sens, c'est-à-dire la philosophie bien comprise et bien appliquée.

Des médecins disent et répètent que, malgré tous les soins qu'on lui donne, l'idiot reste toujours idiot : c'est-à-dire qu'il contracte des habitudes, qu'il reçoit et même qu'il acquiert et développe quelques idées, mais qu'il n'arrive jamais jusqu'à obtenir la conscience de ses actes intellectuels, à porter la spontanéité, la volonté raisonnée dans ses fonctions mentales. Cela peut être vrai pour un grand nombre, et nous l'avons admis. Mais le mot idiotie est un terme abstrait, et dès lors ne représente à l'esprit qu'une idée sans limites. Tous les idiots ne le sont pas au même degré ni par suite des mêmes causes. Il en est chez lesquels de nouveaux mouvements que l'âge détermine chez tous les hommes sont rendus volontaires par un traitement physique et moral bien dirigé, tandis qu'abandonnés à eux-mêmes ils resteraient toute leur vie dans l'état d'ignorance et d'abrutissement qui caractérise l'imbécillité.

D'un autre côté, un certain nombre d'idiots ont des dispositions non révélées pour un travail manuel, pour un art, et même pour quelque partie restreinte des connaissances humaines ; sous ce rapport, ne se rapprochent-ils pas beaucoup de ces individus qui hors de leur spécialité n'ont ni esprit ni bon sens ?

L'établissement de Bicêtre nous en offre des exemples ; mais, sans nous arrêter à des cas que l'on pourrait regarder comme exceptionnels, nous dirons encore que, pour la généralité des idiots, on est arrivé à un degré d'amélioration auquel on n'osait pas prétendre, et à des résultats qui sont des gages assurés de nouveaux succès pour l'avenir, que l'éducation que l'on donne aux idiots pourrait, en la modifiant, et surtout en s'appuyant sur les bons exemples, ainsi que sur les principes moraux et religieux les plus simples, être utile à un grand nombre d'individus qui, sans être classés parmi les idiots, sont si faibles d'intelligence qu'il leur est presque impossible, sans expérience et sans culture, de se gouverner convenablement à travers les déceptions et les difficultés de l'état social.

Nous ne reviendrons pas sur ce que nous avons déjà dit. Le traitement physique et moral des idiots à Bicêtre n'a, dans ses bases, subi aucun changement notable. Ceux de nos confrères que ce sujet intéresse pourront, en assistant à l'un des exercices de cet établissement, s'éclairer beaucoup mieux par eux-mêmes que par tout ce que nous pourrions dire ; ils trouveront encore une fois sans doute l'occasion de reconnaître que, s'il est une science morale dans ses études et dans ses applications, c'est la médecine.

Sur la demande de M. Adelon, appuyée par plusieurs membres, le travail de M. Voisin sera renvoyé au comité de publication pour être inséré dans les *Mémoires de l'Académie*.

Les conclusions du rapport ainsi amendées sont mises aux voix et adoptées.

— La séance est levée à cinq heures.

L'Académie, dans son comité secret de la précédente séance, a entendu le rapport d'une commission de onze membres, à l'effet de reviser un article du règlement.

L'article 45 était ainsi conçu :

« Les sections et les commissions présentent trois candidats au moins, » et six au plus pour chaque place. »

La commission propose d'ajouter :

« Toutefois, si dix membres au moins proposent d'autres candidats, » l'Académie consultée pourra également, après discussion, en admettre » la présentation. »

L'Académie adopte la proposition de la commission.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 8 août 1853. — Présidence de M. Roux.

Sur la quantité d'ammoniaque contenue dans l'eau de pluie recueillie loin des villes.

M. Boussingault communique une note sur la quantité d'ammoniaque contenue dans l'eau de pluie recueillie loin des villes.

J'ai continué, dit M. Boussingault, à la campagne les recherches dont j'ai eu l'honneur d'entretenir l'Académie dans la séance du 9 mai dernier. Les résultats que j'ai obtenus dans les deux mois qui viennent de s'écouler paraîtraient établir que la pluie tombée dans les champs renferme notablement moins d'ammoniaque que la pluie recueillie dans une ville.

Du 26 mai au 5 août, j'ai eu l'occasion de faire dix-sept opérations, et, si l'on en excepte la pluie du 5 août, aucune des eaux examinées n'a contenu à beaucoup près 1 milligramme d'ammoniaque par litre. Or la quantité d'ammoniaque constatée dans les eaux de pluie mesurées à l'Observatoire de Paris s'élève à une moyenne de 3 milligrammes 35 par litre, et cette proportion a varié de 1 milligramme 08 à 5 milligrammes 45.

Je suis d'autant plus disposé à croire que la différence que je signale est bien réelle que, dans les dix-sept opérations mentionnées ci-dessus, il en est quatre qui coïncident avec les expériences faites au Conservatoire impérial des arts et métiers par M. Houzeau : ce sont celles du 27 mai, du 19 au 25 juillet, du 25 juillet, du 28 au 30 juillet. Il n'y aurait, au reste, rien de surprenant que la pluie qui lave l'atmosphère d'une grande cité contînt plus d'ammoniaque ; Paris, sous le rapport des émanations, peut être comparé à un amas de fumier d'une étendue considérable.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

ADDITION A LA SÉANCE DU 3 AOUT 1853.

Suite de la discussion sur le rapport de M. Robert.

M. Gosselin. Messieurs, mon intention est d'occuper aussi peu de temps que possible les instants de la Société ; c'est pourquoi je me garderai de traiter toutes les questions que peut soulever le chloroforme, et sur lesquelles mes opinions ont été suffisamment exprimées dans des écrits antérieurs. Je partage d'ailleurs, à très peu de chose près, les opinions de M. le rapporteur sur le mécanisme suivant lequel la mort peut arriver. Je crois, comme lui, que, dans presque tous les cas, elle a été causée par la paralysie instantanée du cœur, à laquelle mes expériences sur les animaux faites en 1848 m'autorisent à croire. Je ne refuse pas d'admettre cependant qu'il peut y avoir instantanément un trouble profond des fonctions pulmonaires ou du système nerveux central, ou quelque phénomène toxique qui échappe à nos explications. Je pense aussi, comme M. Robert, qu'il faut se défier de certaines idiosyncrasies dont j'ai parlé moi-même ailleurs. Mon opinion diffère de la sienne sur un point ; c'est que je ne suis pas aussi fataliste que lui, et que je crois à la possibilité de prévoir pendant une éthérisation cette aptitude qu'ont certains malades à être influencés d'une manière fâcheuse par le chloroforme, et je crois à la possibilité d'en prévenir les conséquences. Aux précautions générales indiquées par M. Robert j'ajoute un moyen très simple : il consiste à interrompre de temps en temps l'inhalation, afin d'empêcher la concentration du chloroforme sur les organes important à la vie. En laissant à l'agent anesthésique le temps de se répartir dans tout le torrent circulatoire, on laisse aux organes celui de s'habituer à son contact. Beaucoup de personnes ont l'habitude de laisser leur appareil en place tout le temps nécessaire pour que l'insensibilité soit obtenue ; on oublie que les effets anesthésiques se continuent, et quelquefois s'accroissent encore après qu'on a cessé l'inspiration des vapeurs chloroformiques. Il n'y a donc pas d'inconvénient, il y a grand avantage selon moi à suspendre pendant quelques secondes, pendant lesquelles on voit comment fonctionnent les grands appareils de la vie organique. Je donne le conseil de le faire plusieurs fois pendant les trois, quatre ou cinq minutes qui sont habituellement nécessaires pour obtenir l'anesthésie. Je donne surtout ce conseil, aussitôt qu'un trouble, si léger qu'il soit, se manifeste du côté de la circulation ou de la respiration. Pour satisfaire à ce précepte, je me sers toujours, au lieu d'une éponge ou d'un appareil spécial, avec lesquels on emploie tout d'abord trop de chloroforme, d'une compresse pliée en quatre sur laquelle je verse quelques gouttes ; je la tiens d'abord à distance, et je la rapproche peu à peu de la bouche et du nez. Au bout d'une minute, et même avant, j'ôte le linge pour verser une nouvelle quantité de chloroforme ; pendant ce temps je constate ou fais constater comment marchent la respiration et le pouls ; je fais respirer de nouveau le chloroforme, et je suspends de même après quelques instants. Il est bien entendu que je m'arrête si l'anesthésie est obtenue très promptement, circonstance assez fréquente chez les femmes, et dont il faut beaucoup se défier. Dans la plupart des cas, j'arrive rarement à l'anesthésie sans avoir ainsi interrompu l'inhalation deux ou trois fois pour verser sur le linge desséché par l'évaporation une nouvelle quantité de chloroforme.

En outre, si pendant l'inhalation la face pâlit, ou si le pouls s'affaiblit sensiblement, je crains une syncope et j'interromps, pour ne reprendre que quand les mouvements du cœur sont bien rétablis ; peu d'instants suffisent habituellement. Si les inspirations deviennent tout à coup très profondes et précipitées, j'arrête un moment, parce que je crains qu'une trop grande quantité de chloroforme ne soit absorbée. Si les inspirations se ralentissent ou deviennent plus rares, ce qui est un point très important à bien surveiller, je suspends encore, et je reprends dès que la respiration est devenue régulière. Je suspends enfin quand un spasme du larynx ou une grande agitation se manifeste. Il faut moins de temps pour obtenir l'anesthésie avec ces intermittences que je n'en mets à les indiquer. Je fais d'ailleurs continuer sans crainte, en les interrompant de même, les inhalations lorsque la longueur de l'opération l'exige ; j'y mets cependant une condition, c'est que le malade ne perde pas beaucoup de sang ; car je regarderais comme une complication grave de l'anesthésie la faiblesse qui résulterait d'une perte sanguine abondante.

Je sais parfaitement que les préceptes dont je parle ne sont pas nouveaux, et qu'ils sont employés par beaucoup de chirurgiens ; je sais même que M. Sédillot les a nettement posés dans ses travaux sur cette question ; mais je ne crains pas de dire qu'ils ne sont pas assez généralement connus ; et comme il est beaucoup de personnes qui ne s'y conforment pas, je regrette que M. le rapporteur ne les ait pas suffisamment mis en relief. Je voudrais donc que la Société de chirurgie les rappelât à tous les praticiens, et j'exprime le vœu qu'une conclusion ainsi conçue prenne place à la fin du rapport :

« Le moyen le plus sûr que nous possédions aujourd'hui d'éviter la » mort par le chloroforme est l'intermittence dans les inhalations. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Par décrets du 12 de ce mois ont été nommés dans l'ordre de la légion d'Honneur ;

Officiers. — MM. les docteurs Conneau, premier médecin de l'empereur ;

Maillot, médecin inspecteur du service de santé des armées ;

Ségalas, membre de l'Académie de médecine et de la commission municipale ;

Longet, membre de l'Académie de médecine, médecin par quartier de l'empereur et des maisons de Saint-Denis et Ecouen ;

Bezuchet de Saunois, inspecteur général des prisons ;

Chargé, docteur en médecine.

Par décret du 14 août :

MM. Jules Roux, 2e chirurgien en chef de la marine.

Laure, 2e médecin en chef à la Guyane.

Chevaliers. — MM. Greslou, médecin en chef de l'hospice de Chartres (Eure-et-Loir) ;

Lozes, médecin à Châtillon-sur-Loing (Loiret) ;

Lafond, chirurgien en chef des hospices de Nantes ;

Thierry (A.), membre de la commission municipale de Paris, ancien directeur de l'administration des hôpitaux ;

Labric, médecin de l'hospice des ménages à Paris ;

Hardy, médecin de l'hôpital Saint-Louis, agrégé ;

Hénoque, médecin à Paris ;

Delabarre, médecin à Paris ;

Courthille (de Saint-Avit), médecin major au 9e cuirassiers ;

Rennes, docteur-médecin à Bergerac (Dordogne) ;

Delanglard, médecin à Paris ;

Picard, chirurgien-major en retraite ;

Barthélemy (Théodore), chirurgien-major en retraite ;

Violland, maire de Tonnay-Charente, ancien chirurgien-major de la marine sous l'empereur ;

Abeille, médecin major de 2e classe à l'hôpital du Roule ;

Pastoret, id. id. à l'hôpital de Briançon ;

Frasseto, id. id. à l'hôpital d'Ajaccio ;

Gugelot, id. id. au 60e de ligne ;

Loyer, id. id. au 40e de ligne ;

Marchessaux, médecin major de 1re classe au 40e de ligne ;

Girard, médecin major de 2e classe au 12e chasseurs ;

Minvielle, id. id. à l'hôpital de Toulon.

Davasse, chirurgien aide-major au 9e bataillon de la garde nationale de la Seine.

Lequesne, médecin à Nogent-sur-Seine.

Marine. — MM. Jouvin, pharmacien, professeur ;

Canolle, chirurgien de 1re classe ;

Debry, id. de 2e classe ;

Fol, id. id. ;

Savina, id. id. ;

Chapuis, chirurgien de la marine à la Martinique.

MM. Acar, 1er pharmacien du service de santé de l'empereur ;

Delestre, pharmacien major de 1re classe à l'hôpital de Rennes ;

Raoult, id. 2e classe à l'hôpital de Saint-Omer ;

Goldscheider, id. id. au Val-de-Grâce.

MM. Bruyant, vétérinaire de 2e classe au 7e dragons ;

Berthier, id. de 1re classe au 1er hussards ;

Couty, id. de 2e classe au 1er d'artillerie ;

Laisné, id. de 1re classe au 8e d'artillerie.

Et par décret du 10 août :

MM. Soulé, aide-vétérinaire de 1re classe au 1er lanciers ;

Brouchloan, id. id. au 3e escadron des équipages.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur 36, rue de Vaugirard.

N° 98. — SAMEDI 20 AOUT 1853. (26e ANNÉE.) N° 98. — SAMEDI 20 AOUT 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE.	Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. 30 »	
GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES.	Trois mois. 9 fr. Six mois. 17 Un an. 33	
ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR.	Trois mois. 10 fr. Six mois. 20 Un an. 38	

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Emploi de la vis de pression pour maintenir réduites les fractures obliques de la jambe.

On sait combien sont difficiles à contenir certaines fractures de la jambe dans lesquelles le fragment supérieur tend incessamment à chevaucher sur l'inférieur. Soit qu'à l'aide de pressions exercées avec des tampons, des compresses ou tout autre moyen mécanique on ait tenté de remédier au déplacement; soit par la seule action exercée de dedans en dehors sur la peau par le fragment osseux, la portion de tégument située au niveau de l'extrémité de ce fragment se gangrène, se perfore, et l'os fait saillie à travers l'ouverture qui lui est offerte. Ce n'est pas tout encore : ce déplacement de l'extrémité osseuse fait en arrière un vide qui se remplit de sang, de lymphe plastique, et ne tarde pas à se convertir en abcès. La guérison, quand elle peut être obtenue à travers tant d'accidents, laisse donc le membre vicieusement consolidé ; heureux encore quand il ne devient pas nécessaire de recourir à l'amputation. Les divers moyens contentifs, mais surtout extensifs, à traction continue, n'ont pas fourni à M. Malgaigne les résultats que leurs auteurs semblent en attendre; et cependant les inconvénients qui résultent de la saillie osseuse sont tels, que certains chirurgiens, dans le but d'obtenir une réunion plus exacte, n'ont pas craint de couper le tendon d'Achille afin de détruire une cause active et incessamment agissante de déplacement. M. Malgaigne a pensé qu'il serait beaucoup plus commode et infiniment moins dangereux d'agir sur l'extrémité saillante de l'os lui-même, par une aussi petite surface que possible et d'une manière fixe et invariable; c'est dans ce but qu'il a imaginé une *vis de pression* qui se fixe dans l'os et le comprime à peu près comme le tampon comprime une artère dans le tourniquet de J.-L. Petit. Voici, au reste, la description de cet appareil, aussi simple dans sa structure que facile à appliquer :

Imaginez un arc de cercle, en fer battu ou en forte tôle, pouvant par l'étendue de sa courbure embrasser les trois quarts du membre, large de deux travers de doigt, et qui se place à un ou deux centimètres au-dessus du siége de la fracture. Les extrémités de l'arc sont percées de deux mortaises horizontales pour donner passage à un ruban de fil très fort et très épais qui passe par-dessus l'arc et par-dessous la planchette sur laquelle repose la jambe blessée; ce ruban est serré au moyen d'une boucle. La partie moyenne de l'arc est munie d'un écrou que traverse une vis de pression à pointe très acérée. Lorsque l'arc est placé, comme nous l'avons dit, un peu au-dessus de la fracture de manière que la vis réponde à la crête du tibia au niveau du point qu'il s'agit de refouler, on fait tourner cette vis; elle s'enfonce en formant la flèche de l'arc, traverse les téguments si déjà l'os n'était pas à nu, et pénètre dans celui-ci, mais à la profondeur de quelques millimètres seulement, et, la pression continuant, l'os est refoulé et ramené forcément au niveau du fragment inférieur.

Cet appareil a déjà été appliqué bien souvent depuis 1841, époque à laquelle il fut employé pour la première fois, et il a fourni d'excellents résultats. On peut voir actuellement, à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Malgaigne, deux malades chez lesquels il a été mis en usage, et auxquels il a très probablement épargné les dangers de l'amputation.

Le premier, couché au n° 3 de la salle Saint-Augustin, est un homme de trente-huit ans, qui, descendant avec rapidité et entraîné malgré lui par la pente une rue escarpée de Montmartre, alla tomber sur le bord d'un trottoir, contre l'angle duquel la jambe droite heurta avec tant de violence qu'elle se brisa vers le tiers inférieur. Dès le premier moment, le blessé reconnut que l'os faisait saillie à travers les téguments. Admis à l'hôpital Saint-Louis le 26 juillet, peu de temps après l'accident, M. Malgaigne procéda le lendemain matin à la réduction.

La fracture n'était pas précisément en bec de flûte; transversale dans sa partie antérieure, elle redevenait oblique en haut dans sa partie postérieure. Le déplacement était très considérable, et ne put être réduit qu'avec difficulté à l'aide d'un débridement et au prix de vives douleurs. Les os ramenés à leur position n'auraient pas tardé à se déplacer et à reproduire la saillie si M. Malgaigne n'eût appliqué l'appareil que nous venons de décrire. Le membre fracturé fut placé sur une planchette analogue à celle de M. Seutin, articulée au niveau du jarret et susceptible de se fléchir en angle plus ou moins obtus par un système semblable à celui des pupitres mobiles. Cette planchette avait été préalablement recouverte d'un coussin; de chaque côté des coussins et des attelles furent disposés comme dans l'appareil de Scultet et serrés par des rubans à boucle entourant l'appareil. C'est sur les attelles latérales que reposent les extrémités de l'arc de tôle qui supporte la vis de pression. Cet arc ayant été adapté et bien fixé par sa courroie et le malade préalablement chloroformisé, on tourna la vis de manière à refouler et à maintenir parfaitement réduite l'extrémité inférieure du fragment supérieur.

A part les douleurs, supportables néanmoins, occasionnées par les moyens de contention, le malade va parfaitement bien; le membre demeurant à découvert par sa face antérieure, chaque jour la plaie est pansée sans qu'il soit nécessaire de déranger l'appareil. La suppuration est de bonne nature, modérément abondante, et tout fait présager une heureuse terminaison.

L'autre malade est une femme de trente-quatre ans, couchée au n° 19 de la salle Sainte-Marthe. Cette femme tomba le 30 juillet dernier du haut de sa voiture chargée de légumes. Elle explique assez mal les circonstances de sa chute; le fait est qu'elle se fractura la jambe à peu près vers le tiers inférieur. La fracture était très oblique, le déplacement très considérable : il fallut débrider, et un appareil semblable à celui du premier malade fut appliqué. La vis maintient les os parfaitement en place. L'extrémité saillante du tibia, qui était dénudée, est aujourd'hui (18 août) recouverte de bourgeons charnus abondants et vermeils, et chez cette malade, comme chez le précédent, la santé générale est excellente.

Les conditions fâcheuses dans lesquelles se présentaient les deux fractures dont nous venons de parler sont bien propres à faire ressortir les avantages obtenus par l'appareil de M. Malgaigne. La simplicité de cet appareil, si peu dispendieux et qu'il est si facile de faire fabriquer par le premier serrurier venu; la possibilité, le bandage une fois placé, de suivre les changements survenus dans l'état du membre et de panser la plaie sans aide et sans rien déranger, d'autres raisons encore que nous pourrions faire valoir doivent engager les praticiens, et surtout ceux qui exercent leur art dans les campagnes, à mettre en usage la vis de pression dans une foule de cas où l'amputation aurait pu paraître indiquée.

Haricot introduit dans l'intérieur de la vessie. — Extraction au moyen de l'instrument lithotriteur.

On sait à quelles excentricités l'onanisme peut conduire les individus qui s'adonnent à cette funeste habitude.

La science possède déjà un assez grand nombre d'exemples de corps étrangers de diverse nature introduits dans l'urètre dans le but de titiller la membrane muqueuse de cet organe, et souvent la chirurgie a dû intervenir pour en opérer l'extraction, surtout lorsque ces corps avaient été poussés jusque dans la vessie, où ils ne tardent pas à se couvrir de concrétions salines et deviennent ainsi le noyau de véritables calculs.

C'est ainsi que des brins de paille, des épis de blé, des cure-oreilles, des aiguilles à tricoter, des épingles à cheveux, des tuyaux de pipe, etc., ont été plusieurs fois extraits par l'opération de la taille.

Dernièrement, un chirurgien distingué de Blois, M. le docteur Baschet, a présenté à la Société de chirurgie une tige de *pinus pinea* encore munie de ses follicules, qu'il avait extraite de l'urètre chez un homme de la campagne.

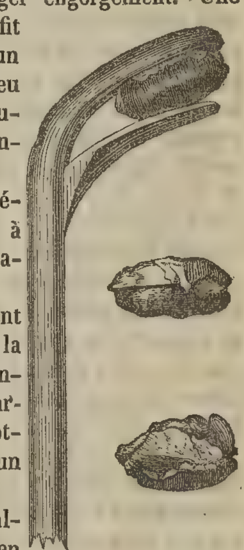
M. Civiale a vu un haricot qui formait le noyau central d'un calcul volumineux.

Nous venons d'observer un fait analogue dans le service de M. Maisonneuve, à l'hôpital Cochin. Seulement, dans cette circonstance, le corps étranger, récemment introduit, offrait cette particularité, qu'il était flottant dans l'urine, et par conséquent beaucoup plus difficile à saisir.

M. X..., âgé de vingt-sept ans, adonné depuis longtemps à l'onanisme, et chez lequel l'abus des excitations extérieures avait émoussé la sensibilité du gland, imagina, pour réveiller des sensations éteintes, de s'introduire dans l'urètre un haricot (dit haricot flageolet). En poussant et repoussant dans la partie antérieure du canal ce singulier instrument de plaisir, il était parvenu plusieurs fois déjà à solliciter l'éjaculation spermatique; mais cet artifice lui-même vint bientôt à perdre son efficacité, et chaque jour il fallait l'introduire plus profondément pour en obtenir un résultat. Enfin, une fois il le refoula si loin que le haricot tomba dans la vessie.

A dater de cette époque, le malade fut en proie à de vives inquiétudes, que vinrent bientôt augmenter divers accidents qu'il ressentit du côté de la vessie. Le corps étranger, flottant dans cet organe, venait parfois se présenter au col de la vessie au moment de l'excrétion des urines, qui se trouvaient ainsi brusquement arrêtées. Les violents efforts auxquels il se livrait dans le but de provoquer l'expulsion de ce corps étranger finirent même par déterminer un engorgement inflammatoire du testicule. C'est alors que le malade consulta M. le docteur Porre, son médecin ordinaire, et lui avoua toute la vérité. Quelque temps se passa sans qu'on fît aucune tentative d'extraction, espérant toujours que le haricot finirait par être expulsé spontanément. Mais enfin, convaincu de l'inutilité d'une plus longue attente, le malade, d'après l'avis de son médecin, se décida à réclamer les secours de la chirurgie, et vint consulter M. Maisonneuve le 28 juillet 1853.

A cette époque, cet homme accusait des sensations douloureuses à l'extrémité du gland. Il se plaignait d'une gêne notable dans l'excrétion des urines, d'une douleur vague dans la vessie, et l'épididyme du côté gauche présentait un léger engorgement. Une exploration attentive de la cavité vésicale fit reconnaître à M. Maisonneuve l'existence d'un corps étranger très petit et flottant au milieu de l'urine. L'opération dès lors ayant été jugée indispensable, le malade se décida à entrer à l'hôpital Cochin.



Le 31 juillet, M. Maisonneuve, en présence des nombreux élèves qui assistaient à sa clinique, procéda à l'extraction de la manière suivante :

Le malade étant couché horizontalement sur le dos, le chirurgien introduisit dans la vessie un instrument lithotriteur à mors concaves, et par une exploration délicate, parvint à reconnaître le corps étranger qui flottait au milieu du liquide à la manière d'un bouchon de liége.

Dans ces conditions exceptionnelles, il fallut toute la dextérité de l'habile chirurgien pour saisir à la volée ce corps étranger qui flottait au milieu de l'urine, et que le moindre contact de l'instrument déplaçait immédiatement. Quelques minutes cependant lui suffirent pour saisir ce calcul de nouvelle espèce et pour l'attirer au dehors.

Cette opération délicate fut exécutée avec un tel bonheur que le haricot fut extrait en entier, sans avoir subi presque aucune déformation, ce qui permet de constater toutes les particularités qu'il présentait.

Ce haricot appartenait bien évidemment à l'espèce dite haricot flageolet; son germe avait acquis un développement assez considérable, et présentait plus d'un centimètre et demi de longueur. Il formait un angle droit avec le corps de la graine; les cotylédons de celle-ci étaient enveloppés d'une couche très mince de sel ammoniaco-magnésien qui ne se prolongeait pas sur le germe.

Une petite portion du corps étranger qui avait été détachée par les mors de l'instrument s'engagea spontanément le lendemain dans le canal et vint s'arrêter au méat urinaire, où il fut facile de la saisir avec de petites pinces à anneaux.

Le malade se trouva dès lors entièrement débarrassé de ses inquiétudes et des accidents légers que ce corps étranger avait occasionnés.

Diagnostic différentiel des tumeurs de l'utérus et du renversement de cet organe.

Une femme âgée de quarante-quatre ans, assez maigre et chétive, est entrée dans le service de M. Nélaton le 9 août; elle donne sur ses antécédents les renseignements suivants :

A l'âge de vingt-quatre ans, elle a eu un enfant; à la suite de cette couche, sa santé est devenue chancelante, sans cependant qu'elle ait fait de maladie grave : elle s'est affaiblie. Il y a un an, pour la première fois, elle s'aperçut d'un dérangement notable dans les phénomènes de la menstruation; le sang a coulé assez abondamment pour constituer une véritable perte, qui a duré plusieurs semaines. Durant les sept ou huit mois qui ont suivi cette perte, les règles ont été plus abondantes et douloureuses, et dans les intervalles de ces pertes elle avait un écoulement verdâtre assez abondant.

Il y a un mois, une nouvelle perte très abondante s'est déclarée; des caillots sont sortis en grande quantité; il en est résulté un affaiblissement considérable; en même temps, elle s'aperçut qu'il s'était opéré un changement notable dans l'utérus, qui se déplaçait quand elle allait à la garde-robe.

Aujourd'hui nous avons examiné cette malade, et nous avons pu constater ce qui suit :

Par le toucher vaginal, on sent de suite une tumeur occupant la partie supérieure du vagin, dont la grosseur, qu'il est très important de bien apprécier dans ces sortes de tumeurs utérines, est celle d'un petit corps dont le diamètre serait de 4 centimètres; sa forme est celle d'une poire, dont la grosse extrémité, tournée en bas, regarde la vulve, la petite extrémité se dirigeant en haut dans les voies génitales et s'engageant dans le col de l'utérus.

Il fallait déterminer exactement le point d'insertion de la tumeur dans l'utérus. Dans ce but, on suit avec le doigt le pédicule jusqu'au point où il s'enfonce dans le col utérin dilaté, et l'on pénètre dans l'orifice. A une certaine profondeur, le doigt est arrêté par un obstacle; si alors on le fait tourner autour du pédicule afin

de chercher à pénétrer plus profondément, on sent que cet obstacle se reproduit partout à des hauteurs variables, hauteurs moins considérables au côté droit de l'utérus ou gauche du chirurgien, où elle est seulement de 1 centimètre; il existe donc dans l'intérieur du col utérin un cul-de-sac circulaire fermé par la réunion du col au pédicule de la tumeur.

La tumeur présente une consistance assez ferme; cependant elle est un peu plus molle que les tumeurs fibreuses ne le sont ordinairement, car elle se laisse aplatir facilement dans un sens ou dans l'autre avec les doigts.

En explorant à l'aide du doigt dans le rectum, on la sent parfaitement à travers la cloison recto-vaginale, où elle forme un relief arrondi; au-dessus du pédicule, on reconnaît le petit bourrelet formé par la lèvre postérieure du col de l'utérus. En plongeant le doigt plus profondément afin de rechercher le corps de l'utérus, il m'a été impossible de reconnaître d'une manière bien nette la présence de cet organe. J'ai combiné alors le toucher par le vagin et le palper hypogastrique : enfonçant deux doigts dans le vagin, je suis allé en arrière du col à la recherche du corps de l'utérus, afin de le porter en avant à la rencontre de la paroi abdominale, engageant en même temps la malade à ne faire aucun effort. J'ai alors pu sentir à la partie latérale droite une partie plus résistante, plus dense, que j'ai supposée être le corps de l'utérus.

C'est seulement après m'être livré à toutes ces explorations, après avoir réuni les données qu'elles m'ont fournies, que j'ai pu poser un diagnostic précis.

Il est inutile ici de supposer les tumeurs de toute sorte qui peuvent se montrer dans le vagin; la seule question que l'on puisse agiter est celle de savoir si nous avons affaire à une tumeur utérine ou à un renversement de l'utérus. Ces deux affections présentent en effet quelquefois des symptômes assez semblables pour qu'on ait pu s'y tromper, et extirper le corps de l'utérus croyant extirper un polype utérin. Les exemples de cette erreur sont nombreux dans la science, et il est peu de chirurgiens répandus qui n'aient eu à la regretter au moins une fois. Cela est arrivé même à Bérard, qui mettait cependant un soin tout particulier à examiner ses malades. M. Roux, dont on connaît la loyauté chirurgicale, me disait naguère que cela lui était arrivé encore dernièrement, et pour la seconde fois dans sa vie. On voit donc par ces exemples, tirés de la pratique de chirurgiens aussi distingués, qu'on ne saurait trop se tenir sur ses gardes et avoir assez présente à l'esprit la possibilité de l'erreur. Ces considérations expliquent également la persistance que j'ai mise à aller à la recherche du corps de l'utérus et à multiplier mes explorations pour arriver à une certitude complète sur la nature de la tumeur.

Lorsque l'utérus est renversé, il a généralement un volume assez considérable dans les premiers temps de l'accident. Le renversement a lieu en effet le plus souvent pendant un accouchement, soit à la suite de tentatives faites dans le but d'extraire le délivre, soit par suite des tractions qu'exerce le cordon raccourci par ses enroulements autour du fœtus. Le renversement peut encore avoir lieu dans les dix ou quinze jours qui suivent l'accouchement, lorsque l'utérus dilaté et souple cède à la pression des viscères abdominaux, pressés eux-mêmes par les parois de l'abdomen. Dans ces cas, le volume de la tumeur a pu s'élever à celui d'une tête de fœtus; mais peu à peu elle reprend son volume normal, de même qu'elle l'eût fait si l'utérus fût resté en place. Néanmoins elle forme encore une masse d'un diamètre de 6 à 7 centimètres, car outre l'utérus elle contient une partie de ses annexes : ligaments de l'ovaire, ligaments ronds et trompes utérines. Le renversement, en effet, se produit d'après le mécanisme suivant : il se forme d'abord au fond de l'organe une petite dépression qui va graduellement en augmentant jusqu'à ce qu'il vienne appuyer sur le col, où l'on peut l'atteindre avec le doigt; enfin il arrive un moment où le col de l'utérus s'entr'ouvre et laisse passer la tumeur; la saillie augmente peu à peu, présentant à sa partie externe la surface interne de l'utérus retourné, et à son intérieur un canal séreux contenant une partie des annexes. Quand la tumeur n'a pas atteint la dimension que nous avons déterminée, on peut affirmer que ce n'est pas l'utérus qui la forme. Vous voyez par là l'importance que prend la mensuration exacte de la tumeur, et vous comprenez les raisons qui m'ont fait insister tout à l'heure sur ce point de symptomatologie.

Il n'est pas moins important de connaître avec exactitude la profondeur du cul-de-sac circulaire qui relie le col de l'utérus au pédicule de la tumeur. Lorsque la tumeur est formée par l'utérus, le renversement s'arrête constamment à une même limite, qui est le pourtour de l'orifice supérieur du col; il suit de là que le cul-de-sac a une hauteur constante égale à la longueur du col utérin. Chez notre malade, il y a tout au plus un centimètre entre l'orifice externe du col et le point d'insertion du pédicule; il faudrait, dans la supposition d'un renversement, admettre qu'il s'est produit jusque dans la partie vaginale du col, ce qui est impossible.

J'indique ici un autre mode d'exploration, quoiqu'il soit défectueux; c'est celui qui consiste à introduire une sonde dans la vessie, puis à la porter au contact du doigt placé dans le rectum. On a dit : Ou bien la sonde, ne rencontrant aucun obstacle intermédiaire, viendra se faire sentir à la pulpe du doigt placé dans le rectum, et dès lors c'est bien l'utérus renversé qui formera la tumeur; ou bien la sonde rencontrera l'utérus en chemin, et ne pourra être amenée au contact du doigt. Ce procédé, comme je l'ai dit, est défectueux; car une simple déviation latérale de l'utérus suffit pour permettre à la sonde de passer, et induire ainsi dans une erreur complète le chirurgien qui lui donnerait trop d'importance et ne pratiquerait pas une opération utile. Chez notre malade, bien que j'aie la conviction de la présence de l'utérus dans l'abdomen, j'ai pu amener au contact la sonde introduite dans la vessie et le doigt placé dans le rectum.

Si l'on suppose l'existence d'un polype utérin inséré dans une portion plus ou moins étendue de l'organe, on aura une cavité utérine déformée, aplatie, mais existant cependant encore. J'ai promené l'extrémité de la sonde utérine sur le pourtour du cul-de-sac, et j'ai pu, dans un endroit, arriver à l'introduire dans la cavité par une voie certainement naturelle, sans effort, sans faire, en un mot, fausse route. Il nous a été ensuite facile de constater, à l'aide de l'indicateur, que l'instrument avait pénétré à une profondeur de 5 centimètres. Cette exploration en a amené une autre; tandis que la sonde était placée dans l'utérus, je m'en suis servi pour soulever l'organe et le porter à la rencontre de la main placée sur la région hypogastrique; de cette manière, j'ai pu reconnaître l'existence d'un utérus indépendamment de celle d'une tumeur vaginale.

On a encore conseillé, dans les cas douteux, d'inciser une portion de la tumeur et d'en examiner le tissu; mais ce signe peut induire en erreur; car certaines tumeurs hypertrophiques de l'utérus sont formées en partie de tissu utérin.

On a dit encore : Supposez l'utérus renversé, vous devez avoir sous les yeux la disposition anatomique de la face interne de cet organe, vous pouvez reconnaître l'orifice interne des trompes. S'il est vrai que dans quelques cas, comme j'ai pu le voir moi-même, cet examen puisse amener un résultat précis; dans certaines circonstances, l'utérus enflammé, excorié par les manœuvres qui ont amené le renversement, présente des désordres tels, qu'il est impossible de distinguer des conduits aussi petits que ceux des trompes.

On s'est encore fondé sur cette sensation particulière de douleur que provoquent les lésions utérines pour tirer de cette sensibilité spéciale qui se fait sentir dans les lombes et qu'on nomme, pour cette raison, colique lombaire, un signe de diagnostic équivoque, à mon avis; car il serait possible que du tissu utérin, se prolongeant sur la production pathologique, donnât lieu à cette sensation de douleur particulière.

La question de diagnostic résolue, nous avons dû, au point de vue opératoire, préciser certains points qu'il est important de connaître. Le pédicule est-il large ou étroit? Si l'on considère qu'il existe à peine sur tout le pourtour du repli circulaire un point qui permette au juste le passage de la sonde, qu'une fois introduite on ne peut lui imprimer aucun mouvement de latéralité, on en tirera facilement cette conclusion que la tumeur s'implante au col de l'utérus par une large surface.

Le procédé opératoire sera très simple : j'introduirai deux doigts de la main gauche dans le vagin, en les tenant écartés, puis quand je serai arrivé sur le pédicule de la tumeur je les rapprocherai, de manière à saisir ce pédicule au moyen de cette sorte de pince naturelle, et j'amènerai la tumeur en dehors. Bien que l'absence de battements artériels sur le pédicule exploré avec soin me rassure contre la possibilité de l'hémorrhagie, je compte faire cependant la section du pédicule avec lenteur, et de manière à pouvoir, si par hasard une hémorrhagie venait à se déclarer, empêcher la rétroversion de l'organe pendant le temps nécessaire à la cautérisation, ou plutôt à une application de perchlorure de fer. La solution de perchlorure de fer a cet avantage sur la cautérisation, qu'elle produit une sorte de crispation, de retrait du vaisseau sans détruire les tissus, sans effroi, sans douleur pour la malade.

L'opération a été en effet pratiquée ainsi, et n'a donné lieu qu'à l'écoulement d'un peu de sang par une petite artériole qui a été liée; l'emploi du perchlorure de fer n'a donc pas été nécessaire. Aucun accident d'ailleurs n'est survenu.

HOTEL-DIEU. — M. Jobert (de Lamballe).

Fistule vésico-utérine. — Cloison vésico-vaginale intacte. — Oblitération du col de l'utérus. Autoplastie par glissement. — Accidents gastro-intestinaux. — Guérison.

L'observation que nous allons rapporter, et qui a été recueillie dans le service de M. Jobert (de Lamballe) par notre collègue et ami M. Godet, interne, offre un nouvel exemple de fistule vésico-utérine guérie au moyen de la nouvelle méthode autoplastique par glissement. Elle présente d'autant plus d'intérêt qu'on pourra la rapprocher de celle qu'il y a un mois à peine nous avons déjà consignée dans les colonnes de ce journal. (Numéro du 19 juillet 1853.) Ce nouveau fait permettra à nos lecteurs de se rendre un compte plus exact des détails du manuel opératoire en établissant un terme de comparaison.

La nommée Demarty (Catherine), âgée de vingt-sept ans, domestique, est d'une bonne constitution, quoique nerveuse et irritable et affectée de flueurs blanches dès l'enfance. Elle a toujours joui d'une assez bonne santé.

A l'âge de vingt et un ans seulement elle fut réglée pour la première fois. La menstruation, peu abondante, présentait des irrégularités.

En 1850, Demarty devint enceinte, et accoucha dans le mois d'avril 1851. Il y avait déjà huit jours qu'elle souffrait lorsqu'elle entra à la Maternité de Tulle le 10 avril.

Le 12, s'il faut la croire, le médecin lui aurait dit que son enfant était mort. Quoi qu'il en soit, ce ne fut que le lendemain à midi que l'accouchement fut terminé au moyen du forceps. L'enfant, qui avait une tête très volumineuse, était, en effet, mort.

Trois jours après, la malade s'aperçut qu'elle perdait involontairement ses urines. Cet écoulement était accompagné de chaleur et de cuissons dans les parties génitales.

Les suites de couches n'ont rien présenté de particulier. La fièvre de lait, modérée, a duré deux jours. Au bout de quinze jours les règles reparaissent et continuent à se montrer assez régulièrement, quoique notre malade ait été nourrice pendant quinze mois.

Pendant les premiers mois qui ont suivi son accouchement, elle perdait involontairement la plus grande partie de l'urine, et les envies d'uriner étaient extrêmement rares. Mais plus tard, lorsqu'elle ne travaillait pas ou qu'elle était couchée, elle en perdait beaucoup moins, quelquefois même pas du tout; seulement le besoin d'uriner se faisait sentir à des époques très rapprochées. Pendant le jour il revenait tous les quarts d'heure; la nuit il était moins fréquent; cependant la malade regarde comme extraordinaire de pouvoir passer une heure sans le satisfaire.

L'urine est fréquemment mêlée d'un peu de sang et de gravier; et lorsque Demarty entreprend un travail un peu fatigant, elle détermine à la vulve des démangeaisons et des cuissons assez vives.

Lors de l'entrée à l'hôpital on constate l'état suivant :

1° Les parties génitales externes présentent un peu d'érythème, accompagné d'une sensibilité anormale.

2° En examinant avec le spéculum univalve, on s'aperçoit que la cloison vésico-vaginale est intacte.

3° A l'extrémité du vagin, se trouve le col utérin; c'est par son ouverture que l'on voit l'urine tomber dans le vagin, ce dont il est facile de s'assurer en injectant dans la vessie de l'eau, qui revient, en effet, par le vagin en parcourant le col du museau de tanche.

Après avoir laissé la malade s'acclimater à l'hôpital et l'avoir préparée au moyen de bains, d'injections et de boissons rafraîchissantes, M. Jobert pratique l'opération le 15 juin de la manière suivante :

1° La malade est couchée sur le dos, le siège rapproché sur le bord du lit, les jambes écartées, pliées sur les cuisses et celles-ci sur le bassin.

2° La paroi recto-vaginale est fortement déprimée à l'aide du spéculum univalve, et les grandes et petites lèvres sont écartées à droite et à gauche.

3° La lèvre antérieure du col est saisie avec les pinces de Museux et relevée en haut.

4° Le museau de tanche est dilaté à droite et à gauche au niveau des commissures jusqu'à l'insertion du vagin; ce fut alors qu'il devint facile d'apercevoir la perte de substance, qui remonte jusqu'au delà de l'insertion du vagin.

5° Les lèvres de la fistule sont avivées avec soin. Ce ravivement s'étend jusque sur les lèvres du museau de tanche, qui sont elles-mêmes rendues saignantes.

6° Trois points de suture sont appliqués sur le museau de tanche lui-même, deux latéraux et un médian. Ce dernier, principalement, saisit la fistule et la lèvre postérieure du col. Comme il est impossible de s'avancer dans toute la longueur de la fistule, il a été nécessaire de comprendre le museau de tanche dans la suture et de chercher à en obtenir l'oblitération.

7° Deux incisions latérales et une antérieure demi-circulaire font cesser tout tiraillement qui pourrait exister dans les parties réunies.

8° Un tampon d'agaric est introduit dans le vagin, une sonde est mise à demeure dans la vessie et la malade est reportée dans son lit.

Le soir la sonde se bouche deux fois; l'urine est mêlée d'un peu de sang. Il n'y a pas de fièvre; le ventre n'est pas douloureux.

Le 16, la nuit a été bonne. Ce matin le pouls est un peu développé. L'urine contient beaucoup de mucus; son odeur est fortement ammoniacale. On retire le tampon d'agaric.

Le 17, la malade ne souffre pas; le pouls est normal.

Le 18, M. Jobert permet un potage.

Le 19, la malade, très peu raisonnable, a enlevé sa sonde pendant la nuit.

Le 21, M. Jobert examine l'état des parties; un des fils est tombé, les deux autres sont enlevés; et après une injection d'eau poussée dans le vagin on replace la sonde à demeure.

Le 21 et les jours suivants, il ne survient rien de nouveau. La sonde va bien et la malade ne perd pas d'urine.

Le 26, le soir la malade est prise de coliques assez vives. Le ventre est douloureux; cependant il n'y a pas de fièvre.

Le 27, dans la nuit, elle a enlevé la sonde et elle a eu un délire qui a nécessité l'emploi de la camisole de force. Ce matin l'intelligence est saine, mais la face est colorée, le pouls plein, fréquent, la langue blanche; le ventre est douloureux; il y a de la céphalalgie et du gargouillement dans la fosse iliaque droite, accompagné de diarrhée.

Le soir, les accidents sont moins intenses. On n'a pas replacé la sonde.

Le 28, il y a encore de la fièvre, mais le ventre est peu douloureux. Il n'y a plus de céphalalgie; la malade est cependant encore un peu abattue. Le soir, elle ne souffre plus.

Le 29, il n'y a pas de fièvre. L'opérée urine seule assez souvent et ne perd pas du tout d'urine involontairement.

Le 30, la malade s'est levée.

A partir de ce jour elle se lève, marche et travaille dans la salle; elle urine parfaitement seule, et de jour en jour les besoins d'uriner deviennent moins fréquents.

Le 27 juillet elle sort de l'hôpital; mais auparavant M. Jobert procède à un dernier examen et constate ce qui suit :

1° Les parties génitales externes ne sont pas mouillées; elles n'offrent aucune trace d'érythème des grandes et des petites lèvres.

2° Le pourtour de l'anus et de la fourchette est intact et sans éruption. L'ouverture vaginale n'offre aucune altération morbide.

3° A l'union de la cloison vésico-vaginale et du col, on aperçoit une cicatrice circulaire parfaitement déprimée, encore rosée, en avant le col froncé, dont les commissures sont confondues, et qui présente au centre un pont où les deux lèvres ne sont pas réunies. Mais l'introduction de la sonde rencontre un obstacle qui l'empêche de passer outre.

4° Sur la paroi du vagin, on aperçoit deux cicatrices latérales et une troisième antérieure.

Comme on peut s'en assurer, l'observation qu'on vient de lire diffère peu, quant au manuel opératoire et à son résultat, de celle que nous avons publiée il y a quelque temps. Dans l'une et dans l'autre, en effet, la perte de substance n'a pas été complétement bouchée, et dans toutes les deux le col utérin a été oblitéré. Si dans celle-ci les deux lèvres du museau de tanche n'ont pas été entièrement confondues, si elles ont laissé entre elles une ouverture médiane qui pourrait faire croire à la perméabilité du col lui-même, cette particularité, curieuse sans doute au point de vue de la conservation anatomique des parties, importe peu lorsqu'on la considère sous le rapport de la fonction physiologique des organes. Cependant il était bon de ne pas la passer complétement sous silence, car, si peu important qu'il soit, ce fait n'en vient pas moins apporter une nouvelle preuve de la facilité avec laquelle on obtient la réunion des parties ravivées lorsque cette réunion se trouve placée sous la protection efficace de l'ingénieuse méthode autoplastique imaginée par l'habile chirurgien de l'Hôtel-Dieu. Cela devient encore plus manifeste lorsqu'on se rappelle le peu de docilité de la malade d'abord, et ensuite les accidents qui dans toute autre circonstance seraient venus sans aucun doute entraver la marche de la cicatrisation.

A. Rozé.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. DELASIAUVE.

Des diverses formes de l'aliénation mentale (1).

(Leçons recueillies par M. PÉGAND.)

PARALYSIE GÉNÉRALE.

Paralysie générale symptomatique. — Si l'espèce que nous venons d'étudier est comparativement peu commune, il en est tout autrement de celle qui procède des grandes désorganisations cérébrales. La proportion des cas que nous en avons recueillis est assez considérable, et l'on ne saurait en être surpris quand on songe à la fréquence des ramollissements, apoplexies, tumeurs susceptibles de détruire l'intégrité du cerveau. Le meilleur moyen de les distinguer est sans contredit de remonter à la source des différentes lésions, et de rechercher les signes qui, respectivement, les caractérisent. Le diagnostic, néanmoins, peut s'aider de certaines particularités sur lesquelles il ne nous semble pas inopportun d'insister.

D'abord, le délire se montre rarement à l'origine; la diminution des mouvements arrive le plus souvent à des proportions très apparentes sans que le jugement perde, sinon sa force, au moins sa rectitude. On observe seulement une atonie morale, se traduisant par l'incertitude de la mémoire, l'inactivité de la pensée et des sentiments, une indifférence inaccoutumée ou cet attendrissement puéril avec succession de rire et de larmes sans motifs si remarquable dans la démence des vieillards. On a dû évidemment prendre beaucoup de ces cas pour des paralysies progressives. Ce n'est qu'après un temps plus ou moins long que se manifestent l'incohérence et les idées ambitieuses. Quelquefois même, conscient de son état, le malade assiste douloureusement à sa dégradation successive. Dans ces cas, comme nous l'avons vu, l'altération n'occupant qu'une région circonscrite de l'organe, il reste assez de portions saines pour permettre dans une limite restreinte l'exercice régulier de l'intelligence.

Une circonstance également importante de la paralysie symptomatique est la marche ordinairement plus rapide qu'elle affecte, et que justifie la nature de la cause. Quand dans un point du cerveau, autour d'une tumeur ou d'un foyer apoplectique, s'est établi un travail de destruction capable de porter à la motilité une si profonde atteinte, il serait difficile, en effet, qu'il continuât longtemps sans compromettre les fonctions immédiatement nécessaires, ou provoquer des congestions mortelles. Aussi, parmi les individus dont à leur entrée à l'hospice nous avions cru pouvoir attribuer l'affection à une désorganisation locale, n'en est-il guère qui aient survécu plus d'une année; la plupart ont succombé en quelques mois.

On jugera, du reste, de ces différents caractères par les faits suivants, pris au hasard entre beaucoup d'autres analogues.

M..., par exemple, admis à Bicêtre le 30 août 1849, aurait, à la suite de vomissements successivement traités dans plusieurs hôpitaux, éprouvé une attaque d'apoplexie, dont il serait résulté des traces d'hémiplégie du côté droit et une certaine débilité des facultés. Depuis, la paralysie s'étant généralisée, on ne distingue plus un côté de l'autre. M... a peine à se soutenir, sa prononciation est très embarrassée; il fait souvent de vains efforts pour montrer sa langue. Toute conscience n'est pas abolie : il sent sa position; mais sa mémoire est si infidèle qu'il ne saurait donner de renseignements précis sur l'origine de ses accidents. Dans les premiers temps, les symptômes sont restés stationnaires; par intervalles même, la torpeur avait paru moindre; plus tard ils ont graduellement progressé; une sorte d'agitation tranquille s'y est jointe, et le malade, obligé de garder le lit, a fini par s'éteindre le 18 mai 1849, après un séjour de huit mois et demi.

L'autopsie a révélé les plus graves désordres : dans une assez grande étendue la surface inférieure des lobes moyens et du cervelet présentait une coloration noirâtre d'apparence gangréneuse, à laquelle correspondait le ramollissement de la couche corticale, et plus ou moins profondément celui même de la substance blanche. La tige pituitaire était réduite en bouillie, la selle turcique érodée. Outre ces lésions principales, point de départ probable des phénomènes, le cerveau, affaissé dans ses circonvolutions antérieures, était généralement mou; le pont de Varole amaigri, l'arachnoïde cérébrale épaissie; il y avait, enfin, à la base du crâne, un épanchement séreux considérable.

B..., quarante ans, maçon, est amené le 29 septembre 1848. Malgré l'obscurité de la mémoire, il rend exactement compte de son état. Sujet à d'habituels maux de tête, il est frappé, un matin, il y a deux ans, d'attaque d'apoplexie. La faiblesse des mouvements ne lui a pas permis dès lors de reprendre ses occupations; il a dû même cesser d'aider sa femme dans son office de porteuse de pain. La marche est difficile, la prononciation très embarrassée. Pendant un certain temps, B... se maintient; mais peu à peu les fonctions générales languissent, la digestion s'altère, les urines s'arrêtent, des eschares gangréneuses se forment, et le malade s'éteint, le 26 janvier 1849, sans avoir donné de signes positifs d'aliénation mentale.

Bien que le crâne n'ait pas été ouvert, on ne saurait méconnaître ici la réalité de la paralysie symptomatique.

Elle n'est pas moins évidente dans le cas de D..., qui, récemment traité à Bon-Secours, est entré à Bicêtre le 29 juin 1849. Il conserve des traces profondes de la maladie : le corps est maigre, la face livide et altérée. Bien qu'il y ait plutôt obtusion qu'incohérence intellectuelle, la mémoire est si incertaine que D... ne fournit que des renseignements vagues. Les signes paralytiques sont du reste très prononcés. Il a la plus grande peine à se tenir debout et à s'exprimer. Quelques jours se passent sans aggravation notable, puis subitement le malade empire et succombe le 9 juillet, dix jours après son arrivée.

Pour principale lésion, on trouve, superficiel à droite, plus étendu et plus profond à gauche, un double ramollissement des couches optiques.

Mais l'histoire significative de B... offre surtout des phases intéressantes. Son souvenir est encore présent à votre mémoire : c'est ce grand et beau jeune homme de trente-six ans qui, admis il y a environ deux mois, est mort à la suite de trois congestions apoplectiques survenues coup sur coup. En 1842, il fut pris, sans cause appréciable, d'asthme suffocant, avec exacerbations nocturnes très pénibles. Trois mois après, à ces symptômes, qu'aucune médication n'avait amendés, se joignit un affaiblissement paraplégique. La débilité et l'anesthésie gagnèrent même un des membres supérieurs. On s'attendait naturellement à une issue prochainement funeste, lorsqu'un de ces caprices familiers aux personnes souffrantes engagea B..., qui ne manquait pas de soins assidus dans sa famille, à réclamer les secours de l'hôpital. M. Briquet, dans le service duquel il fut placé, avait lui-même porté un pronostic fâcheux. Tout à coup, cependant, et sous l'influence, sans doute, d'un vésicatoire appliqué sur toute la longueur du rachis, s'opéra une métamorphose inespérée : en moins de trois mois, asthme, paralysie, insensibilité, tout avait disparu comme par miracle.

Ce ne fut point un résultat passager. B..., commis à cheval, put non-seulement reprendre ses fonctions, mais les exercer pendant dix ans sans ressentir aucune incommodité de son affection; bien que célibataire, doué de vigueur, d'esprit, d'entrain et l'âme des sociétés de sa résidence, il mena assez rondement la vie. Une chute sur la tête, faite quatre mois auparavant, paraît avoir été l'occasion des derniers accidents. Il fut dès lors sujet à de fréquentes céphalalgies; la mémoire faiblit, ainsi que l'aptitude au travail; la diminution des mouvements croissait chaque jour. B..., se ressouvenant de M. Briquet, sollicita son admission à la Charité; mais M. Briquet, jugeant cette fois un traitement inutile, ne le garda qu'une quinzaine. C'est dans ces conditions qu'il nous arriva, avec une marche des plus pénibles, une hésitation générale et une prononciation très gênée. La succession des symptômes et la *pâleur spécifique* des tissus ne nous laissaient point de doute sur une altération matérielle circonscrite. La défectuosité intellectuelle ne se décelait, du reste, que par une sorte d'affectation à insister sur les moindres particularités de son mal, sur ses conséquences inévitablement périlleuses, montrant tantôt une résignation stoïque et tantôt une affliction presque puérile. Il survécut à peine douze jours.

On était curieux de s'assurer si quelque affinité ne rattachait point la récente maladie à l'ancien état morbide. Voici les désordres révélés par l'examen nécropsique : les lobes antérieur et moyen de l'hémisphère droit contenaient, assez rapprochées de leur base, deux petites coques semi-cartilagineuses, l'une grosse comme une forte noisette, l'autre moins volumineuse; autour de ces sortes de kystes remplis de magma celluleux, et assez analogues à ceux qui succèdent aux foyers hémorrhagiques, la matière cérébrale était réduite en bouillie; du pus crémeux, verdâtre était en outre infiltré au loin dans les couches sous-jacentes. La propagation ulcérative et inflammatoire, ayant pour origine les tumeurs et pour occasion la chute, justifie fort bien la terminaison fatale; mais on s'explique moins aisément que les tumeurs elles-mêmes aient pu causer l'asthme et la paraplégie sans manifester depuis dix ans leur présence par aucun signe, quand on sait surtout que souvent de pareils produits se forment au sein des tissus d'une manière latente. Peut-être avons-nous découvert ailleurs le mot de l'énigme. L'ouverture du canal vertébral nous a montré, en effet, l'apophyse odontoïde hypertrophiée et faisant relief à l'intérieur de la vertèbre. Cet épaississement, selon toute vraisemblance, était le résultat d'une exostose qui comprimait la partie supérieure de la moelle épinière, et dont la résolution opérée par le vésicatoire aura suffi, quoique imparfaite, pour rendre à la respiration sa liberté, aux mouvements leur énergie.

Paralysie générale épileptique. — Les secousses du mal caduc produisent un double effet : en même temps que par l'ébranlement elles atonifient la fibre cérébrale, par le trouble de la circulation elles favorisent la distension vasculaire, contribuant ainsi par ces influences parallèles à entraver le fonctionnement nerveux. Aussi, l'obtusion avec ses degrés divers en est-elle une conséquence ordinaire. Les mouvements n'en reçoivent pas une moindre atteinte. Plus du tiers de nos malades présentent ainsi un affaissement uniformément ou inégalement étendu à l'ensemble des forces musculaires.

On a de tout temps signalé la dégradation paralytique dont s'accompagne l'épilepsie intense et invétérée, mais sans songer à la soumettre à une détermination diagnostique, comme vient de le faire M. Jules Falret dans sa savante thèse sur la paralysie générale, et comme nous l'avons essayé nous-même il y a deux ans dans un article des *Annales médico-psychologiques.*

Cette variété a, en effet, un cachet distinct, en rapport avec son origine. Là ne s'observe plus cette destruction progressive, inévitable, qui préside au développement des espèces précédentes. Il y a seulement obstruction cérébrale, relative à la force et au rapprochement des crises. Soumise dès lors à la marche épileptique, la paralysie en suit les variations, quelquefois fort nombreuses, croissant si les paroxysmes se multiplient, diminuant s'ils s'éloignent, pouvant même, à la rigueur, s'effacer entièrement avec leur suspension définitive.

L'intégrité du cerveau fournirait, dans ce cas, la mesure de la rétrogradation. Elle explique, d'ailleurs, une circonstance remarquable de l'état mental; je veux parler de ce fonds de discernement qui persiste malgré les complications physiques les plus graves. L'épileptique paralysé présente rarement cette inconsistance morale et ce vague délire ambitieux, si fréquents chez les paralytiques ordinaires. Sans doute, l'essor manque à ses facultés, son jugement est tardif et confus, sa mémoire courte et obscure, l'expression de ses idées lente et pénible, comme l'articulation de sa parole; mais il lui reste une conception suffisante pour accomplir régulièrement les actes communs de la vie; il n'est pas fou dans la propre acception du terme.

Des exemples individuels seraient ici superflus. Que l'affection soit plus ou moins profonde, les malades présentent, sous ce rapport, une physionomie véritablement identique, comme peuvent vous en convaincre les nombreux cas qui vous sont offerts. Si vous les comparez à quelque genre que ce soit des autres paralytiques, il vous sera, en quelque sorte, impossible de les méconnaître. Ce qui, nous le répétons, prédomine chez eux, c'est plutôt l'impuissance d'action, l'embarras intellectuel que l'incohérence et la divagation des pensées. L'inertie de l'esprit se réfléchit dans l'hébétude des traits, et si, dans leur cercle étroit, les aperçus peuvent être justes, la formulation du moins en est défectueuse, tandis que la loquacité et l'expansion sont le caractère le plus habituel des cas opposés.

Un dernier signe distingue la paralysie épileptique : rarement la mort en est la conséquence directe : ce que l'on conçoit, puisque, ainsi qu'on l'a vu, et contrairement à ce qui se produit dans les autres formes, dont le progrès morbide conduit fatalement à une terminaison funeste, cette paralysie, n'ayant point une marche propre, ne progresse que sous l'influence graduelle et les coups répétés des accès. Quand le malade succombe, c'est presque toujours des congestions cérébrales provoquées par les crises qu'il devient victime.

D'autres névroses convulsives peuvent déterminer la paralysie générale; mais cette complication s'observe rarement; car l'hystérie, à laquelle M. Landouzy, dans son traité sur cette affection, en attribue notamment quelques exemples curieux, la catalepsie, l'extase, la chorée, etc., n'ont habituellement ni la gravité, ni l'activité, ni surtout la persévérance de l'épilepsie. En supposant, du reste, que quelque particularité distingue chacun de ces différents faits, outre qu'ils sont peu nombreux encore, on a trop négligé de les soumettre à un examen comparatif pour qu'il soit possible d'en fixer, quant à présent, le diagnostic spécial.

Paralysie générale alcoolique. — Cette variété se rattache naturellement à la folie ébrieuse que nous étudierons plus loin. Il faut, dans ce cas, ne pas confondre, avec le tremblement de l'état aigu, la débilité musculaire qu'entraînent des *delirium tremens* répétés ou l'abus lent et invétéré des boissons. Le tremblement a quelque chose de saccadé, de forcé; il y a moins d'uniformité dans l'atonie, où les mouvements irréguliers concordent avec l'action variable des parties et attestent même de visibles efforts pour surmonter les obstacles qui s'opposent à l'équilibre de la station, au jeu des muscles, à l'articulation de la parole. La démarcation, malheureusement, est parfois d'autant plus difficile à établir que souvent les deux éléments coexistent et que, l'obtusion intellectuelle diminuant, pour les courants nerveux, l'impulsion volontaire ajoute indirectement à la faiblesse.

Dans cette paralysie, le désordre mental n'est pas toujours manifeste, et si les idées incohérentes de vanité et de grandeur s'y rencontrent, beaucoup plus communément elle s'offre escortée par l'ensemble des symptômes qu'on assigne à la démence des ivrognes et qui viennent d'être si bien exposés par M. Magnus Huss sous la dénomination d'*alcoolisme chronique.* La pensée est obscure, la mémoire embrouillée, chancelante; sur la figure est peinte une sorte d'hébétude tantôt exhilarante et niaise, tantôt concentrée et chagrine, suivant que la nullité est complète ou que de sinistres appréhensions se font jour à travers les ténèbres de l'esprit.

Fréquemment, en effet, le travail hallucinatoire, résultat ordinaire des ingestions alcooliques, survit à leur éloignement. Dans la nuit surtout, en proie à de vagues rêveries, les malades entendent des voix qui les injurient ou les menacent; ils assistent à des scènes qui les effrayent, ce qui les plonge dans une sombre mélancolie et les conduit même contre eux ou les autres à de fatales déterminations. N'êtes-vous pas pleins encore du souvenir du malheureux G..., qui, des champs où il travaillait avec ses camarades, est allé tout récemment se précipiter sous une voiture qui passait sur la route? Il nous était venu plusieurs mois auparavant avec tous les signes du delirium tremens. Une prompte amélioration avait suscité notre espoir; mais, indépendamment de l'altération évidente des mouvements, de secrètes hallucinations continuaient à le tourmenter et à lui rendre l'existence si amère qu'il résolut d'en finir avec elle. C'est sans doute en raison de la fréquence de pareils phénomènes que ceux qui dénient la dégénération de la folie en paralysie générale ont admis une exception en faveur des hallucinés.

On ne doit pas, au surplus, désespérer toujours du sort des malades. Quand la lésion cérébrale n'est pas trop profonde, les symptômes, loin de s'aggraver, peuvent disparaître par la privation de l'excitant et les soins hygiéniques. Cresp..., que vous voyez promenant dans les cours son apathique indifférence et qui n'a pas quitté l'hospice depuis six ans, en était sorti deux fois à la suite d'accidents véritablement paralytiques dus à l'habitude de l'ivrognerie. M. Jules Falret cite lui-même plusieurs exemples d'une rétrogradation analogue.

Paralysie générale saturnine. — Le plomb exerce sur le système nerveux une action à beaucoup d'égards comparable à celle des boissons fermentées. Fréquemment, en effet, cet agent produit des convulsions épileptiformes, et notamment un délire qui, comme nous le dirons bientôt, par l'obtusion mentale et les aberrations perceptives rappelle l'aliénation ébrieuse. Si l'on ajoute à cela la paralysie si ordinaire des extenseurs et la condensation ou état *poisseux* du cerveau que révèlent les autopsies, on ne saurait s'étonner que la paralysie générale puisse elle-même devenir une des conséquences de l'intoxication saturnine.

On n'en rencontre, toutefois, qu'un nombre restreint d'exemples dans les annales de la science et qui n'a point du reste servi de thème à une étude diagnostique. Sur cent observations environ rapportées dans son remarquable ouvrage, M. Tanquerel des Planches a signalé 15 fois le bégaiement, ce qui permet de présumer qu'au moins chez plusieurs malades l'altération des mouvements devait être généralisée.

M. Jules Falret a fait une judicieuse réflexion. Beaucoup de faits ont dû, suivant lui, passer inaperçus, parce que, les médecins ne traitant guère les maladies de plomb qu'à l'état aigu et la paralysie générale appartenant surtout à la phase chronique, ou on ne remonte pas à la cause première des accidents, ou tenant particulièrement compte du désordre des idées qui souvent les accompagne, on ne les considère que comme une complication de la folie.

Pour mon compte, j'incline d'autant plus volontiers vers le sentiment de notre jeune confrère qu'en présence des ravages nombreux occasionnés par le plomb, le contingent que cette substance a jusqu'ici fourni à la paralysie générale est réellement fort exigu. Dans mon travail, il y a deux ans, je n'avais pu mentionner qu'une observation personnelle. Le hasard vient de me procurer un second fait, pendant que tout récemment je remplissais l'intérim de la 2e section pour M. Moreau, mon collègue.

(1) Voir les numéros des 25 juin et 18 août 1853.

Le premier malade présentait tous les signes de la paralysie progressive : marche chancelante, frémissement facial, embarras de la prononciation, mémoire incertaine, peu d'incohérence, point d'idées ambitieuses. A sa profession de cérusier, aux coliques qu'il avait ressenties, à la cachexie spécifique et au liséré ardoisé des gencives, on ne pouvait méconnaître la nature de son mal. Pour toutes les autres circonstances de marche et de terminaison, je regrette beaucoup de l'avoir perdu de vue. Un cas rapporté très au long par M. J. Falret offre des particularités presque identiques. Seulement l'incubation avait duré plusieurs années.

Quant au sujet de la seconde observation, que vous pouvez suivre encore dans nos salles, c'est au physique et au moral un type parfait de la paralysie générale avec aliénation. Les mouvements sont profondément altérés, les idées confuses et incohérentes : dignités, titres, millions, châteaux, rien ne manque à l'infortuné. Il est vrai que la coloration gengivale est absente; mais la teinte bistre de la peau, jointe aux commémoratifs : métier de peintre et accidents saturnins antérieurs, montre assez à quelle source doit être attribuée la maladie.

Tandis que dans ce dernier cas la figure est expansive, elle revêtait dans le premier une expression mélancolique. Cette circonstance est assez en rapport avec l'impression causée par les molécules saturnines. Peut-être, si elle se présentait, devrait-on, au point de vue diagnostique, y attacher quelque importance. Il en serait de même des pseudo-perceptions tristes qui, bien que nous n'en ayons point constaté, se décèleraient vraisemblablement quelquefois comme dans les cas ébrieux et par le même motif.

N'oublions pas de dire que l'anesthésie, chez le malade de M. Falret, occupait plusieurs points étendus. Malgré la gravité et l'ancienneté surtout des accidents, il est néanmoins sorti de l'hôpital amélioré. Le nôtre est arrivé à un degré qui ne permet guère de prévoir un amendement, à plus forte raison une issue aussi favorable.

Paralysies générales pellagreuse, cholérique, etc. — On pourrait multiplier à l'infini les divisions. Quelles substances délétères, métallique, animale ou végétale, l'antimoine, l'arsenic, le phosphore, la ciguë, l'opium, les miasmes typhoïques ou marématrux, ne seraient pas capables par une action spéciale lente ou prolongée de déterminer l'altération générale des mouvements? Je me bornerai à un mot sur deux dernières espèces.

Dans une note publiée en 1849, à la suite de la cruelle épidémie qui venait de porter l'effroi et le deuil dans l'Europe entière, je fis connaître quelques aliénations survenues pendant la convalescence du choléra. Deux d'entre elles avaient avec la paralysie générale ambitieuse la plus exacte ressemblance. Les symptômes seulement ne tardèrent pas à se dissiper.

M. Baillarger, de son côté, a cherché à différencier une variété dont se complique la pellagre. On sait que notre savant confrère nous a donné une excellente description de cette affection cutanée, endémique en Italie, et qu'il a étudiée sur les lieux mêmes. Le délire ambitieux existerait dans la paralysie pellagreuse. Elle se distinguerait notamment par une tendance mélancolique et des idées de suicide qu'expliquent aisément les souffrances insupportables qu'endurent les malades. Toutefois, si les précédentes remarques sont fondées, ces dispositions ne seraient pas exclusives au genre paralytique pour lequel M. Baillarger a essayé de tracer une ligne séparative.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 7 juillet 1853. — Présidence de M. Terrier, vice-président.

Correspondance.

Elle comprend l'envoi par M. le docteur Thore, membre correspondant, d'un mémoire sur l'*apoplexie nerveuse*, couronné par l'Institut médical de Valence.

(Remerciments à l'auteur. M. Jalade Lafond est prié d'en communiquer une analyse à la Société.)

Examen microscopique et chimique d'une tumeur oculaire (*pinguecula*).

M. Magne, à l'occasion du procès-verbal, rend compte des résultats de l'examen microscopique de l'énorme *pinguecula* qu'il a enlevé, et il a produit la pièce pathologique dans la dernière séance, résultats dus à l'extrême obligeance de M. Homolle.

Cette tumeur oculaire était composée de lamelles épithéliales et de corpuscules pigmentaires. Ceux-ci se reconnaissaient avec la dernière évidence à un grossissement de 380 diamètres, et les cellules épithéliales sont devenues parfaitement saisissables par l'addition d'une gouttelette d'acide acétique. La tumeur, traitée par l'éther sulfurique, laissa séparer, après l'évaporation de l'éther, une matière blanchâtre, fusible à une chaleur de 35 à 40° centigrades. Ce liquide oléagineux présentait sous le microscope les globules caractéristiques des matières grasses, et sa faible température de fusion doit le faire considérer comme de la margarine. La quantité ne dépassait pas 2 milligrammes, et ne constituait qu'une faible portion du tissu examiné.

Tumeurs enlevées dans la région axillaire. — Examen microscopique.

M. Magne annonce encore à la Société que notre excellent confrère M. Homolle a bien voulu se charger aussi d'examiner la pièce pathologique que M. Duperthuis a présentée dernièrement. Cette pièce, formée de plusieurs masses cloisonnées par du tissu cellulaire condensé et plus ou moins fibreux, présente à la coupe une structure sensiblement homogène, au milieu de laquelle on rencontre des noyaux d'une matière blanchâtre de consistance mollasse et d'un aspect crétacé, s'écrasant sous la moindre pression en une sorte de pulpe. Traitée par l'acide hydrochlorique, cette matière abandonne avec dégagement de bulles gazeuses la partie opaque blanchâtre, en se réduisant à la trame celluleuse, dont les caractères sont évidents au microscope. La partie soluble dans l'acide chlorhydrique est calcaire, comme le démontrent les réactions obtenues avec l'oxalate d'ammoniaque.

Une coupe très nette opérée dans l'épaisseur du tissu présente une surface rosée, légèrement marbrée de parties plus blanches et demi-transparentes, dont l'aspect est tomenteux vu au grossissement d'une loupe. Le suc exprimé de cette surface par le tranchant du bistouri, et placé entre deux lames de verre au foyer d'un microscope grossissant de 380 diamètres, n'a présenté aucune cellule caractéristique du tissu cancéreux ou fibro-plastique. Une lamelle excessivement mince du même tissu, examinée de la même façon, a paru appartenir évidemment à la substance du ganglion lymphatique hypertrophié, c'est-à-dire constituée par une substance amorphe, composée de granulations irrégulièrement arrondies, dont quelques-unes plus volumineuses, se rapprochant de la cellule, mais sans jamais rappeler la grande cellule à noyaux du cancer.

Névralgie oculaire intermittente causée par une parcelle de millet incrustée sur la cornée.

M. Magne termine ce qu'il avait à dire à l'occasion du procès-verbal en entretenant la Société de la malade dont il a résumé l'histoire dans la dernière séance, et chez laquelle existait une névralgie intermittente qu'il a attribuée à la présence, méconnue d'abord, d'un corps étranger sur la cornée. Ce corps enlevé, dit-il, mon pronostic a été pleinement justifié. Le lendemain la malade vint à ma consultation; la névralgie n'avait pas reparu, et depuis elle ne s'est plus montrée.

L'intermittence bien caractérisée des douleurs éloignait toute idée de corps étranger; et d'ailleurs la ténuité de ce corps aidait à l'erreur du diagnostic. Mais comment concevoir cette intermittence? Voici, dit M. Magne, la seule explication rationnelle que, selon moi, l'on puisse donner. Le matin, en s'éveillant, la malade éprouvait de violentes douleurs causées par le frottement des paupières sur le petit corps étranger, dont les aspérités irritaient la cornée; un épiphora survenait, et le corps étranger, se gonflant à mesure qu'il s'imbibait, finissait par se ramollir, et n'avait plus avec la cornée qu'un contact inoffensif jusqu'à la fin du jour. Les mêmes phénomènes se reproduisaient le lendemain.

Extraction de trois cataractes par un nouveau procédé.

M. Coursserant. L'extraction de la cataracte par une section faite à la partie supérieure de la cornée a introduit dans la pratique ophthalmologique un progrès qu'atteste tous les jours l'expérience clinique : or la supériorité de ce procédé, au point de vue de la kératotomie en haut, résidant principalement dans les conditions plus favorables à la réunion par première intention dans lesquelles se trouve le lambeau cornéen, il m'a semblé, d'après l'observation attentive et rigoureuse de quelques faits tout à fait récents, que le travail de cicatrisation était d'autant plus rapide et d'autant plus régulier que le pourtour du lambeau se trouvait plus compris dans la partie de la sclérotique qui fait saillie dans la chambre antérieure et dans laquelle vient pour ainsi dire s'enchâsser la cornée transparente.

La rapidité avec laquelle guérissent les solutions de continuité de la sclérotique dues à des accidents imprévus ou à l'instrument dirigé par la main du chirurgien m'avaient porté à présumer que dans la kératotomie supérieure la cicatrisation devrait être d'autant plus prompte, d'autant plus régulière que le tissu de la sclérotique entrerait pour une plus large part dans cette solution de continuité.

Ces aperçus théoriques, basés sur l'analogie de structure des organes, ont été pleinement justifiés par le résultat clinique; et, quoique ce résultat ne puisse s'appuyer encore que sur trois faits, ces faits se présentent avec un tel cortége de circonstances *apyrétiques* pendant toute la durée du traitement, qu'ils me semblent devoir peser de quelque poids dans la balance; permettez-moi de vous en faire connaître les traits les plus caractéristiques et les plus saillants, les seuls qu'il soit important de signaler pour bien apprécier la question au point de vue essentiellement *pratique* sous lequel je l'ai envisagée moi-même.

Mme E..., demeurant rue Mandar, n° 8, âgée de soixante-treize ans, est opérée à une heure de la cataracte de l'œil droit par kératotomie supérieure; le pourtour du lambeau en haut porte sur le tissu de la sclérotique immédiatement au-devant de l'iris; des vaisseaux sanguins très fins rampants dans la sclérotique donnent quelques gouttes de sang, dont l'écoulement m'engage à différer de quelques minutes la sortie du cristallin. Quelques bandelettes de taffetas d'Angleterre maintenant les paupières fermées et cinq à six tours de bande constituent tout le pansement.

Dans la journée et les jours suivants, Mme E... n'accuse qu'un picotement léger dans l'œil opéré; le soir de l'opération, la peau offre à peine pendant quelques heures une légère élévation de température, difficile même à apprécier. Cet état de calme général se maintient pendant huit jours, époque à laquelle la malade peut être considérée comme étant entièrement guérie.

Mme L..., âgée de cinquante-six ans, rue Sainte-Barbe, n° 11, est opérée de l'œil gauche : plusieurs vaisseaux sanguins compris dans le tissu de la sclérotique sont ouverts et donnent du sang pendant cinq minutes environ; quelques gouttes s'introduisent même dans la chambre antérieure. A part un picotement léger ressenti dans l'œil opéré, et une élévation légère dans la calorification cutanée pendant quelques heures seulement, nul trouble fonctionnel n'arrive chez cette malade pendant les huit jours que le bandage reste appliqué; et ce terme écoulé, on peut constater la netteté et la transparence la plus parfaite de l'ouverture pupillaire.

Une dame de Turin, logée en ce moment dans un hôtel de la rue Saint-Dominique-Saint-Germain, n° 49, est opérée en présence d'un confrère, membre de cette Société. Une ou deux gouttes de sang s'écoulent pendant et après l'opération. Le cristallin étant adhérent à la capsule également opaque, plusieurs tentatives sont nécessaires pour isoler la lentille et extraire la capsule. Néanmoins, malgré la longueur de l'opération et les manœuvres réitérées, faites tantôt avec la curette et le kystotome, et tantôt avec les pinces, la malade ne présente, ni le jour de l'opération, ni les suivants, aucun indice de fièvre, pas même la plus légère élévation de température à la peau. Quelques accès de suffocation accompagnés d'intermittence dans les battements du cœur, et auxquels la malade est sujette, n'ont apporté aucun obstacle à une guérison qui a pu être considérée comme définitive dès le huitième jour.

Si de cette absence presque absolue de réaction inflammatoire nous passons à l'aspect et à la nature intime de la cicatrice, nous trouvons cette dernière déprimée plutôt que boursouflée, et ne faisant par conséquent aucune saillie au-dessus de la surface de la cornée. Par là les malades sont à l'abri de cette sensation désagréable de corps étranger qu'ils éprouvent dans les divers mouvements de la paupière supérieure, et qui persistent jusqu'à ce que les bords de la cicatrice, revenant peu à peu sur eux-mêmes, se soient mis de niveau avec la surface de la cornée.

M. Magne. Je désirerais que M. Coursserant nous dît à quoi est dû positivement le succès qu'il annonce.

M. Coursserant. Dans les opérations de cataracte par section supérieure, il est bien rare qu'il ne survienne pas dès le soir un peu de fièvre, de céphalalgie, de soif. Je n'ai vu survenir aucun de ces accidents, parce que les conditions de cicatrisation ne sont pas les mêmes dans la cornée et dans la sclérotique. Dans la première de ces membranes, en effet, il y a dans les parties divisées sécrétion abondante, épanchement; la cicatrice fait saillie, et il reste des traces visibles. Par mon procédé, au contraire, la partie supérieure du lambeau se trouvant comprise dans le tissu de la sclérotique, la cicatrisation se fait plus promptement dans ce tissu que dans celui de la cornée. Les praticiens se sont tous occupés de la cicatrisation de la partie supérieure du lambeau, et, en effet, c'est le point capital dans l'opération par section de bas en haut, parce que ce lambeau a de la tendance à s'abaisser et que la cornée est un tissu qui ne se cicatrise pas aussi vite que certains autres doués d'une vitalité différente.

M. Masson. Il s'agit donc de savoir si, lorsqu'on intéresse la sclérotique, la cicatrice est plus facile. Cela se peut, je ne le nie pas; mais je ne vois pas pourquoi la section de la cornée donnerait plus de fièvre, et comment M. Coursserant peut expliquer le peu de réaction qu'il remarque chez ses opérés, puisqu'il intéresse encore plus cette membrane que la sclérotique.

M. Boyer. M. Coursserant taille son lambeau en biseau dans la sclérotique; je voudrais savoir s'il pique dans cette membrane ou dans la cornée, et si la partie scléroticale coupée est le quart ou le tiers du lambeau total. Pour bien juger de la valeur du procédé au point de vue du développement de l'inflammation consécutive à l'opération, il faudrait que la cornée pût ne pas être atteinte du tout. Au reste, il s'agit encore, quoique indirectement, du parallèle entre l'extraction et l'abaissement de la cataracte. Or je doute que l'on soit jamais d'accord à cet égard, et l'on doit accueillir d'une manière également favorable les travaux qui ont pour but d'améliorer ces deux méthodes opératoires.

M. Coursserant. La partie supérieure de la section siégeant de part et d'autre dans le tissu de la sclérotique, la cicatrisation doit se faire d'une manière plus prompte, puisque l'expérience démontre que les solutions de continuité de la sclérotique guérissent plus vite et plus facilement que celles de la cornée. Or, comme je l'ai déjà dit, le point le plus important dans la cicatrisation des lambeaux est en haut, et la cicatrisation se faisant facilement sur ce point, il n'est pas étonnant que cette circonstance influe de la manière la plus heureuse sur la marche ultérieure de la maladie. Quant à la demande de M. Boyer, je dirai qu'il est impossible de comprendre dans le contour de la section plus du quart ou du tiers de la demi-circonférence de la cornée.

Pour ce qui regarde l'abaissement, j'ai, par une phrase, éloigné cette question; je ne parle que de l'extraction. Si cependant la discussion, malgré mon désir, doit s'engager dans le parallèle des diverses méthodes admises dans l'opération de la cataracte, je suis tout disposé à fournir faits contre faits. Je laisse aux partisans de l'abaissement le choix du temps, des saisons et celui de leurs séries les plus heureuses, et je suis persuadé que si jamais cette comparaison vient à se produire dans des établissements publics ou autres soumis au contrôle d'un public compétent, il me sera donné de constater au moins *un tiers de succès en plus* en faveur de l'extraction.

Le secrétaire annuel, Dr A. Bossu.

Congrès scientifique de France.

La vingtième session du congrès scientifique de France s'ouvrira le 23 de ce mois à Arras (Pas-de-Calais). Les travaux y seront répartis, selon l'usage, en six sections : sciences naturelles; industrie, commerce, agriculture; sciences médicales; histoire et archéologie; littérature et beaux arts; sciences physiques et mathématiques.

La section des sciences médicales s'annonce comme devant être des plus complètes; de nombreuses adhésions sont arrivées de la capitale, des départements et des pays étrangers.

Parmi les questions déjà connues, plusieurs médecins de distinction se sont fait inscrire pour traiter la suivante : *L'épidémie de 1848-49 a-t-elle fourni quelques données sur le mode de propagation du choléra?*

S'il est une contrée où la question de l'introduction de la maladie asiatique puisse être convenablement discutée, c'est assurément celle des départements du Pas-de-Calais et du Nord.

Au reste, dans la section des sciences médicales, chacun est absolument libre de traiter le sujet qui lui convient.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

On assure qu'il est question de rétablir la chaire de pharmacie, naguère supprimée à la Faculté de médecine de Paris.

Ce qui pourrait le faire croire, c'est que M. Soubeiran se hâte, dit-on, de passer ses examens à la Faculté de médecine de Strasbourg, et est peut-être déjà reçu, à cette heure, docteur en médecine.

On se souvient que lorsqu'il fut question de créer, pour M. Dumas, la chaire de chimie organique, le célèbre professeur dut aussi prendre ses grades. On ne saurait, en effet, être professeur à la Faculté de médecine si l'on n'est reçu docteur.

Quoi qu'il en soit, et au prix même de quelque légère irrégularité, telle que l'octroi de seize inscriptions, nous ne pouvons qu'être flattés de compter au nombre de nos confrères un des professeurs les plus distingués de l'Ecole de pharmacie, l'inventeur du chloroforme, un homme, en un mot, que ses travaux ont déjà rendu célèbre.

— Le concours de l'Ecole pratique vient de se terminer. Notre jeune collaborateur M. Marcé a obtenu la *médaille d'or*, qui entraîne la réception gratuite au doctorat.

1er prix : M. Leplat;
2e prix : M. Pourchat;
Mention honorable : M. Parmentier.

On assure qu'il est question de proposer quelques modifications dans les épreuves de ce concours, auxquelles on reproche, non sans raison, d'embrasser une trop grande quantité de matières et de n'être pas assez directement pratiques.

— Par décret impérial du 10 août 1853, rendu sur la proposition du ministre secrétaire d'Etat de la guerre, ont été nommés à vingt emplois de médecin aide-major de 1re classe les médecins aides-majors de 2e classe dont les noms suivent, savoir :

MM.
Meunier (Louis-Félix), de l'hôpital de Valenciennes.
Rey (François-Alexandre), des hôpitaux de la division de Constantine.
Oppenheimer (Seligman), de l'hôpital de Versailles.
Chevassu (Claude-Louis-Hippolyte), des hôpitaux de la division d'Oran.
Spire (François-Jean-Pierre), de l'hôpital de Saint-Omer.
Monnier (Joseph-Honoré), de l'hôpital de Lyon.
Mittemberger (Joseph-Théodore), de l'hôpital de Maubeuge.
Drapier (Pierre), de l'hôpital de Perpignan.
Ropert (Edouard-Marie), de l'hôpital de Perpignan.
Vizerie (Jean-Pierre), des hôpitaux de la division de Constantine.
Potor (Michel-Edgar), de l'hôpital de Marseille.
Leroux (Henri-Alfred), de l'hôpital de Marseille.
Barberet (Louis-François-Emile), des hôpitaux de la division d'Oran.
Bergeron (Remi-Louis), des hôpitaux de la division de Constantine.
Aubas (Edouard-Antoine), de l'hôpital de Bayonne.
Molinard (Jacq.-Fr.-Paul-Aug.), des hôpitaux de la division d'Alger.
Martin (Charles-Louis-Victor), de l'hôpital impérial des Invalides.
Fourgeaud (Gérard), de l'hôpital de Nancy.
Michel (Charles-Hector), des hôpitaux de la division de Constantine.
Castaing (Félix-Claude), des hôpitaux de la division de Constantine.

— On écrit de Kalisch, 10 août :

« Le choléra a de nouveau paru à Varsovie; cependant aucun bulletin officiel n'a encore été publié. »

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur
36, rue de Vaugirard.

N° 99. — MARDI 23 AOUT 1853. (26e ANNÉE.) N° 99. — MARDI 23 AOUT 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

On s'abonne à Paris
au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE.	Trois mois. . . . . 8 fr. 50 c. Six mois. . . . . 16 » Un an. . . . . 30 »	
GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES.	Trois mois. . . . . 9 fr. Six mois. . . . . 17 Un an. 33	
ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR.	Trois mois. . . . . 10 fr. Six mois. . . . . 20 Un an. 38	

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. GUERSANT.

(Observation recueillie par M. DUCHAUSSOY, interne.)

Chute du rectum déterminée par la constipation. — Traitement par les laxatifs. — Persistance de la chute, mais à un degré moindre. — Traitement par la strychnine. — Guérison.

Catherine Aimar, âgée de onze ans, demeurant rue Saintonge, 16, est couchée au n° 25 de la salle Sainte-Thérèse. Elle est bien constituée et présente cependant quelques glandes engorgées au cou et des croûtes d'impétigo sur le cuir chevelu. Depuis sa naissance, elle a souvent gardé le lit pour des maladies des voies digestives.

Il y a quatre ans, elle eut une fièvre qui dura cinq semaines, et à la suite de laquelle elle demeura constipée. Son rectum commença alors à sortir un peu dans les efforts de la défécation. La constipation devint habituelle; elle ne fut pas combattue, et l'intestin sortit graduellement au point de faire aujourd'hui une saillie de 10 centimètres.

Malgré cette grande longueur, l'enfant le réduit elle-même facilement, et il reste bien réduit. Chaque jour elle fait en vain trois ou quatre efforts pour aller à la selle, et son fondement sort chaque fois. Fréquemment cette constipation est accompagnée de céphalalgie et de douleurs à l'épigastre.

Entrée à l'hôpital le 15 novembre, elle n'a pas encore eu de selle.

Le 17, on lui fait prendre 15 grammes d'huile de ricin, ce qui provoque quatre garde-robes et quatre chutes du rectum de la longueur du doigt.

Le 18, face vivement colorée, céphalalgie considérable; un peu d'oppression. Langue saburrale, pharynx rouge, amygdales tuméfiées, pouls lent et mou. — Diète; tisane pectorale, gargarisme acide.

Le 19, ces symptômes ont presque complétement disparu; il y a eu une selle et une chute.

Le lendemain et tous les jours suivants, la malade prend chaque matin trois verres de petit-lait.

Etat de l'anus. — Mes quatre doigts pénètrent sans occasionner la moindre douleur et n'éprouvent pas de constriction; à 4 centimètres au-dessus de l'anus il existe une large poche formée par l'intestin dilaté. Quand la malade a les cuisses écartées, son anus est béant et ses bords sont éloignés de 4 millimètres.

Malgré l'emploi du petit-lait, la malade reste constipée les 20, 21 et 22; on lui administre alors plusieurs verres de limonade au citrate de magnésie; il en résulte sept efforts de défécation et sept chutes.

Le 24, une selle et une chute. La malade se plaint d'oppression et de douleurs dans les hypochondres et à l'épigastre; anorexie; pouls à 96. — Bain.

Le 25, même état.

Le 26, pouls à 100; peau chaude; quelques boutons de varicelle apparaissent. Le petit-lait ne peut être toléré par l'estomac.

Le 27, amélioration des symptômes généraux, mais persistance des vomissements quand la malade ingère du petit-lait.

Le 28, on remplace le petit-lait par le lait ordinaire, qui est bien supporté. Une selle dans la journée et une chute.

Du 28 novembre au 3 décembre, la malade continue à prendre chaque matin du lait froid, et dans la journée du jus de pruneaux ou tout autre laxatif. Pendant cet intervalle, elle a eu régulièrement chaque jour une selle et une chute du fondement. Ce dernier sort d'une longueur moindre qu'à l'entrée de la malade, mais il sort constamment.

Du 3 décembre au 13, la malade a été chaque jour deux fois à la garde-robe, et chaque jour sa muqueuse rectale s'est renversée deux fois; les mesures de l'intestin déplacé varient entre 4, 5 et 6 centimètres.

Le 13 au soir, M. Guersant m'autorise à tenter la strychnine. Un petit vésicatoire produit par une boulette de coton imbibé d'ammoniaque et maintenue dans un dé à coudre est placé à la partie supérieure du sillon interfessier, et un autre à la partie interne de la fesse droite, dans le sillon même. Un mélange de 1 centigramme de strychnine et d'un peu de sucre est réparti entre les deux vésicatoires; on recouvre d'un taffetas ciré.

Le 14, ces deux vésicatoires étant encore en bon état, on les saupoudre de 2 centigrammes de strychnine; pas de selle.

Le 15, une selle et une chute, mais ne consistant qu'en un bourrelet muqueux de 1 centimètre de longueur.

Le 16, nouveaux vésicatoires appliqués près des premiers; 2 centigrammes de strychnine. Une selle et un bourrelet plus petit encore que la veille.

Le 17, une selle et encore un léger bourrelet. Un nouveau vésicatoire est saupoudré de 3 centigrammes de sulfate de strychnine, parce que la strychnine de la veille n'a pas été complétement absorbée, bien que le derme fût encore bien dénudé. Dans la journée, la malade ressent quelques secousses convulsives dans les cuisses; elle a une selle, et, pour la première fois, il n'y a aucun renversement de la muqueuse.

Le 18, 3 centigrammes de sulfate de strychnine. Nouvelles secousses sans gravité. Une selle et pas de chute.

A partir de ce jour, on a cessé l'emploi des vésicatoires et de la strychnine. L'enfant a eu chaque jour une ou deux selles, et sa muqueuse rectale ne s'est pas montrée une seule fois. L'enfant est sortie le 30 décembre, c'est-à-dire treize jours après la cessation de sa chute.

HOPITAL SAINT-ANDRÉ DE BORDEAUX.

M. Eugène SOULÉ.

Quelques particularités se rattachant à l'histoire des hernies abdominales.

Il est du devoir du praticien témoin de faits qui peuvent présenter quelque intérêt de les signaler et de les soumettre à l'appréciation de ses confrères. C'est sous l'influence de cette conviction que j'ai cru devoir publier les suivants, dont les deux premiers m'ont plus particulièrement semblé sortir du cadre des cas ordinaires.

OBS. I. — *Hernie inguinale; réduction facile de la tumeur, qui offrait des symptômes d'étranglement. Mort prompte occasionnée par une hémorrhagie abondante de l'anse herniée.*

Oula (Jean), vieillard de soixante-six ans, présentant les signes d'une forte constitution, fut couché dans une de mes salles le 22 mars 1853.

Porteur d'une hernie depuis vingt-cinq ans, cet homme n'en a jamais ressenti la moindre gêne, jamais il n'a rien éprouvé qui indiquât un étranglement; au contraire, la tumeur a toujours été réduite avec la plus grande facilité; jamais elle n'a été maintenue par un brayer.

La veille de son entrée à l'hôpital, le 21 au soir, la hernie n'a pu être réduite, malgré des tentatives réitérées et énergiques de la part du malade. Les vomissements n'ont pas tardé à paraître, et ont persisté toute la nuit en augmentant graduellement de fréquence et d'intensité. Le malade est transporté à l'hôpital à six heures du matin. A cette époque, les vomissements continuent avec le caractère bilieux; le ventre est tympanisé et douloureux à la pression. Pouls petit et fréquent, extrémités froides, sueurs visqueuses.

L'interne de garde, de qui je tiens tous ces renseignements, constatant en outre la présence d'une tumeur herniaire, exerça une pression très modérée sur elle, et qui suffit pour amener la réduction; il appliqua un spica de l'aine, prescrivit un lavement, et se retira. Surpris une demi-heure après de n'observer qu'une aggravation de symptômes au lieu de l'amélioration qu'il espérait, il interroge avec soin les personnes qui avaient accompagné le malade, et il ressort des renseignements fournis par ces dernières que le patient était dans un état de santé parfaite avant la veille au soir; qu'alors, après s'être couché, sans écart de régime antérieur, il ressentit subitement en se retournant dans sont lit une vive douleur au point qu'était le siége de sa hernie; que, s'étant aperçu de la sortie de celle-ci, il avait mal à propos voulu la réduire lui-même, et avait exécuté des manœuvres longues et trop énergiques.

A ma visite, c'est-à-dire deux heures après la réduction, je trouvai le malade moribond. Je ne prescrivis rien, et la mort eut lieu avant ma sortie de la salle.

Nécropsie vingt-six heures après la mort.

La hernie a reparu par le fait même du transport du cadavre; elle

FEUILLETON.

Quelques réflexions sur l'ataxie.

L'ataxie, c'est le désordre. Ce mot vient de A privatif et de ταξις. Ceux qui connaissent le grec comprendront le sens de ces mots; les autres sont condamnés à rester en dehors de beaucoup de connaissances par le fait de l'inintelligence de cette langue.

« A partir de cette année, dit Rabelais dans sa *Pantagrueline pro-» gnostication*, les aveugles ne verront que bien peu, les sourds ouïront » assez mal et les muets ne parleront guère. »

Les médecins qui ont eu l'heureuse chance d'assister longtemps aux leçons cliniques du professeur Récamier (et j'ai eu ce rare avantage) ont été habitués aux significations naturelles si diverses de cette locution pathologique.

Je parle de ceux qui ont fréquenté longtemps les leçons de Récamier, parce que la première fois que l'on y assistait *on n'y comprenait rien.* J'ai souvent entendu dire, en sortant de la clinique, par des élèves instruits, et ils s'exprimaient ainsi avec d'autant plus d'assurance qu'ils se croyaient plus forts : *Cet homme a perdu l'esprit.*

Ils ressemblaient aux lecteurs qui, ouvrant Montaigne ou Rabelais pour la première fois, et n'en comprenant pas la profondeur philosophique, rejetteraient avec indifférence ces livres admirables, qu'ils savoureraient avec amour s'ils avaient l'intelligence de leur splendide langage.

Récamier donc introduisait d'emblée son auditoire aux plus secrets mystères de la science.

Je n'entends pas faire injure aux autres professeurs de son temps, et je reconnais surtout l'éminence de Broussais, qui, sans son idée fixe, eût été un génie indélébile; mais il semblait que leur tâche se bornât à façonner les élèves de manière à les conduire jusqu'au vestibule du sanctuaire dont Récamier leur ouvrait les portes.

L'illustre professeur nous initiait, dans un langage souvent symbolique et parabolique, aux secrets de la nature; il revenait sans cesse sur les formes pathologiques anomales, s'appliquant toujours à lutter contre les malices de la mort, qu'il a su tant de fois réduire à l'impuissance. Il nous disait « que l'ataxie pouvait compliquer toutes les maladies, attaquer tous les âges, tous les tempéraments; régner en tous » temps, en tous lieux, revêtir toutes les formes, mais qu'on la démas» quait toujours si on avait pour règle invariable de chercher l'harmo» nie; » c'était là tout le secret. Pour reconnaître les allures désordonnées des symptômes, il fallait d'abord bien connaître la pathologie normale. Voici deux exemples d'ataxie pris au hasard :

1° Un sujet a un frisson modéré durant peu temps (plus le frisson est long et plus l'affection qui le suit devra, toutes choses égales d'ailleurs, présenter de gravité); à ce léger frisson, survenu tout à coup chez un individu bien portant, succède l'expectoration de quelques crachats péripneumoniques; la percussion ne dénote qu'un peu d'obscurité dans le son; l'auscultation fait constater un très petit point de râle crépitant; les poumons sont sains d'ailleurs, mais le malade est asphyxié, il va mourir.

Il y a disproportion entre la lésion matérielle et les symptômes généraux; c'est ce qui constitue la *désharmonie de désordre*, l'*ataxie* de cause interne.

2° Un autre sujet s'est piqué légèrement le doigt avec une aiguille; après quelques minutes il perd connaissance, puis il revient à lui; il a des mouvements convulsifs. Cet état de mieux et de pire continue et alterne plusieurs fois, puis tout cesse ou se termine par la mort.

Il y a disproportion entre la cause et les effets produits; il y a ataxie de cause externe. A quoi donc tiennent ces modifications si variées, si notables, si profondes, si graves? A la constitution médicale ou au tempérament des sujets. En d'autres termes, aux influences générales ou aux idiosyncrasies.

Les causes de la première nature montrent leurs effets à la suite des constitutions intermittentes franches ou larvées, dans le cours des épidémies de fièvres éruptives. Les secondes tiennent le plus souvent à la sensibilité plus ou moins exquise des individus, à leur état moral actuel; elles sont aussi influencées par le climat, et se rencontrent très souvent sous les latitudes où la température est très élevée. La race nègre y est plus exposée que la nôtre, etc.

Les bornes d'un article de journal ne peuvent que faire entrevoir l'immensité de l'horizon ataxique. La pathologie normale est l'histoire naturelle simple des maladies; c'en est la moitié. L'étude des modifications apportées par le désordre est peut-être aussi étendue. C'est dans la thérapeutique de ces modifications morbides que gisent les difficultés; c'est dans l'art de saisir les indications d'un traitement utile que se montre la supériorité du médecin vraiment digne de porter ce nom. Ces solennelles circonstances exigent que l'homme de l'art interroge la nature entière pour en tirer ses conséquences thérapeutiques.

C'est ici qu'il doit savoir mettre toutes les sciences à contribution pour venir au secours de son art. La physique, la chimie, l'astronomie lui sont d'un grand secours pour établir son jugement d'hygiéniste et son traitement de médecin. Mais c'est surtout en méditant sur les œuvres d'Hippocrate, et en particulier sur le livre *De aere, locis et aquis*; c'est en lisant et relisant les historiens des épidémies, les Stoll, les Sydenham, qu'il arrivera à une supériorité incontestable. Possédant ces données, il s'expliquera souvent avec une étonnante facilité les causes et le traitement d'affections inconcevables et incompréhensibles pour ceux dont les études n'ont pas été dirigées vers la recherche de ces admirables secrets.

Je connais un savant qui peut faire d'excellentes leçons sur ce grave sujet; heureux pour les élèves si cet article informe et insuffisant tombe par hasard sous les yeux du professeur Trousseau, et lui remet en la mémoire ce qu'il sait et ce qu'il dira si bien!

Tant qu'ils étudient, les élèves ne peuvent comprendre l'utilité des leçons de semblables hommes, abrités qu'ils sont par l'aile tutélaire de ces bienveillants maîtres; mais on en sent l'excellence lorsque, livré à soi-même dans la pratique, environné de confrères trop souvent envieux ou méchants, en face de clients disposés à vous enlever l'honneur d'une cure habile pour diminuer la somme de leur reconnaissance, on est en butte à un monde toujours enclin à faire incomber sur le médecin les malheurs de la pratique.

C'est alors que, cherchant dans ses souvenirs d'école, on est heureux d'y trouver les secours dont on a actuellement besoin; c'est alors aussi que chez les hommes bien doués le cœur se gonfle de reconnaissance pour ceux qui nous ont sacrifié leurs veilles.

Armons-nous donc contre les cas difficiles, méditons sur l'ataxie, pour que nous sachions la reconnaître et la combattre, et aussi pour que les caprices de la nature ne nous trouvent jamais au dépourvu.

Dr Amédée JOUX.

La Ferté-Gaucher, 15 août 1853.

est volumineuse, et est constituée par le cœcum et une masse d'intestin grêle. L'exploration de l'anneau démontre l'absence d'adhérences, de brides. La tumeur est réduite avec la plus grande facilité.

L'abdomen, tendu et météorisé, est alors découvert de haut en bas. Point de liquide; quelques pseudo-membranes apparaissent çà et là sur l'intestin. La portion d'intestin qui contenait la hernie offre des plaques noirâtres violacées et comme ecchymatiques. Du reste, tension manifeste des anses intestinales, qui sont pleines de sang.

Après avoir ouvert et soumis à un courant d'eau la muqueuse, nous constatâmes son boursoufflement et la présence d'érosions du diamètre d'une lentille environ. Cet état pathologique curieux était borné à la portion d'intestin herniée.

En présence de pareils symptômes, l'opinion qui se présentait était celle de l'existence d'une péritonite avec perforation. Ce fut l'idée que se firent tous ceux qui observèrent le malade. Les symptômes qui furent constatés à son entrée semblaient indiquer une phlegmasie intense; la facile réduction et l'aggravation foudroyante des accidents pouvaient très légitimement être rattachés à une déchirure gangréneuse. Aussi notre étonnement fut grand lorsque nous découvrîmes une cause toute différente, et une lésion dont, pour ma part, je ne connais point d'exemple dans ces circonstances, une entérorrhagie de l'anse herniée amenant la mort par son abondance. C'est ce que je n'ai jamais, je l'avoue, vu figurer au nombre des complications de ce genre de maladie.

Quelle est la cause probable de cette hémorrhagie? Doit-on la rattacher à l'énergie des violences exécutées par le malade pour opérer la réduction de la hernie? ou ne serait-elle pas plutôt due à une altération de l'intestin? Je serais pour ma part porté à me rattacher à cette dernière idée, ce qui n'exclurait cependant pas à mes yeux l'addition d'une cause mécanique, qui aurait trouvé d'autant plus de facilité pour agir qu'elle s'exerçait sur un organe préalablement ulcéré. Je n'ai jamais vu les efforts de taxis, quelque énergiques qu'ils aient été, produire l'hémorrhagie, l'exsudation sanguine de l'intestin; la contusion porte plus spécialement alors sur les parties molles ambiantes qui sont ecchymosées. Ici rien de semblable ne fut constaté : les parties antérieures étaient saines et sans infiltration, la lésion bornée aux tuniques intestinales. J'ai vu des malheureux qui, pour opérer la réduction de leur hernie, avaient exercé des pressions longues et énergiques en appuyant avec force sur un corps solide; l'intestin m'a toujours paru sain et susceptible d'être réduit.

Le seul fait qui d'après mes souvenirs pourrait être rapproché de celui dont je viens de donner l'observation est le suivant : « Un jeune homme de robuste constitution vient subir la herniotomie à l'hôpital de Bordeaux. La tumeur, exclusivement intestinale et très volumineuse, ne pouvait être réduite, malgré plusieurs débridements portant sur le collet de la hernie. Comme l'intestin paraissait distendu par un liquide, on se décide à pratiquer une ponction à l'aide d'un trocart explorateur; il s'écoule environ un demi-verre de sang, et dès lors la réduction fut d'une extrême facilité. » Mais évidemment de grandes différences existent entre un simple épanchement sanguin dans l'anse herniée et une hémorrhagie formidable qui tue le malade par son abondance.

Obs. II. — *Hernie inguinale droite dont la réduction s'accompagne de la persistance des accidents d'étranglement. Mort par péritonite chronique. — Kyste stercoral pouvant se lier à l'existence d'un épanchement antérieur localisé.*

Un homme de cinquante ans fut admis dans mon service dans le courant de décembre 1852. Porteur d'une hernie inguinale droite qu'il réduisait avec facilité, il vit subitement sa tumeur devenir irréductible; des efforts multipliés de sa part parvinrent cependant à la faire rentrer.

Lorsque je vis le malade pour la première fois, les accidents d'étranglement persistaient avec une grande violence : vomissements stercoraux, pouls petit et fréquent, sensibilité extrême et météorisme du ventre, face grippée et hippocratique. Tout devait faire supposer que la hernie avait été réduite étranglée, et la question de la gastrotomie se présentait tout naturellement à l'esprit dans le cas où les accidents ne se fussent point apaisés. Le traitement suivant amena cependant une amélioration marquée : vingt sangsues sur l'abdomen, onctions avec l'onguent napolitain belladoné, limonade gazeuse, lavements miellés. Sous l'influence de ces divers moyens, les vomissements s'apaisèrent, les garde-robes se rétablirent, le ventre s'affaissa et la sensibilité diminua; on remarqua cependant que le côté gauche était toujours le siége de douleurs à la palpation.

Le rétablissement du malade, quoique lent, paraissait s'effectuer. Des désordres existaient cependant dans les digestions; à une constipation opiniâtre pendant quelques jours succédait un dévoiement qu'il était fort difficile d'arrêter. En même temps, l'abdomen était toujours douloureux et tuméfié; le malade se plaignait fréquemment de coliques.

Nonobstant, pensant se rétablir plus promptement chez lui, cet homme sort de l'hôpital et rentre quatre mois après. A cette époque, il était évidemment en proie à une affection abdominale chronique qui avait compromis au plus haut point les fonctions du tube digestif. Vomissements fréquents, diarrhée colliquative, abdomen tympanisé et très douloureux à la pression, infiltration des extrémités inférieures; mort prompte.

La nécropsie nous révéla une circonstance curieuse, quand on la rapporte aux premiers accidents morbides que nous a offerts ce malade. Nous trouvâmes dans la fosse iliaque gauche un kyste parfaitement bien limité et contenant une grande quantité de matières fécales à l'état liquide. Après en avoir extrait le contenu et avoir soumis sa face interne à l'action d'un jet d'eau, on constata qu'il communiquait avec une anse intestinale. La détermination de celle-ci présentait des difficultés, les diverses circonvolutions se trouvant ici réunies par des adhérences solides, conséquence de la péritonite, qui existait principalement au pourtour de la lésion. En somme, ce kyste, dont la capacité eût permis l'introduction du poing, était accolé antérieurement à la paroi abdominale antérieure en dedans et en bas à la vessie; profondément il reposait sur une masse d'anses intestinales, avec l'une desquelles nous venons de voir qu'il communiquait. Le reste de l'examen cadavérique ne présenta rien de particulier.

Deux suppositions peuvent être faites, à mon avis, afin d'expliquer les particularités qui précèdent : ou bien le kyste que nous avons décrit s'est formé par suite d'une ulcération dépendant d'une entéro-péritonite; ou l'intestin s'est rupturé au moment de la réduction de la hernie, l'épanchement s'est limité et enkysté. Cette obscurité de détermination de l'époque à laquelle a eu lieu cet accident n'ôte rien à l'importance du fait anatomo-pathologique constaté à la nécropsie. Les lésions que nous avons trouvées expliquent suffisamment les désordres qui sont survenus principalement dans la dernière période de l'existence.

Un autre point de vue pratique qu'on peut envisager est le suivant : bien positivement une des indications les moins contestables de la gastrotomie est celle qui se présente lorsque, une hernie étranglée étant réduite, on voit persister les accidents d'étranglement. Inciser alors au-dessus de l'anneau et aller à la recherche de l'anse intestinale comprimée paraît la conduite la plus sage et la plus rationnelle. Eh bien! dans le fait qui nous occupe, comme dans un dû à la pratique de Dupuytren, les lésions existaient du côté opposé à l'étranglement.

Si les accidents que le malade présentait à son entrée à l'hôpital se fussent continués, je me serais, après avoir pris l'avis de mes collègues, décidé à agir dans ce sens, et n'aurais rien pu faire en faveur de ce malheureux, à raison des dispositions que j'ai signalées.

Obs. III. — *Hernie inguino-scrotale (entéro-épiplocèle). — Excision d'une masse épiploïque pesant 165 grammes sans ligature préalable. Guérison en vingt-six jours.*

Joseph Chambet, âgé de cinquante-deux ans, de Lyon, relieur, de robuste constitution, entre à l'hôpital Saint-André le 17 mars 1853. Depuis dix-huit ans, il porte une hernie inguinale qu'il maintenait à l'aide d'un bandage, et pouvait ainsi poursuivre de longs voyages. Il y a huit jours, entré à titre de reposant, il lui a été donné un brayer.

La veille, Chambet avait pris logement à Langon pour y passer la nuit. A son lever, il veut appliquer son bandage, mais bientôt se déclarent des douleurs tellement vives que le malade est obligé de l'enlever. Il s'aperçoit alors que la hernie était ressortie et fait des tentatives inutiles pour la réduire. La douleur au pli de l'aine s'exaspère, amène des vomissements bilieux, jaunâtres. Un médecin de Langon est appelé, pratique vainement le taxis, et conseille au malade de se rendre à Bordeaux. Du bateau à vapeur, le malade arrive à pied jusqu'à l'hôpital vers deux heures du soir.

Il présente dans la région inguinale droite une vaste oschéocèle dans laquelle la fluctuation est très manifeste; en même temps que la percussion dénote une matité des plus évidentes, pouls plein et fréquent, pommettes colorées; le malade offre une anxiété évidente et accuse des douleurs très vives. Les vomissements bilieux continuent et sont accompagnés de hoquets et de nausées. Chambert raconte qu'à Lyon il a déjà éprouvé des résultats semblables, et que ce n'est qu'à grand' peine et après l'avoir plongé dans le sommeil à l'aide du chloroforme qu'on a obtenu la réduction.

Le soir, tentatives infructueuses de taxis. — 25 sangsues sur le cordon, lavement purgatif, qui amène une selle copieuse de matières fécales. Bain général suivi d'un nouveau taxis aussi infructueux que le premier. Médecine ordinaire, frictions sur la tumeur avec la pommade suivante : axonge, 10 grammes; extrait de belladone, 4 grammes; cataplasme.

Le 18 mars, anxiété très grande, douleurs très vives dans la région inguinale, vomissements jaunâtres continus, face rouge, anémie, pouls très fréquent. Lavement purgatif dans la matinée qui n'a aucun résultat. Deux nouvelles tentatives de taxis. Opération à trois heures.

La chloroformisation est infructueuse; 8 grammes de chloroforme ont cependant été consommés; je juge convenable de ne pas insister davantage. Une seule incision, dirigée selon l'axe de la tumeur, me permet de découvrir promptement le sac après l'incision de quelques fascias. La séreuse n'avait subi aucun épaississement et ne laissa écouler à sa section qu'une très faible quantité de sérosité. Au-dessous se trouva une masse épiploïque volumineuse, comme flétrie et d'une couleur brun-verdâtre, recouvrant un paquet intestinal volumineux composé de plusieurs anses, dont deux pouvaient avoir 25 à 30 centimètres environ et offraient une coloration rouge-brun. Un débridement multiple sur le collet du sac placé à une grande profondeur permet la réduction lente toutefois de ce viscère.

Etalant ensuite l'épiploon, je remarquai qu'une grande partie était indurée et manifestait même une tendance marquée au sphacèle; je l'excisai alors et à peu de distance de la portion restée saine, que je fixai dans l'anneau pour servir de bouchon. La masse excisée pesait 165 grammes. Une seule artère fut liée, et le pansement fut effectué; il était à peine terminé que le malade demanda le bassin et eut immédiatement une garde-robe liquide et très abondante. — 30 sangsues sur la fosse iliaque droite; le ventre est souple, peu douloureux.

Le 19, chaleur normale de la peau, pouls à 84. Même indolence du ventre que la veille, quelques coliques. Dans la nuit, selles diarrhéiques assez répétées, mais peu abondantes. Saignée du bras de 500 grammes. Il n'est point touché au pansement, qui est imbibé d'une sérosité sanguinolente abondante. — Potion avec extrait thébaïque, 0,10 centigrammes; onctions belladonées sur le ventre et cataplasme.

Le soir, pouls à 96, peau peu chaude; ventre souple; trois selles liquides depuis le matin, quelques coliques, point de vomissements.

Le 20, même état; le pouls conservant de la plénitude, on pratique une nouvelle saignée de 300 grammes.

Le pansement est renouvelé; la portion épiploïque qui forme bouchon à l'orifice inguinal se recouvre d'une couche grisâtre; légère odeur gangréneuse; le reste de la plaie est dans un état des plus satisfaisants.

Le 21 mars, la masse épiploïque se gangrène évidemment et commence même à se détacher; état général satisfaisant.

Les jours suivants la plaie se rétrécit et se transforme en bourgeons charnus des plus louables, malgré un érysipèle ambulant qui pendant quelques jours fatigue le malade. C'est à cette circonstance que doit être rattaché le développement d'un abcès qui s'est ouvert spontanément à la partie inférieure de la bourse droite. Nonobstant cette double complication, la cure était complète le 15 avril.

Réflexions. — Une des premières circonstances qui m'a frappé pendant cette opération est le volume considérable de la hernie coïncidant avec une très faible quantité de liquide dans le sac. A coup sûr, si jamais j'ai eu l'espoir de trouver l'intestin isolé, c'est bien dans cette circonstance; on percevait, avons-nous dit, une fluctuation des plus trompeuses, en même temps que la percussion donnait un son mat dans toute l'étendue de la tumeur. Cette double circonstance reçoit son explication de la disposition que présentaient les viscères herniés. L'anse intestinale, d'une très grande longueur et repliée en plusieurs masses appuyées fortement les unes contre les autres, était recouverte de toutes parts par une enveloppe épiploïque.

Mais le point réellement saillant de cette observation consiste à coup sûr dans l'excision d'une masse épiploïque du poids de 165 grammes effectuée sans ligature préalable. L'induration qu'elle avait contractée, jointe à son grand volume, n'en aurait pas, je crois, rendu innocente la réduction. J'ai suivi dans cette circonstance les idées que j'ai déjà émises dans ce journal à propos d'un fait analogue, et n'ai eu encore ici qu'à m'en féliciter. Une artère, qui donnait une assez grande quantité de sang, fut liée, et dès lors toute hémorrhagie fut conjurée. Les selles, avons-nous vu, se sont rétablies avec la plus grande facilité, et jusqu'à sa sortie le malade n'a accusé la moindre épreinte, la moindre colique, rien, en un mot, qui pût me faire supposer un tiraillement quelconque produit par l'adhérence et le déplacement de l'épiploon.

HOSPICE DES ENFANTS TROUVÉS DE BRUXELLES

M. Isidore Henriette.

De la péritonite aiguë et de son diagnostic chez les enfants à la mamelle.

C'est une chose digne de remarque, quand on fait de la médecine des enfants le sujet principal de ses méditations et de sa pratique, que la grande fréquence des maladies du système séreux chez les enfants à la mamelle. Le péritoine, le péricarde, les plèvres, les méninges, présentent tour à tour, et plus fréquemment qu'on ne le croit, des altérations pathologiques qui témoignent d'une disposition particulière de ces organes exhalants à s'affecter chez les enfants du premier âge. Maladies au diagnostic obscur, si ce n'est la méningite, dont la manifestation symptomatologique est la plupart du temps facile à saisir, est-ce à dire que l'inflammation du péritoine, des plèvres, du péricarde ne se reconnaisse qu'après la mort? que les troubles fonctionnels que la péritonite produit tout spécialement soient si peu saisissables qu'on ne puisse les diagnostiquer? Nous ne le croyons pas; mais il faut de la part du médecin une grande attention.

Nous nous permettrons donc de tenter un effort pour dégager cette maladie des ténèbres qui l'entourent, soit en recueillant, pour les coordonner, les matériaux de son diagnostic que nous trouvons épars dans les auteurs, soit en décrivant ce que nous avons observé nous-même. Nous établirons enfin ses caractères différentiels d'avec l'entéro-colite, maladie qui, comme on sait, est très fréquente chez les enfants à la mamelle, et avec laquelle la péritonite peut le plus facilement être confondue, comme cela m'est arrivé chez un enfant qui fait le sujet de la première observation que nous rapporterons tantôt.

D'abord, si nous voulons rechercher la cause de la péritonite idiopathique chez les jeunes enfants, nous sommes bientôt arrêtés. Et ce n'est pas une des moindres bizarreries de cette affection que d'apparaître avec une soudaineté que rien ne fait présager. Chez l'adulte, nous savons tous que la péritonite spontanée s'observe rarement, et qu'on ne la rencontre le plus ordinairement que dans les conditions particulières que font naître l'état puerpéral, les lésions traumatiques, les perforations du tube digestif, etc. Son étiologie est donc des plus incertaines. Nous dirons tout de suite que pour les deux cas que nous avons eu occasion de rencontrer dans notre service, il nous a été impossible de remonter à une cause qui ne laissât pas trop de champ aux suppositions, aux hypothèses, et que, notamment, il n'y avait rien du côté de la cicatrice ombilicale, soit érysipèle ou inflammation. Ceci est important à noter.

Une coïncidence, nous ne pensons pas qu'on puisse y voir autre chose, nous a paru cependant digne d'être signalée; c'est celle qui existe entre nos deux cas de péritonite et ceux observés par M. Bouchut : l'un, chez un enfant à la mamelle, atteint de syphilis comme le sujet de notre première observation, qui était aussi atteint de syphilis et soumis au traitement mercuriel; le second, chez un enfant atteint d'un érysipèle ambulant, comme chez le sujet de notre seconde observation, souffrant également d'un érysipèle ambulant, comme nous le rapporterons tantôt.

Faut-il voir dans cette analogie autre chose qu'une coïncidence, qu'un fait du hasard? Quoique ce langage ne soit guère scientifique et qu'il puisse blesser certaines opinions, nous serions assez disposé à le croire. Sans doute, si on arrivait à connaître la cause d'une maladie rapidement mortelle, cela serait très important, en ce sens qu'on pourrait quelquefois placer les enfants hors des conditions d'influence qui font naître la péritonite; mais là n'est pas la question que nous avons à cœur d'élucider : notre but principal est d'énumérer les symptômes que nous avons observés pour arriver à un diagnostic positif, à établir la séméiotique, jusqu'à ce jour imparfaite malgré les travaux modernes, d'une affection qui, comme nous venons de le dire, ne laisse pas que d'être fréquente. Chez l'adulte, les symptômes de la péritonite aiguë sont des mieux caractérisés. Il est difficile de les méconnaître : l'expression symptomatologique en est si franche, qu'à moins d'une inexpérience qu'on ne peut admettre que chez les jeunes gens qui entrent dans la carrière, il est presque impossible qu'on n'en fasse un diagnostic rigoureux.

En est-il de même chez les enfants à la mamelle? Non. Ici nous n'avons pas pour nous éclairer les renseignements que le malade donne lui-même; ici la maladie ne se reflète pas à nos sens comme chez l'adulte par une face grippée, par un pouls petit, serré, péritonéal. Il existe bien de la douleur au toucher, à la pression, comme le ballonnement du ventre; mais ces deux manifestations morbides appartiennent aussi aux maladies du tube intestinal, et cependant c'est sur leur existence que repose en grande partie la base du diagnostic. Il faut donc bien définir leurs conditions d'être ou de ne pas être, d'intensité, de progrès dans la péritonite des enfants au sein pour la distinguer de la gastro-colite aiguë.

Le début de la péritonite chez les enfants est rapide; on ne peut savoir, comme chez les adultes, s'il est précédé de frissons; mais ce que nous pouvons dire, c'est que, maladie menaçante à son apparition, elle n'est précédée d'aucun prodrome. Les enfants que nous avons pu observer jouissaient d'un état de santé relativement satisfaisant jusqu'au moment où la péritonite s'est déclarée. Ils n'avaient rien présenté d'insolite à notre observation.

L'entéro-colite débute d'une façon moins brusque; les enfants commencent par refuser le sein ou à le prendre avec indifférence quelques jours avant son apparition; puis surviennent des gargouillements intestinaux. Le dérangement des garde-robes ne tarde point à apparaître.

DANS LA PÉRITONITE.	DANS L'ENTÉRO-COLITE.
La sensibilité abdominale est excessive comme dans aucune maladie des organes abdominaux; à la moindre pression, l'enfant pousse des cris.	La sensibilité abdominale est moins vive; on peut encore exercer une certaine pression avant de déterminer les cris.
Le ballonnement du ventre se fait avec une grande rapidité; le ventre se météorise pour ainsi dire à vue d'œil dès le début de l'inflammation péritonéale, en même temps qu'apparaît de la matité à la partie inférieure ou pubienne.	Le ballonnement du ventre se fait moins promptement et successivement, presque toujours en rapport avec l'intensité de la phlogose intestinale.
Les vomissements sont rares; ils n'ont lieu qu'au début; les matières vomies sont sans mélange, tout à fait vertes et tachent le linge qui les reçoit.	Les vomissements sont plus fréquents, plus continus; les matières rendues sont presque toujours mélangées et d'une couleur jaune-verdâtre.
La constipation est un symptôme que nous avons remarqué dans les deux cas que nous avons observés.	La diarrhée est un phénomène presque toujours constant, ou bien les selles sont caillebotées, verdâtres, hétérogènes.
Le facies des enfants ne change guère, les yeux sont plus fixes qu'à l'ordinaire, les enfants conservent leur embonpoint.	Le faciès devient rapidement blafard, les yeux et la bouche se cernent de bleu, l'amaigrissement fait des progrès rapides.
Les enfants se tiennent presque immobiles; ils pleurent quand on les remue.	Les enfants redressent fréquemment leurs jambes sur le ventre.
La respiration est tout à fait thoracique et très accélérée; les mouvements inspiratoires incomplets, courts, comme dit M. Bouchut.	Les mêmes symptômes se produisent, mais avec beaucoup moins d'intensité.
	Le diaphragme ne reste pas, comme dans la péritonite, immobile et passif.

Tels sont les symptômes les plus saillants que nous avons observés. Ils sont en contradiction pour quelques-uns pour la décomposition des traits de la face et la nature des matières vomies, par exemple, avec ceux décrits par Billard, le seul à peu près des médecins qui se soit occupé d'une manière spéciale de la péritonite chez les enfants à la mamelle et qui en fasse une description quelque peu complète. C'est ce qui m'étonne beaucoup, car depuis l'apparition de son traité le champ de la pathologie enfantine a été largement cultivé, et a produit des œuvres extrêmement remarquables. Et cependant les auteurs qui l'ont exploré ne traitent qu'en passant et accessoirement d'une affection qui par sa gravité doit être rangée en tête de celles que l'on doit redouter le plus de voir se développer. Quelques personnes pourront peut-être prendre pour une lacune l'omission que nous avons faite des signes fournis par l'examen des symptômes généraux et du pouls en particulier. Il n'en est rien; seulement nous n'en avons rien dit, parce qu'ils ne nous ont présenté que des phénomènes identiques à ceux qui se produisent dans toute affection pyrétique.

M. Henriette fait suivre ces importantes réflexions de faits qui en démontrent l'exactitude; nous les publierons dans un prochain numéro.

SECTION TRAUMATIQUE COMPLÈTE DU TENDON D'ACHILLE.

Par M. Allaire, médecin à Héricy-sur-Seine.

La rareté des cas de section traumatique complète du tendon d'Achille me détermine à mettre sous les yeux de vos lecteurs l'observation suivante :

Le 26 juillet 1851, Paul Happey, âgé de quatorze ans, d'une assez bonne constitution, de Valence-en-Brie, reçut en jouant et en courant un coup de bêche que lui lança un autre enfant de onze ans à la partie postérieure et inférieure de la jambe gauche à 2 centimètres du talon. Arrivé sur les lieux, distants d'Héricy de 10 kilomètres, trois ou quatre heures après l'accident, j'observe que les téguments sont divisés transversalement dans une étendue de 3 centimètres et demi, que la plaie, béante, non saignante, dirigée un peu obliquement de dehors en dedans et de haut en bas, profonde de 2 centimètres, laisse voir facilement que le tendon d'Achille est coupé dans toute son épaisseur; que le bout inférieur fait *hernie*, que le supérieur est entraîné en haut par l'action des muscles jumeaux et soléaire; que cette rétraction donne lieu de remarquer une dépression mesurant 4 à 5 centimètres, suivant que le pied est étendu ou fléchi.

Incontinent je réduisis le bout inférieur, et je cherchai à ramener inférieurement le bout supérieur en pressant de haut en bas les muscles du mollet, en même temps que, plaçant le pied dans une extension convenable, la jambe étant fléchie sur la cuisse, je tâchai d'affronter le plus possible les deux moignons du tendon.

Provisoirement, je maintins pendant plusieurs jours, au moyen d'un bandage unissant, comme pour les plaies en travers, le membre dans cette position, étendu par sa face externe, sur un oreiller plus élevé du côté du talon. Bientôt donc je substituai à ce bandage un appareil composé d'une demi-guêtre et d'un chausson laissant les orteils à découvert, muni par le talon d'une courroie que l'on fixe à une boucle attachée postérieurement à la demi-guêtre lacée sur le côté, embrassant tout le mollet; enfin le modèle de celui qu'improvisa pour lui-même le célèbre Monro. Aussi simple que commode, cet appareil a et doit avoir l'avantage de mettre et de maintenir au degré convenable le pied dans l'extension. Il va sans dire que, permettant de faire les pansements avec facilité, il donne aussi au patient la possibilité de quitter le lit et de se promener, toutefois en se servant de béquilles.

Malgré mes efforts et mes soins, ne pouvant pas obtenir une réunion immédiate des deux bouts du tendon, je dus compter sur la formation d'un tissu médullaire entre les deux bouts du tendon sans dommage pour mon petit malade. Mes prévisions se sont réalisées.

Dès le 20 septembre suivant, j'exécutai moi-même et je fis exécuter à cet enfant des mouvements légers d'abord, ensuite plus étendus de l'articulation tibio-tarsienne, et il dit éprouver la sensation d'une corde qui *tire*.

Le point correspondant à l'extrémité du bout supérieur du tendon présente la marque de son origine par un plus gros volume, qui n'existe pas ou très peu au point correspondant à l'extrémité du bout inférieur. Aucune dépression n'existe entre eux. La coaptation médiate s'est avantageusement opérée. L'enfant posant le pied sur un tapis, le talon porte parfaitement; mais je ne saurais encore lui donner la liberté de marcher sans béquilles.

Une forte pantoufle à talon élevé, construit de manière à pouvoir être abaissé à volonté et par degré, remplaça la guêtre et le chausson.

Je pus constater que la guérison était complète après 65 jours de traitement en présence de mes confrères Bardout (père et fils) et Miller (de Fontainebleau), qui précédemment avaient déjà vu ce petit malade avec moi.

Nota. — Je passe sur diverses particularités touchant le cas de section traumatique complète du tendon d'Achille, méconnue par un médecin qui a visité inconsidérément mon petit malade, reconnue par un autre envoyé *judiciairement*, blâmant mon simple appareil *mal posé*, et voulant lui substituer un bandage amidonné sans mon concours. Bref, les divers pansements intempestifs ont pu nuire à la réunion immédiate. Le bout inférieur du tendon, ayant eu à subir le contact de l'air, s'est vascularisé en forme de champignon, et en faisant de nouveau hernie; d'où nécessité d'une nouvelle réduction. Pansement avec de la charpie sèche.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 10 août 1853. — Présidence de M. Huguier

PRÉSENTATION DE MALADE.

Du traitement des abcès sous-périostiques aigus.

Les abcès sous-périostiques aigus, quand ils occupent une grande partie de la longueur du fémur, constituent une affection extrêmement grave; la plupart des jeunes sujets qui en sont atteints périssent au bout d'un temps quelquefois très court.

La jeune fille de treize ans présentée à la Société par M. Chassaignac a été soumise à un traitement qui n'a pas duré moins de quinze mois, mais qui a eu un résultat définitif assez heureux, puisque la jeune malade se sert parfaitement de son membre.

Deux points sont à remarquer dans ce cas : d'une part, le traitement aigu; d'autre part, le traitement de la nécrose qui succède inévitablement aux abcès de ce genre.

A l'état aigu, l'affection a été attaquée par deux larges incisions, l'une en dehors, l'autre à la partie interne de la cuisse. Ces débridements à travers toute l'épaisseur des couches musculaires ont prévenu les ravages de la dyogénie et la diffusion purulente dans les divers tissus du membre.

Contre la nécrose, on a usé de douches à l'acide chlorhydrique dans la proportion de quelques grammes d'acide par litre d'eau distillée. Afin d'apprécier les résultats, on commençait par faire une injection de deux litres d'eau. Le liquide provenant de cette première douche étant analysé ne fournissait aucune trace de phosphate calcaire. Ce sel se retrouvait, au contraire, constamment en très petites proportions, il est vrai, dans le résidu des couches acidulées chlorhydriques.

— Après la lecture et l'adoption du procès-verbal, M. Guersant donne des détails sur le jeune malade qui avait été soumis à l'examen de la Société de chirurgie.

Il a procédé à l'opération le samedi 6 août. Après s'être assuré, à l'aide de tractions exercées sur le polype, que son implantation se faisait à la partie supérieure du pharynx, et que cette implantation était assez solide pour résister aux efforts qu'il fit pour arracher la tumeur, M. Guersant se décida à enlever une partie de l'os maxillaire. Après avoir fendu la joue, il fit donc la résection partielle de cet os, laissant en place le plancher de l'orbite. Il a pu alors arriver directement sur l'origine du polype, et il a constaté qu'il était formé de deux parties distinctes : l'une adhérente par un large pédicule à la partie supérieure du pharynx à l'apophyse basilaire : c'était la tumeur qui faisait saillie dans le pharynx; l'autre, celle qui glissait derrière le maxillaire supérieur, adhérait à la face interne de la base de l'apophyse ptérygoïde. Pour détacher ces tumeurs, l'opérateur s'est servi de ciseaux. Il y eut un peu d'hémorrhagie, que l'on comprima immédiatement à l'aide d'un cautère; il n'y eut lieu de faire aucune ligature. L'opération dura dix minutes. Depuis lors il n'y a pas eu d'accidents. Le malade a eu 110 pulsations; le pouls est actuellement à 90.

En résumé, dit M. Guersant, pour procéder à l'ablation de ces tumeurs, nous avons suivi le conseil de M. Robert, et nous nous en sommes bien trouvé. Sans la résection partielle du maxillaire, nous n'aurions pu atteindre le polype à ses racines.

M. Gosselin demande quelques renseignements plus précis sur le siége d'implantation de la tumeur sous-jugulaire.

M. Guersant pense avoir bien reconnu que l'implantation avait lieu à la base de l'apophyse ptérygoïde; cependant il n'oserait absolument l'affirmer.

M. Forget a assisté à l'opération, et ajoute quelques détails sur le manuel suivi par M. Guersant. Il a été frappé de l'analogie qui existait entre cette affection et celle observée à Beaujon dans le service de M. Huguier, quant à la nature intime de la tumeur, quant à son insertion multiple. Il redoute, en raison de cette analogie, les suites de l'opération.

M. Huguier fait remarquer la part que la Société de chirurgie a prise dans les études relatives à ces formes de polypes fibreux. Comme il est important que ce nouveau fait soit communiqué avec la plus grande précision, il regrette de ne pas avoir entendu M. Guersant donner des détails suffisants.

M. Guersant réplique qu'au milieu d'une opération aussi sérieuse, il n'a pu s'attacher à préciser rigoureusement l'insertion de la deuxième tumeur. Quant à la première, elle était bien positivement insérée sur l'apophyse basilaire.

M. Robert demande si la tumeur basilaire était adhérente au centre, ou à la base de cette apophyse. Quant à la tumeur ptérygoïdienne, elle devait naître sur ces scissures où se trouvent une grande richesse de tissu fibreux; car ces prétendus polypes sont formés par l'hypertrophie de ce tissu.

Dans la première opération qu'il a pratiquée, M. Robert, tout occupé des difficultés de l'opération, n'avait pas reconnu l'insertion précise de la tumeur; mais dans le deuxième cas, il a agi avec plus de tranquillité, et alors il a vu que la tumeur s'insérait latéralement dans le tissu sous-sphénoïdal, là où la disposition favorable au développement de ces tumeurs existe au plus haut degré.

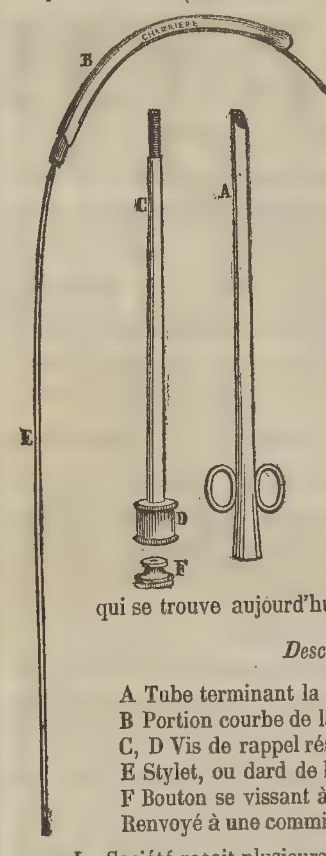
M. Guersant affirme que la tumeur s'insérait bien sur le centre même de l'apophyse basilaire.

Correspondance.

M. Larrey dépose sur le bureau un travail de M. Apostolides, intitulé :

Note sur un nouveau système de bandages en caoutchouc vulcanisé pour la réunion immédiate, et particulièrement pour le bec-de-lièvre simple ou double. (Commissaires : MM. Larrey et Guersant.)

Nouvelle sonde à dard.



M. Charrière fils présente à la Société de chirurgie le modèle d'une nouvelle sonde à dard.

On sait que dans la sonde actuelle le dard heurte contre les parois de la sonde quand on veut le rentrer après l'avoir retiré pour le nettoyer. Il en résulte que l'instrument ou bien reste sale et se détériore, ou bien que le dard s'émousse si on veut le nettoyer.

D'après la nouvelle modification, non-seulement le nettoyage est facile, mais encore on peut donner à la sonde le degré de courbure que l'on désire.

La modification imaginée par M. Charrière fils consiste à articuler la sonde à dard de la même manière que M. Charrière père articula, en 1836, la sonde d'homme et de femme qui se trouve aujourd'hui dans toutes les trousses.

Description des figures.

A Tube terminant la sonde à dard.
B Portion courbe de la sonde.
C, D Vis de rappel réunissant les deux tubes.
E Stylet, ou dard de la sonde.
F Bouton se vissant à l'extrémité du stylet.
Renvoyé à une commission composée de MM. Follin et Robert.

— La Société reçoit plusieurs journaux de médecine.

— A la suite de la correspondance, MM. Robert et Larrey donnent des nouvelles de M. Giraldès, qui a été victime d'un terrible accident en pratiquant une autopsie. L'état général est bon. Une commission désignée par M. le président devra se rendre auprès de M. Giraldès pour lui témoigner tout l'intérêt que la Société a pris à l'accident qui lui est arrivé.

Rapport.

M. Monod donne lecture du rapport suivant :

Rapport sur un mémoire présenté à la Société de chirurgie par M. Prestat, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Pontoise.

Messieurs, vous avez chargé MM. Michon, Lenoir et moi de vous présenter un rapport sur un travail qui vous a été envoyé par M. Prestat à l'effet d'obtenir le titre de correspondant de notre Société. Ce travail se compose du simple récit de cinq faits propres à faire apprécier l'utilité des injections iodées dans certaines affections chirurgicales.

La première observation a trait à une ascite survenue à la suite d'une hépatite compliquée de péritonite subaiguë sur un homme de trente-quatre ans. Après avoir inutilement tenté d'obtenir la résorption du liquide, trois ponctions furent faites à un mois d'intervalle; chacune donna issue à douze litres environ de sérosité albumineuse, et l'exploration du ventre après les ponctions permit de constater que le foie n'était pas hypertrophié et qu'il n'existait aucune tumeur dans l'abdomen.

Après la troisième ponction, comme après les deux premières, le liquide s'était rapidement reproduit; l'état général du malade était devenu fort grave; l'amaigrissement était très prononcé, la sécrétion urinaire presque nulle; l'oppression était telle que le malade était obligé de se tenir assis, et que l'ingestion d'une petite quantité d'aliments suffisait pour déterminer une suffocation imminente. Il n'y avait pas de signes d'affection du cœur.

En l'absence de tout signe de maladie organique, et en présence des désordres qui devaient amener une mort prochaine, M. Prestat, de concert avec ses collègues de l'Hôtel-Dieu, se décida à faire une quatrième ponction, suivie de l'injection de 200 grammes d'eau tiède additionnée de 50 grammes de teinture d'iode. Il malaxa les intestins, maintint le liquide dans l'abdomen pendant cinq minutes, en laissa écouler la moitié, qui entraîna des flocons d'albumine coagulée, et retira la canule.

Les accidents immédiats furent terribles : douleur extrême; face pâle et décomposée; pouls faible, petit, ralenti; suffocation qui semblait due à ce que la douleur empêchait le diaphragme de se contracter. Au bout de dix minutes, la suffocation fut moindre; le pouls se releva, mais la douleur persista. Quelques heures après, le ventre était aussi volumineux qu'avant l'opération, et le malade présentait tous les symptômes d'une péritonite suraiguë qui s'amenda au bout de quatre jours et disparut le huitième. Une compression méthodique fut alors employée, et des potages furent accordés au malade. Le ventre commença à diminuer de volume; les urines devinrent abondantes. Quatre mois après l'opération, le malade quitta l'hôpital ayant encore le ventre gros et éprouvant beaucoup de gêne pour se redresser et se ployer. Quatre mois plus tard, cette gêne avait disparu, et aujourd'hui, trois ans et demi après l'opération, cet homme jouit d'une très bonne santé et se livre à de rudes travaux sans le moindre inconvénient.

Dans la deuxième observation, il est question d'une femme de 64 ans affectée d'ascite très volumineuse. Le ventre avait 123 centimètres de circonférence, et une ponction simple avait donné issue à plus de vingt litres de sérosité. On avait constaté, après la ponction, l'existence dans le ventre d'une douzaine de tumeurs mobiles, du volume d'une grosse noix à celui d'une petite pomme. La suffocation empêchait la malade de se coucher. Il n'est rien dit dans l'observation de l'état du cœur, ni des gros vaisseaux. M. Prestat, après avoir vidé le ventre, injecta une solution de 30 grammes de teinture d'iode dans 220 grammes d'eau, et après avoir malaxé les intestins et laissé séjourner la liqueur pendant cinq minutes, il en retira environ la moitié. Douleur vive, surtout à l'épigastre; petitesse et ralentissement du pouls, pâleur de la face, demi-syncope, tels furent les accidents immédiats, qui se dissipèrent au bout de huit minutes. Les accidents inflammatoires furent presque nuls; mais le ventre, dès le surlendemain, avait déjà 102 centimètres de circonférence, et deux mois après il avait repris tout son volume.

M. Prestat fit alors une deuxième ponction, qui amena la même quantité de sérosité, de même nature que la première fois, sans traces de fausses membranes; il injecta 70 grammes de teinture d'iode dans 220 grammes d'eau : la proportion de teinture, qui avait été d'un septième dans la première opération, fut portée au quart. Les phénomènes immédiats furent beaucoup plus caractérisés. Il s'y joignit des vomissements immédiats. Les accidents inflammatoires furent cependant très modérés. Le ventre, qui huit jours après l'opération mesurait 89 centimètres, n'en mesurait plus que 77 au bout d'un mois; mais cette amélioration ne persista pas, et au bout de trois mois le ventre avait

repris à peu près le volume qu'il avait primitivement, lorsque la malade mourut subitement en rendant par la bouche un verre de mucus bronchique coloré de sang. L'autopsie ne fut pas faite.

La troisième observation a trait à une plaie contuse du genou par écrasement, sans fracture, avec décollement de la peau du jarret. Il se forma un vaste abcès du jarret, qui se vidait par une ouverture supérieure au côté externe de la cuisse. Au bout de six semaines, le foyer s'enflamma ; le pus devint séreux, chargé de gaz, et le malade fut pris de frissons irréguliers. M. Prestat injecta dans le foyer 16 grammes de teinture d'iode mêlés à la même quantité d'eau, et maintint le liquide en place pendant vingt-quatre heures au moyen d'une bandelette agglutinative appliquée sur l'ouverture. La réaction et la douleur furent presque nulles. Au bout de cinq jours, le pus était crémeux, peu abondant ; l'état général excellent. L'injection fut renouvelée trois fois, de six en six jours ; à chaque fois la quantité qui pénétrait était moindre. Dix jours après la dernière injection, la cicatrisation était achevée. Le malade conserva une ankylose incomplète du genou, qui, malgré un traitement énergique, n'était pas complètement dissipée au bout de quatre mois et demi.

Si l'on rapproche de ce fait une circonstance que M. Prestat a observée au moment de l'accident, savoir, l'écoulement de la synovie par la plaie, écoulement qu'il attribua à la déchirure de la gaîne tendineuse du biceps, on sera porté à croire que M. Prestat a eu affaire à une lésion beaucoup plus grave que celle qu'il indique, c'est-à-dire que l'articulation du genou a été ouverte et qu'elle communiquait avec le foyer qui existait dans le creux du jarret.

La quatrième observation a pour objet un petit kyste purulent développé à la mâchoire supérieure, au-dessus de la racine d'une première molaire laissée en place lors de l'extraction de cette dent. L'ouverture de ce kyste faite par le bistouri était restée fistuleuse. Des injections de teinture d'iode pure pendant six semaines, tous les quatre jours, guérirent cette affection, qui durait depuis dix-huit mois.

Le cinquième fait est celui d'un abcès froid de la cuisse chez une enfant de onze ans, scrofuleuse. L'abcès, vidé au moyen d'un trocart, fut lavé avec une solution de 30 grammes de teinture d'iode dans 60 grammes d'eau. L'ouverture resta fistuleuse, et M. Prestat fit tous les dix jours une injection de teinture d'iode pure. La tumeur disparut au bout de six semaines, laissant un peu d'empâtement du tissu cellulaire. Un traitement général fut en même temps dirigé contre l'état scrofuleux.

Tels sont les cinq faits que M. Prestat a présentés à la Société de chirurgie, laissant à celle-ci le soin de les apprécier et de les commenter. Vous avez vu qu'il s'agit de deux faits d'injections iodées dans le péritoine et de trois faits d'injections iodées dans un abcès froid, dans un foyer purulent, suite de plaie contuse, qui prenait un mauvais aspect, et dans un vieux kyste purulent.

Les injections iodées ont été l'objet de nombreux travaux depuis ces dernières années, et la Société de chirurgie a contribué à ces travaux pour une large part. Deux questions principales sont à l'étude : les injections iodées ont été employées pour la guérison des collections séreuses et pour la guérison des suppurations, soit aiguës, soit chroniques.

La première question est élucidée par des faits assez nombreux pour que l'utilité des injections iodées pour la guérison des hydropisies et des kystes ne puisse plus être contestée. Mais que de points de pratique encore indécis ! Dans quels cas sont-elles indiquées ? Quelles doivent être la composition et la quantité du liquide ? Combien de temps doit-on le laisser séjourner ? Le praticien est encore sans guide, et si on consulte les faits publiés, on voit que la manière de faire a beaucoup varié. Le moment n'est pas encore venu où l'on puisse tracer des règles fixes pour le traitement des collections séreuses par les injections iodées ; les faits ne sont pas encore assez nombreux pour pouvoir peser comparativement la valeur des divers modes employés. Il faut enregistrer avec soin tous les faits nouveaux qui se présentent ; et, sous ce rapport, on doit savoir gré à M. Prestat des éléments qu'il apporte à la solution de la question par les deux faits d'injection péritonéale dont je vous ai présenté l'analyse. Examinons ces deux faits, et voyons si la conduite de M. Prestat est préférable à celle qui a été suivie dans d'autres cas semblables.

Dans la première observation, il s'agit d'une hydropisie essentielle, suite d'une péritonite qui avait résisté à tous les moyens tentés par M. Prestat. L'état général était des plus fâcheux ; le liquide se reproduisait rapidement après les ponctions faites pour l'évacuer. L'injection iodée a évidemment guéri le malade, mais il faut avouer qu'il s'en est fallu de peu qu'elle n'ait produit un résultat tout opposé. Nous pensons que les dangers si grands courus par le malade tiennent en partie au procédé suivi par M. Prestat.

Ce chirurgien a employé un liquide plus fort que celui dont on avait fait généralement usage avant lui : M. Griffon a injecté 150 grammes d'eau tenant en dissolution 25 grammes de teinture d'iode et 2 grammes d'iodure de potassium ; M. Boinet a mêlé 30 grammes de teinture d'iode et 2 grammes d'iodure de potassium à 180 grammes d'eau. La solution de M. Griffon contient 1/71[e] d'iode et un peu plus de 1/6[e] d'alcool ; la solution de M. Boinet contient 1/72[e] d'iode et un peu plus de 1/6[e] d'alcool ; celle de M. Prestat contient 1/50[e] d'iode et 1/4 d'alcool. En outre, M. Prestat a supprimé l'iodure de potassium, qui entre pour 1/75[e] et 1/90[e] dans les liquides employés par MM. Griffon et Boinet. Enfin, M. Prestat a employé une quantité plus considérable de liquide, et il a à dessein laissé dans le péritoine la moitié du liquide injecté. Il a produit ainsi une péritonite suraiguë à laquelle le malade a failli succomber, et qui s'est terminée par des adhérences, cause des douleurs qu'a éprouvées le malade lorsqu'il voulait se redresser. Nous pensons que M. Prestat eût pu guérir son malade sans lui faire courir autant de dangers. A en juger par les faits connus, il n'est pas prudent de dépasser d'emblée la proportion de 1/70[e] d'iode et de 1/6[e] d'alcool, et il faut y associer 1/70[e] à 1/80[e] d'iodure de potassium. Après quelques minutes employées à laver le péritoine, il faut évacuer le plus de liquide possible. Dans ces limites, la péritonite semble peu à craindre ; on a plutôt à redouter un insuccès, faute de réaction suffisante, et c'est alors qu'on pourra, dans des injections subséquentes, employer un liquide plus fort. C'est ce qu'a pu faire avec succès l'un de nous qui, après avoir échoué dans un cas en employant le liquide ordinaire, a réussi au moyen d'une solution contenant 1/40[e] d'iode et d'iodure et 1/2 d'alcool. Nous reviendrons tout à l'heure sur ce cas.

Il est à notre connaissance que dans deux autres cas la solution de Guibourt, qui contient 1/20[e] d'iode et d'iodure et 1/2 d'alcool, a été involontairement poussée dans le péritoine. Dans l'un de ces cas, on croyait avoir affaire à un kyste de l'ovaire ; il survint une péritonite rapidement mortelle. Dans le second cas, il s'agissait d'un kyste de l'ovaire, qui avait été injecté une première fois sans succès avec une solution faible, et qu'on voulut injecter de nouveau avec la solution de Guibourt. Après l'évacuation de la sérosité, la canule, ayant été enfoncée davantage, se trouva dégagée de l'intérieur du kyste, soit que son extrémité ait perforé la paroi du kyste, soit que le plissement de celui-ci, ou quelque mouvement de la malade ait déterminé le retrait de la poche au delà du bout de la canule ; quoi qu'il en soit, une douleur aiguë qui suivit l'injection de la première seringuée avertit le chirurgien qu'il se passait quelque chose d'insolite, car l'introduction de la solution de Guibourt dans un kyste de l'ovaire ne cause aucune douleur. Il tâcha de faire écouler le liquide, mais sans succès, et injecta immédiatement deux seringuées d'eau tiède ; le tout resta dans le péritoine. Il survint des accidents de péritonite assez graves, mais qui se dissipèrent au bout de deux jours.

De ces différents faits résulte pour nous la règle que dans les injections péritonéales les limites indiquées plus haut pour la force du liquide ne doivent être dépassées que dans des cas tout à fait exceptionnels.

Dans la seconde observation de M. Prestat, il s'agit d'une ascite compliquée de nombreuses tumeurs, sur la nature desquelles il ne s'explique pas. Une première injection faible n'ayant produit aucun résultat, une deuxième plus forte fut tentée, mais également sans succès, et la malade était revenue à son état ordinaire, lorsqu'elle mourut subitement trois mois après la seconde opération. Nous nous sommes demandé si la présence de ces tumeurs n'aurait pas dû contre-indiquer toute tentative de guérison de l'ascite. Fallait-il, comme dans les cas où l'ascite n'est qu'un symptôme d'une affection organique du cœur ou du foie, renoncer à toute tentative de guérison ? Nous ne le pensons pas, et sous ce rapport nous approuvons la conduite tenue par M. Prestat dans ce cas difficile.

En effet, quoiqu'il y eût tout lieu de croire que l'ascite était liée à la présence de ces tumeurs, cependant on voit si souvent le ventre rempli de ces tumeurs sans ascite que M. Prestat pouvait encore espérer de débarrasser la malade de cette complication, qui par elle-même devenait une cause d'accidents graves. Si ces tumeurs avaient été de nature cancéreuse, il aurait fallu sans doute abandonner la maladie à son cours nécessairement fatal ; mais il nous paraît évident qu'il s'agissait de ces tumeurs fibreuses qui ne gênent les malades que par leur volume et leur poids, lorsque leur siége ne trouble pas les fonctions des organes abdominaux, et elles n'empêchent pas les malades d'atteindre une vieillesse avancée. L'un de nous a cru devoir agir comme M. Prestat dans deux cas analogues et n'a eu qu'à se louer de sa détermination. Consulté par une dame qui, comme la malade de M. Prestat, avait une ascite considérable compliquée de la présence dans l'abdomen de plusieurs tumeurs mobiles, indolentes, il conseilla l'injection iodée. M. Récamier avait antérieurement évacué la sérosité en ouvrant l'abdomen au moyen de la potasse caustique, et le liquide s'était reproduit. L'injection fut pratiquée avec le liquide employé par M. Boinet ; les accidents furent presque nuls. Six mois après le liquide ne s'était pas encore reproduit, et la malade ne s'étant pas encore représentée, il y a lieu d'espérer que la guérison s'est maintenue.

Le second fait est encore plus remarquable : c'est celui dont nous avons déjà fait mention et sur lequel nous croyons devoir appeler un moment votre attention.

M[me] C..., Anglaise, âgée de trente ans, mère de deux enfants, était affectée d'un prolapsus de l'utérus suite d'une déchirure du périnée à sa première couche et d'une tumeur de l'ovaire gauche. Etant grosse de trois mois, elle fit une chute dans un escalier, et le ventre fut fortement contus. Y eut-il rupture d'un kyste de l'ovaire, ou seulement péritonite par le fait de la contusion ? Nous ne saurions le dire ; mais le fait est que dès le lendemain le ventre avait pris un développement considérable, que pendant cinq jours il y eut des vomissements continuels, qu'il s'ensuivit un avortement et qu'il en résulta une ascite si considérable que trois mois après M. Velpeau tira par la ponction 17 litres de sérosité et constata la présence d'une tumeur solide de l'ovaire du volume des deux poings.

La collection se renouvela rapidement, et, trois mois après la première ponction, une seconde évacuation de la même quantité de liquide fut faite. Cette fois une injection iodée fut pratiquée avec :

Eau.	130 grammes.
Teinture d'iode. . . .	30 —
Iodûre de potassium. . .	2 —

Le ventre fut comprimé par du coton et un bandage de corps en flanelle. Les accidents immédiats furent assez intenses, mais se calmèrent au bout de douze heures.

Quelques jours après, la compression fut exercée par une ceinture élastique de M. Gariel, et l'utérus fut maintenu par un appareil ingénieux du même auteur. La sérosité se reproduisit, mais plus lentement, et quatre mois après, sans attendre que le ventre eût pris tout son développement, une ponction fut faite, qui n'amena que douze litres de sérosité, et une seconde injection fut pratiquée avec le même liquide que la première fois ; les accidents furent moins intenses qu'à la première opération et les mêmes précautions furent prises.

Le résultat fut plus satisfaisant ; le liquide se reproduisit plus lentement, et un peu plus de quatre mois après la ponction n'amena que sept litres d'eau. Une injection fut faite avec le liquide suivant :

Eau.	250 grammes.
Alcool.	60 —
Iode. . . . . }	6,25 —
Iodure de potassium. . }	

Le liquide fut, comme les deux premières fois, évacué aussi complétement que possible après avoir été maintenu pendant quelques minutes. Les accidents immédiats furent très intenses. Les vomissements durèrent quatre jours avec des douleurs très vives ; puis tout rentra dans l'ordre.

Il y a aujourd'hui plus de dix-huit mois que cette dernière opération a été pratiquée ; on sent au palper la tumeur de l'ovaire et quelques traces de liquide dans le péritoine. La malade se considère comme guérie, et se félicite d'autant plus du résultat que l'utérus, n'étant plus repoussé par cette énorme masse de liquide et ayant peut-être contracté quelques adhérences, reste maintenant en place. Elle continue l'usage de la ceinture de M. Gariel.

Les deux faits que nous venons de vous rapporter viennent à l'appui de la conduite tenue par M. Prestat, et nous paraissent légitimer l'espérance qu'il avait de guérir sa malade, malgré la complication qui existait chez elle.

Quant aux trois dernières observations qui sont rapportées dans le mémoire de M. Prestat, elles ont trait, comme nous l'avons dit, à des injections iodées pour des cas de suppuration chronique. Les succès obtenus par ce traitement dans les cas de cette nature sont tellement nombreux qu'il n'est plus permis de révoquer en doute l'efficacité de ces injections, et les trois faits de M. Prestat ajoutent encore à ce que nous savions déjà à cet égard.

M. Prestat a été un des élèves internes distingués des hôpitaux et de la Faculté de Paris ; il est chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Pontoise et a réalisé les espérances qu'il avait fait concevoir comme élève.

Nous proposons :

1° De remercier M. Prestat de sa communication ;

2° De déposer son travail dans les archives de la Société ;

3° De lui accorder le titre de membre correspondant de la Société de chirurgie.

M. Boinet, après cette lecture, demande la parole pour dire qu'il lui serait possible d'ajouter un grand nombre de faits à ceux signalés par M. Monod. Il se réserve de revenir sur ce sujet quand la commission nommée pour examiner la valeur des injections iodées aura fait son rapport.

Quant à présent, il peut annoncer que sur 17 cas d'injections pratiquées pour des affections de l'ovaire, il a eu 15 guérisons, et les deux insuccès étaient dans de telles conditions qu'il lui sera facile de démontrer qu'ils sont loin d'infirmer la valeur de la méthode.

La Société vote ensuite sur les conclusions du rapport, et les adopte.

Sur la demande de M. Michon, le rapport de M. Monod sura publié dans le *Bulletin*.

Discussion sur le rapport de M. Robert.

M. Demarquay prend ensuite la parole. Nous publierons son discours dans le prochain numéro.

Le secrétaire de la Société, E. Laborie.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Traitement de l'engorgement de la mamelle à l'aide du collodion.

Par le docteur Spengler.

La compression méthodique de la mamelle, recommandée et pratiquée par MM. Trousseau, Contour, Sandouville en France, et en Allemagne par le docteur Kwisch, surtout avec le bandage amidoné, est conseillée par le docteur Spengler à l'aide du collodion, de préférence à tout autre bandage. Facile dans son application, puisqu'il suffit de découvrir simplement la mamelle pour y appliquer une couche de cette substance, s'il se fendille en séchant on n'a qu'à en faire une application nouvelle. Indépendamment de cela, il aurait l'avantage de garantir la partie de l'action de l'air, tout en la laissant accessible à l'œil du médecin ; de ne pas comprimer la poitrine, de n'avoir pas besoin de l'application de cataplasmes, et s'il se formait un abcès, de pouvoir l'ouvrir sans ôter l'appareil ; et quand même il en résulte un trajet fistuleux avec suppuration abondante, l'appareil ne serait nullement dérangé.

L'auteur rapporte le fait suivant, qui est remarquable par la promptitude de la guérison :

Il s'agissait d'une femme de vingt-trois ans, qui nourrissait depuis six mois, et chez laquelle, par suite d'une affection de nature rhumatismale, se déclara une tumeur à la mamelle droite, de la grosseur d'un œuf d'oie, avec suppression du lait et fièvre intense. L'auteur applique sur la tumeur une couche de collodion épaisse et dépassant la partie malade de deux doigts, et en même temps il lui administre un purgatif salin.

La compression est bien supportée, et au bout de quelques heures produit un soulagement notable.

Le jour suivant, des fentes s'étant présentées dans la couche du collodion, une nouvelle couche y est appliquée. La tumeur avait diminué beaucoup ; la malade peut quitter le lit.

Au quatrième jour la guérison était complète, et bientôt recommence la sécrétion du lait. (*Deutsche klinik.*)

Du traitement de quelques paraplégies. — Indications de l'emploi du *rhus radicans*.

Nous extrayons d'une leçon clinique de M. le professeur Trousseau quelques-unes des indications formulées par ce savant praticien au sujet d'une des causes les plus communes de la paraplégie.

Quelques paraplégies sont, comme on le sait, d'origine rhumatismale ; on les reconnaît particulièrement à la coexistence de douleurs dans les membres, avec la diminution ou la perte des mouvements. M. Trousseau préconise contre cette espèce de paraplégie l'usage de la poudre de belladone ; elle lui a fourni un cas de guérison complète et très rapide en quelques jours.

D'autres paraplégies tiennent à ce que Brown appelle l'usure de l'incitabilité, à ce que les pathologistes d'une autre école appellent l'épuisement des forces radicales. Ces paraplégies reconnaissent souvent pour cause la chlorose, l'anémie, les pertes séminales, le coït exagéré, l'onanisme, etc. Les frictions excitantes, la flagellation, l'urtication et les affusions froides, jointes à l'usage des ferrugineux et des toniques amers, tel est l'ensemble des moyens que M. Trousseau recommande dans ces cas. Soit que ces moyens ne réussissent pas, soit qu'on ait affaire à une de ces paraplégies d'origine obscure et de cause inconnue, il faut avoir recours aux moyens empiriques, au nombre desquels la strychnine occupe le premier rang.

Au sujet du dernier ordre de paraplégies, M. Trousseau appelle l'attention des praticiens sur un agent thérapeutique encore peu connu, le *rhus radicans*, conseillé par Dufrénoy (de Valenciennes) contre les paraplégies dues à la rétrocession des dartres, et dont M. Bretonneau assure avoir retiré de bons effets dans les paraplégies consécutives à des commotions traumatiques de la moelle épinière ou à des affections n'entraînant pas des lésions organiques. On prépare l'extrait avec le suc non dépuré de la plante, et on l'administre en pilules de la manière suivante :

Extrait de rhus radicans.	5 grammes.
Excipient inerte.	q. s.

pour 25 pilules.

On commence par une pilule et on augmente d'une tous les jours jusqu'à ce qu'on soit arrivé à seize. Chez l'enfant, on commence par une pilule contenant 5 centigrammes d'extrait, et on ne dépasse pas la dose de 50 centigrammes par jour.

D'après les expérimentations de MM. Bretonneau et Trousseau, le rhus radicans, sans être d'un effet curatif certain, ni même aisé à préparer, a procuré néanmoins assez de guérisons pour qu'on doive en tenter l'emploi quand les médications rationnelles ont échoué. (*Bull. de Thérap.*)

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur 36, rue de Vaugirard.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

	Trois mois	Six mois	Un an
Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	8 fr. 50 c.	16 »	30 »
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	9 fr.	17	33
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	10 fr.	20	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

PARIS, LE 24 AOUT 1853.

Séance de l'Académie de Médecine.

Deux rapports fort intéressants ont rempli la séance ; tous deux ont été renvoyés, avec les mémoires sur lesquels ils reposaient, au comité de publication.

Le premier a été fait par M. Londe, sur une note relative à la suppression des quartiers de gâteux dans les asiles des aliénés, par M. le docteur Archambault, médecin en chef à Charenton. Le moyen proposé par M. Archambault consiste à suppléer au défaut d'intelligence des aliénés par la surveillance des infirmiers chargés de veiller à ce que chacun d'eux accomplisse périodiquement, et à des moments précis de la journée, les fonctions exonératrices.

Ce moyen a parfaitement réussi, et les gâteux n'ont rien maintenant dans les vêtements qui les distingue des autres aliénés ; leur quartier est égal aux autres pour la propreté. Quelques réclamations de priorité ont eu lieu, mais elles n'ont pas paru fondées à la commission, qui attribue à M. Archambault tout l'honneur de cette très réelle amélioration.

L'autre rapport, lu par M. Piorry, est relatif à un mémoire de M. le docteur Lecadre (du Havre) sur les névralgies intercostales. Les syncopes qu'a observées dans ces cas M. Lecadre, et qu'il ne cherche pas à expliquer, les attribuant à des accidents hystériques, sont assez rares suivant M. Piorry, qui les attribue non pas à l'extension aux poumons, mais aux nerfs pneumo-gastriques et cardiaques, et en rapporte la cause à des appareils de l'organe génital de la femme.

Contrairement à l'opinion de M. Lecadre, M. le rapporteur affirme avoir tiré un excellent parti dans ces affections du chlorhydrate de morphine par la méthode endermique et à la dose de 2 à 3 centigrammes. Quant au sulfate de quinine, il paraît au rapporteur, comme à M. Lecadre, très utile dans les cas d'intermittence.

Mais les points sur lesquels a porté la discussion assez vive qui a suivi ce rapport sont d'abord le rejet par M. Piorry d'un principe névralgique ou rhumatismal, admis par M. Lecadre, et l'explication qu'il a donnée de la transmission des affections névralgiques par les nerfs et les ganglions.

Cette assertion nous a valu une nouvelle et charmante leçon de physiologie de M. Bérard, qui a combattu par les opinions nouvelles des physiologistes l'idée de la transmission réflexe par les ganglions, attribuée uniquement aux centres nerveux.

Quant à la négation du principe rhumatismal ou névralgique, elle a paru trop absolue à MM. Londe et Requin. Les erreurs de diagnostic que M. Piorry dit avoir reconnues assez souvent dans les cas de prétendus lumbagos, par exemple, sont expliquées par M. Requin par la nécessité où se trouvent souvent les médecins de cacher aux malades sous le nom rassurant de lumbago des affections plus graves des organes avoisinants, utérus, etc. ; et d'ailleurs qu'on appelle ce principe du nom de principe spécifique, mot à la mode, ou, mieux encore, du nom de cause occulte, il est certain qu'il existe. L'école de M. Chomel l'admet, car le nouveau professeur de thérapeutique n'a dit mot, et ne se serait jeté dans la lice que si M. Piorry avait eu la hardiesse d'établir une distinction entre le principe rhumatismal et le principe goutteux ; on sait que pour lui *goutte* et *rhumatisme* sont synonymes, et un de ces jours sans doute quelque nouvelle élucubration thérapeutique nous initiera à la découverte d'un traitement spécifique universel pour ces deux maladies. C'est le moins qu'on puisse attendre du zèle d'un néophyte de cette taille.

Que l'on ne voie pas le rhumatisme, c'est possible ; mais qu'on ne le sente pas, comme le prétend M. Piorry, avouons que l'assertion est un peu vive et tranchante ; nous sommes loin de souhaiter des rhumatismes à notre honorable confrère ; mais, s'il en avait par hasard quelque atteinte au dos ou ailleurs, nous doutons fort que le principe ou la cause occulte ne fît pas sentir quelque part ses effets par l'atroce saison rhumatique qui règne.

Quant à l'objection de M. Bérard sur l'action réflexe névralgique, M. Piorry la regarde comme trop absolue ; il ne croit pas impossible que les ganglions ne la possèdent dans quelques cas au moins ; l'étude de la physiologie lui est assez familière depuis vingt ans et la lecture de l'excellent traité de M. Bérard l'aurait mis encore mieux au courant si dans les chapitres si intéressants qu'il renferme les conclusions étaient plus nettes et plus rigoureuses. Cette petite et innocente épigramme a fait sourire l'ingénieux professeur de physiologie.

Quant à nous, comme M. Adelon, nous dirons qu'en ces questions, comme en bien d'autres, il ne s'agit que d'une querelle de mots.

Ainsi que nous l'avons dit en commençant, le mémoire et le rapport ont été renvoyés au comité de publication.

Suppression du système cellulaire dans les maisons de détention.

Ce système, que nous avons condamné bien des fois et dont nous avons présenté une critique motivée dans nos numéros des 18 et 20 janvier dernier, en analysant un mémoire de M. Alph. Guérard sur la prison cellulaire de Mazas, vient d'être supprimé par ordre du gouvernement. Nous apprenons avec satisfaction que, par une circulaire adressée le 17 courant aux préfets, M. le ministre de l'intérieur leur annonce que le gouvernement a complétement renoncé à ce système, tout en les invitant à établir des séparations plus marquées entre les différentes classes de détenus. Nous ne pouvons qu'applaudir à ces vues éminemment philanthropiques.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. NÉLATON.

Hématocèle rétro-utérine. — Diagnostic et traitement.

Une jeune femme atteinte d'un affection grave beaucoup plus commune qu'on ne le croit généralement est entrée récemment dans nos salles, où elle se trouve couchée au n° 13 ; elle nous donne sur ses antécédents les renseignements suivants :

Elle a commencé à être réglée à quatorze ans d'une manière d'abord incomplète, puisqu'elle nous dit que l'écoulement durait deux jours, et était si peu abondant qu'elle n'était pas obligée de se garnir. Jusqu'à dix-huit ans, époque à laquelle elle s'est mariée, elle n'a rien noté de particulier. Un an après son mariage, elle accoucha d'un enfant vivant et à terme. A cette époque elle fit une imprudence. Dès le lendemain de sa couche elle se leva et fit une chute qui fut suivie de sept heures de perte complète de connaissance.

A la suite de cet accident l'écoulement vaginal se supprima pendant trois jours, au bout desquels il reparut ; mais cette fois le sang coula avec abondance, et l'hémorrhagie, diminuant graduellement d'intensité, ne cessa complétement que six semaines après son début. Ce ne fut que deux mois après sa couche qu'elle put reprendre son travail de couturière.

Ainsi, la première phase des accidents qui ont déterminé la maladie actuelle de cette femme peut se résumer ainsi : une couche, une imprudence, une hémorrhagie suivie d'une convalescence difficile.

Six semaines après la cessation de l'hémorrhagie, les règles reparurent, coulèrent pendant huit jours assez abondamment, et cet état de santé se maintint pendant six mois, au bout desquels elle devint enceinte de nouveau et fit une fausse couche à quatre mois et demi. Cet accident aurait été provoqué par un coup de couteau à la partie inférieure de l'abdomen. Le sang coula abondamment de la plaie, et la fausse couche eut lieu deux jours après. Elle fit un séjour au lit de deux mois sans accident nouveau, et sortit bien réglée et avec une assez bonne apparence de santé.

Environ un an après, elle fit une nouvelle fausse couche provoquée par une chute sur l'angle d'une table. Cette fois elle fut gravement malade ; car elle ne se souvient pas de ce qui s'est passé pendant les premiers jours qui ont suivi l'accident. C'est seulement au bout de deux mois de séjour dans le service de M. Piedagnel qu'elle a pu retourner chez elle et reprendre ses occupations. Ses règles reparurent une première fois, puis une deuxième, et quinze jours après cette deuxième réapparition une hémorrhagie se déclara. La malade, interrogée sur la cause qui a pu déterminer l'hémorrhagie, accuse une fatigue à la suite d'une longue marche ; mais en la questionnant plus intimement, j'ai pu me convaincre qu'il s'agissait de tout autre chose, et que des excès dans les rapports sexuels étaient bien plutôt la véritable cause de l'accident. Quoi qu'il en soit, l'hémorrhagie datait de 16 jours lors de son entrée dans le service. A partir de ce moment nous l'avons observée, et voici ce que nous avons pu constater :

Le teint de la malade a d'abord attiré mon attention ; il est jaune-pâle, tel que je l'ai vu déjà dans d'autres circonstances et dans des conditions analogues. Son état général est le suivant : chaleur notable à la peau ; pouls fréquent, dur ; prostration extrême ; sensation de courbature générale. La malade est tellement affaiblie qu'elle se remue difficilement dans son lit ; elle ressent quelques douleurs dans l'abdomen, particulièrement dans la région rénale. Le palper est très douloureux dans la région hypogastrique, vers l'excavation pelvienne.

Au toucher, on trouve le col de l'utérus assez largement ouvert ; la fente présente une étendue transversale d'environ 3 centimètres ; ses bords sont plus épais que quand l'utérus est à l'état de vacuité ; l'axe du col est dévié, il se porte en avant, se rapprochant ainsi de la symphyse du pubis. En explorant les parties circonvoisines, on constate la disposition suivante, sur laquelle doit se porter toute notre attention.

Le doigt, porté derrière le col de l'utérus, rencontre une tumeur arrondie, assez ferme, recouverte par la partie supérieure du vagin. Quand on cherche à glisser en arrière afin de déterminer ses limites, on voit qu'elle a une étendue tellement considérable qu'il est impossible d'atteindre son bord supérieur.

En explorant par le rectum, on constate facilement la même disposition ; on sent d'abord le bord postérieur du col de l'utérus, et un peu au-dessus on retrouve ce relief arrondi et la consistance de la tumeur sans pouvoir encore atteindre sa limite supérieure.

Quand on palpe l'excavation pelvienne en même temps qu'à l'aide de deux doigts introduits dans le vagin on cherche à soulever l'utérus, on finit par rencontrer, à droite, un corps qui, par son volume et sa consistance, rappelle le corps de l'organe.

Après avoir ainsi constaté la présence de l'utérus à droite, j'ai employé le même procédé pour chercher la tumeur dans la direction opposée. Toutes ces recherches ont dû naturellement être faites avec lenteur et avec de grands ménagements, afin d'épargner le plus possible les souffrances à la malade. Après lui avoir recommandé de ne faire aucun effort, j'ai déprimé fortement la paroi abdominale, relâchée à la rencontre des doigts laissés dans le vagin, et j'ai pu sentir alors un corps assez dur se mouvant en même temps que la tumeur vaginale ; j'ai même pu constater que la tumeur n'était pas adhérente à l'utérus. En effet, des deux doigts placés dans le vagin, j'ai introduit l'un dans le col de l'utérus, laissant l'autre appliqué sur la tumeur ; en même temps, avec la main gauche, j'ai déprimé l'utérus dans la région hypogastrique, et j'ai pu sentir manifestement que le doigt placé dans le col utérin ressentait seul les mouvements que j'imprimais à cet organe.

Après m'être ainsi assuré de la présence de l'utérus à droite, de la tumeur à gauche, et de l'état d'indépendance de ces parties, j'ai dû rechercher quelle était la nature de la tumeur.

Dans des questions de cette nature, en présence de ces cas de diagnostic difficile, je pense que, sans se préoccuper de choses impossibles, il convient d'aller droit au but. La tumeur que nous avons sous les yeux est-elle un abcès rétro-utérin, ou plutôt une de ces tumeurs décrites il y a quelques années sous le nom d'*hématocèle rétro-utérine* ? Là est la véritable question ; la seule qu'à mon avis il convienne d'aborder ici. En effet, dans la supposition très peu vraisemblable du développement anormal d'un ovaire, la tumeur serait plus volumineuse, plus fixe ; elle ne présenterait pas cette particularité d'avoir une consistance assez ferme, et cependant de faire sentir à la palpation, quand on l'exerce dans l'intention de chercher à constater la présence d'un liquide, une sensation particulière qui n'existe pas quand la tumeur est compacte, qu'on ne peut appeler fluctuation, sur laquelle Lisfranc insistait quand il voulait constater la présence du pus dans les amygdales. Il fallait, disait-il, presser brusquement avec la pulpe du doigt sur le foyer, qui cédait, et immédiatement on sentait le choc en retour. Description mauvaise, mais qui fournit une indication essentiellement pratique, en ce qu'elle dénote la présence d'un liquide dans une poche offrant une consistance assez ferme.

Un phénomène qu'il importe également de mentionner ici, c'est la douleur que la malade éprouve quand on presse sur la tumeur.

Comme on le voit, d'après ce premier examen l'existence d'un abcès peut paraître assez probable ; cependant certains phénomènes particuliers qui ont accompagné le développement de la tumeur me portent à rejeter cette supposition ; ainsi les hémorrhagies au début de l'hématocèle sont un phénomène constant, du moins on le trouve constamment mentionné dans les observations d'hématocèle rétro-utérine qui ont été publiées jusqu'à ce jour ; ce phénomène est loin d'accompagner toujours la formation des abcès.

Admettant l'existence d'un abcès, il serait complétement formé ; or la douleur vive que l'on éprouve dans les premiers jours pen-

dant tout le temps que le pus met à se former cesse quand celui-ci est réuni en foyer; chez notre malade la douleur est aussi vive aujourd'hui qu'au début.

Il existe encore un moyen de diagnostic que j'aurais mis en usage si je n'avais craint de trop fatiguer la malade, déjà soumise à des explorations réitérées, et si la certitude n'était déjà entrée dans mon esprit. Dans certains cas, l'accumulation du sang dans la tumeur donne lieu a une teinte bleuâtre de la muqueuse qui la recouvre et la fait ainsi contraster par sa coloration avec le reste de la muqueuse vaginale. Ici je n'ai pas fait cette expérience, parce que, je le répète, le diagnostic me paraissait suffisamment établi, autant qu'il peut l'être au moins dans ces tumeurs sanguines. Du reste, le doute fût-il resté dans mon esprit, du moment que la possibilité de l'existence d'une hématocèle rétro-utérine se présentait à moi, ma conduite était toute tracée : je n'aurais fait ni plus ni moins que ce que je me propose de faire pour les raisons que je vais vous donner.

Ces hématocèles rétro-utérines se conduisent de diverses manières : le plus souvent l'épanchement sanguin est résorbé; c'est ce qui paraît constaté surtout depuis quelques années. C'est en réponse à cette question : Comment se fait-il que, puisque les hématocèles rétro-utérines sont si fréquemment reconnues pendant la vie, on en retrouve si rarement les traces après la mort? Si je dis qu'elles ont disparu et qu'elles doivent disparaître sans opération et simplement par l'absorption graduelle du sang épanché, l'expérience clinique me l'a démontré plus d'une fois : ainsi j'ai vu des malades présentant des tumeurs sanguines rétro-utérines très volumineuses, dont l'une entre autres tellement vaste qu'elle atteignait presque l'ombilic et qu'une personne exercée l'avait prise pour un ovaire développé dans l'excavation du péritoine; eh bien ! cette malade et nombre d'autres ont parfaitement guéri par l'absorption graduelle du sang épanché. Cette femme que je viens de vous citer vient encore de temps en temps à ma consultation faire constater son état satisfaisant, et par le toucher on peut s'assurer que rien n'a reparu.

D'autres fois l'accumulation du liquide s'est faite avec rapidité et a déterminé des phénomènes locaux dans le voisinage de la tumeur; dans ce cas, celle-ci tend à se faire jour au dehors, et c'est par le rectum que ce phénomène a lieu ordinairement. La tumeur rétro-utérine a, en effet, des rapports très étendus avec la paroi antérieure du rectum; celle-ci se perfore, et les malades rendent en allant à la garde-robe une grande quantité de matières noires, indice de la présence du sang mélangé aux matières fécales.

La sortie du sang peut aussi s'effectuer par le vagin, et alors on voit sortir de ce conduit une matière noire ressemblant au sang épanché dans la substance cérébrale, offrant la même consistance, celle de raisiné noir.

L'ouverture faite, naturellement ou d'une manière artificielle, il peut arriver deux choses : ou bien le foyer s'affaissera, reviendra exactement sur lui-même, et il n'y aura pas de décomposition putride du liquide resté dans les anfractuosités du foyer; ou bien, au contraire, cette décomposition putride peut avoir lieu, ce qui n'est pas rare, et entraîner la perte des malades; c'est dans ces conditions que j'ai pu à l'autopsie étudier les désordres que détermine cette maladie. Dans une circonstance, il nous a paru à M. Paul Dubois et à moi que l'épanchement s'était produit dans un endroit où l'on eût été loin de le soupçonner, dans le péritoine lui-même, au sein de l'excavation que forme cette membrane au-devant du rectum. Dans ce cas l'épanchement était considérable; mal limité à sa partie supérieure, il présentait en ce point un contour irrégulier, anfractueux, produit par les infiltrations de sang qui s'étaient faites dans les interstices des anses intestinales.

Il arrive quelquefois que l'épanchement se fait dans ce tissu interstitiel, moitié fibreux, moitié utérin, qui entoure le col de l'utérus à une certaine hauteur.

Une fois établi, d'une part, que la tumeur se résolvait souvent par absorption, d'autre part, que la ponction est souvent suivie d'infection putride, il n'y a pas à hésiter sur la conduite qui doit être tenue, il faut respecter ces sortes de tumeurs et attendre la guérison des seuls efforts de la nature.

A une époque où mon éducation chirurgicale n'était pas faite, il m'est arrivé assez souvent d'enfoncer le trocart dans ces tumeurs sanguines; des accidents formidables se sont déclarés souvent, ainsi qu'on peut le voir dans les observations qui ont été publiées par M. Vigués, alors interne; c'est donc l'expérience qui m'a contraint de renoncer à ces ponctions. Il est toutefois des circonstances où elles deviennent nécessaires, lorsque, par exemple, la tumeur, par le développement qu'elle a acquis, menace de s'ouvrir dans l'abdomen et de déterminer des accidents mortels; dans ces cas même il convient de faire l'ouverture aussi petite que possible et à l'aide d'une canule garnie de baudruche, comme quand on pratique la ponction dans une cavité séreuse ou purulente où l'on veut empêcher l'entrée de l'air.

HOSPICE DES ENFANTS TROUVÉS DE BRUXELLES

M. Isidore Henriette.

De la péritonite aiguë et de son diagnostic chez les enfants à la mamelle (1).

I. *Péritonite aiguë; mort.* — Un enfant du sexe masculin, né le 13 avril 1850, pesant à son entrée à l'hospice, le 23 mai, 3,850 grammes, présente des syphilides papuleuses sur les jambes, les fesses; des pustules derrière le scrotum et au périnée; un écoulement séro-purulent, quelquefois sanguinolent, a lieu par les narines. A l'angle interne de l'œil gauche existe une tumeur molle, fluctuante, sans changement de couleur à la peau. Par suite de l'enchifrènement, la respiration est difficile et la lactation pénible; le nez est empâté, l'embonpoint médiocre.

Soumis aux préparations mercurielles et *confié à une bonne nourrice, qui n'a jamais été contaminée quoique l'enfant portât les traces d'une syphilis secondaire*, l'enfant devint bientôt gras et dodu. A la fin de juin, les syphilides avaient disparu, mais l'ozène n'était point guéri, et la tumeur de l'angle de l'œil acquérait plus de développement. Une ponction que j'y pratiquai donna issue à des larmes. La nourrice à laquelle j'avais confié l'enfant, et qui l'allaita jusqu'au 9 novembre, l'ayant pris en affection particulière, avait consenti à prendre le deuto-chlorure de mercure pour le guérir. Les résultats de ce traitement ne tardèrent pas à se manifester, et l'enfant se développa on ne peut mieux.

Le 8 novembre, vers le septième mois de sa naissance, l'enfant devient tout à coup difficile; il pousse des cris, refuse de prendre le sein; sa figure est rouge, les yeux presque fixes; vomissements verdâtres. Le ventre se météorise énormément; il est chaud; on ne peut le presser sans provoquer les cris et les pleurs de l'enfant. Constipation, respiration thoracique précipitée, fièvre très prononcée. — Deux sangsues vers la région ombilicale, cataplasmes émollients, lavement laxatif; diète.

Toute la nuit, l'enfant n'a fait que crier; il est resté immobile dans son berceau.

Le 9, plus de vomissements; une selle consistante. Le ventre est extrêmement tendu et douloureux; aucun changement dans la situation de la veille. — Bain prolongé, quatre sangsues sur le ventre, émollients.

L'enfant meurt dans le courant de la journée.

Autopsie vingt-quatre heures après la mort.

Embonpoint conservé. La cavité péritonéale est remplie d'un liquide floconneux, séro-purulent; adhérences intestinales. Le péritoine est injecté, fortement arborisé; les intestins présentent peu de rougeur; la muqueuse est saine; le foie est recouvert d'une couche purulente d'un millimètre d'épaisseur; les intestins sont distendus par une grande quantité de gaz. Tous les organes sont passés successivement en revue, et ne présentent aucune altération, si ce n'est le périoste des os du nez, lequel est épaissi, et la face interne de la tumeur lacrymale, laquelle contenait des larmes et une substance d'un gris sale de la consistance du fromage mou. La cicatrice ombilicale est complète et sans rougeur.

L'existence de la péritonite ne nous a été révélée qu'à l'autopsie; nous avions diagnostiqué une gastro-entérite aiguë. Les cris que l'enfant poussait quand nous pressions un peu le ventre ne nous ont pas permis de constater la fluctuation.

II. *Péritonite aiguë; mort.* — Une enfant nouveau-née fut déposée dans le tour de l'hospice le 17 novembre 1852. Elle est d'assez chétive constitution et ne pèse que 2,820 grammes; ses deux yeux sont envahis par une ophthalmie purulente grave. Traitée pour cette affection par les injections d'azotate d'argent, et par le thorax, pour un muguet qui se déclara peu de temps après son admission, l'enfant se trouvait au commencement de janvier 1853 entièrement guérie et de son ophthalmie et de son muguet. Elle jouissait à cette époque d'un embonpoint considérable; toutes les fonctions s'exécutaient bien, et elle aurait quitté l'hospice si nous n'eussions eu certaines craintes de la laisser sortir à cause de la saison froide et humide.

Le 14 janvier, l'enfant est difficile; elle pleure quand on la remue; elle tette avec moins de plaisir que les jours précédents. La jambe et la cuisse gauches sont le siége d'un peu d'engorgement œdémateux et de plaques érysipélateuses. — Soins hygiéniques.

Le 16, l'érysipèle a disparu du membre inférieur gauche, mais il apparaît sur le membre opposé.

Le 18, l'érysipèle abandonne les membres inférieurs et s'étend au coude gauche et à la partie inférieure du bras. Le soir surviennent des vomissements de matières vertes.

Le 19, le ventre se météorise beaucoup, l'enfant ne vomit plus; mais l'abdomen est tendu, chaud, excessivement douloureux; le moindre contact fait pousser des cris à la petite malade; il y a un peu de matité à la partie inférieure, mais on ne sent pas de fluctuation; la face est rouge, les yeux fixes, les membres inférieurs immobiles, la respiration incomplète, thoracique; une selle jaunâtre consistante; fièvre. L'érysipèle n'a pas quitté le bras. — Quatre sangsues sur le ventre, émollients, laxatifs; diète.

L'enfant meurt dans l'après-dîner.

Autopsie. — Foie énorme, gras, tout à fait jaune; liquide trouble, séro-purulent dans la cavité péritonéale; quelques fausses membranes et des adhérences récentes des intestins; un peu de sérosité purulente dans la plèvre droite; les poumons, les intestins, la rate, tous les organes enfin ne présentent aucune altération pathologique, si ce n'est le tissu cellulaire de la jambe et du bras gauche, qui est infiltré de sérosité. Les articulations ne présentent rien d'anormal.

Dans ce cas, la péritonite fut reconnue pendant la vie : l'observation qui précède avait été pour nous une excellente leçon.

Nous ne dirons rien du traitement de cette redoutable affection; seulement, comme les antiphlogistiques et les émollients nous ont si peu servi, notre intention est, lorsque l'occasion se présentera encore d'avoir à traiter des péritonites chez les nouveau-nés, de combiner le traitement antiphlogistique avec le traitement mercuriel, nous fondant en ceci sur la pratique et sur l'expérience acquise dans la médecine des adultes.

Nous ne nous faisons cependant pas illusion sur le résultat éventuel de cette médication combinée, car la mort arrive si promptement qu'on peut à peine concevoir que les agents thérapeutiques aient le temps d'agir.

III. *Péritonite aiguë; volvulus; mort.* — Depuis que nous avons rédigé les observations qui précèdent, nous avons eu l'occasion, dans notre service à l'hospice de constater un troisième cas de péritonite compliquée de volvulus chez un enfant nouveau-né. En voici l'historique.

Un enfant du sexe féminin, né à la Maternité, fut apporté à l'hospice le 22 mars 1853, le septième jour de sa naissance. Sa constitution est bonne, son poids est de 3,150 grammes; il présente, répandu sur toute la surface du corps, le psoriasis guttata. Soupçonnant l'existence d'un principe spécifique, quoique nous ne parvinmes cependant pas à découvrir le liséré blanc-nacré que Biett regarde comme signe pathognomonique d'une affection vénérienne; nous confiâmes l'enfant à une nourrice qui était soumise aux préparations mercurielles pour guérir un autre enfant qu'elle allaitait et qui était atteint de syphilis.

Jusqu'au sixième jour de son admission, nous n'avions rien observé chez notre petite malade; elle tetait bien, elle dormait de même, les fonctions s'exécutaient normalement, l'éruption n'étendait plus ses limites, quand, à notre visite du 28, nous trouvâmes un changement radical dans sa situation, et même des plus menaçants.

Le ventre est tendu, le ballonnement très considérable; la sensibilité exquise; matité au-dessus du pubis; la respiration très accélérée, très courte; le facies exprime de l'inquiétude; les yeux sont fixes; les membres sont immobiles; l'enfant pleure quand on la remue; elle n'a point uriné depuis la veille; pas de vomissement; constipation; pouls fébrile; extrémités froides; l'éruption pâlit, elle a une tendance à disparaître.

Nous pratiquâmes le cathétérisme, il ne s'écoula pas une goutte d'urine; une sonde de femme introduite dans le rectum n'amena au dehors aucune trace d'excréments.

Bain chaud dans le but de rappeler à la peau le psoriasis; émollients sur le ventre; lavements; une cuillerée à soupe de sirop de manne.

Après-midi du 28. L'enfant n'a pas uriné et n'a pas eu de selles; le ventre est d'une sensibilité exquise. Elle régurgite fréquemment des matières jaunâtres ayant l'aspect de matières fécales sans en avoir l'odeur. Le psoriasis a disparu complétement. La petite malade est expirante.

La sonde, introduite tour à tour dans la vessie et le rectum, n'amène au dehors aucune trace d'urine ni de matières fécales. Notre diagnostic fut celui inscrit en tête de l'observation : péritonite aiguë et volvulus.

L'enfant expira donc le jour même qu'avait débuté la maladie.

Nous conviâmes, pour assister le lendemain à l'autopsie, plusieurs de nos collègues et les internes de l'hôpital Saint-Jean; le cas nous paraissait très intéressant tant au point de vue du diagnostic à confirmer qu'au point de vue des lésions anatomiques, que nous présumions devoir exister.

La vessie est revenue sur elle-même, elle ne contient pas une seule goutte d'urine; le péritoine est fortement injecté et contient de la sérosité trouble, floconneuse; les intestins sont collés les uns aux autres à l'aide d'un liquide de couleur grisâtre, de consistance sirupeuse; les portions grêles sont contournées et étranglées par des brides; une portion de l'iléum est envaginée; le rectum est vide; tandis que la portion d'intestin comprise au-dessus de l'obstacle est remplie et distendue par une grande quantité de liquide jaunâtre, et contraste par sa couleur rosée avec le gros intestin, qui est pâle. La surface convexe du foie est recouverte de fausses membranes grisâtres, purulentes; la rate est volumineuse. Les reins, les poumons, le cœur, l'encéphale ne présentent rien de particulier; tous ces organes, examinés avec soin, paraissent être à l'état normal.

Cette observation nous a paru très intéressante à plus d'un titre; elle confirme d'abord ce que nous disions au commencement de ce travail, que la péritonite aiguë est une maladie fréquente, que son début est soudain, que sa marche est rapide, que sa terminaison est le plus fréquemment funeste; et puis ensuite, ce qui n'est pas moins remarquable, elle est accompagnée ici d'un symptôme qui n'a été relaté par aucun des médecins qui ont écrit sur les maladies des enfants. Si, maintenant, nous voulions expliquer ce phénomène (suppression de sécrétion d'urine), nous ne pourrions guère que répéter ce qui a été dit à propos de la suppression de la sécrétion urinaire dans les maladies où elle se présente, c'est-à-dire nous lancer dans le champ, hélas! trop vaste des hypothèses. Nous préférons nous en tenir éloigné et nous borner au simple rôle de narrateur.

Une question importante mérite encore de fixer d'une manière toute particulière notre attention dans l'observation que nous venons de rapporter. Peut-on y voir un exemple de péritonite spontanée? Comme nous l'avons déjà dit, beaucoup de médecins la révoquent en doute; mais cependant, en étudiant la marche qu'elle a suivie ici, n'est-on pas porté à admettre son existence? En effet, le premier symptôme qui apparaît est le ballonnement rapide de l'abdomen, accompagné des signes ordinaires de la péritonite chez les enfants à la mamelle avec matité à la région sus-pubienne, alors que le psoriasis brillait de tout son éclat et n'avait encore aucune tendance à se dissiper. On aurait pu croire à une métastase, si cette affection cutanée avait abandonné la première son siége; mais point, ce n'est que lorsque les symptômes abdominaux se sont éveillés et qu'ils avaient déjà acquis un haut degré de gravité que nous la voyons pâlir lentement, puis disparaître en suivant les progrès de la péritonite elle-même.

Nous terminerons ces courtes et incomplètes remarques en insistant sur un fait capital et que nous avons vu se reproduire chez les trois petits malades : c'est l'extrême promptitude avec laquelle se fait l'épanchement et s'organisent les fausses membranes. En effet, aussitôt que la douleur et le météorisme se produisent, l'épanchement et l'agglutination purulente ont lieu, ainsi que le constate la matité. Si nous n'avons pas parlé de la fluctuation, c'est que nous n'avons pu recourir aux moyens de la produire en présence de la douleur que nos manœuvres éveillaient, et, eussions-nous pu employer ces moyens, nous n'aurions encore pu la déterminer que chez le sujet de notre première observation, où l'épanchement était considérable, tandis que chez les deux autres le liquide ne dépassait pas les limites du petit bassin; loin de là.

(*Journ. de méd. de Bruxelles.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 23 août 1853. — Présidence de M. Bérard.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Décret approuvant l'élection de M. Chatin.

M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation du décret en date du 13 août qui approuve l'élection faite par l'Académie dans la séance du 2 de ce mois de M. Chatin pour remplir la place vacante dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale.

(1) Fin. — Voir le numéro précédent.

Cow-pox.

Le même ministre transmet un paquet contenant du cow-pox recueilli dans la commune de Guran (Haute-Garonne), qui lui a été envoyé par M. Latour, médecin major en retraite, avec une note et des certificats en constatant l'authenticité. (Commission de vaccine.)

Source minérale de Gazost.

M. le ministre du commerce transmet plusieurs lettres relatives à des remèdes secrets, et annonce l'envoi d'échantillons d'une source minérale sulfureuse de Gazost (Hautes-Pyrénées) pour analyse. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Eaux thermales de la contrée de Constantine.

M. Eugène Grellois, médecin major à l'hôpital militaire de Metz, adresse un mémoire intitulé : *Quelques points inédits de l'histoire des eaux thermales d'Hammam-Meskboutin*, et une notice sur quelques sources thermales du cercle de Ghelma (Algérie).

Action antirhumatismale du frêne.

M. Larue (de Bergerac) adresse un mémoire intitulé : *Nouvelles observations relatives à l'action antigoutteuse et antirhumatismale des feuilles de frêne.* (Commissaires : MM. Grisolle et Requin.)

Injections iodées dans les cavités closes.

M. Leriche (de Lyon) adresse un mémoire sur les injections iodées dans les grandes cavités closes.

M. Leriche informe en outre l'Académie dans sa lettre d'envoi qu'il a dernièrement employé la teinture d'iode dans les articulations pour dissoudre les corps étrangers. (Commissaires : MM. Velpeau, Larrey et Requin.)

Traitement contre diverses affections utérines.

M. Plouviez (de Lille) adresse un travail sur un nouveau traitement contre les flueurs blanches ou les pertes sanguines utérines hors l'état de grossesse chez les femmes qui ont eu des enfants. M. Plouviez se sert à cet effet de petits spéculums utérins (nous avons publié une lettre de M. Plouviez sur ce sujet dans notre numéro du 9 août) avec lesquels on peut arriver avec facilité dans l'intérieur de la matrice et y porter au besoin des remèdes plus ou moins actifs tout en ménageant les parties saines. (Commissaires : MM. Mélier, Gibert et Huguier.)

— M. Londe lit un rapport sur la suppression des gâteux. Nous en publierons un extrait dans le prochain numéro.

Névralgie intercostale.

M. Piorry lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Lecadre (du Havre) concernant la névralgie intercostale.

M. Lecadre a adressé à l'Académie un travail relatif aux névralgies intercostales, affections, dit M. le rapporteur, dont l'étude est d'une utilité pratique extrême, et qui cependant sont encore fort incomplétement connues. M. Lecadre a évidemment observé par lui-même, car, tout en donnant des éloges à un ouvrage récent sur les névralgies, il déclare n'avoir point rencontré ces points douloureux que l'on a dit être surtout fixés à telle ou telle partie du nerf malade. Il a constaté aussi que le plus fréquemment ce même nerf souffrait dans toute son étendue.

M. Lecadre admet que dans les névralgies intercostales se déclarent parfois des syncopes. Il les attribue à des accidents hystériques et les a seulement observés chez la femme. L'auteur n'en recherche pas la raison anatomique et physiologique, qui paraît, d'après M. le rapporteur, être l'extension de l'état névropathique des parois thoraciques, non pas aux poumons, comme M. Lecadre le croit, mais aux nerfs pneumo-gastriques et cardiaques. Cette extension du mal aux nerfs du cœur donne parfois une extrême gravité à la névralgie thoraco-brachiale, dite angine de poitrine, et semble être la cause de ces morts subites dont on a parlé. Il résulte d'autres observations que dans la très grande majorité des cas les souffrances des nerfs intercostaux sont liées à des affections de l'appareil génital de la femme. Enfin, ajoute M. le rapporteur, une multitude de faits sont venus démontrer l'exactitude des propositions suivantes :

1° La névralgie intercostale est parfois le résultat d'une lésion persistante existant dans le nerf qui en est le siége. Il en arrive ainsi pour certains cas dans lesquels ce nerf a été tiraillé ou comprimé à l'occasion de certaines positions du corps et de la flexion du tronc en avant. Dans d'autres cas encore une phlegmasie existant dans la plèvre s'est étendue aux filets nerveux situés au-dessous des côtes. Votre rapporteur n'a pas vu jusqu'à présent que des névromes ou mieux des névrocélies aient donné lieu aux névralgies intercostales. Tout au contraire, des souffrances très vives dans les nerfs situés au-dessous des côtes ont été les symptômes de carcinome mammaire ou de ganglions situés dans l'aisselle.

2° Le plus ordinairement les douleurs dans un nerf intercostal sont dues à des modifications momentanées survenues dans son état moléculaire, et cela à l'occasion de quelque lésion anatomique plus ou moins persistante existant ailleurs. C'est ainsi qu'elle est parfois produite par la compression exercée sur les nerfs dorsaux à leur sortie du canal vertébral par une rachiocélie, ou encore par quelque souffrance de la moelle et de ses membranes. C'est encore ainsi que des tumeurs de l'aorte, déformant les vertèbres, peuvent donner lieu à de telles douleurs nerveuses.

3° Sur cent cas de névralgies intercostales, il y en a peut-être quatre-vingt-dix qui sont liées à des affections des ovaires ou ovaries.

4° C'est le plus souvent à gauche que la maladie de l'ovaire et des nerfs intercostaux a lieu.

5° Les névralgies intercostales sont très fréquentes aux approches de l'évacuation périodique, et dans les vingt-quatre ou trente-six heures qui les suivent. On les observe encore dans les cas où le col de l'utérus est ulcéré, dévié, carcinomateux, etc.

6° Chez l'homme, bien que rarement, à la suite d'excès vénériens et de spermorrhée, on voit survenir de pareilles douleurs.

Il résulte de tout ceci que l'existence d'une névralgie intercostale doit tout d'abord conduire à chercher s'il n'existe pas quelque affection du côté de l'appareil génital. Un autre fait non moins remarquable, c'est la coïncidence, ou même le rapport de cause à effet existant d'une part entre les lésions des viscères thoraciques ou abdominaux, et de l'autre les névralgies intercostales ou dorso-lombaires.

Chose remarquable, s'écrie M. le rapporteur, on observe souvent qu'une douleur intercostale correspond précisément à la même hauteur qu'une organopathie profonde. Il semble qu'il y ait alors une sorte d'extension de cette souffrance à partir du viscère malade vers les ganglions et la moelle, puis une propagation par action dite réflexe aux nerfs pariétaux.

Dès 1832, et dans mes mémoires sur l'irisalgie, les névralgies et les nécroses, bien avant les travaux de Marshall Hall, j'avais établi, dit M. Piorry, l'existence de névropathies s'étendant par des anastomoses, des ganglions, et sans passer par les centres nerveux d'une extrémité d'un nerf à un autre nerf. Ce fait est d'une haute importance en pathologie et en diagnose ; il donne l'explication de deux séries de phénomènes dont, sans sa connaissance, on se rendrait difficilement compte.

M. Piorry cite ici quelques exemples, tels que la relation qui existe entre la névralgie intercostale et la fièvre intermittente ou splénopathie, les douleurs hépatiques, etc.

Ces phénomènes, qui consistent dans l'extension évidente d'une douleur à partir d'un rameau nerveux vers un autre, ne peuvent guère être expliqués, d'après M. le rapporteur, que par des oscillations, des vibrations morbides propagées dans la continuité du névro-système. C'est là ce qu'il désigne sous le nom de *névropallie prosasique* ou *extensive*.

M. Lecadre cherche à établir une diagnose positive entre les névralgies intercostales et plusieurs affections thoraciques, la pleurodynie, par exemple. On se demande tout d'abord ce qu'il faut entendre par pleurodynie. Si l'auteur veut parler de douleurs musculaires (myosalgie), de souffrances dans les os (ostéalgie), de névralgies pariétales autres que celles dont les nerfs intercostaux sont le siége, la pleuralgie et même l'entéralgie, et alors que des gaz distendent l'intestin qui s'élève dans ce cas sous les côtes, le mot pleurodynie est tout à fait vague. Aussi les caractères de diagnose n'ont-ils rien de précis. Les signes fournis par la percussion médiate et l'auscultation, joints à une palpation attentive et à l'étude des circonstances commémoratives, permettent seuls de caractériser avec certitude le siége des accidents.

Il arrivera un temps, et ce temps est prochain, où les praticiens comprendront qu'il faut abandonner les expressions vagues, comme l'est le mot pleurodynie, qui se rapportent à plusieurs états organopathiques exigeant des traitements opposés ou du moins divers, et qu'il est indispensable de les remplacer par des termes aussi nombreux que les circonstances anatomiques qu'il s'agit de reconnaître et de combattre.

Enfin, M. Lecadre indique le traitement applicable aux névralgies intercostales. Croyant à l'utilité des vésicatoires placés sur les points affectés, il n'a pas vu que les pansements avec le chlorhydrate de morphine soient suivis de résultats avantageux. Il parle de cautères comme de moyens utiles. Le sulfate de quinine est dans son opinion un remède du premier ordre, et il en est ainsi, comme je l'ai établi en 1832 dans un mémoire sur ce sujet, dans toute névralgie qui présente dans ses accès une périodicité marquée. L'auteur rappelle combien sont nombreux les médicaments par lesquels on a cherché à combattre les accidents dont il s'agit ; et, parmi ceux-ci, il cite le musc, le camphre, la valériane, l'oxyde de zinc, l'assa-fœtida, l'opium, la belladone, etc. Il paraît n'avoir que peu de confiance dans l'emploi de tels moyens ; mais il en accorde davantage aux procédés thérapeutiques qui ont reçu le nom de révulsifs.

M. Piorry expose en ces termes les résultats de ses propres observations sur l'action des agents thérapeutiques qui réussissent le mieux dans les névralgies intercostales :

1° Avant tout, il faut remédier aux circonstances et aux états morbides qui peuvent avoir été les causes directes ou indirectes de ces douleurs de nerfs, c'est-à-dire qu'il faut d'une part rechercher avec soin et combattre les lésions dont l'appareil génital de la femme, et même de l'homme peuvent être le siége, et de l'autre s'enquérir d'abord s'il n'existe pas quelque affection de la moelle vertébrale, du rachis, de la plèvre ou des viscères abdominaux qui aient été les points de départ des phénomènes observés, et faire cesser ensuite autant que possible l'action de tels états organopathiques ; c'est dire encore que l'on doit éviter les mouvements, les attitudes, etc., qui, principalement chez les individus débiles, donnent souvent lieu à des névralgies intercostales. Il est même indispensable de rechercher s'il n'existe pas quelque névropathie ayant pour siége la rate, la cinquième paire, qui ait pu se déplacer et déterminer la névrocostalgie. On ne parvient en effet à guérir radicalement celle-ci que si l'on est parvenu à remédier à ces diverses souffrances. C'est lorsqu'on aura mis ou que l'on mettra à exécution ces premiers préceptes qu'il conviendra de combattre directement le mal. Ce serait un grand tort en pratique que d'agir autrement, et tel qui le ferait employerait souvent sans utilité une foule de moyens qu'une médication rationnelle aurait permis d'éviter.

2° On peut essayer de l'emploi de quelques frictions avec des liniments opiacés ou avec du chloroforme. Rarement, bien rarement, ces moyens réussissent.

3° Un bien grand nombre de fois, j'ai fait appliquer des ventouses et des sangsues sur le trajet des nerfs malades, et presque constamment je ne les ai pas vus réussir. Ces moyens n'ont guère été utiles que dans les cas où le mal avait été consécutif à une pleurite, à une lésion traumatique ; en un mot, dans des circonstances où tout portait à croire que les nerfs intercostaux étaient véritablement enflammés ; et certes, le plus souvent il n'en arrive pas ainsi.

4° Les vésicatoires placés sur les points douloureux sont, comme l'a vu M. Lecadre, éminemment utiles. Il suffit que l'effet rubéfiant et vésicant soit produit pour que le malade soit soulagé. La suppuration de la surface dénudée ne m'a pas paru avoir d'effet avantageux ; elle ne fait pas cesser la névralgie, alors, comme cela arrive trop souvent, que la douleur a résisté à la simple rubéfaction de la peau. Les cautères, les sétons, les moxas, dans les cas où j'y ai eu recours, n'ont pas mieux réussi ; et j'ai même vu les cicatrices auxquelles ils donnent lieu être dans de tels cas, et, à la suite d'un hémizona, le siége d'excessives douleurs.

5° Mais ce qui calme presque constamment les souffrances, ce qui les guérit très fréquemment (alors que l'on a remédié aux circonstances organiques qui les déterminaient ou les entretenaient), c'est à coup sûr le chlorhydrate de morphine appliqué à la dose de 2 à 3 centigrammes sur la surface dermique récemment dénudée par l'ammoniaque très concentré ou par les emplâtres cantharidiques.

Il suffit que la petite plaie produite par ces moyens ait 1 ou 2 centimètres de largeur pour qu'un résultat avantageux soit obtenu presque toujours dans les vingt-quatre heures qui suivent l'application dont il s'agit ; il y a une amélioration marquée, et cette amélioration continue alors qu'on a le soin de persister dans l'emploi du sel de morphine et de renouveler au besoin les applications de vésicatoires. La dose de la morphine ne doit jamais être portée très haut pour un seul pansement ; car à 3 ou 4 centigrammes, je lui ai vu produire une intoxication encéphalique assez marquée.

Il est difficile de concevoir comment M. Lecadre n'a pas eu à se louer de l'emploi du chlorhydrate de morphine administré par la méthode endermique, car dans une multitude de faits observés à la Pitié, à la Charité ou en ville ce médicament a bien rarement trompé l'espérance du praticien.

6° Chez quelques malades, l'application pendant plusieurs minutes de coton imbibé de chloroforme et recouvert d'une petite cloche sur la partie douloureuse a paru avoir de l'avantage, mais moins souvent qu'on ne l'a dit.

Les médicaments internes dits antispasmodiques, narcotiques, etc., administrés à un grand nombre de malades atteints de névralgies intercostales, n'ont pas produit d'effets palliatifs ou curatifs. Le sous-carbonate de fer dans quelques cas a semblé réussir à la longue, mais particulièrement dans les cas d'hydroémie compliquant la névralgie.

M. le rapporteur termine en proposant d'adresser des remerciments à M. Lecadre, de mettre son nom sur la liste des candidats au titre de correspondant et de renvoyer son mémoire au comité de publication.

M. Londe demande une toute petite explication à M. le rapporteur. Comme tous les hommes de mon âge, j'ai vu fleurir et tomber une doctrine médicale qui expliquait tout. Ainsi, la phthisie était alors le dernier degré de l'irritation du poumon, et en combattant de bonne heure cette irritation, elle n'arrivait pas jusqu'à l'état de phthisie ; ainsi, même chose pour le cancer, qui n'était qu'une irritation désorganisatrice, et qu'on pouvait combattre avec succès dans son germe. Enfin, il n'existait pas de maladies proprement dites, mais des organes malades, c'est-à-dire irrités. Quant aux virus, vices, principes, etc., ils étaient niés de la manière la plus formelle. Hé bien, messieurs, je ne crois pas qu'aujourd'hui personne puisse soutenir sérieusement qu'on guérit la phthisie ou le cancer comme on l'imaginait à cette époque. Et pour en venir à l'objet de ma question, je demanderai à M. le rapporteur, qui vient de dire : « il n'existe pas de principe né» vralgique, rhumatismal ; il n'existe que des nerfs devenus doulou» reux, etc. ; » je demanderai, dis-je, à M. le rapporteur, comment il explique, sans l'intervention d'un agent, principe ou cause quelconque, ce transport si rapide et si fréquent d'une névralgie ou d'un rhumatisme d'un lieu à un autre?

M. Piorry répond que le transport d'une névralgie d'un point sur un autre s'explique très bien par la transmission du mal le long du trajet des nerfs, de la même manière que se transmettent les sensations. Relativement aux rhumatisme, M. Piorry n'y croit pas, parce que cela ne peut ni se voir, ni se sentir. Si l'on veut élever une discussion à ce sujet, il est tout prêt à la soutenir ; mais pour le moment il se bornera à affirmer qu'il n'est rien de plus mauvais pour la pratique que d'admettre un principe rhumatismal. Ainsi, prenant exemple du lumbago considéré comme le type du rhumatisme, il a vu, dans l'immense majorité des cas, que ce prétendu rhumatisme avait pour cause ou pour origine un coup, une chute ou un mouvement exagéré de la colonne vertébrale, ou même une altération organique des vertèbres, ou bien un cancer utérin ou une maladie des testicules qui déterminent des douleurs dans les reins, en un mot, des lésions de diverse nature. Ceci ne peut être contesté ; et toutes les fois qu'on voudra y regarder de près, on reconnaîtra l'une des causes qui viennent d'être signalées.

M. Requin trouve que M. Piorry, qui a une logique si rigoureuse pour les choses qu'il n'admet pas, est bien peu rigoureux pour ce qu'il admet. Il n'admet pas le rhumatisme parce qu'il ne peut ni le voir, ni le sentir, et il admet des oscillations nerveuses par lesquelles la douleur peut se porter rapidement d'un point à un autre. Mais M. Piorry a-t-il donc touché, a-t-il senti ces oscillations? C'est là une philosophie à laquelle M. Requin déclare ne pouvoir se ranger. Il s'en rapporte, à cet égard, à la vieille philosophie, qui admet des causes occultes là où l'on observe des effets dont la cause est inconnue. Il lui paraît donc très rationnel d'admettre une cause rhumatismale, une cause névralgique, bien qu'on ne les voie ni ne les touche pour expliquer les faits observés.

M. Piorry repousse l'assimilation que vient de faire M. Requin. Le rhumatisme ne se comprend pas ; mais il en est tout autrement des oscillations nerveuses dont on voit de fréquents exemples dans les douleurs, les fourmillements que cause la contusion d'un nerf, dans les tintements d'oreille, dans l'*aura* épileptique, etc. Il en a lui-même ressenti les effets pendant un accès d'irisalgie. Il y a donc loin de là au vague que laisse dans l'esprit l'idée de rhumatisme.

M. Bérard relève une erreur physiologique qui l'a frappé dans le rapport de M. Piorry. D'après M. Piorry, une douleur pourrait se propager à un autre nerf sans passer par le centre nerveux directement ou par l'intermédiaire d'un ganglion. La transmission directe des oscillations nerveuses d'un nerf à un nerf voisin est une de ces erreurs dont Haller a depuis longtemps fait justice. Quant à la transmission réfléchie par un ganglion, c'est une théorie qui a pu paraître séduisante, mais qui a été démontrée fausse par les expériences. Il faut, pour que cette transmission ait lieu, que l'oscillation passe par les centres nerveux qui la réfléchissent. Sans l'intervention des centres nerveux, il n'y a point d'action réflexe.

M. Piorry pense qu'il existe des faits dans la pathologie qui démontrent que la transmission peut se faire d'un point à un autre sans passer par les centres nerveux. D'ailleurs, s'entend-on bien sur ce qu'il faut appeler centres nerveux? L'anatomie comparée n'apprend-elle pas que les ganglions sont aussi des centres nerveux? M. Piorry rapporte un fait dont il a été témoin, et qui établit à ses yeux la possibilité de la transmission des oscillations nerveuses sans l'intermédiaire de la moelle.

Les conclusions du rapport sont mises aux voies et adoptées.

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

ADDITION A LA SÉANCE DU 10 AOUT 1853.

Suite de la discussion sur le rapport de M. Robert.

M. Demarquay. Messieurs, la lecture du remarquable rapport de M. Robert a fait sur mon esprit une vive impression. Comme la plupart de mes collègues, appelé à user chaque jour du chloroforme, j'ai voulu, par des expériences récentes, élucider deux points : 1° déterminer de quelle façon meurent les individus chloroformés ; 2° chercher par quels moyens on pourra prévenir de nouveaux malheurs. Loin donc de venir critiquer le travail de M. Robert, mes expériences ne feront que confirmer en partie les opinions de votre habile rapporteur.

Les propriétés toxiques du chloroforme, qu'on a appelé avec raison *un agent merveilleux et terrible*, ont été mises au jour par tous ceux qui l'ont expérimenté : j'ai nommé MM. Flourens, Guérin et Bouisson (de Montpellier). Dès 1848, M. Duméril et moi avons fait des expériences nombreuses sur des chiens et des oiseaux, dans le but de déterminer le temps pendant lequel le chloroforme pourrait être respiré normalement avant que la mort arrive, et voici les résultats que nous avons obtenus : des chiens de forte taille, respirant les vapeurs du chloroforme dans un appareil à inhalation, meurent généralement dans une période de 15 à 45 minutes. Cette mort, déjà assez rapide quand on songe au temps proportionnellement énorme pendant lequel certains opérés ont été soumis à l'action du chloroforme, l'est bien plus encore lorsqu'on expérimente sur des oiseaux. Ainsi, des poules vigoureuses sont mortes en quelques minutes. Il ressort de ces expériences *que le chloroforme administré d'une manière continue tue d'autant plus vite qu'il est porté plus rapidement dans l'appareil respiratoire.*

Je n'insisterai point pour démontrer que la rapidité d'action des vapeurs anesthésiques doit être considérable chez les oiseaux, dont l'appareil respiratoire se prête si bien par sa nature à leur absorption.

L'étude expérimentale du chloroforme nous a encore permis de faire une remarque importante. En observant les variations qu'il apportait

dans la plupart des fonctions, nous avons constaté qu'il abaissait notablement la température animale, résultant en quelque sorte de l'accomplissement normal de ces mêmes fonctions. Ce phénomène constaté, il nous importait de fixer le moment exact où cette action déprimante s'exerce, car une conséquence pratique découle de cette observation. En effet, tandis que la température animale s'élève au début de l'application de l'agent anesthésique, elle s'abaisse au contraire d'une manière rapide dès que la sensibilité est abolie, et en peu d'instants elle s'amoindrit de plusieurs degrés. M. le professeur Bouisson (de Montpellier), qui a répété nos expériences sur les animaux et sur l'homme, a confirmé ce fait dans le remarquable ouvrage qu'il a publié sur l'anesthésie. Suivant moi, ce phénomène est d'une haute importance; il prouve qu'un trouble profond est apporté dans l'économie vivante par les vapeurs du chloroforme, et qu'il ne faut rechercher qu'avec une grande réserve cette période de résolution complète, l'idéal de tant de chirurgiens. Ce fait de l'abaissement de la température animale vous paraîtra encore plus digne d'intérêt, quand je vous rappellerai qu'il se produit dans la période ultime de tous les empoisonnements, quels qu'ils soient, excepté dans ceux où la mort survient presque instantanément (empoisonnements par la strychnine, l'acide prussique). Au commencement de nos expériences, M. Duméril et moi avions pensé que la mort aussi bien que l'abaissement de la température animale dépendaient peut-être de la privation d'une certaine quantité d'air respirable. Dans le but de juger cette question, nous avons fait une contre-expérience. La voici : après avoir ouvert la trachée-artère d'un chien, nous y avons introduit une canule à robinet, puis nous avons amené la mort de l'animal en le privant peu à peu d'air atmosphérique. Nous avons pu constater alors que la température, loin de décroître, s'était dans ce cas sensiblement élevée.

Aussi résulte-t-il clairement pour moi que chez les individus chloroformés pendant un certain laps de temps la mort n'est pas le résultat de l'asphyxie, mais qu'elle est déterminée par l'action toxique du chloroforme, qui trouble profondément le système nerveux central. Un de nos collègues, dans un mémoire intéressant, a cherché à démontrer que la mort par le chloroforme était déterminée par la paralysie du cœur. L'expérience sur laquelle s'appuie cette assertion est parfaitement exacte, et il est vrai qu'une faible dose de chloroforme injectée par la veine jugulaire jusque dans les cavités droites du cœur, amène la mort instantanée.

Tout récemment j'ai repris ces expériences, et j'ai obtenu les mêmes résultats que M. Gosselin. Cependant, toutes probantes qu'elles paraissent, ces expériences ne démontrent pas que la mort arrive par la suspension brusque, instantanée des mouvements du cœur. Elles prouvent que le chloroforme administré à l'état liquide arrête par ses propriétés irritantes les mouvements de cet organe : rien de plus. Par des expériences nouvelles, j'ai voulu déterminer l'action que les vapeurs chloroformiques pouvaient avoir sur les contractions du cœur; et tout récemment, en présence de plusieurs de mes élèves, j'ai enlevé le plus rapidement qu'il m'a été possible le cœur de plusieurs lapins; les uns furent mis sous une cloche saturée de vapeurs anesthésiques, les autres furent placés dans une assiette à l'air libre, auprès des premiers. Dans les deux cas les contractions musculaires ont été les mêmes. Déjà M. Guérin avait observé que des cœurs de grenouilles séparés de l'organisme continuaient à battre bien qu'ils fussent plongés dans le chloroforme. Pour varier mes expériences, j'ai projeté des vapeurs de chloroforme sur le cœur mis à nu d'un autre lapin; les battements n'ont point cessé. Je conclus de ces expériences que l'action déprimante du chloroforme sur le centre circulatoire ne tient point à l'action du sang modifié par ce dernier agent, mais bien à l'action déprimante du chloroforme sur le système nerveux, qui, à son tour, enchaîne les mouvements du cœur. Il résulte d'ailleurs des expériences qui me sont personnelles, et que confirment celles de M. Bouisson (de Montpellier), que le cœur est encore ici l'*ultimum moriens*, circonstance d'une gravité pratique incontestable; car c'est sur lui, et du côté de la respiration, que doit se porter toute l'attention du chirurgien aux prises avec la mort déterminée par le chloroforme.

2° *Jusqu'à quel point le chirurgien peut-il remédier à l'empoisonnement causé par le chloroforme quand l'action de cet agent a été poussée jusqu'à une certaine limite?*

On comprend sans peine l'impuissance de l'art en pareil cas, et M. Robert a eu grandement raison d'insister sur ce sujet. Quelle que soit la manière dont la mort arrive, elle résulte de l'action déprimante des vapeurs anesthésiques sur le système nerveux central. Je ne veux pas discuter ici l'opinion de M. Flourens; mais ce qui est certain, c'est que l'action déprimante du système nerveux s'exerce sur la respiration et la circulation, dont elle modifie le jeu. Or, c'est par la respiration que l'exhalation des molécules chloroformiques pourrait s'effectuer. Or, ces deux fonctions se trouvent à un moment suspendues. Il faudrait de l'air pur aux poumons et un sang bien artérialisé au cœur et au système nerveux; mais les agents naturels de ce transport sont sans effet, par suite du défaut d'excitation du système nerveux central. C'est alors que le chirurgien se trouve dans la position pénible où est le chimiste devant un de ces empoisonnements où l'organisme profondément troublé se refuse à l'absorption du contre-poison qui doit mettre le malade hors de danger.

Des raisons qui précèdent je conclus que la chirurgie est et doit être impuissante, non pas à remédier aux accidents déterminés par l'emploi intempestif du chloroforme, mais à détruire les effets terribles de cet agent imprudemment administré.

Ainsi, de ces considérations il résulte suivant moi, et M. Robert l'a démontré dans son rapport, que le chloroforme tue par intoxication, et que son action est d'autant plus dangereuse que ses vapeurs pénétrant dans l'organisme, il exerce rapidement une action sidérante sur le système nerveux. La mission du chirurgien n'est donc pas tant de chercher à atténuer ses funestes effets, une fois qu'ils se sont produits, que de chercher les moyens de prévenir tout d'abord l'intoxication anesthésique.

Bien que mon but ne soit point de critiquer le remarquable travail de M. Robert, je l'ai dit en commençant, cependant je ne puis m'empêcher de regretter qu'il ait attribué à une idiosyncrasie particulière les accidents mortels qui ont suivi l'emploi du chloroforme. Toutefois, je reconnais qu'il y a des organisations plus ou moins accessibles à l'action du chloroforme, comme il en est d'autres sur lesquelles la digitale et l'opium exercent plus d'effet. En pareil cas, on comprend aisément avec quelle réserve doit se conduire le chirurgien. Contrairement à l'opinion de beaucoup de praticiens, je crois que ce n'est point agir avec toute la prudence nécessaire que de faire respirer, au début de l'inhalation, les vapeurs du chloroforme émanant d'une éponge ou d'un linge sur lesquels plusieurs grammes de cet agent ont été versés. On ne saurait s'entourer de trop de précautions lorsqu'on se sert des anesthésiques, quels que soient, du reste, les moyens auxquels on a recours pour obtenir la résolution. Quant aux moyens à employer, ils n'ont pas, selon moi, toute l'importance que beaucoup de chirurgiens leur donnent; l'essentiel est d'obtenir, avant tout, quel que soit le procédé, un mélange aussi parfait que possible d'air respirable et de vapeurs chloroformiques.

Après avoir déterminé l'action du chloroforme sur les animaux afin d'établir les conditions suivant lesquelles la mort pouvait survenir, j'ai entrepris sur moi une série d'expériences pour étudier la manière dont se produisait l'anesthésie dans un organisme humain. Bien que je ne puisse parler que de mes sensations personnelles, je crois qu'elles sont l'expression d'un fait général; car elles sont en tout point conformes à celles qui ont été rapportées par M. Bouisson, qui, lui aussi, ainsi qu'un certain nombre de jeunes gens, s'est soumis à l'action des vapeurs chloroformiques. Voici ce qui arrive quand on prend le chloroforme à faible dose, mais continué pendant un certain temps, jusqu'au moment où l'on sent que l'on perd la possession de soi-même, ou si, comme l'a indiqué M. Sédillot, on verse quelques gouttes de chloroforme sur un linge, et si on se tient ainsi soumis à l'action de cet anesthésique : on éprouve une sensation de bien-être et une douce chaleur dans l'intérieur de la poitrine. Si on continue à respirer ainsi en versant de temps en temps quelques gouttes de chloroforme, la respiration s'accomplit normalement, les battements du cœur sont normaux; bientôt les bruissements d'oreille surviennent, le fourmillemeat et l'engourdissement des membres se produisent: on arrive ainsi doucement à la limite de la possession de soi-même. On se trouve tout engourdi et comme enchaîné, mais avec une possession de soi-même assez grande pour sentir que l'action envahissante du chloroforme ne disparaît pas avec le linge, qu'elle continue et progresse doucement pour disparaître ensuite. Cette expérience, souvent répétée, m'a permis de constater deux faits sur lesquels je veux un instant arrêter votre attention:

1° L'action envahissante et progressive du chloroforme, qui persiste alors même qu'on lui a substitué un air pur. On s'expliquera facilement ce phénomène si l'on songe qu'une masse considérable de vapeurs chloroformiques ayant été introduite dans le sang et dans l'appareil respiratoire, il faut, pour que l'anesthésie disparaisse entièrement, que l'agent modificateur du système nerveux ait épuisé ses forces stupéfiantes ou qu'il ait été exhalé à la surface des poumons. Nous démontrerons un peu plus loin toute l'importance de ce fait.

2° Il ressort encore, pour moi, de cette expérience un fait bien important et que M. Chassaignac a mis en lumière; je veux parler de la tolérance anesthésique. Oui, il y a un moment de l'inhalation où l'homme a encore la conscience de lui-même et s'achemine doucement vers le sommeil, qui abolit toutes ses facultés. Cet état a été justement, suivant moi, qualifié de tolérance anesthésique. C'est donc en endormant ainsi les malades, en les maintenant sans cesse sous l'influence de quelques gouttes de chloroforme versées sur un mouchoir présenté à distance, que l'on obtiendra le sommeil anesthésique sans les agitations et les angoisses qui accompagnent toute autre façon de faire. Ce procédé, vanté d'abord par M. Sédillot, est, à mon avis, le seul qui éloigne tout danger et qui permette au chirurgien d'étudier la susceptibilité du sujet soumis à l'action du chloroforme; le patient peut lui-même accuser les sensations qu'il éprouve et recevoir les encouragements de l'homme de l'art; enfin, si, par malheur, une syncope ou quelque autre phénomène nerveux se déclarent, on se trouve dans les circonstances les plus avantageuses pour y parer.

Pour arriver à prévenir les accidents mortels du chloroforme, un médecin anglais, dont le travail a été analysé par M. Follin, a préconisé, comme moyen prophylactique de toute catastrophe, le mélange d'une certaine quantité de vapeurs chloroformiques à telle quantité d'air atmosphérique. Cette tentative est avantageuse sans doute; mais, à mon sens, elle ne tranche pas la difficulté. Avant toutes choses, ce qu'il faudrait faire, ce serait de déterminer le degré de susceptibilité du malade à anesthésier. Comment arriver à la connaissance de ce point capital? Combien de circonstances, d'ailleurs, peuvent faire varier cette susceptibilité! La résistance vitale est une chose tout individuelle et ne peut se chiffrer. Il serait difficile, ce me semble, de vouloir soumettre à une règle absolue et générale ce que la connaissance de chaque individu doit seule déterminer.

Nous venons de voir comment avec de faibles doses de vapeurs chloroformiques administrées d'une manière continue, ou avec de légères interruptions, comme le veut M. Gosselin, on arrive à la résolution complète. Etudions maintenant ce qui se passe quand l'agent anesthésique est donné à hautes doses; et par hautes doses, je ne veux pas dire à 4 ou 5 grammes, mais, comme il arrive chaque jour, à dose de 1 à 2 grammes versés sur un linge, une éponge ou un peu de charpie; c'est ainsi qu'un grand nombre de praticiens des plus éminents font inhaler le chloroforme, et cela pendant un temps assez prolongé.

A plusieurs reprises, je me suis administré le chloroforme comme je viens de le dire, et voici ce que j'ai constamment observé sur moi-même :

Une première inspiration fait pénétrer dans la poitrine une grande quantité de vapeurs anesthésiques qui déterminent une sensation de chaleur brûlante dans tout l'arbre bronchique; la toux survient ainsi que le spasme de la glotte, et il devient impossible de respirer; alors, malgré soi, on déglute l'air chargé de chloroforme; enfin si, s'armant de résolution, on fait des efforts inspirateurs, on finit par aspirer des vapeurs chloroformiques en quantité considérable; c'est alors qu'un malaise étrange se manifeste dans l'organisme tout entier : des troubles graves surviennent du côté des sens; on est comme envahi par les vapeurs anesthésiques, et, si on veut conserver le sentiment de soi-même, il faut cesser à l'instant même la chloroformisation; mais de cette manière on sent dans toute son intensité l'action envahissante du chloroforme; il m'est arrivé, après avoir respiré des vapeurs de chloroforme fournies par 2 à 3 grammes de cette substance, de perdre complétement le sentiment de moi-même, bien que j'eusse cessé de respirer la vapeur anesthésique au moment où j'avais encore le sentiment intime des sensations que j'éprouvais.

C'est en prenant ainsi le chloroforme à dose habituelle qu'on se rend compte de la sidération du système nerveux, non pas d'une manière progressive, comme un physiologiste éminent a cherché à l'établir. On comprend que le chloroforme ainsi administré, par les sensations étranges qu'il produit, jette le malade dans un grand trouble et produise la syncope, accident d'autant plus grave que le sujet a respiré déjà une grande quantité de vapeurs chloroformiques. Elle expose encore aux spasmes de la glotte et à toutes ses conséquences.

En me livrant à mes expériences, j'ai remarqué que certains sujets avaient une tendance très marquée à la salivation et aux sécrétions muqueuses. Je me suis demandé si le chloroforme ne pourrait point encore entraîner de graves inconvénients par son action directe sur les bronches. En effet, les muqueuses bronchiques et trachéales se trouvent anesthésiées, comme toutes les parties de l'économie lorsque le sommeil chloroformique est complet. Je serais même disposé à croire que dans l'anesthésie, que j'appellerai rapide, le chloroforme paralyse instantanément les facultés sentantes de la muqueuse respiratoire; or, ces facultés paralysées, il en résulte que le besoin de cracher ne se fait plus sentir, et que l'action réflexe, qui a son siége dans les bronches, en vertu de laquelle les phénomènes physiques de la respiration s'accomplissent, est détruite complétement, et qu'il s'ensuit un arrêt dans le jeu des poumons. L'accumulation des mucosités bronchiques est un fait constaté par l'autopsie et par l'auscultation. M. Bouisson, en effet, a observé que des individus dont la respiration était normale au moment de respirer le chloroforme présentaient au contraire des râles muqueux sous l'influence du sommeil chloroformique.

Pour me résumer je dirai :

1° Que les vapeurs du chloroforme respirées à trop fortes doses exercent sur le système nerveux une action rapide envahissante qui peut être suivie de la mort par suite d'une véritable intoxication;

2° Que l'art ne peut que fort peu de chose contre un accident aussi imprévu, puisque le centre de la vie, le système nerveux, le régulateur de toutes les fonctions étant frappé, il paralyse tous les rouages à l'aide desquels il pourrait être surexcité;

3° Le chloroforme administré à la dose de plusieurs grammes, avant que la tolérance anesthésique soit établie et avant que la susceptibilité individuelle soit connue, peut amener la syncope, le spasme de la glotte et une paralysie des bronches, d'où l'accumulation des mucosités bronchiques;

4° On pourra parer à ces inconvénients en faisant respirer d'une manière continue quelques gouttes de chloroforme, et cette continuité d'action amène insensiblement le sommeil anesthésique, et l'intensité des vapeurs chloroformiques, étant moins déprimante et moins marquée, permet au chirurgien de remédier aux accidents qui pourraient survenir;

5° Il faut d'ailleurs éviter de jeter les malades dans un état de collapsus, car cet effet obtenu, il reste l'action envahissante et persévérante du chloroforme dont on ne pourrait plus prévoir les effets;

6° C'est surtout en cherchant à obtenir cette résolution complète des forces musculaires que la question de vie ou de mort est posée, ainsi que le fait remarquer M. le professeur Sédillot; car à ce moment la température animale s'abaisse, indice certain du trouble profond apporté dans toutes les fonctions.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Le corps médical vient de perdre deux de ses plus honorables membres :

M. le docteur Prunelle, ancien député, ancien maire de Lyon, inspecteur général des eaux de Vichy, a succombé le 20 août, à l'âge de soixante-quatorze ans;

M. le docteur Serrurier (Jean-Baptiste-Toussaint), chevalier de la Légion d'honneur et de l'ordre de l'Eperon d'or, ancien secrétaire général de la Société de médecine pratique. est mort dans sa soixante-dix-septième année, rue Saint-Dominique-Saint-Germain, n° 12.

Ses obsèques se feront demain jeudi 25 août 1853, à onze heures, en l'église Saint-Thomas-d'Aquin.

— Par décret du 12 août, ont été autorisés à accepter et à porter différentes décorations d'ordres étrangers les médecins dont les noms suivent :

M. Ph. Ricord, les décorations de l'ordre de Léopold de Belgique (chevalier), de Charles III d'Espagne (chevalier), de la Couronne de chêne des Pays-Bas (chevalier), de Sainte-Anne de Russie (2e classe), des Saints-Maurice et Lazare de Sardaigne (chevalier), de Wasa de Suède (chevalier);

M. Souhaut (Marie-Nicolas), chirurgien aide-major au 12e régiment d'artillerie, la décoration de l'ordre de Pie des Etats romains (chevalier);

M. Perrin (Théodore), docteur en médecine, même décoration;

M. Brochand, médecin-major au 3e régiment de cuirassiers, la décoration de l'ordre de la Conception de la Villa-Vicosa (chevalier).

— Dans l'avant-dernière séance (16 août) de l'Académie des sciences, exclusivement consacrée du reste à des objets étrangers à la médecine, M. Le Roy-d'Etiolles a adressé la grosse d'un jugement renou par le tribunal civil de la Seine dans un procès entre lui et M. Charrière, qui intéresse un certain nombre de nos confrères. En voici l'extrait :

« Un fabricant est-il tenu de donner communication de ses livres et registres pour constater et vérifier les dates de l'exécution d'une invention?

» *Oui*, en ce qui concerne les commandes faites par la personne qui requiert la communication des registres;

» *Non*, en ce qui concerne les commandes faites par d'autres personnes, si elles se refusent à l'autoriser. »

— L'Académie des sciences et belles-lettres de Rouen avait mis au concours l'éloge de Lepecq de la Cloture. Le prix, consistant en une médaille d'or de 300 fr., a été décerné à M. le docteur Max Simon.

— L'Académie médico-chirurgicale de Ferrare a mis au concours, pour l'année 1854, la question suivante :

« Des maladies chroniques du foie, et en particulier de celles qui se montrent fréquemment dans les pays marécageux, mais à climat tempéré, dans lesquels dominent les fièvres intermittentes.

Prix : une médaille d'or de 100 écus romains.

Les mémoires, en latin, italien ou français, devront être adressés, suivant les formes académiques et avant le 31 mars 1854, au secrétaire de l'Académie médico-chirurgicale de Ferrare.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Cours d'hygiène fait à la Faculté de médecine de Paris, par M. Louis Fleury, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, membre honoraire de la Société anatomique de Paris, membre correspondant de la Société de médecine de Marseille, de l'Académie royale de médecine de Belgique; chevalier de la Légion d'honneur et de l'ordre de Léopold de Belgique, etc.

Mode de publication. — Le *Cours d'hygiène* de M. le docteur Fleuve est publié par livraisons de huit feuilles chacune, imprimées en petit-texte. Le prix de chaque livraison, contenant la matière d'un *fort demi-volume* in-8° en caractères ordinaires, est fixé à 2 francs.

La quatrième livraison vient de paraître. Elle traite des cimetières, de la distribution des eaux, de l'éclairage public et privé, des habitations privées et publiques, du chauffage, des établissements industriels, de l'endémie, de l'épidémie et des constitutions médicales, de la contagion miasmatique, des lois sanitaires. Elle renferme ce qu'on ne trouve dans aucun traité d'hygiène : le classement des établissements industriels et la convention sanitaire internationale. La cinquième livraison est sous presse et paraîtra du 1er au 15 novembre; elle terminera le 1er volume et l'histoire des modificateurs *cosmiques, astronomiques, physiques et chimiques.*

Traité pratique des rétrécissements du canal de l'urètre, par le docteur J.-F. Reybard. Ouvrage couronné par l'Académie impériale de médecine, qui lui a décerné, en 1852, le grand prix d'Argenteuil (12,000 fr.). — Un vol. in-8°, avec planches. 1853. Prix : 7 fr. 50 c.

Ces ouvrages se trouvent chez Labé, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, 23.

Manuel d'anatomie pathologique, par A. Forster. Traduit de l'allemand sur la deuxième édition par le docteur H. Kaula. Prix : 1re partie, avec 4 planches lithographiées, 4 fr. 50 c.; 2e partie, avec 2 planches lithographiées, 3 fr.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 101. — SAMEDI 27 AOUT 1853. (26e ANNEE.) N° 101. — SAMEDI 27 AOUT 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, en face de l'Académie de médecine.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	Trois mois	8 fr. 50 c.
	Six mois	16 »
	Un an	30 »
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	Trois mois	9 fr.
	Six mois	17
	Un an	33
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	Trois mois	10 fr.
	Six mois	20
	Un an	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Syphilis tertiaire commençante. — Insuccès du mercure seul. Réussite de l'iodure de potassium.

L'un des faits de thérapeutique spéciale les mieux établis peut-être, c'est la spécificité d'action différente qui semble approprier plus particulièrement les préparations mercurielles aux symptômes syphilitiques secondaires, et les préparations potassiques aux symptômes tertiaires; sorte de solidarité heureuse entre deux médications qui se suppléent et se complètent. Les faits sur lesquels repose cette distinction pratique sont aujourd'hui vulgaires, et l'expérience de tous les jours la confirme. Le fait suivant, bien qu'il ne soit qu'une confirmation de plus à ajouter à tant d'autres, ne nous en a pas moins paru intéressant à signaler comme exemple d'un cas où l'influence de l'iodure de potassium s'est révélée avec une promptitude remarquable, du moment où cet agent a été réuni au mercure, qui jusque-là, seul, s'était montré inefficace.

Une femme ayant eu il y a deux ans des accidents syphilitiques primitifs qui n'ont été probablement qu'incomplétement traités est entrée récemment dans le service de M. Rostan, présentant des plaques muqueuses à la face interne des joues, sur la voûte et au voile du palais. Elle avait en outre de petits noyaux indurés à la base de la langue, des engorgements glandulaires de la région postérieure du cou, un commencement d'alopécie et des croûtes à la racine des cheveux. Elle était, comme on peut juger par cette rapide énumération de symptômes, à cette période mixte qui constitue le passage des accidents secondaires aux accidents tertiaires. Cette malade avait été mise dès son entrée à l'hôpital à l'usage du proto-iodure de mercure à la dose de 0,05 centigrammes par jour, et d'un gargarisme de sublimé (20 centigrammes pour 500 grammes). Elle suivait ce traitement depuis assez longtemps déjà, et cependant il ne se manifestait aucune amélioration; ce que voyant, M. Lebled, chef de clinique de M. Rostan, fit remplacer cette médication par la médication suivante: Potion avec bi-iodure de mercure, 15 centigrammes, et iodure de potassium, 15 grammes pour 500 grammes d'eau; à prendre d'abord une cuillerée par jour, puis deux, une le matin et une le soir. Quelques jours à peine s'étaient écoulés, que sous l'influence seule de ce changement il survint une amélioration croissante, telle, qu'en peu de jours tous les symptômes avaient disparu.

Emploi de l'électro-magnétisme dans l'angine de poitrine.

L'angine de poitrine est, comme tout le monde le sait, une des affections les plus redoutables et par son issue presque constamment funeste et par les douleurs atroces qui caractérisent ses accès. Trouver le moyen de guérir cette cruelle affection serait un service éminent à rendre à l'humanité. Nous ferions ici un vain étalage d'érudition si nous voulions rappeler toutes les théories spéculatives qu'a fait naître ce désir si naturel et la stérile abondance des moyens de traitement qui ont été alternativement proposés et mis en usage. En bornant ses prétentions à des proportions plus modestes, ne peut-on du moins espérer d'apporter quelque soulagement aux malades et de conjurer, pour un temps, le danger imminent que semble entraîner avec lui chaque accès? C'est là un espoir qui est fondé aujourd'hui sur des expériences d'un grand intérêt, et qu'à raison de leur importance pratique nous signalons avec empressement à l'attention de nos lecteurs.

M. Duchenne (de Boulogne) a eu l'idée heureuse d'essayer contre l'accès de l'angine de poitrine l'application de son appareil électro-magnétique. Pendant un accès violent, il a excité le mamelon avec les conducteurs de son appareil d'induction gradué au maximum, et marchant avec des intermittences très rapides. La douleur provoquée par cette excitation a été extrêmement vive, mais instantanée, et avec elle a disparu aussi complétement la douleur de l'angine, ainsi que la dyspnée et l'engourdissement des bras et des doigts qui l'accompagnaient.

Le résultat de cette expérience, si elle n'eût été faite qu'une fois, aurait pu être mis sur le compte d'une simple coïncidence fortuite. Mais M. Duchenne a eu le soin de se mettre à l'abri de cette cause d'illusion. Chaque fois que de semblables accès se reproduisaient chez son malade, il tentait l'expérience, et chaque fois le résultat en était le même, c'est-à-dire que chaque fois le malade passait subitement d'un état de souffrance et d'angoisse inexprimables au calme le plus parfait.

Dans diverses expériences répétées, M. Duchenne s'est convaincu qu'il n'était pas nécessaire, pour obtenir ce résultat, d'exciter le mamelon. Il a obtenu les mêmes effets en provoquant l'excitation électro-cutanée *loco dolenti*, c'est-à-dire au niveau de la partie supérieure du sternum.

Ces expériences, dont plusieurs médecins ont été témoins, établissent donc ce fait, dont l'importance ressortira assez d'elle-même, que par l'excitation électrique de la sensibilité du mamelon ou de la peau pratiquée *loco dolenti*, on peut faire cesser complétement et à l'instant même un accès d'angine de poitrine.

M. Duchenne paraît espérer que l'influence de ce moyen pourra aller encore plus loin. Il se croit fondé à croire qu'il sera possible en répétant ces applications d'enrayer et peut-être même de guérir définitivement l'angine de poitrine. C'est à l'expérience à prononcer; nous faisons des vœux pour qu'elle donne raison aux prévisions de M. Duchenne, dont les essais méritent dans tous les cas d'être encouragés.

Thérapeutique de la dyspepsie.

M. le docteur Beau a fait dernièrement à l'hôpital Cochin quelques leçons sur la dyspepsie, symptôme gastrique auquel il a donné une importance méritée sous quelques rapports, mais qui nous a paru exagérée sous d'autres points de vue. La dyspepsie jouerait ainsi un rôle à peu près égal à celui que jouait la gastrite dans le système de Broussais. Nous laisserons de côté tout ce qui a rapport à ce que M. Beau appelle les symptômes secondaires, et qui sont des maladies (scorbut, anémie, chlorose, paralysie, etc., etc.) dans lesquelles la dyspepsie n'est la plupart du temps elle-même qu'un symptôme secondaire, et nous nous bornerons à faire connaître le traitement de cette affection à l'état primitif et essentiel.

La thérapeutique de la dyspepsie comprend deux indications :

1° *Combattre la cause.* Elle est difficile à démêler. Dans une dyspepsie vermineuse, on n'obtient la fin de la maladie que lorsqu'on a expulsé les vers. Il en est de même des dyspepsies produites par l'abus du café, du tabac. Nous avons vu en ville un négociant qui perdait ses forces, qui était devenu triste, maussade et mélancolique, et qui a recouvré rapidement son embonpoint et ses facultés digestives après avoir renoncé complétement à l'habitude de fumer du tabac. On pourrait citer des exemples d'individus qui ont été guéris après avoir cessé l'usage du thé, des boissons alcooliques, de certains médicaments, de tisane et même d'eau fraîche, qu'ils buvaient en grande quantité pendant ou entre les repas. Certaines causes morales, contrairement à celles-ci, ne peuvent pas s'enlever. C'est une circonstance fâcheuse, et qui paralyse l'action des différents moyens thérapeutiques. Souvent il suffit d'enlever la cause pour guérir la dyspepsie; dans d'autres cas, si la dyspepsie est invétérée, ou s'il y a une influence héréditaire, le mal sera beaucoup plus difficilement curable.

2° *Combattre la maladie.* On doit chercher d'abord si la dyspepsie est saburrale. Elle est saburrale si le malade a la bouche mauvaise, amère, un enduit à la langue, des nausées, des vomissements. Dans ce cas, elle diminue ou disparaît par l'emploi d'un éméto-cathartique. L'amélioration est surtout notable, si les premiers vomissements sont bilieux. Si le médicament évacuant ne produit pas de vomissements, s'il n'y a pas d'amélioration, on doit dire de cette dyspepsie qu'elle est pseudo-saburrale.

Il est souvent très difficile de distinguer un embarras gastrique vrai d'un faux, car on n'a pas à sa disposition des signes physiques différentiels, et avec cela les symptômes rationnels des deux maladies sont à peu près semblables. Néanmoins, comme souvent l'état saburral détermine les accidents initiaux de la dyspepsie, nous commençons par administrer un éméto-cathartique, et le lendemain nous donnons un purgatif. Si la maladie pour laquelle l'évacuant a été administré n'était qu'un faux embarras gastrique, le malade en est quitte pour avoir eu quelques vomituritions inutiles, mais cet inconvénient est beaucoup moindre que celui qui résulterait pour lui d'un état saburral non combattu.

3° Quand l'état saburral a été combattu, si la dyspepsie persiste, on doit employer différents moyens. Mais, avant d'indiquer ce qu'il y a à faire, nous allons d'abord dire ce qu'il ne faut pas faire : ces indications négatives secondent puissamment l'action des moyens positifs.

Il est important que les malades boivent très peu de tisane. S'ils ont soif, ils doivent tromper ce besoin, ou s'ils boivent, ils ne doivent prendre que de petites quantités de boissons. Il ne faut pas prescrire des agents narcotiques : opium, belladone, etc., médicaments qui apaisent les symptômes douloureux, mais qui en même temps ont le très fâcheux inconvénient d'apaiser l'appétit et d'enrayer la faculté digestive. Il ne faut pas mettre les malades à la diète, ou réduire la quantité de leurs aliments. On doit leur défendre le séjour prolongé au lit. En outre, le médecin doit surveiller les médicaments et ne pas en prolonger l'emploi. Ainsi, nous avons eu des malades qui ont subi des recrudescences de dyspepsie parce qu'on leur avait donné trop longtemps de l'eau de Seltz, du vin de quinquina.

Passons maintenant aux moyens positifs.

Traitement des symptômes primitifs. — Supposons que nous ayons à soigner un malade atteint des symptômes primitifs de la dyspepsie franche. Nous faisons appliquer un vésicatoire volant à l'épigastre, et nous le répétons plusieurs fois. En même temps, nous faisons prendre des bains sulfureux frais, ou des bains de rivière, ou mieux des ablutions d'eau froide, une ou deux fois par jour. Quant aux médicaments pris à l'intérieur, il faut être assez réservé sur leur emploi. Nous employons surtout la poudre de charbon de peuplier (charbon de Belloc). Nous l'administrons à la dose d'une cuillerée à bouche après chaque repas. Nous avons remarqué qu'il a plus d'efficacité chez les hommes que chez les femmes. Cette singularité d'action est peut-être due à ce que chez les femmes la dyspepsie est souvent sous la dépendance d'une cause morale ou d'une affection utérine. Nous prescrivons aussi le sous-nitrate de bismuth, la magnésie, les toniques et les amers. Nous insistons sur celui de ces agents qui excite le mieux l'appétit et les puissances digestives.

Certaines règles hygiéniques sont nécessaires pour assurer l'action des moyens précédents. Le malade fera trois ou quatre repas par jour, consistant en potages, viandes, légumes, fruits cuits ou très mûrs. Le vin sera coupé d'eau. Dans quelques cas, on lui préférera la bière, le cidre, ou même l'eau pure, si le malade trouve que ces boissons le font manger davantage et digérer plus facilement. On le privera complétement de thé, de café, surtout de café au lait pour déjeuner. Des distractions sont nécessaires; on fera des promenades à pied, à cheval ou en voiture.

Traitement des symptômes primitifs à l'état de prédominance. — Les prédominances des symptômes primitifs de la dyspepsie exigent quelques moyens particuliers : aux vomissements on opposera la glace prise par petits fragments et les vésicatoires volants sur la région épigastrique; ces derniers réussissent admirablement dans les cas de douleur épigastrique ou de névralgie intercostale. Le charbon, la magnésie calcinée serviront à combattre les flatuosités. La constipation sera traitée par l'aloès, les lavements d'eau fraîche; on évitera les lavements tièdes, qui relâchent la tunique musculeuse de l'intestin et facilitent au contraire la disposition aux constipations. Un symptôme fréquent, souvent unique de la dyspepsie, l'anorexie, sera combattu par tous les excitants de l'appétit, à savoir : les amers, l'eau de Seltz, les épices et les boissons glacées; enfin, il arrivera parfois que le médecin ne parviendra à détruire l'anorexie qu'en satisfaisant au désir alimentaire du malade; c'est ainsi que vous ferez disparaître des dyspepsies de convalescence ou autres, en ordonnant des anchois, des huîtres, de la salade, des raisins, des fruits, etc.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Hardy.

Leçon clinique sur la gale. — Considérations nouvelles.

La gale est une affection essentiellement parasitaire causée par un insecte particulier (l'acarus) et caractérisée par des éruptions de diverses sortes, papuleuses, vésiculeuses ou pustuleuses.

L'historique de la gale offre assez d'intérêt pour être mis rapidement sous vos yeux.

Beaucoup de dermatographes très distingués, M. Rayer entre autres, pensent que la gale était inconnue des anciens. Guy de Chauliac serait le premier auteur qui en aurait donné le caractère principal, la contagion. Cela n'est pas exact. Hippocrate mentionne la psore (ψωρα), dont les Latins ont fait leur *scabies*, que nous traduisons par le mot *gale*; mais il ne parle pas de la contagion. Les anciens ignoraient donc cette circonstance si importante? Aristote, qui écrivit peu après Hippocrate, va répondre à cette question, et d'une manière péremptoire. Le célèbre philosophe s'étonne que ceux qui touchent des sujets atteints de la psore soient pris de cette maladie; tandis que l'anasarque, les fièvres, etc., ne se communiquent pas; il en cherche la raison et croit la trouver dans la sécrétion glutineuse qui accompagne les affections psoriques et qui favorise le contage. Quoi qu'il en soit de cette explication, il est bien évident qu'Aristote et ses contemporains connaissaient la faculté de transmission de la gale. Chez les Latins, nous rencontrons des documents encore plus précis, et ce ne sont pas seulement les médecins, mais encore les poètes, les littérateurs qui nous les fournissent. Tous signalent à l'envi la gale comme une maladie qui se transmet par le contact. Tout homme de bon sens évitera de toucher un galeux, s'écrie Horace.... La croyance à la contagion de la gale était donc, on peut le dire, vulgaire chez les anciens. Cette connaissance de la maladie et de son caractère principal ne s'affaiblit pas pendant la période du moyen âge : les Arabes Rhazès et surtout Ali-Abbas décrivent très bien la gale. Mais l'un d'eux, Avenzohar, va nous fournir une notion précieuse qui doit nous intéresser vivement, c'est la mention de la présence d'un petit insecte chez les galeux.

Voici ses propres expressions :

« *Oriuntur aliqui in corpore sub cuti exterius pediculi parvunculi*

qui, cum excoriatur cutis, exeunt animalia viva tam parvuncula quod vix possunt videri. »

Ces animaux dont parle Avenzohar sont-ce des poux? Mais les poux ne sont pas tellement petits que l'on puisse dire qu'ils sont presque imperceptibles; cette expression s'applique, au contraire, parfaitement à l'acarus. Les écrivains occidentaux, tout en copiant leurs prédécesseurs, nous donnent de la gale des descriptions qui se sont transmises jusqu'à nous. Cependant de graves contestations s'élevaient sur l'existence du ciron de la gale et sur le rôle qu'il peut jouer dans cette maladie. Mentionné déjà par Avenzohar, il l'est encore par Rabelais et par Amb. Paré. Mouffet (1634) signale sa présence dans de petits *sillons à côté des vésicules;* Cestoni en donne une très bonne description (1681), seulement moins exacte que celle de Mouffet : il veut qu'on le cherche dans les vésicules elles-mêmes. D'où vient cette erreur de Cestoni qui, cependant avait bien certainement observé l'acarus? Probablement de cette circonstance que, la vésicule ayant quelquefois dans ses parois un sillon où loge l'acarus, on rencontre alors celui-ci en déchirant le soulèvement épidermatique. Mais ce fait est réellement exceptionnel. Linné décrit l'acarus de la gale, mais il le confond avec la mite de la farine, si bien qu'il accuse les nourrices de donner la gale aux enfants en les saupoudrant avec de la farine de froment. En même temps des observateurs allemands, de Geer et Wichmann, le dernier surtout, donnaient une excellente description de l'insecte psorique et établissaient les différences qui le séparent des animaux qui lui ressemblent.

Malgré tant de travaux, on doutait encore chez nous, lorsqu'en 1812 eut lieu la célèbre mystification dont l'auteur, Galès, était un pharmacien de l'hôpital Saint-Louis. Galès prétendit avoir retrouvé l'acarus, et c'est dans les vésicules qu'il affirma le rencontrer. Des savants fort distingués assistèrent à ses expériences; l'acarus fut observé au microscope, décrit, dessiné; et cependant, chose singulière, personne autre que Galès ne pouvait découvrir l'insecte là où il disait le prendre. Mouronval, élève de Lugol, Lugol lui-même, Biett et autres médecins distingués fouillaient vainement les vésicules, l'acarus ne se trouvait pas. C'est plus tard que l'on eut le mot de l'énigme, lorsque M. Raspail fit voir que l'insecte montré par Galès n'était autre chose que la mite du fromage!... Après une pareille déconvenue, l'existence de l'acarus se trouva reléguée au nombre des fables et des chimères, et personne n'y croyait plus, lorsqu'en 1834 il fut de nouveau remis en lumière; mais cette fois pour ne plus disparaître, j'en suis bien convaincu. Un étudiant corse nommé Renucci, qui avait maintes fois vu dans son pays les vieilles femmes extraire l'acarus et guérir ainsi les petits enfants affectés de la gale, ayant entendu nier, à la clinique d'Alibert, l'existence de l'insecte, se fit fort de le montrer aux élèves. En effet, il démontra ce qui avait été oublié depuis Mouffet; savoir, que le siége de l'animalcule est à l'extrémité d'un sillon voisin de la vésicule, et non dans la vésicule elle-même. A partir de cette époque, l'acarus fut l'objet de travaux qui ont bien éclairé son histoire. Un de nos anciens collègues à l'hôpital Saint-Louis, M. Albin Gras, M. Raspail, puis MM. Aubé, à Paris, Hébra (de Vienne) étudièrent son siége, ses mœurs et en donnèrent d'excellentes descriptions. Enfin, dans ce dernier temps, MM. Bourguignon et Piogey ont publié sur le même sujet d'excellents travaux que complète la découverte de l'acarus mâle, faite il y a deux ans par M. Lanquetin, élève de l'hôpital Saint-Louis.

Symptômes. — Le premier symptôme qui fixe l'attention du malade, c'est la *démangeaison*, qui se montre surtout le soir ou pendant la nuit, affecte les interstices des doigts de la main ou du pied, ou bien différentes parties du corps. Douce et en quelque sorte agréable dans les premiers temps, cette démangeaison devient plus forte, plus pénible, et enfin insupportable. Alors le malade présente plusieurs choses à considérer; d'abord l'acarus, puis les diverses sortes d'éruptions qui traduisent extérieurement l'existence de l'insecte.

I. DE L'ACARUS. — Nous avons ici à étudier l'animal lui-même et le sillon qu'il habite.

1° *L'acarus* est un petit insecte de la famille des acariens. Sa forme est arrondie, ou plutôt ovale, bombée; sa longueur est d'environ un tiers de millimètre, et sa largeur d'un quart de millimètre. Il est blanc légèrement grisâtre. Sa tête, petite et ronde, occupe la partie antérieure. Sa face postérieure bombée, et sous laquelle l'animal cache volontiers sa tête et ses pattes, lui donne beaucoup de ressemblance avec une tortue. Sur cette face, on voit des poils ou aspérités dirigés en arrière, qui ne permettent pas à l'animal de rétrograder quand il est dans son sillon. De chaque côté on voit quatre pattes : les deux de devant sont terminées par un appendice en forme d'entonnoir, désigné sous le nom d'*ambulacrum*, et qui sert manifestement à la déambulation; les pattes postérieures en sont dépourvues, mais elles sont munies de poils. La femelle, que nous venons de décrire, est celle que l'on rencontre le plus communément, présente en arrière une ouverture ou fente génito-anale. Le mâle est de moitié plus petit; chez lui, la dernière paire de pattes postérieures est, comme celle de devant, munie d'ambulacrum. Cette disposition a sans doute pour but de permettre au mâle de se maintenir sur le dos de la femelle pendant la copulation; enfin, chez lui, à la partie postérieure du ventre se voient les appendices sexuels. Le mâle ne se tient pas dans des sillons, du moins on ne l'y a jamais rencontré; on ne l'a trouvé que vaguant à la surface cutanée, ce qui, joint à sa petitesse, explique comment il avait jusqu'à ces dernières années échappé aux investigations des plus laborieux observateurs.

2° *Le sillon.* L'étude du sillon est de la plus haute importance pour le diagnostic de la gale. Il est quelquefois assez difficile à rencontrer quand la maladie est ancienne, que des éruptions abondantes ont déformé la surface de la peau, et que le malade a lui-même déchiré son épiderme dans les accès d'atroce démangeaison que provoque l'acarus; cependant, avec de l'attention et en cherchant bien dans les différentes localités que nous allons bientôt faire connaître, on finit ordinairement par le découvrir. Ce sillon est une espèce de tamis, de galerie sous-épidermique que l'acarus femelle se creuse pour y pondre et cacher ses œufs. Ce sillon se présente sous forme d'une ligne ponctuée de blanc et de gris, de quelques millimètres de longueur, rarement droite, presque toujours sinueuse, contournée en S ou en C et simulant le fer à cheval, quelquefois simplement coudée. Des deux extrémités de cette galerie, l'une est inégale, déchiquetée : c'est l'orifice d'entrée par lequel a pénétré l'animal; l'autre extrémité est entière, plus pointue, marquée d'un petit *point blanc*, lequel n'est autre chose que l'acarus vu à travers la couche mince d'épiderme qui le recouvre. Si l'on déchire délicatement ce point avec l'extrémité d'une épingle, on voit bien que ce n'est pas là une vésicule, il n'y a pas un atome de liquide; alors, en grattant doucement avec l'extrémité de l'instrument, l'acarus s'y attache, et si on le dépose sur l'ongle ou sur une plaque de verre, on ne tarde pas à le voir marcher, surtout s'il a été exposé aux rayons du soleil. Il faut être bien prévenu que tous les sillons ne renferment pas des acarus; très souvent il en sort et va creuser ailleurs. J'en ai eu la preuve sur moi-même. Dans le courant de l'année dernière, j'attrappai la gale en examinant des malades; elle se manifesta par des démangeaisons assez vives entre les doigts. Examinant avec soin le siége de cette démangeaison, je constatai l'existence de trois sillons : un seul renfermait un acarus. Celui-ci enlevé, les démangeaisons cessèrent, et, sans autre précaution, tout fut terminé : j'étais guéri. Eh bien! cet acarus unique était représenté ici par trois sillons.

Où faut-il chercher les sillons? D'abord, nous l'avons dit, l'habitation de prédilection de l'acarus est aux mains, entre les doigts, à leurs faces latérales et à leur commissure; aux poignets, dans les plis naturels de cette région; quelquefois sur le bord externe de la main, plus rarement à la face palmaire, surtout chez les ouvriers, dont l'épiderme est épaissi par le travail. Les femmes livrées à des occupations paisibles, les couturières, par exemple, en présentent quelquefois dans cette région. Après la main, le siége le plus ordinaire des sillons est la verge chez l'homme. Ici, l'acarus réside vers le milieu ou à l'extrémité balanite du pénis, jamais à la racine, car l'acarus semble fuir les parties recouvertes de poils. Dans les points que nous venons d'indiquer on voit de grosses papules, dont l'existence est, comme nous le verrons, d'une grande importance pour le diagnostic de la gale, et c'est *sur ces papules* que l'on trouve ces sillons et leur habitant. On en rencontre quelquefois au scrotum. Viennent enfin les pieds, soit à l'entour des malléoles, soit aux orteils, surtout chez les enfants. Enfin, l'acarus peut encore être rencontré sur les différentes parties du corps : au ventre, aux aisselles, et chez la femme auprès des mamelons; sur les membres, et particulièrement aux avant-bras; partout enfin, excepté à la face.

Le nombre des sillons est très variable : quelquefois très limité, un ou deux seulement; d'autres fois très considérable, plus de cent. Il ne faut pas confondre avec les sillons les égratignures que portent si souvent les malades atteints de la gale; les égratignures sont ordinairement plus petites et non ponctuées. Il faut se rappeler aussi que les sillons abandonnés par l'acarus sont ouverts à leurs deux extrémités, car nous avons vu que, d'après la disposition des aspérités rétrogrades qui hérissent leur face dorsale, les acarus sont, dans leurs galeries, toujours obligés de marcher en avant, et qu'ils ne peuvent les quitter qu'en ouvrant l'extrémité située devant eux.

Ainsi, en résumé, l'acarus doit être cherché en dehors des vésicules et des pustules, dans des sillons ou galeries qu'il se creuse, surtout aux mains, aux poignets et à la verge chez l'homme, et aux mains et aux mamelons chez la femme.

II. DES ÉRUPTIONS. — La démangeaison est, avons-nous dit, le premier symptôme qui décèle la présence de l'acarus; viennent ensuite différentes sortes de manifestations cutanées auxquelles les auteurs accordaient anciennement une grande importance, mais qui selon nous sont tout à fait secondaires, tout à fait accessoires, et ne peuvent servir à classer la maladie dans laquelle on les rencontre. Ces éruptions n'ont pas d'ailleurs l'apparence exclusivement vésiculeuse, comme on l'avait avancé; elles revêtent différentes formes. Mais qu'elles soient papuleuses, vésiculeuses ou pustuleuses, la maladie est toujours une, toujours identique à elle-même, puisque dans tous les cas elle est constituée par la présence de l'acarus. Il en est de la gale comme des syphilides : la cause est tout; la détermination extérieure ne change en rien la nature, l'essence de la maladie. C'est là ce dont nous voulons que l'on soit bien convaincu.

Rangées par ordre de fréquence, les éruptions psoriques sont :

1° *Papuleuses.* — C'est le prurigo : aussi, les adeptes de l'école anglaise ont-ils eu tort à nos yeux de faire de la gale une affection vésiculeuse. Si vous examinez attentivement les malades soumis à votre observation, vous verrez bientôt que l'éruption la plus fréquente et la plus abondante est assurément une éruption de papules petites, rouges, excoriées et marquées à leur sommet d'un point noir, résultat d'une gouttelette de sang desséché. Ces papules se montrent particulièrement à la face interne et supérieure des cuisses, où elles sont d'ordinaire assez abondantes; au ventre, aux avant-bras; quelquefois au dos, aux jambes, etc. C'est, avons-nous dit, la forme la plus commune, et, d'après nos observations, elle manque seulement *une fois sur cent*. A ce titre, la gale devra donc, dans la classification de Willan, figurer parmi les papules.

2° *Vésiculeuses.* — Ces vésicules diffèrent peu, quoi qu'on en ait dit, de celles de l'herpès; elles n'en diffèrent que parce qu'elles ne sont pas groupées, mais discrètes, isolées. Elles ont à peu près le volume d'un grain de millet, et renferment une sérosité citrine, quelquefois lactescente. On les trouve parfois auprès des sillons; elles peuvent même, comme nous l'avons dit, en renfermer un dans leurs parois; mais très souvent aussi elles en sont indépendantes et se montrent à une certaine distance de la résidence actuelle d'un acarus. Les vésicules ne viennent qu'après les papules dans l'ordre de fréquence. D'après mes relevés, elles peuvent manquer *une fois sur dix*. Ainsi, ce matin même, je vous ai fait voir, à ma visite, un homme chez lequel la gale était caractérisée par des sillons et une abondante éruption prurigineuse aux cuisses; il n'y avait pas de vésicules.

3° *Pustuleuses.* — C'est l'*ecthyma*. Celui-ci peut succéder à des vésicules ou se montrer d'emblée. On reconnaît cette éruption à ses grosses pustules phlyzaciées, séparées ou confluentes, pouvant donner lieu à des ulcérations. L'ecthyma est plus rare que les deux formes précédentes. Je ne possède pas de chiffres exacts pour déterminer rigoureusement son degré de rareté; cependant je crois pouvoir établir qu'il manque *une fois sur sept ou huit*. Il siége habituellement aux mains, aux pieds ou aux fesses, et persiste assez souvent pendant quelque temps encore après la disparition des acarus, et partant de la gale. L'existence d'un ecthyma met souvent sur la voie du diagnostic : aussi faut-il y attacher beaucoup d'importance quand on l'observe, et rechercher avec soin les acarus dans leurs demeures de prédilection. Un médecin distingué de cet hôpital, M. Devergie, décrit l'éruption dont nous parlons ici sous le nom de *gale pustuleuse*. Nous ne saurions accepter cette manière de voir. Pour nous, il s'agit tout simplement d'un ecthyma dépendant de la gale et né sous l'influence d'une disposition particulière et tout à fait individuelle.

D'autres manifestations cutanées peuvent encore se montrer avec la gale. Tantôt c'est de l'*eczéma* qui survient chez les sujets dartreux aux mains, au mamelon chez la femme. Ici l'eczéma doit être considéré comme une véritable complication.

Ailleurs, c'est l'*érythème*, inflammation cutanée, causée par les ongles du malade qui se gratte avec fureur, ou par l'emploi de topiques irritants ou des frictions destinées à combattre la maladie. Il peut même survenir des furoncles.

Ainsi, en résumé, la gale a pour caractère la présence d'acarus et de sillons sinueux et ponctués, auxquels se joignent différentes sortes d'éruptions, prurigo, vésicules et ecthyma, séparées ou réunies deux à deux ou toutes trois ensemble.

Quant aux autres symptômes, les démangeaisons, les cuissons ayant lieu surtout pendant la nuit, il en résulte souvent de l'insomnie qui finit par fatiguer les malades. Cependant, les fonctions restent généralement intactes, surtout pendant les premiers temps; ce n'est qu'à la longue que l'on voit survenir de l'anorexie et de l'amaigrissement.

Il est un phénomène très curieux à noter qui se présente quand une maladie intercurrente et interne vient à se développer. Alors la gale languit; les acarus sont maigres, chétifs; ils semblent sommeiller; les démangeaisons se calment, l'éruption s'éteint; mais aussitôt la maladie principale guérie, les acarus se réveillent et la gale reprend son cours.

La durée de cette affection est, on peut le dire, illimitée, puisqu'elle ne guérit que par la mort des acarus; aussi doit-on regarder comme très douteux le cas de guérison spontanée.

Le *diagnostic* se tire des considérations détaillées dans lesquelles nous venons d'entrer. Les auteurs se sont beaucoup attachés à la forme de l'éruption : ils ont cherché à distinguer la gale de l'herpès, du prurigo, de l'ecthyma. On comprend d'après ce que nous avons dit que tel n'est pas à nos yeux le problème à résoudre, puisque nous regardons ces éruptions comme des manifestations secondaires de la gale. Pour nous, le diagnostic consiste à déterminer si, avec le prurigo, l'herpès ou l'ecthyma, il y a des acarus, c'est-à-dire la gale.

Voyons pourtant quelle est la signification des divers phénomènes que nous avons passés en revue.

Les démangeaisons aux mains, aux poignets doivent déjà fixer l'attention; la présomption prend de la consistance si l'individu qui se plaint de démangeaisons a couché ou cohabité sexuellement avec une personne suspecte. Relativement aux éruptions, le développement de papules prurigineuses à la face interne des cuisses; des vésicules aux mains, aux poignets; des pustules d'ecthyma dans ces mêmes parties, mais surtout aux fesses, doivent faire regarder l'existence de la gale à peu près comme certaine, surtout s'il s'agit d'un sujet bien portant d'ailleurs. Les grosses papules à la verge, l'éruption eczémateuse ou herpétique autour du mamelon chez la femme ont encore une grande importance; mais il faut bien se le rappeler, le diagnostic n'est rigoureusement établi que quand on a trouvé les sillons et enfin l'acarus lui-même. Il faut bien savoir que cette recherche est quelquefois très laborieuse, que dans certains cas même on n'arrive pas à découvrir la résidence des insectes, qui, avec des éruptions assez considérables, peuvent être peu nombreux; que les sillons peuvent avoir été détruits par les ongles du malade ou par des frictions, etc.

Le *pronostic* est généralement peu grave; il est subordonné aux éruptions secondaires. Si l'éruption est très considérable, les démangeaisons très vives, le malade en éprouve parfois des tourments réels; il est en proie à l'insomnie, et les tortures que lui fait endurer le prurit peuvent donner lieu à une sorte de manie. Chez les enfants, l'ecthyma n'est pas sans quelque gravité; il peut amener de l'amaigrissement, et le traitement est aussi plus difficile chez eux. On peut en dire autant des vieillards. J'ai vu un homme de soixante-douze ans chez lequel l'ecthyma ayant pris un caractère gangréneux a causé la mort. Dans certains cas, le prurigo persiste après la disparition des acarus. Une circonstance défavorable, c'est quand plusieurs individus d'une même famille sont atteints; il est rare qu'ils se soignent en même temps et avec la même exactitude, et alors celui qui a conservé des acarus en fournit à ceux qui sont guéris, et le mal se perpétue ainsi pendant des mois, des années.

HOTEL-DIEU. — M. JOBERT (de Lamballe).

Kystes guéris par les injections iodées.

Lorsque la teinture iodée fut introduite dans la science en général, et dans la thérapeutique chirurgicale en particulier, elle eut à subir toutes les vicissitudes qui s'attachent d'ordinaire aux choses nouvelles, c'est-à-dire qu'elle fut préconisée avec enthousiasme par certains chirurgiens, tandis que d'autres plus circonspects, peut-être même plus raisonnables et plus prudents, voulurent attendre le résultat donné par l'expérimentation. Celle-ci ne se fit pas longtemps désirer, et quelques années plus tard le nouvel agent thérapeutique devenait le sujet d'une savante discussion académique, dans laquelle tous les chirurgiens vinrent avec la plus entière bonne foi exposer les conséquences logiques de leurs observations. Malheureusement, la question n'admettait pas une solution immédiate et absolue, et la discussion, très approfondie sans doute, en laissant à chacun la prédilection de son opinion personnelle, la fit naturellement rentrer dans le domaine de l'observation. C'est à ce titre que nous demandons à nos lecteurs la permission de mettre sous leurs yeux quelques faits remarquables que nous avons été à même de voir dans le service de M. Jobert (de Lamballe).

Obs. I. — *Goître. — Kyste du corps thyroïde. — Injection iodée. — Guérison.* (Cette observation a été recueillie par un de nos collègues et ami M. Gallard, interne dans le service de M. Jobert.)

Le nommé Charitat, vingt-deux ans, garçon de magasin, entre le 2 juillet 1853 à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Côme. Ce jeune homme, fort bien constitué, né à Sezenat (Jura), est à Paris depuis deux mois seulement. Il quitte un pays dans lequel le goître est endémique ; c'est un pays de montagnes. Les habitants y boivent l'eau d'une fontaine à laquelle ils attribuent la fréquence du goître. C'est une opinion généralement admise que cette eau acquiert des qualités nuisibles en traversant un banc de gypse. Charitat est né de parents goîtreux. Chez son père le goître est peu développé, tandis que chez sa mère il occupe les deux lobes de la thyroïde, chacun d'eux ayant le volume du poing. Il a deux frères au-dessous de quinze ans, qui n'ont pas de goître, et quatre sœurs, dont les deux plus jeunes sont également exemptes de cette infirmité, tandis que les deux plus âgées, ayant l'une dix-sept et l'autre vingt-deux ans, sont goîtreuses. Depuis que notre malade a quitté son pays, où il était cultivateur (il y a deux mois), il a pris à Paris l'habitude de porter des fardeaux sur la tête. Il avait quinze ans lorsqu'a commencé à paraître la tumeur qu'il porte actuellement dans la région du cou, et qui a grossi jusqu'à atteindre le volume du poing. Charitat ne faisait aucun traitement pour la faire disparaître, car il espérait invoquer cette maladie pour se faire exempter de la conscription. Depuis un an seulement il a commencé à se soigner. Dans son pays, il lui a été prescrit de prendre à l'intérieur une poudre et une eau dont l'usage a été suivi d'une diminution notable du volume de la tumeur ; mais il a cessé toute médication depuis son arrivée à Paris, où l'état qu'il avait embrassé, le poids des fardeaux qu'il portait sur la tête ont bientôt ramené et ont même déterminé des accidents inflammatoires dans la tumeur.

Actuellement, lorsqu'on examine la région antérieure et moyenne du cou, on trouve : du côté droit une tumeur parfaitement arrondie, lisse, sans changement de couleur à la peau, située dans la région thyroïdienne proprement dite, faisant une saillie assez considérable, et s'étendant jusque derrière la trachée, ne présentant pas de mobilité, et ayant le volume du poing, autant qu'on peut en juger approximativement. Elle s'étend extérieurement du sommet du cartilage thyroïde à la clavicule et au sternum ; sa grosse extrémité est située sur la tête de la clavicule. Profondément, elle repose sur les gros vaisseaux du col, qui la soulèvent à chaque battement. Elle ne présente pas de bosselures ni de points indurés à sa surface, mais elle donne la sensation d'une partie fortement distendue par du liquide ; la fluctuation y est manifeste. Le siége paraît bien indiqué : c'est une tumeur du lobe droit de la thyroïde qui a repoussé un peu le cartilage thyroïde à gauche au delà de la ligne médiane. Si l'on recherche attentivement le lobe gauche de la glande, on le trouve profondément accolé à la trachée et n'ayant subi aucune espèce d'hypertrophie. La ligne d'ascension et de descente de la thyroïde accolée au larynx dans les mouvements de déglutition est ici peu appréciable, à cause du volume de la tumeur. Le muscle sterno-mastoïdien du côté droit présente une tension considérable et un aplatissement marqué ; il est étalé à la surface de la tumeur, qui a déterminé quelques autres symptômes dans les organes environnants. Ainsi, la déglutition est quelquefois un peu gênée ; le malade éprouve des bourdonnements dans l'oreille droite. Quant à la voix, elle ne présente pas d'altération. Il faut noter aussi que les battements du cœur sont forts, bruyants, superficiels, et que la matité de la région précordiale est assez étendue et l'impulsion assez violente pour faire diagnostiquer une hypertrophie de l'organe.

Quelques symptômes inflammatoires sont venus se surajouter depuis huit jours à un état d'ordinaire indolent. Le malade a éprouvé un peu de douleur ; le cou était roide, tendu ; il y est survenu de la chaleur, de la sensibilité à la pression, de la rougeur et des élancements. En même temps, la tumeur est devenue rénittente et a augmenté de volume.

Le 6 juillet, M. Jobert, après avoir fait appliquer des cataplasmes émollients les jours précédents, pratique une ponction avec un trocart à hydrocèle sur la portion médiane et inférieure de la tumeur. Il sort par la canule un liquide brunâtre un peu épais, dont la quantité était de 125 grammes. Une injection de teinture iodée fut immédiatement pratiquée dans le foyer, dans lequel il en resta une certaine quantité.

Une portion du liquide évacué a été recueillie pour être examiné par M. Legendre, qui l'a trouvé formé d'une partie séreuse et d'une autre concrète tombant au fond du vase. La sérosité entrait pour un tiers dans la composition du liquide. La partie concrète était constituée :

1° en grande quantité de globules pyoïdes, c'est-à-dire de globules de pus en voie de formation ;

2° De globules de pus plus ou moins déformés ;

3° De globules sanguins décolorés, altérés dans leur forme stellée ;

4° De cristaux de cholestérine en tablettes ;

5° De cellules épithéliales de grande dimension, à noyau. Elles étaient peu nombreuses et ne se retrouvaient que dans un petit nombre de préparations.

Les quatre jours suivants, la tumeur a repris presque complétement son volume primitif ; mais bientôt elle a diminué de jour en jour, en conservant constamment une mollesse très appréciable.

Le 28 juillet, le col offre encore une légère tumeur saillante et du volume d'un petit œuf de poule. Cette tumeur est dure et ne paraît pas contenir de liquide.

Enfin, le 5 août, la malade sort de l'hôpital.

Le cou présente alors à droite, dans le point qu'occupait la base de l'ancien kyste, une légère tuméfaction qui soulève le muscle sterno-mastoïdien. Cette petite tumeur, du volume d'une noix, présente une certaine résistance, et se limite assez bien lorsque les muscles du cou sont mis dans le relâchement ; mais lorsque la tête est fixée, la région ne présente aucune difformité appréciable. Cette tumeur, formée uniquement par les derniers débris de la poche revenue sur elle-même, n'occasionne aucune douleur et tende, de jour en jour, à disparaître complétement.

Obs. II. — *Hydropisie du sinus maxillaire gauche. — Injection de teinture iodée pure. — Guérison.*

Le nommé Mandard (Edmond-Antoine), âgé de quinze ans, apprenti tapissier, entra à l'hôpital Saint-Louis le 13 octobre 1847, dans le service de M. Jobert (de Lamballe). Cet enfant, d'une constitution peu robuste et d'un tempérament lymphatique, a cependant toujours joui d'une bonne santé. Il n'a jamais eu d'autre maladie qu'une ophthalmie qui persista pendant six mois ; il y a de cela quatre ans. Étant plus jeune, il eut sous la mâchoire inférieure quelques ganglions engorgés ; mais l'engorgement disparut spontanément, sans produire d'abcès. On n'aperçoit, en effet, dans cette région, aucune cicatrice. Il y a un an environ, il fut atteint d'un violent mal de dent. S'il faut l'en croire, ce fut la seconde petite molaire d'en bas qui fut le siége de la douleur. Quoi qu'il en soit, cette douleur se termina par une fluxion à la suite de laquelle il survint, au niveau du maxillaire supérieur gauche, immédiatement au-dessus de l'arcade dentaire, une petite grosseur qui augmenta peu à peu de volume, sans que pour cela le malade ressentît dans la partie affectée la moindre douleur ; il n'éprouvait même aucune gêne ; la narine gauche était seulement plus sèche que celle du côté opposé. Neuf mois environ après l'apparition de la tumeur, il consulta un médecin, qui fit appliquer sur la joue un emplâtre dont nous ne connaissons pas la composition, et qui, du reste, n'apporta aucune amélioration. Ce ne fut que trois mois après que Mandard se décida à entrer à l'hôpital. Il était alors dans l'état suivant :

La joue gauche est le siége d'une tumeur régulièrement arrondie ; elle est située à gauche du sillon naso-labial gauche, au-dessous de l'orbite et au-dessus de l'arcade alvéolaire. Exactement limitée, comme on le voit, elle existe sans changement de couleur à la peau, et est indolente, même lorsqu'on exerce sur elle une forte pression. En ouvrant la bouche et relevant avec le doigt la lèvre supérieure, on voit qu'elle est exactement limitée au sinus maxillaire, qui a subi une notable dilatation, et dont la paroi antérieure a été remarquablement amincie. Ce dernier phénomène est facile à apprécier ; pour cela, il suffit de soulever avec le doigt la lèvre supérieure et d'exercer une pression d'avant en arrière et de bas en haut. On sent alors que le sinus maxillaire se laisse déprimer en donnant sous le doigt la sensation d'un morceau de parchemin que l'on froisse. Il devient dès lors évident que la tumeur était constituée par une délatation du sinus maxillaire. Notons, de plus, que la première grosse molaire supérieure du côté malade est complétement cariée jusqu'à la couronne, au point que toute la partie antérieure se trouve recouverte par la gencive. Toutes les autres dents sont parfaitement saines.

Le 17, M. Jobert, dans le but de s'assurer quelle pouvait être la nature de la tumeur, fit, avec un petit trocart explorateur, une ponction qui donna issue, par la canule, à quelques gouttes d'un liquide presque transparent, lequel, soumis à la chaleur, se coagula complétement. Il ne pouvait plus dès lors y avoir aucun doute, la tumeur était formée par une accumulation anormale de sérosité dans l'intérieur du sinus maxillaire ; en d'autres termes, on avait affaire à une hydropisie du sinus.

Le 21, M. Jobert, à l'aide d'un trocart à hydrocèle enfoncé obliquement de bas en haut immédiatement au-dessus de la première petite molaire, fit une ponction qui donna issue à une assez grande quantité d'un liquide parfaitement semblable à celui qu'on avait retiré quelques jours auparavant, et qui, comme lui, se coagula sous l'influence de la chaleur. Lorsque la tumeur fut vidée aussi complétement que possible, on introduisit dans son intérieur de la teinture iodée pure : elle y demeura un temps d'autant plus long, qu'avec la sérosité restée dans l'intérieur du kyste elle forma un coagulum qui ne put être retiré qu'à l'aide de plusieurs injections d'eau, et encore ne le fut-il peut-être pas d'une manière complète. Quoi qu'il en soit, l'opération ne donna lieu à aucune douleur. Ce ne fut qu'un quart d'heure après qu'il survint quelques élancements qui durèrent trois ou quatre heures. Pendant le reste de la journée le malade alla très bien, et le soir il mangea comme à son ordinaire.

Dès le lendemain, la tumeur a repris le volume et l'aspect que nous avons notés plus haut, mais l'état général continue d'être bon ; il n'existe même pas de céphalalgie.

Le 24, le malade se plaint de quelques élancements ; ils sont heureusement rares, et ne persistent que pendant peu de temps.

Le 30, la tumeur a notablement diminué de volume ; les parois des sinus maxillaires sont revenues sur elles-mêmes ; la paroi antérieure, en particulier, ne se laisse plus déprimer sous la pression du doigt.

Les jours suivants, le volume de la tumeur continue d'aller en diminuant.

Le 10 novembre, le malade sort guéri de l'hôpital. La joue gauche est alors entièrement revenue à son état normal.

Les deux observations qu'on vient de lire sont remarquables au point de vue de la rapidité avec laquelle la guérison s'est opérée. Dans la première, en effet, vingt-six jours ont suffi pour obtenir l'oblitération d'une vaste poche ; et dans la seconde, dès le neuvième jour, on pouvait considérer le malade comme guéri. Il n'en est malheureusement pas toujours ainsi ; et lorsqu'on réfléchit à la puissance énergique de l'agent thérapeutique, à la nature variable des constitutions et des idiosyncrasies individuelles, à la difficulté surtout d'apprécier d'une manière exacte l'état réel des tissus avec lesquels le caustique sera mis en contact, on ne saurait être étonné de la différence que l'on rencontre dans les résultats. C'est là, il faut bien le reconnaître, que se trouve la véritable question. Sa solution ne dépend donc pas du nombre plus ou moins grand des faits observés. Il est évident que l'on pourra toujours en citer pour et contre ; mais, à notre avis, en pareille circonstance, jamais la statistique ne sera susceptible de contrebalancer l'habileté et surtout la sagacité du chirurgien. A. Rozé.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. Chassaignac.

Résection partielle du métatarse par l'ablation d'une exostose. — Pansement par occlusion. — Guérison complète en six semaines.

L'ablation des exostoses est et sera toujours une opération sérieuse et délicate ; sérieuse, parce que ce n'est point impunément qu'on pratique des sections d'os dont la suppuration peut avoir des conséquences généralement graves ; délicate, par la raison que ce genre d'ablation ne saurait appartenir aux opérations réglées, et que, suivant le plan que doit se tracer le chirurgien abandonné à ses propres inspirations, il peut faire tantôt une opération réellement conservatrice ne laissant aucune trace fâcheuse, tantôt une sorte de mutilation dans laquelle il sacrifie au delà du nécessaire. En d'autres termes, suivant l'habileté et la bonne entente de la combinaison qu'il adopte, il change quelquefois du tout au tout le résultat définitif de l'opération.

L'éradication complète d'une exostose, même à la surface la plus accessible d'un os unique, est souvent d'une exécution difficile. Elle suppose l'emploi de la scie à molette concave si l'opérateur est jaloux de se mettre en garde contre toute récidive ou repullulation. A quoi faut-il donc s'attendre quand la tumeur plonge dans un espace interosseux, si enfin elle a des connexions telles qu'une ou plusieurs désarticulations soient nécessitées pour l'ablation complète ? Elle réunit à peu près tous les dangers que peut présenter l'action chirurgicale sur le tissu osseux, savoir : ceux de la résection dans la continuité et ceux qui sont dévolus aux plaies articulaires.

Déjà dans une autre circonstance, M. Chassaignac est parvenu à énucléer avec succès de l'espace interosseux tibial une exostose qui y était profondément enclavée (*Gazette des Hôpitaux*, 21 novembre 1850). Dans le cas dont nous allons parler, la tumeur ayant pour point de départ le corps même de quelques-uns des métatarsiens, son énucléation a exigé le sacrifice des portions osseuses compromises, et ce sacrifice a dû s'accomplir à la fois dans leur contiguïté et dans leur continuité.

Il faut bien prendre garde que, parmi les opérations qui s'exécutent journellement, les unes ne sont que la répétition pure et simple de manuels opératoires déjà connus ; les autres, quoique douées d'un certain caractère de nouveauté, ne sont pas appelées à survivre aux circonstances qui les ont réclamées ; d'autres, enfin, portent le caractère de méthodes et tout aussitôt font naître dans l'esprit du lecteur intelligent l'idée d'applications variées et fécondes. Les premières n'ont que la valeur de faits particuliers plus ou moins intéressants, les autres sont en quelque sorte des principes opératoires destinés à enfanter des applications dont on ne peut calculer à l'avance ni le nombre ni la portée.

L'observation que nous allons rapporter est remarquable à plus d'un titre ; car, d'une part, il est assurément peu commun de voir au bout de quelques semaines une guérison aussi complète à la suite d'une résection qui a largement intéressé une région aussi mal disposée pour les suppurations que l'est la région du métatarse. Il n'y a que la méthode de l'occlusion qui puisse donner d'aussi beaux résultats, et c'est à elle qu'il faut faire honneur de cette guérison prompte. D'autre part, la composition de l'exostose, qui semble supposer qu'un des métatarsiens, le quatrième, a été déplacé par une luxation lente et couché en travers, tandis qu'un autre, le troisième, traversait centralement la tumeur d'avant en arrière, offre un de ces exemples bizarres qui semblent destinés à prouver les variations indéfinies des types pathologiques.

Longuemard (Joséphine), âgée de vingt-deux ans, journalière, de taille moyenne, d'assez bonne constitution, exempte de tout caractère scrofuleux, d'une santé habituellement bonne. Des abcès du sein par suite de couches se sont guéris assez promptement.

La malade porte à la face dorsale du pied droit une tumeur couchée transversalement sur les métatarsiens, avec la substance desquels elle paraît avoir des connexions intimes. Cette tumeur donne au premier aspect l'idée d'un enchondrome. Nous reviendrons sur sa description, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur ; mais nous devons nous arrêter quelques instants sur son étiologie, ou du moins sur les causes que lui assigne la malade.

Cette jeune femme raconte qu'ayant fait usage il y a douze ans de chaussures étroites qui déterminèrent de vives douleurs de compression, une petite tumeur apparut bientôt à très peu de distance de la racine des deux derniers orteils, à la face dorsale. Dans sa période d'accroissement, qui dura à peu près trois années, car plus tard ses progrès ont été très lents, la tumeur s'accrut en marchant du bord externe vers le bord interne du pied, en formant sur la face dorsale du métatarse une saillie de plus en plus considérable.

La déformation pédieuse qui en fut la conséquence et les douleurs qu'entraînait toute pression de quelque durée sur le sommet de la tumeur ne tardèrent pas à rendre de toute impossibilité l'usage des chaussures de cuir. Aussi, depuis longtemps la seule chaussure tolérable consiste-t-elle tantôt en une large pantoufle d'étoffe, ou bien un sabot adapté à la conformation nouvelle du pied. Du reste, l'usage du membre n'a pas été autrement entravé. Pas de claudication ; fatigue plus prompte de la jambe droite dans la marche ; douleur à peu près nulle. Toutefois, depuis ces derniers temps, le sommet de la tumeur qui regarde vers le côté interne du pied est devenu rouge, enflammé, douloureux, et présente sur sa partie acuminée les caractères d'un hygroma aigu, ayant une grande analogie d'aspect avec l'hygroma inflammatoire de la bourse sous-cutanée, qui existe à l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil.

Le 23 avril, la tumeur présente les caractères suivants : elle forme en arrière de la rangée des orteils un relief très prononcé ; elle a le volume d'un gros œuf de poule ; elle est allongée dans le sens transversal, et semble reposer sur la face dorsale des métatarsiens, avec lesquels elle se continue par sa base. Son sommet, lisse, arrondi, rouge et luisant, débordé un peu en dedans la ligne axuelle du deuxième métatarsien. Elle présente une forme légèrement recourbée en manière de volute dont la convexité regarderait en haut. Elle n'est pas mobile, ou plutôt les mouvements qu'on lui imprime se transmettent aux derniers os métatarsiens, avec lesquels elle a des connexions non douteuses. Les téguments qui recouvrent sa base ont leur coloration normale ; la peau qui revêt le sommet de la tumeur est au contraire rouge, amincie, ulcérée. L'extrémité postérieure des deux derniers orteils est fortement rejetée en dehors, leur extrémité antérieure en dedans, disposition qui fait paraître le pied raccourci.

Le 23 avril, on procède à l'ablation de la tumeur. Sa base est mise à découvert par une incision légèrement curviligne, qui donne lieu à un lambeau dont la dissection rapide met à nu la surface non adhérente de la tumeur. On reconnaît que par sa face profonde elle est intimement confondue avec les métatarsiens. Ceux-ci sont divisés dans leur continuité, et désarticulés dans leur union phalangienne. Alors la tumeur est énucléée très facilement, emportant avec elle partie des trois derniers métatarsiens, mais laissant les orteils en place. Dans la partie de l'opération destinée à la résection métatarsienne on a eu recours d'abord à la pince de Liston, puis à la scie à chaîne, le 3e métatarsien ayant acquis une dureté qui le rendait inattaquable par la pince. De plus, la section des métatarsiens a précédé leur désarticulation phalangienne, conformément au précepte établi par M. Chassaignac, que dans les résections la désarticulation doit toujours être précédée par la section des os. (*Mémoires de la Société de chirurgie*, t. Ier, p. 459.)

Cette opération qui, au premier abord, semblait offrir des difficultés réelles, a été d'une simplicité extrême et n'a nécessité la ligature d'aucune artère, ni pendant, ni après l'opération. Il est à remarquer, il est vrai, que la malade avait été mise, par le chloroforme, dans l'état de tolérance anesthésique, et M. Chassaignac a signalé, dans ses *Recherches cliniques sur le chloroforme* (1853, p. 7), l'action anti-hémorrhagique de cet agent pendant les opérations qui sont faites durant la période de tolérance.

Pansement par occlusion. Emploi d'une gouttière à fracture sur laquelle reposent la jambe et le pied. Le soir, une pilule avec 5 centigrammes d'extrait gommeux thébaïque.

Le 24 avril, la malade accuse des douleurs ; elle n'a pas reposé. Les ganglions de l'aine gauche sont douloureux et engorgés. — 20 sangsues à la région inguinale gauche.

Le 25, plus de traces du malaise de la veille. Les douleurs du pied ont cessé ; la nuit a été calme. La malade demande des aliments. — Bouillon ; potage ; continuation de l'alcoolature d'aconit, qui a été donnée comme d'habitude d'une manière préventive.

Le 30, huitième jour de l'opération, la plaie a été mise à découvert pour la première fois depuis l'opération ; elle est rosée ; des bourgeons charnus d'une bonne nature y sont en plein développement ; pus bien

lié, peu abondant. Aucune trace d'inflammation dans les parties molles qui avoisinent la plaie. — Attouchement à la solution d'azotate d'argent; cuirasse, etc.

Le 6 mai, une odeur fétide s'exhale des pièces du pansement externe. — Renouvellement de ce dernier sans enlever la cuirasse.

Le 9, renouvellement de la cuirasse. L'excavation qu'avaient laissée l'enlèvement de la tumeur et la résection des métatarsiens est en grande partie comblée par les bourgeons charnus. La cicatrice, déjà commencée, prend une forme linéaire.

Le 16, troisième mise à découvert de la plaie, qui a encore diminué d'étendue et présenté les meilleures conditions.

Dans la journée du 19, il est survenu un peu de fièvre et quelques menaces d'inflammation qui se sont promptement dissipées.

Le 6 juin, la conformation du pied est presque aussi régulière que du côté non opéré. Les deux derniers orteils ont recouvré leur direction normale.

Le 11, la cicatrisation est presque complète.

Le 23, la malade, qui marche parfaitement sans aucun secours étranger, est présentée à la Société de chirurgie.

Examen de l'exostose. — La forme de cette tumeur est celle d'un ovoïde allongé offrant une longueur d'environ 6 centimètres sur 3 ou 4 quatre de largeur dans sa partie moyenne. De sa partie supérieure, naît un prolongement long de 4 centimètres environ. La partie antérieure des troisième et quatrième métatarsiens disparaît presque complètement au milieu de la masse osseuse. Le cinquième y adhère seulement par des liens fibreux très serrés.

Sur la partie antérieure de la tumeur, on reconnaît les surfaces articulaires de la troisième et de la cinquième tête métatarsienne. Sur la partie postérieure de la tumeur, on est surpris de ne rencontrer que deux surfaces de sections métatarsiennes, celle du troisième et celle du cinquième. La surface qui aurait dû représenter la coupe du quatrième métatarsien est complétement absente.

D'un autre côté, comme aux deux extrémités de la tumeur et précisément dans son axe longitudinal, se trouvent deux surfaces articulaires encroûtées de cartilage, l'une qui regarde vers le bord externe du pied et présente les caractères non douteux de l'extrémité phalangienne d'un métatarsien. Il résulte de cet examen que le quatrième métatarsien aurait subi une sorte de luxation lente en vertu de laquelle son extrémité tarsienne se serait portée sur le dos du pied et du côté interne; tandis que l'extrémité antérieure du même os, prenant la direction opposée, se serait engagée au-dessous du cinquième métatarsien. Quelque difficulté qu'on ait à comprendre le mécanisme d'une pareille luxation, quels que soient les motifs par suite desquels le quatrième métatarsien, complétement dévié de sa situation normale, aurait pris une direction transversale et serait venu s'engager par son extrémité pharingienne sous le cinquième métatarsien, il n'en est pas moins vrai que, sur l'examen attentif de la pièce, on se sent presque invinciblement porté à admettre que le quatrième métatarsien constitue l'axe longitudinal de la tumeur, comme le troisième en constitue l'axe antéro-postérieur, car tous deux sont fondus avec elle.

En mettant de côté la portion du cinquième métatarsien, qui est simplement adossé à la tumeur osseuse sans faire corps avec elle, on voit qu'il existe sur divers points du périmètre de la tumeur quatre surfaces métatarsiennes : l'une à l'extrémité interne et supérieure, surface articulaire tarsienne du quatrième métatarsien; l'autre à l'extrémité externe, surface articulaire phalangienne du quatrième métatarsien; à la partie postérieure, section triangulaire représentant la coupe faite par la scie à chaîne du troisième métatarsien; la dernière à la partie antérieure, due à la surface articulaire phalangienne du troisième métatarsien.

Au sujet du mécanisme de la luxation lente, nous ferons remarquer que, bien qu'on puisse concevoir comment l'accroissement progressif d'une exostose développée dans le corps du quatrième métatarsien aurait amené la sortie hors rang de cet os, il resterait toujours à expliquer comment cet os a été conduit à prendre une direction transversale, à se luxer non pas par une seule, mais par ses deux extrémités, enfin à s'engager par son extrémité digitale par-dessous le cinquième métatarsien, au lieu de se luxer à la fois par ses deux extrémités du côté de la face dorsale du pied.

Il reste donc quelque chose d'obscur et de difficilement explicable dans l'évolution de cette remarquable exostose qui renfermerait dans son centre deux métatarsiens disposés crucialement, l'un (le troisième) faisant axe antéro-postérieur, l'autre (le quatrième) faisant axe longitudinal.

Nous n'avons plus à faire remarquer, en terminant, qu'un détail de médecine opératoire qui ne nous paraît pas sans importance. Nous donnerons le conseil d'avoir toujours dans l'appareil destiné aux résections partielles des métatarsiens une scie à chaîne, alors même qu'on se serait proposé de recourir exclusivement aux cisailles de Liston. En effet, il peut se présenter, ainsi que cela a eu lieu dans le cas particulier, une telle condensation de tissu des os à diviser qu'ils soient inattaquables. Si cette précaution n'eût pas été prise, l'opération eût dû rester incomplète, puisque des tentatives réitérées et très énergiques ne purent triompher de la résistance du troisième métatarsien.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

ADDITION A LA SÉANCE DU 23 AOUT 1853.

Suppression des gâteux.

M. Londe lit un rapport sur une note relative à la suppression des quartiers de gâteux dans les asiles d'aliénés, par M. le docteur Archambault, médecin en chef du service des hommes à la Maison nationale de Charenton.

Dans la séance du 24 juin 1852, M. Archambault a entretenu l'Académie d'une amélioration qu'il venait de réaliser dans la maison des aliénés de Charenton, et qui consiste à suppléer le défaut d'intelligence des aliénés par la surveillance active des infirmiers chargés de veiller à ce que chacun d'eux accomplisse périodiquement et à des moments réglés de la journée les fonctions exonératrices.

Les tentatives de M. Archambault ont commencé le 1er mai, et le succès a dépassé les espérances. Les draps, la literie, les vêtements ont cessé d'être souillés, et depuis le 20 mai tous les aliénés gâteux de la Maison de Charenton ont repris les vêtements usuels que chacun d'eux avait quittés.

Aujourd'hui, dans le service de M. Archambault les gâteux n'ont rien dans les vêtements qui les distingue des autres malades; ils occupent une salle de réunion qui, ainsi que les dortoirs, est parquetée, cirée et frottée, et où ils sont assis sur des siéges et des fauteuils ordinaires. Dans ces salles, dans le réfectoire, en un mot dans tout le quartier, plus d'odeur fétide et repoussante, plus rien qui puisse le distinguer des autres divisions de la maison.

Ainsi dans l'intervalle de vingt jours a été tentée et exécutée avec un succès qui ne s'est point démenti une mesure d'hygiène destinée à faire disparaître une des plaies les plus humiliantes et les plus affligeantes de l'humanité.

La commission a été mise en demeure de se prononcer sur une question de priorité. En effet, depuis la lecture du travail de M. Archambault plusieurs lettres ont été adressées pour réclamer la priorité de l'idée et du succès; ces lettres sont de M. Renaudin, directeur de l'asile de Maréville; de M. Girard, médecin de l'asile d'Auxerre, et de M. Morel, médecin des aliénés de Maréville.

De tout ce qui précède il résulte que l'amélioration de la position des gâteux, cette plaie qui semblait la plus incurable des établissements d'aliénés, occupe depuis longtemps les médecins éclairés et consciencieux qui dirigent ces établissements; qu'avant M. Archambault beaucoup de moyens analogues à ceux qu'il mentionne ont été conseillés, beaucoup d'efforts même ont été tentés, mais sans produire autre chose qu'un palliatif au mal existant; qu'en aucun lieu on n'est arrivé à le couper dans sa racine, et qu'enfin c'est à M. Archambault qu'appartient l'honneur d'avoir obtenu un résultat complet, entièrement satisfaisant, et d'avoir, en un mot, fait totalement disparaître des établissements d'aliénés le quartier des gâteux.

La commission propose en conséquence d'adresser des remercîments à M. Archambault, et, pour consacrer la date d'une réforme si importante, d'ordonner le renvoi de son mémoire au comité de publication.

Obsèques et notice nécrologique de M. le Dr Serrurier.

Les obsèques de M. Serrurier ont eu lieu hier au milieu d'un concours nombreux de confrères et d'amis, qui l'ont accompagné jusqu'à sa dernière demeure. M. le docteur Caron a prononcé sur sa tombe, au nom de la Société de médecine pratique, un discours dans lequel ont été retracées les circonstances de la vie de notre honorable confrère, et M. le docteur Goujon nous adresse la notice nécrologique suivante, qu'on lira avec intérêt.

Jean-Baptiste-Toussaint Serrurier était né à Orléans le 1er novembre 1776. Orphelin dès son bas âge, il fut amené à Paris, chez une tante qui prit soin de son éducation. Il reçut d'abord les leçons de l'abbé Hurel, qui, charmé des bonnes dispositions de son élève, lui voua une amitié particulière et le mit en état de suivre avec distinction les classes du collége Mazarin. L'espérance du maître ne fut pas trompée. Le jeune Serrurier marqua chacune de ses classes par de nouveaux succès. Il eut pour professeur de rhétorique le célèbre Geoffroy, qui l'estimait comme un de ses meilleurs élèves. Au sortir du collége, il se livra à l'étude de la médecine, et suivit les cours de Desault, de Pelletan, de Corvisart, d'Antoine Dubois, qui l'honora toujours de son amitié. Les commencements de sa pratique furent plus spécialement consacrés aux accouchements; mais bientôt il ne les considéra plus que comme une partie de son art, et s'adonna davantage à l'exercice de la médecine. Praticien aimable autant qu'instruit, sa parole charmait ses malades, qui tous le chérissaient comme un père ou comme un ami.

Nommé chirurgien aide-major de son bataillon au moment de l'organisation de la garde nationale (en 1813), il en remplit les fonctions jusqu'au licenciement, survenu en 1827. Dans cet intervalle, il se distingua par sa belle conduite dans les combats qui eurent lieu sous les murs de Paris au mois de mars 1814. Le zèle avec lequel il prodigua ses soins aux blessés étrangers aussi bien qu'aux Français attira sur lui l'attention de l'empereur de Russie, qui lui adressa une lettre de félicitations, en l'accompagnant, à titre de souvenir, d'une bague richement ornée de diamants. Quelques années plus tard, en 1821, le roi le nomma chevalier de la Légion d'honneur, et vers la même époque le saint-père le décora de l'ordre de l'Eperon d'or.

Les événements de 1830 ayant amené la réorganisation de la garde nationale, il fut de nouveau appelé aux fonctions de chirurgien aide-major de son bataillon, et les remplit jusqu'en 1846, époque à laquelle, le grade de chirurgien major de la légion étant devenu vacant, il y fut promu et en remplit les fonctions jusqu'en 1848. De nouvelles élections ayant été ordonnées à la suite des événements de février, il pensa que son âge déjà avancé ne lui permettait plus de s'offrir aux suffrages de ses concitoyens, auxquels il avait répondu avec zèle et avec un sentiment de bonheur jusque dans sa soixante-onzième année.

Toujours adonné à l'étude dans les instants de loisir que lui laissait sa clientèle, il a écrit plusieurs mémoires qu'il a adressés à diverses sociétés savantes. C'est ainsi qu'il s'est vu nommer successivement membre de la Société de médecine pratique de Paris, dont il fut pendant plus de vingt ans le secrétaire général; membre de la Société des sciences naturelles de France, de la Société de statistique universelle de Paris, correspondant des sociétés de médecine de Bordeaux, de Lyon, de Genève, de Madrid, de la Société des sciences, lettres et arts de Caen.

Ebranlé un moment par la douleur de la perte d'un fils unique mort en 1849 à l'âge de dix-huit ans, sa forte constitution lui permit de surmonter cette secousse; il n'avait pas discontinué d'exercer la médecine jusqu'en novembre 1851, lorsqu'une congestion cérébrale vint mettre sa vie dans un danger imminent, et, après des craintes longtemps prolongées, le laissa dans un état de faiblesse qui affectait spécialement la moitié gauche de son corps et depuis quelques mois ne lui permettait plus de sortir de son appartement autrement qu'en voiture. Par suite de cette faiblesse, il fit une chute dans son cabinet le 20 du mois de juillet et se fractura le col du fémur. Le décubitus horizontal nécessité par cet accident favorisa de nouvelles congestions vers la tête, et après trente jours de pénibles angoisses, dont les intervalles étaient toujours remplis par quelques mots affectueux pour tous ceux qui lui donnaient des soins ou des marques d'amitié, il s'est éteint avec le calme de l'homme vertueux qui va recevoir la récompense du bien qu'il a fait pendant sa vie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Le conseil municipal, sur la demande du directeur général de l'assistance publique, a donné un avis favorable pour la réunion de l'administration de l'hospice d'Enghien aux attributions de la direction générale.

Cette maison, fondée en 1819 par Mme la duchesse de Bourbon, comptait 28 lits. A sa mort, l'hôtel de la rue de Varennes, où était situé l'hospice dont il s'agit, fut légué à Mme Adélaïde, à la charge par elle d'entretenir et de maintenir à perpétuité cette maison de secours.

En 1828, cet hospice fut transféré rue Picpus. Le nombre des lits fut porté à 50. Aujourd'hui, par suite d'une transaction, l'hospice d'Enghien sera réuni à l'administration de l'assistance publique, à la condition de l'abandon par le mandataire de la famille d'Orléans d'une inscription de rentes de 18,000 fr.; le droit de présentation à 12 lits sera réservé au mandataire de cette famille.

—Par décret impérial du 10 août 1853, rendu sur la proposition du ministre secrétaire d'Etat de la guerre, ont été nommés à 40 emplois de médecin aide-major de 2e classe les chirurgiens sous-aides dont les noms suivent:

1o Pour prendre rang du 10 avril 1853.

MM.

Levé (Victor), de l'hôpital du Val-de-Grâce.
Bernard (Jules), de l'hôp. de Versailles, détaché à l'infirm des Invalides.
Prat (Pierre-Emile-Evariste), de l'hôpital de Bayonne.
Chalvignac (Antoine), de l'hôpital du Val-de-Grâce.
Castex (Laurent-Jean-Léon), des hôpitaux de la division de Constantine.

2o Pour prendre rang à la date du présent décret.

Domanet (Alexandre-Stéphani), des hôpitaux de la division d'Alger.
Blad (Raymond-Simon-Emmanuel), de l'hôpital de Bourbonne.
Latil (Hyacinthe-Fortuné), de l'hôpital de Lyon.
Eynaud (Pierre-Louis), de l'hôpital de Toulon.
Gindre (Jules-Victor), de l'hôpital de Perpignan.
Ucciani (Ignace), des hôpitaux de la division de Constantine.
Reboud (Victor-Constant), de l'hôpital de La Rochelle.
Ségur (Antoine-Hyacinthe), de l'hôpital du Val-de-Grâce.
Bonnet (Jean-Daphnis), de l'hôpital du Roule.
Causse (Pierre-Paul-Xavier), de l'hôpital du Val-de-Grâce.
Guiches (Pierre-Antoine-Jérôme), de l'hôpital de Strasbourg.
Cavaroz (Narcisse), de l'hôpital de Lille.
Frétin (Léon-François-Isidore), de l'hôpital de Versailles, détaché à l'infirmerie des Invalides.
Maurel de la Pomarède (E.-César-Aug.), de l'hôpital du Val-de-Grâce.
Sagne (Jean), de l'hôp. de Versailles, détaché à l'infirm. des Invalides.
Latour (Hippolyte), des hôpitaux de la division d'Alger.
Martrès (Jean-Ant.-Bapt.-Elisab.-Ach.), des hôpit. de la divis. d'Alger.
Quillaut (Louis-Théophile-Clément), des hôpitaux de la division d'Alger.
Senaux (Charles-Ferdinand-Grégoire), de l'hôpital de Toulouse.
Parisy (Bernard-Georges), des hôpitaux de la division d'Alger.
Bertrand (Marie-Joseph-Hector), des hôpitaux de la division d'Oran.
Ducrest-Lorgerie (Marie-René-Cyr), de l'hôpital de Rennes.
Potier (Marie-Louis-Fernand), des hôpitaux de la division de Constantine.
Mercadier (Hippolyte), des hôpitaux de la division de Constantine.
Remy (Jean-Charles), de l'hôpital de Toulon.
Herveleu (Auguste-Louis-Jean), de l'hôpital de Rennes.
Delon (Guillaume), des hôpitaux de la division d'Oran.
Jacquemin (Charles-Hipp.), des hôpitaux de la division de Constantine.
Pallé (Joseph-Pierre), des hôpitaux de la division d'Alger.
Thomas (Pierre-Edouard), des hôpitaux de la division d'Alger.
Raoul (Alexandre-Edouard), de l'hôpital du Val-de-Grâce.
Vagney (Benoît), de l'hôpital du Val-de-Grâce.
Pellerin (Théophile-Benjamin), de l'hôpital de Toulouse.
Rieulle (Jean-Baptiste-Oscar), de l'hôpital du Val-de-Grâce.
Darrieux (Jean-Pierre-Edouard), de l'hôpital de Lyon.

— On écrit de Gœttingue (Hanovre), 22 août :

Jeudi dernier, le doyen d'âge des professeurs de l'Université de cette ville, M. le docteur Conradi, a célébré le cinquantième anniversaire du jour où il fut nommé professeur-agrégé (privat docent) de médecine à cette Université. Deux ans plus tard, il obtint la chaire de pathologie et de thérapeutique, qu'il a toujours occupée et qu'il occupe encore avec distinction.

M. Conradi, né en 1780 à Marbourg, est actuellement âgé de 73 ans. Il a publié un assez grand nombre d'ouvrages, parmi lesquels un *Traité de médecine légale*.

— On écrit de Helsingfors (grand-duché de Finlande en Russie):

Depuis cinq jours, le choléra est entré dans sa période de décroissance. Il y a en tout ici 964 cas : 428 décès, 341 guérisons, et en ce moment 191 cholériques se trouvent en traitement.

A Abo, le choléra diminue; le chiffre des nouveaux cas, qui le 28 juillet dernier y était de 92, ne s'est élevé avant-hier qu'à 12.

D'après les nouvelles reçues, il paraîtrait que le choléra en Finlande s'est borné cette fois aux seules villes d'Abo et de Helsingfors.

— On écrit de Copenhague, 21 août:

Le choléra continue à diminuer; d'hier à aujourd'hui il y eu seulement 45 nouveaux cas et 25 décès. Voici les chiffres totaux de l'épidémie jusqu'à ce jour : cas, 7,088; décès, 3,834; guérisons, 2,433; en traitement, 821.

— Le choléra vient d'éclater aussi à Fredrichsburg.

— Suède. Stockholm, 16 août : Il est officiellement connu que plusieurs cas de choléra ont eu lieu ici; sur 6 malades, il y a eu 5 décès.

Gothenbourg : Dans le faubourg de Majorna, 24 personnes ont été atteintes du choléra; 12 ont succombé.

— Ainsi que nous l'avons annoncé, le choléra a reparu à Moscou. Une de ses premières victimes a été M. le docteur Louis Siervruk, professeur d'anatomie à l'Université de cette ville, qui a succombé en deux jours.

Il paraît certain que le choléra a éclaté à Dantzig.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 102. — MARDI 30 AOUT 1853. (26e ANNEE.) N° 102. — MARDI 30 AOUT 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Pays	Trois mois	Six mois	Un an
Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	8 fr. 50 c.	16 »	30 »
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	9 fr.	17	33
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	10 fr.	20	33

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. HARDY (1).

Leçon clinique sur la gale. — Considérations nouvelles (2).

ETIOLOGIE. — Suivant nous, la gale n'a qu'une seule et unique cause, l'acarus transmis par le contact. Du reste, nous nous empressons de le reconnaître, telle est aussi l'opinion de la plupart des médecins ; et presque seul, luttant contre l'évidence, M. Devergie continue à regarder l'acarus comme une circonstance purement accidentelle, comme un accessoire, un accident de la gale. Pour lui, les éruptions sont le phénomène principal, l'insecte pouvant manquer. Ce praticien, si distingué d'ailleurs, met en avant certaines expériences dans lesquelles des acarus ont été placés sur le bras d'individus sains et sans résultats fâcheux. A ces expériences négatives, on peut en opposer de positives. Celles de M. Albin Gras, qui, s'étant mis des acarus à la face antérieure de l'avant-bras, a éprouvé les phénomènes de la gale ; ce qui m'est arrivé à moi-même, et que je vous rappelais tout à l'heure. Enfin, la gale est bien manifestement contagieuse, et pourtant M. Albin Gras, qu'il faut toujours citer dans la question qui nous occupe, et depuis M. Bourguignon ont vainement inoculé la matière contenue dans les vésicules et les pustules. M. Bourguignon a mêlé ensemble du pus, de la sérosité provenant d'individus galeux, il y a ajouté l'épiderme déchiré de vésicules. Ce magma a été placé sous l'épiderme et n'a donné lieu qu'à une légère irritation. Ces expériences, faites avec toute la rigueur désirable, ne doivent-elles pas porter la conviction dans les esprits ? Pourquoi enfin, si l'acarus n'est qu'une circonstance accidentelle, la maladie est-elle guérie, et complétement guérie, quand les insectes ont tous été détruits par le traitement que je vais bientôt vous faire connaître, et dont la durée n'est que de *deux heures !*... Ne faut-il pas une singulière prévention pour résister à des faits aussi évidents ?

Il nous reste, pour compléter l'étiologie, à examiner quelles sont les conditions dans lesquelles la gale ou l'acarus, c'est tout un, peuvent se communiquer d'un individu malade à un individu sain :

1° La circonstance la plus favorable à la contagion, c'est la cohabitation dans le même lit, pendant la nuit, avec on sans rapports sexuels. C'est ainsi, 19 fois sur 20, que la gale est contractée. L'insecte paraît être noctambule ; il est donc facile de comprendre comment, excité d'ailleurs par la chaleur du lit, il passe d'un individu à un autre, et pourquoi les organes génitaux en sont le siége si fréquent.

2° D'autres fois, la gale est donnée par le contact prolongé de la main d'un sujet galeux avec la main d'un sujet sain. C'est ainsi que des domestiques la donnent à des enfants en les menant promener ; que l'on peut la gagner dans certains bals publics, où les gants sont un luxe inconnu ; c'est ainsi que les nourrices la transmettent aux fesses des jeunes enfants qu'elles portent à nu sur leur bras, etc.

Nous noterons encore comme circonstance propre à favoriser la contagion l'habitude des ouvriers de se servir des mêmes instruments dans les ateliers. Un seul galeux peut ainsi donner sa maladie successivement à plusieurs de ses camarades qui auront pris de ses mains un outil dont il venait de se servir. Telles sont les conditions dans lesquelles la gale se transmet ordinairement ; comme toutes ne sont pas également avouables, les malades racontent souvent qu'ils ont contracté la gale par une simple poignée de main, ou bien en se trouvant au spectacle, dans une voiture publique, à côté d'un sujet infecté. Assurément ce mode de transmission n'est pas impossible ; mais il est difficile, et partant fort rare.

L'affection qui nous occupe se montre plutôt chez les adultes du sexe masculin, et surtout chez les ouvriers qui hantent les garnis, où ils couchent souvent deux dans le même lit.

La gale peut-elle se communiquer des animaux à l'homme ? Cette question est fortement controversée. Des expériences ont été tentées et ont donné des résultats négatifs. Cela tient-il à ce que les acarus du cheval, du chien, du chat ne sont point pareils à ceux de l'homme ? Pour mon compte, je suis certain d'avoir vu des éruptions prurigineuses, mais sans sillons, à des individus qui étaient en contact habituel avec des chiens ou des chats galeux, et au moyen des parasiticides j'ai obtenu une guérison très prompte.

Traitement. — Je n'ai pas l'intention de dresser ici le bilan des différentes médications qui ont été proposées jusqu'à ce jour contre la gale ; ce serait en quelque sorte passer en revue toute la matière médicale. Je me bornerai à vous dire qu'il y a deux méthodes de traitement : l'une par les moyens internes, tisanes, dépuratifs, purgatifs, etc., aujourd'hui presque universellement abandonnée, à l'exception peut-être de M. Devergie, qui, ainsi que nous l'avons déjà dit, continue à voir dans la gale une affection spontanée. Cette médication ne convient que quand il s'agit de combattre des complications rebelles. L'autre méthode consiste dans l'emploi des moyens externes parasiticides. On a surtout conseillé comme tels le soufre, le mercure, le camphre, la poudre de chasse, l'acide sulfurique, la staphysaigre, etc. Ici encore deux procédés : l'ancien et le nouveau.

1° *Procédé ancien.* — C'est celui qui est depuis longues années en usage à l'hôpital Saint-Louis, et qui fut successivement adopté par Biett, MM. Emery, Cazenave, etc. Le malade fait matin et soir une friction avec une pommade sulfuro-alcaline sur les parties qui sont le plus ordinairement le siége de la gale, les mains, les pieds, les avant-bras et le ventre. Ces frictions étaient continuées pendant huit ou dix jours, c'est-à-dire jusqu'à ce que les démangeaisons et les éruptions eussent disparu en grande partie. Alors le malade était déclaré guéri. La pommade le plus habituellement employée était la suivante, connue sous le nom de pommade d'Helmerich :

Soufre sublimé.	2 parties.
Sous-carbonate de potasse.	1 —
Axonge.	8 —

Comme les pommades ont l'inconvénient de graisser et de tacher le linge, on a proposé des lotions dont les composés sulfureux ou les mercuriaux forment la partie active. D'autres ont eu recours aux lotions aromatiques. Quelle que soit celle de ces lotions que l'on préfère, il faut prolonger le plus longtemps possible le contact du liquide avec la partie malade. Du reste, tous les traités de pathologie cutanée et les formulaires renferment une multitude de recettes que l'on pourra consulter.

2° *Procédé nouveau.* — On avait bien déjà parlé des frictions générales, mais seulement au point de vue de certaines médications particulières auxquelles on attribuait tout l'honneur de la guérison, lorsqu'un ouvrier nommé Bajard vint, il y a deux ou trois ans, proposer à M. Bazin une pommade avec laquelle il se vantait de guérir la gale en quelques jours. Cette pommade devait être employée en frictions rudes sur *toute la surface du corps.* M. Bazin, qui avait déjà l'attention éveillée sur ce sujet, vit là une véritable révélation ; il comprit que le remède n'était ici que l'accessoire, et que dans le *modus faciendi* était tout le secret de la guérison. Et en effet, relativement à la pommade Bajard, on vit qu'elle était composée d'éléments très connus et souvent employés, savoir, de poudre de chasse, de soufre et d'huile. Si le procédé des frictions générales était réellement le moyen curatif, on devait réussir quel que fût le médicament employé. C'est aussi ce qui eut lieu. Les différentes pommades et l'huile seule servant à faire des frictions sur toute la surface du corps amenèrent des guérisons dans l'espace de deux ou trois jours ; guérisons qui se soutenaient parfaitement bien. Dès lors le grand problème de la guérison rapide et sûre de la gale était résolu. L'inconnue était dégagée.

Voici comment procédait M. Bazin : il faisait prendre un grand bain au malade, puis on le frictionnait des pieds à la tête et assez rudement avec la pommade d'Helmerich (1) ; le lendemain, nouvelle friction ; le surlendemain, un second bain, et le malade était renvoyé. Ainsi deux frictions à 24 heures de distance, deux bains à 48 heures l'un de l'autre. Les galeux ne restaient donc plus que deux jours à l'hôpital.

Les choses en étaient là lorsque je pris le service de M. Bazin. Je répétai ses expériences ; comme lui je reconnus qu'à l'aide de ces moyens on guérissait ainsi 99 fois sur 100. Mais je m'aperçus bientôt qu'il était possible d'abréger encore la durée du traitement, et de guérir les malades *en une seule* séance. Après quelques essais, après avoir ramené la durée à vingt-quatre, puis à douze, puis à six heures, je m'arrêtai au procédé que je vais décrire, et qui, produisant l'effet désiré en *deux heures* seulement, m'a permis de supprimer le service des galeux dans l'hôpital. La cure se fait au traitement externe.

Voici comment je procède :

Le malade, dépouillé de ses vêtements, est frictionné pendant une demi-heure avec du savon noir afin de nettoyer la peau, de

(1) ERRATUM. — Dans le dernier numéro, page 408, première colonne, neuvième ligne du dernier alinéa, au lieu de EST UNE ESPÈCE DE TAMIS, lisez : EST UNE ESPÈCE DE TERRIER.

(2) Fin. — Voir le numéro précédent.

(1) Pour que cette pommade ne contienne pas de grumeaux, le sous-carbonate alcalin ne doit y être incorporé qu'après avoir été dissous dans une petite quantité d'eau ; on a alors une pommade douce et bien liée.

FEUILLETON.

NOTICE

Sur André-Charles-Louis de VILLENEUVE.

S'il est un travail qui puisse le plus agréablement reposer le médecin des fatigues que lui donne l'exercice de son art et des émotions pénibles qui en résultent, c'est certainement celui qui consiste à récréer son esprit par la lecture de la vie des hommes qui l'ont précédé dans la carrière et qui lui ont tracé d'honorables sillons. Les uns le guideront dans la connaissance des moyens à employer dans les cas difficiles ; les autres auront le précieux avantage de l'initier aux vertus qui font de notre art un véritable sacerdoce, et de lui apprendre ce que nous devons être pour nos clients et ce que nous nous devons les uns aux autres.

Il y a peu de temps, les colonnes de ce journal contenaient des regrets bien sentis sur la mort d'un médecin célèbre, homme de bien. Celui dont nous allons esquisser la notice biographique ne mérite pas moins que M. le docteur Husson (*voir* le numéro du 14 mai) d'être offert en exemple.

André-Charles-Louis de Villeneuve est né à Paris le 6 août 1781, dans une maison de la rue de Sèvres, en face la rue du Bac. Son père, qui possédait un grade élevé dans l'armée, était retenu loin de Paris par les devoirs de sa profession, et sa malheureuse mère, atteinte d'une phthisie pulmonaire au dernier degré, expirait quelques jours après sa naissance, le laissant entre les mains d'une nourrice qui fut pour lui comme une seconde mère. C'est grâce aux bons soins que lui prodigua cette femme qu'il put surmonter la fatale prédisposition qu'il avait acquise en naissant ; et bien qu'à vingt ans il eût encore tous les symptômes d'une affection de poitrine avancée, sa bonne conduite et sa vie réglée le mirent à même de fournir une longue carrière dont l'activité ne s'est jamais démentie.

Les premières années de son existence sont peu connues. On comprend combien elles durent être pénibles. J'ai su que, destiné d'abord à une vie tranquille, on le fit entrer dans un bureau de loterie situé à l'extrémité de la rue du Bac ; mais sa vocation se manifeste tout à coup, après avoir assisté aux cours de la Sorbonne sur les sciences naturelles, et il obtient de son père l'autorisation d'étudier la médecine.

Certes, ceux qui ont connu son âme sensible, son talent d'observation et son immense désir de faire le bien déclareront, avec celui qui écrit ces lignes, que nulle carrière ne convenait mieux à la trempe de son esprit et aux émotions chaleureuses de son cœur.

A l'âge de vingt-trois ans, il fut reçu docteur en médecine, le 13 fructidor an XII, après avoir soutenu la thèse suivante :

Propositions sur les effets du mouvement, du repos, de la veille et du sommeil.

Ses premiers pas dans la carrière médicale, il voulut les faire aux lieux mêmes où il était né, et il vint prendre, au n° 6 de la rue de Sèvres, un modeste logement situé dans les mansardes.

C'est là que commencèrent ces tribulations par lesquelles la plupart des jeunes médecins ont passé. Elles ne furent pas épargnées à Villeneuve, et je tiens d'un des amis de sa jeunesse qu'elles furent poussées jusqu'au dénûment !...

A la fin d'une carrière aussi fructueusement remplie, il me semble qu'il y a un certain plaisir à remonter aux difficultés du commencement, surtout quand on peut se dire, comme notre honorable confrère :

« Cette fortune, je me la suis acquise par mon travail, et je ne la » dois qu'à moi-même. »

Il était impossible que ce jeune médecin, plein d'ardeur pour l'étude, d'un physique agréable, modeste, doux et sympathisant si bien avec la douleur qu'il était appelé à calmer, ne réussît pas tôt ou tard à obtenir la confiance du public.

Nommé médecin du bureau de bienfaisance, il en remplit les fonctions pendant quarante ans avec un zèle que les maires du dixième arrondissement, les administrateurs et ses collègues ont signalé à plusieurs reprises. Le service médical n'étant pas distribué par circonscription comme il l'est aujourd'hui, le médecin le plus empressé à les satisfaire était celui que les indigents appelaient de préférence ; aussi, l'un de ses collègues me disait-il qu'à cette époque M. Villeneuve ne lui laissait rien à faire. C'est qu'en effet il n'a jamais considéré le titre de médecin des pauvres comme un titre purement honorifique et donnant droit à la considération du riche ; il savait quelles sont les charges pénibles qu'il comporte, et il les remplissait de cœur au préjudice même de sa clientèle. Il l'a prouvé plus tard, quand la fortune lui a souri : loin d'abandonner les malheureux, il les secourait encore de ses conseils et de sa bourse.

Nommé par Louis XVIII membre de l'Académie de médecine, il se fit remarquer dans cette illustre compagnie par son exactitude et la manière lucide et consciencieuse dont il rédigeait ses rapports.

C'est à son noble désintéressement qu'en 1838 ce corps savant dut le legs de 30,000 fr. de M. le marquis d'Argenteuil, que lui destinait le donateur comme une digne rémunération des soins qu'il lui prodiguait depuis plusieurs années.

Rien n'égalait son activité ; sa clientèle croissait de jour en jour, et elle avait dépassé le quartier modeste où il demeurait.

Malgré les progrès de sa fortune, il ne voulut jamais quitter la rue qui avait été témoin de ses premiers pas dans la carrière, et il se contenta de prendre successivement dans la même maison de plus vastes appartements, jusqu'au jour où il alla demeurer au n° 8, qu'il n'a quitté qu'à sa mort.

Comme accoucheur et comme médecin des femmes et des enfants, il est peu d'hommes qui aient eu une clientèle de quartier aussi étendue que M. Villeneuve. Celui qui écrit ces lignes, et qui doit à son amitié quelques lambeaux de cette clientèle, peut certifier que notre vénérable confrère avait pu conserver depuis l'origine de sa carrière des

ramollir l'épiderme et de rompre les sillons ; puis il prend un bain d'une heure pendant lequel il se savonne dans la même intention ; en sortant du bain, nouvelle friction d'une demi-heure avec l'agent parasiticide, c'est-à-dire la pommade sulfuro-alcaline, qui, trouvant les voies toutes préparées par les manœuvres précédentes, peut aisément atteindre le but que l'on se propose, c'est-à-dire détruire les sarcoptes et leurs œufs dans leurs galeries déchirées et ouvertes. Ainsi, en deux heures tout est fini ; seulement le malade doit avoir la précaution de ne pas s'essuyer et de rester ainsi revêtu de la couche de pommade sous ses vêtements jusqu'au soir.

Autrefois on avait l'habitude de traiter aussi les vêtements du malade pour les débarrasser des acarus qu'ils pouvaient contenir ; on les exposait à la vapeur du soufre, ce qui leur laissait pendant quelque temps une odeur excessivement désagréable. J'ai cru devoir renoncer à cette précaution par cette raison que, les malades devant conserver pendant le reste de la journée la pommade de la dernière friction, elle formait une sorte de fumigation suffisante pour asphyxier les insectes. Je n'ai point eu à me repentir de cette omission. Cependant on vient d'adopter en Belgique une mesure que je me propose d'imiter ici.

Voici ce dont il s'agit :

On sait qu'une chaleur de 80 à 100 degrés suffit pour faire périr les insectes; on a donc construit une armoire en fer qui, renfermant les vêtements, est placée sur un foyer d'une grande simplicité, dont la chaleur élève bientôt l'air de l'armoire à plus de 100 degrés; au bout de quelques minutes, toute la vermine que pouvaient contenir les hardes est détruite. La construction d'un appareil semblable rendrait inutile la précaution de garder la pommade, qui donne toujours une certaine odeur.

Voyons maintenant les résultats statistiques de notre méthode comparés aux résultats de la méthode ancienne.

Dans le premier semestre de 1853, nous avons traité au dispensaire de la consultation externe 2,327 galeux, sur lesquels nous avons eu seulement (dans le courant du mois) 56 récidives, ou 1 sur 41, tandis qu'autrefois on avait 1 récidive sur 12. Cette différence est déjà énorme, et cependant on peut encore discuter le chiffre des 56 récidives et faire voir que celles-ci tiennent à des circonstances particulières qui en augmentent le nombre.

Un autre avantage dû à notre méthode, c'est la suppression définitive du service des galeux à l'hôpital Saint-Louis, où ils occupaient plus de 100 lits pendant un nombre de jours qui varient en moyenne de huit à dix. Ces résultats sont tellement remarquables qu'ils ont fixé l'attention des médecins dans les autres pays. Et tout récemment la *Gazette des Hôpitaux* a publié (numéros des 30 juillet et 2 août) le remarquable rapport de M. Vleminckx à l'Académie de médecine de Belgique dans lequel il rend compte de l'enquête à laquelle il s'est livré sur le traitement rapide de la gale. Des documents recueillis par lui dans les prisons où notre méthode a été expérimentée, il conclut à son adoption. Nous avons donc l'espoir de la voir bientôt généralisée et admise dans tous les établissements hospitaliers.

MALADIES DES YEUX. — M. Tavignot.

De l'amblyopie symptomatique du diabétès.

C'est un fait incontestable et désormais acquis à la science qu'il peut survenir pendant le cours de l'affection diabétique un trouble plus ou moins prononcé de la vue, que l'on doit, à juste titre, désigner sous le nom d'amblyopie.

En effet, ce vice fonctionnel des yeux ne va jamais jusqu'à l'amaurose proprement dite, et il ne s'accompagne d'aucune lésion matérielle des tissus oculaires.

La coïncidence du diabétès avec l'amblyopie a été signalée depuis assez longtemps; et Demours, en citant un cas de ce genre, n'a pas eu la prétention d'avancer quelque chose de nouveau. Ce diagnostic, toutefois, fait honneur à sa sagacité.

Ce n'est pas, cependant, que l'amblyopie soit une affection constante dans le diabétès; ce qu'il y a de certain, d'incontestable, c'est qu'elle se rencontre dans un nombre plus ou moins grand de cas, sans qu'il nous soit possible d'établir quant à présent son degré de fréquence; elle n'existe pas, d'ailleurs, à toutes les périodes de la maladie; elle peut apparaître au début, cesser, puis revenir : de là des difficultés assez grandes pour s'assurer de son existence.

Ceci explique comment mon ami le docteur Contour a imprimé dans son excellente thèse sur le diabétès le passage suivant :

« On dit, généralement, que la vue est très affaiblie chez les diabétiques arrivés à une période avancée de la maladie; bien que j'aie chez tous nos malades interrogé avec soin les organes des sens, je n'ai jamais observé cet affaiblissement de la vue: ce qui me porte à croire que ce symptôme est moins fréquent qu'on ne l'a dit. » (Voyez p. 61.)

On est allé plus loin; et ce n'est pas seulement l'amblyopie, mais encore la cataracte que l'on a rattachée à l'affection diabétique. Si l'on en jugeait d'après les observations publiées par le professeur Berndt, la coïncidence serait même assez fréquente, puisque, sur trois faits rapportés par lui, deux ont trait à des sujets atteints de diabétès et de cataracte, et le troisième de diabétès et d'amblyopie.

En cela, d'ailleurs, le docteur Berndt, ainsi qu'on le lui a reproché, n'aurait fait que s'inspirer des idées de Himly. (Voyez *Journal des Connaissances médico-chirurg.*, 1844-1845, p. 33.)

Quoi qu'il en soit, et sans rechercher s'il y a un rapport direct entre le développement de la cataracte et l'affection diabétique, ou bien si ce rapport serait plus éloigné, en ce sens que l'opacité de l'appareil cristallinien résulterait de la perturbation fonctionnelle des nerfs de l'œil, constatons d'abord le fait, pour nous occuper ensuite exclusivement de l'amblyopie symptomatique, seule maladie des yeux que nous ayons rencontrée jusqu'à présent dans le diabétès.

J'ai observé cette amblyopie trois fois seulement, et voici ce qui résulte de mes recherches :

Début. — Deux fois l'amblyopie s'est manifestée dès le début apparent de la maladie; c'était même l'accident qui préoccupait le plus les malades. Chez notre troisième malade, le trouble de la vue n'a été que consécutif aux progrès bien évidents de l'affection diabétique.

Cependant, en analysant plus sévèrement chacun de ces faits, il m'a été facile de reconnaître qu'ils avaient entre eux la plus grande analogie, en ce sens que l'amblyopie, loin d'être un symptôme primitif, a toujours été le résultat des désordres fonctionnels produits par le diabétès lui-même. En effet, chez les deux premiers malades dont j'ai parlé, une soif assez vive, un amaigrissement déjà notable, un affaiblissement très prononcé de l'appareil génital, etc., avaient précédé de deux à trois mois les troubles de la vision. Ces symptômes avaient en quelque sorte passé inaperçus avant que nous eussions fixé l'attention des malades sur ce sujet, mais ils n'en existaient pas moins; et, bien que nous n'eussions pas, à cette époque, analysé les urines comme nous l'avons fait plus tard, il est à peu près évident pour moi que ces urines contenaient alors, comme lorsque nous les avons examinées pour la première fois, une certaine quantité de glucose.

Selon nous, ce serait par conséquent à tort que, rapprochant l'*amblyopie diabétique* de l'*amblyopie albuminurique*, on considérerait ces deux affections comme des lésions nerveuses précédant le développement de l'une et de l'autre maladie.

Je n'ai point ici à me prononcer sur les conclusions formulées dans son travail par notre spirituel confrère de Reims le docteur Landouzy, qui considère comme un phénomène initial de la maladie l'amblyopie que l'on observe assez souvent dans l'albuminurie.

Des faits paraissent favorables à cette opinion, et dernièrement encore le docteur Vigla me citait l'histoire d'une dame affectée de maladie de Brigth, chez laquelle l'amblyopie avait évidemment précédé la présence de l'albumine dans les urines.

Mais le sont-ils en réalité? J'ai une grande tendance à croire que non, et à penser que le trouble fonctionnel des yeux est toujours consécutif à un état anormal du sang précédant lui-même l'albuminurie, qui ne serait alors qu'un résultat, qu'une conséquence.

Quoi qu'il en soit, relativement à l'amblyopie diabétique, cette interprétation des faits n'est même plus nécessaire; car, ainsi que nous l'avons dit plus haut, le trouble de la vue ne se présente jamais seul; d'autres lésions fonctionnelles l'ont précédé et l'accompagnent.

L'amblyopie diabétique existait également de l'un et de l'autre côté chez nos trois malades; et en tenant compte de l'inégalité si fréquente de force et de portée des deux yeux, le trouble de la vision m'a paru le même à droite et à gauche.

Symptômes physiques. — En examinant avec soin l'état matériel des globes oculaires, je n'ai constaté aucune lésion appréciable, aucune trace d'injection, aucun trouble des membranes et des milieux de l'œil. La coloration des iris n'avait subi aucune modification. Les pupilles, régulières dans leur forme, m'ont paru tout à fait normales relativement à leur largeur; elles étaient même sensiblement étroites.

Symptômes physiologiques. — Il n'est survenu chez aucun de mes trois malades de douleurs névralgiques dans le front et dans les tempes, ainsi que cela a lieu dans l'amaurose névralgique extra-orbitaire; les yeux étaient plus sensibles à la lumière que dans l'état normal, mais sans qu'il existât cependant une véritable photophobie.

Dans aucun cas, le trouble de la vue n'a été porté jusqu'à la cécité proprement dite. Il existait seulement un brouillard plus ou moins épais devant les yeux; les malades ne pouvaient lire les caractères ordinaires; un journal leur paraissait couvert de lignes blanches et de lignes noires; l'un ne pouvait distinguer à dix pas un homme d'une femme; l'autre éprouvait d'assez grandes difficultés pour reconnaître les pièces de monnaie sans le secours du toucher.

Cet état de la vue n'a été que très faiblement amélioré par l'usage de verres convexes. Il n'est survenu ni dyplopie ni strabisme.

Marche, durée, terminaisons. — L'amblyopie diabétique, je le répète, ne me paraît pas devoir être considérée comme un symptôme initial de la glucosurie. J'ai constaté qu'elle suivait assez régulièrement les différentes modifications de l'organisme : augmentant quand la soif et l'amaigrissement devenaient plus prononcés, et diminuant lorsque ces deux symptômes étaient moins accentués.

Sur les deux malades que j'ai plus particulièrement suivis, l'amblyopie a cessé après deux mois environ, bien que l'urine contînt encore une quantité assez notable de matière saccharine; l'état général était, il est vrai, plus satisfaisant. J'ai également noté le retour des forces viriles coïncidant avec le rétablissement de la vision. J'ignore l'état du troisième malade, qui est un jeune enfant de 14 à 15 ans, habitant le département de l'Oise.

Il est difficile, après avoir dit quelle a été dans deux cas la durée de l'amblyopie diabétique, d'affirmer que la maladie des yeux ne se reproduira pas, et, si elle se reproduit, qu'elle ne se terminera pas par la cécité; cela est subordonné à l'affection diabétique, qui est assez difficile à guérir radicalement, mais dont on peut enrayer la marche et prévenir les fâcheuses conséquences.

Fréquence. — J'ai observé des personnes atteintes de diabétès et qui n'ont point eu de trouble de la vision; d'autres observateurs ont fait la même remarque. J'ai donc lieu de croire que j'ai été servi par le hasard en rencontrant, en moins de deux ans, trois cas exceptionnels en quelque sorte.

Siége et nature de la maladie. — C'est bien l'amblyopie diabétique que j'ai observée, et non l'amblyopie albuminurique, car aucun de nos malades ne présentait d'albumine dans ses urines.

Le siége de la maladie me paraît être le système nerveux ciliaire; sa nature, une surexcitation nerveuse (*amaurose névralgique ciliaire*) qui plus tard peut être remplacée par une sorte d'atonie (*amaurose paralytique ciliaire*).

Dans les deux cas il y a perturbation des fonctions de la rétine, et par conséquent amblyopie; ceci explique pourquoi, au début, la pupille est plutôt rétrécie que dilatée, tandis que plus tard elle peut être plutôt dilatée que rétrécie. Mais je n'ai pas observé cette seconde période de l'amblyopie diabétique; je n'en parle que par analogie et d'après ce qu'en rapporte le docteur Landouzy à propos de l'amblyopie albuminurique.

Selon nous, l'amblyopie qui survient dans le diabétès est un phénomène morbide consécutif et lié à l'altération du sang. Sous ce rapport, elle offre une certaine analogie avec l'amaurose que l'on rencontre pendant la grossesse, dans la chlorose, dans l'anémie consécutive à des déperditions sanguines abondantes, dans l'albuminurie, dans la fièvre typhoïde, etc., etc.

Le sang est le véritable moteur du système nerveux; il n'agit pas seulement par sa quantité, mais aussi par sa qualité.

Mais il faudrait pouvoir plonger un regard plus profond dans les mystères de cette *chimie dynamique* pour expliquer comment

---

clients qui avaient vieilli avec lui, ce qui honore le médecin et contraste avec l'ingratitude proverbiale de ceux aux soins desquels il a consacré sa vie.

Le choléra de 1832 vint encore lui fournir de nouveaux titres à la reconnaissance des malades et à l'estime de ses confrères qui l'ont vu à l'œuvre.

C'est au milieu des épidémies que toutes les qualités du médecin brillent avec le plus d'éclat. La lutte contre un fléau qui peut se retourner contre lui-même, et lui faire de mortelles blessures, exige un courage surhumain; M. Villeneuve a été à cette époque ce qu'ont été tous les médecins français, admirable de dévouement et d'abnégation.

Ses collègues des ambulances se rappellent peut-être encore qu'il s'y rendit un jour portant au cou les traces récentes d'une application de sangsues; il avait pris sur son sommeil une heure pour se traiter d'une angine, mais il n'avait pas voulu prolonger son repos le temps nécessaire pour arrêter l'écoulement du sang.

Médecin du commissariat de police du quartier Saint-Thomas-d'Aquin, M. Villeneuve a été chargé pendant trente ans de tous les cas de médecine légale. Bien des faits obscurs ont été élucidés par lui; son jugement sûr et son sang-froid ont été d'un grand secours pour les magistrats qui l'ont appelé à se prononcer dans des cas difficiles; aussi a-t-on conservé de ses rapports un souvenir d'estime que je me plais à signaler ici. Puis-je oublier de rappeler la part toute juvénile qu'il a prise en 1845 aux travaux de la commission de permanence du congrès médical de France, et la place que lui a assignée l'élection de vice-président du congrès? La Société médicale du dixième arrondissement, dont il a été l'un des fondateurs, se rappelle qu'il l'a présidée pendant la première année de sa formation, et elle a chargé deux de ses membres du soin de rédiger en son nom sa notice biographique.

D'aussi grands services rendus à toutes les classes de la société valaient certes une décoration. Plus heureux que mon vénérable et illustre père, à qui elle ne fut pas offerte, il fut permis à M. Villeneuve de la refuser. Ses opinions politiques, qui l'attachaient par reconnaissance et par amour à la famille royale exilée, étaient une religion pour lui, et il ne craignit jamais de les manifester. Il le fit notamment dans une remarquable séance de l'Académie, où il revendiqua, sous Louis-Philippe, une place pour le buste de l'auguste fondateur de ce corps savant.

Il y a dix mois à peine, qu'il me soit permis de l'écrire, sachant que ses principes politiques lui permettaient de se rallier à la nouvelle forme de gouvernement que la France avait adoptée, je voulus, à son insu, faire une nouvelle tentative.

Je rédigeai une pétition qui fut signée avec empressement par tous mes collègues du bureau de bienfaisance; elle fut apostillée par M. Roger, maire de l'arrondissement, et par M. Lemoine-Tacherat, commissaire de police de la section Babylone; M. Villeneuve seul ne voulut pas y adhérer; il répugnait à sa modestie de solliciter, même indirectement, une récompense. « Qu'ai-je fait pour la mériter? » Ce mot seul fait l'éloge de notre digne confrère.

Après s'être entouré, à la suite d'une longue et honorable carrière, de l'estime et de l'affection de tous ceux qui l'ont connu, il ne restait plus à M. Villeneuve que de jouir au milieu de sa famille et de ses amis d'un repos qu'il avait laborieusement acheté. Mais, hélas! combien sont vaines les présomptions de l'homme! Nul bonheur n'est parfait sur cette terre, et, au moment où nous croyions voir se réaliser les décevantes espérances de notre imagination, une catastrophe imprévue nous enlève tout ce qui nous attachait à l'existence!

Notre honorable confrère avait cherché dans deux unions ce calme bonheur domestique que l'homme est si heureux de trouver pour se reposer des orages de la vie publique; il en a peu joui; veuf une première fois, sans enfant, il s'est vu enlever, il y a dix-huit mois, l'épouse qu'il espérait devoir lui survivre. Après avoir souffert pendant trois ans, madame Villeneuve a succombé à un cancer utérin, ne laissant qu'un enfant issu de son premier mariage, que M. Villeneuve a considéré comme son fils, et dont il a été le bienfaiteur.

Ceux qui ont approché le malheureux vieillard pendant tout le cours de cette longue agonie savent combien il a été admirable de tendresse et de résignation; sa mort lui a porté un coup dont il n'a pu se relever. A cette époque de la vie, le physique ne peut plus réagir contre les affections de l'âme; elles nous brisent. Il en a été ainsi chez M. Villeneuve.

Au mois d'octobre 1852, durant un voyage qu'il avait fait en Alsace, une tumeur précédée de quelques douleurs vagues s'est subitement manifestée dans l'aine. De retour à Paris, elle s'abcéda et suppura pendant plus d'un mois. Ces accidents, pour lesquels M. Malgaigne lui a donné des soins, ont été l'occasion pour cet honorable professeur de signaler de nouveau le dévouement qu'il met toujours au service de ses confrères.

Bientôt survinrent des symptômes plus graves qui devaient épuiser en lui toutes les forces vitales.

Des désordres profonds dans les fonctions digestives se manifestant d'abord par de l'inappétence, un dégoût invincible pour les aliments, puis enfin déterminant le hoquet et des vomissements que rien ne put calmer, tels furent les tristes préludes qui nous annoncèrent la fin prochaine de M. Villeneuve.

Aimé et estimé de tous ses confrères, nul de ses amis n'a manqué de l'assister de ses conseils. Hélas! la certitude de l'incurabilité de son mal était telle qu'il repoussait avec énergie toute pensée d'un traitement à suivre; malgré la lutte amicale que nous lui avons tous faite, nous ne pouvions nous empêcher d'admirer avec quelle profondeur d'intelligence il raisonnait sa maladie et faisait, pour ainsi dire, chaque jour le budget de ses pertes.

Durant le cours de cette longue maladie, M. Villeneuve n'a cessé de nous fournir l'exemple de toutes les vertus qui ont illustré sa vie. Quelle admirable patience dans les douleurs! Quelle divine résignation dans la pensée de la mort! Que de fois il a fait verser des larmes à ses nombreux amis réunis autour de son lit, en leur parlant de ses dernières volontés, tandis que ses yeux étaient secs et se portaient avec espoir vers le ciel!

tel état du sang produit telle ou telle espèce de phénomène nerveux.

Traitement. — Je n'ai dirigé aucun traitement particulier contre l'amblyopie diabétique. Une fois j'ai amélioré quelque peu les troubles de la vue à l'aide de verres convexes mieux appropriés à l'âge du malade. Le véritable traitement n'est autre que celui du diabètes lui-même. J'ai publié dernièrement dans la *Revue de thérapeutique méd.-chirurg.*, 1853, p. 360, ma méthode de traitement du diabètes; c'est celle que je crois devoir préconiser de nouveau.

FRACTURE MULTIPLE DU STERNUM

produite par un contre-coup;

Par M. COSTA DE SARDA, élève des hôpitaux.

Les fractures du sternum sont rares; la chirurgie en possède dix ou douze cas tout au plus. En ce qui concerne les fractures indirectes ou par contre-coup, M. Malgaigne n'en a point trouvé qui ne fussent simples. Voilà donc un premier point qui donne à notre observation un intérêt tout spécial, puisqu'une cause indirecte avait ici produit trois fractures. Cette multiplicité même est encore un fait nouveau, M. Malgaigne n'ayant pu citer qu'une fracture double et par cause directe.

Par quel mécanisme s'est-elle produite? Si j'osais hasarder une théorie, je dirais qu'au moment de la chute, le malade, sous l'empire de cette terreur involontaire qui accompagne un danger imminent, a fait une forte inspiration: les pectoraux et le diaphragme se sont contractés de toute leur puissance. Le poids du corps, portant sur le bord du sternum devenu ainsi immobile et rigide, y a exercé l'action que produit l'archet sur la corde du violon tendue, une onde vibratoire, une oscillation; et ce fait tout simple de mécanique qui divise une tige vibrante en nœuds et en renflements ou ventres trouve ici son application: les sections de l'os qui vibraient ont échappé à la fracture; mais celles qui résistaient ont été brisées. Considérons à présent les endroits où siégent les fractures, et qui, d'après mon hypothèse, ont rempli l'office de nœuds; nous constaterons que ce sont exactement les portions les plus compactes; celles, par conséquent, qui devaient offrir le plus de résistance.

Je ne terminerai pas sans dire quelques mots des déplacements. Dans la fracture de la première pièce, le fragment supérieur a été attiré en arrière; ce genre de déplacement est représenté dans l'atlas de M. Malgaigne. A la fracture moyenne. Les deux fragments ont été maintenus en place par les tissus fibreux qui les recouvraient. Mais à la dernière fracture, le fragment supérieur était porté en avant, l'inférieur en arrière; M. Malgaigne n'a cité qu'un exemple de ce genre de déplacement.

Voici en peu de mots un fait qui nous a paru curieux:

Franche, âgé de quarante-cinq ans, vernisseur sur bois, entré depuis quelques jours à l'hôpital Saint-Antoine, se précipita, le 9 juin, par une fenêtre du troisième étage et se tua du coup. Quelques témoins de sa chute disent qu'il était comme pelotonné sur lui-même, la tête penchée en avant. Quoi qu'il en soit, on le trouva couché sur le flanc gauche, le bras du même côté étendu et écarté du tronc.

Sans vouloir m'étendre sur les détails de l'autopsie étrangers à mon sujet, je noterai seulement que le péricarde était déchiré dans toute sa hauteur, sur le côté gauche, de telle sorte que le cœur faisait une légère saillie dans la poitrine; la crosse de l'aorte était rompue en travers; les poumons et le diaphragme étaient pareillement le siége de déchirures multiples; rien à la tête ni aux membres inférieurs. Il paraît donc assez probable que l'individu était tombé, comme il a été dit, pelotonné sur lui-même, le cou penché en avant, les jambes à demi fléchies sur le bassin; en sorte que la partie moyenne du tronc a eu seulement à souffrir. Cela ressort encore mieux des nombreuses fractures trouvées sur le sacrum, sur les apophyses transverses gauches des cinq vertèbres lombaires, sur les corps des onzième et douzième vertèbres dorsales, sur les dernières côtes au niveau de leurs tubérosités, sur la tête de l'humérus gauche.

Il y avait aussi une luxation en avant de la clavicule gauche sur le sternum. Les cartilages costaux étaient intacts.

J'arrive maintenant aux fractures du sternum.

Cet os présentait trois fractures: la première transversale, à la partie moyenne de la première pièce, dentelée et à petites esquilles; le fragment supérieur était repoussé vers le thorax, et comme engagé sous l'inférieur. La seconde, moins grande, oblique de dehors en dedans et de haut en bas, semblait mesurer l'espace compris entre le cinquième et le sixième cartilage; elle était d'ailleurs sans déplacement. La troisième et la plus considérable siégeait à 1 centimètre au-dessus de l'appendice xiphoïde, et occupait toute la largeur de l'os; elle était dentelée et à esquilles, et offrait un chevauchement assez marqué; mais, à l'encontre de la première, c'était ici le fragment supérieur qui recouvrait l'inférieur.

En somme, le sternum offrait successivement trois directions différentes; de telle façon que, si on le considérait de champ, il représentait grossièrement une moitié d'hexagone, à angles peu définis, il est vrai, comme il est aisé de le comprendre.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 17 août 1853. — Présidence de M. DENONVILLIERS.

Présentation de malades.

M. MAISONNEUVE présente deux malades:

1° La jeune fille sur laquelle il a pratiqué en deux fois, à une année d'intervalle, l'ablation de la totalité du maxillaire inférieur. Cette mutilation si considérable de la face ne laisse que des traces très peu apparentes.

2° Le malade sur lequel a été enlevée une exostose considérable de l'ethmoïde.

M. Maisonneuve fait hommage à la Société des dessins reproduisant les pièces pathologiques relatives à ces deux observations.

M. LE PRÉSIDENT adresse des remercîments à M. Maisonneuve.

Résection partielle du maxillaire supérieur droit pour une affection cancéreuse de la voûte palatine.

M. LABORIE présente au nom de M. A. Guérin, candidat pour une place de membre titulaire de la Société, un malade qui a subi l'amputation partielle du maxillaire supérieur.

M. Guérin, pour l'incision de la peau, a suivi une des plicatures normales de la face. Il a incisé les téguments suivant la longueur et la direction du pli naso-labial, depuis son extrémité supérieure au niveau de la partie supérieure de la narine jusqu'à son extrémité inférieure contre la commissure labiale; et, arrivé en ce point, il a dirigé son bistouri vers cette commissure. Il a pu alors disséquer et relever deux lambeaux qui lui ont donné assez d'espace pour pratiquer la résection de la partie malade de l'os, c'est-à-dire de toute la voûte palatine.

Pour pratiquer cette résection, il a d'abord divisé par un trait de scie l'apophyse malaire du maxillaire supérieur; puis le voile du palais étant divisé transversalement au niveau de son bord adhérent, la partie horizontale de l'os maxillaire supérieur est coupée d'avant en arrière d'un seul coup à l'aide d'une pince de Liston portée le long de la cloison des fosses nasales.

Le même instrument, introduit ensuite dans la narine, coupe transversalement l'apophyse montante du maxillaire, en perforant les parois du sinus maxillaire jusqu'à la rencontre du trait de scie. La partie de l'os ainsi circonscrite entre ces trois incisions a pu être extirpée sans qu'il ait été nécessaire d'exercer de traction.

Les suites de l'opération, pratiquée il y a à peine quinze jours, sont des plus satisfaisantes; la cicatrice des téguments divisés est à peine perceptible.

Correspondance.

M. LABORIE donne l'analyse d'une lettre de M. Soulé, chirurgien de l'hôpital de Saint-André, à Bordeaux.

Il s'agit d'une tentative de traitement d'un anévrisme crural par les injections de perchlorure de fer. Cette tentative, renouvelée trois fois, n'a amené aucun résultat, et le chirurgien a dû pratiquer la ligature du vaisseau malade. (Renvoi à la commission nommée pour l'étude de l'action du perchlorure de fer.)

— M. PRESTAT adresse une lettre de remercîments à l'occasion de sa nomination comme membre correspondant.

— M. MARJOLIN présente au nom de M. Borelli les fascicules I, II et III, intitulés: *Raccolta di osservazioni clinico-pathologiche dei dottori Giambatista Borelli e Giovanni Garelli.* (M. Marjolin est chargé de faire un rapport verbal).

— La Société reçoit divers journaux de médecine.

Ablation d'une tumeur du cou. — Mort pendant l'opération. Autopsie.

M. ROUX fait la communication suivante:

Messieurs, maintenant que l'autopsie du malade dont je vous avais déjà entretenu a été faite avec soin, je viens vous donner l'histoire entière de cette observation.

Il s'agissait d'une tumeur carcinomateuse située sur le côté gauche du cou, couvrant toute la région parotidienne, descendant jusqu'à la partie moyenne du cou, du volume des deux poings, remontant en haut jusqu'au-dessous de l'oreille qu'elle soulevait.

Elle était ancienne, datant déjà de six ou sept ans. J'étais assez disposé à la croire primitivement formée par des ganglions. La peau n'était pas altérée.

Quand on saisissait la tumeur, on parvenait à lui faire exécuter des mouvements assez marqués; la base était comme flexible: on sentait, en effet, que dans les mouvements imprimés de bas en haut cette base, néanmoins adhérente, jouissait d'une certaine flexibilité; et l'examen de la tumeur a donné la raison de cette disposition: nous avons, en effet, trouvé que cette partie était spécialement formée de tissu encéphaloïde déjà ramolli.

Avant d'entreprendre l'opération, j'eus un moment l'idée d'appliquer préalablement une ligature sur l'artère carotide primitive; mais en palpant la région carotidienne au-dessous de la tumeur je ne pus parvenir à sentir les pulsations de l'artère, et je renonçai à cette idée dans la crainte de rencontrer des difficultés qui auraient pu prolonger les souffrances du malade.

Je sacrifiai une partie de la peau que je compris entre deux longues incisions semi-elliptiques; puis, en disséquant et relevant les téguments conservés en avant et en arrière, je reconnus que la tumeur plongeait profondément dans les tissus. Après avoir lié quelques artérioles, j'arrivai jusque contre la colonne vertébrale. A ce moment de l'opération, ayant mis à nu un vaisseau assez considérable que je crus être la carotide externe, je me décidai à appliquer sur lui une ligature médiate; dans cette ligature fut comprise l'artère carotide primitive au niveau de sa bifurcation et, ainsi que nous l'avons constaté, le nerf pneumo-gastrique, qui évidemment avait subi un déplacement.

Peu de temps après, la respiration du malade s'est arrêtée, le pouls s'est ralenti. Nous remarquions, d'une part, un embarras manifeste dans le jeu du larynx et, d'autre part, des phénomènes semblables du côté du diaphragme. Cependant, après un peu de repos et des aspersions froides sur le visage, ces accidents s'amoindrirent sensiblement.

Dès ce moment il vint à la pensée de plusieurs assistants que le nerf pneumo-gastrique avait pu être lié, et je me décidai à couper la ligature; mais cette précaution n'eut aucun résultat; les accidents, un moment calmés, reparurent, et le malade succomba après une demi-heure de soins inutiles.

Autopsie. — Ainsi que je l'ai déjà dit, la ligature avait porté sur la carotide primitive au niveau de sa bifurcation, et le nerf pneumo-gastrique avait été compris dans cette ligature.

Quant à la tumeur, elle était très profonde; elle s'engageait entre le pharynx et la colonne vertébrale d'une part, et, d'autre part, remontant en dehors vers la base du crâne, elle avait érodé les os, et en un point même la totalité de la boîte osseuse avait été détruite.

Si maintenant je cherche à apprécier les causes de ce fâcheux accident, je dois interroger successivement toutes les circonstances qui se sont présentées. L'anesthésie d'abord, a-t-elle pu être la cause de la mort du malade? Je ne le crois pas; car le chloroforme n'a été administré que pendant peu de temps, au début seulement de l'opération. Cependant on peut admettre que l'anesthésie a peut-être prédisposé le malade d'une manière défavorable. La douleur, qui a été assez vive, a pu aussi avoir sa part dans la terminaison funeste. Il en est de même de la perte de sang, qui cependant n'a pas été très considérable. Reste la ligature du nerf pneumo-gastrique. L'influence exercée immédiatement sur le larynx et le diaphragme indiquait que ce nerf avait en effet été lésé. Cependant nous devons faire remarquer que dans les expériences physiologiques faites sur la lésion du pneumo-gastrique, le résultat fatal n'est pas aussi prompt, surtout quand un seul nerf a été lésé. Aussi, tout en reconnaissant la part que la lésion du nerf a dû avoir dans cet accident, je ne puis me défendre d'admettre que là n'a pas été la seule cause, et que l'anesthésie, la douleur, la faiblesse du malade, augmentée par la perte de sang, ont aussi contribué à déterminer la mort.

Quant à l'introduction de l'air dans les veines, elle n'a certainement pas eu lieu pendant le cours de l'opération.

M. ROBERT reconnaît, comme M. Roux, l'influence des causes qui ont fatalement prédisposé le malade; mais il est bien certain que la lésion du pneumo-gastrique a dû avoir la grande part dans cet accident. Dans une circonstance, dit M. Robert, j'ai, en liant la carotide, compris dans la ligature, je le crois du moins, le nerf pneumo-gastrique. Aussitôt que je serrai le fil la malade s'écria qu'elle étouffait, et immédiatement la voix devint rauque, le corps se couvrit de sueur; il y eut une syncope. La malade était dans un état si grave que je craignais de la voir succomber. Sous l'influence d'aspersions froides elle revint peu à peu, mais la voix resta rauque pendant plus de six mois. Le malade de M. Roux étant déjà épuisé par une longue maladie et par les douleurs et les accidents de l'opération, je ne m'étonne pas que la mort n'ait pu être conjurée; elle a dû avoir lieu par asphyxie.

M. GOSSELIN s'attache à démontrer ce qu'il y a de particulier dans l'observation de M. Roux. Ainsi, la mort s'est produite sans qu'il y ait eu préalablement de trouble dans la respiration, qui brusquement s'est arrêtée; et pendant tout le temps que des soins ont été donnés, on n'a pu qu'à grand'peine ramener quelques inspirations très rares et très incomplètes. Or, il me semble, dit M. Gosselin, que la ligature du pneumo-gastrique, chez les animaux du moins, ne détermine pas cette suspension immédiate des phénomènes mécaniques de la respiration. C'est là ce qui me fait croire que la ligature du nerf n'a pas été la cause immédiate, seule, absolue de la mort. Il faut y ajouter les autres causes signalées par M. Roux.

M. BOINET rappelle qu'il y a douze ans M. Roux, ayant dû placer des ligatures d'attente au-dessus et au-dessous d'une plaie faite à la carotide, fut forcé d'isoler le nerf pneumo-gastrique, et chaque fois qu'il était saisi il survenait des vomissements, et rien du côté de la respiration.

M. HUGUIER pense, en raison du point sur lequel a été faite la ligature, que l'opérateur n'a pu éviter de saisir des nerfs cardiaques et le laryngé supérieur. En voulant pratiquer sur le cadavre même la ligature de la carotide à sa bifurcation, on saisit constamment en outre un filet nerveux venant du grand sympathique, si l'on fait une ligature médiate.

M. ROUX revient sur quelques-uns des symptômes signalés comme consécutifs à la ligature du pneumo-gastrique, qui ont complétement manqué dans le fait qu'il vient de rapporter.

M. DENONVILLIERS demande si dans les cas de M. Roux et de

La vertu qui caractérisait surtout M. Villeneuve était une modestie qu'il portait à l'excès. Dur pour lui-même, d'une grande sobriété, incapable d'aucune faiblesse, il était pour les autres doux, affable et excessivemement tolérant. Il admettait autour de lui les opinions les plus disparates; mais je dois avouer que, ne cherchant jamais à imposer la sienne à ses amis, il supportait difficilement qu'ils cherchassent à ébranler sa manière de voir. Auprès du lit d'un malade, sa grande expérience et son sang-froid étaient d'un puissant secours pour les jeunes médecins qui l'appelaient en consultation; le mal était-il désespéré, il prolongeait davantage sa visite afin de calmer par les paroles les plus consolantes le malheureux que son art ne pouvait plus guérir. Art vraiment divin, celui qui, ne pouvant plus rien contre les douleurs physiques, réussit encore à calmer les agitations de l'âme!

La Providence, qui l'avait privé de la compagne de sa vie, ne l'a pas abandonné à l'heure de la mort. Il a pu, avec la piété d'un chrétien, recevoir, au milieu de quelques amis, les secours de la religion qu'il avait sollicités à une époque où nous n'avions pas encore perdu tout espoir de le conserver.

Hélas! il nous fallut bientôt perdre toute illusion; ses forces physiques déclinaient chaque jour; quelques gouttes de bouillon ou de lait composaient toute sa nourriture, et souvent encore elles provoquaient de douloureux vomissements.

Que l'honorable M. Bricheteau veuille bien me permettre de déclarer ici toute la reconnaissance qu'éprouvent les amis de M. Villeneuve pour les soins assidus qu'il n'a cessé de lui porter jusqu'au dernier jour de sa vie.

Le dernier terme de cette longue agonie a eu lieu le 3 août à trois heures du matin. Son beau-fils et deux dames, qui depuis son veuvage ont eu soin de sa vieillesse, lui ont fermé les yeux.

Malgré la rudesse de ses dernières volontés, une députation de l'Académie, plusieurs académiciens et un nombreux cortége d'amis ont suivi son modeste convoi. Sur sa tombe, un de ses clients de trente ans, devenu son admirateur et son ami, M. Jorelle, consul honoraire, a fait lire un discours bien senti que son émotion ne lui a pas permis de prononcer.

Puisses-tu aujourd'hui, Villeneuve, recevoir du haut des cieux ce dernier témoignage de ma respectueuse amitié! Puisse ta modestie me pardonner le peu que j'ai dit de tes vertus!

Après avoir institué son beau-fils son légataire universel, M. Villeneuve a laissé:

4,000 francs au bureau de bienfaisance du quartier Saint-Thomas-d'Aquin;

4,000 francs à l'hospice des vieillards de la rue du Regard, fondé par la garde nationale;

4,000 francs à l'association des médecins du département de la Seine,

500 francs à la société protectrice des animaux, dont M. le comte de Grammont est fondateur.

OUVRAGES PUBLIÉS PAR M. VILLENEUVE.

Propositions sur les effets du mouvement, du repos, de la veille et du sommeil; thèse pour le doctorat en médecine, 13 fructidor an XII (1806).

A rédigé le *Journal de médecine* de Corvisart, de 1812-1823; est l'auteur de plusieurs articles du *Dictionnaire des sciences médicales* en soixante volumes.

Rapport fait à l'Académie sur les épidémies de 1770-1830. (IIIe volume des *Mémoires de l'Académie*.)

Du rhumatisme et de ses diverses modifications; vol. in-8°, 1824.

Mémoire historique sur l'emploi du seigle ergoté pour accélérer ou déterminer l'accouchement; 1827.

Remarques et réflexions sur un mémoire de M. Capuron sur le seigle ergoté; 1831.

Description d'une monstruosité humaine consistant en deux fœtus accolés en sens inverse par le sommet de la tête; 1831.

Rapport sur les vaccinations pratiquées en France pendant l'année 1838. Paris, 1841.

Dr FODÉRÉ.

M. Robert on avait eu la précaution, avant de lier définitivement, de comprimer le vaisseau entre le doigt et la ligature.

M. Robert avait eu soin de suivre ce précepte, mais il n'avait été utile en aucune façon; ce qui démontre que pour avoir un résultat certain, quant à la lésion des nerfs par ce procédé, il faudrait exercer une pression très considérable.

M. Larrey insiste sur l'état d'épuisement du malade, que M. Roux n'a pas assez indiqué, et enfin sur l'extension de l'infection cancéreuse qui avait envahi les poumons.

M. Roux donne quelques nouveaux détails sur le malade qui a subi la ligature de la veine crurale au-dessus de l'abouchement des saphènes. Il est complétement guéri et ne présente plus qu'un peu d'œdème du membre.

— M. Morel-Lavallée présente une hernie de l'ovaire chez un enfant de six mois. Il communiquera l'observation dans une prochaine séance.

— A cinq heures, la Société se forme en comité secret.

Après une discussion sur divers points d'administration, la Société adopte, sur le rapport de M. Morel-Lavallé, la modification suivante au règlement de ses séances :

« Les malades et les pièces anatomiques seront examinés dans une » salle spéciale avant la séance.

» Toutefois, lorsque, d'après l'avis du bureau, ces présentations of- » friront un intérêt suffisant, elles seront communiquées en séance pu- » blique, et pourront devenir l'objet d'une discussion.

» Les présentations faites en séance seront seules mentionnées au » procès-verbal. »

— La Société décide ensuite qu'elle procédera dans la séance prochaine à la nomination d'un secrétaire général et d'un bibliothécaire archiviste.

Le secrétaire de la Société, E. Laborie.

Sur les erreurs contenues dans l'Annuaire du bureau des longitudes.

A messieurs les membres de l'Académie des sciences.

Pour faire bien comprendre à mes lecteurs l'importance des rectifications provoquées par la lettre suivante, je crois devoir la faire précéder de quelques lignes extraites du *National de Saône-et-Loire* en date du 9 janvier 1850, lignes signées Hector Carnot.

« Les recherches faites par Deparcieux et par Buffon dans le cours » du dix-huitième siècle s'accordent pour démontrer que la population » *majeure* était alors environ les 5/8es de la population totale. Rien n'a- » vait fait prévoir aux savants que ce rapport eût varié depuis un demi- » siècle. Aussi M. Mathieu, membre de l'Académie des sciences, éva- » lua-t-il, dans l'*Annuaire* de 1849, la population majeure de la France » à 23,094,932 habitants et à la moitié de ce nombre, ou 11,547,466, » le chiffre des électeurs appelés par le suffrage universel. Le fait vint » donner aux prévisions du savant astronome un éclatant démenti » quelques mois après; car le nombre total des électeurs inscrits dans » les 86 départements ne s'éleva, au 13 mai 1849, qu'à 9,936,622. Le » choléra, cependant, n'avait pas encore commencé ses ravages !

» En doublant la population électorale et ajoutant 1 pour 100 pour » les incapacités légales, on doit évaluer très approximativement à » 20,071,976 le nombre des majeurs de la France, et par conséquent » à 15,648,905 celui des *mineurs* pour l'année 1849.

» Or, en 1801, le recensement de la population française fut *admi-* » *rablement bien fait* par ordre du premier consul. La vaccine n'était » pas encore en usage. Les *proportions* déterminées par Deparcieux » ne pouvaient avoir sensiblement varié, malgré les guerres de la ré- » volution. On doit donc conclure que la population de nos 86 dépar- » tements était subdivisée à cette époque à peu près ainsi qu'il suit :

Majeurs.	17,093,127,	soit 5/8es.
Mineurs.	10,255,876,	soit 3/8es.
Population totale recensée. . .	27,349,003.	

» La comparaison des deux années 1849 et 1801 amène nécessaire- » ment la conclusion suivante :

» En 48 ans, la population de la France s'est accrue de 8,371,878 » habitants, savoir :

2,978,849 majeurs,
5,393,029 mineurs,

» c'est-à-dire de près de deux mineurs pour un majeur !

» Quel est l'homme doué de quelque intelligence qui ne trouvera » pas dans ce fait anormal l'explication nette et précise de la misère » qui déborde ? H. C. »

Inspiré depuis plusieurs années des travaux entrepris par M. Carnot, je considère *la vaccine* comme la cause primitive du désordre social que le statisticien démontre. Voyant que depuis 1849 le nombre des électeurs inscrits a encore *diminué*, bien que la population totale ait *augmenté*, j'ai cru indispensable d'attirer sur ce fait l'attention générale, et particulièrement celle de l'Institut de France. Tel est mon but, et dans l'unique intérêt de la vérité, en publiant la lettre suivante après l'avoir adressée à MM. les membres de l'Académie des sciences.

A. B.

Messieurs,

L'*Annuaire du bureau des longitudes* étant rédigé par des membres de votre illustre assemblée, je pense que c'est à vous qu'il convient de signaler les erreurs graves qu'il renferme, erreurs que la presse quotidienne propage avec une confiance égale à son estime pour l'Académie des sciences. Par exemple, on a déjà répété plusieurs fois dans la presse que la mortalité des soldats français à l'intérieur est double de la mortalité civile au même âge, assertion nuisible à la considération des médecins militaires, d'ailleurs complétement fausse, et qui provient uniquement des erreurs contenues dans l'*Annuaire* de 1853 depuis la page 219 jusqu'à la page 231.

En effet, messieurs, de la table première et des explications qui la précèdent le public doit conclure que, sur 1,286 décès généraux, on en compte seulement 80 entre 20 et 30 ans, soit 62 sur 1,000; tandis que la vérité est que, de 1840 à 1849 inclus, les relevés de l'état civil de Paris indiquent 40,022 décès de 20 à 30 ans pour 298,751 décès généraux classés par âge, c'est-à-dire 134 sur 1,000 au lieu de 62 !

C'est ainsi, messieurs, que les annuaires se démentent *eux-mêmes* à 60 pages d'intervalle ! Quelle opinion, je vous le demande, peuvent se former les hommes instruits de ce recueil scientifique usuel en y reconnaissant d'aussi flagrantes contradictions ?

Depuis l'an 1849, en dépit des listes électorales officielles, les annuaires persistaient à répéter que les électeurs appelés par le suffrage universel formaient les 5/16es de la population totale. L'*Annuaire* de 1853 a enfin réduit cette fraction à 3/10es; mais, quoique considérablement diminuée, cette proportion, messieurs, est encore *beaucoup* trop forte. En effet, la population recensée en 1851 s'élève à 35,781,628 habitants, dont les 3/10es font 10,734,488, et le *Moniteur* du 2 décembre 1852 donne pour chiffre officiel 9,843,076 électeurs *inscrits*. Il y a donc entre l'assertion de l'*Annuaire* et le fait authentique 891,412 de différence, soit 9 pour 100. Est-ce là, je vous le demande, un renseignement approximatif?

La moyenne des recensements faits de 1841 à 1851, dans la région moyenne de l'Europe, a donné le résultat qui va suivre, en regard duquel je mets à dessein la répartition donnée par l'*Annuaire* de 1853.

POPULATION RÉPARTIE SUIVANT LES AGES.

	Dictionnaire d'économie politique, p. 407 :	*Annuaire du bureau des longitudes* de 1853, p. 229 :
Mineurs au-dessous de 20 ans	424	392
de 20 à 30	172	164
de 30 à 40	136	139
de 40 à 50	111	115
de 50 à 60	80	90
Vieillards au-dessus de 60 ans	77	100
Sur un total d'habitants égal à	1,000	1,000

Ainsi qu'il est facile de le voir, messieurs, la répartition donnée par M. Legoyt, chef du bureau de statistique, concorde avec les résultats du suffrage universel, tandis que ce sont évidemment les proportions publiées par les *Annuaires* de 1849 à 1851, proportions bien plus défectueuses encore que celles de 1853, qui ont réagi sur le recensement par âges fait en 1851 par ordre du ministre de l'intérieur. La différence entre la réalité et l'assertion soutenue par les trois annuaires que je viens de citer a dû troubler la conscience des préfets, et le recensement de la France s'en est ressenti au point de mériter « très peu de confiance. » Telle est l'expression dont se sert M. Legoyt.

En Angleterre, messieurs, où ces sortes d'opérations se font avec exactitude et célérité, voici quel a été le résultat de 1841. Je le mets à dessein en parallèle avec le *prétendu* dénombrement de 1851.

AGES.	ANGLETERRE (1841).	FRANCE (1851).
0 à 20 ans	464	361
20 à 40	303	311
40 à 60	161	227
60 à 100	72	101
Total. .	1,000	1,000

D'après ces chiffres, la population *majeure* serait en Angleterre les 536/1,000es de la population totale, et les 639/1,000es en France ! Or, nous savons maintenant, à n'en pouvoir douter, que les électeurs *inscrits* forment les 275/1,000es de la population totale; et, en tenant compte des inscriptions doubles d'une part, de l'autre des omissions et incapacités légales (1), il est facile de conclure que la population *majeure* de la France forme très approximativement les 556/1,000es de sa population totale. Il est même plusieurs départements où ce rapport est inférieur à celui de l'Angleterre. Le Nord, les Bouches-du-Rhône, la Seine, etc., se trouvent dans ce cas.

J'ose espérer, messieurs, qu'après vérification des faits que signale cette lettre, vous ne refuserez pas d'engager MM. les membres du Bureau des longitudes à faire à l'*Annuaire* les corrections indispensables pour le rendre digne, en 1854, de la réputation méritée dont les membres de l'Académie des sciences jouissent par toute l'Europe.

Agréez, etc. A. Bayard, d.-m.

Cirey, le 14 août 1853.

(1) En principe, le nombre des électeurs *indignes* est égal au *nombre annuel moyen* des majeurs condamnés, multiplié par leur *vie moyenne*.

Souscriptions pour élever un monument à la mémoire de M. Orfila.

Le chiffre des souscriptions reçues, soit à la Faculté, soit par divers journaux, s'élève à.	6,054 fr. 50 c.
Depuis lors, nous avons reçu les souscriptions suivantes :	
M. le docteur Le Doussaint, à Bruxelles. . .	1
M. le docteur Alvaro Reynoso, à Paris. . . .	20
M. le docteur Rayner, à Paris.	20
M. le docteur Heredia, doyen de la Faculté de médecine de Lima.	100
Total général.	6,195 fr. 50 c.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

La plus grande activité règne en ce moment dans les travaux d'appropriation intérieure de l'hôpital du Nord, commencés il y a quelques mois dans le grand hôpital élevé sur les terrains du clos Saint-Lazare. Ce vaste édifice, construit dans toutes les conditions de salubrité désirables, est divisé en quatre grands pavillons orientés de l'est à l'ouest, disposition reconnue la plus favorable dans la construction des établissements de ce genre. Des appareils de ventilation destinés à maintenir la pureté de l'air dans les galeries supérieures viennent d'être disposés sur les combles des trois pavillons principaux. Pour ce qui regarde les travaux extérieurs, ils sont depuis longtemps terminés.

L'ouverture de ce vaste établissement hospitalier doit avoir lieu, dit-on, au commencement de l'année 1854.

— Le 16 août a eu lieu la première séance du concours pour la place de chef des travaux anatomiques. Deux des cinq compétiteurs, MM. Fano et Giraldès (ce dernier à cause de l'accident qu'il a éprouvé) se sont retirés. M. Gerdy, absent, a été remplacé par M. Nélaton, suppléant. C'est l'*anatomie de l'urètre de l'homme* qui fait le sujet de la première épreuve (préparations sèches).

— M. Guinier a été nommé chef de clinique médicale à la Faculté de Montpellier. La même Faculté a présenté à M. le ministre les listes suivantes des candidats aux emplois de conservateur du Muséum et de sous-bibliothécaire.

Pour la place de conservateur: Au premier rang, M. Quissac; au deuxième, M. Golfin fils; au troisième, M. Bourely.

Pour la place de sous-bibliothécaire : Au premier rang, M. Piron ; au deuxième, M. Saurel ; au troisième, M. Dufours.

— La loi du 19 ventôse an XI a soumis à des examens et à l'obtention d'un titre toute personne voulant exercer la profession de médecin, de chirurgien ou d'officier de santé.

Les dentistes seuls sont exempts de cette exigence, grâce à un arrêt de la cour de cassation en date du 23 février 1827, confirmé par un deuxième arrêt de la même cour en 1846.

Livrée depuis lors à l'industrie privée, cette honorable profession est devenue la proie d'une foule d'empiriques qui la compromettent.

L'ordonnance récemment rendue (6 juillet) sur les dentistes ambulants et non gradués par M. le préfet de police, et que nous avons publiée dans notre numéro du 9 août, donne l'espoir que le gouvernement ne tardera pas à présenter une loi qui remédie à ces graves abus. Une pétition adressée sur ce sujet au conseil d'Etat par M. Audibran a été l'objet d'un rapport favorable adopté à l'unanimité par le conseil d'Etat.

— *Secret médical. Non-révélation. Acquittement en 1re instance. Condamnation en cour d'appel.* — Nous avons publié le 7 juillet un jugement du tribunal d'Ypres (Belgique) qui acquittait le docteur Lecluyse. Notre confrère a été moins heureux en cour d'appel. Nous regrettons d'avoir à faire connaître l'arrêt de la cour de Gand qui le condamne. Nous pensons que notre confrère ne se tiendra pas pour battu et qu'il soumettra cet arrêt à la cour de cassation. Nous publierons le jugement dans le prochain numéro.

— Le conseil municipal, dans une de ses dernières séances, a approuvé le compte administratif de l'assistance publique qui lui était présenté par le préfet de la Seine pour l'exercice 1852. Ce document, qui n'a pas moins de 127 pages, contient des renseignements statistiques fort intéressants sur la situation de l'administration hospitalière de la capitale pendant l'année qui vient de s'écouler; il renferme aussi de nombreux détails sur le service intérieur et la consommation des hospices et hôpitaux de Paris, sur la mortalité, l'état civil, la nationalité des administrés, etc.

Les vingt-sept établissements hospitaliers de Paris contiennent 17,170 lits, savoir :

Hôpitaux.	6,743
Hospices.	9,828
Enfants-Trouvés.	599

Pendant l'année 1852, il a été traité dans les hôpitaux 90,486 individus. 77,776 sont sortis guéris; 7,204 sont morts. Au total, c'est un chiffre de 2 millions 99,881 journées.

Dans les hospices, sur 3 millions 373,336 journées pour un personnel de 12,117 administrés, il y a eu 1,538 décès. Quant aux enfants trouvés ou orphelins secourus par l'administration, leur nombre s'est élevé à 17,880.

Pour 88,219 individus reçus dans les établissements hospitaliers de Paris pendant l'année 1852, la capitale proprement dite ne comptait que 72,010 Parisiens.

La banlieue de Paris a fourni un contingent de 14,005 individus.

Enfin, dans le chiffre de 88,219 malades, les départements figurent à leur tour pour 2,162 personnes.

A côté de cette catégorie de malades et d'infirmes indigents que la ville de Paris fait soigner dans ses hôpitaux ou recueille dans ses maisons de refuge, il est une autre classe de malheureux auxquels elle tend aussi la main : nous voulons parler des pauvres secourus à domicile par les soins des bureaux de bienfaisance des douze arrondissements de la capitale.

Le nombre des indigents auxquels les bureaux de bienfaisance ont accordé des secours pendant l'année 1852 s'élève à 77,999.

Pour les hospices, on a calculé combien de temps vivaient en moyenne les indigents et les infirmes en tutelle, et l'on est arrivé aux résultats suivants :

Moyenne de la vie.

Sexagénaires. . . .	6 ans 4 mois 15 jours.
Septuagénaires . . .	4 — 8 — 19 —
Octogénaires. . . .	2 — 7 — 22 —

Dans la vie ordinaire, au contraire, d'après les calculs faits par M. Mathieu, de l'Institut, les tables de mortalité sont ainsi établies :

Sexagénaires. . . .	10 ans 3 mois 18 jours.
Septuagénaires . . .	6 — 10 — 20 —
Octogénaires. . . .	3 — 4 — 11 —

On conçoit facilement la différence que présentent ces deux tableaux si l'on tient compte des conditions défavorables de santé et de fortune dans lesquelles se trouvent les indigents admis dans les hospices.

— La Société de médecine de Caen a tenu sa séance publique le 10 juin 1853 sous la présidence de M. le docteur Le Clerc.

La question de prix proposée pour 1853 était la suivante :

« Peut-on dans l'état actuel de la science établir les bases d'une doctrine ou d'un système général de pathologie qui paraisse le plus convenable pour l'enseignement de la médecine et la pratique de l'art?

» Dans le cas de l'affirmative, établir cette doctrine sommairement en la fondant sur les faits observés et sur ce qu'ont offert d'incontestablement vrai les systèmes pathologiques qui ont successivement prédominé dans la science médicale. »

Le 1er prix (médaille d'or de 300 fr.) a été accordé à M. le docteur Le Pelletier (de la Sarthe) déjà couronné dans le concours précédent.

M. le docteur Faget, médecin à la Nouvelle-Orléans, a obtenu un 2e prix *exceptionnel* (médaille d'or de 200 fr.).

M. le docteur Labbey, médecin à Bayeux, a obtenu la médaille d'argent.

MM. les docteurs Franclimi, de Sarzana (Etats sardes), et Dauvergne, médecin de l'hôpital de Manosque (Basses-Alpes), ont eu des mentions honorables.

— On écrit de Copenhague, 22 août :

« On compte maintenant 7,216 cas de choléra et 3,912 décès. L'établissement des pauvres, dans le Christianshofen, avait suspendu ses fonctions faute de fonds. Le roi a aussitôt envoyé 600 rixdalers, et l'Association médicale contre la propagation du choléra a, de son côté, voté 200 rixdalers par semaine. »

— Nécrologie. — La mort, qui frappe à coups redoublés sur nos compatriotes, n'épargne pas non plus nos confrères d'outre-mer.

M. le docteur Bransby Cooper, esquire, doyen des chirurgiens de Guy's Hospital, à Londres, est mort subitement le 18 août. M. B. Cooper était souffrant depuis quelque temps. Etant à l'Atheneum Club, dont il traversait le salon, il s'arrêta tout à coup et demanda un verre d'eau. Avant qu'on eût pu le lui apporter il rendit du sang par la bouche, tomba et mourut subitement.

B. Cooper était né à Great-Yarmouth le 2 septembre 1792; il était par conséquent âgé de soixante et un ans. Il était neveu de l'illustre Astley Cooper, et s'était acquis lui-même une assez grande réputation.

— Notre honorable confrère M. Durand-Fardel nous adresse de Vichy quelques détails sur la mort de M. Prunelle et le discours qu'il a prononcé sur sa tombe. L'abondance des matières nous force d'en renvoyer la publication au prochain numéro.

De la guérison de la surdi-mutité et de l'éducation des sourds-muets. Exposé de la discussion qui a eu lieu à l'Académie impériale de médecine, avec notes critiques, réflexions, additions, et un résumé général; par P. Menière, médecin de l'Institut des sourds-muets de Paris. Un vol. in-8° de 432 pages. 1853. Prix : 5 fr. Chez Germer Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17, à Paris.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 103. — JEUDI 1er SEPTEMBRE 1853. (26e ANNÉE.) N° 103. — JEUDI 1er SEPTEMBRE 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

	Trois mois	Six mois	Un an
PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE.	8 fr. 50 c.	16 »	30 »
GRÈCE; HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES.	9 fr.	17	33
ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR.	10 fr.	20	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur les séances des Académies. — De l'influence de l'électricité dans les accidents chloroformiques. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. Rôle des ganglions du nerf grand sympathique. — Mort de M. Prunelle. — Lit mécanique. — Rétroversion de l'utérus. — Extraction des corps étrangers de la vessie autres que les pierres et leurs débris. — Instruction ministérielle relative aux inspecteurs d'eaux minérales. — Instrument propre à diviser les valvules du col de la vessie dans certains cas difficiles. — ACADÉMIE DES SCIENCES. De la fécule de fritillaire comme pouvant remplacer en partie la pomme de terre. — Emploi de l'insufflation pulmonaire dans certains cas d'apnée. — COUR D'APPEL DE GAND. Secret médical. Non-révélation; acquittement en première instance; condamnation en appel. — CORRESPONDANCE. Lettre de M. Le Roy-d'Etiolles — Chronique et nouvelles. — FEUILLETON. Discours prononcé aux obsèques de M. Prunelle par M. le docteur Max Durand-Fardel.

PARIS, LE 31 AOUT 1853.

Séances des Académies.

Une discussion courte mais intéressante a eu lieu à l'Académie de médecine. Elle a successivement amené à prendre la parole tous les accoucheurs qu'elle compte dans son sein, tous ceux du moins qui étaient présents à la séance.

Un membre correspondant, M. le docteur Priou (de Nantes), a lu un mémoire fort intéressant sur la rétroversion de l'utérus pendant la grossesse, à laquelle il a remédié par un moyen qu'il croyait nouveau : l'introduction dans le rectum d'un gorgeret.

La priorité en a été aussitôt réclamée pour Évrat par son gendre M. Moreau. Il y a quarante ans, en effet, Évrat a employé avec succès une baguette dans des cas de ce genre, et M. Moreau, qui en a parlé dans son traité, croit même l'avoir perfectionnée en enveloppant son extrémité avec un tampon de linge.

Sans nier l'utilité possible de ce moyen, M. Cazeaux préfère l'introduction de la main entière dans le vagin, la femme étant, comme dans les cas de MM. Priou et Moreau, placée sur les genoux, les coudes et le bassin relevé. Il a réussi de cette manière dans un cas où l'accouchement prématuré avait été décidé.

La position de la femme et l'introduction de la totalité de la main ne paraissent pas à M. Moreau sans inconvénient; il a vu une fois une femme perdre subitement la faculté de se soutenir, tomber à plat sans force et épuisée sur le lit.

M. Depaul a réussi dans un cas difficile par l'introduction de deux doigts dans le vagin et deux dans le rectum, aidés de la position sus-indiquée.

M. Danyau croit utile de recourir, quand elle est possible, à l'évacuation de l'urine par la sonde, et paraît porté à partager l'opinion d'un accoucheur anglais, M. Rambotham, qui vient de publier dans le *London medical Gazette* un mémoire où il cite beaucoup de faits dans lesquels la rétention d'urine lui a paru être la cause première de la rétroversion, ou du moins être le principal obstacle à la réduction.

L'opinion de M. Cazeaux est tout à fait opposée à celle de M. Danyau; il ne croit pas, et nous sommes porté à lui donner raison, que la rétention d'urine puisse être la cause de la rétroversion. Il pense, au contraire, qu'elle est toujours consécutive, tout en étant d'avis qu'avant toute tentative de médication on doit recourir à la sonde toutes les fois que le cathétérisme est possible.

Il faut conclure de cette discussion que, quoique dans beaucoup de cas la rétroversion ait été réductible par les divers moyens employés, il est préférable de recourir à l'usage des doigts et de la main, qui agissent avec plus d'intelligence qu'une baguette et sur une surface plus étendue.

— M. Le Roy-d'Étiolles a fait part ensuite à l'Académie de modifications ingénieuses qu'il a fait subir aux instruments destinés à saisir et à extraire en les redressant les corps étrangers, et entre autres les fragments de sonde restés dans la vessie. Le dessin que nous publions de ces perfectionnements en fera apprécier la valeur. Nous applaudissons à ces efforts; mais il serait mieux encore de s'abstenir de l'emploi des sondes de gutta-percha, qui sont bien plus susceptibles de se briser que les autres, et que l'on devrait bannir de la pratique.

A l'Académie des sciences, M. Jobert (de Lamballe) a communiqué, par l'intermédiaire de M. Flourens, un mémoire fort intéressant sur l'emploi de l'électricité contre les accidents causés par le chloroforme. Nous publions en entier ce mémoire, et nous y renvoyons nos lecteurs, qui y trouveront de nombreuses et importantes expériences tentées sur les animaux par ce chirurgien habile et infatigable.

DE L'INFLUENCE DE L'ÉLECTRICITÉ dans les accidents chloroformiques (1).

Par M. le docteur JOBERT (de Lamballe).

Je viens demander à l'Académie des sciences la permission de lui faire connaître des expériences où je me suis proposé de jeter quelque lumière sur les moyens de combattre les accidents qui peuvent survenir dans l'administration du chloroforme.

Ces expériences ont été pratiquées sur différents animaux, tels que chiens, chats, lapins, que j'ai placés dans les conditions suivantes : tantôt la tête de l'animal a été plongée dans une vessie qui ne renfermait que des vapeurs chloroformiques; tantôt elle a été plongée dans une vessie où la vapeur du chloroforme était mélangée à une certaine quantité d'air atmosphérique; tantôt, enfin, le chloroforme a été administré au moyen d'une éponge concave que l'on approchait graduellement du museau de l'animal, et que l'on maintenait au-devant des fosses nasales, de manière qu'il s'y introduisît naturellement un libre courant d'air et de chloroforme.

Il en est résulté trois séries d'expériences, dans lesquelles nous avons pu étudier les différents effets produits par le chloroforme : 1° lorsqu'il agit seul; 2° lorsqu'il est mêlé à une certaine quantité d'air; 3° lorsqu'il est aspiré naturellement dans une atmosphère libre.

Dans le premier cas, l'action du chloroforme est instantanée et souvent foudroyante; le cœur et la respiration sont arrêtés subitement.

Dans le second cas, les mêmes phénomènes se sont produits, mais non pas avec la même instantanéité.

Enfin, dans le troisième mode d'expérimentation, la marche des phénomènes a été lente, comparée à ce qui s'est produit dans les deux autres.

Dans la première série d'expériences, où la quantité de chloroforme absorbée était considérable, tous les phénomènes se sont pour ainsi dire confondus, tant l'intoxication était rapide. La résolution, l'absence de respiration, la cessation des battements du cœur avaient lieu pour ainsi dire en même temps.

Tandis que ces mêmes phénomènes ont été distincts et faciles à analyser dans les expériences où l'hématose se produisait en même temps que l'anesthésie.

Lorsque le chloroforme a été administré sans mélange, nous avons pu, malgré ses effets foudroyants, rappeler à la vie un petit nombre d'animaux dont le cœur se contractait encore, bien qu'on n'en sentît plus les battements.

Lorsqu'une faible quantité d'air était mêlée au chloroforme, la respiration et les battements du cœur persistaient plus longtemps, et nous avons eu moins de peine à obtenir le même résultat.

J'insisterai plus particulièrement sur les effets obtenus dans la troisième série d'expériences, où nous avons exactement employé les mêmes moyens que lorsque nous avons à soumettre un malade aux vapeurs anesthésiques; car, ainsi que nous l'avons annoncé, ces expériences ont été exécutées à l'aide d'une éponge concave sur laquelle on versait une certaine quantité de chloroforme, et que l'on approchait lentement et graduellement du nez de l'animal.

Pour que rien ne manquât à la rigueur de nos observations, j'embrassais chaque fois le sternum de l'animal avec les doigts, de manière à juger mathématiquement les battements du cœur, dont je pouvais ainsi apprécier le nombre, la variété et l'étendue.

1° Lorsque l'expérience est bien faite, la sensibilité de la peau et des muqueuses s'éteint d'abord.

2° La myotilité cesse ensuite d'exister, mais irrégulièrement;

(1) Académie des sciences, séance du 29 août.

FEUILLETON.

DISCOURS

prononcé le 22 août 1853 aux obsèques de M. Prunelle,

Médecin inspecteur honoraire de l'établissement thermal de Vichy, membre correspondant de l'Académie impériale de médecine, etc.,

Par M. le docteur Max DURAND-FARDEL.

Nous ne pouvions laisser s'éloigner de nous les restes de M. Prunelle sans leur rendre un dernier hommage. Vous venez d'entendre des paroles éloquentes et dictées par le cœur. Bien d'autres voix, plus dignes que la mienne, auraient pu lui adresser aussi cet adieu solennel! Combien d'autres, parmi ceux qui se pressent autour de ce cercueil, pourraient aussi élever la voix et redire ou les longues vicissitudes d'une carrière portée sur tant de théâtres divers, et toujours honorée; ou les souvenirs d'un enseignement qui, malgré son éclat, fut jadis si violemment brisé; ou les services rendus par le médecin charitable et dévoué; ou les péripéties d'une vie politique qui compte ici même d'anciens compagnons! Combien surtout pourraient redire ce que cette organisation extraordinaire renfermait de sciences acquises et d'aptitudes innées! Reconnaissance, amitié, souvenirs de luttes communes, admiration pour une des plus rares intelligences qu'il nous ait été donné de contempler, tant de sentiments divers ne pouvaient manquer, dans cet entourage, de dignes interprètes et de sympathiques échos. Mais c'est à l'un de ses plus humbles collègues que revenait aussi, au nom des sentiments de gratitude et d'affection qui l'unissaient à M. Prunelle, le devoir de prononcer, avant une éternelle séparation, quelques paroles d'un adieu suprême et douloureux.

C'est qu'en effet cet homme, que sa destinée devait arrêter quelques instants sur tant de terrains divers, c'est en médecin qu'il était entré dans la vie active, c'est en médecin qu'il en est sorti. Vous le savez, vous tous qui vous pressiez auprès de lui vivant, et qui vous pressez encore autour de lui mort. Il y a deux jours à peine il vous prêtait les conseils de sa profonde expérience; il vous charmait par sa parole intelligente; il vous touchait par la constance de ses souvenirs; et le lendemain, quand vous vîntes frapper à sa porte, il était enveloppé déjà du linceul, et ceux qui l'attendaient auprès de leur lit s'étonnaient d'un retard inaccoutumé.

C'est une existence bien remplie que celle qui vient de s'éteindre sous nos yeux : je ne puis la louer dignement ni la reproduire. Singulièrement unie à tous les événements qui depuis cinquante ans ont fait notre histoire, il ne lui a manqué peut-être pour y marquer une place durable et glorieuse, que plus de certitude dans la volonté et de suite dans la direction. Mais n'est-ce pas l'écueil de ces organisations que la nature a créées propres à tant de choses, de s'épandre çà et là, et d'épuiser sur tant de sillons inutiles des facultés qui, mieux dirigées, eussent germé dans leur force et leur abondance. La Providence n'a-t-elle pas assigné à chacun son rôle? Simples ouvriers ou puissants inventeurs, à chacun notre part de travail et notre but à poursuivre.

C'est dès avant le commencement de ce siècle que M. Prunelle s'est trouvé mêlé, bien jeune encore, aux grandes scènes dont nos pères ont été les acteurs et les témoins. Chirurgien militaire, il faisait partie de l'expédition d'Egypte, et la première période de sa carrière s'est écoulée parmi les hasards et les vicissitudes de la vie des armées. Mais savez-vous comment il occupait alors les loisirs de la garnison et les oisivetés du bivouac? Un jour, c'est un des derniers récits qu'il nous ait faits, un jour qu'il s'écartait un livre à la main de la foule inoccupée de ses camarades, il se heurte contre un officier d'artillerie qui, lui aussi, marchait en lisant. Le premier mouvement des deux jeunes gens fut une expression d'impatience et d'humeur, le second fut de se jeter dans les bras l'un de l'autre; ils s'étaient reconnus : tous deux lisaient Homère, et le lisaient en grec. L'officier d'artillerie, c'était Paul-Louis Courier, et de cette rencontre de hasard date une amitié que la mort seule put briser.

Ce n'était pas seulement dans les trésors d'une muette érudition que M. Prunelle cherchait un aliment à son ardente imagination et à son étonnante aptitude. Les arts, la musique, la peinture et ses écoles diverses, l'architecture surtout, depuis son langage technique jusqu'à l'intelligence de ses productions les plus élevées, avaient successivement occupé et charmé son esprit; les sciences que le génie des Lavoisier, des Fourcroy, des Laplace régénérait alors n'avaient pas moins d'attraits pour lui, et nous avons vu la chimie, la chimie de ce temps, car il consentait rarement à se faire l'homme d'aujourd'hui, consoler ses vieux jours.

Un théâtre plus élevé s'offrit bientôt à son activité : M. Prunelle fut nommé professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, dont i était élève. Parmi toutes les passions que les arts ou les sciences avaient allumées en lui, une dominait toutes les autres : nous voulons parler de la passion des livres. Lorsqu'il parcourait à la suite des armées les villes de la France ou de l'étranger, c'était aux bibliothèques qu'il courait d'abord, et là s'introduisaient dans sa mémoire phénoménale tous les trésors de l'érudition des livres : habile à découvrir les plus plus rares, à deviner les plus ignorés, il rapportait indéfiniment gravés dans son esprit et le titre, et la date, et la place même ou des manuscrits ou des éditions précieuses qu'il avait rencontrés. Ce fut pendant son professorat à Montpellier qu'il put donner un libre essor à cette passion pleine de joies et d'ardentes recherches. La Faculté de Montpellier se rappelle encore avec reconnaissance ce que sa bibliothèque, la plus riche peut-être de nos bibliothèques scientifiques, doit à ses investigations et d'artiste et d'érudit.

Mais cette carrière élevée, et qui promettait de se développer avec éclat, ne devait pas avoir une longue durée. La restauration survint. L'esprit d'indépendance que M. Prunelle avait reçu de la nature et de l'éducation fut mis à l'épreuve des exigences d'alors : il en sortit victorieux, et donnant un exemple qui trouvera toujours peu d'imitateurs, sa destitution fut le prix de son courage et de sa fermeté.

Cette circonstance, qui honore à un haut degré le caractère de l'homme que nous pleurons, le jeta sur un terrain nouveau. Fixé dans la seconde ville de France, aujourd'hui encore pleine de son souvenir, M. Prunelle ne tarda pas à y acquérir un grand renom de praticien, de praticien consultant surtout, car il avait recueilli et conservé précieusement les saines traditions de la médecine d'autrefois que l'on aimait à aller interroger en lui.

Mais cette remarquable personnalité que soixante-quinze ans de vie n'ont pu altérer en rien, cette immense intelligence, cette connaissance de tout, cette aptitude en quelque sorte universelle, cette parole abondante, claire, ardente, incisive appelaient autre chose que la vie, modeste encore dans son plus grand éclat, du médecin praticien. L'oppo-

les contractions des muscles disparaissent avant les contractions du diaphragme et des côtes ; mais la respiration est ralentie et comme intermittente.

3° Les battements du cœur, facilement appréciables par la main qui entoure le sternum, se précipitent très passagèrement d'abord, puis se ralentissent, puis s'éloignent, s'affaiblissent, s'affaissent enfin et disparaissent tout d'un coup. La main et l'œil ne découvrent plus ni respiration, ni circulation. C'est alors, et quelquefois avant cette période de l'expérimentation, que les évacuations ont lieu.

Sur les lapins, dont la poitrine se prête à un examen plus facile, on constate presque en même temps la modification des battements du cœur et l'insensibilité des téguments. Bien que ralentis, éloignés ou affaiblis, les battements du cœur se font encore sentir après que les grands muscles ont cessé de se mouvoir, et continuent aussi longtemps que le jeu de la glotte.

4° Lorsque la respiration et les mouvements du cœur reparaissent, la myotilité et la sensibilité ne sont pas encore rétablies ; c'est tout d'un coup que le cœur reprend son impulsion, puis les battements se précipitent, et ne tardent pas à se régulariser.

Ces phénomènes généraux exposés, examinons jusqu'où peut aller la puissance des moyens dont nous disposons lorsqu'il s'agit de ranimer une existence prête à s'éteindre.

Il m'a paru clairement démontré que lorsque le cœur a cessé de fonctionner depuis quelques instants il est inutile de chercher à rappeler une vie qui n'est plus.

Mais il m'a paru également prouvé que lorsque le cœur éprouve des contractions, si inappréciables qu'elles soient, ces contractions sont susceptibles d'être rappelées à leur régularité par des excitants énergiques du système nerveux, tels que l'électricité.

J'ai étudié les effets de cet agent à toutes les époques de la chloroformisation, depuis la période résolutive jusqu'au moment où les battements du cœur avaient cessé d'être perceptibles, et j'en ai recueilli des observations que je crois dignes d'être soumises à la savante compagnie.

Deux méthodes ont été employées pour diriger l'électricité sur les organes animateurs ou sur les agents qui leur transmettent le mouvement et la sensibilité. Tantôt elle a été mise en jeu à la surface du corps au moyen d'éponges excitatrices, et tantôt elle a été poussée au travers des organes à l'aide de l'électro-puncture. Son action sur les parties sensitives et motrices du corps humain a été constante, et lorsque dans ce grand appareil toute vitalité n'était pas éteinte, elle a toujours réveillé le système nerveux, renouvelé ses fonctions et rappelé les contractions musculaires.

Le sentiment est-il aboli par l'oppression du système nerveux, la myotilité est-elle affaiblie, le courant électrique ne tardera pas à faire disparaître ces symptômes.

La stupeur du système nerveux est-elle portée au point de produire un trouble grave dans les sens, la respiration et la circulation, l'électricité fera cesser cette perturbation.

Tant que la circulation de l'air se fait dans la poitrine, tant que le cœur se contracte, d'une manière même inappréciable, tant que le sang y arrive et en est chassé, même irrégulièrement, l'action de l'électricité est encore assez puissante pour remettre l'animal sur ses pieds; tandis que dans cet état dit *syncopal*, il est presque certain que l'eau, l'air et les autres excitants habituels seraient vainement appliqués sur toutes les muqueuses.

Mais lorsque les contractions du cœur ne sont plus qu'une irritabilité musculaire, lorsque les muscles de la glotte ont cessé leur action, l'électricité ne produit plus que des contractions irrégulières, comme la pile en provoque dans les muscles lorsqu'ils viennent d'être séparés du corps. La vie est éteinte, et l'électricité est impuissante à la ranimer.

Toutes les personnes qui nous suivront dans la voie de ces nouvelles expériences seront frappées comme nous des résultats obtenus par l'électricité employée comme moyen de combattre l'action stupéfiante du chloroforme. Soumise à l'action de la pile, toute la machine animale se réveille rapidement.

A mesure que l'on multiplie les rapprochements entre le point fixe et le point mobile, on voit les muscles précipiter leurs contractions. Les muscles intérieurs et extérieurs sont également atteints par l'influence du fluide régénérateur, de telle sorte que la sensibilité et la myotilité sont à la fois ranimées, et c'est là, suivant moi, le but vers lequel doit tendre l'opérateur.

A quel autre agent pourrait-on demander des résultats aussi complets et aussi immédiats ?

C'est encore dans les paralysies partielles résultant de l'administration du chloroforme chez les animaux que l'électricité manifeste sa puissance. Nous avons multiplié les expériences à ce sujet, et nous avons vu tous les phénomènes de la paraplégie disparaître pour ainsi dire instantanément sous l'influence d'un choc électrique.

Quelle peut être l'action de l'électricité dans les expériences dont nous venons de signaler les résultats ? Son effet est-il de maintenir la vitalité de l'animal et de laisser au chloroforme le temps d'épuiser son influence toxique, ou bien agit-elle en neutralisant directement l'influence de ce précieux médicament ? Cette question est difficile à résoudre; mais tout me porte à croire que ses effets sont d'augmenter l'influence nerveuse et partant de maintenir l'action musculaire et la vitalité jusqu'à la disparition complète du chloroforme, soit qu'il s'évapore par les surfaces muqueuses, particulièrement par les poumons, soit qu'il s'échappe par les sécrétions. Les expériences auxquelles je me suis livré ont été nombreuses et variées; je les ai renouvelées dans ces derniers temps en présence de plusieurs de mes élèves, MM. Rogé, Rigal, Jaillard, Gratiot, etc., qui ont bien voulu me servir d'aides.

Dans l'emploi de l'électricité par contact, j'ai choisi particulièrement pour l'application des deux pôles les points où les muqueuses se réunissent aux téguments, c'est-à-dire les deux extrémités opposées du corps. Cette expérience a été pratiquée avec la pile de M. le docteur Duchenne (de Boulogne) en portant les excitateurs sur les extrémités buccale et rectale des muqueuses. Au moment du contact, il se produisait des contractions musculaires sur tous les points du corps, qui semblait se pelotonner lorsque le courant devenait très fort.

J'ai aussi fait usage de l'électro-puncture, dont une des propriétés remarquables est que ses effets ne se prolongent pas au delà de l'expérience et s'arrêtent pour ainsi dire à la volonté de l'opérateur ; sous son influence énergique et violente, les mouvements et la sensibilité ne tardaient pas à reparaître. Les contractions rapides qu'elle faisait naître accéléraient la circulation et les battements du cœur, et provoquaient même des cris aigus et plaintifs chez l'animal soumis à l'expérience.

L'opération a été exécutée de différentes manières, soit en plongeant deux aiguilles métalliques, l'une au cou et l'autre à l'extrémité inférieure du tronc, de manière à comprendre pour ainsi dire toute la longueur de la moelle épinière entre les deux pôles, soit en plongeant une des aiguilles dans la nuque et l'autre dans les muscles de la poitrine.

Parmi les expériences que j'ai pratiquées, j'ai choisi celles qui suivent, comme ayant présenté les phénomènes les plus intéressants.

Première expérience. — Un chien de petite taille et bien portant fut soumis le 13 août 1853 aux inhalations chloroformiques. Le museau de l'animal était entièrement plongé dans une vessie vidée préalablement de l'air qu'elle pouvait contenir, en sorte qu'il respirait à peu près sans mélange les vapeurs de l'agent anesthésique.

Au bout d'une minute, et après avoir donné les signes d'une agitation violente, ce chien tomba dans la prostration la plus complète : les yeux étaient convulsés et largement ouverts, les battements du cœur à peine perceptibles ; il eut des évacuations d'urine très abondantes ; en un mot, son état devint tel qu'il était facile de prévoir une mort imminente.

A ce moment, on plongea deux aiguilles, l'une dans la région fessière, l'autre dans la partie inférieure et latérale du cou; l'introduction de ces aiguilles ne détermina aucune douleur.

A peine l'appareil fut-il mis en mouvement que des contractions violentes se manifestèrent ; les membres se roidirent, l'animal releva la tête et poussa des cris plaintifs ; au bout de deux minutes environ, on le posa à terre, d'où il essaya de se relever; mais bientôt il tomba en avant sur la tête, puis sur les côtés et demeura dans une sorte d'immobilité, comme s'il eût été plongé dans l'ivresse la plus complète, ce qui m'engagea à répéter l'électro-puncture. Aussitôt les courants électriques établis, l'animal poussa des cris, l'état titubant disparut ; il reconnut les personnes et se mit à courir sans hésitation. Cinq minutes après, il était entièrement revenu à lui. Rien de particulier ne s'était manifesté depuis un quart d'heure environ, lorsque le chien se met à vomir une assez grande quantité de matières jaunâtres (il avait mangé le matin); une bave incolore et abondante s'échappait encore de sa gueule au moment où nous l'avons abandonné.

Plusieurs expériences furent pratiquées dans les mêmes conditions et poussées jusqu'au point où la respiration et les battements du cœur avaient cessé complétement ; mais ni l'électricité appliquée à l'aide des excitateurs, ni l'électro-puncture ne purent alors rappeler à la vie les animaux sur lesquels nous opérions.

Des chats forts et vigoureux furent soumis à l'influence du chloroforme, la tête plongée dans des vessies remplies de cet agent anesthésique. Ces animaux nous ont paru mieux supporter que les chiens l'influence chloroformique. Bien que l'opération ait été poussée jusqu'au moment où les battements du cœur étaient devenus imperceptibles et la respiration insensible, ils ont pu être rappelés à la vie par l'influence des deux formes d'électricité dont j'ai parlé plus haut. Un seul a définitivement succombé à la troisième expérience, lorsque les battements du cœur avaient cessé depuis un certain temps. Quelques contractions se sont produites dans le corps de l'animal, mais elles n'ont jamais pu ramener les mouvements réguliers du cœur et de la respiration.

Emploi de l'électricité après cessation des battements du cœur. — Le 20 août 1853, nous soumettons un lapin aux inhalations chloroformiques. Au lieu de faire usage d'une vessie, comme dans les expériences précédentes, nous employons, cette fois, une éponge creuse que nous plaçons au-devant et presque au contact du museau de l'animal.

L'expérience est commencée à neuf heures trente-sept minutes du matin; presque immédiatement les mouvements du cœur se ralentissent d'une manière notable. Au bout de deux minutes et demie, la main, placée sur la paroi thoracique, au niveau de la région précordiale, cesse de percevoir les battements de l'organe central de la circulation.

L'œil est largement ouvert, la pupille dilatée, l'immobilité complète, la respiration presque nulle, les muscles dans la résolution; enfin l'animal laisse échapper une quantité notable d'urine. A ce moment (neuf heures quarante minutes), on procède à l'électrisation. L'appareil dont nous nous servons est celui de M. Duchenne (de Boulogne); deux excitateurs, dont l'un est placé au museau de l'animal et l'autre au contact de l'anus, établissent le courant électrique. Aussitôt des contractions violentes se manifestent ; les battements du cœur paraissent reprendre un instant pour disparaître de nouveau. (Nous devons faire observer que le courant était interrompu de temps à autre, attendu que les contractions produites par l'électricité ne permettaient pas de maintenir régulièrement les excitateurs au contact avec les parties indiquées.)

Après avoir opéré de la sorte pendant cinq minutes, on a recours à l'électro-puncture ; l'une des aiguilles est enfoncée dans la région fessière, l'autre dans la région du cœur, puis vers l'angle de la mâchoire inférieure. On continue l'électrisation pendant dix minutes encore, mais sans succès aucun. Les battements du cœur ont complétement cessé ; il est impossible de les faire renaître.

Emploi de l'électricité avant la cessation des battements du cœur. — Cette première expérience terminée, nous faisons subir les mêmes épreuves à un autre lapin. En moins d'une minute, la respiration devient difficile, haletante, laborieuse; les battements du cœur sont à peine sensibles, la résolution est complète. L'animal est alors soumis à l'influence de l'électricité; en moins d'une minute il revient à lui. Placé à terre, il se traîne sur les pattes de devant; le train de derrière paraît faible et comme paralysé ; on l'électrise de nouveau pendant une minute encore ; au bout de ce court espace de temps il est complétement remis et marche sans difficulté.

Nous tentons enfin une troisième expérience. Au bout d'une minute l'insensibilité et la résolution sont complètes ; les mouvements du cœur, ralentis dès le début, sont entièrement inappréciables trois minutes après le commencement de la chloroformisation. On enfonce alors deux aiguilles à électro-puncture dans la

---

sition d'alors s'empara de M. Prunelle et le porta à la chambre des députés.

La révolution de juillet éclata.

Le nom de M. Prunelle se trouve fort mêlé à la politique de ce temps. Si son fait n'était pas la tribune en ce qu'elle exige d'un orateur, son influence n'en était pas moins grande. Maire de la ville de Lyon, il sut administrer en des temps pleins de périls et d'écueils.

Après avoir occupé pendant quelque temps une place à la chambre des députés, M. Prunelle, il y a vingt ans, succéda à M. Lucas comme inspecteur de l'établissement thermal de Vichy. Depuis lors, la vie de Prunelle appartient à Vichy. Tel il était aux premières années de son séjour ici, tel il était encore la veille de sa mort. Modèle d'exactitude et de probité médicale, c'est-à-dire de dévouement à ses devoirs, à ses clients, aux pauvres comme aux riches, infatigable et accessible à toute heure de la nuit et du jour, on était sûr de trouver auprès de lui, le malade, un conseil salutaire ; l'ami, et tous ses anciens clients étaient ses amis, les soins les plus désintéressés ; le pauvre, une aumône abondante ; l'homme du monde, tout ce que la conversation a de charme et d'attrait. En un mot, oubliant à cette heure, le lustre que la vie politique, comme les autres scènes, ajoute toujours au nom d'un homme, oubliant cette incomparable originalité, cette exquise intelligence, cette mémoire unique, nous dirons que M. Prunelle était de ces hommes qui élèvent haut une profession. Nous nous sentions honorés d'être ses confrères, car nous pensions qu'une partie de la dignité dont il revêtait l'exercice de son art rejaillissait sur nous.

Eh bien, cette extrême considération qui l'environnait, cette conscience d'une supériorité intellectuelle reconnue et acceptée par tant de ceux qui l'approchaient, cet empressement du monde, cette fortune légitimement acquise, ces loisirs que lui créait la nature de ses occupations, la recherche de tant d'hommes éminents, de tant de femmes distinguées, qui tenaient à honneur d'être ses clients et ses amis, tout cela n'a pu couronner de quelques heures heureuses la longue et laborieuse carrière de M. Prunelle.

Au fond, l'isolement régnait autour de cette existence si entourée ; le vide s'était fait autour de cet homme qui avait tant occupé ses jours et sa pensée. M. Prunelle avait une compagne dont l'esprit élevé était digne de s'associer au sien ; mais leur union n'avait pas porté de fruits heureux. L'enfant qu'ils avaient eu, ils l'avaient perdu. Puis, une cruelle maladie était venue frapper Mme Prunelle dans l'usage de ses membres d'abord, puis dans ses sens, puis enfin dans son esprit, comme d'une mort anticipée. Nous ne saurions vous peindre l'attachement, l'amour dont M. Prunelle couvrait cette pauvre créature devenue insensible autant qu'immobile ; c'était son enfant et son soin de tous les jours.

Cependant, la Providence lui avait inspiré une bonne action qui fut, pendant les longues années d'agonie de sa femme, son aide et sa consolation. M. Prunelle avait été l'ami d'un savant illustre et d'un homme de bien, de Chaptal, qui, ministre naguère, était mort sans fortune, laissant pour tout héritage à ses enfants un nom célèbre et une mémoire honorée. M. Prunelle avait adopté une de ces jeunes filles, et celle-ci servit d'enfant à la femme de son bienfaiteur. Mais quand ces soins sacrés n'eurent plus d'objet, M. Prunelle compléta son œuvre de dévouement et maria sa fille adoptive. Cette fois encore il restait sans enfant.

Mais ses amis d'autrefois, les compagnons de son enfance, les émules de sa jeunesse, les témoins de son âge mûr, avaient presque tous disparu. Chaque année lui arrachait un souvenir, lui dérobait une affection : il est un âge où l'on perd ses amis, mais où l'on n'en fait plus de nouveaux. Chaque année sans doute lui renvoyait en échange ici, à Vichy, de chauds empressements, d'illustres sympathies, des témoignages dévoués ; mais si son cœur de médecin était toujours aussi jeune, son cœur d'homme avait vieilli.

Et qui de nous sait d'ailleurs depuis tant d'années qu'il s'était confiné à Vichy, aujourd'hui bruyante réunion, demain morne solitude, qui sait dans ces longues journées d'hiver, dans ces soirées plus longues encore, quand il avait relu ses vieilles pages, toujours les mêmes, quand il avait dans ce laboratoire construit avec amour répété les mêmes expériences, qui sait tout ce qu'il devait rouler de tristesse dans la tête de cet homme à qui tous les dons de l'intelligence avaient été prodigués, à qui la scène n'avait jamais manqué pour les produire, à qui il semblait qu'aucun obstacle fût jamais venu barrer le chemin, et qui se trouvait vieux, souffrant parfois, et seul, seul au monde, sans un petit enfant pour retrouver un avenir, sans un vieil ami pour revivre dans le passé, privé même de ce cercle d'indifférents, dont l'habitude nous crée dans le monde une sorte de famille bâtarde et trompe l'isolement des derniers jours?

Aussi le trouvait-on souvent morose et inégal ; et sur cette tête qui n'avait pas changé depuis bien des années, où le sourire avait tant de charme et l'esprit tant de séduction, car la beauté de l'homme est insaisissable et comme immatérielle, le regard et la parole prenaient souvent un caractère de dureté qui éloignait au premier abord, bien qu'il sût aisément vous ramener s'il le voulait bien. Mais pourquoi nous en étonner ? Chacun de nous a rencontré sur le sentier qu'il suit l'envie, la bassesse, la calomnie, et, tout en les écrasant de notre pied et de notre mépris, nous croyons qu'ailleurs il n'en est pas ainsi, et que le monde où nous ne vivons pas a moins de boues à balayer et moins de plaies à nettoyer : mais lui, M. Prunelle, triste privilége de ces vastes intelligences, et suite obligée de ces larges existences qui ont trempé partout, où donc pouvait-il réfugier ses illusions, où donc ses croyances, où donc sa foi ? Partout où il avait posé, la méchanceté l'avait touché de son aile, et ces sortes de taches, le temps seul les essuie.

Aussi a-t-il fini sa vie triste et seul : mais il est à tout des compensations. A sa verte vieillesse et qu'aucune infirmité n'avait atteinte, bien qu'aucun chagrin ne l'eût épargnée, il était réservé une fin soudaine et presque sans douleurs. Il a eu le temps de ramasser son courage, et son âme était aussi vigoureusement trempée que son corps, et de donner à la religion sa dernière action, comme son aspiration dernière ; puis il a fermé les yeux, et nous avons pu croire que les horreurs d'une longue agonie étaient épargnées à son esprit endormi.

A cette heure, il s'est réveillé. Et quand nous aurons salué ces tristes restes, que la terre engloutira bientôt pour en cacher à nos yeux la destruction suprême, levons le regard au ciel : s'il est une place pour les nobles intelligences, pour les grands esprits, pour les âmes d'élite, c'est là qu'elle est allée se faire couronner cette vie si pleine et jusqu'à ses derniers instants si fidèle à la destinée de l'homme sur la terre, le travail et la pensée.

---

région lombaire, et le courant électrique est à peine établi que le lapin fait entendre des cris plaintifs. On prolonge l'opération pendant une minute, et les battements du cœur deviennent très précipités. L'action de l'électricité est alors suspendue pendant quelques secondes et reprise de nouveau; au bout d'un temps très court, l'animal a repris entièrement l'usage de ses sens. L'expérience totale a duré quatre minutes.

Le dimanche 21 août, à dix heures trente-huit minutes du matin, nous procédons à une quatrième expérience, en nous plaçant dans des conditions identiques à celles de la veille. L'appareil est le même, le lapin est aussi un de ceux sur lesquels nous avons précédemment opéré. Dès que l'éponge chargée des vapeurs chloroformiques est placée sous le museau du lapin, les battements du cœur se ralentissent; ils retrouvent, au contraire, leur rapidité normale dès qu'en l'éloignant on permet l'accès d'une certaine quantité d'air atmosphérique.

A dix heures trente-neuf minutes l'insensibilité et la résolution sont complètes. A dix heures trente-neuf minutes et demie, le courant électrique est établi de la même manière que précédemment; aussitôt les battements du cœur reparaissent; ils deviennent rapides et violents. On suspend l'action de l'électricité pour soumettre de nouveau l'animal aux inhalations du chloroforme; celles-ci sont suspendues à leur tour et suivies de nouvelles secousses électriques. Chaque fois nous observons les mêmes phénomènes. Enfin, à onze heures moins un quart le lapin est une dernière fois soumis aux inhalations chloroformiques, et nous continuons l'action jusqu'à la cessation complète des battements du cœur. Cet organe est alors mis à nu par une incision pratiquée à son niveau sur la paroi thoracique. On constate qu'il ne se contracte plus, qu'il est à peine le siége de quelques oscillations, que la respiration est nulle. On donne une décharge électrique; des soubresauts considérables se manifestent, et les oscillations du cœur se précipitent un peu, mais ne tardent pas à disparaître. Des aiguilles enfoncées dans le diaphragme et dans l'une des oreillettes n'amènent aucune contraction. Le cœur, retiré de la poitrine, demeure affaissé, et des courants électriques n'y développent aucun phénomène de contraction. Le sang contenu dans le cœur est noir et liquide.

Emploi de l'électricité après la cessation des battements du cœur. — Le 22 août, nous expérimentons sur des chiens. Celui que nous soumettons le premier aux inhalations chloroformiques est de moyenne taille, bien portant, très gras et très musclé. A onze heures moins quatorze minutes, l'éponge chargée du liquide anesthésique est placée sous le museau de l'animal, et rapprochée par degrés presque jusqu'au contact. Cinq minutes après les battements du cœur ralentis dès le début sont complétement suspendus; l'insensibilité et la résolution sont complètes.

On établit alors le courant électrique; des contractions violentes se manifestent par tout le corps; les mâchoires s'écartent l'une de l'autre; dans la région du cou et de la poitrine on observe des mouvements qui ressemblent tout à fait aux mouvements respiratoires. Le courant est maintenu pendant un quart d'heure sans qu'il soit possible de rappeler l'animal à la vie.

Emploi de l'électricité au moment où venait de cesser l'électricité. — Le second chien est de grande taille, vigoureux. Il est onze heures sept minutes lorsque nous commençons à le soumettre aux inhalations chloroformiques. A onze heures douze minutes, c'est-à-dire cinq minutes après le commencement de l'expérience, l'insensibilité et la résolution sont complètes. Les battements du cœur sont excessivement lents, et c'est à peine si on peut les sentir. Bientôt ils cessent complétement d'être appréciables au travers de la poitrine. La respiration se fait à peine; des cris plaintifs que poussait l'animal ont cessé et la respiration disparaît. C'est alors que l'électro-puncture est employée. Aussitôt que le courant est établi, des contractions violentes se manifestent, mais les battements du cœur et la respiration ne se dessinent qu'au bout de quelques instants; enfin l'animal commence à pousser des gémissements incomplets et peu bruyants. A ce moment il laisse échapper une grande quantité d'urine et de matières fécales.

A onze heures un quart, on suspend l'action de la pile; l'animal, déposé à terre, reste immobile et ne donne aucun signe de sensibilité, bien que les battements du cœur aient reparu ainsi que la respiration. Soumis de nouveau au courant électrique, dont on prolonge l'action pendant une ou deux secondes, l'animal ressent deux violentes secousses et pousse quelques cris. Les battements du cœur et la respiration sont complétement rétablis. Le chien ne donne aucun signe de douleur lorsqu'on retire les aiguilles de son corps ou qu'on les y replonge; mais il s'échappe aussitôt que le courant est rétabli. Il est à ce moment onze heures dix-huit minutes, l'animal rend une grande quantité de bave écumeuse; vingt minutes après, il boit et mange avec appétit.

Dans le courant de ces expériences, nous avons vu se dérouler sous nos yeux, à mesure que le chloroforme sidérait les parties composantes du système nerveux, toutes les variétés de phénomènes si remarquablement décrites par le savant secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, M. Flourens.

Comme je l'avais d'ailleurs constaté dans mon mémoire sur l'emploi des anesthésiques, le système nerveux est toujours incontestablement frappé le premier, et les autres appareils soumis à son action ne se prennent qu'en second lieu. C'est là un fait qui, si je ne me trompe, restera désormais acquis à la science. Ajoutons que, chez les animaux comme chez l'homme, le sang n'a subi aucune altération ni dans sa couleur, ni dans sa nature, tant que la circulation et la respiration n'ont pas été interrompues.

Par ces moyens, je crois avoir mis hors de doute que la meilleure manière d'apprécier le degré de saturation de l'organisme par le chloroforme consiste à étudier les changements qui ont lieu dans la circulation et la respiration.

La sensibilité générale et la myotilité ne donnent qu'une idée imparfaite de l'action du chloroforme sur l'économie animale, et sont loin de fournir avec exactitude des indices suffisants pour juger s'il est opportun de suspendre ou de continuer l'opération.

L'agitation de l'animal, les mouvements, les cris mêmes ne disent rien relativement au degré de saturation de ses organes, car il peut arriver que ces cris ne précèdent que d'une minute l'instant où il va cesser de vivre.

Les mouvements du cœur et les impulsions communiquées aux artères sont pour moi le thermomètre de la vitalité des animaux. L'affaiblissement des phénomènes mécaniques de la respiration, la rareté des expirations et des inspirations donnent bien la mesure de l'action anesthésique; mais ces changements survenus dans ces phénomènes physiologiques n'indiquent pas le péril où se trouve l'animal comme les modifications survenues dans les battements du cœur et des artères. La respiration peut être suspendue sans que mort s'ensuive; mais il n'en est pas de même du cœur, qui, une fois paralysé, amène une perturbation violente et la mort instantanée. Les mouvements de la poitrine peuvent être ranimés, mais il ne nous semble pas possible de rappeler les contractions rhythmées du cœur lorsqu'elles ont disparu. C'est en conséquence vers le cœur et les artères que l'opérateur doit diriger toute son attention, en faisant usage pour cette appréciation du toucher et de l'auscultation.

Mes expériences constatent en effet qu'aussitôt que le système nerveux est modifié par le chloroforme, ce que l'on reconnaît à l'insensibilité des téguments, on ne manque jamais de s'apercevoir que le cœur éprouve dans ses contractions des modifications qui varient suivant la force et l'espèce des animaux sur lesquels on opère. Toujours nous avons senti les battements, de tumultueux qu'ils étaient, se ralentir, s'éloigner et s'affaiblir avant de disparaître. La chloroformisation est-elle suspendue, le cœur reprend bientôt sa première fréquence, pour retomber ensuite lorsque l'éponge chloroformique est rapprochée de nouveau du nez de l'animal. Que l'expérience soit continuée jusqu'à la cessation complète des battements du cœur et de la respiration, que l'animal soit ouvert, on ne découvrira dans le cœur que de faibles oscillations (véritable irritabilité), qui ne sont pas les contractions proprement dites, et qu'il est impossible de reproduire par l'électricité. Le cœur retiré de la poitrine ne laisse plus voir que des mouvements fibrillaires, et l'on n'aperçoit plus ces bonds et ces contractions que l'on observe dans cet organe extrait de la cavité pectorale d'un animal qui n'a pas subi l'influence du chloroforme.

L'opérateur se guidera donc sur les battements du cœur, et il devra toujours s'arrêter dès qu'il s'apercevra de la rareté de ses mouvements, de leur éloignement et de leur faiblesse. L'électricité, malgré son énergie, ne peut rappeler les contractions du cœur lorsqu'elles ont été abolies, mais lorsque la circulation n'est pas encore entièrement arrêtée. Lorsqu'il existe encore une certaine vitalité chez l'animal, il résulte de toutes nos expériences que l'électricité appliquée sur les surfaces muqueuses buccale et rectale suffit pour ranimer les organes et pour rappeler les fonctions de l'organisme. Dans les cas extrêmes ou lorsque la vitalité n'est plus qu'un souffle, il conviendra de recourir à l'électro-puncture, qui peut seule offrir assez de puissance pour retirer les organes de leur torpeur et de leur sidération.

Dans des circonstances aussi périlleuses, le rétablissement de la circulation et de la respiration ne se fera pas immédiatement, et il sera nécessaire de prolonger l'action pendant un certain laps de temps. On n'arrêtera les courants et les chocs électriques que lorsque l'animal poussera des cris et lorsque la respiration et la circulation s'exécuteront de manière à ne plus laisser aucun doute sur le retour du système nerveux, à sa puissance régulatrice et à son influence définitive sur tous les organes qui reçoivent les impressions.

Dans notre mémoire sur l'emploi des anesthésiques, nous avions été conduit à admettre que le système nerveux est directement et exclusivement frappé par le chloroforme. A l'appui de cette théorie, nous pouvons ajouter maintenant la disparition si complète et si instantanée de la sidération du système nerveux par l'énergique action du fluide électrique.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 30 août 1853. — Présidence de M. Bérard.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Epidémies et remèdes secrets.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Les rapports de MM. les médecins des épidémies du département du Pas-de-Calais sur les différentes épidémies qui y ont régné dans les derniers mois de 1852 et pendant le premier semestre de 1853. (Commission des épidémies.)

2° Des demandes d'avis sur des remèdes secrets ou nouveaux.

Approbation des modifications à l'article 45 du règlement.

M. le ministre de l'instruction publique informe l'Académie qu'il a approuvé les nouvelles dispositions qu'elle a proposé d'ajouter à l'article 45 de son règlement.

Opium d'Algérie.

M. le ministre de la guerre accuse réception du rapport sur les eaux minérales de la province de Constantine et rappelle la demande d'avis qu'il lui a faite sur l'opium d'Algérie.

Vaccine.

M. Clauzure (d'Angoulême) adresse un mémoire sur la vaccine et la nécessité des revaccinations. (Commission de vaccine.)

Rôle des ganglions du nerf grand sympathique.

M. Marchal (de Calvi) adresse une lettre au sujet de la discussion que M. Bérard a soutenue mardi dernier contre M. Piorry sur les ganglions du nerf grand sympathique. M. Marchal admet une action réflexe normale et morbide à travers les ganglions nerveux, qui, suivant lui, sont le foyer d'un grand nombre de mouvements instinctifs. (Commissaires : MM. Longet et Bérard.)

Mort de M. Prunelle.

M. Durand-Fardel annonce à l'Académie la mort de M. Prunelle.

Lit mécanique.

M. Londe lit, en réponse à une demande du ministre du commerce, un rapport sur un lit mécanique de M. Langlois destiné à recevoir les évacuations des malades hors d'état de se mouvoir dans leur lit, appareil auquel l'auteur a apporté des modifications utiles.

La commission propose de répondre à M. le ministre :

1° Que l'emploi du nouvel appareil de M. Langlois ne présente aucun inconvénient ;

2° Qu'il peut recevoir des applications avantageuses dans quelques circonstances. (Adopté.)

Rétroversion de l'utérus.

M. le docteur Priou (de Nantes), membre correspondant de l'Académie, lit un travail ayant pour titre : *Observations sur la rétroversion de l'utérus.*

La manière dont s'expriment la plupart des auteurs qui ont écrit sur la rétroversion de l'utérus, dit M. Priou, tend à prouver qu'ils n'en ont parlé que sur ouï dire. En effet, ceux qui, par exemple, proposent pour redresser l'utérus rétroversé d'introduire l'index et le médius de la main gauche dans le vagin pour agir sur le col, et l'index et le médius de l'autre main dans le rectum pour en soulever le fond, ne se sont jamais trouvés dans la nécessité de recourir à cette manœuvre, car ils se seraient de suite aperçus qu'elle n'est pas praticable, vu le rapprochement des deux mains, qu'il est impossible alors de faire agir de concert.

Nous ferons encore remarquer, ajoute M. Priou :

1° Que quand la matrice est fortement enclavée dans le bassin, son col n'offre pas assez de résistance pour qu'on puisse exercer sur lui et au moyen des doigts une grande action ;

2° Que les doigts introduits dans le rectum ne présentent jamais assez de longueur pour qu'ils puissent arriver sur le fond de l'utérus rétroversé, et qui doit être repoussé au delà de la saillie sacro-vertébrale pour reprendre sa direction ordinaire ou verticale.

Pour faire cesser la rétroversion de la matrice contenant le produit de la conception, quelques auteurs proposent d'introduire la main tout entière dans le vagin ou dans le rectum pour replacer la matrice. Ces manœuvres sont-elles réellement praticables? Il ne faudrait pas les négliger, pense M. Priou, si l'on entrevoyait la possibilité de pouvoir les tenter, et si surtout le moyen de réduction auquel nous avons deux fois recouru avec succès ne réussissait pas, car la ponction de la matrice par le rectum, la symphyséotomie, l'accouchement provoqué sont des opérations extrêmes pour faire cesser les accidents redoutables qu'amène l'enclavement de la matrice renversée en arrière.

M. Priou rapporte un fait dans lequel il décrit un procédé qui lui a réussi dans des circonstances extrêmement difficiles. Voici en quelques mots les moyens auxquels il a eu recours :

Après avoir essayé en vain, chez une femme atteinte d'une rétroversion telle qu'il s'ensuivait une constipation et une rétention d'urine complète, d'abaisser le col avec les doigts indicateur et médius de la main droite, M. Priou fit placer la malade sur les coudes et sur les genoux. L'index et le médius introduits dans le rectum, il parvint, par quelques mouvements de repoussement, à soulever un peu le fond de l'utérus; mais ce résultat était insuffisant; l'utérus occupait encore l'excavation pelvienne. Il reconnut l'indispensable nécessité, pour faire cesser les accidents, de repousser le fond de l'utérus.

Les doigts ne lui ayant pas paru, à raison de leur peu de longueur, capables de remplir ce but, il se servit d'un gorgeret ordinaire garni de linge à sa plus grosse extrémité et bien huilé. La malade mise dans la position indiquée plus haut, il introduisit l'instrument dans l'anus à l'effet de repousser de bas en haut et d'arrière en devant le fond de l'utérus abaissé; tandis que d'un autre côté il tâchait d'agir de haut en bas et de devant en arrière sur le col utérin, au moyen de deux doigts introduits dans le vagin. Il lui fallut employer une assez grande force pour ébranler l'utérus enclavé. Toutefois, par cette manœuvre, il parvint, non pas à le remettre dans une position tout à fait droite, mais du moins à lui permettre de se développer. Tous les accidents cessèrent, en effet, à dater de ce moment, et l'accouchement eut lieu à son terme normal.

M. Moreau rappelle à cette occasion qu'il y a environ quarante ans, dans une circonstance analogue à celle où s'est trouvé M. Priou, Evrat a eu recours à un procédé à peu près semblable : il s'est servi d'une baguette à la faveur de laquelle il a pu à travers la cloison du rectum rétablir l'utérus rétroversé dans sa direction normale.

M. Cazeaux fut prié, il y a quelque temps, par M. Aran de voir dans le service dont il était chargé alors à la Pitié une femme affectée de rétroversion de l'utérus; elle était à trois mois de grossesse. Plusieurs tentatives de réduction avaient été faites sans succès. Il eut recours à un procédé qui lui réussit pleinement. Il fit placer la femme sur les genoux et sur les coudes, le bassin fortement élevé; ayant alors introduit la main en plein dans le vagin, ce qui était rendu facile par cette position, il put, secondé par l'action de la pesanteur, parvenir aisément à réduire l'utérus et à le placer au-dessus de l'angle sacro-vertébral.

M. Moreau a eu aussi plusieurs fois recours à ce moyen, mais il ne lui a pas aussi heureusement réussi, et c'est après avoir échoué par ce procédé qu'il a eu l'idée de recourir à l'usage d'une baguette. L'introduction de la totalité de la main dans cette circonstance lui a paru très douloureuse pour les femmes. Dans un des cas qu'il vient de rappeler, la malade éprouva une douleur tellement vive qu'elle s'affaissa sur son lit; il fut impossible de continuer les manœuvres.

M. Depaul n'a eu affaire qu'une fois à un cas de ce genre chez une femme enceinte de trois mois et demi, et il est parvenu à réduire l'utérus sans trop de difficulté en introduisant deux doigts d'une main dans le vagin et deux doigts de l'autre main dans le rectum. Il y aurait donc ainsi trois méthodes différentes qui auraient également réussi.

M. Danyau. M. Priou, dans le fait qu'il vient de communiquer à l'Académie, a beaucoup insisté sur la rétention d'urine comme l'un des accidents les plus graves qu'occasionne la rétroversion de l'utérus. Cette rétention d'urine paraît à M. Danyau être, dans quelques cas du moins, plutôt la cause que l'effet de cette rétroversion. Dans un cas de ce genre, le cathétérisme ayant produit l'évacuation d'une énorme quantité d'urine, lorsqu'il introduisit ensuite le doigt dans le rectum pour essayer de réduire l'utérus, il fut surpris de la facilité avec laquelle cette réduction s'opéra. Il est donc porté à croire que, si dans quelques cas la rétention d'urine est l'effet de la rétroversion, dans d'autres cas elle en est la cause.

M. Cazeaux. Ce que vient de dire M. Danyau ne prouve nullement que la rétention d'urine soit la cause première du déplacement utérin; cela prouve tout simplement que la rétention d'urine produite par la rétroversion devient à son tour une cause d'aggravation et accroît les difficultés de la réduction. C'est une sorte de cercle vicieux dans lequel les causes et les effets s'enchaînent.

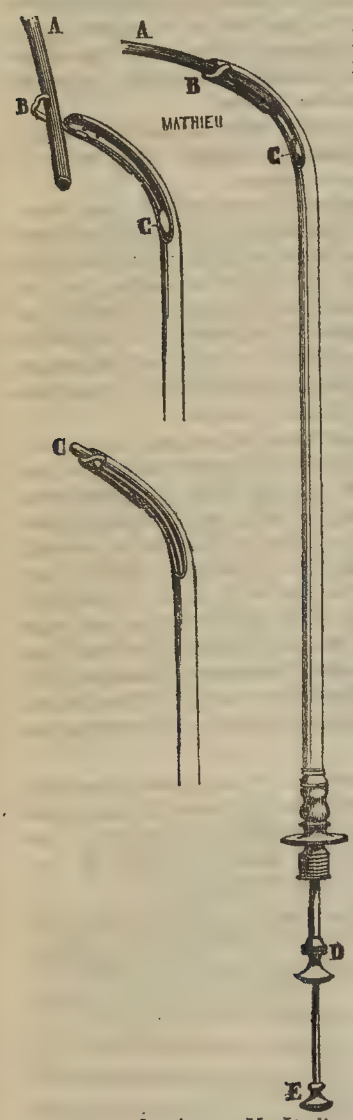
M. Moreau partage à cet égard l'opinion de M. Cazeaux. Il a vu des cas de rétroversion dont la réduction était tellement difficile qu'il a fallu recourir à la section de la symphyse. Ce ne sont pas assurément de ces cas-là qui peuvent être produits par la rétention d'urine.

Extraction des corps étrangers de la vessie autres que les pierres et leurs débris.

M. Le Roy-d'Etiolles lit sur ce sujet un mémoire dans lequel, après des considérations générales sur la diversité de forme et de nature de ces corps, sur les instruments extracteurs qui opèrent d'après deux principes d'action : en ployant les tiges assez flexibles et assez minces pour sortir en double par l'urètre ou à travers un tube, et en faisant pivoter, pour les placer dans la direction du canal, les corps trop rigi-

[illegible] trop volumineux pour passer en double ; après avoir indiqué les différents mécanismes qu'il a mis en usage pour produire ces effets ; après avoir rappelé quelle part lui ont faite les rapports académiques dans ce nouveau rameau de la science, ce chirurgien décrit les perfectionnements récents de ses procédés et rapporte des faits qui démontrent leur efficacité. Il cite, entre autres, quatre extractions de sondes ou bougies de gutta-percha opérées par lui depuis moins de six mois. L'une d'elles a eu lieu sur un général qui, en se sondant, avait rompu dans son urètre une grosse bougie de gutta-percha, de laquelle s'était détachée une portion longue de 10 centimètres environ. Une quarantaine de tentatives avaient été faites, dans lesquelles un des plus célèbres chirurgiens uropathes avait détaché quelques parcelles de ce corps. On songeait à pratiquer l'opération de la taille ; mais auparavant on voulut avoir l'avis de M. Le Roy-d'Etiolles, qui jugea l'extraction possible au moyen d'une modification de l'un de ses instruments. Ses intentions furent comprises et exécutées par M. Mathieu, et dès la première application le corps étranger fut amené au dehors en présence de M. le professeur Gavarret.

Une nouvelle extraction de sonde a été opérée au moyen de cet instrument, il y a dix jours, par M. Le Roy-d'Etiolles, sur un médecin de la Bourgogne, affecté de rétention d'urine. Une sonde de gutta-percha, dont il s'était servi par mégarde, se rompit vers le tiers de sa longueur ; il prit aussitôt le chemin de fer et se rendit à Paris. Le bout de la sonde était encore dans l'urètre. M. Le Roy-d'Etiolles le saisit facilement à la hauteur du bulbe avec une pince urétrale ; mais le corps était tellement friable que toute la portion qui proéminait dans la vessie se détacha : le chirurgien eut recours à son nouvel instrument, et du premier coup, sans tâtonnements, le fragment de sonde fut saisi et extrait en présence de M. Baum, professeur de chirurgie à Gœttingue.



Le nouvel extracteur de M. Le Roy-d'Etiolle, représenté dans la figure ci-jointe, a le même principe d'action que l'un de ses premiers instruments, qui a fait basculer le corps étranger sur le bord d'une échancrure en gouttière pratiquée à l'extrémité d'un tube ; mais ici le mécanisme n'est pas le même, et produit un effet plus certain.

Sur l'un des bords de la gouttière est une rainure dans laquelle glisse une demi-bague formant crochet, qui poussée par une tige se prolongeant à l'extérieur, peut dépasser le bord du tube de 2 centimètres environ ; le fragment de sonde est engagé dans cet espace, le crochet semi-annulaire est ramené en arrière, il fait basculer le corps étranger sur le bord de l'échancrure, le couche dans la gouttière et l'y maintient pendant la sortie. Un cône métallique mû par une seconde tige fait l'office d'embout pendant l'introduction ; on le retire en arrière pour laisser la gouttière libre. La figure représente les trois positions du crochet demi-annulaire, du corps étranger et de l'embout dans les trois temps de la manœuvre opératoire ; manœuvre que tout le monde, ajoute M. Le Roy-d'Etiolles, exécutera aussi facilement que lui.

Ce chirurgien termine sa communication en racontant l'histoire inédite de deux blessés de février et de juin 1848, dont le bassin fut traversé par des balles qui détachèrent et poussèrent dans la vessie des esquilles d'os, lesquelles devinrent les noyaux de pierres. M. Le Roy-d'Etiolles écrasa les concrétions lithiques et coupa les portions d'os avec un instrument dont il s'était déjà servi avec succès à l'Hôtel-Dieu en 1835, pour morceler un éclat de bois qui avait pénétré dans la vessie à travers le périnée ; puis, deux ans après, pour diviser un manche de buis d'une cuiller de moutardier introduit par l'urètre dans la vessie d'une femme. Ce dernier fait a été communiqué à l'Académie des sciences.

— M. Patissier lit en son nom et en celui de M. Michel Lévy un rapport sur une observation d'affection tuberculeuse *métastatique* de l'encéphale, par M. Pascal, médecin en chef de l'hôpital militaire de Bayonne.

Il s'agit d'un jeune soldat qui, après avoir présenté des symptômes cérébraux, succomba dans le service de M. Pascal. A l'autopsie, on trouva entre autres lésions des tubercules dans le cerveau et une masse de tubercules suppurés dans l'un des poumons. M. Pascal considère l'altération de l'encéphale comme étant le résultat de la résorption du pus contenu dans le poumon ; il pense qu'après avoir été promené avec le sang dans les viscères, ce pus a trouvé le cerveau plus impressionnable, et a produit dans cet organe les lésions organiques signalées. M. le rapporteur combat cette opinion, qui ne lui paraît fondée que sur un jeu de l'imagination, tout démontrant, d'après les altérations cadavériques, que ce sujet était en proie à la diathèse tuberculeuse. En conséquence, les commissaires estiment que M. Pascal a eu tort d'ajouter à l'expression *affection tuberculeuse de l'encéphale* l'adjectif *métastatique*, parce que rien ne dénote une métastase dans le cas dont il s'agit.

M. le rapporteur, après avoir signalé d'autres particularités intéressantes de cette observation, propose pour conclusion d'adresser à M. le docteur Pascal une lettre de remerciments pour son intéressante communication, et de déposer son mémoire dans les archives.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

Instruction ministérielle relative aux inspecteurs d'eaux minérales.

M. Patissier lit, au nom de la commission des eaux minérales, un rapport officiel sur l'époque où les comptes rendus des médecins inspecteurs des eaux minérales doivent être transmis à M. le ministre de l'intérieur et du commerce.

Par une lettre en date du 11 juin 1853, M. le directeur général de l'agriculture et du commerce, au nom du ministre, invite l'Académie à examiner et à lui faire connaître si elle trouve quelque avantage à fixer une époque précise pour l'envoi des rapports que les médecins inspecteurs sont tenus de lui adresser chaque année sur le service médical des établissements auxquels ils sont attachés.

La commission propose de répondre à M. le ministre qu'il est nécessaire d'établir une règle uniforme pour l'envoi des rapports des médecins inspecteurs et que dans l'intérêt de la science hydrologique ces fonctionnaires ne doivent être tenus à cet envoi que 18 mois après la saison thermale. (Adopté.)

Instrument propre à diviser les valvules du col de la vessie dans certains cas difficiles.

M. Mercier, en présentant un instrument propre à diviser les valvules du col de la vessie dans certains cas difficiles, s'exprime en ces termes :

« Dans quelques cas, les instruments à courbure courte et brusque éprouvent de la difficulté à pénétrer dans la vessie, soit à cause de la grande saillie de l'obstacle qui existe au col, soit à cause de la brièveté du ligament suspenseur de la verge qui ne permet pas d'abaisser suffisamment l'extrémité externe, soit et surtout à cause de ces deux circonstances réunies. Deux fois cette introduction me fut tout à fait impossible, la première, il y a dix ans environ, chez un jeune homme du Val-de-Grâce, et la seconde, il y a quelques semaines, chez un vieillard de 85 ans dans ma pratique privée ; et chez tous deux les sondes à long bec pénétraient assez aisément. Mais il était impossible d'allonger le bec de l'instrument sécateur, puisque, pour agir, il faut tourner ce bec en arrière. J'ai donc eu l'idée de combiner celui dont je me sers habituellement avec une sonde ordinaire qui lui sert d'enveloppe et de conducteur.

» Cette sonde est ouverte sur un tiers de sa circonférence dans toute l'étendue de sa partie droite, et sur sa partie convexe, dans une longueur égale à celle du bec du sécateur. Celui-ci se trouve logé dans cet espace évidé, et sa portion droite peut tourner dans la portion correspondante de la sonde. Il suffit, pour cela, de pousser son bec de quelques millimètres pour le dégager du bec de la sonde, et de lui imprimer ensuite un mouvement de rotation.

» Lors donc qu'on a introduit ces deux instruments réunis dans la vessie, on maintient la sonde immobile, on pousse le sécateur pour dégager son bec, on le tourne en arrière, on l'attire en bas vers le col de la vessie qu'on accroche et qu'on divise comme avec mon sécateur simple. Cela fait, on suit une marche inverse, c'est-à-dire qu'on le repousse, qu'on retourne son bec en avant et qu'on le ramène dans le bec de la sonde. Un mécanisme de baïonnette placé à l'extrémité externe rend ces différentes manœuvres très faciles et de la plus grande précision.

» Il ne reste plus qu'à retirer le tout comme une algalie ordinaire. »

— La séance est levée à cinq heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 22 août 1853. — Présidence de M. Combes.

De la fécule de fritillaire comme pouvant remplacer en partie la pomme de terre.

M. Basset adresse une communication relative à une plante nouvelle, cultivée seulement jusqu'à présent par les fleuristes, et tellement acclimatée, qu'on pourrait la considérer comme indigène en France ; c'est la *fritillaria imperialis*, dite vulgairement *couronne impériale*.

Occupé depuis 1847 des moyens de suppléer à l'insuffisance probable de la pomme de terre, l'auteur a fait de nombreuses recherches pour découvrir une plante féculente dont le produit, par la qualité et la quantité, serait apte à remplacer, du moins en partie, les produits du solanum tuberosum. La *fritillaria imperialis*, d'après l'auteur, a résolu ce problème. Nous extrayons de la communication de M. Basset les quelques faits généraux ressortant de ses recherches qui sont plus particulièrement relatifs à l'alimentation :

La fécule de fritillaire peut servir à l'alimentation. Pour lui enlever toute saveur et toute odeur étrangère, il suffit, après les premiers lavages, de faire macérer cette fécule dans l'eau simple renouvelée, ou dans l'eau vinaigrée à un cinquantième, ou dans l'eau alcalisée à quelques millièmes, le tout pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures. Un lavage à l'eau complète la purification.

Cependant, malgré toute l'utilité qu'on en pourrait retirer au point de vue alimentaire, dans l'art du pâtissier, dans le mélange avec les farines de céréales pour les années de disette, dans la confection des potages économiques, etc. ; malgré l'identité de saveur et de goût de la fécule de fritillaire avec les arrow-root, les tapioca, les salep, etc., le but principal de l'auteur a été de donner à l'industrie une fécule abondante qui pût permettre de laisser la pomme de terre tout entière à son but normal, savoir, l'alimentation des hommes et des animaux.

Si les résidus de la fécule de pomme de terre, ajoute-t-il, peuvent servir à l'engrais des animaux, ceux de la fritillaire, qui contiennent une notable portion de fécule (50 ou 60 pour 100), peuvent être facilement transformés en alcool par les procédés connus. (Commissaires : MM. de Gasparin, Payen et Péligot.)

Emploi de l'insufflation pulmonaire dans certains cas d'apnée.

M. Ripault, médecin à Dijon, soumet au jugement de l'Académie une note sur l'emploi thérapeutique de l'insufflation pulmonaire dans certains cas où le jeu de la respiration est suspendu. A l'appui de cette note, l'auteur donne l'observation d'un cas qui s'est présenté dans sa pratique. L'observation, recueillie par M. Maréchal (de Censerey), élève de l'École préparatoire de médecine de Dijon, est intitulée :

Péripneumonie droite compliquée d'aphthes sur la voûte palatine, terminée par des accès d'apnée survenus subitement, et combattus avec succès, pendant douze heures et demie de soins, par l'insufflation pulmonaire.

Le sujet de cette observation, un enfant âgé de vingt-six jours, a été ranimé plusieurs fois au moment où la vie était sur le point de s'éteindre par le moyen de l'insufflation pulmonaire pratiquée avec un soufflet. Les accès d'apnée avaient complètement cessé quatre heures avant la mort de l'enfant.

M. Ripault ne doute point que dans des circonstances moins défavorables on ne pût par l'emploi de ce moyen sauver des malades qui autrement mourraient asphyxiés. (Commissaires : MM. Andral et Rayer.)

COUR D'APPEL DE GAND (Belgique).

Secret médical. — Non-révélation ; acquittement en première instance. Condamnation en appel.

« Attendu qu'il est établi au procès que, le 11 mars dernier, le sieur Jean-Eugène Lecluyse, docteur en médecine et en l'art des accouchements à Poperinghe, s'est présenté devant l'officier de l'état civil à l'effet de déclarer la naissance d'un enfant illégitime, du sexe féminin, dont il avait accouché la mère le 9 du même mois, à trois heures de relevée, auquel il a donné les noms de Marie-Julie Taersoone ; — que sur l'observation que cette déclaration n'était pas conforme aux prescriptions de la loi, et interpellé à faire connaître le nom de la mère, il a répondu que celle-ci lui a seulement permis de déclarer la naissance, et lui a défendu de déclarer l'accouchement, et que les dispositions de l'art. 378 C. P. lui imposaient le secret le plus rigoureux en cette circonstance ;

» Attendu que l'art. 346 C. P. ne définit pas l'étendue de l'obligation prescrite par l'art. 56 C. C. aux personnes y désignées, mais se borne à prononcer des pénalités contre l'inaccomplissement de l'obligation que cet article impose ; qu'il y a lieu conséquemment à déterminer quels sont les éléments que cette déclaration doit comprendre ;

» Attendu qu'aux termes de l'art. 56 la naissance de l'enfant doit être déclarée, à défaut du père, par les docteurs en médecine ou en chirurgie qui auront assisté à l'accouchement ; que sur cette déclaration l'acte de naissance est rédigé de suite par l'officier de l'état civil, qui ne peut, d'après l'art. 35 C. C., rien y insérer que ce qui doit être déclaré par le comparant ; — qu'il résulte de la combinaison de ces diverses dispositions que la déclaration doit comprendre tous les éléments nécessaires pour pouvoir procéder, conformément à l'art. 57 C. C., à la rédaction de l'acte de naissance ;

» Attendu, en outre, que l'art. 346 précité, se trouvant sous la rubrique *des crimes et délits tendant à empêcher ou détruire la preuve de l'état civil d'un enfant*, se rapporte à une obligation de fournir une déclaration qui puisse, sinon prouver d'une manière complète, du moins servir d'acheminement à la preuve de l'état civil de l'enfant, et qu'une déclaration qui ne le rattacherait à personne dans la société n'atteindrait pas ce but ; que les articles précités impliquent en conséquence que la déclaration doit comprendre toutes les indications essentielles à insérer dans l'acte de naissance, c'est-à-dire suivant les prescriptions de l'art. 57, outre le jour, l'heure, le sexe de l'enfant et les prénoms, noms, profession et domicile des père et mère, ou tout au moins de la mère lorsqu'elle est connue du déclarant ;

» Attendu que l'obligation de déclarer le nom de la mère ressort d'une manière plus évidente encore lorsqu'on combine les art. 56 et 57 C. C. avec les dispositions du titre III de la loi du 20-25 septembre 1792, et notamment des art. 3 et 7, dont ils reproduisent les prescriptions, lesquels articles ne laissent subsister aucun doute relativement à cette obligation ; que, quant à l'art. 346, il ne fait que revêtir cette obligation d'une sanction pénale, comme le faisait l'art. 5 de la loi précitée ;

De tout quoi il suit que le sieur Lecluyse n'a fait qu'une déclaration insuffisante, et que l'omission ou le refus de la déclaration du nom de la mère, à l'accouchement de laquelle il avait assisté, caractérise le délit prévu par ledit art. 346 ;

» Attendu que l'art. 378 C. P., placé sous la rubrique des *calomnies, injures, révélations de secrets*, n'a pas pour objet de consacrer un droit en faveur de certaines catégories de personnes, ni de dispenser celles-ci de remplir certaines obligations que la loi commande par une disposition formelle, mais de prohiber et de punir les révélations spontanées, indiscrètes, inspirées par la méchanceté et le désir de nuire ; que si cet article avait le sens et la portée que lui attribue le sieur Lecluyse, il en résulterait une contradiction évidente entre diverses dispositions de la loi, puisqu'il dispenserait, à raison de leur profession, les médecins et chirurgiens de l'obligation que les art. 346 et 56 imposent à ces mêmes personnes également à raison de leur profession ;

» Que si l'on admettait que par l'art. 378 les devoirs des médecins sont modifiés en ce sens qu'ils peuvent se borner à faire un déclaration restreinte, il faudrait reconnaître plusieurs sortes de déclarations pour constater la naissance ; des déclarations avec réticences de la part des médecins, des déclarations plus complètes de la part d'autres personnes qui auraient assisté à l'accouchement, comme s'il ne s'agissait pas pour toutes ces personnes d'un seul et même acte, celui des art. 56 et 57 C. C., d'un seul en même intérêt, celui de la constatation de l'état civil de l'enfant ;

» Que, si la révélation du nom de la mère peut entraîner des inconvénients pour celle-ci et pour la famille à laquelle appartient, cette considération, qui ne porte que sur un intérêt privé, ne saurait prévaloir sur l'intérêt de l'enfant nouveau-né, sur l'intérêt public, auquel tout ce qui peut tendre à constater et à conserver l'état civil des personnes importe à un si haut degré, et sur les prescriptions établies dans cet intérêt ;

» Attendu qu'il existe des circonstances atténuantes, vu l'art. 346 C. P., etc. ;

» La cour met le jugement dont appel au néant, condamne le sieur Jean-Eugène Lecluyse à une amende de 16 fr. et aux dépens des deux instances. »

CORRESPONDANCE.

Paris, 29 août 1853.

Monsieur le rédacteur,

Pour que vos lecteurs puissent bien comprendre la question de jurisprudence des inventions scientifiques dont vous les avez entretenus dans votre chronique du numéro du jeudi 22 courant, il me paraît indispensable de leur dire dans quelles circonstances le jugement a été rendu.

J'avais demandé de vérifier sur les livres de M. Charrière l'inscription de la livraison de mon *scarificateur prostatique en forme de brise-pierre*, et la date de la fabrication d'un instrument identiquement semblable dont un autre chirurgien se dit l'inventeur. Le tribunal m'a donné acte de l'inscription de mon instrument sur les registres, et il a déclaré que M. Charrière ne pouvait être forcé de donner communication du compte de mon compétiteur.

Agréez, etc., Le Roy-d'Etiolles.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Les journaux anglais ont annoncé ces jours derniers que quelques cas de choléra asiatique se sont montrés à Londres.

Le chiffre en serait évalué à 40, dont un tiers environ de décès, constatés par enquêtes de coroner.

La maladie se serait déclarée dans les quartiers populeux et malsains qui avoisinent la Cité et la Tamise.

Nous donnons cette nouvelle sous toutes réserves, quoiqu'elle nous soit affirmée de plusieurs côtés.

— On écrit de Copenhague, le 24 août : « Le choléra, comme on sait, continue à diminuer d'intensité dans notre ville ; d'avant-hier à hier il y a eu 21 nouveaux cas et 10 décès, ce qui donne depuis le commencement 7,237 cas et 3,930 morts. Malheureusement l'épidémie, après avoir fait assez de victimes dans notre capitale, semble s'être jetée sur quelques villes de province, où elle sévit d'une manière effroyable.

» En Suède, elle s'étend de plus en plus. Mais c'est en Finlande qu'elle est le plus meurtrière. C'est ainsi qu'à Helsingfors, jusqu'au 12 août, 1,105 personnes en ont été atteintes, et 509 sont mortes. A Abo, on en a compté jusqu'au 15 août 742 cas et 293 morts, parmi lesquels se trouve M. le docteur Wallenius, directeur du lazaret pour les cholériques. Le choléra s'est également déclaré à Cappelshamn, dans l'île de Gothland. »

Le Gérant,

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 104. — SAMEDI 3 SEPTEMBRE 1853. (26e ANNEE.) N° 104. — SAMEDI 3 SEPTEMBRE 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	Trois mois . . . . 8 fr. 50 c. Six mois . . . . 16 » Un an . . . . . 30 »	
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	Trois mois . . . . . 9 fr. Six mois . . . . . . 17 Un an 33	
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	Trois mois . . . . . 10 fr. Six mois . . . . . . 20 Un an 38	

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

SOMMAIRE. — Paris. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Transformation du stéthoscope par M. le docteur F.-J. Giraud. — Cas de pemphigus successif. — Choléra des doigts. — CLINIQUE ÉTRANGÈRE. Résections de la mâchoire supérieure. — ACADÉMIE DE MÉDECINE (addition à la séance du 30 août). Discussion sur la suppression des salles de gâteux à Charenton. — CORRESPONDANCE. Lettre de M. Abeille. — Chronique et nouvelles. — FEUILLETON. Revue bibliographique.

PARIS, LE 2 SEPTEMBRE 1853.

Les nouvelles que nous avons données dans notre dernier numéro sur le choléra de Londres ne sont malheureusement que trop fondées. Les journaux anglais arrivés aujourd'hui les confirment en tous points, et il n'est pas douteux que l'épidémie a fait son apparition chez nos voisins non-seulement par quelques cas isolés, mais par suite d'une influence épidémique. Le chiffre des décès que nous avons indiqués était au-dessous de la vérité.

Ainsi, selon le *Globe* de mercredi 31 août, dans la semaine, il y a eu à Londres, du 21 au 27 août, d'après le rapport officiel :

Mortalité totale. 1,021
Dont 514 du sexe masculin ;
Et 507 du sexe féminin.
Morts dues à la DIARRHÉE. . . . 137
— au CHOLÉRA ASIATIQUE. 18

Sur ces 18 cas, 5 appartiennent à l'âge adulte.

La mort est survenue une fois en 7 heures, une fois en 9 heures, et trois fois en 13 heures.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Transformation du stéthoscope par M. le Dr F-J. Giraud.

Le stéthoscope est d'une utilité incontestable pour arriver au diagnostic précis des maladies de poitrine, qu'elles aient leur siége dans les bronches, le parenchyme pulmonaire, le cœur ou les gros vaisseaux.

Son utilité est non moins reconnue pour aller à la recherche des signes d'une fracture douteuse, pour percevoir le bruit de souffle et des mouvements du cœur du fœtus.

Il n'est aucun praticien peut-être qui ne soit muni au moins d'un de ces instruments.

Mais le stéthoscope, dans sa forme native, était si lourd, si matériel qu'il était d'un difficile transport. Bien des médecins préféraient à son usage incommode l'auscultation immédiate, quoique insuffisante et faite pour inspirer de la répugnance au malade et au médecin.

Toutefois, se priver de cet instrument c'était se priver d'un secours indispensable dans des cas de difficile diagnostic ; aussi chercha-t-on par des perfectionnements successifs à amoindrir les inconvénients signalés, et l'on vit paraître des pectoriloques de différentes formes, les uns cylindriques, les autres coniques, à bec, dont on s'efforçait de faire supporter l'aspect disgracieux par une plus grande recherche de confection.

Malgré tout, il restait à se munir la poche ou la main d'un corps long, dur et assez épais pour embarrasser le médecin qui dans l'exercice de son art tenait à l'exploration stéthoscopique.

Il s'agissait donc de faire disparaître les défectuosités de l'instrument. Le docteur Giraud y a réussi au delà de toute espérance en donnant à cet instrument une grande simplicité, en le rendant d'un plus facile transport, d'une plus grande commodité d'application et en étendant sa sphère d'utilité.

La modification, disons mieux, la transformation est si grande qu'on ne reconnaît plus l'instrument, et cependant il est merveilleusement approprié non-seulement aux applications connues, mais encore à celles qui dépendent de l'endurcissement du sens de l'ouïe chez les sujets atteints de certaines maladies graves. Il peut servir, au besoin, d'appareil acoustique mutuel entre le médecin et le malade.

A l'aide de l'instrument ainsi modifié, il sera toujours possible de sauvegarder les lois naturelles de la pudeur. Lorsqu'il sera nécessaire de faire une exploration médiate autour du bassin, sur l'hypogastre, autour de la poitrine ou ailleurs, la main de la personne soumise à l'exploration pourra conduire elle-même le pavillon de l'instrument, tandis que le médecin se bornera à placer l'extrémité opposée sur le conduit auditif de l'une de ses oreilles.

Parmi tous les avantages attachés au stéthoscope du docteur Giraud, l'on trouve encore celui de rendre possible l'auscultation du médecin sur lui-même, et, suivant nous, ce n'est pas une de ses moindres qualités.

La description est simple comme l'instrument lui-même. Elle est basée sur le principe de physique bien connu de la transmission au loin des rayons sonores concentrés dans les tubes.

Or un tube en caoutchouc de 65 centimètres de longueur sur un diamètre de 6 à 7 millimètres, muni à l'un de ses bouts d'un pavillon infundibuliforme en buis, à l'autre bout d'une plaque forée également en buis, voilà tout l'instrument, qui, replié à volonté sur lui-même, peut être contenu dans le creux de la main et pèse moins de 30 grammes (1).

Il s'agit seulement d'observer que les pièces qui composent ce nouveau stéthoscope soient jointes avec soin suivant les lois de l'acoustique pour pouvoir produire leur effet.

(1) Nous croyons nous rappeler qu'il y a douze à quinze ans M. Le Roy-d'Etiolles a indiqué un instrument analogue, et qu'il appliquait spécialement à l'auscultation des calculs de la vessie en l'adaptant à une sonde. Peut-être quelque autre confrère aura-t-il eu aussi la même idée ; mais nous n'avons pas connaissance qu'aucune modification de ce genre au stéthoscope ait été employée d'une manière suivie. (NOTE DU RÉD.)

Cas de pemphigus successif.

Sous le nom de pemphigus, les auteurs réunissent divers états pathologiques caractérisés par l'éruption de larges bulles, et qui pourraient être très bien distingués les uns des autres. Tels sont :

1° Le *pemphigus aigu*. — Il débute par des frissons, du malaise, de la céphalalgie, de la courbature, divers désordres du côté des fonctions digestives, dégoût, inappétence, parfois même des vomissements ; il y a de la fièvre, de l'anxiété ; la peau est chaude. Au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures, quelquefois plus, l'éruption bulleuse paraît. Ce sont d'abord de petites plaques rouges de la grandeur d'une pièce de 20 à 40 sous, douloureuses, qui se couvrent de vésicules ampulliformes, lesquelles en se réunissant forment des bulles irrégulièrement arrondies, du volume d'une noisette ou d'un œuf de pigeon, contenant une sérosité citrine. Dès lors la fièvre et les accidents généraux disparaissent, et après quelques éruptions qui se succèdent assez rapidement le malade est guéri.

Cette affection, qui se rapproche beaucoup des fièvres éruptives, a été rangée par MM. Bazin, Jodin et Beaugrand dans les *pseudo-exanthèmes*, à côté de l'érythème noueux, des oreillons et du zona.

2° Le *pemphigus successif*. — Il est caractérisé par des éruptions successives de bulles. Nous en rapportons plus loin un exemple existant actuellement dans le service de M. Hardy, à l'hôpital Saint-Louis. Cette forme de pemphigus nous paraîtrait devoir être placée dans la classe des *eczèmes* d'Alibert et des inflammations cutanées de M. Hardy, au même titre que l'herpès, dont elle semble une variété.

3° Enfin le *pemphigus chronique*. — C'est une maladie essentiellement différente des deux précédentes, ce qu'il est facile de voir d'après la description rapide que nous allons en donner.

Ici, il n'y a pas de fièvre prodromique ; c'est peu à peu que les bulles, et ici des bulles flasques et peu saillantes, se manifestent. La rupture en a lieu promptement ; l'épiderme se retrousse sur les bords et forme une squame mince, blanchâtre, semblable à une pelure d'oignon, ou si l'on veut à ces écailles relevées que forme la première écorce du bouleau. Cette éruption envahit ordinairement toute la surface du corps, et les bulles se succèdent de manière à entretenir la maladie pendant des mois, des années. Ici, comme nous l'avons dit, la fièvre ne signale pas l'invasion des manifestations cutanées ; elle ne se montre que quand celles-ci sont très abondantes, que les douleurs sont vives, en un mot sous forme symptomatique. Et quand la maladie dure depuis longtemps, que l'épuisement est arrivé, que la diarrhée est survenue, là, comme dans les brûlures étendues, par réaction sur l'intestin, c'est la fièvre hectique qui se déclare. Cette forme est très rarement curable ; elle se termine habituellement par la mort, et figurerait beaucoup mieux à côté de la lèpre (éléphantiasis des Grecs) que de toute autre maladie cutanée.

Il y a bien encore le *pemphigus infantilis* ou *pemphigus neonatorum ;* mais, à l'exemple d'un grand nombre de praticiens distingués, nous regardons cette forme comme une véritable syphilide, du moins dans l'immense majorité des cas.

De tout ce qui précède il résulte que le pemphigus n'est pas une maladie une, identique à elle-même, mais formée d'états morbides appartenant à différents ordres de dermatoses ; et, si nous en croyons les tendances qui se manifestent chaque jour et que nous signalons en rendant compte de la première leçon de M. le docteur Hardy et de sa classification, le temps n'est pas éloigné où une révision complète des affections cutanées ramènera les médecins à une méthode en rapport avec la nature intime de ces maladies.

Voyons maintenant le cas de pemphigus successif dont nous avons parlé.

La nommée X..., âgée de vingt ans, d'une constitution délicate, est entrée à l'hôpital Saint-Louis le 7 avril dernier dans le service de M. le docteur Hardy. Cette jeune fille a toujours eu une santé assez débile ; pendant sa première enfance, elle a eu la rougeole et la varicelle ; réglée à onze ans et demi, sa santé s'est un peu améliorée.

Il y a deux ans, elle en avait dix-huit alors, elle se fit au pied gauche une brûlure assez forte, à la suite de laquelle il se déclara une éruption eczémateuse sur la jambe du même côté, occupant tout le membre depuis le genou jusqu'aux malléoles. Cet

FEUILLETON.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

La vie des eaux par M. Félix MORNAND, *avec des notes sur la vertu curative des eaux* par le docteur ROUBAUD.

Des tumeurs de l'orbite ; par le Dr DEMARQUAY, chirurgien des hôpitaux.

Au milieu de cette foule de livres de médecine pure qui se pressent autour de nous et attendent impatiemment leur compte rendu, qu'il nous soit permis de distinguer aujourd'hui et de faire passer l'un des premiers un charmant petit volume plutôt littéraire que médical, plutôt amusant que savant, plutôt destiné aux gens bien portants qu'aux malades, et qui a pour titre : *La vie des eaux*. Aussi bien faut-il nous hâter, car la saison des eaux serait passée, et l'hiver effaroucherait cette fine prose que le printemps a vue naître.

Dans ce livre, M. Mornand, l'une des plus gracieuses plumes de la presse littéraire contemporaine, interrogeant ses souvenirs de demi-malade et de touriste, a entrepris de conduire son lecteur à quelques-uns des bains de mer les plus famés de l'Atlantique, de la Manche et de la mer du Nord, et à plusieurs des eaux thermales les plus en vogue d'en deçà et d'au delà de la frontière. « Dans ce rapide tour, dit-il, nous avons effleuré la France, la Belgique, l'Angleterre, l'Allemagne, l'Italie et l'Algérie ; effleuré est le mot, ajoute-t-il, car sous chacun de ces ciels si dissemblables nous n'avons que touché aux sommités du genre par leurs points les plus attrayants, et nous l'avons fait au gré de l'inspiration du moment sous des formes assez diverses. Le lecteur nous pardonnera cette variété de tons, cet abandon du récit, en considération de notre ardent désir de contribuer à sa *cure* par un peu de distraction, et il nous permettra de dire, après le fabuliste, *diversité, c'est ma devise*. »

C'est assez dire que le petit travail de M. Mornand s'adresse moins au médecin qu'à ses clients, et surtout à ses clientes, à ces frêles, délicates et vaporeuses malades qui éprouvent chaque année le besoin de refaire en été une santé ébranlée par les bals et les concerts de l'hiver. A celles-là, le livre dont nous parlons se recommande par un style élégant et facile, par des descriptions animées, des anecdotes spirituellement racontées, et de loin en loin quelques courtes réflexions médicales ou plutôt hygiéniques à la portée des gens du monde, si friands d'écarter, si peu que ce soit, le voile qui ferme l'entrée du sanctuaire de la science.

Aux esprits plus sérieux s'adressent les notes ajoutées par le docteur Roubaud, et relatives aux vertus curatives des eaux, notes puisées aux meilleures sources, dans les livres des écrivains spéciaux les plus compétents.

Il y a deux mois, nous aurions pu prédire à ce joli volume un rapide succès. Aujourd'hui, en retard comme nous le sommes, bien involontairement, nous ne pouvons que le constater ; mais nous prenons l'avance, avec certitude de ne pas nous tromper, en portant un pronostic plus favorable encore pour la seconde édition que nous promet l'auteur pour la saison prochaine.

Des tumeurs de l'orbite.

Dans un espace aussi restreint que l'orbite, a dit M. Velpeau, on peut rencontrer toutes les maladies qui attaquent le corps humain. C'est cette phrase, d'une désolante vérité, que M. Demarquay a prise pour épigraphe, et dont tout son travail est le développement. Comme tout livre de chirurgie bien fait, celui dont nous allons rendre compte commence par des considérations anatomiques ayant pour but de bien faire connaître et de limiter la région des affections de laquelle il va être question.

Mieux que personne, M. Demarquay était à même de tracer une description exacte et bien complète de l'orbite ; car, si notre mémoire ne nous trompe pas, il avait, il y a bientôt dix ans, dans un concours pour le prosectorat, préparé avec un soin tout particulier des pièces sèches dont tout le monde a reconnu la valeur à cette époque, ayant pour but la démonstration des rapports des différentes parties contenues dans cette cavité. Aussi ce premier chapitre est-il tracé de main de maître, et trouve-t-on dans les quelques pages qui le constituent tout ce qui est nécessaire à l'intelligence de la partie pathologique.

Les tumeurs de l'orbite sont de deux sortes : celles qui prennent naissance dans la cavité orbitaire, et celles qui, nées au dehors de cette cavité, viennent y faire saillie par un mécanisme quelconque. Ces dernières se trouvant ne pas faire intimement partie du sujet que l'auteur se proposait de traiter, il en a fait l'objet d'un chapitre distinct et séparé, de telle sorte qu'on ne peut lui adresser le reproche d'avoir commis des omissions importantes ; mais il y a passé rapidement, se bornant presque à les signaler et à en établir le diagnostic différentiel. Telles sont les tumeurs fongueuses de la dure-mère, les tumeurs cartilagineuses, hydatiques, venant de l'intérieur du crâne, les polypes développés dans les fosses nasales et les tumeurs beaucoup plus nombreuses de diverse nature qui ont pris naissance dans le sinus maxillaire.

eczéma était accompagné d'une inflammation assez vive et d'un flux séreux très abondant. Pendant toute la durée de cette éruption dartreuse, l'état général était beaucoup meilleur ; l'appétit, ordinairement languissant, s'était réveillé ; les digestions étaient plus faciles.

Au bout de quatre à cinq mois environ, l'eczéma disparut en quelques jours, et presque aussitôt la face rougit, se tuméfia, se couvrit de vésicules ; la peau se fendilla en plusieurs points, et le flux séreux qui avait lieu par la jambe se trouva ainsi avoir pour siége toute l'étendue de la face. Un traitement dépuratif, l'emploi topique d'une poudre d'amidon et de camphre firent en trois semaines justice de cette nouvelle éruption, et la malade se trouva débarrassée pendant deux autres mois. Mais alors, peut-être à l'occasion d'une suppression des menstrues par cause morale, l'eczéma reparut derrière les oreilles, d'où il gagna le cou. Cette nouvelle invasion dura douze à quinze jours, et depuis lors, pendant près d'un an, l'éruption a paru à peu près périodiquement tous les mois ; puis, après un calme de quelques mois, la jambe fut de nouveau envahie : c'est alors (7 avril 1853) que la malade entra à Saint-Louis. L'inflammation et la sécrétion étaient très considérables. La tisane purgative au séné, des bains d'amidon, des cataplasmes de fécule finirent par triompher des accidents. Au bout de trois semaines, l'éruption disparut, mais pour se porter sur la face antérieure de la poitrine, qu'elle abandonna après deux septénaires pour gagner la jambe, puis remonter au visage et redescendre de nouveau sur le membre inférieur, toujours du côté gauche. Enfin tout paraissait terminé, et le 6 juillet la malade demanda et obtint sa sortie.

Mais un nouvel ordre de phénomènes allait se manifester. Le jour même de la sortie, il y eut du malaise, de la céphalalgie, du dégoût pour les aliments, des frissons, de la chaleur à la peau ; la nuit fut très agitée. De la douleur et une cuisson assez vive se manifestèrent en plusieurs points sur le bras et l'avant-bras du côté gauche, et là existaient de petites plaques rouges qui, dans le courant de la journée, se couvrirent de grosses vésicules remplies de sérosité citrine, lesquelles, en se réunissant, formèrent des bulles semblables à celles que l'on obtiendrait de la poudre de cantharide, de la grosseur d'une grosse noisette environ, et assez irrégulières dans leur contour. Le 11, la malade rentrait à l'hôpital atteinte de l'affection que nous venons de décrire, et qu'il ne fut pas difficile de reconnaître pour un *pemphigus*. Depuis lors, ce pemphigus a suivi une marche toute particulière : tous les deux ou trois jours il se formait à la surface du bras ou de l'avant-bras deux ou trois nouvelles bulles. Malgré toutes les précautions pour éviter la déchirure de ce soulèvement épidermatique, l'épiderme se rompait, le liquide s'épanchait, et sur le derme excorié il se formait des croûtes larges et minces, quelquefois détachées par une légère suppuration, après laquelle l'épiderme se reproduisait. La durée de ce travail de guérison partielle était d'environ huit, dix ou douze jours. Quand la bulle ne se déchirait pas, la sérosité était résorbée, l'épiderme retombait sur la surface qu'il avait abandonnée, et la guérison était plus rapide. A ces différentes bulles succède une tache brunâtre qui permet de reconnaître pendant assez longtemps encore la place où les soulèvements épidermatiques ont eu lieu ; et ici, comme dans le zona, une douleur assez vive persiste pendant douze à quinze jours dans les points où les bulles se sont élevées.

Vers les premiers jours du mois d'août, le bras a été abandonné par le pemphigus, qui s'est porté à la face interne de la cuisse gauche, où de petites éruptions successives ont eu lieu et persistent encore aujourd'hui 30 août.

Cette observation est remarquable à plus d'un titre. Et d'abord, notons cette mobilité de l'affection essentiellement dartreuse dont cette malade a été attaquée (l'eczéma), et qui se portait avec tant de facilité des parties inférieures aux parties supérieures, pour redescendre ensuite à celles-là. Puis, après la guérison, cette éruption de pemphigus, qui pourrait passer pour une rétrogradation de la maladie ; en d'autres termes, le passage d'une forme essentiellement chronique, tenace et constitutionnelle, à une forme plutôt aiguë, locale et plus facilement curable ; après ce pemphigus, la malade sera-t-elle débarrassée de toute affection cutanée ? Cela est au moins douteux pour qui connaît la persistance de ces maladies, la facilité avec laquelle elles changent de forme, quittant une apparence grave pour en revêtir une plus légère, et réciproquement ; manifestant, en un mot, cette disposition spéciale qui constitue la diathèse.

Un mot maintenant sur le traitement que conseille M. Hardy dans la forme aiguë du pemphigus. Il faut surtout s'attacher à éviter la rupture des bulles. Pour cela, quand elles sont très volumineuses on les piquera avec la pointe d'une lancette, de manière à faire écouler le liquide sans que le derme se trouve mis à nu, comme on le fait pour le pansement d'un vésicatoire volant. Il faut bien se garder d'appliquer des cataplasmes, d'employer des lotions émollientes et des bains. On enduira les parties malades d'une couche d'huile d'olives et d'amandes douces avec les barbes d'une plume, et on saupoudrera d'une couche d'amidon pulvérisé. Quelques boissons émollientes ou rafraîchissantes, suivant les individus ; quelques purgatifs et un régime modéré complètent le traitement.

Choléra des doigts.

Nous lisons dans le *Compte rendu de la Société de médecine de Toulouse* :

« Les mégissiers d'Annonay, selon M. Armieux, et sans doute les mégissiers de tous les pays, sont sujets à des maladies des doigts qui ne sont point décrites dans les auteurs.

» La première consiste en une ecchymose qui envahit la partie interne des doigts là où l'épiderme est très mince. Cette ecchymose, qui a un aspect noirâtre, dure ainsi plusieurs mois sans être bien pénible ; plus souvent la peau s'ulcère, et alors l'ouvrier éprouve des souffrances atroces par le contact des surfaces saignantes avec la chaux, dont il est impossible de se passer pour préparer les peaux. Quelques jours de repos et l'application d'un corps gras suffisent ordinairement pour guérir cette maladie, mais elle récidive souvent quand l'ouvrier s'expose de nouveau à la cause qui l'a produite, le contact permanent avec l'eau de chaux. Les mégissiers appellent ce mal *choléra des doigts*.

» La seconde maladie est nommée par eux *rossignol*, parce qu'elle est encore plus douloureuse et qu'elle leur fait jeter des cris de douleur. Elle consiste en un petit trou qui se forme à l'extrémité de la pulpe des doigts ; ce trou, qui paraît être capillaire, est dû à l'amincissement de la peau corrodée par la chaux. Il y a exsudation de gouttelettes de sang, communication de l'air avec les papilles nerveuses et douleurs atroces. Les ouvriers continuent leur métier malgré cela, et n'en éprouvent pas de conséquences fâcheuses. Le mal disparaît sans médication aucune, par la simple suspension du travail.

» Si les ouvriers, dit en terminant M. Armieux, voulaient s'astreindre à porter des gants huilés, il est probable qu'ils s'affranchiraient de ces désagréables accidents. Je les ai conseillés ; on m'a répondu invariablement : « ce n'est par l'habitude, » tant il est vrai que la routine est le plus terrible et le plus incurable de tous les maux. »

CLINIQUE ÉTRANGÈRE.

M. le professeur MICHAUX, de Louvain (Belgique).

Résections de la mâchoire supérieure.

Le fait remarquable d'opération de polype naso-pharyngien par M. Nélaton, que nous avons publié dans notre numéro du 13 janvier 1853, et la discussion récente qui a eu lieu dans le sein de la Société de chirurgie sur la résection du maxillaire supérieur pour la destruction des polypes de ce genre, ont fourni à M. Michaux l'occasion d'un mémoire sur ce sujet que notre honorable et habile confrère veut bien nous adresser. Ce mémoire, communiqué à l'Académie de médecine de Belgique, contient vingt-cinq observations dont nous extrayons deux seulement, en les faisant suivre du résumé présenté par l'auteur.

Depuis la publication de la lettre chirurgicale de M. Gensoul, beaucoup de chirurgiens ont pratiqué l'ablation du maxillaire supérieur. J'ai fait le premier, en Belgique, cette extirpation le 27 juin 1840.

MM. Heyfelder et Maisonneuve ont poussé la hardiesse plus loin : ces chirurgiens ont enlevé les deux maxillaires supérieurs à la fois (nous avons publié ces faits en 1850 et 1851).

L'os maxillaire supérieur a été extirpé pour des maladies de la mâchoire supérieure qui avaient leur origine soit dans la substance osseuse, soit dans le périoste, soit dans les gencives, soit dans l'intérieur du sinus. La résection partielle ou totale de cet os a aussi été faite pour détruire des polypes naso-pharyngiens.

Depuis peu, la Société de chirurgie de Paris s'est occupée surtout de deux points relatifs à la résection du maxillaire supérieur : elle a discuté la nécessité d'enlever une portion plus ou moins étendue de cet os dans le but de détruire des polypes étrangers au sinus maxillaire, et ce corps savant a aussi examiné les différents temps de la résection. C'est de ces deux points que je vais entretenir l'Académie ; je terminerai mon travail en faisant connaître mon procédé pour l'ablation de l'os malaire.

Résection de l'os maxillaire supérieur dans le but de détruire les polypes naso-pharyngiens.

Tous les chirurgiens sont d'accord qu'il est parfois nécessaire de faire une résection partielle de la mâchoire supérieure pour détruire des polypes naso-pharyngiens ; mais beaucoup d'entre eux contestent la nécessité d'enlever, dans ce but, le maxillaire supérieur en totalité. Ayant fait deux fois cette dernière ablation pour des polypes naso-pharyngiens, je vais exposer comment j'ai été conduit à entreprendre une opération préalable aussi grave.

En 1840, je fis des recherches sur la résection de la mâchoire supérieure, et je trouvai que M. Flaubert fils (de Rouen) avait enlevé, le 13 avril 1840, l'os maxillaire supérieur en totalité pour une affection indépendante de cet os. Cette opération fut faite pour un polype adhérent largement des deux côtés à l'aile interne des apophyses ptérygoïdes, à la plus grande partie de la face droite de la cloison des fosses nasales, qu'il avait fortement rejetée vers la paroi externe du côté opposé, en haut à l'ethmoïde et au corps du sphénoïde, en arrière à la paroi postérieure du pharynx. Cette tumeur, de nature fibreuse, avait été attaquée par M. Flaubert père, à trois reprises différentes, par la ligature. La voûte palatine, réduite à l'état de membrane, et le voile mobile du palais avaient été incisés lors de la troisième tentative, dans le but de favoriser la ligature.

OBS. I. — *Polype de la partie supérieure du pharynx, s'insérant à la base du crâne, aux premières vertèbres cervicales et à la voûte palatine, et s'engageant dans les sinus sphénoïdaux et la fosse nasale gauche. — Ablation de l'os maxillaire supérieur. — Destruction du polype par arrachement ; excision et cautérisation. — Guérison datant de cinq ans et trois mois.*

Jean Verheyde, âgé de dix-huit ans, cultivateur, demeurant à Boortmeerbeck, tempérament nervoso-sanguin ; conformation physique sans défaut, mais peu virile. La famille du malade, qui est nombreuse, jouit d'une très bonne santé ; ses parents vivent encore et sont très bien portants. Aucun de ses proches n'a présenté une maladie semblable à la sienne.

Il y a eu trois ans au mois d'avril 1847 qu'il s'aperçut pour la première fois que son nez était comme fermé ; la respiration ne pouvait se faire que difficilement par les fosses nasales : le malade compare cet état à celui qui existe quand un coryza bouche les narines. Après quelque temps, la fosse nasale gauche parut seule obstruée. Il resta dans cet état, sans grande incommodité, pendant une année. Vers cette époque, il consulta un médecin, qui constata l'existence d'une tumeur dans la fosse nasale gauche ; cette exploration fit perdre beaucoup de sang au malade, la tumeur saignant par le moindre contact. Il se sentit cependant soulagé, une congestion habituelle vers la tête s'étant en grande partie dissipée à la suite de cette perte de sang. Quelque temps après, on essaya l'extraction du produit morbide par arrachement. La tumeur fut saisie par la narine gauche ; une partie fut emportée et quelques autres excisées avec des ciseaux. Ces tentatives furent encore suivies de l'écoulement de beaucoup de sang. Cependant l'excroissance morbide ne tarda pas à reprendre son volume primitif. Le malade s'adressa de nouveau à plusieurs chirurgiens, qui, vu la gravité du mal, lui conseillèrent de recourir à des mains plus exercées ; ils firent néanmoins encore quelques essais infructueux d'arrachement.

Le malade entra à l'hôpital de Louvain vers la fin du mois de mai 1847. Je lui fis subir une première opération dans le courant du mois de juin : le voile mobile du palais fut fendu vers son milieu, et l'on excisa, arracha et cautérisa de la tumeur tout ce qui était accessible, tant par la bouche que par la narine. Une seconde tentative semblable fut pratiquée vers la fin de juillet. Le malade se trouva soulagé, se retira dans sa famille ; mais le mal ne tardant pas à reparaître, il revint de nouveau dans mon service, et voici quel était alors (13 novembre 1847) l'état de la maladie :

La tumeur ne gêne nullement le malade et ne lui fait éprouver aucune douleur ; sa santé générale n'a pas souffert la moindre atteinte. L'extérieur de la face est régulier ; la région maxillaire supérieure gauche est peut-être un peu plus saillante que celle du côté opposé. Dans la fosse nasale gauche, à peu de distance de son ouverture antérieure, se présente une masse charnue d'un aspect bleuâtre et livide. Une sonde de femme la dépasse librement du côté interne ; elle passe également vers la partie inférieure et supérieure de la paroi externe de la fosse nasale, mais elle est arrêtée vers le milieu de la paroi externe et inférieure. Le petit doigt, introduit dans la narine, rencontre un corps charnu, élastique, assez dur, adhérent du côté externe, peu mobile et remplissant à peu près toute la cavité, déprimant même la cloison du nez vers le côté droit.

Par la bouche, on aperçoit, dans l'espace libre que laisse le voile du palais divisé, une masse charnue, déformée, irrégulière, légèrement ulcérée en deux ou trois points ; cette tumeur est dure, élastique, fixe, peu douloureuse et peu saignante. Avec le doigt profondément introduit, on circonscrit sa partie inférieure, composée de deux lobes et s'étendant dans les deux tiers du pharynx. Elle est adhérente vers la partie postérieure et supérieure de l'arrière-bouche et, à gauche, vers la partie postérieure de la voûte palatine jusque vers l'apophyse ptérygoïde. On sent encore la narine postérieure gauche, qui est beaucoup rétrécie ; la narine postérieure droite est libre, ainsi que les parties qui l'environnent. D'après cela, le polype s'insérait :

1° En haut, à l'apophyse basilaire, aux sinus sphénoïdaux, dans lesquels il s'engageait, et aux parties voisines de la base du crâne ;

2° En avant, à la partie postérieure de l'os palatin du côté gauche ;

3° En arrière, au corps des premières vertèbres cervicales ;

4° Enfin, en dehors et à gauche, aux deux tiers supérieurs de la face interne de l'apophyse ptérygoïde.

La tumeur descendait dans le pharynx à la profondeur d'un pouce et demi, et remplissait presque en entier la fosse nasale gauche.

Après avoir bien examiné mon malade avec mes collègues MM. Baud et Craninx, et après avoir fait différentes études sur le cadavre dans le but de conserver la voûte palatine et le plancher de l'orbite, j'acquis la conviction qu'il n'y avait qu'un seul moyen de détruire le mal jusque dans ses dernières racines ; c'était de me créer un chemin large et direct vers la base du crâne et la partie supérieure du pharynx, par ablation de l'os maxillaire supérieur gauche. La profondeur et le nombre des insertions rendaient complétement impossible la destruction de l'excroissance polypeuse par les ouvertures naturelles ou par une résection *partielle* du maxillaire, dont j'avais essayé sur le cadavre toutes les variétés possibles ; je montrai à mes collègues les essais que j'avais tentés, et ils adoptèrent ma conclusion. Je proposai donc une nouvelle opération au jeune Verheyde, qui l'accepta sans hésitation ;

Ce premier point éclairci, nous passons aux tumeurs propres de l'orbite, que l'auteur divise en deux sections : celle des parois et celles de la cavité orbitaire elle-même.

Les premières peuvent être de deux sortes : ou elles se développent sur toutes les parois indistinctement, les périostites, par exemple, spécifiques ou non, les exostoses, ou syphilitiques encore, ou suite d'une violence extérieure (disons que les premières nous semblent devoir être les plus fréquentes), le cancer, etc., toutes affections à l'occasion desquelles M. Demarquay examine les indications thérapeutiques et détermine le rôle que peut et doit jouer la médecine opératoire dans leur traitement.

La seconde sorte de tumeurs des parois orbitaires comprend celles qui ont leur origine dans une maladie des sinus frontaux ; leur nombre est assez restreint. Ce sont des collections purulentes suite d'inflammation de la muqueuse du sinus, des hydropisies, des kystes, des polypes. Tout en admettant le rationalisme de la division établie ici par l'auteur, nous ne pouvons nous empêcher de n'être point de son avis quant à la nécessité de faire deux chapitres de ces deux sortes de tumeurs des parois. Il nous eût semblé bien suffisant de faire deux articles de ce chapitre. Leur distinction n'en eût pas moins été manifeste, et l'on eût mieux saisi les rapports d'analogie qui existent entre elles.

Viennent enfin les tumeurs développées dans la cavité orbitaire elle-même, et que M. Demarquay range sous les dix chefs suivants : Phlegmons, Abcès, Hypertrophie du tissu cellulaire, Tumeurs sanguines, Kystes, Lipomes, Cancer, Tumeurs gazeuses, Névromes, Tumeurs gommeuses. Dans l'impossibilité où nous sommes de suivre l'auteur dans les détails de ces différents articles, nous nous bornons à recommander à l'attention les articles Tumeurs sanguines, Kystes, Tumeurs gazeuses, qui nous ont paru contenir le plus grand nombre de faits intéressants.

Dans une onzième section sont réunies les tumeurs de la glande lacrymale considérées à part, et dont les affections, examinées par l'auteur, sont au nombre de quatre : l'hypertrophie, l'inflammation et les abcès, les kystes et le cancer.

Le travail entier se termine par des considérations générales sur les causes, les symptômes, le diagnostic, la marche, le pronostic et le traitement de toutes ces tumeurs. N'oublions pas de dire qu'à l'occasion de chacune des maladies dont il est question dans les chapitres que nous venons de passer en revue, le traitement particulier est examiné et discuté sévèrement, que M. Demarquay pèse soigneusement les raisons qui militent en faveur de chacune des opinions qui se présentent, et donne, autant qu'il lui est possible, des exemples pour appuyer sa propre opinion déduite de l'observation des faits.

Comme historique, comme recueil de faits intéressants, le livre de M. Demarquay n'a pas une moindre valeur. Il révèle un homme auquel les matières qu'il a abordées sont familières, dont l'érudition est étendue, et la façon dont il les analyse, dont il les commente, prouve qu'il n'est pas seulement un théoricien, mais qu'il possède à un égal degré le tact du véritable praticien.

Dr A. FOUCART.

---

je la pratiquai le 1er décembre 1847, assisté de MM. les professeurs Craninx et Vankempen.

Je fis d'abord une incision verticale, depuis la racine du nez jusqu'au milieu de la lèvre supérieure, divisée ainsi dans toute sa hauteur. Cette incision s'éloignait un peu à gauche de la ligne médiane, et ainsi la cloison du nez se trouva conservée du côté droit. Je disséquai ensuite le lambeau en le renversant du côté gauche, pour mettre tout l'os maxillaire supérieur à nu. Les diverses articulations de cet os étant à découvert, et la dent incisive moyenne et supérieure ayant été arrachée du côté gauche, je détruisis avec le ciseau et le maillet les différentes synarthroses de la mâchoire supérieure. L'os fut ébranlé et emporté en moins de cinq minutes. On aperçut alors au fond de la fosse buccale la face antérieure du polype; il avait plus d'un pouce et demi depuis son bord inférieur jusqu'à son insertion à la base du crâne, et il occupait transversalement plus de la moitié de la largeur du pharynx. Alors je saisis avec la main la partie libre de l'excroissance; et je tentai de l'enlever, en combinant les efforts d'arrachement avec un mouvement de torsion. Je ne parvins cependant à ramener que des lambeaux détachés de la masse principale. Des pinces de Museux, dont je me servis ensuite, n'arrachaient que des fragments peu volumineux, labourant à chaque tentative d'extraction la substance du polype. Plusieurs pinces à polype employées à la fois, afin d'avoir plus de prise sur le tissu morbide en le tordant, ne furent pas plus utiles; la plupart se faussèrent sous l'effort. Au moyen de ciseaux à branches allongées, plusieurs portions considérables furent excisées au fond de la gorge. Enfin, des érignes, des pinces à polype amenèrent peu à peu le reste du tissu pathologique. Par suite de ces diverses opérations, l'artère maxillaire interne du côté gauche avait été ouverte. Une ligature fut aussitôt portée sur le vaisseau lésé pendant qu'un aide comprimait l'artère carotide, et l'écoulement du sang fut bientôt suspendu.

Cependant, des espèces de racines restaient encore sous forme de fibrilles nacrées et flottantes, insérées sur la partie latérale interne de l'apophyse ptérygoïde et sur plusieurs endroits de la base du crâne. Ces racines se divisaient en petits fils, très difficiles à saisir et extrêmement adhérents. Néanmoins, la plus grande partie du mal était détruite; on voyait la base du crâne dénudée dans une grande étendue; les deux sinus sphénoïdaux avaient été ouverts pour y détruire les insertions polypeuses, qui s'étendaient jusque dans leur cavité. Ainsi, une mince lamelle osseuse séparait les instruments de la cavité crânienne. Enfin, par un travail pénible, toutes les parties visibles du mal furent enlevées. L'opération durait depuis près d'une heure; le malade étant très fatigué et affaibli, on remit la cautérisation au lendemain. La plaie fut réunie provisoirement, et on plaça le malade au lit dans un état d'épuisement syncopal dont il fut assez difficile de le tirer; cependant une potion excitante ranima un peu ses forces. Il souffrit surtout de la tête, et des élancements douloureux se firent sentir dans l'œil gauche. Le jour suivant la plaie fut découverte. De nouveaux essais ayant été faits pour enlever les dernières parcelles du tissu morbide, la ligature placée la veille fut tiraillée et lâcha prise. Une assez grande quantité de sang jaillit dans le fond de la plaie. J'eus assez de peine pour arrêter l'hémorrhagie; j'y parvins cependant en exerçant une compression provisoire sur la carotide primitive et en portant plusieurs cautères sur la plaie. D'autres cautères chauffés à blanc furent promenés dans la gorge et sur la voûte du pharynx avec assez de légèreté pour ne pas entamer les os qui formaient la cavité du crâne. Le tissu morbide fut ainsi détruit jusque dans ses dernières racines. La plaie extérieure fut un peu rafraîchie, et on la réunit au moyen de la suture entortillée.

Aucun accident ne se déclara. La fièvre traumatique fut modérée; il persista seulement un certain mal de tête et des élancements dans l'orbite gauche. La troisième nuit après l'opération, le malade jouit déjà d'un sommeil assez prolongé. Vers le cinquième jour, la plaie de la face fut en grande partie réunie; on ôta quelques épingles et on les remplaça par des bandelettes adhésives.

Les premiers jours après l'opération, la déglutition fut très difficile et la prononciation pour ainsi dire impossible. Les eschares commencèrent à se détacher vers le quinzième jour, et les dernières ne tombèrent qu'environ six semaines après l'opération. Il n'y eut aucune suite fâcheuse; la grippe et une légère otite externe tourmentèrent quelques jours le malade, qui fut bientôt totalement rétabli. Quinze jours environ après l'opération, deux parcelles osseuses se sont détachées de la paroi antérieure de l'os maxillaire supérieur droit, à l'endroit où il était articulé avec celui de l'autre côté. Vers la même époque, une grande partie de la masse latérale gauche de l'ethmoïde est tombée; plus tard de petits séquestres se séparèrent de l'apophyse ptérygoïde gauche. Le bourgeonnement des tissus du pharynx s'est fait régulièrement, et la muqueuse s'est reproduite à peu près sur tous les points. Des espèces de bourgeons plus élevés et suspects s'étant produits dans les sinus sphénoïdaux, je les ai détruits avec le doigt et j'ai cautérisé plusieurs fois cette surface avec du nitrate acide de mercure.

Le tissu de l'os maxillaire enlevé était considérablement rétréci par la pression de la tumeur sur la paroi interne. La production pathologique enlevée par l'opération est du tissu fibro-élastique; elle est dure, blanchâtre, filamenteuse, élastique; sous le microscope, elle représente un lacis de fibres assez minces, ondulées, à contours bien marqués, s'anastomosant ensemble, et ressemblant beaucoup au tissu jaune élastique. Ces fibres sont peu altérées par l'acide acétique; le tissu qu'elles constituent renferme peu de vaisseaux; il n'y a pas de nerf. La muqueuse qui la recouvre est épaissie et paraît plus vasculaire que dans l'état ordinaire. Ce tissu a des analogies assez marquées avec le périoste et surtout avec le tissu fibro-plastique que l'on trouve au-devant de la colonne vertébrale et sur la base du crâne.

Le 29 janvier 1848, deux mois après l'opération, je montrai mon malade à l'Académie de médecine. Il se portait parfaitement bien et commençait à reprendre tout son embonpoint. Cependant plusieurs fonctions avaient plus ou moins souffert : l'ouïe était à peu près perdue dans l'oreille gauche, ce qui dépendait sans doute de la destruction et de l'oblitération du canal d'Eustache. La phonation était considérablement gênée, surtout pour ce qui regardait les sons gutturaux. L'odorat et le goût étaient bien conservés : cependant la cloison des fosses nasales était encore déviée à droite, et le passage de l'air par la narine correspondante était difficile. La face était peu défigurée : outre la cicatrice linéaire sur la ligne médiane, on ne voyait qu'une légère déviation de la lèvre supérieure et du nez; la joue gauche était un peu plus affaissée que la joue droite.

Le 28 juillet 1849, dix-huit mois après l'opération, je ramenai mon opéré à l'Académie pour faire constater par mes collègues, qui avaient encore des doutes lors de la première présentation, sur une guérison radicale. A cette époque toute la plaie était tapissée par une muqueuse de nouvelle formation, et on remarquait dans son fond le sinus sphénoïdal ouvert et sur le côté externe l'ouverture de la trompe d'Eustache.

Le jeune homme s'était beaucoup fortifié depuis l'opération et sa constitution était bonne.

Je vois assez souvent mon opéré; il jouit toujours d'une santé parfaite.

M. Bosmans, secrétaire communal de Boort-Meerbeck, m'informe par une lettre du 24 février 1853 que le nommé Verheyde est radicalement guéri.

Quels sont les motifs qui m'ont décidé à enlever l'os maxillaire supérieur pour détruire le polype?

J'avais d'abord pensé qu'à l'aide de la division verticale du voile mobile du palais je pourrais parvenir à opérer la destruction de la maladie en combinant les trois méthodes opératoires : l'arrachement, l'excision et la cautérisation. Ces méthodes ayant été pratiquées à deux reprises, le malade se retira dans sa famille. Mais, la tumeur n'ayant pas tardé à se reproduire et faisant des progrès, il rentra à l'hôpital. Je l'examinai alors avec attention de concert avec mes collègues MM. Baud et Craninx. Je cherchai à bien déterminer les insertions du polype. Je me rappelai les cas de Bouvier et des deux Stas. Je fis des études multipliées et consciencieuses sur le cadavre; je relus l'observation de M. Flaubert fils. En analysant tous ces éléments, je conclus qu'il n'y avait qu'un seul moyen de détruire le mal jusque dans ses dernières racines : c'était de se tracer un chemin large et direct vers la base du crâne et la partie supérieure du pharynx. Une résection partielle aurait été insuffisante pour arriver à toutes les insertions du polype; nos essais l'avaient démontré, et l'opération est venue confirmer entièrement cette opinion; car, après avoir enlevé tout le maxillaire, j'éprouvai les plus grandes difficultés pour arracher le polype, et toutes les personnes qui assistaient à l'opération purent se convaincre que toute autre opération aurait été incomplète. Le mal serait encore revenu ou plutôt il n'aurait pas été détruit, et il est probable que le jeune Verheyde aurait eu le même sort que les sujets des deuxième et troisième observations.

Certes l'opération préalable était grave; mais fallait-il laisser mourir ce garçon, du reste bien portant, soit par asphyxie, soit par inanition, soit par compression cérébrale? Car, comme on a dû le remarquer, le polype bouchait déjà en grande partie les voies aériennes et digestives, et il s'insérait sur une assez grande surface de la base du crâne. Il était impossible de prévoir la direction et l'étendue de la migration ultérieure de cette tumeur, qui faisait des progrès rapides.

D'autre part, j'avais déjà à cette époque pratiqué sept fois l'extirpation de la mâchoire supérieure sans avoir à regretter la perte d'aucun de mes opérés.

Ces considérations me décidèrent à proposer une nouvelle opération à mon malade, qui, appréciant sa position, l'accepta sans hésiter.

Le 16 juillet 1851, je fis une deuxième fois l'ablation totale du maxillaire supérieur pour détruire un polype naso-pharyngien. Voici l'histoire de ce fait :

OBS. II. — *Polype fibreux naso-pharyngien s'insérant aux quatre premières vertèbres cervicales, à l'apophyse basilaire, à la face latérale droite du pharynx, à l'ouverture postérieure des fosses nasales et dans leur cavité, et s'engageant dans le sinus sphénoïdal. — Ablation du maxillaire supérieur; arrachement, cautérisation du polype; guérison datant d'un an et sept mois et demi.*

Louis L'Heureux, âgé de vingt-deux ans, né et domicilié à Orp-le-Grand, plafonneur, très lymphatique, avait toujours joui d'une bonne santé, lorsque, vers le mois de janvier 1850, il s'aperçut en prenant du tabac qu'il n'en entrait presque plus dans la narine droite. Il constata que l'air passait difficilement par cette cavité et aussi il était continuellement enchifrené.

Il n'y avait dans sa famille aucune prédisposition héréditaire au développement d'une maladie semblable à celle dont il était affecté. Son père, sa mère, ses frères et ses sœurs, au nombre de douze, jouissaient tous d'une santé parfaite.

Les symptômes du côté de l'appareil respiratoire augmentèrent, et bientôt il ne passa plus d'air par la fosse nasale droite. La respiration fut plus gênée. Ces symptômes éveillèrent l'attention de L'Heureux; il alla consulter un médecin, qui lui conseilla de faire usage de pommades et des injections. Malgré ces moyens le mal empira; la respiration devint tout à fait impossible; l'olfaction fut abolie; de temps en temps, il s'écoulait des narines un liquide mucoso-purulent, fétide. Les yeux devinrent larmoyants. La déglutition et la parole furent gênées, le palais devint le siége de douleurs.

Vers le commencement du mois de mai 1851, le malade, ayant remarqué qu'il se développait une tumeur à la voûte palatine, consulta un autre médecin, qui reconnut un polype des fosses nasales, dont il arracha des morceaux en plusieurs séances. L'Heureux s'adressa à un médecin de Louvain, praticien très répandu et qui passe pour habile opérateur; celui-ci déclara le mal incurable. Enfin, M. le docteur Baugniet (de Jodoigne) eut occasion de faire voir le malade à M. le professeur Craninx; ce collègue engagea L'Heureux à entrer dans mon service, ce qu'il fit le 20 juin 1851. A cette époque, on remarquait les symptômes suivants :

L'embonpoint assez bien conservé, les joues légèrement coloriées; les yeux, surtout le droit, proéminents, un peu injectés et larmoyants. On sent sur le plancher de l'orbite, près de l'angle interne de l'œil, une tumeur dure de la grosseur d'une noisette. Le nez est plus saillant du côté droit que du côté gauche. En explorant les fosses nasales, on distingue dans la droite une tumeur de couleur livide, dure, indolore et qui saigne quand on la touche avec une sonde de femme. La fosse nasale droite est complétement bouchée. On voit aussi dans la narine gauche une tumeur plus petite et située plus profondément, mais d'un aspect semblable à celle de la narine droite. La cloison est déjetée à droite, et on ne peut traverser aucune des fosses nasales avec un stylet. Le passage de l'air y est complétement interrompu, le malade ne respire plus que par la bouche. Un mucus purulent assez abondant s'écoule des fosses nasales.

Vers le milieu de la voûte palatine, il existe une tumeur arrondie de la grosseur d'une noix, à large base, se confondant par son pourtour avec le palais; indolore, molle, élastique, comme fluctuante. Le voile mobile est déprimé et présente au doigt une résistance assez prononcée, surtout du côté droit.

Le toucher par la bouche fait reconnaître au-dessous du voile du palais une tumeur bosselée, saignant facilement. Je m'assure par une exploration minutieuse faite en plusieurs séances que la tumeur est très dure, qu'elle remonte jusqu'à la base du crâne, où elle me paraît adhérente; il est bien évident qu'elle est attachée aux corps de plusieurs vertèbres cervicales supérieures; elle bouche complétement l'ouverture postérieure des fosses nasales; elle s'étend sur la face latérale du pharynx et paraît avoir des insertions vers l'orifice de la trompe d'Eustache; enfin, elle semble se prolonger du côté de la fosse zygomatique.

La voix est nasillarde, la déglutition et la respiration sont gênées; l'ouïe est diminuée du côté droit; aussi depuis quelques jours le malade souffre de cette oreille. Aucun ganglion sous-maxillaire n'est engorgé.

Le 30 juin, la tumeur de la bouche s'est ulcérée en quatre endroits différents.

Dans la nuit du 7 au 8 juillet, il s'est déclaré une forte hémorrhagie; le vase de nuit était rempli de sang et L'Heureux avait eu une syncope.

Le 8 au matin, je trouve le malade faible et très abattu; le pouls était fréquent, petit et dépressible. Je prescrivis de la limonade sulfurique et j'ordonnai le repos, un air frais et un régime peu abondant, composé d'aliments froids. Peu à peu le jeune homme reprit des forces et du courage, il me parut que le moment était arrivé d'agir, si toutefois on voulait le faire, car à chaque instant l'hémorrhagie pouvait se reproduire. Mais à quelle méthode opératoire fallait-il avoir recours? J'avais affaire à un polype naso-pharyngien bouchant les fosses nasales, soulevant le plancher de l'orbite à droite, se prolongeant dans la fosse zygomatique, remontant jusqu'à la base du crâne, s'insérant aux corps des vertèbres cervicales et sur la face latérale droite du pharynx. En un mot, j'avais affaire à un polype fibreux, à prolongements multiples, à insertions nombreuses, et qui avait fourni une hémorrhagie grave. L'expérience que j'avais acquise, et par l'observation attentive des faits que j'ai rapportés, et par des réflexions profondes, et par des études consciencieuses, me fit prononcer qu'il n'y avait qu'une seule manière de débarrasser le jeune L'Heureux de son polype; c'était d'extirper préalablement le maxillaire supérieur. Le succès complet obtenu chez Verheyde, dont le cas pathologique avait tant de ressemblance avec celui de L'Heureux, m'engageait à entreprendre l'opération chez ce dernier.

Le 16 juillet donc, assisté de mes collègues MM. les professeurs Craninx, Hubert et Haan, entouré d'un grand nombre d'élèves, j'exécutai d'emblée mon projet. Je mis le maxillaire à nu par une simple incision, pratiquée sur la ligne médiane de la face; je désarticulai cet os avec la gouge et le maillet, en conservant une partie de son apophyse montante et l'os malaire. L'ablation du maxillaire mit très bien le polype à nu; il avait à peu près le volume d'un gros œuf de poule. Cette tumeur occupait toute la partie postérieure des fosses nasales et la partie supérieure du pharynx. Elle avait des attaches à l'apophyse basilaire, aux quatre premières vertèbres cervicales, sur la face latérale droite du pharynx, sur l'ouverture postérieure et dans les cavités des fosses nasales. La tumeur avait donc les insertions que j'avais cru reconnaître avant l'opération.

J'arrachai, ou plutôt j'énucléai la plus grande partie de la tumeur avec les doigts et les ongles; la portion attachée à la colonne vertébrale fut excisée et arrachée avec des pinces; la plaie étant bien nettoyée, j'éteignis six cautères chauffés à blanc sur les points d'insertion. Je passai légèrement un cautère dans le sinus sphénoïdal qui était ouvert, le polype l'ayant probablement envahi. L'ablation du maxillaire, l'extirpation du polype, la cautérisation de la plaie furent l'affaire de douze minutes. Je réunis la plaie de la face par la suture entortillée.

Le sujet a bien supporté l'opération, qui n'a été interrompue par aucun accident. L'opération terminée, le malade se mit au lit. On lui recommanda la tranquillité du corps et de l'esprit; une potion calmante, des gargarismes et des fomentations d'eau froide sur la joue droite furent prescrits.

Depuis l'opération jusqu'à ce que le malade est sorti de l'hôpital, il n'est rien survenu d'extraordinaire. Quatre jours après l'opération, j'enlevai les épingles; la plaie était bien réunie, excepté un petit point sur le dos du nez, et sur lequel j'appliquai du collodion.

L'Heureux est sorti de l'hôpital le 17 septembre 1851.

Il est revenu plusieurs fois à notre consultation gratuite. Ayant remarqué vers le sinus sphénoïdal un bourgeonnement suspect, je l'enlevai avec les doigts et au moyen d'une spatule, et je cautérisai avec du nitrate acide de mercure. Le malade ne voulut à aucun prix consentir à l'emploi de la cautérisation actuelle. J'écrivis touchant ce jeune homme à M. le docteur Wauthier (d'Orp-le-Grand); ce confrère ainsi que le docteur Renson cautérisèrent souvent les endroits de l'arrière-bouche où il leur paraissait se faire un bourgeonnement polypeux.

M. le docteur Wauthier m'écrivit, le 11 février 1853, que Louis L'Heureux jouissait de la meilleure santé, qu'il avait repris son état de plafonneur et qu'il n'existait plus aucune trace du polype naso-pharyngien.

RÉSUMÉ. — 1° Le premier, en Belgique, j'ai pratiqué l'extirpation du maxillaire supérieur; c'était le 27 juin 1840.

2° Les résections de la mâchoire supérieure sont indiquées pour des maladies propres de cette partie ou pour des maladies qui lui sont étrangères; par exemple, pour des polypes naso-pharyngiens.

3° Les résections partielles de la mâchoire supérieure, pratiquées dans le but de faciliter la destruction d'un polype naso-pharyngien, ne doivent pas être mises en parallèle avec l'ablation totale du maxillaire supérieur; l'une et l'autre de ces résections ont leurs applications.

4° Les résections partielles du maxillaire, et particulièrement celle de la voûte palatine, faites dans le but de détruire un polype naso-pharyngien, doivent être préférées à l'extirpation totale, chaque fois que ces résections créent une voie suffisante pour attaquer le polype jusque dans ces derniers retranchements. C'est la conduite que j'ai tenue en 1843 chez Bouvier, à qui j'ai enlevé l'os propre du nez et l'apophyse montante du maxillaire, et aussi chez Stas, auquel j'ai réséqué, en 1845, la voûte palatine.

5° Il est des cas qui nécessitent l'extirpation du maxillaire en totalité, savoir : lorsque les polypes sont tellement volumineux qu'ils remplissent la voûte du pharynx, qu'ils ont de larges et nombreuses insertions, qu'ils jettent de prolongements dans plusieurs des cavités voisines, qu'ils saignent facilement, et sont formés d'un tissu sujet à récidiver.

6° Il faut pratiquer d'emblée l'ablation totale du maxillaire supérieur quand le polype l'indique, sans essayer d'autres méthodes opératoires. C'est ainsi que j'ai agi chez le nommé L'Heureux.

7° Après s'être tracé une voie suffisante pour arriver aux racines du polype, il faut détruire celui-ci de préférence par l'excision. L'hémorrhagie qui pourrait résulter de cette dernière méthode (l'excision) sera facilement arrêtée par la cautérisation actuelle. Cependant, si le polype était en rapport avec des vaisseaux importants, par exemple avec l'artère carotide et la veine jugulaire internes, l'arrachement ou l'énucléation devrait être préféré pour cette portion de la tumeur.

8° On n'aura de véritables chances d'une guérison définitive pour les polypes fibreux du nez et du pharynx que lorsque le périoste, sur lequel ils sont implantés, aura été détruit.

9° Le procédé de M. Gensoul (de Lyon) pour la résection du maxillaire supérieur et de l'os malaire laisse après lui des cicatrices désagréables; il divise le canal de Sténon, beaucoup de vaisseaux et de filets nerveux de la face. On ne pourrait lui donner la préférence que lorsque la tumeur est très volumineuse. Le lambeau carré que l'on obtient par ce procédé met très bien l'os à découvert, et donne ainsi une grande facilité pour la désarticulation.

10° Les procédés de Lisfranc, de Blandin, de A. Bérard et de M. Velpeau blessent un grand nombre de vaisseaux et de nerfs de la face, exposent consécutivement à l'infiltration et à la paralysie de

cette région, et plus particulièrement de la paupière inférieure, ce qui donne à la figure un aspect très disgracieux.

11° Dans le procédé de Dieffenbach, la dissection du lambeau près du globe oculaire est très délicate; le sac lacrymal est divisé en travers, et on a vu persister à sa suite une ouverture fistuleuse à l'angle interne de l'œil.

12° Le procédé de M. Heylen me paraît insuffisant pour la résection du maxillaire supérieur et du malaire à la fois. Si l'on prolongeait l'incision qui part de la commissure de la bouche, on retomberait dans les inconvénients du procédé de M. Velpeau. Pour l'ablation du maxillaire seul, l'incision orale est inutile.

13° Le procédé de M. le professeur Velpeau est de tous les procédés cités le plus avantageux. On ne l'acceptera cependant que dans les circonstances suivantes : 1° lorsqu'on aura agrandi l'ouverture buccale dans le but d'enlever une tumeur d'un maxillaire supérieur, par exemple un kyste osseux, et que dans le cours de l'opération on s'apercevra que l'extirpation totale du maxillaire est nécessaire; 2° lorsqu'il existe une cicatrice dans la direction de l'incision proposée par M. Velpeau (cette cicatrice peut être le résultat d'une opération antérieure); 3° lorsque la tumeur siégera plus particulièrement à la partie postérieure du maxillaire et que les parties molles lui seront adhérentes.

14° Règle générale, on accordera la préférence à mon procédé. Il consiste : 1° dans une incision verticale sur la ligne médiane de la face, et qui, partant du front, vient se terminer sur le milieu du bord libre de la lèvre supérieure; 2° dans une deuxième incision oblique qui commence à l'angle externe de l'œil pour finir en dessous de l'arcade zygomatique. L'extrémité supérieure de cette deuxième incision est prolongée jusqu'à l'angle interne de l'œil, en divisant le repli oculo-palpébral inférieur. Ce procédé ne laisse pas après lui de cicatrices très difformes, et n'expose ni à l'infiltration, ni à la paralysie de la face, ni à une ouverture fistuleuse à l'angle interne de l'œil.

15° Il faut chercher à conserver l'os jugal et l'apophyse montante du maxillaire, sans cependant compromettre le résultat définitif de l'opération. Ces portions osseuses n'étant pas excisées, la difformité sera beaucoup moins considérable. Pour la résection du maxillaire supérieur seul, l'incision verticale sur la ligne médiane de la face suffit. Ce procédé est des plus avantageux.

16° Dans les résections partielles de la mâchoire supérieure, on évitera, s'il est possible, d'enlever le plancher de l'orbite, la voûte palatine et l'arcade dentaire. Ce sont les parties les plus utiles de cette portion du squelette.

17° Le procédé le plus avantageux pour l'ablation des deux maxillaires à la fois est aussi celui qui se pratique par une incision verticale sur la ligne médiane de la face.

18° Pour enlever l'os malaire, le meilleur procédé consiste à pratiquer une incision qui part de l'angle externe de l'œil et descend obliquement jusqu'au-dessous de l'arcade zygomatique. L'extrémité supérieure de cette incision est prolongée en dedans de la paupière inférieure sur le repli oculo-palpébral, jusqu'à l'angle interne de l'œil.

19° La gouge et le maillet en plomb sont les instruments que je préfère pour opérer la résection de la mâchoire supérieure. Je n'ai vu chez aucun de mes opérés des accidents provenant de l'emploi de ces instruments. Je les préfère à la scie à chaînettes, parce qu'avec eux l'opération est plus vite achevée.

20° Après toutes les résections de la mâchoire supérieure j'ai recours à la cautérisation actuelle; je considère ce moyen comme très efficace pour prévenir les hémorrhagies et la récidive du mal.

21° J'ai fait quinze fois la résection du maxillaire supérieur en totalité; huit de mes opérés vivent encore.

2	guérisons datent de		12	ans et	8	mois.
1	»	»	9	»	3	»
1	»	»	9	»	8	»
1	»	»	8	»	2	»
1	»	»	5	»	3	»
1	»	»	1	»	7	»
1	»	«	1	»	4	»
8						

Des sept autres malades, un a succombé à l'infection purulente. C'est le seul que j'aie perdu de l'opération. Ce résultat nous paraît assez remarquable pour être noté.

Les six autres ont été emportés par une récidive survenue plus ou moins longtemps après l'opération.

22° Chez les malades qui ont éprouvé une récidive, des ganglions lymphatiques qui reçoivent des vaisseaux de la mâchoire supérieure étaient engorgés. J'avais cependant extirpé à plusieurs de ces opérés les ganglions malades.

23° La plupart des résections partielles que j'ai opérées ont été suivies d'une guérison durable, résultat que j'attribue à une excision large, suivie de la rugination et de la cautérisation actuelle.

24° J'ai enlevé deux fois avec un succès complet l'os jugal. Ces deux opérés jouissent toujours de la meilleure santé. Une de ces opérations est faite depuis dix ans et neuf mois, et l'autre depuis huit ans et trois mois.

25° D'après cette statistique, les résections de la mâchoire supérieure ne sont pas aussi dangereuses qu'on pourrait le supposer. Sur quinze résections de tout le maxillaire, je n'ai perdu qu'un seul malade de l'opération.

26° Les résultats que j'ai obtenus doivent, ce me semble, engager les chirurgiens à pratiquer les résections de la mâchoire supérieure. Ces opérations sont destinées non-seulement à soulager les malades de leurs douleurs et à leur prolonger la vie, mais aussi à amener des guérisons radicales.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

ADDITION A LA SÉANCE DU 30 AOUT 1853.

Discussion sur la suppression des salles de gâteux à Charenton.

M. Baillarger demande la parole à l'occasion du procès-verbal. Membre de la commission nommée pour examiner le mémoire de M. Archambault sur la suppression des gâteux, je regrette, dit-il, de n'avoir point assisté à la lecture du rapport de M. Londe, et de ne pas connaître les modifications que ce rapport a subies. Voici, d'ailleurs, quelques-uns des points sur lesquels je désirais appeler l'attention de l'Académie.

On se souvient qu'immédiatement après la lecture du mémoire de M. Archambault trois ou quatre réclamations de priorité surgirent tout à coup. Parmi ces réclamations se trouve surtout celle de M. Girard, médecin en chef, directeur de l'asile d'Auxerre, lequel depuis longtemps avait indiqué, dans les *Annales médico-psychologiques*, les moyens si heureusement employés par M. Archambault à Charenton. Ces moyens, M. Girard ne les a pas seulement indiqués, il les a encore mis à exécution avec le plus grand succès dans l'établissement modèle qu'il a créé. C'est donc à ce médecin qu'appartient la priorité des mesures employées pour diminuer le nombre des gâteux, et j'ai regretté que ce fait n'ait pas été signalé dans le rapport tel qu'il a été soumis à la commission.

M. Londe s'est arrêté à une objection qui n'a pas, à mon avis, la valeur qu'il lui attribue. Elle repose, en effet, sur un malentendu facile à expliquer. On reproche à M. Girard d'avoir signalé jusque dans ces derniers temps un certain nombre de gâteux dans son asile ; cela est vrai, mais il en est de même à Charenton.

Dans le mémoire de M. Archambault et dans le rapport de M. Londe, en parlant de la suppression des gâteux, on n'a en vue que les gâteux valides. M. Girard, au contraire, comprend tous les gâteux sans exception. A Bicêtre et à Charenton, les paralytiques forment presque un tiers de la population. Or ces malades parcourent plus ou moins lentement la troisième période de celle dans laquelle ils ne peuvent plus se soutenir sur les jambes et gardent le lit. Ces aliénés non valides ont été comptés par M. Girard et ne l'ont pas été par M. Archambault. En un mot, à Charenton, il n'est question que des *quartiers* de gâteux ; à Auxerre, on comprend les quartiers et les *infirmeries*. Cette distinction entre les quartiers et les infirmeries est importante; peut-être eût-elle dû trouver place dans le rapport.

Il y a un autre point non moins utile à signaler.

A Charenton, les essais n'ont réussi que chez les hommes. M. Calmeil a tenté, mais à peu près sans succès, la même réforme chez les femmes. Si le nombre des *gâteux* a diminué à Charenton, celui des gâteuses est resté le même. A Auxerre, M. Girard a par parties égales des hommes et des femmes, et cela expliquerait peut-être encore l'objection qui lui a été faite.

Cette objection n'est donc pas fondée, et c'est à ce médecin distingué que revient l'honneur d'avoir le premier indiqué et mis en pratique les mesures à l'aide desquelles on peut diminuer le nombre des gâteux. Je sais que M. Londe attache peu d'importance à la question de priorité pour le fait dont il s'agit; mais il suffit que la réforme des quartiers de gâteux ait une incontestable utilité pour qu'on comprenne l'insistance de M. Girard à bien établir ses droits.

Au reste, je dois dire que M. Parchappe, de son côté, se proposait, s'il eût été présent, de réclamer en faveur d'un pauvre infirmier de l'hospice de Rouen, nommé Nicou, et que j'ai interrogé moi-même il y a quelques jours. Cet homme faisait depuis plus de vingt ans pour les malades gâteux qui lui étaient confiés ce qu'on a fait depuis à Auxerre et à Charenton. Il se levait la nuit et présentait l'urinoir aux malades; en outre, il les mettait plusieurs fois chaque jour sur le siége pour éviter que les vêtements ne fussent salis. Cette pratique avait d'ailleurs lieu à Charenton et partout pour les malades confiés à un domestique particulier, et la réforme actuelle consiste surtout dans l'extension qui en a été faite aux malades soignés en commun.

Quant aux moyens employés, ils méritent aussi d'être examinés avec soin. Les infirmiers de Charenton ont une subvention spéciale pour les encourager à prévenir la malpropreté de leurs malades; ils se sont ainsi trouvés directement intéressés à faire réussir la réforme qui était tentée. L'un d'eux, qui continuait à avoir des gâteux en plus grande proportion, a été renvoyé. Ces encouragements, cette sévérité ont assurément un bon côté; mais tout le monde a pensé que peut-être il y avait aussi à craindre de voir les infirmiers dissimuler autant que possible les accidents. M. Girard (d'Auxerre), qui ne donnait que des éloges et point d'argent, y a été trompé; que serait-ce donc s'il y avait eu un intérêt pécuniaire? Je ne dis pas que cela ait lieu à Charenton, mais je dis que l'on sera exposé à des erreurs dès que l'on se relâchera de la plus extrême surveillance.

Un dernier point beaucoup plus important et qui se lie au précédent, c'est que jusqu'à présent nous n'avons que des résultats généraux et point d'observations particulières, et cependant qui ne comprend que c'est par là qu'il eût fallu commencer? Un malade gâteux arrive dans un établissement, vous allez tenter de l'amener à des habitudes de propreté. Prenez à ce point de vue son observation pendant un mois; ditez-nous combien de fois on est obligé de le mettre chaque jour sur le siége, combien de temps on l'y laisse, combien de fois surtout il faut le réveiller pendant la nuit; enfin indiquez le temps nécessaire pour arriver au but, le nombre de petites rechutes qui doivent survenir de temps en temps, alors nous serons fixés d'une manière plus complète et nous saurons à quel prix on obtient la réforme désirée.

En faisant ces objections, mon intention n'est pas assurément de jeter la moindre défaveur sur la réforme obtenue par M. Girard à Auxerre, et par M. Archambault à Charenton; mon seul but, c'est que l'on se garde de toute exagération; c'est que ces mesures ne soient pas poursuivies avec une telle persistance que, dans quelques cas, le remède ne puisse devenir pire que le mal. C'est ce qui arriverait s'il fallait, en hiver par exemple, laisser les malades plusieurs heures sur leur siége, les réveiller plusieurs fois pendant la nuit; et c'est peut-être ce qui serait à craindre, quand les infirmiers sont si directement intéressés à prévenir tout accident.

A part ces quelques remarques, je ne puis que m'associer pleinement aux justes éloges que M. Londe a donnés à M. Archambault. Par ses soins on a vu à Charenton diminuer considérablement le nombre des gâteux dans la section des hommes. Les longues blouses en toile dont ces malheureux étaient revêtus, les fauteuils percés, et tout cet attirail de malpropreté a disparu. C'est là une réforme d'une incontestable utilité, et à laquelle tout le monde ne peut qu'applaudir.

M. Londe. Je vais répondre brièvement aux observations de mon honorable collègue M. Baillarger.

1° *Le rapport n'a pas été signé : il est l'œuvre de M. Londe.*

A cette première observation, je réponds qu'après avoir lu mon rapport, M. Baillarger m'a proposé de le signer, se réservant seulement de prendre la parole pour éclaircir certains faits; que, depuis cette époque, M. Baillarger, après une entrevue avec un des médecins qui réclament la priorité de la mesure prise par M. Archambault, a emporté chez lui, à deux reprises, ce rapport, l'a conservé huit jours chaque fois, et n'y a pas ajouté une seule observation; que, de moi-même, j'en ai retranché un passage favorable à M. Archambault; qu'enfin, de tous les commissaires convoqués à l'Académie, un jour où j'ai dû penser que nul n'y pouvait manquer, c'est-à-dire le jour de la nomination de M. Chatin, aucun ne s'est rendu à la convocation, et que M. Ferrus, dont j'ai fait la rencontre en sortant de la séance, m'a engagé à passer outre et à lire mon rapport.

2° M. Baillarger *met en doute la disparition réelle des gâteux, et suppose que, par crainte d'être renvoyés, les infirmiers peuvent dissimuler la vérité.*

A cette seconde observation, je réponds que non-seulement je me suis transporté à Charenton, où de mes propres yeux j'ai constaté ce qu'avance M. Archambault, et où j'ai interrogé un homme honorable, M. Loiseau, qui a satisfait à toutes mes demandes; mais que, depuis cette époque, j'ai écrit à M. le directeur de cet établissement, et que j'en ai reçu une lettre entièrement conforme aux réponses verbales qui m'avaient été faites et à ce que j'avais constaté.

3° M. Baillarger *croit que pour l'avantage d'empêcher les malades de gâter, il y a un inconvénient bien plus grave qui domine cette mesure d'économie : c'est celui de troubler le repos des malades.*

Nulle part je n'ai avancé qu'on eût effectué la mesure mentionnée aux dépens du repos des malades, et j'ajoute qu'à l'exception de ce qui concerne leur état intellectuel, ils jouissent de la santé la plus parfaite, et que s'il m'était permis de citer des noms propres, je pourrais le faire à l'appui de ce que j'avance.

4° M. Baillarger *aurait voulu que le rapport ne fût pas fait aussi précipitamment.*

Il y a près de deux ans que j'en suis chargé.

5° M. Baillarger, *tout en donnant des éloges à ce qu'a fait M. Archambault, croit que la priorité appartient à M. Girard.*

J'ai largement fait la part de ce qui appartient à M. Girard, auquel on doit beaucoup, ainsi qu'à MM. Morel et Renaudin, mais j'ai établi par des faits sans réplique que la mesure n'avait été amenée à un résultat complet que par M. Archambault.

6° M. Baillarger *aurait voulu des observations particulières.*

Le travail de M. Archambault ne mentionne que des résultats généraux, et votre rapporteur n'a eu à se prononcer que sur ces résultats.

CORRESPONDANCE.

Monsieur le rédacteur,

Vous publiez aujourd'hui le travail communiqué par M. Jobert (de Lamballe) à la dernière séance de l'Académie des sciences.

Ce travail est relatif à l'influence de l'électricité pour remédier aux accidents causés par les inhalations du chloroforme.

Je n'ai pas à me plaindre de ce que l'éminent chirurgien n'a point mentionné un semblable travail adressé par moi à la même Académie le 20 octobre 1851. Pour n'en avoir tenu aucun compte, un homme aussi érudit que M. Jobert ne pouvait ignorer son existence, puisque tous les journaux scientifiques en ont donné les principales conclusions.

Je suis donc convaincu qu'il n'a pas eu la prétention d'aborder une question nouvelle.

Les expériences que M. Jobert a faites sur les animaux sont en tout semblables à celles que j'ai exécutées en 1848 et 1849, et qui, fort nombreuses, ont été consignées dans mon mémoire présenté à l'Académie.

Cette question d'un haut intérêt sera sans doute examinée avec soin, et fera le sujet d'un rapport dans le sein de l'Académie des sciences, grâce à l'imposante autorité qu'est venu prêter à mes idées le nom de M. Jobert (de Lamballe) et au contrôle que ses propres expériences ont fait subir aux miennes.

Quel que soit l'avenir qui est réservé à l'idée d'appliquer l'électricité pour remédier aux accidents produits par les inhalations du chloroforme, cette idée restera dans la science comme ma propriété, car M. Wartmann, qui en réclamait la priorité dans une lettre adressée à l'Académie des sciences le 10 novembre 1851, ignorait que dès le mois d'octobre 1848 j'avais envoyé à ce sujet à l'Académie de médecine un pli cacheté qui ne devait être lu que sur ma demande ultérieure.

L'idée d'opposer l'électricité aux accidents causés par le chloroforme m'a été suggérée en 1848 à la suite d'une opération d'électro-puncture pratiquée sur une masse de ganglions cervicaux qui gênaient la déglutition et la respiration.

Le sujet, jeune homme de quatorze ans, avait été préalablement soumis aux inhalations de chloroforme avec toutes les précautions possibles.

Au bout de quelques secondes seulement, il y avait résolution complète, sans transition par la période d'excitation. Mais avec la résolution musculaire, le pouls était devenu rapidement insensible; la respiration, entrecoupée, était stertoreuse; la face était pâle, violacée, avec écume à la bouche. Des aspersions d'eau froide, l'insufflation d'air par les narines, l'exposition à l'air froid, etc., tout cela ne faisait rien.

J'avais à côté de moi la pile électrique prête à fonctionner; deux aiguilles furent rapidement implantées sur la région cervicale droite et l'électricité mise en contact avec les aiguilles.

Des secousses musculaires se firent bientôt sentir; les muscles thoraciques en étaient le siége, comme les autres muscles du corps. Sous cette influence, la respiration devint rapide, saccadée; le pouls reparut, et en moins de deux minutes le malade recouvrait la connaissance avec la plénitude des fonctions d'hématose.

Agréez, etc. Abeille.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Dans sa séance générale du mois de mai 1853, la Société médico-pratique décernera une médaille d'or de la valeur de 300 fr. à l'auteur du meilleur mémoire sur la question suivante :

« Du mode d'action des principaux purgatifs employés en médecine, et des indications tirées de la spécialité d'action propre à chacun d'eux. »

Les mémoires manuscrits, écrits en français ou en latin, devront être adressés, avant le 31 décembre 1854, à M. Martin, agent de la Société, à l'hôtel de ville.

— Par suite d'une nouvelle disposition ministérielle, l'époque de la distribution des prix et des diplômes aux élèves de l'Ecole de médecine vétérinaire sera changée, à dater de l'année 1853. Cette séance solennelle, au lieu de se tenir dans le courant d'août, après la clôture des examens généraux, suivant l'usage depuis longtemps suivi, n'aura lieu que dans les premiers jours du mois d'octobre.

Ce ne sera pas seulement, comme par le passé, une séance de distribution de prix et de diplômes, mais en même temps une séance d'ouverture de cours, comme cela se pratique dans les Facultés de médecine.

— On écrit de Hambourg, le 24 août : « Le nombre des cas de choléra qui se sont déclarés ici depuis un mois est de 139, dont 85 décès. Dans ce nombre sont compris 25 cas et 14 morts dans le territoire de Marches. »

— La fièvre jaune fait toujours de grands ravages à la Nouvelle-Orléans.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 105. — MARDI 6 SEPTEMBRE 1853. (26e ANNEE.) N° 105. — MARDI 6 SEPTEMBRE 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40; EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	Trois mois	8 fr. 50 c.
	Six mois	16 »
	Un an	30 »
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	Trois mois	9 fr.
	Six mois	17
	Un an	33
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	Trois mois	10 fr.
	Six mois	20
	Un an	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

PARIS, LE 5 SEPTEMBRE 1853.

De la péritonite simple spontanée.

AVANTAGES DE LA CAPOTE SUR L'HABIT MILITAIRE.

A l'occasion d'un cas de péritonite simple spontanée dans lequel l'ensemble des symptômes ne permettait pas de méconnaître cette affection, que quelques médecins, et notamment M. Valleix, ont mise en doute, M. le docteur Champouillon nous adresse un article contenant des considérations pratiques fort importantes. Nous laissons parler notre honorable confrère :

« M. Valleix, dit-il, est un praticien dont nous estimons fort les travaux et l'expérience; mais ici nous sommes obligé de prendre parti contre lui avec des auteurs dont le témoignage a toujours été accueilli avec la confiance qu'il mérite. En effet, Broussais, MM. Andral, Rilliet et Barthez, Monneret et Fleury ont rapporté plusieurs exemples de péritonite primitive, c'est-à-dire non symptomatique d'état puerpéral, d'une lésion traumatique, de la rupture ou de la perforation des viscères abdominaux, ou de l'extension d'une inflammation voisine. »

Sur 83 cas de péritonite aiguë ou latente observés par M. Champouillon sur des sujets adultes, la maladie fut causée:

1° Par la diathèse tuberculeuse. . .	34 fois.
2° Par la contusion de l'abdomen. .	5
3° Par la dyssenterie aiguë. . . .	8
4° Par la perforation intestinale. .	4
5° Par la splénite phlegmoneuse. .	2
6° Par un cancer de l'estomac. .	2
7° Par la néphrite albumineuse. . .	6

Voilà 61 cas dans lesquels l'inflammation du péritoine ne fut, à vrai dire, qu'un effet secondaire d'une autre lésion rigoureusement constatée par le diagnostic ou l'autopsie. Ainsi, sur ce point, satisfaction complète est donnée à l'opinion de M. Valleix. Mais il reste 22 malades chez lesquels la péritonite s'est présentée entièrement dégagée de toute complication morbide analogue à celles qui viennent d'être indiquées. L'observation attentive du début et de la marche de l'affection, l'examen minutieux des organes abdominaux chez les 8 individus qui ont succombé, n'ont servi qu'à démontrer l'existence d'une péritonite spontanée. En dehors de cette conclusion, les phénomènes notés chez ces malades seraient complétement inexplicables.

Et d'ailleurs, pourquoi le péritoine, offrant la même structure, la même impressionnabilité que d'autres membranes séreuses, ne s'enflammerait-il pas sous l'influence des mêmes causes morbifiques? Est-ce que par sa situation il n'est pas exposé, pour ainsi dire, aux atteintes continuelles des agents extérieurs, et particulièrement du froid? Le froid, en effet, a été accusé par la grande majorité des malades atteints de péritonite simple, comme cause première de l'affection.

On sait que les militaires sont, en raison de leur profession, plus que d'autres exposés à se refroidir sous un ciel froid, humide ou pluvieux, pendant les factions, les corvées, les marches, les exercices, le bivouac, les baignades en été. Le soldat, soit insouciance, soit indocilité, est l'homme le plus enclin à enfreindre les préceptes de l'hygiène; il faut, de la part de ses chefs, une surveillance continuelle pour l'empêcher de s'abreuver et de s'inonder d'eau froide toutes les fois que la chaleur l'y invite. Les archives de la médecine militaire sont remplies de faits qui attestent que ces imprudences perpétuelles, comme les nécessités du métier, sont suivies assez fréquemment de pleurite ou de péritonite aiguës.

Ce qui prouve que la péritonite, et nous entendons par là la péritonite *spontanée*, résulte des réfrigérations soudaines de l'abdomen, c'est que, depuis que le ministre de la guerre a eu l'heureuse idée de remplacer l'habit par la tunique, cette maladie est devenue moins commune dans l'infanterie.

Ainsi, en principe, rien ne répugne à admettre la péritonite *simple spontanée;* en fait, l'observation clinique des hôpitaux militaires prouve que cette affection est loin d'être rare dans une certaine classe d'hommes.

Voici maintenant le fait qui a motivé ces réflexions :

Sabat..., âgé de vingt-quatre ans, offre tous les attributs du tempérament sanguin et d'une constitution robuste. La santé de ce jeune homme n'a jamais subi d'atteintes sérieuses. Le 7 août, après avoir regagné sa caserne au pas de course pour répondre à l'appel du soir, Sabat..., hors d'haleine et couvert de sueur, se dépouilla de sa tunique, but plusieurs verres d'eau froide, et se plaça ensuite à l'une des fenêtres de la chambrée pour s'y rafraîchir. Un frisson intense et prolongé, une douleur vive limitée à la fosse iliaque droite suivirent de près cette imprudence.

Le lendemain, dans la matinée, la douleur avait envahi toute la région antérieure de l'abdomen; aux frissons avaient succédé la fièvre et des vomissements bilieux. C'est dans cet état que le malade fut envoyé à l'hôpital du Val-de-Grâce.

Le 9, M. Champouillon constata chez Sabat... les désordres suivants : face grippée, peau sèche, brûlante; pouls dur, serré, fréquent (98 pulsations); respiration costale; ballonnement considérable du ventre, dont toutes les régions sont également douloureuses à la pression; urines rares et chargées; soif vive; constipation depuis trois jours; vomissements de bile porracée.

Trente sangsues furent immédiatement dispersées sur le ventre; on vida l'intestin à l'aide d'un lavement huileux, et une onction fut pratiquée sur l'abdomen avec 20 grammes de pommade mercurielle après la chute des sangsues.

Le 10, tisane de chiendent nitrée, nouvelle application de douze sangsues; frictions mercurielles, fomentations émollientes, 1 gramme de calomel à titre de révulsif sur la muqueuse intestinale. Le soir, les vomissements ont complétement cessé; la respiration, devenue plus facile, a pris plus d'ampleur; l'abdomen est beaucoup moins sensible sous la pression de la main; pouls à 86; urines claires et abondantes.

Le 11 et le 12, l'état du malade continue de s'améliorer, sous la double influence du calomel et des embrocations mercurielles.

Le 12, le pouls est tombé à 68 pulsations; la douleur, vague et obtuse, se réveille à peine par la palpation. — Deux larges vésicatoires camphrés sont appliqués sur les parties latérales de l'abdomen, au niveau de l'ombilic.

Le 18, la convalescence se déclare, et la maladie s'achemine régulièrement vers la guérison.

HOPITAL MILITAIRE DU ROULE — M. ABEILLE.

Perforations intestinales consécutives à une phlegmasie circonscrite. — Péritonite générale ultime.

En dehors des lésions traumatiques et des points gangréneux qui succèdent aux hernies ou aux étranglements internes, les perforations intestinales sont presque toujours consécutives à la fièvre typhoïde ou aux tubercules ramollis.

Il est possible qu'un point de phlegmasie détermine le même accident; mais on chercherait peut-être en vain dans la science un exemple bien précis de ce genre de perforation, et nous ne serions pas étonné qu'on l'ait admis plutôt par induction que par expérience.

L'observation dont nous allons rendre compte nous a paru devoir être rapportée à ce dernier genre; c'est le seul motif qui nous a décidé à la publier.

Le nommé Haller, grenadier au 13e de ligne, âgé de vingt-quatre ans, d'une excellente constitution, entre à l'hôpital militaire du Roule le 12 août.

Ce militaire n'accuse que huit jours d'invasion. Il raconte que le dimanche précédent, huit jours avant son entrée, il a été pris subitement, étant de garde, de coliques extrêmement vives, circonscrites sur un point de l'abdomen d'abord, et bientôt généralisées. A ces coliques succéda un frisson de longue durée, puis survinrent des vomissements. Il fut transporté à la caserne, mis au lit, et, au bout de quelques heures de repos, tout se calma.

Le malade n'avait pas eu de garde-robes. Au troisième jour, il ne conservait plus qu'une certaine gêne dans le ventre; les envies de vomir s'étaient dissipées; son état paraissait si bon et son appétit était tellement vif qu'il se remit au régime de la caserne.

Le cinquième jour, n'ayant pas encore eu de selles depuis son accident, on lui administra un purgatif doux (sulfate de soude); d'abondantes évacuations par bas eurent lieu, et ce grenadier se crut complétement guéri.

Cependant, la grande faiblesse qu'il éprouvait lui fit demander de nouveau à être visité par le médecin, et il était envoyé à l'hôpital le huitième jour.

A notre première visite, nous constatons une tumeur dans la fosse iliaque droite, sans bosselures, à base large et résistante à la pression, à sommet antérieur légèrement élastique et donnant un son demi-clair par une percussion superficielle, et un son mat si on déprime assez fortement. La partie saillante de cette tumeur paraît appartenir à la valvule iléo-cœcale ou au commencement du cœcum.

La pression et la percussion ne déterminent que peu de souffrances. Le reste des parois abdominales est souple, sans douleur, et les intestins ne sont point météorisés. Pas de selle depuis la purgation; absence de toute douleur ou gêne dans le membre pelvien correspondant. Du reste, la chaleur de la peau est normale, la face sans expression de souffrance; la langue, effilée, est un peu rouge à la pointe, mais humide. Il est survenu encore quelques envies de vomir; la circulation générale ne semble que très peu influencée; car, à part sa petitesse pour un homme aussi fortement constitué, le pouls ne présente aucune autre anomalie.

Cette tumeur pourrait être prise pour une tumeur stercorale, un phlegmon iliaque ou une péritonite partielle.

Il n'y a guère de probabilité pour une tumeur stercorale, puisqu'elle n'est point dure, consistante à son sommet antérieur; qu'elle ne présente du reste pas de bosselures et que sa base va en s'élargissant au lieu de se détacher franchement du bas-fond de la cavité, comme le ferait une portion d'intestin remplie d'excréments durcifiés.

Il y aurait plus de probabilité pour un phlegmon iliaque à cause de la base large et consistante de la tumeur, le sommet étant constitué par l'intestin situé en avant et distendu par des gaz.

Mais le phlegmon iliaque cause des douleurs plus vives, lancinantes à mesure que le pus se forme; il détermine une gêne dans les mouvements du membre pelvien correspondant; et puis son début n'est point aussi spontané que dans le cas actuel; ce début ne se caractérise pas par de fortes coliques s'apaisant graduellement; les douleurs qui l'accompagnent vont au contraire en progressant à mesure que le phlegmon progresse.

La spontanéité de l'invasion, les douleurs violentes qui l'ont accompagnée et qui se sont calmées ensuite, le frisson qui leur a succédé, les vomissements qui ont eu lieu, tout cela nous fait pencher à admettre une péritonite partielle. Nous n'osons supposer une perforation, vu l'excellent état antérieur du malade, le calme qu'il présente dans le moment actuel et le peu de troubles fonctionnels que nous observons.

Pendant trois jours, le traitement consiste en applications de sangsues et bains généraux.

Le 16, le malade se trouve parfaitement bien; le pouls a repris de la plénitude, les envies de vomir se sont dissipées. La constipation seule persiste. — 30 grammes d'huile de ricin, un bouillon.

Le 17, il y a eu trois évacuations; la nuit a été très bonne. Le malade demande instamment à manger.

La tumeur est moins saillante et ne donne plus ce son demi-clair à son sommet. — Deux crèmes de riz, eau d'orge édulcorée, frictions avec onguent mercuriel et extrait de belladone sur la région iliaque droite.

Le 18, rougeur érysipélateuse occupant toute la région iliaque droite, le flanc et la région lombaire du même côté. Tension de la peau dans fosse iliaque, augmentation de la tumeur devenue plus proéminente. A la pression, sensation de crépitation gazeuse sous la peau dans toute la fosse iliaque et son aérien sur le point saillant; matité vers l'épine iliaque antérieure et supérieure et sensation d'une fluctuation profonde. Le reste des parois abdominales conserve sa souplesse habituelle. Pouls fréquent, à 96-97; expression de souffrance, céphalalgie, deux vomissements de matières liquides vert-porracé.

En présence de ces nouveaux accidents, une consultation a lieu. On pense à une perforation intestinale effectuée dans un point circonscrit et isolé par des adhérences. L'infiltration gazeuse dans le tissu cellulaire sous-cutané inspire les plus grandes inquiétudes. Il est résolu qu'on pratiquera une ponction sur le point où se dessine la fluctuation, et qu'on fera ensuite une large incision, s'il le faut, pour permettre aux gaz et aux matières fécales de s'écouler au dehors, pour établir enfin un anus contre nature.

La ponction est faite séance tenante; elle donne issue à une quantité de gaz fétides et à du pus gris-cendré d'une odeur repoussante. L'incision est remise au lendemain.

A quatre heures du soir, il s'est écoulé environ un demi-litre de pus de même couleur et aussi fétide. Le malade se dit bien soulagé. La tumeur est affaissée. Quand on presse avec la main, on fait sortir des gaz et un mélange de pus et d'excréments liquides.

L'érysipèle du flanc et de la région lombaire a gagné jusqu'à l'épaule du même côté; il prend les caractères du phlegmon avec une teinte violacée; sur le flanc, on sent une crépitation emphysémateuse. Le pouls est déprimé et fréquent, les vomissements ont cessé. — Compresse de quinquina sur toute l'étendue du phlegmon.

Le 19 au matin, au moment de notre visite, le malade est couvert d'une sueur froide et visqueuse, sans pouls; il pousse des gémissements sourds; il est sans connaissance : les extrémités sont glacées; tout le côté droit est passé au gris plombé; il est complétement emphysémateux.

Mort à trois heures de l'après-midi.

Autopsie dix-neuf heures après la mort.

Putréfaction très avancée du cadavre; sphacèle de la peau sur tout le côté droit depuis l'os des iles jusqu'à l'épaule et dans les régions lombaire et dorsale correspondantes, avec emphysème.

Cavité abdominale. — Traces de péritonite générale, rougeur violacée, exsudations plastiques de même couleur et sans consistance soudant ensemble les anses intestinales et les épiploons. Foyer purulent dans la fosse iliaque gauche, bien circonscrit par des fausses membranes en dehors de l'intestin, de la grosseur d'un œuf de poule et formé par un pus jaune-verdâtre, épais. Foyer dans le petit bassin formé de pus de même nature, pareillement enkysté par des pseudo-membranes qui le séparent de la vessie et du rectum.

Vaste foyer dans la fosse iliaque droite, isolé par des adhérences pseudo-membraneuses, contenant, au milieu d'une quantité de pus gris-noirâtre et d'excréments liquides, la portion iléo-cœcale de l'intestin, qui se trouve perforée en deux endroits au-dessus de la valvule.

Enfin, quatrième foyer dans le flanc droit. Celui-ci est oblong, isolé de l'intestin par des pseudo-membranes minces, excepté vers la partie moyenne, où le côlon ascendant se trouve à nu et perforé sur un seul point. Ce foyer ne contient guère que des excréments liquéfiés. Nous ne trouvons pas la moindre trace de tubercule sur le péritoine pariétal, comme sur le péritoine viscéral.

Les trois perforations dont nous venons de parler sont à bords irréguliers, par usure; elles ont un plus grand diamètre sur la séreuse que sur la muqueuse. Celles situées dans la fosse iliaque droite sont de la grandeur d'une pièce de 20 centimes; celle trouvée dans le flanc est du volume d'un petit pois.

Dans la fosse iliaque, comme sur le flanc, le péritoine pariétal et le tissu cellulaire sous-jacent se trouvent détruits dans une certaine étendue, ce qui a permis la filtration des gaz et du pus jusque dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Le tube digestif, ouvert d'un bout à l'autre, ne présente aucune altération appréciable de la muqueuse. Celle-ci est d'une pâleur générale qui n'est ternie, par places, que par une teinte jaune-verdâtre suite d'imbibition de liquide biliaire. Nous nous attendions à trouver des traces de dothinentérie passée inaperçue; il n'en est rien. Il n'y a ni plaque agminée ni follicule de Brunner ulcéré ou même tuméfié. Les poumons sont exempts de tubercules.

Rien de particulier à noter pour les autres organes.

Il nous semble qu'on est autorisé à admettre, en présence des résultats d'autopsie et de la marche de la maladie, que le sujet en question a été atteint d'abord de phlegmasie péritonéale partielle, le jour où en descendant la garde il fut pris de coliques très vives et de frisson.

Les collections purulentes enkystées qui ont eu lieu consécutivement auront déterminé plus tard, par voie d'inflammation gangréneuse, les perforations intestinales et l'ulcération du péritoine pariétal.

Nous croyons que ces perforations ne se sont effectuées que dans la nuit du 17 au 18, puisque c'est seulement le 18 au matin que se sont montrés des accidents graves, qui ont marché avec une grande rapidité.

La péritonite générale n'a été, nous présumons, que consécutive aux perforations. On ne pourrait guère expliquer autrement la succession des phénomènes, et, surtout, le calme qui a suivi l'invasion brusque le quinzième jour avant l'entrée à l'hôpital, et qui a permis au malade de rester encore huit jours à la caserne. Sans la perforation du côlon ascendant dans le flanc droit, on aurait peut-être pu, avec avantage, mettre à découvert la portion d'intestin perforée dans la fosse iliaque, et éviter ces accidents formidables dus à l'infiltration gazeuse et purulente. Cette troisième perforation, qu'on ne pouvait atteindre ni soupçonner, a été sans contredit la plus funeste.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE STRASBOURG.

M. SÉDILLOT, professeur.

Névralgie datant de deux ans, particulièrement fixée sur le nerf dentaire inférieur. — Douleurs incessantes, insomnie, inappétence, émaciation profonde, aspect sénile, pronostic grave. — Résection du nerf dentaire inférieur par le procédé de M. le docteur Beau, chirurgien de 1re classe de la marine. — Guérison complète.

(Observation recueillie par M. COCHU, chirurgien interne.)

Les névralgies du nerf trifacial causent parfois des douleurs tellement violentes et se montrent si réfractaires aux divers modes de traitement qu'on a vu des malades y succomber après avoir perdu l'appétit et le sommeil et avoir épuisé toutes les ressources de l'art.

M. Sédillot a cité à sa clinique plusieurs exemples de ce genre, dont l'un avait été observé sur une des clientes de M. le docteur Hirtz, professeur agrégé de la Faculté. Cette malade, atteinte d'une névralgie dentaire intolérable, s'était décidée au sacrifice de toutes les dents de la moitié affectée du maxillaire inférieur, puis à l'excision du nerf au delà du trou mentonnier et enfin à la résection d'une portion de l'os pour atteindre le cordon nerveux à l'entrée du canal dentaire. Rien n'avait pu conjurer les douleurs et la malade avait succombé. La section simple du nerf est, en général, insuffisante; l'excision est plus efficace, et M. J. Roux (de Toulon) a proposé d'y joindre la cautérisation pour obtenir des effets plus certains. Cet habile chirurgien a fréquemment réussi; mais si le nerf affecté est placé dans un canal osseux, il paraît impossible d'en atteindre par ce procédé une grande longueur, et c'est alors qu'il est indiqué de recourir à l'ingénieuse opération qu'a dernièrement proposée M. le docteur Beau et que nous allons faire connaître en en rapportant une heureuse et remarquable application.

Metzger (Anne-Marie), de Mollkirch, âgée de quarante-trois ans, entra le 20 juin 1853 à la clinique de M. Sédillot pour y subir une opération qui mît un terme à son déplorable état. Cette femme, d'une constitution primitive assez forte, est émaciée, a le teint plombé, le regard éteint et paraît avoir plus de soixante ans. Elle souffre depuis plus de deux ans d'une névralgie dont le point de départ semble avoir eu pour siége le nerf dentaire inférieur; mais les douleurs se sont étendues successivement à tout le côté gauche de la joue, de la tempe et de du front, et sont devenues d'une si gaande fréquence qu'elles se répètent par accès dont les intervalles laissent à peine quelques minutes de repos. A chaque accès les muscles du côté gauche de la face se contractent, la figure se grippe; la tête est penchée en avant, immobile, soutenue par les deux mains; des larmes coulent, et l'on croirait voir la statue de la douleur.

Cette malheureuse femme s'est fait arracher toutes les dents de la moitié gauche du maxillaire sans aucun avantage; elle a renoncé à tout travail et à toute occupation, et évite les courants d'air, le bruit, la lumière, qui augmentent sa susceptibilité et ses souffrances.

M. le professeur Forget a épuisé l'arsenal des calmants et des narcotiques. Le stramonium, l'atropine, le valérianate de zinc, la belladone, la morphine, l'aconitine ont été essayés sans succès.

Le 12 juin, la malade, qui était enceinte de quatre mois, fait une fausse couche, pour laquelle on l'envoie dans les salles d'accouchement.

Huit jours plus tard, elle en sort et entre à la clinique chirurgicale : découragement, prostration, mutisme volontaire, refus de prendre des boissons et des aliments; insomnie presque constante, qui n'a pu être combattue que par l'anesthésie chloroformique.

Le 23 juin, la malade, décidée à l'opération que lui a proposée M. Sédillot, est conduite à l'amphithéâtre, où elle est chloroformée, comme on le fait toujours, jusqu'à la résolution musculaire la plus complète. M. Sédillot, en présence de MM. Schutzenberger, Antoine, Bolu, Fourquet, etc., et de MM. les élèves de la clinique, pratique une incision à légère convexité inférieure le long du bord cervical du maxillaire depuis la dent canine jusqu'au bord antérieur du masséter. Toutes les parties molles sont divisées jusqu'à l'os et relevées sous forme de lambeau au-dessus du trou mentonnier, dont on voit émerger les filets très nombreux et très volumineux du nerf dentaire. Une couronne de trépan à main est immédiatement appliquée à trois centimètres environ plus en arrière. La virole osseuse enlevée a au moins six millimètres d'épaisseur; on découvre, en rompant quelques lamelles osseuses, le nerf dentaire, dont M. Sédillot opère la section à l'angle postérieur de la plaie osseuse. Le faisceau nerveux mentonnier est séparé du tissu cellulaire environnant et coupé à deux centimètres du point d'émergence. L'opérateur saisit alors avec des pinces les deux extrémités du nerf (l'une dans l'ouverture faite par le trépan, l'autre en avant du trou mentonnier), les ébranle pour les détacher et les rendre mobiles, et, abandonnant le bout postérieur, retire par traction de la portion antérieure du canal dentaire une longueur de quatre centimètres du nerf, qui forme un cordon arrondi, résistant, d'un blanc un peu opalin, sans injection sanguine et d'un volume assez fort. On place une petite mèche de charpie dans la plaie, sur laquelle on laisse retomber spontanément le lambeau.

Pendant les deux premiers jours qui suivirent l'opération, la malade n'accusa pas un grand soulagement, ce qui ne fut pas jugé de mauvais augure par M. Sédillot, qui avait prévu et annoncé ce résultat, en se fondant sur l'exaspération momentanée des douleurs produite par l'excision elle-même. Dès le troisième jour, les crises étaient moins fréquentes et les douleurs plus sourdes.

Les 27 et 28 juin, amélioration progressive.

Le 29, le sommeil reparaît calme et réparateur.

Le 1er juillet, la malade, qui avait gardé un silence obstiné et refusé de répondre autrement que par monosyllabes, annonce avec satisfaction qu'elle ne souffre plus; elle accuse de l'appétit et remue librement les mâchoires. L'expression est calme, le teint moins plombé, l'irritabilité beaucoup moins grande.

Les jours suivants, Metzger se lève, se promène, s'expose à l'air extérieur et ne souffre plus; la crainte qu'elle avait d'une réapparition de ses douleurs commence à se dissiper, et elle s'abandonne à l'espoir d'une guérison définitive. La plaie s'est fermée le 8 juillet, sans exfoliation. La malade s'occupe à de petits travaux dans la salle, et elle sort deux jours plus tard dans un état méconnaissable. Cette femme a repris un peu d'embonpoint, de l'activité, une expression de vie et de contentement, et la petite cicatrice cachée sous le rebord osseux du maxillaire est à peine visible.

Cette première épreuve du procédé de M. Beau a été des plus remarquables par la rapidité de la guérison. D'autres faits viendront probablement confirmer ce résultat, parce que les conditions du succès semblent heureusement réunies. On peut appliquer deux couronnes de trépan au lieu d'une, de manière à exciser une portion considérable du nerf dentaire inférieur dans la moitié postérieure du canal osseux, ou en exciser l'extrémité antérieure, comme l'a fait M. Sédillot. Dans les deux cas, il est impossible que la continuité se rétablisse; et si le nerf a été le point départ de la névralgie, on voit cesser les accidents sympathiquement développés sur les autres branches du trifacial.

Le refoulement des deux bouts divisés du nerf, ni la cautérisation consécutive à une excision peu étendue ne sauraient être comparés à la sûreté et à la simplicité du procédé de M. Beau, qui peut maintenant invoquer la sanction de l'expérience.

HOTEL-DIEU DE TOULOUSE. — M. DIEULAFOY.

Luxation du fémur dans l'échancrure sciatique.

(Observation communiquée par M. RIGAL, interne.)

J'ai à vous entretenir aujourd'hui d'une forme assez rare de luxation du fémur, qui a été désignée par A. Cooper sous le nom de luxation dans l'échancrure sciatique.

Le 27 juin 1853, peu de temps avant la visite du matin, on apporte à l'Hôtel-Dieu le nommé Jean Bach, portefaix, âgé de trente ans. Cet homme, doué d'une constitution robuste, d'un système musculaire bien développé et qui se dessine d'autant mieux sous la peau qu'il n'a pas d'embonpoint, est reçu à l'hôpital comme atteint de fracture du col du fémur avec pénétration, car l'on a constaté une crépitation peu douteuse. Il est couché au nº 8 de la salle Saint-Lazare. Examiné à la visite du matin, il nous a présenté les symptômes suivants : la hanche gauche est déformée et plus élevée que la droite; la cuisse est fléchie sur le bassin, et la jambe à demi fléchie sur la cuisse; le membre se trouve dans un état d'adduction et de rotation très prononcé, de telle sorte que le gros orteil du pied gauche vient correspondre un peu au-devant de la malléole interne du côté droit. En examinant la région de la fesse, on est tout d'abord frappé par la présence d'une saillie considérable, qui donne au malade une forme ensellée, et que l'on reconnaît, par une forte pression, être formée par une tumeur dure, arrondie et volumineuse, recouverte par les muscles fessiers, tumeur qui n'est autre chose que la tête du fémur. La conformation normale de la fesse est complétement changée : son diamètre transversal est agrandi, et le pli est entièrement effacé; la partie antérieure de la cuisse est plus large et plus volumineuse que du côté droit. Le grand trochanter, que l'on reconnaît parfaitement par le toucher, a subi un mouvement de rotation par lequel son bord postérieur plutôt que sa face externe (comme cela se trouve dans l'état normal) se présente sous les doigts; de plus il s'est éloigné de l'épine iliaque antérieure et supérieure, de telle sorte que si l'on place la cuisse droite dans la demi-flexion, l'on trouve, de l'épine iliaque antérieure et supérieure à la base du grand trochanter, une distance de 12 centimètres et demi, tandis que du côté gauche, de l'épine iliaque antérieure et supérieure à la base du grand trochanter, la distance est d'environ 13 centimètres et demi. La cuisse gauche a subi un mouvement général d'adduction et de rotation en dedans, suivant l'axe du membre, de façon que les muscles sont comme contournés en spirale, et que la rotule gauche vient frapper directement un peu au-dessus du condyle interne du fémur droit.

Les mouvements d'adduction et de rotation en dedans peuvent être exécutés, mais la douleur qu'éprouve le malade est vivement augmentée par ces mouvements; l'élévation est possible, mais non pas sans douleur et sans difficulté; la rotation en dehors et l'abduction sont impossibles. Le membre a un raccourcissement de 2 centimètres et demi.

La réunion de ces symptômes me fait reconnaître une luxation de la tête du fémur en arrière dans l'échancrure sciatique, opinion que viennent corroborer les renseignements qui me sont fournis par le malade.

Celui-ci aidait à charger sur une charrette un ballot de drap du poids de 500 livres environ; il faisait face au ballot, la jambe droite en arrière et le corps fortement porté en avant sur la jambe gauche. Au moment où le ballot allait être placé sur la charrette, il a glissé, et est venu frapper le malade à la hanche gauche avec une extrême violence. Immédiatement après le choc, une douleur très vive se fit sentir dans la hanche, et le blessé se laissa tomber sur le ballot à gauche et en avant.

La luxation étant évidente, je fis immédiatement une tentative de réduction : un drap de forte toile plié en plusieurs doubles fut placé sous la cuisse du malade et solidement fixé au lit pour opérer la contre-extension; les lacs extenseurs furent fixés au-dessus du genou par de nombreux tours de bandes. Le malade ayant été chloroformisé, de fortes tractions furent faites dans la nouvelle direction du membre; mais les lacs extenseurs, n'étant fixés qu'au-dessus du genou, excitaient la contraction des muscles, contraction qui facilitait son glissement par dessus la rotule. Je dus alors renoncer pour ce jour-là à opérer la réduction, et je renvoyai cette opération au lendemain, en prescrivant de nombreuses frictions avec la pommade au chloroforme et en recommandant de faire prendre au malade un bain de deux heures, dont il devait sortir quelques instants avant d'opérer la réduction.

Le lendemain, pour opérer la seconde tentative de réduction, je fis préalablement fixer les lacs extenseurs au-dessus du genou et au cou-de-pied; leurs extrémités furent abandonnées aux aides qui devaient opérer les tractions, d'abord dans la direction du membre, puis, obliquant à gauche, le ramener enfin dans sa direction normale.

L'extension, mieux dirigée que la veille, produisit le meilleur résultat; le membre céda aux tractions qu'on exerçait, s'allongea, et, à un moment donné, les aides ayant cessé leurs tractions, je portai vivement le membre en avant et en dedans, et la luxation fut réduite.

Ayant fait reporter le malade dans son lit, je fis, pour tout appareil, lier les deux membres ensemble. Dans la journée, il y eut un peu de réaction, un peu de fièvre; mais ces symptômes disparurent rapidement, et au bout d'une dizaine de jours le malade a pu reprendre ses occupations habituelles.

Outre l'intérêt qu'offre naturellement ce cas de luxation du fémur, il est encore plus important de l'étudier après une observation que M. Chassaignac vient de publier dans la *Gazette des Hôpitaux* du 28 juin dernier, dans laquelle, dit-il, c'est le rapprochement marqué qui existait entre le grand trochanter et l'épine iliaque antérieure et supérieure qui lui a fait reconnaître la luxation de la tête du fémur dans l'échancrure sciatique, tandis que pour moi le signe le plus rationnel de cette luxation fut, au contraire, l'écartement que je trouvai entre le grand trochanter et l'épine iliaque antérieure et supérieure.

Dans son observation, M. Chassaignac rapporte que du côté sain la distance était de 12 centimètres et demi, tandis que du côté malade elle n'était que de 11 centimètres et demi, ce qui faisait qu'à la suite de cette luxation il y aurait eu, entre l'épine iliaque antérieure et supérieure et le grand trochanter, un rapprochement de 1 centimètre. Vous avez vu, au contraire, que chez le malade dont je viens de vous parler nous trouvions du côté sain, comme M. Chassaignac, une distance de 12 centimètres et demi entre le grand trochanter et l'épine iliaque antérieure et supérieure, et du côté malade une distance de 13 centimètres et demi; ce qui fait que dans le même cas de luxation on trouvait, chez deux sujets différents, tantôt un rapprochement, tantôt un écartement de 1 centimètre. Frappé d'une différence aussi notable, j'ai pensé, au premier abord, que nos mesures avaient peut-être été prises avec peu d'exactitude, ou que le gonflement des parties molles avait pu nous induire en erreur; j'ai fait alors prendre les mesures sur le squelette, et j'ai trouvé, comme sur notre malade, que, la tête du fémur se trouvant dans la cavité cotyloïde et le fémur étant un peu incliné sur le bassin, il y avait entre l'épine iliaque antérieure et supérieure et la base du grand trochanter une distance de 12 centimètres et demi; si, au contraire, on plaçait la tête du fémur dans l'échancrure sciatique, la distance se trouvait être de 13 centimètres et demi.

D'où peut provenir alors la grande différence qui existe entre les mesures que nous avons trouvées et celles rapportées par M. Chassaignac dans son observation? Nous ne pouvons l'attribuer qu'à une erreur, soit dans les mesures qui ont été prises, soit dans la nature de la luxation; car il est quelques cas de luxations dans lesquels il existe un rapprochement entre le grand trochanter et l'épine iliaque antérieure et supérieure.

Mais pour le cas de luxation dans l'échancrure sciatique, il est évident qu'il doit y avoir toujours un écartement; car si, dans la position normale, nous faisons passer par le grand trochanter un plan perpendiculaire à la ligne qui joint l'épine iliaque antérieure et supérieure au grand trochanter, on trouve que ce plan passera encore par le grand trochanter lorsque la tête du fémur sera placée dans l'échancrure sciatique; mais dans ce cas la ligne qui joint le grand trochanter et l'épine iliaque antérieure et supérieure n'est plus perpendiculaire à ce plan. Or, la géométrie nous apprend que toute perpendiculaire est toujours plus courte qu'une oblique; dès

lors, comme je l'ai déjà dit, dans la luxation de la tête du fémur dans l'échancrure sciatique, on doit toujours trouver un écartement entre l'épine iliaque antérieure et supérieure et le grand trochanter.

(*Gaz. méd. de Toulouse.*)

HYDROPISIE ASCITE SYMPTOMATIQUE D'UNE TUMEUR PYLORIQUE.

Guérison par la spirée ulmaire.

(Communiqué à la Société de médecine, chirurgie et pharmacie de Toulouse par M. le docteur GUITARD, chef-interne de l'Hôtel-Dieu.)

Le travail que je présente aujourd'hui à la Société m'a paru intéressant sous le point de vue de la guérison obtenue par une substance depuis longtemps tombée dans l'oubli et ressuscitée naguère au sein des sociétés savantes.

Labobie, agé de quarante-cinq ans, employé à la manufacture de tabac, est d'un tempérament bilieux.

A l'âge de vingt-sept ans, il eut les fièvres tierces pendant dix-huit mois; à trente et un ans, une pneumonie aiguë, dont il guérit bien et dont il ne souffre pas actuellement; à trente-neuf ans, il prend une violente colère, et quelques jours après survient une tache scorbutique d'un centimètre de diamètre sur le lobule du nez; elle persiste encore d'une manière très prononcée. A quarante-deux ans, il fut pris plusieurs fois d'un rhumatisme articulaire aigu.

Enfin, quelque temps après, il y a trois ans, il s'aperçut de la présence et du développement très lent d'une tumeur à la région épigastrique. Il n'en éprouva longtemps que de légers accidents du côté du tube digestif, quelques troubles dans la digestion, qui ne l'occupaient pas sérieusement. Mais, au mois de juin 1851, ces accidents se compliquant de jour en jour, le malade me fit appeler au mois de juillet suivant, et voici dans quel état je le trouvai :

Maigreur générale assez prononcée; ecchymose scorbutique sur le lobule du nez; facies caractéristique des affections abdominales avec son sillon labio-nasal; abattement assez grand; anorexie, soif continuelle; les aliments sont quelquefois vomis, d'autres fois conservés, mais alors ils sont difficiles à passer; tantôt constipation, tantôt diarrhée; fièvre lente; pouls dépressible, fréquent; battements du cœur réguliers, mais lents; bruit de souffle, respiration anhélante; pas de bruits anormaux dans la poitrine, pas de traces de l'ancienne pneumonie; abdomen indolent, tendu, luisant, conservant l'empreinte du doigt : il gêne un peu le malade pour la flexion du tronc. La succussion et le ballottement n'indiquent encore aucun épanchement péritonéal. La palpation et la pression ne sont point douloureuses. La percussion donne un son général plus mat que d'habitude, à cause sans doute de l'empâtement des parois abdominales; cependant par la palpation il est assez facile de trouver une tumeur assez dure dans la région ordinairement occupée par le pylore : elle est indolente, sous-jacente et non adhérente aux parois musculaires abdominales; elle varie un peu de place, dit le malade, selon qu'il a mangé depuis longtemps ou qu'il vient de remplir son estomac. La percussion donne en ce point un son complétement mat qui délimite très bien la tumeur, et qui succède au son clair de l'estomac si facile à reconnaître. La palpation et la percussion ne fournissent rien d'anormal pour les autres organes de cette cavité, le foie et la rate spécialement. La sécrétion et l'excrétion urinaires ont lieu comme toujours, et le malade trouve l'urine plus pâle depuis quelque temps. La langue est rouge, lancéolée et tend à la sécheresse.

En présence de tous ces symptômes, je recommandai au malade de quitter son travail, de garder le repos, de prendre des aliments nourrissants sous un petit volume, de rejeter tous les excitants, et de ne pas oublier que ce qui est bien mâché est à moitié digéré. Je prescrivis en même temps la tisane de pariétaire nitrée (jusqu'à 4 grammes de nitre dans un litre de tisane par jour) et le sirop de digitale (trois cuillerées à bouche par jour), avec l'application sur l'abdomen d'une ouate camphrée maintenue par une serviette assez serrée.

J'espérais par ces moyens arrêter la suffusion séreuse ou l'épanchement péritonéal dont je me voyais déjà menacé; je pensais en tonifiant un peu aussi l'organisme par une alimentation plus convenable pour une digestion plus facile et plus fructueuse ramener les symptômes à une modification qui permît au malade de vivre comme il avait vécu depuis déjà quelques années; mais, soit que la diète conseillée n'ait pas été bien suivie, soit que le travail auquel le malade était revenu y ait contribué, ou bien que la maladie fût trop ancienne pour céder aussi facilement, il y eut des oscillations dans un sens et dans l'autre jusqu'au mois de septembre, et le 18 le malade, qui avait été obligé de s'aliter, me fit appeler de nouveau.

Le 18 septembre, la maigreur de la face contraste singulièrement avec la saillie et la rougeur des pommettes; la langue est lancéolée, rouge et sèche; la soif est grande; l'ingestion des aliments solides pénible, et leur digestion détermine une réaction fébrile générale; ils ne sont pas assimilés et passent par des selles plus ou moins élaborées. Le ventre est ballonné, distendu; il est facile de distinguer le flot du liquide péritonéal dans le tiers inférieur de la cavité abdominale surmonté d'un développement gazeux : on trouve facilement ce que M. Piorry appelle le son hydraérique.

Le malade est fatigué pour la moindre chose. Il voit où l'ont conduit ses imprudences, et son esprit est tourmenté par les conséquences probables de son affection, dont il n'ignore pas la gravité.

Je commençai dès lors à rassurer son moral en m'emparant de sa confiance, et je vis avec l'espoir revenir un peu plus d'assurance et de courage. Je conseillai en même temps la diète aux bouillons légers, le nitrate de potasse comme auparavant, des onctions d'onguent napolitain et des applications de cataplasmes émollients sur le ventre; plus tard, des onctions avec la pommade à l'iodure de potassium.

Mais tous ces moyens ne purent arrêter les progrès du mal : l'épanchement péritonéal augmenta sans cesse et avec lui l'épidiaphratopie et les étouffements, la dysphagie, l'insomnie et la fièvre hectique; les membres pelviens et le scrotum s'infiltrèrent, et le 29 octobre je me décidai à pratiquer la paracentèse. Je retirai 23 litres de sérosité trouble, lactescente, facilement coagulée par la chaleur du feu et que je regrette de n'avoir pas fait examiner chimiquement avec plus de soin.

Après l'écoulement de ce liquide, je comprimai assez fortement les parois abdominales, et j'eus la satisfaction de voir un soulagement bien marqué suivre cette première ponction.

J'insistai alors sur la teinture de digitale jusqu'à trente et quarante gouttes par jour à l'intérieur et en fomentations sur l'abdomen avec la teinture de scille.

Je fis plus tard deux applications de vésicatoires semilunaires sur le ventre, et les urines n'étaient pas plus abondantes.

Un jour, dans le mois de novembre, le malade, voyant l'épanchement se reproduire assez rapidement malgré les soins employés, céda aux instances d'un ami qui lui conseillait de prendre de la tisane de racine d'asperges. Il m'en parla quelques jours après l'avoir employée et la mit de côté, quoiqu'elle lui eût donné des urines plus abondantes, parce qu'elle fatiguait son estomac. Il me demanda en même temps si je lui conseillais de faire usage de la tisane de la reine des prés, que plusieurs personnes lui avaient vantée beaucoup. Sur la foi de ces personnes et de quelques articles de journaux qui commençaient à s'en occuper de nouveau, j'accédai à ses désirs; mais avant, et pour en assurer davantage le succès, je fis une seconde ponction, qui me donna cette fois seulement seize litres de liquide, dont la coction ne fournissait plus que quelques grumeaux. Je laissai le malade prendre la tisane d'ulmaire, la plante entière et sèche achetée chez un herboriste.

Dans les premiers jours qui suivirent la ponction, la collection semblait se renouveler plus promptement; mais, après une semaine de l'emploi de cette tisane, il s'établit une abondante diurèse; le ventre s'affaissa peu à peu, et je revins alors aux applications d'onguent à l'iodure de potassium; je continuai l'usage de la reine des prés, et j'ajoutai l'administration de l'eau de Lugol ainsi formulée :

Eau distillée.	1 litre
Iodure de potassium. . . .	4 décigrammes
Iode.	2 —
Sel marin.	30 grammes

quand le ventre ne donna plus signe d'épanchement; j'en donnai d'abord une cuillerée à bouche matin et soir, pour augmenter graduellement jusqu'à douze par jour.

L'épanchement séreux ne revint pas, et la fièvre disparut peu à peu. Le malade prit quelque nourriture, d'abord légère; la digestion s'en faisant bien, il put arriver à des aliments plus réparateurs.

Le 5 janvier 1852, il avait pris cinq litres de cette eau minérale, et le 10 du même mois il commençait à se lever. Vers la fin du mois, il revenait à ses occupations habituelles.

Je l'ai vu six mois après; il se porte pour le moins aussi bien qu'avant sa maladie; toutes les fonctions s'exécutent à merveille; la tumeur pylorique a diminué, mais non complétement disparu. J'ai conseillé de revenir à l'emploi de l'eau de Lugol, mais je crains bien que l'incurie des malades de cette classe ne l'empêche d'y avoir recours et de le mettre ainsi à l'abri de quelque rechute; il rend grâce tous les jours à la tisane d'ulmaire et se promet bien de l'indiquer à tous ceux qu'il croira se trouver dans le même cas.

Je l'ai souvent rencontré depuis, et le mois dernier encore (12 août 1853); il n'a jamais cessé de bien se porter.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 24 août 1853. — Présidence de M. DENONVILLIERS.

Après la lecture et l'adoption du procès-verbal, M. le président annonce à la Société qu'un de ses membres associés étrangers, M. le docteur Prytha, professeur de clinique chirurgicale à Prague, est présent à la séance.

Correspondance.

La Société reçoit divers journaux de médecine.

— M. DEBOUT dépose sur le bureau une lettre de M. Diday, qui sollicite le titre de membre correspondant, et qui, à l'appui de sa candidature adresse un mémoire intitulé : *Fistule urinaire urétrale chez l'homme guérie par un moyen simple de compression. Observation suivie de réflexions.* (Commissaires : MM. Larrey, Désormeaux, Michon.)

— M. Piachaux (de Genève) adresse *trois observations de déviations utérines traitées avec succès par le redresseur utérin, accompagnées de quelques réflexions.* (Renvoyé à l'examen de M. Debout.)

— M. MARJOLIN fait la communication suivante :

M. le docteur Verrier (de Bar-sur-Aube) adresse à la Société une lettre dans laquelle il l'informe qu'il met à sa disposition une somme de 300 fr., ou une médaille de la même valeur, à décerner à l'auteur du meilleur travail sur le traitement des hémorrhoïdes ou des varices par la coagulation du sang par le procédé de M. Pravaz ou tout autre procédé inoffensif.

Les mémoires présentés doivent s'appuyer sur des faits ou des expériences.

La Société de chirurgie de Paris, acceptant l'offre de M. le docteur Verrier, arrête ce qui suit :

« Les personnes qui voudront concourir pour ce prix devront envoyer leur mémoire (*franco*) avant le 1er mars 1854 au secrétaire de la Société, rue de l'Abbaye, 3.

» Les mémoires ne seront pas signés; ils porteront en tête une devise, qui sera répétée avec le nom de l'auteur dans une enveloppe cachetée.

» Les mémoires doivent être écrits en français ou en latin; ils doivent s'appuyer sur des faits ou des expériences.

» Aucun membre de la Société ne peut concourir. »

— La Société procède ensuite à l'élection d'un secrétaire général et d'un bibliothécaire archiviste.

M. Marjolin est élu secrétaire général;

M. Giraldès est élu bibliothécaire archiviste.

Suite de la discussion sur le rapport de M. Robert.

M. Roux commence par faire l'éloge du rapport de M. Robert; il se plaint seulement de lacunes regrettables, qu'il veut rapidement signaler.

Ainsi, il eût fallu, dans un travail de cette importance, poser les indications et les contre-indications des anesthésiques, les meilleurs procédés à employer, les qualités que doit avoir le chloroforme, la manière de l'appliquer : soit lentement, soit graduellement et par intermittences, comme le veut M. Gosselin, soit rapidement.

On ne devrait, dit M. Roux, recourir à l'emploi d'un agent aussi redoutable qu'avec une extrême réserve, et ne pas s'en servir aussi légèrement qu'on l'a fait quelquefois.

Je vois, par exemple, que M. Robert a chloroformisé des malades atteints de rétrécissements spasmodiques de l'urètre pour les cathétériser. Ce que M. Robert dit avoir vu, je le crois comme parfaitement avéré, cependant je ne puis m'abstenir de dire que ces rétrécissements spasmodiques doivent être excessivement rares, car, pour mon compte, je n'en ai jamais rencontré.

Je me trouve dans une position particulière pour parler des accidents produits par le chloroforme, car je n'ai rien de personnel à vous dire, vu que sur deux mille cas environ dans lesquels j'ai employé cet agent, je n'ai jamais eu le moindre malheur à déplorer. J'ai eu quelques syncopes, des nausées; j'ai quelquefois suspendu les inhalations, mais je n'ai rien vu de grave.

Quant au choix des moyens, M. Robert aurait dû s'exprimer catégoriquement sur le procédé qui lui paraît le meilleur. Cela importait beaucoup cependant. Ne voyez-vous pas même que quelques praticiens donnent encore la préférence à l'éther, quoique cet anesthésique me paraisse offrir de nombreux inconvénients, surtout au point de vue de l'application. On prétend cependant vouloir le mettre en parallèle avec le chloroforme. Mais nous devons dire que les éléments nécessaires à cette comparaison sont tout à fait insuffisants, car à peine l'éther a-t-il été employé pendant une année, tandis que le chloroforme compte déjà quatre années d'expériences journalières, et, on doit le dire, d'expériences très largement faites, tandis que l'éther, à son début, n'était employé qu'avec une certaine timidité.

Je donne, quant à moi, la préférence au chloroforme, et je crois qu'il serait important que la Société se prononçât sur cette question.

Pour ce qui est du mode d'application, n'y a-t-il pas là à juger des questions de la plus haute gravité? Je remarque que les accidents survenus se sont toujours produits chez des malades qui étaient anesthésiés par les procédés de l'éponge ou du mouchoir, etc. J'ai vu M. Simpson se servir de l'éponge dans mon service, eh bien! cela ne m'a pas convaincu, et je pense que les dangers sont bien mieux conjurés si on a recours à un procédé d'inhalation plus rigoureux, tel que celui dont je me sers (j'emploie toujours un appareil construit par M. Charrière); on sait mieux ce que l'on fait, on agit plus rigoureusement.

Je désirerais que M. Robert nous dît sa pensée sur l'opportunité de produire l'anesthésie lentement ou rapidement. Je vois en effet qu'après une pratique de plusieurs années rien n'a été encore fixé à ce sujet, pas plus que sur la position à donner aux malades.

Après ces points éclaircis, il faudrait ensuite tâcher de s'entendre sur la manière dont surviennent les accidents. M. Robert, frappé de ce qu'il y a d'étrange dans ces terribles faits de mort, a voulu tourner la difficulté en créant un mot : il a dit qu'il y avait sidération. Ce mot n'exprime qu'un fait : l'instantanéité de la mort, mais n'explique rien.

La mort survient, en effet, sous les formes les plus variées. Ne sommes-nous pas tous divisés sur l'appréciation de la cause qui produit la mort? Voyez tout ce qu'on a dit et imprimé à ce sujet. Toutes les explications données par MM. Ricord, Chassaignac, Sédillot, Baudens, etc., sont attaquables; car chacun de ces observateurs suppose un mode constant d'action, et cependant rien n'est plus variable que ce mode d'action.

Ceci a été dit depuis longtemps; et pour mon compte, dès le principe, dans la communication que j'ai faite à l'Académie des sciences, je me suis élevé contre la prétention des personnes qui voulaient régler les phases de l'action anesthésique. A peine est-il donné au chirurgien de rencontrer deux cas ayant quelque analogie.

Ne voyez-vous pas, en effet, la résolution faite quelquefois avant l'insensibilité, et *vice versâ?*

Depuis que cette discussion est ouverte, j'ai fait une vingtaine de chloroformisations, et j'ai pu voir quelques faits singuliers. Ainsi, une jeune fille que j'allais opérer d'un kyste du front tombait complétement insensible après deux ou trois inspirations. D'autres fois, au contraire, j'ai vu des malades réfractaires à l'action du chloroforme, au point qu'une malade affectée d'un cancer du sein a dû être abandonnée après une demi-heure d'inhalations infructueuses.

Ces variétés d'aptitude ne disent-elles pas qu'il est impossible d'établir des règles, de créer des théories bien assises?

M. Robert aurait dû attaquer et combattre toutes ces théories qui, par une singularité digne de remarque, se produisent avec une fécondité extraordinaire et inondent toutes les voies de la publicité depuis que cette discussion est entamée devant la Société de chirurgie.

Quant au traitement, je suis obligé de m'en rapporter à mes confrères; je n'ai personnellement rien vu.

Mais, dit en terminant l'honorable professeur, je ne saurais trop louer M. Robert des efforts qu'il a faits pour soustraire le médecin à la responsabilité que l'on voudrait faire peser sur lui.

Comme il l'a fort bien dit, les chirurgiens n'ont rien gagné à l'emploi des anesthésiques. La science ne leur a dû aucun progrès; c'est une affaire toute d'humanité. On ne saurait donc rendre les médecins responsables des accidents qui sont arrivés ou qui arriveront à l'avenir; et, pour mon compte, je le déclare hautement, plutôt que d'accepter une telle responsabilité, je préférerais renoncer à la pratique de la chirurgie.

M. DENONVILLIERS communique la note suivante, relative à un malade que M. Jarjavay avait présenté au commencement de la séance.

Testicule gauche retenu au niveau de l'orifice externe du canal inguinal. Atrophie. Hydrocèle bilobée dans la tunique vaginale de ce testicule.

Gandrille (François), âgé de trente-six ans, concierge, a le testicule gauche retenu au niveau de l'orifice externe du canal inguinal. Après des mouvements fréquents de la cuisse du même côté, pendant qu'il frottait des appartements, il s'est aperçu pour la première fois depuis trois mois d'une grosseur qui s'était développée dans l'aine. Cette tumeur augmentant de jour en jour, il s'est décidé à demander les secours de l'art.

La tumeur est bilobée, fluctuante, transparente. Un des lobes est dans les bourses, l'autre au-dessus du pli de l'aine, *dans le tissu cellulaire sous-cutané de la paroi abdominale antérieure.* La partie rétrécie correspond au niveau de l'orifice externe du canal, là où est le testicule. Celui-ci est de moitié moins gros que le testicule droit. Le cordon descend au-dessous de lui dans les bourses.

Il n'existe aucune communication avec le péritoine.

Rapport.

M. MOREL-LAVALLÉE, au nom d'une commission composée de MM. Larrey et Jarjavay, lit un rapport sur une observation de hernie traumatique du poumon communiquée par M. Dufour, aide-major au 3e régiment de spahis.

Nous donnons une analyse de ce rapport.

M. Morel-Lavallée, après avoir indiqué tout l'intérêt qui s'attache à l'étude de ces lésions encore peu connues, donne un extrait du fait communiqué par M. Dufour. Outre les lésions de la poitrine, le blessé, dit M. Morel, avait en même temps reçu un coup de feu à l'avant-bras et des contusions sur diverses parties du corps. Suivant M. Dufour, un bubonocèle se manifesta dans le cours du traitement, etc.

Nous négligerons à dessein ces complications, qui n'ont rien présenté de particulier, et nous dégagerons ainsi de cette observation complexe ce qui a trait à la hernie pulmonaire.

Un jeune homme de Barral (Afrique) est assailli par deux Arabes; il reçoit un coup de feu à l'avant-bras et plusieurs coups de poignard dans le côté gauche. Laissé pour mort par ses assassins, on le trouva quelques instants après baigné dans son sang, mais respirant encore.

A la première visite du docteur Dufour, deux heures après l'événement, le blessé était dans le décubitus horizontal, la face pâle, les yeux fermés, la peau froide, le pouls presque imperceptible, la suffocation imminente.

On comptait sur le côté gauche de la poitrine six plaies par instrument à la fois piquant et tranchant. Une seule était pénétrante.

« Cette plaie était située au niveau du dixième espace intercostal, un peu au-dessus de la région splénique proprement dite. Elle donne issue à une portion d'organe intérieur hernié; elle est longue de 6 centimètres, de couleur rougeâtre, non crépitante à la pression des doigts; des feuillets séreux sont manifestes et mobiles l'un sur l'autre. Sur sa surface on distingue nettement de petits caillots, indices d'hémorrhagies récentes, mais suspendues. Du reste, aucune de ces plaies de la poitrine n'est le siége d'un écoulement sanguin extérieur. La sonorité pectorale est normale partout; la matité du cœur est un peu voilée; l'abdomen est météorisé et très douloureux. »

A un premier examen, la situation de la plaie à la limite inférieure de la poitrine, sur l'hypochondre, et l'apparence graisseuse de la hernie, le défaut d'exhalation gazeuse par les petites plaies de sa surface, la douleur excessive et la tension très prononcée dont l'adbomen était le siége, firent d'abord diagnostiquer une épiplocèle.

La crainte que les petites plaies de la hernie, plaies dont l'existence était démontrée (aux yeux de l'auteur par les caillots adhérents à la surface du viscère, ne vinssent à se rouvrir et à reproduire l'hémorrhagie, après que l'organe serait rentré dans sa cavité, éloigna l'idée de la réduction. — Sangsues; ventouses sèches à la base de la poitrine; potion opiacée; compression modérée sur la hernie.

Le lendemain matin, la réaction s'annonçait par la force et la fréquence du pouls, par la chaleur de la peau, etc. Les douleurs étaient encore vives par intervalles.

Dans un effort de vomissement, il se fit du côté de la plaie un véritable sifflement, qui fut entendu par le blessé et par sa mère. Mis sur la voie par se signe, M. Dufour reconnut que la hernie, dont le volume s'était d'ailleurs accru pendant l'effort, était formée par une mince languette de la base du poumon. Il s'abstint de toute tentative de réduction, par la même raison que lorsqu'il croyait avoir affaire à une épiplocèle, par la crainte du retour de l'hémorrhagie.

Le siége de la blessure, les douleurs qui se faisaient sentir dans l'abdomen, plus violentes même que celles de la poitrine, donnèrent l'appréhension que l'instrument n'eût aussi pénétré dans le ventre, ouvrant ainsi dans son trajet les deux grandes cavités splanchniques.

La sonorité de ce côté de la poitrine est exagérée à la base. — Pas d'hémoptysie.

Vers le milieu de la journée, la fièvre étant très vive, une saignée est pratiquée, et des frictions mercurielles sont faites sur l'abdomen.

Le soir, le chirurgien note autour de la plaie un emphysème sous-cutané, qui s'étend à l'abdomen. La nuit est assez tranquille; la respiration n'est pas sensiblement gênée.

Le 3e jour, recrudescence de la douleur du ventre dans la zone sous-ombilicale; elle cède aux ventouses sèches et à une potion calmante. Une injection se remarque à la surface de la hernie, recouverte dans quelques points par des rudiments de fausses membranes. La respiration est redevenue presque normale.

Le 4e jour, les douleurs abdominales ont encore reparu par intervalles; mais le volume du ventre a diminué avec sa double cause, le météorisme et l'emphysème.

« Le travail inflammatoire de la partie déplacée du poumon fait des progrès sans retentissement sur la respiration. J'avais posé une ligature très serrée autour du bout de la hernie, qui m'avait offert de toutes petites plaies; je renouvelle un petit appareil compressif à l'aide d'une plaque de diachylon. »

A quelle époque cette ligature avait-elle été placée, et à quel niveau? L'auteur ne le dit point.

Il n'y a plus de fièvre. — Bouillon.

Le 5e jour, des douleurs assez vives se sont manifestées du côté de la plaie pénétrante.

« Le poumon est dur, engorgé; sa surface est grisâtre et d'apparence gangréneuse. Je pose une ligature avec un fil ciré près de l'orifice de sortie pour hâter le travail de mortification. La striction, d'ailleurs très modérée, est très douloureuse..... Le ventre est affaissé. »

Le 7e jour, les inspirations fortes s'accompagnent de douleur vers la plaie qui a livré passage à la hernie; il y a encore un peu d'emphysème aux environs de cette plaie, ainsi que sur le côté correspondant de l'abdomen; les douleurs se montrent encore de temps en temps dans cette cavité. La mortification du poumon marche très lentement.

Le 11e jour, « la hernie pulmonaire offre son extrémité libre complétement gangrénée dans une étendue de 4 centimètres. Quant à la ligature que j'avais posée le 14 (5e jour) près de la plaie elle-même, je la resserre modérément jusqu'à ce que le blessé accuse de la douleur. Entre les deux fils, le poumon hernié offre un bourrelet dur, tendu, grisâtre; en cherchant à ausculter avec le stéthoscope au point dénudé de l'organe aérien, je crus distinguer encore de la respiration soufflée. D'ailleurs, la respiration intra-thoracique est partout normale.»

Le 13e jour, « l'extrémité gangrénée de la hernie est prête à se détacher; mais la gangrène ne paraît pas encore envahir le gros bourrelet, qui a même pris un peu plus de développement. Le blessé dit que, pendant la nuit, il entend souvent un *bruit d'air* du côté de la plaie. »

Le 15e jour « la congestion de la hernie est moindre; sa surfece est comme flétrie. »

Cette flétrissure fait des progrès jusqu'au 21e jour, où « l'extrémité gangrénée se détache sans accident; la flétrissure et la diminution de volume de la portion restante continuent progressivement; ses deux tiers externes sont d'un rouge vineux; la partie la plus rapprochée de la plaie est recouverte de fausses membranes, et au-dessous on remarque un commencement de suppuration..... Pendant le pansement, le blessé rapporte la douleur à la plaie même plutôt qu'à la hernie, dont le tissu paraît être maintenant imperméable à la respiration. »

Le 23e jour, le malade a un peu souffert au niveau de la plaie, et sympathiquement vers le point correspondant du côté opposé de la poitrine.

Du 27e au 46e jour, la hernie reste rouge, dure, sans odeur gangréneuse. La mortification marche très lentement.

La station assise est encore très difficile; elle détermine immédiatement vers la plaie et vers le point homologue du côté opposé un tiraillement accompagné de vertige qui force le malade à reprendre la position horizontale.

M. Dufour « essaie la constriction avec un ruban étroit et ne la pratique qu'à un faible degré. » — Cataplasme maturatif sur la hernie.

Le 54e jour, les bords de la plaie ont contracté des adhérences intimes avec le col de la hernie, excepté en haut et en dedans. La surface de la hernie, toujours rouge, « présente des pertuis très fins, de la grosseur d'une tête d'épingle; ces orifices donnent issue à du pus bien caractérisé; les épreuves de la flamme d'une bougie et de la surface d'un miroir ne montrent rien quant à la communication de ces trous avec l'arbre aérien; le malade affirme cependant qu'il entend comme un bruit d'air qui s'échappe du côté de la plaie; il accuse aussi la sensation de gouttes d'eau qui tomberaient du côté de l'estomac. »

Le 57e jour, M. Dufour se décide à provoquer l'élimination de la hernie par une forte striction. »

Le 63e jour, l'effet de la striction paraît se localiser à la hernie et à la peau circonvoisine, qui est un peu érythémateuse. La sonorité du côté gauche est normale.

Le blessé reste levé pendant une heure et demie.

Le 74e jour, la hernie gangrénée se détache complétement, et à dater de ce moment la cicatrisation s'accomplit régulièrement. Douze jours après la chute de la hernie sphacélée et le 95e après l'accident, la cicatrice était achevée et l'état général excellent.

Après avoir donné cette analyse, M. Morel étudie successivement tout ce qui est relatif au mécanisme, à la symptomatologie, au diagnostic et au traitement.

1° *Mécanisme.* — En rapprochant les faits connus, et qu'il a exposés dans son mémoire (1), du fait de M. Dufour, M. Morel-Lavallée établit que, pour que la hernie du poumon puisse se faire, il faut que la poitrine ait été assez largement ouverte, condition qui n'est pas nécessaire pour les hernies abdominales traumatiques; la cause de cette différence est facile à concevoir.

Quant au moment où s'est produite la hernie, il est impossible de le préciser; quelquefois elle a lieu très rapidement, au point, dit M. le rapporteur, que Ruysch et Fabrice de Hilden, dans les faits qu'ils ont rapportés, ont pu croire que l'instrument vulnérant dans son extraction avait entraîné l'organe avec lui; quelquefois aussi elle survient assez longtemps après que la poitrine a été ouverte. Le malade de M. Dufour présentait déjà sa hernie deux heures après l'accident.

Sur la portion du viscère sortie existaient de petites plaies. On n'a rencontré cette complication que dans deux cas, et on conçoit, en effet, que la blessure du poumon doive apporter un double obstacle à sa hernie.

Sous le rapport de la formation de la hernie, on peut regarder le poumon comme un assemblage de petites poches divergentes adaptées à l'extrémité des bronches, et dont le fond est projeté par une forte expiration contre les espaces intercostaux. Or, ici la colonne d'air, au lieu d'exercer sa pression excentrique sur ce fond, qui manque, puisqu'il est détruit par la blessure, s'écoule dans la plèvre. Pour que la hernie pût se produire, il faudrait que la plaie viscérale ne correspondît pas à la plaie pariétale, ce que la locomotion du poumon pourrait sans doute permettre, la blessure de cet organe, surtout si elle siége à sa base, s'élevant dans l'inspiration au-dessus de l'ouverture de l'espace intercostal, s'abaissant dans l'expiration; mais alors ce serait la partie saine du poumon qui serait chassée de la poitrine où la blessure resterait renfermée : premier obstacle.

Dans le cas où la pression excentrique des colonnes d'air ambiantes tendrait à entraîner au dehors la partie blessée du viscère, l'air qu'il verse dans la plèvre et celui qui s'y précipite par la plaie pariétale s'opposeraient à la sortie du poumon : c'est le deuxième obstacle.

M. le rapporteur regrette donc que M. Dufour n'ait pas observé directement ces petites plaies dont il parle; il a cru qu'elles existaient uniquement parce qu'il y avait des caillots adhérents à la surface de la hernie.

Symptomatologie. — M. Morel signale la non-crépitation de la partie du poumon herniée deux heures après l'accident. Ce fait aurait besoin pour avoir toute sa valeur d'être un peu plus positif. La théorie, en effet, devrait faire admettre le contraire.

Plusieurs lacunes sont signalées encore par M. le rapporteur, et sur les variations de volume, et sur la circulation de l'air dans la tumeur, et sur quelques-uns des symptômes fournis par l'état de la poitrine.

Ainsi l'auteur n'a pas recherché la cause du sifflement qui dès le lendemain de l'accident avait accompagné l'augmentation de volume de la hernie. Même reproche doit être adressé quant au bruit d'air que le malade entendait souvent la nuit du côté de la plaie et à la sensation de gouttes d'eau qui tombaient du côté de l'estomac.

M. Morel admet que le sifflement et le bruit d'air étaient produits par la pénétration de l'air extérieur au niveau du collet de la hernie. Quant à la sensation de gouttes d'eau, elle pourrait être considérée comme analogue au tintement métallique.

Diagnostic. — M. Morel signale la ressemblance apparente de la hernie du poumon avec celle de l'épiploon. Cette analogie, déjà signalée par Ruysch et Robert Bell, peut d'autant mieux tromper le chirurgien que le siége de la hernie, dans un espace intercostal même un peu élevé, n'exclut pas son origine abdominale, ainsi que le démontrent d'assez nombreuses observations. Dans le cas de M. Dufour, l'examen anatomique de la partie herniée tombée sous la ligature rend le diagnostic positif.

Traitement. — M. Morel approuve la conduite suivie par M. Dufour, qui n'a pas voulu tenter la réduction de la hernie. Seulement il pense qu'il n'était pas nécessaire d'appliquer deux ligatures : une seule suffisait.

En résumé, dit M. le rapporteur, l'observation, qui laisse quelques *desiderata*, donne une bonne description de la consistance, de la forme, de l'aspect de la tumeur. Nous avons déjà dit sur quels points l'auteur avait laissé des lacunes regrettables; malgré ces lacunes, cette observation est encore la moins incomplète de toutes celles que possède la science. Il n'a manqué à son auteur pour la faire irréprochable que d'avoir entre les mains les travaux scientifiques que la science possédait déjà.

La Société doit savoir gré à M. Dufour de sa communication et l'engager à lui transmettre de nouveaux faits dignes d'intérêt.

La commission propose les conclusions suivantes :

1° Adresser des remercîments à l'auteur;

2° Insérer aux *Bulletins* l'extrait de son observation que nous avons donné au commencement de ce rapport;

3° Déposer la pièce anatomique au musée de la Société.

Ces conclusions sont adoptées.

Après quelques observations de MM. Robert et Larrey, il est décidé qu'un extrait du rapport de M. Morel sera également inséré dans les *Bulletins.*

— M. Follin donne ensuite lecture du rapport suivant relatif à une observation communiquée par M. le docteur Combes (de Saint-Germain-en-Laye) et ayant pour titre : *Sur un cas de cancer de la lèvre inférieure. Ablation et chéiloplastie.*

Messieurs, vous nous avez chargés MM. Morel-Lavallée, Laborie et moi de vous rendre compte d'une observation de chéiloplastie par glissement pratiquée sur une malade que M. le docteur Combes vous a présentée. Nous allons en deux mots vous rappeler ce fait intéressant.

Une femme de soixante-trois ans portait depuis une trentaine d'années une affection de la lèvre supérieure droite, probablement de la nature des *cancroïdes épithéliaux*. Le tissu morbide s'étendait de la commissure labiale à la sous-cloison du nez, et remontait aussi un peu sous forme d'infiltration du côté de la joue. L'étendue de la maladie ne permettait pas de réunir par première intention les lèvres de la plaie, réunion que nécessitait l'ablation du cancer, car la cavité des joues, quoique assez grande, ne laissait point espérer un affrontement immédiat.

C'est alors que M. le docteur Combes songea avec raison à restaurer la perte de substance par un procédé d'autoplastie par glissement. La production morbide enlevée, restait une perte de substance d'une forme peu régulière. Cet espace vide était limité du côté de la ligne médiane et en dehors par deux bords verticaux; vers sa partie supérieure en dedans par une section horizontale, et en dehors par deux lignes obliques qui se rencontraient à angle aigu.

M. Combes a eu recours au procédé autoplastique qu'Auguste Bérard décrit pour la première fois dans le *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, 1835. Il lui a suffi de prolonger son incision horizontale de chaque côté jusqu'à une distance convenable du masséter, et de fendre la commissure droite en proportion. Il n'a point été nécessaire d'inciser la commissure gauche. Quelques épingles et quelques points de suture simple ont servi à la réunion.

Au moment où la malade fut présentée à la Société, la lèvre restaurée jouissait d'une certaine mobilité; il n'y avait qu'une cicatrice un peu choquante : c'était celle qui résultait de la réunion de l'orbiculaire coupé en travers avec les muscles de la joue.

Votre commission, messieurs, n'a que peu de remarques critiques à faire sur cette observation; elle regrette toutefois qu'un examen anatomique du tissu morbide n'ait pas été fait avec soin. La longue durée de cette maladie, son peu d'influence sur l'état général du sujet, laissent croire qu'on aurait trouvé là un de ces tissus qui peuvent servir de type à la description des cancroïdes. Cette idée trouve sa confirmation dans la non-récidive de la maladie depuis l'opération.

Quoique cette observation n'apporte dans la science aucun fait nouveau, il faut louer M. Combes d'avoir su habilement saisir ici les indications de la chéiloplastie. Ce succès viendra donc prendre place à côté de succès semblables assez nombreux aujourd'hui dans la pratique des hôpitaux.

Par toutes ces raisons, votre commission vous propose :

1° De remercier M. Combes de son intéressante communication;

2° Et, en déposant honorablement cette observation dans nos archives, d'en publier un court extrait dans nos *Bulletins.*

(Les conclusions du rapport sont adoptées après quelques observations de M. Robert).

Le secrétaire de la Société : E. Laborie.

CORRESPONDANCE.

Monsieur le rédacteur,

Permettez-moi de vous remercier publiquement du concours empressé que vous avez donné à l'*Annuaire médical et pharmaceutique de la France*, et de réclamer la même bienveillance pour l'édition de 1854.

Le corps médical a compris de quel intérêt était pour lui l'œuvre que j'ai entreprise et que je poursuis à travers des difficultés sans nombre, qui, je dois le reconnaître, s'aplanissent chaque jour, grâce au concours que me veulent bien prêter mes confrères.

J'espère que ce concours ne me fera pas plus défaut à l'avenir qu'il ne m'a manqué dans le passé; je viens le réclamer pour l'édition de 1854, qui renfermera quelques améliorations qui m'ont été demandées; telles, par exemple, que le classement des médecins et pharmaciens de Paris par arrondissements et par rues, et une statistique exacte des praticiens du département de la Seine, etc., etc. Je conserverai également dans l'édition de 1854 la *statistique médicale et pharmaceutique de la France*, que contenait l'*Annuaire* de cette année, parce que l'édition de 1853 étant épuisée, je n'ai pu satisfaire à toutes les demandes, et que l'on m'a invité à reproduire ce travail dans l'édition prochaine.

Permettez-moi donc, monsieur le rédacteur, de me servir de la publicité de votre journal pour prier les médecins et les pharmaciens du département de la Seine surtout à me faire connaître exactement leur adresse en la faisant parvenir soit dans vos bureaux, soit à la rédaction de l'*Annuaire*, 26, rue de Trévise, et sous mon nom.

Veuillez agréer, etc. Félix Roubaud.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Régime alimentaire des lycées. — Une commission composée de MM. les docteurs Bérard, inspecteur général des études médicales, Benjamin Levraud, Gillette et Allibert, médecins des lycées, avait été nommée par M. le ministre de l'instruction publique pour examiner ce sujet important.

A la suite d'un rapport fait par cette commission, M. le ministre vient de prendre un arrêté que publie le *Moniteur* du 4 septembre, et qui règle ainsi qu'il suit le poids de la viande cuite, désossée et parée, délivrée à chaque élève:

Pour les *grands*, 70 grammes par tête et par repas;

Pour les *moyens*, 60 grammes;

Pour les *petits*, 50 grammes.

Lorsque le repas se composera de deux plats de viande, les deux parts réunies devront peser un tiers en sus du poids ci-dessus fixé.

Le vin, suivant sa force, entre pour un quart ou pour un tiers dans la composition de la boisson donnée aux élèves.

Au commencement de chaque semaine, le menu des repas présenté par l'économe, approuvé par le médecin, est arrêté par le proviseur, qui se conformera aux règles suivantes :

Le repas du matin se composera, non pas seulement pour les plus jeunes enfants, mais pour tous les élèves indistinctement, en hiver, d'une soupe ou d'un potage, et en été d'une tasse de lait ou de quelques fruits avec une ration de pain convenable.

Le bœuf bouilli ne figurera dans le menu du dîner que trois fois par semaine au plus, et ces jours-là les élèves auront un second plat de viande.

Lorsque le menu du dîner ne se composera que d'un plat de viande, cette viande sera rôtie ou grillée.

Les jours gras, un plat de viande sera toujours servi au souper.

Les jours maigres, aux légumes aqueux, aux confitures, aux fruits secs, etc., on substituera, comme second plat, des mets plus substantiels consistant en poissons, œufs, farineux, etc.

La durée du dîner est d'une demi-heure; celle du souper de vingt minutes au moins.

Le Gérant, ...

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

(1) *Mémoires de la Société de chirurgie.*

N° 106. — JEUDI 8 SEPTEMBRE 1853. (26e ANNÉE.) N° 106. — JEUDI 8 SEPTEMBRE 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

	Trois mois	Six mois	Un an
Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	8 fr. 50 c.	16 »	30 »
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	9 fr.	17	33
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	10 fr.	20	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

PARIS, LE 7 SEPTEMBRE 1853.

Séance de l'Académie de Médecine.

Les honneurs de la séance ont été pour M. Bally. Ce respectable vétéran des congrès a lu une note sur la session qui vient de se terminer à Arras, et dans laquelle des sujets importants ont été discutés.

Nous n'insisterons pas sur le nouveau mode de pratiquer la castration chez les vaches, par l'introduction dans le vagin de la main armée d'un instrument à l'aide duquel on fait une ouverture et on extrait les ovaires sans que ces animaux témoignent de la douleur; les vétérinaires connaissent et apprécient le procédé de M. Charrier. Nous n'aurons de même qu'à signaler à l'approbation assurée de nos confrères le vœu émis pour la formation d'une société universelle de secours mutuels, et la construction d'une maison, ou si l'on veut d'un palais, pour l'éducation gratuite de deux cents fils de médecins; institution qui serait noblement imitée de celle que nos confrères d'outre-Manche ont déjà mise à exécution à Epsom pour la retraite de deux cents vieux pensionnaires.

Mais il est un point culminant qui a occupé les séances du congrès, c'est l'étude de la transmission et du traitement du choléra, des fièvres typhoïdes et paludéennes, à l'occasion desquelles M. Bonnafond, nouvel et puissant Hercule, a cru pouvoir généraliser les moyens d'assainissement et les appliquer au globe entier. M. Bally, plus réservé dans ses idées philanthropiques, a été amené à déclarer de nouveau que l'on ne parviendra à assainir les marais Pontins qu'en faisant passer à travers et au centre le Tibre jusqu'à Terracine, idée que notre honoré confrère rend avec empressement et justice à César, à qui elle appartient.

A propos du choléra, nous aurions encore à apprécier une intéressante lettre de M. Thomas, ancien médecin français à la Nouvelle-Orléans, actuellement à Saint-Pétersbourg. La sollicitude de M. Velpeau, qui a pris la parole pour demander que l'on hâte la publication du rapport de la commission nommée depuis plusieurs années, semble prouver que l'honorable professeur a pris au sérieux le *compte rendu officiel* de la mortalité de Londres pendant la dernière semaine d'août, et a eu, lui aussi, la faiblesse de regarder comme un indice fâcheux les 18 cas de mort par le choléra asiatique et les 137 décès par la diarrhée, ou, si l'on veut, par la cholérine.

M. Velpeau ne pouvait deviner qu'un de nos confrères de la presse médicale aurait la singulière idée de regarder cet état comme *normal* dans la capitale du Royaume-Uni. L'inverse se trouverait vrai peut-être, si nos contradicteurs avaient eu la bonne fortune de dépouiller avant nous les journaux britanniques. Espérons qu'une autre fois ils seront plus heureux; et alors nous n'aurons qu'une recommandation à leur faire, ce sera de tenir compte non-seulement des choléras asiatiques, mais des cholérines mortelles, surtout quand elles arrivent au chiffre de 137 ! !

Quoi qu'il en soit, M. Guérin est averti ; l'Académie désire son rapport et ne se contente pas d'une défaite; peu lui importe qu'il soit membre de deux commissions, dont l'une à l'Académie et l'autre au ministère; comme le lui a dit M. Robinet, on est habitué à voir les commissions d'accord, et plus souvent encore en discordance, et ce que l'on veut surtout, c'est un prompt rapport. Espérons qu'il sera fait selon ses désirs.

Que dire du travail de M. Becquerel sur le traitement de la vaginite par le nitrate d'argent solide? Nous voulons bien croire que le badigeon du vagin avec le crayon peut n'être pas sans quelque avantage; mais il nous semble que les injections détersives et celles au nitrate d'argent en solution ne sont pas à dédaigner, et ont bien aussi leur degré d'utilité, quoique employées depuis longtemps. La cautérisation *solide* a, du reste, été aussi employée par quelques syphiliographes.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. MALGAIGNE.

Leçon clinique sur les fractures de la rotule.

Je n'ai point l'intention de faire ici l'histoire dogmatique des fractures de la rotule; je veux seulement vous initier aux modifications importantes, selon moi, que j'ai fait subir à cette histoire. Un homme de soixante et onze ans, admis le 19 juillet dernier dans mon service pour une fracture de la rotule, servira de texte ou, si vous voulez, de prétexte à cette leçon. Chez ce malade, il y avait un gonflement énorme du genou et un écartement très considérable. Eh bien! il se présente ici une première considération du plus haut intérêt relativement à cet écartement. Disons-le tout de suite, il n'existe pas par soi; la solution de continuité éprouvée par la rotule seule n'en est pas la cause unique. Coupez transversalement la rotule sur un cadavre, et les deux fragments ne se sépareront que d'une très faible quantité, alors même que, remplaçant la force vitale éteinte, vous tirerez de toutes vos forces sur les muscles extenseurs de la jambe. D'où vient donc cette résistance à l'écartement? L'examen anatomique du genou va nous l'apprendre. La rotule est noyée dans une large nappe aponévrotique qui la maintient en place, et pour que ses fragments se séparent, il faut couper ou déchirer les deux aponévroses latérales du genou.

Appliquons cette donnée aux différentes sortes de fractures de la rotule, et voyons ce qui se passe dans chacune d'elles; les conséquences pratiques ne se feront pas attendre.

Il y a deux espèces de fractures de la rotule :

1° Par action musculaire;

2° Par choc direct.

Les premières sont de beaucoup plus rares que les secondes.

1° Dans les fractures par choc direct, on invoque ordinairement une chute sur les genoux; mais il faut ici quelques conditions particulières pour que la fracture ait lieu. Quand on tombe à genoux sur un plan horizontal, la rotule ne porte point sur le sol; ce qui porte, c'est l'extrémité supérieure du tibia et le ligament rotulien : la rotule ne saurait donc être lésée dans ce cas. Mais supposez un sol inégal, un pavé en saillie, l'angle d'un trottoir ; la rotule, qui est précisément un peu relevée, ira frapper contre la saillie et se rompra. La fracture peut encore avoir lieu, même sur un plan horizontal, dans une chute avec *prosternation* complète, toute la partie antérieure du corps portant sur le sol. Mais la solution de continuité ne porte que sur l'os ; lui seul est divisé en travers. L'écartement sera donc peu considérable ; les fragments seront maintenus en place et par les tissus fibreux latéraux, et par celui qui recouvre l'os et qui n'a pas été divisé.

2° Pour que la fracture par rétraction musculaire se produise, il faut une force prodigieuse ; aussi, me fondant sur un certain nombre de cas observés par moi, et dans lesquels les malades avaient accusé à plusieurs reprises des douleurs dans le genou antérieurement à l'accident, je suis porté à croire qu'ici, comme dans d'autres cas de fractures par action musculaire, la rupture a été préparée par une maladie antérieure de l'os qui avait diminué la cohésion. Quoi qu'il en soit, un effort capable de rompre la rotule doit l'être également de déchirer les plans fibreux voisins.

La fracture une fois produite, différents cas peuvent se présenter. C'est une fracture par cause musculaire ; elle a lieu le malade étant debout et celui-ci faisant effort pour ne pas tomber ; la douleur l'avertit aussitôt de l'accident qu'il vient d'éprouver : il se rejette sur la jambe saine et reste ainsi debout et immobile, ou bien il s'accroche à un corps voisin et, dans ce cas encore, il reste dans la station verticale : il y a alors beaucoup de chances pour que l'écartement soit peu considérable. Mais le blessé, au moment de l'accident, veut se reposer sur sa jambe malade; alors elle fléchit, il tombe en arrière, et le genou étant fortement plié, la capsule fibreuse achève de se déchirer : ici l'écartement sera très considérable.

Même chose pour la fracture par choc direct. Si au moment de la chute le blessé tombe le corps en avant ou sur le côté, l'écartement sera peu considérable ; mais si, la jambe reposant sur le sol, le corps est renversé en arrière, les parties fibreuses de l'articulation du genou subiront une très forte extension, elles seront déchirées au niveau et de chaque côté de la rotule rompue, et les fragments s'éloigneront beaucoup l'un de l'autre.

Ainsi, *à priori*, avant d'avoir examiné l'état des parties, vous pourrez, si vous avez été témoin de la chute, ou d'après le récit que l'on vous en fera, annoncer un écartement considérable et la nécessité de moyens spéciaux de traitement, si la chute a eu lieu en arrière ; un écartement peu marqué et une guérison facile, si la chute a eu lieu en avant ou sur le côté.

D'autres circonstances viennent encore modifier les conditions d'écartement des fragments. La fracture ayant lieu par effort musculaire, la rotule est rompue en deux portions seulement ; tandis que dans la fracture par choc direct il y en a ordinairement trois, dont un assez petit et triangulaire. Ici l'écartement se partageant entre trois fragments doit, par ce seul fait, et sans tenir compte des autres raisons, être moins considérable que dans le cas précédent. Mais le blessé, après s'être brisé la rotule en tombant, je le suppose, sur l'angle d'un trottoir, a voulu se relever ; sa jambe blessée n'a pu le soutenir, elle s'est fléchie, le genou s'est plié et la chute a eu lieu en arrière. Dans ce cas, il y aura eu déchirure secondaire des plans fibreux latéraux, et la fracture rentre, pour l'écartement considérable des fragments, dans la catégorie de celles qui ont lieu par effort musculaire.

De ces différences dans les rapports des fragments entre eux découle toute la thérapeutique; car si la solution de continuité sans écartement considérable est facile à guérir par la seule position, celle qui est dans des conditions opposées exige des soins et un appareil spécial.

Prenons donc le cas le plus difficile, celui dans lequel les fragments se sont fortement éloignés l'un de l'autre, puisque aussi bien cette circonstance se présentait chez le malade que je vous ai montré tout à l'heure. On connaît la multitude de moyens proposés par les auteurs pour rapprocher les deux portions séparées de l'os; tous ont pour effet de les refouler l'une vers l'autre en appuyant fortement de bas en haut sur l'angle inférieur, et de haut en bas sur le bord supérieur de la rotule.

Or, voici ce qui en résulte : les tractions incessantes exercées par les puissants muscles extenseurs de la jambe soulèvent les bandes ou courroies dont on se sert pour maintenir la fracture réduite, les ramènent au niveau de la face antérieure de l'os, où elles glissent faute de prise, et derrière elles l'écartement se reproduit. Si l'on emploie une constriction énergique pour lutter contre cette cause de déplacement, on déprimera fortement les deux extrémités de l'os que l'on voudra réunir; les fragments basculeront de telle sorte que, se touchant seulement par le bord postérieur de la solution de continuité, ils baisseront angulairement en avant.

Le problème à résoudre est donc celui-ci : rapprocher les fragments directement, de manière à affronter aussi exactement que possible les surfaces de cassure. Or, c'est ce que je crois avoir obtenu à l'aide de mon appareil à griffes.

Cet appareil se compose de deux plaques d'acier de 3 centimètres de long sur 2 centimètres de large, pouvant glisser l'une sur l'autre et se rapprocher à l'aide d'une vis. Elles sont bifurquées à l'une de leurs extrémités, se recourbent là en deux crochets très aigus. Les crochets de la plaque inférieure, écartés de 1 centimètre seulement, sont destinés à s'implanter sur le sommet de la rotule, dont la pointe est logée dans leur intervalle; ceux de la plaque supérieure, qui doivent appuyer sur la base de la rotule, peuvent être écartés du double. Le crochet interne doit être plus long que l'autre de 5 à 6 millimètres, pour s'accommoder à l'obliquité de l'os.

Les deux plaques étant isolées, je commence par enfoncer les deux crochets de la plaque inférieure au-dessus du sommet de la rotule, avec la seule précaution de faire retirer un peu la peau en bas. Cela fait, je rapproche avec les doigts les deux fragments le plus possible; je fais également retirer en haut la peau qui recouvre le supérieur, afin qu'elle ne vienne pas s'engager dans leur intervalle en faisant des plis difformes, et, remettant les deux fragments ainsi rapprochés à un aide, j'enfonce les crochets supérieurs dans le tendon rotulien jusqu'à ce que leur pointe arrive sur l'os et y trouve un point d'appui. Il faut agir ici avec une grande force pour enfoncer les crochets le plus profondément possible. Je me suis assuré par de nombreuses expériences qu'il est impossible de traverser le tendon tout entier, et qu'il est beaucoup plus à craindre de rester trop à sa surface. Les crochets inférieurs s'enfoncent tout à fait au-dessous du rebord de la rotule, qui est fort mince à son sommet, embrassent ce bord par leur concavité, et sont toujours solidement arrêtés. Mais les supérieurs n'ont d'autre point d'arrêt que la surface déclive de la base de la rotule, sur laquelle il faut les tenir fortement appuyés jusqu'à ce que la vis ait remplacé les doigts, si l'on ne veut pas qu'elle se dérange.

Les quatre crochets placés, on s'occupe de rapprocher les deux plaques en les faisant glisser l'une sur l'autre, et de fixer le rapprochement à l'aide de la vis. Dans le principe, je les tenais à l'aide d'une vis de pression, mais j'y reconnus deux inconvénients : le premier, de laisser la vis à la disposition du malade; le second, d'exiger un assez grand effort pour resserrer et desserrer la vis, effort qui imprimait à l'appareil entier un mouvement de tension très douloureux pour le malade. M. Charrière a muni chacune des deux plaques d'un piton vertical percé d'un écrou ; dans cet écrou joue une vis horizontale et parallèle aux plaques elles-mêmes, la-

quelle vis est serrée ou desserrée à l'aide d'une clef pareille aux clefs de montre.

L'application des griffes présente souvent de sérieuses difficultés.

Premier obstacle. — Les os spongieux, et la rotule est de ce nombre, contiennent beaucoup de sang, et, divisés, ils doivent en répandre une assez notable quantité. Il est donc très ordinaire de voir les fractures de la rotule s'accompagner d'un épanchement intra-articulaire très considérable, d'où résulte la tuméfaction du genou. Dans cet état de choses, l'application des griffes n'est pas praticable. Que faut-il faire alors? Ponctionner, pour obtenir l'évacuation prompte du liquide, et ramener l'articulation dans des conditions de forme qui permettent l'application des moyens contentifs? C'est là l'idée qui se présente naturellement à l'esprit, et je l'ai mise à exécution, au grand détriment de mon malade, dans un cas où l'épanchement distendait énormément l'articulation tibio-fémorale. Il sortit beaucoup de caillots sanguins; le rapprochement devint très facile. Mais je vis bientôt qu'il n'y avait pas à se féliciter de ce résultat. La réunion eut lieu par un cal fibreux lâche et faible; mon malade était, comme on le dit, estropié. Je compris alors que le sang épanché joue un rôle important dans la consolidation des fractures de la rotule; il sert, en se coagulant au niveau des fragments, de trame, de *substratum* à la lymphe plastique coagulable. Celle-ci s'infiltre dans les caillots sanguins, s'organise; les vaisseaux de nouvelle formation résorbent la matière épanchée, et le travail de consolidation s'accomplit par un cal osseux solide. Otez les caillots, la lymphe se trouve délayée par la synovie, et ne peut remplir sa mission faute d'un point d'appui. La conduite du chirurgien est donc toute tracée : il doit attendre la diminution du gonflement.

Deuxième obstacle. — Une vive inflammation s'est emparée de l'articulation. Les griffes sont par elles-mêmes une cause d'irritation assez puissante pour que l'on n'ajoute pas cette cause d'irritation à celles qui existent déjà. Si on les appliquait dans ces conditions, la contractilité musculaire, fortement excitée par leur présence, rendrait leur maintien impossible. Ici encore il faut attendre que l'inflammation ait cédé. Mais si, malgré l'emploi des moyens appropriés, elle se prolongeait au delà du terme où la consolidation par un cal osseux peut être obtenue?... Eh bien! alors il faudra se résoudre à s'en passer. Les remèdes les plus héroïques n'ont-ils pas leurs contre-indications?

Il y a encore dans la pratique d'autres difficultés que nous ne devons pas passer sous silence. On a ordinairement beaucoup de peine à reconnaître le bord supérieur pour peu qu'il y ait de la tuméfaction. On enfonce les griffes, celles de la partie inférieure s'adaptent presque toujours très bien; on serre, et on n'éprouve pas la sensation qu'accompagne le choc des fragments au moment où ils se rencontrent. Les pointes ont pénétré au-dessus ou au niveau de la solution de continuité. Alors le tiraillement des tissus par les muscles détermine la section de la peau au niveau de l'implantation, exactement comme il arrive dans l'opération du bec-de-lièvre, alors que les tractions excentriques effectuées par les muscles de la face font couper par les épingles les bords de la plaie que l'on avait voulu réunir.

L'inconvénient que je signale ici s'est rencontré chez le vieillard soumis à votre observation. Les griffes avaient été mal appliquées; il a fallu les réappliquer : de là les huit trous que vous avez pu remarquer sur son genou; il est survenu de l'inflammation, et il s'est formé plusieurs abcès. C'est la seconde fois que j'ai à lutter contre ces accidents. Dans l'autre cas, il y avait une fracture multiple; les pointes avaient pénétré dans l'un des interstices des fragments. Heureusement l'esquille était très superficielle; il se forma aussi de la suppuration, et la guérison eut lieu après la sortie du fragment.

Ces inconvénients réels et que je ne vous dissimule pas sont-ils donc compensés par un avantage si grand en cas de succès qu'il faille y exposer le malade? C'est ce qu'il nous faut examiner ici.

Beaucoup de chirurgiens, et en tête je citerai M. Velpeau, affirment que la réunion par un tissu fibreux, même avec un écart de plusieurs centimètres, n'apporte aucun obstacle aux mouvements du genou et ne diminue en rien la solidité de la station. Un examen attentif des faits m'a conduit à une opinion entièrement opposée.

Et d'abord avec un cal fibreux les récidives ne sont pas rares. Ainsi, dans un concours de chirurgie, une malade couchée à l'Hôtel-Dieu, et soumise à l'examen d'un candidat, présentait pour la troisième fois une fracture de la rotule; la réunion avait eu lieu par l'intermédiaire d'un tissu fibreux. J'ai vu à Bicêtre une seconde fracture transversale de la rotule; le cal fibreux avait résisté, et la solution de continuité avait eu lieu au-dessous. L'os avait donc perdu de sa force de cohésion. Autre chose : dans le travail de consolidation, la peau peut devenir adhérente aux plans fibreux sous-jacents, et une nouvelle fracture expose à une rupture de la peau avec ses fâcheuses conséquences, c'est-à-dire la pénétration de l'air dans l'articulation. Ainsi j'ai observé à la Charité un malade chez lequel une récidive fut accompagnée d'une ecchymose sous-cutanée bientôt suivie d'eschare, dont la chute laissa l'articulation ouverte; il fallut amputer, et le malade mourut. Dans un cas rapporté par M. Seutin, la rupture des téguments accompagna celle de l'os; l'amputation ne put être évitée.

Quant à la solidité, j'ai vu bien des individus porteurs d'un cal fibreux, et, en les interrogeant avec soin, j'ai acquis la certitude que le membre avait beaucoup perdu de sa solidité. Ainsi, un fort de la Halle et divers ouvriers obligés par leur profession de porter des fardeaux ou de se servir de leur membre inférieur, les tourneurs, par exemple, ont été obligés de prendre un métier plus sédentaire et moins fatigant. Comme l'ont observé les auteurs, c'est surtout à monter ou à descendre les escaliers que les sujets atteints d'anciennes fractures mal consolidées de la rotule éprouvent de la difficulté; ils ne fléchissent que la jambe saine et traînent l'autre en la tenant roide comme une jambe de bois. S'ils en agissent ainsi, dit M. Velpeau, c'est qu'ils ont peur; cela est vrai; mais cette peur, qui ne les quitte pas, est déjà un indice qu'ils n'ont pas grande confiance dans la force de leur membre : tous vous disent qu'ils ne se sentent pas la même vigueur qu'autrefois; ils ne peuvent courir, porter quelque chose de lourd sans perdre l'équilibre. Leur crainte n'est donc que trop justifiée.

En présence de ces faits dont tout le monde peut constater l'exactitude, n'étais-je pas autorisé à mettre en usage un moyen particulier, exceptionnel et dont le résultat devait être de soustraire les blessés aux inconvénients que nous venons de signaler? Cela ne pouvait faire doute dans mon esprit. Et d'ailleurs je m'étais adressé cette question que doit se faire tout chirurgien honnête quand il met en œuvre un procédé nouveau : Si j'avais une fracture de rotule avec écartement, me soumettrais-je à l'action des griffes? Oui, assurément, et sans hésiter. Mais, mon Dieu! qu'ont donc ces griffes de si effrayant? Tous les jours n'applique-t-on pas la suture entortillée? ne passe-t-on pas des épingles profondément à travers les chairs pour réunir une plaie? Fais-je autre chose? La plus grave objection qu'on puisse adresser aux griffes, c'est d'être un moyen nouveau. A cela, je n'ai rien à répondre : je n'ai qu'à attendre.

L'exemple que j'ai mis sous vos yeux et dans lequel ce procédé a échoué ne prouve qu'une chose, c'est que l'on ne réussit pas toujours. Or, comme à l'aide du moyen que je préconise on obtient des succès nombreux et certains, que tous les autres laissent une consolidation vicieuse, je me crois autorisé à persévérer. Mais ce n'est pas seulement dans les cas de fracture avec écartement que je m'éloigne de la pratique des autres chirurgiens, c'est encore dans la fracture sans écartement, car alors je ne fais rien. Je laisse le membre dans l'extension et je panse avec des cataplasmes. C'est ce que j'ai fait chez un vénérable collègue de l'Académie de médecine, M. Gaultier de Claubry, qui s'était cassé la rotule en se heurtant contre le brancard d'une petite voiture à bras. Ayant sur-le-champ reconnu la nature de l'accident qu'il venait d'éprouver, il tint sa jambe roide et put se rendre ainsi chez lui sans tomber. Il se mit au lit, et on me fit appeler. Je le rassurai sur-le-champ, et lui annonçai qu'il guérirait très bien et sans autre traitement que celui que j'indique ici, le repos, les cataplasmes. En quarante ou quarante-cinq jours, le cal était parfaitement consolidé.

Ainsi, en dernière analyse, rien de plus difficile et rien de plus facile à guérir qu'une fracture de la rotule, suivant qu'il y a ou qu'il n'y a pas d'écartement.

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. BARRIER.

Rétroversion complète de l'utérus à quatre mois de grossesse. Réduction. Guérison.

Par M. BRON (Félix), chirurgien interne.

La récente discussion qui a eu lieu sur ce sujet à l'Académie de médecine (*voir* notre n° du 1er septembre) nous engage à faire connaître un fait de rétroversion qui vient d'être observé à Lyon dans le service de M. Barrier, et qui est publié dans le dernier numéro de la Gazette médicale lyonnaise.

M. Barrier se proposait d'employer la baguette pour réduire l'utérus, mais l'introduction des doigts et ensuite de la main entière dans le rectum a suffi.

Rosalie Chabaud, femme Ferre, âgée de trente-neuf ans, d'un tempérament lymphatique, ouvrière en soie, née à Anglefort (Ain), demeure à la Croix-Rousse.

Mariée depuis dix-huit ans, elle a eu cinq enfants, dont le dernier a cinq ans. Trois vivent encore, qui se portent bien. Toutes ces couches ont été des plus heureuses. La présentation a toujours eu lieu par la tête.

Pendant toutes ces gestations, la malade n'a éprouvé aucun malaise; elle dit, au contraire, avoir constamment pris de l'embonpoint.

La matrice n'a jamais réveillé l'attention de cette femme, jamais elle ne s'est aperçue soit d'un abaissement, soit d'une variation dans la direction de la matrice; jamais elle n'a éprouvé aucun symptôme qui pût dénoter soit un engorgement de l'utérus, soit un relâchement des ligaments; son bassin, du reste, est d'une conformation normale, dont les dimensions ne sont pas exagérées.

Il y a une vingtaine de jours environ seulement qu'elle a éprouvé de fortes coliques et une gêne dans l'émission de l'urine. Ces douleurs ont succédé à une fatigue continuelle en lavant du linge et à quelques efforts qu'elle a faits dans la journée en le soulevant. Elle n'a reçu aucun coup ni éprouvé aucune émotion. Elle est enceinte de quatre mois et demi.

Tels sont les renseignements qu'elle donne à son entrée à l'Hôtel-Dieu, le 25 juin 1853.

M. Socquet, dans le service duquel la malade est d'abord placée, dirige son interrogation du côté de la matrice et diagnostique une rétroversion. Il ne fait aucune tentative de réduction, et s'entend avec M. Barrier pour faire passer la malade dans son service, salle St-Paul, le 5 juillet 1853.

Le ventre est ballonné, dur et de forme arrondie. Il existe en même temps des coliques violentes et des maux de reins très forts.

L'émission de l'urine est fréquente, souvent involontaire et jamais abondante. Par la percussion cependant, on trouve que la vessie est distendue et remonte jusqu'à l'ombilic.

Le cathétérisme, du reste, justifie l'examen extérieur; on retire une quantité considérable d'urine, et dès ce moment il est pratiqué trois fois dans les vingt-quatre heures. Il y a de la constipation.

Au toucher, on reconnaît d'abord, à l'entrée du vagin, un bourrelet muqueux de la grosseur d'une noix, qui n'est autre chose que la paroi postérieure du vagin dans un état de relâchement considérable. La paroi antérieure, au contraire, est lisse, tendue, et le méat urinaire est à 6 centimètres environ de profondeur. Le doigt sent une tumeur arrondie, élastique, d'une consistance médiocre mais uniforme, d'un volume tel, que tout le petit bassin paraît rempli par elle.

En promenant le doigt à sa surface, on ne sent rien qui ressemble au col de l'utérus, dans quelque point qu'on le cherche. En avant, les doigts peuvent être portés derrière le pubis à une grande hauteur, mais ils sont gênés par la tumeur qui presse contre cet os; et ils ne peuvent pas arriver au cul-de-sac du vagin. Il est donc très probable que le col de l'utérus est en avant.

En touchant par le rectum, on sent que cet intestin est refoulé et aplati contre le sacrum par la tumeur qui remplit ainsi la face concave du sacrum. Par sa forme, son volume et sa consistance, elle présente les plus grands rapports avec les caractères que doit avoir l'utérus à quatre mois de grossesse, et ne ressemble pas à une tumeur fibreuse.

M. Barrier diagnostique, comme M. Socquet, une rétroversion complète de la matrice.

Le 7 juillet, en présence de M. Socquet et de M. le docteur Garin, dont les travaux ont jeté un nouveau jour sur cette maladie rare et dangereuse, M. Barrier procède à la réduction.

La malade est placée dans la position conseillée par Sabatier, de telle sorte que le bassin se trouve la partie la plus élevée; elle s'appuye antérieurement sur les coudes, et postérieurement sur les pieds, en même temps qu'elle est soutenue par deux aides. *Une baguette garnie d'un tampon à son extrémité* devait être l'instrument destiné à réduire l'utérus si la dilatation du sphincter de l'anus ne pouvait permettre l'introduction des doigts.

Le chirurgien en chef introduit progressivement *les doigts, puis la main entière dans le rectum* pour repousser en avant la tumeur formée par l'utérus. Mais la manœuvre étant gênée par des matières stercorales, celles-ci ont été extraites et la main réintroduite. Après quelques efforts la tumeur cède brusquement, et avec une telle violence, que M. Barrier a cru un moment à la perforation de l'intestin. Tout heureusement s'est trouvé normal, et cette détente subite a été le signal de la réduction. Le doigt introduit dans le vagin a rencontré dès ce moment le col utérin à une hauteur normale, ainsi que le méat urétral. Les douleurs ont disparu sur-le-champ, et il n'est resté à la malade qu'un extrême abattement.

Le 11, quelques coliques ont reparu. Les urines commencent à être évacuées sans le cathétérisme; la vessie ne se vide cependant pas complétement encore. La constipation persiste avec la même opiniâtreté qu'avant l'opération. — Purgatif à prendre demain matin.

Le 13, matières fécales abondantes. Depuis la purgation, la malade va sous elle involontairement. — Lavement : eau, 500 grammes; alun, 8 grammes.

Le 14, les lavements ne peuvent d'abord être supportés et ressortent immédiatement.

Le 15 et le 17, amélioration progressive du côté du rectum; les lavements peuvent être gardés plus facilement. Coliques assez intenses, Etat général bon.

Le 18 et le 24, on suspend les lavements avec l'alun. Quelques coliques assez fortes et intermittentes se montrent encore de temps en temps. — Lavements laudanisés. Les urines et les fèces sont expulsées avec facilité sous l'influence de la volonté. L'état général s'est toujours maintenu bon.

Sortie le 27 juillet.

Si nous cherchons les causes de cette rétroversion, sans aucun doute il nous faut ranger en première ligne le travail pénible qu'a fait la malade les jours qui ont précédé la première apparition des douleurs; une fatigue continue et des efforts pour soulever le linge ont bien pu produire la rétroversion.

Il est nécessaire de rechercher ainsi les causes en dehors de la malade, qui jamais n'a eu le moindre malaise du côté des organes de la génération. Nous pouvons cependant croire à l'existence d'une légère rétroversion antérieure; car la fatigue et les efforts en lavant du linge ne semblent pas avoir été assez violents pour amener un tel changement.

Quoi qu'il en soit, en réunissant toutes ces causes chez une femme lymphatique comme l'était notre malade, en invoquant les circonstances qui se sont présentées, on comprendra l'apparition de cette maladie à cette époque de la grossesse. Je dis à cette époque, car elle ne pouvait se montrer à un mois près, ni plus tôt, ni plus tard. La matrice, à quatre mois de grossesse, a atteint un volume qui n'est pas encore suffisant pour lui empêcher toute espèce de mouvement et pour qu'elle ne soit pas sujette à des variations de direction; elle est, en outre, assez pesante pour que, cédant à son propre poids, elle bascule sur elle-même.

La constipation qui se montre toujours dans ces cas et la rétention d'urine sont également ici cause et effet.

Avant l'apparition de toute douleur abdominale, il y avait difficulté pour aller à la selle. N'est-ce pas là encore une nouvelle cause prédisposante? Et cette constipation ne peut-elle pas avoir préparé de longue main la rétroversion qui s'est montrée après quelques efforts musculaires?

Après l'opération, il est survenu une incontinence des matières fécales, et la rétention d'urine a continué. Ces deux phénomènes reconnaissent évidemment la même cause : paralysie par distension forcée. La vessie depuis longtemps ne se vidait pas ou se vidait incomplétement. Comprimée au niveau du col, entraînée par la matrice, l'urine, gênée dans son excrétion, s'y était accumulée avec abondance. (Près de 3 litres ont été retirés par le cathétérisme avant l'opération.) Quant au rectum, fortement distendu, surtout au niveau du sphincter, pour permettre l'introduction de la main, il ne trouvait plus en lui une force suffisante pour retenir les matières fécales.

Dans la situation critique où cette malade s'est présentée, il n'y avait évidemment qu'une opération qui pût l'arracher à la mort.

C'était là tout le traitement; là aussi se trouvait la difficulté, et cette sensation passagère mais terrible de rupture de l'intestin, dernier temps de l'opération, est digne de remarque.

La matrice, cédant à l'impulsion qui lui est donnée, obéissant, d'une autre part, à la traction qu'exercent sur elle les ligaments distendus, abandonne subitement la place qu'elle occupe. Cette détente, évidemment, ne se produit pas sans des efforts qui amènent toujours par l'anus un écoulement sanguin venant de la déchirure des vaisseaux du rectum. La distension de l'intestin, la pression exercée sur une paroi seulement, le manque subit de point d'appui, l'écoulement de sang... voilà plusieurs signes menteurs qui tromperaient le praticien, si le soulagement immédiat qu'éprouve la malade ne le rassurait aussitôt sur son sort, avant même qu'un examen plus approfondi des parties génitales le confirme dans ses espérances.

Nous pouvons donc regarder cette sensation comme pathognomonique de la réduction de l'utérus.

Soumis à tant de chocs, l'utérus ne pouvait moins faire que d'avoir des contractions : la nature des douleurs, leur intermittence, leur énergie expulsive faisaient craindre l'avortement. Il n'en a rien été. Le surlendemain de l'opération la malade a accusé quelques mouvements du fœtus; et l'opération, loin d'avoir été nuisible au produit de la conception, comme on pouvait s'y attendre, a eu le double avantage de sauver et la mère et l'enfant.

CONGRÈS SCIENTIFIQUE D'ARRAS.

ANALYSE DES TRAVAUX DE LA SECTION DES SCIENCES MÉDICALES;

Par M. le Dr BALLY, membre de l'Académie de médecine.

La section des sciences médicales aurait désiré que l'analyse complète de ses travaux fût communiquée au congrès en assem-

blée générale. Mais lorsque l'on songe que dans dix-sept séances il a été présenté, lu et discuté des mémoires qui ne rempliraient pas moins d'un fort volume, il a bien fallu s'imposer des limites.

C'est avec le plus vif regret que le président s'est vu forcé de renoncer à un projet qui lui aurait permis de témoigner sa gratitude aux notabilités médicales de la ville, et à ces célébrités qui, des départements et de l'étranger, sont venues apporter le tribut de leur expérience, de leurs veilles, de leurs méditations.

Toutefois, la section a ordonné qu'il fût fait mention d'un certain nombre de communications qui, ce nous semble, ont éclairé divers points de la science.

Disons d'abord que si nos conférences ont eu quelque succès, ont porté quelque fruit, nous en sommes redevables en grande partie au directeur de l'école, M. Ledieu, qui nous a livré un local où nous pouvions, dans la tranquillité la plus absolue, approfondir des questions qui touchent de si près aux grands intérêts de l'humanité.

C'est là que l'on a parlé avec talent et dans bien des séances de ce présent funeste que pour la première fois la presqu'île du Gange a légué à l'Europe; fléau qui, après avoir répandu son venin sur la surface du globe, est allé, après vingt ans, s'abattre en 1837 sur la ville sainte, où il termina sa course meurtrière et vagabonde, et où il n'a plus reparu depuis cette époque.

Nous devons à M. Ledieu un excellent rapport sur les phases de cette épidémie du pseudo-choléra dans l'arrondissement d'Arras. Il nous a, avec la force de sa logique et la puissance de son raisonnement, initiés parfaitement à ses voies de transmission.

Puis, M. Lestoquois, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu, en suivant l'introduction de la maladie dans plusieurs bourgs et villages parfaitement situés, parfaitement sains, où rien ne pouvait faire présager une explosion épidémique, a rendu l'importation évidente, en signalant chaque individu qui, sorti des foyers, est allé mourir dans l'une de ces localités.

La même thèse a été soutenue par MM. Brémard, Maurice, Serré, Leviez père, correspondant de l'Académie, et par M. Demarquay, qui, dans un mémoire bien raisonné présenté au congrès, s'exprime en ces termes : « ... Mais si les rapports consistent » à séjourner d'emblée et sans précaution aucune dans l'atmo- » sphère des malades, à y manger, et surtout à y dormir, oh! oui, » le choléra est contagieux; et il l'est quatre fois sur cinq au » moins. Des centaines de faits le prouveraient au besoin. »

Nous avons été appelés à expliquer comment nous pouvions concevoir la formation de cette *hydrémocholadrée* ou choladrée séreuse.

Nous ne la comprenons qu'au moyen d'une matière, d'un corpuscule, effluve ou miasme. Ce corps intoxicant émane le plus souvent des malades, pénètre dans le sang par la respiration, le désagrége, le dissout, le sépare en deux parties fort distinctes : le cruor, ou partie solide; et la lymphe ou sérum, partie liquide.

Or, la partie aqueuse se précipite vers le tube digestif, où les utricules, organes préexistants, mais doués de nouvelles fonctions toutes pathologiques, exsudent si abondamment qu'ils forment ce cataclysme qui explique comment les organes sécréteurs, privés qu'ils sont des matériaux qu'ils doivent s'approprier, ne fonctionnent plus. Pendant ce temps, ou avant ce temps, les miasmes intoxicants se sont reproduits, multipliés; car le sang est le sol bien amendé où la semence fructifie.

On a aussi cherché à approfondir la question de cette fièvre typhoïde qui imprime tant et de si légitimes terreurs aux mères de famille; et la section a accepté cette méthode de M. Leroy (de Béthune), qui consiste, après les saignées tant générales que locales, dans l'usage des boissons froides ou glacées, des lavements d'eau froide, dans l'entretien de compresses trempées dans l'eau froide et appliquées sur l'abdomen, en même temps que l'on a soin d'entretenir la chaleur aux extrémités.

Pour nous, la fièvre typhoïde, que nous avons désignée sous la dénomination d'*iléodiclidite elcode*, ou, en d'autres termes, d'inflammation ulcéreuse de l'iléon et de son repli valvulaire, ne doit être autre chose que la fièvre putride des anciens, la fièvre adynamique de Pinel.

Or, il est malheureusement constant que le vulgaire amalgame sous une seule dénomination toutes les formes, toutes les nuances des affections fébriles.

Etonnez-vous, après cela, que l'on vienne vous dire : La fièvre typhoïde et la mortalité ont multiplié en nombre depuis la vaccine!

En effet, un membre de la section a hasardé ce blasphème; mais il a été improuvé par l'unanimité de la réunion.

M. Chatin, membre de l'Académie impériale de médecine, est accouru pour nous développer, avec le talent qui le distingue, ses opinions sur la présence de l'iode dans tous les corps de la nature; et appuyé sur près de 500 analyses faites dans autant de localités différentes, en France, en Piémont, en Italie, en Allemagne, il démontre que là où l'iode entre, comme dans les eaux d'Arras, dans des proportions normales, le goître et le crétinisme y sont inconnus.

L'emploi du chloroforme dans les opérations chirurgicales est parfois une question de vie ou de mort.

M. Plouviez (d'Arras), médecin à Lille, prouve péremptoirement qu'avec de sages et minutieuses précautions qu'il indique le danger est nul. Il préfère avec raison un soufflet aux inspirations par la bouche, car le soufflet projette dans les poumons un air fort respirable, où entre une grande proportion d'oxygène, l'agent principal de l'hématose; tandis que l'air sortant de la bouche, beaucoup moins vital, contient plusieurs éléments impropres à la respiration.

M. Bonnafond préfère, avec plusieurs de nos confrères, l'éther au chloroforme; il affirme qu'il est moins dangereux.

Notre savant collègue nous a lu sur l'hygiène publique un mémoire riche de pensées, de faits, de citations, où il provoque des mesures universelles qu'il juge capables d'éteindre la source de toutes les épidémies. Nous avons remarqué dans cette élucubration que l'auteur, plus vaillant qu'Hercule, qui n'avait desséché qu'un marais, voulait détruire ceux du globe entier. Nous pensons, néanmoins que, si ce projet gigantesque ne peut être réalisé, puisque les trois quarts des peuples sont encore à l'état de barbarie, il est possible dans maintes circonstances d'assainir de vastes surfaces, témoin ce qui se passe en Sologne.

Ceci nous a conduit à dire que les marais Pontins n'exercent pas, comme on le pense assez généralement, leur influence sur la ville de Rome. L'embranchement des Apennins, qui, partant de Frascati et, plus haut, de Tusculum, de Castel Gandolfo, se dirige transversalement de l'est à l'ouest jusqu'au Tibre, en passant par Ricia et Velletri, élève un puissant obstacle au passage et au transport des effluves marécageux. A la vérité, Pline avait exprimé une pensée qui semblait provoquer le soupçon; mais il est loin d'affirmer : *Volunt nonnulli*, quelques-uns pensent, a-t-il dit. Lancisi n'est pas plus explicite.

Nous avons dit à plusieurs reprises que les marais Pontins ne seraient jamais assainis tant que l'on ne dirigerait pas le Tibre dans la baie de Terracine, en traversant ces mêmes marais par le centre. Ce n'est pas ici le lieu de développer cette idée, qui au reste appartient à César.

Une lecture d'une bien haute importance a été faite par M. Charrier, vétérinaire à Reims, qui doit être connu de nos collègues MM. les médecins-vétérinaires qui siégent à l'Académie. Il s'agissait de la castration de la vache. Si ma mémoire ne me trompe pas, M. Charrier a fait quelques essais à Alfort avec des instruments imparfaits, et ses opérations ont mal réussi.

Maintenant il a acquis une telle dextérité et a si bien perfectionné son procédé qu'en trois minutes huit secondes il a enlevé les ovaires en notre présence; en moins de temps encore chez une jeune vache à conserver; en trois minutes huit secondes chez une vieille vache, que l'on a abattue sur-le-champ. Ce surcroît de secondes était dû à l'induration des ovaires, qui a exigé une plus longue torsion.

Ce n'est point là le plus merveilleux; ce qui constitue le prodige, c'est que l'opération se fait sans douleur, ou, pour mieux dire, sans que les vaches par des mouvements témoignent la moindre sensation pénible. Et M. Charrier en était à sa 121e opération couronnée de succès.

Il faut bien expliquer le pourquoi! La castration se faisait autrefois par le flanc : peau, muscles, nerfs, vaisseaux, péritoine pariétal, péritoine viscéral, utérus, tout devait être incisé. Et il fallait des aides nombreux et de nombreux moyens pour contenir l'animal.

M. Charrier opère seul. Il introduit d'abord la main dans le conduit vaginal : sa main sert à diriger un instrument qui ressemble à l'une des deux branches d'un forceps. A l'aide de l'ouverture de cette branche, il incise avec une serpette et d'avant en arrière l'extrémité vaginale à la paroi supérieure; puis, retirant son forceps, il dirige à sa place une pince terminée par un double anneau, et il saisit, les doigts aidant, l'un des ovaires, lui fait faire hernie à travers les anneaux, le tord dix, vingt ou trente fois, le sort, puis recommence pour l'autre. La vache n'est jamais malade à la suite de cette opération; on ne la laisse en repos que pendant deux ou trois jours par pure précaution.

Je trace succinctement, *de visu*, sans avoir reçu aucune note. Le mémoire de l'opérateur paraîtra dans les volumes que publie le congrès et dont j'ai l'honneur chaque année de faire hommage à l'Académie impériale de médecine.

Les avantages de ce procédé sont de prolonger la sécrétion du lait, de favoriser ensuite l'engraissement de l'animal. Et M. Charrier estime à plus de 60 millions le bénéfice que l'opération produirait seulement à la France. On y tue, en effet, 725,000 vaches plus ou moins maigres; les castrées acquièrent le double de poids, et la viande est infiniment supérieure en qualité.

Nous avons été témoin pendant la durée de nos longues séances de l'admirable harmonie qui règne dans le corps médical d'Arras, harmonie que nous avait révélée M. le directeur de l'Ecole et assez rare pour être citée et donnée en exemple. La bienveillance entre les hommes qui professent l'art de guérir inspire la confiance, rend l'exercice plus facile, plus doux, plus utile.

Le président témoigne aussi à la section, en son nom et au nom de ses confrères étrangers, sa reconnaissance pour la généreuse hospitalité exercée par les habitants d'Arras. Pour sa part, il a été comblé par le directeur de l'Ecole, M. Ledieu, si bien secondé dans ses délicates attentions par sa noble et gracieuse compagne.

La conviction où nous sommes que des mémoires importants, féconds en grandes pensées ont été soumis à la section par des médecins d'Arras, de Paris, Turin, Béthune, Saint-Pol, Amiens, Lille, Hénin-Liétard, nous impose le devoir de les recommander au comité de publication. Nous les signalons aussi spécialement à M. le secrétaire général, dont la prodigieuse activité et la haute intelligence ont concouru à placer au premier rang le congrès scientifique d'Arras.

La séance est terminée par un vœu que la section soumet avec confiance au congrès général, avec prière de le sanctionner.

L'Angleterre vient de donner un grand exemple aux peuples civilisés, et nous regrettons vivement, nous qui avions conçu quelque chose d'analogue, d'avoir été devancés. L'initiative, dont il faut lui faire honneur, caractérise bien une nation toujours prête à marcher dans les grandes voies de la civilisation.

Tout récemment on a posé près de la ville d'Epsom la première pierre pour la fondation d'un collége de retraite destiné à assurer un asile à deux cents pensionnaires, malheureux ou infirmes, appartenant tous à la profession médicale, ou à leurs veuves, et à établir dans le même local une école où l'éducation serait donnée à deux cents enfants, tous fils de médecins. Il est bien entendu que l'Algérie et les colonies participeraient au bénéfice de cette grande création.

L'exécution de ce projet, conçu sur un plan si grandiose, serait chez nous, sans toucher au trésor public, aussi facile que simple.

Aussi facile, car les sociétés de secours mutuels instituées par le décret du 26 mars 1852 nous ouvrent la voie, nous enseignent les moyens. Aussi simple, car tout se réduirait à un établissement central entretenu par une souscription de 1 franc par mois, somme qui, bien que modique, produirait annuellement et au minimum un chiffre de 240,000 francs. Et puis combien de legs, de dons qui viendraient augmenter l'aisance et les richesses de l'établissement!

Peut-être, dans son inépuisable générosité, le prince qui règne vous accorderait-il un terrain propre à élever l'édifice; tel, par exemple, que l'éminence de Chaillot, le lieu le plus sain du territoire parisien, ayant de plus une vue ravissante.

Alors le palais de la science et de la réparation serait en regard du palais de la gloire et de la mutilation.

Et l'enthousiasme de la reconnaissance attacherait de plus en plus à l'ordre, à la loi, au prince, à la patrie, cette classe d'hommes éclairés qui consacrent leurs plus beaux jours à tempérer les souffrances de l'humanité.

Appuyée sur ces hautes et puissantes considérations, la section des sciences médicales émet le vœu suivant, qu'elle soumet au congrès scientifique de France réuni en assemblée générale :

1° Que, sous les auspices du gouvernement, il soit fondé une société de secours mutuels composée de tous ceux qui appartiennent *légalement* à l'art de guérir à un titre quelconque;

2° Qu'un palais disposé pour contenir une école ou collége et deux cents appartements soit élevé;

3° Que ce palais soit assez vaste pour recevoir deux ou trois cents enfants pensionnaires, tous fils de médecins;

4° Que l'Académie impériale de médecine soit investie du droit de présentation de la liste des candidats à Son Excellence le ministre de l'intérieur, qui la soumettrait à Sa Majesté.

Messieurs, l'âme s'élève, s'électrise à cette haute pensée; et d'avance nous bénissons la main puissante qui dotera la France de ce grand œuvre de civilisation.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 6 septembre 1853. — Présidence de M. NACQUART.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Épidémie de fièvre typhoïde.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Degen, médecin à Rorbach (Moselle), sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune d'Enchenberg, depuis le 24 juin jusqu'au 15 juillet de cette année.

Traitement de l'hydrophobie.

2° Un mémoire contenant l'exposé d'un traitement proposé contre l'hydrophobie par M. le docteur Henry, médecin à Arneville (Meurthe). (Commissaire : M. Bouchardat.)

Source minérale de Grandrifs.

3° Une demande d'analyse d'une eau provenant de la source de Grandrifs (Puy-de-Dôme). (Commission des eaux minérales.)

Traitement du croup.

4° M. le ministre de l'instruction publique transmet une lettre relative à un traitement du croup. (Commissaires : MM. Louis, Londe et Requin.)

Nouvelle méthode de herniotomie.

M. de Lignerolles (du Calvados) soumet à l'examen de l'Académie une nouvelle méthode de herniotomie pour le traitement de la hernie étranglée. (Commissaires : MM. Malgaigne, Laugier.)

Étranglement intestinal.

M. Goigoux, de Saint-Genès (Puy-de-Dôme), communique la relation d'un cas d'étranglement intestinal. (Commissaires : MM. Malgaigne, Laugier.)

Compression de l'aorte abdominale dans les pertes utérines.

M. Plouviez (de Lille) adresse une nouvelle lettre sur la compression de l'aorte abdominale contre les pertes utérines, à l'occasion de la reproduction de cet accident sur la même personne qui avait déjà été le sujet de la première communication.

Emploi du sulfate de quinine dans la fièvre typhoïde.

M. J. Conté, d'Aiguillon (Lot-et-Garonne), écrit au sujet du mémoire récemment communiqué à l'Académie par M. Desvouves, sur l'emploi du sulfate de quinine dans le traitement de la fièvre typhoïde. L'auteur combat les opinions de M. Desvouves sur ce point. (Renvoyé à la même commission.)

Traitement du choléra.

M. Wittmack (de Hambourg) adresse une lettre écrite en allemand sur le traitement du choléra asiatique. (Commission du choléra.)

Le choléra de Saint-Pétersbourg.

M. Thomas (de la Nouvelle-Orléans), actuellement à Saint-Pétersbourg, écrit de cette dernière résidence pour rendre compte à l'Académie des observations qu'il vient d'y faire sur l'épidémie actuelle de choléra. Voici un extrait étendu de cette lettre :

Le choléra a commencé de nouveau à reparaître à Saint-Pétersbourg depuis le 1er octobre de l'année dernière. Il n'est en décroissance que depuis seulement huit jours, mais n'a pas cessé d'y sévir plus ou moins jusqu'à ce moment.

A dater de son invasion, d'après le relevé fort exact fourni par M. le docteur Arendt, 13,504 personnes ont été atteintes jusqu'au 29 juillet dernier, dont la plupart ont été traitées dans les hôpitaux, les autres en ville. Sur cette quantité si considérable, 5,333 ont succombé, 7,255 ont guéri, et il restait le 29 juillet 466 malades, dont le nombre décroît de jour en jour, les entrées aux hôpitaux devenant de plus en plus rares et les décès presque nuls.

Tout fait donc espérer une terminaison très prochaine de l'épidémie à Saint-Pétersbourg, tandis que la maladie s'étend, dit-on, à Riga, à Nidjo-Novogorod et dans d'autres villes de la Russie, sans compter Moscou, où elle existe encore.

Le caractère de la maladie a été analogue à celui des épidémies précédentes, les causes agissant presque toujours de prime abord sur le système nerveux de la vie organique, puis s'étendant à celui de la vie animale et successivement, d'où résulteraient les réactions souvent inflammatoires observées par tous les médecins dans cette affection.

Le summum de l'épidémie a eu lieu pendant les mois de mai et juin. Elle ne fut pas interrompue, mais diminuée seulement durant l'hiver.

Le traitement a varié beaucoup selon les idées des praticiens, selon les cas et même selon les hôpitaux. Ainsi, dans le grand hôpital militaire, on administrait, règle générale, un vomitif d'ipécacuanha aux malades entrants; à celui de Marie-Madeleine et quelques autres, une poudre composée de calomel et de camphre à la dose de 10 centigr. chaque, à prendre toutes les deux heures, ou plus souvent dans les cas fort graves, pendant toute la période algide, dont les médecins m'ont assuré avoir obtenu d'éclatants succès. Ils y joignaient les fric-

tions excitantes usitées, les rubéfiants, la glace à l'intérieur, des demi-lavements de diverse sorte, etc.

D'autres pratiquaient la médecine des symptômes, la plus rationnelle, selon moi. Quelques-uns enfin employaient des moyens empiriques, de prétendus spécifiques, parmi lesquels, dit-on, fut préconisé le phosphore, qui produisit de magnifiques résultats!... L'opinm, totalement proscrit par les uns, fut employé à outrance par d'autres.

M. Velpeau, à cette occasion, demande où en est le travail de la commission du choléra. Ne serait-ce pas le cas de faire le rapport pendant que l'épidémie semble se rapprocher.

M. le secrétaire perpétuel répond que le rapporteur de la commission a reçu tous les documents officiels, et qu'il en a fait le dépouillement. La commission, du reste, sera invitée à se réunir.

Gâteux.

M. Londe demande la parole à l'occasion de la correspondance. Il donne lecture d'une lettre qui lui a été adressée par M. le directeur de la maison de Charenton, qui confirme tout ce qu'il a avancé dans son rapport sur l'état actuel des gâteux dans cet établissement, et qui donne des détails précis sur les avantages et sur les économies qui résultent de cette réforme.

Voici la lettre de M. le directeur de Charenton :

« 1° Depuis l'introduction des mesures de précaution indiquées par M. Archambault, il n'y a plus à proprement parler de gâteux dans le quartier des hommes. Tous les anciens gâteux et les nouveaux malades disposés à gâter sont toujours réunis dans la division dite des gâteux : aucun n'a été transporté ailleurs. On ne fait transporter aux infirmeries que les seuls gâteux atteints de maladies accidentelles et ceux qui, trop faibles pour se soutenir, sont obligés de rester toujours couchés.

» 2° A cette lettre est annexé un état dressé par le surveillant en chef de l'établissement constatant le nombre de draps salis chaque mois avant l'introduction des mesures mises en pratique par M. Archambault et le nombre des draps salis depuis l'introduction de ces mesures, c'est-à-dire du 1er mai 1850 au 30 avril 1853. Il résulte de cet état que dans l'année comprise du 1er mai au 30 avril 1851 le nombre des draps salis par la division des gâteux avait été de 8,939, que le nombre de ces mêmes draps n'a été pour l'année comprise du 1er mai 1851 au 30 avril 1852 que de 3,211, qu'enfin il n'a plus été pour l'année comprise du 1er mai 1852 au 30 avril 1853 que de 758.

» 3° M. le directeur de Charenton regarde les résultats obtenus par les mesures de précaution dont il s'agit comme très importants au point de vue administratif. Il est évident d'abord que ces mesures doivent prolonger l'existence des malades. Il ne saurait ensuite être douteux qu'une diminution aussi considérable dans le nombre des draps et des autres effets d'habillement gâtés ne donne lieu à une économie notable. D'autres économies résultent également de ce que les matelas, les fauteuils, les parquets, etc., ne sont plus souillés, et de ce que les fauteuils percés spéciaux à l'usage des gâteux sont devenus sans utilité et ont été complétement supprimés dans la division. »

M. Baillarger. Le document que M. Londe vient de communiquer à l'Académie n'est point nouveau, et il était au nombre de ceux qui ont servi de base au rapport. C'est toujours un compte de draps à la place d'observations particulières, qui seules, à mon avis, pourraient servir à faire juger la question d'une manière définitive. Je ne conteste point d'ailleurs, je l'ai dit, que le nombre des gâteux n'ait beaucoup diminué à l'asile d'Auxerre et à Charenton; ce que je conteste, c'est qu'on ait obtenu un résultat complet. Une phrase de la lettre que vient de lire M. Londe suffirait pour le prouver. On reconnaît, en effet, que les malades paralytiques arrivés à la troisième période, celle dans laquelle ils ne peuvent plus se soutenir, sont encore gâteux. Or, les paralytiques forment presque un tiers de la population des hommes à Charenton, et beaucoup d'entre eux parcourant lentement cette troisième période, il n'est donc point douteux qu'il n'y ait encore des malades gâtant habituellement; seulement, on les relègue dans les infirmeries. Je répète qu'il est regrettable que l'honorable M. Londe n'ait pas cru devoir faire mention de ces *infirmeries des gâteux*. Beaucoup de personnes, en effet, pourront comprendre que la suppression des quartiers de gâteux équivaut à la disparition complète de ces malades, ce qui n'est rien moins qu'exact. Je ne crois pas d'ailleurs devoir insister davantage, la question devant se représenter bientôt à l'Académie avec de nouveaux documents.

M. Londe n'accepte pas le reproche, que lui fait M. Baillarger, de n'avoir pas fait une distinction suffisante entre les diverses catégories d'aliénés. Cette distinction est indiquée dans le rapport ainsi que dans le travail de M. Archambault.

— M. Bally lit une note sur le congrès scientifique d'Arras. (*Voir plus haut.*)

— M. le secrétaire perpétuel annonce qu'il vient d'avoir un entretien avec M. Guérin, qui n'était pas présent à la séance au moment de l'interpellation de M. Velpeau, et que M. Guérin vient de lui faire remarquer qu'il y a actuellement auprès du ministre du commerce une commission instituée pour faire le dépouillement de tous les documents relatifs au choléra. Le rapport de la commission de l'Académie ne pourra être fait que lorsque le dépouillement de tous ces documents sera terminé.

Traitement de la vaginite par la cautérisation avec le nitrate d'argent.

M. Depaul lit, pour M. Becquerel absent, un mémoire sur le traitement de la vaginite aiguë et chronique par la cautérisation de la membrane muqueuse du vagin avec le nitrate d'argent solide.

L'emploi du nitrate d'argent solide comme méthode générale dans la vaginite aiguë et chronique est le but de ce mémoire. La vaginite aiguë simple, la vaginite spécifique, la vaginite chronique sans ulcération de la membrane muqueuse du vagin, tels sont les trois cas dans lesquels on peut, dit l'auteur, appliquer le traitement par la cautérisation directe, et dans lesquels il l'a appliquée. Voici le procédé qu'il emploie pour cautériser la membrane muqueuse du vagin :

Pour cautériser la membrane muqueuse du vagin, dit l'auteur, il est d'abord indispensable d'introduire le spéculum, après qu'on a fait faire à la malade une injection d'eau froide un peu énergique et un peu prolongée, de manière à débarrasser le col et toute la muqueuse vaginale des produits de sécrétion qui les recouvrent. Chez les femmes atteintes de vaginite aiguë, l'introduction du spéculum est douloureuse et parfois même très douloureuse, et cependant il faut passer outre. Une fois le spéculum introduit, on consacre à la cautérisation un crayon de nitrate d'argent d'une longueur moyenne de trois centimètres. On cautérise d'abord l'arrière-fond du vagin, situé à la partie postérieure du col; puis on cautérise la surface du col; enfin, en retirant tout doucement le spéculum, on cautérise à mesure et complétement la membrane muqueuse vaginale tout entière, en ayant soin d'effacer autant que possible les plis du vagin et en promenant le crayon jusque sur l'orifice extérieur lui-même. Je me suis toujours arrangé de manière à user le crayon employé dans cette opération.

Cinq minutes ordinairement après la cautérisation, je fais pratiquer une irrigation d'eau froide et pure aussi abondante que possible, irrigation que je fais répéter le jour même de la cautérisation, ainsi que les jours suivants, en ayant soin de les faire multiplier quatre et cinq fois dans la même journée, en les subordonnant à la douleur éprouvée par la malade, douleur qui ne persiste pas le plus ordinairement après la première injection faite.

Ainsi que je l'ai dit plus haut, le nombre des cautérisations qu'il faut effectuer varie de une à six, et c'est seulement l'examen des résultats obtenus qui permet d'établir le nombre nécessaire. Je dois seulement faire observer ici que plus la vaginite sera aiguë, moins ce nombre sera considérable, et que l'intervalle des jours qui sépare chaque cautérisation ne peut être fixé que d'après la douleur que les malades ont éprouvée, ou d'après l'abondance et la nature de l'écoulement qui a suivi la cautérisation et qui peut jusqu'à un certain point en être considéré comme la conséquence.

M. Becquerel résume de la manière suivante les faits contenus dans ce travail :

1° La cautérisation de la membrane muqueuse du vagin atteinte d'inflammation est le moyen infaillible de guérir cette inflammation, soit aiguë, soit chronique.

2° Cette cautérisation est effectuée à l'aide d'un crayon de nitrate d'argent que l'on promène sur toute l'étendue de la membrane muqueuse du vagin, préalablement débarrassée du muco-pus qui la recouvre par des injections d'eau pure.

3° Le nombre des cautérisations qu'il faut employer varie de trois à six. Il en faut, en général, un moins grand nombre et peut-être d'un peu moins énergiques pour la vaginite aiguë que pour la vaginite chronique.

4° Les effets primitifs sont la production de la douleur et l'augmentation momentanée de l'écoulement; ces deux effets n'ont jamais été assez intenses pour s'opposer à l'emploi de la cautérisation; constamment ils ont été suivis d'une amélioration.

5° L'effet consécutif à la cautérisation est une guérison radicale et complète.

Quand il existe en même temps que la vaginite une inflammation de la muqueuse de la cavité du col, cette circonstance est la seule qui favorise la récidive de la vaginite, après la première ou même une deuxième guérison à l'aide de la cautérisation. (Commissaires : MM. Depaul et Huguier.)

— La séance est levée à cinq heures moins un quart.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 29 août 1853. — Présidence de M. Combes.

Mule fissipède aux pieds antérieurs.

MM. A. Lavocat et N. Joly (de Toulouse) adressent un extrait d'un mémoire de tératologie dont le sujet est un fœtus de mule, d'environ neuf mois, polydactile aux pieds antérieurs, et offrant pour le reste du corps une conformation tout à fait normale. Les auteurs saisissent cette occasion pour faire ressortir, à l'aide de ce fait, la démonstration de ce que la méthode des analogues et le principe des connexions ne leur avaient permis d'établir que théoriquement, savoir : que, dans les équidés, le grand doigt n'est pas simple; qu'il est l'équivalent des deux grands doigts du porc et des ruminants, c'est-à-dire de l'annulaire et du médius de l'homme. (Commissaires : MM. Isidore Geoffroy Saint-Hilaire et Duvernoy.)

Structure de l'encéphale des poissons cartilagineux.

MM. les docteurs Philipeaux et Vulpian communiquent un mémoire sur la structure de l'encéphale des poissons cartilagineux et sur l'origine des nerfs crâniens chez ces poissons. La conclusion générale de ce travail est la suivante :

L'encéphale des poissons est semblable à celui des autres vertébrés, car il est composé des mêmes parties, disposées de même, à très peu de chose près. (Commissaires : MM. Duméril, Flourens et Duvernoy.)

Note sur la faible quantité d'iode contenue dans l'eau, dans les plantes terrestres et dans l'atmosphère des tropiques.

M. Casaseca adresse à l'Académie une note dans laquelle il expose les résultats de ses recherches sur l'iode contenu dans les eaux, dans les plantes alimentaires et dans l'atmosphère de quelques régions des tropiques. Il résulte de ces recherches que les eaux que l'on boit à la Havane sont pauvres en iode; que les plantes de l'île de Cuba le sont aussi, et que l'atmosphère tropicale paraît l'être davantage. Si d'ailleurs, dit l'auteur, on ajoute que les causes débilitantes, celles qui affectent le système lymphatique, sont plus fortes dans ces contrées que partout ailleurs, mauvaise nourriture, transpiration abondante et continuelle, miasmes et causes d'infections multipliés et reproduits à l'infini, il paraîtra fort extraordinaire que le goître primitif ne soit pas connu à la Havane, et généralement à l'île de Cuba. Un médecin de cette ville, M. le docteur Dupierris, croit devoir en attribuer la cause au déplacement de l'air et au renouvellement continuel des couches atmosphériques par la brise journalière qui règne à la Havane, auxquels l'auteur de la note, M. Casaseca, ajoute une cause non moins efficace, la rapide purification de cette atmosphère par une belle et puissante végétation, toujours verdoyante, sous l'influence de l'éclatante lumière du soleil des tropiques. (Commissaires : MM. Thénard, Magendie, Dumas, Elie de Beaumont et Regnault.)

Rôle de quelques principes immédiats du froment dans la nutrition.

M. Mouriès communique sur ce sujet des recherches d'où il conclut « que le son de froment, quoique très azoté, a une très faible puissance nutritive directe, mais qu'il a une puissance assimilatrice très remarquable, de laquelle dépendent ses bons effets dans l'alimentation. (Commissaires : MM. Chevreul, Pelouze et Balard.)

Traitement de la leucorrhée.

M. Plouviez (de Lille) adresse un mémoire sur une nouvelle méthode de traitement contre la leucorrhée utérine et contre les pertes sanguines, hors l'état de grossesse, chez les femmes qui ont eu des enfants. (Commissaires : MM. Roux, Velpeau et Lallemand.)

Gangrène diabétique.

M. Marchal (de Calvi) adresse une note pour servir à l'histoire du diabète, et résume dans les termes suivants les considérations que lui ont suggérées les observations qu'il a faites à diverses époques sur les malades atteints de diabète :

Beaucoup d'individus sont diabétiques et peuvent l'être pendant de longues années sans qu'on ait lieu de le reconnaître, les signes ordinaires du diabète faisant défaut ou étant très peu marqués.

Il est essentiel d'examiner les urines des individus qui se plaignent de fatigue habituelle et d'un affaiblissement des extrémités inférieures.

Des urines d'une densité normale peuvent contenir du sucre (il pourra même arriver chez des individus épuisés que l'urine diabétique soit moins dense qu'à l'état normal). Il semblerait que la liqueur saccharimétrique peut éprouver une altération par suite de laquelle elle devient impropre à déceler une médiocre quantité de sucre contenue dans l'urine.

Il peut exister du sucre dans les urines en quantité faible, mais suffisante pour constituer le diabète, sans que le polarimètre en indique l'existence.

La présence d'un sel ammoniacal dans les urines diabétiques peut empêcher ou atténuer la réduction du bioxyde de cuivre par le glucose. Dans ce cas, un excès de potasse caustique favorise la réaction, ou même la détermine quand elle était impossible.

Les diabétiques sont sujets à des éruptions pustuleuses et furonculeuses, phénomènes nécrosiques qui peuvent préluder à la gangrène proprement dite, dont il existe aujourd'hui cinq exemples à ma connaissance.

Il importe essentiellement d'examiner les urines des individus affectés d'éruptions pustuleuses et furonculeuses et de gangrène dite spontanée.

Il serait possible que la glucosurie pût produire la paraplégie, comme elle produit l'amaurose; dès lors il est essentiel d'examiner l'urine des paraplégiques, comme celles des amaurotiques.

Le traitement de la paraplégie glucosurique devrait être avant tout celui de la glucosurie.

On a lieu de supposer que l'abus du sucre dans l'alimentation peut devenir une cause de paraplégie et d'amaurose, et il ne serait pas impossible que le nombre croissant des paralysies observées de nos jours dût être attribué en partie à cet abus. (Commissaires : MM. Magendie, Andral, Rayer.)

Ablation de quatorze loupes situées dans la tête pratiquée sur un même individu à l'aide de la cautérisation linéaire avec la potasse caustique.

M. le docteur A. Legrand, dans la séance du 5 septembre 1853, adresse sous ce titre une observation dans laquelle il entre dans les détails les plus précis, afin de bien fixer l'Académie sur la valeur pratique et scientifique de la méthode et qui se trouve résumée dans les lignes suivantes :

« J'ai pu chez ce malade, dit M. Legrand, en neuf jours (du 11 au 19 avril dernier) enlever *quatorze loupes* en lui faisant dans cet intervalle de temps *cinquante-trois cautérisations*, qui n'ont jamais fait naître la moindre apparence d'érysipèle, qui n'ont excité en définitive qu'une douleur fort modérée, malgré la grande impressionnabilité du malade. La perte de sang a été insignifiante et elle eût été facilement nulle en se pressant moins. Le malade n'a pas gardé un seul instant la chambre, et il est venu chaque jour chez moi se faire cautériser d'abord, panser ensuite. Quoiqu'il ait demeuré vingt-cinq jours à Paris, il eût pu à la rigueur n'en passer que dix. Enfin, le 9 juin dernier, deux mois après le commencement du traitement (du 11 avril au 9 juin), M. L... m'annonçait sa guérison définitive. Je l'ai revu depuis, et j'ai pu m'assurer que les cicatrices sont pour la plupart linéaires, peu visibles et facilement dissimulées par les cheveux. »

Les Mémoires de M. le docteur Véron, plus célèbre encore par la presse, par la politique et par l'Opéra que par la médecine, paraîtront, assure-t-on, le 1er octobre. Voici dans quels termes ils sont annoncés dans un prospectus qui a paru au *Journal de la librairie* :

« L'étude de la médecine élève l'âme, donne de la force et de la virilité à l'esprit et au caractère, et inspire cette haute et courageuse philosophie qui ne saurait exclure ni les dogmes de la religion, ni les élans de la foi.

» J'ai fait de la médecine et de la physiologie même à l'Opéra. La science de l'anatomie et de la physiologie peut fournir des renseignements et des conseils utiles à l'art de la danse comme à l'art du chant. L'anatomiste et le physiologiste peuvent, mieux encore que les Vestris et les Taglioni, prononcer sur l'avenir du jarret d'un danseur, ou, mieux qu'un Garcia ou qu'un Bordogni, prononcer sur l'avenir d'un larynx, cet organe de la voix qui est pour ainsi dire le jarret du chanteur.

» J'aimais cette étude, cette pratique si émouvante de la médecine, et lorsqu'il me fallut renoncer à continuer ces travaux qui n'avaient cependant point été sans fruits, j'en éprouvai des regrets pleins d'amertume.

» Les souvenirs de mes longues années d'études trouveront leur place dans ces Mémoires. J'y donnerai quelques crayons des médecins dont le nom restera historique. Grâce à ce que j'ai appris, je pourrai, juge compétent, et à distance des académies et des écoles, dire mon mot sur l'état de la science dont je suis les progrès par goût, sur l'hygiène du pauvre, sur l'hygiène du riche, qui dictent souvent des conseils presque contraires. Je pourrai même divulguer quelques secrets de l'art de vivre longtemps, à l'usage de ceux que la vie amuse.

» J'aurai à parler dans ces Mémoires de tous les écrivains les plus éminents, des journalistes, des artistes au milieu desquels je vivais chaque jour à la *Revue de Paris*, et que je retrouvai pour la plupart illustres et enrichis, lorsqu'en 1844, directeur du *Constitutionnel*, je renouai avec eux de nouvelles relations. Leur correspondance avec moi et les rapports familiers qui s'établirent entre nous, soit à la *Revue de Paris*, soit plus tard au *Constitutionnel*, soit même à l'Opéra, jetteront peut-être un nouveau jour et des clartés chatoyantes sur l'histoire intime de notre littérature, sur les physionomies si diverses, quelquefois si mal observées et souvent, même à dessein, si défigurées de nos célébrités passagères ou durables.

» Jugez de tout l'intérêt que peut offrir le rapprochement de correspondances plus ou moins amicales avec tous les grands esprits de notre temps, et délassez-vous un instant de ma harangue en lisant ici une lettre d'Alexandre Dumas, de Mme Sand, de M. Eugène Sue, de Balzac et de M. de Lamartine, lettres que je choisis des dates les plus récentes et qui se rattachent à ma direction du *Constitutionnel*.

» Je continue et je finis le petit roman de ma vie, qui ne fut ni digne de célébrité, ni peut-être bien remplie, mais du moins assez exceptionnelle et accidentée de fréquents contrastes.

» En 1831, je devins, dans la direction de l'Opéra, l'un des successeurs de Lully, des Francœur et de mon vieil ami Picard, de l'Académie française. J'aurai à raconter l'histoire animée de l'Opéra pendant toute ma direction.

» Ainsi, vers la fin de ma jeunesse, j'avais vu les coulisses de la science, de la littérature, des arts, et même les coulisses de l'Opéra. Stage singulier, mais profitable comme l'expérience. Je devais plus tard avoir mes grandes entrées dans la politique. » — Véron.

La ville de Lyon a commandé à un habile sculpteur, M. Fabisch, le buste de Prunelle, pour être placé dans la galerie des Lyonnais dignes de mémoire.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Plon frères, Imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

On s'abonne à Paris
au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères,
en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Pays	Durée	Prix
Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	Trois mois.	8 fr. 50 c.
	Six mois.	16 »
	Un an.	30 »
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	Trois mois.	9 fr.
	Six mois.	17
	Un an.	33
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	Trois mois.	10 fr.
	Six mois.	20
	Un an.	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

PARIS, LE 9 SEPTEMBRE 1853.

Nous continuons à donner la mortalité de Londres, d'après les rapports officiels rédigés par semaine; nous y joignons le relevé total de cette mortalité avec l'indication du nombre des morts par la diarrhée et le choléra depuis la semaine terminée le 16 juillet.

Jusqu'à ce jour, la mortalité par le *choléra* est de 85; celle par la *diarrhée* est de 872 : en tout, 957 en deux mois.

On voit par ce nombre que, sans être meurtrière comme en 1832 et en 1849, l'influence épidémique est telle, qu'il serait difficile aux esprits les plus sceptiques de la révoquer en doute.

A côté de ces tristes nouvelles, nous sommes heureux de pouvoir rassurer les esprits sur l'état sanitaire de Paris. Malgré la persistance d'une saison froide et variable, les affections cholériformes ont été très rares dans notre pays; à peine a-t-on observé quelques cas fort légers de choléra sporadique. Du reste, dans les hôpitaux et en ville, pas de diarrhées, pas de cholérines, rien qui puisse faire craindre l'invasion prochaine du terrible fléau.

Voici l'extrait du *Globe* de mercredi soir 7 septembre :

Rapport officiel du registrar's office.

Du 26 août au 3 septembre 1853 :

Mortalité totale.	1,029
Diarrhée.	152
Choléra.	16 (4 adultes).

1° Femme âgée de 30 ans, prisonnière au dépôt de Milbank, morte en 18 heures. (Enquête.)

2° Journalier âgé de 28 ans, habitant Spitalfields, mort en trois jours dans la période de réaction (fièvre consécutive).

3° Menuisier, 58 ans, habitant le quartier de Saint-Pancras, Tottenham, mort d'épuisement le troisième jour.

4° Cordonnier, âgé de 38 ans, habitant Camberwell, mort d'épuisement le quatorzième jour.

5° Enfin, parmi les 12 cas observés dans l'enfance, nous remarquons celui d'une petite fille de 5 ans emportée en 18 heures, dans le beau quartier de Mary-le-Bone.

Voici, du reste, la marche de la mortalité occasionnée par la diarrhée et le choléra depuis 8 semaines, à partir du 16 juillet :

	CHOLÉRA.	DIARRHÉE.
Semaine terminée le 16 juillet.	3	54
— — 23 »	6	73
— — 30 »	9	81
— — 7 août.	4	110
— — 14 »	19	139
— — 21 »	10	126
— — 27 »	18	137
— — 3 septembre.	16	152
	85	872. — Total, 957.

Observations météorologiques faites à l'observatoire de Greenwich, du 27 août au 3 septembre.

Baromètre hauteur moyenne, 29 po., 7 = 7 centimètres 4.

Température moyenne, 55°, 7 (Fahrenheit) = 13°, 5 centigr., c'est-à-dire 3°, 3 (Fahrenheit), ou environ 1°, 67 centigrades au-dessous de la température moyenne de la même semaine depuis 38 ans.

Le samedi, la température s'est même abaissée à 45° Fahrenheit ou 7°, 2 centigrades.

Enfin, dans la semaine, il est tombé un pouce d'eau à l'observatoire.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Colique nerveuse endémique des pays chauds, dite colique sèche.

Un malade couché dans les salles de M. Rayer, à la Charité, présente un exemple d'une affection singulière que l'on n'a que très rarement l'occasion d'observer en France, et qui, bien que depuis longtemps signalée par les auteurs, n'a été décrite avec quelques détails que dans ces derniers temps. Ce malade a une paralysie avec atrophie des muscles extenseurs de l'avant-bras, paralysie qui s'est développée à la suite de coliques d'une extrême intensité, et qui ont duré pendant près d'un an. Hâtons-nous de dire, pour prévenir toute méprise, qu'il ne s'agit nullement ici de colique d'intoxication saturnine. Racontons en quelques mots l'histoire de ce malade, et nous essayerons ensuite de déterminer la nature de son affection, et la place qu'il convient de lui assigner dans le cadre nosologique.

C'est un homme d'environ trente à trente et un ans, d'une constitution moyenne, délicate, ayant tous les attributs du tempérament nerveux. Cet homme, natif de Nantes, est cuisinier de son état; il a été longtemps au service d'un capitaine de navire, a fait à ce titre plusieurs navigations de long cours à bord d'un bâtiment de l'Etat, et a stationné longtemps dans les Antilles. C'est dans une de ces stations à la Basse-Terre qu'il a contracté la maladie dont il présente aujourd'hui les suites. Voici à quelle époque et dans quelles circonstances. C'était au mois de novembre 1851, il y aura bientôt deux ans de cela; un violent incendie ayant éclaté à la Basse-Terre, tous les hommes de l'équipage furent appelés à y porter secours (on verra plus tard pourquoi nous mentionnons cette circonstance). Notre malade fit comme les autres. Les fatigues de la journée furent excessives, et après avoir essuyé longtemps une vive chaleur il eut froid. A la suite de ce refroidissement il éprouva du malaise, de la courbature, et trois jours après il fut pris de vives coliques, mais de coliques à se tordre, à se rouler par terre, et qui, du mois de novembre 1851 au mois de mars 1852, c'est-à-dire pendant quatre mois consécutivement, ne lui laissèrent que quelques rares intervalles de calme et de repos. Ces coliques étaient accompagnées de constipation; elles se faisaient sentir presque constamment, mais avec des exacerbations revenant plusieurs fois dans les vingt-quatre heures, et qui les rendaient intolérables. Il n'y avait d'ailleurs point de fièvre, mais quelques légers troubles dans les fonctions digestives, et surtout de l'inappétence. Les principaux moyens employés furent des purgatifs, des lavements et des fomentations et applications topiques, probablement narcotiques. Les purgatifs réitérés parvenaient de temps en temps à faire cesser la constipation et amenaient quelque soulagement; mais sitôt qu'on en cessait l'usage la constipation revenait, et avec elle la colique. Bref, au bout de quatre mois environ, comme nous venons de le dire, la colique cessa, mais le malade était à cette époque réduit à un état de maigreur et de faiblesse extrêmes. Il commença en outre à s'apercevoir qu'il pouvait à peine se servir de ses membres supérieurs, et cette faiblesse graduelle dégénéra bientôt en une véritable paralysie. Elle en vint en peu de temps au point qu'il était impossible d'élever les bras, qui restaient pendants le long du corps, les avant-bras et les mains légèrement fléchis. C'est dans cet état que le malade arriva en France en avril 1852, c'est-à-dire un mois environ après l'invasion de la paralysie. Il a été traité depuis dans plusieurs hôpitaux de Paris, sous l'influence de galvanisations répétées. Il a successivement récupéré en grande partie le mouvement, et il a pu même, il y a quelques mois, quitter l'hôpital pour reprendre du service en ville. Mais, soit par le fait de la cessation des galvanisations, soit par suite des fatigues de son état, la paralysie a fait de nouveaux progrès, mais bornée cette fois aux muscles extenseurs de l'avant-bras seulement.

Telle est en quelques mots l'histoire de ce malade, et tel est son état actuel. Depuis huit jours seulement qu'il est dans le service de M. Rayer, on a repris les galvanisations. Les résultats ne sont pas encore assez sensibles pour que nous puissions bien les apprécier. Nous tiendrons nos lecteurs au courant de ce qui adviendra à cet égard.

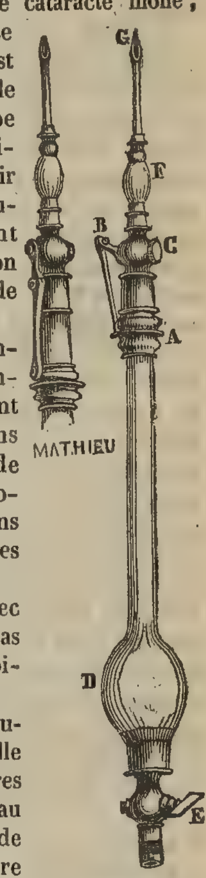
Quelle est la nature de cette affection?

Nous avons commencé par déclarer tout d'abord qu'il ne s'agissait point ici d'une colique saturnine; c'est ce qu'il nous faut démontrer maintenant. Cette démonstration repose sur une double base : elle consistera à établir d'abord l'absence de toute influence plombique; en second lieu à démontrer l'existence d'une autre influence, déjà connue et appréciée depuis longtemps, et qui ressort d'une manière particulière dans le fait même qui nous occupe.

Nous avons dit que cet homme était à bord d'un bâtiment de l'Etat. Ce bâtiment avait 400 hommes d'équipage; or à peine l'équipage venait-il de jeter l'ancre depuis quelques jours sur la côte des Antilles que 40 hommes sur 400 tombèrent malades et presque tous de la même manière, c'est-à-dire qu'ils furent pris de coliques avec constipation, et la plupart à la suite de l'événement qui avait causé la colique chez notre malade et après avoir éprouvé comme ce dernier les alternatives de chaud et de froid. Cette circonstance déjà devait éloigner toute idée d'intoxication saturnine; cependant, pour qu'il ne restât à cet égard aucun doute dans leur esprit, les chirurgiens et le pharmacien de l'équipage se livrèrent à une enquête des plus rigoureuses tant sur les aliments et les boissons que sur les ustensiles servant aux usages culinaires et sur tout le matériel du bâtiment. Cette enquête eut des résultats complétement négatifs. Mais, d'un autre côté, tous les médecins qui ont visité les régions intertropicales savent qu'il règne endémiquement dans ces contrées une affection caractérisée par la colique avec constipation, accompagnée ou suivie le plus souvent de phénomènes nerveux plus ou moins graves, qui se terminent le plus ordinairement par une paralysie partielle des membres. C'est cette affection désignée pour la première fois par Sydenham sous le nom de *colique des îles Caraïbes*, à laquelle se rattachent probablement la colique de Cayenne, de Surinam, celle qui est connue sous les noms vulgaires de Barbius, de colique sèche, et peut-être aussi la colique de Madrid, qui vient d'être très bien décrite récemment dans un excellent mémoire, publié dans les *Archives de médecine*, par un chirurgien de marine distingué, M. le docteur Fonssagrives, sous le nom de colique nerveuse endémique des pays chauds. Tout porte à croire que c'est à cette affection que nous avons affaire chez le malade de M. Rayer. Telle est du moins l'opinion de ce savant maître. Nous reviendrons sur ce cas intéressant, et ferons connaître les médications que l'on mettra en usage.

Note sur la dernière forme donnée à l'aiguille à succion de M. le professeur Laugier pour la cataracte.

On pourrait faire plusieurs reproches à l'aiguille à succion telle qu'elle était jusqu'ici fabriquée. La tige creuse était trop fine, et par conséquent son calibre trop étroit; elle était inutilement trop longue. J'ai donné plus de volume à la tige. Son calibre est plus plus large. Une partie de sa longueur est remplacée par un réservoir ovoïde en verre, assez large pour loger une cataracte molle, et qui permet de voir pendant l'opération ce qui a été absorbé par la succion; celle-ci est toujours faite au moyen du vide opéré dans le corps de pompe, formé lui-même par un tube de verre renflé à son extrémité libre. Un robinet fait communiquer ce tube avec le réservoir de l'aiguille; mais cette communication est ouverte ou fermée à volonté au moyen du coulant A, de sorte que l'opérateur modère à son gré l'effet de la succion dans le réservoir de l'aiguille.



Le vide est fait dans le tube qui sert de manche avec la bouche, et le robinet E sert à rendre le vide permanent; le robinet B C restant fermé avant l'opération, l'aiguille plongée dans l'œil et au milieu de la partie molle ou liquide qu'il s'agit d'aspirer, le coulant A ouvre le robinet BC, et le vide s'opère. L'air contenu dans la tige et le réservoir de l'aiguille, ainsi que les parties absorbables, sont aspirés.

Le vide pourrait être fait dans le tube avec une petite pompe aspirante; mais il n'en est pas de meilleure que la bouche, et la pompe aspirante serait une complication de l'instrument.

Le seul perfectionnement qu'il me soit aujourd'hui possible d'entrevoir dans cette aiguille à cataracte, qui peut d'ailleurs servir à d'autres usages même sans sortir de l'œil, est relatif au volume de la tige de l'aiguille; plus le calibre de sa cavité sera large, plus il sera facile d'y faire passer les fragments de la cataracte. Il y a donc avantage à donner à la tige de l'aiguille le plus gros volume possible, afin d'obtenir le plus fort calibre de sa cavité; mais quel est ce volume compatible avec la facilité de l'introduction de l'instrument et l'innocuité relative de l'opération et jusqu'où peut-on le porter impunément? C'est là ce qui reste à déterminer; ce n'est que par des essais sur les animaux et sur l'homme que l'on peut répondre à cette question. Toutefois, telle qu'elle est aujourd'hui, l'aiguille à cataracte absorbera avec facilité les cataractes liquides et demi-molles.

Explication du dessin.

Fig. 1. — G Ouverture de l'aiguille un peu évasée pour faciliter l'absorption.

F Réservoir de l'aiguille en verre.

B C Robinet qui fait communiquer le réservoir F avec le tube, qui sert de manche.

A Coulant qui ouvre le robinet et se meut par un petit corps de bielle.

D Tube et renflement du tube comme lui en verre.

E Robinet du tube, que l'on referme après l'aspiration faite avec la bouche.

Fig. 2. — Elle montre le robinet de communication ouvert.

Cet instrument a été fabriqué par M. Mathieu.

Luxation du fémur, sus-pubienne ou ilio-pubienne. Tentatives infructueuses de réduction par le procédé de la flexion et de la traction avec rotation en dedans et pression simultanée sur la tête du fémur. — Réduction prompte et facile par l'extension.

Un homme d'une trentaine d'années environ, vigoureux, fortement constitué, a été apporté dans la journée de lundi dernier dans les salles de M. Roux, à l'Hôtel-Dieu. Cet homme, étant en état d'ivresse, avait été renversé par une voiture dont la roue lui a passé sur la hanche du côté gauche. Comment s'était produite la lésion dont nous allons parler? C'est ce dont il serait difficile de se rendre compte en l'absence de tout témoignage sur la manière dont l'accident a eu lieu. Bref, arrivé à l'hôpital, on constata ce qui suit :

Une ecchymose sur la verge avec une petite plaie contuse sur le scrotum; une large ecchymose dans la région inguinale et la partie supérieure de la cuisse. Le membre abdominal est porté dans une abduction assez prononcée avec rotation en dehors; il est sensiblement plus allongé que le membre opposé. La cuisse est notablement tuméfiée; la jambe est un peu gonflée aussi, mais beaucoup moins que la cuisse. On aperçoit dans la région inguinale une légère saillie anormale, et en portant la main sur cette région on sent une tuméfaction globuleuse résistante et dure. Le membre est maintenu immobile dans la situation que nous venons de décrire; tout mouvement spontané est impossible, mais on peut lui imprimer quelques mouvements, limités il est vrai, en différents sens, lesquels sont accompagnés de très vives douleurs. Si, pendant qu'on imprime ces mouvements, on tient la main appliquée sur la tumeur de l'aine, on sent distinctement cette tumeur se mouvoir et comme rouler sous la main. Dans la région trochantérienne, on trouve, au lieu de la saillie habituelle formée par le grand trochanter, une dépression. Les mouvements imprimés au membre ne donnent dans aucun cas la sensation de crépitation. Le membre a conservé d'ailleurs dans toute son étendue sa sensibilité normale. Enfin, il y a depuis l'accident cette rétention d'urine qui a déjà été constatée dans presque tous les cas de luxation de ce genre.

En présence de ces signes, il n'y avait évidemment aucun doute à conserver sur la lésion à laquelle on avait affaire. Aussi M. Gosselin n'hésita-t-il pas à reconnaître une luxation de la tête du fémur sur le pubis, cette variété de luxation coxo-fémorale que les auteurs désignent sous le nom de luxation ilio-pubienne. Restait à rechercher s'il n'y avait point quelques signes de fracture du bassin; les explorations les plus minutieuses à cet égard ne donnèrent que des résultats négatifs. Quant aux vaisseaux et nerfs de la région crurale, ils étaient soulevés et placés au-devant de la tête fémorale, où l'on sentait distinctement les battements artériels, mais ils ne paraissaient point avoir été lésés; il n'y avait ni gêne de la circulation, ni refroidissement, ni œdème du membre. Mais ce qui n'avait point eu lieu jusqu'ici pouvait se produire par la suite; il y avait donc urgence à tenter immédiatement la réduction.

Il fallait choisir entre deux partis : réduire par la méthode usuelle, l'extension et la contre-extension, ou par le procédé de la flexion avec traction et rotation en dedans, préconisé récemment par quelques chirurgiens, notamment par M. Després. Dans l'un comme dans l'autre cas la chloroformisation était indiquée, non-seulement pour prévenir la douleur, mais encore et surtout pour obtenir un relâchement des muscles, d'autant plus nécessaire dans ce cas-ci que l'on avait affaire à un homme jeune, vigoureux et très sensible. M. Gosselin opta d'abord pour le second procédé, celui de la flexion. L'anesthésie fut très difficile à obtenir, et elle ne le fut pas d'une manière complète, encore moins la résolution musculaire; ce qu'expliquent les habitudes quelque peu intempérantes du malade. Quoi qu'il en soit, les efforts combinés de M. Gosselin et de ses aides pour obtenir la réduction, en portant la cuisse et la jambe dans la flexion et en effectuant dans cette position un mouvement brusque d'adduction et de rotation en dedans, pendant qu'un aide maintenait le bassin fixe et qu'un autre aide pressait sur la tête pour la diriger vers la cavité cotyloïde, ces efforts combinés, disons-nous, échouèrent à plusieurs reprises. M. Gosselin eut alors recours au procédé de l'extension, qui réussit du premier coup. Le bassin, fortement fixé par une alèze, dont les deux bouts réfléchis par un anneau fixé dans le mur étaient tenus par deux aides résistant de toutes leurs forces, pendant que d'autres aides opéraient une traction graduelle et énergique sur le membre inférieur dans le sens de son axe; l'opérateur, dirigeant les mouvements et tenant à bras le corps la cuisse du malade, dès qu'il sentit la tête descendue au niveau de la cavité cotyloïde, fit aussitôt cesser les tractions en portant brusquement le membre en dedans. La réduction était opérée.

En présence de ce résultat, n'est-il pas convenable de faire quelques réserves sur la préférence que plusieurs chirurgiens semblent disposés à donner aujourd'hui à la méthode de la flexion sur celle de l'extension?

Coup de fouet sur l'œil gauche. — Épanchement de sang remplissant entièrement la chambre antérieure. — Résorption. — Mydriasis.

Un homme de vingt-huit ans reçoit un coup de fouet sur l'œil gauche, le mercredi de la semaine dernière, et raconte qu'il perd la vue à l'instant même de ce côté. Il rentre chez lui, se couvre l'œil d'un bandeau et ne vient consulter que le vendredi. Les paupières et le front sont sillonnés d'une longue ecchymose; il n'y a que peu d'œdème conjonctival; la muqueuse est rouge, surtout près de la cornée. Celle-ci est saine, mais la chambre antérieure est entièrement remplie de sang. On n'aperçoit ni la pupille, ni l'iris; le malade ne voit rien, pas même l'ombre des objets.

M. Desmarres, considérant le cas de cet homme comme grave, et voulant le débarrasser rapidement de la douleur et de l'inquiétude qu'il éprouve, ponctionne la cornée en dehors avec le couteau à cataracte, et donne issue à une certaine quantité de sang en même temps qu'à l'humeur aqueuse. On voit aussitôt une partie de la pupille. Les yeux sont fermés au moyen de bandelettes de taffetas d'Angleterre; le malade est saigné et mis au lit et à la diète. Quatre jours après le sang est entièrement résorbé; le malade commence à voir assez bien, mais seulement les objets un peu éloignés; sa pupille étant complétement immobile, comme cela arrive si souvent dans les contusions graves de l'œil, des mouches volantes pansées avec la strychnine seront appliquées sur le front; des collyres excitants seront prescrits; l'électricité sera plus tard employée; mais tout cela, très probablement, sans résultat satisfaisant, le pronostic de M. Desmarres sous le rapport de la guérison de ce mydriasis étant loin d'être favorable. Pourtant, il espère que l'habitude corrigera peu à peu le défaut d'harmonie qui existe entre les deux yeux, et que le malade, à la longue, ne s'apercevra plus guère de la paralysie de sa pupille.

Brûlure des deux yeux par la chaux.

Le jeudi 25 du mois dernier, un homme de la campagne, âgé d'environ trente ans, tombe la face la première dans un bassin de chaux éteinte. A l'instant même, il ressent une vive douleur dans les deux yeux et cesse de voir. On l'amène deux jours après à M. Desmarres, qui enlève des culs-de-sacs conjonctivaux une certaine quantité de matière blanchâtre, terreuse, mêlée à du sang coagulé. Les cornées semblent être atteintes dans leur surface seulement, la gauche moins que la droite; leur pourtour sclérotical est d'un blanc de craie et absolument insensible au contact d'un instrument; les conjonctives sont brûlées à peu près dans toute leur surface, surtout dans leurs replis inférieurs et supérieurs. Il n'y a aucune douleur; il n'y a pas de photophobie; l'état général est parfait, mais le malade ne peut pas se conduire, et ne peut que reconnaître quelques objets de l'œil gauche seulement.

A propos de ce malade, et dans le but d'indiquer la réserve que le médecin doit mettre à poser un pronostic dans les brûlures des yeux, M. Desmarres rappelle l'histoire d'une jeune dame que M. le docteur Coqueret lui a adressée il y a environ trois ans pour une brûlure des yeux par de l'acide sulfurique, que son mari, poussé par d'injustes motifs de vengeance, lui avait jeté au visage en plein jour, sur le pont Royal. Les cornées étaient presque claires; les sclérotiques, de même que dans le cas précédent, étaient profondément atteintes autour de la membrane transparente, surtout du côté gauche. Il y avait insensibilité complète des parties touchées par l'acide. La malade n'avait pas de fièvre, pas de douleur, et voyait assez bien des deux yeux. Mais vers le douzième jour, une réaction très vive commença à se manifester; la sclérotique et la cornée s'ouvrirent presque en même temps dans une très grande étendue du côté gauche, le cristallin s'échappa, et peu à peu la conjonctive se rétrécit à ce point, qu'un mois après les deux paupières se soudèrent l'une à l'autre, malgré tous les moyens chirurgicaux employés. Plus tard, des essais furent tentés pour les séparer et placer un œil artificiel, mais tout fut inutile. Heureusement l'œil droit guérit complétement après avoir couru les plus grands dangers.

Treize jours se sont passés depuis que l'homme dont il a été question plus haut a été atteint par la chaux. L'œil droit, qui a été le plus profondément brûlé, est toujours dans le même état anatomique, et tout porte à penser que la réaction y deviendra fort redoutable. Du côté gauche, un chémosis phlegmoneux partiel, accompagné de douleurs et de photophobie, commence à se montrer en haut et en dehors; la cornée s'ulcère à sa circonférence. Cependant M. Desmarres espère dompter cette inflammation au moyen de la médication antiphlogistique générale la plus énergique, et surtout par les scarifications multipliées sur l'œil. Nous reviendrons sur ce fait intéressant.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. Chassaignac.

Des résections.

Les résections, ces opérations éminemment intelligentes dans lesquelles on substitue à l'ablation d'un membre l'extirpation pure et simple des seules parties malades, ne sauraient être de la part du chirurgien l'objet d'une étude trop assidue. Les innombrables combinaisons qu'elles peuvent présenter suivant la variété des types morbides qui en comportent l'emploi peuvent offrir aux esprits attentifs une vaste carrière.

Rien n'est plus propre à élever dans l'esprit des médecins et des malades l'idée de la puissance chirurgicale. Arriver avec un moyen terme et avec un caractère conservateur au milieu de cette alternative doublement cruelle qui est posée à un malade : ne pas guérir ou subir l'amputation, n'est-ce pas faire quelque chose d'éminemment bon et utile?

Mais à quelle condition? C'est de rendre les résections de moins en moins meurtrières, et de faire que la guérison soit la règle et non l'exception; car, si la mortalité est plus forte, si le triomphe de l'art se borne à faire apparaître de loin en loin quelque prodige d'habileté qu'on se montre comme une merveille, mais qui ne passe pas dans la pratique générale, alors le but d'une ambition noble et utile est manqué : c'est un triomphe d'amour-propre, et rien de plus.

Si le but dont nous parlons peut jamais être atteint, ce ne sera que par des observations nombreuses, authentiques et suffisamment détaillées. Nous croyons donc que les chirurgiens qui sont jaloux de réaliser quelque progrès sérieux dans cette partie si intéressante du domaine opératoire doivent s'imposer de faire connaître le plus grand nombre possible d'histoires complètes de résections; c'est avec le désir de concourir autant qu'il est en nous à cette œuvre que nous publions l'observation suivante :

Résection des deux tiers inférieurs de l'humérus pour une plaie d'arme à feu. — Conservation incomplète des mouvements de l'avant-bras et de la main.

Lemaitre (Etienne), dix-neuf ans, cultivateur, rue du Vent n° 3, à Vincennes, entré le 19 juillet 1850 à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-François. Ce jeune homme, qui est d'une bonne constitution, se livrait à une périlleuse industrie qui n'est connue que de bien peu de gens et qui ne serait à coup sûr soupçonnée par personne. Voici de quoi il s'agit.

Il paraît que chaque fois que l'exercice à la cible a lieu au polygone de Vincennes, un certain nombre de jeunes gens de la classe la plus infime et la plus désœuvrée de la population se livre au périlleux exercice d'aller ramasser les balles jusque dans l'intérieur du polygone, tout cela dans le but de vendre quelques onces de plomb après avoir exposé sa vie pour un pareil butin. Il advint donc que, le 19 juillet, Lemaitre se livrait ainsi à la recherche des balles pendant un tir exécuté par les chasseurs de Vincennes. Fut-ce témérité folle et insensée? fut-ce ignorance de la portée des armes employées? toujours est-il que ce jeune homme reçut dans le bras gauche une balle qui fractura comminutivement l'humérus dans ses deux tiers inférieurs.

On l'amène à l'hôpital Saint-Antoine, où nous constatons à la partie inférieure du bras gauche deux ouvertures : l'une, au niveau de l'épicondyle, plus large et plus anfractueuse; l'autre au-dessus de l'épitrochlée et un peu en arrière. Celle-ci est plus petite, plus arrondie et plus nette; il est donc probable que c'est l'ouverture d'entrée, ce qu'il nous est, du reste, impossible de déterminer exactement, le malade paraissant mettre un certain intérêt à nous cacher quelque chose de la manière dont il a été blessé.

Malgré le choc du projectile, malgré la lésion considérable qu'il avait produite, le malade, et ceci est une des particularités bien remarquables des plaies d'armes à feu, s'en aperçut, non à la douleur, qui dans le moment était, à ce qu'il paraît, nulle ou bien peu marquée, mais au mouvement que fit son bras, qui n'était plus mu par les muscles, et à l'écoulement de sang qui se produisit presque sur-le-champ. Quant à la douleur, elle ne se manifesta qu'après que le malade eût eu le temps de regagner son domicile, une heure et demie peut-être après l'accident.

Le 19, à la visite du matin, le doigt introduit dans la plaie sus-épitrochléenne fait reconnaître de nombreux fragments complétement mobilisés. Au moyen de pinces à dissection, on retire plusieurs de ces esquilles, à peu près une dizaine, dont deux surtout sont volumineuses et paraissent représenter le tiers au moins de la circonférence de l'humérus sur cinq centimètres de hauteur. Parmi les esquilles, on remarque un des fragments de la balle en forme de croissant. Voyant que, malgré ces extractions partielles conduites avec beaucoup de patience et favorisées par un débridement, le nombre des esquilles paraissait en quelque sorte augmenter à mesure que j'en extrayais, et comme si par la soustraction d'une cheville d'enclavement toutes les pièces d'un système bien engrené se fussent tout à coup abandonnées les unes les autres, je vis bien qu'il y avait ici tout autre chose à faire que de perdre son temps à des opérations de détail désormais insuffisantes, que la lésion de l'os était beaucoup plus étendue et plus grave qu'elle ne nous avait paru d'abord, et qu'il était indispensable de recourir à une opération réglée et plus complète, la résection, si elle était encore exécutable et opportune; l'amputation, s'il n'y avait pas moyen de faire autrement.

Le malade est donc porté à la salle d'opérations et soumis à l'action du chloroforme.

Je prolonge la plaie externe à sa partie supérieure, et je fais ainsi une plaie d'au moins neuf centimètres de longueur. Le fragment inférieur est saisi; on en dégage d'abord quelques esquilles. Préoccupé de cette idée que très probablement l'extrémité inférieure était brisée dans le sens longitudinal jusqu'à l'articulation inclusivement, j'implante un tire-fond dans cette extrémité inférieure, et je me mets en devoir de l'isoler des chairs environnantes. C'est à ce moment, et après avoir commencé cette partie de l'opération, que je crois constater l'absence de signes indiquant la pénétration articulaire. Je change alors sur-le-champ mon manuel opératoire, et je me borne à une résection de la diaphyse de l'humérus, au lieu d'aller jusqu'à l'article inclusivement. Je me contente donc de réséquer à l'aide de la scie à chaîne le fragment inférieur de l'os immédiatement au-dessus des attaches de la capsule, et j'ai cette conviction que si la résection a jamais été faite aussi près des surfaces articulaires, elle ne l'a jamais été plus loin, parce que ce serait tout bonnement impossible. Quelques inégalités qui se trouvaient au bord de la coupe sont nivelées au moyen de la pince de Liston. Je croyais tirer de la conservation de cette partie articulaire pour les mouvements du membre un parti que l'expérience a montré réduit à bien peu de chose.

Je m'occupe alors du fragment supérieur, et je suis obligé de prolonger l'incision jusqu'à la partie la plus élevée de la gouttière du nerf radial; ce qui est mis hors de doute par la présence même de ce nerf, que nous voyons très distinctement dans le fond de l'incision, et parce que je fus obligé de le faire relever au moyen d'un crochet mousse au moment de réséquer à la partie supérieure. Je commençai par extraire du fragment supérieur une esquille assez volumineuse, et de l'existence de laquelle je ne m'étais pas même douté dans les explorations antécédentes au lit du malade. Une fois que le fragment supérieur eut été isolé des chairs, je le réséquai au moyen de la scie à chaîne, et je régularisai les bords de la section au moyen de la pince de Liston. La compression de l'artère humérale a été très exactement faite pendant l'opération, en sorte qu'il ne s'est écoulé qu'une très petite quantité de sang. La compression cessée, aucun jet artériel ne se produit et ne nécessite de ligature. Nous craignons que, malgré les précautions prises, le nerf radial n'ait été divisé dans l'opération; mais nous mentionnerons des circonstances qui prouvent que la section de ce nerf n'a pas été complète, et que ce n'est pas à l'interruption de l'innervation dans ce cordon nerveux qu'a été dû l'état imparfait de la conservation des mouvements dans le membre opéré.

Le pansement par occlusion est appliqué au moyen d'une double cuirasse recouverte d'un linge très chargé de cérat; après quoi le membre est couché dans une gouttière en fil d'archal bien rembourrée. Le malade est mis dès le jour même à 5 grammes d'alcoolature d'aconit.

Toute la nuit du 20 au 21, il y a eu un peu de subdélirium. Le malade a défait son appareil, ce qui lui a causé de vives douleurs. L'interne de garde, M. Rouget, a été obligé de le réappliquer, sans avoir eu besoin d'enlever la cuirasse, qui tenait assez bien. — M. Rouget a prescrit un lavement avec 12 gouttes de laudanum.

Le 21, au matin, le malade dort d'un sommeil paisible. Réveillé par nous, il ne se plaint pas de son bras et demande un potage. Pas d'accidents généraux; il n'y a qu'un peu de chaleur à la peau et de fréquence du pouls. — Limonade, 3 pots; alcoolature d'aconit, 3 grammes.

Le 23, presque pas de fièvre; demande d'aliments. Le pansement étant sali, on le renouvelle en entier. En levant la cuirasse, on trouve seulement un peu de gonflement à l'avant-bras; la plaie va très bien. — Renouvellement de la cuirasse.

Le 24, appétit, sommeil; pas de fièvre.

Le 29. Les jours précédents se sont parfaitement passés. C'est aujourd'hui qu'on renouvelle les bandelettes. La main et l'avant-bras ne sont pas tuméfiés; la plaie offre une teinte rosée très belle; pas d'odeur; état général parfait. — On rétablit la cuirasse après avoir touché la plaie avec la solution.

Le 12 août, le malade va toujours très bien.

Le 19, jour du pansement hebdomadaire, la plaie va très bien; elle présente de nombreux bourgeons charnus de la meilleure nature. Le fond de la plaie se met au niveau de la peau; le milieu est encore un peu déprimé. Le malade se plaint de douleur à la région supérieure et interne du bras; on y trouve un peu d'infiltration et un point fluctuant et douloureux. — Incision; issue du pus. Pansement de la petite plaie avec bandelettes. On replace le bras dans la gouttière; occlusion. Le malade est toujours à l'alcoolature.

Le 26, pansement hebdomadaire. L'abcès ouvert la dernière fois près de l'aisselle est complétement guéri. Les deux plaies, celle d'entrée et celle de sortie de la balle, sont en voie de cicatrisation. La plaie de l'opération est déjà considérablement rétrécie. Dans les dérangements imprimés à l'occasion du pansement les mouvements du bras sont moins douloureux, ce qui semblerait indiquer un commencement de consolidation.

Le 27, on constate au pli du coude de la fluctuation. On ouvre un petit abcès d'où s'échappe du pus de bonne nature.

Le 1er septembre, pansement hebdomadaire. Tout va bien.

Le 9, jour de pansement. La cicatrisation marche parfaitement. La consolidation osseuse se confirme.

Le 14, l'étendue des plaies se réduit de plus en plus, notamment à la plaie de l'opération. — Solution à 5 grammes.

Le 23, pansement hebdomadaire. Progrès de plus en plus rapide vers la cicatrisation.

Le 30 septembre et le 6 octobre, jours de pansement, rien de particulier.

Le 14, il ne reste que deux petites plaies qui ne paraissent pas fistuleuses, l'une à la partie interne, l'autre à la partie externe du bras. Cette dernière est la plaie de l'opération, réduite à peine à la dimension d'une pièce de 2 fr.

Le bras offre le meilleur aspect; il est complétement dégonflé. Voyant les choses en si bon état, je reporte mon attention vers ce qu'il adviendra des mouvements de l'articulation huméro-cubitale, que j'avais pris beaucoup de peine à conserver, et pour laquelle je redoute aujourd'hui l'ankylose. Jusqu'ici le membre est resté dans l'état d'extension au moyen de la gouttière à peine coudée, qui était l'appareil le plus convenable pour les besoins du moment. Mais aujourd'hui, commençant à prévoir l'ankylose, et voulant que si elle s'établit ce soit du moins dans l'état de flexion qui rend l'usage du membre beaucoup plus fructueux, je fais effort pour plier l'avant-bras. Ces efforts sont douloureux, et tout à coup un craquement se produit, mais il m'est impossible de savoir au juste si j'ai rompu l'os nouveau ou si c'est l'articulation qui a cédé; tout cela, par suite de l'excessive brièveté du fragment articulaire. Toujours est-il que le membre reste coudé au degré que je désirais.

Le 15, pas de douleurs.

Le 21, on lève l'appareil coudé qui servait à maintenir l'avant-bras dans la flexion. Il se composait du pansement habituel, protégé par une gouttière en carton coudée et maintenue en place par des bandes. Le bras n'est pas douloureux. Le malade, grâce à son appareil, peut se lever et se promener sans fatigue.

Le 28, pansement hebdomadaire. Tout va bien.

Le 4 novembre, cicatrisation complète, sauf un seul point.

Le 18, nous acquérons la preuve que le bras a été fléchi non pas dans l'articulation même, mais aux dépens d'une fracture du cal. Il résulte de là un avant-bras qui paraît sensiblement plus long que celui du côté opposé.

Le 8 décembre, ayant à cœur de savoir au juste si la mobilité entre les surfaces articulaires était susceptible de se rétablir (on a vu que la coudure du membre avait été obtenue aux dépens d'une fracture du cal), je soumis le malade au chloroforme, dans le but de mettre en jeu la mobilité de la main, celle-ci offrant comme une fausse ankylose. Je profite de l'état anesthésique pour explorer de nouveau le degré de mobilité de l'articulation huméro-cubitale. Je reconnais que les mouvements se passent non dans l'articulation huméro-cubitale, mais dans le point où a dû se former un nouveau cal. Une crépitation bien manifeste l'indique parfaitement.

Le 10 février 1851, nous avons revu le malade à la consultation; il exécute des mouvements de flexion et d'extension du pouce et des doigts. Il lui est impossible d'imprimer un mouvement d'extension à la totalité de la main sur l'avant-bras.

Ce malade est revenu nous voir vers la fin d'octobre 1851; voici à quelle occasion. Depuis quelque temps une saillie s'était formée à la concavité du pli du bras et lui causait quelques douleurs. Nous examinons, et nous trouvons que dans le point douloureux deux saillies noirâtres, séparées l'une de l'autre par un intervalle de peau parfaitement saine qui passe à la manière d'un pont sur la concavité d'un corps étranger dur, que nous reconnaissons être une moitié à peu près de balle de calibre. Les deux points du croissant représenté par cette portion de balle font saillie en dehors; elles ont perforé la peau par un travail ulcératif du genre de celui qui se produit pour l'expulsion des tophus de la goutte, c'est-à-dire sans trace de suppuration. Saisissant alors avec des pinces celle des cornes du croissant qui est la plus grosse, et qui a fait le trou le plus considérable, nous imprimons au corps étranger un mouvement de conversion par lequel nous le faisons sortir presque sans résistance. C'est un fragment de balle très volumineux.

A notre dernier examen, les mouvements avaient fait de sensibles progrès.

Durant le cours de la maladie, nous avons été longtemps dans le doute sur la question de savoir si la paralysie dans laquelle se trouvaient les extenseurs antibrachiaux tenait à une blessure du nerf radial ou aux désordres anatomiques causés, dans l'état intrinsèque des muscles, par suite du coup de feu ou de la résection. Mais lorsque nous vîmes que le malade commençait à exécuter des mouvements de flexion et d'extension du pouce et des doigts, il nous fut démontré que le nerf radial avait été conservé; car les extenseurs des doigts, notamment de l'index et du pouce, ne reçoivent leur innervation que par l'intermédiaire du nerf radial. Les mouvements perdus doivent être attribués à la roideur ou plutôt à l'ankylose de l'articulation du coude, et d'autre part à la destruction des attaches tendineuses et aponévrotiques de certains muscles de l'avant-bras, tels que les long et court radiaux externes.

C'est là un ordre de faits dont je me suis occupé dans un autre travail, où j'ai déduit de la persistance de la mobilité dans les muscles de la couche profonde de l'avant-bras le caractère différentiel de l'impuissance d'action produite par une paralysie du nerf radial d'avec celle qui dépendrait d'une cicatrice vicieuse et lâche des muscles de l'avant-bras à leur partie supérieure.

L'impuissance des muscles extenseurs de la main et des doigts à la suite de blessures au membre thoracique peut tenir à deux causes très différentes :

1° A la section du nerf radial;

2° A un cicatrice vicieuse.

Il y a longtemps déjà (v. Notes sur la *Névrologie* de Swann) que j'ai donné un caractère différentiel pathognomonique pour discerner au lit du malade à laquelle des deux causes de paralysie on a affaire.

Si la perte des mouvements est due à la lésion du nerf radial, la paralysie est complète et absolue pour tous les muscles de la partie postérieure de l'avant-bras, sans exception; si, au contraire, l'extension partielle du pouce et de l'indicateur est conservée, c'est la preuve que la paralysie des autres muscles ne dépend pas de la blessure du nerf radial, mais d'une lésion qui leur est propre.

La lecture de l'observation suivante, due à Boyer, fera voir un bel exemple d'impuissance musculaire par cicatrice vicieuse, et la note qui l'accompagne indique par quel moyen on peut pallier les effets de la paralysie complète du nerf radial.

M. Achille de Coulonges, dragon, âgé de vingt ans, avait reçu un coup de sabre à la partie externe et moyenne de l'avant-bras droit, qui avait coupé en travers le muscle cubital postérieur et les portions de l'extenseur commun des doigts qui appartiennent à l'annulaire et au petit doigt. La plaie transversale qui en était résultée n'avait point été réunie et avait suppuré longtemps. Elle était guérie depuis deux mois, mais la main était fléchie et inclinée vers le bord cubital de l'avant-bras : les deux derniers doigts étaient fléchis aussi, l'extension volontaire de ces parties était impossible et la flexion des deux derniers doigts ne se faisait pas avec assez de force pour que M. de Coulonges pût saisir un corps d'un volume médiocre et le tenir fortement avec cette main.

M. de Coulonges vint à Paris et consulta plusieurs chirurgiens, qui lui conseillèrent des douches avec de l'eau hydro-sulfurée factice, moyen qui ne pouvait produire aucun effet avantageux. M. Dutertre, chirurgien à Paris, aux soins duquel M. de Coulonges fut confié, forma le projet d'enlever la cicatrice et de réunir cette nouvelle plaie par le moyen de quelques points de suture, du bandage unissant et surtout d'une machine propre à graduer à volonté et par des degrés très lents l'extension de la main et des doigts.

L'opération fut pratiquée le 28 août 1804 et réussit parfaitement. M. de Coulonges, que j'avais vu avant l'opération et que j'ai vu après, a recouvré l'usage de la main et des doigs et a pu continuer la profession des armes.

On peut consulter pour de plus amples détails sur ce fait intéressant une thèse soutenue à l'Ecole de médecine de Paris, le 11 germinal an XIII, par M. Dutertre. Nous pensons que ce chirurgien aurait pu se dispenser de pratiquer la suture, et que, si cette opération n'a donné lieu à aucun accident, c'est par les précautions qu'on avait prises pour la rendre inutile en tenant la main et les doigts dans la plus grande extension qu'on puisse leur donner.

Lorsque, par une cause quelconque, les muscles extenseurs de la main ont perdu leur action et que cette partie, entraînée par son propre poids et par la rétraction des muscles fléchisseurs, est fléchie sans qu'on puisse l'étendre volontairement, la contraction des muscles fléchisseurs des doigts n'a plus assez d'étendue, ou, ce qui revient au même, ces muscles ne se rétractent plus assez pour qu'on puisse saisir et tenir fortement avec la main un corps quelconque. C'est ce qu'on observe dans la paralysie des muscles postérieurs de l'avant-bras produite par la section du nerf radial. Mais dans ce cas, si l'on met la main dans l'extension et qu'on l'y fixe, les muscles fléchisseurs des doigts agissent avec toute la force dont ils sont susceptibles, et leur action ne perd rien de ses effets. On pourrait donc, dans l'accident dont je viens de parler, rendre au malade l'usage de la main au moyen d'une machine qui tiendrait cette partie continuellement en extension et qui cependant se prêterait à l'action des muscles fléchisseurs. C'est le conseil que je donnai, il y a plusieurs années, à un jeune officier qui avait eu le nerf radial coupé dans l'endroit où ce nerf se contourne sur la partie externe inférieure de l'humérus et chez lequel les muscles postérieurs de l'avant-bras étaient paralysés.

— Nous terminerons par une remarque relative à l'extraction que nous avons faite chez notre malade de la dernière portion de la balle qu'il avait reçue, c'est qu'on ne saurait jamais apporter trop de réserve à se prononcer sur la sortie intégrale d'un projectile qui a fracassé les os quand on ne retrouve pas sur-le-champ la totalité en poids et en forme dudit projectile. En effet, chez notre malade l'ouverture très grande de sortie, l'extraction au moment de l'opération d'une partie de la balle, l'exploration minutieuse de la plaie, d'abord en extrayant les esquilles, puis pendant la résection d'une partie considérable de l'humérus, tout cela n'a pas empêché la persistance au sein des tissus d'une portion considérable du corps étranger.

HOSPICE DE LA CHARITÉ DE LYON.

M. BOUCHACOURT, chirurgien en chef.

Développement anormal des deux reins chez un fœtus, faisant obstacle à l'accouchement, étudié au point de vue obstétrical et anatomo-pathologique,

Par MM. A. Gailleton, interne de la Maternité, et L. Ollier, interne de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Dans les traités classiques d'accouchements, les tumeurs du rein, considérées comme cause de dystocie, occupent une place bien minime. Les uns les passent complétement sous silence, les autres se bornent à poser quelques vagues indications.

M. Bouchacourt publia un travail inséré dans la *Gazette médicale de Paris* (1845, p. 65), où furent rassemblés les divers cas connus dans la science. Ce mémoire renferme sept observations de tumeurs du rein, dont deux seulement ont été considérées au point de vue obstétrical. Chez la malade d'Osiander (obs. 7), l'accouchement fut long et difficile, mais put encore s'effectuer par les seules forces de la nature; chez celle de Nichet (obs. 6), on fut obligé de perforer d'abord, et de vider ensuite la cavité abdominale du fœtus (1).

Nous considérerons le cas curieux qu'il nous a été donné d'observer à la Maternité de Lyon: 1° au point de vue obstétrical; 2° au point de vue de l'anatomie du fœtus.

Obs. — Mme G..., âgée de trente-trois ans, entre à l'hospice de la Charité le 2 juillet 1853, à deux heures du matin. Cette femme, d'un tempérament sanguin, d'une constitution robuste, a eu quatre grossesses antérieures qui n'ont été troublées par aucun accident; ses couches furent toujours très heureuses. Elle habite la campagne dans les environs de Lyon.

Enceinte une cinquième fois, elle a vu ses règles se supprimer le 4 novembre dernier. La grossesse a été bonne, et n'a rien présenté de particulier qu'une constipation modérée pendant les six premiers mois, de plus en plus opiniâtre du sixième au neuvième, sans incommoder beaucoup la malade. Une seule circonstance l'étonnait; c'était le développement progressivement énorme de son ventre, qui avait acquis un volume beaucoup plus considérable que dans les grossesses précédentes. Les urines ont toujours été abondantes. Les mouvements actifs et passifs ont été perçus, au dire de la mère, jusqu'au jour de l'accouchement.

Le 1er juillet, à trois heures du matin, dans les efforts violents que la malade faisait pour aller à la selle, elle sentit un corps glisser dans le vagin, et, en femme expérimentée, elle reconnut bientôt un pied se présentant à l'extérieur. La sage-femme, appelée à ce moment, reconnut la présentation d'un enfant vivant, l'ondoya et se mit à la recherche de l'autre pied; ne pouvant l'amener, elle demanda le secours d'un accoucheur.

M. le docteur Aillaud, qui arriva à neuf heures du matin, après quelques tentatives inutiles, jugea prudent de laisser agir la nature; mais la famille, impatiente de voir finir le travail, pressait avec instances le médecin d'agir.

Sur son refus, on fit appeler un autre accoucheur et une seconde sage-femme. Ces derniers, nous dit-on, voulant extraire de suite le fœtus, essayèrent de dégager le pied qui ne sortait pas; en vain tirèrent-ils sur celui qui paraissait à la vulve, et sur l'autre cuisse encore renfermée dans la matrice. Après deux heures de tentatives, ils renoncèrent à ces tractions, car les cuisses, violemment tiraillées, s'étaient détachées du tronc. Une légère hémorrhagie eut lieu à cette période du travail. Dans cet état, la femme est conduite à la Maternité. A son arrivée, il est facile de reconnaître par le toucher la présentation du siége, ainsi qu'une tumeur dure, volumineuse, peu élastique sur la paroi antérieure de l'abdomen du fœtus.

Etait-ce un kyste, était-ce une ascite? La sensation perçue par le doigt pouvait difficilement le faire présumer. Etait-ce une de ces rares tumeurs décrites dans l'histoire de l'art? A cause de cette rareté même, on était peu fondé à la soupçonner. Quelle était enfin la conduite à tenir? Sur ces entrefaites, et pendant que l'on réfléchissait sur le plus ou moins de difficulté et de gravité du cas, la malade fut prise de vives douleurs et accoucha naturellement, un quart d'heure après son entrée, d'un fœtus mort-né en deuxième position du siége. L'enfant était extrêmement volumineux (le ventre avait 50 centimètres de circonférence. La délivrance fut naturelle, vingt minutes après l'accouchement.

Suites de couches. — Les 3 et 4 juillet, légères coliques; lochies abondantes et de bonne nature; pouls fort, donnant 86 pulsations. — Cataplasmes arrosés d'huile de morphine; potion laudanisée.

Le 5, pouls à 96; face rouge, injectée; céphalalgie intense; langue couverte d'un enduit blanchâtre; douleurs vives dans la fosse iliaque droite. Les seins sont durs et douloureux. — Potion huileuse avec 15 gouttes de laudanum; dix sangsues sur le ventre, au niveau du point douloureux; cataplasmes de farine de lin et onctions avec l'onguent napolitain; diète absolue.

Le 6, sous l'influence de cette médication, les symptômes s'amendent; les seins se dégorgent. — Même prescription, moins les sangsues; diète.

Le 7, la malade ayant fait un léger écart de régime, nouvelle recrudescence des symptômes du côté de l'abdomen. Les extrémités sont froides, la face est grippée; ventre tendu, très douloureux; diarrhée intense. — Coton cardé aux jambes; dix sangsues sur le ventre; lavement avec 30 grammes d'huile de ricin; onctions mercurielles continuées.

Le 8, mieux. Persistance de la diarrhée. — Continuation des cataplasmes, des onctions; légers potages.

Du 9 au 13, le mieux se continue. La malade reprend peu à peu ses forces abattues; la face redevient naturelle.

Le 13, se trouvant dans l'état le plus satisfaisant et pressée de rentrer chez elle, elle demande avec instances sa sortie, qui lui est accordée.

Réflexions. — Avant d'examiner les points curieux que va nous présenter l'étude anatomique du fœtus, considérons le fait sous le rapport obstétrical.

Le commencement du travail s'est accompli sans douleur; la dilatation du col s'est faite sans souffrance, les eaux s'écoulent et la malade n'en a pas même conscience. Les contractions utérines sont si peu vives, que la femme est stupéfaite de voir paraître un pied.

En présence de ces faits, quelle est pour l'accoucheur la conduite à tenir? Le bassin de la femme est bien conformé, plutôt grand que petit. Quatre accouchements antérieurs naturels sont là pour le prouver. La cause de dystocie ne venait donc pas de la mère, mais bien de l'enfant. Fallait-il donc agir sur ce dernier pour l'extraire violemment? Le triste résultat obtenu par cette manœuvre vient nous éclairer à ce sujet. De deux choses l'une, ou l'obstacle était insurmontable, et alors à quoi bon tirer sur les pieds? c'est s'exposer inutilement à mutiler le fœtus, et se priver pour plus tard d'une ressource qui pourra devenir précieuse. La nature pouvait-elle par des efforts un peu lents, mais sûrs, expulser le fœtus? C'est en soutenant ses forces, en l'aidant graduellement que l'on sera plus certain de lui prêter un secours intelligent.

La fin de l'observation nous prouve combien, dans un cas pareil, cette pratique serait préférable. Cette femme, amenée dans une rude voiture à la Charité, a vu par les soubresauts auxquels elle fut exposée, le travail se déclarer franchement. Pour la première fois les douleurs sont survenues, et comme la mère était forte, bien constituée, la nature n'a pas tardé à expulser le fœtus.

Voyons maintenant quels conseils ont été donnés et quelle conduite a été suivie dans des cas semblables par les maîtres de l'art.

La première question que l'on doit se poser est celle du diagnostic. Reconnaître la tuméfaction abdominale est en général chose facile. Si, dans une présentation du siége, comme chez notre malade, le travail bien engagé se prolonge; si, malgré les contractions utérines, il n'avance pas, on doit supposer un obstacle, et cet obstacle réside dans l'abdomen du fœtus. Tous les accoucheurs savent combien est facile le passage de cette partie à l'état normal. Si nous avions affaire à une présentation de la tête comme dans le cas d'Osiander, le dégagement du corps du fœtus qui ne tarde pas à suivre celui de l'extrémité céphalique vient nous révéler également un obstacle par la lenteur ou même l'impossibilité de sa sortie. Le

(1) Voyez Jacquemier, Manuel d'accouchements, t. II, p. 138.

toucher, en second lieu, nous fournit des données positives qui ne permettent pas de s'égarer.

Nous pouvons donc à peu près sûrement supposer une tumeur abdominale. Mais quelle est sa nature? Est-elle liquide, solide ou gazeuse? Ici, il faut l'avouer, les éléments du diagnostic sont bien incertains et doivent se borner à des présomptions. L'hydropisie est peut-être la plus fréquente, et c'est là la première pensée qui vient à l'esprit.

Le développement de gaz dans l'intestin ne se rencontre pas aussi souvent, et ne donne pas lieu d'ailleurs, vu la compressibilité des gaz, à un obstacle aussi sérieux. Il est une circonstance que l'accoucheur doit se rappeler, c'est que la mort du fœtus pendant le travail a produit quelquefois au bout d'un certain temps, et par les progrès de la putréfaction, une énorme accumulation de gaz dans la cavité abdominale. Il y a quelque temps, à la Maternité, qu'un cas semblable s'est présenté à M. Bouchacourt. Le fœtus était mort, et le passage de l'abdomen ne put se faire que péniblement. On en reconnut facilement la cause, en voyant la quantité considérable de gaz accumulé dans le péritoine et les intestins. Quant aux tumeurs solides, elles peuvent céder, s'aplatir et s'allonger par l'effort des contractions utérines. Mais le diagnostic de ces trois espèces de tumeurs est impossible à établir, à moins que l'obstacle insurmontable à l'accouchement ne conduise à pratiquer la ponction.

Voyons quelle était la conduite à tenir dans notre cas et dans d'autres analogues. Un pied se présentait, on est allé à la recherche de l'autre, et l'on a essayé de tirer. Il nous est impossible d'apprécier quelle fut la force employée, la résistance plus ou moins grande des membres qui se détachèrent. Sa force fut peut-être modérée, la résistance faible.

Qu'il nous soit permis de rappeler ici la pratique de M. Dubois et suivie à la Maternité de Lyon : c'est qu'il ne faut pas s'inquiéter de l'autre pied quand on a pu en amener un. Ce précepte est dans bien des circonstances de nature à prévenir des accidents, et peut-être ici aurait-il pu empêcher la mutilation du fœtus.

Si nous consultons les auteurs, nous verrons qu'ils donnent le précepte de faire la ponction dans les tumeurs abdominales; ce conseil présente un double avantage : celui d'évacuer le liquide ou les gaz s'ils existent, et ensuite d'éclairer le diagnostic, car il devient évident que l'on a affaire à une tumeur solide dans l'hypothèse où rien n'est sorti de l'abdomen. Si on a reconnu la tumeur solide, on se comporte comme Nichet, qui, après avoir fait la ponction, ouvrit largement le ventre et alla extraire les organes hypertrophiés et dégénérés qu'il put rencontrer. Ainsi, en résumé, on peut poser les indications suivantes :

1° Expectation suffisamment prolongée. On comprend la large part qui doit lui être laissée lorsqu'on a la certitude de la vie du fœtus et, quand même il serait mort, combien est puissante la force de la nature, combien peuvent devenir dangereuses pour la mère les opérations nécessaires pour la mutilation du fœtus;

2° La ponction de l'abdomen;

3° Si la ponction n'a donné issue à aucune matière, il est temps de recourir à cette indication, qui ne doit jamais être remplie avant les deux autres.

Nous ne pouvons mieux faire que de rappeler ici les conclusions de M. Bouchacourt dans le mémoire déjà cité :

« L'accouchement peut être rendu laborieux par suite du développement extraordinaire des reins et réclamer la perforation du ventre de l'enfant, l'arrachement des tumeurs, etc., la simple ponction indiquée dans les cas d'ascite demeurant insuffisante.

» Cependant, comme il est impossible *à priori* de connaître si le volume de l'abdomen est dû à une simple ascite ou à la dégénérescence des reins, on devra, après avoir suffisamment attendu et compté sur les efforts de la nature, essayer de pratiquer la ponction, quitte à recourir plus tard à une perforation plus large de l'abdomen et à l'extraction des tumeurs qui le remplissent.

» Il faut ajouter un nouveau paragraphe des dystocies par le fœtus, une variété fort importante aux tumeurs qui forment obstacle à l'accouchement et que les auteurs n'ont considérées qu'autant qu'elles s'étaient développées à l'extérieur. »

(Nous publierons l'examen cadavérique de l'enfant dans le prochain numéro.)

SIMPLE RÉPONSE A M. CAYOL

à l'occasion de sa brochure sur la fièvre typhoïde et le typhoïdisme.

Après l'excursion indispensable que je viens de faire dans le domaine de l'analyse statistique, sous l'obligeante direction d'un guide dont le nom n'est, je crois, un mystère pour personne, je rentre dans ma spécialité médicale.

Un de nos anciens et vénérés professeurs, mécontent de ne l'être plus — c'est tout simple, — mais qui ne tourne pas le dos à la vérité, *comme tant d'autres*, même quand elle ne lui plaît pas, M. Cayol, directeur de la *Revue médicale*, ne voulant pas, jusqu'à plus ample renseignement, se rallier à son âge à l'opinion des *gens du peuple* sur la vaccine, après s'en être moqué dans sa jeunesse — ce sont ses propres expressions, — préfère attribuer à l'incapacité des médecins et à la *stupidité* de leurs modes de traitement l'augmentation de la mortalité des adultes tant civils que militaires.

Quelque peu flatteuse que soit pour nous cette hypothèse du docte professeur, elle serait peut-être soutenable si son promoteur était capable d'expliquer en termes clairs et précis :

1° Comment le praticien de 1816 à 1823, entre les mains duquel succombaient les malades de 20 à 30 ans, réussissait cependant alors à sauver ceux de 30 à 40 en suivant des procédés tout semblables!

2° Pourquoi ces procédés, utiles en 1820, ne sont plus aujourd'hui de mise, même pour les malades de 30 à 50 ans!

Tel est le fait capital que nous venons, en effet, de démontrer à *posteriori* dans l'article du 6 août; et si les *revers* des médecins sont pris par M. Cayol comme une preuve de leur ignorance, il est trop conséquent pour ne pas regarder leurs *succès* comme un témoignage de leur mérite. Il ne faut pas avoir deux poids et deux mesures!

Or, notre vénéré professeur perdrait son temps et son latin — ce serait dommage — à chercher la solution de ce problème, insoluble au point de vue *hippocratique*. Il n'y a, mon Dieu! qu'une solution *empirique*, il faut bien l'avouer, et ce sont *les gens du peuple et les bonnes femmes* qui l'ont trouvée avec leur gros bon sens.

Il est bien vrai que la vaccine, *cette idole du dix-neuvième siècle*, ainsi qu'il la nomme, et à qui, comme *à toutes les idoles en médecine*, suivant ses propres expressions, *on sacrifie des victimes humaines*, soutenue par les protestations verbeuses de quelques pathologistes, eût pu traîner encore longtemps, *dans le beau monde*, une existence assez douce, si la pierre de touche infaillible du calcul mathématique lancée par un soldat sans pitié ne lui eût donné le coup de grâce! Mais cela est ainsi; qu'y faire? Evidemment il faut reconnaître que l'hypothèse de M. Cayol n'est pas née *viable*; que nous ne sommes ni plus ni moins *stupides* que nos honorables devanciers, et que la répulsion des nourrices pour la découverte de Jenner était infiniment plus sensée que l'engouement des Hippocrates du comité de l'an VIII, au nombre desquels figurait le grand pyrétologiste Pinel!

C'est mortifiant, mais c'est vrai! Que sert-il ici de retarder un aveu pénible, si ce n'est à paraître plus aveugle, plus sourd, plus obstiné que les bonnes femmes dont on s'est tant moqué, mais dont on ne se moque plus du tout?

C'est déjà un premier pas fait dans la voie du progrès!

A. Bayard, d.-m.

Gymnase de l'hôpital des Enfants. — Distribution des prix.

Avant-hier a eu lieu à l'hôpital des Enfants Malades la distribution des prix, sous la présidence de M. Davenne, directeur général de l'assistance publique, et en présence des hauts fonctionnaires et des médecins et chirurgiens de l'établissement, MM. Blache, H. Roger, Gillette, Guersant, etc.

La réunion a eu lieu dans le beau gymnase couvert de l'hôpital.

Après une demi-heure d'exercice des enfants, M. Davenne a pris la parole et, dans une allocution très applaudie, il a remercié les personnes dont le concours sympathique adoucit les souffrances des pauvres enfants, et au nombre desquelles il a signalé M. Georges de la Rochefoucault et son père, qui ont abandonné aux convalescents leur domaine de la Roche-Guyon.

M. Davenne a enfin annoncé la prochaine création, sous l'inspiration de Leurs Majestés l'Empereur et l'Impératrice, d'un nouvel hôpital des Enfants dans le faubourg Saint-Antoine.

M. Peupin, sous-directeur des dons de l'Empereur, membre du conseil municipal, a ensuite rappelé, dans une improvisation remarquable, que les prix dont on allait faire la distribution étaient dus presque tous à la générosité et à la sollicitude de Leurs Majestés, et que plusieurs de ces prix étaient des livrets de la Caisse d'épargne. Il a remis ensuite au nom de l'Empereur, aux applaudissements unanimes de l'auditoire, une médaille à M. Laisné, l'habile et dévoué professeur de gymnastique, aux leçons et aux soins duquel les petits malades doivent beaucoup, et en qui les médecins trouvent un utile auxiliaire.

Un discours de M. le docteur Bouvier, empêché, lu par M. le docteur H. Roger, a été écouté avec intérêt. M. Bouvier a retracé les améliorations introduites à l'hôpital des Enfants, et entre autres la création d'un traitement externe avec consultations médicales et distribution gratuite de médicaments.

La séance a été terminée par la proclamation des lauréats, qu'a faite M. de Chaumont, l'excellent directeur de l'hôpital. Filles et garçons ont reçu des mains de M. Davenne, les unes des nécessaires, des dés d'argent, les autres des timbales, des livres. Aux premiers pour la gymnastique et aux plus sages ont été délivrés des livrets de la Caisse d'épargne. Puis enfin ont recommencé en plein air les exercices gymnastiques des jeunes lauréats et les tours de force des moniteurs du Gymnase normal militaire, qui s'étaient joints volontairement à la fête.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Nous avons encore à annoncer la mort bien malheureuse de l'un de nos honorables confrères, M. le docteur Lacauchie, ancien médecin en chef du corps expéditionnaire de la Méditerranée, officier de la Légion d'honneur, commandeur de l'ordre de St-Grégoire-le-Grand. M. Lacauchie a succombé dans la force de l'âge (47 ans), samedi 3 septembre, aux eaux de Bade, où il venait rejoindre sa famille pour se remettre des suites d'un empoisonnement miasmatique.

M. Lacauchie a été victime de son amour pour la science. Peu de jours avant son départ, il avait fait, à Strasbourg, en faveur de quelques élèves qui allaient subir leurs épreuves, une démonstration anatomique. C'était au fort des grandes chaleurs, et l'on opérait sur un cadavre dans un état de dissolution fort avancée. La séance s'était prolongée, et M. Lacauchie, qui avait parlé longtemps, s'est senti immédiatement pris à la gorge par les émanations putrides. Plusieurs de ses élèves ont été sérieusement affectés par la même cause. Le maître devait succomber.

Le mal n'a fait qu'empirer chez lui de jour en jour, et lorsqu'il est allé retrouver sa famille, qui l'attendait à Bade, il était déjà dans un état très alarmant. C'est en vain qu'il a espéré la guérison de l'air pur des montagnes et des soins de sa famille; la maladie avait fait de trop grands progrès.

— M. le docteur Perez, médecin des épidémies et de l'hospice civil de Moissac, a été nommé chevalier de la légion d'Honneur.

— Les journaux de médecine anglais annoncent en termes très flatteurs que M. le professeur Piorry est arrivé à Londres et y visite les principaux hôpitaux.

— On écrit de Rome, 31 août : « L'état sanitaire est très affligeant; une fièvre endémique fait beaucoup de victimes. Les hôpitaux de San Giovanni, San Spirito et San Giacomo ne sont pas assez vastes pour recevoir tous les malades. Il a fallu louer des maisons dans les environs. »

— On écrit d'Helsingfors (grand-duché de Finlande, en Russie), le 20 août : « Le choléra est à son déclin à Helsingfors; hier, il n'y a eu que 11 nouveaux cas et 3 décès. Voici les chiffres totaux de l'épidémie : à Helsingfors, 1,202 cas, 547 guérisons, 553 décès; 102 personnes sont encore malades.

» A Abo, le choléra est stationnaire depuis une huitaine de jours; il y a par jour de 20 à 25 nouveaux cas et de 12 à 15 décès. Jusqu'à hier, on a constaté en tout, dans cette ville, 836 cas, 373 décès et 380 guérisons.

» Le choléra vient d'éclater à Rauma, ville sur le golfe de Bothnie, à environ 80 kilomètres d'Abo. »

— On écrit de Stockholm (Suède), le 31 août : « Le choléra continue à augmenter à Stockholm. Jusqu'à ce matin (neuf heures), il y a eu en tout, dans notre capitale, 610 cas de cette maladie, 233 décès et 182 guérisons. Le nombre des cholériques en traitement était de 195. »

— On écrit de Copenhague (Danemark), le 2 septembre : « Le choléra diminue à Copenhague avec la plus grande régularité. Avant-hier, on a constaté ici 11 nouveaux cas et 10 décès; hier, ces chiffres sont descendus à 9 et à 8.

» Dans les provinces, au contraire, la marche du choléra subit une grande variation. A Aalborg et à Viborg (Jutland), il y a même eu une recrudescence assez forte. »

Du reste, le choléra ne sévit pas partout avec la même rigueur; tandis que les bulletins constatent qu'à Copenhague le nombre de personnes atteintes s'élevait, au 1er septembre, à 7,414, dont 4,015 sont mortes, à Stockholm, le 29 août, sur 507 malades, il n'y avait eu que 192 morts. A Christiania, au contraire, la proportion des morts était plus forte encore qu'à Copenhague; sur 285 personnes atteintes, 201 étaient mortes.

— On assure que le choléra fait des progrès notables en Russie et qu'il sévit surtout avec violence dans les gouvernements méridionaux, principalement dans les contrées où il y a des troupes. Le fléau a paru dans plusieurs localités des frontières de la Gallicie orientale; dans la ville frontière de Kamience, il enlève chaque jour 30 personnes.

— On écrit de la Nouvelle-Orléans, le 17 août : « La Nouvelle-Orléans offre un tableau désolant, par suite de la fièvre jaune qui sévit d'une manière déplorable. La moitié de ses habitants l'ont désertée, et pourtant dans presque toutes les rues on voit courir (c'est le mot) les corbillards, on rencontre des visages accablés. Ainsi que d'ordinaire la maladie s'attaque aux émigrants, et principalement aux plus pauvres. »

— New-York, 27 août. Le nombre des morts de la fièvre jaune à la Nouvelle-Orléans est loin de diminuer : samedi 20, il était de 315; dimanche, 315, et lundi 264; le 25, il y a eu 258 enterrements, dont 234 morts de la maladie régnante.

— Le lundi 7 novembre prochain, à huit heures du matin, il sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Lyon un concours public pour la nomination de dix élèves internes, appelés à faire le service de médecine et de chirurgie dans les quatre hôpitaux et hospices civils (l'Hôtel-Dieu, la Charité, l'Antiquaille, à Lyon; le Perron, à Oullins, près Lyon).

— Les prix de l'Ecole préparatoire de médecine de Lyon, qui seront distribués dans la séance solennelle de rentrée, ont été accordés ainsi qu'il suit :

1re année. 1er prix : M. Aribaud (de Paris); 2e prix : M. Levrat-Perroton (de Lyon).

2e année. 1er prix : M. Icard, de Biot (Var); 2e prix : M. Perroud (de Lyon).

3e année. Prix unique : M. Debauge (de Lyon).

Elèves en pharmacie. Prix unique : M. Terrasson, du Puy (Haute-Loire).

— On écrit de Londres, 3 septembre : « La somme nécessaire pour élever un monument au docteur Jenner, inventeur de la vaccine, vient d'être complétée. Le comité des souscripteurs a décidé, à l'unanimité, que ce monument se composerait d'une statue colossale en bronze de Jenner, et il a chargé M. Charles Marshall, membre de l'Académie royale, d'en exécuter le modèle. »

— Les médecins ne sont pas moins nombreux à Madrid qu'à Paris, relativement à la population. Ainsi on compte dans la capitale de l'Espagne : 295 médecins et chirurgiens; 392 chirurgiens de 2e, 3e et 4e classe; 99 pharmaciens et 29 vétérinaires. Encore ne comprend-on pas dans ce nombre les chirurgiens-barbiers qui font de la médecine.

— M. Patricio Salar a été nommé professeur d'histoire naturelle médicale à la Faculté de médecine de Madrid, en remplacement de M. Obrador, démissionnaire.

— Nous lisons dans *Philadelphia med. and surgic. journal*, 15 août, que, dans une nombreuse réunion de gradués de l'Université de Pensylvanie et pour honorer la mémoire des docteurs Chapman et Horner, il a été résolu qu'un appel serait fait aux élèves de cette Université dans tous les pays pour les engager à contribuer pour un *dollar* à l'érection d'un monument à la mémoire de ces médecins que la mort a récemment enlevés.

Errata. — Dans le numéro 102 (30 août), page 414, 2e colonne, avant-dernier alinéa de l'article intitulé : *Sur les erreurs contenues dans l'Annuaire du bureau des longitudes*, au lieu des fractions 536/1,000es et 639/1,000es, lisez 52/100es et 62/100es.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Manuel de médecine opératoire fondée sur l'anatomie normale et l'anatomie pathologique, par J.-F. Malgaigne, professeur de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Paris. — 6e édition, corrigée et augmentée; 1 vol. grand in-18, 1853. Prix : 7 fr. — Paris, chez Germer Baillière, 17, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Iconographie ophthalmologique, ou description et figures coloriées des maladies de l'organe de la vue, comprenant l'anatomie pathologique, la pathologie et la thérapeutique médico-chirurgicales; par le docteur J. Sichel, professeur d'ophthalmologie, médecin oculiste des maisons d'éducation de la Légion d'honneur. Cet ouvrage sera publié en 20 livraisons, composées chacune de 20 pages de texte grand in-4° et de 4 planches dessinées d'après nature, gravées, imprimées en couleur, retouchées au pinceau avec le plus grand soin. Une livraison paraîtra toutes les six semaines. Prix de chaque livraison : 7 fr. 50 c. Les livraisons 1 à 6 sont en vente, à Paris, chez J.-B. Baillière, libraire, rue Hautefeuille, 19.

Mémoire sur la présence du sucre dans les urines, et sur la liaison de ce phénomène avec la respiration, par Alvaro Reynoso. Brochure in-8°. Prix : 1 fr. 50 c. Chez Victor Masson, place de l'Ecole-de-Médecine.

De l'importance et du rôle de la chimie dans les sciences médicales. Thèse de concours pour l'agrégation en chimie, par le docteur L. Figuier. In-8°. Prix : 2 fr. 50 c. Chez Victor Masson.

Anecdotes historiques du temps de la Restauration, contenant la Note secrète, ou Manifeste du parti absolutiste en 1818, pour demander aux princes alliés le retrait de la Charte constitutionnelle. — Simples paroles de Mme la duchesse d'Angoulême à la mémoire du maréchal Ney. — La Suite du procès du duc d'Enghien, ou Lutte du duc de Rovigo contre le prince de Talleyrand. — Le Délit d'allusion. — Le roi d'Yvetot sous le Consulat. — Germanicus et Tibère. — Les Chansons de Béranger et la Révolution de juillet. — Le Portrait du roi de Rome. — Révélations historiques faites pendant le procès des chansons de Béranger. — Note sur la propriété littéraire et la réimpression des livres français à l'étranger. — Recherches et études sur la presse; son origine, son développement, son influence, ses rapports avec l'opinion, les mesures restrictives apportées à son exercice. — Tableau chronologique de la législation de la presse. Un vol. gr. in-18. Prix : 2 fr. Chez Firmin Didot frères, rue Jacob, 56.

Névrologie, ou description et iconographie du système nerveux et des organes des sens de l'homme avec leur mode de préparation; par MM. Ludovic Hirschfeld, docteur en médecine de la Faculté de Paris, et J.-B. Léveillé, dessinateur. Paris, 1853, 10e livraison. In-4°, figures noires, 5 fr.; fig. coloriées, 10 fr. L'ouvrage complet, comprenant 368 pages et 92 planches, fig. noires, 50 fr.; fig. coloriés, 100 fr. — A Paris, chez J.-B. Baillière, rue Hautefeuille, 19.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 108. — MARDI 13 SEPTEMBRE 1853. (26e ANNÉE.) N° 108. — MARDI 13 SEPTEMBRE 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

	Trois mois	Six mois	Un an
Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	8 fr. 50 c.	16 »	30 »
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	9 fr.	17	33
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	10 fr.	20	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

M. le chevalier F.-A. d'Ammon, médecin de S. M. le roi de Saxe, vient de publier dans les *Annales d'oculistique* un mémoire fort intéressant sur l'ophthalmie sous-conjonctivale.

Il s'agit d'une variété d'inflammation oculaire tout à fait spéciale par son siége et sa ténacité. Nos lecteurs nous sauront gré de leur donner en entier le mémoire de cet honorable et célèbre confrère.

Sur l'ophthalmie sous-conjonctivale.

J'ai quelquefois rencontré une variété d'inflammation oculaire qui a singulièrement excité mon attention, et qui a mis à l'épreuve ma patience médicale, tant à cause de la particularité de l'ensemble de ses phénomènes qu'en raison de sa marche lente et des métamorphoses auxquelles elle donne naissance dans la conjonctive de la sclérotique, et même dans cette dernière membrane. Cette phlegmasie oculaire est l'ophthalmie sous-conjonctivale, c'est-à-dire l'inflammation du tissu que l'on rencontre entre la surface antérieure de la sclérotique et la surface postérieure de sa conjonctive.

Il est donc ici question d'une inflammation interstitielle qui s'étend, par sympathie, à la face antérieure de la sclérotique et à la face postérieure de la conjonctive qui recouvre cette membrane.

Elle est le plus ordinairement partielle, limitée à une étendue peu considérable. C'est lorsqu'elle s'est présentée sous cet aspect que je lui ai reconnu tout d'abord les caractères d'une inflammation interstitielle. J'ai constaté alors, à la partie interne ou externe du globe, plutôt vers la sclérotique que vers la cornée, dans la direction du muscle droit interne ou de l'externe, l'existence d'une tuméfaction inflammatoire bornée à une petite partie, un tiers de pouce de diamètre environ, offrant une forme tantôt arrondie, tantôt ovalaire. Le plus souvent, les malades n'avaient pas fait attention à leur mal, et l'avaient abandonné à lui-même; ou bien, le traitement, dont les effets sont toujours lents, n'avait pas été suivi d'un succès assez prompt, et ils avaient cessé toute médication jusqu'à ce que, sous l'influence d'une cause occasionnelle, d'un changement de température, d'un écart de régime, l'affection s'était accrue rapidement. Il pouvait en arriver de même par l'inflammation venant de nouveau s'emparer du siége qu'elle avait autrefois occupé, ou par l'extension du processus inflammatoire qui avait été limité jusqu'alors.

Dans cette inflammation sous-conjonctivale partielle, la rougeur est, dans la plupart des cas, de couleur sombre. La conjonctive, élevée au-dessus de son niveau ordinaire, infiltrée de sérosité, présente dans ses couches supérieures un point demi-transparent qui ressemble à une petite vessie, que les personnes qui entourent le malade considèrent assez souvent comme une espèce d'excroissance de la conjonctive. Ce dernier phénomène manque pourtant quelquefois. Si on abaisse la paupière et qu'on touche avec le doigt, à travers le voile membraneux, cette production due à l'inflammation de ce point, elle paraît dure; et si on y exerce une certaine pression, elle s'élève rapidement, et la rougeur disparaît pendant quelques secondes dans l'endroit qui a été comprimé, qui devient blanchâtre: il se remplit néanmoins bientôt de sang, qui afflue de tous côtés vers le centre, qui reste blanchâtre. Le point blanc, qui est constitué par la membrane sous-conjonctivale modifiée par l'inflammation, et qui, sous l'impression du doigt, paraît privée de sang pendant un moment, offre une élévation notable et un peu de dureté. Quand on les soumet à cet examen, les malades se plaignent le plus souvent d'éprouver une douleur assez intense; ils portent vivement la tête en arrière et jettent même parfois des cris.

Le siége de l'inflammation est douloureux dans la plupart des cas, principalement pendant la nuit. Un rayon de soleil ou la vive clarté d'une bougie, l'usage d'aliments ou de boissons excitants, augmentent la sensation douloureuse que la plupart des malades désignent par le nom de picotements, de douleur occupant souvent le fond de l'orbite.

Je l'ai rencontrée parfois, mais plus rarement, à la partie supérieure ou inférieure de la sclérotique, dans la direction des muscles droits supérieur ou inférieur. Dans un cas, le mal avait envahi les trois quarts de la surface de la sclérotique; la portion située à l'angle interne de l'œil en était seule exempte.

D'autres fois, l'ophthalmie sous-conjonctivale débute dans la partie où un ptérygion membraneux (*pinguecula*) fait saillie et se développe à la surface externe de la sclérotique, dans la portion conjonctivale de cette membrane. Dans ces cas, les vaisseaux variqueux qui rampent au-dessous et autour du ptérygion semblent donner lieu à la prédisposition à l'ophthalmie sous-conjonctivale. Ces faits permettent de reconnaître que le siége de cette affection est bien réellement sous la conjonctive, et à l'examen à la loupe on distingue un grand nombre de petits vaisseaux bien distincts, s'entrelaçant les uns dans les autres, qui forment en s'unissant de petits pelotons, et qui sont développés sous la conjonctive scléroticale, qui est un peu tendue, soulevée, brillante et à demi transparente. Les vaisseaux propres de la sclérotique sont plus veineux, allongés, et au-dessus d'eux se voient les petits vaisseaux de la membrane sous-conjonctivale, qui s'entrelacent entre eux. Le ptérygion est ici soulevé par les vaisseaux qui sont placés exactement derrière lui, et le point sur lequel il repose, et qui a une couleur d'un rouge foncé, lui donne un aspect réellement *frappant*. On voit bien clairement alors sous le ptérygion et à ses bords des vaisseaux de nouvelle formation, très fins et placés sous la conjonctive, et entre ces derniers un exsudat plus graisseux qui conserve la demi-transparence.

J'ai vu deux fois dans ces six dernières années l'ophthalmie sous-conjonctivale envahir les deux yeux à la fois et occuper toute la surface sous-conjonctivale, s'étendant de l'anneau conjonctival dans toutes les directions profondément en arrière.

Ces cas mettent parfaitement en lumière le siége, la nature, la marche et l'importance de l'affection dont il s'agit ici. Le mal offre alors l'aspect d'une forte ecchymose de la conjonctive; seulement la transparence est plus grande.

En les examinant avec attention, les globes oculaires paraissent plus proéminents que d'ordinaire, parce que la conjonctive scléroticale est un peu soulevée par la partie enflammée qui se trouve derrière elle. Autour de la cornée, tout près de l'anneau conjonctival, la conjonctive sclérotique est soulevée, et la cornée paraît enchâssée plus profondément; elle diffère toutefois d'une conjonctive ecchymotique en ce qu'elle est moins molle, moins élevée et d'une couleur plus foncée; et, son point d'attache n'existant plus dans des conditions normales, elle retombe en arrière jusqu'au milieu de la sclérotique, recouvrant une grande quantité de vaisseaux entrelacés et réunis en peloton. La conjonctive paraît çà et là graisseuse; elle ne sécrète que fort peu d'un liquide qui est plutôt de nature lymphatique que purulent.

Si l'on examine au moyen de la loupe un œil affecté de cette maladie, on voit clairement un grand nombre de pelotons formés par des vaisseaux fins et entrelacés qui sont réunis sous forme d'une exsudation lymphatique, graisseuse et demi-transparente. Ces vaisseaux sont situés entre la sclérotique et la conjonctive. Cette dernière est transparente, et à l'aide de la loupe on voit à travers cette membrane la nouvelle formation vasculaire; et, à l'endroit où elle disparaît vers l'angle interne de l'œil, on aperçoit le plus souvent l'exsudat lymphatico-graisseux, qui est peu considérable. Il est facile de reconnaître la différence qui existe entre ces vaisseaux sous-conjonctivaux de nouvelle formation et les vaisseaux de la conjonctive. Ceux-ci sont dans un plan plus rapproché de l'observateur, car ils se trouvent dans la conjonctive, qui a été soulevée par le tissu cellulaire interstitiel enflammé et qui est ainsi devenue transparente; ils sont d'un calibre plus fort, ont une autre forme et une couleur d'un rouge pâle. Ceux-là, au contraire, sont plus petits, plus sinueux, de nature plus artérielle, ont une couleur plus claire et sont situés plus profondément. Les vaisseaux de la conjonctive sont pour la plupart des veines dans lesquelles le sang s'accumule, ce qui donne lieu aux sinuosités qu'elles présentent.

J'ai observé une fois l'ophthalmie sous-conjonctivale développée le long de l'insertion des muscles droits supérieur et inférieur; les points où s'insèrent les muscles droits externe et interne étaient exempts de l'affection.

Dans les cas où la partie de la membrane sous-conjonctivale qui avoisine immédiatement l'anneau conjonctival est atteinte de cette ophthalmie et lorsque celle-ci n'est que partiellement développée, son influence se fait bientôt sentir sur cette dernière partie, qui est tiraillée, plus large, plus aplatie; vu de côté, l'anneau ressemble alors à un corps falciforme, non transparent, qui se serait logé sur le bord de la cornée. Ce changement pathologique de l'anneau conjonctival est dû à une exsudation qui se fait dans son tissu et en amène l'hypertrophie. Ce changement constitue un signe caractéristique de l'ophthalmie sous-conjonctivale et mérite qu'on s'en occupe attentivement, afin de l'apprécier plus intimement. Il s'y forme ensuite aussi de petites ulcérations; mais celles-ci ne se manifestent le plus souvent qu'après une durée plus longue, fréquemment de plusieurs mois. Pendant que se développe cette métamorphose de l'anneau conjonctival (que j'ai observée au côté inférieur, externe, moyen et supérieur de la cornée), les vaisseaux normaux de la conjonctive éprouvent de plus en plus un mouvement rétrograde. Ils diminuent de volume, les pelotons s'aplatissent, la tension de la conjonctive disparaît, son épaisseur devient moindre; elle s'affaisse. On voit encore pendant longtemps sous cette membrane une coloration d'un rouge sale et son aspect est d'apparence graisseuse. Parfois, et après plusieurs mois, j'ai observé aux mêmes endroits une coloration bleuâtre de la sclérotique, qui était la suite d'un amincissement partiel que dans ce point cette membrane offrait dans ses couches superficielles. Là aussi une portion de l'anneau conjonctival était atrophiée.

Dans un cas où l'ophthalmie sous-conjonctivale partielle avait son siége dans la partie supérieure de cet anneau, elle l'avait formellement miné et soulevé de son point d'attache sur la cornée, de sorte qu'il formait presque une tumeur falciforme renversée, traversée de vaisseaux, dont le côté convexe était dirigé en bas et le côté concave en haut. Il en résultait naturellement que la cornée était d'un bleu clair ou d'un blanc bleuâtre et demi-transparente dans sa partie supérieure et dans son revêtement épithélial. Dans un autre cas, un tiers de l'anneau conjonctival était exactement semblable à une tumeur formant une ligne droite, qui était placée à l'endroit où avait existé cet anneau, mais qui siégeait un peu plus profondément. Naturellement une partie de la cornée était opaque.

Plusieurs fois j'ai constaté que l'ophthalmie sous-conjonctivale n'attaquait que peu l'anneau conjonctival, tandis que la coupe de la sclérotique sous-jacente dans son point de réunion avec la cornée était principalement affectée, ce qui, comme on le sait, provient de ce que la cornée est enchâssée obliquement dans le bord scléroticial, comme un verre de montre dans la rainure qui le reçoit. Quelques yeux, ceux par exemple dans lesquels la cornée est un peu plus développée qu'habituellement, ont le bord de la sclérotique un peu proéminent; il en résulte que dans la partie la plus supérieure du point de jonction de la sclérotique et de la cornée, la première présente une petite protubérance annulaire. Chez les individus qui offrent cette disposition, l'ophthalmie sous-conjonctivale donne lieu au boursouflement de cette membrane dans sa couche superficielle; elle forme un renflement et soulève un peu l'anneau conjonctival, qui est infiltré et épaissi. Ce n'est que peu à peu que cette inflammation, qui appartient plutôt au bord de la sclérotique qu'à la membrane sous-conjonctivale, prend un cours rétrograde. Mais l'anneau de la conjonctive reste souvent pendant très longtemps épaissi et plus large que dans l'état normal, ce qui donne à la cornée, sur laquelle il paraît comme imprimé, un aspect mat particulier.

L'ophthalmie sous-conjonctivale a une marche très chronique. Elle dure des mois plutôt que des semaines. Elle a une grande tendance à récidiver. L'inflammation partielle donne lieu le plus souvent à un exsudat séro-adipeux développé en faible quantité, qui passe très rarement à la suppuration, et qui est déposé entre les deux membranes et y est ordinairement résorbé avec rapidité; parfois aussi il s'ouvre une issue à l'extérieur en perforant la conjonctive. L'abcès ainsi ouvert guérit lentement et détermine très facilement des adhérences entre la conjonctive et la sclérotique; parfois aussi il produit des taches mélanotiques.

L'ophthalmie sous-conjonctivale ne rétrograde que très lentement, et est presque toujours suivie d'un amincissement de la conjonctive et de la sclérotique; cette dernière membrane prend alors un aspect plus bleuâtre qu'à l'état normal. Quelquefois il se forme entre la conjonctive et la sclérotique des taches mélanotiques, que l'on distingue à travers la conjonctive sous l'aspect de taches noirâtres, à côté desquelles on reconnaît la sclérotique, d'une teinte bleuâtre et amincie.

Les métamorphoses que subit l'anneau conjonctival ont déjà été décrites en détail.

Lorsque j'ai rencontré l'ophthalmie sous-conjonctivale complète, et que tout l'intervalle compris entre la sclérotique et la conjonctive était affecté, la marche rétrograde de la maladie a été encore plus lente, et sa terminaison a eu lieu, dans la plupart des cas, par atrophie, c'est-à-dire par l'amincissement de la sclérotique et de son revêtement conjonctival; ce genre de terminaison paraît appartenir spécialement à l'inflammation interstitielle dont il est ici question. Voici quel est alors l'état de la sclérotique et de la conjonctive qui la recouvre :

La conjonctive est amincie, très transparente, traversée de quelques vaisseaux d'un rouge bleuâtre, qui ont une direction d'avant en arrière, plutôt droite que flexueuse. Ces vaisseaux manquent dans certains points, parce qu'ils pénètrent directement de la conjonctive dans le tissu même de la sclérotique; ils la traversent positivement: parfois, avant d'y pénétrer, ils présentent quelques flexuosités. La sclérotique semble plus bleuâtre qu'à l'ordinaire, surtout aux endroits qui se rapprochent de l'insertion des muscles et près de son point de jonction avec la cornée. Cette coloration bleuâtre est régulière; nulle part on ne rencontre ces quelques élévations qui se manifestent dans le staphylome sclérotical. La sclérotique est unie, amincie, bleuâtre. Je l'ai trouvée dans cet état, pour autant qu'on puisse l'apercevoir, dans les cas où l'ophthalmie conjonctivale avait été générale. Mais j'ai aussi rencontré la coloration bleuâtre lorsque l'ophthalmie n'avait été que partielle. La conjonctive est en outre très exactement tendue sur la sclérotique, ne présente que peu de vaisseaux et paraît être très mince. Quand il existait un ptérygion, cette production éprouvait le plus

souvent un amincissement considérable, sans pourtant diminuer d'étendue.

L'œil conserve pendant très longtemps une grande sensibilité, une espèce de *crainte du mouvement*. Les malades éprouvent aussi dans les yeux un sentiment de froid et d'incertitude de la vue; ce qui dépend sans doute de l'affection des muscles, qui conservent, comme on peut l'observer, une certaine atonie caractérisée principalement par ce fait que les malades ne sont pas en état de fixer pendant longtemps les yeux sur les objets.

La plupart du temps, j'ai rencontré cette ophthalmie chez les individus présentant la prédominance du système veineux; chez ceux qui font abus de la bière, des spiritueux, du vin; chez ceux prédisposés à l'adipose avec complication rhumatismale; chez les femmes grosses; chez celles non mariées qui présentent des anomalies dans la menstruation; et enfin chez les individus scrofuleux, bouffis, où elle se montre pendant la jeunesse et dans un âge plus avancé. Presque toujours un refroidissement a agi comme cause occasionnelle.

La maladie étant partielle à son début, elle est alors négligée et méconnue; arrivée à un certain degré, elle est très tenace, et c'est une véritable croix pour les malades et les médecins. Cela tient à sa nature vasculeuse, qui fait qu'elle se termine très rarement par le passage à la suppuration, mais le plus souvent par une rétrocession lente et par l'atrophie partielle des tissus organiques voisins, et principalement de la couche supérieure de la sclérotique et de sa conjonctive.

Dans le traitement de l'ophthalmie sous-conjonctivale, j'ai toujours porté mon attention sur l'idiosyncrasie du malade, et c'est aux moyens purgatifs, résolutifs, que j'ai reconnu le plus d'efficacité, parce que chez la plupart des malades il y avait stase des vaisseaux abdominaux. Dans un cas, l'emploi de ces moyens dut être continué pendant plusieurs mois, et après la guérison obtenue par cette méthode, j'ai encore dû faire prendre les eaux de *Kissengen, source Ragotzi*.

Je n'ai jamais eu recours aux purgatifs drastiques, mais j'ai fait usage pendant longtemps des sels neutres avec l'extrait de gramen dans une décoction de séné; quelquefois aussi de sénéga, cette dernière cependant avec précaution; toutefois, quand elle était bien indiquée, elle était très utile avec les adjuvants que nous venons d'énumérer. Il faut aussi considérer comme un excellent moyen l'eau amère de *Friedreichshalter*, qui doit être continuée pendant plusieurs semaines, et qui est bien supportée; on ne saurait trop la recommander.

Dans quelques autres cas, surtout dès la première apparition de la maladie, j'ai retiré de bons résultats de l'usage du sulfate de potasse, que je faisais prendre chaque jour à la dose de 2 à 3 gros dans 6 à 8 onces d'émulsion d'amandes douces. Ce moyen mérite une attention toute particulière.

Comme moyen local, je n'ai retiré d'utilité que des sachets d'herbes non excitantes appendus devant l'œil malade. Les collyres, les pommades sont toujours nuisibles, surtout dans le principe, parce qu'ils réveillent l'irritation; le collyre au nitrate d'argent, même à dose très faible, exerce toujours cet effet.

Pour diminuer la tension que le malade éprouve dans l'œil, j'ai fait porter pendant la nuit un léger sachet aromatique composé de poudre de belladone et de farine de lin, à la dose de 2 à 3 gros de la première sur une once de la dernière.

Les dérivatifs, quelle que soit leur nature, ne m'ont paru avoir aucune utilité. Les bains de pieds agissent comme calmants. Dans un cas, les bains de pieds de Scott contribuèrent à la guérison; chez ce dernier malade il existait une affection du foie, et le système veineux était très développé.

Pendant et après la cure, il est tout à fait indispensable que le malade ne se serve de l'œil qu'avec de très grands ménagements.

Un moyen que j'ai reconnu avantageux pour assurer la cure consiste à instiller avec précaution quelques gouttes de teinture d'opium, principalement quand l'œil conserve un état de fatigue et de sécheresse, et dans les cas où l'anneau conjonctival n'a subi aucune modification dans sa texture. Lorsque le contraire avait eu lieu, et que le parenchyme de cette partie était boursouflé et le siége d'ulcères, d'exsudats, ou que des vaisseaux de nouvelle formation s'y étaient développés, j'ai retiré de bons effets d'une solution de nitrate d'argent (1 grain par once). Employée en instillations une ou deux fois par jour, cette solution a hâté la guérison.

Le boursouflement disparaît alors graduellement; les vaisseaux nouvellement développés diminuent de volume, se contractent, s'effacent insensiblement; les ulcérations guérissent plus promptement.

J'ai eu pour but dans les lignes qui précèdent d'attirer l'attention des médecins sur l'inflammation du tissu placé entre la sclérotique et sa conjonctive. Cette maladie se rencontre assez fréquemment; je ne sache pas toutefois qu'elle ait été jusqu'à ce jour, au point de vue de sa localisation, l'objet de considérations anatomiques comme celles que je viens de présenter. Je ne connais de travaux se rapportant en quelque sorte à ce sujet que ceux de M. Rau sur la syndesmite variqueuse (analysés par M. Fallot, dans les *Annales d'oculistique*, t. XIII, p. 40-45), et de M. Warnatz, sous le même titre, dans le *Journal für chirurgie und Augenheilkunde*, t. XXXIV, p. 422. Les communications sur cette maladie seraient reçues avec reconnaissance, surtout si elles avaient pour but l'exposition de recherches anatomo-pathologiques, qui manquent absolument jusqu'à ce jour.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS.

Sur les perforations dites spontanées de l'estomac et des intestins.

Par M. Haspel, médecin en chef de l'hôpital militaire de Colmar.

L'érosion et la perforation des tuniques de l'estomac et des intestins sont une des conséquences les plus terribles des maladies de ce viscère. Survenant quelquefois brusquement après un état de souffrance trop peu grave, en apparence, pour fixer l'attention, elles ont été souvent la cause d'erreurs déplorables. Si elles ont été tellement rares que certains praticiens attachés aux hôpitaux n'ont pas eu une seule fois, pendant le cours d'une longue pratique, l'occasion d'en rencontrer; néanmoins, contrairement à l'opinion émise par notre ami le docteur Abeille dans la *Gazette des Hôpitaux* du 6 septembre 1853, les exemples en sont nombreux dans la science, mais ces perforations avaient particulièrement pour siége l'estomac.

Autrefois, quand ces perforations, qualifiées de spontanées, avaient lieu dans l'estomac, c'était aux propriétés corrosives que peuvent acquérir les liquides sécrétés par l'appareil digestif qu'on faisait jouer le principal rôle dans le mécanisme de leur génération.

M. le professeur Chaussier, auquel la science doit d'avoir fixé l'attention sur ces désorganisations, et surtout sur les erreurs médico-légales dont elles peuvent être et dont elles ont été l'objet, reconnaît que la cause première de l'érosion des tissus n'est pas dans les fluides, et qu'elle consiste surtout dans une irritation spéciale des solides; Broussais a rapporté ces perforations à l'inflammation de la membrane muqueuse, et M. Lallemand a achevé d'éclairer ce point d'anatomie pathologique. Lorsqu'on examine, dit-il, l'état de la muqueuse qui a subi la lésion qui nous occupe, on reconnaît que les perforations doivent être rangées en trois ordres. Au premier ordre appartiennent celles qui résultent de la destruction de la membrane muqueuse et de la musculeuse avec déchirure de la tunique séreuse. Dans celles-ci, la muqueuse est ulcérée ou ramollie autour de la perforation, et c'est là ce qui constitue, suivant nous, le premier ordre, que nous appellerons *perforation par ramollissement*, et dans lequel nous rangerons l'observation suivante, que nous avons l'honneur de vous adresser, afin de préserver les médecins d'une erreur fatale, dont on ne saurait trop multiplier les exemples et démontrer que ces perforations, bien qu'elles puissent être produites par une violence extérieure, sont souvent la suite d'une maladie dont les causes sont méconnues et inappréciables.

Obs. — *Coup de pied sur l'abdomen. Péritonite très aiguë. — Mort après vingt-quatre heures. Injection très vive du péritoine. Epanchement de sérosité rougeâtre dans sa cavité. Ver lombric à la surface externe des intestins grêles, échappé à travers une perforation intestinale.*

Dans une rixe, le nommé Perpaitre reçoit à Sedan, le 1er septembre 1834, dans le ventre un coup de pied à la suite duquel il fallut le transporter à la maison et le mettre au lit; on nous apprend que depuis lors il avait éprouvé de vives douleurs dans le ventre, qu'il était survenu du gonflement dans cette partie et des vomissements; que ce jour-là on lui avait administré des cordiaux de diverses espèces, parce qu'il se sentait très faible; que le malade avait passé une très mauvaise nuit, en proie à des faiblesses, de l'anxiété et beaucoup d'agitation; que le lendemain, son état empirant à vue d'œil, on s'était décidé à réclamer le secours de M. Bellaire; à l'arrivée de ce médecin, il accusait une vive sensibilité dans l'abdomen, qui était météorisé et sensible au toucher; il n'aperçut nulle part de trace de contusion ni d'ecchymose. Jugeant Perpaitre dans un état désespéré, il s'était borné à prescrire l'emploi de fomentations émollientes sur le ventre et une application de sangsues, qu'on n'eut pas le temps de faire, puisqu'il est mort quelques heures après.

Sur la réquisition du procureur du roi, l'autopsie fut faite en présence des médecins Labauche et Bellaire.

Le cadavre est celui d'un jeune homme de dix-huit ans, bien constitué; la peau de tout le corps présente une teinte rouge-marbré; des phlyctènes apparaissent sur plusieurs points, bien que la mort ne date que de 22 heures. Aucune trace de contusion, de blessure.

Ayant divisé largement les parois de l'abdomen, nous reconnûmes bientôt tous les caractères de la péritonite suraiguë; le feuillet pariétal du péritoine ainsi que le feuillet viscéral sont rouges et fortement injectés; une sérosité rougeâtre, au milieu de laquelle nagent des flocons albumineux s'est épanchée à l'incision des parois de l'abdomen.

A la surface de l'intestin grêle se trouve dans le flanc gauche un ver lombric sorti d'une anse intestinale perforée, et à côté on reconnaît une perforation, bien remarquable par sa forme, son étendue et sa situation, sur la convexité de l'une des circonvolutions de l'intestin grêle. Cette perforation, capable d'admettre le bout du doigt, a livré passage bien évidemment au ver lombric trouvé à la surface de l'intestin et à des liquides qui y sont ordinairement contenus; elle formait le centre d'une large ulcération à peu près circulaire, à bords gonflés et ramollis, sans injection morbide. Le reste de la muqueuse présente deux points circonscrits où cette membrane est évidemment ramollie, et s'enlève facilement avec le dos du scalpel de manière à mettre à nu les fibres musculaires, sans injection morbide.

Très vraisemblablement la péritonite est consécutive à la perforation intestinale; mais il n'est guère probable que le coup porté à Perpaitre dans le flanc gauche eût pu produire la rupture instantanée de l'anse intestinale frappée, si elle n'avait pas antérieurement été le siége d'un travail morbide sourd qui avait considérablement, mais avec lenteur, diminué la force de résistance.

Vraisemblablement aussi à une certaine période de la maladie, autour de cette ulcération, la muqueuse a dû présenter des caractères plus inflammatoires et se traduire à l'extérieur par des troubles digestifs; et nous apprîmes, en effet, de la famille que Perpaitre avait accusé souvent des douleurs dans le ventre, qu'on attribuait aux excès de boisson auxquels il se livrait sans mesure. Dès lors, sous l'influence de cette phlegmasie chronique, la muqueuse et le tissu cellulaire sous-jacent, ramollis, amincis, avaient entièrement disparu, et l'intestin, réduit à sa membrane charnue et séreuse, n'offrait plus qu'une faible résistance aux diverses causes qui tendent à en opérer la solution de continuité. Telle paraît être du moins la cause probable des perforations spontanées qu'on a vues survenir tout à coup chez des individus en apparence bien portants. Il n'est pas déraisonnable d'admettre qu'à celle-ci est venu s'ajouter, comme cause corroborante et accélératrice d'une terminaison fatale, le coup porté à Perpaitre dans la région où la phlegmasie exerçait déjà son action destructive.

Cette explication donne parfaitement raison de l'influence fâcheuse qu'a eue le coup sur la mort de Perpaitre et de la catastrophe qui en a été la suite nécessaire.

Ces accidents pouvant, dans quelques cas, soulever de graves questions de médecine légale, il importerait qu'on fût éclairé sur leur mode de génération, et qu'on pût établir d'une manière positive les caractères qui différencient les perforations dites spontanées de celles produites par l'intoxication.

HOSPICE DE LA CHARITÉ DE LYON.

M. Bouchacourt, chirurgien en chef.

Développement anormal des deux reins chez un fœtus, faisant obstacle à l'accouchement, étudié au point de vue obstétrical et anatomo-pathologique (1),

Par MM. A. Gailleton, interne de la Maternité, et L. Ollier, interne de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Description du fœtus. — Autopsie douze heures après la mort. Examen microscopique. — La longueur du fœtus est égale à celle d'un enfant ordinaire. Né mort, peu de temps avant son expulsion l'enfant avait donné quelques signes d'existence: ainsi, les mouvements perçus par la mère jusqu'au dernier jour, et le témoignage de l'accoucheuse appelée au début du travail.

A l'époque de la naissance, cette coloration de la peau spéciale aux nouveau-nés existait parfaitement; quelques heures après elle s'était changée en une teinte générale verdâtre et violacée: commencement de putréfaction.

La tête paraît volumineuse, dépouillée des parties molles; ses diamètres se rapprochent beaucoup de ceux d'un fœtus ordinaire, quoique un peu agrandis (1 centimètre environ dans le diamètre antéro-postérieur, et 1/2 dans le transversal).

Le thorax, vu extérieurement, ne présente rien de particulier. Mais le ventre se fait remarquer dès l'abord par son volume extraordinaire (50 centimètres de circonférence); il rend un son mat par la percussion sur la presque totalité de son pourtour.

Fracture du fémur gauche, avec arrachement du membre à l'union du cou et de la tête, qui est restée fixée par son ligament à la cavité cotyloïde. Du côté droit, on n'aperçoit que cette dernière cavité, avec déchirement du sourcil cotyloïdien. Les parties molles sont mâchées, contuses par une violence extrême; les artères fémorales, revenues sur elles-mêmes, occupent la partie supérieure du lambeau des parties molles.

L'ouverture de la cavité abdominale n'amène aucun liquide. Le ventre est occupé entièrement par deux tumeurs énormes partant des côtes et arrivant sur la ligne médiane.

Le foie, déjeté de sa position à droite, repose sur la partie supérieure et médiane. Il est plus petit que dans l'état normal, et il paraît étalé comme s'il eût été fortement aplati.

Voici sa mesure:

La plus grande hauteur est de	5	centimètres
—	9	—
—	1/2	—

La rate, très petite, est cachée derrière la tumeur gauche. Les intestins, pour ainsi dire ratatinés, occupent un très petit espace dans l'intervalle des deux tumeurs; le côlon descendant est placé sur celle du côté gauche. Le développement si considérable du ventre est donc dû à une augmentation du volume des reins. Ces organes présentent à l'extérieur l'aspect suivant: lisses, polis, d'une couleur blanchâtre, ils offrent peu de résistance au toucher.

Mesurés avec soin, leur épaisseur est de	7	centimètres
— leur largeur	10	—
— leur hauteur	15	—

Ces dimensions sont les mêmes pour les deux organes. Leur enveloppe extérieure est épaisse, d'une consistance fibreuse assez dense. La section du rein par le bistouri se fait sans difficulté. Les calices sont à peu près du même volume que dans l'état normal. Le bassinet présente également une certaine capacité. On aperçoit distinctement la substance mamelonée. La section du rein laisse apercevoir une surface lisse, polie, diaphane en quelques points; on dirait d'une multitude de petits kystes renfermés dans son intérieur.

On distingue aisément la couche corticale à son aspect extérieur. L'artère rénale paraît volumineuse; aussi, quand nous l'avons comparée à celle d'un autre fœtus, l'avons-nous trouvée plus considérable d'un tiers environ.

L'uretère a été suivi de chaque côté jusqu'au bas-fond de la vessie; il a été facile de s'assurer que son calibre était perméable en y introduisant une tige assez mince et flexible. La vessie, d'une capacité ordinaire, était saine également et ne contenait pas d'urine. Le canal de l'urètre était perméable dans toute sa longueur.

Il n'y avait donc pas arrêt de développement, ni oblitération des canaux de l'urine, ce qui différencie totalement cette observation de celles contenues dans les auteurs. L'on ne pourra donc pas ici, pour expliquer la production du phénomène, invoquer le refoulement de l'urine par l'occlusion des conduits excréteurs.

Nous n'avons trouvé aucune autre altération, soit dans les organes thoraciques, soit dans les centres nerveux.

Le rein n'a pas conservé sa structure normale. Vu extérieurement, il n'offre pas l'aspect d'un organe glandulaire; une membrane fibreuse, ferme et résistante l'enveloppe de toutes parts. Divisé par le scalpel, il présente une teinte rosée dans la plus grande partie de son étendue, et paraît formé d'une substance cellulo-fibreuse renfermant un grand nombre de petites vésicules transparentes. On reconnaît cependant, à la périphérie, une couche jaunâtre, tomenteuse et friable, qui indique une structure glandulaire. La délimitation entre ces deux substances est loin d'être tranchée; la trame cellulo-fibreuse disparaît insensiblement à mesure que l'on s'approche de la surface de l'organe. Mais, vers la scissure, le caractère fibreux est plus marqué, l'aspect en est lamelleux et nacré, la consistance plus grande. En la déchirant avec des pinces, on voit qu'elle intercepte plusieurs petites masses homogènes, de même couleur que la substance corticale, et qui, soit par leur position, soit par la nature de leur tissu, semblent représenter les pyramides de Malpighi. Elles se continuent évidemment avec la couche périphérique; car, au point où la trame aréolaire cellulo-fibreuse est le plus marquée, on reconnaît entre les vésicules des traces de la substance que nous avons soupçonnée de nature glandulaire.

Les petites cavités, comprises dans la trame aréolaire, renferment chacune une vésicule transparente de 1 à 3 millimètres de

(1) Fin. — Voir le numéro précédent.

diamètre. Cette vésicule n'est pas complétement libre dans la loge qui la contient ; en l'énucléant avec soin, on arrive souvent à retirer un pédicule filiforme qui indique les rapports de dépendance qui la lient aux tissus voisins. Le microscope seul pouvait déterminer d'une manière rigoureuse la nature de ces divers éléments ; malheureusement, à cause des sections diverses faites pour connaître l'intérieur du rein, nous n'avons pu l'injecter : nous espérons cependant arriver à des conclusions qui établissent nettement la nature de cette altération.

Or, voici ce que l'emploi de l'instrument grossissant nous a permis de reconnaître :

La couche corticale ne présente au microscope que des tubes urinifères ayant des caractères bien tranchés ; ils sont cependant plus granuleux qu'à l'état normal, plus irréguliers et bosselés en divers sens.

En les comparant aux tubes corticaux d'un rein non altéré, ils paraissent d'un diamètre peut-être un peu moindre. Ils renferment un épithélium sphérique à cellules régulières, mais granuleuses, très bien limitées en certains points ; elles ne se présentent pas en couche continue, et dans quelques-unes on en voit sortir quelques gouttelettes huileuses.

Les masses homogènes, disposées près du hile, que nous avons soupçonnées représenter les pyramides de Malpighi, présentent, comme la couche corticale, une structure tubuleuse ; mais ici les tubes sont plus volumineux, la membrane propre est plus épaisse, le contenu plus granuleux. Cette dernière circonstance ne permet pas d'en distinguer nettement les divers éléments à travers le tube qui les renferme ; mais en dilacérant un fragment de la substance, on détruit l'enveloppe tubuleuse, et l'on reconnaît des cellules d'épithélium sphériques, des noyaux privés de cellules, des amas de granulations sans forme déterminée, et enfin quelques débris de cristaux. Quant à la substance intermédiaire, substance cellulo-fibreuse, sa structure est moins simple et ses éléments sont multiples.

L'élément fibro-celluleux qui en constitue la charpente est d'un aspect nacré ; il délimite les cavités occupées par les kystes, et offre quelque ressemblance avec les cloisons qui séparent entre elles les vésicules ovariennes. Sa composition n'offre rien de particulier ; elle contient des fibres de tissu cellulaire et quelques fibrilles du genre jaune élastique. Ces éléments sont reliés entre eux par une matière amorphe légèrement granuleuse.

Dans les intervalles de ce tissu cellulo-fibreux se trouve une substance qui nous a paru de même nature que les autres éléments glandulaires ; le microscope y découvre, en effet, des tubes urinifères semblables à ceux de la substance corticale.

Reste l'élément vésiculaire, celui qui s'écarte le plus de la structure normale, et dont l'interprétation paraît le point capital de la question.

Nous avons déjà dit qu'en enlevant ces vésicules de la loge qui les contient, elles entraînent après elles un petit pédicule filiforme qui leur adhère intimement. A l'œil nu, il est blanchâtre, sans caractères déterminés ; mais, à un faible grossissement, on le voit composé de deux ou trois vaisseaux. Leur nature a pu être reconnue, à défaut d'injection, à leur aspect ramifié, à leur contenu rougeâtre en certains points, et, enfin, à leur ressemblance avec les capillaires du troisième ordre. (Robin.)

La couche des fibrilles du tissu cellulaire qui les entoure les différencie suffisamment des tubes urinifères. Maintenant, si l'on soumet à divers grossissements le kyste tout entier, on reconnaît une vésicule fermée de toutes parts, offrant une enveloppe propre.

Cette vésicule se distingue facilement des ramifications vasculaires qui la parcourent à son aspect amorphe ou plutôt légèrement fibroïde. Son contenu, vu à travers l'enveloppe, est obscur, granuleux, sans caractères distincts ; mais, si on la déchire, il s'écoule un liquide assez épais, renfermant quelques noyaux d'épithélium et une grande quantité de granules moléculaires.

Quant aux ramifications qui se dessinent sur le kyste, on ne peut les suivre au delà du pédicule ; elles deviennent bientôt imperceptibles, et, dans le point où elles sont le plus marquées, il devient impossible de décider si elles sont situées dans l'intérieur de la cavité ou si elles font partie de l'enveloppe elle-même. Les vésicules qui avaient de trop grandes dimensions pour être examinées dans leur ensemble sous le champ du microscope ne nous ont présenté rien de particulier. Leur contenu était seulement plus fluide, et les granules moléculaires agitées du mouvement brownien.

En résumant ces détails, nous trouvons comme éléments principaux des tubes urinifères et des vésicules closes.

La disposition de la substance tubuleuse varie selon les diverses parties de la tumeur ; étalée en couches à la périphérie, elle se réunit en petites masses homogènes près du hile, et se trouve disséminée dans la trame cellulo-fibreuse intermédiaire.

Dans cette dernière seule, nous trouvons des vésicules closes présentant des rapports de continuité avec le système vasculaire de l'organe et complétement indépendantes des tubes urinifères.

D'une autre part, rappelons-nous la structure normale du rein. Dans les pyramides de Malpighi, élément central, médullaire, nous trouvons des tubes urinifères accolés les uns aux autres, subissant des divisions dichotomiques et se prolongeant dans la substance corticale. Celle-ci, malgré son changement de couleur et de consistance, présente pour élément principal les mêmes tubes urinifères, seulement avec des dimensions un peu moindres et une intrication différente. Elle contient aussi les glomérules de Malpighi, élément indéterminé dans sa nature, mais qui offre des rapports évidents avec le système sanguin. Ces corpuscules ne sont pas disposés également dans toute la substance ; d'après Huschke, la couche la plus superficielle ne contiendrait que des tubes urinifères. Nous pouvons donc à présent, malgré les dissemblances qui nous avaient frappé au premier abord, reconnaître une grande analogie entre la structure pathologique et la disposition des éléments normaux.

La distribution spéciale des tubes urinifères se retrouve à travers cette contusion apparente et dans aucun point l'altération n'est assez avancée pour faire méconnaître leur nature. Pour l'élément hydatiforme, ses liens avec l'appareil vasculaires, sa disposition au milieu de la substance corticale le rattachent aux glomérules de Malpighi.

Quant à la présence du tissu cellulo-fibreux, nous ne voyons là qu'un fait confirmatif de cette loi de physiologie pathologique d'après laquelle dans toute production morbide il y a tendance à la formation d'éléments de tissu cellulaire.

Les raisons sur lesquelles nous avons basé l'interprétation de ces kystes hydatiformes n'ont été qu'énoncées. Nous allons maintenant nous efforcer de légitimer les conclusions que nous avons déjà fait pressentir. Deux hypothèses principales se présentent à l'esprit pour expliquer la nature de ses vésicules :

1° Elles sont dues à une production hydatique ;

2° Elles sont le résultat de la dilatation des tubes urinifères à la suite d'un obstacle entravant les produits sécrétés.

Mais les hydatides sont libres dans la poche qui les contient ; nous savons bien qu'à une certaine époque de leur formation, dans les cas où l'on a pu observer un développement par gemmation intérieur, on les voit se continuer avec la surface interne de la paroi qui leur a donné naissance : mais, outre que cette explication n'est pas universellement adoptée, nous ne croyons pas que l'on ait jamais observé un pédicule vasculaire, et surtout exclusivement vasculaire.

Cette première hypothèse écartée, la seconde est encore moins admissible.

La vésicule est close de toutes parts ; elle ne se continue donc pas avec les tubes urinifères. D'ailleurs, nous ne trouvons pas les conditions qu'on a notées comme essentielles dans les cas où cette altération a pu être observée ; le passage de l'urine était libre ; dans aucun point de l'appareil excréteur on n'a pu rencontrer d'obstacle à son écoulement. (On se rappelle la perméabilité des uretères, de l'urètre, le grand volume de l'artère rénale.)

Quant à l'hypothèse d'un développement analogue à celui des kystes formés de toutes pièces dans le tissu cellulaire, nous ne croyons pas devoir nous y arrêter.

Si ces vésicules ne sont pas des hydatides, si elles ne sont pas le résultat de la dilatation des tubes urinifères, à quel élément anatomique doivent-elles se rattacher ? Nous avons déjà rappelé que la substance corticale n'était pas uniquement composée de tubes urinifères ; qu'à part la couche la plus superficielle qui lui donne cet aspect tomenteux qui lui est particulier, elle renferme un grand nombre de petites granulations rougeâtres, découvertes par Malpighi, et présentant des rapports importants avec le système vasculaire de la glande. Elles furent considérées d'abord comme l'organe important de la sécrétion urinaire. Ruysch reconnut bientôt l'erreur de Malpiphi ; il les considéra comme des touffes de vaisseaux, et son opinion, quoique n'étant pas l'expression exacte de la vérité, eut le mérite de détruire une erreur.

Dans ces derniers temps, les anatomistes allemands se sont beaucoup occupés de ce point de structure. Les opinions sont divergentes, mais se rattachent plutôt aux idées de Ruysch qu'à celles de Malpighi.

Quelques-uns cependant, et Bowman à leur tête, ont décrit les glomérules comme des dépendances des tubes urinifères ; mais les détails minutieux dans lesquels ce dernier anatomiste est entré, et qu'il a invoqués en faveur de son opinion, n'ont pu être vérifiés par personne. Cayla avait admis, d'après ses recherches sur le cheval et le cochon, que le glomérule se compose d'un globule solide, autour duquel les vaisseaux sanguins se ramifient. Huschks n'a pu apercevoir ce noyau, mais il admettait volontiers une enveloppe autour de la touffe vasculaire. Ces anatomistes reconnaissent donc autour du glomérule autre chose que des vaisseaux ; leur explication a été le point de départ de l'opinion suivante.

Plusieurs micrographes actuels, tout en regardant comme surabondamment démontrée la non-continuité des tubes et des glomérules, reconnaissent à ce dernier élément une nature glandulaire. D'après eux, le rein contiendrait deux des formes élémentaires des tissus sécréteurs, le tube et la vésicule close. Ce serait une glande intermédiaire qui tiendrait à la fois de deux formes bien tranchées ; les tubes urinifères le rapprocheraient du testicule en même temps que les vésicules closes le rendraient voisin des glandes vasculaires sanguines, thyroïde, rate, etc. (Société de biologie, décembre 1852.)

Cette opinion est basée sur les résultats fournis par l'anatomie comparée, et, dans le cas qui nous occupe, l'anatomie pathologique vient, ce nous semble, lui prêter un nouvel appui.

La maladie aurait ici isolé des éléments anatomiques plus ou moins confondus à l'état normal ; en attaquant les uns et respectant les autres, elle aurait démontré leur indépendance réciproque. L'altération qui nous occupe ne serait donc que l'hypertrophie de l'élément glandulaire des glomérules de Malpighi. Il n'y aurait pas formation d'un produit nouveau, mais exagération d'un élément normal.

Ainsi, en résumé, altération des glomérules, consistant dans le développement de petits kystes manifestement liés avec le système vasculaire du rein et indépendant des tubes urinifères. Nous pouvons donc justifier la dénomination suivante : développement hydatiforme des glomérules de Malpighi. L'expression d'hypertrophie vésiculaire serait peut-être plus appropriée, mais elle aurait l'inconvénient de préjuger un point d'anatomie encore litigieux.

(*Gaz. méd. de Lyon.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 31 août 1853. — Présidence de M. DENONVILLIERS.

Après la lecture et l'adoption du procès-verbal, M. le président annonce que M. Credé, directeur de la clinique d'accouchements de Berlin, membre correspondant de la Société, est présent à la séance.

Correspondance.

La Société reçoit :

1° Une lettre de M. Auguste Mercier, sur le traitement des accidents produits par le chloroforme. (Renvoi à M. Robert.)

2° Une lettre de M. Deguise fils, qui demande un congé pour son père, actuellement malade (M. Huguier est chargé de visiter M. Deguise père au nom de la Société.)

3° Une lettre de M. Gilbert d'Hercourt (de Lyon), qui demande le titre de membre correspondant, en adressant un mémoire sur les pessaires. (Commissaires : MM. Boinet, Debout, Follin.)

4° Les 28e et 29e livraisons du *Cours de physiologie* de M. Bérard. (Remercîments.)

5° Divers journaux de médecine.

Suite de la discussion sur le rapport de M. Robert.

M. LARREY prend la parole en ces termes : Comme membre de la commission dont notre honorable collègue M. Robert a été l'interprète dans son savant rapport, j'ai cru convenable de ne prendre la parole qu'à la fin de cette discussion, non point pour refaire un discours théorique sur l'anesthésie en général, mais pour exposer quelques vues pratiques sur l'objet spécial du rapport. J'apprécie trop la valeur de ce travail pour lui adresser une critique, mais je n'en ai point accepté la solidarité sans faire quelques réserves.

Je bornerai mon argumentation à l'examen sommaire des circonstances qui peuvent occasionner la mort, soit sous l'influence directe, soit sous l'influence indirecte du chloroforme, et je tâcherai de démontrer que d'autres causes, par leur action simultanée ou indépendante, sont susceptibles de déterminer de funestes résultats, trop facilement ou trop exclusivement attribués à l'agent anesthésique.

C'est dans un sens plus étendu et avec plus d'autorité que l'un de mes anciens collègues et amis, M. Sédillot, a soutenu l'innocuité du chloroforme pur et bien employé. Je ne serai pas aussi explicite que lui ; mais je m'appuie d'avance sur son opinion, partagée d'ailleurs par beaucoup de chirurgiens, et justifiée chaque jour par l'expérience clinique.

Si les bienfaits merveilleux de l'anesthésie ont fait déplorer quelques malheurs, si ses innombrables succès comptent quelques revers, si cette grande puissance du bien, comme l'a dit M. Simpson, devient une puissance de mal, il faut reconnaître tout d'abord que la part du bien est incontestable, tandis que la part du mal semble exagérée. Que la mort, en effet, survienne par l'un des trois genres que M. Bouisson a nettement formulés : 1° par la sidération nerveuse ; 2° par l'asphyxie ; 3° par la syncope, ou, suivant le langage de Bichat, par le cerveau, par les poumons ou par le cœur, cela on ne saurait le nier ; mais pour un plus petit nombre de faits que celui dont on a dressé l'inventaire, sans tenir compte de diverses circonstances dignes d'examen pour chaque fait particulier. Et d'ailleurs, comme l'a dit l'un des premiers M. Chambert dans son savant ouvrage sur les éthers : « Quel est le » médicament dont on n'ait eu plus souvent à déplorer les funestes ef- » fets ? » Les cas de mort les mieux avérés se réduisent donc à des cas rares, exceptionnels, parmi des milliers de faits heureux, et ne justifieraient pas plus la condamnation du chloroforme, que ne serait justifiée la suppression de substances délétères dans la thérapeutique, parce que quelques empoisonnements en auraient été la conséquence. Il y a plus, c'est que d'après certaines données nouvelles, l'anesthésie semble diminuer les chances de mortalité dans les opérations.

Si la mort n'arrive point par une inhalation lente, graduelle, interrompue, mais plutôt par une aspiration rapide, instantanée ou continue, est-ce absolument au chloroforme qu'il faut toujours l'attribuer ? Je ne le crois pas. Supposons, en effet, que le même chloroforme, la même dose, le même mode d'administration, le même appareil, les mêmes soins, les mêmes précautions, en un mot, donnent pour résultat l'anesthésie régulière chez un grand nombre d'individus, et déterminent chez un seul l'anesthésie toxique, ne peut-on pas admettre que ce n'est ni la faute du chloroforme, ni la faute de celui qui l'emploie ? C'est qu'il y a des influences individuelles appelées, si l'on veut, idiosyncrasies, mais des idiosyncrasies réfractaires à ce que l'on a appelé aussi la tolérance anesthésique, et dont les sujets peuvent être tout à coup frappés de mort. Et ces influences individuelles peuvent être singulièrement développées par certaines conditions morbides, telles que l'état de chlorose ou d'anémie, par de grandes blessures, par des lésions profondes des organes de l'innervation, de la circulation ou de la respiration, par toutes les causes, en un mot, qui tendent à affaiblir la force vitale. Cette opinion, émise déjà par d'autres, et notamment par notre savant collègue M. Malgaigne, dans son rapport à l'Académie de médecine, a été reproduite incidemment dans notre discussion. Elle constitue un fait trop réel, et dont les conséquences sont trop graves, pour que les chirurgiens ne lui accordent pas la plus sérieuse attention lorsqu'ils se proposent de soumettre à l'anesthésie des malades dont la vie est en danger par le fait de ces conditions morbides. On a même remarqué que presque tous les opérés dont la mort a été attribuée au chloroforme se trouvaient dans un état, soit de chloro-anémie ou d'affaiblissement extrême, soit de cachexie scrofuleuse ou autre, ou bien dans des conditions morales pour ainsi dire funestes, d'excitation vive, d'anxiété extrême ou de terreur profonde. De là le péril, surtout de la syncope.

L'épuisement nerveux dans une blessure compliquée, dans une opération grave, a pu faire succomber le malade avant même que l'anesthésie ait été réelle ou complète ; et cependant c'est l'anesthésie que l'on a accusée de ce funeste résultat, comme le démontre entre autres le premier fait rapporté par la *Gazette médicale de Londres* (observation d'Albin Burfitt, amputé de la cuisse gauche par M. Newmann, pour une fracture compliquée).

Que dans un cas analogue d'épuisement nerveux une opération soit faite, même sans l'intervention du chloroforme, la mort peut avoir lieu. M. Simpson raconte que, n'ayant pu se rendre assez tôt à l'appel d'un confrère auprès d'un malade à éthériser pour une opération de hernie, il arriva pour assister à ses derniers moments, avant la fin de l'opération et sans que l'anesthésie eût été essayée.

C'est ainsi que la syncope peut devenir mortelle sans que le chloroforme ait été mis en usage, sans que l'opération ait été même commencée. Tous les chirurgiens sont à même de citer des observations à l'appui de ce fait. Il a servi d'argument à M. A. Thierry pour dire avec raison qu'il ne fallait pas attribuer à l'action du chloroforme tous les cas de mort subite survenus pendant les opérations. Et ce n'est pas seulement pour les opérations graves, longues ou douloureuses qu'il peut en être ainsi, c'est quelquefois pour les opérations les plus légères et les plus promptes. J'ai vu cette année même au Val-de-Grâce, deux malades qui ont failli succomber à la syncope pour les opérations les plus simples, l'une de phimosis, l'autre d'hydrocèle, sans l'emploi du chloroforme.

L'influence du moral mérite une sérieuse attention chez certains sujets craintifs, pusillanimes, dominés par la pensée ou par l'effroi de la douleur ; ceux-là peuvent succomber dès les premières inhalations de chloroforme, non pas à ce que l'on a appelé la sidération toxique, mais à une sorte de sidération morale. Cela est si vrai, que l'application de l'anesthésie n'est point nécessaire à cet effet. Les exemples à citer seraient nombreux. L'un des plus frappants parmi tous, cité autrefois par Dubois père et appartenant à Desault, est celui d'un capucin venu de la province à Paris pour se faire opérer de la pierre. Il entre à l'hôpital ; le jour de l'opération est fixé, le chirurgien se dispose à la pratiquer ; il introduit le cathéter dans la vessie, et, voulant se guider d'après une empreinte légère faite à l'aide du doigt, il trace avec l'ongle l'incision qu'il va faire ; le malade, aussitôt saisi de terreur, croit que l'incision réelle est commencée, il est atteint de mouvements convulsifs, et, reporté sur son lit, il meurt deux heures après.

Le chloroforme, s'il était employé dans de telles conditions morales, n'en préviendrait pas toujours les funestes conséquences, et en assumerait bien à tort la responsabilité. C'est pourquoi il serait rationnel d'en refuser l'administration aux malades trop pusillanimes, lors même qu'ils le réclament, s'il s'agit seulement d'opérations simples, promptes et peu douloureuses. Voilà du moins comment j'ai l'habitude d'agir en pareil cas.

Et ce n'est pas uniquement la crainte de la douleur, c'est quelquefois aussi la crainte du chloroforme qui peut troubler le moral des malades, depuis surtout que l'on a tant exagéré les dangers ou mal interprété les effets de cet agent anesthésique, par l'abus d'une publicité hâtive et regrettable. En effet, les sujets, effrayés du remède autant et quelquefois plus que du mal, ne se soumettent qu'avec répugnance à la chloroformisation, et pour peu qu'ils en ressentent péniblement les premières impressions, ils sont atteints d'accidents nerveux ou d'une syncope dont la mort peut être la conséquence. C'est là ce qui me paraît expliquer dans certains cas les résultats funestes trop exclusivement attribués à l'anesthésie. Il me suffirait de rappeler pour exemple l'observation de la malheureuse Hannah Greener (opérée par Medgison d'un onyxis), et qui avait manifesté une crainte profonde du chloroforme. N'y a-t-il pas lieu, dans de telles dispositions morales, de s'abstenir de l'anesthésie, ou de n'y recourir qu'après avoir démontré aux malades qu'ils ont tort de s'en effrayer. La cause du chloroforme y gagnerait beaucoup, j'en suis sûr, comme elle a déjà tant gagné par les règles d'une sage application, par la prévision attentive des accidents, et par les succès innombrables de la pratique.

Mais je n'ajouterai rien à ces considérations; les principes à suivre dans l'emploi du chloroforme ont été trop bien tracés déjà ou rappelés par les chirurgiens investis d'une juste autorité pour qu'il y ait utilité de ma part à y revenir. L'examen attentif des indications et des contre-indications, une réserve utile dans les cas douteux, une abstention préférable dans les opérations légères ou peu douloureuses, une confiance entière lorsqu'il s'agit d'explorations difficiles, surtout chez les enfants, et plus encore d'opérations généralement graves ou laborieuses; le choix des moyens d'anesthésie les plus simples et les mieux éprouvés, le dosage du chloroforme, l'importance des inhalations graduelles, intermittentes, réglées par l'état du pouls et par l'acte respiratoire, mais poussées jusqu'à la période de la résolution musculaire, sans en dépasser les limites; la promptitude des secours, le choix des moyens dirigés surtout vers les organes respiratoires en cas d'accidents, tels que l'insufflation pulmonaire, les pressions méthodiques des parois de la poitrine, etc., et enfin cette préparation morale des malades à la tolérance physique d'un agent qui doit toujours être pour eux salutaire et non funeste, tel est en aperçu l'ensemble des garanties les plus propres à sauvegarder la responsabilité chirurgicale et à absoudre le chloroforme des imputations dirigées contre lui, en assurant à l'anesthésie la valeur suprême de l'une des plus belles conquêtes de l'art.

— Après ce discours la parole est donnée à M. Debout.

Dans la discussion qui se poursuit au sein de la Société, dit M. Debout, on s'est beaucoup préoccupé de démontrer, et cela avec juste raison, que tous les bénéfices de la découverte nouvelle étaient seulement pour les malades; aussi M. Debout s'étonne qu'il ne soit pas venu à l'esprit de M. Robert de mettre en relief l'influence des agents anesthésiques sur la mortalité à la suite des opérations. S'il demeurait prouvé que l'introduction de ces agents dans la médecine opératoire a abaissé la mortalité d'une manière remarquable, ce résultat ne viendrait-il pas compenser les quelques dangers auxquels la pratique des inhalations expose les malades? M. Debout rappelle les éléments de la question que l'on trouve consignés dans les archives de la science.

Une statistique de M. Burguière constate que pour les amputations, par exemple, la mortalité, depuis l'introduction des inhalations dans la pratique des hôpitaux de Paris, était de 2 sur 5, tandis que pour les années antérieures elle était de 3 sur 5.

M. le professeur Roux a établi aussi, par un relevé du même genre, que la mortalité, qui à l'Hôtel-Dieu était du tiers à la suite des grandes opérations, n'a plus été que du quart après l'emploi du chloroforme.

M. le professeur Buisson, dans un travail analogue, inséré dans son *Traité de la méthode anesthésique*, montre l'influence heureuse de la soustraction de la douleur.

Mais aucun travail statistique ne témoigne davantage de l'immense progrès qu'a fait la chirurgie depuis la découverte américaine que celui publié par M. le professeur Simpson (d'Edimbourg).

Pour démontrer ce fait, M. Simpson s'y est pris d'une manière très simple: il a prié trente des chirurgiens les plus renommés de l'Angleterre de lui faire connaître, d'une part, les résultats de leur pratique chirurgicale relativement aux opérations pendant les dernières années qui ont précédé la découverte de l'éthérisation, d'autre part, les résultats des opérations qu'ils auraient pratiquées depuis l'introduction des inhalations anesthésiques.

Voici les résultats auxquels il est arrivé:

Les amputations considérées d'une manière générale, avant la découverte américaine, ont fourni en ces dernières années une mortalité considérable de 1 sur 3,37, ou de 29 pour 100.

L'amputation de la cuisse a donné:

Primitive....	1 sur 1,62, ou 61 p. 100	1 sur 2,65, ou 37 p. 100.
Secondaire..	1 sur 3,40, ou 17 p. 100	

L'amputation de la jambe:

Primitive....	1 sur 3,08, ou 32 p. 100	1 sur 3,39, ou 22 p. 100.
Secondaire..	1 sur 5,87, ou 17 p. 100	

L'amputation du bras:

Primitive....	1 sur 4,53, ou 22 p. 100	1 sur 4,77, ou 22 p. 100.
Secondaire..	1 sur 4,20, ou 23 p. 100	

L'introduction des agents anesthésiques a modifié ces résultats: en effet, sur 312 amputations qui ont été rassemblées par M. Simpson, on ne compte plus que 71 morts (1 sur 4,53, ou 22 p. 100); et chaque ampution a donné:

Amputations de la cuisse:

Primitive....	1 sur 2, ou 50 p. 100	1 sur 3,92, ou 25 p. 100.
Secondaire..	1 sur 4,84, ou 30 p. 100	

Amputations de jambes:

Primitive....	1 sur 3,55, ou 28 p. 100	1 sur 5,13, ou 19 p, 100.
Secondaire..	1 sur 6,23, ou 16 p. 100	

Amputations du bras:

Primitive....	1 sur 4,25, ou 23 p. 100	1 sur 3,66, ou 27 p. 100.
Secondaire..	1 sur 3,37, ou 29 p. 100	

Ainsi, l'introduction des anesthésiques dans la médecine opératoire n'a pas changé les conditions principales des opérations, en ce sens que les amputations de cuisse restent toujours plus graves que celles du bras, que les amputations primitives sont toujours plus dangereuses que les amputations secondaires. Mais il est deux résultats généraux dont il est important de prendre bonne note: c'est, d'une part, que le chiffre de la mortalité a été abaissé notablement pour toutes les amputations en général et pour chacune de ces amputations en particulier; c'est, d'autre part, que la différence qui existait avant la découverte de l'éthérisation entre les amputations primitives et les amputations secondaires a été considérablement réduite par l'emploi des inhalations anesthésiques.

Certes voilà des résultats des plus remarquables et des plus importants pour la thérapeutique chirurgicale, et ces résultats acquièrent plus d'importance quand on les rapproche de ceux que donnaient, il y a quelques années encore, les amputations prises en particulier, surtout celles des cuisses. Dans les hôpitaux de Paris, on perdait 62 pour 100 amputés de cuisse; dans les hôpitaux d'Edimbourg, 42 pour 100; dans l'hôpital de Glascow, 36 pour 100. Grâce à l'éthérisation, on n'en perd plus que 25 pour 100. C'est donc au plus bas 11 malades sur 100 que l'on sauve grâce à la nouvelle découverte, résultat qui ne peut laisser aucun doute sur ce point que les agents anesthésiques, en même temps qu'ils soustraient les malades à la douleur, diminuent pour eux les chances de maladies et de mort dans une proportion considérable.

— A la suite de cette communication, une discussion s'engage sur l'opportunité des études statistiques à entreprendre sur cette question et sur les difficultés que l'on éprouverait pour réunir des matériaux suffisants.

Après cette discussion, à laquelle ont pris part MM. Michon, Verneuil, Forget et Larrey, M. Denonvilliers prononce un discours que nous publierons dans un prochain numéro.

La liste des orateurs inscrits étant épuisée, M. Robert demande à ne pas répondre immédiatement. Il faut, dit M. Robert, que cette discussion soit utile à la pratique surtout. Je veux dans le nouveau travail que je dois vous communiquer non-seulement examiner toutes les objections qui ont été faites dans le sein de la Société, mais encore m'occuper de tous les autres travaux qui à propos de cette discussion ont été publiés dans les divers recueils scientifiques ou lus devant les académies. Comme vous le voyez, le travail sera long et demandera du temps. La discussion, d'abord restreinte à un seul fait, s'est étendue: il faut maintenant que je m'occupe de tout ce qui est relatif à l'emploi des anesthésiques. Pour donner à mon travail toute l'étendue convenable et ne pas le laisser incomplet, j'ai voulu avoir entre les mains l'instrument dont se sert M. Snow. Je l'ai reçu seulement ce matin, et je veux immédiatement le mettre en expérience. J'espère dans une quinzaine de jours être à même de vous communiquer le résultat définitif de mes recherches et de mes appréciations.

Anatomie pathologique.

A la fin de la séance, M. Richet présente une tumeur ayant l'aspect d'un caillot décoloré à sa surface, qui a été chassé de l'utérus trois mois après un avortement.

L'heure avancée fait renvoyer à la séance prochaine la discussion que pourra soulever l'examen de cette pièce.

Le secrétaire de la Société, E. Laborie.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 4 août 1853.—Présidence de M. Terrier, vice-président.

Inflammation vive des yeux causée par la chaux projetée dans ces organes.

M. Duperthuis communique le fait suivant:

Il y a deux jours, dit-il, un jeune garçon de cinq ans reçoit dans les yeux une poignée de chaux éteinte; aussitôt des douleurs vives se déclarent; il pousse des cris et ferme convulsivement les paupières. Arrivé auprès de lui, j'entr'ouvre celles-ci avec peine, et je trouve les yeux pleins de chaux délayée. Sur-le-champ j'essaye de la retirer au moyen d'une barbe de plume; mais, voyant que je n'y réussis que très difficilement et que les accidents marchent, l'idée en quelque sorte instinctive me vient de me servir de ma langue. J'ai donc balayé du bout de cet organe mobile les parties envahies par le caustique, que j'ai enlevé par paquets sans être rebuté ni par la répugnance que m'inspirait une telle opération, ni par la brûlure que j'éprouvais moi-même. Les deux yeux sont très enflammés, avec tuméfaction considérable des paupières, mais j'ai l'espoir que le gauche ne sera pas perdu.

Ce n'est pas le seul fait d'un accident pareil qui soit à ma connaissance. Il y a quelques années, on m'amena un jeune homme de seize ans qui avait les deux yeux complétement perdus au moment où je le vis pour la première fois. On me raconta que ce jeune homme avait reçu dans les yeux de la poudre de chaux et qu'à la suite de cet accident il s'était développé une très vive inflammation, dont aucun moyen n'avait pu venir à bout.

M. Coursserant. J'ai été témoin d'un accident semblable, et à cette occasion je dirai que le médecin peut être enclin à porter un pronostic beaucoup moins défavorable qu'il ne l'est en réalité. J'avais rassuré les parents, parce que je ne croyais pas les désordres si graves; mais j'ai vu que la chaux cautérise la cornée d'une manière profonde et sans donner lieu à des phénomènes qui fassent prévoir au moment même ou peu de temps après l'accident un résultat funeste.

M. Duperthuis demande quels seraient les moyens les plus convenables pour neutraliser l'action de la chaux.

M. Coursserant. On a eu recours tout naturellement à l'huile; mais l'huile forme avec la chaux un savon qui est lui-même très irritant. En tout cas, il faudrait que le neutralisant, quel qu'il fût, fût employé dès les premiers instants du contact de la chaux, car, je le répète, les effets de ce caustique sont excessivement prompts.

Paralysie des paupières. — Destruction de la cornée et de l'iris.

M. Coursserant. Mme M..., âgée de soixante-seize ans, d'un tempérament éminemment nerveux, fut prise d'accidents cérébraux sur le caractère desquels les renseignements me manquent, mais que le médecin ordinaire de la malade rapporte à une hémorrhagie cérébrale. Ces accidents furent immédiatement suivis d'une paralysie complète du muscle orbiculaire et de tous les muscles de la face qui reçoivent le mouvement des différents filets du nerf facial. Bientôt l'œil devint le siége de douleurs atroces, que rien ne put modérer, et, lorsque je fus appelé auprès de la malade, il me fut facile de constater, avec l'assistance de l'honorable confrère qui depuis cinq semaines environ donnait des soins à la malade, les phénomènes suivants:

La conjonctivite oculaire et palpébrale est infiltrée, épaissie, offrant une rougeur uniforme assez semblable à celle qu'on remarque dans le phlegmon oculaire. A la place de la cornée, on remarque un corps noirâtre, inégal, bosselé à sa surface et qui n'est autre chose que l'iris, dont le tissu offre un bourgeonnement considérable dans tous les sens. La vision est nulle. Le globe oculaire est sensiblement augmenté de volume; il est dur au toucher et très douloureux à une pression même légère. Comme il ne restait aucun espoir de conserver la fonction visuelle à l'organe malade, et qu'on devait se hâter au contraire de provoquer l'atrophie et la fonte purulente du globe, afin de soustraire la malade aux douleurs vives et continues auxquelles elle était en proie, des cataplasmes furent appliqués pendant six jours et modérèrent un peu la vivacité de la douleur; quelques frictions laudanisées furent faites sur le front et les tempes.

Au bout de ce temps, deux attouchements avec la pierre infernale ayant été pratiqués dans le but de réprimer le bourgeonnement de l'iris, cette membrane disparut presque totalement dans les deux eschares déterminées par la cautérisation, et il nous fut donné alors d'assister à un phénomène qui s'explique tout naturellement, mais qui néanmoins mérite d'être mentionné à cause de sa rareté. Derrière les eschares iridiennes apparaissait le corps vitré, et au milieu, dans la fossette médiane hyaloïdienne, le cristallin, transparent encore, enveloppé de sa capsule également transparente. La vision était rétablie, et la malade, qui depuis six semaines environ n'avait pu voir de cet œil, était tout étonnée de voir d'une manière nette et assez précise les différents corps qu'on faisait passer devant l'organe malade.

Je communiquerai la fin de cette observation à la Société dans sa prochaine séance.

Pourquoi la cécité survient-elle à la suite des opérations de cataracte les mieux réussies?

M. Duperthuis. A propos de l'extraction du cristallin, je demanderai à nos confrères qui s'occupent d'ophthalmologie pourquoi, après une opération de cataracte, alors qu'il n'y a pas eu d'accidents et que le malade est réputé guéri, la vue se perd souvent après un temps plus ou moins long.

M. Magne. Dans ces cas, il y avait commencement d'amaurose qui n'a fait qu'augmenter, ou il est survenu quelque affection soit de la rétine, soit des autres parties de l'œil.

M. Coursserant. On peut trouver l'explication de ce fait; il faut distinguer d'abord: je ne crois pas que, faite par extraction, l'opération soit suivie de perte de la vue aussi souvent que dans le cas contraire. En effet, après l'abaissement, il survient fréquemment de l'inflammation; l'iritis est plus facile à se produire, le cristallin agit comme corps étranger, et une ophthalmie rebelle finit par amener des troubles profonds. J'ai, d'ailleurs, à citer sur ce sujet l'opinion de M. Sichel: Les inflammations chroniques de l'œil, m'a-t-il dit (et je cite ses propres paroles), sont déterminées, après l'abaissement, *le plus souvent* par suite de la présence du cristallin agissant comme corps étranger; après l'extraction, elles sont bien plus rares, à moins d'altération de l'organe visuel.

— La Société se sépare après avoir entendu M. Masson, qui lui a donné de tristes nouvelles sur l'état de santé de M. Serrurier. Cet excellent confrère, a-t-il dit, a été, comme vous le savez, frappé d'hémorrhagie cérébrale avec hémiplégie. Il s'était passablement rétabli, assez du moins pour pouvoir marcher. Son intelligence avait reçu une atteinte marquée; il était devenu impatient, irascible. Ayant voulu sortir de chez lui malgré nos recommandations, il est tombé sur le grand trochanter gauche et s'est fracturé le col du fémur. Le plan incliné ne pouvait être utile, ni possible chez un malade aussi peu docile, et nous nous sommes décidé, aidé des conseils de M. Velpeau, à employer l'appareil suspensif de Mayor.

M. Serrurier s'intéresse toujours à notre Société, dont il a rempli si dignement pendant de longues années les fonctions de secrétaire général, et son souvenir l'occupe sans cesse.

Le secrétaire annuel, Dr A. Bossu.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

M. Albert Mancel, étudiant en médecine, élève des hôpitaux, vient de succomber à une maladie semblable à celle qui emportait dernièrement le fils de M. le docteur Blache. Atteint dans les premiers jours d'août d'une angine gangréneuse, il est mort avant-hier après plus d'un mois de douleurs. M. Albert Mancel était dans sa vingt-quatrième année; il donnait les plus belles espérances. Fils de M. le docteur Mancel, il était par sa mère petit-fils de M. Antoine Royer-Collard et neveu de M. Hippolyte Royer-Collard, tous deux morts professeurs à la Faculté de médecine.

Ses obsèques, qui ont eu lieu aujourd'hui 12, à onze heures, à l'église Saint-André (cité d'Antin), avaient attiré un grand nombre de médecins et d'élèves.

— Le *Morning Herald*, journal de Londres, contient ce qui suit: « On a signalé ces jours derniers de vingt à trente cas de choléra à Newcastle, et tous ont eu pour conséquence la mort des malades. Il paraît que le choléra s'est manifesté dans un petit village appelé Billquay, sur la rive sud de la Tyne, vers Shields. Il a d'abord atteint une femme, qu'on a aussitôt transportée à Newcastle, et qui est morte le lendemain. Cinq autres cas de choléra ont été signalés à Billquay.

— Si le choléra diminue rapidement d'intensité à Copenhague, en Pologne, au contraire l'épidémie fait de tristes progrès dans les provinces, et principalement dans Augustown, dans la Podolie et dans la Volhynie, jusque dans la contrée de Kiew.

— Copenhague, 5 septembre: « Avant-hier, on n'a annoncé que 5 malades et 3 décès du choléra. On compte maintenant en tout 7,444 cas de choléra et 4,038 décès. On peut espérer, d'après le petit nombre de cas actuels, que le fléau touche à sa fin. Dans Aalberg, on comptait 332 morts sur 682 personnes atteintes. Dans Aarhun, on compte 168 décès.

» Le choléra a éclaté avec une grande violence dans Nyberg. Par suite de l'invasion de l'épidémie, les étrangers ne sont pas venus visiter la capitale dans le cours de l'été. »

— En Perse, le choléra a diminué à Téhéran et dans le voisinage, mais il fait de grands ravages dans les provinces du nord-est.

— Par décret impérial du 30 août 1853, ont été nommés:

A trois emplois de médecin principal de 2e classe les trois médecins majors de 1re classe dont les noms suivent:

M. Gilgencrantz, des hôpitaux militaires de la division d'Alger, en remplacement de M. Marchal (de Calvi), démissionnaire.

M. Judas, des hôpitaux militaires de la division d'Alger, en remplacement de M. Beuret, décédé.

M. Peyre, de l'infirmerie de l'hôpital impérial des Invalides, en remplacement de M. Durand, retraité.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 109. — JEUDI 15 SEPTEMBRE 1853. (26e ANNÉE.) N° 109. — JEUDI 15 SEPTEMBRE 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse. — Trois mois.... 8 fr. 50 c. — Six mois.... 16 » — Un an...... 30 »

Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies. — Trois mois..... 9 fr. — Six mois...... 17 — Un an........ 33

Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar. — Trois mois...... 10 fr. — Six mois....... 20 — Un an........ 38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

PARIS, LE 14 SEPTEMBRE 1853.

Séance de l'Académie de Médecine.

Nous ne parlerons aujourd'hui de la nouvelle lettre de M. Thomas sur le choléra en Russie que pour signaler les progrès de l'épidémie dans le nord de l'Europe; car, ainsi que nous l'avons dit, rien n'indique jusqu'à présent la moindre menace d'invasion en France. L'Angleterre est plus mal partagée; et, bien que nos collègues en journalisme s'évertuent à en dissimuler la portée en ne tenant aucun compte du nombre des *diarrhées mortelles* qu'on y observe, ce qui, selon nous, est le point essentiel, ils finiront par s'accorder avec nous, non certes pour jeter l'alarme dans nos populations, mais pour mettre en garde les médecins, ce qui nous semble un devoir.

Nous insisterons peu également sur le rapport qu'a fait notre très honorable confrère et ami M. le docteur Roche sur le mémoire de M. Ancelon, relatif à la transformation des fièvres essentielles dont le cow-pox est la cause.

Quoique tout à fait désintéressé dans la question, et n'ayant aucun parti pris d'avance, nous avons cru devoir porter à la connaissance de nos confrères les communications de MM. Carnot, Bayard et Ancelon. Il nous paraît utile de publier sur ce sujet, comme sur tout autre, des travaux consciencieux et faits avec soin. Sans vouloir prendre encore parti pour ou contre dans une discussion aussi importante, on nous permettra de ne pas partager l'avis de la majorité de l'Académie, et surtout de ne pas imiter certaines personnes qui admettent sans trop de difficulté les attaques contre de très honorables travailleurs, auxquels ils refusent peu courtoisement ensuite le droit de réponse. Telle n'a jamais été, telle ne sera jamais notre manière d'agir.

Nous le dirons franchement, c'est avec peine que nous avons vu M. le rapporteur, dont nous connaissons et apprécions la franchise et la loyauté, infliger un blâme à un confrère dont il reconnaît à son tour la capacité, et auquel on n'aurait tout au plus à reprocher qu'une erreur. On peut être convaincu des bienfaits de la vaccine et cependant se croire forcé de reconnaître qu'en certains points elle a pu entraîner quelques désavantages, réagir d'une manière quelconque et peu favorable sur l'économie. A ce sujet, nous avons les relevés statistiques de M. Carnot, nous avons les appréciations sérieuses et spirituelles de nos très honorables confrères MM. Ancelon et Bayard, et en admettant que les calculs de M. Charles Dupin les contredisent, ce qui est encore à examiner, ce ne serait pas une raison pour jeter du blâme sur des praticiens éclairés et qui croient faire une chose utile en portant la lumière dans un point de la science pratique qui leur paraît obscur et douteux.

Comme l'a fort bien dit M. Malgaigne, le fait est vrai ou ne l'est pas. S'il est vrai, on doit le reconnaître; s'il est faux, le combattre; mais surtout on ne doit pas trancher la question *à priori*, et jeter de la défaveur sur des hommes pleins de zèle et de loyauté. Qu'eût dit M. Roche, lui si plein de foi dans la doctrine physiologique, si, au lieu de la combattre loyalement, on avait cherché à déverser le blâme sur le créateur et les partisans du physiologisme?

— Comme pour venger M. Ancelon, un honorable correspondant de l'Académie, M. Cap, est venu aussitôt après lire une charmante élucubration sur quelques savants méconnus. On nous permettra d'y voir au moins une heureuse coïncidence.

— Nos lecteurs verront avec intérêt la communication que nous publions, et que M. Maisonneuve a faite aux deux Académies, sur la gangrène foudroyante.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. CHASSAIGNAC.

Cataracte corticale. — Opération par extraction en un seul temps. — Application de l'occlusion et de la glace. — Guérison prompte.

L'extraction de la cataracte à travers une incision de la cornée serait sans aucun doute préférée à tous les autres modes opératoires, si l'on parvenait à réaliser deux conditions qui malheureusement font trop souvent défaut dans la pratique journalière. Ces deux conditions sont :

1° Une exécution irréprochable dans le manuel opératoire ;

2° Un avortement constant des phénomènes inflammatoires qui succèdent à l'opération.

Si l'on arrive jamais à faire entrer dans le domaine usuel et accessible à tous les chirurgiens cette double condition, on aura réalisé l'un des plus difficiles problèmes de la chirurgie oculaire; on aura réglé d'une manière définitive la grande question de la valeur comparative de l'abaissement et de l'extraction; on aura singulièrement accru la puissance du chirurgien dans le traitement opératoire de la cataracte.

Tel est donc le problème que depuis longtemps déjà M. Chassaignac a entrepris de résoudre par une série non interrompue d'observations et de recherches que nous ne pouvons exposer toutes dans le court espace qui nous est consacré; mais nous en indiquerons sommairement les principaux résultats.

Voici donc les termes du problème ;

1° Opérer avec une telle sûreté qu'il ne soit jamais dérogé en rien, sans maladresse notoire, aux règles prescrites pour le manuel de l'opération ;

2° Prévenir sûrement l'inflammation consécutive.

C'est de la seconde de ces conditions que nous allons nous occuper d'abord.

Nous n'hésitons nullement à déclarer que, pourvu qu'il n'y ait pas eu dans l'opération blessure de l'iris, on peut, grâce aux moyens depuis longtemps employés par M. Chassaignac, avoir la certitude de conjurer toute phlegmasie consécutive à l'opération.

Ces moyens sont :

1° L'application d'une cuirasse emplastique immédiatement après l'opération ;

2° L'application continue de la glace d'après le procédé de M. Chassaignac.

1° *Cuirasse emplastique.* — Après des tentatives nombreuses, ce chirurgien, s'appuyant, d'une part, sur l'analogie que l'on doit admettre entre une plaie de l'œil et celle de toute autre partie du corps, et, de l'autre, sur les résultats cliniques presque invariables du pansement par occlusion dans le traitement des traumatismes les plus graves, a établi qu'un des meilleurs moyens de traitement des lésions traumatiques de l'œil consiste à le soustraire aux influences extérieures, quand il est blessé, avec le même soin que l'on apporte, d'après les principes de l'occlusion, à dérober le traumatisme, non plus, *suivant la vieille formule, à l'action de l'air*, mais, suivant une appréciation plus judicieuse et plus complète, à l'ensemble des influences extérieures.

Depuis longtemps on a eu, en ophthalmologie, l'idée de modifier les phlegmasies oculaires par l'occlusion de l'œil au moyen de divers procédés ; tous ceux qu'on a proposés nous paraissent de beaucoup inférieurs à la cuirasse de sparadrap, qui protége l'appareil oculaire en assurant la libre issue des produits sécrétés à l'intérieur des paupières.

Dans ce but, on construit au moyen de bandelettes croisées et imbriquées une cuirasse qui place l'œil dans les conditions de l'occlusion.

De plus, comme moyen puissant de combattre et, si l'on peut même, de faire avorter les phlegmasies qu'on redoute, on maintient à la surface extérieure de la cuirasse emplastique des applications continues de glace.

Voici, pour cela, le procédé de M. Chassaignac tel qu'il est décrit dans un mémoire *sur les hémorrhagies des cavités muqueuses* publié dans les *Archives générales de médecine* (1851, n° de juin):

Il commence par appliquer sur la région oculo-palpébrale une cuirasse emplastique avec les bandelettes de sparadrap au diachylon; puis à la surface de la cuirasse il fait tenir par des cordonnets faciles à fixer autour de la tête du malade un sac de baudruche fermé à ses deux extrémités et renfermant une quantité de glace qui met de vingt à vingt-cinq minutes à fondre complétement, en sorte qu'on peut donner pour règle de renouveler le sachet de glace toutes les demi-heures. Quand on songe à suspendre les applications, on ne le fait jamais d'un seul coup. On ne renouvelle plus le sachet que toutes les heures, puis toutes les deux heures, et ainsi de suite jusqu'à cessation complète.

Le praticien inquiet de la réussite de son opération veut-il accroître encore ses motifs de sécurité, il peut, ainsi que le fait journellement M. Chassaignac, combiner avec les moyens locaux, cuirasse emplastique et sachets de baudruche, des applications de ventouses à la nuque, l'eau de Sedlitz, et un peu plus tard les douches oculaires deux fois par jour.

En effet, d'après les observations de M. Chassaignac au sujet des applications de glace, « il est à remarquer que les phlegmasies oculaires, » après avoir été domptées dans ce qu'elles ont de suraigu par l'ap-

FEUILLETON.

A PROPOS DU CONGRÈS D'ARRAS.

Premier chapitre oublié dans le compte rendu des travaux du congrès scientifique d'Arras.

> Il existe depuis 1798 parmi les vaccinophiles une prétention qui serait bien bouffonne, si elle n'était profondément impie : ils ne peuvent empêcher un seul cheveu de leur tête de tomber, et ils voudraient, contre le vœu de la Providence, ajouter quelque chose à la vie humaine!
>
> (ANONYME.)

A partir de 1798, on vaccina à Paris. Chaussier, qui fut un vaccinateur zélé dès 1798 ou 1799, n'est plus là pour appuyer cette assertion; mais bon nombre de ses clients vivent encore qui pourraient, au besoin, me prêter l'autorité de leur témoignage.

On eut à constater beaucoup moins d'épidémies varioleuses, beaucoup moins de décès par la petite vérole dans le cours des douze ou quinze premières années de la pratique vaccinale qu'à toute autre époque, et nul n'a cessé de faire honneur au cow-pox, largement propagé depuis 1802, de la notable diminution, légalement constatée, dans la mortalité de la première enfance. Entraîné moi-même par le torrent des admirateurs, j'ai, comme tout le monde, accueilli avec empressement ce *primitif* et incontestable résultat des vaccinations.

Mais mon enthousiasme commença à se refroidir quand je m'avisai de regarder avec calme un peu au delà de cette première enfance, pour suivre dans ses phases suspectes ce virus semé à Paris dès 1798 et pour savoir ce qu'il devenait, s'il ne laissait pas après lui des accidents *secondaires* dont on dût s'alarmer; je reconnus bientôt avec M. Villermé (*Dict. de méd.*, t. XII, p. 467) « que l'on s'exagère beau» coup les bienfaits de la vaccine »; que la jeunesse, au lieu de prospérer, offre, suivant les statistiques, un déchet (1) dont le progrès est inquiétant. Oh! si cette jeunesse eût été plus ménagée encore que l'enfance, comme on en eût bien vite rapporté la gloire au vaccin! Mais elle est plus que jamais décimée (*voir* toutes les statistiques officielles) par certaines fièvres devenues plus communes et par des épidémies varioleuses aussi fréquentes, aussi meurtrières qu'elles pouvaient l'être dans le siècle dernier.

Aussi, de même que j'avais accepté les statistiques favorables à l'influence heureuse du vaccin sur la durée de la vie dans la première enfance, de même je me vis forcé de tenir compte des statistiques qui lui étaient défavorables dans l'âge adulte. Pourtant, le croiriez-vous ! il est des gens assez brouillés avec la logique pour admettre les premières sans conteste, et repousser les secondes aveuglément. En vain MM. Petit et Serres signaleront en 1813 (et non en 1811) la fièvre entéro-mésentérique comme attaquant les individus *à la fleur de l'âge;* en vain M. Bretonneau, même avant 1820, comparant la dothinentérie à la variole, la leur montrera moissonnant *la jeunesse;* en vain M. Louis, en 1842, accusera la fièvre typhoïde de ne pas sévir contre les sujets âgés de plus de 40 ans ; en vain inventeront-ils eux-mêmes des traitements nouveaux pour lutter contre une maladie nouvelle qu'ils appelleront *ileo-diclidite elcode*, etc., etc., ils ne voudront entendre à rien. Qu'ils nient donc aussi la dernière épidémie qui s'étendit jusqu'aux sujets de 50 à 55 ans, c'est-à-dire à tous ceux qui furent vaccinés depuis la fin du siècle dernier; qu'ils nous disent alors quelle *cause première* a guidé successivement et d'un pas si sûr la marche de cette affection depuis la fleur de l'âge jusqu'aux *limites de la vieillesse*, depuis *la puberté jusqu'à la sénilité.*

Sans doute, ces faits nombreux, tout graves qu'ils sont, mériteraient une attention bien secondaire, comme témoins à charge contre les désastreuses conséquences de la vaccine dans l'âge adulte, s'ils n'étaient étayés, corroborés par d'autres faits d'une éloquence fort embarrassante. Ouvrez les *Annuaires* de 1816 à 1849 et les *Mémoires* de M. Trébuchet faits par ordre supérieur, commencés en 1849 et insérés aux *Annales d'hygiène :* vous y trouverez la mortalité augmentée, à Paris, de 15 à 20 ans dès 1814, de 20 à 30 seulement cinq ans après, de 30 à 40 vers 1829; de 40 à 50 vers 1839 ; ce singulier progrès a fait dire à beaucoup de gens, comme je l'ai dit moi-même : *un germe a été semé sur les enfants dès 1798 ; il a grandi avec eux, il s'est perpétué doublement et par voie de vaccination et par voie d'hérédité, de génération en génération:* ce qui fait, suivant l'expression de M. Villermé (*loc. cit.*), « que le rôle de la vaccine s'est borné, du moins » dans nos pays pleinement peuplés, à *déplacer la mort.* »

Là où il y a similitude des effets, il doit nécessairement y avoir similitude des causes.

Si du moins, réalisant les naïves illusions des premiers vaccinateurs, l'on était parvenu à anéantir pour jamais le small-pox et les épidémies qu'il enfante ; mais il n'en est rien, voyez plutôt.

D'une part, M. Trébuchet imprime dans le *Moniteur* du 28 février

(1) Voir à ce sujet la première question posée dans le programme du congrès scientifique (section des sciences médicales) tenu à Arras, et les *Recherches statistiques* de M. Fayet.

» plication soutenue de la glace, passent à un état sub-inflammatoire » qui persiste sans changement pendant un temps assez long. C'est » alors qu'il convient de faire intervenir les douches oculaires » comme moyen résolutif très efficace pour dissiper ces restes de » l'état inflammatoire primitif. » (*Gazette des Hôpitaux*, n° du 24 février 1853.)

Arrivons maintenant à la deuxième partie du problème, celle qui concerne le manuel opératoire de l'extraction.

Nous ne rappellerons point ici les nombreux préceptes si sagement donnés sur la manière d'exécuter avec précision les différents temps de cette opération délicate; nous nous bornerons à signaler quelques points qui sont pour nous d'une extrême importance. Nous dirons comment M. Chassaignac exécute les différents temps de l'opération, et chemin faisant nous discuterons diverses questions sur lesquelles il nous a paru le plus important d'être fixé.

Comme préparation, M. Chassaignac fait constamment usage des instillations belladonées, afin de mettre à découvert la capsule cristalline antérieure dans la plus grande étendue possible. C'est à cela, et de plus à l'usage d'une purgation douce, d'un bain, de quelques-uns des moyens et précautions générales indiqués par les auteurs que se bornent les préparations qu'il fait subir aux malades. Il étudie aussi d'une manière particulière le degré de susceptibilité nerveuse du sujet et d'irritabilité locale de l'œil, attendu que, dans les cas où il n'y a pas présomption suffisante d'une immobilité volontaire de l'œil, il n'hésite pas à recourir au chloroforme employé jusqu'à la période de *tolérance*, qui est ici encore plus nécessaire qu'en tout autre cas peut-être, mais qui exige une position du malade peu commode à la vérité, c'est-à-dire le décubitus sur le dos. Nous supposons donc le sujet à l'état de tolérance anesthésique, les paupières largement écartées au moyen de l'élévateur que tient un aide. Afin de ramener le globe de l'œil à la position la plus convenable pour l'opération, une petite pince à griffes armée d'un fermoir saisit la conjonctive à bonne distance de la cornée, et permet de mouvoir le globe suivant le besoin de l'opérateur. Saisissant alors le couteau à manche métallique, M. Chassaignac taille le lambeau cornéal par une ponction exécutée au moyen d'un simple glissement.

Il s'agit maintenant d'ouvrir à un degré suffisant la cristalloïde antérieure. C'est particulièrement sur ce point délicat de l'opération qu'ont porté les recherches.

Convaincu d'après l'observation que le moment le plus compromettant peut-être est celui où l'on incise la capsule cristalline, que c'est celui où l'on commet le plus souvent des fautes, et les fautes les plus graves, il a dû rechercher avec soin la cause de ces fautes, afin de les éviter.

Ces fautes, quelles sont-elles? La blessure de l'iris et toutes ses conséquences; l'ouverture insuffisante de la capsule qui, en rendant laborieuse l'extraction du cristallin, peut amener l'évacuation plus ou moins complète de l'humeur vitrée; l'incision de la membrane hyaloïde par des mécanismes divers, et dans l'analyse desquels il n'est pas nécessaire d'entrer pour le moment.

Telles sont les fautes.

Quelle en est la cause?

La principale, c'est le resserrement de la pupille. Ce resserrement, comment doit-il être combattu? Afin de le savoir, il importait d'analyser le phénomène avec soin. Or, voici ce que M. Chassaignac a constaté : *aussitôt que par la section du lambeau cornéal l'humeur aqueuse s'est écoulée, quel que soit actuellement le degré de dilatation de la pupille, le resserrement pupillaire a lieu sur-le-champ.* Comment fallait-il donc combattre cette tendance si fâcheuse? Voilà ce qui a surtout fait l'objet de recherches dont nous allons faire connaître le résultat.

1° *Emploi de la belladone.* — Le resserrement a lieu en dépit de tous les modes suivant lesquels on peut faire usage de la belladone dans le but d'obtenir une dilatation plus stable de la pupille. Donnée à l'intérieur et plusieurs jours à l'avance, afin de créer, pour ainsi dire, à l'iris une sorte d'habitude, le résultat a été le même; resserrement instantané au moment de l'issue de l'humeur aqueuse.

2° *Usage externe de la belladone.* — En larges frictions sur la région péri-orbitaire, sur la région sincipitale, qui, dans l'opinion de M. Chassaignac, est un lieu d'élection pour les absorptions médicamenteuses (*Gaz. des Hôp.* du 6 février 1845 et *Bull. gén. de thérap.*, n° du 15 mai 1852, p. 403), même résultat que pour la belladone à l'intérieur.

Employée par la méthode endermique, au moyen d'un vésicatoire appliqué sur la bosse frontale, la belladone procure une dilatation pupillaire plus stable; mais il résulte d'un fait communiqué à la Société de chirurgie dans sa séance du 17 mars 1845 que ce mode d'emploi de la belladone a donné lieu à des accidents toxiques.

3° *Instillations de solution concentrée et fraîchement préparée d'extrait de belladone entre les paupières.* — Même résultat.

M. Chassaignac a communiqué à la Société de chirurgie le résultat de quelques observations sur l'affaiblissement spontané des dissolutions aqueuses de belladone. Depuis lors, il n'emploie jamais les instillations.

4° *Dissolution de l'atropine.* — C'est le plus puissant dilatateur. Il n'y a pas de comparaison à établir entre le résultat qu'il donne et celui que l'on peut obtenir par la belladone. Mais, à notre point de vue présent, il est impuissant comme elle à maintenir la dilatation après l'issue de l'humeur aqueuse; et, d'autre part, il a des dangers comme toxique. (*Voir* une observation publiée dans la *Gazette des Hôpitaux* du 18 janvier 1853, et une autre sur l'emploi endermique par l'extrait de belladone, communiquée à la Société de chirurgie le 17 mars 1845.)

4° *Chloroforme.* — Bien que le chloroforme, quand il est porté à dose stupéfiante, ait quelquefois pour résultat la dilatation de la pupille, M. Chassaignac a démontré, dans ses *Recherches sur l'anesthésie oculaire*, page 39 des *Recherches cliniques sur le chloroforme*, qu'il ne fallait pas compter sur cet agent, au sujet duquel il s'exprime ainsi :

« Tout à fait au début, et par conséquent pendant la période » d'excitation, l'effet général consiste dans un état de dilatation de » la pupille; mais, chose étrange et bien imprévue, au moment » où la période d'anesthésie a atteint son maximum d'intensité, la » pupille, naguère dilatée, reprend une contractilité manifeste peu » d'instants après qu'on a ouvert les paupières. Il semblerait que » cette action physiologique appartient à cet ordre curieux des » phénomènes de l'action réflexe; car il est positif que dans l'état » dont nous parlons le cerveau du sujet ne perçoit aucune impres- » sion lumineuse externe.

» Cela prouve encore que le chirurgien qui aurait compté sur » la dilatation anesthésique de la pupille pour ses manœuvres opé- » ratoires éprouverait une singulière déception en face du phéno- » mène dont nous venons de parler. » C'est ce qui lui a fait dire dans un autre travail (*Mémoires de la Société de chirurgie*, t. III, p. 403) :

« 1° Que le chlororforme est un mauvais dilatateur de la pu- » pille;

» 2° Que, sur les sujets cataractés opérés dans l'état d'anesthé- » sie complète, il y avait toujours (quel que fût le degré de dilata- » tion de la pupille par la belladone, l'atropine et le chloroforme) » un moment où elle se resserre brusquement : c'est chez les ma- » lades opérés par abaissement, au moment où le cristallin est mis » de côté et où la pupille devient noire; chez ceux opérés par ex- » traction au moment où l'humeur aqueuse vient de s'écouler par » l'incision cornéale. »

Il est donc évident que si les dilatateurs plus ou moins puissants de la pupille ont une action sur elle tant que le globe de l'œil est intact, ils la perdent aussitôt que l'humeur aqueuse s'est écoulée dans l'opération de la cataracte par extraction.

Voyant donc qu'il ne fallait pas compter sur les dilatateurs, même les plus puissants, après l'écoulement de l'humeur aqueuse, M. Chassaignac a dû rechercher les combinaisons opératoires au moyen desquelles on pourrait diviser la capsule cristalline antérieure avant de donner à la pupille le temps de se resserrer. Trois modes opératoires se sont présentés :

1° La division de la cristalloïde antérieure au moyen d'une aiguille très fine conduite par kératonyxis à travers la chambre antérieure. L'opération a été faite par ce procédé, exécuté au moyen d'une aiguille très fine, mais il y a eu glissement de la cornée, impossibilité d'y tailler un lambeau, ce qui a obligé à changer sur-le-champ le plan de l'opération, et à terminer par broiement ce qu'on s'était proposé de faire par extraction.

2° Le second mode opératoire n'a point encore été employé sur le vivant, à raison des graves objections qu'il soulève. Sur le cadavre, il donne de très bons résultats comme exécution. Il consiste à introduire par scléroticonyxis un kystitome très fin, comme si on allait pratiquer l'opération par abaissement, puis à tailler le lambeau de la cornée.

Le troisième mode est une opération déjà connue depuis longtemps, mais abandonnée par presque tous les chirurgiens, malgré tout ce qu'a de brillant son exécution. C'est celui qui consiste à tailler du même coup le lambeau de la cornée et celui que doit nécessairement faire le couteau quand on le conduit d'emblée après la ponction cornéale à travers le feuillet antérieur de la capsule cristalline. C'est par ce procédé qu'a été opérée la malade dont nous avons à rapporter l'histoire d'après une note qui nous a été remise par un interne distingué des hôpitaux, M. Amen.

Si ce mode opératoire n'était pas d'une exécution aussi incertaine, c'est assurément celui qu'il faudrait préférer. Mais il n'est pas permis de compter sur un bonheur d'exécution où le hasard a presque autant de part que l'habileté du chirurgien. Aussi pensons-nous qu'on aura plus de chances d'arriver à un procédé d'une application générale en opérant par kératonyxis avec une aiguille très fine, mais à la condition de ne tailler le lambeau de la cornée qu'après avoir attendu ultérieurement à la piqûre la reproduction d'une quantité d'humeur aqueuse assez considérable pour donner à cette membrane le degré de tension sans lequel elle se coupe d'une manière défectueuse. L'opération serait faite ainsi en deux temps séparés l'un de l'autre par un nombre d'heures que nous ne pouvons déterminer, du moins quant à présent.

Voici l'observation :

Audenot (Louise), âgée de trente ans, paysanne, est entrée le 20 mai à l'hôpital Saint-Antoine, salle Sainte-Marthe, n° 24.

Cette femme fait remonter à quatre ans l'époque à laquelle elle s'est aperçue de l'obscurcissement de sa vue. Dès le début, un léger brouillard semblait s'interposer entre ses yeux et l'objet qu'elle considérait. Lors de sa première couche, il y a huit mois, le trouble de la vision paraît s'être considérablement accru pour l'œil gauche et a augmenté depuis graduellement, de telle sorte qu'aujourd'hui cet œil n'est plus apte à distinguer la lumière. L'œil droit, quoique présentant les signes d'une cataracte commençante, lui permet encore de se diriger.

L'organe jouit d'une mobilité parfaite; on n'y remarque aucune trace de maladie autre que celle qui nous occupe. La cornée est pure et sans altération; la pupille n'est point déformée; l'iris a ses mouvements normaux; on n'aperçoit aucune trace d'adhérence.

L'ombre projetée par cette dernière membrane fait ressortir une cataracte blanche, nacrée et présentant trois paillettes plus brillantes dans la direction des zones du cristallin. Son volume paraît considérable; la pupille, dilatée par la belladone, ne permet pas d'en limiter la circonférence.

Le 28 mai, M. Chassaignac procède à l'extraction.

La pupille ayant été préalablement dilatée par une instillation belladonée entre les paupières, une incision demi-circulaire est pratiquée dans la moitié inférieure de la cornée. A peine ce premier temps de l'opération est-il achevé que la cataracte jaillit en quelque sorte à travers l'ouverture de la cornée accompagnée d'une certaine quantité d'humeur aqueuse, le couteau de l'opérateur ayant dans les mouvements de la malade pratiqué cette section, comme dans le procédé de Travers.

Le cristallin est mou, volumineux, d'un gris blanchâtre et de forme irrégulière.

Le pansement consiste seulement en l'application sur l'œil d'une cuirasse de sparadrap et par-dessus d'un petit sac de baudruche rempli de glace.

Le 29, l'état général est parfait. L'appareil étant levé, l'œil mis à nu n'offre aucune trace d'inflammation. La malade voit nettement les objets qu'on lui présente.

Le 30, un peu de céphalalgie, larmoiement, injection légère de la conjonctive. L'œil est lavé et pansé comme précédemment. — Sedlitz, ventouses scarifiées à la nuque, bouillon.

Le 31, même état. — Potion avec 0,05 de belladone.

Le 1er juin, pas de fièvre. Faiblesses, agitation nerveuse.

Le 2, symptômes cérébraux qui se sont manifestés dans la nuit par du délire et une agitation assez grande pour nécessiter l'emploi de la camisole. Pleurs et cris continuels.

Le matin à la visite, la malade est calme. Pas de fièvre, conjonctivite légère. — Cessation de la belladone.

Le 3, état général satisfaisant. Inflammation légère de l'œil, pupille en bon état. L'iris se contracte parfaitement. Plaie de la cornée cicatrisée. Lavage de l'œil, même pansement.

Le 5, la paupière supérieure est le siége de quelques douleurs. Elle est enflammée légèrement et présente un peu d'œdème. — Instillation de belladone.

Le 6, l'œdème de la paupière persiste, surtout à l'angle interne; apparition d'un chémosis séreux avec injection de la conjonctive. La pupille est parfaitement dilatée.

Le 7, même état de l'œil et des paupières. Quelques douleurs dans la région frontale et orbitaire. — Ventouses scarifiées à la nuque.

Les jours suivants, l'amélioration ne fait que s'accroître. Toute inflammation cesse. La malade perçoit parfaitement les objets même d'un très petit volume.

Le 14, on cesse la glace et tout traitement.

Le 20 juin, la malade quitte l'hôpital.

La pupille, dilatée par la belladone, laisse voir en arrière de l'iris les restes de la capsule, disposée circulairement et percée à son centre d'une ouverture déchiquetée sur ses bords, mais assez grande pour permettre l'introduction d'une suffisante quantité de rayons lumineux. La malade peut lire sans lunettes.

Le lecteur aura sans doute remarqué en lisant l'observation de

---

1853 : « Il y eut (à Paris) 3,395 décès par suite de fièvres inflamma- » toires, en 1812; 3,092 en 1813; 5,864 en 1814, l'année fatale. Le » nombre des fièvres avait doublé cette année; ceux des autres mala- » dies étaient restés dans les proportions ordinaires. »

D'autre part, on lit dans l'*Annuaire* de 1816, page 99 : « Le nom- » bre des personnes mortes (à Paris) de la petite vérole était de 259 en » 1812, de 207 en 1813, de 534 en 1814. »

Que faut-il conclure de cet accroissement simultané des fièvres de mauvais caractère et des varioles en 1814, où l'on devait déjà rencontrer bon nombre de sujets vaccinés de 15 à 20 ans?

1° D'un côté, que la constitution de l'homme lésée commence déjà à réagir dans l'âge de la puberté contre l'influence *secondaire* du cow-pox;

2° D'un autre côté, que le vaccin jouit d'une puissance infiniment moins étendue, moins sûre contre la petite vérole que l'ancienne inoculation qui en avait précédé l'emploi. Celle-ci du moins, dans le vœu de la Providence, était destinée, par des transmissions successives et par l'hérédité, à éteindre la petite vérole.

Permettez-moi de citer encore, à l'appui de ces dernières conclusions, un fait d'une valeur effrayante que j'ai là sous la main. On m'écrivait de Lunéville, au mois de mai dernier : « La petite vérole fait ici de nombreuses victimes. Les malades dont les boutons sont de suite *plats, violets, noirs* ne vont guère que trois jours au plus; tous meurent après ce peu de temps. Pour les autres, moins en danger, leurs boutons deviennent gros, blancs, sont remplis de liquide; l'éruption marche vite. *Des malades et des morts, beaucoup avaient été vaccinés!...* L'invasion date de quatre ou cinq mois. » C'est-à-dire que cette épidémie fut parallèle au règne de la fièvre typhoïde et d'une terrible dysenterie.

Est-ce que ce fait, qui est loin d'être isolé, ne donne pas à réfléchir sur la valeur du cow-pox, à une époque où les soins prodigués aux vaccinations ne laissent plus rien à désirer?

Deuxième chapitre oublié dans le compte rendu des travaux du congrès scientifique d'Arras.

> On propose de demander au gouvernement une loi qui force les parents à faire vacciner leurs enfants dans les six premiers mois de la naissance.
>
> Rejet, à une grande majorité, de cette proposition, regardée comme inconsidérée.
>
> (SECTION DE MÉDECINE, *Congrès scientifique d'Arras.*)

Dans les premiers jours de l'an 1803, au moment où le comité central signait le rapport définitif qui devait rendre la vaccine obligatoire, le premier consul, avec cette prescience qui est l'apanage du génie, voulut, en faisant entrer la France dans une voie nouvelle, laisser sur l'ancienne voie un monument qui pût indiquer aux générations à venir le degré de reconnaissance que méritait la découverte de Jenner.

Le comité central avait dit : « La multiplicité des observations sup- » plée, en médecine, au temps qui doit nous instruire. » Mais cette maxime entièrement neuve ne pouvait satisfaire l'esprit logique du grand homme.

La France était en paix avec l'Europe; des hommes distingués étaient placés au sommet des administrations départementales. Le premier consul ordonna le relevé général des décès de l'an X, avec *la distinction des âges* des décédés. Il fut ponctuellement obéi, et le tableau qui renfermait ces documents authentiques fut inséré au *Moniteur*, n° 109 de l'an X. En 1813, Fodéré le reproduisit au premier volume de sa *Médecine légale*.

Le total général des décès, morts-nés à part, montait à 875,490; les jeunes gens de 20 à 30 ans y figuraient pour 44,280, soit 5,06 pour 100.

La mortalité de la jeunesse française n'avait donc pas encore augmenté en 1802, et les résultats donnés par Buffon pour Paris ne s'éloignaient que très peu de ceux que présentait la France sur l'ensemble de ses 108 départements.

Messieurs, je vous en prie instamment, ne perdez pas de vue cette importante conclusion.

Plus tard, de 1818 à 1821, les *Annuaires* successifs du Bureau des longitudes, reproduisant les relevés mortuaires de Paris, signalèrent, à ne pouvoir s'y méprendre, le prodigieux et rapide accroissement du rapport entre les décès de 20 à 30 ans et la mortalité générale de cette ville. Au lieu d'être de 5 pour 100, comme au dix-huitième siècle, ce rapport s'était élevé :

à 7,33 pour 100	dans l'année	1816
à 8,80 —	—	1817
à 9,28 —	—	1818
à 10,61 —	—	1819

ayant dès lors *plus que doublé.*

Il y avait là, certes, pour un roi intelligent, un grave motif d'inquiétude. Louis XVIII s'alarma et créa immédiatement, au mois de décembre 1820, l'Académie royale de médecine. Il lui donna pour mission spéciale, dans le préambule de son ordonnance, *le perfectionnement de l'art de guérir et la suppression des abus qui l'entravent.* Ce sont ses expressions.

M. Amen que chaque jour la cuirasse était enlevée pendant quelques instants pour laver avec un linge fin et en couchant les cils en dehors la surface et le bord libre des paupières. Cette manière d'agir diffère trop de la conduite de quelques excellents chirurgiens, et notamment de M. le professeur Roux, et le point de pratique dont il s'agit est trop important pour qu'on puisse se dispenser d'entrer dans quelques explications à cet égard.

M. Chassaignac pense qu'on a singulièrement exagéré l'influence fâcheuse que pouvait avoir l'accès des rayons lumineux sur un œil récemment opéré de la cataracte. Ce n'est pas là qu'il faut rechercher la cause de ces phlegmasies violentes, de ces iritis qui viennent compromettre le résultat de l'opération. L'iritis est bien plutôt la conséquence des violences opératoires dont le diaphragme oculaire a été l'objet dans l'exécution du procédé. Mais, alors même qu'il y aurait quelques inconvénients à mettre ainsi chaque jour à découvert l'œil opéré, ces inconvénients ne sont rien auprès de ceux qui peuvent résulter de l'ignorance fâcheuse dans laquelle reste le chirurgien à l'égard de certaines circonstances qui peuvent succéder à l'opération et qu'il est pour lui de la plus haute importance de connaître. Ainsi, par cette mise à découvert de l'œil faite à un jour très doux, il peut :

1° Apprécier le degré d'intensité de l'inflammation oculaire, ce qui lui donne la mesure du degré d'énergie avec lequel il doit la combattre ;

2° Savoir si les paupières agglutinées à leur bord libre ne causent pas une rétention de mucosités purulentes ou non purulentes à l'intérieur de la conjonctive, ce qui peut avoir une influence fâcheuse sur le lambeau de la cornée;

3° S'assurer si quelques cils renversés en manière d'entropion ne viennent pas irriter la surface de la cornée ou de la conjonctive ;

4° Reconnaître si le bord de la paupière inférieure ne vient pas s'insinuer entre les lèvres de la plaie cornéale.

Toutes ces circonstances, en effet, peuvent compromettre le résultat de l'opération la mieux faite, et il est d'autant plus important d'être averti à temps de leur existence qu'il n'en est pas une à laquelle on ne puisse efficacement remédier.

Pour résumer au point de vue pratique tout ce qui vient d'être dit dans le cours de cette note, on peut tracer ainsi la conduite du chirurgien dans le traitement opératoire de la cataracte :

1° Obtenir avant l'opération la plus grande dilatation possible de la pupille par l'usage prudent de l'atropine en instillations ;

2° Obtenir l'absence de mobilité spasmodique de l'œil, qu'on la doive soit à la force de volonté du malade, soit à l'emploi du chloroforme à la période de tolérance ;

3° Ouvrir la cristalloïde antérieure pendant un état de dilatation soutenu de la pupille, et pour cela diviser cette membrane soit par kératonyxis au moyen d'une aiguille très fine, et dans ce cas le lambeau cornéal ne sera taillé qu'après réplétion à nouveau de la chambre antérieure, soit par scléroticonyxis en pratiquant la division de la capsule d'après le procédé de Scarpa dans l'opération par abaissement ;

4° Tailler le lambeau de la cornée au moyen d'un couteau complétement dépourvu d'épaulement et qui glisse entre les doigts par pression de l'instrument ;

5° Appliquer sur l'œil immédiatement après l'opération une cuirasse imbriquée faite avec le sparadrap et recouverte de sachets de baudruche remplis de glace;

6° Mettre chaque jour les paupières à découvert pour en laver les bords libres avec soin et afin d'aviser aux exigeances de la situation.

REMARQUES SUR UNE OBSERVATION D'ÉPULIS OSSEUSE.

Si l'introduction des recherches microscopiques n'a pas la portée que lui prêtent certains enthousiastes, on ne peut cependant contester les services qu'elles ont rendus à la pratique chirurgicale, surtout quant au diagnostic et au pronostic de certaines tumeurs de la bouche. Le fait suivant en est un nouvel exemple :

Marie Mazières, âgée de quarante-cinq ans, d'une forte constitution, d'un tempérament sanguin, vient consulter, à Castelnaudary, le docteur Marfau pour une tumeur qui avait son siége sur le bord alvéolaire du maxillaire supérieur. Voici les antécédents que rapporte la malade : Il y a dix ans, elle fut atteinte d'une carie dentaire qui envahit successivement les trois premières molaires. La première et la troisième furent tour à tour détruites par ce mal, sans donner lieu à des souffrances très vives; La seconde, au contraire, occasionna des névralgies très intenses. La carie, comme chez les premières, borna ses effets à l'élimination de la couronne ; la racine resta. Ce fut au centre de l'alvéole qu'elle vit apparaître, un an après, une petite tumeur arrondie, de la grosseur et de la forme d'une lentille. Elle grossit d'une manière peu sensible pendant environ huit ans ; mais, après cette période, son volume s'accrut assez rapidement pour devenir inquiétant. La tumeur étant pédiculée, la malade, d'après le conseil d'un médecin, en fit la ligature à l'aide d'un fil de soie ; mais peu après sa chute elle vit le mal reparaître et s'accroître plus rapidement que jamais.

C'est un an après cette petite opération que Marie Mazières se présente à M. Marfau. La tumeur offre alors 5 centimètres de largeur, 4 de longueur, 1 d'épaisseur. Elle est aplatie et divisée en trois lobes; sa couleur est celle de la muqueuse buccale; elle est dure, résistante et très mobile. Le sinus maxillaire exploré ne présente aucune condition pathologique. La situation de la tumeur, sa forme pédiculée, son développement accidentel à la suite de la carie dentaire, l'absence de douleurs lancinantes portèrent M. Marfau à penser qu'il avait affaire à une épulis et à conseiller à cette femme de se laisser enlever sa tumeur, malgré l'avis formulé par deux autres confrères que, cette tumeur étant de nature cancéreuse, il n'y fallait point toucher.

Un seul point de l'opération pratiquée par M. Marfau est à signaler. La tumeur enlevée, ce médecin trouva dans l'excavation alvéolaire un petit corps dur et mobile, qui n'était autre qu'un débris de la racine de la dent molaire, qui fut enlevé avec des pinces. Cette circonstance détermina notre confrère à pratiquer la cautérisation de l'alvéole, en y plongeant un cautère actuel conique. De simples gargarismes d'eau vinaigrée suffirent pour arrêter l'écoulement du sang. Les suites de l'opération furent des plus simples.

La tumeur se composait d'une pellicule assez mince, ayant tous les caractères de la muqueuse buccale. Son intérieur était formé d'un tissu osseux à mailles larges, bien organisé, laissant suinter un liquide blanchâtre assez épais. Le microscope ne montre que des cellules épithéliales. La nature bénigne de ces sortes de lésions est loin d'être établie, et récemment, M. Guersant présentait à la Société de chirurgie un jeune garçon porteur d'une tumeur semblable à celle de cette femme, mais beaucoup plus considérable et formée par l'hypertrophie de la muqueuse gengivale. Les connexions plus étroites de la tumeur avec le bord alvéolaire ont forcé M. Guersant à avoir recours à un espèce de tenailles tranchantes, qui ont permis à ce chirurgien d'enlever avec la tumeur une partie de la base osseuse sur laquelle elle reposait. (*Ann. clin. de Montpellier.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 13 septembre 1853. — Présidence de M. Nacquart.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Epidémies.

Le ministre du commerce transmet :

1° Le rapport final de M. Germain, médecin adjoint des épidémies pour l'arrondissement de Poligny (Jura), sur l'épidémie de fièvre muqueuse qui a régné dans la commune de Châtelneuf. (Commission des épidémies.)

2° Un rapport du même médecin sur une épidémie de fièvre muqueuse typhoïdienne qui a régné dans la commune de Vers-en-Montagne (Jura).

3° Un troisième rapport du même médecin sur une épidémie variolique qui a régné dans la commune de Ney (Jura).

4° Un rapport de M. Pasteur, médecin cantonal, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Montjustin (Haute-Saône).

5° Des échantillons de recettes et remèdes avec demande d'avis.

Décret autorisant l'Académie à accepter le legs Orfila.

Le ministre de l'instruction publique adresse une ampliation d'un décret rendu le 27 août dernier, sur son rapport, par S. M. l'Empereur à l'effet d'autoriser l'Académie à accepter le legs qui lui a été fait par M. Orfila de son portrait, suivant testament olographe en date du 22 février 1852.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Anencéphale.

M. le docteur Charles Dubreuilh (de Bordeaux) adresse un mémoire sur un cas d'anencéphale avec réflexions sur les difficultés que présentent le diagnostic de la présentation et la terminaison de l'accouchement. (Commissaires : MM. Moreau, Cazeaux.)

Traitement des vaginites chroniques par la cautérisation.

M. Cazenave (de Bordeaux) écrit, au sujet du mémoire dont M. Depaul a donné lecture au nom de M. Becquerel dans la dernière séance, qu'il a publié il y a douze ans sur le même sujet un mémoire dont il prie l'Académie d'accepter un exemplaire, afin que la commission nommée soit à même de rendre justice à qui de droit touchant la priorité. Ce mémoire est intitulé : *Du traitement local des vaginites chroniques à l'aide d'un nouveau procédé de cautérisation;* il a été imprimé en 1841. (Commissaires ; MM. Depaul et Huguier.)

Traitement de la blennorrhagie par les injections de baume de copahu.

M. Démétrius Dallas (d'Odessa) adresse un mémoire sur un nouveau traitement rationnel de la blennorrhagie. Ce moyen consiste dans l'emploi du baume de copahu en injections dans le canal de l'urètre. (Commissaires : MM. Lagneau, Ricord.)

Choléra de Moscou.

M. Thomas écrit de Moscou, où il est arrivé depuis huit jours pour y étudier la marche du choléra.

Voici le résultat de ses investigations :

Le 22 août, il s'est rendu à l'hôpital de la ville accompagné de M. Evenius, médecin en chef. Il a visité environ une trentaine de cholériques, hommes et femmes, dont un assez grand nombre en convalescence et d'autres plus ou moins affectés, parmi lesquels on lui en a montré onze arrivés six la veille et cinq le jour même, tous malades sérieusement. Deux étaient déjà en partie cyanosés, quelques-uns avaient la langue et le corps froids avec absence complète ou presque complète du pouls, vomissements et déjections fréquents, facies cholérique, etc. ; mais il n'y avait pas de crampes, accident fort rare cette année, au dire de M. Evenius, en comparaison des épidémies précédentes, circonstance qui a même conduit ce médecin à penser que cette maladie, comme plusieurs autres, en s'acclimatant dans nos contrées prenait un caractère moins dangereux qu'à sa première apparition en 1831 et les années suivantes. La justesse de cette réflexion, ajoute M. Thomas, semble confirmée par les résultats funestes, qui sont bien moins fréquents qu'autrefois.

Le lendemain 23, M. Thomas a visité avec M. le docteur Pohl l'hôpital Sainte-Catherine, et le 24, avec M. le docteur Auvert, l'hôpital de la Clinique de la Faculté, où il a vu à peu près le même nombre de cholériques qu'à l'hôpital de la ville, et présentant des symptômes analogues, c'est-à-dire le refroidissement avec haleine froide chez quelques-uns, la cyanose, mais beaucoup moins étendue que les autres années.

Les médecins de Moscou sont d'avis que dans cette ville le point culminant de l'épidémie est à peine passé, et qu'elle n'est pas prête à s'éteindre. Ces messieurs ont remarqué en outre qu'elle n'a pas cessé de varier quant au nombre des individus journellement attaqués depuis son commencement, et que la maladie a suivi cette année une direction différente des autres, étant venue de l'ouest par Varsovie, Saint-Pétersbourg, etc., à Moscou et Nidjni-Novogorod, tandis qu'autrefois elle arrivait du sud-est par Astrakan et les points intermédiaires. M. Thomas a appris qu'à Nidjni-Novogorod elle venait de s'éteindre à peu près tout à coup, après s'y être montrée également à l'improviste en quelque sorte, et en attaquant à la fois une grande quantité de personnes. L'apparition du choléra dans cette ville n'a eu qu'un mois de durée.

D'après un tableau fourni par M. Evenius sur l'épidémie actuelle, la maladie a commencé depuis septembre 1852, où l'on vit déjà quelques cas sporadiques parmi des personnes arrivant de Saint-Pétersbourg. Ensuite on en observa quelques autres à des intervalles éloignés dans différents quartiers de Moscou, de sorte qu'au 10 (22) janvier 1853 on ne comptait encore que 69 cas avérés de choléra. En partant de cette date, le mal alla en augmentant, et le 27 mars (8 avril) il y eut un maximum de 108 malades dans la journée. Depuis lors le nombre des cas diminua successivement jusque vers la fin d'avril, où très peu d'individus tombaient journellement malades.

La marche de l'épidémie varia ensuite, augmenta vers les mois de juin et juillet, et est maintenant réduite à un terme moyen de 50 à 60 malades par jour dans toute la ville.

Depuis janvier jusqu'au 11 (23) août, on a compté en tout dans la ville et les hôpitaux 5,864 malades, dont 3,096 ont guéri, 2,441 sont morts, et 327 restent en traitement.

Tous les médecins de Russie ont dit à M. Thomas que le typhus terminait le choléra dans l'immense majorité des cas. Cette terminaison, d'après quelques-uns, aurait lieu 9 fois sur 10.

Vaccine.

M. Roche lit, au nom de la commission des épidémies, un rapport sur un mémoire de M. le docteur Ancelon (de Dieuze), intitulé : *De transformations des fièvres essentielles dont le cow-pox est la cause.*

Une doctrine étrange, dit M. le rapporteur, une de ces doctrines qui étonnent au premier moment par leur hardiesse et leur singularité mais contre lesquelles le sens commun ne tarde pas à se révolter; une de ces doctrines, dis-je, essaye depuis quelque temps de s'introduire dans la médecine par une fausse application de la statistique. Cette doctrine dit, elle affirme, elle veut prouver :

Pour juger de quelle manière furent remplis les vœux du roi, il suffit de suivre par période décennale la marche du rapport entre la mortalité de la jeunesse et la mortalité totale.

En 1819, je viens de le dire, ce rapport était de		10,61	pour 100.
De 1820 à 1829	—	10,88	—
De 1830 à 1839	—	12,10	—
De 1840 à 1849	—	13,40	—
En 1838, il s'éleva à		14,40	—
En 1842	—	14,08	—
En 1849	—	14,53	—

(*Ann. du Bureau des long.* de 1822 à 1851.)

Qu'a donc fait l'Académie? Que devait-elle faire?

Elle ne pouvait ignorer les faits antérieurs à sa création. Elle ne les ignorait pas, car à cette époque elle couvrait de sa haute approbation un ouvrage de M. le docteur Lachaise, intitulé *Topographie médicale de Paris*, où se trouve cette phrase remarquable, page 221 :

« Si maintenant nous passons à l'examen des quatre dernières années du troisième septenaire et des quatre premières du quatrième (18 à 25 ans), nous ne tarderons pas à trouver exagéré le degré de certitude qu'ont jusqu'ici supposé, pour la vie de l'homme une fois entré dans l'âge viril, tous ceux qui se sont occupés des probabilités de la vie humaine. »

L'Académie ne devait-elle pas s'empresser de vérifier si la contradiction signalée par M. Lachaise entre les relevés mortuaires de Paris au dix-huitième et au dix-neuvième siècle provenait d'erreurs commises par Deparcieux, Dupré de Saint-Maur et Buffon, ou s'il fallait y reconnaître un accroissement réel de la mortalité juvénile? N'était-ce pas là pour elle un devoir?

Ouvrant alors les *Annuaires du Bureau des longitudes* depuis 1815, elle eût reconnu sans peine que sur 6,298 décès (féminins) au-dessus de l'âge de 15 ans, enregistrés en 1813, 541 avaient eu lieu entre 15 et 25 ans, soit sur 1,000, 86; qu'en 1814, cette proportion s'élève à 91, tout comme l'indiquait Buffon; et qu'augmentant rapidement d'année en année, elle atteignait, dès 1819, cinq ans après, le chiffre de 139, la mortalité de cet âge s'étant accrue, en définitive, de 10 p. 0/0 par an, dans ce court intervalle de temps!

Dans ce seul fait, n'y avait-il pas matière à de profondes méditations, à des doutes très sérieux, à de nouvelles recherches?

Que fit, au contraire, l'Académie?

Jugeant qu'on avait jusqu'alors vacciné *trop peu*, elle imprima une nouvelle et vigoureuse impulsion à cette pratique, et employa tous ses efforts, tous ceux de l'administration à la propager jusqu'aux extrémités de la France, jusque dans les moindres chaumières. Le peuple de Paris avait senti refroidir son zèle en 1814, en voyant la petite vérole apparaître sur les vaccinés de 1800 et les emporter sans miséricorde. Ses instincts primitifs de répulsion avaient repris le dessus, en voyant les fièvres de mauvais caractère doubler en même temps que l'épidémie variolique sévissait avec une rigueur dont on avait perdu l'habitude. Tous les moyens semblèrent licites pour réchauffer l'ardeur qui s'éteignait : primes aux vaccinateurs, primes aux vaccinés; refus d'instruction, refus d'asile, refus d'aumône aux malheureux qui ne voulaient pas se laisser séduire par les protestations des adeptes, et qui préféraient s'en remettre, pour la conservation de leurs enfants, au Dieu qui les avait fait naître!

Le zèle de l'Académie porta quelques fruits; puis vint l'épidémie variolique de 1825, si funeste aux vaccinés. La population fut consternée, et le nombre des enfants de Paris soumis à la pratique jennérienne dépassa rarement, depuis lors, le tiers des naissances de la ville. Ces cinq ans de vaccination réchauffée (1821 à 1825) présentèrent, une vingtaine d'années après, un résultat remarquable qu'il est urgent de signaler.

De 1838 à 1842, le rapport de la mortalité juvénile à la mortalité totale fut de 13,69, ayant ainsi augmenté de 30 p. 0/0 depuis la création de l'Académie!...

Les défenseurs de la vaccine, niant des faits incontestables, ne ressemblent-ils pas à nos jeunes avocats d'office, se bornant à protester, avec de grands éclats de voix, contre les plus évidentes preuves accumulées par les juges d'instruction? Tout leur verbiage n'a sauvé jamais un seul de leurs tristes clients.

Dr E.-A. Ancelon,
médecin de l'hôpital de Dieuze.

M. H. Baudouin, directeur du *Moniteur de l'armée*, a eu l'honneur d'être reçu hier, 13 septembre, en audience particulière par l'Empereur, au château de Saint-Cloud, et de remettre à S. M. un exemplaire de l'*Annuaire de la Légion d'honneur*, dont il est éditeur.

Nous avons vu avec plaisir que le nombre des membres du corps médical qui figurent dans ce curieux ouvrage est relativement plus considérable que ceux d'aucune autre profession civile.

Nos abonnés nous ont souvent demandé de leur rendre de petits services, comme de transmettre leurs mémoires aux académies, de leur faire parvenir du vaccin, des livres, des instruments, etc., etc. Une personne fort entendue à cet égard est attachée à l'administration de la *Gazette*, et leur rendra ces bons offices avec tout le zèle et l'empressement désirables.

1° Que la vaccine a transformé la variole en la fièvre typhoïde;

2° Qu'en faisant disparaître à peu près la petite vérole, elle a donné naissance à une maladie non moins dangereuse;

3° Qu'elle n'a fait que transformer la mortalité du premier âge sur l'âge adulte;

4° Qu'en conséquence l'humanité n'a rien gagné, si même elle n'a perdu, à la pratique des vaccinations;

5° Qu'il faut dès lors restreindre, on n'ose pas dire encore interdire, l'emploi d'une opération regardée à tort comme conservatrice;

6° Enfin, que les médecins doivent revenir au plus tôt à l'inoculation.

Ces idées, écloses dans le cerveau d'un mathématicien, ajoute M. le rapporteur, ont trouvé un partisan dans l'auteur du mémoire dont la commission a à vous rendre compte. M. le docteur Ancelon, regardant ces propositions comme autant de vérités démontrées, entreprend de leur prêter l'appui des faits et des théories de la médecine.

M. le rapporteur n'a pas cru qu'il fût nécessaire de discuter un à un les arguments des fauteurs d'une pareille doctrine pour en faire justice; il s'est seulement attaché à prouver que la fièvre typhoïde existait et se montrait aussi fréquente, aussi meurtrière pendant le règne de la petite vérole, avant la découverte de la vaccine, avec les mêmes symptômes et sous les mêmes formes qu'elle le fait de nos jours.

« On englobe aujourd'hui, dit-il, sous le nom de fièvre typhoïde presque toutes les fièvres essentielles des auteurs des siècles précédents. Les maladies décrites par nos prédécesseurs sous les noms de fièvre maligne, de fièvre putride, synoque putride, et toutes les fièvres muqueuses graves étaient en tout semblables à la fièvre typhoïde. Mêmes prodromes, mêmes symptômes, même marche, même durée, même léthalité et mêmes désordres cadavériques. Tous les médecins qui ont médité les écrits de la science s'accordent à le reconnaître, et déclarent que c'est bien la même maladie sous des dénominations différentes.

» La fièvre typhoïde n'est donc pas nouvelle en ce monde. Elle est vieille comme l'humanité; elle existait bien longtemps avant la découverte de Jenner; elle n'est donc pas le produit de la vaccine. Elle n'en est pas plus l'effet que les *fièvres adynamiques*, la *fièvre entéro-mésentérique*, les *gastro-entérites*, les *dothinentérites*, les *entérites folliculeuses* qui se sont succédé en France depuis le commencement du siècle.

» Mais si, par impossible cependant, on osait prétendre que la fièvre typhoïde a fait disparaître les fièvres graves dont nous parlions tout à l'heure, il resterait alors à rechercher si l'humanité a perdu ou gagné à cette prétendue transformation, avant de lancer l'anathème contre la vaccine, qui aurait, dit-on, amené ce résultat. Voyons donc si la fièvre typhoïde est plus commune et plus meurtrière que ne l'étaient ces fièvres. Si cela était, les dénigreurs de la vaccine seraient gens à l'accuser d'être la cause de ce triste état de choses; il importe de leur enlever ce refuge. »

M. le rapporteur cite ici des relevés de Stoll sur quatorze années, qui apprennent que le nombre de sujets atteints de fièvre maligne reçus pendant ce laps de temps à l'hôpital de la Ste-Trinité, à Vienne, a été au nombre des personnes affectées d'autres maladies internes comme 1 est à 6, et que la mortalité des fièvres malignes a été de 1 sur 7 6/10, et la mortalité générale de 1 sur 14 3/7; résultats qui présentent une concordance frappante avec ceux de nos hôpitaux, et qui représentent parfaitement la proportion de la fièvre typhoïde par rapport aux autres maladies fébriles; d'où il résulte que la fièvre maligne était aussi commune et aussi meurtrière du temps de Stoll que la fièvre typhoïde l'est de nos jours. La fièvre typhoïde ne fait donc pas plus de victimes sous son nom nouveau qu'avant d'en avoir changé; pas plus, par conséquent, depuis la découverte de la vaccine qu'avant cette découverte. La vaccine est donc innocente des maux dont on l'accuse.

« Avant la découverte de Jenner, ajoute M. le rapporteur, personne n'échappait aux atteintes de la petite vérole; on ne comptait peut-être pas un individu sur dix mille qui n'en fût atteint. Et, comme elle prenait à tout âge, on pouvait toujours dire avec une apparence de raison que la personne qui en était exempte mourrait avant qu'elle se développât en elle. Aussi, la disait-on fatale, inévitable, nécessaire même à la dépuration d'un germe que tous les hommes apportaient en naissant. C'est même encore la nécessité de cette dépuration imaginaire que les nouveaux adversaires de la vaccine invoquent et font miroiter aux yeux des gens du monde pour se justifier de lui déclarer la guerre. Si donc la fièvre typhoïde a remplacé la petite vérole, si la vaccine, comme le prétendent ces messieurs, a seulement eu pour effet, d'abord de retarder l'explosion du vice varioleux, ensuite d'en transporter les manifestations et les ravages de la peau sur la membrane muqueuse des intestins, la fièvre typhoïde, disons-nous, devrait nécessairement attaquer un aussi grand nombre de personnes que le faisait la variole, c'est-à-dire qu'elle devrait sévir sur toute la population, à d'infiniment rares exceptions près. Or, cela n'est pas. C'est à peine si un cinquième de la population en est atteint, et j'exagère encore. La fièvre typhoïde n'a donc pas remplacé la variole, ou bien celle-ci se serait singulièrement adoucie en se transformant; ce qui, pour le dire en passant, tournerait à la louange de la vaccine, dans le système même de ses adversaires. La vaccine, en faisant disparaître la petite vérole, n'a donc pas donné naissance à la fièvre typhoïde. Ces deux maladies n'ont entre elles aucune corrélation, aucun rapport, aucune analogie, ni de causes, ni d'effets, ni de fréquence.

» Enfin, la fièvre typhoïde, fût-elle nouvellement implantée au sein des populations, sa première apparition après l'époque de l'introduction de la vaccine fût-elle parfaitement démontrée, il resterait encore à prouver qu'il ne s'agit point ici d'une simple coïncidence, et que l'une est la cause de l'autre. *Post hoc, ergo propter hoc*, est un argument trop décrié pour avoir cours et crédit aujourd'hui dans les sciences. »

M. le rapporteur, après avoir fait remarquer combien il était inutile d'insister sur ces vérités unanimement reconnues dans le sein de l'Académie, termine en ces termes :

« Il est bien permis sans doute à un officier d'artillerie de prétendre que la vaccine est un mal. On ne défendrait pas à un médecin, je pense, de soutenir, s'il lui prenait cette fantaisie, que la bombe, après sa sortie du mortier, ne décrit pas une parabole. Chacun a le droit, chacun est libre de choisir les sujets de passe-temps où il lui plaît, en dehors de ses études familières et même en des matières qu'il ignore. Cela ne tire jamais à conséquence. Mais un médecin nier les bienfaits de la vaccine sur la foi de quelques chiffres trompeurs qui n'ont rien à voir en semblable affaire, se faire l'écho, le propagateur d'une erreur aussi dangereuse, interpréter à sa guise et d'une manière inexacte au profit de sa thèse l'observation ancienne et l'observation moderne, mettre enfin son talent, sa science, son autorité médicale au service de préjugés funestes, contre lesquels luttent avec tant de peine les efforts du gouvernement et des hommes éclairés de tous les pays, voilà ce que nous ne pouvons comprendre et ce qui nous afflige profondément !

» M. le docteur Ancelon reviendra de son erreur. Un homme de talent comme lui ne saurait persévérer longtemps dans la voie où il s'est laissé entraîner. »

Après avoir approuvé le contenu de ce rapport, la commission propose par l'organe de M. le rapporteur :

D'écrire à M. Ancelon que l'Académie désapprouve et repousse toutes les doctrines exposées dans son mémoire;

Et d'ordonner le dépôt pur et simple de ce travail dans les archives. (Très bien !)

M. Malgaigne demande la parole. (Murmures et marques d'étonnement.)

Je suis extrêmement heureux, dit M. Malgaigne, d'avoir entendu ce rapport. Il est plusieurs points qui y sont parfaitement établis, notamment celui-ci : que la fièvre typhoïde était aussi fréquente avant l'introduction de la vaccine qu'après, et je m'en félicite. Mais il y a un autre point que le rapport ne me semble pas avoir suffisamment éclairci. Il y a des chiffres dont M. le rapporteur me paraît avoir fait trop bon marché. On dit que les chiffres ne prouvent rien, qu'il faut peser les faits. Il faut les peser sans doute, mais les compter ne gâte rien. Est-il vrai qu'avant la vaccine la mortalité pesait beaucoup plus sur l'enfance? que depuis la vaccine elle pèse beaucoup plus sur l'âge adulte? Ceci est une question de chiffres, mais une question considérable. Si cela était, je le regarderais comme une chose très fâcheuse. Si les chiffres sont faux, dites-le; mais, s'ils sont exacts, il ne faut pas venir dire qu'ils n'ont rien à faire à la question. Le public, prenez-y garde, ne fléchira pas devant une décision dans laquelle on aura négligé de tenir compte de cet élément important. Je suis partisan de la vaccine, je le dis hautement, mais j'avoue que j'ai été ébranlé par ces chiffres.

Je prierai donc M. le rapporteur de vouloir bien me dire son opinion sur la valeur de ces chiffres. C'est une question qui veut être traitée à fond.

M. Velpeau. Je ne sais pas si M. Malgaigne a eu connaissance d'un travail que M. Ch. Dupin a lu à l'Académie des sciences sur cette question. S'il en a connaissance, il doit savoir que M. Dupin a démontré péremptoirement dans ce mémoire que la moyenne de la mortalité a diminué depuis l'introduction de la vaccine. Cela sans doute ne résout pas complétement la question par rapport à la vaccine, parce qu'il y a à tenir compte des progrès de l'hygiène publique partout améliorée; mais le fait n'en reste pas moins acquis, et il en ressort au moins ceci par rapport à la vaccine, qu'elle n'a pas augmenté la mortalité.

M. Roche. M. Velpeau m'a prévenu dans la réponse que j'allais faire à M. Malgaigne. Les chiffres de M. Carnot ont été complétement réfutés par ceux de M. Ch. Dupin.

M. Moreau. Il est démontré que, depuis l'introduction de la vaccine, la durée moyenne de la vie a augmenté.

M. Bally. Je rappellerai à ce sujet ce que j'ai eu l'occasion de dire dans la dernière séance, qu'au congrès d'Arras M. Ancelon a été improuvé à l'unanimité.

M. Malgaigne. Si vous êtes certain que les chiffres de M. Dupin ont renversé ceux de M. Carnot, pourquoi ne pas le dire? Je serais beaucoup plus rassuré si une commission spéciale ayant mission de constater ce fait venait me dire ce qu'il faut en penser. Que la vaccine ait eu pour résultat de diminuer la mortalité dans le bas âge, je l'admets parfaitement; j'admets même comme démontré que la moyenne de la vie est allongée. Mais s'il est vrai qu'il y ait une plus grande mortalité dans l'âge adulte, voilà ce que je voudrais savoir et ce que le rapport ne m'apprend pas.

M. Requin. Je ne suis pas aussi édifié que M. Malgaigne sur la valeur des chiffres en général dans les questions médicales, et en particulier sur les chiffres de M. Carnot. Il faut aller au but. Quelques médecins, deux ou trois, disent : « La fièvre typhoïde a remplacé la variole. » Voilà la question principale. Or, comme l'a très bien démontré M. le rapporteur, cela est faux, complétement faux. La fièvre typhoïde marchait autrefois de pair avec la variole, et sous les noms divers par lesquels elle était désignée alors, elle faisait autant de ravages qu'aujourd'hui. C'est là un fait qui est, je puis le dire, dans la tête de tous les pathologistes. Voyez Sennert, voyez Boerhaave, voyez Stoll, voyez Tissot; et je n'en finirais pas si je voulais citer tous les auteurs qu'on pourrait invoquer à cet égard, partout vous serez frappés de l'identité parfaite qui existe entre la description des fièvres de leur temps et celle de notre fièvre typhoïde. C'est une chose monstrueuse que de venir soutenir le contraire. J'appuie donc de toutes mes forces les conclusions du rapport. (Très bien!)

(Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées à l'unanimité.)

Les savants oubliés.

M. Cap, correspondant de l'Académie, lit sous ce titre un travail historique sur quelques savants ayant appartenu à la médecine ou à la pharmacie, et dont les titres ont été méconnus de leur temps ou oubliés à notre époque.

Gangrène foudroyante.

M. Maisonneuve lit sous ce titre un mémoire dont nous donnons un extrait dans le compte rendu de la séance dernière de l'Académie des sciences. (Commissaires : MM. Piorry, Velpeau, Larrey.)

— La séance est levée à cinq heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 5 septembre 1853. — Présidence de M. Rayer.

Des dangers qui résultent de l'emploi de vases ou de tuyaux de plomb et de l'emploi des sels de plomb pour la clarification.

M. Chevallier soumet sous ce titre à l'Académie un mémoire qui n'est, dit-il, que la première partie d'un travail dans lequel il traite :

1° De la nécessité qu'il y a de proscrire les vases en plomb et en alliage de ce métal pour la conservation des matières alimentaires, l'eau, le vin, les eaux gazeuses, le cidre, etc.;

2° Des dangers que présentent les tuyaux de plomb pour la conservation et la conduite des liquides destinés à servir de boissons.

Dans la deuxième partie, il se propose de traiter :

1° De l'action du plomb sur la bière, et des dangers qui peuvent résulter de la clarification de certains liquides par les sels de plomb;

2° Des accidents qui résultent de l'emploi des préparations de plomb comme cosmétiques.

(Le mémoire de M. Chevallier est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Thénard, Dumas et Pelouze.)

Emploi de l'électricité pour combattre les accidents produits par l'inhalation du chloroforme.

M. Abeille adresse une réclamation relativement à une communication récente de M. Jobert (de Lamballe) sur l'emploi de l'électricité pour combattre les accidents produits par l'inhalation du chloroforme. (Renvoi à la commission, qui se compose de MM. Roux, Velpeau et Balard.)

Séance du 12 septembre 1853.

De la gangrène foudroyante, avec développement et circulation de gaz putrides dans les veines (pneumo-hémie putride).

M. Maisonneuve présente un mémoire qui a pour objet d'établir :

1° Que, dans une certaine variété de gangrène traumatique à laquelle il donne le nom de gangrène foudroyante, des gaz putrides peuvent se développer dans l'intérieur des veines pendant la vie des malades;

2° Que ces gaz peuvent circuler avec le sang et déterminer un empoisonnement rapidement mortel;

3° Que, malgré son excessive gravité, cet accident n'est point absolument au-dessus des ressources de l'art.

« Parmi les accidents consécutifs aux grands délabrements traumatiques, il en est un, dit l'auteur, qui, par son extrême gravité, fait le désespoir des chirurgiens, et dont l'explication avait jusqu'à présent échappé aux recherches des anatomo-pathologistes. Il consiste dans la désorganisation rapide qui s'empare des membres soumis à une violente attrition, et qui, dans l'espace de vingt-quatre ou trente-six heures à peine, entraîne la mort des malades. Cette gangrène, à laquelle je donnerai le nom de gangrène foudroyante, survient ordinairement à la suite de fractures compliquées de plaies, lors surtout que la cause vulnérante a, par la violence de son action, produit une profonde désorganisation des tissus, ou bien quand des épanchements considérables de sang infiltré dans les parties molles se trouvent en communication directe avec l'air extérieur.

» Alors, en effet, le sang sorti des vaisseaux, ou bien même les tissus broyés par la contusion, n'ayant plus en eux-mêmes les conditions organiques suffisantes pour continuer à vivre, se putréfient sous l'influence de la chaleur, de l'air et de l'humidité; leur prompte décomposition donne lieu alors à la formation de gaz putrides qui s'infiltrent dans les interstices celluleux, et leur contact délétère achève de neutraliser les forces vitales des parties déjà plongées dans la stupeur par suite de la commotion. Toutes ces causes réunies donnent à la fermentation putride une activité terrible. Aussi ne tarde-t-elle pas à englober dans son mouvement de destruction les parties mêmes complétement saines. C'est ainsi que les muscles, le tissu cellulaire, les vaisseaux, sont frappés de mort. Mais là malheureusement ne se borne pas le travail de mortification. En effet, dans les veines sphacélées le sang se coagule, puis bientôt, participant à la décomposition générale, le caillot se putréfie et donne lieu à la fermentation de gaz putrides. Ceux-ci, contenus par les parois vasculaires, ne tardent pas à briser les faibles adhérences du caillot, pénètrent jusqu'au sang liquide, se mélangent avec lui et se trouvent entraînés dans son mouvement circulatoire, vont porter la mort dans les rouages de l'organisme.

» C'est en mai 1851 que ce fait important se révéla pour la première fois à mon observation. Un homme de vingt-huit ans avait eu la jambe broyée; le lendemain la gangrène s'était emparée du membre et le tissu cellulaire était emphysémé. Je pratiquai des scarifications profondes sur différents points; je constatai un phénomène qui me frappa vivement, et sur lequel j'attirai immédiatement l'attention des élèves. Ce phénomène consistait dans l'issue des bulles nombreuses de gaz par l'orifice des veines que le bistouri venait de diviser. Toutes les précautions furent prises pour éviter l'illusion. J'allai même jusqu'à saisir avec deux pinces l'orifice d'une des branches de la veine saphène, et, la tenant isolée, je constatai la réalité du phénomène. Le malade mourut dans la nuit.

» A l'autopsie, pratiquée vingt-huit heures après la mort, je m'assurai que le foyer gangréneux était bien le point de départ de ces gaz, et que ceux-ci circulaient librement dans les veines.

» Ces faits, dont tous les détails avaient été constatés avec une précision rigoureuse, et dont l'explication ne pouvait laisser aucun doute, fut pour moi comme une illumination soudaine qui me donna la clef de plusieurs faits analogues dont je n'avais pu jusqu'à présent me rendre compte, et j'entrevis dès lors la possibilité de lutter contre cet empoisonnement si terrible par sa rapidité, au moyen d'une décision chirurgicale plus rapide encore.

» L'occasion ne tarda pas à se présenter, et grâce à des conditions exceptionnellement favorables, j'eus le bonheur de voir mes prévisions couronnées de succès. Ce fut chez un homme de trente ans, dont l'avant-bras avait été broyé par une roue de voiture le 10 juin 1852. Le 12 au matin, je trouvai le membre tout entier, jusques et y compris l'épaule, envahi par la gangrène; partout la peau était soulevée par des gaz. En présence de ces accidents terribles qui sous mes yeux même, et pendant que j'examinais le malade, s'aggravaient encore de minute en minute, je n'hésitai pas à reconnaître cette forme redoutable de gangrène que je désigne sous le nom de gangrène foudroyante, et j'annonçai aux élèves que nous trouverions des gaz putrides circulant librement avec le sang veineux.

» Convaincu que dans une circonstance aussi grave il n'y avait pour le malade d'espoir de salut que dans une amputation aussi prompte que possible, et considérant que chaque minute de retard pouvait compromettre la vie, je tirai mon bistouri et je fis immédiatement la section des parties molles pendant qu'un aide allait chercher la scie, et cela sans donner le temps de rien préparer pour le pansement, ni même de transporter le malade sur le lit d'opération. Au moment où le bistouri divisait les grosses veines, je vis d'une manière évidente des bulles de gaz s'échapper avec le sang par leur ouverture béante.

» L'autopsie du membre confirma complétement notre diagnostic.

» Après des accidents extrêmement graves le malade a fini par se rétablir et jouit actuellement d'une santé parfaite. » (Commissaires : MM. Velpeau, Lallemand et Andral.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Il se confirme que le choléra a paru à Newcastle en Angleterre et dans les environs. On parle maintenant de plus de 40 cas, presque tous mortels.

— A Liverpool, trois nouveaux cas de choléra ont été constatés. Les personnes attaquées jusqu'ici sont toutes de pauvres émigrants allemands récemment arrivés du continent et qui, au dire du *Daily-News*, avaient en eux le germe de la maladie. Les autorités s'occupent sérieusement de l'insalubrité des logements où sont entassés ces malheureux quand ils arrivent à Liverpool.

— Le *Mercure de Souabe* annonce qu'un cas de choléra suivi de mort a eu lieu à Vienne le 3 septembre.

— Dans le tableau de la mortalité à New-York pendant la dernière semaine d'août, on remarque un cas de fièvre jaune. Le décédé était arrivé depuis cinq jours de la Nouvelle-Orléans, où le fléau a du reste beaucoup perdu de son intensité. Les décès n'y dépassent plus 200 par jour. Le fléau a remonté le Mississipi jusqu'à Memphis.

— Des nouvelles des îles Sandwich, du 5 juillet, annoncent que la petite vérole faisait de grands ravages dans le pays.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 110. — SAMEDI 17 SEPTEMBRE 1853. (26e ANNEE.) N° 110. — SAMEDI 17 SEPTEMBRE 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40; EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

	Trois mois	Six mois	Un an
PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE.	8 fr. 50 c.	16 »	30 »
GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES.	9 fr.	17	33
ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR.	10 fr.	20	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

PARIS, LE 16 SEPTEMBRE 1853.

Nous remarquons avec plaisir dans le bulletin officiel que nous donnons plus bas de la mortalité de Londres pendant cette semaine que le nombre des décès par le choléra a diminué de plus de moitié : il est réduit à 7 ; mais les décès par la diarrhée se maintiennent malheureusement à un chiffre élevé : 131. Ce nombre porte à 1,088 les décès par la diarrhée, et à 92 ceux par le choléra, depuis le 9 juillet.

Dans le nord de l'Angleterre, et spécialement à Newcastle, où, comme nous l'avons déjà fait connaître, le choléra épidémique s'est déclaré, le chiffre des malades et des décès est assez considérable, eu égard à la population. Voici l'extrait textuel des journaux anglais :

Rapport officiel de la semaine du 3 au 10 septembre.

Mortalité générale.	1,015
— due à la diarrhée.	131
— due au choléra.	7

Six de ces derniers étaient des individus du sexe masculin ; en voici les détails :

1° A Shoreditch, enfant âgé de dix semaines, mort après huit jours de maladie ;

2° A Spitalfields, enfant âgé d'un an, huit jours de maladie ;

3° A St-Georges in the East, enfant âgé de huit ans, mort en quinze heures ;

4° A Bermond Sey, enfant de quatre ans ;

5° Dans la même maison que le précédent, femme âgée de vingt-cinq ans, morte en douze heures ;

6° A Greenwich, enfant de quatre ans, mort en trois jours ;

7° A bord du *Dreadnought*, vaisseau-hôpital, machiniste âgé de trente-un ans, mort en trois jours.

Observations météorologiques.

Hauteur barométrique moyenne. . . .	29 p. 9
— en mesures françaises. . . .	0,76 centim.
Température moyennne (56°,1 Fahr.).	13,5° centigr.

Vents généralement du nord.

Electricité atmosphérique-positive.

Dans le nord de l'Angleterre, à Newcastle, comté de Northumberland, 133 cas se sont montrés dans la première et la seconde semaine de septembre. 53 malades avaient succombé le 14.

A Hexham et à Morpeth, villes situées dans le même comté et à quelques lieues seulement de Newcastle, on avait aussi noté 2 morts causées par le choléra, 1 dans chaque localité.

A Hartlepool, petit port du comté de Durham, 2 marins étrangers ont succombé à la même maladie.

A l'autre extrémité de l'Angleterre, à Liverpool, 3 émigrants venant de Hambourg avaient également péri avant le 10 courant, ainsi que nous l'avons dit dans le dernier numéro.

Enfin, pour compléter les nouvelles apportées aujourd'hui par les journaux sur ce triste sujet, ajoutons que le samedi 10 septembre un homme âgé de cinquante-cinq ans étant venu à mourir du choléra en quelques heures dans le faubourg de Southark, à Londres, où le choléra fit tant de ravages en 1849, une enquête fut instituée par l'autorité, et l'invasion de la maladie attribuée aux mauvaises conditions hygiéniques où s'était trouvé le malade sous le rapport de l'habitation.

— Ajoutons encore, d'après le *Constitutionnel*, que les décès se seraient élevés à 27 à Gateshead et à Hillquay.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Stéthoscope Giraud.

Pour complément à ce que nous avons dit le 3 septembre sur le stéthoscope du docteur Giraud, dont nous publions le dessin, nous ajouterons que l'auteur le regarde comme susceptible de remplacer efficacement la ligature dont on se sert usuellement dans la pratique de la phlébotomie.

Suivant lui encore, on ne peut rien trouver de plus approprié que le tube de l'instrument pour l'insufflation médiate de l'air dans les poumons, quand il se présente un cas d'asphyxie imminente du fœtus au moment de sa naissance. En effet, ce n'est pas toujours par l'air émané de la poitrine de la personne qui insuffle dans le poumon de l'enfant ou de tout autre individu que l'on peut déterminer l'acte de l'hématose. Comme on le sait, cet air a perdu ses qualités essentielles en perdant l'oxygène, tandis que la colonne d'air contenue dans le tube stéthoscopique contient tous les éléments propres à la fonction respiratoire, et peut mettre en jeu cette fonction, qui n'attend souvent qu'une impulsion première.



Pour cette nouvelle application, il ne s'agit, chose très facile, que de dépouiller l'instrument de sa plaque auriculaire, d'enfoncer le bout en caoutchouc du tube dans une narine, si elle est assez ouverte pour l'admettre, de fermer l'autre narine en appuyant la pulpe d'un doigt sur l'aile du nez qui en forme la paroi externe, d'opérer l'occlusion de la bouche en serrant le maxillaire inférieur du sujet contre son maxillaire supérieur, et de souffler modérément dans le pavillon ou embout de l'instrument.

L'insufflation dilate les poumons, et la poitrine par conséquent. Une seule tentative suffit souvent. Dans le cas contraire, on réitère la même opération, en ayant soin après de faire une pression constrictive autour du thorax pour le vider de l'air introduit, et par des mouvements alternatifs d'insufflation et de pression on obtient une respiration artificielle qui doit avoir ses résultats si la vie n'est pas complètement éteinte.

Dans le cas où la narine de l'enfant est trop exiguë pour admettre le tube, c'est dans la bouche qu'on peut le placer ; et, en fermant toutes les issues par où l'air peut s'échapper, agir comme il a été dit.

On pourrait se servir du même moyen pour l'insufflation aérienne dans le cas de sidération anesthésique.

L'instrument, que nous avons vu chez M. Mathieu, fabricant d'instruments de chirurgie, à qui M. Giraud en a confié la confection, a acquis par les soins et l'habileté bien reconnue de cet honorable industriel, un degré de perfection auquel l'inventeur lui-même se plaît à rendre justice.

Arrivé à ce point, le stéthoscope en question devient un objet plein d'utilité dans la pratique médicale, chirurgicale et obstétricale à la fois. C'est une raison pour que nous ayons à nous féliciter d'en avoir eu la première communication.

Thoracentèse dans un cas d'épanchement pleurétique aigu. — Thoracentèse avec injection iodée dans un cas d'hydropneumothorax.

Deux malades actuellement couchés dans les salles de M. Andral, l'un au n° 4 de la salle Saint-Félix, l'autre au n° 30 de la salle Saint-Vincent, présentent un vif intérêt au double point de vue pathologique et thérapeutique.

La malade couchée au n° 30 de la salle Saint-Vincent est une jeune femme de vingt ans qui est entrée à l'hôpital le 31 août, malade depuis l'avant-veille. Elle avait un point de côté au-dessus du rebord des fausses côtes du côté gauche ; cette douleur n'a pas tardé à se propager à toute l'étendue de ce côté de la poitrine, dans les espaces intercostaux. Elle était accompagnée de toux, de dyspnée et de fièvre intense. Malgré l'absence des signes physiques, M. Andral n'hésita pas à diagnostiquer une pleurésie. Dès le troisième jour, en effet, ce diagnostic fut pleinement confirmé ; l'obscurité du son et l'absence de bruit respiratoire dans une grande étendue, depuis l'angle inférieur de l'omoplate jusqu'à la base du thorax, ne laissaient plus le moindre doute sur l'existence d'un épanchement pleurétique. Le jour suivant, la matité était absolue.

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

De la dyssenterie, par M. le docteur A. FOUQUET (de Vannes).

La dyssenterie, cette terrible et meurtrière affection qui décime les populations des pays chauds, et principalement les colons européens, mais qui est loin d'être inconnue dans nos pays, où on l'a observée épidémiquement plus d'une fois, la dyssenterie a déjà été le sujet de nombreuses et d'intéressantes dissertations. Pour ne citer que quelques auteurs, Sydenham, Pringle, Willis, Stoll, Copland en ont longuement parlé, et il semblerait qu'après ces maîtres il ne restait pas beaucoup à dire. Voici un de nos savants confrères de province, ancien chirurgien de marine, qui, après avoir observé la maladie sous bien des latitudes différentes, au Mexique, en Espagne, à Brest, à Toulon, à Alger et en Portugal ; après en avoir fait l'objet de sérieuses méditations, pense que les théories exposées jusqu'ici sur ce sujet sont toutes plus ou moins éloignées de la vérité, et en propose aux praticiens une nouvelle, qu'il appuie sur des faits nombreux et sur une interprétation différente des phénomènes constatés par tous.

M. Fouquet commence son livre par une exposition historique des travaux antérieurs au sien ; il établit par une argumentation serrée autant que logique que la dyssenterie n'est, comme l'ont pensé ses devanciers, ni un rhumatisme intestinal, ni une exulcération produite par la bile ou par d'autres humeurs âcres ou putrides, ni une fièvre qui se jette sur les intestins, ni une inflammation franche ou spéciale du côlon, ni une éruption pustuleuse produite dans les intestins par un acarus. Qu'est-ce donc que la dyssenterie ? se demande-t-il enfin ; et la réponse à cette question, développée avec le plus grand soin, comme aussi les déductions qu'il en tire relativement au traitement, forment la seconde partie, la plus intéressante sans contredit de l'ouvrage que nous avons sous les yeux.

Pour M. Fouquet, la dyssenterie est une névrose spasmodique clonique, dont le siége est dans le grand sympathique et dont le théâtre pathologique est dans le gros intestin. Et avant de passer plus loin, il définit la névrose une maladie dont le siége évident, à en juger par les symptômes, réside dans quelques parties du système nerveux, sans altération visible primitive de ce système ; mais il admet aussi qu'à la longue les névroses déterminent dans les organes qui en sont le théâtre des altérations étrangères à leurs manifestations. Il définit également le spasme tout mouvement désordonné de la fibre musculaire correspondant à l'exagération morbide de la force motrice intérieure ou viscérale ; la convulsion est l'exagération morbide de la force motrice extérieure ou volontaire.

C'est dans cette première proposition que réside l'originalité du travail de M. Fouquet. Presque tous les auteurs ont bien admis que dans la dyssenterie il existait une lésion de la sensibilité ; mais, pour eux, cette lésion était secondaire ; pour lui, la dyssenterie est une affection nerveuse primitive et essentielle, une névrose générale de la vie organique à laquelle la vie animale finit par ne pas rester étrangère. Cette proposition, quelques personnes l'ont repoussée, parce qu'elle ne s'appuie pas principalement sur les nécropsies ; mais, répond l'auteur, et avec quelque raison, ce nous semble, est-ce que les névroses dépendantes d'un trouble fonctionnel et non d'une lésion de tissus se prouvent par des nécropsies ? Une théorie raisonnée qui s'appuie sur l'anatomie normale, sur l'anatomie pathologique, sur les lois physiologiques et thérapeutiques, sur les observations cliniques, qui tient compte des causes et des effets, qui accepte et discute sérieusement tous les faits admis, toutes les opinions sérieuses, doit-elle être repoussée par cela seul que des autopsies ne seraient pas produites pour en établir la validité ?

Pour l'auteur encore, dans la dyssenterie, il y a diminution de la sensibilité générale, exaltation du mouvement contractile et augmentation de sécrétion du mucus intestinal. Ces troubles nerveux sont sympathiques, à son avis : l'hypersécrétion intestinale ne peut avoir lieu sans dommage pour l'économie, qu'elle fatigue, et surtout pour les muqueuses qui la produisent et la contiennent ; mais il pense que ces sécrétions ne produisent pas à elles seules les ulcérations de la muqueuse, tout au plus en favorisent-elles la formation. A ses yeux, les ulcérations intestinales reconnaissent pour cause principale les contractions musculaires que sollicite l'affection des plexus.

De tout ceci devait, si l'auteur était conséquent avec lui-même, résulter l'indication suivante : faire cesser les troubles nerveux, calmer l'irritabilité musculaire pour obtenir la guérison des altérations matérielles qui en sont la suite, et c'est en effet ce que M. Fouquet pose en principe. La médication antispasmodique, remédiant aux désordres musculaires en exaltant la sensibilité générale, remplit mieux que toute autre les indications de cette grave affection.

Nous aurions bien ici une question à adresser à l'auteur, à savoir : s'il existe bien réellement en thérapeutique des médicaments auxquels on puisse attribuer des propriétés antispasmodiques ? Pour nous, nous n'en connaissons guère de certains dans cette foule de préparations qui composent, dans les livres, la classe si nombreuse des antispasmodiques. Ce ne serait pas, du reste, la seule objection que nous pourrions faire au travail de M. Fouquet ; mais nous ne voulons ici que rester historien fidèle, donner une idée des doctrines de l'auteur, qui sont loin d'être les nôtres, au moins quant à l'ordre de succession des phénomènes. Un espace aussi restreint que celui qui nous est accordé ne nous suffirait pas pour discuter une question aussi importante.

Une fois obtenue, suivant l'auteur, la guérison des désordres nerveux primitifs, reste à guérir les lésions matérielles dont il soutient qu'ils ont été la cause. Le nitrate d'argent, depuis longtemps reconnu pour le meilleur agent de cicatrisation des muqueuses, doit être employé, à ce qu'il pense, pour combattre les lésions intestinales que la dyssenterie laisse après elle. Ces lésions ne sont, pour lui, que tout à fait secondaires, et il emploie le nitrate d'argent non contre la dyssenterie, qu'il traite par les seuls antispasmodiques, mais contre ses effets.

Enfin, le ténesme est, à son avis, le symptôme le plus certain pour diagnostiquer une dyssenterie et en pronostiquer l'issue. Cette dernière conclusion de l'auteur n'est rien moins que probante. Que l'on remarque bien que nous ne disons pas qu'elle est fausse ; mais elle ne prouve rien, ni pour ni contre l'assertion de l'auteur ou celle de ses adversaires. Le ténesme est une preuve de la gravité de l'affection, soit ; mais est-il la cause ou l'effet des altérations intestinales ? Et ne serait-on pas aussi fondé à soutenir qu'il est en raison directe de la profondeur, de l'étendue des ulcérations, que de prétendre que ces dernières sont en raison de la violence du ténesme ?

Quelle que soit l'opinion des praticiens, nous les engageons à lire le livre de M. Fouquet. Ce ne sera ni sans intérêt ni sans fruit que l'on aura pris connaissance d'un travail original sous plus d'un rapport, fait par un observateur consciencieux et convaincu, qui aura pu se tromper, mais qui l'aura fait de bonne foi. Dr A. F.

A dater de ce jour, la fièvre prit une intensité extrême, et il survenait de temps à autre des accès de dyspnée allant presque jusqu'à la suffocation. La fréquence du pouls et de la respiration, la dyspnée, la chaleur de la peau, la turgescence fébrile de la face, l'anxiété, en un mot l'état général de la malade, et notamment les symptômes réactionnels, avaient acquis une intensité qui paraissait au premier abord disproportionnée avec l'étendue et le degré de la lésion locale, limitée à un seul côté. Cette circonstance pourrait peut-être trouver son explication dans une complication hystérique. Depuis plusieurs années, cette jeune femme était en proie à des accès d'hystérie dont elle présentait encore en ce moment quelques traces, notamment une anesthésie persistante du côté gauche de la face. Quoi qu'il en soit de ce rapport, l'état de cette malade réclamait une médication active. Deux ou trois saignées consécutives n'avaient apporté aucun amendement. Loin de là, la fièvre semblait aller toujours croissant; et le 9 septembre, c'est-à-dire le dixième jour de séjour de la malade à l'hôpital et le douzième de l'invasion de la maladie, le pouls était à 120, la respiration à 64, et sitôt que la malade faisait le moindre mouvement, lorsqu'on la plaçait sur son séant, par exemple, la respiration s'accélérait jusqu'à 80, et il survenait alors une véritable anhélation et un malaise tel qu'il était impossible de la laisser longtemps dans cette position; et cela bien qu'il n'y eût pas eu d'augmentation sensible dans l'épanchement, dont la limite supérieure était toujours à peu près la même, et sans qu'il y eût aucun déplacement d'organe, les battements du cœur se faisant sentir dans leur limite normale.

En présence de la gravité de cet état général, M. Andral prescrivit la thoracentèse, qui fut pratiquée le jour même avec la canule et par le procédé Reybard. La ponction donna issue à un peu plus d'un litre d'un liquide citrin. A peine l'opération venait-elle d'être terminée que la malade en éprouva un grand soulagement et un bien-être presque instantané. La fièvre tomba presque aussitôt, et, bien que depuis quelques jours l'épanchement paraisse se reproduire, la fièvre n'a plus reparu et la malade continue à jouir du même bien-être. On n'a pas eu à signaler le moindre accident à la suite de cette opération. Quant à la reproduction de l'épanchement, on lui oppose en ce moment de larges vésicatoires. La guérison prochaine de cette malade n'est pas douteuse.

Le second malade sur lequel nous désirons appeler l'attention de nos lecteurs est un homme d'une trentaine d'années environ, chez lequel on a constaté lors de son entrée à l'hôpital tous les signes d'un hydropneumothorax du côté gauche (sonoréité tympanique vers le haut de la poitrine, matité dans les deux tiers inférieurs environ; bruit de flot manifeste par la succussion, que le malade produit et perçoit lui-même avec une grande facilité; déplacement du cœur à droite de la ligne médiane). L'origine de cet épanchement, s'il faut s'en rapporter aux dires du malade, remonterait à une pleurésie dont il a été atteint il y a deux ans. On ne constate d'ailleurs aucun signe de tuberculisation, et, bien que l'affection remonte à une date aussi éloignée, le malade conserve encore un certain état d'embonpoint et de forces qui semblerait exclure l'idée d'une perforation pulmonaire ou qui contraste du moins avec la gravité de cette lésion. Nous reviendrons plus tard sur ce point de diagnostic, ainsi que sur quelques autres particularités intéressantes de cette observation, dont nous avons dû nous borner à indiquer les traits principaux pour en venir de suite au point pratique qui en constitue le principal intérêt.

Après quelques jours de repos, on a pratiqué à ce malade une ponction avec la canule Reybard; il est sorti par la canule un litre et demi environ de pus blanc, crémeux, bien lié et sans odeur. Huit à dix jours après, deux autres ponctions ont été pratiquées à quelques jours d'intervalle, et chacune de ces ponctions a été suivie d'une injection iodée, d'après la méthode et la formule indiquées récemment par M. Aran et que nous nous proposons de faire connaître incessamment.

Le seul fait que nous ayons à constater dans ce moment, c'est l'innocuité parfaite de chacune de ces injections et le soulagement qu'a éprouvé le malade à la suite de chacune des ponctions qui lui ont été pratiquées. Le résultat définitif de ce traitement n'est pas acquis encore; mais un semblable résultat immédiat est déjà assez important par lui-même pour que nous ayons cru devoir le signaler immédiatement.

Des deux faits que nous venons de rappeler sommairement, le premier compte déjà d'assez nombreux précédents, et les résultats sont suffisamment connus pour qu'on puisse considérer comme jugée la question de l'innocuité et de l'utilité de la thoracentèse pratiquée avec les précautions et avec toutes les garanties de sécurité de la méthode dite sous-cutanée, sous la réserve, bien entendu, d'en établir nettement les indications. Quant au second fait, il soulève des questions trop importantes pour qu'il soit possible de les examiner incidemment. Nous attendrons le résultat définitif pour le juger, et nous saisirons cette occasion pour apprécier d'après les faits déjà publiés la valeur et les indications de la méthode dont il s'agit.

Cuvette hémorrhoïdaire.

Nous avons assisté hier à l'Hôtel-Dieu, service de M. Jobert, à la cautérisation d'un bourrelet hémorrhoïdal considérable chez un homme de quarante-cinq ans environ. L'opération, pratiquée avec le caustique de Vienne, a été favorisée par l'application d'un instrument aussi simple qu'ingénieux imaginé depuis peu par M. Jobert.

Cet instrument, construit par M. Charrière, consiste en deux plaques minces, recourbées et larges de 2 centimètres et demi, en maillechort ou en argent, qui sont articulées entre elles en un point et se rapprochent et s'écartent à volonté. Après avoir embrassé le bourrelet hémorrhoïdal, on rapproche les branches de l'instrument, dont les bords internes sont mousses; de cette manière, le bourrelet est saisi et entouré de tous côtés comme par une cuvette; le caustique est alors appliqué avec sûreté et sans aucun danger de se répandre sur la peau et sur l'ouverture de l'anus. Après l'avoir laissé séjourner le temps nécessaire, le caustique est enlevé avec la spatule et la partie lavée avec soin; l'instrument est alors retiré.

Ce procédé nous a paru peu douloureux et offre, ainsi que nous l'avons dit, l'avantage de préserver entièrement les parties voisines. Nous reviendrons sur ce sujet.

HOPITAL MILITAIRE DE STRASBOURG.

M. Sédillot.

Calcul vésical dont le noyau était formé par un fragment de tuyau de pipe. — Brisement de la pierre par écrasement et percussion en deux séances. — Guérison complète et immédiate sans accident.

(Observation recueillie par M. le docteur Jacquin, médecin aide-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Strasbourg.)

S... (François), âgé de trente-trois ans, soldat au 62e régiment de ligne, fut envoyé à l'hôpital militaire le 20 mars 1853 et couché au lit 23 de la salle 5. Ce malade avait présenté des symptômes de cystite, d'hématurie, de rétention d'urine, et avait paru assez gravement atteint pour être hospitalisé.

Voici quels étaient les antécédents :

S..., d'après son propre récit, avait une gonorrhée en 1852 et la combattait par des injections pratiquées au moyen d'un tuyau de pipe. Un mouvement brusque et involontaire détermina, le 30 octobre 1852, la rupture du tuyau, dont un fragment de 3 centimètres environ de longueur resta engagé dans l'urètre et ne put être retiré.

Bientôt survinrent de fréquents besoins d'uriner avec sentiment d'ardeur et de cuisson dans le canal; dysurie et urines sanguinolentes, puis le malade rendit à plusieurs reprises du sang pur, et il fut dirigé sur l'hôpital le 13 novembre 1852.

A cette époque, S... raconta les faits que nous venons d'exposer, et il fut sondé par plusieurs personnes, qui ne constatèrent la présence d'aucun corps étranger ni dans l'urètre, ni dans la vessie. Le traitement consista dans quelques applications de sangsues au périnée, en bains, boissons rafraîchissantes, diète végétale, etc., et un mois plus tard S... n'éprouvant plus aucun accident, quitta l'hôpital et rentra à son corps, où il reprit du service.

Ce temps de calme et d'apparente santé fut de courte durée. Les souffrances reparurent dans les premiers jours de 1853. Miction de nouveau difficile et fréquente pendant la nuit; urines troubles, légèrement catarrhales, parfois teintes de sang; dépôt abondant de mucosités purulentes, douleurs lombaires et abdominales, hématurie et amaigrissement.

C'est dans ces conditions que S... fut envoyé, comme nous l'avons dit, à l'hôpital, le 20 mars 1853.

Diverses tentatives de cathétérisme faites avec beaucoup de précaution et de douceur ayant été infructueuses, M. Sédillot fut appelé auprès du malade pour constater quelle pouvait être la nature de l'obstacle, et quels moyens étaient les plus convenables pour en triompher.

M. Sédillot crut très distinctement reconnaître un corps étranger engagé dans le canal de l'urètre, un peu au-devant du col vésical, et ne douta pas de la sincérité du malade, qui renouvelait son premier récit et disait sentir le fragment de pipe pénétrer dans le canal ou retomber alternativement dans la vessie. M. Sédillot ne parvint pas ce jour-là à faire nettement constater par les personnes présentes le contact de l'algalie d'argent sur le corps étranger, mais les mêmes essais ayant été répétés le lendemain, MM. les docteurs Antoine, Courbassier, Tabouret et plusieurs autres assistants reconnurent comme nous, et comme l'avait déjà fait M. Sédillot, la présence du fragment dans l'urètre, et les avis furent unanimes sur la cause des accidents.

Quel était le traitement à instituer? Fallait-il recourir à l'urétrotomie ou repousser le corps étranger dans la vessie pour l'en extraire par la lithotritie ou par l'opération de la taille, ou pouvait-on aller le saisir dans l'urètre avec une pince, l'amener au dehors ou le briser pour en faciliter l'expulsion?

M. Sédillot pensa qu'il y aurait de l'avantage à dilater graduellement l'urètre, soit pour agir sur le calcul dans l'intérieur du canal, soit pour le pulvériser dans la vessie.

Des sondes en caoutchouc graduées et à courbure fine furent successivement introduites, d'abord avec un peu de douleur, plus tard sans obstacle. On donna ainsi au canal une assez grande ampleur pour recevoir des sondes de 10 millimètres de diamètre. On essaya de saisir le fragment avec des pinces de Hunter pendant qu'il était engagé dans l'urètre, mais on ne put y parvenir, et l'on se demanda s'il fallait recourir à l'opération de la boutonnière ou à la lithotritie.

M. Sédillot a obtenu trop de succès de l'urétrotomie (voir la thèse de M. le docteur Chasles, médecin aide-major, Strasbourg, 1853) pour redouter l'incision de l'urètre, et cette opération est à ses yeux peu dangereuse lorsqu'elle est pratiquée dans des conditions favorables et par une main exercée. Mais il en était éloigné par la crainte du déplacement du calcul. Si ce dernier fût retombé dans la vessie pendant les tentatives d'extraction, il eût fallu tailler le malade, ou le lithotritier sans tirer aucun avantage de l'urétrotomie, qui n'eût plus été qu'une complication inutile et regrettable. Il était manifestement préférable de saisir le moment où le calcul serait dans la vessie pour en opérer le broiement, et, dans le cas où l'on en eût reconnu la présence dans l'urètre, on pouvait le repousser, soit avec une grosse sonde, soit au moyen d'une simple injection.

Le 5 mai, le malade ayant été chloroformé en présence de MM. Antoine, médecin principal; Martenet et Bolu, médecins majors; Tabouret et Tisserand, médecins aides-majors, et de MM. les sous-aides de l'hôpital, M. Sédillot engagea dans la vessie le percuteur de M. Heurteloup, modifié par M. Charrière, et saisit facilement et à plusieurs reprises le calcul, dont le plus grand diamètre ne donna pas aux branches de l'instrument plus de 3 centimètres d'écartement. M. Sédillot chercha, par la pression de la main ou au moyen du pignon à crémaillère, à écraser le corps étranger, mais il n'y parvint pas, et il dut recourir à la percussion pour faire éclater le fragment de pipe, dont la dureté et la consistance étaient très considérables. Trois fois la percussion avec un marteau de plomb fit éclater le calcul, dont les débris furent ensuite repris et broyés. Les cuillers du percuteur furent ensuite rapprochées par quelques coups de marteau, et l'instrument retiré fut dégagé dans un vase rempli d'eau de tous les détritus qui étaient restés engagés entre les deux branches. M. Sédillot répéta la même manœuvre sept ou huit fois en portant le percuteur dans la vessie, le chargeant de débris du calcul, et le réintroduisant après l'en avoir débarrassé. Deux fois le malade, trop faiblement chloroformé, eut des contractions de la vessie qui amenèrent la vacuité de cet organe, et deux fois on remplaça le liquide expulsé par des injections d'eau tiède.

Ces différents temps ayant duré plus de trente minutes, M. Sédillot ne voulut pas les continuer davantage et il fit reporter le malade à son lit, en lui prescrivant des boissons adoucissantes et une saignée conditionnelle, s'il présentait quelque réaction.

Les débris du calcul se composaient de deux substances : l'une, grisâtre, friable, homogène, résultant d'un dépôt calcaire opéré autour du noyau primitif; l'autre, dure et fragmentée, provenant du tuyau de pipe. On en reconnaissait aisément la forme cylindrique et la cavité intérieure, dont les parois avaient conservé la coloration rougeâtre qu'imprime le passage de la fumée du tabac.

Le malade, revenu à lui, n'accuse aucune douleur. Il rend dans la journée une assez grande quantité de bouillie calcaire et quelques fragments irréguliers.

Deux jours plus tard (7 mai), M. Sédillot, voyant que le malade n'avait aucunement souffert de sa première séance de lithotritie, procéda de nouveau à la recherche et au brisement des derniers débris du calcul, en présence des mêmes personnes et du docteur Aronssohn, de ses fils, et de quelques élèves internes et externes de l'hôpital civil.

Le malade fut chloroformé, et l'introduction du percuteur ayant été empêchée dès l'abord par la présence d'un fragment volumineux engagé dans l'urètre, M. Sédillot le repoussa facilement dans la vessie au moyen d'une simple injection d'eau tiède. Il saisit alors à plusieurs reprises les restes de la pierre, en rompit à coups de marteau les portions les plus résistantes, écrasa les autres, qui éclataient sous les cuillers de l'instrument avec un bruit sec, et bientôt les explorations les plus attentives ne firent plus rencontrer aucune trace du calcal, qui avait été complétement réduit en détritus pulvérulent ou en parcelles d'un assez petit volume pour être expulsées sans peine par la miction. Le malade, revenu à lui, n'éprouva pas d'accident, n'eut même point de réaction fébrile, rendit beaucoup de bouillie calcaire et se sentit débarrassé de toute gêne et de toute douleur dans l'excrétion urinaire. Le jet du liquide était large et régulier, le besoin d'uriner fréquemment disparut et la nuit fut parfaitement calme. Le lendemain, S... accuse de l'appétit, se lève et se promène une partie de la journée, rend des urines claires et limpides sans aucun dépôt, et se montre très joyeux de sa guérison. Depuis ce moment plusieurs cathétérismes explorateurs furent pratiqués, et donnèrent la certitude qu'il ne restait aucun débris du calcul dans la vessie.

Un régime alimentaire substantiel fut accordé au malade pour réparer ses forces que ses longues souffrances avaient affaiblies, et S... fut renvoyé à son corps le 21 mai, où il a repris son service et continue à se bien porter.

Cette observation nous paraît remarquable par la nature du calcul, le choix et les conditions de l'opération et la rapidité de la guérison.

Les aberrations du sens génital offrent des exemples si communs que les praticiens les acceptent sans étonnement et sans surprise et s'occupent seulement d'en faire disparaître les tristes et déplorables conséquences. Que de fois on a trouvé au centre d'un calcul une paille, un cure-oreille, une épingle à cheveu, un étui, une épingle ou épinglette servant à déboucher la lumière des fusils, une tige de bois, etc.! Ce sont particulièrement les femmes, dont l'urètre offre un plus grand diamètre, qui sont sujettes à ces accidents, et, lorsqu'on en reconnaît la nature, on évite d'adresser aux malades d'inutiles et indiscrètes questions sur les causes de leur affection. On accepte leurs explications quelles qu'en soient les invraisemblances, et on leur épargne ainsi des aveux difficiles et compromettants. Ne sait-on pas que dans la voie de la manie érotique les faits les plus incroyables ont été maintes fois constatés. Les recueils périodiques relatent une foule d'opérations nécessitées par la présence de corps étrangers de toute forme et de toute nature : pots à pommade, fioles de verre, calebasses, timballes, verres à boire introduits et enclavés dans le rectum et le vagin. Chopart ne raconte-t-il pas qu'un berger, livré aux fureurs de l'onanisme, s'était peu à peu fendu en deux segments longitudinaux la totalité de la verge à force de multiplier les petites entailles qu'il se faisait avec son couteau pour activer et exalter ses jouissances. Le même fait n'a-t-il pas été présenté par un homme qui se faisait tailader le scrotum pendant ses rapports sexuels et qui eut un jour les bourses presque entièrement coupées par une fille sans s'en être aperçu et sans autre sensation que celle d'une suprême volupté?

On ne sera donc pas surpris de l'apparente confiance accordée au récit du malade. Il était de toute évidence qu'un tuyau de pipe n'avait pu servir à des injections, et les accidents survenus et le danger étaient une punition assez sévère pour prévenir probablement toute rechute des mêmes écarts.

On remarquera la nature des symptômes, tels que les mucosités catarrhales, la cystite, l'hématurie, dus probablement aux irrégularités du calcul.

La lithotritie était manifestement l'opération la mieux indiquée. Le jeu des instruments était beaucoup plus libre et moins dangereux dans la vessie que dans l'urètre, et il n'y avait pas à balancer entre une opération aussi simple et les complications habituelles ou possibles de la cystotomie chez l'adulte.

Les chirurgiens ne semblent pas d'accord sur l'avantage de la chloroformisation dans la lithotritie, et cette dissidence tient évidemment à la manière dont on conduit l'anesthésie. Nous lisions dernièrement les objections d'un médecin qui repoussait le chloroforme par la crainte des mouvements brusques et involontaires auxquels pouvait se livrer le malade pendant les manœuvres opératoires; cette supposition n'est pas fondée. Il suffit d'arriver à la résolution musculaire pour obtenir l'immobilité la plus absolue, et telle est la pratique que l'on suit pour tous les malades chloroformés aux cliniques de M. Sédillot.

On pourrait croire que les sensations du malade sont utiles et qu'elles peuvent prévenir des manœuvres trop brusques, le pincement de la vessie, etc. C'est une erreur. Les impressions accusées par les malades sont confuses et sans importance, et leurs craintes et leur vive sensibilité nuisent à la liberté du chirurgien.

La raison sur laquelle insiste M. Sédillot pour recourir aux anesthésiques est le relâchement produit dans le canal de l'urètre et dans le col et le corps de la vessie. Les instruments pénètrent avec infiniment plus de facilité, sont dirigés avec plus de sûreté, et l'homme de l'art, n'ayant à consulter que ses propres sensations, est moins sujet à se tromper.

Les cas d'innocuité des manœuvres lithotritiques sont très fréquents. M. Sédillot nous a raconté l'histoire d'un malade qui était venu chez lui se faire lithotritier et avait pu et voulu s'en aller à pied. On en citerait aisément beaucoup d'autres exemples; cependant on doit considérer comme exceptionnelle l'absence complète d'accident à la suite du brisement du calcul par percussion énergique et répétée, comme on le fit sur S... Malgré l'introduction réitérée des instruments et l'extraction à chaque séance d'une assez grande quantité de détritus calcaire entre les cuillers du percuteur reporté sept ou huit fois dans la vessie, il n'y eut ni douleur ni mouvement fébrile, et les organes urinaires reprirent leur normalité organique et fonctionnelle aussitôt que les derniers débris du calcul eurent été expulsés.

La précaution de maintenir toujours la vessie distendue par un liquide a donné plus de liberté et d'innocuité aux manœuvres et n'a pas été sans influence sur l'heureuse issue de l'opération. La connaissance que l'on avait de la nature et de la forme du corps étranger, formé d'un noyau très dur et d'un dépôt consécutif mou et friable, expliqua les différences de résistance rencontrées par l'opérateur, et permet également de comprendre comment le calcul, d'un diamètre de plusieurs centimètres en longueur, pouvait néanmoins pénétrer dans l'urètre en s'y engageant par une de ses extrémités.

M. Sédillot voudrait voir accomplir dans la fabrication de l'instrument de M. Heurteloup un perfectionnement que l'on n'est pas encore parvenu à réaliser complétement. Les premières cuillers de l'inventeur étaient pleines; les détritus calcaires s'y accumulaient en s'y tassant, et il devenait quelquefois difficile de les retirer; l'opérateur était alors exposé aux plus grands embarras et pouvait se trouver dans la nécessité, après avoir rapproché par percussion les deux cuillers, de les extraire avec violence. M. Le Roy a proposé une sorte de rateau pour débarrasser les cuillers; mais cette modification compliquait trop la manœuvre et n'a pas été adoptée. Sir Henry perça la branche femelle ou la cuiller évidée de trois trous, que M. Charrière convertit en une large fenêtre au travers de laquelle les débris du calcul semblaient devoir facilement passer; malheureusement il n'en est pas toujours ainsi, et l'accumulation des débris du calcul se fait entre les points de rencontre de l'instrument, qui n'écrase plus que les gros fragments. Un jeune docteur polonais a imaginé une lame métallique, en forme de ressort, qui occupe le fond de la cuiller femelle et en est éloignée par traction, de manière à rejeter au dehors le détritus du calcaire; mais l'expérience n'a pas confirmé les avantages de ce moyen, et le problème reste à résoudre et doit appeler l'attention des hommes de l'art. En attendant que la solution en soit trouvée, nous croyons indispensable, comme le conseille M. Sédillot, de surveiller attentivement le degré de rapprochement des deux cuillers et de retirer l'instrument aussitôt qu'on éprouve de la difficulté à en rapprocher complétement les branches. Agir autrement serait s'exposer à ne plus pouvoir retirer l'instrument sans contusions ou déchirures du col vésical et de l'urètre, et on a vu ces accidents devenir mortels.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

ADDITION A LA SÉANCE DU 31 AOUT 1853.

Suite de la discussion sur le rapport de M. Robert.

M. Denonvilliers. Ce n'est point comme membre de la Commission, et pour défendre ses conclusions, que je prends la parole; c'est comme membre de la Société, désireux seulement de présenter quelques observations qui me paraissent utiles. Pas plus que M. Larrey, bien que nos noms figurent en tête du rapport, je n'ai contribué à la confection de ce document. Cet important travail est l'œuvre de notre honorable collègue M. Robert; à lui seul en revient tout le mérite, à lui aussi la responsabilité. La justice exigeait cette déclaration, qui servira d'ailleurs à expliquer les différences que l'on pourra remarquer entre notre propre manière de voir et quelques-unes des opinions exprimées dans le rapport.

Après avoir établi, par la citation d'un certain nombre de faits, la réalité d'accidents graves et même mortels imputables à l'usage du chloroforme, M. le rapporteur se demande de quelle manière la mort a pu survenir dans ces cas funestes, et il se montre disposé à admettre, contrairement aux idées développées dans un travail approuvé jadis par l'Académie de médecine, que les accidents ont bien moins souvent dépendu d'une asphyxie que d'une syncope ou d'une sorte de sidération de l'organisme. En ce point, mon opinion se rapproche beaucoup de celle de notre collègue. Je ne pense pas que les accidents liés à la suspension ou au trouble de la respiration, accidents dont les variétés et le mode de production vous ont été bien exposés par M. Maisonneuve, surviennent avec assez de soudaineté et marchent assez rapidement pour que le chirurgien ne puisse pas les saisir dès leur début, et il me paraît toujours possible d'en prévenir les suites et de les maintenir, par conséquent, à l'état d'accidents modérés, ou même légers, en interrompant, aussitôt qu'on les a vus paraître, l'administration du chloroforme, pour ne la reprendre qu'après que la respiration est redevenue calme et régulière. Les accidents qui se rattachent à la syncope ont un caractère plus fâcheux. Leur invasion est si brusque, si imprévue, leurs progrès si instantanés, que le chirurgien, surpris en quelque sorte, peut trouver, au moment d'agir, toutes les grandes fonctions entravées, et la vie suspendue, sinon déjà éteinte, dans l'organisme entier. La syncope est donc, suivant moi, bien plus à redouter que l'asphyxie. Cette opinion, je l'ai puisée, je dois le dire, dans mes observations personnelles et dans mes réflexions, plutôt que dans la lecture des faits consignés jusqu'ici dans la science; car la plupart des récits manquent, à mon avis, et pour des raisons que j'indiquerai plus loin, des détails les plus indispensables, de ceux, par exemple, qui se rapportent à l'état de la circulation; ou, si ces points y sont abordés, ce n'est pas avec la précision qui serait nécessaire pour entraîner la conviction et pour motiver des conclusions relativement à la question en litige.

Quoi qu'il en soit, des accidents très graves, des accidents mortels ont été incontestablement observés, et ils se sont, ajoute M. le rapporteur, tellement multipliés, qu'il est du devoir de la science de rechercher s'il n'existe pas quelques précautions à prendre pour en prévenir ou en combattre les terribles effets. A cette double question, la réponse est négative; et cependant M. le rapporteur conclut que le chloroforme est désormais acquis à la pratique, et qu'il ne dépend plus de personne d'en empêcher l'usage.

C'est là la partie fondamentale du rapport; c'est aussi celle qui a soulevé les plus vives critiques, et qui a eu, il faut en convenir, la plus singulière destinée. Parmi ceux qui ont pris part à la discussion, les uns, en effet, ont approuvé les prémisses, mais ils ont attaqué les conclusions, et les autres n'ont adopté les conclusions qu'après avoir blâmé les prémisses. Ne serait-on pas tenté de penser, d'après cela, qu'il existe quelque contradiction entre ces prémisses et ces conclusions? Pour ma part, je ne le pense pas, quoique je n'admette qu'avec beaucoup de réserve, ainsi qu'on le verra plus loin, ce qui a été dit par M. le rapporteur touchant l'impossibilité de prévenir et de combattre les accidents causés par le chloroforme.

Quatre-vingts cas de mort! C'est assurément un chiffre très élevé, trop, beaucoup trop élevé, au point de vue de l'humanité; et c'est ce sentiment qui a inspiré M. le rapporteur et quelques membres de la Société lorsqu'ils se sont récriés contre l'énormité de ce chiffre. Mais est-il bien sûr que tous les accidents attribués au chloroforme aient été réellement produits par lui? Les observations judicieuses de M. Larrey, que la Société vient d'entendre avec tant de plaisir, ne sont-elles pas de nature à faire quelque impression et à éveiller au moins le doute dans les esprits? Si l'on songe d'ailleurs que cette liste d'accidents a été dressée, comme l'a bien établi l'un de nos collègues, à l'aide de documents recueillis dans toutes les parties de l'univers pendant une période de six années, et après des expériences de chloroformisation qu'on peut dire innombrables, ne sera-t-on pas disposé à soutenir, avec M. Giraldès, que ce nombre de quatre-vingts, si effrayant au premier coup d'œil, n'est pas, après tout, considérable aux yeux de la science? Quant à moi, mon opinion à cet égard est formelle, et je pense qu'en se plaçant même au point de vue de M. le rapporteur, c'est-à-dire en admettant le chiffre de quatre-vingts morts, l'impossibilité de prévoir et de prévenir les accidents avant leur apparition, et celle d'y remédier après leur invasion, on peut encore, sans imprudence, se prononcer en faveur de l'application du chloroforme.

La sévérité du jugement n'est jamais plus nécessaire et plus louable, j'en conviendrai volontiers, que lorsqu'il s'agit d'introduire dans la pratique un moyen nouveau et puissant; et nul n'est plus que moi disposé à résister, en pareille matière, à des entraînements irréfléchis; mais si l'on taxe de témérité ceux d'entre nous qui resteraient fidèles au chloroforme, malgré les dangers irrésistibles qu'entraîne trop souvent son application, quel autre agent énergique pourra être conservé dans la thérapeutique? Quel moyen chirurgical trouvera grâce devant la critique? Que dira-t-on de l'emploi de l'opium, des mercuriaux, de la strychnine, et, pour choisir un exemple plus frappant, de la saignée elle-même, de ce moyen si universellement adopté, si anciennement et si solidement établi dans la pratique médicale?

La saignée n'expose-t-elle pas à des dangers de plusieurs sortes, aux dangers les plus graves et en même temps les plus variés, depuis les douleurs nerveuses, les lymphorrhagies, les angioleucites, jusqu'aux abcès, aux anévrismes, aux phlébites? Ces accidents ne sont-ils pas susceptibles d'occasionner la mort malgré tous les efforts de l'art? N'échappent-ils pas à toute prévision, et ne les a-t-on pas vus survenir après les saignées les mieux faites et chez les individus les moins prédisposés en apparence? Qui ne se rappelle ici notre infortuné camarade Maréchal, chirurgien de l'hôpital Necker, succombant à la fleur de l'âge à la suite d'une saignée de précaution? Et qu'on ne dise pas que ces faits sont exceptionnels: ils sont bien autrement fréquents que ceux qu'on impute au chloroforme. Que chacun fasse appel à ses souvenirs, et il retrouvera bien vite dans sa mémoire des exemples d'accidents graves ou mortels dus à la saignée. Pour mon compte, je n'ai jamais vu personne périr par l'usage du chloroforme, et je pourrais citer bien des cas de saignées malheureuses. Depuis six ans qu'on emploie le chloroforme dans les hôpitaux de Paris, on n'a pas assurément observé six cas de mort imputables au chloroforme; en pourrait-on dire autant de la saignée? Le fameux mot, que, dans toute application du chloroforme, se trouve posée une question de vie ou de mort, ce fameux mot, dont on a un peu abusé, est tout aussi vrai pour la saignée; il l'est autant pour toute opération, si petite qu'elle soit, pour la moindre incision, pour l'ablation d'un lipome ou d'une loupe; et pourtant tous les jours on fait sans hésiter ces petites opérations; tous les jours, sans se croire et sans qu'on se croie coupable d'imprudence, le moindre officier de santé pratique la saignée

Mais, dira-t-on, comment comparer la saignée, opération utile toujours, indispensable quelquefois, à l'emploi du chloroforme, moyen superflu dans la plupart des cas? Cette objection a déjà été plusieurs fois présentée et développée devant la Société. On a demandé quel service si grand le chloroforme a rendu à l'humanité, de quelle opération nouvelle, impraticable avant lui, il a doté la chirurgie, de quelle quantité il a abaissé le chiffre de la mortalité, en un mot, quel avantage réel et sérieux il présente pour contrebalancer ses extrêmes dangers. On pourrait répondre par l'énumération d'un certain nombre de lésions graves dont le chloroforme a facilité ou permis la guérison, difficile ou impossible même sans lui; rappeler les nombreux malades qui déjà lui ont dû la réduction de luxations simples ou compliquées de fractures; la rentrée de hernies étranglées qui compromettaient immédiatement leur existence, la guérison de tumeurs blanches qui les exposaient à d'affreuses mutilations, à une mort lente et douloureuse et que le chirurgien n'osait pas traiter par l'emploi énergique du fer rouge avant d'avoir un moyen de faire accepter cet agent si efficace, mais si terrible et si effrayant. On pourrait rechercher même si, comme le pensent quelques personnes, dont les opinions me paraissent au reste assez douteuses, les suites des opérations n'ont pas été avantageusement modifiées par l'usage du chloroforme. Mais, en laissant de côté tous ces arguments, je dirai que le chloroforme épargne aux pauvres patients les affreuses souffrances qui accompagnent les opérations, les horribles angoisses qui les précèdent, et que cette considération suffit à mes yeux, comme à ceux du malade, pour en justifier l'emploi. Supprimer la douleur ne paraît pas à quelques personnes un avantage suffisant pour contrebalancer les risques inhérents à la chloroformisation! C'est là, messieurs, souffrez que je vous le fasse remarquer, c'est là un des arguments les plus puissants en faveur de cette pratique bienfaisante. Grâce au chloroforme, dans le court espace de six années nous en sommes arrivés à ce point qu'on a oublié ce que c'est que la douleur des opérations: ne faut-il pas, en effet, l'avoir oublié pour en tenir si peu de compte? Qui de nous ne songe, en frémissant encore de souvenir, aux battements de cœur, aux cruelles inquiétudes que lui a causés, pendant ses insomnies, la seule pensée qu'il pourrait un jour être appelé par la maladie à livrer un de ses membres au couteau de l'opérateur? Ces agitations, tout le monde les comprend, tout le monde les a ressenties, des millions d'hommes les ont partagées; elles ont plus d'une fois troublé leur sommeil; et aujourd'hui, grâce à l'admirable découverte des anesthésiques, ces millions d'hommes vivent et reposent tranquilles dans la confiance que, si l'intervention de la chirurgie leur devient un jour nécessaire, cette intervention sera du moins exempte du cortége de douleurs qu'elle traînait jadis après elle.

Si l'on brave si facilement les dangers des chemins de fer, a dit un de nos honorables collègues, si, malgré ses dangers, cette institution se conserve, c'est qu'elle apporte en compensation à l'espèce humaine une masse considérable de bien-être; n'en est-il donc pas de même de la chloroformisation? me permettrai-je de répondre à notre collègue. La douleur n'est-elle pas aux yeux de la plupart des hommes le plus grand des maux, un mal pire que la mort elle-même? Et la plus grande, la première condition du bien-être n'est-elle pas l'exemption de la souffrance?

Qu'on n'argue donc pas de ce que l'emploi du chloroforme serait moins nécessaire que celui de la saignée ou de tel autre moyen thérapeutique: il est, suivant moi, d'une utilité tout aussi incontestable. Qu'on ne s'exagère pas non plus la portée des accidents observés à la suite de la chloroformisation; car les accidents ne sont ni plus inévitables, ni plus nombreux, ni plus graves que ceux qu'entraîne la saignée. Ils le sont au contraire beaucoup moins. Seulement, comme ils frappent d'une manière plus rapide et plus inattendue, ils sont plus facilement rapportés à l'opérateur, et jettent par là même plus d'effroi dans le public, plus d'hésitation dans l'esprit du chirurgien, plus de défaveur sur le moyen thérapeutique. Mais pour vous, messieurs, qui voyez le fond des choses, et ne vous laissez pas arrêter aux apparences, il vous appartient de découvrir et de montrer au monde médical la vérité dépouillée de ses voiles. Nul de nos moyens thérapeutiques n'est exempt d'inconvénients, un grand nombre sont périlleux dans leur application; le chloroforme n'échappe pas à cette condition. La question actuelle ne présente donc rien d'inusité. Ici, comme dans tous les cas où il s'agit de prononcer sur l'admission ou le rejet d'une pratique nouvelle, ce qu'il faut rechercher, ce n'est pas si cette pratique est toujours salutaire, toujours innocente, jamais compromettante, mais bien si la somme des avantages qu'elle procure est assez grande et assez incontestable pour faire braver les dangers auxquels elle expose. En est-il ainsi dans le cas actuel? Je le pense, et je m'estimerai heureux si la comparaison que j'ai essayé d'établir devant vous entre la chloroformisation et l'un des moyens les plus usités de la thérapeutique a pu vous amener à partager ma conviction ou plutôt vous confirmer dans des idées qui, je crois, sont communes à la plupart d'entre nous.

J'ai jusqu'à présent soutenu les conclusions de M. le rapporteur, en partant des données mêmes qu'il nous a fournies; mais il me paraît, comme à quelques-uns de nos collègues, que ces conclusions seraient bien plus solidement établies encore si les propositions qui les précèdent étaient un peu différentes; s'il pouvait, par exemple, être établi que les accidents chloroformiques ne sont ni aussi inévitables, ni aussi impossibles à arrêter dans leur développement que l'a dit M. le rapporteur. Or, je crois, et c'est ici que mon opinion diffère de celle qui est exprimée dans le rapport, je crois que les propositions auxquelles je viens de faire allusion sont trop absolues.

Que l'on ne soit jamais absolument certain d'éviter les accidents, même en mettant beaucoup de prudence et en prenant bien des précautions dans l'emploi du chloroforme, je le pense comme M. Robert. Mais que toute la prudence nécessaire ait été mise, que toutes les précautions nécessaires aient été prises dans les cas où il est arrivé des accidents, voilà ce dont je doute. Qu'on ne s'y trompe pas, ce n'est pas là un reproche à l'adresse des honorables médecins qui ont eu la douleur d'éprouver ces revers: ils ont fait tout ce qu'ils pouvaient dans l'état actuel de la science; ils sont irréprochables. Ce que je veux seulement dire, c'est que la science, dans un sujet encore si nouveau, n'est pas assez avancée pour qu'on puisse dire qu'il est impossible de prévenir les accidents en prenant toutes les précautions nécessaires. Ce que je veux dire c'est qu'il est dangereux de parler ainsi, parce que ce langage pourrait faire croire, contrairement à la vérité, que toutes les précautions à prendre sont connues, signalées à l'attention de tous, et qu'elles ne sont pas utiles. Il est au contraire important, à mon avis, que l'on sache bien, d'une part, que tous les moyens préventifs ne sont sans doute pas connus, qu'il y en a encore à rechercher, à trouver, à mettre en lumière, et, d'une autre part, qu'il est certaines mesures de précaution dont l'observation devra garantir, sinon d'une manière absolue contre la production des accidents, du moins contre leur fréquence. Cette dernière proposition me paraît incontestable. D'où vient en effet l'inégalité qu'on remarque sous le rapport des lieux et des personnes dans la proportion des accidents? Pourquoi tant de malades frappés dans le cabinet des dentistes? Pourquoi plus d'accidents dans la pratique civile que dans les hôpitaux, dans les hôpitaux de la province que dans ceux de Paris? dans certains services que dans d'autres? N'y a-t-il pas là, à défaut des observations, dont la lecture confirme d'ailleurs cette manière de voir, n'y a-t-il pas là, dis-je, une preuve implicite de la pratique différente suivie par les opérateurs? N'y a-t-il pas aussi une preuve de l'inégale valeur préservatrice des différents modes d'administration du chloroforme? S'il en est ainsi, et il est naturel qu'il en soit ainsi dans un moment où la science n'est pas fixée, le devoir de chacun de nous n'est-il pas d'apporter au faisceau que nous travaillons à élever en ce moment son contingent, c'est-à-dire le résultat de ses observations? Quand M. le rapporteur aura rassemblé et apprécié tous ces éléments, comme il est si capable de le faire; quand ils auront été portés à la connaissance du public médical et contrôlés par une pratique d'une certaine durée, alors seulement pourra être exprimée, s'il y a lieu, cette pensée désolante que les précautions connues sont sans efficacité et qu'il en faut chercher d'autres: mais jusque-là, je le répète, mettons en commun nos observations personnelles, et que chacun indique, comme l'ont déjà fait quelques-uns de nos collègues, les précautions qui lui ont paru efficaces, celles surtout qui lui semblent avoir été à tort et généralement omises.

Au nombre des précautions de ce genre, j'en signalerai quelques-unes à l'observation desquelles j'attache à tort ou à raison, on en jugera, une grande importance.

1° Le chirurgien doit prendre lui-même une part active à la chloroformisation, et n'abandonner le malade aux soins des aides qu'au moment où il ne peut faire autrement, c'est-à-dire quand il commence son opération. Si je rappelle cette règle, qui paraît si naturelle, c'est que je l'ai vue plus d'une fois négligée par les personnes mêmes qui sont les premières à en reconnaître et à en proclamer l'utilité.

2° La plupart des malades, surtout ceux qui sont peu éclairés, persuadés d'avance que l'administration du chloroforme est quelque chose de tout à fait extraordinaire, se présentent avec des idées de résistance ou avec une inquiétude dont le premier effet est de troubler la respiration, et l'on sait qu'à ce trouble de la respiration se rattachent les premiers accidents, ceux que M. Maisonneuve nous a rappelés sous le titre de phénomènes d'asphyxie. Bien qu'ils ne soient pas très graves à mon sens, encore est-il bon de les prévenir. Comment y arriver? Par un moyen très simple: en ne commençant jamais l'opération brusquement, *ex abrupto*, ainsi que je l'ai vu faire souvent; en calmant le

malade par une courte conversation, en lui expliquant bien son rôle, en s'assurant qu'il sait respirer naturellement, et lui apprenant à le faire s'il ne le sait pas, ce qui est beaucoup plus commun qu'on ne pense chez les gens que l'on veut faire fonctionner à commandement. Jamais je ne procède à l'administration du chloroforme avant que la respiration soit régulière et tranquille; pour peu qu'elle se trouble je fais suspendre l'opération un instant, ainsi que l'a recommandé avec tant de raison notre collègue M. Gosselin, et jamais je n'ai vu, grâce à cette précaution, les premiers accidents prendre des proportions, je ne dirai pas inquiétantes, mais seulement un peu notables.

3° Le rôle du chirurgien doit être, suivant moi, non pas d'administrer lui-même le chloroforme, mais d'en surveiller l'administration, en même temps qu'il est attentif à l'état général du malade et qu'il observe à la fois la respiration et la circulation. Tenir le doigt sur le pouls depuis le commencement de la chloroformisation jusqu'au moment où je commence à opérer, et mettre alors à ma place un aide dont je suis sûr est une règle à laquelle je ne manque jamais, et qui me paraît essentielle, comme elle le paraîtra sans doute à tous ceux qui voient, ainsi que moi, dans la syncope l'accident le plus formidable. Le pouls du malade est pour moi une véritable boussole; ses variations m'indiquent fidèlement et à l'instant ce qui m'intéresse le plus, c'est-à-dire l'état de la circulation, et pour peu que son ralentissement ou son affaiblissement soit notable, mon attention est éveillée. L'observation de ce précepte eût, j'en ai la conviction, sauvé plus d'un malade, en avertissant à temps l'opérateur d'un trouble grave qui ne s'étend qu'un peu plus tard à la respiration, et n'éclate par des signes visibles qu'au moment où il devient très difficile d'y remédier. C'est aussi parce que cette précaution a été omise dans la plupart des cas malheureux que l'on est privé de renseignements précis sur l'état comparatif de la circulation et de la respiration, et que l'on trouve si peu d'éclaircissements touchant les causes réelles des accidents chloroformiques dans la lecture et le rapprochement des observations recueillies jusqu'à ce jour.

Les observations que j'ai à présenter sur la partie du rapport où il est question des moyens de combattre les accidents sont du même genre. Je ne saurais admettre avec M. le rapporteur que ces moyens soient jusqu'ici restés complétement impuissants, et j'aurais désiré, d'une autre part, que leur valeur comparative fût plus exactement déterminée. Sans doute cette détermination présente des difficultés, mais je crois néanmoins qu'elle pouvait être tentée; je crois surtout qu'il est inutile, nuisible même, de présenter, comme l'ont fait jusqu'ici la plupart de ceux qui ont écrit sur le chloroforme, une sèche énumération de moyens, tels que les aspersions froides, la ventilation, les frictions, la titillation de la luette, la cautérisation du pharynx, l'insufflation pulmonaire, etc., sans exprimer de préférence pour les uns ou les autres et sans régler l'ordre de leur administration. Placé en face d'une pareille table de matières, le praticien ne sait comment ni à quoi se décider; il hésite, et emploie concurremment ou successivement plusieurs moyens sans se fixer à aucun, parce qu'il en ignore la valeur relative, et qu'on n'a pas d'ailleurs cherché à lui inspirer plus de confiance dans les uns que dans les autres. C'est ainsi que plusieurs de ces moyens, que je crois réellement bons, ont manqué leur effet pour n'avoir pas été employés avec la confiance et la suite suffisantes.

Quelle que soit la cause immédiate des accidents, sidération du système nerveux, asphyxie ou syncope, un point sur lequel aucune discussion ne peut s'élever, c'est que la présence des vapeurs chloroformiques dans l'arbre aérien a occasionné et contribue à entretenir les accidents. La première chose à faire devra donc être d'en provoquer l'expulsion rapide, de la même façon qu'on déloge par le vomissement un poison ingéré dans l'estomac. D'un autre côté, les trois grandes fonctions dont l'ensemble constitue le trépied vital étant entravées et leur suspension menaçant immédiatement la vie, il importe d'en rétablir immédiatement aussi l'exercice, soit en agissant à la fois sur toutes si la chose est possible, soit en agissant sur celle qui offre le plus de prise à nos moyens, car en rétablissant l'une nous stimulons indirectement les autres. Or, de ces trois fonctions, celle qu'il nous est le plus facile d'exciter, c'est la respiration. C'est donc à elle que nous devrons nous adresser d'abord, avec d'autant plus de raison que la première conséquence de son rétablissement sera l'expulsion de la vapeur délétère du chloroforme.

Mais de quelle manière ranimer la respiration? Plusieurs procédés ont été proposés : l'insufflation bouche à bouche; l'insufflation à l'aide d'un tube laryngien, la titillation de la luette, de la base de la langue, de l'orifice supérieur du larynx, la respiration artificielle. Est-il indifférent d'employer l'une ou l'autre de ces pratiques? Je ne le pense pas, et il y en a une que je préfère, c'est la respiration artificielle. L'insufflation bouche à bouche, dont on a beaucoup parlé, est, à mon avis, un moyen antiphysiologique, inutile et par conséquent dangereux, puisque, ne produisant rien, il fait perdre un temps précieux et empêche qu'on n'ait recours à d'autres procédés plus efficaces. Je dis que c'est un moyen inutile : comment en effet appliquer la bouche d'un vivant à une bouche inanimée, à la bouche d'un cadavre? et surtout comment l'appliquer assez exactement pour faire une insufflation d'air? Mieux vaudrait souffler dans les ouvertures nasales, après avoir préalablement obturé l'orifice buccal, d'autant plus que les fosses nasales forment dans la respiration naturelle la route la plus habituelle de l'air. A supposer que l'air puisse ainsi être insufflé, soit par le nez, soit par la bouche, comment le diriger vers les voies aériennes plutôt que vers l'estomac, dans lequel il a bien plus de facilité à pénétrer? A supposer, enfin, qu'on puisse par ce moyen diriger à coup sûr l'air vers le poumon et le faire pénétrer dans les vésicules de cet organe, pourquoi y pousser de l'air déjà respiré, c'est-à-dire chargé de carbone, et non pas de l'air atmosphérique propre à la respiration? Mais ce n'est pas tout encore, quoique ce soit déjà beaucoup. L'air fût-il poussé directement dans les voies pulmonaires par un tube laryngien, je dis que ce serait encore là un moyen antiphysiologique, un mauvais moyen à employer, dans le cas particulier d'une syncope chloroformique, pour essayer de rétablir la respiration. Ce n'est plus seulement, comme on le voit, à l'insufflation bouche à bouche, c'est à l'insufflation pulmonaire, par quelque mode que ce soit, que je m'attaque actuellement. Si l'appareil respiratoire se composait du poumon seul, je comprendrais l'insufflation : l'air poussé par la bouche du chirurgien distendrait, en effet, cet organe spongieux, et il suffirait de cesser un instant la manœuvre pour que ce même air fût rendu en vertu de l'élasticité propre au tissu pulmonaire. C'est de cette façon que les choses se passent dans un poumon tiré du thorax et insufflé à l'air libre. Mais dans l'état normal il n'en est pas ainsi : le poumon enfermé dans la cage thoracique en suit les mouvements, et c'est le jeu de cette cage qui admet ou chasse l'air. Le thorax, sorte de boîte constituée par des pièces solides, mobiles les unes sur les autres et en même temps élastiques, a un état qu'on pourrait appeler son état statique : c'est celui dans lequel les pièces qui le composent se trouvent en équilibre. Dans cet état, le thorax, les poumons contiennent une certaine quantité d'air, dite quantité normale. Ceci posé, le mécanisme de la respiration est facile à comprendre : qu'une force quelconque tire les pièces du thorax en dehors, la cavité thoracique, et par suite celle du poumon s'agrandissent, et l'air se précipite irrésistiblementdans l'arbre aérien; que cette force cesse d'agir, et à l'instant les parties élastiques, n'étant plus violentées, reviennent à leur position jusqu'à ce que l'état statique se soit rétabli et chassent par conséquent toute la quantité d'air pulmonaire qui excède la normale. Par opposition, qu'une force quelconque porte les côtes en dedans, la capacité du thorax diminue, et une partie de la quantité normale de l'air est poussée dehors; que cette force cesse d'agir, les côtes reprennent leur position et l'air rentre dans le poumon jusqu'à ce que celui-ci en contienne la quantité normale. Ainsi la respiration est également possible soit que les côtes aient été dans le premier temps tirées en dehors, soit qu'elles aient été poussées en dedans, et le second temps s'accomplit par la seule influence de l'élasticité propre aux pièces du thorax. Ce second temps est toujours passif; le premier seul est actif. De ces deux modes de respiration, l'un est le mode ordinaire, que nous ne pouvons pas imiter dans les cas d'accidents chloroformiques, parce que nous ne possédons pas de moyen propre à suppléer les muscles inspirateurs; l'autre est précisément la respiration artificielle, que nous conseillons d'employer dans ces cas, parce que rien n'est plus facile que de pousser les côtes en dedans et le diaphragme en haut en pressant sur les parois thoraciques et abdominales. Le premier effet de cette pression est d'expulser du poumon une partie de l'air vicié qu'il contient. Dès que cette pression cesse, les côtes regagnent leur position; de l'air pur, de l'air atmosphérique se précipite pour remplacer l'air impur. C'est là un mode respiratoire naturel, physiologique, dont l'établissement n'exige aucun appareil spécial et que chacun peut instantanément et sans difficulté mettre en usage dans les cas pressants.

Quelques personnes semblent redouter l'obstacle que pourrait apporter à l'accès de l'air le soulèvement de la langue ou l'accumulation des mucosités dans l'arrière-gorge et conseillent pour obvier à cet inconvénient d'exciter ou de nettoyer le fond de la gorge avec le doigt ou avec une spatule. Nous ne voyons pas d'inconvénients à ce que l'on ait recours à cette manœuvre, qui n'exige pas beaucoup de temps et n'empêche pas de pratiquer la respiration artificielle, pourvu qu'on n'oublie pas que ce n'est qu'un moyen secondaire et impuissant par lui-même à rappeler le malade à l'existence. J'en dirai autant des frictions, des aspersions froides, des vapeurs ammoniacales, moyens dont l'action est trop incertaine et surtout trop lente pour qu'ils soient employés autrement qu'à titre d'adjuvants.

Il n'en est pas de même d'une autre pratique qui consiste à placer le malade dans une situation telle que la tête soit la partie la plus basse et les pieds la partie la plus élevée du corps. Cette manœuvre, qui a pour effet immédiat de porter la masse du sang vers le cerveau, me paraît éminemment utile en ce qu'elle contribue à la fois à exciter l'organe central de l'innervation et à ranimer la circulation en modifiant les conditions de distribution du fluide nourricier. Je pense donc qu'il est bon de l'employer concurremment avec la respiration artificielle.

J'insisterais moins sur cette partie du sujet si je n'en sentais toute l'importance et si l'expérience n'était déjà venue confirmer les données de la théorie. Mais j'ai plus d'un fait à apporter à l'appui des idées que je viens d'émettre et à opposer au pronostic fâcheux porté par M. le rapporteur. Je tiens de mon ami M. le professeur Nélaton qu'un malade qu'il opérait pour une lésion de la face, après l'avoir chloroformé et l'avoir fixé sur une chaise par des liens solides, ayant subitement perdu connaissance, il le ranima en faisant retourner à la fois le sujet et le siége et en pratiquant en même temps la respiration artificielle. Un fait analogue m'est arrivé, fait que je rapporterai avec quelques détails, parce que c'est le seul exemple d'accident chloroformique qu'il m'ait été donné d'observer dans un service pourtant très riche en lésions graves, en opérations, et où par conséquent les chloroformisations sont très fréquentes, et aussi parce qu'il contient des enseignements de plus d'un genre.

Un homme jeune encore, très bien portant d'ailleurs, était entré dans mon service, à l'hôpital Saint-Louis, pour y être traité de tumeurs hémorrhoïdales avec chute du rectum. Je résolus de lui appliquer le cautère actuel. En conséquence, le malade fut couché et soumis à l'action du chloroforme. Toutes les précautions indiquées plus haut et quelques autres familières aux chirurgiens expérimentés avaient été prises. La chloroformisation n'offrit rien de particulier. Au bout d'un temps assez court et après avoir passé par les périodes d'agitation, de loquacité et de confusion des idées, le malade tomba dans un sommeil profond et tranquille, accompagné de ronflement. Le pouls avait à peine varié pendant les diverses périodes de la chloroformisation.

Aussitôt le sommeil arrivé l'opération fut commencée; elle consista à éteindre dans l'anus et la partie inférieure du rectum deux cautères coniques, et dura à peine une à deux minutes. Elle était achevée, et je causais tranquillement de l'opération et de ses suites probables près du lit du patient, et sans aucune inquiétude pour lui; car j'avais vu souvent le sommeil chloroformique se prolonger sans inconvénient pendant un quart d'heure et plus, lorsqu'il me sembla que le malade pâlissait. Je m'approchai immédiatement de lui et portai le doigt sur l'artère radiale; je sentis un battement faible, suivi à longs intervalles d'un, puis de quatre à cinq autres, puis tout battement cessa. La respiration continuait cependant encore à se faire, quoique à intervalles longs et irréguliers. La face pâlissait de plus en plus et les yeux se ternissaient; la respiration se suspendit tout à fait; nous n'avions plus qu'un cadavre entre les mains. Renverser le sujet sur le bord du lit, les pieds en l'air, l'épaule appuyée sur mon genou, la tête touchant presque le sol, et pratiquer aussitôt des pressions méthodiques sur le thorax, tout cela fut l'affaire d'une seconde. Aussitôt après la première expiration artificielle, et dès que je suspendis brusquement la pression, il fut manifeste que notre manœuvre était efficace, car un *glou-glou* particulier nous annonça que l'air s'engouffrait à travers les mucosités dans les voies pulmonaires, et ce bruit se renouvela plusieurs fois ensuite. Je continuai ainsi, Dieu sait avec quelle anxiété, pendant deux minutes environ, qui me parurent deux siècles. Enfin, un des élèves dit qu'il croyait sentir quelques pulsations; un autre affirma qu'il les percevait distinctement; bientôt elles ne furent plus douteuses pour personne : la circulation était rétablie; mais la respiration ne se faisait et ne se fit, pendant une à deux minutes encore, que par l'intermédiaire de mes mains. Ce fut après ce laps de temps seulement que je sentis quelques contractions spontanées dans les muscles thoraciques et abdominaux, contractions suivies bientôt d'une faible inspiration, puis de quelques autres irrégulièrement espacées. Un doigt fut alors porté au fond de la gorge, et le malade réagit par un brusque mouvement des membres thoraciques. Je le fis en ce moment replacer sur le lit dans la position horizontale, et, quoique la respiration reprît graduellement son type régulier, que le pouls devînt plus fort, que la coloration des lèvres reparût, je crus devoir continuer à aider dans leurs mouvements les parois thoraco-abdominales jusqu'au moment où le retour de la vie fut tout à fait manifeste. Ce retour eut lieu d'une façon très remarquable cinq à six minutes plus tard, c'est-à-dire dix à douze minutes environ après le commencement des manœuvres. L'œil, qui était resté terne, éteint, mort, comme on le dit avec vérité, s'éclaira tout à coup et se pénétra de cette espèce de lueur qui donne au visage son expression et sa vie, et la face, qui était encore un instant avant celle d'un cadavre, devint tout à coup animée et vivante. Cette transformation fut l'affaire d'une seconde. Je tenais alors mes yeux attachés sur ceux du malade, et je n'oublierai jamais l'instantanéité et l'étrangeté du phénomène. Ce fut comme un changement à vue; une fenêtre obscure s'illuminant tout à coup la nuit par l'apparition dans la chambre d'une lumière vive et subite, telle est l'image qui se présenta à ma pensée, et elle rend en effet très exactement la sensation que me fit éprouver ce retour bizarre du trépas à l'existence, cette sorte de résurrection. En même temps les muscles de la face se contractèrent, les lèvres firent quelques légers mouvements, puis le malade essaya de soulever la tête et se mit à parler. Il était évidemment sauvé. Jamais il n'a su l'éminent danger qu'il avait couru, et, fait curieux et instructif pour l'appréciation des récits faits par les malades, il n'a pas cessé de prétendre qu'il avait eu conscience de tout ce qui lui était arrivé pendant la durée de son sommeil, c'est-à-dire qu'il prenait et racontait ses songes pour des réalités.

J'ai dit que cette observation renfermait plusieurs enseignements. En effet : 1° c'est un exemple bien rare d'accident chloroformique grave survenu dans la période extrême, pendant le sommeil, ordinairement calme et rassurant, qui succède à l'agitation, qui est si favorable à la pratique des opérations, et que j'avais toujours vu jusque-là se dissiper de lui-même et comme un sommeil naturel après une durée variable et souvent longue. J'en ai conclu, contrairement à l'idée que je m'étais faite de cette période de la chloroformisation, j'en ai, dis-je, conclu qu'elle n'est pas aussi innocente que je le croyais; qu'elle demande à être surveillée comme les autres; que le chirurgien ne peut en un mot être rassuré et quitter le malade avec sécurité qu'après l'avoir vu complétement réveillé. 2° C'est un exemple incontestable de mort imminente par syncope, car la circulation est la première fonction qui se suspendit, et la première aussi qui se rétablit; la respiration ne fit que la suivre pour ainsi dire dans ses oscillations entre la vie et la mort. 3° Enfin, et c'est là le point qui nous occupe en ce moment, c'est un exemple du pouvoir salutaire des deux moyens thérapeutiques dont je recommande l'emploi. Mais j'ajoute que si l'on veut en tirer le parti qu'on peut en attendre, il faut les mettre en usage immédiatement, et en continuer l'emploi avec énergie, foi et persévérance.

Une autre occasion s'est depuis présentée à moi d'en éprouver l'efficacité. Il s'agissait dans ce cas d'un malade chez qui les grandes fonctions venaient de se suspendre dans un accès violent de tétanos et, je pense, par suite de la contraction des muscles du larynx; le malheureux périssait asphyxié. Une position légèrement inclinée des pieds vers la tête et la respiration artificielle le rappelèrent à la vie, qu'il ne conserva que quelques heures, bien que j'eusse tenté de le mettre à l'abri d'une nouvelle asphyxie en ouvrant immédiatement la trachée et plaçant une canule dans les voies aériennes.

On le voit donc, la chirurgie n'est pas désarmée contre les accidents causés par le chloroforme, et c'est une raison de plus pour nous de nous rattacher à la conclusion finale du rapport. Oui, l'emploi des anesthésiques, et celui du chloroforme en particulier, doit être conservé et se conservera. C'est une des plus belles, des plus heureuses et des plus salutaires découvertes dont l'humanité ait été dotée par la science. Sans doute le chloroforme a ses dangers, comme la vapeur, il a fait et fera encore des victimes; mais la science, qui l'a découvert, saura en régler l'usage, nous l'espérons du moins, et dans cette ère de progrès la Société de chirurgie marquera glorieusement sa place en s'appliquant à déterminer avec précision et à répandre parmi les praticiens la notion exacte des précautions à prendre, des remèdes à employer, des circonstances qui indiquent et celles qui contre-indiquent l'emploi de cet agent salutaire, de tout ce qui peut, en un mot, en rendre l'application plus sûre et le maniement moins dangereux.

CORRESPONDANCE.

Monsieur le rédacteur,

J'apprends par votre numéro du 15 septembre que mon nom a été prononcé à l'Académie de médecine, dans la séance du 13, à l'occasion d'un mémoire de M. le docteur Ancelon.

Le public comprendra facilement, je le pense, que je n'ai absolument rien à répondre au rapport de M. Roche. M. Malgaigne a répondu pour moi en disant : « *Le fait est vrai ou ne l'est pas.* » Voilà, en effet, toute la question, et ce n'est pas avec des protestations plus ou moins éloquentes qu'elle peut être résolue.

Après cinquante ans de vaccinations, j'ai cru devoir reprendre un problème originairement traité par La Condamine, et depuis étudié par d'Alembert, Bernoulli et Duvillard. Ces noms seuls désignaient l'assemblée à laquelle je devais demander des juges. Je l'ai fait; une commission a été nommée, et je ne puis que décliner la compétence de l'Académie de médecine dans cette question toute mathématique.

Je suis loin cependant de refuser à cette assemblée le droit de s'occuper de mes travaux dans leurs rapports avec la médecine; mais je la prie de vouloir bien, dans ce cas, ne pas permettre de dénaturer mes conclusions. Les voici telles que je les ai formulées :

1° La mortalité de la jeunesse a doublé depuis l'usage de la vaccine;

2° La proportion des morts aux malades militaires a également doublé depuis cette époque;

3° Les maladies des voies aériennes n'ont pas eu de part sensible à l'accroissement de la mortalité;

4° Les maladies des voies digestives sont la cause principale, immédiate de la mortalité croissante de la jeunesse.

Corollaire général. Les maladies gastro-intestinales ont acquis une gravité insolite depuis l'usage de la vaccine.

5° Le danger de mort s'est accru dix ans plus tard pour les individus de 30 ans que pour ceux de 20; dix ans plus tard pour ceux de 40 que pour ceux de 30; et ainsi de suite.

Voilà, monsieur, ce que je suis en mesure de prouver avec toute la rigueur mathématique. Je connais la valeur du mot que j'emploie ici à dessein, et je puis affirmer à M. Velpeau que je suis prêt à accepter M. Ch. Dupin pour juge, malgré le souvenir de 1848, tant est grande ma confiance dans la probité d'un membre de l'Académie des sciences. Un géomètre peut se tromper, sans aucun doute, et M. Dupin comme un autre; mais un membre de l'Institut est assez haut placé pour reconnaître l'erreur qu'il a commise. Noblesse oblige!

Agréez, etc. H. Carnot.

Paris, 15 septembre 1853.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

On écrit de Stockholm, 7 septembre : « Le choléra semble avoir atteint son apogée dans notre capitale. Hier on comptait 146 malades et 94 décès, aujourd'hui seulement 126 malades et 92 décès. »

— On écrit de Copenhague, 10 septembre : « Hier, il n'y a eu ici que 3 cas de choléra et point de décès. »

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Plon frères, Imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 111. — MARDI 20 SEPTEMBRE 1853. (26e ANNÉE.) N° 111. — MARDI 20 SEPTEMBRE 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40 ; EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

	Trois mois	Six mois	Un an
PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE.	8 fr. 50 c.	16 »	30 »
GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES.	9 fr.	17	33
ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR.	10 fr.	20	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

PARIS, LE 19 SEPTEMBRE 1853.

DE L'OBLITÉRATION DES VOIES SPERMATIQUES

et de la stérilité consécutive à l'épididymite bilatérale.

M. le docteur Gosselin, chirurgien de l'hôpital de Lourcine, chef des travaux anatomiques de la Faculté de médecine de Paris, qui déjà en 1847 avait communiqué à l'Académie de médecine un mémoire sur les oblitérations de la queue de l'épididyme, a depuis lors continué ses recherches sur ce sujet peu connu et très important, et ses observations pathologiques ont confirmé les données anatomiques que contenait son premier travail.

Nous croyons devoir emprunter aux *Archives* la partie véritablement pratique du nouveau mémoire de ce chirurgien distingué, qui, nous le pensons, aura fait faire un pas au diagnostic et à la thérapeutique de ces affections.

Dans ces derniers temps, je me suis principalement occupé de l'influence que l'oblitération des voies spermatiques pouvait exercer pendant la vie sur les fonctions génitales de l'homme. Les résultats que je suis en mesure d'annoncer concordent entièrement avec ceux que l'anatomie pathologique m'avait fait entrevoir, et ils me paraissent dignes d'intéresser également les physiologistes et les praticiens. Je ne me suis pas dissimulé que les malades devaient les ignorer, et qu'il y aurait plus d'inconvénients que d'avantages à les leur faire connaître. Je me suis demandé même si, pour eux, il ne vaudrait pas mieux laisser de pareilles questions dans l'oubli. Il m'a semblé cependant qu'il était du devoir du médecin de connaître ces conséquences occultes des maladies testiculaires ; car, si je ne me trompe, à cette connaissance se rattachent, outre les intérêts de la science, ceux des malades et des familles.

Ne serai-je pas assez justifié d'ailleurs, si l'on veut bien considérer qu'en décrivant une lésion jusqu'ici peu connue, qui rend l'homme infécond, je montre la possibilité et les moyens de l'éviter?

Pour arriver à la solution du problème que je m'étais posé, le moyen principal auquel j'ai eu recours est l'examen microscopique du sperme. J'ai regardé ce liquide comme fécondant lorsqu'il renfermait des spermatozoïdes, et comme infécond lorsqu'il n'en renfermait pas. Ai-je besoin de rappeler toutes les bonnes raisons sur lesquelles s'appuient les physiologistes pour regarder la présence des animalcules comme la condition indispensable des propriétés fécondantes de ce liquide ? N'est-ce pas une de ces notions tellement bien établies, qu'il est inutile d'en démontrer de nouveau la justesse, et qu'il m'est permis en commençant de l'invoquer à titre d'axiome ?

Deux ordres de faits se présentent dans la pratique : dans les uns, l'oblitération n'existe que d'un côté ; dans les autres, l'induration, qui fait supposer sa présence, existe des deux côtés en même temps. Je ne pouvais tirer parti des premiers, qui sont cependant les plus fréquents ; car, le sperme du côté sain se mélangeant avec celui du côté malade, comment savoir si les spermatozoïdes viennent d'un seul testicule ou des deux ? Les seconds seuls pouvaient m'éclairer ; ils sont beaucoup plus rares, et sont eux-mêmes de deux espèces, suivant que l'oblitération soupçonnée accompagne une lésion organique importante, telle que les tubercules, ou qu'elle est la conséquence d'une phlegmasie simple. Ceux de la première ont dû encore être laissés de côté, parce qu'ils s'accompagnent habituellement d'une faiblesse des fonctions génitales qui rend les éjaculations très rares ou nulles. Ceux de la seconde sont donc les seuls sur lesquels j'ai pu faire des recherches, et comme ils sont pour la plupart consécutifs à l'épididymite bilatérale, il en résulte que ce sont, en définitive, les suites possibles de cette dernière maladie que le travail actuel est destiné à faire connaître.

Les cas d'épididymite blennorrhagique double qui servent de base à ce mémoire sont au nombre de 20, et ont été recueillis, les uns à l'hôpital du Midi, dans le service de M. Puche, que je ne saurais trop remercier de sa bienveillance, les autres dans la pratique particulière. Je les divise en deux catégories : dans la première, les épididymites, ou du moins l'une d'elles, remontaient à quelques semaines ou quelques mois ; dans l'autre, elles avaient eu lieu toutes les deux plusieurs années auparavant.

Première catégorie. — Elle comprend quinze individus dont j'ai pu examiner le sperme une, deux, trois ou quatre fois à plusieurs semaines d'intervalle. Tous se ressemblent sous ces trois rapports : 1° qu'ils conservaient, à l'époque où la guérison leur semblait être complète, une induration, sorte de noyau ou de durillon au niveau de la queue des épididymes ; 2° que rien ne leur paraissait changé dans leurs fonctions génitales : désirs, érections, éjaculations, tout était revenu comme avant la maladie ; le sperme n'offrait même aucun changement dans sa quantité, sa couleur et son odeur ; 3° que cependant le sperme, examiné au microscope, tant par moi-même que par divers observateurs très compétents, tels que MM. les docteurs Robin, Galliet et Verneuil, MM. Bauchet et Dolbeau, internes des hôpitaux, n'a offert pendant les premiers temps aucune apparence de spermatozoïdes. J'y ai trouvé souvent des globules de pus qui provenaient des vésicules séminales enflammées ou de l'urètre ; car presque tous les malades conservaient une blennorrhée. D'autres fois j'y ai trouvé des globules sanguins ; en effet, après l'épididymite, les premières éjaculations sont quelquefois sanguinolentes, sans doute parce que les vésicules séminales ont participé à l'inflammation et laissent exhaler du sang. Dans la plupart des cas enfin, le liquide ne contenait que des granules moléculaires et les cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien dont on a signalé la présence dans le sperme normal.

J'ai une fois examiné, de concert avec M. Rigout, préparateur de chimie à la Faculté de médecine, les caractères chimiques de ce liquide dépourvu de spermatozoïdes, et j'ai trouvé ceux qu'indique Berzelius pour le sperme : 1° il était alcalin ; 2° l'acide azotique a dissous la liqueur ; l'ammoniaque et la potasse mis dans la solution n'ont pas donné de précipité ; 3° le chlore, versé en quantité notable, a dégagé l'odeur spermatique, et a donné un coagulum blanc que nous n'avons pu dissoudre ni dans l'eau, ni dans les acides sulfurique et azotique.

Parmi ces quinze individus, il en est deux chez lesquels les animalcules spermatiques, après avoir manqué pendant quelques mois, ont ensuite été retrouvés, et leur retour a coïncidé avec la disparition complète de l'une des indurations. Le premier de ces malades avait eu l'épididymite à droite en septembre 1852 et s'était fait traiter chez lui. L'épididymite gauche se montra deux mois plus tard et fut traitée à l'hôpital du Midi par M. Puche, qui insista sur les purgations répétées et sur les frictions avec l'onguent mercuriel. Le sperme, examiné une première fois le 12 décembre, n'était pas sanguinolent et n'offrait rien de particulier dans ses caractères physiques vus à l'œil nu, mais il était complétement dépourvu de spermatozoïdes.

Le 3 janvier, même état.

Le 16 mai, c'est-à-dire huit mois après le début de la première orchite, six après celui de la seconde, le noyau droit avait complétement disparu, et le sperme contenait des spermatozoïdes parfaitement évidents, mais encore en petit nombre.

Le 18 juillet, il en contenait davantage ; le noyau gauche se sentait encore, mais très peu.

L'autre avait eu sa première épididymite à droite au mois d'août 1852 ; une recrudescence avait eu lieu après un commencement de résolution. Le testicule gauche se prit à son tour à la fin de janvier 1853 ; un noyau moins volumineux et moins douloureux qu'à droite persista. Le sperme, examiné une première fois le 1er mars, une seconde fois le 5 avril, était sanguinolent et dépourvu d'animalcules. Examiné de nouveau le 25 avril et le 13 mai, il avait cessé d'être sanguinolent et ne contenait pas de globules de pus, mais les spermatozoïdes manquaient encore.

Le 8 juin, l'induration droite avait toujours le même volume et était le siége de douleurs habituelles ; la gauche était effacée, et le sperme renfermait des animalcules évidents.

Les treize autres malades ont été perdus de vue, en sorte que je ne sais pas si le retour des spermatozoïdes aura eu lieu comme chez les précédents. On remarquera seulement que, chez l'un d'eux, la première épididymite et l'induration remontaient à trois années, chez un autre à cinq, chez un troisième à un an. Il est donc probable que, d'un côté au moins, la lésion était trop ancienne pour s'effacer. Les noyaux plus récents ont-ils persisté de même ? Je ne puis le savoir.

En interprétant avec toute la rigueur possible les observations

FEUILLETON.

SUR LA JALOUSIE

CONSIDÉRÉE COMME CAUSE DE MALADIES DANS LE JEUNE AGE.

> L'enfant naissant peut se montrer envieux et jaloux de son frère de lait sur le sein de la nourrice, comme s'ils se disputaient dès lors les premiers biens de l'existence.
> (VIREY, *Grand Dictionnaire des sciences médicales.*)

Il est à craindre que les bases de la médecine ne soient aujourd'hui trop matérielles et que les hommes de l'art ne fassent abus de l'application des sciences purement physiques, comme dans d'autres temps on a pu abuser des explications théoriques et des simples hypothèses.

Il y a pour l'observateur attentif quelque chose de bon dans tous les systèmes, ils se prêtent un mutuel secours ; il faut les élever les uns sur les autres pour marcher avec les forces de l'esprit humain ainsi rassemblées à la découverte des vérités de la nature, en suivant les sentiers de lumière tracés par nos devanciers : chaque vérité, chaque erreur même sert aux progrès de l'esprit humain, comme les diverses métamorphoses des insectes sont utiles à leur parfait développement.

Celui qui expliquait tout errait ; mais avouons que le médecin qui se borne à percuter et à ausculter son malade, puis à faire l'autopsie de son cadavre, peut aussi rester loin de la vérité s'il se contente de constater la lésion matérielle (lorsqu'elle existe) et de l'attribuer au froid, au chaud, au sec, à l'humide, etc.

Accordons à chacun ce qui lui revient d'utilité et d'honneur : reconnaissons que le raisonement et l'explication des faits d'un côté, les moyens d'investigation physique de l'autre, ont rendu et rendent chaque jour d'éminents services ; mais convenons aussi qu'il existe des causes capitales de maladies indispensables à connaître, et que ces causes relèguent bien loin les lésions matérielles et diminuent singulièrement leur importance. Je veux parler des passions.

L'on ignorerait donc une très notable partie de la génésie pathologique si l'on n'étudiait leurs effets sur la santé humaine.

Je ne traiterai pas de l'amour, de l'avarice, de l'ambition, ces grands leviers qui meuvent l'esprit et la matière ; je me bornerai à quelques remarques sur un coin de ces graves questions : *l'influence de la jalousie sur les enfants.*

Qu'est-ce donc que la jalousie ? C'est cette passion haineuse que l'on éprouve à l'encontre de certains individus que l'on soupçonne d'être plus favorisés que soi-même. « Elle est plus sombre que terrible, la pâleur, la tristesse, le silence et les ennuis l'accompagnent » (Montesquieu). Elle tend à resserrer l'action vitale, à la refouler vers les organes internes, à y attirer des congestions, ou d'autres modifications qui, en empêchant le jeu naturel, peuvent amener la mort.

A l'opposé des passions nobles, comme l'émulation et le courage qui portent la vie au dehors en augmentant l'ampleur des facultés physiques, la jalousie tue les malheureux qui se laissent déprimer par ses fatales influences.

Elle peut s'exercer des enfants aux enfants, mais aussi les enfants peuvent être jaloux d'autres personnes, de certains animaux, et même de divers objets. « Lorsqu'elle s'empare de ces pauvres âmes faibles et sans résistance, dit un philosophe, c'est pitié comme elle les tirasse et tyrannise cruellement ; c'est des maladies d'esprit celle à qui plus de choses servent d'aliment et moins de choses de remède. »

Si vous êtes appelé auprès d'un jeune sujet ; si, après avoir interrogé toutes les causes de maladies, vous n'en avez trouvé aucune ; que cependant il soit triste, maussade, sauvage ; que depuis quelque temps on remarque qu'il se porte mieux en l'absence de certaines personnes ou de certaines choses ; que les objets revenant le malaise recommence : *dites que l'enfant est jaloux.* Gardez-vous de chercher à le guérir au moyen des drogues. Il n'y a pas de médicaments, rappelez-vous-le encore ici ; il n'y a que des médications : la matière médicale restera impuissante en présence de la jalousie.

Vous savez avec quelle rapidité la nostalgie tarit les sources de l'existence. Hâtez-vous, car la jalousie arrivera fatalement au même but.

Eloignez du malade les causes de sa passion et l'enfant sera guéri.

Je vais tracer l'histoire de quelques-uns des nombreux exemples que j'ai rencontrés, car les effets de la jalousie sont très fréquents dans l'enfance.

1° Mlle A. C... est âgée de dix-neuf ans ; elle me raconte elle-même aujourd'hui ce qui suit. A l'âge de sept ans j'étais encore très petite et n'avais cessé d'être malade depuis ma première enfance, à cause de l'extrême jalousie que j'avais contre une sœur d'un an plus âgée que moi et que je trouvais beaucoup plus belle que je n'étais moi-même. Cette enfant mourut.

A partir de ce jour, ajoute la mère de Mlle C..., celle-ci, habituellement morose et d'un caractère difficile, devint gaie et recouvra la santé, qu'elle conserva depuis ce temps. Mme C... affirme que Mlle C... n'aurait pas tardé à succomber si la mort de sa sœur ne fût venue, tant sa santé avait été minée par l'envie.

2° Le petit L... est âgé de trente mois ; il a un frère de cinq ans. La présence de ce dernier cause immédiatement du malaise au plus jeune, au point que l'on est obligé de l'éloigner, et que l'état de cet enfant devient alarmant lorsqu'on laisse son frère aîné revenir à la maison.

Il est alors triste, se cache, ne veut pas parler ; il profite de toutes les occasions pour frapper, égratigner ou mordre son frère ; il ne mange pas, il maigrit ; les conjonctives s'injectent comme dans l'état adynamique ; le dévoiement arrive ; si l'on éloigne l'ami, en quelques jours tous ces symptômes alarmants disparaissent.

Je pourrais citer bien d'autres exemples constatant la jalousie contre des chiens, des oiseaux ou d'autres animaux, contre des objets d'art, etc.

Il suffira au lecteur d'interroger la nature pour rencontrer des exemples de jalousie chez les enfants ; beaucoup de maladies de langueur, un grand nombre de fièvres lentes ne reconnaissent pas d'autres causes.

Voici donc un principe de destruction qui exige de sérieuses études ; l'homme attentif ne laissera pas échapper inaperçues ces funestes influences ; l'observateur léger, au contraire, combattra les effets de la jalousie par d'absurdes remèdes, et son malade s'éteindra victime de l'inattention et de l'ignorance.

Nous engageons nos confrères à ne pas se borner à la lecture de ces réflexions ; qu'ils consultent l'article JALOUSIE du *Grand Dictionnaire des sciences médicales* écrit par Virey : ils observeront avec quelle supériorité de talent ce philosophe aimable a su dépeindre dans son charmant style les ravages de la jalousie. Dr Amédée JOUX.

qui viennent d'être analysées, je suis autorisé à émettre cette proposition incontestable qu'à la suite des épididymites bilatérales le liquide éjaculé peut cesser pendant quelques mois de contenir des spermatozoïdes et par conséquent d'être fécondant. Il s'agit maintenant de rechercher si l'on doit l'attribuer à une oblitération qui empêche le sperme testiculaire de passer, ou s'il s'agit d'une simple modification dans la sécrétion, sans trouble dans l'excrétion. Pour moi, en considérant que l'absence des spermatozoïdes a coïncidé avec un noyau d'induration et leur retour avec la disparition de ce noyau, et en rapprochant ces faits de mes observations anatomiques, qui ont si bien démontré les oblitérations au niveau de noyaux semblables, je ne puis m'empêcher d'admettre qu'il y avait chez ces individus oblitération par suite de l'épanchement et de l'organisation de la lymphe plastique autour et dans l'intérieur des flexuosités du canal de l'épididyme, qu'il y a eu chez quelques-uns résorption de cette matière et par suite rétablissement du cours du sperme, mais que cette résorption et ce rétablissement peuvent bien n'avoir pas eu lieu chez tous.

Plusieurs objections peuvent être faites à cette manière de voir; il en est une première fort importante que m'a adressée déjà M. Rayer à la Société de biologie : « Ne serait-il pas possible, m'a-t-il dit, que l'absence des spermatozoïdes tînt à un trouble momentané de la sécrétion causé par l'affaiblissement de l'état général ? » Cette objection aurait une très grande valeur, en effet, si les explorations avaient été faites pendant le cours de la maladie ou pendant les premiers jours de la convalescence; mais la plupart ont été répétées un, deux ou trois mois après la dernière orchite, et à une époque où les malades avaient retrouvé toutes leurs forces et leur embonpoint. J'ai d'ailleurs eu l'occasion d'examiner quelquefois au début de la convalescence le sperme d'individus qui avaient eu des épididymites unilatérales et dont la santé générale avait été troublée par la fièvre, la diète et un traitement plus ou moins affaiblissant. Il y avait des animalcules spermatiques.

On m'a objecté encore que l'inflammation avait peut-être la propriété de modifier les fonctions des testicules et de les rendre pendant un certain temps impropres à la formation des animalcules. Cette objection n'aurait de fondement que si l'on rencontrait des cas dans lesquels, le noyau d'induration n'existant pas, les spermatozoïdes manqueraient. Or, comme je vois ceux ci manquer tant que le noyau subsiste et reparaître seulement quand il s'efface, il me faut bien admettre une relation entre les deux effets et expliquer cette relation par un obstacle mécanique qu'apporte le noyau. Je crois d'ailleurs que, dans les cas où la sécrétion des testicules est modifiée au point qu'il ne se produit plus de spermatozoïdes, les fonctions génitales ne tardent pas à languir. Or, tous ces malades m'ont donné des explications assez catégoriques pour que je puisse assurer qu'il n'y avait chez eux aucun affaiblissement de ce genre.

M. Depaul m'a fait remarquer encore à la Société de biologie que la syphilis constitutionnelle pourrait bien avoir modifié chez ces sujets la sécrétion; il n'en était rien, car aucun d'eux n'avait eu auparavant et n'avait actuellement de manifestations syphilitiques. En outre, j'ai quelquefois examiné le sperme d'individus qui étaient soumis à un traitement mercuriel pour des accidents secondaires et qui n'avaient pas d'affections des testicules; les spermatozoïdes étaient très apparents et nombreux.

On pourrait se demander, enfin, si le mélange du sperme avec le pus ou avec le sang ne pourrait pas dans quelques-unes de nos observations expliquer la disparition des spermatozoïdes. Pour répondre à cette objection, j'invoquerai l'autorité de M. Donné, qui a trouvé que ces deux liquides non-seulement ne faisaient pas disparaître les animalcules, mais même n'éteignaient pas leurs mouvements. Je ferai remarquer de plus que, sur la plupart de mes malades, j'ai fait de nouvelles explorations à l'époque où le sperme avait cessé d'être sanguinolent et de renfermer des globules de pus, et je n'ai pas trouvé davantage les animalcules.

Si d'ailleurs les faits qui précèdent laissaient quelques doutes dans l'esprit des lecteurs, ceux qui vont suivre les feraient probablement disparaître.

Seconde catégorie. — Elle comprend cinq individus qui avaient eu les deux épididymites plusieurs années auparavant. Chez un d'entre eux, âgé de quarante-cinq ans, ces maladies remontaient à vingt années; le noyau droit était encore très prononcé, le gauche n'existait plus. J'ai examiné deux fois du sperme, et j'y ai trouvé des spermatozoïdes. A ce moment, le malade était traité par les mercuriaux pour des accidents secondaires. Chez un autre l'affection remontait à cinq années; elle avait laissé à sa suite une induration assez grosse au bas de chacun des épididymes; la santé générale était très bonne; je n'ai trouvé aucune trace de spermatozoïdes. Chez les trois autres, les épididymites ont eu lieu dix ans, six ans, quatre ans auparavant; il est resté de chaque côté une dureté au bas de l'épididyme. Tous trois n'ont remarqué aucun changement dans le volume de leurs testicules, et ne ressentent jamais de douleurs dans ces organes, même après l'éjaculation. Tous trois ont leurs facultés viriles aussi satisfaisantes que possible en apparence, et rendent par l'éjaculation un liquide dont la quantité, la couleur et l'odeur sont celles du sperme normal. Ils n'ont pas remarqué, non plus que les malades de la précédente catégorie, que ce liquide fût moins visqueux; tous trois enfin sont mariés depuis plusieurs années et n'ont pas eu d'enfants. Leur sperme, que j'ai examiné et fait examiner par d'autres au microscope, ne renferme pas du tout de spermatozoïdes; j'y ai trouvé quelques granules moléculaires, des lamelles rares d'épithélium et des cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien, point de globules de pus ni de globules sanguins. L'un de ces malades, que j'ai vu en consultation avec M. le docteur Valleix, croit avoir eu des enfants avec une première femme avant l'épididymite double. Chez un autre, le sperme avait été examiné quelques années avant les épididymites, et l'on y avait trouvé une grand nombre de spermatozoïdes.

De ces cinq observations, je conclus qu'à la suite d'une épididymite bilatérale les malades peuvent, à la rigueur, retrouver avec toutes leurs qualités viriles les caractères qui assurent la fécondité du sperme; mais que cette affection peut aussi être suivie de la disparition prolongée, et probablement définitive, des spermatozoïdes et par conséquent de l'infécondité.

Cette conséquence est due, selon moi, à l'organisation et à la transformation fibreuse de la lymphe plastique au niveau de la queue des épididymes et à l'obstacle qui en résulte pour le passage du sperme. La sécrétion continue et exerce sur la santé générale et sur les fonctions génératrices la même influence que dans l'état normal, mais le liquide s'arrête dans l'épididyme. Celui qui est rendu pendant l'éjaculation provient exclusivement de vésicules séminales, qui continuent elles-mêmes de sécréter comme à l'état naturel; c'est du sperme vésiculaire qui est éjaculé sans mélange de sperme testiculaire.

Quelle autre explication pourrait-on donner de la disparition des spermatozoïdes et de l'infécondité? Un trouble indéfiniment prolongé dans les fonctions des testicules? Mais il serait singulier qu'un pareil trouble coïncidât avec des indurations à la queue des épididymes, et surtout qu'il persistât si longtemps sans amener l'impuissance. Un état particulier de l'économie, quelque diathèse, une mauvaise santé? Mais tout cela serait hypothétique, tandis que l'oblitération est démontrée possible par l'anatomie.

Conclusions générales. — Les conclusions auxquelles me conduisent les recherches actuelles, combinées avec celles de 1847, se rapportent, les unes à la physiologie, les autres à la pathologie et à la thérapeutique.

Les premières sont relatives surtout aux quantités proportionnelles et à la composition des liquides fournis à l'état normal par les testicules et les vésicules séminales. On conjecture bien, depuis les travaux de Hunter, que celui qui vient des testicules est peu abondant, et que la plus grande quantité provient des vésicules séminales, qui ont reçu en dépôt, depuis un temps plus ou moins long, le produit testiculaire. Mes observations me paraissent démontrer que cette conjecture est une réalité, et même que la quantité de liquide testiculaire est encore plus faible qu'on n'est disposé à le croire. On y remarque, en effet, deux phénomènes capitaux :

1° Les éjaculations sont aussi abondantes, malgré l'oblitération des voies spermatiques, que dans les cas où ces dernières sont libres;

2° La distension du canal épididymaire par le sperme ne donne pas à ce canal des proportions très considérables et n'occasionne pas de souffrances sur le vivant.

Sans doute il se fait une résorption; mais si la sécrétion testiculaire était aussi active qu'on le suppose généralement, cette résorption ne serait pas assez rapide pour empêcher si complétement les effets de la distension. Il ressort de ces deux points que la quantité habituellement fournie par les testicules est très faible, quoiqu'elle soit la plus importante. Et si l'on y réfléchit davantage, on reconnaîtra bientôt que cette condition est favorable à l'oblitération. Un obstacle se forme sur le trajet du sperme, dans l'épididyme; le liquide n'est pas fourni en assez grande quantité pour qu'en vertu du *vis a tergo* il puisse exercer une pression sur cet obstacle et le surmonter quand il n'est pas encore très solide. La même raison qui rend compte de l'absence des douleurs rend donc compte de la persistance de l'oblitération.

Quant à la composition du liquide éjaculé, il résulte de mes observations que, dans les cas d'oblitération, il a la même couleur, la même odeur, la même consistance qu'à l'état normal; la seule différence est donnée par l'examen microscopique, qui démontre l'absence des spermatozoïdes dans un cas, leur présence dans l'autre. Il est donc permis d'établir que normalement le testicule ne donne pas autre chose au produit de l'éjaculation que la substance fécondante, caractérisée par les animalcules, et que les matériaux au milieu desquels ceux-ci sont plongés se développent et vivent, proviennent surtout des vésicules séminales. C'est au produit de ces dernières que le sperme doit en réalité sa couleur, son odeur, et toutes les substances que l'analyse chimique y fait découvrir.

Les autres conclusions intéressent la pathologie et la thérapeutique. Personne ne contestera, je pense, qu'il est indispensable d'ajouter à l'histoire de l'épididymite blennorrhagique les détails relatifs à l'oblitération qu'elle laisse quelquefois après elle, et que je résume en quelques mots :

1° Cette oblitération occupe le plus souvent la queue de l'épididyme; mais elle peut, à la rigueur, se trouver sur un autre point de cet organe. Comme, à partir de son corps, c'est un conduit unique qui le forme en s'enroulant, il suffit que le calibre de ce conduit s'efface en un point pour qu'il y ait obstacle au passage du sperme.

2° Elle n'occasionne pas de douleurs : on voit, il est vrai, des malades qui souffrent longtemps à la suite d'une orchite blennorrhagique; mais je l'ai attribué, dans quelques-unes de mes observations, à un reste d'inflammation au niveau du noyau, car les douleurs étaient augmentées par la marche et les travaux pénibles, tandis que l'éjaculation n'avait sur elles aucune influence; la pression du point induré les augmentait, tandis que les autres parties de l'épididyme étaient peu sensibles.

3° Elle n'entraîne pas de changement appréciable pour les malades dans les fonctions des organes génitaux. Si même on voyait, à la suite d'une orchite, les érections et les éjaculations diminuer, il faudrait craindre une affection tuberculeuse, et explorer, à l'aide du toucher rectal, les vésicules séminales et la prostate.

4° Quand l'oblitération existe des deux côtés, elle occasionne nécessairement la stérilité; quand elle existe d'un seul côté, la fécondation reste possible, à la condition que l'autre testicule soit sain. A cet égard, on doit se rappeler que le testicule qui n'a pas été pris d'orchite peut être depuis longtemps impropre à la sécrétion du sperme, par suite d'un arrêt de développement ou d'une atrophie. Les recherches de M. Follin, consignées dans les *Archives* (4e série, t. VI, p. 257) et les miennes propres nous ont démontré que les testicules arrêtés à l'anneau ou dans le canal inguinal, ou dans le ventre, étaient habituellement peu volumineux et ne fournissaient pas de spermatozoïdes. Que, dans une telle condition, le testicule opposé soit affecté d'une épididymite, et que celle-ci se termine par une oblitération, la stérilité en sera la conséquence. De même, si une varicocèle plus ou moins ancienne s'accompagnait, comme cela a lieu quelquefois, d'une atrophie prononcée du testicule correspondant, l'orchite du côté opposé pourrait encore entraîner comme conséquence la stérilité. J'ai observé à l'hôpital du Midi un malade qui était dans ce cas; il avait depuis longtemps une varicocèle à gauche, et le testicule de ce côté était plus petit que l'autre d'au moins un tiers. Une orchite blennorrhagique se développa à droite dans les premiers jours d'avril 1853. Le sperme, que j'ai examiné une première fois le 17 mai, et une seconde fois le 8 juin, était absolument privé de spermatozoïdes. Je ne prétends pas dire pour cela que tous les testicules qui correspondent aux varicocèles soient dépourvus de leur sécrétion normale; il en est même parmi ceux qui sont un peu atrophiés qui conservent toutes leurs propriétés, mais il en est aussi qui les perdent, et l'on doit y songer lorsqu'on a à traiter une orchite du côté opposé.

5° La durée de l'oblitération est variable. Je suis heureux d'avoir pu démontrer aussi clairement que possible qu'au bout de trois, quatre, cinq, et même huit mois elle peut disparaître, et laisser libre la circulation du sperme. Je n'ai pas de fait qui me prouve que l'oblitération puisse disparaître après un temps plus long, mais il n'y a pas de raison pour regarder la chose comme impossible; je ne voudrais même pas assigner un terme au delà duquel on ne devrait plus compter sur la guérison. Pour obtenir à cet égard des résultats satisfaisants, il faudrait beaucoup plus d'observations que je n'en possède : je compte recueillir avec soin toutes celles que le hasard me permettra de suivre; mais, vu leur rareté et les difficultés inhérentes à ce genre de recherches, il faudra nécessairement un temps assez long. Au point où en est aujourd'hui la question, on peut concevoir cependant que certains individus, après avoir été stériles pendant les premiers mois qui suivent une épididymite double, puissent, au bout d'un certain temps, redevenir aptes à la fécondation.

6° Quant au traitement, il me paraît ressortir de toutes les considérations qui précèdent que le chirurgien doit se préoccuper dans tous les cas de faire disparaître en totalité l'engorgement de l'épididyme, et diriger vers ce but les moyens thérapeutiques. Il est nécessaire de distinguer ici deux périodes : l'une d'inflammation aiguë franche, l'autre pendant laquelle il ne reste qu'un noyau d'induration à peu près indolent, et que nous appellerons période d'induration.

Pendant la période inflammatoire il faut employer activement tous les moyens propres à faire obtenir une résolution prompte. Je ne me contenterais pas, comme le font quelques chirurgiens, du repos et des cataplasmes. Les sangsues répétées deux ou trois fois, suivant les forces et la constitution du malade, me paraissent avantageuses. J'attache surtout de l'importance aux purgatifs donnés tous les trois ou quatre jours. M. Puche, qui emploie souvent ce mode de traitement, m'a paru en obtenir de bons résultats. Je conseille aussi de bonne heure les frictions mercurielles, parce que l'introduction du mercure dans les voies circulatoires me paraît favorable à la résolution des épanchements plastiques dans le testicule et l'épididyme.

Pendant la période d'induration, il faut insister encore sur les frictions mercurielles. Mais j'attache surtout une grande importance à l'emploi de l'iodure de potassium. Ce remarquable médicament n'a pas seulement la propriété de faire résorber les épanchements plastiques de la syphilis tertiaire; plusieurs faits que j'ai observés attentivement m'ont démontré qu'il favorisait aussi la résolution d'autres engorgements inflammatoires chroniques du testicule, de ceux, par exemple, qui accompagnent le sarcocèle tuberculeux ou cancéreux. Je ne prétends pas qu'il fasse disparaître les tubercules ou le cancer, mais je le déclare efficace contre les épanchements plastiques concomitants. Quelques observations m'autorisent à penser qu'il n'est pas moins utile dans les engorgements qui obstruent la queue de l'épididyme à la fin de l'orchite blennorrhagique. Ces observations, il est vrai, ne sont relatives qu'à des orchites simples, dans lesquelles l'examen du sperme n'a pu rien m'apprendre. Seulement j'ai vu le noyau diminuer et disparaître au bout de quelques semaines.

C'est une condition avantageuse que de pouvoir employer l'iodure de potassium à une époque peu éloignée du début de la maladie, c'est-à-dire lorsque la matière plastique n'est pas encore solidement organisée, et c'est dans des cas de ce genre que j'y ai eu recours. Mais, comme je ne suis pas fixé sur l'époque à laquelle les noyaux sont devenus incurables, je conseillerais encore ce moyen aux malades chez lesquels l'affection remonterait à plusieurs années, et j'en ferais continuer l'usage pendant plusieurs semaines, sans dépasser la dose d'un gramme.

En recommandant ce mode de traitement, il ne faut pas oublier que, dans l'opinion de beaucoup de médecins et d'après quelques faits publiés par M. Cullerier (*Mémoires de la Société de chirurgie*), l'abus des préparations iodées atrophie quelquefois les testicules. C'est pourquoi je donne le conseil de ne pas les continuer très longtemps et de ne pas arriver à des doses élevées. On devra en même temps surveiller attentivement. Avec ces précautions, je doute qu'on ait à craindre aucun accident de ce genre.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. H. ROGER.

Hématémèse mortelle, suite d'une perforation tuberculeuse de l'estomac chez un enfant de six ans et demi;

Par M. BIGNON, interne des hôpitaux.

Foiret (Emile) est un petit garçon âgé de six ans et demi. Admis à plusieurs reprises à l'hôpital des Enfants pour divers accidents se rattachant aux diathèses scrofuleuse et tuberculeuse, il entra une dernière fois, le 8 juin dernier, dans le service des maladies chroniques, alors sous la direction de M. Hillairet.

Cet enfant présente, à son entrée, des ulcérations multiples à la région cervicale, plus nombreuses le long du muscle sterno-mastoïdien gauche. L'apparence et la forme particulière de ces ulcérations, qui ont décollé la peau et profondément disséqué les muscles de cette région, font soupçonner une influence syphilitique. Une médication spécifique appropriée est en conséquence instituée. Une prompte amélioration se manifeste dès le début de cette médication et semble confirmer pleinement le diagnostic.

Ajoutons qu'incidemment il est survenu pendant quelques jours, du côté droit de la poitrine, des râles muqueux, sous-crépitants, qu'on a cru devoir rapporter à un état phlegmasique du poumon.

Tels sont les antécédents et l'état de l'enfant qui fait le sujet de

cette observation au moment où M. Roger prend possession du service, le 1er juillet dernier.

En présence des résultats obtenus par son prédécesseur, M. Roger continue (avec une certaine défiance cependant) le traitement antisyphilitique. Le petit malade est d'une pâleur et d'une maigreur extrêmes. On voit de chaque côté du cou le tissu inodulaire, de récente formation, circonscrivant quelques ulcérations qui persistent encore et qui ont environ l'étendue d'une pièce de 50 centimes. Rien de notable ne survient jusqu'au mercredi 6 juillet.

L'enfant fait ce jour-là son repas du matin comme à l'ordinaire. Vers midi survient brusquement un premier vomissement de sang noir mêlé de caillots et d'aliments ; la moitié d'un crachoir en est remplie. L'interne de garde prescrit une potion antihémorrhagique. A trois heures de l'après-midi, une seconde hématémèse a lieu ; le crachoir achève d'être rempli de sang noir comme la première fois. Une demi-heure après, une troisième hémorrhagie, et le malade expire.

Autopsie. — L'autopsie, faite en présence de M. Roger, démontre une diathèse tuberculeuse remarquable par la multiplicité de ses produits. Au-dessous des ulcérations que l'on avait crues syphilitiques et des brides de tissu inodulaire, on trouve d'énormes et nombreux tubercules non encore ramollis. De semblables tubercules accompagnent en très grand nombre la fin de la trachée et les bronches ; les poumons, sauf quelques petites granulations à chaque sommet, n'en offrent pas de traces. Des adhérences celluleuses très nombreuses occupent la cavité pleurale droite. Peut-être faut-il rapporter à ces adhérences les râles observés pendant la vie. Les poumons sont d'ailleurs pâles, décolorés, ainsi que le cœur, dont les cavités sont complétement vides de sang.

Un flot de sérosité transparente, citrine s'échappe au moment de la section des parois abdominales. Cette sérosité occupe un véritable sac kysteux, aplati, compris entre la paroi antérieure de l'abdomen et la masse intestinale. Le grand épiploon, adhérant sur ses bords et par toute la surface contiguë aux intestins, englobe ceux-ci et en forme une masse globuleuse, bombée, arrondie, de sorte que, la paroi abdominale antérieure enlevée, on croirait le paquet intestinal renfermé dans une sorte de kyste formé par le grand épiploon doublé de dépôts pseudo-membraneux très épais et farcis de milliers de granulations tuberculeuses. Dans certains points de cette surface, une anse intestinale se soulève un peu et forme un léger relief. En faisant la dissection des intestins, on les trouve agglomérés, agglutinés ensemble en tous sens par les productions profondes de cette péritonite tuberculeuse. Le mésentère est rempli de gros tubercules, les uns ramollis, les autres à l'état caséeux. Le péritoine pariétal est également couvert de granulations tuberculeuses et présente même dans certains points de gros tubercules.

Près d'un verre de sang analogue à celui qui a été vomi remplit la cavité de l'estomac. Cet organe incisé sur la petite courbure et lavé, on découvre sur la grande courbure, à la grosse tubérosité, une perforation circulaire très nette, de la grandeur d'une pièce de vingt-cinq centimes. Une notable quantité de sang s'est échappée par cette perforation et a infiltré le tissu cellulaire sous-péritonéal. Aucun vestige d'inflammation ni d'ulcération ne l'environne ; elle présente, en un mot, tous les caractères que l'on retrouve dans les perforations tuberculeuses. D'ailleurs un tubercule cru, soulevant la membrane muqueuse, qu'il n'a pas encore altérée, existe tout à côté et ne laisse aucun doute sur la nature de cette perforation. Un autre tubercule, entouré d'une infiltration sanguine interstitielle et de quelques petites granulations tuberculeuses, se remarque à 5 centimètres environ du précédent et à droite sur la paroi postérieure de l'estomac.

La perforation occupe exactement le lieu de la situation anatomique des vaisseaux gastro-épiploïques qui rampent à la grande courbure de l'estomac. Un examen très attentif ne m'a point permis de découvrir l'ouverture, l'érosion du vaisseau ou des vaisseaux qui ont fourni l'hémorrhagie gastrique ; mais on ne peut douter qu'il n'y ait eu lésion de ces vaisseaux gastro-épiploïques.

Il est facile de se convaincre par l'examen de la pièce pathologique que les tubercules que nous venons de décrire ont eu à l'égard de l'estomac une marche envahissante de dehors en dedans. D'abord développés sous le péritoine, ils ont soulevé en les détruisant les parois de l'estomac, et c'est à cette marche envahissante et destructive que doivent être rapportées la perforation et l'hématémèse mortelle qui en a été la conséquence.

Ajoutons qu'il n'y avait point de tubercules dans les méninges ni dans l'encéphale, et que l'examen de l'extrémité inférieure de l'un des fémurs et de la partie supérieure du tibia correspondant n'en a point fait découvrir dans les os.

Cette observation, communiquée à la Société anatomique, a été l'objet d'un court rapport de la part de M. Lambert, que nous empruntons au Bulletin de cette Société :

« Si les péritonites tuberculeuses ne sont pas rares chez les enfants, on trouve à peine quelques exemples de tubercules dans l'estomac. M. Papavoine, dans une analyse de cinquante cas de tuberculisation chez les enfants, cite l'estomac comme ayant été atteint une seule fois. M. Lombard, sur cent observations de tubercules (chez les enfants), ne cite pas un seul cas dans lequel l'estomac fût malade. Pour MM. Rilliet et Barthez, l'estomac et le péricarde sont les organes dans lesquels les tubercules sont le plus rares. M. Bignon, qui a bien voulu m'aider à faire ces recherches, a parcouru vainement un mémoire de M. Gérard (*Perforations spontanées de l'estomac*), et sur quarante observations, les unes personnelles à l'auteur, les autres empruntées à divers médecins, quelques-unes à Lieutaud, il n'est pas fait mention d'une seule perforation tuberculeuse.

» L'exemple que nous a montré M. Bignon, s'il n'est pas unique, est au moins un des rares faits qu'ait à enregistrer la science. »

Du traitement de quelques paraplégies. Indications de l'emploi du rhus radicans.

Nous extrayons d'une leçon clinique de M. le professeur Trousseau quelques-unes des indications formulées par ce savant praticien au sujet d'une des causes les plus communes de la paraplégie.

Quelques paraplégies sont, comme on le sait, d'origine rhumatismale ; on les reconnaît particulièrement à la coexistence de douleurs dans les membres, avec la diminution ou la perte des mouvements. M. Trousseau préconise contre cette espèce de paraplégie l'usage de la poudre de belladone ; elle lui a fourni un cas de guérison complète et très rapide en quelques jours. D'autres paraplégies tiennent à ce que Brown appelle l'usure de l'incitabilité, à ce que les pathologistes d'une autre école appellent l'épuisement des forces radicales. Ces paraplégies reconnaissent souvent pour cause la chlorose, l'anémie, les pertes séminales, le coït exagéré, l'onanisme, etc. Les frictions excitantes, la flagellation, l'urtication et les affusions froides, jointes à l'usage des ferrugineux et des toniques amers, tel est l'ensemble des moyens que M. Trousseau recommande dans ces cas. Soit que ces moyens ne réussissent pas, soit qu'on ait affaire à une de ces paraplégies d'origine obscure et de cause inconnue, il faut avoir recours aux moyens empiriques, au nombre desquels la strychnine occupe le premier rang.

Au sujet du dernier ordre de paraplégies, M. Trousseau appelle l'attention des praticiens sur un agent thérapeutique encore peu connu, le *rhus radicans*, conseillé par Dufrénoy (de Valenciennes) contre les paraplégies dues à la rétrocession des dartres, et dont M. Bretonneau assure avoir retiré de bons effets dans les paraplégies consécutives à des commotions traumatiques de la moelle épinière ou à des affections n'entraînant pas les lésions organiques. On prépare l'extrait avec le suc non dépuré de la plante et on l'administre en pilules de la manière suivante :

Extrait de rhus radicans. . . . . 5 grammes.
Excipient inerte. . . . . . . Q. S.

Pour 25 pilules.

On commence par une pilule et on augmente d'une tous les jours jusqu'à ce qu'on soit arrivé à seize. Chez l'enfant, on commence par une pilule contenant 5 centigrammes d'extrait, et on ne dépasse pas la dose de 50 centigrammes par jour. D'après les expérimentations de MM. Bretonneau et Trousseau, le rhus radicans, sans être d'un effet curatif certain ni même aisé à préparer, a procuré néanmoins assez de guérisons pour qu'on doive en tenter l'emploi quand les médications rationnelles ont échoué.

(*Ann. médico-psychologiques.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 7 septembre 1853. — Présidence de M. DENONVILLIERS.

Après la lecture et l'adoption du procès-verbal, M. HUGUIER, chargé au nom de la Société de visiter M. Déguise père, annonce que la maladie qui empêchait M. Deguise d'assister à la séance est en voie de guérison.

Suite de la discussion sur le rapport de M. Robert.

M. GUERSANT fait la communication suivante :

Messieurs, permettez-moi d'ajouter encore quelques mots au sujet du chloroforme ; je chercherai à ne vous entretenir que de ce que j'ai observé chez les enfants, et pour ne pas m'écarter du rapport de M. Robert, je prendrai successivement chacune de ses cinq conclusions principales.

1° *Le chloroforme peut causer la mort par sidération.* — La mort est évidemment très instantanée dans un très petit nombre de cas chez les adultes, elle est encore plus rare chez les enfants. Sur 1,800 à 2,000 enfants que j'ai soumis au chloroforme depuis l'âge d'un an jusqu'à quinze, je n'ai eu aucune espèce d'accidents ; je l'ai pourtant employé *hardiment*, quelquefois même *sans grande attention* et très souvent *brusquement*, contraint que j'étais de chloroformer certains enfants de force. En général, je n'ai point remarqué de période d'agitation ; trois ou quatre inspirations franches déterminent l'insensibilité.

2° *La mort paraît causée par la cessation brusque des mouvements du cœur* (syncope). — La mort est causée par syncope produite, selon moi, par suspension de la respiration, qui cesse faute d'air respirable, qui cesse parce que la trachée et les bronches sont remplies de vapeurs de chloroforme ; peu ou beaucoup déterminent la mort, cela dépend des conditions de l'individu.

3° *Dans la plupart des cas, ce n'est pas une quantité excessive de chloroforme qui a causé la mort, mais bien une idiosyncrasie.* — Il est bien certain pour moi que ce n'est pas la quantité extrême de chloroforme qui cause la mort ; chez les enfants, j'en ai fait respirer une grande quantité sans inconvénient. Je pense avec M. Robert qu'il y a des conditions fâcheuses dans lesquelles se trouvent les malades, qui font qu'ils sont tués par le chloroforme ; je pense qu'il y a chez eux une prédisposition qui est la cause des accidents, prédisposition propre à l'individu, permanente ou accidentelle : condition analogue à celle qu'on observe chez les individus qui sont tués par l'opium, le quinquina, l'émétique ; en un mot, chez ceux qui ne peuvent supporter aucun médicament actif, et qui sont victimes de prescriptions quelquefois très bien faites et très indiquées.

4° *Jusqu'à présent la science ne possède pas de moyen de reconnaître cette idiosyncrasie.* — Il me paraît très difficile de reconnaître chez les enfants cette disposition fâcheuse qui fait que le chloroforme est funeste ; pour moi, l'âge ne fait rien. L'irritabilité nerveuse, l'état de faiblesse ne sont pas des contre-indications ; je ne crains d'employer le chloroforme que chez les individus affectés de maladies du cœur : l'expérience m'apprendra peut-être plus tard qu'il est d'autres contre-indications que nous ne connaissons pas encore. J'ai pu chloroformer des épileptiques sans danger.

5° *L'art ne possède aucun moyen efficace d'enrayer la marche des accidents que produit le chloroforme.* — Je crois que l'art possède des moyens de prévenir les accidents et de les combattre :

Les prévenir en ne chloroformant qu'à jeun ; en n'employant pour chloroformer *que l'appareil de Charrière, l'éponge ou le voile* ; à l'aide des autres moyens, on s'expose à ne pas faire respirer assez d'air avec la vapeur du chloroforme et à déterminer promptement l'asphyxie. Il est utile de tenir le malade dans une position demi-couchée, et non horizontale.

On préviendra les accidents en employant le chloroforme d'une manière graduée, en habituant peu à peu le malade et en ne le chloroformant pas de force, comme nous sommes quelquefois contraint de le faire chez les enfants.

On préviendra encore les accidents en étudiant beaucoup l'état général du malade qui présentera telle ou telle contre-indication déjà signalée, maladie du cœur, etc.

On combattra avantageusement les accidents par les moyens suivants :

Aussitôt qu'on remarque la constriction de la mâchoire, il faut écarter la mâchoire de force. Si la respiration se ralentit, ainsi que la circulation, il faut porter le doigt ou un manche de cuiller à la base de la langue jusqu'à la glotte ; on détermine ainsi un effort de vomissement et de toux ; il faut aussi faire mouvoir les côtes en imprimant de vigoureuses frictions sur les parties latérales de la poitrine, en pressant l'abdomen pour agir sur le diaphragme, faire, en un mot, ce qu'on fait chez les nouveau-nés asphyxiés ; en donnant de l'action aux muscles inspirateurs et expirateurs, on chasse les vapeurs de chloroforme des bronches et on permet à l'air pur d'y entrer. On ne doit pas non plus rejeter les autres moyens préconisés.

En terminant, je dirai que nous ne pouvons plus renoncer au chloroforme ; il peut tuer comme tous les médicaments héroïques : c'est aux chirurgiens à être prudents, observateurs attentifs à tout ce que peut produire ce merveilleux moyen, et enfin à donner avec le temps tous les préceptes qui peuvent en prescrire ou en rejeter l'usage. Pour moi, je ne craindrai pas de l'employer chez les enfants, à tout âge, et je ne me déciderai plus à faire certaines opérations chez les enfants sans le secours du chloroforme.

J'ajouterai que les malheurs arrivés me font redoubler de soins et d'attention dans l'emploi de ce puissant moyen.

M. BOINET fait remarquer qu'on ne saurait comparer l'asphyxie des nouveau-nés à l'état produit par le chloroforme. Les enfants qui présentent de l'asphyxie sont maintenus dans cet état par une cause toute mécanique ; ils ne peuvent respirer parce que des mucosités obstruent les voies aériennes. Si on les enlève et si en même temps on abaisse la base de la langue, la respiration se reproduit, tandis que chez les enfants soumis à l'inhalation anesthésique il y a une véritable paralysie.

M. GUERSANT reconnaît qu'il n'y a pas identité absolue entre ces deux états ; cependant ils offrent une certaine analogie, et la titillation du voile du palais tend aussi à ramener à la vie les enfants qui ont subi l'influence trop exagérée du chloroforme.

M. MOREL-LAVALLÉE a fait un grand usage du chloroforme chez les nouveau-nés, et il pense que l'on ne saurait passer sous silence tout ce qui est relatif à ce point intéressant de pratique.

Je signalerai, dit M. Morel, la difficulté que l'on éprouve chez les nouveau-nés à produire l'anesthésie. Pour réussir, j'emploie autant de chloroforme que pour les adultes.

En effet, après une première inspiration ils se rebutent, et on doit attendre assez longtemps pour que le chloroforme soit inspiré. Quelquefois l'effet n'est obtenu qu'après cinq minutes.

Je fais à l'hôpital des Enfants-Trouvés un usage très fréquent du chloroforme. Ainsi, je ne manque jamais d'y recourir dans les cas d'ophthalmie purulente pour pouvoir examiner la cornée lorsqu'elle est altérée. Si en effet on veut par violence procéder à cet examen très douloureux, on peut, par la pression qu'on exerce, vider l'œil, si la cornée, comme cela a lieu souvent, est ou ulcérée ou ramollie.

L'effet du chloroforme dans ces circonstances mérite d'être noté. Ainsi, la prunelle devient insensible à la lumière, l'œil s'ouvre seul ; tout le corps est manifestement insensible. Mais si on veut toucher aux paupières pour les ouvrir plus largement, elles paraissent conserver leur sensibilité : l'enfant résiste en se plaignant.

Comme je l'ai dit, je fais la chloroformisation pour les plus petites choses, et jamais je n'ai eu d'accident. Je suis porté à admettre que les accidents qui ont été observés peuvent être imputés au mode d'application. Il faut dire, en effet, que bien souvent on ne surveille pas assez l'action du chloroforme ; souvent l'aide qui est chargé de cette partie de l'opération l'abandonne pour voir agir le chirurgien.

J'ai suivi avec intérêt les observations présentées par M. Denonvilliers. Cependant je ne puis me défendre d'adresser un reproche à notre collègue. Il prétend que par l'insufflation faite par la bouche on ne peut faire pénétrer l'air et dilater la poitrine. J'ai fait des expériences qui ne me laissent aucun doute. Ainsi, soit par la bouche, soit, ce qui est encore plus facile, par une canule introduite dans la trachée, j'ai pu manifestement pousser de l'air dans les poumons.

Je ne nie pas pour cela l'excellence du procédé de respiration artificielle par la pression alternative du ventre et de la poitrine.

M. DEBOUT fait remarquer l'importance des communications de deux chirurgiens s'occupant de la chirurgie des enfants, comme MM. Guersant et Morel, qui viennent proclamer l'innocuité de l'anesthésie chez les enfants. M. Bouchacourt (de Lyon), qui est aussi chargé d'un service d'enfants malades, partage cette opinion. Je me demande, dit M. Debout, si l'innocuité ne pourrait être rapportée à l'emploi d'un appareil. Ainsi, dans le fait d'accidents survenus chez un enfant, fait communiqué par M. Maisonneuve, on ne se servait pas d'appareil. Il y a là une question que je recommande à l'attention de M. Robert ; le témoignage précieux de nos deux collègues mérite d'autant plus d'être pris en considération que tous les auteurs semblent s'accorder pour combattre leur manière de voir.

M. HUGUIER pense qu'on ne devrait pas admettre que les accidents pussent survenir par le fait du mode d'application avec ou sans appareil ; on pourrait plus tard, dans telle circonstance qui se produirait, se servir de cette argumentation pour rendre un confrère responsable des accidents. Autrefois, dit M. Huguier, j'employais exclusivement l'appareil de M. Charrière, mais depuis, sur peut-être 12 à 1,500 malades, je me suis servi de compresses en forme de cornet, et je n'ai jamais eu de malheur à déplorer.

M. ROBERT insiste pour que tout soit reproduit dans la discussion actuelle. M. Huguier doit se rassurer ; il n'y a aucune règle précise ; chacun agit à sa manière.

M. MOREL-LAVALLÉE fait part de quelques expériences qu'il a faites sur lui-même. Ayant dû plusieurs fois subir de douloureuses incisions, j'ai voulu me chloroformer. En mettant une très petite quantité de chloroforme sur un mouchoir, et en faisant coup sur coup deux ou trois grandes inspirations, je me sentais immédiatement anesthésié, sans perdre le sentiment de ce qui se passait autour de moi ; je ne ressentais aucune douleur sous l'action du bistouri, et le retour à la sensibilité se produisait doucement, sans secousse, et il ne me restait aucune trace de la chloroformisation. Si, comme cela m'est arrivé depuis, j'essayais de produire l'anesthésie en employant une plus grande quantité de chloroforme, j'éprouvais alors un sentiment de répulsion très vif, et l'action se produisait plus lentement, laissant après elle un sentiment de malaise très prononcé et persistant assez longtemps.

M. DEMARQUAY est d'autant plus satisfait de la communication de M. Morel, que les mêmes remarques avaient été faites par lui et reproduites dans le discours qu'il a lu devant la Société.

Anatomie pathologique.

M. RICHET a examiné au microscope avec M. Follin la tumeur qu'il avait présentée dans la dernière séance. Ce n'était pas, comme il l'avait cru d'abord, un de ces polypes hématiques signalés par M. Velpeau, mais bien les restes d'un débris d'œuf. On a trouvé en effet des villosités placentaires qui ne peuvent laisser aucun doute sur la nature de la tumeur.

Correspondance.

M. le secrétaire général donne lecture d'une lettre de M. Andrew

Smith, qui remercie la Société de l'envoi des mémoires et fascicules qu'elle a adressés à la bibliothèque médicale de l'armée anglaise.

— La Société reçoit :

1° Le *Bulletin de la Société de médecine de Poitiers*, mai 1853 ;

2° La *Revue thérapeutique du Midi*, de M. Saurel, nos des 15 juillet, 15 et 30 août ;

3° Plusieurs journaux de médecine ;

4° Un opuscule intitulé *Observations et dissertations médicales*, par M. le docteur Lecadre.

Lecture.

M. Piogey donne lecture d'un travail intitulé *Deux observations de traitement des fistules anales par les injections iodées.* (Renvoi à la commission nommée pour l'étude des injections iodées.)

Rapport.

M. Michon donne lecture d'un rapport qu'il a fait au nom d'une commission composée de MM. Robert, Larrey et Michon, rapporteur, sur un travail de M. A. Guérin, chirurgien du Bureau central, intitulé *Des rétrécissements du canal de l'urètre.* (Premier mémoire.)

Le rapport de M. Michon ayant été réservé pour être inséré dans les Mémoires de la Société, nous donnons seulement les conclusions :

« M. Guérin est connu de nous tous par ses travaux, par son enseignement. Ancien interne des hôpitaux de Paris, il a rempli pendant près de cinq années les fonctions de prosecteur à l'École anatomique des hôpitaux, place obtenue au concours ; il est chirurgien des hôpitaux civils de Paris, et s'est distingué maintes fois dans les nombreux concours auxquels il a pris part. Votre commission a l'honneur de vous proposer :

» 1° L'admission de M. Guérin comme membre titulaire de la Société de chirurgie ;

» 2° Le renvoi de son mémoire intitulé *Des rétrécissements du canal de l'urètre* au comité de publication ;

» 3° Le dépôt aux archives d'un deuxième travail de M. Guérin, intitulé *De la méthode à laquelle il convient d'avoir recours dans l'amputation de la continuité des membres.* »

— A la suite de cette lecture, M. Robert prend la parole pour combattre quelques-unes des assertions de M. Guérin ; d'abord, quant au siége de l'urétrite, qui, suivant l'auteur, se trouverait dans la muqueuse et dans les follicules. Cette opinion avait cours autrefois dans la science ; elle était surtout appuyée par Astruc ; et, pour quelques auteurs même, il n'existait en réalité d'inflammation que dans les follicules. Cette opinion, qui avait été abandonnée, M. Guérin veut la rétablir. Mais pour donner à son appréciation plus de rigueur, il fallait des détails précis ; et je m'étonne, dit M. Robert, que l'auteur, qui a eu le bonheur de pouvoir relever cent observations de nécroscopies, se soit borné à donner l'analyse de trois seulement.

Jusqu'à ce que M. Guérin ait donné plus de détails, je ne puis admettre qu'il ait suffisamment de raisons pour substituer l'opinion ancienne aux idées nouvelles.

Je ne nie pas que l'inflammation ne puisse s'emparer des follicules. Ainsi, j'ai étudié la vulvite folliculeuse. J'avais vu dans Astruc qu'elle était assez commune ; j'ai vérifié cette assertion, et je maintiens, au contraire, que cette affection n'est pas commune. Notre confrère M. Huguier, qui a si bien étudié ces maladies, pourra justifier mon assertion.

Il y a une forme particulière d'urétrite chronique, celle où la maladie ne s'accompagne pas de suintement apparent au méat ; le malade ressent des douleurs continues vers le périné, et quand il urine on voit nager au fond du vase des espèces de petits filaments muqueux ; alors on doit croire, dans ces cas, qu'il y a bien une inflammation des follicules ; mais c'est là une exception.

Passant à une autre objection, M. Robert signale comme n'étant pas neuve l'opinion de M. Guérin, qui dit que les corps caverneux peuvent participer à l'inflammation de l'urètre. M. Lallemant avait dit cela depuis longtemps.

J'aurais voulu, dit M. Robert, voir M. Michon aborder une question très intéressante, celle relative aux inflammations qui peuvent survenir dans les tissus caverneux de l'urètre, indépendamment de l'inflammation de la muqueuse.

Dans ces cas, la muqueuse peut secondairement devenir malade ; elle adhère aux tissus sous-jacents, et sa texture se modifie ; elle devient blanche, et peut ainsi se fibrifier.

Abordant ensuite la question du traitement de l'urétrite chronique, M. Robert s'étonne de la prétention soulevée par M. Guérin, de pouvoir guérir cette affection par le cathétérisme appliqué temporairement. Comment peut-on admettre qu'une sonde placée pour quelques instants dans le canal puisse vider, aplatir et oblitérer les follicules malades ? Je ne saurais partager cette opinion, dit M. Robert. M. Guérin me paraît en outre n'avoir pas bien défini les scarifications et l'urétrotomie dans l'appréciation qu'il fait de la méthode de M. Reybard.

Il faut bien évidemment, dans certaines circonstances, renoncer aux scarifications et au traitement par dilatation, comme ne remplissant pas le but. Alors il faut débrider, et l'opération de M. Reybard, qui produit véritablement la section de l'urètre, doit être employée. Pour M. Guérin, toute opération qui attaque l'urètre de dedans en dehors reste rangée dans les scarifications. C'est là une erreur ou une opinion trop absolue. Notre confrère donne la préférence à la méthode de M. Syme, qu'il considère comme offrant une grande innocuité. Ici encore je ne puis partager l'opinion de M. Guérin ; et pour justifier cette critique, on n'a qu'à consulter le relevé fait par M. Follin des observations dans lesquelles on a eu recours à cette opération, et on pourra s'assurer que la méthode a fait de nombreuses victimes.

Du reste, dit en terminant M. Robert, j'approuve de tout point les conclusions du rapport de M. Michon, et j'appuie comme lui la candidature de M. Guérin.

M. Michon. M. Robert, par son argumentation, me met dans la double obligation de défendre et mon rapport, et le travail de M. Guérin.

Le travail de M. Guérin se défend de lui-même ; je le trouve excellent ; il contient de nombreuses appréciations qui m'ont paru offrir un grand intérêt ; seulement je n'ai pas dit qu'il fût parfait, et les reproches adressés par M. Robert, je les ai formulés dans mon rapport. Le mémoire n'entre pas dans assez de détails ; les opinions émises par l'auteur sont trop absolues ; mais, telle qu'elle est, la communication faite par M. Guérin est digne de la Société de chirurgie.

On ne doit pas s'étonner du grand nombre de faits que M. Guérin a réunis. Il a pu à l'amphithéâtre en rencontrer très fréquemment ; car ces affections de l'urètre, le plus souvent nous ne faisons que les pallier et nous ne les guérissons pas radicalement, et il n'en est pas un de nous qui n'ait eu à donner des soins à des malades déjà traités par plusieurs autres chirurgiens.

M. Robert trouve que M. Guérin a eu tort de croire à la résistance fibreuse de tous ces rétrécissements. Comme les sujets sur lesquels il a recueilli les pièces pathologiques qui servent de base à son travail étaient dans cette catégorie d'individus dont l'affection présentait le degré le plus avancé de chronicité, il ne faut pas s'étonner que, voyageant dans un pays où tous les rétrécissements étaient durs, l'auteur ait admis cette disposition comme constante. C'était là une opinion trop exclusive, et je l'ai dit dans mon rapport.

Du reste, M. Guérin a intitulé son travail : *Premier mémoire*, et il a pris l'engagement de nous faire connaître la suite de ses recherches. Quant à l'inflammation des corps caverneux, M. Robert me reproche de n'en avoir pas parlé. Mais je n'avais pas à en parler, puisque je ne m'occupais que du travail de M. Guérin.

M. Robert fait remarquer que c'est par erreur qu'il a parlé des corps caverneux : il voulait dire du tissu spongieux.

Alors, répond M. Michon, M. Guérin en a très longuement parlé : il a même communiqué sur ce sujet un travail à l'Académie.

En résumé, je crois avoir établi que, si toutes les idées de M. Guérin n'étaient pas nouvelles, il y en avait cependant beaucoup, et sans contredit notre confrère, s'il est admis dans le sein de la Société, lui pourra fournir de riches travaux.

A la suite de cette discussion, toutes les conclusions du rapport sont admises par la Société, qui votera dans une prochaine séance sur l'élection de M. Guérin.

Il est en outre décidé que le travail de M. Michon sera renvoyé au comité de publication, et M. Voillemier insiste pour que l'on y ajoute les observations de M. Robert.

Anatomie pathologique.

M. Demarquay présente le doigt indicateur et une portion du second métacarpien gauche qu'il a dû amputer le matin même pour débarrasser un vieillard de soixante et un ans d'une tumeur développée lentement sur la face antérieure du doigt indicateur et qui se prolongeait dans la paume de la main au-devant du métacarpien correspondant.

Le malade porteur de cette tumeur dit qu'elle a commencé à paraître il y a deux ans environ ; elle est allée se développant jusqu'à ce jour sans avoir occasionné aucune douleur. Les mouvements du doigt étaient gênés. A son entrée à l'hôpital, voici l'état de la partie malade :

Doigt indicateur étendu, mouvement de flexion impossible. Le volume de la partie malade est double de ce qu'elle est à l'état normal ; la peau de la face palmaire est violacée ; il existe deux petites ouvertures par lesquelles un stylet pénètre à une petite profondeur sans rencontrer de surface osseuse. Cette exploration est douloureuse, amène un peu de sang. Un prolongement de la tumeur s'avance dans la paume de la main, ce qui force M. Demarquay à amputer le second métacarpien dans sa continuité en faisant un double lambeau et en sciant obliquement l'os.

L'examen de la pièce fait constater que la tumeur, développée au-devant de l'indicateur, est formée par un tissu jaunâtre assez résistant, peu vascularisé, s'isolant facilement de la peau et des parties plus profondément placées, mais intimement confondu avec les tendons fléchisseurs. Cette tumeur, née au contact des tendons et s'étendant jusque dans la paume de la main, n'adhère pas au périoste qui tapisse la face antérieure des phalanges.

Un examen microscopique fait par M. Demarquay et son interne a fait constater la nature fibro-plastique de la tumeur.

M. Chassaignac rappelle qu'il a communiqué à la Société une observation de cancer encéphaloïde borné également aux tendons des fléchisseurs de deux doigts (1). Le diagnostic avait été douteux. Après l'amputation, le malade a vécu encore trois ans, et il est mort des suites d'un cancer de l'estomac.

M. Larrey demande si M. Demarquay a essayé de conserver le doigt malade. Si la nature du mal avait été bien appréciée, n'eût-il pas été convenable de ne pas recourir d'emblée à l'amputation avant d'avoir employé d'autres traitements ?

M. Demarquay répond qu'il a amputé parce que d'abord on croyait avoir affaire à une affection ayant son point de départ sur les os, et ensuite parce que plusieurs chirurgiens avaient été d'avis de pratiquer l'amputation.

A M. Forget, qui demande quel était l'état des mouvements du doigt malade, M. Demarquay répond qu'il y avait immobilité, mais que cette immobilité était évidemment due à l'action mécanique exercée sur les mouvements par le volume et l'étendue de la tumeur.

M. Denonvilliers signale comme assez communes ces affections des tendons. La séméiologie de ces altérations n'est pas encore bien faite, et dans un cas il a cru avoir affaire à un kyste, qu'il a ponctionné. Trois malades qu'il a encore sous ses yeux ne sont pas en voie de guérison malgré des traitements assez énergiques.

Le secrétaire de la Société, E. Laborie.

Le corps des médecins militaires est rudement éprouvé depuis quelque temps. On en jugera par le discours suivant, prononcé par M. Bonnafont, médecin principal, sur la tombe du jeune Templer, qui vient de succomber à l'hôpital du Gros-Caillou, et qui a été inhumé mardi 13 septembre, au milieu d'un grand concours de médecins militaires, qui étaient venus accomplir un pieux devoir envers leur jeune et malheureux camarade.

. . . . Alors que nos hôpitaux contiennent peu de malades, la mort frappe à coups redoublés et précipités sur nos camarades de tout âge et de tout grade.

Il y a dix jours, c'était le jeune Froye, médecin aide-major de 1re classe, enlevé au début d'une carrière si honorablement commencée.

Il y a huit jours à peine, c'était notre bon et ancien camarade Lacauchie, médecin principal de 1re classe, enlevé si promptement, à la fleur de l'âge, à sa famille et à ses nombreux amis. La mort est venue frapper Lacauchie, cet homme d'élite, au moment où il commençait à goûter les douceurs d'une position acquise par des travaux incessants et par un dévouement à une science dont, après avoir éprouvé deux rudes atteintes, il devait enfin être victime.

Il y a quatre jours, c'était l'aide-major Cardaillac, auquel le savoir et l'intelligence réservaient un meilleur avenir.

Hier encore, c'était Lamoureux, médecin principal de 2e classe à l'hôpital de Thionville, qui payait son tribut mortuaire, et aujourd'hui c'est une nouvelle victime qui nous réunit autour de cette tombe encore béante, et qui tout à l'heure va se refermer sur les restes inanimés du jeune et malheureux Templer, succombant à une de ces maladies qui malheureusement résistent à tous les efforts de la médecine.

Certes, si les soins éclairés, si le dévouement affectueux avaient pu exercer quelque heureuse influence, ceux qui lui ont été donnés par notre camarade M. Molard eussent prolongé encore cette existence.

Mais l'heure fatale avait sonné !....

En entrant dans la médecine militaire, le jeune Templer ignorait sans doute que cette carrière, caractérisée par des luttes incessantes, exige une constitution robuste, d'abord pour supporter les fatigues corporelles inhérentes à un service très actif, et puis celles plus pénibles et plus fatigantes qui résultent des travaux intellectuels. L'esprit travaillant sans cesse pour se préparer et satisfaire aux épreuves du doctorat, et à celles non moins redoutables des concours, est obligé de travailler encore, et de travailler toujours pour se tenir à la hauteur de celles qu'exigent les fonctions si délicates et si éminemment responsables qui plus tard nous sont confiées. Eh bien, Templer n'avait pas bien mesuré ses forces ; ou mieux, il les avait supposées à la hauteur de son moral.

Atteint depuis longtemps d'une phthisie pulmonaire sur la gravité de laquelle il ne se faisait aucune illusion, il dut, malgré le degré avancé de cette terrible maladie, se préparer aux examens de docteur, et aussitôt après avoir obtenu le diplôme venir à Paris pour y subir les épreuves du concours d'aide-major. Mais les veilles qu'il avait consacrées à la préparation du doctorat avaient trop usé cette constitution déjà si affaiblie pour qu'il pût résister aux fatigues du concours. Son moral eût beau faire, ses facultés physiques ne purent le suivre dans ces luttes si émouvantes ; son corps, qui ne pouvait plus s'alimenter lui-même, ne put fournir à son tour l'aliment nécessaire à ces rudes épreuves. Templer succomba ; mais il succomba honorablement, emportant les regrets de tous ses juges.

Dans toute autre carrière qui eût eu moins d'exigences, Templer, tu eusses peut-être vécu quelques jours de plus, mais dans aucune autre tu n'aurais emporté plus de regrets ni laissé plus de bienveillantes sympathies. Écho de tous tes camarades, je viens donc te faire un dernier adieu et te dire que si les souffrances de ce monde doivent trouver une compensation dans celui où tu vas entrer, nos vœux et nos regrets t'y accompagnent, en attendant que nous allions à notre tour, et à l'heure marquée par la divine Providence, te retrouver à ce rendez-vous général du repos éternel !... Adieu !

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

En invitant avec instances tous les chefs de famille à faire vacciner leurs enfants, MM. les maires de Paris annoncent formellement que tout indigent qui ne fera pas vacciner ses enfants cessera d'être inscrit sur la liste des personnes secourues. Des primes sont toujours accordées aux enfants pauvres vaccinés.

— M. le docteur Diday vient d'obtenir le prix (médaille d'or) au concours ouvert par la Société de médecine de Bordeaux, sur la question de la *syphilis des nouveau-nés*.

— M. le docteur Louis-Auguste Frédéricq, médecin de l'hospice des Vieillards de Courtrai, fondateur et rédacteur en chef de l'*Observateur de Courtrai*, un des journaux les plus estimés de la Belgique, est mort le 11 septembre dans cette ville, à l'âge de trente-huit ans.

— Nous lisons dans l'*Assocation journal* que l'état sanitaire de Londres est actuellement aussi mauvais qu'en 1849, et que les comités du choléra de la Société des épidémies sont engagés à rechercher avec soin et promptitude l'origine et les progrès de l'irruption nouvelle de l'épidémie dans le pays.

— On écrit de Newcastle au *Morning chronicle* : « Voici le bulletin du choléra : Décès du 14 septembre, 58 ; total depuis le 31 août, 214. A Gateshead, 83. Il est venu de nouveaux médecins. Les visites à domicile ont constaté *un nombre considérable de diarrhées*. Cette indisposition, dans tous les cas, précède le choléra. On a beaucoup de peine à déterminer les gens à prendre soin d'eux dès l'origine.

» Le conseil municipal s'est réuni mercredi sous la présidence du maire. M. Grainger, inspecteur du bureau de santé, a exposé avec une grande liberté son opinion sur la nécessité d'exécuter promptement les dispositions de l'acte sur les logements en commun. Ce discours a été bien accueilli, et on a voté aussitôt 500 livres pour les premières dépenses. On a adopté une résolution relative à l'exécution des dispositions de l'acte pour régler le nombre des personnes qui doivent loger dans chaque maison, et pour fermer les chambres qui ne seraient pas propres à être habitées.

» M. Grainger a fait observer qu'à Gateshead, où la police des logements en commun était bien faite, il n'y avait eu qu'un seul cas de choléra dans ces logements, et encore le malade revenait-il de Newcastle. »

— D'un autre côté, nous lisons dans *the Lancet* que les autorités de Manchester ont adopté des mesures de précaution. Une commission sanitaire a été instituée. Les cas de choléra qui ont eu lieu à Liverpool ont été limités jusqu'ici aux émigrants arrivés d'Allemagne par Hull. A Hartlepool, il y a eu un décès de choléra asiatique.

Les directeurs de la maison de Mary-le-Bone ont adopté des mesures de précaution. Il a été nommé une commission sanitaire.

On remarque que le choléra qui sévit actuellement à Newcastle est beaucoup plus violent qu'en 1851. A cette époque, il n'y avait que 60 décès dans l'espace de quinze jours ; cette fois-ci, depuis le 1er jusqu'au 14 septembre, il y a eu 214 décès dans cette ville.

— On écrit de Stettin, le 12 septembre : « Dans ces dernières semaines, le choléra avait diminué d'une manière assez sensible parmi nous ; maintenant il se propage aux environs. Dans Altdama, il meurt chaque jour environ dix personnes. L'épidémie fait plus de ravages dans Gollnow. » (*Gaz. des postes de Francfort.*)

— La *Gazette de Lemberg* annonce que le choléra a éclaté dans le village de Stozemilce, cercle de Zloczower, en Gallicie.

On a constaté 4 cas de choléra à Hanovre, dans le faubourg de Linden.

— On écrit de Rotterdam (Hollande), 13 septembre :

« Déjà depuis quinze jours le choléra asiatique existe dans notre ville. Comme il avait peu d'intensité, les autorités, pour ne pas donner des inquiétudes, n'ont rien publié à ce sujet et les journaux ont suivi cet exemple.

» Aujourd'hui cependant la feuille officielle annonce que dans la journée d'hier il y a eu ici 54 nouveaux cas, 27 décès et 10 guérisons. »

— On écrit de Londres qu'une épidémie décime depuis quelques mois les troupeaux de moutons en Angleterre et surtout la race des South-Downs. Les moutons sont attaqués d'un mal à la jambe qui les fait boiter et fait perdre aux bêtes grasses 12 à 13 livres en peu de jours. Du moment où un mouton est atteint de cette claudication, le mal se propage rapidement dans tout le troupeau.

La Société royale d'agriculture de Londres a proposé un prix à celui qui trouverait un remède pour guérir cette maladie épizootique.

— On vient de recevoir à l'hôpital de la Charité, à Berlin, seulement comme essai de la laine de bois, cinquante nouveaux matelas et autant de couvertures de cette matière. Le ministre de la guerre a de son côté fait faire dans les casernes des essais qui ont parfaitement réussi. On emploie aussi usuellement la laine de bois à l'établissement des élèves sages-femmes à Breslau. Du reste, l'emploi de cette matière n'est nouveau qu'à Berlin, car depuis huit ans déjà on se sert avec succès de la laine de bois à l'hôpital général de Vienne.

(*Nouvelle gazette de Prusse.*)

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

(1) *Cancer des tendons et des gaînes tendineuses.* (*Annales de thérapeutique de Rognetta*, t. II, p. 457. 1843. — *Gazette des Hôpitaux*, 20 avril 1852.)

N° 112. — JEUDI 22 SEPTEMBRE 1853. (26e ANNÉE.) N° 112. — JEUDI 22 SEPTEMBRE 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

	Trois mois	Six mois	Un an
PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE.	8 fr. 50 c.	16 »	30 »
GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES.	9 fr.	17	33
ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR.	10 fr.	20	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

PARIS, LE 21 SEPTEMBRE 1853.

Séance de l'Académie de Médecine.

La séance a été courte et sans discussion. Les lectures se sont bornées :

1° A un rapport de M. Gaultier de Claubry sur un mémoire de M. le docteur Gautherin fils (de l'Yonne), relatif à une épidémie de gastro-entérite. Sans rien ôter au mérite de ce travail, M. le rapporteur a fait comprendre que les idées, ou du moins les expressions en étaient un peu surannées, et que ce que l'auteur appelle gastro-entérite eût mieux été nommé fièvre typhoïde ;

2° A un mémoire de M. de Hubé sur les épidémies de choléra de 1848 et 1849 et sur un mode particulier de traitement ;

3° A un travail de M. Poggiale sur les eaux minérales d'Orezza (Corse), que l'auteur regarde comme plus acidules que les eaux si célèbres de Spa, et plus ferrugineuses que celles de Forges, de Passy, de Cransac, etc. Leur action tonique est, suivant l'auteur, parfaitement démontrée dans la chlorose, les flueurs blanches, etc.

La correspondance n'a pas manqué d'intérêt. Nous n'insisterons pas sur la lettre de M. Becquerel; cet honorable confrère reconnaît n'avoir aucun droit à la priorité de l'application des cautérisations avec le nitrate d'argent en crayon dans la vaginite, et réclame seulement l'idée, que personne ne lui enviera sans doute, d'avoir généralisé ce mode de traitement dans tous les cas.

Trois lettres sur le choléra dans le nord de l'Europe ont été lues : la première de M. le docteur Thomas, non plus de Saint-Pétersbourg ou de Moscou, comme les dernières, mais bien d'Amsterdam. Notre honorable confrère va comme le vent; il voyage aussi vite que le choléra, qu'il poursuit et se propose d'aller observer à Rotterdam. Nous ne désespérons pas de voir sa prochaine lettre datée de Londres ou de Newcastle; ceci soit dit sans esprit de blâme ou de critique. Les lettres de M. Thomas sont fort intéressantes; on a pu en juger par nos derniers extraits.

Les deux autres lettres sont de M. le docteur Macloughlin. Cet honorable confrère, qui habite Paris, l'a quitté pour aller observer le choléra dans son pays, et a visité Londres et Newcastle. Les observations faites sur les lieux confirment les rapports officiels que nous avons publiés, et lui font admettre le génie épidémique. A Newcastle, passe, lui dira-t-on; mais à Londres!... Y pensez-vous, honoré confrère; n'est-il pas convenu que la capitale du Royaume-Uni est dans l'état le plus normal, et que 150 diarrhéiques peuvent y succomber chaque semaine sans qu'on y trouve autre chose que de la sporadicité? Vous aurez sur les doigts, monsieur Macloughlin, prenez-y garde.

M. le professeur Jaumes (de Montpellier) assistait à la séance, et sa présence a été signalée à l'Académie par M. le président, qui a oublié de rendre le même honneur au docteur Clot-Bey, le célèbre fondateur de l'école d'Abou-Zabel. On sait que l'Egypte lui doit la création d'une pépinière de docteurs indigènes que notre zélé compatriote a amenés en France il y a quelque vingt ans, et qui en sont repartis pour aller répandre dans leur pays les idées et le savoir puisés à notre école.

M. Clot-Bey a été accueilli avec empressement par la plupart de nos académiciens les plus distingués. Il en a été de même de M. le professeur Jaumes.

Nous nous contenterons d'ajouter qu'en assistant à la séance de ce jour, ces deux honorables correspondants ont été peu favorisés du sort ; ils auraient pu, sans paraître exigeants, témoigner le désir d'y trouver un peu plus d'intérêt. Aussi, pourquoi ces messieurs s'avisent-ils de voyager en temps de vacances?

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. HARDY.

Leçon clinique sur le prurigo.

Le mot *prurigo* vient de *pruritus*, prurit, démangeaison, et nous allons voir que cette étymologie n'est que trop bien justifiée. Le prurigo est en effet caractérisé par une démangeaison excessivement vive, accompagnée d'une éruption de papules de la couleur de la peau, assez grosses, surmontées d'une petite croûte noire, et disséminées sur une surface assez étendue.

Willan, le premier, a donné une bonne histoire du prurigo, et l'a placé à côté du lichen et du strophulus dans l'ordre des papules. Alibert, à qui l'on doit une description très pittoresque de cette maladie, l'a rangée dans les affections scabieuses, à côté de la gale, qu'elle accompagne très fréquemment. C'est en réalité une maladie à part, une sorte d'érection des papilles nerveuses sous l'influence du prurit; et si nous cherchons quelle est la place qui lui convient dans une classification méthodique, nous verrons qu'elle forme en quelque sorte un chaînon intermédiaire entre les inflammations locales et les maladies parasitaires d'une part, tandis que de l'autre, par sa ténacité, sa tendance à récidiver chez certaines personnes, elle touche aux maladies dartreuses. Il est vrai que dans beaucoup de cas où la maladie se distingue par son opiniâtreté elle est manifestement mélangée de lichen, affection essentiellement dartreuse.

Les *symptômes* sont faciles à constater. C'est une éruption de papules du volume d'une tête d'épingle environ, blanches, et dont le sommet est coloré en noir par une petite croûte; cette croûte n'est autre chose qu'une gouttelette de sang desséché et qui provient des excoriations de la papule par les ongles du malade. On voit aussi aux alentours de longues traînées attestant encore l'action des ongles. La peau est légèrement rubéfiée, parfois même épaissie, hypertrophiée. Le siége de l'éruption est particulièrement le dos, les épaules et les membres, sur la face qui répond au côté de l'extension. Le prurit est le plus ordinairement extrêmement violent, parfois même intolérable, et quand on interroge les malades sur ce qu'ils éprouvent, c'est chose merveilleuse que la variété et l'énergie des expressions qu'ils emploient pour peindre leurs souffrances. Ces démangeaisons, qu'ils peuvent à peine calmer en se grattant avec fureur, sont particulièrement réveillées pendant la nuit par la chaleur du lit; de là des insomnies qui fatiguent les malades, finissent par altérer leurs fonctions, troubler l'appétit, entraver la nutrition, amener avec l'amaigrissement la perte des forces, etc. Cela s'observe surtout chez les vieillards.

Du reste, les phénomènes du prurigo varient suivant *différentes circonstances* symptomatologiques et étiologiques qu'il est indispensable de passer en revue.

1° *Prurigo mitis.* — Cette douceur du prurigo n'est, il faut bien se le rappeler, que relative. Le prurit est supportable. Les papules sont ici assez volumineuses, et en raison même de la démangeaison moins intense, elles sont moins profondément labourées par les ongles du malade. Cette variété se rencontre le plus ordinairement chez de jeunes sujets, occupant les parties supérieures du corps. Les papules, en s'affaissant, se recouvrent assez souvent d'une petite desquamation furfuracée. Il n'est pas rare, dans les cas de ce genre, d'observer une association de lichen avec les papules de prurigo. La durée varie de trois semaines à deux mois.

2° *Prurigo formicans.* — Le prurit est porté ici à sa plus haute expression; il est véritablement insupportable, et se réveille surtout la nuit. Il semblerait, comme le nom l'indique, que des myriades de fourmis parcourent toute la surface du corps. Le malade se gratte avec rage, avec désespoir, et déchire les papules et le tégument voisin: d'où résultent l'excoriation de celles-là, et de longues traînées d'écorchures sur celui-ci. Ces papules sont ordinairement assez volumineuses, et dans le cas où le mal est très intense, elles peuvent acquérir le volume d'un pois; la peau offre aux alentours une teinte brune. Quand l'irritation est très violente, il en résulte souvent de la suppuration dans les points écorchés, des formations de vésicules, de pustules et même de véritables furoncles. On comprend qu'arrivée à ce point la maladie doit porter une certaine atteinte à la constitution, comme nous l'avons dit plus haut. Alibert a vu un malheureux tellement tourmenté par un prurigo opiniâtre, qu'il préféra la mort aux souffrances incessantes qu'il endurait, et se suicida.

3° *Prurigo senilis.* — C'est celui des vieillards; il est très commun, surtout dans la classe pauvre. Les papules sont plates et assez largement disséminées ; en même temps la peau est sèche, rugueuse, chagrinée. Il s'y joint très fréquemment des poux : ce qui donne lieu à la variété suivante.

4° *Prurigo pedicularis.* — En même temps que se forment les papules, on voit apparaître une pullulation de poux qui se montrent sur toute la surface du corps. La peau devient le siége d'une sécrétion sébacée, visqueuse, grisâtre ; elle offre un aspect sale, terreux. C'est, comme nous le disions, surtout chez les vieillards que se montre le *prurigo pédiculaire.* Rien n'est plus commun que l'association de cette forme avec les deux précédentes ; en d'autres termes, le prurigo des vieillards (*senilis*) est le plus souvent caractérisé par des démangeaisons atroces (*formicans*) et la présence de poux (*pedicularis*). Le malheureux atteint de cette désolante maladie devient pour ceux qui l'entourent un objet d'horreur et de dégoût autant et plus peut-être que de pitié ; sa constitution, déjà minée par l'âge et la misère, finit par s'épuiser. Rien n'égale la désolante ténacité du *prurigo pedicularis.* Il récidive avec une incroyable facilité, ou plutôt, comme on n'a pas fait périr tous les poux, ils ne tardent pas à se reproduire et à ramener la maladie ; car, suivant nous, le prurigo est ici l'effet, la conséquence de la présence des poux, comme la gale est la conséquence de l'acarus. L'éruption papuleuse est donc ici une affection secondaire.

5° *Prurigo latens.* — Alibert a décrit sous ce nom une véritable hyperesthésie de la peau dans laquelle la démangeaison existe vive et énergique, mais sans papules.

Les différences de siége créent encore certaines formes dont il faut tenir compte dans la pratique. Ainsi, nous devons signaler à votre attention les variétés suivantes :

1° *Prurigo podicis.* — Cette variété me paraît avoir été admise à tort, du moins dans beaucoup de cas; car on a appelé ainsi des affections prurigineuses de l'anus qui pouvaient bien, dans un moment donné, être caractérisées par des papules, mais qui appartenaient à la famille des dartres et aux espèces lichen ou eczéma. Dans certains cas cependant la maladie paraît bien réellement appartenir à l'espèce prurigo ; la peau est sèche, rugueuse, les démangeaisons intolérables. Ces accidents se rencontrent surtout chez les femmes à l'âge critique, chez les personnes livrées à des occupations sédentaires, etc. On a beaucoup parlé de la ténacité de cette affection. Cela n'est pas étonnant, puisque l'on a confondu avec elle des maladies de nature dartreuse chez lesquelles la chronicité et la tendance à la récidive sont des caractères fondamentaux.

2° *Prurigo scroti.* — Nous en dirons à peu près autant de cette variété. Notons en passant que l'irritation portée sur l'appareil génital provoque des érections, des éjaculations involontaires et des pollutions nocturnes énervantes.

3° *Prurigo pudendi.* — C'est, chez la femme, le pendant du précédent. On observe sur le pubis, les grandes lèvres des papules légères plus ou moins profondément excoriées. Il n'est pas rare de rencontrer avec ces manifestations extérieures des écoulements leucorrhéiques. Disons, au reste, que sous ce même nom on a encore confondu plusieurs maladies ayant pour caractère commun de vives démangeaisons.

4° *Prurigo plantaris.* — Alibert appelait ainsi une forme d'urticaire dans laquelle le prurit, occupant la plante des pieds, n'était pas accompagné de papules.

La *marche* du prurigo est presque toujours chronique, et se prolonge souvent pendant des années, surtout chez les vieillards.

Diagnostic. — Le prurigo a pour caractère anatomique des papules assez volumineuses, de la couleur de la peau, surmontées d'une croûte noire, sèche, et disséminées sur le tégument sans former d'agglomérations. Ces caractères le distinguent du *lichen*, dans lequel les papules sont plus petites, acuminées, plus ou moins vivement colorées, donnant lieu à une sécrétion séreuse et agminées. Le prurigo ne saurait non plus être confondu avec le *strophulus*, affection aiguë attaquant surtout les jeunes enfants, paraissant et disparaissant avec une grande facilité ; avec l'*urticaire*, reconnaissable à ses plaques saillantes, blanches ou rouges, avec gonflement de la peau, apparitions et disparitions successives. Quant à la *gale*, nous ne chercherons pas à établir de signes distinctifs, puisque, suivant nous, et ainsi que nous l'avons établi déjà (*Gazette des Hôpitaux*, 27 août dernier), le prurigo est une des manifestations de cette maladie. Ainsi, quand on examine un sujet atteint de prurigo, il faut s'assurer si chez lui l'éruption papuleuse n'a pas pour cause l'acarus, car dans ce cas il aurait réellement la gale. Le prurigo psorique attaque surtout le ventre et les cuisses.

Le *pronostic* est nécessairement en rapport avec l'âge du malade, l'état de sa constitution et ses habitudes hygiéniques : c'est ce que l'examen des causes va nous faire voir.

Etiologie. — Les causes prédisposantes sont surtout l'âge avancé, la malpropreté, la misère, l'alimentation insuffisante ou composée de substances salées, fortement épicées, etc. Les causes efficientes sont toutes celles qui peuvent déterminer du prurit : telles sont la présence de *pediculi*, d'acarus, le lichen, les hyperesthésies de la peau, l'urticaire, etc. On a cité quelques exemples de contagion ; mais, en général, c'est plutôt la cause de la maladie, les poux, les acarus, qui peut se gagner que la maladie elle-même.

Traitement. — Il doit surtout consister dans l'emploi des agents capables de modifier puissamment l'enveloppe tégumentaire : ainsi les bains sulfureux, les bains alcalins, les bains de vapeur. L'expérience m'a appris à ne pas compter sur l'action des pommades ; je ne les emploie donc presque jamais dans le prurigo généralisé. Il

n'en est pas de même des narcotiques : l'aconit, l'opium rendent souvent de grands services pour calmer le prurit. Chez les vieillards, ceux-là surtout qui sont affaiblis par la maladie et de mauvaises conditions hygiéniques antérieures, les toniques, les préparations de quinquina sont souvent très utiles.

Dans le *prurigo pedicularis*, il faut surtout s'attacher à détruire les poux. On y parviendra à l'aide des fumigations cinabrées, des bains sulfureux. Mais dans ce cas il ne suffit pas de les détruire à la surface de la peau : il est indispensable d'en débarrasser aussi les vêtements. Pour cela, on se servira avec avantage de ces étuves chauffées à 100° dont nous avons parlé à l'occasion de la gale. Quand le prurigo est circonscrit et limité à l'une des localités que nous avons fait connaître, on aura recours aux lotions avec l'eau blanche. Certaines pommades peuvent ici rendre de grands services : telles sont les pommades au camphre et à l'oxyde de zinc, au sublimé ; les fumigations locales sulfureuses ou cinabrées. Enfin, quand la maladie est très rebelle, on peut avoir recours aux préparations arsenicales, liqueur de Pearson ou de Fowler. Mais, quel que soit le traitement auquel on ait recours, il ne faut pas négliger les précautions hygiéniques : le rôle que la malpropreté, la mauvaise alimentation, etc., jouent dans l'étiologie indique suffisamment ce qu'il faut faire pour neutraliser ces causes prédisposantes.

HOPITAL DU MIDI. — M. Ricord.

Phthisie tuberculeuse des poumons, des voies génito-urinaires et du foie.

Par M. Dufour, interne des hôpitaux.

Le nommé Taffoureau, âgé de soixante ans, entré le 29 avril 1853 à l'hôpital du Midi.

Ce malade fournit les renseignements suivants :

Une chaudepisse en 1832. L'embarras des voies urinaires remonte à trois ans. Le jet de l'urine était diminué, et alors que la miction n'avait pu se faire souvent qu'après de longs et pénibles efforts ; l'urine coulait souvent goutte à goutte et involontairement. En même temps, le malade remarqua un écoulement urétral abondant. Depuis cette époque, toujours les fonctions urinaires ont été très gênées et très incomplètes ; l'écoulement purulent a continué pendant tout ce temps.

Le malade ne consulta personne jusqu'à ces derniers mois ; le 9 janvier seulement, à son dire, il fut pris d'un gonflement testiculaire à gauche. Quand il s'en aperçut, le testicule aurait eu environ la moitié du volume qu'il nous présente aujourd'hui. C'est la douleur qui éveilla l'attention du malade. Depuis quelque temps déjà il ne pissait plus que par incontinence continue et goutte à goutte. Pendant neuf jours la douleur testiculaire fut assez vive, mais le gonflement n'augmenta pas. Le malade fut adressé alors à M. Civiale, à l'hôpital Necker, où il entra le 19 janvier. On resta huit jours, dit le malade, sans pouvoir arriver dans la vessie ; ce ne fut qu'avec une bougie très fine qu'on put pénétrer. Dès cette première dilatation, le malade urina facilement. A partir de ce moment, on passa des bougies en cire de calibre croissant jusqu'au n° 6. Vers le 12 mars, M. Civiale coupa, dit le malade, deux brides dans l'urètre, et immédiatement put entrer un cathéter d'étain du n° 18.

Depuis ce moment, le malade fut assez bien dans les premiers temps, la douleur testiculaire avait complétement disparu, mais le gonflement persistait. Il y a trois semaines une hématurie se manifesta pendant deux jours, à la suite d'un cathétérisme fait par M. Caudmont, remplaçant M. Civiale ; la sonde avait été poussée jusque dans la vessie, ce que, dit le malade, M. Civiale ne faisait jamais. Depuis ce moment, les urines furent rendues plus fréquemment et en très petite quantité.

Les urines sont très catarrhales, très fétides ; il y a un suintement purulent continu par l'urètre avec sensation de brûlure. Vers le 18 avril, le malade s'aperçut que le testicule droit se gonflait. Depuis ce moment le gauche a augmenté de volume, tandis qu'il était resté jusqu'à cette époque au volume qu'il présentait le 19 janvier. Le malade quitta le service de M. Civiale.

Aujourd'hui, il nous présente un gonflement assez considérable, douloureux, de l'épididyme droit ; à gauche, le gonflement, qui a le volume d'un œuf, paraît avoir envahi le corps de la glande et l'épididyme ; il est dur, peu douloureux, à peu près d'égale consistance dans tous les points. Le toucher rectal ne donne pas de renseignements précis : l'anus est lâche, bordé d'hémorrhoïdes ; le malade prétend avoir eu une chute du rectum il y a quinze mois. Depuis le 19 janvier, l'état général est devenu peu à peu de plus en plus sérieux ; les forces diminuent, l'embonpoint disparaît, la figure a pris une teinte cachectique ; le malade est forcé de garder le lit.

Le 30, bain. M. Ricord attribue le gonflement testiculaire gauche à de l'orchite chronique.

Par le cathétérisme avec la sonde d'argent, on arrivait facilement sans obstacle jusqu'à la région prostatique ; arrivé là, on voyait de l'urine sortir par la sonde, et cependant il était impossible d'aller plus loin, de relever le bec de la sonde et d'entrer dans la vessie ; il était évident qu'on pénétrait dans une poche antérieure et inférieure à la vessie et qui devait se prolonger même derrière elle, car la sonde entrait à une profondeur telle qu'on aurait pu se croire dans la vessie. Par le toucher rectal, on ne trouvait pas de développement anormal de la prostate ; on sentait très bien la convexité de la sonde, qui n'était séparée de la cavité du rectum que par une très petite épaisseur des parties molles.

Il faut l'avouer, nous ne comprenions pas très bien avec les seuls renseignements précédents donnés par le malade à quelle lésion nous avions affaire ; nous eûmes bien l'idée d'une désorganisation organique, mais nous rejetâmes tout de suite la pensée d'une lésion cancéreuse, car le cathétérisme était presque indolent, ne s'accompagnait d'aucun écoulement de sang.

Le malade, dans un état de décrépitude très avancé pour son âge, ne se plaignait pas des organes thoraciques, et nous ne pratiquâmes pas, à tort, l'auscultation, qui nous eût donné des renseignements très précieux. Tous les deux jours, on cathétérisait le malade, tâchant toujours de pénétrer dans la vessie. Une fois, M. Ricord, avec une petite sonde de gomme élastique à courbure prostatique, crut pénétrer dans la vessie : ce fut la seule fois.

Vers le milieu de mai, le malade fut pris d'une tuméfaction douloureuse au-dessus des pubis ; elle se termina bientôt par un abcès, qui fut ouvert et donna issue à du pus sanieux, fétide, avec des bulles de gaz et à de l'urine.

A partir de ce moment, le malade urina toujours par l'ouverture de cet abcès et un peu par la verge ; il était continuellement baigné d'urine. L'état général s'aggrava ; le malade semblait être dans un frisson continuel, ramassé et blotti sous ses couvertures, la voix vacillante, l'appétit perdu ; il s'éteignit enfin sans phénomène nouveau le 22 mai. Dans les derniers temps, sa verge était enflée, mais sans rougeur, sans douleur : on eût dit que l'urètre était soufflé, car le tissu cellulaire sous-cutané était parfaitement souple.

Bains de propreté fréquents ; toniques en tisanes, en juleps, en aliments jusqu'à la mort.

Autopsie. — Tissu du cœur ramolli.

Adhérences pleurales nombreuses du poumon droit avec nombreuses cicatrices tuberculeuses au sommet, mais sans tubercules en voie d'évolution.

Le poumon gauche présente des adhérences excessivement résistantes avec toute la plèvre costale, mais surtout à la base avec la plèvre diaphragmatique ; dans ce point, les adhérences sont même si résistantes qu'on ne peut les vaincre que par l'instrument tranchant : il est alors facile de distinguer une épaisse couche de fausses membranes fibreuses unissant la base du poumon avec la plèvre diaphragmatique ; dans quelques points de l'épaisseur de ces fausses membranes, on trouve des dépôts tuberculeux ramollis, circonscrits, qui nous paraissent par leur disposition être postérieurs en origine à la formation des fausses membranes.

Le parenchyme du poumon gauche est infiltré de tubercules miliaires dans une grande partie de son étendue ; il est criblé de petites cavernes réunies entre elles qui n'ont plus laissé intactes que les ramifications bronchiques et les vaisseaux pulmonaires, comme si l'on avait fait macérer le poumon pour détruire le tissu cellulaire.

Rien aux reins et à la rate.

Le foie présente une altération qui n'est visible que lorsqu'on en a été préalablement averti par le toucher : ainsi on sent au doigt, soit à la surface, soit dans l'intérieur du parenchyme, des granulations dures, grisâtres comme des grains de semoule épars dans la glande ; elles ne sont pas très confluentes, mais cependant le nombre en est considérable. J'ai distingué positivement au microscope la nature tuberculeuse de ces granulations ; elles tranchaient à peine par leur couleur, vu leur petit volume, sur le reste de la glande. Rien aux uretères.

Le cul-de-sac recto-vésical nous apparaît noirâtre, violacé, parsemé de granulations tuberculeuses, sous-séreuses ; il recouvre une masse indurée, formée sur les côtés par des ganglions sacrés, indurés et tuberculeux, et sur la ligne médiane par les vésicules séminales, le bas-fond de la vessie et la face antérieure du rectum qui sont reliés ensemble d'une manière inséparable, sans déchirure de l'une ou l'autre de ces parties. Toute cette masse est enlevée avec précaution, en y joignant le pubis, une portion de la paroi abdominale sus-pubienne, la peau du périnée. Afin de bien voir par où s'est faite la fistule urinaire aboutissant à la région sus-pubienne, une injection est poussée dans la vessie par une ouverture artificielle ; le méat urétral ainsi que l'orifice de la fistule urinaire étant préalablement liés, il est facile de voir que la verge enfle jusqu'à la racine du gland et dans ses trois quarts inférieurs par l'injection qui a été pratiquée. Nous verrons plus bas à quelle cause est dû ce phénomène que nous avions vu sans bien le comprendre dans les derniers temps de la vie. Voici les lésions que nous constatons sur la pièce convenablement préparée.

La cavité vésicale ne présente rien de particulier, si ce n'est des granulations tuberculeuses sous-muqueuses très abondantes vers le trigone vésical. La prostate n'existe plus, elle est en grande partie détruite, il n'en reste plus qu'une sorte de pont déchiqueté sur les bords ; puis on tombe tout à coup sans transition dans une vaste loge anfractueuse qui s'étend depuis le rectum jusqu'à la racine des corps caverneux, remplissant par conséquent toute la région périnéale au-dessus du plancher musculaire. Cette loge n'était qu'une vaste caverne produite par la fonte purulente de tubercules volumineux de la prostate, de l'urètre vers le rectum ; elle communiquait avec deux masses piriformes, les vésicules séminales, doublées de volume, tuberculeuses ; la vésicule gauche présentait des tubercules ramollis, mais moins volumineux que les masses de la précédente. Les parois de cette caverne sont d'une couleur sale, vineuse, comme le fond d'un ancien clapier purulent ; sur la ligne médiane on voit quelques débris de la charpente de l'urètre : c'était dans cette caverne que pénétrait le bec de la sonde qui arrivait facilement sous le pont restant de la prostate, soulevait celui-ci sans pouvoir pénétrer dans la vessie.

Cette caverne devait toujours être remplie d'urine, car le col vésical ne pouvait plus remplir ses fonctions de sphincter, elle se prolongeait en arrière et au-dessous du bas-fond de la vessie, au moins de 2 centimètres jusqu'à la face antérieure du rectum, qui est intacte et ne présente pas de communication avec elle. A 1 centimètre en avant de la limite antérieure de cette caverne, l'urètre présente deux crevasses oblongues, larges de 6 à 8 millimètres, séparées par une colonne charnue, reste des parois urétrales, de 3 millimètres environ de largeur ; de ces deux crevasses, l'une, à gauche, a 4 centimètres de longueur d'arrière en avant, l'autre 5 centimètres. Toutes les deux font communiquer le plancher urétral avec la face profonde du feuillet le plus profond du *fascia superficialis*, qui se prolonge sur la verge, mais non pas avec le tissu cellulaire sous-cutané proprement dit. La plus grande crevasse communique en outre en arrière sous un petit pont membraneux avec la caverne précédente ; vers le milieu de son étendue, elle communique avec un trajet qui conduisait l'urine au pubis, trajet de 1 centimètre de diamètre environ, contournant le corps caverneux droit en dehors et en haut, dont les parois sont formées par la membrane fibreuse propre du corps caverneux et le feuillet le plus profond du *fascia superficialis* d'abord, puis ce trajet remonte sous ce feuillet vers la région pubienne médiane. En ce point, l'urine accumulée entre les aponévroses de l'abdomen et le feuillet profond détermina l'abcès, qui fut ouvert et donna lieu à la fistule précitée. En avant, les deux crevasses correspondaient à un décollement entre toute la portion antérieure restante de l'urètre, les parties latérales du corps caverneux et toujours la face profonde du *fascia superficialis* jusqu'à la racine du gland ; c'est par là que l'urine s'introduisait dans la verge et la gonflait dans les deux tiers inférieurs de sa circonférence. Enfin, nous noterons comme dernier désordre, à 0,02 centimètres en avant des crevasses, quelques granulations sous la muqueuse de l'urètre de nature tuberculeuse, qui témoignaient par leur présence des dépôts plus abondants qui avaient dû exister et amener ainsi la destruction d'une grande partie des parois urétrales.

Le testicule gauche, correspondant à la vésicule séminale, présentant les plus grandes masses tuberculeuses, ne forme lui-même qu'une masse homogène ovoïde avec l'épididyme, sans limite de séparation, excepté, à la coupe, à la tête et à la queue. Les éléments normaux de la glande ont disparu entièrement et ont été remplacés par une masse complète de tubercules crus. On dirait, à la coupe, un de ces ganglions semblables à une châtaigne ouverte et qui ont été complétement envahis par la tuberculisation. La tumeur a le volume d'un gros œuf de poule ; les deux feuillets de la tumeur vaginale sont adhérents. Le testicule droit ne nous présente que des dépôts tuberculeux partiels de la tête et de la queue de l'épididyme.

Dans toutes les altérations que nous avons énumérées, le caractère du tubercule a été positivement constaté par l'analyse microscopique. Au-dessus de la tête de l'épididyme, du côté droit, attenant au canal déférent, on trouve un kyste gros comme une noix, indépendant de la tunique vaginale.

Une injection d'eau pratiquée par le canal déférent dilate très bien les parties perméables de l'épididyme, sans pénétrer dans ce kyste, qui nous paraît complétement indépendant par cette première preuve et la dissection que nous en avons faite des vésicules séminales. Le liquide qu'il contient est albumineux, coagulable par la chaleur, sans zoosperme. Au microscope, la membrane du kyste est celluleuse, dans certains points seulement fibroïde, et présente à sa surface interne des cellules épithéliales incomplétement développées.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 20 septembre 1853. — Présidence de M. Nacquart.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Épidémies.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Plusieurs rapports de M. Heulhard d'Arcy, médecin des épidémies de l'arrondissement de Clamecy (Niévre), sur différentes épidémies qui ont régné dans quelques communes de cet arrondissement. (Commission des épidémies.)

Eaux minérales.

2° Un rapport dans lequel M. Haspel, médecin en chef de l'hôpital militaire de Guano (Corse), a consigné ses observations sur les maladies au traitement desquelles les eaux minérales de cette localité ont été appliquées pendant l'année 1852.

Vaccine.

3° Une demande d'avis sur un ouvrage concernant la vaccine. (Commission de vaccine.)

Variole épidémique.

M. Lecadre (du Havre) adresse un mémoire sur la variole épidémique au Havre en 1853. (Commission de vaccine.)

Scarlatine.

M. Mascarel (de Châtellerault) présente un mémoire sur deux épidémies de scarlatine qui ont régné dans l'arrondissement de Châtellerault, la première pendant les mois de novembre et décembre 1844, janvier, février, mars 1845 ; la deuxième depuis le mois de septembre 1851 jusqu'à la fin de décembre 1852.

Choléra.

M. Thomas écrit d'Amsterdam pour donner des nouvelles du choléra qu'il a observé à Lubeck et à Hambourg, après son départ de Saint-Pétersbourg. L'épidémie, dans ces deux localités, a eu très peu d'intensité. Elle vient d'éclater à Rotterdam. Il se propose d'y aller et de faire connaître à l'Académie le résultat de ses observations.

Traitement de la vaginite par le nitrate d'argent.

M. Becquerel écrit, à l'occasion des réclamations dont sa communication a été l'objet, pour expliquer qu'il ne prétend pas du tout avoir inventé ni découvert le traitement de la vaginite par le nitrate d'argent solide, mais d'avoir généralisé ce moyen, de l'avoir préconisé contre tous les cas sans exception, et d'avoir affirmé qu'il guérissait plus complétement et plus vite cette maladie que les autres médications.

Éventration congéniale.

M. de Lignerolles communique la description d'un vice de conformation connu sous le nom d'éventration congéniale, qui s'est présenté la semaine dernière à son observation. (Commissaire : M. Danyau.)

Eaux minérales de Camarès.

M. Girbal (de Montpellier) adresse une note sur les eaux minérales froides de Camarès (Aveyron). (Commission des eaux minérales.)

Choléra.

M. Macloughlin écrit à l'Académie pour l'informer que le choléra vient de paraître à Newcastle et aussi à Londres. Il règne à Newcastle et à Londres une épidémie de diarrhée, et tous les cas de choléra ont eu pour prodromes une diarrhée.

Dans une seconde lettre de date plus récente, M. Macloughlin ajoute les détails suivants :

Dans les premiers jours du mois de juillet, la diarrhée a pris un caractère d'épidémie en Angleterre, soit à Londres, soit dans les provinces.

Depuis ce moment, des cas de choléra sont de temps en temps survenus ; mais de crainte d'alarmer le public, ils ont été passés sous silence.

Cependant, après que la maladie s'est prononcée si violemment à Newcastle, il n'a pas été possible de la laisser ignorer plus longtemps, et de suite l'autorité a pris les mesures les plus énergiques pour le combattre.

Des médecins ont été placés dans tous les quartiers atteints par le fléau, et là ils sont tenus de visiter une ou deux fois par jour la famille du travailleur, de s'assurer de l'état de la santé du chef et de chaque membre de la famille, d'aviser à ce qu'ils soient pourvus de bonne nourriture, des vêtements de corps et de lit convenables; et dans le cas de maladie, de leur prodiguer et de leur faire prodiguer toutes les ressources de la science médicale et tout le confortable dont ils auraient besoin.

D'après cette espèce d'enquête faite de *porte en porte*, il est résulté pour le médecin deux faits :

1° Que là où le choléra s'est manifesté il y a toujours eu une épidémie de diarrhée qui a précédé les cas de choléra ;

2° Que dans tous les cas de choléra qui se sont présentés jusqu'à présent, les individus atteints par la maladie ont eu pendant plusieurs heures, plusieurs jours, ou même plusieurs semaines une diarrhée plus ou moins abondante; et que pas un cas de choléra n'a encore été constaté où la maladie se soit montrée d'une manière brusque sans diarrhée préalable.

Dans l'épidémie de 1849, l'attention avait été appelée sur la question de savoir si le choléra était enté sur la diarrhée, ou s'il en était la conséquence. Ces recherches sont continuées dans la présente épidémie.

Gangrène foudroyante.

M. Chassaignac, à l'occasion du mémoire communiqué dans la séance du 12 septembre par M. Maisonneuve sur la gangrène foudroyante, signale les circonstances suivantes :

1° Dans la séance du 11 octobre 1848 de la Société de chirurgie, j'ai émis formellement l'opinion que, chez les individus qui succombent rapidement à la suite de lésions traumatiques considérables, et chez lesquels il se développe des gaz en grande quantité, ce phénomène peut s'expliquer par une décomposition instantanée du sang, comme cela s'observe chez les animaux surmenés.

2° Dans la séance du 6 novembre 1850, j'ai présenté à la Société de chirurgie un homme de soixante-dix ans amputé avec succès près de l'articulation de l'épaule pour un écrasement du bras accompagné d'infiltration de gaz dans toute l'étendue de ce membre.

3° J'ai avancé, dans un travail publié le 26 janvier 1850, qu'il est au pouvoir d'une grande violence mécanique de produire instantanément un état d'empoisonnement putride comparable à celui que la pénétration directe d'une matière septique dans le sang peut déterminer.

4° Je rapporte dans le même travail l'observation d'un malade atteint de cet empoisonnement à la suite d'une luxation du pied, lésion qui nécessita l'amputation, et fut suivie d'une mort prompte. L'autopsie permit de constater les caractères de l'empoisonnement putride à son plus haut degré. (Commissaires : MM. Piorry, Velpeau, Larrey.)

Vaccine.

M. Ancelon (de Dieuze) écrit pour réclamer contre la sévérité du rapport de M. Roche à son égard, rapport qu'il croit avoir été fait *ab irato*, tandis que son mémoire était, dit-il, des plus conciliants.

Gastro-entérite.

M. Gaultier de Claubry lit un rapport sur un mémoire de M. Gautherin fils, médecin à Aunay-Saint-Serins (Yonne), relatif à la gastro-entérite.

L'auteur décrit sous ce nom plusieurs épidémies qui paraissent appartenir à la fièvre typhoïde.

(Dépôt aux archives, et lettre de remerciments à l'auteur.)

Choléra.

M. le docteur de Hubé lit un mémoire sur le choléra-morbus algide de 1848 et 1849.

L'auteur propose un système de traitement qui lui aurait donné, dit-il, des succès qu'on n'obtient par aucune autre méthode.

(Ce travail est renvoyé à la commission du choléra.)

Eau minérale acidule ferrugineuse d'Orezza.

M. Poggiale lit un mémoire sur une eau minérale acidule ferrugineuse d'Orezza.

Il résulte des opérations analytiques que 1,000 grammes d'eau d'Orezza contiennent :

	litr.
Acide carbonique libre ou provenant des bicarbonates.	1,248
Air atmosphérique.	0,011
	gr. m.
Carbonate de chaux.	0,602
— de magnésie.	0,074
— de lithine.	traces très sensibles.
— de protoxyde de fer.	0,128
— de manganèse.	traces très sensibles.
— de Cobalt.	traces.
Sulfate de chaux.	0,021
Chlorure de potassium. — de sodium.	0,014
Alumine.	0,006
Acide silicique.	0,004
— arsénique.	traces.
Fluorure de calcium.	traces.
Matières organiques.	traces.
	0,849

On voit que l'eau d'Orezza peut être considérée comme une sorte d'eau de Seltz ferrugineuse. Elle est très remarquable par la proportion élevée d'acide carbonique et de carbonate de fer et de manganèse qu'elle contient; parmi les eaux ferrugineuses, aucune ne peut lui être comparée. Les eaux de Forges, de Passy, de Pyrmont, d'Egra, de Cransac lui sont inférieures; quelques-unes contiennent, il est vrai, plus de fer, mais elles ne renferment qu'une faible proportion d'acide carbonique; aussi leur saveur est amère et styptique, et elles ne possèdent pas les propriétés thérapeutiques des eaux gazeuses.

L'eau d'Orezza contient beaucoup plus d'acide carbonique et de carbonate de fer que l'eau de Spa, dont la réputation est européenne. En effet, on ne trouve dans celle-ci pour 1,000 grammes d'eau que 86 centilitres d'acide carbonique et 0,077 milligrammes de carbonate de fer. L'eau de Vichy elle-même est inférieure à l'eau d'Orezza par la quantité d'acide carbonique, puisque, d'après l'analyse de MM. Berthier et Puvis, elle ne renferme que 1 litre 149 d'acide carbonique par litre.

Ces eaux ne sont employées qu'en boisson.

La présence d'une proportion considérable d'acide carbonique libre et de bicarbonate les rend plus assimilables et permet aux malades d'en boire une grande quantité. D'après le témoignage des médecins inspecteurs et de tous les médecins du pays, ces eaux sont d'une énergie surprenante; elles rendent les digestions plus faciles, augmentent l'appétit et donnent aux organes de la vigueur et de l'agilité. Le pouls devient plus fort, le visage se colore, et il n'est pas rare d'observer des étourdissements lorsque l'usage de ces eaux a été prolongé. Les eaux d'Orezza sont particulièrement utiles dans la chlorose, les engorgements des viscères abdominaux, les flueurs blanches, les affections anciennes du tube digestif et généralement dans toutes les maladies qui proviennent de la faiblesse de nos organes. (Commission des eaux minérales.)

— La séance est levée à quatre heures et demie.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 12 septembre 1853. — Présidence de M. Rayer.

Circonvolutions du cerveau chez les mammifères.

M. C. Dareste a présenté à l'Académie, en janvier 1852, un mémoire sur les circonvolutions du cerveau chez les mammifères. Il s'était proposé dans ce travail de démontrer, à l'aide de tous les faits qui lui étaient alors connus, la règle suivante : « Dans tous les groupes naturels de la classe des mammifères, le développement des circonvolutions est en rapport avec le développement de la taille. »

Dans sa communication d'aujourd'hui, l'auteur mentionne un fait qu'il a observé tout récemment et qui lui fournit une des preuves les plus manifestes des idées qu'il soutient : c'est la disposition du cerveau chez les chevrotains.

On sait que ces animaux appartiennent à un groupe de la famille des mammifères dans lequel les circonvolutions cérébrales présentent un développement très notable. Il était intéressant de savoir quel est l'état du cerveau chez les chevrotains, qui se distinguent de tous les autres ruminants par la petitesse de leur taille.

Le cerveau d'un chevrotain de Java (Moschus Javonicus), mort récemment à la ménagerie, lui a fourni l'occasion de faire cette étude. Il a reconnu que ce cerveau diffère très notablement du cerveau des autres ruminants et qu'il est précisément ce qu'il devait être d'après sa théorie. En effet, les circonvolutions y sont à peine indiquées par quelques sillons très peu profonds et qui ne présentent qu'une ébauche des replis si flexueux que l'on observe à la surface du cerveau des autres ruminants.

En résumé, dans tous les groupes naturels de la classe des mammifères, toutes les grandes espèces ont des circonvolutions très flexueuses et très compliquées; toutes les petites espèces ont un cerveau lisse, et quand elles ont des circonvolutions, elles sont très simples. Les espèces de taille moyenne présentent un développement moyen dans leurs circonvolutions.

M. Dareste fait remarquer dans son mémoire que le développement des circonvolutions, dans divers individus d'une même espèce, peut être modifié par des causes plus ou moins appréciables. On connaissait depuis longtemps les variations individuelles que présentent les circonvolutions dans l'espèce humaine. Il s'est assuré que ces variations existent chez les animaux, et qu'elles sont d'autant plus étendues que le développement des circonvolutions est lui-même plus prononcé. On comprend dès lors que l'appréciation du degré de développement des circonvolutions dans une espèce ne peut se faire avec quelque exactitude que si l'on compare entre eux les cerveaux de plusieurs individus appartenant à une même espèce, ou, du moins, que si l'on observe le cerveau d'un mâle adulte et ayant acquis tout son développement.

Ces nouvelles idées sur la constitution du cerveau paraissent à M. Dareste contredire formellement la doctrine qui attribue au développement des circonvolutions une certaine influence sur le développement de l'intelligence. Je ne crois pas qu'*à priori*, dit l'auteur en terminant, un physiologiste puisse admettre que dans un même groupe naturel les petites espèces soient toujours moins intelligentes que les grandes. Nous ne possédons d'ailleurs que trop peu d'observations sur l'intelligence des animaux pour pouvoir répondre à cette question d'une manière complète.

De l'influence des ferments glucosiques du son dans la panification.

M. Mouriès adresse, comme supplément à une précédente communication sur le son de froment, une note sous ce titre.

L'auteur résume lui-même, dans les termes suivants, le contenu de cette note :

« Il résulte de ces nouvelles recherches :

» 1° Que par l'action des ferments glucosiques du son, décrite dans un précédent mémoire, la plus grande partie de l'amidon du pain fait avec la farine brute devient soluble, et perd l'inconvénient de faire une pâte épaisse et résistante;

» 2° Que cette transformation explique pourquoi le pain brut est dense, terne, gras au toucher, d'une dessiccation lente, et pourquoi les animaux le digèrent et l'assimilent plus facilement que le pain blanc. »

(Commissaires déjà nommés : MM. Chevreul, Pelouze, Balard.)

Traitement de certains états pathologiques produisant des rétentions d'urine attribuées faussement à la paralysie de la vessie.

M. le docteur Guillon, ex-chirurgien consultant du roi, adresse la lettre suivante sur ce sujet :

M. Le Roy-d'Etiolles a affirmé, dans une note présentée à l'Académie des sciences, que les moyens de traitement usités aujourd'hui, l'*excision* et l'*incision* des cloisons des valvules, des bourrelets et tumeurs qui produisent réellement les rétentions d'urine, attribuées faussement à la paralysie de la vessie, *ont été introduits par lui dans la chirurgie*, et il essaie de le prouver en s'appuyant de sept mémoires adressés, dit-il, de 1829 à 1853 à votre Compagnie. Or, ces moyens, c'est moi qui les ai proposés et appliqués le premier; l'illustre corps trouvera donc très naturel que je vienne en revendiquer la propriété. Les premiers instruments inventés à cet effet et mis en usage l'ont été par moi. Presque tous ceux qui ont été fabriqués depuis ne sont que des copies des miens, avec des modifications insignifiantes et souvent défectueuses. Ainsi, en particulier, le scarificateur prostatique soumis récemment au jugement de l'Académie par M. Le Roy-d'Etiolles n'est qu'une imitation de mon sarcotome décrit en 1832 dans la *Gazette des Hôpitaux* du 14 février, — en 1839 dans la *Revue médicale*, — en 1844 dans le *Bulletin de l'Académie de médecine*, tome IX, p. 751. Ce scarificateur prostatique de M. Le Roy ne diffère de mon sarcotome que par la forme de sa canule un peu aplatie et par la disposition du tranchant de la lame inférieure qui incise d'arrière en avant, tandis que la lame du mien incise d'avant en arrière.

S'agit-il de l'*excision* des *bourrelets*, des *tumeurs*, etc.; voici ce que j'ai écrit dans la *Revue médicale* du 14 février 1839, pages 344 et 345 : « Au moyen de ces ciseaux tubuliformes (décrits dans la *Gazette des Hôpitaux* de février 1832), j'ai fait, en 1833, la résection » de la luette vésicale énormément tuméfiée et saignante au moindre » contact des corps dilatants. Depuis cette époque, la santé de la per» sonne qui a subi cette opération a toujours été parfaite et l'émission » de l'urine très facile. En 1835, j'ai excisé, avec un égal succès, deux » fongosités, du volume d'un haricot, développées dans le col de la » vessie, et qui, comme l'affection de la luette vésicale, étaient la cause » d'ischuries fréquentes et de dysurie habituelle. » M. Le Roy n'ayant publié antérieurement aucun fait qu'on puisse opposer à ceux-ci, ne suffisent-ils pas à démontrer mon antériorité?

S'agit-il, non plus d'excision, *mais d'incision des valvules* qui ferment parfois l'orifice interne de l'urètre, j'ai présenté, en 1843, à MM. A. Bérard, Cloquet et Rayer, un Belge atteint depuis assez longtemps d'une difficulté habituelle d'uriner produite par un obstacle valvulaire fermant l'orifice interne de l'urètre, et que j'avais guéri par une double incision ayant produit un lambeau digitiforme.

Quand, le 19 septembre 1843, j'ai écrit à l'Académie de médecine pour me plaindre de ce qu'un de ses membres, auquel j'avais signalé, en 1838, les avantages de ce moyen de guérir, cherchait à se l'approprier dans un livre publié en 1841; quand, le 28 novembre 1843, dans une lettre insérée dans le *Bulletin de l'Académie*, j'ai raconté l'observation de guérison du malade belge dont je viens de parler; quand, le 10 décembre 1843, j'ai écrit à l'Académie les lignes suivantes : « C'est » le 4 août 1831 que j'ai communiqué à la Société de médecine prati» que, présidée alors par le professeur Antoine Dubois, mon premier » fait de cette nature (la division des valvules fermant l'orifice interne » de l'urètre par une double incision s'étendant de leur bord libre à » leur base)... Notre célèbre maître n'approuva pas cette opération, et » se prononça avec force contre l'emploi des instruments tranchants » destinés à inciser les obstacles qui rendent l'émission de l'urine diffi» cile ou impossible; » dans aucune de ces circonstances, M. Le Roy-d'Etiolles n'a réclamé. Son silence n'est-il pas pour moi un titre de priorité incontestable? Avec d'autant plus de raison que dans sa lettre du 14 mai 1844 il annonce pour la première fois, à l'Académie de médecine, qu'il a TOURMENTÉ AVEC DES SUCCÈS VARIABLES *les tumeurs, les bourrelets et les replis valvulaires pathologiques du col de la vessie*, et que c'est seulement en 1847 qu'il a commandé son *scarificateur prostatique* à M. Charrière, ainsi que le constate la *Gazette des tribunaux* du 31 juillet 1853, dans le compte rendu de son procès avec ce fabricant d'instruments de chirurgie.

S'il est vrai qu'il a commencé en 1829 à s'occuper des maladies de la prostate, les comptes rendus des travaux de la Société de médecine pratique, années 1827 et 1828, publiés par M. Pascalis en 1829, prouvent (page 68) que mes perfectionnements relatifs à la thérapeutique de ces mêmes maladies remontent au delà de 1827.

Comme il est juste de rendre à chacun ce qui lui appartient, permettez-moi de rapporter ici ces deux passages du *Traité des maladies de la vessie et de l'urètre* de Sœmmering, desquels il résulte que le célèbre chirurgien allemand a très bien décrit en 1822 les replis valvulaires, les bourrelets qui ferment quelquefois le canal de l'urètre, et que *plusieurs praticiens*, ne connaissant pas cet ouvrage, généralement connu cependant des hommes de notre profession, *s'imaginent avoir observé les premiers.* On lit, en effet, page 110 de l'édition française : « Howschip a donné avec une planche coloriée la description d'un pli » contre nature formé par la membrane interne de la vessie et qui, s'é» tendant des orifices des uretères à l'endroit où l'urètre traverse la » prostate, faisait fonction de soupape toutes les fois que le malade » voulait uriner. » Et page 155 : « Lorsque le lobe moyen de la pros» tate s'engorge, il avance comme un mamelon dans la cavité de la » vessie, pousse devant lui la membrane interne de cet organe et lui » fait éprouver une distension plus ou moins considérable. A mesure » que la tumeur augmente, elle perd sa forme mamelonnée, s'élargit » des deux côtés et forme un repli transversal en attirant devant elle » la membrane qui recouvre les deux lobes latéraux également engor» gés. Ce repli, semblable à une valvule placée à l'entrée de l'urètre, » s'oppose à la sortie de l'urine, surtout quand le malade redouble » d'efforts pour chasser ce liquide : celui-ci ne peut jamais sortir en» tièrement et la rétention finit par devenir complète. » Ces passages si précis démontrent clairement que M. Le Roy, quoi qu'il en dise, n'a pas plus découvert ces états pathologiques qu'il n'a inventé les modes de traitement nécessaires pour guérir les difficultés d'uriner qui en sont la conséquence.

Or, comme j'ai connu en 1824 cette description de Sœmmering qui m'a rappelé deux cas semblables que j'avais vus à l'époque où je faisais des dissections, et sur lesquels l'ouvrage de Morgagni avait fixé mon attention, j'ai cherché tout d'abord à reconnaître sur l'homme ces états maladifs; et après être parvenu à bien distinguer, bien diagnostiquer: 1° les plis valvulaires, 2° les tumeurs, 3° les bourrelets qui se développent dans le col de la vessie et s'opposent plus ou moins à la sortie de l'urine, j'ai inventé les instruments nécessaires aux traitements que je revendique aujourd'hui. Les succès que j'ai constamment obtenus jusqu'à ce jour, et sans avoir eu à déplorer la perte d'un seul des malades sur lesquels je les ai employés, m'ont encouragé à préconiser ces moyens nouveaux : c'est ainsi, je crois, que ce progrès chirurgical a été introduit dans la pratique de l'art de guérir. Ce que M. Le Roy appelle ses succès variables ne pouvait encourager les chirurgiens à le mettre en usage.

Plein de confiance en votre équité, j'ose espérer que vous voudrez bien provoquer le renvoi de cette lettre à la commission chargée d'examiner les mémoires de M. Le Roy. (Ce renvoi a été ordonné.)

TRAITEMENT PRÉVENTIF DE LA PRÉSENTATION DU TRONC,

suivi de succès;

Par M. Réal, ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris.

Mme R... accoucha en janvier et décembre 1842, chaque fois d'un garçon. Dans l'un et l'autre cas, il y eut présentation du tronc; la version fut difficile et longue, et les enfants périrent. La mère échappa aux dangers de ces accouchements laborieux.

En 1847, Mme R... redevint enceinte, et la peur des terribles éventualités auxquelles elle avait été exposée engagea son mari, homme intelligent et prévoyant, à m'en faire part aussitôt, afin d'aviser, s'il était possible, au moyen d'empêcher le retour des mêmes malheurs.

Voici l'opinion que je me fis, et en vertu de laquelle j'instituai bientôt un ensemble de moyens prophylactiques.

J'admets, comme la plus probable de toutes, l'opinion qui veut que le fœtus se place dans l'utérus en la position qu'il lui est plus facile de prendre dans sa poche glissante, de manière que le plus grand diamètre du contenu se trouve naturellement en rapport avec le plus grand diamètre du contenant. Sous cette expression commune de contenant, il faut comprendre tous les organes abdominaux dont les parois peuvent avoir une action sur le fœtus, mais surtout l'utérus.

Cela posé, il est aisé de concevoir comment la présentation du tronc peut être amenée par une diminution relative du diamètre vertical de l'abdomen, ou mieux encore par une tendance plus grande au développement de l'utérus dans le sens latéral plutôt que vertical.

La première condition se rencontrait chez Mme R..., qui était petite, tandis que ses enfants étaient grands.

Nos moyens devaient donc avoir pour but d'empêcher le trop libre développement latéral de l'utérus et de lui accorder en même temps tout l'espace nécessaire à son accroissement vertical.

Ne pouvant préciser l'époque où l'influence du développement latéral de l'utérus se fait le plus sentir, aussitôt qu'on put bien palper cet organe au-dessus des pubis, je conseillai l'emploi d'un double bandage à pelotes, dont le ressort était disposé pour produire une pression transversale sur les deux parois latérales de l'utérus.

A mesure que la grossesse avança, on augmenta le volume de la pelote; mais on supprima bientôt le ressort, et on se borna à mettre un bandage de corps suffisamment serré par-dessus les deux pelotes latérales; celles-ci furent faites assez grosses pour que le diamètre transversal de l'abdomen fût plus grand que le diamètre antéro-postérieur, pour que la compression restât latérale. Ce bandage resta appliqué, même pendant la nuit, jusqu'à la fin de la grossesse.

Pour favoriser l'action de ce moyen mécanique, je recommandai expressément à Mme R... de ne pas se courber, soit étant assise, soit pour se baisser, de peur de forcer le fœtus à quitter sa bonne position pour la transversale, d'où il nous serait peut-être difficile de le déloger. Mme R... se servit donc, pendant tout le temps de sa grossesse, d'un fauteuil assez renversé en arrière.

Le succès couronna complétement nos efforts, et Mme R... accoucha heureusement d'un garçon qui présenta le sommet le 18 mai 1848.

Nous croyons qu'il est difficile de nier ici l'action, facile du reste à concevoir, des moyens mécaniques qui ont été employés.

(*Thèse de doctorat.*)

SUR L'ÉPIZOOTIE DES OISEAUX DE BASSE-COUR.

Par M. Salle, médecin-vétérinaire à Nancy.

Nous avons annoncé dans notre dernier numéro une épidémie sur les moutons en Angleterre. Nous trouvons dans le *Recueil de médecine vétérinaire* un article sur une épizootie des oiseaux de basse-cour en France. Nous croyons devoir faire connaître ce travail intéressant.

J'ai l'honneur de vous adresser cette observation avec prière de la publier. Mon but est d'appeler ici l'attention de vos honorés lecteurs sur cette maladie, qui occasionne de grandes pertes dans nos environs, si nous considérons la poule au point de vue de sa valeur relative et de sa valeur absolue.

C'est le 12 juin dernier que j'ai étudié pour la première fois cette affection à la ferme de M. Brice, fabricant de sucre à Champigneulles, près Nancy, où, en quatre jours, ont péri 125 poules, 80 poulets, 2 dindons et 1 dinde. De ce point, elle s'est irradiée dans le village avec la marche irrégulière des épizooties, frappant la droite, évitant la gauche, revenant sur ses pas, etc. Puis elle a paru dans beaucoup d'autres villages de notre canton, sévissant avec une même intensité dans des régions diamétralement opposées.

Prodromes. — Rien, dans le principe, ne peut faire prévoir le mal; car, outre l'état de santé apparent, les poules pondent jusqu'au dernier moment, voire même pendant la courte durée de la maladie. Il en est qui sont attaquées d'une manière si prompte que, posées sur leur perchoir, elles pondent sans pouvoir gagner leurs nids, laissent tomber leurs œufs par terre et périssent dans cette position. Il n'y a donc pas de prodromes, pas d'incubation. Le mal arrive, frappe et tue.

Symptômes. — Le chant de la poule est notablement modifié, les tons en deviennent moins clairs, moins hauts; ils sont, au contraire, plus graves, plus saccadés; c'est en quelque sorte une plainte qui se renouvelle à d'assez courts intervalles. C'est là le premier signe de l'invasion.

La marche est gênée, difficile, paraît douloureuse et automatique. La poule s'arrête comme plongée dans une sorte de prostration langoureuse et pénible; bientôt elle pousse une plainte, reprend sa course, s'arrête encore, et ainsi fait-elle pendant une heure ou une heure et demie. Elle ne s'occupe plus d'elle-même, et la mère néglige la couvée ou les petits.

A ces signes caractéristiques et primordiaux s'en ajoute un autre pathognomonique; c'est la décoloration subite de la crête, qui pâlit complétement, sauf les crénelures supérieures. Pendant cette période de décoloration, la poule est plus inquiète; elle secoue vivement la tête, comme pour se débarrasser de quelque chose qui la gêne; elle traîne le bec par terre en y laissant une trace de mucosités épaisses et gluantes. Plus tard, ces mucosités sont tellement épaissies que la poule, faisant de violents efforts vomitifs, entr'ouvre spasmodiquement son bec et laisse voir l'intérieur qui est rempli de ces mucosités, agglutinant les deux parties du bec. C'est alors qu'ont lieu des déjections alvines d'une couleur jaune-citron et répandant une odeur infecte; la crête, d'abord pâlie, devient d'un bleu lie-de-vin, elle est *cyanosée*. Ce signe est l'avant-coureur de la mort. La poule bat convulsivement des ailes, le corps tout entier ressent une sorte de frémissement nerveux; la tête s'abaisse nonchalamment, le bec repose sur le sol, l'immobilité survient, et enfin la poule tombe expirante.

Un autre signe constant, palpable, c'est l'élévation de la température du corps, qui augmente depuis l'invasion du mal jusqu'à la mort. Cette chaleur est telle qu'elle se conserve même au-dessus de la température normale plus de quatre heures après la mort.

Si, au début, on examine la peau sous le ventre et sur les parois costales, on voit qu'elle est rosée et que partout sa couleur est normale; mais, un peu plus tard, elle est recouverte de plaques noires, bleuâtres, de dimensions variables. Sa peau est alors cyanosée comme chez les personnes qui meurent du choléra.

Chez toutes les malades, les plumes s'arrachent avec autant de difficulté que chez les poules saines.

Durée. — Une poule atteinte de l'épizootie n'est malade que trois ou quatre heures au plus.

Lésions cadavériques. — J'ai fait l'autopsie de poules pendant le début, l'état et le déclin de l'épizootie; toutes les lésions étaient univoques dans leurs caractères physiques et ne variaient que du plus au moins. La chair est belle, et n'a changé ni de couleur, ni d'odeur, ni de consistance (jamais je n'ai observé le contraire); il en est de même de la graisse, qu'une fois seulement j'ai trouvée à demi liquéfiée. Dans l'intérieur du bec, sur le palais, les fosses nasales et la langue, il y a quelquefois de nombreuses pétéchies, les unes isolées, les autres agglomérées; près de la commissure des becs, j'ai vu deux ou trois fois de petits boutons rouges surmontés d'un point blanc-mat faisant saillie.

Le pharynx et la première portion de l'œsophage sont un peu injectés, sans aucun épaississement des membranes. Le jabot est strié à l'intérieur de longues raies rouges et parsemé de pétéchies, et ses membranes sont déjà un peu épaissies. Le ventricule succenturié qui, chez une poule en santé, est ordinairement d'un assez petit volume, est augmenté chez une poule qui a succombé ou que l'on a sacrifiée étant déjà malade; toutes les glandules qui en forment la base sont séparées les unes des autres par un cercle rouge-noirâtre, ce qui lui donne l'aspect d'un marbre, ou mieux encore d'une partie gangrénée. La cavité de ce ventricule est remplie de ces mucosités épaisses et filantes dont nous avons vu la poule être embarrassée pendant sa maladie.

Chez toutes les malades en général, il y a injection plus ou moins forte de la muqueuse, dont chaque follicule a son ouverture entourée d'une auréole rouge. Outre cette lésion, j'ai rencontré quelquefois la muqueuse corrodée, dénaturée matériellement parlant, gangrénée en quelque sorte, et surtout vers la terminaison de l'œsophage dans le gésier.

Si, dans le gésier, on arrache avec l'ongle l'épiderme qui en recouvre la muqueuse, on retrouve sur celle-ci les mêmes lésions que dans le ventricule succenturié, c'est-à-dire injection et corrosion. Les matières contenues dans le jabot étaient des grains et des graines dont la plus grande partie était déjà ramollie et comme cuite; et dans le gésier, c'était, comme à l'ordinaire, des cailloux et autres corps hétérogènes.

Les intestins présentent aussi, mais clairsemées, quelques traces d'inflammation, qui vont en diminuant au fur et à mesure qu'on examine les dernières portions. Les matières fécales sont jaunes et molles, ou noires et dures, et répandent toujours une odeur infecte.

L'oviducte a aussi quelquefois ses vaisseaux gorgés d'un sang noir.

Le foie est le principal organe dont l'altération physique frappe le regard: c'est ainsi que chez les unes il est d'un jaune pâle café au lait; chez d'autres, il est jaune d'ocre; chez toutes, quand la décoloration n'est pas complète, il varie en nuances du rouge-brun au jaune-pâle, et son aspect est marbré. Il a perdu toute sa consistance; il est mou, friable et se réduit facilement en pulpe. La vésicule biliaire est pleine d'une bile d'un vert russe-foncé, épaisse et gluante comme de la poix. Si on fait une section du foie, on trouve toujours des caillots dans ses veines, chez les poules même que l'on a saignées.

La rate et les reins ne présentent rien de particulier.

Le cœur n'a pas perdu de sa consistance, mais les ventricules sont remplis d'un sang noir, épais et diffluent; il y a des pétéchies sur les piliers, ce qui est constant à la période d'état.

Les poumons, rien d'anormal.

Le cerveau, exempt d'altérations.

Traitement. — Quand la maladie débuta chez M. Brice, qui a l'entreprise de l'enlèvement d'une portion des boues de la ville de Nancy, On crut de suite à un empoisonnement. De là l'essai du lait donné aux poules à l'intérieur. A peine ce lait était-il ingéré qu'il était aussitôt rendu et caillé. Ce fait s'explique par les lésions que nous avons vues exister dans le ventricule succenturié, organe essentiellement sécréteur du suc gastrique, qui est probablement dans cette maladie très abondant et très acide.

Je n'ai essayé aucun mode de traitement; j'ai conseillé, comme étant plus rationnel et plus facile à employer, quelques mesures de police sanitaire.

Usage des viandes. — Au début, tous les ouvriers de la sucrerie de chez M. Brice ont mangé la viande des poules mortes; aucun d'eux ne s'en est trouvé incommodé. Moi-même j'ai choisi entre toutes une poule déjà malade, je l'ai saignée, j'en ai fait l'ouverture, j'ai constaté la marbrure du foie et quelques traces déjà d'inflammation dans les organes de la digestion; j'ai mangé cette poule, dont j'ai trouvé la chair et le goût excellents. Est-ce à dire pour cela que l'on doive user de ces viandes? Je ne le pense pas, parce que, l'épizootie s'étendant dans un plus grand rayon, elle semblerait devenir plus redoutable et les viandes conséquemment être altérées; aussi je ne conseillerais pas de manger une poule morte dont la peau serait maculée de taches bleues ou présentant à l'intérieur quelques-unes des lésions que j'ai décrites. Cependant, je crois qu'en saignant une poule qui commence à être malade on peut la manger sans aucun inconvénient.

Quant aux œufs fraîchement pondus par une poule malade, je ne saurais dire s'ils sont bons ou mauvais.

Contagion. — Cette affection est contagieuse. Je m'en suis assuré en faisant venir à la ferme de M. Brice, après la mort de toutes ses volailles, quatre poules d'un autre village non encore infecté. Qu'en advint-il? Toutes quatre succombèrent en présentant les mêmes lésions que les autres poules.

Mais cette contagion a-t-elle lieu par virus fixe ou par virus volatil, et, dans ce cas, par contact médiat ou immédiat, ou bien par infection miasmatique? Je n'ai fait encore à ce sujet aucune recherche; je me suis contenté d'observer le fait en lui-même, sans en rechercher le pourquoi ni le comment. Cependant, ayant apporté chez moi un poulet présentant les premiers signes de l'invasion, il est aussitôt revenu à la santé, et aujourd'hui il vit parfaitement dans cette nouvelle atmosphère; je croirais par cela même à l'*infection miasmatique*.

Police sanitaire. — Dans le doute du mode de contagion, on ne saurait conseiller l'*émigration*, dans la crainte de communiquer la maladie où elle n'existe pas encore.

On pourrait parquer les poules loin de toute habitation, sous la surveillance d'un homme intelligent qui apprécierait si l'endroit où il se trouve est assez éloigné du rayon de la contagion.

Comme mesure radicale, je conseillerais la *mise à mort* de toutes les poules d'une même basse-cour quand l'épizootie a fait invasion, parce que, fatalement, inévitablement, elles succomberont toutes. Cette mise à mort devrait se faire sous les yeux d'une autorité déléguée à cet effet, qui alors délivrerait un certificat de santé qui permettrait l'entrée des poules mortes sur nos marchés.

Toujours la *divagation* devra être interdite.

Dans tous les cas, soit que la mort ait décimé une basse-cour, soit qu'on ait eu recours au parcage, on devra purifier les poulaillers par les moyens que chacun connaît.

Quant à l'exposition en vente des poules vivantes ou mortes, il faudrait qu'elles fussent inspectées par un homme spécial qui n'accepterait que les bêtes saines et rejetterait les malades.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

L'honorable M. Arago, dont la santé s'affaiblit de jour en jour, n'assistait pas lundi dernier à la séance hebdomadaire de l'Académie des sciences.

— Il y a eu le 16 septembre 101 décès par suite du choléra à Newcastle, et 4 de la diarrhée.

Rien de nouveau à Gateshead. Les autorités déploient la plus grande activité. On voit avec plaisir que la mortalité ne s'est pas essentiellement accrue dans les dernières vingt-quatre heures. Il a été ouvert une maison de refuge, et des lits ont été envoyés dans les casernes.

A Hexham, le fléau n'a encore fait que peu de progrès. On n'a encore constaté que 6 décès. Les plus grandes précautions sont prises, et l'on espère obtenir d'heureux résultats.

— Le nombre des personnes atteintes du choléra à Berlin dépasse 500.

— On écrit de Stockholm, le 17 septembre: « Le nombre des personnes atteintes du choléra s'élève maintenant à 2,373. Sur ce nombre, on compte 1,288 décès. »

— Le nombre des décès par la fièvre jaune continue à diminuer à la Nouvelle-Orléans. Pendant la semaine finissant au 3 de ce mois, il n'y a eu que 814 morts de l'épidémie, ce qui est une diminution de plus de 600 sur le chiffre de la semaine précédente.

Le total des décès depuis le 28 mai, c'est-à-dire en 66 jours, s'est élevé à 9,544, dont 7,213 causés par la fièvre jaune.

— A Mobile, la mortalité augmente; le 2 de ce mois, il y a eu 37 décès, et le 3 il y en avait 27, dont 22 de la fièvre jaune.

A Natchez, sur une population de 400 habitants, il en succomba journellement 13 à 15 au fléau.

Le 20 août, la fièvre jaune avait entièrement disparu à Port-au-Prince.

— Par décret impérial du 30 août 1853, ont été nommés:

A onze emplois de médecin-major de 1re classe les médecins-majors de 2e classe dont les noms suivent:

M. Guerrin, du 10e léger, en remplament de M. Brest, réformé.

M. Winter, du 6e léger, en remplacement de M. Lamoureux, promu principal.

M. Périer, de l'hôpital du Val-de-Grâce, en remplacement de M. Durand, promu principal.

M. Morel, du 38e de ligne, en remplacement de M. Gaudineau, promu principal.

M. Chenu, bibliothécaire de l'Ecole impériale de médecine et de pharmacie militaires, en remplacement de M. Chatelain, promu principal.

M. Loyer, de l'hôpital militaire de Sedan, en remplacement de M. Lasserre, décédé.

M. Cabrol, de l'hôpital du Val-de-Grâce, en remplacement de M. Fallières, retraité.

M. Valet, du parc de construction du train des équipages militaires, en remplacement de M. Aubert, retraité.

M. Bernès, des hôpitaux militaires de la division de Constantine, en remplacement de M. Gilgencrantz, promu principal.

M. Caselli, de l'école impériale spéciale militaire, en remplacement de M. Judas, promu principal.

M. Molard, de l'hôpital militaire du Gros-Caillou, à Paris, en remplacement de M. Peyre, promu principal.

A trois emplois de médecin-major de 2e classe, les médecins aides-majors de 1re classe dont les noms suivent:

M. Lacronique, des hôpitaux militaires de la division d'Alger, en remplacement de M. Winter, promu major de 1re classe.

(1er tour) M. Fourquet, de l'hôpital de Strasbourg, en remplacement de M. Morel, promu major de 1re classe.

(2e tour) M. Maignien, des hôpitaux militaires de la division de Constantine, en remplacement de M. Loyer, promu major de 1re classe.

— Dimanche soir a eu lieu à Rouen l'inhumation d'un musicien, M. Duhazé, et de sa femme. Un jeune enfant malade de la *petite vérole* a communiqué, assurent les journaux de Rouen, sa maladie à Mme Duhazé et à son mari. Cette pauvre femme est morte la première dans la nuit de vendredi à samedi, et M. Duhazé a cessé de vivre à quatre heures du matin.

— Sur la proposition du comte d'Aberdeen, la reine d'Angleterre vient d'accorder à la veuve du docteur Moir, chirurgien à Musselburgh, connu par quelques publications littéraires, une pension de 100 livres st. (2,500 fr.).

— Depuis le 20 septembre, la nouvelle loi sur la vaccine est en vigueur à Londres. Ainsi, dans toutes les paroisses des établissements spéciaux sont destinés à faciliter le plus possible l'usage de la vaccine chez les classes pauvres.

— M. Durant vient, par son testament, de donner 2,000 livres (50,000 fr.) à l'hôpital royal orthopédique de Londres. Cette institution philanthropique n'est soutenue que par des legs volontaires, et sera à même, grâce à ce don, d'étendre son influence charitable.

— On écrit de Berlin, 15 septembre:

« M. le baron Alexandre de Humboldt a célébré hier le 85e anniversaire de sa naissance au milieu d'un petit cercle d'amis dans sa propriété à Regel. »

— Il résulte d'un rapport publié par le Collége de médecine du Bengale que, sur 393 opérations chirurgicales pratiquées par M. O'Shaughnessy du 1er janvier au 31 décembre dernier, 6 seulement ont été suivies de mort, et encore deux de ces cas étaient des hernies étranglées arrivées à une époque très avancée, et dans l'état le plus défavorable pour l'opération. Sur 2,057 petites opérations chirurgicales, il n'y en a pas eu une seule qui n'ait été suivie de succès. La médecine n'est pas moins heureuse que la chirurgie dans ce pays; car, sur 13,714 malades admis à l'hôpital, 12,917 ont été renvoyés guéris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Précis iconographique de bandages, pansements et appareils, par M. le docteur Goffres, médecin principal à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier, ex-professeur de médecine opératoire aux hôpitaux militaires d'instruction de Metz et de Strasbourg, et de pathologie externe à l'hôpital de perfectionnement du Val-de-Grâce, chevalier de la Légion d'honneur, etc. — Un vol. gr. in-18 anglais, composé de 60 planches dessinées d'après nature, gravées sur acier, et d'un texte explicatif et descriptif. Dessins par M. Cornuel, gravures par M. Davesne.

Ce *Précis iconographique de bandages, pansements et appareils* se composera de 60 planches gravées au burin sur acier, donnant la représentation fidèle des procédés de déligation le plus en usage, et tous dessinés d'après nature sous les yeux de l'auteur avec la plus minutieuse exactitude. Chaque planche aura d'abord son texte explicatif en regard, puis à la suite une description succincte, mais suffisamment développée pour en faire saisir tous les détails.

Conditions de la souscription. — Les 60 planches et le texte correspondant seront divisés en 6 livraisons, chacune de 10 planches. L'ouvrage sera publié dans le courant de l'année 1853.

Prix de la livraison. — Figures noires, 2 fr.; coloriées, 4 fr. La livraison *franco* par la poste, en plus 20 centimes. On ne paye rien d'avance. — A Paris, chez Méquignon-Marvis, éditeur, 3, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 113. — SAMEDI 24 SEPTEMBRE 1853. (26e ANNÉE.) N° 113. — SAMEDI 24 SEPTEMBRE 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40; EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE.	Trois mois	8 fr. 50 c.
	Six mois	16 »
	Un an	30 »
GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES.	Trois mois	9 fr.
	Six mois	17
	Un an	33
ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR.	Trois mois	10 fr.
	Six mois	20
	Un an	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

PARIS, LE 23 SEPTEMBRE 1853.

La mortalité par le choléra a repris cette semaine, à Londres, la moyenne qu'elle avait acquise depuis la fin de juillet. Quant à la mortalité par la diarrhée, elle se maintient à peu près au même chiffre.

Le Conseil d'hygiène (*Board of health*) vient de publier une circulaire aux habitants de Londres et des villes atteintes, dont nous publions un extrait :

C'est le pénible devoir du Bureau de santé d'avoir à notifier une troisième invasion du choléra épidémique. Cette maladie, qui a encore commencé par éclater en Perse, s'est étendue pendant cette année sur une grande partie de la Russie, allant vers le nord jusqu'à Archangel, sur les rives de l'océan Arctique ; puis elle a ravagé le Danemark, la Norwége et la Suède ; et, se développant dans le nord de l'Allemagne, elle a attaqué Stettin, Berlin, Rotterdam et Hambourg ; ensuite elle a éclaté en Angleterre, encore sur la côte nord-est, tout près de la ville dans laquelle elle avait fait sa première apparition en 1831.

Le Bureau de santé remarque que le choléra s'est montré aussi dangereux qu'autrefois dans les localités où il n'y a eu aucune amélioration et où la ventilation, la provision d'eau, l'enlèvement des ordures n'ont éprouvé aucun progrès.

A Hambourg, par exemple, pendant l'épidémie qui y dure déjà depuis six semaines, il n'y a eu que six cas de choléra dans les quartiers bien habités ; et dans la dernière épidémie, en 1849, il n'y a pas eu à Londres un seul cas dans les maisons modèles ou cités ouvrières, spécialement construites pour les classes pauvres.

Le Bureau de santé recommande l'enlèvement des matières infectantes et nuisibles, mais avec certaines précautions, et de manière que cette opération ne devienne pas elle-même un moyen de propager la maladie. Il recommande aussi d'empêcher l'encombrement dans les logements principalement habités par les classes ouvrières, et spécialement par les Irlandais.

Les principales dispositions prises déjà en 1849, et qu'on se propose de renouveler, sont des visites à domicile, la distribution gratuite de remèdes, l'établissement d'asiles pour les indigents, la fourniture de tentes pour recevoir ceux qui sont accumulés dans des maisons sans air. On recommande fortement de prendre ces précautions dès aujourd'hui, sans attendre l'invasion de la maladie.

Quant aux précautions à prendre pour les individus et dans les familles, les principales sont l'habitude de la propreté et l'aération des chambres, la pureté de l'air étant considérée comme encore plus nécessaire que la salubrité de la nourriture.

Dès que la maladie a éclaté dans une localité, il est indispensable de prendre le plus grand soin du plus léger relâchement d'entrailles. Cette indisposition, étant d'abord peu douloureuse, inspire peu d'inquiétude, et c'est néanmoins la plus sérieuse, dit le Bureau de santé; *la plupart des attaques de choléra sont des suites de diarrhées négligées.*

Le Bureau recommande aussi de ne se livrer à aucun acte d'intempérance, et fait remarquer que les cas de choléra étaient, en 1849, multipliés par le payement hebdomadaire des salaires. Une autre recommandation est de ne pas mettre de longs intervalles entre ses repas ; car il a été remarqué que le choléra faisait des ravages exceptionnels parmi les classes qui observent les longs jeûnes communs en Orient et dans certains pays européens.

Les autorités locales sont invitées à donner des secours extraordinaires aux pauvres, de faire en sorte qu'ils puissent avoir du feu dans leurs chambres, des vêtements chauds, des cordiaux et des toniques, et éviter les grandes fatigues et l'excès du travail.

Quant aux quarantaines, la circulaire les reconnaît inefficaces. Partout, dit-elle, où ce système de protection a été sévèrement exécuté, non-seulement il a déçu l'attente de ceux qui le regardaient comme une sauvegarde, et qui, à cause de cela, négligeaient souvent les précautions les plus importantes, mais encore il a aggravé les maux de l'épidémie en y ajoutant des conséquences désastreuses de son propre fonds.

Des prières vont être composées par l'archevêque de Cantorbéry, à la réquisition de la reine, pour obtenir du ciel que le fléau s'arrête ; en un mot, l'Angleterre est très effrayée.

Le choléra lui revient par la même porte qu'en 1832, et avec une plus grande violence. A Newcastle, en effet, du 31 août au 18 septembre dernier, c'est-à-dire pendant les dix-neuf premiers jours, il a péri par le choléra 557 personnes, tandis que du 9 au 27 décembre 1831, c'est-à-dire pendant les dix-neuf premiers jours de cette invasion, il n'en a péri que 91; tout cela d'après les chiffres officiels.

Rapport officiel de la mortalité de Londres du 10 au 17 septembre.

Mortalité générale	949
— due au choléra	16
— à la diarrhée	131

Sur les 16 malades qui ont succombé cette semaine au choléra, on compte 7 enfants âgés de moins de trois ans. Voici les détails des 9 autres cas :

1° A Kensington, femme âgée de 53 ans, morte en 48 heures;
2° *Ibidem*, femme âgée de 58 ans, morte en 20 heures;
3° A Mary le Bone, homme âgé de 17 ans, mort en 33 heures;
4° A Tottenham, femme âgée de 32 ans, morte en 14 heures, après une diarrhée de 4 jours;
5° A Cleskenwell, homme âgé de 71 ans, mort en 24 heures;
6° A Hackney, homme âgé de 30 ans, mort en 20 heures;
7° A Southwark, homme âgé de 55 ans, mort en 30 heures;
8° *Ibidem*, garçon âgé de 5 ans, mort en 48 heures;
9° A Lambeth, fille de 5 ans, morte en 7 heures.

Observations météorologiques.

Baromètre. . . . . 29,8 — 75,6.
Thermomètre. . . . . 57,6 Fahr. = 14° c.
Vents variables.
Electricité atmosphérique positive.

Il y a eu le 19 septembre à Newcastle 119 morts par le choléra, 5 par la diarrhée. Il y a eu plusieurs cas à Liverpool, à Woolwich.

L'état sanitaire, à Paris, continue à être satisfaisant. On a bien observé, depuis une quinzaine, quelques diarrhées, quelques cholérines légères en ville et dans les hôpitaux, mais aucune mortalité particulière n'est signalée. La fièvre typhoïde elle-même, qui depuis un mois a repris le caractère épidémique, offre peu de gravité, et rien n'indique jusqu'ici que nous ayons à redouter l'invasion du choléra épidémique.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Pemphigus des nouveau-nés.

Dans notre *Revue* du 3 septembre dernier, en rapportant un fait assez rare de pemphigus successif, nous disions que le pemphigus infantilis devait être regardé comme une véritable syphilide, du moins dans l'immense majorité des cas. Nous trouvons aujourd'hui dans les *Bulletins de la Société anatomique* trois faits de pemphigus des nouveau-nés, rapportés par M. Bidard, interne des hôpitaux. Nous croyons devoir analyser ces observations intéressantes.

Dans le premier fait, recueilli à l'hôpital Saint-Louis, il s'agit d'un enfant du sexe masculin, né à terme, le 24 janvier, à trois heures du matin, mort à midi. Il a 46 centimètres de longueur ; les diamètres de la tête ont les dimensions normales.

Examiné quelques heures après sa naissance et à peu près immédiatement après sa mort, voici les lésions cutanées remarquées pendant la vie et après la mort.

L'épiderme des pieds est enlevé complétement à la face plantaire et à peu près en totalité à la face dorsale. Les parties dénudées sont très rouges et présentent quelques points blanchâtres disséminés, qu'on ne peut enlever complétement en grattant ces parties avec un scalpel, et qui paraissent tenir à une altération du derme. Ces diverses lésions existaient avant la mort.

Sur le dos du pied gauche, près de l'articulation tibio-tarsienne, existait pendant la vie et dans les premières heures qui ont suivi la mort un soulèvement de l'épiderme du volume d'une petite noisette, et ne contenant que de la sérosité ; pas de pus. Vingt-quatre heures après la mort la sérosité a disparu, et il ne reste de la bulle préexistante qu'un épiderme ridé et aminci.

Autour de chaque articulation tibio-tarsienne, surtout à leur face antérieure, on rencontre un assez grand nombre de bulles, qui renfermaient pendant la vie un mélange de sérosité et de pus, et ne présentaient ni rougeur au pourtour, ni induration à la base. Le lendemain de la mort il ne reste plus de sérosité, le pus seul est contenu dans chaque petite poche, mais en trop petite quantité pour les remplir. Deux de ces bulles, à la partie antérieure de l'extrémité inférieure de la jambe gauche, n'ont jamais contenu de pus, et ne sont représentées après la mort que par l'épiderme mobile et plissé.

On rencontre aussi à la face antérieure des deux genoux des bulles semblables, également séro-purulentes pendant la vie, et seulement purulentes après la mort. L'une d'entre elles est remarquable par sa forme allongée et parce que la sérosité qu'elle contenait s'est concrétée à la surface de la peau après avoir traversé l'épiderme.

Aux mains, même dénudation, même rougeur des parties dénudées, même points grisâtres sur les parties rouges. A la face postérieure du poignet droit et à la racine du médius de la main gauche, on trouvait pendant la vie trois bulles uniquement remplies par de la sérosité. Je m'en suis parfaitement assuré en les ouvrant avec une épingle. Après la mort, elles sont affaissées, mais bien reconnaissables.

A la face antérieure du poignet droit existe une altération plus profonde : le derme est violacé, noirâtre, comme ulcéré.

Les lésions que l'on rencontre à la face nous paraissent bien remarquables. Celles du front ne diffèrent en rien des précédentes, mais celles que l'on constate sur les oreilles, les paupières et le nez nous semblent être d'une date plus reculée et avoir subi un travail plus ou moins complet de réparation. Sur le nez, elles présentent bien les caractères des ulcérations syphilitiques : elles sont profondément ulcérées, assez régulièrement arrondies, à bords bien taillés à pic, et la croûte qui comble en partie la dépression a toujours été noirâtre. Celles des paupières et des oreilles ne sont plus déprimées; les croûtes sont bien petites : elles sont évidemment plus rapprochées de la guérison.

En résumé, ce sujet nous présente :
1° Des bulles purement séreuses;
2° D'autres, plus nombreuses, séro-purulentes;
3° Des parties complétement dénudées;
4° Des bulles ouvertes depuis quelque temps, et dont la matière contenue s'est concrétée sous forme de croûtes épaisses et brunes.

Nous croyons ces altérations cutanées toutes de même nature, mais de diverses époques. C'est évidemment le pemphigus aigu, tel qu'on le rencontre chez l'adulte ; il n'y a pas une pustule phlyzaciée, rien qui puisse faire soupçonner l'ecthyma. Les bulles intactes et remplies de sérosité seule ou de sérosité purulente sont en assez grand nombre, et ont des caractères tellement tranchés, qu'il est impossible de les confondre avec toute autre maladie cutanée.

La disparition de l'épiderme aux pieds et aux mains doit être expliquée par la rupture, sous l'influence de contractions utérines, de bulles volumineuses et réunies par leurs bords. La dénudation, en effet, existait au moment de l'accouchement, et la tête est sortie la première.

Les points blancs, grisâtres qu'on voit sur les parties dénudées me semblent être le siége de la bulle : ce sont ces points qui ont sécrété la sérosité purulente.

La rougeur des parties dénudées est plus vive qu'après la rupture des bulles de pemphigus chez l'adulte ; mais cet excès de coloration, du reste peu considérable, ne tient-il pas à l'hypérémie de la peau des nouveau-nés ?

Enfin, les lésions de la peau de la face sont toutes antérieures à l'accouchement. Celles du nez sont les plus récentes ; celles de la paupière inférieure et celles des oreilles sont en voie de guérison. On en voit deux à l'angle externe de l'œil gauche qui sont à peu près complétement cicatrisées.

La mère, âgée de vingt-cinq ans, domestique dans une ferme, à vingt lieues de Paris, habite Paris depuis un mois, et y est venue pour faire ses couches.

Elle a entendu dire dans son pays qu'il existait de mauvaises maladies, suivant son expression; mais elle affirme n'en avoir jamais eue. Elle paraît de bonne foi, elle est la première à réclamer mon examen. Elle me déclare n'avoir jamais eu d'écoulements, jamais de flueurs blanches, jamais de boutons aux parties génitales. Elle n'aurait jamais eu de taches à la peau, jamais de maux de gorge. Les ganglions cervicaux postérieurs ne sont pas engorgés. L'examen le plus attentif ne me permet pas de constater la moindre cicatrice vers les parties génitales. Elle ne présente ni syphilides, ni exostoses.

Le père de son enfant est un ouvrier qui demeure à trois lieues de son village, qu'elle a connu pendant cinq ou six mois, et qui l'a abandonnée aussitôt qu'il l'a vue enceinte. Elle ne sait pas s'il est venu quelquefois à Paris ; elle ne saurait dire s'il a été malade. Elle ne peut me donner aucun renseignement sur lui.

Dans la deuxième observation, l'enfant est né avec un pemphigus. Il était aussi du sexe masculin, né à terme le 21 février à trois heures du matin, mort un quart d'heure environ après sa naissance. Il a 44 centimètres de longueur ; les cheveux sont longs et très abondants; les testicules sont descendus. Les deux pieds sont couverts de bulles : les unes, et ce sont les plus nombreuses, simplement remplies par de la sérosité et consistant vingt-quatre heures après la mort en un plissement de l'épiderme soulevé ; les autres (deux ou trois seulement à la face plantaire) sont encore remplies et distendues par un mélange de pus et de sérosité; d'autres, enfin, ne contiennent que du pus, mais en trop petite quantité pour que l'épiderme sus-jacent soit distendu. Le talon gauche et la plus grande partie des deux gros orteils sont dénudés ; les parties privées d'épiderme sont d'un rouge très vif et parsemées

de points grisâtres plus durs que les parties voisines, qu'on ne peut enlever en les grattant avec un scalpel, qui ont à la loupe un aspect réticulé, granuleux, et qui tiennent évidemment à une ulcération du derme.

Les membres abdominaux et thoraciques présentent çà et là un assez grand nombre de taches violacées, recouvertes par un épiderme un peu soulevé et qui paraissent dues à des bulles commençantes.

Sur les deux mains, on trouve un grand nombre de bulles très développées, simplement séreuses ou séro-purulentes. Là, comme aux pieds, ces bulles ne sont ni régulièrement arrondies, ni accompagnées de rougeurs et d'indurations à leur base. Il existe aussi quelques points où l'épiderme a été complétement enlevé.

A la partie inférieure du front, on voit plusieurs bulles intactes qui ne contiennent plus de produit de sécrétion vingt-quatre heures après la mort. Les ailes du nez sont dépouillées de leur épiderme, et l'on y trouve deux points où existe une petite croûte d'un brun noirâtre, très adhérente et de forme assez régulièrement arrondie. Le scrotum est volumineux, transparent et laisse suinter à la coupe une abondante sérosité. En ouvrant l'abdomen, il s'écoule du tissu cellulaire sous-cutané une quantité notable de sérosité citrine. Le foie est peut-être plus volumineux qu'à l'état normal; il occupe la plus grande partie de la cavité abdominale, s'étend d'un hypocondre à l'autre, et sa face supérieure a 13 centimètres d'étendue de droite à gauche et 9 dans le sens antéro-postérieur. On n'aperçoit nulle part de fausses membranes adhérentes à sa surface; il est d'un rouge brun, plus foncé à sa face inférieure, et l'on voit quelques points disséminés qui sont plus jaunâtres. Il est lisse partout et bien régulier; on le déchire facilement, et il sort à la surface des incisions beaucoup de sang noir. Si l'on examine la surface des incisions, surtout dans le lobe, on trouve que le tissu du foie paraît moins coloré, plus ferme et en quelque sorte carnifié qu'à l'état normal. On ne constate aucune tumeur. La vésicule biliaire contient une petite quantité de liquide citrin, transparent, filant comme du blanc d'œuf. En comprimant le thymus pour l'extraire, je fais sortir une demi-cuillerée à café de pus épais, jaunâtre bientôt; il en sort également beaucoup de toutes les incisions.

Le péricarde est sain; les quatre cavités du cœur sont distendues par un sang noir coagulé, qui, comme à l'oreillette droite, offre une teinte bleuâtre. Sur le bord postérieur du poumon droit et sur le bord antérieur du poumon gauche, on trouve plusieurs points formant un léger relief à la surface de la grosseur d'une lentille, très résistants et d'un blanc grisâtre. Les petits noyaux présentent à la coupe une surface blanche, homogène, et ont l'aspect de tissu fibreux. Les deux poumons sont néanmoins insufflés avec la plus grande facilité et deviennent d'un rouge rutilant dans tous les autres points de leur étendue.

La rate et les reins ne présentent aucune altération.

En résumé, cet enfant présente :

1° Des bulles parfaitement caractérisées du pemphigus aigu;

2° Une altération peut-être de nature particulière sur les ailes du nez, qui, si je ne me trompe, serait soupçonnée spécifique si on la rencontrait chez un adulte aux consultations de l'hôpital Saint-Louis;

3° Un œdème du tissu cellulaire de l'abdomen et du scrotum;

4° Un état du foie qui se rapproche beaucoup des descriptions de M. Gubler;

5° Dans le thymus, du pus parfaitement évident, car sa couleur et son opacité le différencient nettement du produit de sécrétion ordinaire de cet organe;

6° Enfin, dans le poumon, des noyaux qui ne peuvent être pris pour des tubercules et qui sont entourés par un parenchyme très sain.

Maintenant, si ce pemphigus est syphilitique, il ne me semble pas impossible d'admettre que le père soit sous l'influence d'une syphilis constitutionnelle. Il ne présente pas dans ce moment de manifestations syphilitiques; mais tout le monde sait qu'on voit survenir souvent des accidents secondaires et tertiaires à une époque plus éloignée de l'infection, et rien ne prouve que cet homme en soit à l'abri. Il n'a pu me dire si son chancre s'était induré; mais sa persistance l'indiquerait assez, et assurément son traitement a été défectueux.

Quant à la mère, elle est âgée de vingt et un ans, fleuriste, non mariée, accouchée de son premier enfant à l'hôpital Saint-Louis le 21 février 1853, à trois heures du matin, d'une bonne constitution, de tempérament lymphatique. Elle affirme n'avoir jamais eu d'écoulements, jamais de flueurs blanches, si ce n'est au moment de l'apparition des menstrues; jamais de boutons aux parties. Elle paraît de bonne foi, et dit naïvement qu'elle a peut-être gagné du mal, mais qu'elle ne s'en est jamais aperçue. Elle ne présente pas de taches à la peau et dit n'en avoir jamais eu; elle n'a jamais eu de maux de gorge; il n'y a ni exostoses, ni douleurs dans les jointures. Les ganglions cervicaux postérieurs ne sont pas engorgés.

Le père, âgé de vingt-huit ans, est écuyer; tempérament lymphatique. Il vient me trouver avec le plus grand empressement pour me donner les renseignements qui suivent: Il n'a jamais eu qu'une affection syphilitique. Il y a cinq ans, étant au Brésil, il contracta un chancre qui siégeait sur le côté gauche du frein. Il revint très peu de temps après à Paris, où il fut traité pendant trois mois avec des préparations sudorifiques; il n'aurait jamais pris de mercure, ni d'iodure de potassium. Depuis ce temps, il n'a pas vu survenir d'accidents secondaires; il n'a jamais eu de syphilides, jamais de douleurs dans les jointures. Il ne présente ni exostoses, ni ulcérations du pharynx.

Cet homme est convaincu que la mère de l'enfant n'a jamais eu de maladies vénériennes.

La troisième observation, communiquée à M. Bidard par M. Desruelles, a rapport encore à un enfant du sexe masculin, né à terme et vivant, mort trois heures après sa naissance. Ses membres sont plutôt grêles que robustes. Les membres inférieurs, ou plutôt les deux pieds, présentent à leur face plantaire seulement un nombre considérable de bulles, les unes intactes et distendues par un liquide séro-purulent, les autres aplaties et vides.

Dans certains points où l'épiderme a été enlevé ou intéressé, les bulles ayant crevé, le derme apparaît avec une coloration rouge-vif un peu foncé.

La face plantaire du pied gauche offre un si grand nombre de ces bulles, que c'est à peine s'il y a un point qui en soit à l'abri.

Au pied droit, le gros orteil, à sa face plantaire, offre une large vésicule qui intéresse toute l'étendue de sa face plantaire et uniquement remplie de sérosité.

La face dorsale de l'un et de l'autre pied ne présente rien.

Aux mains, les mêmes phénomènes se répètent; on ne trouve de bulles pemphigoïdes qu'à la face palmaire, rien à la face dorsale.

La face palmaire de la main droite en est littéralement remplie; ici elles sont largement distendues par un liquide séro-purulent.

Une large surface, à la racine de l'index et du médius, où l'épiderme a été enlevé, offre une coloration bleuâtre-violacé très prononcée.

Elles sont plus rares à la main gauche; le derme à pu sur une plus large surface est très violacé. Les autres parties du corps, face, tronc, parties génitales, n'offrent pas la moindre trace de ces vésicules ou autres lésions.

L'autopsie, faite avec notre ancien collègue Lescun, interne de Saint-Louis, nous permet de constater les phénomènes suivants :

1° Du côté du foie, rien d'anormal dans sa couleur, dans son volume, sa consistance; il renferme du sang noir en abondance.

2° Le thymus est parfaitement sain; son liquide blanchâtre normal est même rare.

3° Les poumons, à l'aspect extérieur, paraissent parfaitement sains; çà et là quelques taches blanchâtres parsèment sa surface; ils ne sont autre chose que des cellules plus aérées; ils surnagent plongés dans l'eau. Mais, à la coupe, l'aspect présente quelque chose d'anormal. La surface de l'incision est grisâtre; le tissu pulmonaire est plus mou, pénétrable, se déchirant facilement: on a l'aspect d'une infiltration grise analogue à celle que l'on rencontre dans la phthisie. Ces points, pressés entre les doigts, laissent suinter une sérosité grisâtre spumeuse en assez grande abondance.

Les autres organes étaient sains.

La mère est âgée de dix-huit ans, fille-mère; c'est sa première grossesse.

Cette femme, qui ne présente aujourd'hui aucune lésion, a eu d'abord des rapports avec un homme. A la suite de ceux-ci, elle éprouva bientôt de la difficulté à uriner; elle vit en blanc; de plus, elle avait quelques boutons aux parties génitales externes qui donnaient parfois une humeur. Elle entra en 1850 à Lourcine, où elle resta deux mois.

Là elle fut cautérisée à plusieurs reprises, et on lui donna des pilules, qu'elle se garda bien de prendre, d'après l'avis que lui donna une infirmière couchée auprès d'elle que ces pilules rongeaient la bouche et déchaussaient les dents. Nous rappelons ces renseignements pour étayer le diagnostic porté sur sa pancarte vérifié par un de nos bons collègues et amis (Charrier) : plaques muqueuses.

Cette femme eut après sa sortie de Lourcine, où elle était bien guérie, dit-elle, de son affection locale du moins, des rapports nouveaux avec un homme qui la rendit enceinte. Cet homme, selon elle, était malade lui-même, car elle l'a vu saigner en cachette, et depuis elle a pu savoir qu'il allait depuis huit mois consulter un médecin de Belleville. Il prenait souvent de petites fioles et des bouteilles; elle n'a eu, elle, que des végétations depuis sa sortie de Lourcine.

Deux autres cas de pemphigus avaient été observés dans le cours de l'année 1852, à l'hôpital Saint-Louis, chez des enfants nouveau-nés morts en naissant, issus de mères dont l'une portait des plaques muqueuses et dont l'autre, saine, savait le père atteint depuis longtemps d'une mauvaise maladie.

Ces faits viennent à l'appui de celui que nous avons présenté pour la première fois à la Société en septembre 1851 et sur lequel M. Lebert a fait un rapport substantiel. Ceux signalés depuis par MM. Lebert (novembre 1851), Depaul (janvier, juin 1852), Broca (juillet 1852), et par nous (novembre 1851 et celui de janvier 1853), viennent à l'appui de l'opinion que nous avons émise dans notre travail inaugural sur ce sujet :

1° Que la syphilis héréditaire se montre plus souvent qu'on ne l'avait cru au moment de la naissance et pendant la vie intra-utérine même;

2° Que l'opinion qui dit qu'elle ne peut se manifester que six semaines après la naissance, c'est-à-dire un espace de temps égal à celui qui est nécessaire chez l'adulte pour l'apparition des accidents constitutionnels, nous paraît au moins contestable;

3° Que le pemphigus paraît être une manifestation évidente de la syphilis chez les nouveau-nés;

4° Enfin, si, en l'absence bien constatée de syphilis chez la mère, il ne serait pas possible que la syphilis ait pu être communiquée au germe sans attaquer la mère.

De la chlorose chez l'homme.

Il vient de paraître sur ce sujet un fort bon mémoire de M. le docteur Uzac. L'auteur discute avec soin et étendue les causes, les symptômes, le traitement de cette maladie chez l'homme, et s'attache à en prouver l'existence d'après les opinions et les faits déjà publiés par divers auteurs. Il rapproche de cette affection l'anémie de M. Andral, la chloro-anémie de M. Bouillaud, etc. Nous croyons devoir faire connaître deux observations de chlorose idiopathique chez l'homme recueillies par M. Uzac, et y joindre le résumé et les conclusions qu'il présente.

I. Viard, chaussonnier, âgé de dix-huit ans, couché lit n° 26, salle Saint-Jean-de-Dieu, hôpital de la Charité.

Ce jeune homme est blond, petit, peu musclé, délicat, d'une constitution faible, d'un tempérament lymphatico-nerveux. Il est entré en apprentissage à l'âge de douze ans et demi, dans une maison où l'on était d'une sévérité extrême à l'égard des devoirs religieux. L'enfant dut, à l'âge de treize à quatorze ans, jeûner et faire maigre pendant tout le carême, et assister chaque jour à plusieurs heures d'offices.

Le premier carême l'affaiblit notablement, et c'est à partir de cette époque qu'il a commencé à éprouver des accidents que l'influence du logement a sans doute contribué à augmenter. En effet, l'atelier où il travaillait était étroit, presque toujours fermé, et plusieurs ouvriers y étaient réunis. Pendant l'été, la chaleur était étouffante; en automne et au printemps, il y régnait une humidité continuelle, et pendant l'hiver, on y allumait un poêle de fonte dont la chaleur était telle, qu'il est arrivé à Viard de vomir jusqu'à trois fois dans la même journée.

La maladie a commencé par des vertiges, de la pesanteur de tête; accidents pour lesquels on a mis quelques sangsues aux chevilles. Le malade est devenu pâle; des étouffements et des palpitations se sont manifestés; une céphalalgie permanente s'est établie, ainsi que des douleurs de dos et d'estomac. Les forces s'affaiblirent lentement, et pour le moment actuel, il est incapable de se livrer à ses occupations journalières.

Il est entré à l'hôpital le 30 juillet 1852, et nous constatons ce qui suit :

Apyrexie; maigreur prononcée, décoloration générale de la peau et des muqueuses, yeux cernés, absence complète du relief des veines sous-cutanées; celles du dos des mains ont une couleur violette très prononcée. Pouls étroit, flasque, dépressible; battements du cœur fréquents (88 par minute), mais faibles et réguliers; choc de la pointe médiocrement prononcé. Bruit de souffle doux au premier temps à la base du cœur, se prolongeant le long du trajet de l'aorte, et remplacé dans les vaisseaux du cou, à gauche, par un souffle continu, avec un renforcement isochrone à la diastole artérielle, et accompagné par intervalles de sons musicaux plaintifs.

Flaccidité des chairs, très peu de force musculaire. Le caractère paraît altéré, triste et concentré. Sensation d'un frémissement continuel dans tout le côté gauche du corps, plusieurs points anesthésiques, crampes, sommeil agité.

Le malade se plaint de douleurs à l'épigastre et au dos, augmentant par la pression. Pesanteur de tête continuelle, inappétence, goût décidé pour les substances acides, digestions laborieuses, gonflement épigastrique, constipation habituelle qui dure pendant huit jours.

Palpitations. Etouffements dans la marche, la course; impossibilité de monter rapidement un escalier; points de côté fréquents, mais passagers; intégrité complète des organes respiratoires; aucun indice de tuberculisation.

Tous les autres organes sont parfaitement sains.

L'état des organes génitaux permet de soupçonner des habitudes de masturbation.

Traitement. — Vin de quinquina, sirop de gentiane, pilules de lactate de fer, bains sulfureux, viandes rôties.

Sous l'influence de ce traitement, la céphalalgie a disparu rapidement; les palpitations ont diminué, et le malade s'est senti promptement soulagé. Les forces commençaient à revenir lorsqu'il a voulu quitter l'hôpital le 9 août.

II. Le nommé Eugène-Nicolas Valentin, âgé de dix-huit ans, ouvrier emballeur, né à Paris, entre à la Charité, salle Saint-Jean-de-Dieu, lit n° 2, le 24 janvier 1853.

Ce jeune homme, d'une taille moyenne, à cheveux châtain-foncé, d'un teint ordinairement assez coloré, d'un tempérament lymphatique, d'une constitution assez forte, dont le père et la mère se portent bien, ayant toujours eu un logement sain et une nourriture suffisante, n'a jamais éprouvé de maladie grave; seulement, dans son enfance, il a eu des glandes au cou, un écoulement muco-purulent de l'oreille, du mal aux yeux et à la tête. Comme traitement, on lui mit au bras un vésicatoire, et on lui donna quelques légers purgatifs. Tous ces accidents disparurent dès l'âge de huit ans; les glandes n'ayant jamais suppuré, il n'eut pas de cicatrices au cou.

A partir de ce moment, Valentin jouit d'une bonne santé jusqu'à l'âge de douze ans et demi.

Il fut alors mis en apprentissage. Mais il prit bientôt l'habitude de la masturbation, qui amena des maux de tête, des étourdissements, des bouffées de chaleur à la face, du sifflement dans les oreilles, des palpitations. Un médecin consulté ordonna des sangsues à l'anus et un purgatif. Ce traitement produisit de l'amélioration; mais, au bout d'un mois, les symptômes ci-dessus se manifestaient de nouveau. Le malade, continuant ses habitudes de masturbation, resta dans le même état jusqu'au 1er janvier 1853. On lui appliquait tous les ans 8, 10 à 12 sangsues à l'anus, et on lui donnait un purgatif : ce qui produisait toujours un mieux momentané. Son état est demeuré stationnaire ou ne s'aggravait qu'avec beaucoup de lenteur.

Dans sa profession d'emballeur, Valentin, assez vigoureux, s'acquittait de sa besogne; mais il éprouvait souvent des lassitudes, de l'essoufflement, des palpitations.

Dans le courant de 1852, il se livra en sus à quelques excès de femmes; et, vers la fin de l'année, les symptômes qui l'incommodaient allèrent en augmentant d'une manière sensible, au point, qu'au commencement de cette année il lui fut impossible de continuer son travail. Il resta alors chez ses parents pour se reposer quelques jours; mais, comme il n'allait pas mieux par le repos, il est entré à l'hôpital le 24 janvier.

L'appétit avait toujours été bon, la digestion régulière. Pas de constipation, peu d'amaigrissement, pas de fièvre.

Etat actuel. — Le malade a les joues naturellement assez colorées, seulement l'ovale inférieur du visage est d'une pâleur un peu jaunâtre. Les lèvres sont assez roses, les muqueuses buccale et nasale décolorées. La sclérotique paraît amincie, bleuâtre. Dans le courant de l'année dernière, des glandes ont reparu au cou; elles ont persisté, et on les reconnaît au palper.

L'appétit est bon comme toujours, les digestions aussi; pas de constipation.

Pas de voussure précordiale à la vue, ni au palper. On trouve à la percussion l'étendue normale de la matité du cœur. A l'auscultation, le premier bruit est voilé par un souffle doux, mais cependant assez prononcé, allant en diminuant de la base à la pointe, et entendu aussi dans l'aorte, les sous-clavières, les carotides et les crurales. Au bruit de souffle doux qui se fait entendre dans la région cervicale à droite s'ajoute, par intervalles, un murmure continu musical, renforcé à chaque contraction du cœur, de manière à constituer le bruit de diable. La présence de ce dernier bruit n'est pas constante.

A l'état de repos, l'impulsion du cœur est faible; mais s'il marche, s'il fatigue, s'il monte des escaliers, il éprouve des palpita-

tions, qui n'ont jamais été jusqu'à lui faire perdre connaissance. Le pouls est mou, et bat à 60 par minute. Pas de fièvre.

Le nombre des respirations est de 28 à la minute, à l'état de repos; mais s'il éprouve de la fatigue, ce nombre s'accroît, il y a dyspnée. Lorsqu'il mange, il est quelquefois obligé de s'arrêter, parce qu'il est pris d'étouffement.

Le travail est devenu impossible.

Les poumons, percutés et auscultés en avant et en arrière, n'offrent rien d'anormal sous les clavicules au-dessus des omoplates et dans le reste de leur étendue. On ne découvre rien non plus dans l'examen des organes de la cavité abdominale.

Parfois des étourdissements, de la céphalalgie fronto-temporale; un point douloureux plus sensible à la pression au côté gauche du thorax; rien le long du rachis. Tristesse; sommeil lourd et peu réparateur.

Peu d'amaigrissement; perte des forces.

De temps en temps, bouffées de chaleur à la face.

Pas d'anaphrodisie; pas de pollutions nocturnes.

Traitement. — Viande rôtie, vin; tous les jours, 3 pastilles de lactate de fer de 0,20.

Le malade, après huit jours de ce traitement, reprend des forces. Les palpitations surtout ont sensiblement diminué; mais, bien qu'il ne soit pas encore guéri, il sort le 2 février de l'hôpital, ce milieu n'étant pas favorable à l'hygiène à suivre dans le traitement de cette maladie. On lui recommande les pastilles de lactate de fer, le régime approprié, de l'exercice et la renonciation à ses mauvaises habitudes.

Résumé. — Si l'on compare la chlorose chez l'homme à la chlorose chez la femme, on voit que ce sont les mêmes causes, les mêmes symptômes, la même lésion anatomique et le même traitement. Les seules différences se trouvent dans la symptomatologie de l'appareil génital.

Quelle est la valeur de ces différences?

Dans les deux sexes, cet appareil, sous l'influence de la chlorose, peut être troublé, toutefois plus facilement chez la femme. Chez l'homme, il pourra y avoir diverses hémorrhagies, prostatorrhée, spermatorrhée et anaphrodisie plus apparente, à cause de la conformation et du mécanisme fonctionnel du membre viril. Chez la femme, ce sera la leucorrhée, l'aménorrhée, la dysménorrhée, les mêmes hémorrhagies que chez l'homme, et de plus, la ménorrhagie; enfin, la stérilité et l'anaphrodisie, celle-ci moins en évidence. Il y aura aussi plus de fréquence et d'intensité de la maladie, et particulièrement des accidents nerveux, à cause de la différence des tempéraments et des constitutions. Le tempérament de la femme, en général lymphatique ou lymphatico-nerveux, sa constitution plus faible, la prédisposent davantage à la chlorose; le genre de ses occupations, sa vie sédentaire, la facilité avec laquelle son appareil génital se trouble, contribuent à augmenter cette prédisposition. En un mot, chez la femme, la phrase symptomatique sera d'ordinaire plus complète, pour nous servir de l'expression de Récamier.

Il ne faut pas oublier que les troubles de la menstruation, considérés pendant longtemps comme le point de départ et comme la cause de la chlorose chez la femme, ne sont ici qu'un épiphénomène.

Si donc, comme le pensent quelques médecins, la chlorose avait son point de départ dans l'utérus, évidemment elle ne se rencontrerait que chez la femme; mais la chlorose étant une affection générale, on comprend que dans les deux sexes toutes les fonctions soient plus ou moins troublées sous son influence. Nous avons déjà prouvé l'identité de la chlorose et de l'anémie; or, c'est principalement de la distinction qu'on a essayé d'établir entre elles et de quelques différences secondaires dans les symptômes donnés par l'appareil génital, qu'est venue l'obscurité qui a si longtemps régné sur l'existence de la chlorose chez l'homme.

Conclusions. — 1° La chlorose s'observe dans les deux sexes.

2° La diminution à divers degrés de l'élément globulaire du sang est le caractère fondamental de la chlorose.

3° L'anémie consécutive à une hémorrhagie, et qui dure jusqu'à ce que le sang soit hydrémié, doit être soigneusement séparée de l'état chlorotique proprement dit, dont elle diffère par la durée, les symptômes, le traitement et la lésion anatomique.

4° On ne peut établir de différence essentielle entre la chlorose et ce que, par une extension forcée, on avait désigné sous le nom d'anémie; car ces deux états présentent la même étiologie, les mêmes symptômes, la même lésion anatomique, et exigent le même traitement.

5° Les variétés capitales à établir dans la chlorose sont celles qui ont pour base la diminution plus ou moins grande des globules sanguins d'une part, et de l'autre le plus ou moins de réplétion du système circulatoire.

6° A cause de quelques nuances secondaires relatives à la prédominance de certains symptômes, aux causes, au sexe, à l'âge, à la constitution, au tempérament, on peut encore établir dans cette maladie quelques autres variétés de moindre valeur.

7° Toutes ces formes, dont la lésion anatomique constante est la diminution de l'élément globulaire du sang, doivent être réunies sous une dénomination commune, celle de *chlorose*, par exemple, réunion parfaitement nosologique, et surtout importante au point de vue pratique.

8° Le traitement fondamental de la chlorose consiste dans l'emploi des ferrugineux.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 21 septembre 1853. — Présidence de M. DENONVILLIERS.

Présentation de malades.

M. GUERSANT présente un jeune garçon qui est affecté d'une exophthalmie considérable de l'œil gauche: l'œil a été rapidement chassé de l'orbite. Ainsi la maladie ne remonte pas à plus de deux mois; la vision est perdue; le malade éprouve de violentes douleurs.

M. Guersant croit qu'il existe dans l'orbite une tumeur fongueuse; il demande à quel traitement on doit recourir.

M. CHASSAIGNAC demande si, en raison de la rapidité du développement de la tumeur, on ne pourrait pas admettre l'existence d'une inflammation phlegmoneuse suppurée de l'orbite. Il a vu des cas semblables. Il pense qu'il serait convenable de procéder à une ponction exploratrice préalablement à toute autre opération.

M. GUERSANT a aussi d'abord cru à la possibilité d'un abcès: ce serait le quatrième ou cinquième cas qu'il aurait rencontré chez des individus scrofuleux; mais ici on ne retrouve aucun des caractères des abcès; il n'y a pas de fluctuation.

M. DEMARQUAY ne croit pas à la présence d'une tumeur liquide; on sent parfaitement en suivant le rebord de l'orbite une tumeur solide. On a décrit dans ces derniers temps une espèce d'infiltration du tissu cellulaire de l'orbite coïncidant avec une affection du cœur, qui donne lieu à quelques-uns des symptômes que présente le malade de M. Guersant. Est-ce une maladie de ce genre qu'il porte? Nous ne le pensons pas, car l'état général est bon.

Nous signalerons encore, dit M. Demarquay, parmi les tumeurs de cette région celles qui sont formées par l'hypertrophie d'un ganglion intra-orbitaire. Un élève de M. Larrey a publié sur cette affection une thèse très remarquable; mais dans ces cas on ne sent pas la tumeur dure que l'on rencontre ici.

En résumé, je crois qu'il existe ici une tumeur cancéreuse très vasculaire; ce qui explique la rapidité de la marche du mal. Après avoir fait une ponction exploratrice, on devra extirper la tumeur.

M. ROBERT, dans l'examen qu'il a fait du malade, a reconnu que la tumeur n'avait pas seulement son siége dans l'orbite; elle pénètre, en outre, dans les fosses nasales, envahissant l'ethmoïde; peut-être va-t-elle encore plus loin. C'est une tumeur fibro-plastique ou un ostéosarcome, et je suis d'avis, après la ponction exploratrice, si elle ne donne aucun résultat, de ne pratiquer aucune opération.

M. LARREY pense aussi que l'exophthalmie est déterminée par une tumeur siégeant dans la paroi interne de l'orbite, à en juger non-seulement par l'oblitération de la fosse nasale correspondante, mais encore par la déviation du globe oculaire en dehors. Il serait d'avis également de faire une ponction exploratrice à la tumeur, afin d'en préciser la nature, et avant de tenter une extirpation dont on ne peut fixer d'avance les règles ni les limites.

Quant au travail auquel M. Demarquay vient de faire allusion, personne n'a pu apprécier mieux que lui, pour sa savante thèse sur les *tumeurs de l'orbite*, la dissertation trop peu connue de M. Beylier, qui a résumé l'un des premiers l'ensemble des faits publiés sur le même sujet (1).

Du traitement des tumeurs érectiles.

M. CHASSAIGNAC présente de nouveau un jeune enfant qu'il avait déjà soumis à l'examen de la Société et qui portait une tumeur érectile située sur le côté droit de la poitrine.

La vaccination n'ayant rien produit, malgré les cicatrices nombreuses que l'on reconnaît autour de la tumeur, M. Chassaignac s'est décidé à employer le caustique de Vienne, et actuellement la guérison est parfaite.

M. Chassaignac a fait représenter les différentes phases de l'évolution vaccinale. Il fait hommage de ces planches à la Société.

Suite de la discussion sur le rapport de M. Robert.

M. MAISONNEUVE prend la parole pour rappeler un fait qui se rapporte à l'opinion qu'il a soutenue devant la Société dans son discours sur les dangers du chloroforme. Il s'agit d'établir la réalité de l'asphyxie, mise en doute par quelques personnes. M. Maisonneuve, dans un cas de tétanos où déjà existait de l'emprosthotonos, a voulu voir quels effets produirait le chloroforme. Lorsque est arrivée la période d'excitation, malgré la surveillance du chirurgien, le malade s'est asphyxié. La peau était violacée, les lèvres bleues, la respiration faisait défaut. Immédiatement, dit M. Maisonneuve, je pratiquai la trachéotomie. La vie est revenue, mais l'état asphyxique a duré quelque temps encore; puis, le tétanos continuant, le malade est mort dans la soirée.

Il y a eu dans ce cas asphyxie par occlusion de la glotte, et la preuve c'est que l'ouverture de la trachée a rendu au malade la vie, qui s'éteignait. Il existait là sans doute un état tétanique des muscles qui servent à fermer la glotte. Mais, à une certaine période de la chloroformisation, on remarque aussi une gêne de la respiration, qui cède au bout de quelques secondes et qui peut être due à une contracture légère des muscles qui obturent la glotte; quand ces muscles sont de plus contracturés tétaniquement, il est facile de concevoir que l'asphyxie devienne complète.

M. ROBERT, sans nier l'intérêt de ce fait, ne pense pas qu'on puisse établir la moindre analogie entre ce cas et les autres cas de mort par le chloroforme. Dans le tétanos avec trismus et contracture de la glotte, l'on conçoit que si quelques mucosités épaisses surviennent l'asphyxie sera complète. En résumé, il ne croit pas qu'on puisse conclure de ce fait pathologique quelque chose pour les individus dans l'état normal.

M. Robert ajoute à ces remarques que M. Vallette (de Lyon) lui a écrit pour lui communiquer le cas d'un tétanique soumis impunément pendant quatorze heures à l'influence du chloroforme; toutefois, ce malade mourut du tétanos.

M. LARREY est porté à émettre aussi quelques doutes sur l'asphyxie chloroformique chez le malade de M. Maisonneuve, et il fait remarquer que l'asphyxie par occlusion de la glotte peut survenir non-seulement par le fait du tétanos, mais plus encore, selon lui, dans la forme dite emprosthotonos.

Quant à l'emploi du chloroforme dans le tétanos, M. Larrey y a eu recours assez récemment au Val-de-Grâce dans un cas d'écrasement du pied. La lésion, d'ailleurs complexe, avait été traitée au début par les irrigations froides, et était parvenue à un état d'amélioration notable, lorsque, sous l'influence d'une suppression brusque de la transpiration et d'une profonde impression morale, le trismus se déclara et fut suivi en quelques heures d'un opisthotonos complet. La plupart des moyens usités en général ayant été sans succès, on eut recours à l'anesthésie.

Le chloroforme, administré d'abord à faible dose, ou mélangé à une certaine quantité d'air, puis avec plus de force et à de plus courts intervalles, diminua chaque fois sensiblement la violence des contractions musculaires. La chloroformisation enfin concentrée amena une résolution musculaire si complète, que chacun des muscles les plus fortement contractés d'abord offrait au toucher la plus grande souplesse. Mais aussitôt que l'anesthésie fut suspendue, les accidents tétaniques reparurent; et après un second résultat semblable, le malade succomba sans qu'il fût possible de prolonger davantage l'essai du chloroforme.

M. DEMARQUAY soutient que dans le cas de M. Maisonneuve le chloroforme a joint son influence fâcheuse à celle du tétanos, et il rappelle à cet égard certaines expériences de Marshall-Hall. L'on sait qu'au début de l'inhalation le chloroformé respire moins bien; si l'action du tétanos vient s'ajouter à cette gêne respiratoire, il est facile de comprendre les accidents qui peuvent en résulter. Lorsqu'on donne le chloroforme rapidement à la dose de plusieurs grammes, le malade éprouve des contractions et ne respire que difficilement.

M. MAISONNEUVE répond qu'il ne pense pas qu'on puisse mettre en doute ici la réalité de l'asphyxie; il ajoute que le chloroforme et le tétanos ont joint leur action isolée pour amener l'asphyxie.

M. DENONVILLIERS fait remarquer combien il est difficile de préciser la part d'action du chloroforme. Il rappelle alors un fait de tétanos qu'il a dit cité dans une des précédentes séances: Un tétanique respirait très bien quelques minutes avant que des élèves vinssent proposer à M. Denonvilliers de soumettre ce malade à l'action du chloroforme. Je ne cédai point, dit-il, à ce désir, et bientôt, sans incident nouveau, ce malheureux tomba dans une asphyxie telle que je dus pratiquer la trachéotomie. Dès lors, on ne peut rien conclure du fait de M. Maisonneuve pour l'action du chloroforme dans l'état normal.

Cette discussion est close.

— M. LE PRÉSIDENT annonce que M. le docteur Prestat, chirurgien de l'hôpital de Pontoise, membre correspondant de la Société, assiste à la séance.

— Le vote qui devait avoir lieu sur la candidature de M. Guérin (de Vannes) est renvoyé à une séance suivante, à cause du nombre insuffisant des membres de la Société présents à la séance.

— M. DEMARQUAY lit un rapport sur plusieurs mémoires présentés par M. le docteur Soulé, chirurgien de l'hôpital Saint-André de Bordeaux, pour obtenir le titre de membre correspondant.

Conclusions. — 1° Déposer honorablement les travaux de M. Soulé dans vos archives;

2° Le nommer correspondant.

Luxation en arrière, sans fracture, de la cinquième vertèbre dorsale sur la sixième.

M. ROBERT lit sur ce sujet la note suivante:

L'histoire des luxations des vertèbres, si j'en excepte celles des deux premières cervicales, occupe une place fort restreinte dans la plupart des traités de chirurgie. Les auteurs modernes n'ont admis qu'avec réserve la possibilité de ces déplacements sans quelque fracture des masses apophysaires, et la connaissance des dispositions anatomiques propres aux articulations du rachis les portait à suspecter l'authenticité des faits de ce genre rapportés par des chirurgiens plus éloignés de nous.

Cependant, deux observations bien connues, l'une de Paletta, l'autre de Dupuytren, ne laissèrent aucun doute à cet égard, en ce qui concerne les cinq dernières vertèbres du col, dont tous les ouvrages contemporains font mention et fournissent la description.

Or, ce que l'autorité des faits forçait à reconnaître dans la région cervicale reste encore universellement nié lorsqu'il s'agit des régions dorsale et lombaire. A la rigueur, la configuration des apophyses articulaires des vertèbres du col et la direction de leurs facettes permettent de concevoir, dans certaines circonstances, leur déplacement sans fracture préalable. Mais, au dos et aux lombes, comment expliquer ces changements dans les rapports des vertèbres contiguës, si, d'abord les apophyses articulaires, dont la position respective est bien connue, n'ont été fracturées? Pour qu'un pareil désordre pût se produire dans ces conditions, il faudrait faire intervenir un concours de circonstances à peu près impossible, et qu'ailleurs aucune observation n'a encore présenté.

Telles sont les raisons fort plausibles alléguées par les auteurs, et je ne crois pas, en effet, que jusqu'à ce jour un seul fait ait infirmé cette manière de voir.

Mais cette appréciation, très juste lorsqu'il s'agit d'une luxation en avant, perd toute sa valeur, on le comprend, s'il est question d'une luxation en arrière. En faisant abstraction des liens fibreux, aucun obstacle ne s'oppose au déplacement d'avant en arrière d'une vertèbre sur la vertèbre placée immédiatement au-dessous. Détruisez les ligaments commun, antérieur, postérieur et sur-épineux, les ligaments jaunes et articulaires, le fibro-cartilage inter-articulaire, et alors aucune puissance n'empêchera la vertèbre supérieure de se porter en arrière, tandis que l'opposition des apophyses articulaires ne lui permettra jamais de se luxer en avant si elles n'ont été d'abord arrachées.

On conçoit donc que si l'on s'accorde à nier la possibilité d'une luxation des vertèbres dorsales, cette négation ne saurait s'appliquer qu'à la luxation en arrière. Cependant, comme ni l'une ni l'autre de ces lésions n'a été observée, on se borne généralement à mentionner cette lacune.

Eh bien, je vais porter à la connaissance de la Société un fait qui démontre qu'en certaines circonstances l'une des vertèbres dorsales peut se luxer en arrière sur la vertèbre inférieure.

Supposons, en effet, que l'épine dorsale, dont les articulations sont si peu mobiles, soit portée violemment dans une flexion exagérée en avant; sans doute tout l'effet de cette violence pourra se borner à l'écrasement d'un ou plusieurs corps vertébraux; mais il pourra arriver encore que l'une des vertèbres soit soumise à un mouvement de bascule en raison duquel sa face supérieure sera portée en avant, tandis que sa face inférieure se dirigera en arrière; et dans ce mouvement, s'il est porté jusqu'à ses extrêmes limites, toutes les fibres ligamenteuses, surtout le fibro-cartilage inter-articulaire, éprouveront une traction oblique considérable à laquelle elles pourront céder. Or, c'est bien ainsi que les choses paraissent s'être passées chez le malade dont voici l'observation résumée.

OBS. — Le nommé Gachet (Louis), âgé de vingt-cinq ans, charpentier, est apporté à l'hôpital Beaujon le 31 juillet 1853.

Quelques heures auparavant, cet homme était occupé aux travaux de la fête du 15 août. Il aidait à dresser un mât de charpente du poids de plus de 400 kilogrammes, enfoncé jusqu'au voisinage des aisselles dans un trou creusé pour recevoir la base de cette pièce de bois, lorsqu'elle s'abattit lentement sur lui. La face antérieure du thorax s'appuyant sur le bord de la fosse, la partie la plus élevée de la région dorsale supporta la pression et le poids de ce mât, et la partie supérieure du tronc fut fortement fléchie en avant.

Lorsqu'on le retira, il était paraplégique.

A son entrée à l'hôpital, on constata la perte absolue du sentiment et du mouvement dans toute la moitié inférieure du tronc, la rétention des urines et des matières fécales, une dyspnée énorme avec menace d'asphyxie.

L'état fort grave dans lequel se trouvait ce malade ne permit pas, ni alors, ni les jours suivants, un examen bien attentif de la colonne vertébrale; seulement on constata, au niveau de la partie moyenne de la région dorsale, une saillie osseuse, peu proéminente, sur laquelle la pression déterminait de la douleur. Il fut couché sur le dos, et le traitement se borna à une saignée et quelques moyens palliatifs. Chaque jour on le sondait soir et matin, et un purgatif fut administré dans le but de remédier à la rétention complète des matières fécales.

La paralysie ne diminua pas. Bientôt les urines devinrent fétides, puis sanguinolentes, et la mort arriva le 11 août, à six heures du matin, au milieu d'accidents cérébraux.

Autopsie, le 12, à huit heures et demie du matin. — Le rachis est ouvert avec précaution par une coupe pratiquée au moyen de la scie,

(1) *Des tumeurs intra-orbitaires ou orbitocèles.* Strasbourg, 1845.

depuis l'atlas jusqu'au sacrum, de chaque côté des apophyses épineuses, en dedans des apophyses articulaires.

Les apophyses épineuses et les lames vertébrales ne présentent aucune apparence de fracture.

Après avoir enlevé la moelle et la dure-mère, on reconnaît que la tige vertébrale est interrompue complétement entre la cinquième et la sixième vertèbre dorsale, sans qu'il existe de fracture ou d'écrasement du corps des vertèbres, ni des masses apophysaires. La solution de continuité se trouve au niveau du cinquième fibro-cartilage intervertébral dorsal, qui a été entièrement arraché, comme je le dirai plus loin. En un mot, nous avons affaire à une luxation, et non à une fracture.

Le corps de la cinquième vertèbre dorsale se trouve situé sur un plan postérieur à celui de la sixième, et ce dernier proémine en avant dans le médiastin, dans lequel du sang s'est épanché. A ce niveau, de chaque côté, la plèvre est déchirée, et du sang s'est épanché dans sa cavité.

Une fois la luxation constatée et la pièce isolée du reste du sujet, on procède à l'examen de ses détails.

La cinquième et la sixième vertèbre dorsale jouissent d'une grande mobilité l'une sur l'autre. Tous les liens ligamenteux qui les unissent normalement sont déchirés, et elles ne sont plus maintenues en rapport par quelques faisceaux musculaires de la couche des gouttières vertébrales.

Le grand ligament vertébral commun antérieur et le ligament commun postérieur du corps des vertèbres sont entièrement divisés au niveau de la luxation.

Le fibro-cartilage interposé au corps des cinquième et sixième vertèbres dorsales a été, non pas déchiré, mais complétement arraché. Dans cet arrachement, le disque fibreux n'a pas suivi en entier l'une des vertèbres : une petite portion, équivalant à peine à 1/6e du diamètre total du fibro-cartilage, est restée adhérente au corps de la cinquième vertèbre; une autre, plus grande, égale à peu près aux 5/6es de son diamètre, est restée adhérente au corps de la sixième. Or, il n'y a pas seulement arrachement du tissu fibreux, mais aussi de la lame cartilagineuse qui le recouvre et le sépare de la face articulaire du corps vertébral. On voit en effet l'un et l'autre des fragments recouverts sur leur face libre d'une lame mince de cartilage, et le tissu osseux absolument à nu dans les points qui correspondent à l'arrachement.

Les apophyses articulaires sont séparées les unes des autres, de manière que les inférieures (apophyses articulaires supérieures de la sixième vertèbre) se trouvent situées à près d'un centimètre au-devant des supérieures (apophyses articulaires inférieures de la cinquième vertèbre). Les fibres ligamenteuses qui les unissent sont entièrement déchirées. Un très petit fragment osseux appartenant au bord de l'une de ces apophyses se trouve appendu à des fibres ligamenteuses qui s'insèrent sur le bord de l'apophyse correspondante. La perte de cette esquille n'altère en rien la configuration normale de la facette articulaire ou de l'apophyse qui la supporte.

Les ligaments jaunes ne sont pas rompus. L'état du ligament surépineux n'a pas été examiné.

La sixième articulation costo-vertébrale n'a pas été lésée. En effet, les rapports normaux entre la tête des sixièmes côtes droite et gauche et les demi-facettes articulaires de la cinquième vertèbre ont été détruits; les ligaments costo-vertébraux antérieurs ont été déchirés, et la sixième côte a suivi la sixième vertèbre.

Enfin, sans que la dure-mère soit altérée, la moelle est réduite en bouillie au niveau de la luxation, dans un espace de près de 5 centimètres; elle est même complétement interrompue. Les parties situées au-dessus et au-dessous de cette lésion restent parfaitement intactes.

Les deuxième, troisième, quatrième et cinquième côtes gauches sont fracturées un peu en dehors des articulations costo-transversales.

Là se bornent les détails qui se rapportent à la luxation vertébrale.

M. Gosselin demande la parole après cette lecture. Il pense qu'on peut contester dans ce cas l'existence d'une luxation. En effet, la disposition anatomique des apophyses articulaires facilite ici l'écartement des surfaces, et M. Gosselin croit qu'il vaudrait mieux ranger dans le diastasis la lésion dont M. Robert vient d'entretenir la Société. Il y a seulement, selon lui, rupture de tous les moyens d'union avec écartement des apophyses articulaires. Il n'y avait point de difficultés de réduction. Si, au contraire, les apophyses articulaires de la vertèbre supérieure étaient passées en avant de l'inférieure, il y aurait eu des obstacles autrement grands à la réduction.

M. Robert ne conteste pas les différences établies par M. Gosselin, mais dans ces derniers temps on a appliqué le mot de luxation à tous les changements dans les rapports des surfaces articulaires. Or, pour les luxations incomplètes des ginglymes, il n'y a, pas plus que dans le cas qu'il a rappelé, d'obstacle à la réduction. Pour le diastasis, dont je prends, dit M. Robert, le type dans l'articulation tibio-péronière ou dans l'articulation radio-cubitale inférieure, il suffit d'appuyer latéralement sur les os pour les ramener à leur place, en produisant souvent une sorte de claquement. Or, la lésion dont je viens de présenter un exemple à la Société diffère de ces types du diastasis.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le vice-secrétaire de la Société : Follin.

DE L'EXTRACTION IMMÉDIATE DES CALCULS VÉSICAUX.

Du percuteur courbe de M. Heurteloup.

Nous recevons de M. le baron Heurteloup, avec prière de l'insérer, la lettre suivante adressée à M. Sédillot à l'occasion du fait d'emploi du percuteur courbe que nous avons publié dans notre numéro du 17 septembre. Nous souscrivons d'autant plus volontiers au désir de notre honorable confrère et ami, que cette lettre contient des détails fort intéressants sur l'emploi de son instrument, et provoquera sans doute des explications pratiques non moins importantes de l'habile chirurgien de Strasbourg. A ce sujet, nous ferons remarquer que l'instrument de M. Heurteloup est soumis depuis plusieurs années (1846) à l'examen d'une commission de l'Institut qui a assisté déjà à un certain nombre d'opérations. Il serait à désirer que le rapport de la commission fût fait le plus tôt possible, afin d'éclairer un point de pratique de si haute importance.

A monsieur le docteur Sédillot, *chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Strasbourg.*

Paris, 19 septembre 1853.

Monsieur et très honoré confrère,

Les différentes publications qui ont trait à la chirurgie contiennent souvent des allusions à mes travaux sur la lithotripsie. Bien souvent je pourrais relever des erreurs, et je ne le fais pas, soit parce que j'ai confiance dans le jugement du public médical, soit aussi parce que ceux qui commettent ces erreurs sont jeunes en lithotripsie et n'ont pas assez de poids pour que leur opinion soit un danger pour la science.

Vous n'êtes pas, monsieur et honoré confrère, de ceux-là, et c'est la conscience de ce que vous valez qui me porte à vous adresser quelques observations sur le cas qui vient d'être publié dans la *Gazette des Hôpitaux* du 17 de ce mois par M. le docteur Jacquin, qui dans sa rédaction vous fait intervenir.

Dans l'observation publiée par M. Jacquin, et qui est relative à l'extraction que vous avez habilement faite d'un bout de tuyau de pipe de la vessie d'un malade, il s'exprime ainsi :

« M. Sédillot voudrait voir accomplir dans la fabrication de l'instrument de M. Heurteloup un perfectionnement que l'on n'est pas encore parvenu à réaliser complétement. Les premières cuillers de l'inventeur étaient pleines (si ces cuillers étaient pleines, elles n'étaient pas des cuillers; peut être M. le docteur Jacquin a-t-il voulu employer le mot branches); les détritus calcaires s'y accumulaient en s'y tassant, et il devenait quelquefois difficile de les retirer. L'opérateur était alors exposé aux plus grands embarras, et pouvait se trouver dans la nécessité, après avoir rapproché par percussion les deux cuillers, de les extraire avec violence. » (Si les cuillers sont rapprochées, pourquoi de la violence?)

Pour porter un tel jugement sur mon *percuteur courbe*, il faut, monsieur et honoré confrère, que vous ayez expérimenté avec un autre instrument que celui dont je suis l'inventeur; car lorsque je le présentai à l'Académie des sciences, en 1833, je l'accompagnai, vu mon éloignement de Paris, des attestations du grand nombre des chirurgiens anglais qui me virent faire, à Londres, la première application de cet instrument sur trente-deux malades.

Comme mon intention était de concourir, ces attestations avaient pour but de certifier la bonté de l'instrument sous tous les points de vue : solidité, facilité des manœuvres, action prompte pour saisir les calculs, pour les broyer, innocuité, etc., etc.

Parmi ces attestations, il en est une qui répond au passage cité, que je vous demande la permission de transcrire et que je recommande à votre attention. C'est celle-ci, page 54 de mes mémoires sur la lithotripsie par percussion, 1833 :

Nous attestons..... 5° que toujours nous avons vu cet instrument (le percuteur) sortir avec autant de facilité qu'il était entré, ce qui prouvait qu'il conservait absolument le même calibre en sortant qu'en entrant et que conséquemment *il se fermait exactement.*

Comment se fait-il donc, monsieur et honoré confrère, que M. le docteur Jacquin vous fasse dire le contraire de ce qui est? S'est-il trompé ou a-t-il publié une opinion que vous ayez exprimée? S'il a publié votre opinion, est-il indiscret de vous demander sur quels faits, sur quelles expériences vous vous êtes basé? Je n'entreprendrai pas de faire sentir à un chirurgien de votre mérite l'importance de répondre à l'observation que je prends la liberté de vous faire; car, en même temps que votre réponse servira à élucider la question de la lithotripsie, question bien simple et que l'on rend si obscure, vous ferez une bonne action; car vous comprenez qu'une opinion défavorable à mon *percuteur* si bienfaisant exprimée par vous éloignerait les praticiens de l'usage de cet instrument, et vous n'êtes pas de ceux qui trouvent leur profit à jeter la science dans l'obscurité et dans une fausse voie.

Depuis plus de vingt années que l'attestation émanée des chirurgiens anglais a été publiée, je me suis constamment servi pour briser les *pierres* et les *gros fragments* du *percuteur* comme *je l'ai construit*, et jamais il n'est sorti engoué d'une vessie (ce que je fais toujours remarquer aux assistants), quoique je l'aie employé plusieurs centaines de fois. Ces faits demandent à être médités par un praticien comme vous l'êtes, car l'usage de cet instrument fait arriver le malade à une guérison prompte, qui n'est pas achetée, *lorsqu'elle est obtenue*, par ces complications que vous connaissez et que tout le monde connaît.

Il vous paraîtra donc peut-être opportun de conclure que les prétendus perfectionnements énumérés par M. le docteur Jacquin n'étaient pas bien nécessaires, et si vous cherchez un peu, même dans l'intéressante observation qui vient de vous, vous pourrez vous apercevoir que c'est à ces *perfectionnements* que l'on peut attribuer les lugubres résultats définis par M. le docteur Jacquin, et qu'il aurait pu définir plus lugubres encore, car les conséquences des perfectionnements susdits ne s'arrêtent pas à la violence qu'il faut employer pour retirer de la vessie un instrument engoué.

Veuillez, je vous prie, monsieur et honoré confrère, remercier de ma part M. le docteur Jacquin d'avoir bien voulu dans sa rédaction accoler mon nom à l'usage que vous avez fait de mon instrument courbe; c'est une gracieuseté à laquelle je ne suis pas accoutumé. Je sais bien que lorsqu'un procédé est passé dans la pratique on n'en nomme quelquefois plus l'auteur, mais c'est seulement, ou du moins ce devrait être seulement lorsqu'il n'est plus de ce monde; autrement, c'est un manque d'égards que beaucoup se permettent, mais dont certaines délicatesses se trouveraient offensées.

Permettez-moi, en finissant, monsieur et honoré confrère, de vous remercier sincèrement d'avoir donné votre haute sanction comme chirurgien à mon procédé d'*extraction immédiate* au moyen de mon *percuteur à cuillers* (1). La rédaction de M. le docteur Jacquin donnerait bien lieu à quelques observations de ma part sur le *modus faciendi*, qui me semble avoir retardé votre succès, mais je craindrais de dépasser la limite que m'imposent et votre nom justement honoré et votre grand talent.

Agréez, etc. Baron Heurteloup.

(1) Le mémoire sur ce mode d'opérer l'*extraction immédiate* des pierres vésicales par ce procédé a été lu à l'Académie des sciences en 1846, à mon retour de pays étrangers, et a été publié dans un ouvrage intitulé : « *De la lithotripsie sans fragments*, au moyen des deux procédés de l'*extraction immédiate* ou de la *pulvérisation immédiate* des pierres vésicales par les voies naturelles. — Chez Labé. » 125 cas de guérison ont été donnés à l'appui de ce procédé d'*extraction immédiate*. Depuis ce temps, le nombre est considérablement augmenté.

Depuis 1846, bien que j'aie opéré plusieurs fois devant la commission nommée par l'Institut, il n'a pas été fait de rapport.

ALBUMINE IODÉE.

Par M. Renault, pharmacien à Paris.

M. Renault a proposé l'emploi d'une nouvelle préparation iodée qui a déjà été heureusement prescrite par plusieurs médecins distingués de Paris; il la prépare de la manière suivante :

Albumine sèche du commerce.	100 grammes.
Eau.	1,000 —
Teinture alcoolique d'iode au dixième. .	100 —
Eau.	200 —

On pulvérise l'albumine, on la met macérer pendant environ vingt-quatre heures dans l'eau froide, afin qu'elle s'hydrate et se dissolve en partie. On verse dans la teinture l'eau qui doit en précipiter l'iode dans un grand état de division; puis, sans avoir filtré le liquide albumineux, on y verse par petites portions successives et en agitant la teinture étendue d'eau. Cela fait, on porte le tout au bain-marie, on l'y maintient sans cesser d'agiter jusqu'à ce que le résidu de l'évaporation cesse de perdre de son poids. Finalement on pulvérise et l'on passe au tamis de soie.

Desséchée, l'albumine iodée est en poudre d'un jaune clair, inodore, de saveur à peine iodique, tout à fait sans action sur le décoctum d'amidon. L'eau la gonfle et la rend opaque à la manière de la gomme adragante, et elle se partage en deux portions, l'une soluble, l'autre insoluble. (*Répert. de pharm.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

M. Fortoul, ministre de l'instruction publique, a passé avant-hier à Lille, se rendant en Allemagne avec sa famille.

— M. Godron, recteur de l'Académie de l'Hérault, passe en la même qualité à celle du Doubs.

M. Jourdain, recteur de l'Académie d'Ille-et-Vilaine, le remplace à Montpellier.

— Le dernier volume des travaux du conseil central de salubrité de Lille contient un document du plus haut intérêt sur la fréquence des accidents occasionnés par les appareils à vapeur.

De 1846 à 1852, il a été traité à l'hôpital Saint-Sauveur de Lille 406 malades par suite d'accidents, et un nombre égal au moins de blessés ont été soignés à domicile. Ce total effrayant se divise ainsi :

1° Plaies contuses et contusions : du tronc à la tête, 11; des extrémités supérieures, 341; des membres inférieurs, 10. Total, 362.

2° Brûlures : plus ou moins étendues, 5; de tout le corps, 1. Total, 6.

3° Fractures : des membres supérieurs, 22; des inférieurs, 5. Total, 27.

4° Ecrasement et arrachement : des membres supérieurs, 9; des inférieurs, 1. Total, 10.

5° Commotion de la moelle épinière, 1.

Total général, 406.

Voici les différentes fonctions remplies par les ouvriers blessés :

On trouve, sur 377 accidents arrivés depuis 1847 (ces renseignements ayant manqué pour les quatre mois précédents) : fileurs et filetiers (réunis), 157; rattacheurs, 84; soigneuses, 12; journaliers, 9; serruriers-mécaniciens, 8; teinturiers, 6; bobineuses, 4; peigneuses, 4; surveillants de fabrique, 4; cardeurs, 5; tourneurs en fer, 3; débourreurs, 2; chauffeur, 1; tisserand, 1; tulliste, 1; employé à la gare, 1; conducteur à la gare, 1; non désignés, 73. Total, 377.

D'après le sexe, on observe 216 hommes ou garçons, et 160 femmes ou filles.

— On lit dans les journaux anglais :

« On a constaté que dans un quartier de Newcastle il y avait 4,000 individus vivant dans la saleté et le dénûment le plus absolu. L'inspecteur du Bureau général de santé a eu l'heureuse idée de disséminer cette population. Des tentes ont été demandées à la direction générale de l'artillerie, et 360 individus sont logés sous ces tentes; 600 autres de ces malheureux ont été distribués dans d'autres localités. Il en est résulté une diminution sensible dans le chiffre de la mortalité.

» La direction générale de l'artillerie a consenti à livrer des tentes pour d'autres localités, et toujours on a éprouvé d'excellents résultats de cette dissémination de la population. Non-seulement la direction de l'artillerie a accordé 200 tentes, mais encore elle a mis à la disposition du Bureau général de santé un officier distingué chargé de présider spécialement à l'organisation des tentes. On a remarqué dans le camp de Chobham que sous les tentes il y a eu moins de malades que l'on n'en compte d'habitude dans les casernes. »

— Les journaux de Stockholm (Suède) annoncent que le choléra, qui avait commencé à diminuer en cette ville, a éprouvé une assez forte recrudescence pendant les journées des 7, 8 et 9 septembre. Jusques et y compris ce dernier jour, le nombre total des cholériques à Stockholm s'est élevé à 1,937, ou 2 et demi pour 100 de la population, et il y a eu 1,012 décès et 420 guérisons. 505 personnes se trouvaient encore en traitement.

Dans le midi de la Suède, le choléra faisait des progrès. Voici les chiffres totaux de l'épidémie dans trois des principales villes de la Scanie : à Calscrona, 1,746 personnes atteintes, ou 13 et demi pour 100 de la population, et 322 décès; à Nowkoepping, 283 cas, ou 2 et demi pour 100 de la population, et 70 décès; à Ystad, 327 cas, ou 6 et demi pour 100 de la population, et 182 décès.

A Christiania (Norwége), le choléra augmentait aussi de jour en jour. On manquait de médecins pour soigner les cholériques. La municipalité venait de publier une proclamation dans laquelle elle sommait tous les médecins et tous les étudiants en médecine de se présenter immédiatement dans les hôpitaux pour y prendre part au service médical; et cela, sous peine des amendes édictées dans les lettres patentes royales du 12 novembre 1831.

— A Copenhague (Danemark), le choléra déclinait rapidement.

— On écrit de Stockholm, le 14 septembre : « Depuis hier matin, 183 personnes ont été atteintes du choléra, et 120 sont mortes. On compte maintenant 382 personnes atteintes et 196 décès. »

— Les correspondances de Rome parlent de l'épidémie de fièvres intermittentes qui règne dans la ville. Les chaleurs de juillet et d'août ont fortement éprouvé nos soldats. Le nombre des malades est encore élevé; mais heureusement la mortalité est très peu considérable, et la maladie cesse devant un traitement intelligent. L'administration militaire a pris, du reste, les mesures les plus sages. Elle a été énergiquement secondée par M. Alquier, inspecteur général du service de santé, qui venait d'arriver à Rome pour faire sa tournée d'inspection, et qui déjà, en 1849, avait eu l'occasion de rendre de grands services à l'armée dans des circonstances analogues. Son expérience a été d'un puissant secours. Grâce à la bonne organisation du service, l'épidémie passera sans laisser de vide dans les rangs de nos troupes.

— Les légumistes, parmi lesquels plusieurs dames, ont tenu à New-York un banquet, dont voici le menu :

Farineux : pain à la Graham, tourte de fruits mélangés, pain de fruits, biscuits de prunes, gâteau de froment, gâteau de gruau, blanc-manger de maïs, riz moulu, gâteau de farine.

Potages : aux tomates, au riz.

Légumes : patates cuites, crème de concombres bouillis.

Fruits : melons, pommes, pêches, poires, raisin, ananas.

Fruits confits : gelée de prunes, pommes tapées.

Friandises : flan de coco, crème glacée aux fruits.

Boisson : eau pure et glacée.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 114. — MARDI 27 SEPTEMBRE 1853. (26e ANNEE.) N° 114. — MARDI 27 SEPTEMBRE 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Pays	Trois mois	Six mois	Un an
Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	8 fr. 50 c.	16 »	30 »
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	9 fr.	17	33
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	10 fr.	20	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. CHASSAIGNAC.

Fistules à l'anus compliquées de vastes décollements dans l'excavation pelvienne et dans la région périnéale.

Autant les fistules anales ordinaires sont simples et faciles à opérer, autant les fistules qui s'accompagnent de larges décollements dans l'excavation pelvienne constituent une affection grave et dont la cure définitive exige beaucoup de persévérance et de tact de la part du chirurgien, de hardiesse et de suite dans ses déterminations. Il faut bien comprendre avant tout que la plupart du temps cette affection ne peut être guérie que par une série d'opérations successives. Les premières sont destinées à préparer le succès de celles qui seront exécutées ultérieurement. Il faut avoir sans cesse sous les yeux l'état général du sujet en même temps que les exigences locales et opératoires. On doit, avant d'opérer, améliorer la constitution du malade, et pourtant le meilleur moyen d'y parvenir, ce serait quelquefois l'opération elle-même.

Cette opération présente des dangers qui ne se rencontrent pas dans les opérations qu'exigent les fistules ordinaires ; tels sont la blessure du péritoine, l'hémorrhagie et les chances d'inflammation violente.

La conduite des suites de l'opération exige une attention soutenue, des soins persévérants et minutieux. Il y a là une œuvre chirurgicale beaucoup plus incidentée et beaucoup plus complexe qu'on ne le croirait quand on n'a encore opéré que des fistules simples.

Un problème aussi difficile à résoudre que celui de guérir les vastes décollements intra-pelviens mérite pourtant d'appeler au plus haut degré l'attention des chirurgiens. D'abord, il est certain que, pour les fistules auxquelles nous faisons allusion, il n'y a point d'effort de la nature qui soit susceptible d'amener la guérison spontanée. L'intervention chirurgicale, et cette intervention dans son acception la plus élevée, peut seule réussir. Il faut donc savoir, d'autre part, que, faute d'un traitement convenable, le malade est voué à une mort certaine.

Parmi un nombre considérable de fistules anales opérées durant un espace de dix années dans les différents hôpitaux de Paris et la pratique civile, nous n'avons eu à traiter qu'un très petit nombre de ces cas à larges décollements pelviens, ce qui nous fait penser que les observations de ce genre doivent être relativement assez rares. Dans trois de ces cas, dont nous avons la note sous les yeux, nous avons été assez heureux pour réussir au delà de nos espérances, et les enseignements qui en sont résultés pour nous sont de ceux qui ne s'oublient pas facilement. Comme l'espace qui nous est accordé ne nous permet pas de donner *in extenso* ces trois observations, nous n'en rapporterons qu'une seule, nous réservant de citer les autres toutes les fois que l'exigeront les considérations dans lesquelles nous devrons entrer en terminant cette note.

Gustave Famelart, vingt et un ans, peintre en bâtiments, entre le 28 mars 1853 à l'hôpital Saint-Antoine.

Ce jeune homme est d'une taille au-dessus de la moyenne, très élancé ; il présente dans son ensemble les attributs d'une constitution délicate, quoique n'ayant du reste aucun stigmate de l'affection scrofuleuse. Le système musculaire est peu développé, la peau semble quelque peu œdémateuse.

La santé de ce jeune homme s'est considérablement altérée depuis dix-huit mois. Il a des sueurs nocturnes, une toux fréquente, est considérablement amaigri, a eu parfois des diarrhées opiniâtres ; toutefois l'auscultation ne donne encore que des signes trop insuffisants pour qu'on puisse considérer le malade comme tuberculeux, quoique l'on soit obligé d'admettre qu'il est dans un état de consomption progressive.

Au commencement de décembre 1852, à la suite d'une marche prolongée, ce jeune homme ressentit au pourtour de l'anus, sur le côté gauche, une douleur vive, qui céda cependant sous l'influence de topiques émollients et calmants. Mais bientôt la douleur reparaît, et cette fois elle s'accompagne des phénomènes précurseurs d'une suppuration aiguë : douleurs pulsatives, rougeur, tuméfaction considérable à la partie interne de la fesse gauche. Au bout de quinze jours, les téguments se perforent spontanément et donnent issue à une quantité notable de pus ; il y en avait à peu près la moitié d'un verre, au dire du malade. Dans le principe, l'ouverture n'était pas considérable ; mais, l'état ulcéreux s'étant emparé des parois du foyer, cette ouverture prit d'assez grandes dimensions.

Le 4 janvier 1853, ce jeune homme entre à l'hôpital Saint-Antoine. Nous le trouvons dans un tel état d'épuisement que toute tentative opératoire immédiate nous paraît aussi contraire aux règles de la bonne chirurgie qu'aux simples notions du bon sens. Après avoir examiné : 1° l'état général du sujet ; 2° l'état du périnée, qui présente un vaste décollement se prolongeant en forme de diverticule, en avant vers la racine des bourses, en arrière vers le coccyx et latéralement vers la fesse ; 3° l'état de l'excavation pelvienne, dans laquelle nous constatons, d'une part, un décollement du rectum, qui remonte aussi haut que le doigt peut remonter lui-même ; d'autre part, des espèces de cloisons donnant lieu sur leurs parties latérales à des godets semblables à des poches de portefeuille, nous formulons les indications suivantes :

1° On cherchera à améliorer la constitution du sujet à l'aide d'une médication reconstituante, médication que nous employons fréquemment aussi bien chez des sujets épuisés par des suppurations longues que chez ceux qui portent les traces de l'affection scrofuleuse ;

2° Dès que l'état général du sujet le permettra, on fendra dans toute leur longueur les décollements sous-cutanés ;

3° Après ces opérations préliminaires, on s'occupera de l'état de l'excavation ; la paroi latérale gauche du rectum sera fendue dans toute la hauteur de son décollement ; les cloisons fibreuses seront également divisées par des incisions multiples.

Voici en quelques mots les bases de ce que nous entendons par médication reconstituante : huile de foie de morue, pilules d'iodure de fer, solution d'iodure de potassium suivant les cas, frictions avec la pommade à l'iodure de potassium toutes les deux heures, bains sulfureux tous les deux jours, bonne alimentation.

Au bout de quelque temps de l'emploi de cette médication, des signes sensibles d'amélioration dans l'état général commencèrent à se manifester, et nous étions sur le point de procéder au traitement chirurgical proprement dit, quand une fièvre intense se déclara. C'était le prodrome d'une variole non confluente, mais aussi intense que peut l'être une variole discrète. Cette circonstance dut faire ajourner l'opération, car la convalescence des fièvres éruptives est pour nous une contre-indication formelle de toute opération qui n'est pas nécessairement exécutable sur-le-champ. Il nous paraît même prudent d'accorder aux malades quelques semaines de séjour au dehors de l'hôpital avant de rien entreprendre. Le malade sortit donc le 10 mars et ne revint que le 28 du même mois.

On constate de nouveau à la partie interne de la fesse gauche un vaste décollement cutané et une excavation profonde dans la fosse ischio-rectale. En cherchant à préciser les désordres survenus dans la région périnéo-rectale profonde par suite de la destruction du tissu cellulo-adipeux, on signale dans cette espèce de caverne périnéale trois prolongements principaux :

1° Un prolongement périnéal sous-cutané qui se porte en avant jusque dans le pli génito-crural ;

2° Un autre prolongement qui pénètre d'avant en arrière sur le côté gauche du rectum ;

3° Un dernier prolongement qui se dirige en dehors vers la tubérosité ischiatique.

Le malade est mis à l'alcoolature d'aconit, d'après les vues qui ont été formulées dans une communication faite à la Société de chirurgie dans sa séance du 6 février 1850.

Le 2 avril, le malade étant placé dans la position des sujets auxquels on va pratiquer l'opération de la taille périnéale et soumis à l'action du chloroforme, les téguments sont incisés dans toute l'étendue de leur décollement. Les trois prolongements, le rectal, le périnéal et l'ischiatique, sont successivement divisés ; puis on procède à la section du rectum dans toute la hauteur de son décollement et à celle des cloisons intra-pelviennes dont il a été parlé plus haut. On lie une artère, et, après avoir introduit une mèche assez volumineuse, qui est conduite le long de la portion de paroi du rectum opposée à l'incision pour être couchée dans toute la longueur de la plaie verticale, depuis la partie encore annulaire du rectum jusque sur la fesse, on la maintient dans cette position au moyen d'un gros bourdonnet de charpie, qui, à la manière d'un coin, sert à tasser cette mèche dans toute la longueur de la plaie d'opération.

Le 3 avril, le malade n'a souffert que pendant une heure environ après l'opération ; la nuit a été calme.

En explorant l'état de la plaie avec le doigt, on sent sur la partie latérale gauche du rectum trois enfoncements en godets séparés par deux brides résistantes.

Du reste, pas d'hémorrhagie. — Longue mèche cératée ; pansement comme hier.

Le 6, eau de Sedlitz ; selles abondantes et involontaires.

Le 8, plus de mèche cératée ; suppuration abondante et de bonne nature. Etat général satisfaisant.

Le 16, la plaie se recouvre de bourgeons charnus, qui en diminuent la profondeur. On perçoit encore, mais à un degré moindre, les traces

FEUILLETON.

DE L'ÉLECTRICITÉ, DU GALVANISME ET DU MAGNÉTISME

ASSOCIÉS AUX MÉTAUX,

ou du véritable rôle des différents appareils ou objets prétendus électriques, galvaniques ou magnétiques,

Par le Dr BURQ.

> Les armatures d'*aimant* au dernier siècle, le *perkinisme* et l'*acupuncture* dans celui-ci ont-ils jamais rendu des services ?... Oui, à n'en pas douter ; mais l'action si peu fréquente de l'acier, par rapport à tous les autres métaux, diminuée d'ailleurs par l'état magnétique que l'on croyait devoir lui donner dans les *aimants artificiels*,
>
> Le choix toujours arbitraire du métal qui sert à faire les aiguilles à *acupuncture*,
>
> L'association de deux métaux dans le *perkinisme*, et par-dessus tout, l'*habitude de ne s'adresser jamais qu'aux phénomènes positifs* (spasmes, névralgies), sont cause :
>
> Que les *armatures d'aimant* n'ont pu racheter par quelques succès leur si fréquente inefficacité ;
>
> Que l'on a presque renoncé, de nos jours, à obtenir, au prix d'assez vives douleurs, les résultats *nécessairement* palliatifs de l'acupuncture, et que le perkinisme a vécu ce que sont destinés à vivre les plaques, chaînes, tissus, cataplasmes, etc., prétendus *galvaniques*, *électriques* ou *magnétiques*, qui ont surtout été inventés depuis nos armatures, et à la confection desquels on ferait bien mieux de n'employer que des plaques ou des limailles des deux métaux, cuivre ou acier, dont ils se composent invariablement.
>
> (*Voyez* notre THÈSE INAUGURALE, février 1851.)

Il y a déjà plus d'un siècle que l'usage externe des métaux occupe une certaine place en médecine. Mais comme il est souvent dans nos destinées de marcher longtemps à côté de la *vérité* sans même soupçonner sa présence, surtout lorsque la *déesse* a pris les moindres précautions pour voiler sa nudité, ils sont presque toujours passés inaperçus sous divers déguisements empruntés, tantôt à la cabalistique, tantôt à l'eau elle-même, et plus souvent encore au magnétisme, à l'électricité ou au galvanisme.

Anneaux constellés de Paracelse. — C'est d'abord le fameux Théophraste Paracelse, qui applique une *lame de fer aimanté* à la guérison des névralgies dentaires, puis affuble les métaux de nous ne savons quels pouvoirs cabalistiques, sous le nom d'*anneaux constellés*.

A cet adepte en astrologie, qui est né sous l'influence du *soleil*, le maître fait porter un anneau du plus précieux métal, et à celui-là, afin que la *lune* le protége, un anneau d'*argent*. Un autre, pour se rendre la planète Vénus propice, devra faire usage d'une simple bague de *cuivre* ; et ce dernier sollicitera l'appui de Mars, de Jupiter ou de Mercure avec un anneau de fer, d'étain ou de plomb. Toutes ces pratiques du seizième siècle sont très ridicules sans doute, surtout pour nous autres, qui vivons dans celui-ci ; mais si Paracelse eût possédé à un moindre degré les superstitions de son époque, il est fort à présumer qu'il ne nous aurait point laissé à découvrir les différentes aptitudes métalliques qu'il eut toutes si bien sous la main dans ses *anneaux constellés*.

Baignoires de cuivre. Bains prolongés de Pomme. — Moins de deux siècles après la mort de ce génie aventureux, qui eut au moins la gloire de racheter à l'avance toutes ses folies en faisant le premier justice des formules innombrables de la *médecine galénique*, Pomme devient rapidement célèbre dans le traitement des affections nerveuses en plongeant ses malades dans des bains de huit à douze heures de durée. Ce médecin croyait guérir le prétendu racornissement des nerfs de ses *vaporeux* avec l'eau du bain seulement ; et bien que de son temps, un abbé fort avisé, dont il a parlé lui-même dans une note perdue au bas de l'une de ses pages, eût déjà remarqué que *les bains prolongés agissaient mieux dans une baignoire de cuivre que dans toute autre*, ni Pomme, ni aucun de ses imitateurs ne songe une seule fois au métal de la baignoire, et encore moins à en tirer parti. Cependant, y eut-il jamais meilleur moyen que ce récipient lui-même pour appliquer une armature de cuivre, par exemple ? et beaucoup de médecins étonnés de ne pas avoir les mêmes succès que Pomme a obtenus incontestablement sans qu'il ait jamais su pourquoi, ou que d'autres procurent encore de nos jours avec des bains prolongés à leurs névropathiques, et même à des lypémaniaques, ne le doivent-ils pas *quelquefois* à ce que, dans plusieurs établissements de bains, le zinc a remplacé le cuivre, métal que nous avons vu si précieux pour la métallothérapie, ou bien à ce que l'on y prend trop grand soin de faire étamer les baignoires ?

Armures d'acier aimanté de l'abbé Lenoble et du père Hell. — Mais nous voici arrivés en plein dans le dix-huitième siècle. Au milieu de ce grand mouvement qui transforme la science et les esprits, nous voyons l'électricité sortir d'une bouteille (Leyde), les cuisses d'une grenouille révéler le galvanisme, l'abbé Lenoble préparer la première usurpation du magnétisme sur les métaux avec ses aimants artificiels, et Mesmer venir proclamer l'existence d'un agent universel qu'il prétend condenser dans un baquet.

A peine les hommes ont-ils connu les premières applications curatives de toutes ces merveilles, qu'il y a déjà partout comme une fièvre d'enthousiasme, et que quelques-uns des plus frappés sont bien près de se croire en possession du grand œuvre des alchimistes, l'un avec l'électricité ou le galvanisme, un autre avec le fluide minéral magnétique, et celui-là avec le nouveau magnétisme. Plusieurs années se passent, pendant lesquelles batteries et machines électriques, piles galvaniques, armures aimantées (plaques et anneaux de diverses formes, tout simplement en acier, mais aimanté), baquets magnétiques, font merveilles dans plusieurs capitales et grandes villes de l'Europe. Mais, à la fin, des savants et des médecins habiles, sollicités par les gouvernements eux-mêmes à s'occuper des trois nouveaux agents, se mirent à bien regarder au fond de toutes les cures merveilleuses de cette époque, il resta bien acquis pour tous les esprits sévères que si le magnétisme minéral (vous verrez tout à l'heure si c'est réellement à ce fluide qu'on avait eu affaire dans les armures d'acier aimanté), l'électricité et le galvanisme, appliqués comme jusqu'alors on avait seulement su le faire, étaient susceptibles de rendre de véritables services, on en avait singulièrement exagéré l'influence curative (1).

Quant au magnétisme animal, dont le nom seul paraît avoir eu jus-

(1) *Voir*, pour les aimants artificiels, les recherches d'Andry et Thouret, et pour l'électricité, celles non moins consciencieuses de Mauduyt, tous trois membres et commissaires de la Société royale de médecine.

de cloisonnement dont nous avons parlé. Les crêtes deviennent mousses et épaisses, les godets moins profonds. — Attouchement avec la solution à 5 grammes. Pansement simple.

Le 25, absence de douleur dans le lieu de l'opération. Les fonctions du sphincter semblent se rétablir. En parcourant avec le doigt la surface de la plaie, on sent que les anfractuosités se comblent peu à peu.

Le 30, la réparation marche avec un peu plus de lenteur, eu égard aux progrès qu'elle faisait dans les premiers temps qui suivirent l'opération.

Le 8 mai, le malade a pris de l'embonpoint. La coloration des téguments est notablement meilleure qu'à l'époque où l'opération a été faite. Bourgeonnement charnu qui relève la plaie extérieure d'abord déprimée.

Le 20, plus de trace des anfractuosités. On ne trouve plus dans le lieu de l'opération qu'une gouttière conduisant directement à la cavité du rectum.

Le 30, état général excellent. La plaie ne donne plus qu'un suintement muqueux.

Le malade quitte l'hôpital dans la première quinzaine de juin. Il est revenu nous voir à la consultation. Sa guérison s'est définitivement confirmée. Il a repris ses travaux.

Parmi les préoccupations que devait faire naître l'exécution d'une opération aussi considérable, se trouvait celle de l'hémorrhagie, qui nous paraissait presque inévitable à la suite d'une incision aussi étendue des parois du rectum, et dans quel lieu? Sur sa partie latérale, c'est-à-dire dans la région de cet intestin à laquelle abordent la plus grande partie de ses vaisseaux. On sait, en effet, qu'ils arrivent surtout au rectum par sa partie latérale et par sa partie postérieure. Il était donc naturel de penser qu'un ou plusieurs vaisseaux d'un calibre plus ou moins considérable seraient ouverts. Mais il est à présumer que les conditions pathologiques propres à l'état qui nous occupe amènent quelques conditions qui diminuent les chances d'hémorrhagie, car chez le malade dont il vient d'être question il n'a été nécessaire d'appliquer qu'une seule ligature et chez les deux autres on n'en a appliqué aucune. On conçoit que, pour avancer qu'il y a une sorte d'immunité hémorrhagique en faveur de l'opération dont il s'agit, il faudrait un bien plus grand nombre de faits analogues. Toutefois, il est digne de remarque que cet accident n'ait pas eu lieu dans une seule de nos trois observations; et, si les praticiens qui nous liront ne trouvent pas dans cette circonstance un motif de sécurité complète, ils y puiseront peut-être plus de confiance que nous n'en avions la première fois qu'il nous est arrivé de fendre ainsi la paroi du rectum dans une très grande étendue. Ce qui du reste fait le danger de l'hémorrhagie en pareil cas, c'est beaucoup moins le calibre des vaisseaux que la profondeur à laquelle ils sont placés, car il faut bien remarquer que presque tous les moyens qui ont été proposés contre les hémorrhagies du rectum supposent dans leur mécanisme la continuité non interrompue de l'ampoule rectale. Cette continuité étant divisée dans toute sa hauteur, il n'y aurait plus le même fond à faire sur des moyens d'ailleurs excellents.

Un autre danger auquel peuvent exposer ces graves opérations, c'est celui d'atteindre le péritoine, puisqu'on porte les instruments à une grande profondeur et qu'on les fait manœuvrer sans les voir. Nous ne savons pas au juste pourquoi la pensée de cette blessure péritonéale ne s'était pas offerte à nous; mais, quand M. Gerdy est venu proposer à la Société de chirurgie l'emploi de la pince entérotome pour diviser la paroi du rectum, il nous a semblé que cette manière de faire était propre à délivrer l'opérateur d'une double inquiétude parfaitement fondée.

Du moment qu'on reconnaît la gravité des opérations appropriées à ces vastes décollements pelviens, il est tout naturel de se reporter aux ressources des injections iodées, dont notre honorable collègue M. Boinet a eu à se louer dans le traitement des fistules à l'anus. Mais nous ne saurions croire à l'efficacité de ce moyen dans l'affection qui nous occupe.

Quelques mots sur la classification des fistules anales nous paraissent tout à fait à leur place dans la question présente. On peut, eu égard à leur profondeur, ranger ces fistules en trois classes :

1° Les plus superficielles, qui restent tout entières au-dessous, ou si l'on veut au dehors du sphincter;

2° Celles qui remontent jusqu'au-dessus de l'anneau formé par celui-ci, soit en rampant sous la muqueuse, soit en contournant l'anneau sphinctérien par sa circonférence externe;

3° Les fistules avec larges décollements dans l'excavation.

Dans les deux premières classes, nous concevons l'action efficace des injections iodées. Dans les décollements pelviens, au contraire, et au milieu des grandes excavations que nous avons observées, la présence de l'iode sans le secours des modifications topographiques qu'une opération bien faite peut amener, nous paraît vouée, sinon à une inefficacité absolue, du moins à une lenteur de résultats dont la chirurgie ne saurait se contenter. Toutefois, pendant l'espace de temps où l'état général du malade imposerait l'obligation d'une conduite expectante, nous ne verrions pas d'objection à l'usage de quelques injections iodées comme moyen modificateur de l'état ulcéreux de la paroi des crevasses pelviennes.

A part les phénomènes d'incontinence fécale observés dans les premiers temps qui ont succédé à l'opération, nous n'avons remarqué dans le fait qui précède l'existence d'aucune complication, eu égard aux fonctions de l'intestin rectum. Si quelque chose peut même donner l'idée du degré auquel s'élève la puissance réparatrice après les opérations de ce genre, c'est, d'une part, la rapidité avec laquelle cesse l'incontinence; d'une autre part, le peu de dérangement apporté dans les phénomènes de la défécation. Mais ce serait une erreur grave de croire qu'il en soit toujours ainsi. Chez le malade d'un de nos plus respectables confrères, M. le docteur Joly, de l'Académie de médecine, nous avons eu à combattre, à la suite d'une opération de ce genre, une rétention de matières fécales qui nous donnant lieu aux accidents les plus graves. Sous l'influence de l'inertie forcée à laquelle se trouve réduit le rectum, complétement divisé sur une de ses faces; d'un autre côté, par suite des vastes anfractuosités dont l'excavation pelvienne est creusée, des matières s'étaient accumulées et avaient pris consistance de manière à former une masse compacte dont le bol fécal chez certains vieillards ne donne qu'une idée insuffisante. Ce ne fut qu'au moyen de la curette pour l'opération de la taille qu'on parvint à dissocier cette espèce de bloc. Deux fois des accidents de ce genre eurent lieu, et ils n'ont été prévenus plus tard qu'à grand'peine et à la condition de douches quotidiennes et vivement poussées dans l'intérieur de l'excavation pelvienne.

Nous serons compris des praticiens en disant que dans un traitement aussi difficile le moindre détail a son importance. On ne sera donc pas étonné de nous voir indiquer le procédé qu'il faut suivre pour faire pénétrer les lavements et pour placer les mèches.

Quand on veut introduire les mèches, qui doivent être très longues et d'un certain volume, il est indispensable de les conduire jusque par delà les limites de l'incision longitudinale du rectum, dans le lieu où il reprend sa forme cylindrique. Autrement, la mèche ne remplirait pas son but; elle ne resterait même en place que très peu de temps. Mais il ne faut pas croire que l'on rencontre toujours facilement l'orifice intestinal dans l'espèce de cloaque où il vient s'ouvrir. On parvient cependant à se guider d'une manière assez sûre vers cet orifice en portant le doigt contre la portion de l'intestin qui n'a pas été divisée, et en la suivant sans interruption aussi loin que possible.

La même manière d'agir doit être employée pour conduire la sonde élastique très longue qui sert à pousser les injections. Si on emploie une canule ordinaire, elle va heurter contre les parois de l'excavation, cause des douleurs plus ou moins vives, et ne donne lieu qu'à un lavage très imparfait de la poche, sans amener une véritable défécation. Il est donc bien entendu que le liquide doit être porté directement jusque dans la cavité de l'intestin, et c'est ensuite son expulsion par les contractions péristaltiques qui produit à la fois une défécation véritable et un lavage suffisant du cloaque pelvien.

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

Variole confluente à six mois de grossesse. Enfant mort-né offrant des traces nombreuses de variole,

Par M. CHARCOT. (Société de biologie.)

Sarah Doolen, âgée de vingt-cinq ans, née en Irlande, femme de chambre, est entrée à l'hôpital le 16 avril 1853, salle Sainte-Anne, n° 19, service de la clinique.

Cette femme paraît robuste; elle assure jouir habituellement d'une bonne santé; elle n'a jamais été vaccinée; elle dit avoir eu, vers l'âge de onze ans, le chicken-pox; mais cela paraît peu probable, car d'après son récit, les pustules auraient alors occupé exclusivement le front et le cuir chevelu, et leur développement n'aurait pas été accompagné de fièvre. Elle n'a jamais été atteinte ni de la rougeole, ni de la scarlatine. Elle n'a été réglée qu'à dix-huit ans. Depuis cette époque, les règles paraissent habituellement d'une manière régulière, et durent cinq jours en moyenne.

Sarah Doolen habite la France depuis deux ans et demi; elle devint enceinte il y a six mois et demi environ. Elle était à cinq mois et demi de sa grossesse lorsqu'elle fut prise tout à coup de frissons, de courbature, de vomissements. Elle dut s'aliter le 19 mars dernier, et bientôt une éruption variolique confluente régulière se manifesta. Tout porte à croire que cette affection a été assez grave. La figure a été extrêmement tuméfiée; les paupières ont été complétement closes pendant plusieurs jours, et pendant trois jours il s'est déclaré de l'aphonie et une grande gêne de la respiration. Vers la fin de la maladie il s'est manifesté une salivation abondante. L'affection variolique paraît avoir duré en tout dix-sept jours. L'éruption est apparue au bout de trois jours. La malade assure que pendant son cours elle n'a jamais éprouvé de délire.

Dix jours après le début, l'enfant, qui avait commencé à remuer vers le quatrième mois de la grossesse, se livra à des mouvements beaucoup plus énergiques que d'habitude, puis ces mouvements se ralentirent de jour en jour; et vers le 10 avril, c'est-à-dire vingt-deux jours environ après le début de la variole, ils cessèrent complétement.

A cette époque, les pustules étaient, depuis plusieurs jours déjà, en pleine dessiccation, et la malade commençait à prendre quelques aliments.

La malade entra à l'hôpital de la Charité le 16 avril pour y être traitée d'une ophthalmie, reliquat de l'affection variolique, et siégeant à l'œil gauche. La face est encore couverte de croûtes épaisses, mais il n'existe pas la moindre fièvre, et la malade mange d'un bon appétit. L'utérus remonte à trois travers de doigt environ au-dessus de l'ombilic; il est flasque, et l'on sent à travers ses parois des parties du fœtus qui se présentent toujours les mêmes aux examens ultérieurs. La malade ne perçoit aucun mouvement de l'enfant; elle n'éprouve même aucune sensation de choc lorsqu'elle se couche, soit sur le côté droit, soit sur le côté gauche. Elle reconnaît que son ventre est plus plat qu'il ne l'était avant le début de sa maladie. Elle n'éprouve aucune incommodité; elle digère bien et n'a point de fièvre le soir. L'auscultation abdominale, répétée à plusieurs reprises, n'a jamais permis d'entendre soit les battements du cœur du fœtus, soit même le souffle placentaire.

Le 4 mai au matin, la malade, qui jusqu'ici n'a jamais souffert du ventre, éprouve quelques douleurs dans les reins et dans le bas-ventre. A cette époque déjà le col utérin est dilaté et permet facilement l'introduction du doigt.

Le 4, pendant la nuit, les douleurs deviennent plus vives et plus rapprochées.

Le 5 au matin, vers dix heures, l'accouchement s'opère spontanément et sans accident, mais à la suite de douleurs assez vives, vingt-quatre jours environ après l'époque présumée de la mort du fœtus. Il s'est écoulé pendant l'accouchement des eaux teintes en brun roux, mélangées de méconium, mais ne présentant pas de fétidité notable.

Examen du fœtus. — Le fœtus est du sexe mâle, et présente 35 centimètres de long. Il n'exhale pas d'odeur fétide; mais en raison de la macération prolongée à laquelle il paraît avoir été soumis, son épiderme s'enlève avec une grande facilité. Toutefois, les altérations qu'il présente ne sont pas telles que nous ne puissions recueillir les détails qui suivent.

Thorax. — Les deux plèvres sont remplies de sérosité sanguinolente, les poumons sont parfaitement sains; il en est de même du thymus. Le cœur est sain; ses ventricules sont vides de sang. Foie à l'état normal, ainsi que la rate et les reins. La cavité péri-

---

qu'ici un triste privilége, celui d'être presque un reproche pour tous ceux qui croient seulement le nommer sans en médire, laissons-le cette fois, mais pour y revenir lorsque nous croirons le moment opportun.

Perkinisme. — A partir de cette époque, c'est-à-dire après qu'Andry, Thouret et Mauduyt eurent fait connaître les résultats officiels de leurs recherches, il s'établit en médecine une réaction contre les fluides impondérables, réaction que les tendances matérialistes de la fin du dernier siècle rendirent encore plus facile, qui se continua jusqu'au moment de l'application des électro-aimants à la thérapeutique. Un instant, au commencement de ce siècle, l'Américain Perkins songe bien à faire de nouveau du bruit en Europe avec ses aiguilles à perkinisme (deux aiguilles ou *tracteurs-métalliques* d'un métal différent qu'il promenait à la surface des parties malades); mais bientôt cette forme d'application du galvanisme, qui n'était pas plus vraie que celle du magnétisme dans les aimants, meurt avec son auteur, qui en est la victime pour avoir voulu s'en servir exclusivement dans le traitement d'une grave maladie.

Plaques galvaniques de M. Raspail. — Ce n'est que quinze ou vingt ans plus tard, lorsqu'on eut associé les deux fluides dans de nouveaux appareils ou piles sèches, et alors que la physiologie elle-même commençait à retirer de précieux avantages de l'intermittence des courants électro-magnétiques, que l'attention des médecins se porta de nouveau sur l'électricité et le magnétisme. Au début, les essais restèrent limités dans la main d'un petit nombre; mais bientôt des médecins et physiciens ayant perfectionné les appareils de Clark et de Dujardin, les fluides impondérables rentrent définitivement dans la pratique et reprennent une place très importante, sinon toujours bien méritée, dans le traitement des affections nerveuses. C'est alors qu'un chimiste déjà célèbre, dans le but probable de mettre la médication galvanique à la portée de tous, proposa ses plaques et même des sondes *galvaniques* (cuivre et zinc superposés) qui faillirent un instant devenir aussi populaires que ses cigarettes. Certes l'auteur de cette usurpation nouvelle était de bonne foi, lorsqu'il croyait administrer de la sorte le galvanisme à ses malades; mais ses appareils, avec lesquels il dut réussir quelquefois, malgré les vices de leur application, n'étaient rien autre qu'une véritable armature de métal, dans laquelle le zinc avait seulement l'inconvénient de s'ajouter au cuivre pour venir en diminuer les effets.

Appareils électriques, galvaniques et magnétiques, de toute sorte. — Après les sondes et plaques galvaniques de M. Raspail, ce fut le tour des chaînes encore bien moins galvaniques qu'un industriel allemand, M. Goldberger, composa pareillement de cuivre et de zinc, mais sous la forme de petites tiges tournées en crochet à leurs extrémités, et réunies alternativement bout à bout à la façon des maillons de certaines chaînes de balances; puis, nos expériences et les succès de nos traitements par le cuivre et l'acier étant venus probablement réveiller le zèle des inventeurs, nous avons vu surgir successivement :

1° Les tissus électro-magnétiques de M. Paul Gage (poudres de cuivre, de zinc et d'acier, incorporées dans des feuilles minces de gutta-percha);

2° Les cataplasmes électriques du célèbre professeur Récamier (lits de copeaux de cuivre et de zinc superposés dans deux sachets qui présentent l'un le cuivre, et l'autre le zinc, du côté de la peau);

3° Les buscs magnétiques de M. Nicole (simple tige d'acier aimanté, que l'auteur n'a pas eu grand'peine à emprunter aux anciennes armures d'aimant);

4° Enfin les chaînes hydro-électriques de M. Pulvermacher (fils de zinc et de cuivre enroulés sur un petit mandrin en bois poreux).

Pratiques populaires; applications de l'or, du fer, de l'acier et du cuivre sous différentes formes. — Au milieu de ce luxe d'appareils de toute sorte dont les auteurs, toujours sous le prétexte d'*électricité*, de *galvanisme* ou de *magnétisme*, semblent rivaliser de bonne foi à qui mieux mieux frustrera de la vertu qui leur est propre les deux métaux, *cuivre* et *acier*, dont *plaques*, *chaînes*, *cataplasmes* (1), etc., se composent invariablement, nous voyons le peuple, mieux servi cette fois par ses propres instincts que par la science, trouver en lui-même le secret de véritables applications métalliques.

Qu'est-ce en effet que cette pratique si répandue au Japon sous le nom d'*acupuncture*, si ce n'est une sincère application de l'or sous la forme de longues aiguilles que certains guérisseurs de cet empire, fort habiles à les manier, ne craignent pas d'enfoncer quelquefois jusqu'au plus profond des viscères pour en extraire le principe ou fluide morbifique? M. J. Cloquet, qui le premier a introduit en France l'usage des aiguilles à acupuncture, ne se trompait point, lui, sur leur véritable action, et au lieu de les associer deux à deux, comme l'avait fait Perkins, pour y chercher un peu de galvanisme, le savant professeur eut l'heureuse idée de faire terminer l'une de leurs extrémités par un anneau dont il se servait quelquefois pour mettre le métal en communication directe avec le sol à l'aide d'une petite chaîne. Ajoutons aussi que M. J. Cloquet soupçonna, s'il ne les connut pas, les différentes aptitudes métalliques; car, ayant reconnu, ainsi qu'il a bien voulu nous l'assurer lui-même, que les aiguilles d'or n'agissaient pas également sur tout le monde, il en avait fait faire avec les différents métaux, parmi lesquels l'acier finit même par occuper la première place. Mais le moyen de distinguer sûrement les aiguilles dont le métal était plus convenable, ainsi que les points les plus propices à leur introduction?...

Que sont *ces anneaux contre la migraine* qu'un simple mécanicien-serrurier de la rue Castiglione, M. Georget, emprunta probablement, il y a trente ans environ, aux anciennes armatures du père Hell, et qui, d'abord en *fer* ou en *acier* et plus tard en *cuivre*, eurent tant de vogue qu'il leur en reste aujourd'hui même quelque chose, si ce n'est, comme nous le démontrerons tout à l'heure, une des plus heureuses pratiques de la métallothérapie, et nous dirions volontiers une des plus intelligentes, par le choix des surfaces d'application, si l'inventeur, qui n'était rien moins que médecin, avait pu seulement se douter de la valeur de sa trouvaille.

N'est-ce pas encore une simple application de métal que cette prati-

(1) Les chaînes de M. Pulvermacher forment exception, nous devons le reconnaître, mais seulement en ce que, lorsqu'on les trempe dans du vinaigre ou dans de l'eau acidulée, et qu'on renouvelle cette opération tous les quarts d'heure ou toutes les demi-heures au moins, elles constituent un véritable appareil électrique qui donne de fortes secousses, et peut remplacer quelquefois les appareils électriques ordinaires; mais, comme il y aurait beaucoup trop d'inconvénients pour la durée de la chaîne et pour les malades eux-mêmes à en agir ainsi, l'auteur conseille de l'appliquer le plus ordinairement sèche tout d'abord, ou bien, après l'avoir mouillée une fois, de l'abandonner ensuite à l'action *imaginaire* de la transpiration : dans ce cas, on a encore une simple armature de cuivre susceptible, surtout si elle est appliquée en lieu convenable, de rendre tous les services propres à ce métal, mais rien de plus.

ronéale est remplie d'une sérosité brune. Les intestins ne présentent à leur face interne rien qui soit digne d'être noté ; mais nous trouvons à la face interne de l'estomac, dans l'épaisseur de la membrane muqueuse, deux ulcérations du diamètre d'une tête d'épingle et parfaitement arrondies ; l'une d'elles siége dans le grand cul-de-sac de l'estomac, l'autre au voisinage de la région pylorique. L'œsophage, le pharynx, le larynx, la trachée ne présentent pas de traces de pustules ou d'ulcérations.

Tégument externe. — On y rencontre des pustules de diverses grandeurs, d'aspect divers, et qui sont groupées de la manière suivante : huit pustules peu volumineuses se rencontrent sur le cuir chevelu, douze à quinze pustules sur la face, dont quatre au pourtour de l'œil droit, six au pourtour des lèvres, au voisinage des narines, et deux à la partie antérieure de l'oreille gauche. Le cou ne présente pas de pustules aux régions antérieure et postérieure, mais on en voit de nombreuses et de volumineuses sur ses régions latérales, surtout au niveau du pavillon de l'oreille. Elles sont disposées de la manière suivante : groupe arrondi de sept pustules au-dessous de l'oreille droite ; groupe également arrondi de huit pustules dont deux très volumineuses, et les autres petites au-dessous de l'oreille gauche. Ces groupes occupent presque toute l'étendue des régions latérales du cou, mais ils sont plus rapprochés du pavillon de l'oreille que du moignon de l'épaule.

Région thoracique antérieure. — Deux volumineuses pustules symétriquement disposées au centre des régions pectorales de chaque côté.

Région abdominale antérieure. — Dix pustules disséminées irrégulièrement, dont trois très volumineuses.

Régions thoracique et abdominale postérieures. — Cinq pustules volumineuses disséminées. Une de ces pustules, très large (7 millimètres en diamètre), paraît formée par la réunion de plusieurs pustules secondaires, et occupe la partie centrale de la région lombaire. Trois petites pustules existent sur la région antérieure du scrotum. Cinq grandes pustules sont disséminées sur les fesses. Le membre supérieur gauche présente douze pustules volumineuses, dont deux seulement occupent la face interne du membre.

Membre thoracique droit. — Quatre petites pustules seulement, dont trois sur le moignon de l'épaule et une sur la partie externe et supérieure de l'avant-bras.

Membres abdominaux. — Côté droit : cinq pustules disséminées, dont deux à la partie interne et antérieure. Membre gauche : sept pustules, dont trois forment un groupe qui siége au tiers inférieur de la partie postérieure et externe de la jambe. Il n'existait pas de pustules aux extrémités supérieures ou inférieures.

Les pustules, avant l'ablation de l'épiderme, étaient presque toutes ombiliquées, bien dessinées et d'une couleur d'un blanc mat. En détachant l'épiderme, on enlevait avec lui le disque pseudo-membraneux, et l'on trouvait toujours dans l'épaisseur du derme une ulcération arrondie, taillée à pic, plus ou moins profonde et plus ou moins étendue en surface. Les plus grandes de ces ulcérations avaient environ 4 à 5 millimètres de diamètre, les plus petites 1 ou 2 millimètres seulement. Quelques-unes intéressaient toute l'épaisseur du derme, et l'on voyait dans leur fond le tissu graisseux sous-cutané, ou même les muscles superficiels. Dans d'autres, le tissu graisseux était séparé de l'ulcération par une fine membrane transparente qui en formait le fond.

Dans la plupart des cas, au voisinage des ulcérations les follicules pileux étaient hypertrophiés. Dans aucune des ulcérations on n'a remarqué l'existence d'un travail de cicatrisation commençant, mais quelques-unes d'entre elles étaient remplies par une sorte de bourbillon jaunâtre, de consistance caséeuse, moulé sur la cavité de l'ulcère, et s'enlevant toujours avec la plus grande facilité. En règle générale, l'ulcération du derme avait une forme légèrement conique, le fond de l'ulcération étant plus petit que sa surface extérieure.

ACTION DE L'HUILE ESSENTIELLE D'ORANGES AMÈRES

sur les ouvrières occupées à les peler.

M. le docteur Imbert-Gourbeyre, professeur suppléant à l'École secondaire de médecine de Clermont-Ferrand, vient de publier, dans la *Gazette médicale*, un mémoire plein d'intérêt sur ce sujet. Ce mémoire repose sur une longue expérience, et contient vingt-neuf faits observés par l'auteur. Ses idées sont confirmées encore par l'observation faite à Marseille par M. Garnier-Sibillat, qui est à la tête d'un atelier où un grand nombre d'ouvrières sont occupées à peler les oranges pour qu'on les transforme ensuite en chinois. Nous croyons devoir publier la partie pratique et les conclusions de ce mémoire.

« Tels sont les faits que j'ai pu recueillir, dit l'auteur ; je serais heureux de les voir contrôlés et vérifiés par les médecins des villes où l'on confit également les chinois.

» En analysant toutes les observations que j'ai recueillies, je puis maintenant présenter un tableau général des symptômes qui se sont développés chez nos ouvrières sous l'influence de l'agent toxique des aurantiacées.

» Les ouvrières éprouvent une céphalalgie générale, tantôt partielle, souvent oppressive et frontale. Quelquefois c'est une espèce d'enivrement accompagné de vertiges ; d'autres fois c'est une hémicrânie bien prononcée. Elle s'est rencontrée plus fréquente du côté droit. La céphalalgie est souvent accompagnée de nausées et mêlée de vomissements.

» Il existe aussi de véritables névralgies de la face, tantôt générales, tantôt bornées aux tempes, avec douleurs lancinantes ou rongeantes. Ces névralgies ont été également plus fréquentes à droite. Quelquefois ces douleurs de la face sont de véritables odontalgies persistantes, accompagnées d'usure et de carie des dents. La vue est parfois simplement affaiblie. Fréquemment il existe des bourdonnements dans les oreilles, des bruits de cloche ou de moulin, mais sans accompagnement de dysécie ou de surdité. J'ai constaté une fois l'enflure et la rougeur des lobes de l'oreille.

» On rencontre quelquefois des tiraillements sur l'un des côtés de la face, espèce de convulsions épileptiformes passagères, et se répétant fréquemment. Souvent il y a suffocation, oppression thoracique, étouffement douloureux à la partie supérieure du sternum, parfois sensation d'étranglement à la gorge et pleurodynie. J'ai constaté presque habituellement des bâillements fréquents et irrésistibles ; et du côté de l'estomac, malaise fréquent, pyrosis, pesanteur, délabrement, parfois rots fréquents et soif.

» Ordinairement le sommeil est très agité ; sommeil avec rêves ; réveil en sursaut, impossibilité de trouver une position, et chaleur brûlante. Les ouvrières se plaignent de sauter dans leur lit et de ne pouvoir dormir. Les membres sont fréquemment le siége de tiraillements, de pandiculations caractérisées par le besoin d'allonger les extrémités, de se tordre les mains. Tout le système musculaire est agacé. Parfois il y a courbature générale et poids sur les épaules ; crampes générales, plus souvent partielles ; douleurs aux poignets, sous forme *crampoïde ;* excitation générale ; mouvements brusques, rapides. Les ouvrières brûlent l'ouvrage, et travaillent avec une vivacité qu'elles ne peuvent maîtriser. J'ai même rencontré un tremblement général, des convulsions unilatérales et épileptiformes. Les tiraillements et l'agitation musculaire existent aussi bien le jour que la nuit.

» Il existe, en outre, des démangeaisons générales, plus souvent partielles, localisées aux extrémités supérieures, avec enflure et rougeur des mains, ainsi que des éruptions de plaques rouges sur diverses parties du corps, ou des éruptions vésiculeuses sur tout le bras, principalement aux mains et entre les doigts, et quelquefois une enflure érysipélateuse de la face.

» De tous les symptômes, les plus fréquents ont été la céphalalgie et les douleurs névralgiques de la face, les bourdonnements d'oreilles, les bâillements, la gastralgie, l'oppression thoracique, les tiraillements dans les membres, l'agitation nocturne, l'enflure et les éruptions de la peau.

» Les accidents éprouvés par les ouvrières sont de deux ordres : d'une part, les accidents nerveux, multiples ; de l'autre, les accidents du côté de la peau ou éruptions. Les accidents nerveux ont été, en général, plus fréquents ; assez habituellement ils ont été accompagnés d'éruptions à la peau, mais presque toujours ils ont été les accidents dominants. Dans quelques cas, au contraire, les éruptions, enflures et démangeaisons ont seules existé sans accompagnement de phénomènes nerveux multiples et notables.

» Les accidents légers d'intoxication ont presque toujours cessé lorsque les ouvrières ont suspendu l'ouvrage ; plus graves, ils ont quelquefois persisté plusieurs mois après. »

M. le docteur Imbert-Gourbeyre étudie ensuite l'action thérapeutique du principe volatil de la famille des orangers et établit, à l'aide de la tradition et de l'expérience clinique, que ses propriétés sont éminemment antispasmodiques. « A part, dit-il, les accidents qui ont existé du côté du derme, lorsqu'on veut en considérer les symptômes divers et dans leur ensemble et dans leurs groupes particuliers, n'est-ce pas à la grande classe des névroses, des affections dites nerveuses ou spasmodiques qu'ils appartiennent tous ? La marche même des affections diverses développées par l'agent toxique, la fugacité, l'irrégularité des symptômes, n'est-ce point là encore une preuve de leur nature éminemment nerveuse ? N'avez-vous pas reconnu parmi eux le bâillement, la pandiculation et l'oppression hystériques ? N'y retrouvons-nous pas la migraine nerveuse, la gastralgie flatulente, les convulsions épileptiformes, l'agacement nerveux, et cette agitation si singulière qu'on ne peut s'empêcher de dire, comme le vulgaire : *C'est nerveux !*

» Voilà donc un agent qui produit dans l'organisme à l'état sain des affections spasmodiques, et qui d'un autre côté guérit des maladies analogues ou semblables. On est étonné tout d'abord de cette singulière coïncidence ; mais ces rapports plus ou moins éloignés entre la maladie produite et la maladie semblable guérie par le même agent n'ont pas échappé à l'attention des médecins de toutes les époques. Ils ont même servi de base à des systèmes ou doctrines médicales ; ils ont été généralisés sous le nom de loi. Cette loi, qu'on a appelée loi de similitude, de substitution ou loi homœopathique et qui serait mieux nommée *loi analogique*, paraît exister pour un assez grand nombre de médicaments. Ce principe, du reste, c'est Hippocrate qui l'a formulé ; Hahnemann en le généralisant n'a fait que le *renouveler des Grecs*. Il appartient donc tout entier à la tradition médicale. Je n'ai point du reste à discuter cette question ; le hasard m'a mis à même de vérifier la loi de similitude même des médicaments les plus employés de notre matière médicale ; je crois l'avoir suffisamment démontré.

» En résumé, dit en terminant l'auteur, je crois pouvoir tirer de mon mémoire les conclusions suivantes :

» 1° L'huile essentielle d'oranges amères développe dans l'organisme à l'état physiologique des affections *sui generis*, des accidents spéciaux.

» 2° Ces accidents sont de deux ordres : d'un côté, les accidents locaux, caractérisés par des éruptions de diverses natures ; de l'autre, des phénomènes nerveux, tels que céphalalgies, névralgies faciales, bourdonnements d'oreilles, oppression thoracique, gastralgie, pandiculations, agitation et insomnie nocturnes, et même convulsions épileptiformes.

» 3° L'action du principe volatil des aurantiacées a beaucoup de rapports avec celle du camphre.

» 4° Cette huile essentielle paraît être soumise à la loi de substitution ou de similitude. »

CHROMATOPSEUDOPSIS (ABERRATION DE LA VUE).

Dans l'*Athœneum* du 29 janvier, M. H. Tyndall signale le danger qui provient de l'emploi des couleurs pour signaux sur les chemins de fer. Le *rouge* indique le danger, le *vert* est un signe d'avertissement, et le *blanc* indique la sécurité. Il est bien reconnu que la lumière blanche se compose de trois couleurs primitives, le rouge, le bleu et le jaune. Deux de ces couleurs produisent les couleurs secondaires. Ainsi, le rouge et le bleu donnent le violet, dont la couleur supplémentaire est jaune ; le rouge et le jaune donnent l'orangé, dont la couleur supplémentaire est bleue ; le bleu et le jaune donnent le vert, dont la couleur supplémentaire est rouge. De là il suit que, quand une couleur secondaire est mêlée avec sa couleur complémentaire, il en résulte la couleur blanche. Maintenant, avec l'usage des signaux de couleur sur les chemins de fer, il arrive souvent, comme c'est évident d'après ce qui précède, que si les couleurs du *danger* et de l'*avertissement*, c'est-à-dire le rouge et le vert, sont combinées, elles produisent la couleur de

---

que populaire de divers pays, qui consiste à mettre des objets en fer, le plus souvent très vulgaires, dans la chaussure ou dans le lit de ceux qui sont sujets aux crampes dans les jambes ?...

Dans certaines parties de la Normandie, les paysans ont une si grande foi dans l'usage des *clefs en fer* contre les crampes, qu'il n'est pas rare de rencontrer de ces braves gens qui vont jusqu'à en porter au moins une dans leurs sabots, par simple mesure de prévoyance.

Il y a vingt-cinq années que nous avons entendu M. Chr....., le frère du célèbre médecin de ce nom, de la Faculté de Montpellier, raconter qu'une vieille matrone de village lui avait appris à ne jamais se coucher sans la pelle et les pincettes de sa cheminée, pour se mettre à l'abri de crampes auxquelles il était resté très sujet depuis sa jeunesse, et que lorsque, par nécessité ou par oubli, il lui arrivait encore de ne pas prendre cette précaution, rarement il manquait d'en être puni par le retour de ses crampes.

M. le commandeur X..., magnifique vieillard de plus de soixante et dix années, fort connu à Paris par sa fortune et par l'originalité de ses études sur le plumage des oiseaux, employait, avant que nous eussions l'honneur de le connaître, les vieux fers de ses chevaux au même usage, et s'en trouvait fort bien. Ces fers, que M. X... choisissait vieux tout exprès, parce que, nous dit-il, le frottement prolongé sur les pavés *avait dû les douer d'une certaine vertu magnétique*, il les tenait toujours la nuit à portée de sa main *pour se barricader*, suivant son expression, dès que les crampes venaient à paraître dans ses jambes.

On nous a parlé d'un ancien officier supérieur de l'armée, M. le général X..., qui, pour le même but, couchait habituellement avec un sabre nu à son côté.

L'année dernière, nous eûmes le plaisir de rencontrer à l'excellente clinique de M. Falret, à la Salpêtrière, un médecin fort distingué de Bruxelles, qui nous assura que pendant qu'il occupait un grade élevé dans la chirurgie militaire de son pays, il n'avait jamais pu s'habituer aux étriers en cuivre de sa monture, et avait été obligé de les faire remplacer par d'autres étriers d'acier, *dorés* pour les rendre d'ordonnance. Notre confrère, aux allures très nerveuses, se chaussait toujours de bas de soie et de bottes vernies, qui, suivant lui, le préservaient de douleurs atroces dans les pieds.

Enfin, un M. G... nous racontait il y a peu de temps qu'en 1802 son père fut guéri, en Corse, d'un *tic douloureux* de la face par une mâchoire d'acier *aimanté*, qu'il s'appliquait tous les soirs pour le reste de la nuit (nous n'avons pas besoin d'ajouter que le médecin qui l'avait conseillée croyait seulement à sa vertu magnétique). Disons, à cette occasion, qu'un dentiste nous a parlé de certains effets fort bizarres qui suivraient l'introduction de tel ou tel autre métal dans la bouche, et sur lesquels nous prenons la liberté d'appeler l'attention des chirurgiens qui font profession de poser de faux râteliers.

Quant à ce qui concerne le *cuivre*, ses applications ont joui d'une moindre faveur populaire que celles du fer ou de l'acier, peut-être tant à cause d'une certaine odeur que ce métal dégage par la chaleur et le frottement, que par la crainte qu'inspirent en général ses sels et ses oxydes. Toutefois, sans revenir sur l'usage externe du cuivre sous forme de baignoires, nous dirons qu'il n'est pas douteux que plusieurs malades ne trouvent, à leur insu, du soulagement dans les différentes *médailles* de ce métal (*nous ne parlons, bien entendu, que des plus larges*) que la religion les convie à porter sur eux ; il semblerait même, et ceci donnerait une nouvelle importance à notre récente communication aux Académies sur la préservation du choléra par le cuivre, qu'en outre des tubes remplis de mercure, que beaucoup de personnes portèrent sur elles, en Allemagne, pour se préserver de l'infection cholérique, par la raison que tous les ouvriers employés aux mines de mercure de l'*Istrie* avaient joui, lors de la première épidémie, d'une immunité complète, déjà, à la même époque, dans plusieurs parties de la Hongrie, il se fit, dans le même but, un heureux et fréquent usage de larges médailles de cuivre (Hahnemann, 1833). L'observation remarquable que nous avons faite cette année de la préservation cholérique qui a été commune à un très grand nombre d'ouvriers occupés à extraire le cuivre ou à le travailler, ne serait donc pas complétement nouvelle, et risquerait par cela même beaucoup moins de rester stérile. Ce sont probablement ces mêmes médailles de la Hongrie qu'un industriel de Paris vendait au dernier choléra dans la rue Vivienne. Parmi les personnes qui en firent usage, (nous ignorons s'il y en eut beaucoup et si elles s'en trouvèrent bien), M. X..., que nous avons eu occasion de voir depuis, gagna à cette simple application une amélioration très notable d'une ancienne gastralgie. Il y avait deux ans que ce malade portait sur lui une médaille de cuivre, lorsque l'exploration métallique nous indiqua qu'en effet il y avait chez lui une sensibilité très manifeste à ce métal.

L'observation de M. X... nous rappelle qu'une dame fort distinguée à tous les titres, lady ***, avait trouvé, nous ne savons trop comment, qu'une grosse médaille en or lui rendait absolument les mêmes services. Lorsque nous eûmes l'honneur d'être présenté à cette dame, elle avait encore sa petite armature d'or sur la poitrine, et il nous fut également aisé de nous assurer, par l'état comparatif de la sensibilité sur un de ses doigts annulaires, avec celle des autres doigts qui se trouvaient privés de ce précieux métal, que l'or lui convenait en effet parfaitement.

Que de personnes névropathiques ne doivent, à leur insu, la diminution, sinon la disparition complète d'une migraine ou de tout autre phénomène nerveux périodique, qu'à ce que les caprices de la mode sont un jour venus leur apporter le métal approprié sous la forme d'un bracelet ou même d'une simple bague de quelque dimension, et combien de malheureuses dames, affectées périodiquement de spasmes atroces ou de violentes douleurs névralgiques, se trouveraient tout au moins soulagées par ce seul mode de spoliation, si, à notre exemple, on prenait quelquefois la peine d'en tirer parti au moyen des bijoux qui leur sont le plus agréables !

En Angleterre, les dames font un fréquent usage de l'acier sous ces deux formes, et ce métal, qui nous rend journellement de si grands services avec le cuivre, venant ajouter son action bienfaisante aux effets salutaires d'une bonne éducation physique et d'une meilleure hygiène, pourrait bien ne pas être tout à fait étranger à la moindre fréquence des affections nerveuses que nous avons cru remarquer, pendant un séjour de plusieurs mois à Londres et à Brighton, chez les ladies de ce pays.

Que penser après cela des effets salutaires attribués aux pendants ou boucles d'oreilles par quelques mères prévoyantes, qui, dans certaines ophthalmies rebelles, font percer de bonne heure les oreilles de leurs enfants ?

sécurité, c'est-à-dire la lumière blanche. En faisant une expérience, M. Tyndall cite un aiguilleur, placé à l'entrée d'un tunnel de 400 mètres de longueur, qui doit répéter les signaux faits par un homme placé à l'autre extrémité du tunnel. Cet homme avait deux lanternes, une rouge et une verte. On lui avait ordonné de les faire briller en même temps, et l'aiguilleur, qui était bien exercé, soutint que la lumière qu'il avait vue était blanche et indiquait la sécurité; et, en dépit des explications qu'on lui donna, il ne fut pas persuadé que les lanternes rouge et verte avaient été exposées à ses regards.

Ainsi, les moyens qui sont employés pour assurer le salut sont ceux qui font courir les plus grands risques; par conséquent, les couleurs du danger et de l'avertissement, quand on les voit ensemble ou qu'elles se succèdent rapidement et à distance, produisent sur la rétine le signal du salut; et probablement ces erreurs ont été la cause des accidents les plus effrayants, car on se rappelle la contradiction évidente des enquêtes qu'on a pu faire par rapport à la couleur des signaux.

Le docteur George Wilson (d'Edimbourg), dans une lettre du même journal, dirige l'attention sur un nouveau danger provenant de l'usage des couleurs dans les signaux de chemin de fer. Ce danger est dû à la fréquence du *daltonisme chromatopseudopsis*, ou aberration de la vue, que depuis l'intéressante publication de Dalton qui expliquait un défaut dans sa vue, et qui lui faisait confondre l'écarlate avec le vert, on a trouvée être beaucoup plus commune qu'on ne se l'était imaginé, et, par conséquent, ceci augmente la probabilité du danger provenant de l'emploi des couleurs dans les signaux. Il remarque d'abord que l'aberration de la vue est une affection très commune. Prévost déclare que sur vingt hommes il y en a un d'atteint, tandis que Seebeck, à Berlin, trouve cinq cas sur quarante jeunes gens. Le docteur Wilson constate que parmi ses jeunes élèves en chimie, cet hiver il en a découvert deux affectés de cette maladie, et que cinq autres lui avaient déclaré être dans la même situation. Un de ces deux élèves avait quatre parents sujets à cette affection.

Le professeur A. Thomson (de Glasgow) fit une recherche du même genre, et déclara que, d'après la fréquence de l'aberration de la vue, l'usage des signaux de couleur sur les chemins de fer ou autre part était très dangereux pour le public.

Une autre recherche fut faite parmi les étudiants d'Edimbourg, et montra que 1 sur 37 ou 38 était atteint de cette affection. C'est parmi les artistes peintres, les teinturiers, les papetiers, les chirurgiens, les fabricants de châles et parmi ceux qui travaillent sur l'émail que se trouve presque exclusivement ce défaut de la vue, quoique ces professions paraissent demander une meilleure appréciation des couleurs.

Il paraît que ce défaut est ordinairement porté à un tel point que ceux qui y sont sujets sont incapables de distinguer quelques couleurs, surtout le rouge du vert et le vert du rouge; et ce sont précisément les couleurs des signaux des chemins de fer. Ainsi, parmi les sujets observés par M. Wilson, quatre étaient incapables de distinguer ces couleurs. Les exemples exposés par M. Helland étaient dans le même cas.

Un des chirurgiens auquel on a fait allusion ci-dessus reconnut son défaut dans la vue par son incapacité à distinguer l'écarlate des baies des frênes de montagne du vert des feuilles.

Un autre avait acheté un bonnet rouge au lieu d'un vert, comme il en avait l'intention et, ce qui est encore pis, rapporta une robe couleur de feu à une personne qui l'avait chargé d'en acheter une verte. D'autres sont incapables de distinguer autrement que par le toucher les framboises mûres des framboises vertes. Un papetier offrait de la cire à cacheter rouge pour de la bleue. D'autres font des bévues continuelles sur les couleurs des reliures des livres, ou des papiers à teintes vertes ou roses. Ces erreurs tiennent à la fréquence de l'incapacité de distinguer la couleur rouge de la couleur verte.

M. Wilson trouve aussi que dans les cas qu'il a lui-même observés, ainsi que le docteur Helland, il n'y a pas seulement chromatopseudopsis, mais aberration complète de la vue. Ainsi, non-seulement ils confondent le rouge avec le vert, mais ils hésitent à prononcer sur toutes les couleurs, et dans différentes occasions donnent divers noms à la même couleur; trahissant une imperfection dans l'appréciation de toutes les couleurs, les confondant les unes avec les autres. D'après cela, il conseille une enquête parmi les employés du chemin de fer chargés d'observer les signaux, afin de découvrir les cas d'aberration de la vue qui se trouveraient parmi eux, ou plutôt, de changer les signaux, dans le but d'éviter les accidents. Il demande des statistiques à tous ceux qui s'intéressent à ce sujet, et il demande qu'on puisse lui communiquer le résultat des enquêtes faites sur ce sujet.

Il est à remarquer que cette affection est excessivement rare chez les femmes. M. Wilson n'en a observé que six cas.

(*Archives d'ophthalmologie.*)

CORRESPONDANCE.

Nos colonnes ne suffiraient pas à la publication des lettres que nous recevons à l'occasion du rapport de M. Roche sur le mémoire de M. Ancelon. Aussi sommes-nous forcé, malgré nous, d'en différer la publication et d'attendre un moment opportun pour ne pas fatiguer nos lecteurs par des redites ou par la reproduction d'arguments qui n'ont pas été contredits et dont la discussion ne saurait manquer de revenir plus tard. MM. Carnot, Ancelon, Bayard ont pris la parole assez souvent dans notre journal pour qu'ils ne puissent supposer que notre intention soit de leur refuser le droit sacré de la défense; ces messieurs ont d'ailleurs répondu depuis, et l'un d'eux, M. Ancelon, dans le numéro même où a paru le rapport de M. Roche sur son travail.

Qu'ils nous permettent donc aujourd'hui de laisser le soin de leur défense à un autre confrère, M. le docteur Duché, dont l'argumentation sérieuse et calme nous paraît pleine de force et de logique. Nous n'avons pas besoin de dire que, si l'honorable et loyal rapporteur de l'Académie juge convenable de répondre à ce jouteur vigoureux, nous n'imiterons pas les partisans de l'éteignoir en fait de discussion scientifique, et que nous lui laisserons librement et largement la parole. Nous l'avons dit et nous le répétons: Nous n'avons aucun parti pris d'avance dans cette question importante, pas plus que dans aucune autre; ici, comme toujours, notre devoir, à nous journaliste, nous paraît consister dans la reproduction fidèle et impartiale des opinions contraires, du choc seul desquelles peut jaillir la vérité.

Voici la lettre de M. Duché:

Quelques doutes à propos du rapport de M. le docteur Roche sur le travail de M. Ancelon.

Une seule voix s'est élevée dans l'enceinte de l'Académie de médecine pour témoigner sa surprise de la justice un peu sommaire rendue au travail de M. Ancelon sur la transformation des fièvres essentielles dont le cow-pox est la cause. Cette voix est celle de M. le professeur Malgaigne. Une autorité de cette importance réveille en nous des hardiesses qui sembleraient devoir faillir devant une décision d'un corps savant qui exerce une magistrature suprême dans la science. Aussi nous demandons grâce à l'avance pour les doutes qui s'élèvent dans notre esprit. Nous les présentons non comme un reproche ni comme une défiance, mais comme une simple question loyalement adressée à des hommes d'élite qui ont pour mission d'éclairer et de convaincre.

M. le docteur Roche a cru devoir, comme preuve de la fréquence et de la multiplicité des fièvres graves dans le siècle dernier, citer un relevé des registres de l'hôpital de Vienne pendant les quatorze années qui se sont écoulées de 1761 à 1775. Il me semble d'abord qu'un relevé de ce genre appartenant à l'Hôtel-Dieu de Paris eût été d'une logique plus puissante, puisqu'il s'agit de réfuter une statistique de la ville de Paris. Tout le monde sait quelles différences séparent les manifestations morbides suivant les temps et suivant les localités.

Il faut noter ensuite que ce relevé, inséré dans les œuvres de Stoll, n'appartient en aucune manière à ce médecin, qui ne prit le service de la Sainte-Trinité qu'en 1776; il ne faut pas non plus lui donner plus de valeur qu'il n'y en attachait lui-même. Stoll fait très bien remarquer (*Méd. prat.*, t. I, p. 255) que ce travail est un moyen *peu exact* de connaître le nombre de maladies qui a lieu chaque mois. « En effet, dit-il, celui des lits demeurant toujours le même, si dans une saison de l'année il y a des maladies en plus grand nombre et de plus longue durée, on comptera peu de malades dans un temps donné, puisque, à raison de la durée des maladies, ceux qui sont entrés restent plus longtemps et privent pendant ce temps-là d'autres malades de l'avantage d'être reçus. »

Voyons maintenant ce que Stoll entendait alors par *fièvres malignes*, qui servent aujourd'hui de terme de comparaison à nos affections typhoïdes. « Les différents médecins ont une notion différente de la malignité, écrivait-il. C'est pour cette raison que tous ne calculent pas de même le nombre de ceux qui auront été malades ou qui seront morts de la fièvre maligne. J'ai connu une malignité factice. » (*Ibid.*, p. 256.)

Ailleurs, il ajoute: « Cette fièvre continue ou rémittente, produite par une matière crue et bilieuse qui séjourne dans les premières voies, les uns l'appellent bilieuse, les autres putride; et si la matière morbifique est plus profondément enracinée et plus tenace, si, passant en grande partie dans le sang, elle se jette sur les principaux viscères et produit par là des accidents graves, cette même fièvre s'appellera *maligne*, et comprendra sous elle, comme autant de *différences accidentelles* de la même maladie, les autres fièvres que l'on a nommées *pétéchiale, pétéchisante, miliaire, scarlatine*, des *hôpitaux*, des *prisons*, des *armées*, etc. » Ainsi, voilà toute la pensée de Stoll mise en évidence quand il désigne les fièvres malignes; il entend par là non-seulement les fièvres bilieuses et putrides, mais encore les fièvres exanthémateuses, telles que les *miliaires, pétéchiales, érysipélateuses, varioleuses, morbilleuses, scarlatines*. (*Aphorismes*, p. 255.)

Toutes ces fièvres sont pour lui des *fièvres malignes quand le vice de la constitution épidémique leur fait perdre ce caractère bénin, et les rend graves et anomales.*

Et cela est si vrai, que nous trouvons, dans le relevé cité par M. Roche, au nombre des fièvres malignes, des éruptions de miliaire, de scarlatine et de variole. Il est donc avéré que la statistique des malades et des morts de la Sainte-Trinité porte non-seulement sur des fièvres putrides, mais sur toutes les affections exanthémateuses compliquées et, de plus, sur tous les cas de typhus développés dans le sein même de l'hôpital et modifiant les maladies les plus simples.

Or, je demande si la statistique d'aujourd'hui procède de la même manière, et si l'on range toutes les maladies exanthémateuses graves et tous les cas de véritable typhus contagieux au nombre des fièvres typhoïdes? Je demande si le relevé d'un hôpital peut donner une idée bien exacte de ce qui se passe ailleurs? Je demande si Stoll nous a laissé une table de mortalité par âges dans la ville de Vienne, et si nous avons des éléments de comparaison? Je demande si l'hygiène publique et privée n'a pas fait disparaître mille causes d'infection qui multipliaient les maladies graves dans le siècle dernier, et pourquoi ces maladies ont augmenté de nos jours, ou même, si l'on veut, pourquoi elles ont gardé les mêmes proportions effrayantes?

Je dirai avec M. Bousquet: Il n'est pas si facile qu'on le croit de donner le change à la nature! Ces paroles, appliquées un peu gratuitement peut-être à l'inoculation, s'adressent beaucoup mieux à la vaccine.

Ce modificateur aventureux (numéro 3) a porté une perturbation profonde dans les lois de la vie et de la mort: on ne peut le nier. On a recueilli d'abord un bienfait immense, et le fanatisme de la reconnaissance a été poussé si loin que l'on regarde comme impies ceux qui croient avoir trouvé le revers de cette médaille éclatante.

M. le professeur Malgaigne a posé la question d'une manière admirable: « Si la mortalité de l'âge adulte a doublé, il faut d'abord le constater. » Les chiffres de M. Charles Dupin valaient bien la peine d'être apportés à la séance; on ne l'a pas voulu.

Un doute immense pèse donc encore sur cette affaire, même après le rapport de M. Roche, et ce doute arrivera chaque jour, comme une âme en peine, dans l'enceinte de l'Académie tant qu'une solution plus satisfaisante n'aura pas été donnée.

Quant à moi, j'avais pensé, timidement et dans l'ombre, comme M. le professeur Malgaigne. Je me disais: il faut d'abord constater que la mort a doublé ses coups sur l'adolescence et sur la jeunesse; cette vérité navrante une fois démontrée, il faudra lui appliquer toutes les théories de la médecine, toutes les données de la science économique, et si la vaccine ou d'autres causes ne peuvent raisonnablement expliquer ce problème, il faudra le ranger provisoirement au nombre de ces faits providentiels qui dépassent nos forces et la vanité de nos systèmes.

E. Duché, d.-m.

Ouanne, le 21 septembre 1853.

Nous avons annoncé (numéro du 13 septembre) la mort malheureuse et prématurée du jeune Albert Mancel, élève des hôpitaux; nous publions aujourd'hui le discours prononcé à ses obsèques par M. Millard, élève des hôpitaux.

Messieurs, cette année-ci comptera comme une des plus tristes dans nos souvenirs d'école. Sans compter les autres, hier encore nous suivions le cercueil d'Henri Blache, aujourd'hui celui d'Albert Mancel; tous deux jeunes et pleins d'avenir! L'un, enlevé en trois jours par une maladie foudroyante gagnée au chevet d'un malade (c'est là notre champ d'honneur); l'autre, ami non moins cher, lentement consumé pendant plus d'un mois par un mal horrible et inexplicable. Vous l'avez tous vu naguère; cette beauté mâle, cette vigueur apparente lui promettaient de longs jours, et tout d'un coup il tombe comme atteint d'un fatal poison! Rien n'a pu conjurer cet affreux malheur: ni la tendresse si éclairée et si courageuse de ses infortunés parents, ni les lumières de nos plus savants maîtres, ni même, on peut le dire, la résignation et l'énergie merveilleuses avec lesquelles notre pauvre ami a lutté jusqu'au bout. Tous les dévouements, ceux de la famille, de la science et de l'amitié, ont échoué: il ne devait pas achever sa vingt-quatrième année!

La vie d'Albert, messieurs, quoique courte, a été bien remplie; elle peut se résumer en trois mots: il a été fils et frère accompli, élève distingué, ami fidèle et dévoué.

Heureusement doué du côté de l'intelligence, il avait fait des études scolaires brillantes, il avait eu sa part des couronnes du collége. Un esprit orné et ami de la littérature, des talents d'agrément qu'il cultivait avec goût, une physionomie noble et fière, et par-dessus tout un caractère aimable et facile, le destinaient aux succès de la société autant qu'à ceux de son art. Fils d'un praticien distingué, neveu du professeur d'hygiène Hippolyte Royer-Collard, assuré d'amitiés puissantes, il avait devant lui une magnifique carrière médicale toute tracée à l'avance.

Il préludait dignement par son travail à cet avenir. Ses examens déjà passés avec éclat, son assiduité dans les hôpitaux, l'attention, la dextérité même qu'il montrait vis-à-vis des malades l'avaient fait distinguer et estimer de tous ses maîtres.

Depuis deux ans surtout, il se préparait par un labeur continu (et qui peut-être lui a été funeste) au concours de l'internat; l'étendue et la solidité de ses connaissances, la clarté et la facilité de sa parole en faisaient un concurrent sérieux et redoutable. La mort ne lui a même pas laissé atteindre ce but constant de ses efforts; le fruit de plus de dix ans d'études sérieuses s'est perdu en un jour!

Son cœur était plus remarquable encore que son esprit. Jamais (éloge rare et magnifique) il ne causa le moindre chagrin à ses parents; il en fut constamment les délices, l'espérance et l'orgueil. Jugez de leur désespoir; à de pareilles douleurs il n'est pas de consolation! Il était également le conseil et l'appui d'un frère plus jeune qu'il adorait; leur union inaltérable faisait la joie de toute la famille.

Enfin, à toutes ces qualités il joignait celle d'excellent camarade; d'une délicatesse d'âme extrême, il ne se livrait pas au premier venu; mais, quand on avait conquis son amitié, on pouvait compter sur lui; il était obligeant, serviable, dévoué à toute épreuve. On n'entendait jamais sur son compte que des paroles bienveillantes ou élogieuses.

Aussi, cher et excellent ami, ton souvenir ne s'effacera jamais de ma pensée. Fallait-il marcher quatre ans côte à côte dans les mêmes sentiers pour en venir à une séparation si cruelle et si inattendue! Adieu! une dernière fois, mon pauvre Albert: les regrets éternels de tous ceux qui t'ont connu te suivront dans cette tombe!

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Dans la séance publique annuelle de l'Académie de médecine qui aura lieu cette année, mais dont le jour n'est pas encore fixé, le secrétaire perpétuel, M. Dubois (d'Amiens), doit prononcer l'éloge d'Orfila. Les fragments que nous avons entendus de cet éloge nous font vivement désirer d'en connaître les autres parties. M. Dubois nous paraît avoir rempli sa tâche délicate avec habileté et talent.

— C'est M. Bouchardat qui prononcera le discours de rentrée de la Faculté de médecine. Deux éloges seront prononcés par l'honorable professeur, celui de Royer-Collard et celui de Richard. Nous ne doutons pas que l'honorable M. Bouchardat ne remplisse à la satisfaction générale cette double tâche.

— M. le Dr Desfray, chevalier de la Légion d'honneur, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Blois, membre correspondant de l'Académie de médecine de Paris, membre du jury médical du département de Loir-et-cher, membre du conseil d'arrondissement de Blois, etc., vient de mourir.

— Un de nos confrères de Paris, M. le docteur Collin-Delarbre, vient de mourir à la suite d'une courte maladie.

— Le nombre des décès par suite du choléra à Newcastle dans la journée du 20 septembre a été de 108 et de la diarrhée 10. On voit que le fléau n'a rien perdu de son intensité, comme les deux jours précédents semblaient autoriser à le croire. On devait construire dans la journée même des tentes pour les habitants qu'on a obligés de quitter les logements insalubres et encombrés.

— Le 21 septembre, il est mort à Newcastle 80 personnes par le choléra et 4 par la diarrhée. Total des victimes jusqu'à ce jour, 935. Pendant le même nombre de jours, en 1831-32, le chiffre des décès avait été de 156.

A Gateshead, en quinze jours, le choléra a enlevé 227 personnes. Pendant le même nombre de jours, en 1831-32, il avait enlevé 125 personnes. Beaucoup de personnes ont quitté la ville.

A Hexham, la diarrhée est beaucoup plus fréquente que le choléra. Il y a actuellement 160 cas de diarrhée et 11 seulement de choléra en traitement.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Précis iconographique de médecine opératoire et d'anatomie chirurgicale, par MM. les docteurs Cl. Bernard et Ch. Huette. 1 vol. in-18 anglais, composé de 113 planches dessinées d'après nature, gravées au burin sur acier, et d'un texte explicatif et descriptif. Prix, cartonné à l'anglaise, figures noires, 24 fr.; figures à la sépia retouchées, 36 fr.; figures coloriées, 48 fr. — On peut souscrire à raison de 2 fr. la livraison figures noires, 3 fr. à la sépia et 4 fr. coloriées.

Des besoins morbides du système vivant, considérés au point de vue du diagnostic et du traitement; par H. Barret, d.-m. Prix: 2 fr. — Paris, G. Baillière, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Traité complet des maladies syphilitiques, ou Etude comparée de toutes les méthodes qui ont été mises en usage pour guérir ces affections. Un vol. de 800 pages, avec 25 gravures coloriées. 2e édit. Prix: 6 fr. Par Giraudeau de Saint-Gervais, chevalier de la Légion d'honneur, docteur en médecine, etc.

Etude et traitement des maladies de la peau, par le même auteur. Un vol. de 700 pages avec gravures. Prix: 6 fr.

Ces deux ouvrages se trouvent chez Germer-Baillière, éditeur, 17, rue de l'Ecole-de-Médecine, à Paris.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

 N° 115. — JEUDI 29 SEPTEMBRE 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Pays	Durée	Prix
Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	Trois mois	8 fr. 50 c.
	Six mois	16 »
	Un an	30 »
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	Trois mois	9 fr.
	Six mois	17
	Un an	33
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	Trois mois	10 fr.
	Six mois	20
	Un an	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

PARIS, LE 28 SEPTEMBRE 1853.

Séances des Académies.

Les vacances continuent à porter leurs fruits. Comme le gibier et les récoltes, la moisson académique est maigre et rare. M. le président, de sa voix quelque peu caverneuse, l'a proclamé à plusieurs reprises.

Cependant, la correspondance officielle nous a valu une demande pleine d'à-propos et de sens ; M. le ministre du commerce a réclamé le rapport que l'on nous fait attendre depuis longtemps sur le choléra de 1849, et qui, nous l'espérons, ne tardera pas maintenant à paraître. Les ravages de l'épidémie en Suède, en Norwége, en Hollande, en Angleterre, et la dernière circulaire du *Board of health* de Londres rendent ce travail indispensable. Sans vouloir jeter l'alarme dans le pays, on peut, ce nous semble, user de précautions. Prévoir le danger, c'est quelquefois le conjurer.

Le reste de la séance a été occupé par un rapport de M. Requin sur une pétition relative au traitement du croup, adressée assez singulièrement par M. Ledoré (de Brest) à S. M. l'Empereur, d'où elle est arrivée par ricochets à l'Académie. M. Requin l'a prise au sérieux, et a cru devoir la foudroyer de sa verve caustique et mordante. MM. H. Larrey et J. Guérin ont trouvé dans le rapport, l'un trop de plaisant, l'autre trop de sérieux ; MM. les secrétaires annuel et perpétuel ont rompu une lance en sa faveur ; M. Requin s'est un peu piqué à la suite de ce tournoi à armes mousses ; les conclusions ont obtenu une majorité respectable.

M. Michéa a lu ensuite un mémoire intéressant sur l'emploi des principes actifs de la valériane et de la belladone dans le traitement de certaines affections convulsives.

Enfin, M. Jobert (de Lamballe) a présenté un malade auquel il a ouvert les narines closes accidentellement, par son procédé par ourlet, ou renversement.

A l'Académie des sciences, les communications ont été plus nombreuses et n'ont pas manqué d'importance. C'est d'abord M. Pétrequin, qui annonce avoir retiré de bons effets hémostatiques du perchlorure ferro-manganique ; c'est ensuite M. Causell, qui a guéri un fongus hématode au moyen d'un fil de platine chauffé par le galvanisme, et qui réclame la priorité pour ce procédé ; c'est encore M. Ed. Robin, qui présente une note sur le traitement de l'albuminurie et de l'éclampsie ; c'est enfin un autre médecin russe qui a mis à profit, pour son atlas anatomique, le froid du pays qu'il habite, et grâce auquel les pièces qu'il copie restent longtemps dans la position et les rapports dont il a besoin. On comprend qu'il faut être à Saint-Pétersbourg pour user de ce procédé. Le même confrère adresse la relation d'une nouvelle opération d'ostéoplastie qu'il a pratiquée plusieurs fois avec succès.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. MALGAIGNE.

Leçon clinique sur les arthralgies et subluxations sous-occipitales.

Les luxations de l'occipital sur l'atlas, et de celui-ci sur l'axis, résultant d'une maladie articulaire, avaient déjà été notées par quelques chirurgiens, surtout en Allemagne, lorsque A. Bérard publia sur cette intéressante question sa dissertation inaugurale (1829). Depuis lors, divers chirurgiens, MM. Bonnet et Tessier (de Lyon), entre autres, ont abordé le même sujet, et cependant, malgré le mérite incontestable de ces travaux, l'histoire des arthralgies sous-occipitales présente encore beaucoup d'obscurité et de *desiderata*.

Les considérations dans lesquelles je vais entrer ont surtout pour but d'attirer votre attention sur différents points mal appréciés du diagnostic de ces déplacements, et de vous faire connaître quelles sont les indications auxquelles il faut obéir dans leur traitement.

L'étiologie de ces affections est peu connue. On a accusé l'habitude de porter des fardeaux sur la tête, parce que cette circonstance s'était rencontrée une ou deux fois sur des sujets atteints de la maladie en question. C'est là une circonstance purement accidentelle, une coïncidence toute fortuite. Dans certains cas, on a pu constater l'existence antérieure d'un choc qui a porté sur les premières vertèbres cervicales.

Les déplacements dont il s'agit ne peuvent guère se produire que quand les moyens d'union intervertébraux ont été plus ou moins profondément altérés. On comprend, du reste, que l'étendue de la luxation est en rapport avec l'intensité des désordres anatomiques.

A. L'occipital peut se luxer sur l'atlas ; mais cette lésion ayant été surtout étudiée sur des pièces anatomiques, on ne saurait donner une description exacte des phénomènes qui l'accompagnent ; elle est d'ailleurs fort rare. Nous nous bornerons donc à la mentionner ici.

B. Dans d'autres cas, le travail morbide a lieu entre les deux premières vertèbres cervicales, et ici se présente une première et notable différence relativement au sens dans lequel s'accomplit le déplacement. L'occipital se luxe le plus ordinairement en arrière ; l'atlas, au contraire, se porte à peu près constamment en avant ; mais ce mouvement peut s'accomplir de plusieurs manières.

1° *Luxation par inclinaison avec écartement angulaire.* — Les liens fibreux qui unissent l'apophyse odontoïde à l'atlas, déjà malades, viennent à se rompre dans un mouvement brusque de la tête en avant. Dans ce cas, l'atlas s'incline sur l'axis, et le sommet de l'apophyse odontoïde, porté en arrière par un mouvement de bascule, comprime la moelle épinière jusqu'à l'écraser contre la partie postérieure du canal vertébral. On comprend que dans ce cas la mort est instantanée. C'est ce qui est arrivé sur un jeune soldat atteint d'une arthralgie sous-occipitale, et que l'on transportait sur un brancard la tête maintenue droite par des oreillers ; la tête tomba sur la poitrine et il mourut subitement. A l'autopsie, on reconnut précisément les désordres que nous venons de signaler. Les ligaments odontoïdiens et transverses étaient détruits ; l'atlas avait basculé en avant, et l'apophyse odontoïde trouant la dure-mère avait pénétré dans le canal rachidien, qu'elle barrait dans son diamètre antéro-postérieur.

2° *Luxation bilatérale ou par glissement.* — Ici le déplacement a lieu progressivement. Les moyens d'union des deux premières vertèbres, plus ou moins profondément altérées, laissent glisser en avant l'atlas sur l'axis, mais sans mouvement de bascule ; il en résulte que l'apophyse odontoïde, portée en arrière par rapport au canal rachidien, comprime peu à peu la moelle épinière contre l'arc postérieur de l'atlas, de manière à produire la paralysie, mais non la mort, du moins d'une manière subite. En effet, dans les exemples rapportés par les auteurs, un simple intervalle de quelques lignes a permis la persistance de la vie. La guérison par ankylose a pu même avoir lieu malgré ce déplacement.

3° *Luxation unilatérale ou par rotation.* — Cette forme est incomparablement la plus fréquente de toutes. La lésion pathologique étant limitée à un seul côté, ou plus marquée d'un côté que de l'autre, les liens fibreux qui unissent la jointure malade, ayant disparu en même temps que les ligaments odontoïdiens et transverses, sont eux-mêmes allongés ou ramollis au point de céder au moindre effort ; voici ce qui se passe : l'atlas accomplit un mouvement de rotation sur l'axis, mais non pas, cette fois, autour de l'apophyse odontoïde comme centre, ainsi que cela a lieu dans la rotation physiologique de la tête, mais autour d'un axe vertical qui passe par la jointure restée saine. Les parties latérales de l'atlas, du côté déplacé, sont donc portées en avant ; l'arc antérieur se sépare de l'apophyse odontoïde, qui se trouve ainsi portée en arrière et de côté. Ce dernier déplacement ne peut avoir lieu sans une compression de la moelle épinière proportionnée à l'étendue du désordre.

Ces différentes espèces de luxations sont ordinairement assez difficiles à distinguer sur le vivant, et elles ont souvent donné lieu à des erreurs de diagnostic. On peut cependant établir quelques caractères dont j'ai été à même d'apprécier l'exactitude. Ainsi, dans la luxation bilatérale ou par glissement de l'atlas en avant, l'extrémité supérieure a suivi le mouvement, le menton est porté en avant et même un peu rapproché du sternum, tandis qu'il y a renversement de la tête en arrière, de telle sorte que l'épine de l'axis se fait sentir au-dessous et très près de la protubérance occipitale. Dans les luxations unilatérales, la tête est penchée du côté de la déviation, tandis que la face regarde du côté opposé. Un signe auquel j'accorde une grande valeur, c'est la situation de l'apophyse épineuse de l'axis par rapport à la protubérance occipitale. Dans la luxation bilatérale, c'est-à-dire lorsque l'atlas s'est porté en avant par un mouvement de totalité, l'apophyse épineuse et la protubérance occipitale sont dans une même ligne verticale, et même plus rapprochées que dans l'état naturel. S'il s'agit d'un déplacement par rotation, ou luxation unilatérale, la saillie apophysaire est éloignée d'un côté ou de l'autre de la protubérance, et elle existe constamment du côté vers lequel est dirigé le menton. Ces changements de rapport et de situation des deux premières vertèbres peuvent encore être constatés à la partie antérieure par l'introduction du doigt dans le point le plus élevé du pharynx ; mais cette exploration est très difficile, impossible même chez les jeunes sujets.

Les phénomènes que nous venons de signaler comme propres aux luxations unilatérales, vous les retrouverez parfaitement chez un homme placé dans le service de M. Denonvilliers, et que je soumets à votre observation ; vous les retrouverez encore, mais déjà en partie effacés, chez une jeune fille que j'ai soumise à l'emploi d'un appareil dont je vous parlerai bientôt.

Quant aux luxations par mouvement de bascule de l'atlas, comme elles sont immédiatement mortelles, il n'y a pas à s'en occuper au point de vue du diagnostic. Il peut bien aussi se faire des luxations de l'atlas en arrière après rupture ou destruction de l'apophyse odontoïde ; mais cette lésion est trop rare et trop exceptionnelle pour nous arrêter ici.

Quel est le mode de *traitement* qui convient à ces arthralgies atlo-axoïdiennes quand les moyens d'union des deux premières vertèbres sont ramollis, allongés ou détruits ? Le malade, averti par une sorte d'instinct du danger qu'il court, supporte et soutient sa tête avec ses mains toutes les fois qu'il veut exécuter quelques mouvements, pour se lever, marcher, se coucher, etc. C'est qu'en effet la première indication à remplir est de maintenir la tête immobile, tant pour empêcher un brusque renversement qui pourrait occasionner la mort, que pour s'opposer aux progrès du déplacement. Dans beaucoup de cas, il faut y joindre l'usage d'un appareil dont le jeu habilement combiné ne se borne pas à lutter contre la tendance à la luxation, mais agit directement pour rétablir les parties dans leur situation normale.

La position consiste dans le décubitus dorsal sur un plan ferme et résistant ; tel est, par exemple, un matelas de crin étendu sur une planche, sans oreiller ni traversin, de telle sorte que la tête soit maintenue dans la ligne du corps. S'il y avait un commencement de déplacement, si même la luxation s'était déjà effectuée, on pourrait essayer de combattre la déviation à l'aide de coussins pressant en sens opposés, en tenant compte du poids de la tête, dont l'influence doit être utilisée.

Quant aux appareils, ils avaient été proscrits par Auguste Bérard, bien qu'avant lui Boyer, Dubois, Dupuytren et Ollivier (d'Angers) en eussent conseillé l'application chez un jeune homme atteint d'une déviation latérale de la tête. Bérard se bornait à conseiller de maintenir la tête immobile, dans le but de prévenir toute déviation. En effet, quand la déviation est peu considérable, que l'on veut faire marcher le malade, on pourra avoir recours à un moyen très simple que vous voyez employé ici sur une petite fille : c'est tout simplement une large bande de carton dont les bords crénelés et retroussés en dehors appuient, d'un côté, sur la partie inférieure du col et supérieure de la poitrine, et, de l'autre, soutiennent la mâchoire inférieure, maintenant ainsi la tête dans la rectitude, à la manière d'un col militaire ; une ouate de coton placée entre les téguments et la bande de carton empêche toute pression douloureuse de la part de cette sorte de cravate rigide. On comprend que ce collier peut être modifié de différentes manières.

Mais quand le déplacement est consommé, est-il permis de tenter la réduction, réduction lente et progressive, cela va sans dire, et obtenue à l'aide des appareils mécaniques ? Oui assurément, et les faits ont prouvé que l'on pouvait parfaitement réussir.

Un enfant de treize ans et demi, soumis à des courants d'air froids répétés, fut atteint d'un torticolis qui, au bout de six semaines, se compliqua de douleurs dans les membres inférieurs, puis dans le dos et enfin dans le cou. Les douleurs se calmèrent, puis revinrent ; la nuque commença à se gonfler. Après divers traitements, tout à coup, vers le huitième mois, les accidents devinrent plus intenses ; la tête se fléchit en se portant fortement sur l'épaule droite, le menton dirigé à gauche ; quelques jours après, des phénomènes de paralysie se manifestèrent dans les membres du côté gauche et, un peu plus tard, envahirent la vessie et le rectum. M. Viricel reconnut une luxation atlo-axoïdienne caractérisée par un enfoncement sensible au-dessus de l'apophyse épineuse de l'axis, et par une saillie très prononcée de celle-ci en arrière. M. Gensoul constata les mêmes phénomènes. Permettez-nous ici, messieurs, de regretter que l'on n'ait pas fait usage d'un moyen de diagnostic que je vous indiquais tout à l'heure et que j'avais fait connaître dès 1838 dans mon *Anatomie chirurgicale ;* je veux dire l'exploration par le pharynx. Quoi qu'il en soit, les indications furent parfaitement bien saisies par les chirurgiens distingués que je viens de nommer ; leur avis unanime fut qu'il fallait recourir à des moyens mécaniques propres à ramener les parties dans leur situa-

tion normale. Voici l'appareil qui fut mis en usage : un collier matelassé avec soin, et dont l'action avait lieu sur l'extrémité du menton à l'aide d'un coussin épais tendant à faire basculer la tête en arrière ; un appareil à glissant dont l'extrémité, en forme de croissant, s'appuyait sur la partie supérieure du cou ; deux courroies embrassant le front de manière à le porter en arrière et à le fixer dans cette position. Ces divers appareils prenaient leur point d'appui sur un fauteuil, où le malade était placé et soutenu au moyen de supports pour les bras et de coussins pour le corps. Le collier recevait son action extensive d'un ressort à doubles lames cintrées et articulées par leurs extrémités ; ces lames étaient traversées en outre par une tige métallique graduée, assujettie du côté supérieur par un écrou, et terminée en bas par un treuil avec sa poulie, sur laquelle se moulait la corde destinée à produire l'extension. Cet appareil était arrêté sur une traverse placée à 65 centimètres au-dessus de la tête.

L'appareil à glissant, destiné à la pression, se composait d'une tige en bois terminée par un croissant de même substance, matelassé ; cette tige traversait la mortaise d'un support fixé sur le montant du fauteuil et était arrêtée par une clavette ; les courroies venaient prendre leur insertion sur ce support. Plus tard, on ajouta deux points d'appui pour la partie supérieure de la tête afin d'en empêcher le balancement.

Cet appareil, auquel nous reprocherons sa forme massive, la complication de ses moyens d'action et l'immobilité à laquelle il condamnait le patient, fut essayé d'abord pendant quelques minutes, puis peu à peu il put être supporté pendant plusieurs heures ; enfin, au bout de six mois, l'enfant y était tout à fait habitué. Vers le neuvième mois, la déviation avait presque entièrement disparu ; la santé se rétablit, et il ne resta d'une affection si grave qu'une roideur du cou à peu près inévitable.

Ce même résultat peut être obtenu à l'aide de moyens beaucoup plus simples. Voici une jeune fille atteinte de déviation unilatérale de l'atlas, dont la tête était fortement déviée, et qui, ainsi que vous pouvez le voir, a éprouvé une amélioration très considérable, grâce à l'emploi d'une minerve. Dans cet appareil, le mécanisme et le jeu de différentes pièces est calculé de telle sorte qu'à l'aide d'une clef qui fait mouvoir des vis on peut déprimer la saillie de l'axis, renverser la tête en arrière, en même temps qu'on l'incline du côté opposé à celui vers lequel elle penche et que l'on redresse le menton. Ce système, simple et léger à la fois, permet à la malade de se livrer à toutes sortes de mouvements et de prendre un exercice si nécessaire au rétablissement de sa santé générale.

Sous le titre de *Mémoire sur un cas de luxation traumatique de la deuxième vertèbre cervicale datant de sept mois, et réduite par une méthode particulière*, M. J. Guérin a rapporté une observation sur laquelle nous devons fixer un moment votre attention. Et d'abord, s'agissait-il réellement d'une luxation traumatique ? Examinons les détails fournis par l'auteur. Une jeune fille de dix ans et demi tombe sur le menton, où elle se fait une plaie contuse. Le *surlendemain*, le cou devient douloureux ; la tête *commence* à s'incliner à gauche et à tourner à droite. La difformité, suivant d'abord une marche lente et progressive, augmente tout à coup à un point considérable le cinquième jour, et la douleur se calme. Après quatre mois de traitement inutile, Marjolin trouva *le visage tourné du côté droit*, *l'apophyse épineuse de l'axis placée à droite à six ou huit lignes de la ligne médiane et faisant une saillie considérable.* Il diagnostiqua une luxation de l'axis. Deux mois plus tard, Sanson reconnut pareillement l'épine saillante ; il notait en même temps l'inclinaison de la tête à gauche et l'impossibilité des mouvements de rotation. Enfin, M. J. Guérin, consulté en dernier lieu, attribua la saillie à l'apophyse transverse de l'axis, et diagnostiqua *une luxation traumatique de l'axis sur la troisième vertèbre, avec fracture de l'apophyse articulaire supérieure gauche de celle-ci.* Si vous avez fait attention à la marche des accidents, vous avez dû remarquer la manière dont ils se sont successivement développés, ce qui n'a pas lieu dans la luxation traumatique, où la violence extérieure détermine tout à coup le déplacement. La saillie était-elle due à l'apophyse épineuse de l'axis, ou bien à la masse apophysaire latérale ? J'avoue qu'en présence du jugement porté par un anatomiste aussi exercé que Marjolin, par un chirurgien aussi exact, aussi attentif que Sanson, il m'est bien difficile d'être de l'avis de M. J. Guérin. Reste enfin la fracture de l'apophyse articulaire supérieure de la troisième vertèbre cervicale ; or au bout de sept mois la fracture devait être consolidée, ou bien des productions osseuses de nouvelle formation devaient s'être établies au niveau de la partie rompue. En présence d'une pareille disposition, était-il permis de tenter la réduction ? Il est vrai que ce devait être à l'aide d'une *méthode particulière* : voyons donc cette méthode.

Après quelques jours d'extension et de massage, le chirurgien exerça avec les mains une traction directe de droite à gauche sur la partie saillante du cou, tandis qu'un aide soulevait la tête et lui imprimait un mouvement de rotation de droite à gauche. On répéta ces manœuvres trois fois par jour ; dans les intervalles, on plaçait le malade sur un lit à extension et à inclinaison. *Après chaque séance, la saillie osseuse était presque entièrement effacée*, mais pour reparaître ensuite. Au bout de huit jours on appliqua un bandage à torticolis, en vue de tenir la tête obliquement en sens inverse de son inclinaison et de sa rotation pathologiques. La tête fut enfin redressée et maintenue en place après trois mois de traitement ; il est dit qu'elle exécutait *à très peu près* les mouvements habituels, *sauf un peu de gêne dans la rotation à gauche.* La réduction n'était donc pas complète.

De quoi s'agissait-il dans cette observation ? Evidemment d'une luxation pathologique du condyle gauche de l'atlas en avant, et c'est là ce que l'auteur appelle une réduction au bout de sept mois d'une luxation traumatique compliquée de fracture ; comme si un pareil résultat, avec des moyens aussi insignifiants, n'était pas radicalement inconciliable avec tout ce que nous a enseigné l'expérience sur les modifications que le temps amène dans les plus simples luxations.

Au total, ces deux faits sont très propres à montrer ce que l'on doit attendre d'essais du même genre. D'abord il est des déplacements qu'on ne saurait jamais réduire, et même, après la réduction, l'érosion des surfaces osseuses ne permet guère d'espérer que les jointures recouvreront leurs mouvements ; l'ankylose est alors presque inévitable ; mais l'important est de prévenir ou d'arrêter les progrès du mal, et de conserver à la tête une attitude convenable.

DE L'ANTÉFLEXION

considérée comme une disposition normale de l'utérus avant la grossesse.

Par M. Boulard, prosecteur à la Faculté de médecine de Paris.

Je dois indirectement à mon excellent maître M. le professeur Velpeau l'idée qui me fit entreprendre les recherches qui ont trait à la direction de l'utérus. Chacun se rappelle les vives discussions que soulevèrent à la fin de 1849, dans le sein de l'Académie de médecine, les questions relatives aux engorgements de l'utérus. On n'a point oublié l'effet que produisirent les assertions de M. Velpeau.

« Je ne crois pas, disait-il, aux engorgements chroniques du » corps de l'utérus. Depuis vingt ans j'en demande un exemple sur » le cadavre, et j'attends en vain. Cela prouve une chose : c'est » que si ces engorgements existent, ils sont au moins fort rares. » Comment se fait-il cependant qu'on y croie ? En voici la raison, » suivant moi : la matrice est sujette à plusieurs genres de dévia» tions ; il y en a une dans laquelle la matrice est infléchie et » comme coudée sur elle-même. Rien n'est plus fréquent que cette » disposition, que j'ai rencontrée un très grand nombre de fois » dans ma pratique ; c'est elle qui en a imposé jusqu'ici pour des » engorgements. »

Ces paroles, qui montraient déjà combien est fréquente aux yeux de l'éminent professeur cette forme de l'utérus à laquelle on a donné le nom d'*antéflexion*, ne sont encore pour moi que l'expression incomplète de la vérité. On fut pourtant sur le point de crier à l'hérésie. MM. Dubois, Moreau, Huguier, considéraient l'antéflexion au moins comme très rare ; M. Malgaigne dit même ne l'avoir jamais observée. Je vais donc émettre une opinion qui pourra lui paraître bien étrange ; mais les précieuses leçons que j'ai reçues de lui, les sages conseils dont il a bien voulu m'honorer me sont un sûr garant qu'il m'excusera d'opposer mon inexpérience à ses convictions. Je n'ai voulu, comme je le lui ai entendu recommander bien souvent, que chercher la vérité dans les faits ; car, dans cette grave discussion où l'on parla longuement de cette déviation, et dans tout ce qui a été dit depuis lors, je crois qu'on n'a pas tout à fait épuisé le sujet, et je veux ajouter un mot de plus.

Désirant, à l'époque que j'ai signalée, réunir pour M. Velpeau quelques exemples de ce genre de déviation, je fus d'abord frappé, comme il l'avait été lui-même, de sa grande fréquence. Je la remarquai principalement sur les sujets encore jeunes. J'y fis peu d'attention au commencement ; puis, étonné de n'en trouver que de rares exemples sur les sujets un peu plus âgés, je poussai plus loin mes investigations. Je ne tardai pas à reconnaître que je ne rencontrais presque pas un cas d'antéflexion sans pouvoir constater que le sujet qui me la présentait offrait toujours non-seulement les caractères de la jeunesse, mais encore tous les signes qui indiquaient que la femme à laquelle avait appartenu cet organe dévié n'avait pas eu d'enfant. Je recueillis un grand nombre de ces utérus, et ne trouvant pas d'exception à une règle dont je ne pouvais saisir encore la raison d'être, j'eus l'idée de la chercher dans l'étude du développement. J'observai l'état de l'utérus chez le fœtus, chez l'enfant, chez la jeune fille ; la difficulté fut levée : l'utérus était presque constamment antéfléchi. Ayant eu, à cette époque, l'occasion d'en parler à mon collègue M. le docteur Follin, il me dit avoir également remarqué trois ou quatre fois ce fait sur des fœtus.

Depuis lors, j'ai continué ces recherches avec soin. Souvent j'ai fait part de mes observations, appelant la critique et le doute sur les faits que je présentais. Presque tous ceux auxquels je les ai communiqués les ont considérés comme évidents ; quelques-uns même ont été si bien convaincus que (par amour pour la science, sans aucun doute), ils n'ont pas cru devoir attendre le moment que je m'étais fixé pour publier le résultat de mes travaux, et ils ont trouvé, ainsi du moins que j'ai pu le reconnaître en feuilletant la thèse toute récente d'un de mes anciens collègue, M. Piachaud, mes indications assez sûres pour ne pas hésiter à leur donner l'autorité de leurs noms en se les appropriant. Je n'en veux pourtant tirer aucune vanité, et je n'y vois qu'un encouragement de plus à rester convaincu que mes observations n'ont pas paru entachées d'erreur ; d'autant que mon collègue M. le docteur Verneuil, ayant, sur mes indications, entrepris de vérifier ces recherches, est arrivé à des résultats identiques. Ce sont ces résultats communs que nous aurons plus tard occasion de développer tout au long.

Sans entrer dans les détails de la question, sans en aborder l'historique, je vais me borner à énoncer les faits ; je n'en veux pas, quant à présent, déduire les conséquences. Je répondrai pourtant ne suite à une objection que m'adressait il y a quelques jours un de nos savants agrégés, M. le docteur Depaul, et je prie de m'excuser si son argumentation, loin d'avoir ébranlé mes convictions, m'a au contraire fortifié dans ce qu'il serait peut-être tenté d'appeler mon erreur.

Si l'on ouvre un traité quelconque d'anatomie ou d'accouchement, on y lit que

« L'utérus est piriforme, conique, qu'il est un peu aplati d'avant » en arrière, que la base du cône est en haut et le sommet en » bas (1). »

« L'extrémité supérieure (la base, le fond) est fortement convexe » d'avant en arrière et transversalement ; elle correspond au som» met de la vessie (2). »

Cependant déjà la face antérieure

« Offre, au corps et au col, une légère concavité, pour s'accom» moder à la face postérieure de la vessie (3). »

« L'axe de l'utérus est obliquement dirigé de haut en bas et » d'avant en arrière, c'est-à-dire se confond avec celui du détroit » supérieur du bassin..... Sa face antérieure est convexe et lisse, » recouverte par le péritoine dans ses trois quarts inférieurs ; elle » est en rapport médiat avec la face postérieure de la vessie, dont » elle est souvent séparée par des circonvolutions de l'intestin » grêle ; dans le quart inférieur de sa hauteur, elle est en rapport » immédiat avec le bas-fond de la vessie, et lui est unie par un » tissu cellulaire assez lâche. Sa face postérieure est recouverte par » le péritoine dans toute son étendue ; elle est en rapport médiat » avec la face antérieure du rectum, dont la séparent souvent des » circonvolutions de l'intestin grêle. Cette face, beaucoup plus con» vexe que l'antérieure, peut être explorée par le doigt introduit » dans le rectum (1). »

Je ne poursuivrai pas plus loin ces citations ; elles suffisent pour faire connaître ce que l'on trouve dans tous les traités, dans tous les atlas d'anatomie descriptive ou topographique. La même description, la même figure est toujours religieusement conservée, rigoureusement reproduite, bien que pourtant on trouve dans une des planches de l'immortel Vésale une figure de l'utérus qui semble offrir un véritable exemple d'antéflexion (2) ; mais rien dans le texte, dans la description de cet auteur, n'indique qu'il ait voulu faire représenter semblable chose ; tout fait croire, au contraire, que cette disposition est le fait du dessinateur, qui a cherché à faire voir plus nettement les différentes parties de l'organe. Partout ailleurs, j'ai vu l'utérus rectiligne, c'est-à-dire disposé de telle sorte que le corps et le col semblent avoir un seul et même axe, une direction unique.

Tous ceux qui jusqu'à ce jour ont parlé de l'antéflexion n'ont vu en elle qu'une disposition anormale exceptionnelle. C'est ainsi que, dans l'ouvrage que j'ai déjà cité, M. Cruveilhier fait observer que :

« Chez un certain nombre de sujets, on rencontre, grâce à l'in» fluence de causes mécaniques qui ont agi pendant la vie, le corps » de l'utérus infléchi en arrière sur le col utérin, à la manière du » ventre d'une cornue sur son bec. »

Cette disposition s'est rarement présentée à moi. L'auteur de ce véritable *vade-mecum* de l'anatomiste ne peut s'empêcher de faire suivre cette remarque de ces quelques mots :

« Les praticiens modernes attachent une trop grande importance » à toutes ces déviations, soit en avant, soit en arrière, de l'axe de » l'utérus, et ils leur rapportent des symptômes qui tiennent à » toute autre cause. »

C'est également ainsi qu'elle a été considérée par ceux-là même qui l'avaient le plus fréquemment observée : par M. Velpeau et par plusieurs de ses élèves, MM. les docteurs Follin et Deville. A l'Académie de médecine, M. Velpeau s'exprimait ainsi :

« Ce genre de lésion (l'inflexion de l'utérus) est un fait dont j'ai » acquis la preuve plusieurs centaines de fois chez des femmes de » toutes les classes de la société..... C'est sous l'influence de vieilles » phlegmasies, d'anciennes adhérences des régions ou des tissus » péri-utérins, par le fait de pressions répétées, d'efforts variés, que » les déviations utérines s'opèrent. La toux, le vomissement, l'ac» tion de soulever ou de porter un fardeau, de pousser quelque » chose, d'aller à la garde-robe : toute action, en un mot, qui re» porte le poids des viscères sur le corps de la matrice, dont le col » est naturellement mieux fixé en avant et en arrière, soit par les » ligaments utéro-sacrés, soit par les replis utéro-vésicaux, expo» sent à ce genre de lésion. Que la matrice soit ramollie à un cer» tain degré, comme au voisinage d'une période menstruelle ou » d'une fausse couche, ou bien de l'accouchement, et que, pour » se lever ou pour tout autre motif, la femme soit obligée de faire » un effort un peu vif, un peu brusque, c'en est assez pour donner » naissance à une inflexion de l'utérus. Il m'est souvent arrivé de » remonter ainsi à l'origine du mal chez les femmes qui venaient » me consulter. J'ai la certitude qu'en y regardant de près, on » trouvera que c'est par ce mécanisme que s'établissent une pro» portion considérable de déviations (3). »

M. Deville, de son côté, écrit :

« Après cette forme de métrite chronique, caractérisée en par» ticulier par du catarrhe utérin, la lésion la plus communément » observée comme conséquence, c'est la déviation.... L'antéflexion » est presque la seule déviation qui se rencontre sur le cadavre et » qui soit extrêmement fréquente sur le vivant (4). »

Or de mes recherches, qui ont porté sur 27 sujets de femmes adultes n'ayant pas eu d'enfant, 19 de jeunes filles de deux à treize ans, 57 de fœtus à terme et 4 de fœtus avant terme, résulte la proportion suivante :

Chez le fœtus, la petite fille, la femme qui n'a pas eu d'enfant, le corps et le col de l'utérus n'ont pas la même direction ; il n'est pas tout à fait exact de dire que l'axe de l'utérus soit celui du détroit supérieur du bassin. L'axe du corps est presque horizontal ; le col seul a la direction généralement indiquée. Le fond de l'utérus se trouve en rapport avec la paroi postérieure de la vessie, la face antérieure est inclinée en bas et la face postérieure très convexe regarde en haut. L'organe tout entier a donc cette forme qui l'a fait comparer si justement à une cornue dont le ventre serait dirigé en haut et en avant. La face antérieure n'est pas seulement concave pour s'adapter à la convexité de la vessie ; elle présente le sinus d'un angle ouvert en avant, d'un pli parfaitement marqué, qui correspond au point de réunion du corps et du col. Le corps est fléchi sur le col, à tel point que chez l'adulte il n'est pas possible de le redresser sans qu'il revienne à sa position aussitôt qu'on l'abandonne à lui-même.

Pas n'est besoin d'insister sur la description bien connue de l'antéflexion. Je n'ai pas, tant s'en faut, la prétention d'être le premier à signaler cette disposition ; je ne veux constater qu'une chose, c'est que l'antéflexion me paraît être non pas un état pathologique, mais une disposition normale que certaines circonstances physiologiques viennent modifier. Et, me servant des expressions de M. Deville, mais dans un sens différent et en les modifiant un peu, je puis dire : Ceci n'est point une opinion préconçue, une opinion théorique ; c'est un fait incontestable. Le corps et le col de l'utérus

---

(1) Chailly-Honoré, p. 30, 2e édit.
(2) Huschke, *Encyclopédie anatomique*, p. 430, traduction Jourdan.
(3) Huschke, loc. cit., p. 438.

(1) Cruveilhier, *Anat. descript.*, 2e édit., t. III, p. 657 et 659.
(2) Vésale, liv. v, fig. 26, t. I, p. 409.
(3) Velpeau, *Revue médico-chirurgicale*, 1849, t. VI, p. 338.
(4) Deville, *ibid.*, p. 347.

ont chacun une direction différente, dont les deux axes en se croisant forment un angle ouvert en avant. Je l'ai depuis 1850 montré plus de vingt fois à de nombreux élèves, à mes collègues, et je puis sans hésitation me charger d'en présenter des exemples inattaquables. J'ai du reste fait dessiner avec soin par notre habile dessinateur M. Léveillé cette disposition sur le fœtus, la petite fille et la femme adulte; les figures que son crayon a si bien reproduites ne laissent rien à désirer.

Sur les 107 observations que j'ai relatées plus haut, la disposition que je signale s'est présentée 98 fois, et les exceptions ont porté sur 5 fœtus et sur 2 petites filles, chez lesquels l'antéflexion était peu marquée; enfin, sur 2 fœtus j'ai constaté une rétroflexion. Ici se place naturellement, comme complément de la proposition principale, le corollaire suivant : Chez le fœtus, l'antéflexion est d'autant plus marquée que le col utérin est plus long.

Depuis l'époque où mes recherches sur le cadavre m'ont mis sur la voie de ce fait, j'ai cherché autant qu'il m'a été possible à le vérifier sur le vivant, et j'ai pu, jusqu'à un certain point au moins, en reconnaître l'exactitude. Sans doute, le nombre des faits que je citerai à l'appui est restreint; mais c'est qu'il ne faut pas oublier que l'on est assez rarement appelé à pratiquer le toucher sur des femmes qui n'ont pas encore eu d'enfant. Pour que l'assistance du médecin soit réclamée en pareil cas, il faut que l'attention des malades ait été fixée par des souffrances très vives, qui sont souvent supportées pendant un temps très prolongé, et même dans cette circonstance, si la malade consent à se soumettre à un examen, c'est avec une répugnance que l'on a beaucoup de peine à vaincre. Je ne puis guère ajouter que 10 observations à celles que j'ai constatées sur le cadavre. Dans ce cas, en portant le doigt dans le vagin, je rencontrais le col situé assez haut, quelquefois incliné à droite ou à gauche, le plus souvent un peu en avant, arrondi, lisse. Après l'avoir circonscrit facilement, j'ai vu qu'en arrière on remonte aisément jusqu'au cul-de-sac que forme le vagin en se réfléchissant sur le col; le doigt ne rencontre aucun obstacle et peut même souvent reconnaître en ce point une convexité marquée. En avant, le doigt suit tout d'abord la face antérieure du col, rencontre aussitôt une tumeur qui se continue avec lui; en même temps, l'extrémité du doigt s'engage dans une sorte de rainure, de gouttière, formée en bas et en arrière par le col, en haut par la tumeur; celle-ci est arrondie, proémine en avant vers la symphyse des pubis, et peut assez aisément dans beaucoup de cas être circonscrite entre le doigt placé dans le vagin et la main appliquée sur la paroi abdominale. Ainsi, on reconnaît que le col et la tumeur font partie d'un seul et même organe, c'est-à-dire que c'est le col et le corps de l'utérus qui se continuent en formant un angle, dans le sinus duquel pénètre l'extrémité du doigt, ou, en un mot, que c'est une antéflexion.

On peut, au reste, se familiariser avec cette recherche sur le cadavre, ainsi que moi-même je l'ai fait et fait faire plusieurs fois à quelques-uns de mes élèves.

Telles sont, en résumé, les observations qui servent de base à la proposition que j'ai cru devoir établir plus haut.

Je n'entre dans aucun développement, puisque je me réserve de donner plus au long, de concert avec M. Verneuil, les détails dont je crois ce sujet susceptible; de voir comment l'histoire du développement de l'organe, la présence d'un étranglement très marqué chez le fœtus au niveau du point de jonction du corps avec le col, la disposition des ligaments ronds, la brièveté du cul-de-sac ou du repli péritonéal utéro-vésical, etc., me semblent établir la nécessité presque absolue de l'antéflexion; comment, au contraire, par suite du développement que subit l'utérus pendant la grossesse, ces causes disparaissant, l'effet ne se rencontre plus ou du moins ne se présente que très rarement. Car je ne prétends pas nier que l'antéflexion ne puisse s'observer même après la grossesse; j'en ai moi-même observé un certain nombre d'exemples; mais presque constamment j'ai pu constater qu'elle était alors due à la présence de brides ou d'adhérences anormales. Je ne relaterai pas non plus l'importance de ce fait au point de vue de la pathologie et de la thérapeutique; je n'ajouterai qu'un seul mot, ce sera pour expliquer comment, suivant moi, un fait qui paraît aussi simple, aussi facile à constater a pu échapper aux observateurs. La raison, je crois, la voici : d'une part, chacun le sait, après la mort les tissus perdent leur élasticité, leur ressort avec une grande promptitude; d'autre part, les sujets qui sont livrés aux observations des anatomistes sont en grande majorité des sujets de femmes adultes qui ont eu au moins un enfant, en sorte que, ne tenant pas compte de cette particularité, on a décrit l'utérus tel qu'il se montre, alors qu'il a subi des modifications ou cadavériques ou physiologiques. Puis cette manière de voir s'est perpétuée jusqu'au jour où l'attention a été éveillée par des observations, par des travaux en tête desquels il faut citer ceux du maître bienveillant dont j'ai parlé (M. Velpeau), d'autant qu'en raison même des idées antérieurement émises, on a dû de prime abord considérer comme pathologique tout état qui semblait dévier du type normal, et l'antéflexion est devenue une maladie, une lésion pour laquelle on a proposé bien des traitements. Qu'est-il arrivé, en effet ? Le praticien, constatant l'existence d'une antéflexion qui lui paraissait un fait étrange, anormal, lui donna toute son attention et en fit le fait capital; le reste, c'est-à-dire l'affection réelle qui avait occasionné les douleurs, les accidents à la suite desquels la malade avait réclamé son assistance, fut méconnu ou souvent ne fut même pas soupçonné. C'est ainsi que l'antéflexion fut une cause de stérilité, et que madame Boivin, qui croyait l'avoir parfaitement établie, cite comme des exceptions les cas dans lesquels une grossesse survint malgré cette disposition.

C'est ainsi que la grossesse fut considérée comme guérissant l'antéflexion, et en effet elle disparaît presque toujours après la grossesse; la matrice devient semblable à la balance que l'on a rendue trop sensible : si l'on peut se permettre cette comparaison, elle devient folle, c'est-à-dire qu'elle n'a plus de position fixe, mais s'incline indifféremment en avant ou en arrière. C'est ainsi, enfin, qu'en 1849 MM. Velpeau, Jobert, Huguier, s'ils n'avaient été prévenus par l'idée dominante alors, qui voyait dans l'antéflexion une lésion véritable, auraient, je pense, établi le fait que je signale; quand l'un constatait la fréquence de cette disposition, l'autre assignait aux déviations utérines deux genres de causes : le premier, accidentel; le second, embryonnaire, mais accompagné d'un vice de conformation, d'un état atrophique, d'un arrêt de développement; de même qu'avant lui déjà d'autres avaient dit que l'antéflexion pouvait être congéniale, mais que les cas dans lesquels on la rencontrait étaient des anomalies; lorsqu'enfin le troisième, pour expliquer les engorgements, les déviations, les incurvations de l'utérus, abordant l'étude du développement de cet organe, constatait que ce n'était point un organe simple, mais deux organes qui, bien que connexes et matériellement unis, n'en ont pas moins un mode de développement à part et une *pathologie différente*, dernière considération qui lui faisait relier aussi l'antéflexion à un état anormal, pathologique.

Un dernier mot, enfin, avant d'abandonner ce sujet. M. Depaul, qui m'a fait l'honneur de m'adresser quelques objections, n'a pas, m'a-t-il dit, observé aussi souvent que moi l'antéflexion chez le fœtus, et il serait tenté de croire que, si je l'ai rencontré à peu près constamment, cela pourrait dépendre d'un effet cadavérique. Suivant lui, les observations que nous faisons à l'amphithéâtre portent sur des sujets déjà un peu altérés; en sorte qu'il ne serait pas étonnant que des gaz se fussent développés dans le rectum, eussent alors repoussé en avant le corps de l'utérus et déterminé la position que j'ai signalée. La réponse est facile :

1° Beaucoup de mes observations ont été faites sur des fœtus encore très frais, alors que j'étais comme interne chargé d'un service d'accouchements à l'Hôtel-Dieu;

2° J'ai toujours eu soin de m'assurer que l'intestin n'était point distendu par des gaz et de recommander à ceux qui voulaient vérifier ce fait d'observer des sujets aussi frais que possible;

3° Ce n'est pas chez le fœtus que l'antéflexion apparaît le plus manifestement : le corps de l'organe est trop peu développé, et, comme je l'ai dit, cette disposition est à cet âge en raison directe de la longueur de l'organe;

4° Elle est beaucoup plus évidente chez la petite fille;

5° Chez la femme adulte qui n'a pas eu d'enfant, l'antéflexion ne peut être considérée comme tenant à un état cadavérique; car, si on redresse l'utérus, il revient de lui-même et forcément à sa position première;

6° Enfin, la femme qui a eu des enfants ne m'a présenté que de rares exemples d'antéflexion; son corps après la mort est pourtant soumis aux mêmes influences d'altération.

Telles sont les raisons qui m'ont fait dire plus haut que je regrettais de ne pouvoir me rendre à l'argumentation toute bienveillante de M. le docteur Depaul.

Depuis que j'ai écrit ces lignes, j'ai observé six nouveaux exemples d'antéflexion : deux sur des sujets adultes, un entre autres sur une femme de soixante ans encore vierge, et quatre sur des fœtus dont un né à six mois. *(Revue médico-chirurg.)*

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 27 septembre 1853. — Présidence de M. NACQUART.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Commission du choléra.

Le ministre du commerce informe l'Académie que la commission instituée auprès de son ministère à l'effet de dépouiller les documents recueillis sur l'épidémie de 1849 a été amenée à reconnaître que ces documents étaient trop incomplets pour se prêter à aucun calcul certain et à aucune déduction exacte. Il prie, en conséquence, l'Académie de vouloir bien se mettre en mesure de lui adresser prochainement le rapport dont elle s'occupe sur ce sujet.

Epidémies.

Le même ministre transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Boret sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune d'Ormoy (Haute-Saône);

2° Un rapport de M. le docteur Mamelet, de Balgnéville (Vosges), sur une épidémie de fièvre gastro-entérite qui a éclaté dans cette commune;

3° Un rapport de M. Andriot, médecin des épidémies pour le canton de Fontaine-Française, sur une épidémie de fièvre muqueuse qui a régné dans la commune de Saint-Maurice-sur-Vingeanne (Côte-d'Or).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Cas de tératologie des organes sexuels chez une femme.

M. Courty communique une observation d'absence complète du vagin, de l'utérus, des trompes et des ovaires chez une femme dont la vulve et les mamelles étaient bien conformées, avec des réflexions sur l'absence ou l'arrêt de développement des diverses parties de l'appareil génital chez la femme et des considérations générales sur les lois de la tératologie.

Choléra.

M. Thomas adresse d'Amsterdam, à la date du 20 septembre, une lettre accompagnée d'une note de M. le docteur Vrolik, secrétaire de l'Académie des sciences de Hollande, laquelle expose l'ensemble des mesures qui ont été adoptées par l'administration de ce pays pour prévenir les ravages du choléra.

Dans une seconde lettre écrite de Bruxelles, à la date du 23 septembre, M. Thomas donne quelques renseignements recueillis à Rotterdam sur l'invasion et la marche du choléra dans cette dernière ville. D'après ces renseignements, il y aurait eu à Rotterdam, depuis le 23 août jusqu'au 21 septembre, 750 sujets atteints, dont 462 morts, 126 guéris et 162 encore malades.

Emploi des eaux de Celles dans les scrofules et le cancer.

M. le docteur Barrier (de Celles) adresse une lettre sur l'emploi des eaux minérales de Celles, et en particulier sur leur application au traitement des scrofules et du cancer. (Commission des eaux minérales).

Instruments pour obtenir la réunion immédiate des plaies.

M. Mathieu présente deux instruments construits par lui d'après les idées de M. Thomson, de Saint-Louis (Missouri), et sur les indications de M. Cooper, pour opérer la réunion immédiate des plaies. (Commissaire, M. Robert.)

Gangrène foudroyante.

M. Maisonneuve adresse, au sujet de la réclamation de M. Chassaignac sur la gangrène foudroyante, la lettre suivante, dont M. le secrétaire perpétuel donne lecture :

« A l'occasion du mémoire que j'ai eu l'honneur de présenter à l'Académie sur la gangrène foudroyante avec développement et circulation de gaz putrides dans les veines, M. Chassaignac a cru devoir rappeler ses travaux sur la gangrène traumatique. D'après la forme de cette communication, on pourrait croire que M. Chassaignac a eu l'intention d'élever une réclamation de priorité sur le fait capital qui sert de base à mon travail. Je crois donc convenable de rappeler ce fait d'une manière précise. Il consiste en ceci : que, dans une certaine forme de gangrène bien connue des chirurgiens, et que je désigne sous le nom de gangrène foudroyante, *des gaz putrides se développent spontanément dans les veines et circulent avec le sang pendant la vie des malades*.

» Or, je crois pouvoir affirmer qu'aucun écrit de mon honorable confrère ne contient la moindre indication de ce fait. » (Renvoi à la commission nommée.)

Le choléra en Perse.

M. J. Cloquet donne communication de deux lettres qu'il vient de recevoir de son neveu, M. Ernest Cloquet. La première, en date de juin, lui apprend que le choléra s'est déclaré à Téhéran vers le commencement du mois d'avril; il est venu du nord, contre toutes les prévisions. D'après la deuxième lettre, en date du mois d'août, l'épidémie aurait presque entièrement cessé à Téhéran; mais elle continue à ravager le reste de la Perse. On estime que, sur une population de 120,000 âmes, elle a enlevé de 15 à 16,000 personnes.

M. E. Cloquet dit avoir eu à se louer de l'emploi interne de l'huile de naphthe à la dose de 10 à 15 grammes.

Mort de M. Cornac.

M. le président annonce à l'Académie la nouvelle perte qu'elle vient de faire de l'un de ses membres, M. Cornac.

— L'ordre du jour appelle à la tribune M. Requin pour un rapport.

Traitement du croup.

M. Requin lit au nom d'une commission un rapport officiel sur une note de M. Ledoré (de Brest), concernant le traitement du croup, en réponse à une lettre du ministre de l'instruction publique, qui demande, sur cette note, l'avis de l'Académie. Cette note, dit M. le rapporteur, n'est autre chose qu'une lettre de deux pages que M. Ledoré s'est imaginé d'adresser, sous forme de pétition, à S. M. l'Empereur, pour démontrer la prétendue efficacité d'un nouveau traitement du croup. Ce traitement consiste :

1° A administrer le vinaigre par cuillerée à bouche, en mélange avec une égale quantité d'eau de graine de lin miellée;

2° A pratiquer des fumigations d'acide acétique au moyen d'un tuyau de fer-blanc ou de quelque autre façon.

M. le rapporteur, après avoir démontré par des citations empruntées à la note de M. Ledoré qu'il ne se faisait pas une idée exacte de ce qu'est le croup, termine en proposant, au nom de la commission, de répondre au ministre :

1° Que la note de M. Ledoré fait paraître une évidente insuffisance d'instruction et d'expérience pour le diagnostic du croup;

2° Que, faute d'un diagnostic authentique et sûr, les deux cas de prétendu croup dont, sans en décrire aucunement les symptômes, M. Ledoré attribue la guérison à l'emploi de son remède (vinaigre en potion et en fumigation), sont des faits absolument insignifiants;

3° Que, par conséquent, il n'y a pas lieu de donner suite à la pétition de M. Ledoré.

Après une courte discussion, dans laquelle MM. Larrey et J. Guérin expriment l'opinion que M. le rapporteur a donné trop de développement à son rapport, et qu'il manque du sérieux et de la gravité qui conviennent quand on parle au nom de l'Académie à l'autorité, les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

Principes actifs de la valériane et de la belladone dans le traitement de certaines affections convulsives.

M. Michéa lit un mémoire sur ce sujet. Ce travail renferme onze observations. Les affections convulsives contre lesquelles il a administré le sel atropique sont l'épilepsie, l'hystérie, la chorée, l'asthme essentiel et la coqueluche; mais c'est surtout l'épilepsie qui est le point capital de ce mémoire. La majorité des observations concerne cette maladie.

L'auteur résume son mémoire en ces termes :

Sur les six cas d'épilepsie, le valérianate d'atropine a produit quatre guérisons et deux améliorations. Tous les sujets qui ont guéri se trouvaient dans les conditions suivantes : ils étaient jeunes, ou arrivés à peine à l'âge moyen de la vie; il y avait autant d'adultes que d'enfants. Le début de la maladie remontait à une époque récente, ou du moins assez peu éloignée; la maladie était produite par des causes morales, de la frayeur dans trois cas, une vive contrariété dans l'autre; les attaques n'étaient ni précédées ni suivies d'aucun désordre dans les facultés intellectuelles et morales. Parmi les deux sujets qui ont offert une simple amélioration, l'un était âgé de cinquante ans et épileptique depuis sept ans; l'autre avait soixante-sept ans, et était épileptique depuis vingt-cinq ans. Chez tous deux, les attaques étaient compliquées de désordre intellectuel (perte de mémoire, incohérence dans les idées, etc.).

Relativement aux cinq autres sujets, les deux femmes hystériques ont guéri; il en est de même de la malade atteinte d'affection choréiforme et de l'enfant atteint de coqueluche. Chez le sujet en proie à l'asthme essentiel, le médicament s'est borné à produire de l'amélioration : au lieu de revenir deux ou trois fois par an, les accès d'asthme ne revenaient qu'une fois.

Le valérianate d'atropine a été administré de deux manières : en globules et en potions. Sous la forme de globules, la dose a varié entre un demi-milligramme et 2 milligrammes par jour. Chez les jeunes sujets, il faut commencer par un demi-milligramme par jour, sans jamais dépasser 1 milligramme. Chez les adultes, on commence par 1 milligramme. Au bout de huit à quinze jours de l'emploi du médicament, on laisse reposer le malade pendant le même nombre de jours, puis on revient à l'usage du valérianate d'atropine, en augmentant la dose d'un milligramme, en tout 2 milligrammes par jour, dose qu'il est prudent de ne jamais franchir, et on continue ainsi le traitement pendant deux, trois, quatre, cinq, six mois et plus.

C'est exclusivement dans le cas de coqueluche que le médicament a été administré en potion. Il a été ingéré à la dose de 1 milligramme dans 120 grammes d'infusion de tilleul édulcorée avec 10 grammes de sirop de Tolu : une cuillerée à café toutes les demi-heures.

Les phénomènes physiologiques produits par le valérianate d'atropine ne diffèrent en rien de ceux que détermine l'atropine elle-même; ils consistent dans la dilatation des pupilles, la diplopie, un léger vertige, la sécheresse du gosier; tous phénomènes qui disparaissent très promptement dès qu'on interrompt l'usage du médicament.

En résumé :

1° Le valérianate d'atropine est un médicament précieux dans plusieurs affections spasmodiques ou convulsives, notamment dans l'épilepsie, l'hystérie, la chorée, la coqueluche et l'asthme essentiel.

2° Dans l'épilepsie, il guérit tous les sujets jeunes, les adultes

comme les enfants, dont le début de la maladie est encore récent et dont les attaques ne sont ni précédées ni suivies de désordre intellectuel. Dans l'épilepsie ancienne et compliquée d'aliénation mentale, il ne guérit pas, mais il améliore toujours l'état des malades; il éloigne les attaques et en amoindrit la violence.

3° Ce sel est préférable à la valériane et à la belladone, d'une part parce qu'il n'a pas les inconvénients de ces plantes, dont les extraits alcooliques et les poudres sont très infidèles et n'exercent quelque action qu'autant qu'ils sont préparés récemment, sans compter l'odeur fétide de la valériane qui la fait rejeter par un grand nombre de malades; et, d'autre part, parce que, comme tous les principes *actifs* des végétaux, il agit à très faibles doses et toujours de la même manière.

4° La dose de valérianate d'atropine est au début, chez les adultes, d'un milligramme par jour; au bout d'une semaine, on l'élève à deux milligrammes. Il n'est guère possible de dépasser cette dernière dose sans déterminer une dilatation des pupilles et un trouble de la vision qui gênent ou effrayent beaucoup les malades; chez les enfants, on commence par un demi-milligramme, et il est prudent de ne jamais dépasser un milligramme.

5° Pour obtenir un effet thérapeutique appréciable, il faut prolonger le traitement pendant plusieurs mois, deux, trois, quatre, cinq, en ayant soin de le suspendre pendant huit jours de temps à autre.

Autoplastie des narines par ourlets.

M. Jobert (de Lamballe) présente à l'Académie un malade dont il a refait des narines par sa méthode par ourlets ou renversement.

Le malade dont il s'agit avait été guéri par son savant collègue M. le docteur Ricord d'une syphilide ulcéreuse qui occupait les joues, le nez, les lèvres et le front.

Lorsque le malade se présenta à l'Hôtel-Dieu, voici dans quel état il se trouvait :

1° Les joues, les lèvres et le front étaient couverts de cicatrices solides et un peu saillantes.

2° Le nez offrait une difformité assez choquante par suite de la destruction partielle des cartilages du nez. Les narines avaient dû se fermer par l'action contractile du tissu inodulaire pendant la cicatrisation.

En examinant le nez et ses contours, on remarquait une pointe saillante et difforme à la place du lobule du nez; les narines n'existaient plus, et on voyait seulement au centre un pertuis qui faisait communiquer les fosses nasales avec l'extérieur. La cloison de séparation des narines se trouvait donc confondue avec l'aile externe des narines. Lorsque le malade poussait l'air dans les fosses nasales, une légère saillie, résultat du soulèvement des parties molles cicatrisées, indiquait le siége des fosses nasales.

La difformité principale consistait donc en l'absence du lobule du nez, des narines et de la cloison médiane qui les sépare, puisque ces parties réunies constituaient une difformité dont le malade voulait se débarrasser, et voici comment on s'y prit pour l'effacer.

M. Jobert enleva avec le bistouri et des pinces à dents tout le tissu cicatriciel qui recouvrait les parties molles des narines jusqu'au sillon naso-labial, et il fit ainsi une plaie qui comprenait les côtés du lobule du nez et ceux de la cloison des narines.

Ce premier temps de l'opération terminé, il plongea le bistouri dans l'épaisseur des parties molles, à gauche et à droite de la cloison des narines; l'air s'échappa par cette ouverture, et à l'aide d'un bistouri boutonné introduit dans les fosses nasales, il dilata en haut et en bas cette incision verticale qui se termina par deux angles dirigés en dehors. C'est alors que les parties molles représentèrent un véritable lambeau, qui put être renversé en dehors et maintenu à l'aide de la suture entrecoupée et de deux aiguilles enfoncées dans l'épaisseur des parties molles et au niveau des deux angles.

Ce procédé opératoire, qui n'est qu'une application de la méthode par renversement, permettait donc à la membrane muqueuse de devenir extérieure, et à la surface saignante qui correspondait à la peau d'être en contact avec elle-même par suite de sa plicature.

Les surfaces saignantes en contact adhérèrent, et les fils purent être enlevés, ainsi que les aiguilles, lorsque l'on pensa que l'adhésion était aussi complète que possible. Il n'est survenu chez ce malade aucun accident.

Le malade présenté à l'Académie permet de constater le rétablissement des narines, l'existence de la cloison qui les sépare, et l'absence de cette pointe qui existait à la place du lobule au moment de l'opération.

Des dessins exécutés avant et après l'opération donnent une idée exacte des changements qui se sont opérés chez ce malade.

Pendant le sommeil le malade respire facilement par les fosses nasales, et, pendant la veille, il n'est pas forcé de tenir la bouche ouverte comme avant l'opération.

— La séance est levée à quatre heures et demie.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 19 septembre 1853. — Présidence de M. Rayer.

Nouvel agent hémostatique et hémoplastique (perchlorure ferro-manganique) pour le traitement des hémorrhagies, des anévrismes et des varices.

M. Pétrequin adresse sous ce titre un mémoire dans la première partie duquel il rend compte des expériences qu'il a faites pour constater le mode d'action du nouvel agent sur le sang, son action sur la tunique interne des vaisseaux sanguins, la nature du caillot, etc. Toutes les conditions auxquelles devait satisfaire un tel agent thérapeutique avaient été d'ailleurs formulées il y a plusieurs années, par M. Pétrequin, dans une publication sur le traitement de certaines tumeurs sanguines, et elles l'avaient guidé depuis dans des travaux qu'il avait commencés en commun avec M. Pravaz.

La deuxième partie du mémoire est purement relative aux applications cliniques. Nous en extrayons les passages suivants :

1° *Action hémostatique.* — J'ai maintes fois reconnu expérimentalement que le perchlorure ferro-manganique jouit de propriétés hémostatiques beaucoup plus puissantes que l'eau de Pagliari ou l'ergotine Bonjean et autres topiques qu'on emploie à cet usage. Dans les plaies qui donnent lieu à une hémorrhagie en nappe, il suffit, pour arrêter l'écoulement du sang, d'appliquer sur la surface saignante, après l'avoir préalablement lavée à l'eau froide, une compresse imbibée avec un mélange d'une cuillerée de perchlorure dans un verre d'eau. Si l'écoulement n'est pas arrêté, on réussira en ajoutant au mélange une seconde cuillerée de perchlorure.

La plaie est-elle inégale et irrégulière, on placera d'abord, avant la compresse, un tampon de charpie trempée dans le mélange liquide. Ce procédé peut encore suffire quand l'hémorrhagie provient d'une petite artère. On pourrait remplacer la charpie par un tampon d'amadou, d'éponge ou de linge, qui servira en outre à comprimer le vaisseau lésé.

J'ai souvent réussi en procédant de la sorte dans quelques opérations chirurgicales, telles que les incisions, les amputations de doigts ou d'orteils, les ablations de glandes ou de squirrhes mammaires, etc.

Dans les piqûres de sangsues, qui chez les enfants et certains sujets débiles donnent lieu à des hémorrhagies inquiétantes, l'application d'un tampon de charpie ou d'amadou imbibé de perchlorure pur et maintenu avec le doigt suffit pour arrêter le sang à l'instant.

Ce moyen m'a réussi dans des cas d'épistaxis où le tamponnement et les autres hémostatiques avaient échoué. Je n'en citerai qu'un exemple très probant.

L'auteur cite plusieurs cas d'épistaxis qui n'avaient pas cédé à l'emploi des hémostatiques et des tamponnements.

« *Observation d'une épistaxis incoercible. Inefficacité des hémostatiques et du tamponnement ordinaires. Injection et tampon de perchlorure ferro-manganique. Guérison.* — Le 18 juillet 1853, une femme de trente-huit ans entre à l'hôpital dans la nuit pour une épistaxis qu'aucun hémostatique n'a pu arrêter. On tamponne une fosse nasale. Le lendemain, l'hémorrhagie continuant toujours, j'injecte une solution étendue de perchlorure ferro-manganique. Le sang est arrêté. Il reparaît après deux jours. On fait une injection de perchlorure à 30 degrés presque pur. L'hémorrhagie cesse à l'instant; mais une heure après, la malade ayant fait des mouvements, quelques caillots tombent dans le larynx et amènent la suffocation. Teinte violacée de la face; froid des extrémités, menace d'asphyxie. M. Jacquemet, interne du service, sauve les jours de la malade en faisant l'ablation des caillots. Malgré son état de chloro-anémie consécutive l'épistaxis ne reparaît plus (traitement corroborant; préparations ferro-manganiques; régime réparateur); sa santé s'améliore rapidement. Elle sort le 14 août en état de guérison. »

On obtient le même succès pour les hémorrhagies nasales qui suivent certaines opérations, comme celles des polypes muqueux. L'auteur en cite deux exemples remarquables que le défaut d'espace nous empêche de reproduire ici.

2° *Action hémoplastique.* — Depuis 1845, j'ai réussi avec la galvanopuncture à déterminer la coagulation du sang dans les anévrismes. Les succès que j'ai publiés ont donné l'impulsion à ce genre de recherches. La méthode nouvelle que je formulais est devenue, pour l'hémoplastique, le point de départ d'une foule d'expériences et d'applications. C'est spécialement en vue des anévrismes que M. Pravaz a proposé le perchlorure de fer, et que nos premières études expérimentales avaient eu lieu, comme je l'ai exposé dans la première partie de ce mémoire.

J'écrivais, en 1846, à propos de la galvano-puncture : « Cette innovation chirurgicale ne se bornera point à la curation des anévrismes; un vaste champ lui est ouvert. J'ai fait pressentir qu'elle recevrait des applications nombreuses. Ainsi, pour ne pas sortir du cadre des maladies qui ont le plus de rapport avec les anévrismes, je ferai remarquer qu'on peut l'appliquer à la cure des tumeurs variqueuses.

» Un second groupe de maladies non moins importantes, auxquelles la nouvelle méthode pourra s'adresser avec succès, c'est celui des tumeurs vasculaires, comme les *nævi materni*, les tumeurs érectiles des diverses régions, etc.

» Il est encore un autre cadre de lésions, telles que les tumeurs sanguines, les hémorrhoïdes, les fongus vasculaires, etc., où la galvanopuncture pourra être appelée à rendre de grands services. » (*Gazette médicale*, 1846.)

Les mêmes considérations s'appliquent parfaitement au perchlorure de fer et de manganèse. Je n'ai pas encore eu occasion de l'employer pour des anévrismes, mais j'ai été logiquement conduit à l'utiliser pour la guérison des tumeurs variqueuses. L'Hôtel-Dieu de Lyon peut revendiquer la gloire d'en avoir le premier fait l'application (M. Valette a opéré le 18 juillet, M. Pétrequin le 19, et M. Desgranges le 20). La fréquence des varices, les incommodités et les maladies qu'elles entraînent, comme œdème, phlébite, ulcères, et même impotence du membre, viennent doubler la valeur de la méthode qui les comprend dans sa sphère d'action. Voici un fait propre à éclairer la question.

Varices étendues de la saphène interne gauche; large ulcère. Injection de perchlorure. Guérison. — Le 30 juillet, M. Pétrequin opéra un chiffonnier âgé de trente-trois ans, pour des varices étendues de la jambe gauche, qui depuis huit ans ont amené plusieurs ulcères, de sorte que la peau du membre est littéralement dégénérée en tissu de cicatrice. Un large ulcère existe à la jambe droite. — On fait deux injections, l'une de 14 gouttes, et l'autre de 12, par une ponction directe.

Le 7 août, M. Debout constate l'absence d'accident et d'inflammation et l'oblitération des varices.

Le 12, le malade s'étant levé malgré la consigne, la jambe est un peu douloureuse. (Cataplasmes, bain, repos.) L'accident se dissipe; le caillot induré diminue, l'ulcère se cicatrise avec du perchlorure étendu. On constate que la guérison est complète et la saphène oblitérée.

Le 11 septembre, le malade sort.

3° *Applications diverses.* — J'ai employé avec succès, sur des ulcères atoniques, des compresses d'une solution étendue de perchlorure. Un changement rapide s'opéra dans la vitalité et le travail de leur réparation.

Cette même solution est un bon modificateur des ulcères sordides; elle modifie heureusement leur surface.

C'est un excellent antiputride pour les plaies gangréneuses et les suppurations fétides; elle leur enlève rapidement leur mauvaise odeur : propriété importante pour l'hygiène des hôpitaux.

Elle est d'un précieux secours pour les plaies de mauvaise nature; elle modifie la surface suppurante et décompose les liquides putrides.

Depuis que dans mes amputations je fais usage de cette solution pour nettoyer les moignons dont la suppuration devient fétide, je n'ai pas vu se développer l'infection purulente; et si ce n'est pas la cause exclusive, il lui en revient une part.

Enfin, on administre le perchlorure à l'intérieur dans certaines hémorrhagies internes et dans quelques affections asthéniques.

(Commission chargée de l'examen du mémoire de M. Pravaz.)

Guérison d'un fongus hématode au moyen d'un fil de platine chauffé par le galvanisme.

M. Crusell adresse de Saint-Pétersbourg une note dans laquelle, rappelant différentes communications qu'il a faites précédemment à l'Académie, et entre autres une note sur la guérison d'un fongus hématode au moyen d'un fil de platine chauffé par le galvanisme, il revendique la priorité d'invention de ce procédé récemment appliqué par M. A. Amussat dans un cas analogue.

Causes et traitement de l'albuminurie et de l'éclampsie des femmes enceintes.

M. Edouard Robin soumet au jugement de l'Académie une note ayant pour titre : *Considérations nouvelles sur les causes et le traitement de l'albuminurie et de l'éclampsie des femmes enceintes. Nouvelle interprétation des accès et des suites de l'éclampsie. Mode d'action des agents qu'on emploie dans le traitement de ces maladies.*

Ce travail est une nouvelle application des résultats généraux auxquels est arrivé l'auteur, en considérant aux points de vue physiologique et pathologique les modifications de l'hématose et le rôle que jouent dans l'organisme vivant les agents modérateurs de la combustion lente. Les nouveaux faits qu'il présente offrent à ses yeux la confirmation de ce qu'il avait précédemment annoncé, que les composés qui produisent l'état anesthésique du sang jouissent de cette propriété, parce qu'ils exercent sur l'organisme vivant une action semblable à celle qu'ils ont sur les matières mortes d'origine animale ou végétale, qu'ils préservent de la putréfaction, c'est-à-dire qu'ils protégent contre la combustion lente. (Commission composée de MM. Serres, Andral et Velpeau.)

Nouvelle méthode pour l'étude de l'anatomie topographique.

M. Flourens met sous les yeux de l'Académie plusieurs livraisons d'un ouvrage publié à Saint-Pétersbourg par M. le professeur Pirogoff et qui a pour titre : *Anatome topographica sectionibus per corpus humanum congelatum triplici directione ductis illustrata.*

Mon but, dit M. Pirogoff dans une note jointe à cet envoi, étant de montrer les organes internes dans leurs véritables rapports de position, j'ai trouvé dans l'endurcissement des parties par l'action du froid un moyen efficace de prévenir toute espèce de dérangement. Les cadavres qui doivent servir pour les planches de mon Atlas anatomique restent intacts jusqu'à ce que, par une exposition prolongée à une température de 15 degrés au moins au-dessous de zéro, ils soient devenus complétement rigides; c'est alors seulement qu'on pratique les sections jugées nécessaires pour bien faire apprécier les positions relatives. Ces coupes sont exécutées au moyen d'une scie mécanique semblable à celles dont on se sert pour le débit des bois de placages, de sorte qu'à aucun moment de la préparation il n'existe de causes de dérangement.

On conçoit bien, poursuit M. Pirogoff, qu'un pareil procédé n'est pas applicable dans tous les pays; à Saint-Pétersbourg même, je n'ai eu que rarement, dans les quatre derniers hivers, un froid assez intense et assez continu pour avancer, comme je l'aurais souhaité, la marche de cet ouvrage. (Commission composée de MM. Duméril, Serres et Flourens.)

Nouvelle opération d'ostéoplastie.

M. Pirogoff adresse une autre note, qui est destinée à faire connaître une nouvelle opération d'ostéoplastie qu'il a imaginée et plusieurs fois appliquée avec succès. Le résultat a été de rendre plus longue d'un à deux pouces une jambe trop courte, en soudant à l'extrémité inférieure du tibia une portion du calcanéum détachée du reste par une section verticale.

Des personnes qui ont été ainsi opérées, aucune n'a succombé à l'opération, et toutes marchent sans boiter.

CORRESPONDANCE.

Monsieur le Rédacteur,

J'ai cru devoir, pour sauvegarder ma dignité, écrire ce qui suit à l'Académie des sciences :

« Messieurs, l'Académie de médecine a adopté à l'unanimité les » conclusions d'un rapport qui lui a été fait le 13 de ce mois, et dans » lequel il est dit que les chiffres que j'ai présentés à votre jugement » sont « *trompeurs.* »

» Le rapporteur a dit en outre que M. Ch. Dupin les avait « *complétement réfutés.* »

» Cela est-il vrai, messieurs? Un oui ou un non, voilà tout ce que » réclame de votre justice ma probité mise en doute. »

Dans la séance de lundi 26 septembre 1853, l'Académie des sciences a décidé que cette lettre serait envoyée à la commission nommée précédemment, en 1849, c'est-à-dire plusieurs mois après la prétendue réfutation de M. Ch. Dupin, que vos lecteurs trouveront aux *comptes rendus* du 4 décembre 1848 et au *Moniteur* du 21 du même mois. M. Bayard a, dans la *Gazette des Hôpitaux* du 6 août 1853, fait connaître ma réponse à cet anachronisme de vingt-cinq ans. Je n'ai rien à y ajouter.

Vos lecteurs apprécieront, monsieur, de quel côté se trouve la *tromperie*, de quel côté la bonne foi.

Veuillez agréer, etc. H. Carnot.

Paris, 27 septembre 1853.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Le concours pour les prix à décerner aux élèves externes des hôpitaux commencera le mercredi 26 octobre, à midi, à l'amphithéâtre, rue Notre-Dame.

Le concours pour les prix à décerner aux élèves internes des hôpitaux commencera le 7 novembre, à midi, dans le même amphithéâtre.

— Le concours pour la nomination des élèves internes commencera le 26 octobre.

Le concours pour la nomination des élèves externes commencera le 4 novembre.

— M. le docteur Voillez vient d'être nommé membre associé de la Société médicale des hôpitaux.

— Le nouvel hôpital élevé au clos Saint-Lazare, et qui a reçu successivement les dénominations d'hôpital Louis-Philippe et d'hôpital du Nord, vient de prendre définitivement le nom d'hôpital de la Riboisière. C'est par suite d'une libéralité de plusieurs millions faite à la ville de Paris par Mme la comtesse de la Riboissière, que l'administration municipale a été autorisée à donner au nouvel établissement le nom de sa bienfaitrice.

Ce vaste hôpital sera sous peu en état de recevoir des malades.

— On écrit de Dantzig, 20 septembre : Quoique diminuant d'intensité, le choléra fait toujours de nombreuses victimes. Jusqu'ici, 800 personnes en ont été atteintes, et 450 en sont mortes.

Il règne aussi dans d'autres parties de la province, surtout dans le riche village de Jungfer, cercle d'Elbing, où déjà la dix-huitième partie de la population en a été victime.

— On écrit de Cassel, 23 septembre : Le choléra a éclaté à Rinteln, dans le comté de Schaumbourg. Sur 15 cas, plus de la moitié ont été suivis de mort.

— La fièvre jaune continue à décroître à la Nouvelle-Orléans.

— Le choléra a paru dans plusieurs villes des Indes anglaises. Il y avait un grand nombre de malades parmi les troupes.

— Les pharmaciens de l'Alsace viennent de perdre un de leurs confrères des plus distingués en la personne de M. Moritz, pharmacien à Neuf-Brisach, membre du jury médical du Haut-Rhin, décédé à l'âge de cinquante-quatre ans.

— Le docteur D. Thomas Araujo, député aux Cortès et ayant siégé dans plusieurs législatures, vient de mourir à Madrid.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 116. — SAMEDI 1er OCTOBRE 1853. (26e ANNÉE.) N° 116. — SAMEDI 1er OCTOBRE 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

	Trois mois	Six mois	Un an
Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse	8 fr. 50 c.	16 »	30 »
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies	9 fr.	17	33
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar	10 fr.	20	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

PARIS, LE 30 SEPTEMBRE 1853.

Le nombre des décès par la diarrhée a diminué à Londres, pendant la dernière semaine, du 17 au 24 septembre; les décès par le choléra ont au contraire augmenté assez sensiblement. Voici le relevé officiel :

Rapport officiel de la mortalité de Londres du 17 au 24 septembre.

Mortalité totale	969
— due au choléra	29
— due à la diarrhée	89

Sur les 29 individus qui ont succombé au choléra, on compte seulement 6 enfants au-dessous de 15 ans.

Observations météorologiques.

Baromètre, 29,8 p. — 75,6 cent.
Température moyenne, 54°,6 Fahr. = 12°,4 centigr.
Vents, O. et S.-O.
Etat électrique positif.

— M. le docteur Mélier, qui a mission du gouvernement français d'étudier la marche et le mode de traitement du choléra en Angleterre, a eu lundi une conférence avec la direction générale de santé dans ses bureaux à Whischall.

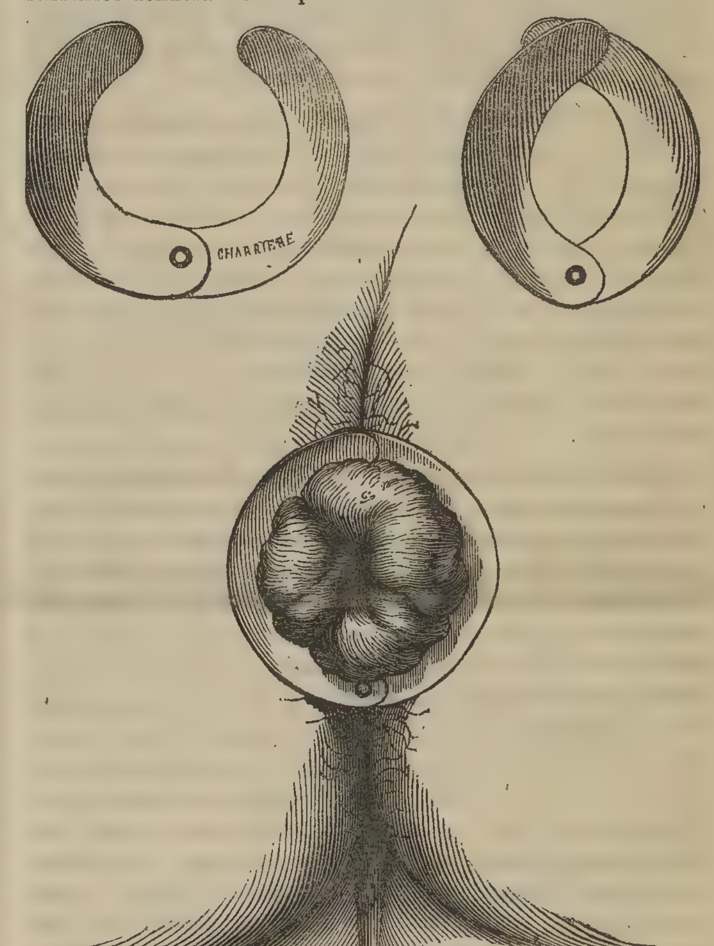
REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Du traitement des hémorrhoïdes. — Application du caustique de Vienne rendue plus facile par l'usage de la capsule hémorrhoïdaire de M. Jobert (de Lamballe).

Des différentes méthodes de traitement employées contre les hémorrhoïdes, deux seulement paraissent devoir rester définitivement acquises à la pratique (1). Depuis longtemps il n'est plus question de la compression, et c'est à peine si la ligature, soit en masse, soit par fraction, d'une tumeur hémorrhoïdale, est encore pratiquée quelquefois par de rares chirurgiens; tous savent les douleurs atroces que ce traitement procure aux malades. Il ne reste donc plus que la cautérisation et l'excision; encore, de ces deux méthodes générales, certains procédés doivent-ils, dans la majorité des cas, être préférés à tous les autres. Ainsi, on ne pratique plus l'extirpation complète d'un bourrelet hémorrhoïdal. L'incision simple est réservée pour les cas où les hémorrhoïdes sont en petit nombre, volumineuses et fluctuantes; et même alors la crainte des hémorrhagies ou de la propagation de l'inflammation jusque dans les veines mésaraïques, ou peut-être jusque dans la veine porte, doit-elle rendre très circonspect le chirurgien qui veut recourir à ce procédé.

L'excision jointe à la ligature des vaisseaux divisés, et pratiquée comme M. Jobert l'a conseillé (*Gazette médicale*, t. VII, p. 385, 1839), n'a plus les mêmes inconvénients que l'extirpation en masse du bourrelet hémorrhoïdaire, ou que l'incision d'une seule hémorrhoïde fluctuante, car le chirurgien n'incise qu'en dédolant sur le tissu essentiellement vasculaire qui constitue l'hémorrhoïde, et il a soin de lier immédiatement chacun des vaisseaux qui donnent du sang, artères ou veines. Cette précaution met à l'abri de toute hémorrhagie consécutive; mais il reste encore l'inflammation, qui par elle-même peut, dans certains cas, devenir suffisamment inquiétante. Aussi M. Jobert n'a-t-il recours à l'excision que dans des cas exceptionnels dans lesquels la cautérisation ne peut être pratiquée, surtout quand les hémorrhoïdes remontent assez haut dans l'intérieur du rectum. On sait, en effet, qu'en portant le caustique aussi profondément dans l'intérieur de l'intestin, on s'expose à avoir plus tard des rétrécissements qui nécessitent une nouvelle intervention du chirurgien, sans parler des accidents plus immédiats que le caustique peut déterminer, car il ne sait, comme le bistouri dirigé par une main habile, s'arrêter à temps, juste au point sur lequel l'opérateur a voulu le conduire. Voilà pourquoi, tout en préférant la cautérisation pour le plus grand nombre des cas, M. Jobert a quelquefois encore recours à l'excision. Alors, après avoir engagé le malade à faire des efforts de défécation pour provoquer la sortie du bourrelet, il l'attire encore davantage hors de l'anus en saisissant les hémorrhoïdes aussi haut que possible dans l'intérieur du rectum, soit avec des pinces à crochets, soit avec des érignes, et il agit ensuite avec le bistouri, comme nous venons de le dire, sur des parties amenées à la portée de la vue.

Dans toutes les autres circonstances, la cautérisation lui paraît préférable; cette méthode, en effet, a sur toutes les autres l'avantage immense d'oblitérer les vaisseaux en même temps qu'elle détruit la tumeur dont l'ablation a été jugée nécessaire. Aussi radicalement utile que l'extirpation, elle n'est pas comme cette dernière suivie d'hémorrhagies ou de phlébite; mais cette méthode compte comme les autres différents procédés. Doit-on employer le cautère actuel ou les caustiques? et, dans ce dernier cas, à quelle substance donnera-t-on la préférence?



Le cautère actuel, justement parce qu'il agit plus énergiquement, doit être réservé pour certaines hémorrhoïdes fongueuses, végétantes, d'une date ancienne, et qui sont la source d'hémorrhagies passives, capables de compromettre la vie des malades. Dans

(1) En écrivant ces lignes, nous ne nous dissimulons pas que d'un instant à l'autre une nouvelle méthode peut surgir comme conséquence de la découverte de M. Pravaz. On a déjà injecté et, dit-on, avec avantage le perchlorure de fer dans des veines variqueuses. Il se pourrait également que l'on songeât à son injection dans des tumeurs hémorrhoïdales; mais tout nous fait supposer que ce serait avec bien peu de chances de succès, car, dans l'immense majorité des cas, le sang contenu dans l'hémorrhoïde est coagulé: et d'ailleurs, comme l'a fait remarquer M. Jobert, des injections faites dans des veines qui n'ont pas de valvules, comme les veines mésaraïques et celles qui forment la veine porte, pourraient être suivies d'accidents sur lesquels nous n'avons pas à insister en ce moment.

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité de la science médicale, histoire et dogmes, par M. le docteur Ed. AUBER.

La tendance de notre siècle est, par-dessus tout, au côté pratique et matériel des choses. Peu nous importent les théories, les hypothèses, si elles ne finissent par conduire directement ou indirectement à un fait, à une découverte utile. D'aucuns déplorent cette tendance, et l'auteur du livre que nous avons sous les yeux semble en être tout particulièrement chagrin. « Aujourd'hui, dit-il, les arts sont en grand honneur, les sciences sont moins favorisées; les artistes s'agitent, les philosophes sommeillent; de toutes parts, même en médecine, on ne voit guère surgir que des ouvrages d'art ou de pratique. » A notre avis, ceci témoigne d'un grand progrès. On a reconnu enfin que les abstractions ne conduisaient pas à grand'chose, que l'humanité n'avait jamais rien gagné aux discussions nébuleuses de la philosophie, et l'on s'est rejeté sur l'observation des faits dans l'espoir que les résultats en seraient plus profitables.

L'expérience a donné raison aux novateurs. Les services rendus par la vapeur, par l'électricité sont plus grands que les résultats des discussions philosophiques du dix-huitième siècle. Les découvertes matérielles et pratiques d'Avenbrugger, de Laënnec ont conduit plus loin en médecine que les dissertations sur la force médicatrice et sur le principe vital. Ce qui ne veut point dire que nous proscrivions complétement les discussions abstraites et les travaux dits philosophiques; mais, à notre point de vue, ce sont des délassements de l'esprit, des œuvres tout à fait accessoires qui, en médecine principalement, ne primeront jamais les travaux desquels pourra découler une solution pratique représentant, en définitive, le salut d'une vie humaine.

Ceci une fois établi, pour répondre au regret exprimé par M. Auber, nous ajouterons que nous ne considérons le *Traité de la science médicale* qu'il publie aujourd'hui ni comme un *essai téméraire*, ni comme un *non-sens*, ainsi qu'il paraît le craindre. L'auteur a déjà prouvé et dans sa *Philosophie médicale*, publiée il y a bientôt quinze ans, et dans divers travaux antérieurs, qu'il était passé maître dans l'exposition et le développement des abstractions scientifiques; d'autre part, son *Hygiène des femmes nerveuses* l'a placé à un rang honorable parmi les praticiens. A ce double titre, il avait parfaitement le droit de choisir un sujet qui, fût-il un peu en dehors des tendances générales de l'époque, ne pouvait manquer, sous sa plume habile, d'acquérir un intérêt réel et d'avoir de nombreux lecteurs, non peut-être parmi les commençants, car il faut déjà beaucoup savoir pour le comprendre en entier, mais parmi ceux qui achèvent leurs études ou se livrent depuis longtemps à la pratique.

Sans entrer dans les détails d'une analyse qui exigerait à elle seule presque un volume, examinons rapidement l'esprit dans lequel a été conçu le livre de M. Auber et l'ordre dans lequel il a disposé les matières qu'il s'est proposé de traiter.

Dès les premières pages il serait facile de s'apercevoir, alors même que l'auteur ne prendrait pas soin d'en avertir, qu'il appartient à cette école qui se qualifie d'hippocratique; nous voulons parler de l'école de Montpellier, dont les doctrines, un peu trop exclusives peut-être, ne sont pas, il faut l'avouer, aussi connues ici qu'elles mériteraient de l'être. Ce serait une heureuse chose, à notre avis, qu'une exposition raisonnée des doctrines de Montpellier faite en quelques heures à Paris par le professeur de pathologie générale, tandis que dans la Faculté du Midi pareille exposition aurait lieu des doctrines plus matérialistes de Paris. De ce double enseignement résulteraient probablement quelques avantages pour les élèves de l'une et de l'autre Faculté. Mais il est à craindre qu'il n'en soit pas ainsi de longtemps; les esprits ne paraissent de nos jours disposés à aucune espèce de *fusion*; chacun tient à ses principes, que naturellement il croit les meilleurs; il n'y a que des individus isolés qui puissent tenter de mettre à profit pour eux seuls l'étude comparative d'opinions et de théories si différentes, si opposées. Pour ceux-là, le livre de M. Auber sera véritablement utile, et ils trouveront résumés en quelques propositions, dans la préface, les principes, les dogmes qui constituent la base de l'hippocratisme.

Le *Traité de la science médicale* est divisé en trois parties.

La première, que l'auteur intitule *méthodologie*, traite de la médecine en général, de son origine, de son objet et de ses domaines, de ses rapports avec les autres sciences. Puis vient l'étude des révolutions de la médecine et l'exposition du vitalisme hippocratique, continué, commenté et développé. Dans le chapitre où l'auteur énumère les diverses branches des sciences médicales, leur objet distinct et spécial, fait ressortir les liens qui les unissent, établit l'ordre dans lequel elles doivent être étudiées, nous avons remarqué une innovation sur laquelle nous devons nous arrêter un instant.

M. Auber donne, sous le nom de bibliothèque de l'étudiant et du praticien, une liste d'ouvrages anciens et modernes sur chacun desquels il offre, en une ou deux phrases concises, le résumé de son appréciation. Nous sommes loin de désapprouver cette liste raisonnée, mais nous croyons qu'elle est très difficile à faire, surtout à l'égard des livres des hommes encore vivants, sur le compte desquels on ne peut pas toujours ou l'on ne se soucie pas de dire sa façon de penser entière et complète. Mais un petit reproche que M. Auber nous permettra de lui adresser, c'est de ne pas avoir tenu compte ici des nouvelles publications de la librairie médicale depuis vingt-cinq ou trente ans; d'indiquer, par exemple, l'édition de Nysten de 1810, tandis que d'autres bien plus complètes ont été faites depuis; d'avoir un peu confondu l'ordre des matières en certains endroits, en plaçant, par exemple, la pathologie de Gaubius au milieu des livres d'anatomie; le précis de la doctrine de Montpellier d'Alquié entre les ouvrages de chirurgie, etc. Ce sont là de petits défauts de détail que nous devions signaler à M. Auber, pour qu'il les corrige dans une nouvelle édition.

ces circonstances l'application du fer rouge procure immédiatement un effet avantageux, en supprimant les écoulements sanguins et en modifiant dans un sens favorable la vitalité non-seulement des tissus malades, mais même de toute la région. Il y a peu de temps M. Jobert (de Lamballe), ayant à traiter un homme atteint d'hémorrhoïdes qui, par suite de leur étranglement, s'étaient gangrénées, les cautérisa avec le fer rougi à blanc, et le malade guérit rapidement. Nous l'avons vu également employer le cautère actuel simultanément avec le caustique de Vienne chez une dame dont le bourrelet hémorrhoïdal avait cet aspect végétant dont je parlais plus haut. Mais c'est du caustique de Vienne qu'il fait le plus ordinairement usage. Ce caustique a l'avantage d'être facile à préparer; il peut se mouler sur les surfaces avec lesquelles on le met en contact. L'eschare qu'il forme, tout en étant assez épaisse pour désorganiser une certaine couche de tissus, ne s'étend cependant pas assez profondément pour qu'il y ait à redouter de la voir dépasser certaines limites. Enfin, il ne fuse pas comme la potasse pure. Le chirurgien peut donc surveiller son action mieux que celle de tout autre caustique; mais cependant son application nécessite quelques précautions qu'il est urgent de ne pas négliger. Ainsi, la partie sur laquelle le caustique va être appliqué doit être maintenue au dehors, et tellement isolée des parties voisines que ces dernières ne puissent être cautérisées elles-mêmes. Bien que le caustique ne fuse pas au loin, le sang qui s'écoule pendant son application peut en entraîner sur le périnée ou sur les fesses, et il est nécessaire d'abriter ces parties. On avait donc besoin d'aller saisir le bourrelet hémorrhoïdal aussi haut que possible, et on l'attirait au dehors, comme pour l'excision, avec des pinces et des érignes confiées ensuite à des aides, puis on entourait la marge de l'anus de charpie et de morceaux de diachylon découpés. Ce n'est qu'après tous ces préparatifs que l'on appliquait la pâte de Vienne. On avait même inventé des gouttières à l'aide desquelles on ne la mettait en contact qu'avec le pourtour du bourrelet.

Avec un instrument qu'il vient d'inventer, et auquel il a donné le nom de capsule hémorrhoïdaire, M. Jobert peut se passer d'aides, d'érignes, de diachylon, de charpie, etc. Qu'on se figure deux lames de métal (argent ou maillechort) concaves et articulées l'une avec l'autre (fig. 1), de telle sorte que leurs bords concaves puissent se rapprocher en interceptant une ellipse plus ou moins allongée (fig. 2), et l'on aura une idée exacte de cet instrument aussi simple qu'ingénieux et facile à manœuvrer. Dire qu'il a été exécuté par M. Charrière sur les indications de M. Jobert suffit du reste pour assurer qu'il remplit parfaitement toutes les conditions exigées.

Quand l'instrument est fermé, comme les deux bords externes qui forment sa grande circonférence sont un peu relevés, il représente assez exactement une de ces capsules dont on se sert dans les laboratoires de chimie, et la ressemblance est encore plus frappante quand, au lieu d'examiner l'instrument isolé, on le considère lorsqu'il étreint une tumeur hémorrhoïdale (fig. 3). Comme il est facile d'en avoir de toutes les dimensions, et que l'on peut à volonté augmenter ou diminuer la courbure des deux lames constituant l'instrument, on conçoit qu'il est possible d'opérer sur des tumeurs de toute grosseur. A-t-on à opérer sur une ou sur plusieurs hémorrhoïdes bien nettement pédiculées, isolées les unes des autres, une petite capsule moins ellipsoïde et presque circulaire les étreint successivement l'une après l'autre à leur base; on applique le caustique; les lames de la capsule protégent toutes les parties voisines. Elles peuvent ainsi être cautérisées isolément soit dans la même séance, soit à plusieurs jours d'intervalle. A-t-on un bourrelet hémorrhoïdal ou des tumeurs qui, isolées dans le principe, sont agglutinées l'une à l'autre et forment une seule masse dont les lobes ne sont pas assez séparés pour pouvoir être attaqués isolément, on embrasse le tout dans une capsule plus grande, plus allongée, et on agit sur toute la surface du bourrelet. Mais à quoi bon tous ces détails? il n'est pas un seul praticien dont l'intelligence n'ait déjà compris toutes ces variétés de manuel opératoire, et le court résumé d'une opération pratiquée récemment à l'Hôtel-Dieu par M. Jobert lui-même en dira plus à ce sujet que tous les préceptes possibles.

Keller (Léon), âgé de cinquante-huit ans, cuisinier, entre le 9 septembre 1853 à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Jobert (de Lamballe), salle Saint-Côme, n° 33.

Cet homme a un tempérament bilioso-sanguin; il est depuis trois ans environ affecté d'hémorrhoïdes non fluentes, mais formant un bourrelet qui à des époques indéterminées devient assez saillant pour provoquer de la gêne et de la douleur. Quelques semaines avant son entrée à l'hôpital, il fit une chute sur le siége en aidant à descendre une pièce de vin dans une cave; son bourrelet, qui ne l'incommodait pas dans ce moment, devint dès le lendemain très volumineux; la défécation fut douloureuse et plus difficile que d'habitude, et, cet état persistant plus longtemps qu'aux attaques précédentes, le malade se décida à entrer à l'hôpital. On constata, en effet, qu'il existait au pourtour de l'anus un bourrelet d'un rouge vif, saillant, ayant au moins 2 centimètres et demi d'élévation au delà de la marge de l'anus (fig. 3). Ce bourrelet était formé par trois tumeurs alors adhérentes l'une à l'autre, mais qui dans le principe avaient dû être très nettement séparées. Il ne laissait pas suinter de sang, mais un mucus blanchâtre.

Le 15 septembre, le bourrelet entier étant serré à sa base entre les deux lames d'une capsule hémorrhoïdaire (fig. 3); une couche de pâte de Vienne fut appliquée sur toute sa surface et maintenue en place quatre minutes et demie. Après avoir enlevé le caustique, puis bien lavé avec de l'eau fraîche tous les points sur lesquels il avait été appliqué, le chirurgien saisit avec les mors d'une pince à pansement chacune des lames de la capsule, afin de les écarter l'une de l'autre, comme dans la figure 1, pour retirer l'instrument. Des lotions froides furent faites les jours suivants.

Le bourrelet hémorrhoïdal avait pris une teinte noirâtre; dès le 16, il était flétri et diminué de volume.

Le 18, on peut en enlever une portion avec des pinces. Cette partie, agitée dans l'eau et soigneusement examinée, ne présente pas trace d'organisation; c'était une petite masse informe, se divisant par le lavage en petites houppes analogues à celles que forme la matière cérébrale ramollie quand on la soumet à l'action d'un filet d'eau.

Le 19, une nouvelle cautérisation fut pratiquée de la même manière.

Le 23, l'eschare était complétement détachée; une saillie rosée, de quelques millimètres d'élévation seulement, existait encore au pourtour de l'anus. Une cautérisation avec le nitrate d'argent fut pratiquée ce jour-là, puis renouvelée le 26, et le malade, actuellement guéri, aurait depuis plusieurs jours quitté l'hôpital s'il n'attendait un bandage destiné à contenir une hernie inguinale dont il est depuis longtemps porteur.

La saillie laissée au pourtour de son anus par les restes du bourrelet hémorrhoïdal ne dépasse pas 4 millimètres. Pendant tout le cours du traitement, son état général a été très satisfaisant.

T. Gallard, interne.

Résection de la phalange métacarpienne du doigt auriculaire par un nouveau procédé.

Le principe, selon nous si utile, qui a été introduit dans la médecine opératoire des résections articulaires le jour où l'on a dit: Il faut sectionner les os avant de les désarticuler, est appelé à rendre des services éminents dans les sections diaphysaires. Cela est surtout vrai dans les membres ou portions de membres qui ont un seul os et chez lesquels le manuel opératoire offre de grandes difficultés d'exécution, soit pour exemple la résection du corps d'une phalange à la main.

Si nous adoptons tout autre procédé que celui de la section préalable de l'os en deux parties vers son milieu, qu'avons-nous à faire? Disséquer avec soin les tendons à la face dorsale et à la face palmaire, trouver avec précision une des limites, soit la supérieure, soit l'inférieure, du mal, y faire la section de l'os avec la cisaille de Liston ou avec la scie à chaîne.

Si la description de ce procédé est simple, son exécution est d'une difficulté extrême. En effet, une condition importante de cette résection, c'est de ménager les tendons extenseurs et fléchisseurs du doigt. On ne peut arriver à ce résultat qu'en ayant recours à une incision longitudinale, soit qu'on la pratique, comme nous le faisons, sur un seul côté, soit qu'on la répète sur le côté opposé. Pour opérer comme nous l'avons indiqué, il faut donc faire, selon M. Chassaignac, à travers cette incision la recherche des points où se trouve la limite aux parties saines de la portion de phalange qu'on veut enlever. Cette recherche doit se faire de toute évidence vers les deux extrémités de l'incision longitudinale; mais chacun sait que dans les plaies de résection les recherches en général et les manœuvres opératoires se font d'autant plus difficilement qu'on agit dans l'angle d'une incision. En pareil lieu, il est difficile de faire une exploration, d'exécuter une section d'os.

Voici donc le procédé qu'a choisi le chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine pour remédier à ces inconvénients:

Une incision longitudinale étant faite sur le côté externe du doigt auriculaire, les tendons ont été décollés tant à la face palmaire qu'à la face dorsale de la phalange, et avec un soin particulier au niveau de la partie moyenne; puis, avec une cisaille de Liston, la phalange a été coupée en deux tronçons perpendiculairement à sa longueur et à égale distance de ses extrémités. Les deux fragments étant rendus par là très mobiles et déplaçables à volonté, il a été très facile d'en réséquer complétement, mais très exclusivement, les portions malades, de manière à juxtaposer les espèces de plateaux auxquels se trouve désormais réduite la longueur de la phalange. Un pansement par occlusion et une petite attelle ont constitué tout l'appareil.

Voici du reste l'observation en peu de mots:

Griffeuil (Julie), blanchisseuse, âgée de vingt et un ans, rue Sédaine, 8.

Il y a neuf mois, la malade, qui s'était aperçue, au commencement de l'hiver, de l'existence d'une tumeur fluctuante siégeant au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne du doigt auriculaire de la main gauche, vit se développer un abcès symptomatique d'une carie de la phalange. Cet abcès fut ouvert, et laissa après lui un trajet fistuleux qui persiste encore aujourd'hui. Par suite des progrès de la carie, il se produisit une solution de continuité dans la phalange, une espèce de fracture accompagnée de crépitation et de déviation du doigt qui se porta en dehors en formant un angle obtus avec le métacarpien correspondant. L'articulation métacarpo-phalangienne ne paraît pas être intéressée, car les mouvements s'exécutent avec facilité à son niveau. M. Chassaignac pense que des productions osseuses stalactiformes enveloppent le foyer de la fracture, et que c'est par suite de leur présence que le doigt, bien que fracturé, peut se soutenir sans attelles. — Huile de foie de morue, iodure de potassium, pilules d'iodure de fer, bains sulfureux, injection iodée à travers les fistules.

Un nouvel examen du mal a fait reconnaître qu'il s'agissait, non pas d'une affection carieuse, mais d'un spina ventosa dont les progrès ont amené dans l'os les déformations qui ont été signalées.

M. Chassaignac pratique alors la résection de la portion d'os malade au moyen d'une incision latérale à l'aide de laquelle il résèque le corps de la phalange, en laissant intactes les deux articu-

---

La première partie se termine par un coup d'œil sur la médecine envisagée au point de vue de la profession, sur les devoirs du médecin; enfin sur la philosophie, la valeur des procédés qu'elle doit mettre en usage pour arriver à la démonstration de la vérité, et les applications de ces méthodes à la médecine.

La seconde partie est exclusivement consacrée à un résumé analytique de l'histoire de la médecine depuis son origine jusqu'à nos jours. Bien que cent fois faite et refaite, M. Auber a su présenter cette histoire d'une manière attrayante, oserions-nous dire originale, et qui puise un nouvel intérêt dans des notices historiques et critiques sur les principales écoles. Dans ce chapitre supplémentaire, on lira avec curiosité et avec fruit l'histoire des trois Facultés de Paris, de Montpellier et de Strasbourg, que nous n'avions encore trouvée nulle part, et qui fournit à l'auteur l'occasion de faire d'intéressants rapprochements.

Nous ne terminerons pas le compte rendu de ce chapitre sans signaler à l'attention le long article consacré à Broussais et à ses doctrines. Nous féliciterons d'autant plus M. Auber d'avoir osé être impartial et juste envers le plus grand génie médical des temps modernes, que depuis une quinzaine d'années il semble être de bon goût de prodiguer les sarcasmes et les expressions du plus profond mépris à cet homme sans les travaux duquel beaucoup de médecins de la génération actuelle oublient qu'ils se traîneraient encore dans les ornières de l'ancienne routine. Que Broussais se soit quelquefois trompé, il n'est personne qui n'en convienne; mais il n'en est pas moins vrai que les attaques du puissant réformateur, que l'impulsion vigoureuse qu'il a imprimée à toutes les parties de la science, ont été le point de départ de la plus grande partie des travaux qui ont étendu, depuis le commencement de ce siècle, le domaine de l'art de guérir.

Nous arrivons à la troisième partie de l'ouvrage, qui sous ce titre: *Principes généraux de la science médicale*, comprend les éléments de la pathologie générale.

L'auteur débute par des considérations générales sur la science et sur les différences qui existent entre la science médicale et l'art médical. Les principes de la science médicale, dit-il, se composent de toutes les vérités apportées par les différentes branches de la médecine. Ils en sont l'expression, la substance, l'esprit, et de leur application méthodique résulte l'art de guérir, l'*art médical*. Cette définition est suivie d'une dissertation sur la nature médicatrice, l'instinct et la force vitale, la nature de l'homme et ses facultés, la vie et les lois vitales. Dans ces pages surtout, on trouvera un exposé des principes sur lesquels est basée en grande partie la doctrine de Montpellier, et nous en conseillerons la lecture attentive à ceux qui voudront se rendre un compte exact des théories qui président à l'enseignement et à la pratique de la célèbre Faculté du Midi.

Abordant ensuite la pathologie générale, c'est-à-dire « l'histoire de » la puissance naturelle en vertu de laquelle la vie réagit contre tout » ce qui blesse l'organisme et porte atteinte au libre exercice de ses » fonctions, » l'auteur passe en revue l'étiologie, ou science de la cause des maladies, la pathogénésie, la symptomatologie, la séméiologie. Un chapitre est consacré à l'*action morbide*, ou *affection*, un autre à l'*action médicatrice*, ou *réaction*. On sait qu'à Montpellier toute maladie est composée de deux groupes de symptômes qui, comme deux éléments distincts, déterminent son existence et la caractérisent. L'un de ces groupes constitue l'action morbide ou l'affection; l'autre constitue la réaction, c'est-à-dire l'action médicatrice de la nature.

A l'occasion de l'action morbide, M. Auber étudie successivement les modifications et les lésions morbides, les productions morbides, les affections des solides et des liquides, celles du genre nerveux; il est à certaines époques de la vie des phénomènes et des mouvements qui servent de prélude à l'établissement, à la cessation de certaines fonctions; ces états organiques, ces phénomènes seraient à tort considérés comme des maladies: aussi ont-ils fait le sujet d'un chapitre séparé, où l'auteur s'efforce de les différencier et d'en établir la nature en quelque sorte physiologique.

Dans l'action médicatrice, ou contre-appareil de l'action morbide, l'auteur mentionne les diverses espèces de réactions, simples ou composées. On lira avec plaisir dans ce chapitre un paragraphe intéressant sur la douleur considérée dans certains cas comme une précieuse ressource de la nature.

La nomenclature, la classification, la marche naturelle et la terminaison des maladies, le diagnostic, le pronostic font le sujet d'autant de chapitres distincts; suit une indication de la méthode à suivre pour interroger les malades et les examiner. Enfin, l'ouvrage se termine par un essai de thérapeutique générale, par l'exposé des lois vitales médicatrices, lois d'expulsion, de neutralisation et de récorporation, et par un résumé dogmatique des principes fondamentaux qui forment par leur ensemble la constitution de la science médicale.

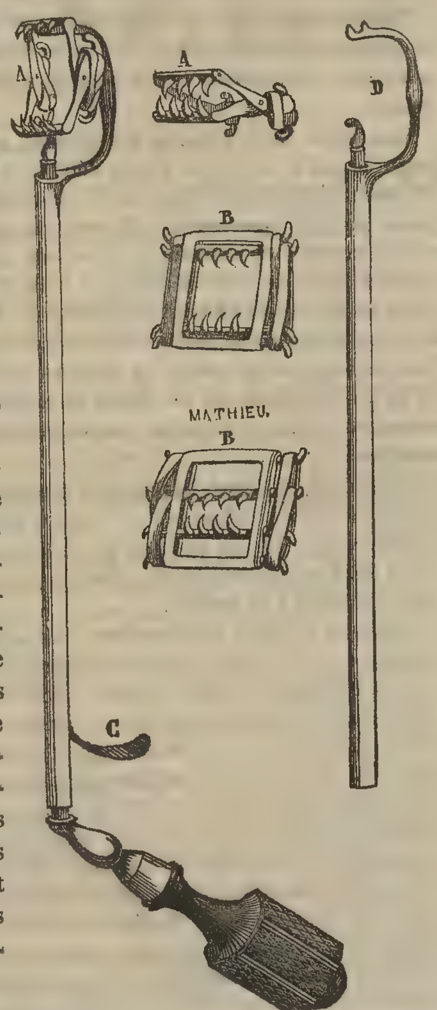
Comme œuvre philosophique de médecine transcendante, le livre de M. Auber est remarquable sous plus d'un rapport; il fait le digne pendant de son *Traité de philosophie médicale*; il nous paraît devoir être plus utile encore, et ceux qui voudront s'instruire des doctrines de la Faculté de Montpellier les y trouveront résumées avec une netteté, une lucidité rares. Si les principes de l'école dans laquelle nous avons étudié ne nous permettent pas d'être tout à fait de l'avis de l'auteur sur bien des points; si, par exemple, nous ne pouvons penser comme lui quand il s'agit de comparer les ouvrages de pratique pure avec ceux du genre de celui-ci, nous espérons que M. Auber ne nous en saura pas mauvais gré, non plus que des légers reproches que nous lui avons adressés. Il a fait appel à la critique, et nous lui croyons l'esprit trop juste pour supposer qu'il lui en veuille d'y avoir répondu sincèrement.

Dr A. Foucart.

Nos abonnés nous ont souvent demandé de leur rendre de petits services, comme de transmettre leurs mémoires aux académies, de leur faire parvenir du vaccin, des livres, des instruments, etc., etc. Une personne fort entendue à cet égard est attachée à l'administration de la *Gazette*, et leur rendra ces bons offices avec tout le zèle et l'empressement désirables.

lations. Le doigt est ensuite pansé à l'occlusion, et soutenu sur une petite palette.

Instruments pour obtenir la réunion immédiate des plaies.



Les deux instruments dont nous donnons les dessins ont été construits par M. Mathieu, d'après les idées qui lui ont été apportées de St-Louis (Missouri) par M. le Dr Cooper, qui était chargé par M. Thomson de les faire exécuter. C'est un nouveau perfectionnement apporté à la réunion immédiate des plaies.

1° L'un de ces instruments (fig. B) consiste en un petit cadre d'argent rectangulaire, offrant à chacun de ses angles un petit prolongement recourbé. Chacune des branches latérales du cadre est creusée de deux rainures où se meuvent deux tiges transversales parallèles, armées chacune de trois dents courbes, et présentant également à leurs bouts deux petits prolongements recourbés.

Ces tiges sont les porte-griffes, dont quatre anneaux de caoutchouc vulcanisés relient les extrémités crochues à celles du cadre lui-même.

Grâce à l'élasticité de ces anneaux rétractiles, lorsque les porte-griffes viennent à être écartés l'un de l'autre, et qu'ensuite on les abandonne à eux-mêmes, ils se rapprochent énergiquement, et les dents qui les garnissent tendent à se toucher.

Pour opérer cet écartement, on se sert du petit appareil qui se compose d'un manche presque vertical, d'un tube auquel fait suite un crochet fixe et qui loge dans son intérieur une tige mobile. Celle-ci se termine, d'un côté, par un crochet que nous appellerons *mobile*, et dont la concavité est dirigée en sens inverse du précédent. De l'autre côté, la tige se recourbe pour former une clef en forme de détente C.

Veut-on réunir les bords de la plaie, on commence par écarter les deux porte-griffes en faisant agir l'appareil dont nous venons de donner la description.

Pour cela, on place le crochet fixe au-devant du porte-griffes postérieur et le crochet mobile derrière le porte-griffes antérieur, puis on tire à soi la clef C; les deux tiges dentées reculent vers les branches du cadre. Il suffit alors de dégager les deux crochets pour que la griffe demeure solidement fixée en place.

S'agit-il de l'enlever, on opère de nouveau et de la même manière l'écartement des deux tiges dentées, qui lâchent prise aussitôt.

2° Le second instrument (fig. A), modification du précédent, est une *double griffe croisée*. Ici chacune des branches dentées a pour support deux petites tiges articulées avec celle du côté opposé, terminées au delà de leur croisement par deux extrémités recourbées en demi-anneaux, qui reçoivent les ligatures de caoutchouc vulcanisé. D'ailleurs, l'application et l'ablation de ce petit instrument se font de la même manière que pour le précédent.

Il suffit d'avoir manié une fois ces petits appareils pour se convaincre, selon l'auteur, mieux que par les descriptions les plus détaillées, de l'extrême simplicité de leur mécanisme. Ils paraissent appelés à rendre de véritables services aux praticiens dans tous les cas où il s'agit de réunir les bords d'une solution de continuité avec écartement, perte de substance, etc.; ainsi après l'opération du bec-de-lièvre, après les amputations de la mamelle, et notamment dans les cas de fistules vésico et recto-vaginales.

Selon l'auteur encore, ils offrent sur les serres-fines ce double avantage de saisir très largement les lèvres de la plaie et d'en affronter les bords avec une exactitude parfaite.

La figure B est une modification du docteur Cooper.

TROIS CAS DE MORVE AIGUE CHEZ L'HOMME;

Par le Dr W. Bernatzig, médecin principal de l'hôpital de la garnison de Prague. (Extrait et analyse par F. Binard, méd. de régiment.)

Les cas de communication de la morve du cheval à l'homme sont aujourd'hui en assez grand nombre. Mais comme quelques médecins ont voulu mettre en doute le mode de transmission de la maladie du cheval à l'homme, nous croyons devoir rapporter les faits suivants qui en sont une nouvelle preuve.

Le premier cas, pour lequel l'auteur n'a pu recueillir que des renseignements incomplets, car il ignorait la nature de la maladie dans le principe qu'elle s'est offerte à lui, concerne un soldat du corps de la police, qui a présenté des symptômes de pyoémie chronique. On a appris ultérieurement qu'il avait non-seulement pansé un cheval jeteur, mais qu'il avait couché dans la même écurie. C'est la seule cause à laquelle il a été possible de rapporter cette infection purulente, qui s'était déclarée d'une manière inopinée.

Le second cas (1), qui s'est présenté alors que l'individu dont il vient d'être question était en traitement pour l'affection purulente à laquelle il succomba au mois de novembre, est aussi dû à la même cause. En effet, le soldat Jandaczek, homme d'une forte constitution, avait donné ses soins au même animal. Il éprouva d'abord des douleurs très vives dans les membres, qui l'obligèrent, au bout de cinq jours, à entrer à l'hôpital (le 9 octobre). Il présentait alors tous les symptômes d'une fièvre synoque très intense, avec douleurs violentes dans les membres, soif très vive. On trouva, en examinant la surface du corps, quelques élévations, sans changement de couleur à la peau, qui étaient produites par des collections purulentes. Dans la nuit suivante, un violent frisson se déclara, ensuite survint une chaleur intense suivie de délire. Le lendemain on remarqua sur différentes parties du corps des plaques gangréneuses : la fièvre prit un caractère adynamique prononcé; et une éruption de taches rougeâtres se répandit çà et là sur la tête et sur le tronc. Le lendemain, ces taches offraient l'aspect d'une abondante éruption vésiculo-pustuleuse. Les symptômes d'adynamie firent des progrès rapides, et le malade mourut le jour suivant. L'autopsie n'eut pas lieu.

Troisième cas. — Six jours après la mort du soldat Jandaczek, un homme appartenant au même corps, le soldat Pierre Steiskal, qui avait pansé le même cheval et couché dans la même écurie, fut apporté à l'hôpital.

A son entrée, le 19 octobre, on remarqua une inflammation érysipélateuse de la partie gauche supérieure de la face et du front; il y avait en même temps fièvre intense avec violente céphalalgie. L'érysipèle, le jour suivant, gagna toute la partie supérieure de la tête et acquit un grand développement; des douleurs commencèrent à se faire sentir dans les membres; la fièvre prit un caractère beaucoup plus grave, le délire se déclara, et le 21 au matin on observa sur le front, à la racine du nez, sur la joue gauche, de petites taches noirâtres qui étaient de véritables plaques gangréneuses; le malade avait alors complétement perdu connaissance. La gangrène prit un accroissement considérable pendant la journée du 24, et un fluide séreux s'écoula en grande quantité par les narines.

Le malade succomba le 25, au milieu de symptômes adynamiques très prononcés.

Autopsie vingt-quatre heures après la mort. — *Habitude extérieure.* — La peau était couverte de nombreuses taches d'un rouge foncé. Au côté gauche du front, à la racine du nez à gauche, et sur la joue de ce côté, on voyait un grand nombre d'eschares gangréneuses qui avaient altéré les tissus jusqu'au périoste et dénudé les os. Le tissu cellulaire sous-cutané et intermusculaire était infiltré d'un liquide séro-sanguinolent. La muqueuse nasale était aussi ulcérée et détachée du périoste dans un point correspondant à la racine du nez. Les sinus frontaux ne présentaient rien d'anormal.

Cavités intérieures. — Les membranes cérébrales étaient un peu teintes de sang; il existait une certaine quantité de sérosité sous la pie-mère. Les cavités droites du cœur étaient remplies de sang coagulé, ainsi que les gros vaisseaux veineux. Les deux poumons, qui avaient contracté des adhérences postérieurement aux côtes, présentaient un état d'hypostase très prononcé; les lobes supérieurs étaient peu œdémateux.

Le volume de la rate était double; sa surface était parsemée de nombreuses taches d'un rouge foncé. En incisant le tissu de la rate; on le trouva fortement coloré, plus résistant aux endroits qui correspondaient à ces taches (inflammation métastatique, pyoémique). Il n'existait pas d'abcès sous la peau.

Le 12 novembre, le cheval morveux dont il est fait mention plus haut fut abattu, et l'autopsie fit connaître les altérations suivantes :

Un fluide muqueux verdâtre, abondant, s'écoulait des deux cavités nasales, dont la muqueuse était comme parsemée de taches rougeâtres, et notablement gonflée, boursouflée et ulcérée dans la partie supérieure; dans les sinus frontaux il existait une quantité assez considérable de liquide muco-purulent. Plusieurs glandes indurées avaient l'aspect du cancer médullaire. Les poumons, affaissés sur eux-mêmes par suite de l'ouverture de la cavité pleurale, étaient parsemés d'un grand nombre de tubercules.

Le soldat Hnat Mibalczin, homme vigoureux, n'ayant jamais été malade, offrit des symptômes qui avaient beaucoup de ressemblance avec ceux observés dans les cas précédents, ce qui fit supposer qu'ils étaient dus à la même cause. En effet, on apprit qu'il avait soigné un cheval jeteur, et la marche ultérieure de la maladie ne laissa pas le moindre doute sur cette étiologie. Il entra le 7 novembre à l'hôpital et succomba le 19, après avoir présenté des abcès sous-cutanés et un exanthème érysipélateux, accompagnés de symptômes adynamiques semblables à ceux qui ont été décrits plus haut. Le gonflement des paupières était surtout très considérable, et de nombreuses plaques gangréneuses s'étaient montrées sur différents points.

Autopsie. — Le corps était recouvert de pustules semblables à celles de la variole de mauvaise nature. Les cavités nasales présentaient de nombreuses altérations; la muqueuse était ulcérée dans certains endroits. Le poumon droit avait contracté de fortes adhérences à la plèvre costale. La surface des deux poumons était parsemée d'un grand nombre de plaques rougeâtres de différentes grandeurs. La rate avait doublé de volume, et son tissu était ramolli. Au commencement de décembre, le cheval dont il a été question dans l'observation précédente fut reconnu morveux et abattu.

(1) Plus loin, l'auteur considère ce cas comme le premier, faisant abstraction de celui qui précède et qui n'a été cité que pour mémoire; ainsi, il faut faire cette rectification pour comprendre les réflexions qui viendront plus tard sur ces trois observations. (Binard.)

En comparant ces trois affections, tant sous le rapport de leurs symptômes que sous celui du mode de développement de la maladie, il est facile de les ramener à un seul et même genre morbide dérivant de la même cause, qui est la morve des chevaux avec lesquels les malades avaient été en contact.

Quant à la manière dont la contagion a eu lieu, il faut faire attention que les deux premiers malades avaient non-seulement couché dans la même écurie que les chevaux morveux, mais même leur avaient donné des soins en les pansant journellement, en les frictionnant, etc. Le dernier malade couchait journellement dans la chambrée, mais il paraît qu'il s'est inoculé le virus de la morve en essuyant constamment avec la main le liquide purulent qui s'écoulait des nasaux, sans prendre aucun soin de propreté pour en empêcher l'action délétère, et même en se lavant avec l'eau qui restait dans le seau dans lequel l'animal avait bu peu de temps auparavant.

Aucun de ces malades n'a offert à la main ou dans une autre partie du corps une solution de continuité qui eût pu servir à faire pénétrer directement le virus dans la masse du sang. On est par conséquent obligé d'admettre que l'infection s'est faite au moyen de l'air vicié par les poumons ou par le contact du virus de la morve sur la peau et les muqueuses où il a été absorbé.

Dans ces trois cas, la maladie s'est déclarée comme une altération du sang aiguë, ayant le caractère d'une véritable pyoémie; celle-ci, comme nos observations l'ont démontré, n'a pu être produite par aucune de ces affections qui donnent lieu à la formation du pus, telles qu'une phlébite, une endocardite, etc. Le développement spontané de la pyoémie indique par conséquent que chez ces malades il fallait reconnaître l'action d'un liquide de sécrétion purulente et délétère qui avait été le point de départ du processus morbide.

La période d'incubation, comme cela résulte de mes observations, est, en général, très courte et dépend, ainsi que l'intensité et la marche de la maladie, du degré et de la durée de l'affection du cheval.

En considérant avec attention les phénomènes de cette maladie, on voit que le début en est caractérisé constamment par l'apparition d'une fièvre synoque intense accompagnée de symptômes d'un rhumatisme articulaire aigu, qui peut d'autant mieux induire en erreur sur son véritable caractère que la peau de l'articulation affectée est, à la vérité pour un temps de peu de durée, d'une rougeur érythémateuse et offre un peu d'infiltration.

Dans la marche ultérieure de l'affection, les phénomènes les plus remarquables étaient les suivants :

a. *Gangrène de la peau.* — Elle n'a jamais manqué, et c'était un des premiers et des principaux symptômes locaux. Elle débutait soit comme une inflammation érysipélateuse (*erysipelas phlegmonosum*), avec une grande extension de la gangrène ou bien comme un *erythema nodosum*, la gangrène étant plus bornée. Le développement spontané des eschares gangréneuses et des pustules de même nature sur une partie de la peau, qui présentait antérieurement une inflammation érysipélateuse, imprime à la maladie un cachet tout particulier.

b. *Exanthème cutané spécial de forme pustuleuse.* — Tantôt des taches, tantôt de petits tubercules acuminés apparaissaient d'abord, étaient au commencement d'une coloration d'un rouge foncé et plus tard devenaient livides. L'éruption était surtout abondante à la face, au cou et sur le tronc; les membres, et surtout les supérieurs, n'en étaient que peu recouverts; la conjonctive oculaire en était atteinte aussi.

L'éruption, très semblable à celle de la peau, qui existait sur la muqueuse des fosses nasales, du pharynx, du larynx, ainsi que sur les portions de muqueuses qui se trouvent entre ces parties, doit être considérée comme la continuation de l'exanthème de la peau, comme on le voit dans la variole.

c. *Dépôts purulents.* — Dans la deuxième observation, où la marche de la maladie fut des plus intenses, on ne rencontra aucun abcès.

L'apparition de la gangrène dès le début de la maladie nous semble devoir indiquer que dans ce cas, comme lorsqu'on ne rencontre pas primitivement d'abcès sous-cutanés, on a eu affaire à une affection de très mauvaise nature. Dans les deux autres cas (comme on le voit surtout dans la morve chronique, alors qu'on ne rencontre pas d'autre localisation), l'apparition des dépôts purulents était un des premiers symptômes qui fixât l'attention, et ce phénomène avait d'autant plus de valeur sous le rapport du diagnostic, que la rapidité avec laquelle se formaient ces collections purulentes, chez des individus d'ailleurs tout à fait sains et très robustes, ne dépendait pas d'une endocardite, d'une phlébite, ou de toute autre cause pouvant amener la pyoémie.

d. Nous n'admettons pas comme un fait tout à fait démontré, comme le pensent d'autres observateurs, qu'il existe, dans les cas d'infection de morve aiguë, *un état pathologique spécial, morveux, de la muqueuse nasale.*

D'après l'autopsie du deuxième sujet, c'est, paraît-il, une eschare gangréneuse située à la racine du nez qui a perforé la cavité nasale, et qui a donné lieu à l'écoulement par les narines qui s'est montré quelque temps avant la mort. On peut d'autant mieux admettre cette manière de voir, qu'à l'entrée de la cavité nasale gauche on voyait clairement que la muqueuse avait subi une altération de même nature, qui, à cet endroit, n'avait pu être produite que par l'action de la sanie qui s'écoulait de la narine.

Quant à ce qui concerne les altérations pathologiques de la mu-

queuse nasale qu'a présentées le troisième cas, on peut d'autant mieux les considérer comme une continuation de l'éruption cutanée qu'elles apparurent alors que l'exanthème cutané commença à se montrer, l'écoulement du liquide purulent par les narines n'ayant eu lieu que quarante-huit heures avant la mort. D'ailleurs, cette altération ne se borna pas à la muqueuse des narines, mais elle s'étendit aussi à celle du pharynx, du larynx et même de la trachée-artère, ce qu'on n'expliquerait pas dans l'hypothèse qu'elle serait, comme chez le cheval, la manifestation d'une maladie spécifique, la morve.

e. La fièvre fut remarquable chez tous les malades par son intensité, et elle présenta dans le commencement le caractère d'une synoque; peu à peu elle prit la forme typhoïde et même putride. Le pouls était toujours très accéléré, principalement vers la fin de la maladie, où il y avait de 110 à 140 pulsations par minute; les forces musculaires étaient très déprimées.

Le second malade tomba rapidement dans un état de somnolence, puis il y eut insomnie accompagnée de délire; il perdit bientôt connaissance, et les déjections furent involontaires. La durée de la maladie fut de six à huit jours.

Traitement. — Ne trouvant aucune indication pour un moyen curatif héroïque, nous avons pensé devoir nous abstenir de toute médication énergique, et nous borner à un simple traitement palliatif et symptomatique. Le sulfate de quinine, qui a été préconisé par Pedrazzoly, n'a eu aucune influence sur la mort du troisième malade, qui a eu lieu 24 heures après son emploi. Nous pensons aussi que, dans la morve aiguë, il n'y a aucun avantage à ouvrir les abcès, car la cause qui les produit ne peut que prendre une plus grande activité par la division des nombreux vaisseaux qui entourent les foyers.

Il faut aussi faire attention que les collections purulentes se font dans le tissu musculaire, qui, à cet endroit, avait complétement disparu, et qu'en outre il est impossible par la vue et le toucher d'en apprécier le nombre considérable, car elles ne renferment pas, à proprement dire, un liquide purulent, mais c'est plutôt un blastème fibrineux, ramolli, en décomposition, offrant une grande quantité de sang et très peu de globules purulents; c'est là, selon nous, une raison de plus de s'abstenir d'en faire l'ouverture.

Malgré le cachet tout spécial que la morve aiguë imprime aux malades qui en sont atteints, comme cette maladie se présente rarement et que dans les premiers temps elle offre une grande analogie avec d'autres processus morbides, on peut facilement ne pas bien en apprécier d'abord le véritable caractère. Si on ignore que le malade a été en contact avec des chevaux morveux (point sur lequel l'attention est rarement portée, à moins que des symptômes spéciaux ne se présentent, et que les malades n'en fassent mention, ce qui arrive rarement), on peut très bien ignorer la nature de cette affection qui, dans le premier stade, ne s'annonce que par une fièvre synoque intense, avec des douleurs violentes et toujours remarquables des articulations et des muscles, qu'on considère comme de nature rhumatismale; cette méprise est d'autant plus facile qu'il y a toujours l'une ou l'autre des grandes articulations qui paraît principalement affectée, et qu'on y observe à l'extérieur de la tuméfaction et une rougeur érythémateuse. Plus tard, l'inflammation érysipélateuse qui se localise sur une seule partie du corps peut faire admettre l'existence d'un érysipèle simple ou phlegmoneux (*pseudo-erysipelas*), principalement si son extension et son intensité correspondent au degré et au caractère de la fièvre qui l'accompagne.

Les abcès qui se développent spontanément dans la première période de la maladie sont un symptôme qui offre plus de certitude pour en établir le diagnostic, bien qu'ils aient fait défaut dans un cas. Néanmoins, la présence de ces abcès peut encore rendre le diagnostic incertain si le malade ne s'offre à l'observation que dans un stade déjà avancé de l'affection, ou s'il se trouve dans un état de trouble de l'intelligence tel qu'il soit impossible d'avoir des renseignements certains sur la marche et les autres circonstances de la maladie; il serait surtout difficile d'arriver à un résultat satisfaisant pour savoir alors si une phlébite ou tout autre processus pouvant donner lieu à la pyoémie a ou n'a pas été le point de départ de l'affection. Le caractère pathologique de ces cas de morve était surtout bien indiqué par l'apparition d'*une pyoémie aiguë spontanée*, avec grande tendance à la dégénérescence gangréneuse de la peau, qu'accompagnait un exanthème pustuleux d'un caractère particulier et répandu sur toute la surface du corps; une éruption de même nature se montrait sur toute la membrane muqueuse des fosses nasales, qui devenait en même temps le siége d'une sécrétion d'un liquide sanieux, strié de sang, qui, en se desséchant, formait promptement autour des narines des croûtes de mauvais aspect. (*Archives belges de médecine militaire.*)

MÉMOIRE SUR L'IGASURINE,

Par M. Desnoix.

Si les propriétés actives de la noix vomique sont connues depuis longtemps, il n'en est pas de même des principes auxquels ces semences doivent leurs propriétés.

Pendant mon séjour à la pharmacie centrale des hôpitaux, j'ai eu diverses fois à préparer de la strychnine, et j'ai traité chaque fois 400 kilogrammes de noix vomique râpée. C'est dans le cours de ces opérations que j'ai découvert cette substance, que je désignai tout d'abord sous le nom d'igasurine; bien que ce nom implique qu'elle ait été trouvée pour la première fois dans la fève saint-ignace, qui porte le nom d'igasur dans le pays où elle croît, je n'ai pas cru devoir le changer, dans la persuasion où je suis qu'on la rencontrera non-seulement dans cette semence, mais encore dans la fausse angusture, et peut-être dans les autres strychnées.

L'igasurine se trouve dans les eaux mères dont on a précipité la strychnine et la brucine par la chaux, à la température de l'ébullition.

Propriétés chimiques. — Les acides agissent sur l'igasurine d'une manière différente lorsqu'ils sont concentrés ou étendus. L'acide nitrique concentré rougit très fortement l'igasurine; si l'on ajoute à ce mélange quelques gouttes de chlorure d'étain, la couleur passera au violet. Cet acide se comporte donc dans cette circonstance comme avec la brucine. J'ai remarqué cependant que la couleur que prend l'igasurine est plus intense que celle communiquée à la brucine, et cette remarque m'a fait supposer que cette propriété était communiquée à la brucine par l'igasurine. J'ai cherché à vérifier cette manière de voir par l'expérience; tous mes efforts ont été infructueux. Je ne désespère pas cependant d'arriver à résoudre cette question dans le sens que j'ai indiqué.

L'acide sulfurique la colore en rose d'abord; la couleur passe au jaune, puis au vert jaunâtre. Il agit donc encore dans ce cas comme avec la brucine.

Les acides étendus se combinent avec elle et forment des sels qui sont en général solubles dans l'eau, et cristallisent avec facilité, même le nitrate.

La potasse, la soude et l'ammoniaque la précipitent de ses dissolutions; si l'on ajoute un excès de liqueur alcaline, de potasse surtout, le précipité qui s'était formé d'abord se redissout.

L'iodure de potassium ne détermine d'abord pas de changement dans une solution d'igasurine; le lendemain, cependant, on trouve les parois de l'éprouvette garnies de cristaux légèrement colorés en jaune rougeâtre. L'iodure de potassium ioduré y détermine au contraire un précipité brun constituant sans doute un composé analogue à ceux indiqués par Pelletier, et préparés avec facilité par le procédé de M. Bouchardat. Le chlorate de potasse ne précipite pas l'igasurine de ses dissolutions.

Ces dissolutions sont, au contraire, précipitées en jaune par le bichlorure de platine, en blanc par le tannin et la noix de galle.

L'igasurine est précipitée sous la forme de cristaux aiguillés par le bicarbonate de soude et la potasse en présence de l'acide tartrique; la strychnine présente le même caractère, à cette différence près que le précipité n'a pas la même forme, tandis que la brucine placée dans les mêmes conditions n'est pas précipitée par ces réactifs.

Sels d'igasurine. — Sulfate. — Le sulfate d'igasurine se prépare avec facilité en saturant de l'acide sulfurique étendu avec l'alcali, filtrant la liqueur et laissant cristalliser, après avoir suffisamment concentré au bain-marie; on obtient ainsi des cristaux très blancs, soyeux, dont je n'ai pas déterminé la forme, solubles dans environ 4 parties d'eau bouillante et 10 parties d'eau froide.

Chlorhydrate. — Le chlorhydrate se prépare de la même manière que le sulfate; sa forme cristalline paraît se rapprocher de celle du sulfate; il est beaucoup plus soluble dans l'eau que ce sel: deux parties d'eau suffisent pour le dissoudre à chaud; à froid, il en exige à peu près le double.

L'azotate. — L'azotate d'igasurine s'obtient également cristallisé en saturant avec précaution de l'igasurine avec de l'acide azotique très étendu, et soumettant à l'évaporation spontanée dans un endroit bien sec et bien aéré, on obtient ainsi des cristaux incolores; si l'on évaporait au bain-marie, l'igasurine serait rougie par l'acide et les cristaux seraient colorés. On obtient ce sel avec plus de facilité encore en précipitant par le sulfate d'igasurine une dissolution d'azotate de baryte, de manière à obtenir une dissolution qui ne précipite ni par l'un, ni par l'autre de ces réactifs; ce résultat obtenu, on filtre la liqueur et on la soumet à l'évaporation avec les précautions indiquées plus haut. Ce sel est plus soluble encore que le sulfate et le chlorhydrate.

On voit, par l'exposé des propriétés de ce corps, que son histoire chimique est encore fort incomplète: je me propose de la compléter dans un travail qui sera pour moi l'objet d'une prochaine publication.

Un autre point fort important à éclaircir, c'est son action thérapeutique. J'ai remis de l'igasurine à plusieurs médecins des hôpitaux: aucun d'eux ne m'a encore communiqué le résultat de ses observations; quoi qu'il en soit, je ne doute pas qu'elle n'agisse sur l'économie à la manière de la strychnine et de la brucine, et que, comme pour ses propriétés chimiques, elle ne tienne le milieu entre ces deux bases. Les expériences que j'ai faites sur les animaux, conjointement avec M. Léon Soubeiran, m'autorisent à avancer cette manière de voir.

De ce qui précède je crois donc pouvoir conclure qu'il existe dans la noix vomique et probablement dans les autres strychnées un alcaloïde que je propose de nommer igasurine, différant de la strychnine et de la brucine par plusieurs caractères: de la première par sa solubilité dans l'eau beaucoup plus grande, par sa solubilité dans l'alcool faible, par sa forme cristalline, par l'action que l'acide nitrique produit sur elle, etc.; de la seconde, par sa solubilité dans l'eau notablement plus grande, par son action sur l'économie, par l'action qu'exerce sur elle le chlore gazeux, parce que le bicarbonate de soude et la potasse, en présence de l'acide tartrique, la précipitent de ses dissolutions; et enfin par la facilité merveilleuse avec laquelle on l'obtient parfaitement cristallisée. (*Répert. de pharm.*)

CORRESPONDANCE.

La fièvre jaune à Bahia (Brésil). — Sa non-contagion.

Monsieur le Rédacteur,

L'on s'est occupé tant en France qu'en Angleterre de mesures sanitaires contre la fièvre jaune, et ces mesures ayant eu généralement pour base l'hypothèse de la contagion de cette maladie, permettez-moi de vous présenter quelques notes et observations qui augmenteront probablement les preuves sur lesquelles s'appuient les anticontagionistes sous la bannière desquels je me trouve enrôlé.

Quand la fièvre jaune parut à Bahia sous un aspect d'épidémie en septembre 1849, et que l'on attribua son apparition à l'entrée dans ce port du brick *Brazil*, déjà quelques cas sporadiques de fièvre jaune s'étaient manifestés bien avant l'arrivée de ce navire, qui fut soupçonné d'avoir apporté le mal.

Vers la fin de 1848, un médecin italien m'invita à une conférence chez un de ses malades, commis d'une maison de commerce (M. Souza Galvaö). Ce malade fut attaqué de frissons, de violents maux de tête; une véritable jaunisse se déclara; enfin il eut des vomissements bilieux d'abord, ensuite couleur de café, des selles noires, hoquets, et sa respiration devint difficile: à ces symptômes succéda la mort.

Un médecin distingué, M. le docteur Magathaës, eut à soigner une dame bien connue dans cette ville, Mme Argôlo, qui fut également attaquée de frissons, de fièvre opiniâtre, accompagnés de jaunisse, de vomissements, de selles noires, de sueurs, de hoquets, de rétention d'urine, et qui succomba aussi.

Ces deux faits eurent lieu bien avant l'arrivée du brick *Brazil*.

J'écrivis un mémoire où furent consignées ces deux histoires, qui ne souffrirent pas de contestation, et où je fis mention d'autres cas bien manifestes, tous arrivés à des personnes dans une bonne position sociale.

Vous voyez donc, monsieur le rédacteur, que cette importation supposée du mal se trouve en partie détruite par l'observation de faits nullement contestés. A l'appui de la non-contagion, je vais encore apporter quelques observations qui prouvent jusqu'à l'évidence que le mal ne saurait être communiqué d'individu à individu.

A l'occasion de la fièvre jaune en 1849 et 1850, je fus placé à la tête d'un hôpital qui recevait des étrangers. Cet hôpital, organisé par le gouvernement de la province, se composait de cinq infirmiers, dont deux Italiens, un Allemand, un Brésilien et un nègre. Il n'y eut pas un de ces infirmiers qui fût atteint du mal, bien qu'ils eussent constamment les mains souillées par les vomissements et les selles des malades.

Un médecin distingué, doyen de la clinique de Bahia, M. le docteur Cabral, le docteur Magathaës et d'autres médecins eurent occasion d'observer des femmes atteintes de la fièvre continuant à donner le sein à leurs enfants pendant les premiers jours de la maladie, sans que ceux-ci eussent à en souffrir.

Toutes les localités montagneuses, les collines où il n'y a pas de marécages ont été et sont encore exemptes du mal, malgré la communication constante de leurs habitants. Les seules personnes qui tombèrent malades furent celles qui se rendaient dans les localités ci-dessus mentionnées, après avoir respiré l'air vicié de cette ville. Il est incroyable que, si en effet la fièvre jaune est contagieuse, elle n'ait pas fait invasion chez nous avant 1847 et 1848, quand la traite des noirs se faisait en grand et que nos ports regorgeaient annuellement de ces malheureux qui arrivaient par milliers. Nous voyons, au contraire, que ce fut après l'extinction totale de ce commerce, quand nous ne recevions plus de victimes de l'esclavage, que le mal fit irruption avec plus de furie. J'abuserais de votre patience si je voulais faire l'énumération des preuves innombrables que je possède sur la non-contagion de la fièvre jaune; cependant je ne puis en passer sous silence une qui semble devoir mettre hors de doute cette opinion. La voici: cette ville se divise en deux parties; la haute ville pour ainsi dire à cheval sur la basse ville. Dans cette dernière partie se trouvent la douane et les arsenaux, baignés par la mer. Il y a dans cette vaste baie un emplacement destiné au chargement et un autre au déchargement des navires. Eh bien! dans ce dernier il n'y a pas encore eu un seul exemple de fièvre jaune, malgré le travail pénible du déchargement, l'air infecté de la cale que respirent les matelots, et les relations qu'il y a entre eux et ceux des autres embarcations. Si le mal est en réalité contagieux, pourquoi les matelots du port de déchargement en seraient-ils exempts? C'est une observation qui a été faite avec une telle exactitude, qu'une grande quantité d'armateurs ont demandé au directeur de la douane la permission de faire leur chargement dans le port même de déchargement. Je crois pouvoir attribuer la faveur dont jouit cet emplacement à ce qu'il se trouve du côté de la terre abrité par la montagne, et qu'il reçoit à droite de l'intérieur de la baie la brise qui souffle ordinairement du nord et nord-est.

La haute ville est pleine de terrains humides. Les vents qui soufflent de ce côté ne peuvent arriver jusqu'au port de déchargement à cause de la montagne qui se trouve au-dessus de la douane et leur barre le passage. L'abattoir public, autre foyer d'infection, ne peut également lui envoyer ses émanations, qui sont aussi interceptées par les montagnes.

Le port de chargement, qui est plus au large, et par conséquent moins abrité par les montagnes (comme, par exemple, celle du Théâtre), est exposé à tous les vents, et les matelots sujets à attraper la maladie. Il me semble que cette preuve est d'un assez grand poids.

Et pourquoi les personnes bien acclimatées et les nationaux seraient-ils hors de la portée de la contagion, tandis que les nouveaux arrivés en sont la proie?

Les marais, le bouleversement des terres pour paver les rues, faire des égouts pour l'écoulement des eaux, pourraient jusqu'à un certain point expliquer la cause de cette maladie à Bahia; mais alors pourquoi les savants n'ont-ils pas pu jusqu'à présent découvrir la cause de tant d'épidémies qui ont paru en Europe, comme le choléra, les fièvres typhoïdes et tant d'autres? La fièvre jaune n'est pas une maladie *sui generis*; mais une fièvre miasmatique, d'un caractère bilieux souvent irrégulier, prenant un type intermittent ou rémittent, ou continuel, avec manifeste décomposition du sang. Et, quand même elle serait contagieuse, nos quarantaines seraient tout aussi inutiles que le furent vos cordons sanitaires et vos quarantaines contre le choléra en 1831 et 32 et en 1847 et 48.

Vos quarantaines ne produisirent qu'un plus grand nombre d'obstacles au commerce entre les nations.

Il serait donc à désirer que vous nous envoyiez au Brésil un nouveau Chervin, qui, tout en étudiant un mal sur lequel il a écrit si remarquablement, fît ici de nouvelles études qui seraient non-seulement utiles à la science, mais à l'humanité.

Je terminerai en vous transmettant la statistique des malades de l'hôpital de Bahia.

Du 6 février au 30 juin 1853:

Entrés.	229
Guéris.	118
Morts.	108
Convalescence	3

Tous ces malades étaient étrangers et ont tous à peu près présenté dans leur maladie le caractère ataxique, adynamique et ataxo-adynamique.

Agréez, etc. Soto.

Bahia, 18 août 1853.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 117. — MARDI 4 OCTOBRE 1853. (26e ANNEE.) N° 117. — MARDI 4 OCTOBRE 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	Trois mois. . . . 8 fr. 50 c. Six mois. . . . 16 » Un an. . . . . . 30 »	Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	Trois mois. . . . . . 9 fr. Six mois. . . . . . 17 Un an. 33	Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	Trois mois. . . . . . 10 fr. Six mois. . . . . . . 20 Un an. 38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

Paris, le 3 octobre 1853.

Les journaux de médecine anglais, qui depuis quelque temps semblaient s'être condamnés à un mutisme à peu près absolu sur la question du choléra, jettent aujourd'hui le cri d'alarme. Ils s'en prennent à la négligence des autorités et des corps spéciaux, dont le devoir est, disent-ils, de veiller à la santé publique, de prévoir et d'éloigner les causes d'épidémie, d'agir dans l'intervalle des attaques, et non pas seulement au moment de leur invasion.

De nouveau, dit l'un d'eux, et à vos portes, le tocsin de la *pestilence* a sonné; le cri du combat contre la mort qui attaque la vie avec une énergie plus gigantesque que dans les plaines de Waterloo retentit dans les airs!!! Les regrets sont vains maintenant, de n'avoir pas employé efficacement les intervalles d'immunité à se préparer pour le moment de l'arrivée, et la responsabilité de cette inaction doit retomber de tout son poids sur ces corps augustes dont le devoir essentiel devrait être, selon nous, de préserver la salubrité publique, dans toutes les époques d'invasion, par des avis et des secours, et quand le choc est passé en provoquant des réformes sanitaires radicales pour en empêcher le retour! (*Association medical journal*, 30 septembre.)

Le langage du journal *the Lancet* n'est pas moins expressif :

La maladie cruelle qui surgit dans ce pays en 1832, qui reparut en 1848, après un intervalle comparativement long de quinze années, a envahi une troisième fois nos rivages après un bref répit de quatre ans. Cette maladie, qui tire son nom spécial du continent où elle a été la première fois observée, et où on la supposait indigène, menace maintenant de prendre racine dans cette portion du globe. Le choléra ne doit plus être appelé *asiatique*, il a un titre égal à être appelé *européen*. Que dis-je! il n'est pas seulement asiatique et européen, il est *anglais!*

Nous n'imiterons pas le style dithyrambique de nos confrères d'outre-Manche; et sans jeter comme eux un cri d'alarme, nous continuerons à appeler l'attention sur la marche de l'épidémie.

Le journal *the Lancet* poursuit ainsi :

Quand la maladie apparut en 1832 pour la première fois; quand on la vit ensuite rétrograder vers son berceau asiatique, on pouvait entretenir l'espérance que nous en avions subi une irruption isolée et accidentelle. Mais cet espoir ne saurait être plus longtemps gardé; nous devons désormais prendre notre parti avec le choléra, et le regarder comme un visiteur opiniâtre, sinon comme un hôte permanent. Lorsque nous nous serons convaincus de cette malheureuse vérité; lorsque nous nous serons déterminés hardiment et avec résolution à regarder l'ennemi en face; lorsque, mettant à profit l'expérience passée, et instruits par nos précédentes erreurs, par nos négligences premières, nous serons devenus familiers avec les vestiges qui marquent son approche insidieuse, son mode d'attaque et les sources où il puise les éléments de sa force, alors nous serons prêts, si ce n'est à extirper l'envahisseur, du moins à lui enlever une partie de sa vigueur.

Et, comme pour donner l'exemple pratique à côté du précepte, le journal anglais rapporte un extrait remarquable d'une brochure que vient de publier le docteur Robinson (de Newcastle). Qu'on nous permette encore d'en citer quelques phrases :

Dans le but, dit notre honorable confrère, de déterminer plus clairement les causes effectives de l'invasion actuelle du choléra à Newcastle, il est nécessaire de jeter un instant les yeux sur quelques-unes des conditions physiques qui ont accompagné les précédentes épidémies. En 1831 et 1832, la ville de Newcastle a été cruellement atteinte par le choléra; en 1849, elle a échappé par une immunité bien marquée; un petit nombre de cas importés y furent funestes, mais la maladie ne prit pas le caractère épidémique. D'où vient donc la différence dans cette mortalité? Car, que l'on s'en souvienne, l'épidémie, en 1848-1849, se montra à Londres et dans d'autres villes aussi destructive que dans les premières invasions. Les causes sont de deux espèces. D'abord l'œuvre de nettoyer et de purifier les maisons des pauvres ne fut entreprise, lors de la dernière et fatale invasion, qu'*après* que la maladie eut revêtu sa forme virulente et meurtrière, tandis qu'en 1849, ce travail de défense sanitaire fut complété *avant* l'arrivée du fléau.

S'il est un fait bien établi dans la pathologie du choléra, c'est l'influence de l'impureté de l'eau pour prédisposer à ses ravages. La fatalité de la maladie à Londres, en 1848-1849, a été à peu près entièrement rapportée à l'impureté des eaux, et surtout à la présence dans ce liquide de matières animales et végétales putréfiées.

Le souvenir et l'expérience des premières invasions du choléra à Newcastle m'autorisent à conclure que les circonstances qui ont le plus influé sur la violence de l'irruption actuelle sont, en premier lieu, les mauvaises conditions sanitaires de la ville, et en second lieu, l'impureté de l'eau délivrée aux habitants.

Il est maintenant admis d'une manière générale que le choléra ne se déclare épidémiquement, qu'il ne décime une population et ne se développe en même temps sur cent points différents de la même ville que lorsqu'il s'y rencontre abondamment des sources locales d'insalubrité atmosphérique et de désordres matériels des habitants. Aussi longtemps que ces conditions fâcheuses continuent à déprimer les forces vitales, l'épidémie hante la localité; elle disparaît avec elles.

C'est à nous de mettre à profit ces leçons. Le gouvernement est disposé à combattre l'invasion par tous les moyens en son pouvoir; il demande avec instances un rapport à l'Académie; un de nos plus éminents confrères, M. Mélier, est chargé par lui d'aller étudier la valeur des mesures sanitaires préventives que les Anglais ont mises en usage, et qui seraient aussitôt importées chez nous si leur utilité paraissait démontrée. C'est à nous, médecins, à l'éclairer de nos avis, à ne lui rien cacher de ce qu'il doit connaître, à nous apprêter *à regarder l'ennemi en face pour lui arracher une partie de sa force*, et à ne pas mériter les reproches que l'on se croit en droit d'adresser aux corps savants de l'autre côté du détroit.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. MALGAIGNE.

Rupture du canal de Sténon. — Épanchement de salive dans l'intérieur de la joue. — Opération. — Guérison.

(Observation recueillie par M. Lefort, interne.)

On a cité quelques cas rares de plaies du canal de Sténon à la suite desquelles se serait formée une tumeur salivaire; mais peut-être l'observation qu'on va lire n'a-t-elle pas d'analogie dans la science, à raison des circonstances de la lésion.

Choquet, maçon, âgé de vingt-trois ans, d'une constitution robuste, montant à l'échelle d'une maison en construction, portait sur la tête une auge pleine de plâtre gâché, lorsque le pied lui manqua et il tomba de la hauteur du troisième étage. La tête porta d'abord sur le sol, et au même instant l'auge de plâtre tomba sur la mâchoire inférieure. On l'apporta presque aussitôt à l'hôpital Saint-Louis.

La tête présentait vers la suture bipariétale une petite plaie n'intéressant pas toute l'épaisseur du cuir chevelu. Les paupières étaient fortement ecchymosées et tuméfiées. Un écoulement sanguin peu abondant avait eu lieu par le nez, et s'était arrêté spontanément peu de temps après l'accident. La mâchoire inférieure était fracturée verticalement entre les incisives du côté gauche, mais sans déplacement. Le malade avait gardé sa connaissance. En conséquence, on ne jugea pas nécessaire d'appliquer un appareil; on usa des émissions sanguines pour prévenir les accidents généraux, et de cataplasmes pour dissiper le gonflement des paupières.

Le 28 avril, l'état général était excellent et le gonflement des paupières dissipé. On fut frappé alors d'un phénomène jusque-là demeuré inaperçu. La joue gauche offrait un gonflement circonscrit, avec une tension remarquable, sans rougeur toutefois et sans douleur, avec une fluctuation évidente. M. Malgaigne crut avoir affaire à un épanchement sanguin, et ne s'en occupa pas autrement. Mais la tumeur s'étant accrue les jours suivants, toujours sans rougeur ni douleur, le chirurgien jugea utile de donner issue au liquide. Il fit en conséquence, le 5 mai, quatre ponctions à la face externe de la joue, vers le centre de la tumeur, avec une épingle ordinaire. A l'étonnement général, ces piqûres donnèrent issue à un liquide limpide, incolore, d'une transparence parfaite. M. Malgaigne présuma dès lors qu'il existait une rupture du canal de Sténon avec épanchement de la salive parotidienne; et en effet, le malade, interrogé, déclara qu'il se sentait la bouche plus sèche de ce côté. On recueillit environ quinze grammes du liquide pour le soumettre à l'analyse chimique; après quoi l'écoulement s'arrêta de lui-même.

Le 6 mai, la tumeur était un peu plus tendue que la veille, la peau lisse et rouge par-dessus; le malade y sentait des battements. Quatre nouvelles ponctions faites de la même manière donnèrent issue à 3 ou 4 grammes de liquide limpide mêlé à quelques filets de sang.

Le 7, la tension était plus forte encore et la rougeur plus grande. Afin d'obtenir une évacuation plus complète, M. Malgaigne plongea au centre de la tumeur un trocart explorateur. Il sortit d'abord par la canule 15 à 20 grammes d'un liquide semblable à celui précédemment obtenu; mais sur la fin il devint trouble, mêlé de stries de pus. Une pression exercée alors sur la tumeur amena au dehors du pus jaunâtre et de bonne nature, parfaitement inodore, et dont la quantité put être évaluée à 5 ou 6 grammes. Le doigt porté dans l'intérieur de la bouche sentait facilement le bout de la canule à travers une couche assez mince de tissus. M. Malgaigne chercha à reconnaître l'ouverture du canal de Sténon pour y porter un stylet fin et le déboucher au besoin. Cet orifice était facile à voir du côté sain, et un stylet y pénétrait sans aucune difficulté. Mais du côté malade, on trouva à la place qu'il devait occuper un mamelon rougeâtre d'une étendue tout à fait anormal et sur lequel on ne put découvrir aucun orifice. Alors le chirurgien, appuyant sur la canule du trocart de manière à faire saillir à l'intérieur de la bouche la paroi interne du foyer, divisa cette paroi à l'aide d'un bistouri aigu dont le dos regardait du côté de la joue. L'incision fut agrandie à l'aide du petit doigt enfoncé jusque dans l'intérieur du foyer, et donna ainsi issue par la bouche à 5 ou 6 grammes de pus mêlé de sang. On y porta une mèche de charpie nouée à l'une de ses extrémités et à sa partie moyenne en forme de double bouton, de manière qu'un des nœuds se trouvât dans l'intérieur du foyer, l'autre à l'intérieur de la bouche. L'extrémité libre de la mèche sortant de la bouche par la commissure labiale gauche fut fixée sur la joue avec un peu de collodium.

Le 8 mai, la tumeur n'a pas repris de volume; la mèche est en place; on fait sortir un peu de pus par la pression et l'on sent du gonflement autour du foyer maintenant vide.

Le 9, la mèche s'est détachée la veille au soir, mais le malade peut faire sortir du pus par la succion. La joue a repris un peu de volume et l'on sent encore de la fluctuation.

Le 10, le malade par la succion attire dans la bouche un peu de pus mêlé à de la salive. La joue a repris son volume normal, mais par la pression on trouve une dépression correspondant au centre du foyer. La peau semble en cet endroit notablement amincie. La mèche est replacée.

Le 12, la salive s'écoule à l'intérieur de la bouche sans obliger le malade à la succion.

Le 15 mai, la peau de la joue s'amincit de plus en plus et menace de se rompre; l'incision buccale est extrêmement rétrécie et la salive n'y passe qu'avec difficulté. On sonde le canal de Sténon du côté malade avec la tête d'une épingle à insectes; mais, au delà de quelques millimètres, on trouve un obstacle insurmontable. Afin de diminuer la tension de la peau et de prévenir sa rupture, M. Malgaigne cherche à la relâcher par le moyen suivant : ayant soulevé un pli de la peau en arrière de l'amincissement, il traverse la base de ce pli avec une épingle longue et forte d'avant en arrière, de façon que la pointe vient sortir un peu en arrière de la partie amincie. Un second pli étant fait en avant, la même épingle le traverse comme le précédent, et un fil entortillé autour de ses deux extrémités, en rapprochant les deux plis de la peau, relâche entre eux la partie amincie, qui se trouve ainsi déprimée du côté de la bouche.

Le 16, un petit abcès formé vers l'angle de la mâchoire est ouvert avec le bistouri; il ne communique pas avec la tumeur.

Le 19, on enlève l'épingle, qui menaçait de couper la peau; l'amincissement de la joue persiste, mais n'a pas fait de progrès. L'ouverture interne était oblitérée en grande partie et permettait à peine l'introduction d'une sonde cannelée; le liquide tendait à s'accumuler de nouveau. M. Malgaigne, ayant porté la sonde dans le foyer, incisa sur sa cannelure la muqueuse buccale et les tissus

sous-jacents de manière à avoir un passage suffisant pour le doigt indicateur, et le maintint dilaté avec une forte mèche.

Grâce à cette ouverture, dès le 26 la joue avait repris de l'épaisseur; le pus et la salive s'écoulaient sans interruption.

La guérison fut entravée par l'apparition d'un érysipèle qui parcourut les deux joues et ne fut dissipé que le 2 juin, et le lendemain le malade demanda sa sortie.

La joue avait son volume normal; la salive s'écoulait par l'ouverture faite à l'intérieur de la bouche; seulement le point où l'on avait senti de l'amincissement à l'extérieur était sensiblement déprimé. Du reste, la fracture était consolidée sans déplacement.

Nous avons revu depuis ce malade. La fistule interne persiste et fonctionne parfaitement. La sonde portée dans le canal de Sténon rencontre toujours le même obstacle, et du jus de citron porté sur la muqueuse amène une gouttelette de salive à l'orifice fistuleux sans que rien de semblable apparaisse à l'orifice normal.

ASILE DES ALIÉNÉS DE NIORT.— M. LUNIER.

De l'emploi de la médication bromo-iodurée dans le traitement de l'aliénation mentale et de la paralysie générale progressive.

M. le docteur L. Lunier a publié en janvier et juillet derniers un mémoire fort intéressant sur ce sujet; la médication bromo-iodurée lui a valu sinon des succès complets dans une maladie généralement incurable, du moins des avantages tels que l'on a pu croire les malades guéris, et que, sans l'habitude qu'a l'auteur de ces rechutes presque constantes, il aurait pu lui-même annoncer aux parents la cure définitive de sujets qui étaient assez bien pour quitter l'asile, mais qu'il s'attendait à y voir rentrer plus tard. Nous empruntons au mémoire de M. Lunier, publié dans les *Annales médico-psychologiques*, ses conclusions et quelques faits; on les lira avec intérêt sans doute; il est consolant d'améliorer l'état des malades alors même qu'on n'espère pas les guérir; cette médication pourra d'ailleurs recevoir peut être quelques applications nouvelles dans les affections qui présentent avec celles-ci des analogies plus ou moins rapprochées : c'est ainsi que l'auteur lui-même cite (5e observation) un cas de guérison complète chez un malade dont l'affection peut être regardée comme due à ce que M. Magnus Huss appelle alcoolisme chronique.

Je ne veux parler, dit M. Lunier, dans ce mémoire que de la paralysie générale cérébrale. Or de cette maladie il y a peu d'observations de guérison complète et durable. On a tout au plus obtenu des demi-succès; on a vu disparaître tels ou tels symptômes de la maladie; mais, quelle que soit l'époque à laquelle le traitement a commencé, le résultat définitif est presque toujours fatalement le même. On améliore l'état du malade, on le guérit même à ne voir que la superficie des choses; mais bientôt les accidents reparaissent le plus souvent avec plus d'intensité et après quelques alternatives de bien et de mal; le paralytique s'éteint lentement dans le marasme ou est emporté en quelques heures par une congestion cérébrale.

J'ai vu plusieurs fois aussi, j'ai obtenu moi-même de ces demi-succès. Plusieurs malades qui ont quitté l'asile en apparence complétement guéris sont encore en parfaite santé, du moins au dire de leurs parents; mais je suis presque certain de leur retour plus ou moins prochain; je l'ai annoncé à la famille, et malheureusement, je le crains, l'événement ne me démentira pas.

Ces résultats, je les dois surtout à l'emploi de l'iodure de potassium et plus encore de la médication bromo-iodurée, que j'ai presque toujours administrée avec quelque succès dans la première et même dans la seconde période de la maladie.

Quant au mode d'action de cette médication dans la paralysie générale, on peut l'envisager de deux manières différentes. J'ai dit ailleurs qu'à des doses trop élevées l'iodure et le bromure de potassium déterminaient momentanément tous les symptômes de la paralysie générale. La médication bromo-iodurée pourrait donc être considérée comme substitutive. Mais il est une autre explication plus anatomique basée sur les effets physiologiques de cette médication.

La paralysie générale est le plus souvent, en effet, le résultat, le produit de congestions cérébrales incessantes à la suite de chacune desquelles la maladie s'aggrave progressivement. Or, l'observation semble démontrer que ces congestions cérébrales sont bien plus souvent la conséquence d'une espèce d'engorgement des veines encéphaliques, de ralentissement de la circulation capillaire, que d'une impulsion plus active imprimée par le cœur au sang artériel. Mais s'il en est ainsi, est-il aucun traitement plus rationnel que la médication bromo-iodurée, qui a précisément pour effet d'activer cette circulation capillaire et de répartir le sang dans toute l'économie?

Dans les cas où les lésions anatomiques consistent surtout en un épanchement séreux soit dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien, soit dans les ventricules, la médication bromo-iodurée agit probablement comme elle le fait ailleurs, en imprimant un sucroît d'activité au système absorbant.

Quelle que soit d'ailleurs l'explication qu'on adopte, le fait thérapeutique n'en existe pas moins; et, sauf de rares exceptions, la médication bromo-iodurée, seule ou associée aux préparations ferrugineuses, me paraît devoir être employée de préférence à toute autre dans le traitement de la paralysie générale.

Cette médication n'exclut point d'ailleurs les autres moyens thérapeutiques; il sera souvent indiqué, par exemple, comme le professe M. Baillarger, de chercher à déterminer au pourtour de l'anus, au moyen de pilules aloétiques et de l'application de quelques sangsues, une fluxion périodique pour rappeler l'écoulement hémorrhoïdal, quand il y aura suppression; et, pour le remplacer ou le provoquer, lorsqu'il n'aura jamais existé. La médication bromo-iodurée ne pourra même que venir en aide à ce mode de traitement, en congestionnant les vaisseaux hémorrhoïdaux, et peut-être aussi en diminuant la plasticité du sang.

Voici quelques-uns des faits que j'ai observés :

OBS. I. — *Paralysie générale à sa première période. — Démence légère. Emploi de la médication bromo-iodurée. — Amélioration.*

V. R..., âgé de trente et un ans, célibataire, maréchal, est entré dans l'asile de Niort le 20 juin 1851.

Le père de V... est mort d'un coup de sang; une de ses tantes paternelle est aliénée.

V... est d'un tempérament bilioso-nerveux, d'une assez bonne constitution.

A l'exception de quelques vertiges, de légers étourdissements, V... n'avait éprouvé aucun accident cérébral sérieux, quand vers le commencement de novembre 1850 on remarqua chez lui de la tristesse sans excitation, à part peut-être un peu d'exagération dans les sentiments religieux.

Des chagrins, dont le motif m'est inconnu, paraissent avoir déterminé l'explosion de la maladie à laquelle V... était héréditairement prédisposé.

Je n'ai pu obtenir aucun détail sur les symptômes qui ont caractérisé l'affection cérébrale du mois de novembre 1852 au mois de juin de l'année suivante. A cette époque V..., devenu turbulent, agité, dangereux même pour la société, a été presque immédiatement séquestré d'office dans l'asile de Niort.

Le 22 juillet, à part un peu d'amaigrissement, V... me paraît doué d'une excellente santé physique.

Les battements du cœur sont très énergiques et la force des pulsations radiales ne répond pas à cette énergie de l'organe central de la circulation; pas de souffle dans les carotides.

Anesthésie assez prononcée.

La tête est petite, les pupilles égales; au début de la maladie, V... s'est plaint de violents maux de tête; il n'en reste aucune trace aujourd'hui.

Les membres supérieurs, le gauche surtout, sont agités d'un tremblement incessant très manifeste. L'embarras de la parole est incontestable; par instants cependant il disparaît presque complétement.

Jusqu'ici V... s'est montré d'une docilité exemplaire; je l'ai conduit moi-même à l'atelier dès le lendemain de son entrée, et il s'est mis au travail sans la moindre opposition.

Il y a chez V... un affaiblissement sensible de la mémoire : il a perdu surtout le souvenir des faits récents.

On ne peut également méconnaître chez ce malade une certaine exagération du sentiment personnel et quelques idées ambitieuses qui ont principalement affecté chez lui la forme religieuse. V... marche en dandinant, portant la tête d'une manière prétentieuse et capable; il a presque toujours le sourire sur les lèvres. Il se dit *évêque* ou tout au moins destiné à le devenir, et il a pour mission d'assister ses frères. On observe aussi par instants chez ce malade une affectation d'humilité comique, que je crois n'être qu'une fausse modestie.

V... ne désire rien sur la terre; il a accepté sa séquestration sans la moindre opposition, comme le font beaucoup de paralytiques. Il paraît, du reste, fort peu regretter ses parents et ne conserver pour eux aucune affection.

J'ai prescrit, le 21 juillet, un bain de deux heures, et le 22 une limonade émétisée.

Le 24 septembre, V... est parfois un peu turbulent dans la journée, et, la nuit, trouble par ses chants le repos des autres malades. Sa gaieté, ses idées, ses allures d'homme satisfait de lui-même n'ont aucunement changé. Quelquefois, lorsqu'on le contrarie, il se met en colère; mais ses emportements sont de courte durée et faciles à maîtriser.

Le 17 avril 1852, à part quelques bains et quatre ou cinq purgatifs salins, le traitement a été surtout expectant. Cependant une amélioration notable s'est manifestée dans l'état de V...; il est bien toujours un peu satisfait de lui-même; mais ses idées ambitieuses et extravagantes ont presque complétement disparu; il parle assez raisonnablement de ce qu'il a été et de ce qu'il est aujourd'hui. L'embarras de la parole persiste néanmoins; sa pronciation est traînante, irrégulière, incomplète. V... est du reste excellent travailleur, et sa santé physique ne laisse rien à désirer.

Le 22 mai, l'amélioration n'a pas continué, l'état mental de V... est presque le même qu'à l'époque de son entrée. L'anesthésie est complète; il y a de plus un peu d'excitation maniaque. Seul, peut-être, l'embarras de la parole est moins prononcé.

Encouragé par l'amélioration qui s'était manifestée quelques mois auparavant dans l'état de V..., je pensai à faire usage chez ce malade de la médication bromo-iodurée n° 1 (1).

Le 15 juillet, l'état de V... s'est sensiblement amélioré depuis deux mois; les symptômes physiques surtout se sont amendés d'une manière remarquable. V... a pris en même temps plus d'embonpoint. Je cesse toute espèce de médication.

Le 27 septembre, l'amélioration ne s'est point démentie, et, à part un léger embarras de la parole, il ne reste plus chez V... aucune trace de maladie.

Le 27 septembre il est rendu à sa famille.

Je ne regarde point assurément la guérison de V... comme définitive, et il est malheureusement probable que ce malade nous sera bientôt ramené. Mais c'est quelque chose déjà que d'obtenir une amélioration qui permette le retour dans la famille.

Chez V..., ainsi que chez la plupart des paralytiques guéris ou améliorés, nous avons vu, comme M. Baillarger l'a fait observer le premier, disparaître les phénomènes morbides de l'intelligence et du moral avant qu'il survînt aucun changement notable dans les lésions de la motilité.

(1) En parlant de l'insipidité de la *solution bromo-iodurée*, j'aurais dû ajouter que, chez les malades difficiles, j'emploie presque exclusivement une solution qui ne contient point d'extrait de gentiane. L'action est à peu près la même et l'administration en est bien plus facile.

OBS. II. — *Paralysie générale à sa deuxième période. — Démence. — Excitation maniaque. — Emploi de la médication bromo-iodurée. — Amélioration.*

I..., âgé de cinquante-six ans, cultivateur, marié, est entré dans l'asile de Niort le 15 décembre 1851.

Un neveu du malade, âgé de dix-huit ans, est épileptique.

I... a longtemps souffert d'une affection de poitrine assez grave et de céphalalgies violentes qui ont disparu complétement lors de l'apparition des premiers accidents cérébraux.

Naturellement gai, expansif, généreux, prodigue même, I... était intelligent, actif, entreprenant, faisait beaucoup d'affaires, achetant souvent sans besoin, sans motif sérieux; il poussait fort loin l'ambition, bien légitime d'ailleurs, de s'élever au-dessus de ses égaux.

Je n'ai pu avoir sur le début de la maladie que des renseignements incomplets.

Ce serait vers la fin de l'année 1847 que l'affection cérébrale aurait débuté par de la tristesse, de l'insomnie et de l'inappétence qui n'ont guère duré que cinq ou six mois. Un peu plus tard, à la suite d'une congestion cérébrale, I... a été pris d'un accès en tout semblable, sauf la gravité, à la crise actuelle. En décembre 1849 la tristesse reparut, et ne l'abandonna que vers le 15 août 1851. A cette époque, elle fut remplacée par un état tout opposé : la gaieté, l'expansion, l'excitation même, et surtout la manie d'acheter à tort et à travers et bien au delà de ce que sa fortune lui permettait. I... aurait eu bientôt gaspillé tout ce qu'il possédait si la famille ne se fût décidée à le séquestrer dans un asile d'aliénés.

13 janvier. Pendant la première quinzaine de son séjour, I... a été assez calme, satisfait d'être avec nous, content de tout ce qu'on lui donnait. Du 3 au 5 janvier, il eut un peu d'agitation, d'insomnie. Quelques bains ont facilement fait disparaître cette excitation passagère qui a reparu, mais cette fois avec plus d'intensité, dans la soirée du 12 janvier. I... est devenu insolent, grossier, menaçant même pour ceux qu'il adorait la veille.

17 janvier. Le 14, au matin, le calme était revenu. J'avais prescrit quelques bains prolongés et un purgatif salin.

J'examine aujourd'hui le malade avec soin et je constate l'état suivant :

Les fonctions de la vie végétative ne laissent rien à désirer. I... est d'un tempérament sanguin, et il avait pris la fâcheuse habitude de se faire saigner fort souvent. Cette particularité, que l'on retrouve dans les antécédents de la plupart des paralytiques, n'implique-t-elle pas en général une dispositon aux congestions cérébrales?

Les organes des sens n'offrent rien de particulier.

Le bras gauche est sensiblement moins fort que le droit. Le malade y accuse une espèce d'engourdissement, de frémissement tout particulier.

Léger tremblement vermiculaire de la langue; la parole est embarrassée, lourde, hésitante.

Dans tout ce qu'il écrit, I... omet à chaque ligne des lettres, des syllabes, des mots entiers.

Peu de sommeil en général; il parle, siffle pendant la nuit, crie même quelquefois. Il ne paraît pas cependant avoir d'hallucinations.

Dans ses moments d'agitation, qui reviennent de temps en temps, I... est insolent et grossier pour les infirmiers, pour les sœurs, pour moi-même, et, dès qu'il est calme, il nous remercie tous avec effusion de ce que nous avons fait pour lui.

La mémoire est sensiblement affaiblie, surtout pour les faits récents; le jugement fait complétement défaut. L'imagination, au contraire, est plus active que jamais.

I... parle rarement de ses parents, pour lesquels il paraît n'avoir aucune affection. Il est satisfait de son état, content de ce qu'il fait; il se trouve rajeuni et voudrait être libre pour acheter des mules, des récoltes, des fermes, etc.; il se croit capable de tout entreprendre, et parle avec affectation de chasse, de chasseurs de ses amis, de gens haut placés dont il se dit l'intime.

En général, il m'a suffi de quelques centigrammes d'opium pour calmer l'agitation de ce malade. J'en fais du reste usage le plus rarement possible, et j'emploie de préférence les bains prolongés.

Le 1er février, I... est un peu plus calme, plus raisonnable. Ses idées sont bien à peu près toujours les mêmes, mais il est plus modeste dans ses prétentions et commence à reconnaître l'absurdité de sa conduite passée. Il y a toujours chez lui cependant une certaine excitation, une loquacité fatigante, et surtout un désir immodéré de recouvrer sa liberté. On retrouve dans ses lettres des mots incomplets ou répétés. L'embarras de la parole est le même.

Je prescris des bains et de temps en temps un purgatif aloétique, et l'application de quelques sangsues au siége.

14 mai. Le traitement employé jusqu'ici n'a pas déterminé d'amélioration sensible dans l'état du malade. Je remarque même un peu plus de confusion, d'incohérence dans les idées, plus de stupeur dans la physionomie. Je me décide à donner la solution bromo-iodurée n° 1.

Le 15 juillet, il y a évidemment une amélioration notable dans l'état de I... On reconnaît bien encore tous les phénomènes morbides énoncés précédemment, mais ils sont amoindris; quelques-uns même sont difficilement appréciables. L'embarras de la parole seul est resté le même.

Je cesse toute espèce de médication.

Le 3 septembre, l'amélioration s'est maintenue; elle est même sous certains rapports plus sensible encore qu'au mois de juillet. La prononciation est plus nette; on saisit à peine par instants une certaine hésitation difficilement appréciable. Il est probable que bientôt je renverrai ce malade.

Le 20 octobre, I..., ennuyé de ne point être rendu à la liberté, s'est évadé et est retourné chez son frère. Cette escapade accusait encore chez lui une certaine excitation maladive; cependant il s'est conduit dans sa famille avec tant de calme et de raison que, sur les instances de ses parents, je lui ai accordé sa sortie définitive.

Le 1er mai 1853, l'amélioration ne s'était point démentie.

L'observation qui précède ne peut être, il est vrai, considérée comme un cas de guérison complète; mais on ne peut nier qu'il n'y ait eu au moins une amélioration très sensible, et cette amélioration me paraît devoir être attribuée à la médication bromo-iodurée, que je n'ai administrée qu'après avoir mis inutilement en usage les bains, les purgatifs et les révulsifs.

Nous donnerons la suite des observations et les conclusions dans le prochain numéro.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 21 septembre 1853. — Présidence de M. DENONVILLIERS.

PRÉSENTATION DE MALADE.

Ablation de l'intestin rectum dans une étendue de douze centimètres.

M. DENONVILLIERS présente un malade sur lequel a été pratiquée l'ablation de l'extrémité inférieure du rectum.

Il s'agissait d'une tumeur fibro-plastique. L'opération a été faite par M. Richard, en présence de M. Denonvilliers. Le péritoine a été ouvert dans l'étendue de trois centimètres environ, et des anses intestinales se sont engagées par cette ouverture.

Néanmoins la guérison a été très rapide. Le malade, qui était dans une déplorable position, n'a pas eu de fièvre ; il est aujourd'hui très bien portant. En examinant les parties, on reconnaît qu'il existe un rétrécissement de l'anus et de l'extrémité du rectum, dans le point où a été pratiquée l'opération. Le malade retient complétement les matières fécales lorsqu'il est couché ; dans la position debout, il existe un léger suintement.

Cette observation complète sera publiée par M. Denonvilliers avec quatre autres semblables, également suivies de guérison rapide, malgré la grande étendue d'intestin enlevée.

— Après la lecture du procès-verbal, M. GUERSANT donne des nouvelles du jeune malade qu'il avait présenté dans la dernière séance. Les vives douleurs, devenues intolérables, ont décidé le chirurgien, malgré les difficultés de l'opération, à enlever la tumeur complexe qui avait chassé l'œil de son orbite.

Il a, suivant les procédés usités, enlevé l'œil et la tumeur qui était appliquée contre la face ethmoïdale de l'orbite; il a dû enlever en grande partie la masse ethmoïdale et pénétrer, par l'ouverture ainsi faite, jusque dans les fosses nasales pour y enlever toutes les parties de la tumeur qui avaient envahi cette région : il n'y a pas eu d'hémorrhagie. L'opération, pratiquée le matin même, a été bien supportée.

Quant à la tumeur, qui sera examinée, elle présente l'aspect du tissu encéphaloïde.

Correspondance.

M. Rabiot adresse à la Société une lettre pour demander à soumettre à l'examen d'une commission un lit mécanique. (Renvoyée à la commission déjà nommée pour le même sujet.)

— La Société reçoit divers journaux de médecine, entre autres la *Revue thérapeutique du Midi*, du docteur Saurel (nº du 15 septembre).

— M. PRAVAZ fils, interne des hôpitaux de Lyon, adresse une série de mémoires de son père. Nous en transcrivons les titres :

Mémoire sur l'emploi des bains d'air comprimé associés à la gymnastique;

Nouvelle méthode pour le traitement des déviations de la colonne vertébrale ;

Mémoire sur la réalité de l'art orthopédique;

Second mémoire sur l'emploi des bains d'air comprimé dans le rachitisme ;

De l'influence de la respiration sur la santé et la vigueur de l'homme;

Recherches pour servir à l'histoire de la phthisie pulmonaire (thèse).

Nomination.

M. SOULÉ, chirurgien de l'hôpital Saint-André de Bordeaux, est nommé membre correspondant.

Rapports.

M. GOSSELIN donne lecture du rapport suivant sur une plaie pénétrante de l'abdomen suivie d'un anévrisme artérioso-veineux, sans lésion des viscères :

Messieurs, vous nous avez chargés, MM. Morel-Lavallée, Demarquay et moi, d'examiner un malade qui avait été présenté il y a quelques semaines à la Société par M. Duménil, interne à l'hôpital Saint-Louis, et de vous rendre compte du travail qu'il a déposé en même temps sur le bureau.

Il s'agit d'un jeune homme de trente et un ans qui a reçu, il y a huit ans, un coup de couteau dans le ventre, et qui n'eut à la suite de cette blessure ni hémorrhagie, ni péritonite. La plaie cependant avait été pénétrante, car il était sorti un peu d'épiploon. Au bout de huit jours néanmoins, le malade put se relever et reprendre ses occupations. Il remarqua seulement qu'un peu d'enflure survenait aux deux pieds; mais bientôt il s'aperçut que les veines de la jambe gauche commençaient à se dilater. Depuis ce moment, les varices firent des progrès continuels ; il s'en développa sur la cuisse et sur le ventre, et le membre inférieur acquit peu à peu des proportions considérables. A diverses reprises, des ulcères apparurent sur la jambe gauche, ulcères dont la cicatrisation fut très lente.

Aujourd'hui l'on est tout d'abord frappé du volume considérable de la jambe et de la cuisse. La première, mesurée au-dessus des malléoles, a 0,35 de circonférence ; à la partie supérieure du mollet, 0,58. La seconde donne, au-dessus du genou, 0,56 ; à la partie moyenne, 0,88. La peau semble, en quelques points du membre, indurée et comme hypertrophiée ; dans d'autres, et en particulier autour des malléoles, à la partie antérieure et externe de la jambe, au côté externe de la hanche et dans la région fessière, elle est amincie et a au-dessous d'elle des paquets variqueux très appréciables. En quelques endroits, le tissu cellulaire sous-cutané paraît induré ; dans les autres, il a conservé assez de souplesse pour que l'on puisse sentir des veines variqueuses dont le développement est très considérable. Il est évident que l'accroissement de volume du membre est dû surtout à ce développement des veines superficielles et des veines profondes. Des varices semblables, et d'autant plus faciles à apprécier que la peau et le tissu cellulaire n'offrent pas d'hypertrophie, se voient sur la partie antérieure et latérale gauche de la paroi abdominale. Une très volumineuse se voit également un peu à droite de la ligne médiane ; mais elle semble, en arrivant au pubis, se dévier à gauche pour aller se jeter dans la veine fémorale de ce côté. Le reste du côté droit de la paroi abdominale est, de même que la cuisse et la jambe droites, dépourvu de varices. Le membre est d'ailleurs refroidi, et l'un des membres de la commission, M. Demarquay, a constaté avec le thermomètre un abaissement de la température d'un degré du côté malade.

A neuf centimètres au-dessous de l'ombilic et à droite, à six centimètres de la ligne médiane, on voit la cicatrice du coup de couteau. En portant la main sur cet enduit et appuyant modérément, on y sent une pulsation isochrone aux battements du pouls, et un frémissement dont le maximum d'intensité est un peu au-dessous de l'ombilic et qui se prolonge, en s'affaiblissant, jusqu'au voisinage de la symphyse pubienne. En appliquant l'oreille sur ces mêmes points, on entend un bruit de souffle continu dont le maximum est au même point que celui du frémissement perçu avec la main, que l'on entend du côté droit jusqu'au milieu de la cuisse, et du côté gauche jusqu'à l'arcade fémorale seulement ; on l'entend de plus en arrière, au niveau du sacrum et de la région lombaire.

Ici s'arrête le travail de M. Duménil, qui est purement descriptif : l'auteur n'a pas cru devoir établir le diagnostic ni s'occuper du traitement. La commission a comblé cette double lacune. Quant au diagnostic, il est facile sous quelques rapports et difficile sous quelques autres. Il est facile en ce sens que le malade en question a certainement un anévrisme artérioso-veineux ou une varice anévrismale au niveau de la paroi abdominale postérieure et au-devant de la cinquième vertèbre lombaire. En présence du commémoratif (un coup de couteau) et de ces signes physiques : bruit de souffle continu avec renforcements, pulsations et frémissement appréciables à la main, gêne de la circulation veineuse dans le membre, augmentation de volume des veines, on ne peut se refuser à admettre qu'il existe une communication entre une artère et la veine principale qui ramène le sang du membre inférieur gauche. Mais quelle est cette veine au juste, avec quelle artère communique-t-elle ? Ici le diagnostic devient un peu plus difficile. Pourtant on peut encore déterminer aisément la veine. Un coup de couteau dans cette région ne peut atteindre que l'une des trois veines suivantes : la veine cave inférieure, l'iliaque primitive droite ou la gauche. Ce n'est pas la veine cave inférieure, comme dans le cas souvent cité de Syme ; car, s'il en était ainsi, la projection continuelle du sang artériel dans ce vaisseau aurait gêné aussi bien la circulation dans le membre inférieur droit que dans le gauche. Ce n'est pas non plus la veine iliaque primitive droite, puisque l'œdème et les varices ne correspondent pas à ce côté. Il s'agit donc de la veine iliaque primitive gauche : on sait que cette veine, avant de se réunir avec celle du côté droit, passe transversalement au-devant de la cinquième vertèbre lombaire, à deux ou trois travers de doigt au-dessus du niveau de l'ombilic, dans un point qui est parfaitement en rapport avec la situation de la cicatrice sur le malade dont nous nous occupons. Il n'est donc pas impossible que cette veine ait été intéressée au moment de l'accident.

Quant à l'artère, la détermination est moins facile : trois grosses artères se rencontrent dans la région malade et sont en rapport avec la veine dont nous venons de parler : ce sont l'aorte, l'iliaque primitive droite et la gauche. Comme l'instrument a pénétré à droite de la ligne médiane, et que d'ailleurs le maximum d'intensité du souffle et du frémissement est de ce côté, on peut laisser de côté l'iliaque primitive gauche. Mais nous n'avons pu décider s'il s'agit de la droite ou de l'aorte. C'est l'une ou l'autre, suivant la direction qu'a prise l'instrument au moment de la blessure. S'il a pénétré directement en arrière, il aura atteint la cinquième vertèbre lombaire au-dessus de la bifurcation de l'aorte et aura par conséquent ouvert l'iliaque primitive droite; mais, pour peu qu'il ait été dirigé de bas en haut ou que chez ce sujet l'aorte se termine un peu plus bas que chez la plupart des autres, c'est l'aorte qui aura été blessée au niveau de sa terminaison, c'est-à-dire au niveau de cet angle de bifurcation qui correspond précisément à la veine iliaque primitive gauche. Nous avons essayé, pour arriver à une détermination plus rigoureuse, de comprimer successivement les deux iliaques primitives et de voir si cette compression faisait cesser le bruit de souffle et le frémissement. Une personne auscultait pendant que l'autre comprimait. Nous n'avons pu obtenir la cessation du bruit qu'en comprimant au niveau de l'ombilic et de la quatrième lombaire dans un point qui correspond à l'aorte; mais nous ne pouvons en conclure rigoureusement que la blessure occupe l'aorte; car, si elle occupait l'artère iliaque droite près de son origine, le résultat eût été le même.

Ainsi donc, en donnant au diagnostic toute la rigueur qu'il est possible avec les éléments dont nous disposons, ce malade nous paraît atteint d'un anévrisme artérioso-veineux résultant d'une blessure simultanée de la veine iliaque primitive gauche et de l'artère aorte à sa terminaison, ou de l'iliaque primitive droite auprès de son origine.

On peut s'étonner sans doute qu'un instrument vulnérant soit arrivé si loin sans intéresser les viscères intestinaux; il y a là quelque chose d'insolite, mais que l'anatomie permet encore de concevoir. On serait tenté de s'étonner aussi qu'une lame de couteau ait pu pénétrer si profondément ; mais ceci est moins surprenant qu'on ne le croirait tout d'abord : il n'est pas nécessaire qu'un instrument parcoure un long trajet pour arriver sur la colonne vertébrale au niveau de la région lombaire. En effet, d'une part, en vertu de la convexité naturelle de cette partie du rachis, la paroi abdominale postérieure est assez rapprochée de l'antérieure chez les sujets qui ont peu d'embonpoint; et, d'autre part, pour peu que la paroi antérieure soit dépressible, elle se laisse refouler en arrière par l'instrument, et se rapproche assez de la colonne vertébrale pour qu'il ne reste plus entre celle-ci et les vaisseaux iliaques qu'une petite distance. J'ai constaté à plusieurs reprises sur le cadavre qu'un instrument plongé dans la région ombilicale pouvait arriver sur les vertèbres après un trajet de 2 ou 3 centimètres seulement. Cela a lieu surtout lorsque la pointe et le tranchant ne sont pas très acérés, parce qu'alors la paroi est refoulée davantage avant que l'instrument la traverse.

Ce fait nous offre bien encore une difficulté : comment se fait-il, la blessure de ces deux vaisseaux étant admise, qu'une hémorrhagie abondante et même mortelle n'ait pas eu lieu ? Faut-il l'expliquer par l'étroitesse de l'ouverture, par une coagulation rapide du sang qui l'aura fermée promptement? Ne faut-il pas faire intervenir la pression exercée par les viscères intestinaux? Quoi qu'il en soit, c'est là une de ces circonstances insolites dont l'observation de M. Duménil offre un remarquable assemblage.

Il importe de faire attention aux changements qui sont survenus chez ce malade dans le membre inférieur, où il y a eu mélange continuel du sang artériel avec le sang veineux et obstacle au retour de ce dernier par l'impulsion en sens inverse que lui communiquait la pulsation artérielle. Qu'en est-il résulté? Une nutrition plus active et une hypertrophie de certains éléments, de la peau, et du tissu cellulaire sous-cutané en particulier; mais cette hypertrophie n'a pas porté sur les os, car il n'y a pas élongation du membre, comme sur le malade que nous a présenté dernièrement M. Giraldès. Il y a eu surtout une augmentation considérable dans le calibre des veines avec épaississement de leurs parois. Ces hypertrophies se sont opérées assez lentement, puisqu'elles sont arrivées dans l'espace de huit années au degré que nous constatons aujourd'hui. Jusque-là elles avaient permis au malade de vivre sans trop d'incommodité et de gagner sa vie. Mais actuellement le volume et le poids du membre sont devenus tels que la marche est très difficile; en même temps, la formation facile et la longue durée des ulcères rendent impossible tout exercice ou tout travail qui exige une station verticale prolongée.

Nous avons donc affaire à un éléphantiasis spécial qu'on pourrait appeler éléphantiasis veineux, qui augmentera sans doute encore et qui deviendra pour ce sujet encore jeune une infirmité de plus en plus déplorable. Sous le rapport de l'augmentation de volume du ventre, le fait est encore insolite. Nous voyons assez fréquemment des varices anévrismales du membre supérieur ; mais elles n'occasionnent pas un développement aussi considérable, soit parce qu'on se décide à les opérer, soit parce qu'il est possible d'exercer au niveau de l'ouverture et sur toute la longueur du membre une compression habituelle qui diminue l'afflux du sang artériel dans les veines et s'oppose à l'ampliation de ces vaisseaux. On voit plus rarement des varices anévrismales du membre inférieur, et quand il s'en rencontre, si l'on n'opère pas, on pallie encore suffisamment le mal au moyen de la compression, comme nous en avons vu des exemples dans les faits présentés à la Société par MM. Monneret et Giraldès. Sur le malade de M. Duménil, la position de l'anévrisme n'a pas permis de recourir efficacement aux moyens palliatifs ; on a bien pu comprimer le membre au moyen d'un bandage roulé, mais il a été impossible de comprimer au niveau même de l'ouverture, indication au moins aussi importante que la précédente. C'est pourquoi nous sommes témoins, au grand détriment du malade, de conséquences plus graves que celles qu'on observe habituellement.

En présence de la situation si fâcheuse de ce malade, que doit-on faire? L'attention minutieuse avec laquelle nous l'avons examiné et avons cherché à préciser le lieu de la blessure avait pour but surtout de rechercher si la ligature au-dessus et au-dessous de l'ouverture artérielle était possible. Tous les membres de la commission ont pensé, et cet avis est celui de MM. Denonvilliers et Malgaigne, qui ont vu le malade avec moi, qu'aucune opération ne doit être entreprise. Ce n'est ni la difficulté d'aller à la recherche de l'artère ouverte, ni la crainte de la gangrène, ni celle de l'hémorrhagie consécutive qui nous arrêteraient.

La raison capitale qui rend inutile toute autre discussion, c'est qu'il serait impossible de lier au-dessus de la tumeur autre chose que l'aorte. Car, en supposant même que la blessure occupe l'iliaque primitive, c'est à une hauteur telle qu'il serait impossible de placer une ligature sur le vaisseau au-dessus de l'ouverture.

Il faut donc s'en tenir à la compression, en recommandant au malade de l'employer plus régulièrement qu'il ne l'a fait jusqu'à ce jour, et ne lui dissimulant pas qu'une profession sédentaire peut seule lui convenir désormais.

La commission propose :

1º D'adresser des remercîments à M. Duménil;

2º De déposer honorablement son observation dans les archives de la Société.

Les conclusions sont adoptées, et en outre la Société décide que le rapport sera imprimé dans les *Bulletins*.

Cancer du sein. — Infection cancéreuse. — Fracture du fémur gauche.

M. HOUEL donne lecture d'un rapport. Nous transcrivons d'abord une analyse de l'observation, et nous donnons ensuite l'extrait du rapport de M. Houel.

OBS. — Mme D..., âgée de cinquante-deux ans, non réglée depuis plusieurs années, paraît avoir eu une bonne santé. Il n'y a point eu dans sa famille d'exemples d'affections cancéreuses.

Sans cause connue, elle vit se développer dans le sein droit une petite tumeur qui augmenta rapidement, s'accompagnant de douleurs aiguës. Au bout de quelques mois, elle vint réclamer les soins de M. Velpeau, qui pratiqua l'ablation du sein le 4 février 1852. La guérison fut assez prompte.

Après un laps de temps que la malade n'a pu préciser, mais qui n'a pas été long, la tumeur du sein a récidivé, et M. Velpeau se borna à prescrire un traitement palliatif.

La malade quitta Paris pour venir se fixer à la campagne, et je fus alors appelé pour la première fois auprès d'elle vers la fin de septembre. La tumeur du sein était dure, mamelonnée, violacée à son centre, et d'un volume déjà assez considérable. Tout le tissu cellulaire circonvoisin était induré, les ganglions axillaires engorgés. Il existait des douleurs assez vives dans le sein, la partie postérieure du cou, et même les membres. La tumeur s'ulcéra vers le milieu de novembre, en même temps que les douleurs étaient devenues intolérables.

Le 7 décembre, la malade était couchée dans son lit, qu'elle ne quittait plus depuis quelque temps, lorsque, faisant un léger mouvement, elle sent, comme elle le dit, sa cuisse se retourner. Une personne assise auprès d'elle crut entendre un bruit particulier; elle accourut à ses cris, et s'aperçut que la cuisse avait changé de forme. Il me fut facile de constater que le fémur gauche était fracturé à l'union de son lien supérieur avec le lien moyen; il existait une grande mobilité, une crépitation abondante et fine. La réduction était facile; mais le fragment supérieur a une tendance à se porter fortement en dehors. Un bandage de Scultet est appliqué, mais on ne peut obtenir de coaptation parfaite.

Vers le milieu de décembre, la malade accuse une douleur très vive vers la partie inférieure de la cuisse droite; on sent dans ce point que le fémur est tuméfié, et présente une tumeur fusiforme bien marquée occupant tout le tiers inférieur de cet os. On n'a rien remarqué de semblable sur les autres points du squelette.

Au bout d'un mois la fracture paraît avoir éprouvé un commencement de consolidation; il n'y a plus de crépitation ni de mobilité. La malade succombe le 23 janvier 1853. Je n'ai pu faire l'autopsie complète; il ne m'a été permis que d'enlever la portion du fémur fracturé.

Cet os a été scié à trois travers de doigt environ au-dessus et au-dessous de la fracture. Il a conservé dans ce point son épaisseur et ses caractères normaux; il ne présente ni amincissement ni friabilité. Les deux fragments, quoique un peu mobiles, ont cependant éprouvé un commencement de consolidation. Le fémur divisé verticalement en deux, on constate :

1° Un tubercule cancéreux du volume d'un pois développé à la partie interne de l'os dans le tissu compacte, à 2 centimètres au-dessus du point fracturé;

2° Une tumeur cancéreuse, probablement de nature encéphaloïde, à l'état de crudité, du volume d'une noix, interposée aux deux fragments, et pénétrant assez profondément dans l'épaisseur de chacun d'eux. Leurs extrémités sont très amincies et friables au niveau des points qui sont en contact avec le cancer;

3° A sa partie externe, le fémur présente au niveau de la fracture des saillies aiguës et irrégulières que l'on avait parfaitement senties pendant la vie. En dedans, les deux fragments, d'ailleurs assez éloignés l'un de l'autre, se rapprochent en décrivant une concavité tournée vers la partie interne du membre; ils sont déjà assez solidement unis par des stalactites osseuses.

On voit dans cette observation que, sous l'influence d'une cachexie cancéreuse, les os n'ont pas subi une modification qui les rend dans toute leur étendue plus mous, plus friables, et partant plus aptes à se fracturer; que c'est le développement du cancer dans un point de l'épaisseur même de leurs parois qui cause leur fracture, par suite de la destruction complète du tissu osseux.

Extrait du rapport. — Il est à regretter pour cette observation que l'autopsie n'ait pu être faite dans tous ses détails; il est probable qu'elle aurait révélé d'autres parties du corps sur lesquelles s'était généralisée l'affection cancéreuse. La tumeur fusiforme signalée par M. Thore snr l'extrémité inférieure du fémur droit a paru à votre commission devoir être rapportée à cette généralisation, quoique le fait confirmatif matériel manquât. Mais il ne me paraît pas probable que sur cet os la maladie ait suivi dans son développement la même marche que sur le fémur gauche; la présence d'une tumeur fusiforme nous fait supposer que c'est par l'extérieur de l'os que l'altération a commencé, et j'ai vu quelquefois dans ce cas le tissu osseux s'hypertrophier, s'indurer, et par conséquent acquérir une nouvelle force de résistance à la destruction du cancer. La fracture peut alors ne jamais se produire ou être très longue à survenir.

C'est principalement pour la fracture du fémur gauche que M. Thore a adressé son observation à la Société; aussi votre commission, en l'examinant avec soin, ne peut s'empêcher de vous faire observer que l'anatomie pathologique de la masse cancéreuse située dans le lieu de la fracture a été faite trop succinctement. Il paraît bien cependant qu'elle appartenait à la variété de cancer dite encéphaloïde, et l'on sait en effet que de tous les cancers des os, c'est la plus commune; le squirrhe en est en quelque sorte l'exception. M. Thore, dans son travail, ne dit rien du point de départ probable de la lésion; à savoir : si le cancer a commencé en dehors de l'os, qu'il aurait envahi par propagation, ou bien s'il a débuté par le canal médullaire. Cette dernière supposition m'a paru la plus vraisemblable, d'après l'examen du dessin que nous a présenté M. Thore. On peut voir que le tissu compacte du fémur a été usé de dedans en dehors sans qu'il se soit probablement manifesté de tumeur apparente. L'os a été réduit à une lamelle périphérique très mince; ce qui nous explique comment il a pu se fracturerdans un léger mouvement. Je rapprocherai de cette observation un fait intéressant que j'ai eu l'occasion de voir pendant mon internat à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Ph. Boyer; et si ma mémoire me sert bien, M. Chassaignac a dû observer le malade. C'était un homme adulte affecté d'énormes tumeurs fongueuses multiples qui avaient pour siége la dure-mère. En descendant de son lit pour uriner, il se fractura à la fois les deux fémurs et un des membres supérieurs. Pour un des fémurs, la fracture était multiple. Jamais cet homme ne s'était plaint de ces parties, et aucune tumeur n'avait été constatée sur ces régions.

Un autre point du travail de M. Thore qui peut encore appuyer notre opinion, à savoir, que c'est du côté du canal médullaire du fémur que s'est développée la tumeur cancéreuse; c'est le petit noyau cancéreux reproduit par le dessin qui accompagne l'observation; il est situé à 2 centimètres au-dessus de la fracture, et on peut constater qu'il s'est développé dans les couches les plus internes du tissu compacte; quoique du volume d'un pois seulement, il est néanmoins venu proéminer du côté du canal médullaire, et il est probable que si la malade eût vécu, il aurait pu se prolonger à une hauteur plus ou moins grande de ce côté. Cette disposition anatomique mérite d'être sérieusement étudiée; elle nous montre que dans les cas de cancer encéphaloïde proéminant dans le canal médullaire, la tumeur, sous forme d'infiltration ou même de champignon, peut remonter à des hauteurs diverses dans le canal, et comment alors, quand on se décide à une opération, il peut arriver, si on ne la pratique pas assez haut, qu'on laisse dans le canal osseux une partie du mal.

L'affection cancéreuse, dans cette observation, est très probablement secondaire à l'affection de la mamelle. Les os jouissent de ce triste privilége, de pouvoir être infectés primitivement ou secondairement. L'infection secondaire des os, d'après M. Lebert, aurait lieu dans une grande proportion. Sur 23 autopsies de cancer du sein, il a vu 14 des cancers secondaires dans les os; et le fémur est un de ceux sur lesquels cette affection cancéreuse secondaire a été le plus souvent observée. Il est à remarquer encore, comme dans le fait de M. Thore, que dans ces cas d'infection cancéreuse secondaire le siége en est, pour les os longs, presque toujours dans le canal médullaire.

M. Thore signale dans son observation qu'il existait un commencement de consolidation, et en outre des rugosités osseuses périphériques qui avaient pu être reconnues pendant la vie à travers les téguments; mais leur explication est facile. En effet, il est à peu près reconnu aujourd'hui que si l'affection cancéreuse s'étend jusqu'au périoste, ou si elle commence par lui, la sécrétion périostique prend une forme particulière, c'est du moins l'opinion de votre rapporteur. Le suc osseux se dépose en aiguilles plus ou moins perpendiculaires à la surface de l'os, entre lesquelles se fait le dépôt de la masse cancéreuse; c'est le cancer en aiguille si bien décrit par M. le professeur Nélaton. Cette variété de forme de sécrétion périostique n'est point spéciale au cancer; elle a été signalée par MM. Lebert et Broca dans les cas de tissu fibro-plastique; mais j'avoue ne l'avoir jamais rencontrée dans la périostite, ou l'ostéite simple. Il est donc à regretter que dans l'observation de M. Thore la description de cette partie anatomique de la pièce soit un peu incomplète.

Un autre fait anatomique important et très bien indiqué dans l'observation qui fait le sujet de ce rapport, c'est que l'os au-dessus et au-dessous de la limite du mal était normal; il avait sa forme, sa densité ordinaires. Il n'en est pas toujours ainsi cependant, et on trouve à ce sujet une grande dissidence parmi les auteurs. Les uns ont attribué à la fragilité des os, dans le cas d'infection cancéreuse, toutes les fractures qui se rencontrent; ils ont admis qu'il existait une diminution générale dans la nutrition de l'os, d'où résultait un amincissement, une plus grande friabilité de l'os, qui pouvait alors subir des déformations comme rachitiques. D'autres, au contraire, ayant mis en doute cette fragilité, ont cru devoir rapporter à des cancers multiples des os les cas de fractures spontanées incontestables. M. Broca, dans son excellent travail sur l'anatomie pathologique du cancer, couronné par l'Académie de médecine, a cherché à élucider cette question. Il a observé sur le cadavre de vieilles femmes de la Salpêtrière, non atteintes de cancer, une grande fragilité des os. C'est un fait anatomique à peu près constant, que ce travail particulier qui se produit dans les os avec l'âge; aussi M. Broca pense-t-il que pour être rigoureuses les observations de fragilité des os dans les cas d'infection cancéreuse doivent être faites sur des individus âgés de moins de soixante ans. La fragilité des os lui a paru alors, d'après les observations qu'il a compulsées, un fait assez rare, ce qui est en rapport avec le fait de M. Thore. Il admet cependant qu'exceptionnellement, dans les cas d'infection cancéreuse générale, l'os peut devenir d'une friabilité extrême, recherchant alors chimiquement, puisque le microscope ne lui démontrait rien de satisfaisant, si l'analyse ne le mettrait pas sur la trace de cette fragilité extrême ; il n'a pu rien trouver.

Votre commission, tout en reconnaissant que la science possède un nombre de faits assez considérables, analogues à celui que vous a rapporté M. Thore, après avoir pris connaissance de vos *Bulletins*, qui ne renferment pas un seul fait de fracture des os consécutive au cancer, a l'honneur de vous proposer :

1° D'insérer dans vos comptes rendus l'observation de M. Thore;

2° D'adresser des remercîments à l'auteur.

M. Robert a vu en 1839, avec Samson, une femme qui, en marchant, eut une fracture de la partie moyenne du fémur. On ne savait à quel cause attribuer cet accident. On interrogea la malade avec le plus grand soin; elle assura n'avoir aucune autre affection. Mais depuis on reconnut qu'un cancer ulcéré avait envahi un des seins. Cette femme n'avait pas voulu en parler.

Quand peu après elle succomba, on vit qu'une masse encéphaloïde s'était développée dans le fémur et avait usé les parois.

M. Desormeaux pense que l'âge n'est pas la seule cause qui augmente la fragilité des os, lorsque, du reste, il n'existe aucune lésion organique.

Il a donné des soins à une dame âgée de trente-cinq ans, qui, en voulant brusquement s'arrêter pour éviter une voiture, se fit une fracture de l'extrémité inférieure du tibia avec issue des fragments. La santé générale est du reste excellente; la guérison a été obtenue.

M. Robert pense que dans ce cas la malade étant tombée, on pourrait attribuer la fracture à cette chute.

M. Broca. Je ne partage pas les doutes émis par M. Robert sur le fait intéressant de M. Desormeaux. La fragilité des os est quelquefois tellement grande, que les fractures des membres inférieurs peuvent se produire pendant la marche par la seule action des muscles et de la pesanteur. La chute, en pareil cas, est l'effet de la fracture, et n'en est point la cause. Il est bien entendu que je ne viens pas renouveler l'erreur d'A. Cooper sur le mécanisme des fractures du col du fémur. Je parle des fractures du corps des os longs. Je conçois très bien que chez la malade de M. Desormeaux le tibia, devenu très fragile, se soit rompu obliquement pendant la marche, et que, dans la chute qui a suivi la fracture, l'un des fragments soit venu perforer la peau.

Je ne veux pas me porter garant d'un fait que je n'ai point vu, et dont M. Desormeaux, lui-même, n'a pas été spectateur; mais je crois ce fait possible, parce que j'ai trouvé dans les recueils des exemples analogues, et parce que moi-même, à l'Ecole pratique, j'ai vu plusieurs fois des os dont la fragilité était excessive, quoique leur tissu ne présentât aucune altération apparente. Je citerai entre autres l'exemple suivant : en pratiquant avec une excellente scie une coupe antéro-postérieure sur le crâne d'une femme cancéreuse, je trouvai les os du crâne si fragiles qu'ils se fracturèrent sous la scie en plus de vingt fragments. Ces fragments, à leur tour, se laissèrent briser comme des biscuits par la seule action des doigts. A l'œil nu, au microscope, je ne trouvai aucune lésion dans la trame osseuse. J'ai consigné ailleurs (*Anat. pathol. du cancer*, dans les *Mém. de l'Acad. de méd.*, 1851, t. XVI, p. 688) les résultats de l'analyse chimique, et je ne les rappellerai pas, parce qu'ils sont en désaccord avec ceux que j'ai obtenus dans d'autres cas analogues.

Puisque M. le rapporteur a bien voulu parler de mes recherches sur la fragilité des os, je demanderai la permission d'ajouter ici quelques remarques.

On s'est efforcé depuis quelques années de faire revivre l'erreur de Portal, qui confondait entre elles toutes les maladies dans lesquelles la consistance des os est diminuée. La fragilité des os, en particulier, a été confondue avec l'ostéomalacie, dont elle diffère autant par les symptômes que par les lésions. Mais il ne suffit pas de laisser de côté l'ostéomalacie et le rachitisme, d'une part, et, d'une autre part, la carie, le cancer des os, les hydatides du canal médullaire, etc. ; puis de donner le nom unique de *fragilité des os* à toutes les autres affections dans lesquelles les fractures se produisent sous l'influence des causes les plus légères. Il faut, de plus, rejeter de ce cadre le ramollissement sénile du squelette, l'atrophie qui se produit dans les os condamnés à une longue immobilité, et la diminution de consistance qui est la conséquence de certaines ostéites diffuses. Après toutes ces éliminations, il reste un certain nombre de cas où les os deviennent fragiles, sans que leur forme soit modifiée, sans que leur poids soit diminué, et même sans que leur structure soit notablement altérée. C'est pour ces cas qu'il faut réserver la dénomination de *fragilité des os*.

Or cette fragilité peut se manifester dans deux conditions très différentes, suivant que les malades sont ou non atteints de l'infection cancéreuse. La fragilité due à la maladie cancéreuse est beaucoup plus rare qu'on ne l'a cru, mais est cependant bien démontrée. Elle ne se produit que dans la période la plus avancée de la cachexie; au contraire, la fragilité qui ne dépend pas de l'infection cancéreuse se manifeste quelquefois chez des individus dont l'état général est excellent. Voilà pourquoi je la désigne sous le nom de *fragilité idiopathique des os*.

La fragilité idiopathique des os semble plus rare encore que la fragilité due à la maladie cancéreuse. Ces deux affections, très semblables l'une à l'autre sous une foule de rapports, présentent ceci de particulier qu'elles peuvent atteindre uniformément ou inégalement les divers os du squelette, qu'elles peuvent même être limitées à certains os en respectant les autres. Ainsi, j'ai fait l'autopsie d'un cancéreux dont les côtes étaient extrêmement fragiles, le reste du squelette ayant conservé toute sa solidité. Le fait le plus remarquable, c'est l'absence de toute lésion apparente de la trame osseuse au niveau des fractures qui se produisent, et c'est ce qui explique pourquoi le plus souvent la consolidation s'effectue très bien. M. Parker a rapporté une observation très remarquable sous ce rapport.

Un homme commença, vers l'âge de quarante-cinq ans, à se fracturer les os sous l'influence des causes les plus légères. Depuis lors jusqu'à l'âge de soixante-dix ans, il se fit une quantité énorme de fractures sur la plupart des os du squelette. Toutes ces fractures guérissaient très vite et sans difformité. A l'époque où l'observation fut recueillie, l'individu vivait encore; il se portait très bien, et se faisait de temps en temps de nouvelles fractures qu'il considérait comme des accidents d'une minime importance. (Voy. *Ranking's Holf-Year ly abstract.*, 1852, t. XVI, p. 144.)

M. Denonvilliers dit que la plaie présentée par la malade de M. Desormeaux était peut-être le résultat d'une violence exercée par une cause mécanique quelconque.

Les fractures survenant sans cause violente à la mâchoire inférieure sont assez rares. M. Denonvilliers en a vu un exemple. Un homme tenant une pipe entre ses dents ne s'aperçut pas qu'il était arrivé à l'extrémité d'un trottoir, et, croyant toujours marcher sur une surface unie, il fit un faux pas. La secousse fut si forte que, les muscles de la face se contractant avec violence, la pipe fut broyée et la mâchoire inférieure fracturée au lieu d'élection habituel.

La consolidation ne fut obtenue que très lentement.

M. Desormeaux s'est garanti de toute cause d'erreur en analysant avec sévérité le fait qu'il a rapporté. Il n'y avait sur la jambe aucune trace de contusion.

Comme prédisposition chez cette malade, il dit qu'elle était d'un grand embonpoint.

M. Chassaignac rappelle que le cancer n'est pas la seule cause qui augmente la fragilité des os. A celles connues, il croit qu'on pourrait ajouter l'ostéite ; il en a vu un exemple chez une malade qui présentait à la suite d'une variole une diathèse d'abcès.

En montant dans son lit, cette femme, qui s'aidait de son bras sur lequel siégeait un abcès, se fractura l'humérus. Elle a guéri.

Des irrigations continues dans les affections du vagin et du rectum.

M. Boinet donne lecture d'un rapport sur un mémoire de M. Foucaut (de Nanterre) sur ce sujet.

M. le rapporteur termine par les conclusions suivantes :

1° Déposer le travail dans les archives de la Société ;

2° Nommer M. Foucaut membre correspondant.

Après quelques observations de MM. Robert et Danyau, le vote est renvoyé à la prochaine séance.

Le secrétaire de la Société : E. Laborie.

Nous avions déjà annoncé la maladie de l'honorable M. Arago. Nous venons d'apprendre qu'il a succombé hier dimanche dans la soirée.

L'Académie des sciences n'a pas tenu de séance aujourd'hui.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Les mutations suivantes viennent d'avoir lieu dans le corps de santé militaire :

M. Huet, médecin principal de 1re classe aux hôpitaux de la division d'Alger, est désigné pour l'hôpital de Perpignan.

M. Morgue, médecin principal de 1re classe à l'hôpital de Perpignan, est désigné pour l'hôpital de Lyon.

M. Aulagnier, médecin principal de 2e classe à l'hôpital de Toulouse, est désigné pour l'hôpital de Sedan.

M. Bonnafont, médecin principal de 2e classe à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, passe en la même qualité à celui du Roule, en remplacement de M. Lacauchie, décédé.

— M. le préfet de la Haute-Garonne vient d'instituer une commission chargée d'étudier sous sa présidence, et de préparer les moyens de fonder, à Bagnères-de-Luchon, un hôpital desservi par des sœurs hospitalières, et affecté tant aux malades de la localité qu'aux soins des indigents qui fréquentent les eaux thermales.

— Quelques journaux rapportent, d'après le *Bombay-Times*, le fait suivant : « Une vieille femme de Caraccas (Antilles), appelée Mariquita Orfila, est l'inventeur d'un *remède souverain* pour le *vomitorium nigrum* et la fièvre jaune. Ce remède consiste dans le suc extrait des feuilles de la *verbena* pilées et broyées. On l'administre en petite quantité trois fois par jour, et toutes les deux heures on en donne *un bain interne* jusqu'à parfaite évacuation des intestins. Le docteur Gavin (de Caraccas) écrit aux autorités médicales de l'Inde occidentale que, grâce à ce traitement, il n'a plus à déplorer que de très rares décès. »

Nous nous contenterons de faire observer au docteur Gavin que ce n'est pas d'aujourd'hui que la *verbena*, et même les diverses plantes de la famille des *verbenacées* ont été vantées comme douées de propriétés merveilleuses. On a prétendu guérir avec elles les fièvres, les contusions, les indigestions des enfants, les maladies catarrhales, la céphalalgie, les maux de gorge, la *jaunisse*, les coliques, l'ophthalmie, l'hydropisie, etc.; ce qui n'a pas empêché cette plante, que les druides ne cueillaient qu'avec des cérémonies mystérieuses, de tomber dans le plus complet oubli. Nous doutons que Mme Mariquita *Orfila*, malgré son nom scientifique, parvienne à l'en faire sortir.

Le Gérant.
Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 118. — JEUDI 6 OCTOBRE 1853. (26e ANNÉE.) N° 118. — JEUDI 6 OCTOBRE 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse. { Trois mois. . . . 8 fr. 50 c. Six mois. . . . 16 » Un an. . . . . . 30 »

Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies. { Trois mois. . . . . . 9 fr. Six mois. . . . . . 17 Un an. 33

Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar. { Trois mois. . . . . . 10 fr. Six mois. . . . . . 20 Un an. 38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

PARIS, LE 5 OCTOBRE 1853.

Séance de l'Académie de Médecine.

L'Académie aurait-elle quelquefois deux poids et deux mesures? On se rappelle les difficultés qu'ont éprouvées dernièrement deux honorables rapporteurs, MM. Lecanu et Bouchardat, pour obtenir la banalité des remercîments en faveur de MM. Berthé et Renault, qui avaient eu l'idée sérieuse et sensée, le premier d'étudier l'action et de perfectionner la préparation de l'huile iodo-phosphorée; le deuxième, d'associer l'albumine et l'iode.

Malgré les témoignages favorables de MM. Hervez de Chégoin et Soubeiran, les conclusions du rapport furent modifiées; et, grâce à la philippique ardente de M. Gibert, l'iode fut à peu près dépouillé de toute vertu thérapeutique. M. Jourdain fut encore moins bien partagé, et l'idée d'associer le fer et la quinine à l'albumine ne lui valut même pas de remercîments.

M. Caventou a été plus heureux aujourd'hui en faveur de M. Gille. Ce pharmacien a eu l'idée quelque peu bizarre de préparer une huile de proto-iodure de fer pour être employée à l'*extérieur;* il n'a rencontré sur son passage ni le sacrificateur des préparations *impossibles*, ni le Démosthène académique. Les conclusions *faciles* et *courtoises* du rapporteur n'ont soulevé aucune susceptibilité; on n'a pas réveillé le *spectre* de la quatrième page des journaux politiques; et, grâce à M. Caventou, l'huile de proto-iodure de fer *externe* y figurera en toute liberté. Il n'est même pas impossible que dès demain quelque collègue scientifique charitable n'élève un piédestal à l'inventeur du *nouveau* remède, et n'y fasse figurer côte à côte le propagateur complaisant et l'auteur de la découverte, et ce sera justice!

Ce grand œuvre consommé, M. Gibert a lu un rapport sur un mémoire de M. Pégot, relatif au traitement des accidents consécutifs de la syphilis par les eaux sulfureuses. Comme tous les médecins des eaux, M. Pégot est quelque peu disposé à en exagérer l'efficacité. Selon cet honorable confrère, les eaux de Bagnères-de-Luchon auraient non-seulement la vertu de *révéler* et de *guérir*, auxiliairement du moins, la syphilis latente ou consécutive, mais encore de servir d'antidote à la salivation.

Tout en rendant justice à la valeur du mémoire de M. Pégot, dont les observations confirment les idées de Bordeu et du rapporteur lui-même, M. Gibert ne partage son opinion ni sur la préservation absolue de tout retour d'accidents syphilitiques chez les individus guéris par les eaux, ni surtout sur leur valeur contre l'intoxication mercurielle. Il combat en même temps la préférence accordée généralement aux préparations mercurielles proto-iodurées; il pense que les préparations deuto-chlorurées, deuto-iodurées méritent la préférence comme exposant moins à la salivation.

Cette idée est combattue par M. Velpeau, qui a vu bien des fois la salivation produite par ces préparations, et entre autres par la liqueur de Van-Swiéten et le nitrate acide de mercure employé en cautérisations.

M. Ferrus appuie l'opinion de M. Velpeau, et dit avoir vu la salivation produite assez fréquemment sur les soldats auxquels il l'avait prescrite en Hanovre. L'expérience de M. Lageau est contraire; cet honorable praticien n'a jamais vu la salivation produite par ces préparations, et il pense que dans la plupart des cas elle a pu être déterminée par quelque préparation proto-iodurée ou proto-chlorurée prise à l'insu des médecins.

Le regret que M. Moreau a cru devoir témoigner de l'absence de M. Ricord dans cette discussion lui a valu une boutade de M. Gibert, qui, cette fois avec raison, s'est étonné que le célèbre chirurgien de l'hôpital du Midi ait cru pouvoir se contenter de nier sans preuves l'existence de la syphilis latente ou larvée, lui qui envoie fréquemment des malades aux eaux avec la recommandation d'observer si leur usage ne donne pas lieu à une recrudescence des symptômes. La doctrine de M. Ricord, qui n'est partagée, à ce que nous croyons, par aucun syphiliographe en renom, nous paraît en effet très hasardée, et on serait peu embarrassé de lui citer des faits on ne peut plus concluants sur l'existence réelle et latente pendant de longues années du protée syphilitique.

Après une lecture intéressante, dans laquelle M. le docteur Thomas a résumé le contenu de ses diverses lettres sur le choléra dans le nord de l'Europe, et annoncé un mémoire complet sur ce sujet, M. Debeney a lu un mémoire sur la cautérisation du vagin dans la leucorrhée. Cet honorable praticien, en revendiquant l'idée de la cautérisation vaginale et urétrale, a fait justice de l'emploi du nitrate d'argent solide, que M. Becquerel a eu dernièrement la singulière idée de préconiser et d'appliquer à tous les cas.

ST-MARY'S HOSPITAL (LONDRES). — M. CHAMBERS.

Symptômes gastriques et cérébraux graves par suite de l'abus de l'opium.

Il est fort heureux que le peuple de ce pays ne tombe pas dans le vice de fumer ou de manger de l'opium; car, en vérité, l'usage excessif des liqueurs spiritueuses est déjà assez funeste, et amène un nombre bien suffisant de malades dans les hôpitaux. Cependant nous rencontrons çà et là quelques exemples de malheureux qui, par diverses causes, se sont habitués à l'ingestion de quantités considérables d'opium. Quelques-uns sont tombés dans cette dangereuse habitude dans le but de se soulager de vives douleurs et de se procurer du sommeil; d'autres pour se procurer d'agréables sensations. Voici un cas dans lequel l'opium a été pris originairement pour étouffer le cri de la faim.

Il y a une autre espèce d'agent narcotique qui a fait, et probablement fera encore des victimes volontaires; nous voulons parler du chloroforme, qu'un élève en chimie s'était accoutumé à inhaler pour se procurer des rêves agréables, jusqu'au jour où sa tête tomba sur le mouchoir fatal, et où il trouva la fin de sa vie dans les moyens mêmes employés pour en prolonger les jouissances étranges. Nous renverrons le lecteur à la confession *bien connue* d'un mangeur d'opium, pour la description des sensations que font éprouver des doses élevées de cette substance, et ferons remarquer seulement que dans le fait actuel les conséquences de l'usage de l'opium ont été une grande faiblesse, du trouble dans les fonctions cérébrales, manifesté par l'hémiplégie, l'affaiblissement des facultés mentales et une certaine douleur dans la région lombaire, qui indiquait une action morbide de la moelle épinière. Voici les symptômes notés par M. Baker :

George N....., âgé de trente-cinq ans, élève en chirurgie, fut admis dans la salle Albert le 12 août dernier. Il dit que dans les huit dernières années il avait pour habitude d'ingérer des quantités considérables d'opium. En premier lieu, il le prenait pour prévenir la sensation du manque de nourriture, étant souvent obligé d'attendre plusieurs heures avant d'avoir quelque chose à manger. Il commença par prendre journellement 20 gouttes environ de laudanum, et en augmenta graduellement la dose, jusqu'à ce qu'enfin il consomma le quart d'une once, plus ou moins, d'*opium cru* par semaine, outre une once de laudanum par jour.

Le malade essaya de se défaire de cette funeste habitude, mais il éprouvait une telle douleur et se trouvait si malade quand il omettait de prendre sa dose d'opium, qu'il en recommençait l'usage. Dans ces derniers deux ou trois mois, il éprouvait une sensation de piqûre dans la main et le bras gauches, et une douleur sourde et vive dans les reins, surtout quand il était debout ou marchait. Il était maigre et éprouvait de la faiblesse; sa mémoire était aussi affaiblie, et le système nerveux généralement affecté. Une quinzaine de jours avant son admission à l'hôpital, il avait eu une légère attaque de paralysie dans le côté gauche, qui avait cédé au traitement, mais il éprouve encore néanmoins une sensation d'engourdissement et de piqûre le long du bras et de la jambe gauches.

On prescrit un purgatif, et après son action, de la quinine à prendre trois fois par jour, et 5 grains de pilules de savon le soir.

Le lendemain, le malade était très faible et mélancolique. Il eut quelques vomissements, et se plaignait d'une douleur vive à l'épigastre. On lui ordonna du fort bouillon de bœuf et 4 onces de vin.

Le vomissement persista le troisième jour. Le docteur Chambers prescrivit alors la potion suivante, à prendre trois fois par jour :

Chloroforme.	10 gouttes
Teinture composée de camphre. . .	1/2 drachme
Esprit-de-vin rectifié.	1/2 —
Solution de gomme.	1/2 once

Les nausées furent dissipées par ce moyen, mais le dégoût persistait, le sommeil était difficile, et le malade se plaignait d'une violente douleur dans la région dorsale. On lui administra une demi-drachme de teinture d'opium et 10 gouttes de chloroforme dans un véhicule émollient. Cette potion releva beaucoup ses forces. On la répéta avec une moindre quantité de chloroforme, et on continua l'usage d'une mixture de quinine.

Les jours suivants, le malade alla de mieux en mieux, quoiqu'il éprouvât parfois une sensation grave d'affaissement; mais grâce à l'emploi de la quinine et de l'acide sulfurique, l'appétit s'améliore, et le onzième jour le malade peut manger une côtelette de mouton et boire du porter. La mémoire et l'intelligence, qui étaient très affaiblies au moment de son admission, ont repris leur activité normale; il peut se lever et prendre de l'exercice dans les salles. Le treizième jour il survint une légère diarrhée, qui céda aux moyens ordinaires, et le dix-neuvième jour le malade sortit de l'hôpital avec une amélioration bien marquée pour la faiblesse, la douleur du dos, la mémoire et les facultés intellectuelles. (*The Lancet.*)

ASILE DES ALIÉNÉS DE NIORT. — M. LUNIER.

De l'emploi de la médication bromo-iodurée dans le traitement de l'aliénation mentale et de la paralysie générale progressive (1).

OBS. III. — *Paralysie générale à sa deuxième période. — Démence. — Délire ambitieux. — Emploi de la médication bromo-iodurée. — Amélioration.*

Mme veuve P..., âgée de cinquante-neuf ans, ancienne boulangère, est entrée dans l'asile de Niort le 1er septembre 1852.

Le père de P... est mort d'une attaque d'apoplexie. Un de ses enfants a succombé également à une affection du cerveau vers l'âge de six ans. Elle me dit avoir elle-même été atteinte, il y a vingt ans, d'une fièvre cérébrale. Pas d'excès alcooliques.

D'après la malade, la crise actuelle, provoquée, je crois, par quelques contrariétés de famille, aurait débuté, il y a deux mois environ, par une espèce de fièvre intermittente. J'ai appris par les parents que depuis quelques années déjà P... avait donné des signes incontestables d'un affaiblissement notable des facultés intellectuelles, en même temps qu'on avait remarqué chez elle un certain tremblement musculaire et une difficulté dans la prononciation. Aucun autre traitement n'a été fait qu'une saignée pratiquée il y a quelques jours.

Depuis son entrée, le 10 septembre, P... est retenue au lit par un embarras gastrique avec fièvre rémittente. J'ai prescrit une bouteille d'eau de Sedlitz et le sulfate de quinine, qui a déterminé des vomissements et une prostration extrême. Toujours, me dit-elle, cet antipériodique a provoqué chez elle les mêmes accidents.

Aujourd'hui la fièvre et l'embarras gastrique ont à peu près disparu, et je trouve la malade dans l'état suivant :

Tempérament lymphatico-sanguin; constitution affaiblie. Depuis quelques mois, P... a beaucoup maigri; son teint, habituellement co-

(1) Fin. — Voir le numéro précédent.

loré, est devenu d'un jaune terreux; les yeux ont perdu leur vivacité, la physionomie son expression.

Langue blanchâtre, appétit médiocre, constipation habituelle.

Le pouls, encore fréquent (96), est mou, dépressible et peu développé. La peau est chaude, excepté aux pieds cependant, qui sont toujours froids. Pas de souffle dans les carotides.

P... accuse une céphalalgie pénible sans siége bien précis et qui ne l'a presque pas quittée depuis plusieurs mois.

Léger affaiblissement de la vue et de l'ouïe.

Le sommeil est irrégulier; je ne crois pas cependant qu'il y ait d'hallucinations; mais au moment de s'endormir P... est troublée par le souvenir de ses malheurs, de la mort de son mari, des pertes d'argent qu'elle a faites.

Tremblement vermiculaire des extenseurs des doigts et des muscles de la face; affaiblissement général de la motilité.

La pointe de la langue est légèrement déviée à gauche; l'embarras de la parole est très manifeste et à peu près continu.

La mémoire est sensiblement affaiblie, et il y a en même temps une exagération du sentiment personnel. P... dit avoir été toujours d'une *très* bonne santé, avoir perdu *huit millions*, avoir *beaucoup* travaillé toute sa vie, etc., etc.

Il n'est pas possible de méconnaître chez cette femme l'existence d'une paralysie générale progressive déjà assez avancée.

Je prescrivis la solution bromo-iodurée n° 1, une infusion de fleurs de camomille et du vin de quinquina.

Le 30 septembre, une bouteille d'eau de Sedlitz.

Le 4 novembre, pour diminuer un peu la constipation, je remplace la camomille par une infusion de bourrache miellée.

Le 14, je fais discontinuer le vin de quinquina.

Le 1er mars 1853, on suspend également la solution bromo-iodurée, qui a été administrée presque sans interruption depuis le 10 septembre.

Sous l'influence de cette médication, la santé physique de Mme P... s'est rapidement améliorée; elle a repris un certain embonpoint et n'est plus tourmentée par ces accès de fièvre qui depuis plusieurs mois l'affaiblissaient de jour en jour.

L'état mental n'a pas été modifié d'une manière moins avantageuse; les yeux ont repris leur vivacité, la physionomie son expression; la mémoire est moins paresseuse et la malade cause assez raisonnablement de son état de santé, de sa famille, de ses affaires, à tel point que vers la fin de janvier on eût pu croire à une guérison définitive si madame P... n'eût conservé pour sa fille une antipathie peu justifiée et n'eût demandé avec trop d'instance à quitter l'établissement.

Le 30 mars, sans nouvelles de ses enfants, qui sont fort éloignés d'elle, Mme P... est devenue triste depuis quelques semaines et a perdu de son embonpoint. Son teint jaune-rougeâtre, ses yeux brillants et un peu hagards dénotent une recrudescence de la maladie.

Le sommeil cependant est assez satisfaisant. Mme P... est toujours calme, docile, excellente ouvrière et cause assez bien de ses affaires; il y a donc lieu d'espérer que cette recrudescence ne sera pas de longue durée et n'aura pas autant de gravité qu'on eût pu le craindre au premier abord.

Je suspens toute espèce de médication.

Le 15 avril, comme je l'espérais, les accidents que j'ai signalés plus haut se sont rapidement dissipés : à part une certaine lenteur dans la prononciation et une légère excitabilité que je crois normale, il ne reste plus chez Mme P... aucun phénomène morbide de quelque valeur. Il est donc probable que je ne tarderai pas à la renvoyer.

Dans l'observation qui précède, la paralysie générale était plus avancée que dans les deux premières. La santé physique surtout et la motilité étaient assez gravement compromises, et plus que jamais il était nécessaire d'employer un traitement tonique et réparateur. Sans aucun doute, le vin de quinquina surtout était indiqué en pareille occurrence, mais je doute fort que j'eusse obtenu une amélioration aussi rapide si je n'avais administré en même temps la solution bromo-iodurée.

Obs. IV. — *Paralysie générale commençante. — Affaiblissement de la mémoire. — Vertiges. — Emploi de la médication bromo-iodurée. — Amélioration.*

Mme V..., âgée de trente-huit ans, me fut amenée par son mari le 6 septembre 1852.

D'une santé en général excellente, d'un tempérament sanguin-lymphatique, Mme V..., sans autre cause appréciable qu'une dysménorrhée, fut prise, il y a quatre ou cinq mois, d'accidents vertigineux qui, d'abord rares et fugaces, devinrent bientôt assez fréquents et plus intenses. Ces accidents, qu'on eût pu confondre au premier abord avec des vertiges épileptiques, affectaient plutôt la forme de congestions cérébrales légères, sans perte de connaissance, mais compliquées de bourdonnements d'oreilles, d'éblouissements et d'une légère injection des conjonctives.

M. V... s'aperçut en même temps que la mémoire de sa femme s'affaiblissait de jour en jour, que sa voix devenait tremblotante, sa démarche irrégulière et saccadée. Il la confia à mes soins.

Le 6 septembre, il me fut facile de reconnaître chez Mme V... tous les symptômes de la paralysie générale progressive.

L'embarras de la parole, l'affaiblissement de la motilité, le tremblement des lèvres, l'immobilité, l'inertie des traits, la perte de la mémoire, tout dénotait chez elle une altération grave de l'encéphale.

La dysménorrhée me parut être la seule cause à laquelle il fût possible de rattacher la maladie de Mme V...

Sauf un peu d'amaigrissement, la santé physique était d'ailleurs à peu près satisfaisante; il n'y avait aucun signe de chlorose.

Je prescrivis :

1° Pour tisane, une infusion de racine de valériane;

2° Iodure de potassium. 1,20
Bromure de potassium. 0,80
Eau. . . . . 40 cuillerées;

F. S. A. une solution, à prendre une cuillerée matin et soir au moment des repas;

3° Aloès succotrin. . . . . 1 gramme;
Poudre d'armoise. . . . . 1 —

Sirop de gentiane, quantité suffisante pour faire 10 pilules à prendre en trois jours;

4° Le matin du quatrième jour, appliquer quatre sangsues au périnée.

Je recommandai bien à Mme V... de revenir chaque mois, et à la même époque, aux pilules d'aloès et aux sangsues, jusqu'au rétablissement complet de la menstruation.

Le 16 octobre, je revis Mme V...; mes prescriptions avaient été ponctuellement exécutées. Il y avait déjà un peu d'amélioration.

Je lui conseillai de continuer le même traitement, auquel je crus devoir ajouter deux bains alcalins par semaine.

Le 10 janvier 1853, sous l'influence de cette médication, il survint un changement remarquable dans l'état de Mme V... L'écoulement menstruel redevint ce qu'il était avant la maladie; les muscles reprirent de la vigueur et de la précision; les traits, leur expression et leur mobilité; presque tous les phénomènes morbides, en un mot, perdirent de leur intensité. Évidemment la maladie n'avait point encore complétement disparu, mais elle était au moins arrêtée dans sa marche; et quand il s'agit d'une affection aussi grave que la paralysie générale, on doit se louer d'un pareil résultat.

Le 15 avril, j'ai revu souvent Mme V...; l'amélioration ne s'est point démentie. Un instant, vers le commencement de février, je craignis que le retour de la dysménorrhée ne vînt détruire ce que j'avais obtenu; mais quelques pilules d'aloès suffirent pour faire disparaître les accidents qui s'étaient manifestés.

Ce travail était terminé lorsque j'ai pu lire l'excellente analyse que M. Renauldin a donnée dans les *Annales* du mémoire du docteur Magnus Huss sur l'alcoolisme chronique, et les remarques judicieuses que M. Lasègue a présentées à ce sujet dans sa thèse pour l'agrégation. J'admets volontiers avec ces savants observateurs qu'il y a lieu de distinguer l'alcoolisme chronique de la paralysie générale progressive, affections qui jusqu'ici ont été complétement confondues par presque tous les aliénistes; mais je ne puis accorder au docteur Huss que les observations de paralysie progressive relatées dans mon Mémoire de 1849 ne soient autres que des cas d'alcoolisme chronique. J'ai relu attentivement ces observations et la description que M. Huss donne lui-même de la paralysie générale alcoolique, et je n'ai guère reconnu les symptômes et la marche de cette maladie que dans celles qui portent les nos II, VII et VIII.

Quoi qu'il en soit, j'ai eu l'occasion, l'année dernière, d'observer un malade que je ne pouvais me décider à confondre avec les paralytiques ordinaires et dont je suis heureux de pouvoir rattacher l'affection à une individualité morbide bien définie. Comme j'ai fait usage chez ce malade de la médication bromo-iodurée, je crois devoir en publier ici l'observation.

Obs. V. — *Alcoolisme chronique. — Paralysie générale. — Convulsions épileptiformes. — Chloro-anémie. — Emploi de la médication bromo-iodurée ferrugineuse. — Guérison.*

B... (Isid.), âgé de trente-sept ans, célibataire, menuisier, est entré dans l'asile de Niort le 26 juillet 1852.

Voici les renseignements que m'a donnés sur les antécédents du malade M. Duboys, son médecin ordinaire.

Il y a sept ou huit ans, B..., jusqu'alors très sobre et fort tranquille, s'adonna insensiblement aux boissons alcooliques et s'y livra bientôt avec une telle passion qu'il restait souvent dix, douze et même quinze jours sans quitter les cabarets, buvant continuellement, mangeant à peine, ne dormant que lorsqu'il ne pouvait plus boire, et ne se réveillant que pour boire encore. Cependant, quand sa raison était revenue, il maudissait sa mauvaise passion, jurait d'y résister à l'avenir et reprenait activement son ouvrage pendant quelques semaines; puis il se remettait à boire comme par le passé.

Pendant plusieurs années néanmoins, B... n'avait éprouvé aucun accident sérieux, lorsque, il y a deux ans, à la suite d'une orgie, il fut pris subitement d'un tremblement général, puis de convulsions et d'étouffements qui allèrent jusqu'à la suffocation. Appelé près du malade, M. Duboys constata la bouffissure de la face, le gonflement et la couleur violacée des lèvres, l'expression égarée de la physionomie et l'anxiété de la respiration; tout cela sans perte complète de connaissance. Il prescrivit 0,05 de morphine dans une potion gommeuse. Le lendemain, B... était revenu à son état normal.

Depuis cette époque il a plusieurs fois, et sous l'influence de la même cause, éprouvé des accidents en tout semblables et qui ont toujours été combattus avantageusement par les opiacés.

Mais vers la fin de mai 1852, le délire vint aggraver l'état du malade. Il annonça un jour à ses frères qu'il venait d'échapper à un grand danger, que l'électricité l'avait poursuivi jusqu'au bord de la mer, que là fort heureusement la chaudière avait éclaté, avait englouti l'Angleterre et l'avait sauvé, etc., etc. Cette idée extravagante lui revint à plusieurs reprises; il s'exalta, devint furieux, accusa ses frères de le laisser assassiner, de vouloir le faire mourir. Après lui avoir pratiqué une saignée, M. Duboys conseilla la séquestration, et le malade nous fut confié.

26 juillet. Au moment de l'entrée, je constate chez B... le tremblement des lèvres et de tous les muscles de la face, l'embarras de la parole, l'hésitation dans la marche, l'incohérence dans les idées. Il était tard quand je vis le malade, et je prescrivis pour le lendemain un bain de trois heures.

Le 27, B... n'a pas dormi un seul instant; il a parlé seul toute la nuit, sans crier cependant. — Eau de Sedlitz, limonade miellée.

Le 28, il y a un peu plus de calme. — Je prescris un bain de deux heures.

Dans la journée, B... est pris de convulsions épileptiformes avec perte de connaissance et écume à la bouche, qui durent un quart d'heure environ.

Le soir, j'examine plus attentivement le malade. Il est calme; mais les symptômes signalés précédemment persistent, quoique fort amoindris. B... demande constamment à boire et ne se croit point malade. Sa figure dénote cependant un affaissement considérable, en même temps que l'amaigrissement général accuse une anomalie des fonctions digestives et assimilatrices. — Je prescris la *solution bromo-iodurée* no 1, une cuillerée matin et soir.

Le 9 août, j'examine avec soin le malade, que je trouve dans l'état suivant :

Malgré l'amaigrissement extrême de B..., les fonctions digestives s'exécutent assez bien. Bronchite légère, bruit de souffle continu dans les carotides, pouls sec et vibrant.

La sensibilité à la douleur est presque nulle.

Le sommeil est depuis quelques jours assez satisfaisant.

Tremblement très manifeste des membres supérieurs et des muscles de la face; il y a plutôt un peu d'hésitation que d'embarras réel dans la prononciation; la force musculaire est évidemment affaiblie.

La mémoire est assez bien conservée, et il n'existe aucune trace de délire ambitieux. B... avoue qu'il est ivrogne et ne se plaint aucunement d'une séquestration qu'il a méritée.

Dans le principe, j'avais supprimé complétement les boissons alcooliques : mais, au bout de quelques jours le malade devint tellement faible, que je ne crus pas devoir persister dans cette voie.

Son état de chloro-anémie me décida à associer chez lui les ferrugineux à la médication bromo-iodurée; je prescrivis donc la solution no 3, de l'eau ferrée et un régime fortifiant.

30 septembre. La solution n'a été discontinuée que dans les premiers jours de septembre. Sous l'influence de cette médication, un changement rapide s'est manifesté dans l'état de B... La santé physique s'est complétement rétablie, en même temps que tous les phénomènes morbides de l'intelligence et de la motilité ont progressivement disparu.

Aujourd'hui l'état de B... peut être considéré comme normal, et je n'hésite point à le rendre à sa famille.

Si j'ai bien compris ce que le docteur Magnus Huss entend par alcoolisme chronique, je crois qu'il n'est pas possible de méconnaître l'existence de cette affection chez le malade de l'observation précédente. L'alcoolisme chronique, bien nettement caractérisé, est, je crois, assez rare dans nos contrées; il offre d'ailleurs une grande analogie avec la paralysie générale, et j'avoue même que si je n'eusse connu le travail du médecin suédois, j'aurais publié cette observation sous le titre de *paralysie générale alcoolique*, ou de *delirium tremens* chronique. Il faudrait bien se garder, du reste, d'appliquer la dénomination d'*alcoolisme chronique* à tous les cas de paralysie générale déterminés par l'abus des boissons. Cette confusion, qu'il ne sera pas toujours facile d'éviter au début de l'affection, pourrait avoir des inconvénients sérieux sous le rapport du traitement, et plus encore du pronostic de la maladie.

Conclusions. — 1° Dans le traitement de l'aliénation mentale, quand on ne peut s'attaquer directement à la cause souvent insaisissable qui a provoqué le délire, il n'est rien de plus rationnel que de combattre les phénomènes organiques qui se sont manifestés dès le début de la maladie.

2° Le rétablissement des fonctions de la vie végétative coïncide presque toujours en effet avec la disparition des phénomènes morbides de l'intelligence et du moral, et il n'est pas de critérium plus certain d'une guérison complète et durable.

3° Parmi les phénomènes morbides somatiques qui accompagnent le début de presque toutes les aliénations mentales, et qui disparaissent avec le délire, il n'en est pas de plus important que le désordre des fonctions digestives et assimilatrices.

4° Il n'y a donc pas d'indication plus rationnelle que celle de provoquer, ou tout au moins de favoriser le rétablissement de ces fonctions. *La médication bromo-iodurée* satisfait à cette indication.

5° Toutes les formes d'aliénation mentale ne sont point modifiées d'une manière également favorable par cette médication.

6° Dans la folie aiguë, elle ne doit être employée que lorsque le délire disparaît lentement et qu'on ne voit survenir aucun phénomène critique. Elle vient alors pour ainsi dire réveiller l'économie, activer les fonctions organiques, et achever ce que la nature seule paraissait impuissante à déterminer.

7° Mais c'est surtout dans les formes chroniques de la folie, et principalement dans la lypémanie, que la médication bromo-iodurée produit des résultats tout à fait satisfaisants. Ici peut-être, en dehors de son influence sur les fonctions digestives et le système absorbant, modifie-t-elle aussi d'une manière favorable les lésions organiques des poumons et de l'abdomen, qui tiennent si souvent sous leur dépendance l'altération des fonctions intellectuelles et affectives.

8° C'est probablement de cette façon qu'elle agit dans la lypémanie hypochondriaque et dans l'hypochondrie elle-même, dont le principal phénomène organique paraît être en général l'engorgement du système veineux abdominal.

9° Le traitement par la médication bromo-iodurée doit être presque toujours longtemps continué.

10° Quand l'aggravation progressive des accidents cérébraux coïncide avec le rétablissement des fonctions organiques, il faut suspendre cette médication, qui ne peut dans ce cas qu'accélérer le passage à la démence.

11° La médication bromo-iodurée détermine, en général, des résultats plus favorables chez les femmes que chez les hommes; il faut l'attribuer à l'action puissante que cette médication exerce sur les fonctions de l'utérus : il n'est pas, en effet, de meilleur emménagogue.

12° La médication bromo-iodurée seule ou associée aux préparations ferrugineuses constitue le meilleur mode de traitement à

employer dans la paralysie générale progressive et peut-être aussi dans l'alcoolisme chronique.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 4 novembre 1853. — Présidence de M. Nacquart.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Epidémies.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur de Fromentel, médecin des épidémies de l'arrondissement de Gray, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Charantenay (Haute-Saône) du mois de mars au mois de juillet dernier;

2° Un rapport de M. le docteur Brouillet, médecin des épidémies de l'arrondissement de Beaupréau, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Gastri;

3° Une instruction populaire, rédigée par M. le docteur de Grand-Boulogne, médecin français résidant à la Havane, pour indiquer aux habitants de l'île de Cuba les moyens à employer contre le choléra.

M. le docteur Heulhard (d'Arcy) adresse une note additionnelle à divers rapports sur les épidémies qui en 1853 ont régné dans l'arrondissement de Clamecy (Nièvre).

Ablation totale de la mâchoire inférieure.

M. Heyfelder (d'Erlangen) communique la relation d'un nouveau cas d'ablation totale de la mâchoire inférieure pour une nécrose de cet os. (Commissaires : MM. Huguier et Larrey.)

Emploi des feuilles de frêne dans le rhumatisme.

M. Delarue (de Bergerac) adresse une troisième note sur l'emploi des feuilles de frêne administrées contre le rhumatisme à forme épidémique. (Commissaires : MM. Grisolle et Requin.)

Sur la décomposition instantanée du sang et l'empoisonnement putride par l'action de causes vulnérantes.

M. Chassaignac écrit pour protester contre l'interprétation que M. Maisonneuve a donnée à sa dernière lettre, dans laquelle il s'est borné à constater par quelques citations qu'en 1848 et 1850 il avait établi le fait de la décomposition instantanée du sang et de l'empoisonnement putride par l'action d'une grande violence mécanique.

Formule d'un sirop de castoreum.

M. Lebrou, pharmacien, communique une notice relative à une formule du sirop de castoreum.

Voici cette formule :

Eau distillée de valériane.	1,000	grammes.
Eau distillée de laurier cerise.	500	—
Sucre blanc.	3,000	—
Castoreum.	95	—

Instruments pour la transfusion du sang.

M. Mathieu soumet à l'examen de l'Académie deux instruments nouveaux pour la transfusion du sang.

Mort de M. Arago.

M. le président fait part à l'Académie de la mort de M. Arago, qui lui appartenait à titre de membre associé libre. Une députation de l'Académie assistera à ses funérailles.

Huile de proto-iodure de fer.

M. Caventou lit, en son nom et celui de MM. Grisolle et Guibourt, un rapport sur une huile de proto-iodure de fer, qui a été présentée à l'Académie par M. Gille, pharmacien à Paris.

L'auteur s'est proposé de chercher un moyen d'administrer le proto-iodure de fer extérieurement sous une forme commode et qui offrît toute sécurité au praticien sur la parfaite conservation du médicament. M. Gille croit avoir atteint ce but par la préparation de l'huile de proto-iodure de fer dont il a soumis l'examen à l'Académie. La commission pense, en effet, que la préparation imaginée par M. Gille peut rendre des services à la pratique médicale, et elle propose en conséquence d'écrire une lettre de remercîments à M. Gille pour sa communication et de l'inviter à poursuivre ses travaux dans cette direction. (Adopté.)

Traitement par les eaux sulfureuses des accidents consécutifs de la syphilis.

M. Gibert lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Pégot, médecin aux eaux thermales de Bagnères-de-Luchon, sur le traitement des accidents consécutifs de la syphilis par les eaux sulfureuses.

M. Gibert, après avoir rappelé l'influence connue depuis assez longtemps déjà des eaux thermales considérées sous le double point de vue du diagnostic et de la thérapeutique dans le traitement de la *syphilis consécutive*, résume ainsi les recherches cliniques de l'auteur.

Deux faits, dit-il, ont particulièrement fixé l'attention de M. le docteur Pégot que son expérience spéciale, datant aujourd'hui de dix années et s'appuyant sur le relevé de 87 observations, mettait à même d'apprécier l'influence des eaux thermales sulfureuses sur les individus atteints de syphilis.

Le premier, c'est l'action *révélatrice* qu'exercent les eaux thermales sur l'économie des sujets jadis affectés de syphilis; le second, c'est l'influence *curative* dont jouissent les mêmes eaux administrées méthodiquement aux personnes atteintes de syphilis *consécutive*.

Cette influence, signalée par Bordeu dans ses *Recherches sur les maladies chroniques* (1775), rappelée par M. Gibert dans son *Traité des maladies de la peau* et dans son *Manuel des maladies vénériennes* (1837), généralement admise par les praticiens de notre époque après avoir été souvent mise à profit par Cullerier, Biett et Alibert, a été soigneusement constatée et appuyée sur des observations précises et multipliées dans le mémoire de M. le docteur Pégot.

L'auteur déclare tout d'abord qu'il ne faut pas regarder les eaux sulfureuses comme *antisyphilitiques* par elles-mêmes, mais seulement comme un puissant adjuvant qui, combattant la *cachexie*, ravivant les symptômes, concourant également à mettre en lumière une syphilis larvée et à favoriser l'action des remèdes spécifiques ou à en préparer le succès (quand on a été forcé de les suspendre), offre les plus précieuses ressources pour le diagnostic et la thérapeutique de la syphilis constitutionnelle.

C'est surtout chez les individus tombés dans un état cachectique, et chez lesquels les mercuriaux seraient impuissants ou nuisibles, que cette médication devient réellement héroïque.

Entre autres observations remarquables rapportées par l'auteur, M. Gibert cite l'exemple presque merveilleux d'un Anglais réduit à un état d'épuisement tel que son estomac ne pouvait plus supporter de médicaments et que les gens de service craignaient de le voir expirer dans le bain, qui dut aux eaux thermales sulfureuses de Luchon un rétablissement tel qu'on put ensuite joindre avec succès à ces eaux les remèdes spécifiques de la syphilis. Ce malade avait des exostoses, des ulcères de la gorge et des membres, qui ne devinrent curables par l'iodure de mercure et par l'iodure de potassium qu'après un certain temps consacré à la cure thermale sulfureuse employée seule.

L'eau sulfureuse en bain, en boisson, en lotions, en injections, d'abord pour seul traitement, tant que l'état cachectique est très prononcé; puis concurremment avec les spécifiques, quand les accidents *consécutifs* de la syphilis sont devenus attaquables directement par les mercuriaux ou par l'iodure de potassium: voilà le plan de conduite de l'auteur dans la généralité des cas.

Bien que M. Gibert donne de justes éloges au travail de M. le docteur Pégot, il ne partage cependant pas les opinions, selon lui, un peu hasardées de l'auteur sur l'espèce d'antidote que constituerait le soufre contre les accidents d'intoxication mercurielle, et notamment contre la salivation. M. Gibert ne croit pas, par exemple, que les faits cités dans le mémoire puissent servir à confirmer la prétendue vertu préservative et curative de la *salivation* attribuée aux eaux sulfureuses. Il regarde aussi comme trop absolue cette assertion de M. Pégot, qui pense avec quelques autres médecins qu'un individu traité de syphilis, et chez lequel une cure sulfureuse thermale ne réveille aucun des accidents de la maladie, peut être désormais regardé comme à jamais préservé du retour des accidents.

Enfin, M. Gibert n'adopte pas la préférence qu'à l'imitation de Biett beaucoup de praticiens de nos jours donnent au *proto-iodure de mercure* sur toutes les autres préparations mercurielles. Ce médicament, qui ne peut être administré que sous la forme pilulaire, tantôt n'agit pas parce que les pilules passent sans être absorbées, tantôt détermine des accidents d'irritation buccale et intestinale qui forcent à le suspendre ou rendent ses effets pénibles à supporter. On sait que le sirop de deuto-iodure est pour M. Gibert le spécifique par excellence.

Voici, d'ailleurs, en résumé, les conclusions pratiques du rapport :

On peut envoyer aux eaux thermales sulfureuses les sujets atteints de syphilis dans le but :

1° De combattre la cachexie causée tant par la maladie que par le traitement, chez les sujets atteints de syphilis consécutive;

2° De compléter la cure des syphilides, qui dégénèrent facilement, chez certains sujets, en irritations dartreuses;

3° De préparer, par l'action fortifiante et éliminatrice des eaux, une cure plus assurée et moins sujette à accidents par les agents spécifiques, lorsque le mal a résisté à l'emploi plus ou moins méthodique de ces agents;

4° De provoquer l'apparition de syphilides caractéristiques chez les personnes soupçonnées de syphilis latente ou larvée;

5° Enfin, d'acquérir plus de certitude pour l'avenir en faveur des sujets supposés guéris d'une syphilis dont aucun accident ne se reproduit sous l'influence de la médication thermale.

Sur la proposition du rapporteur, l'Académie décide qu'une lettre de remercîments sera adressée à M. le docteur Pégot, et que son mémoire sera déposé honorablement dans les archives de la Compagnie.

M. Velpeau est surpris d'avoir entendu dire à M. Gibert que le deuto-chlorure de mercure ne donne jamais lieu à la salivation. Cela lui paraît contraire à l'expérience. Il a vu, pour sa part, un assez grand nombre de fois des malades soumis à l'emploi du deuto-chlorure de mercure être pris de salivation.

M. Moreau regrette que M. Ricord ne soit pas présent pour émettre son opinion sur un point très controversé. M. le rapporteur a parlé de syphilis latentes. Un grand nombre de médecins, et M. Moreau est de ce nombre, pensent qu'il existe effectivement des syphilis latentes; cela paraît être aussi l'opinion de l'auteur du mémoire et de M. le rapporteur. M. Ricord professant une opinion contraire, il eût été à désirer qu'une discussion s'engageât sur ce point.

M. Lagneau a vu des malades qui, à l'occasion d'accès fébriles, ont été immédiatement couverts de syphilides qui les ont obligés à subir ensuite un traitement spécifique. Les faits de ce genre sont très nombreux; des syphilis latentes se manifestent parfois également à la suite des grandes crises de la vie, aux époques critiques de la ménopause, par exemple. C'est là un fait sur lequel les convictions de M. Lagneau sont parfaitement arrêtées; il n'y a pas de controverse à établir à cet égard.

Quant à l'influence des deuto-chlorures de mercure sur les glandes salivaires, M. Lagneau croit qu'on l'a beaucoup exagérée. Le deuto-chlorure lui a paru en général, dans la très grande majorité des cas du moins, incapable de produire la salivation. Lorsqu'il a rencontré par hasard cet accident, il a toujours pu s'assurer que les malades avaient fait usage en même temps d'autres moyens, tels que les onctions avec l'onguent napolitain, par exemple. Cela se conçoit en effet, pour peu que l'on réfléchisse à la très minime proportion de mercure contenue dans la préparation dont il s'agit; il faudrait, pour que le deuto-chlorure pût produire la salivation, une idiosyncrasie toute spéciale. M. Lagneau partage donc à cet égard l'opinion de M. Gibert, et il soupçonne que M. Velpeau aura probablement eu affaire à quelques-uns de ces cas dont il vient de parler.

M. Velpeau ne croit pas être le seul à avoir observé la salivation à la suite de l'administration du deuto-chlorure de mercure; il lui paraît étrange que MM. Lagneau et Gibert ne l'aient jamais observée; mais cela ne détruit pas les faits que d'autres ont vus. Ainsi, dans ce moment même, M. Velpeau donne des soins à un malade qui prend du deuto-chlorure. Il y a à peine dix jours qu'il subit ce traitement, et il est déjà pris d'une superbe salivation. Ce malade n'a fait usage d'aucune autre préparation mercurielle.

M. Lagneau cherche à expliquer pourquoi la salivation n'a pas lieu. Mais il faut savoir d'abord si cela est exact. La petite dose n'est pas une raison; il y a des faits qui prouvent qu'à des doses très minimes le mercure est absorbé et produit des accidents graves : tels sont par exemple les accidents qui se manifestent souvent à la suite de la cautérisation du col de l'utérus avec le nitrate acide de mercure. On connaît enfin les recherches de M. Mialhe, qui prouvent qu'il se fait dans le sein de l'économie des combinaisons qui peuvent donner une grande activité à des doses très minimes de mercure.

M. Collineau. Il y a des personnes qui ne supportent pas le mercure, même à très petites doses. Il y a aussi des personnes qui, après un certain temps d'usage des préparations mercurielles, n'en éprouvent plus aucun effet; de sorte qu'il n'est pas possible d'établir de règles fixes à cet égard. Quant à la syphilis larvée, c'est une chose certaine et dont il a eu fréquemment l'occasion d'observer des exemples.

M. Lagneau insiste de nouveau sur son assertion. Depuis plus de quarante ans il n'a peut-être pas vu plus d'une fois le deuto-chlorure produire la salivation. Sa conviction à cet égard est si entière que lorsqu'il a affaire à un malade pris de salivation à la suite d'un traitement par le proto-iodure ou toute autre préparation mercurielle, il n'hésite pas à prescrire le deuto-chlorure de mercure.

M. Requin croit devoir, vu l'incertitude qui paraît régner sur ce point, se joindre à l'opinion de M. Velpeau. Il a, après de nombreux essais, fini par s'arrêter à l'usage du bichlorure de mercure, conformément aux préceptes de ses maîtres, M. Lagneau et Dupuytren, comme à la meilleure préparation. Mais il ne peut admettre l'espèce d'innocuité absolue que M. Lagneau paraît accorder à cet agent. Oui, lorsqu'on l'administre prudemment, il ne produit pas de salivation, ou du moins cela est rare; mais il existe cependant des faits qui démontrent la réalité de cet accident. Il cherche à s'expliquer comment M. Lagneau n'en a point vu, et il croit que cela tient à ce que le plus souvent les malades, dès qu'ils sont pris de cet accident, vont consulter un autre médecin.

M. Ferrus rappelle qu'étant chirurgien militaire il a eu de très fréquentes occasions d'administrer le deuto-chlorure de mercure et qu'il n'a jamais vu survenir la salivation, malgré les circonstances favorables où se trouvaient le plus souvent les malades exposés au froid et à toutes les intempéries des camps.

M. Gibert n'a pas à répondre autre chose à M. Velpeau que ce que M. Lagneau vient de lui dire. M. Lagneau n'a point vu la salivation, lui non plus. M. Velpeau a parlé d'autres préparations mercurielles, il a parlé du nitrate acide de mercure, par exemple; mais personne n'ignore que c'est la préparation mercurielle la plus active.

La discussion n'a pas de suite.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

Choléra.

M. Thomas lit un travail dans lequel il résume les observations qu'il vient de faire sur le choléra pendant son dernier voyage, observations dont les résultats ont été consignés dans les lettres qu'il a écrites à l'Académie de Saint-Pétersbourg, de Moscou, d'Amsterdam et de Bruxelles.

Cautérisation du vagin dans la vaginite blennorrhagique.

M. Debeney lit un travail qui a pour but d'établir que le procédé de cautérisation du vagin, présenté comme nouveau à l'Académie de médecine par M. Becquerel, est ancien et défectueux.

Le procédé de cautérisation de la muqueuse vaginale par la voie solide, soit par le crayon d'azotate d'argent, dit M. Debeney, présenté dernièrement a l'Académie comme nouveau, est ancien, défectueux dans l'application, incertain dans ses résultats et condamné par l'expérience. Ce moyen a été repoussé de la pratique pour de bonnes raisons. Ces raisons se trouvent dans une opération pénible, longue, douloureuse, et dans une cautérisation inexacte, et partant incomplète dans son action. La nécessité de l'introduction du spéculum est une complication très douloureuse dans la vaginite aiguë, qui vient s'ajouter à la douleur inhérente à l'action de la cautérisation, et est prolongée par la longue durée de l'opération.

L'auteur n'hésite pas à affirmer d'une manière absolue l'impossibilité générale de cautériser exactement la surface entière de la muqueuse vaginale avec un crayon d'azotate d'argent. L'inexactitude de la cautérisation frappe ce traitement de nullité dans la vaginite blennorrhagique. En effet, pour peu que la muqueuse, dans un point de ses replis, ait échappé au contact du crayon, on verra l'inflammation blennorrhagique, de nature essentiellement expansive, s'irradier de nouveau; il suffira d'un seul follicule muqueux qui soit resté hors de l'atteinte de l'action caustique, pour que la sécrétion reproduise la contamination.

Mais il est peu important, ajoute M. Debeney, d'insister sur la défectuosité du procédé de cautérisation par la voie solide, lorsqu'on trouve dans le procédé par la voie liquide une application commode, facile, certaine et douce relativement, l'injection, et dans les cas exceptionnels où celle-ci pourrait être insuffisante, le badigeonnage, dont il décrit, en terminant, les procédés. (Commissaires : MM. Depaul et Huguier.)

— La séance est levée à quatre heures et demie.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 26 septembre 1853. — Présidence de M. Duperrey.

Structure de la rétine humaine.

MM. A. Kölliker et H. Müller, professeurs à Wurtzbourg, adressent une note sur la structure de la rétine humaine.

La rétine, d'après ces anatomistes, se compose de différentes couches, savoir :

4° Des bâtonnets (décrits par Hannover) et des cônes (corps piriformes ou coniques situés dans la partie interne de la couche des bâtonnets);

2° De la couche des corps nucléiformes;

3° De la couche de la substance grise;

4° De l'épanouissement du nerf optique;

5° De la membrane limitante.

Substance qui donne lieu aux mêmes réactions chimiques que la cellulose végétale dans le corps humain.

M. Virchow (de Wurtzbourg) adresse une note sur ce sujet. On sait que M. Purkinje a décrit dans le cerveau de l'homme des corpuscules particuliers formés de couches concentriques et d'une structure analogue aux grains d'amidon. On a trouvé depuis ces corpuscules amylacés dans plusieurs endroits, spécialement dans les couches superficielles des parois des ventricules cérébraux et dans la moelle épinière.

En examinant les propriétés microchimiques de ces corpuscules, dont l'origine et l'évolution sont tout à fait inconnues, dit M. Virchow, j'étais très étonné de voir apparaître, après l'addition d'une solution aqueuse d'iode, une teinte légèrement bleuâtre qui contrastait fortement avec la coloration jaune des parties voisines. Lorsque j'ajoutais ensuite à l'objet microscopique de l'acide sulfurique hydraté, il se manifestait aussitôt cette couleur violacée vive qui caractérise la cellulose végétale, et qui lui appartient comme propriété spécifique.

Des investigations réitérées ont montré la constance de la réaction décrite, qui se produit d'autant plus brillamment que l'action de l'acide sulfurique est plus lente; mais il n'y a de corpuscules de cellulose (corpuscules amylacés vrais) que dans les environs des ventricules cérébraux, particulièrement dans les couches profondes de l'épendyme, dans les nerfs des sens (ou sensoriaux) et dans la moelle épinière. Au milieu de cette dernière, ils sont très fréquents dans la substance centrale grise décrite par M. Kölliker, substance qui s'étend de l'épendyme du ventricule quatrième jusqu'au fil terminal de la moelle, et qui correspond à l'épendyme du canal central oblitéré de la moelle épinière.

Tous les autres corpuscules concentriques ont une composition différente. Ni les concrétions de la glande pinéale et des plexus choroïdes, ni les granules des excroissances de Pacchinoni, ni les plaques extraites de l'arachnoïde spinale ne montrent de réaction végétale. Les corpuscules de cellulose sont tout à fait propres à l'épendyme, qui n'est pas le prolongement de l'arachnoïde ou de la pie-mère, mais plutôt la couche superficielle et libre du tissu connectif des éléments nerveux. C'est pourquoi on trouve les mêmes corpuscules dans la substance grise du nerf olfactif.

La découverte d'une substance végétale dans les mêmes régions, par la lésion desquelles M. Claude Bernard a produit la glucosurie, touche la question des fonctions glucogéniques. (Commissaires: MM. Serres, Flourens et Pelouze.)

Procédé simple et assuré pour guérir les hygromes.

M. Missoux, de Fournol (Puy-de-Dôme), fait connaître un moyen de guérison de l'hygroma, qui consiste dans l'application sur la tumeur d'une sorte de cataplasme formé par une tranche de pain de seigle sortant du four. Cette tranche doit être munie de sa croûte, que l'on tourne du côté extérieur; le tout est assujetti convenablement au moyen d'une serviette ou d'un linge assez épais pour contribuer à conserver aussi longtemps que possible la chaleur.

Si c'est le genou qui est le siége de la tumeur, ce qui est le cas le plus fréquent, cette partie étant très exposée aux froissements et aux refroidissements, le malade est placé au lit et y est tenu vingt-quatre heures. Quelquefois, quand la tumeur est récente, une seule application suffit. Cependant, le plus ordinairement, il faut répéter trois ou quatre fois ce moyen, s'il est possible, d'une manière continue. L'auteur annonce avoir obtenu ainsi de nombreux cas de guérison.

DE L'EXTRACTION IMMÉDIATE DES CALCULS VÉSICAUX.

Du percuteur courbe de M. Heurteloup.

Nous avons publié dans notre numéro du 24 septembre dernier une lettre de M. Heurteloup, dans laquelle cet honorable confrère réclamait en termes pleins de convenance et de dignité quelques explications sur certaines particularités d'un fait de la clinique de M. le docteur Sédillot, rapporté dans la *Gazette des Hôpitaux* du 17 septembre.

Nous recevons aujourd'hui la réponse de M. Sédillot, qui s'excuse sur une absence du retard qu'il a mis à répondre à l'appel de M. Heurteloup, et entre dans des explications étendues et pratiques. Nous publions cette lettre avec d'autant plus d'empressement, qu'elle est écrite aussi dans un esprit de convenance et de courtoisie parfaites. La polémique engagée avec une telle urbanité et dans un but aussi utile doit être encouragée, et nous nous félicitons d'avoir été la cause d'une discussion intéressante, et qui fait un égal honneur aux deux adversaires.

Réponse de M. Sédillot *à* M. le baron Heurteloup.

Monsieur et très honoré confrère,

Vous me sommez trop obligeamment de répondre à votre lettre (*voir la Gazette des Hôpitaux* du 24 septembre 1853) pour que je ne saisisse pas avec plaisir cette occasion de puiser auprès de vous d'utiles enseignements. Vos instruments ont rendu la lithotritie simple, facile, moins dangereuse; et si nous n'en avons pas reconnu tous les avantages et que nous en ayons fait, comme vous l'indiquez, une application peu régulière, nous vous saurons gré de rectifier nos idées et notre pratique. La perfection est le but de l'art; et lorsque nous cherchons à nous rendre dignes de notre mission d'humanité et de science, nous ne saurions regretter d'être avertis de nos erreurs et d'être mis en mesure de les éviter.

Je donne le nom de *percuteur courbe de M. Heurteloup* à tous les instruments de lithotritie composés de deux branches à extrémités coudées ou mors, dont l'écartement permet de saisir les calculs et de les écraser par pression ou par percussion. Vous voyez déjà, monsieur et très honoré confrère, que je vous rends, à cet égard, pleine justice, et que je subordonne les modifications d'un instrument, quelque importantes qu'elles soient, à la conception première de l'inventeur. Je repousse et condamne, en thèse générale, l'emploi des moyens mécaniques (*tables et étaux*) destinés à immobiliser le malade et la branche femelle de l'instrument, et j'adopte le pignon à crémaillère de M. Charrière, avec rondelle terminale pour la pression de la paume de la main, comme le mécanisme le plus commode et le plus énergique d'écrasement, réservant la percussion aux cas particuliers où le pignon est impuissant à vaincre la résistance de la pierre.

Je fais usage, selon le volume et la dureté des calculs, de deux espèces de percuteurs: les uns à mors mâles pleins et à arêtes, et à branche femelle complétement fenêtrée; les autres à mors régulièrement allongés et excavés (cuillers), avec ou sans fenêtre à la base de la branche femelle de l'instrument.

Les premiers me paraissent seuls susceptibles de saisir et de fragmenter, sans péril de rupture, des pierres d'une grande cohésion et d'un gros diamètre. Le mors plein, s'emboîtant par glissement dans la branche femelle, chasse les débris de calcul et en empêche le tassement et l'accumulation entre les branches du percuteur, que l'on peut ordinairement retirer sans accident, parce qu'il suffit, dans le cas où quelque fragment serait arrêté et proéminent, d'en écarter et d'en rapprocher à plusieurs reprises les branches pour les dégager. Le mode d'action de ce percuteur est assez simple. Après avoir saisi la pierre, on cherche à l'écraser par la pression de la paume de la main sur la rondelle terminale de la branche mâle. Si l'on ne réussit pas, on a recours au pignon, et enfin à la percussion si la nécessité en apparaît. On obtient ainsi des fragments qu'il devient de plus en plus difficile de saisir au fur et à mesure qu'on les réduit à des proportions plus petites. Ces fragments doivent être entraînés par les urines, et s'il en reste dans la vessie ou qu'ils s'arrêtent dans l'urètre, il peut en résulter des récidives et des dangers. On sait qu'un malade de M. le professeur Lallemand mourut des suites d'une opération de boutonnière pratiquée pour l'extraction d'un fragment de calcul enclavé dans l'urètre; et ce fait, dont on pourrait citer d'autres exemples, est de nature à inspirer beaucoup de circonspection, et montre que de nouveaux perfectionnements dans le mécanisme instrumental devaient être réclamés et poursuivis.

Les seconds percuteurs dont je fais usage sont ceux dits à cuillers. Ils ont pour but de ramasser avec facilité dans la vessie les fragments déjà produits, de les réduire en poudre que l'on en extrait si on le juge convenable, et ils complètent ainsi l'action des premiers. Nous leur reprochons toutefois un grave défaut, auquel M. le docteur Jacquin a fait allusion dans son observation. De quelque manière qu'ils aient été fabriqués jusqu'à ce jour, qu'ils présentent ou non une fenêtre à la portion coudée de la branche femelle, les détritus calcaires se tassent entre les deux cuillers, qui peuvent rester écartées malgré tous les efforts du chirurgien, font obstacle à l'extraction de l'instrument et exposent à des violences et à des déchirures de l'urètre. Vous remarquez, monsieur et très honoré confrère, que ce danger n'existe pas si l'on a rapproché les cuillers par percussion. « *Si les cuillers sont rapprochées, pourquoi de la violence?* » Cela tient simplement à ce que la percussion ne suffit pas pour ramener les deux cuillers au contact; on parvient seulement à les rapprocher, et l'écartement qui persiste entre elles est encore trop considérable pour permettre de retirer l'instrument sans plus ou moins de violence. C'est afin d'éviter ce danger que je conseille, comme l'a rappelé M. le docteur Jacquin, de ne pas accumuler une trop grande masse de détritus calcaire entre les cuillers. Cette règle est d'une application aisée, puisqu'on sait à tous les moments de l'opération quel est le degré d'écartement du percuteur, et qu'après avoir chargé une première fois les cuillers, on peut les retirer et les nettoyer, au lieu de continuer à fes faire agir pour achever la pulvérisation de tous les fragments. Chacun dès lors peut comprendre pourquoi j'ai chargé et retiré si souvent l'instrument dans l'opération dont M. le docteur Jacquin a bien voulu publier la relation. Je me suis servi de prime abord d'un percuteur à cuillers, parce que le calcul était peu volumineux et que je ne craignais pas de briser l'instrument, quelle que fût la force nécessaire pour fragmenter la portion de tuyau de pipe qui formait le centre de la pierre.

Dans mon opinion, le percuteur à cuillers est donc excellent pour charger et pulvériser les calculs et les fragments d'un petit diamètre; mais il offre le danger de l'accumulation et du tassement des détritus entre les cuillers. On peut éviter cet inconvénient majeur en renouvelant l'extraction du percuteur chaque fois que les cuillers restent écartées de quelques millimètres; mais il serait fort à souhaiter que l'on inventât un instrument propre à achever sans interruption la pulvérisation totale des fragments.

Mon malade a été complétement guéri en deux séances, sans le moindre accident, et il continue à jouir d'une santé parfaite. Cependant vous trouvez que mon *modus faciendi* a retardé le succès. Quoique ce jugement soit en apparente contradiction avec les résultats obtenus, je suis tout disposé à accepter les perfectionnements que l'expérience vous a révélés.

Vous voyez, monsieur et très honoré confrère, que j'ai répondu en toute franchise à votre demande d'explications. Vous me pardonnerez de ne pas être entré dans des détails étrangers à la question que vous avez soulevée. J'aurai bientôt l'occasion de m'occuper plus longuement du même sujet dans la nouvelle édition de ma *Médecine opératoire*, et j'espère qu'alors comme aujourd'hui vous me trouverez prêt à rendre hommage à votre talent et à l'heureuse influence que l'invention de votre percuteur courbe a exercée sur les progrès de la lithotritie.

Agréez, etc. C. Sédillot.

Strasbourg, 29 septembre 1853.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Les obsèques de M. F. Arago ont eu lieu aujourd'hui à midi au milieu d'un concours immense de notabilités scientifiques et militaires, de jeunes gens des écoles, etc., qui, malgré une pluie battante, ont accompagné le corbillard de l'Observatoire à l'église Saint-Jacques-du-Haut-Pas, et de là au cimetière du Père-Lachaise.

L'Empereur, qui sait honorer toutes les gloires nationales, a voulu témoigner la part qu'il prend à la perte que la France et le monde savant viennent de faire dans la personne du grand astronome. D'après ses ordres, S. E. M. le maréchal Vaillant, grand maréchal du palais, a suivi le cortége dans une voiture de la cour, ainsi que S. E. M. le ministre de la marine, chargé par intérim du portefeuille de l'instruction publique.

Le prince Napoléon s'était fait représenter par son aide-de-camp, M. le colonel Desmarets.

— M. Arago a succombé aux suites d'un diabète compliqué d'albuminurie et d'hydropisie générale, à l'âge de soixante-sept ans. Il était né à Estagel, près Perpignan, le 26 février 1786. Il était secrétaire général de l'Académie des sciences depuis 1830.

— L'Académie des sciences vient de faire une nouvelle perte dans la personne de M. Auguste Saint-Hilaire, de la section de botanique, né en 1779, mort âgé de soixante-quatorze ans.

— On écrit de la Havane, 9 septembre: « L'espèce de choléra qui a déjà, depuis quelque temps, fait de terribles ravages dans les plantations de l'intérieur, est loin d'avoir diminué d'intensité. Dans certaines localités, il ne reste pas assez de vivants pour enterrer les morts. L'armée et la marine ne sont pas épargnées. Les hôpitaux sont insuffisants, et l'on est forcé de recueillir dans les forts les victimes du fléau.»

— A la date du 21 septembre, la fièvre jaune avait sensiblement diminué à la Nouvelle-Orléans.

De Mobile, les nouvelles sont aussi rassurantes; mais on est d'avis que le fléau ne disparaîtra qu'aux premières gelées. Les journaux du Sud engagent les étrangers à ne pas se rendre dans les villes infectées pour ne pas donner un nouvel aliment à la maladie.

A Philadelphie, il y a eu deux cas de fièvre jaune vers la fin de septembre; la commission sanitaire a immédiatement pris des mesures énergiques.

— L'hôpital de Jurujuba, dont nous avons annoncé la formation à Rio-Janeiro, est tout à fait institué. Tous les jours un docteur se rend sur un bateau à vapeur à bord des navires en rade qui annoncent avoir des blessés ou des malades de la fièvre jaune, et les malades sont traités à bord ou transportés à l'hôpital. Les marins se louent beaucoup du zèle de MM. les docteurs Correa de Azevedo et Jose-Firmino Vellez.

— On lit dans le journal de Saint-Pétersbourg du 24 septembre: « On écrit de Helsingfors, le 2 (14) septembre: Depuis l'apparition du choléra dans cette ville, on a compté, jusqu'au 31 août, 1,325 malades, 708 guérisons et 606 décès. Il restait en traitement 11 malades.

» Dans le gouvernement de Nyland, il y a eu, jusqu'au 29 août, 787 cas de choléra, 316 guérisons et 298 morts. Restaient en traitement 173 malades.

» A Abo, l'épidémie diminue, mais lentement. Jusqu'au 27 août, on a compté 1,027 malades, 512 guérisons et 462 décès. 15 malades restaient en traitement. Dans les campagnes aux environs de cette ville, il y a eu, jusqu'à la même date, 226 malades, 70 guérisons et 109 décès.

» A Borga, il y a eu, jusqu'au 28 août, 214 malades, 109 guérisons et 91 décès. En traitement, 14 malades.

» A Travastelus, jusqu'au 20 août, on a compté 494 cas, 230 guérisons et 233 décès. En traitement, 31 malades.

» A Christinestadt, un navire arrivé le 19 août d'Allemagne avec un cholérique à bord, a été soumis à la quarantaine. Dans la ville, l'épidémie ne s'est point déclarée.

— On écrit de Carlscrona (Suède), le 20 septembre, au Journal officiel de Copenhague: « Nulle part peut-être le choléra n'a sévi, proportion gardée, avec autant de violence qu'à Carlscrona; car, jusqu'à présent, sur la population de cette ville, qui se compose d'environ 12,000 âmes, il a atteint 1 individu sur 7, et en a enlevé 1 sur 12.

» Les médecins s'accordent à attribuer ce grand ravage de l'épidémie dans notre ville à la qualité très mauvaise de l'eau que fournissent les fontaines publiques. On porte, il est vrai, tous les jours sur les marchés d'excellente eau potable, mais en petite quantité, ce qui la rend si chère que les personnes aisées seules peuvent s'en procurer; et c'est en effet parmi ces dernières que le nombre des victimes a été minime.

» Ce journal ajoute qu'à Copenhague aussi l'eau est loin d'être bonne, quoique moins mauvaise qu'à Calscrona, et il pense que cette circonstance a été la principale cause que le choléra a frappé, à Copenhague, 7 1/2 p. 100 de la population, et en a fait périr 4 1/2 p. 100. »

— La Société médico-pratique vient de mettre au concours la question suivante: « Du mode d'action des principaux agents purgatifs employés en médecine, et des indications tirées de la spécialité d'action de chacun d'eux. » Le prix, consistant en une médaille d'or de 200 fr., sera décerné dans la séance générale de 1855. Les mémoires manuscrits, en français ou en latin, devront être adressés avant le 31 décembre 1854, à M. Martin, agent de la Société, à l'hôtel de ville, à Paris.

— Le conseil général du Rhône a émis dans sa dernière session le vœu déjà formulé en 1838 qu'une Faculté de médecine soit promptement établie dans la ville de Lyon.

— Le docteur Giovanni Lorenzo Botto, professeur supplémentaire, vient d'être nommé par le roi de Sardaigne, professeur titulaire de chirurgie théorique et pratique et de clinique chirurgicale à l'Université de Gênes.

De la spécificité dans les inflammations et des modifications qu'elle apporte au traitement; par le docteur Alex. Mayer, rédacteur en chef de la *Presse médicale*, membre correspondant de l'Académie royale de médecine de Madrid, de la Société de médecine pratique et de la Société médico-pratique de Paris, etc., — Paris, au bureau de la *Presse médicale*. — 1853. In-8° de 40 pages.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Plon frères, Imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 119. — SAMEDI 8 OCTOBRE 1853. (26e ANNEE.) N° 119. — SAMEDI 8 OCTOBRE 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE.	Trois mois.	8 fr. 50 c.
	Six mois.	16 »
	Un an.	30 »
GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES.	Trois mois.	9 fr.
	Six mois.	17
	Un an.	33
ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR.	Trois mois.	10 fr.
	Six mois.	20
	Un an.	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

SOMMAIRE. — Paris. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Des complications cérébrales dans le rhumatisme articulaire aigu. — Instruments nouveaux pour la transfusion du sang. — Plessimétrie et stéthoscope Giraud. — Des accidents causés par le chloroforme. De l'électricité. — Avortement ayant pour cause des hydatides du placenta. — Dystocie. Cas rare de double luxation des fémurs. — Guérison d'un tétanos traumatique par l'émétique à haute dose. — Empoisonnement par la strychnine. — Chronique et nouvelles. — FEUILLETON. Revue bibliographique.

PARIS, LE 7 OCTOBRE 1853.

La mortalité par le choléra, sans prendre à Londres des proportions effrayantes, a encore augmenté dans la dernière semaine ; de 29, elle a monté à 47. Quant à la diarrhée mortelle, le relevé officiel se contente de dire qu'elle a été moins fréquente. La mortalité générale a été cependant plus considérable. Voici les chiffres officiels :

Rapport officiel du Registrar's office (semaine du 25 septembre au 1er octobre).

Mortalité générale.	1,212
— due au choléra.	47

Sur ces 47 cas, 15 ont été observés chez des enfants de 5 ans, et 1 au-dessous de cet âge ; 31 chez des individus du sexe mâle.

32 personnes ont succombé dans la partie méridionale de cette ville ; 3 dans le district occidental ; 6 dans les quartiers situés au nord ; 2 dans les quartiers du centre ; et 4 à l'est de la ville.

Observations météorologiques.

Baromètre anglais, 29 p. 6/10.
Thermomètre (chaleur moyenne), 52°,6 = 11° centigr.
Vents, sud-ouest.

L'épidémie fait moins de victimes à Newcastle et à Gateshead. Les moyens hygiéniques préventifs ont, à ce qu'il paraît, obtenu de fort bons résultats, et nous croyons savoir que des mesures analogues seraient prises à Paris dans le cas où, ce qui heureusement n'existe pas, le fléau menacerait notre capitale.

Ces mesures préventives consistent surtout en des visites dans toutes les maisons par des agents officiels assez largement rétribués (on leur accorde 25 fr. par jour), et qui avisent à remédier aux vices hygiéniques nombreux qui se rencontrent dans les villes où la misère et la malpropreté sont extrêmes.

Le transport des malades sous des tentes y a été abandonné, cette mesure ayant occasionné une répulsion générale parmi les habitants.

D'après les renseignements qui nous sont parvenus, la diarrhée si fréquemment mortelle, dont on avait peine, en France, à comprendre la signification, serait une affection entérique et probablement cholériforme qui frappe surtout et presque exclusivement les enfants (*cholera infantilis*).

Si nous sommes bien informé, une affection analogue s'observerait à Paris depuis quelque temps ; et la mortalité dans notre capitale, qui d'ailleurs est proportionnellement peu considérable, atteindrait surtout le jeune âge, à la suite de graves entérites.

— M. le docteur Mélier, dont nous avons annoncé la mission en Angleterre, est de retour depuis quelques jours. Voici en quels termes les journaux anglais ont signalé le séjour dans leur pays de notre honorable confrère.

M. le docteur Mélier, membre du comité d'hygiène et de l'Académie de médecine, a visité ces jours derniers, en compagnie de M. Susherland, l'un des inspecteurs généraux du conseil de santé, les quartiers infectés de Newcastle. Il a examiné avec soin le mode de fonctionnement des visites de maison à maison. Mais le médecin français a été surtout frappé des conditions hygiéniques fâcheuses de ces quartiers et de la malpropreté des habitants. Jamais dans aucune ville de France, disait-il, il n'avait assisté à un pareil spectacle.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Des complications cérébrales dans le rhumatisme articulaire aigu.

On a jusqu'à ce jour presque oublié, dans les traités de pathologie comme dans les monographies, une complication intéressante du rhumatisme, la complication cérébrale. A l'occasion d'une observation publiée dans le deuxième fascicule des actes de la Société médicale des hôpitaux, d'un rapport de M. Valleix et de la note de M. Bourdon sur le même sujet, M. Vigla a lu à cette Société un mémoire où se trouvent consignées six observations de ce genre.

Dans l'espace de trois mois, M. Vigla a vu trois fois la mort survenir par les complications cérébrales développées dans le cours du rhumatisme articulaire aigu ; dans deux autres cas, la guérison a été obtenue. Cette circonstance de l'observation de cinq faits semblables en trois mois prouve que cette forme n'est pas extrêmement rare. Voici en quelques mots l'analyse de ces cas.

I. Homme de quarante-neuf ans, entré à la Maison de santé le 17 septembre 1852, pour un rhumatisme articulaire aigu moyen, sans complication cardiaque. — Un gramme de sulfate de quinine en trois doses.

Dans la nuit du 18 au 19, vers deux heures du matin, le malade est pris tout à coup d'agitation ; prostration ensuite et mort rapide. On ne put faire l'autopsie.

II. Femme de trente ans, accouchée depuis cinq mois. Bonne santé habituelle, tempérament lymphatique.

Le 8 octobre 1852, à la suite d'un refroidissement, douleurs rhumatismales dans toutes les articulations ; entrée à la Maison de santé le 14 octobre. Pieds, genoux, poignets gonflés et douloureux ; pouls à 108 ; insomnie, sueurs abondantes. Rien au cœur. — Sulfate de quinine à la dose de 1 gramme par jour, puis de 2.

Sous l'influence de ce traitement les douleurs diminuent, mais les sueurs persistent, avec éruption miliaire ; le pouls tombe à 96, mais la malade reste privée de sommeil.

Le 20 et les jours suivants, amélioration manifeste ; plus de douleurs ; il ne reste qu'un peu d'abattement ; toujours quelques sueurs. La malade commence à manger.

Le 23, à six heures du soir, elle est très bien, sans fièvre, ne se plaignant que de faiblesse.

A minuit, agitation extrême, angoisse, perte de connaissance ; membres en résolution complète, sueur abondante ; respiration stertoreuse. Mort à une heure du matin.

III. Homme de trente-deux ans, entré le 11 décembre 1852. Constitution forte. Pris depuis quelques jours de rhumatisme articulaire aigu généralisé, fébrile. Le 9 décembre il est saigné en ville et prend du sulfate de quinine.

A son entrée, le neuvième jour, pouls à 120, agitation ; douleurs et tuméfaction des deux pieds, du genou droit, des deux poignets ; bruit de souffle au cœur. — Sulfate de quinine, 1 gramme en trois paquets.

Du 11 au 12, agitation extrême avec délire. Le 12, douleurs moins intenses. Du 13 au 16, les nuits sont toujours très agitées ; mais le matin le malade jouit de toute sa raison. Les douleurs et la fièvre ont diminué sous l'influence du sulfate de quinine donné à 1 gr. 50, puis à 2 gr. Les sueurs abondantes continuent, avec éruption miliaire, sans amélioration aussi complète qu'on serait en droit de l'attendre de la médication. M. Vigla donne le calomel à la dose de 30 centigr. et suspend le sel de quinine.

FEUILLETON.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Mémoire sur la présence du sucre dans les urines, et sur la liaison de ce phénomène avec la respiration, par M. Alvaro REYNOSO.

Essai sur les phosphènes ou anneaux lumineux de la rétine, considérés dans leurs rapports avec la physiologie et la pathologie de la vision, par le docteur Serre (d'Uzès). Un vol. in-8° avec 31 planches gravées sur acier.

M. Reynoso est un tout jeune chimiste qui a déjà su se faire un nom dans la science par d'importants travaux, et en particulier par des recherches curieuses et intéressantes sur la présence du sucre dans les urines, question à l'ordre du jour, surtout depuis les expériences de M. Bernard et de M. Flourens.

Le mémoire qu'il publie aujourd'hui est le développement de trois notes présentées par lui à l'Académie des sciences sur ce sujet, notes qui auront peut-être de l'influence sur la thérapeutique des maladies pendant le cours desquelles on observe la présence du sucre dans les urines. C'est un travail de haute chimie, de chimie philosophique, dirions-nous, si l'on n'avait abusé de ce mot à l'excès dans ces derniers temps.

Essayons en deux mots d'en donner une idée.

L'alimentation a besoin de deux ordres de substances : les unes, destinées à réparer les pertes qui accompagnent l'exercice de la vie ; les autres, destinées à fournir, par leur combinaison avec l'oxygène, la chaleur, qui est ou la source de la vie, ou seulement le résultat. Les aliments réparateurs sont l'albumine, la caséine et la fibrine animales et végétales, les aliments *respiratoires* sont les matières non azotées, le sucre, l'amidon, la graisse ; c'est cette dernière qui est la plus convenable pour la respiration, en ce qu'elle brûle plus facilement et produit plus de chaleur que les autres.

Nous ne suivrons pas l'auteur dans le dédale de formules à l'aide desquelles il explique les diverses transformations des substances qui concourent à la formation de la graisse. Nous nous bornons à ce qui est relatif aux phénomènes en vertu desquels il explique le passage du sucre dans les urines.

Il établit que le sucre disparaît pendant et par l'acte respiratoire. Si la respiration ne se fait pas complétement, tout le sucre ne peut être *brûlé*, et il s'en échappe une partie par les excrétions. Sa thèse est celle-ci : étant démontré que le sucre se détruit dans la respiration, prouver que cette destruction est en raison directe de la respiration.

M. Reynoso affirme que lorsque l'on retrouve du sucre dans les urines, ce n'est pas parce que le foie en fabrique une quantité supérieure à celle que l'économie peut consommer, mais bien parce que la quantité consommée à l'état normal ne peut plus être consommée quand la respiration s'exerce anormalement. C'est là ce qu'il a voulu prouver par des expériences.

Toutes les fois que l'on éthérise un animal, quel qu'il soit, le sucre apparaît dans ses urines. J'explique ce fait, dit l'auteur, par le trouble que subit la respiration, qui, étant diminuée, ne peut plus détruire tout le sucre que le sang lui fournit.

Toutes les fois que l'on pique ce que M. Flourens appelle le nœud vital, point particulier du cerveau contenu dans le *calamus scriptorius*, il y a modification de l'acte respiratoire, et aussitôt l'urine contient du sucre.

Dans l'urine de la plupart des vieillards, il y a du sucre ; c'est qu'aussi, chez eux, il y a presque toujours détérioration des organes respiratoires.

Enfin, et ceci est très important, M. Reynoso donne l'explication suivante de la présence du sucre dans l'urine des diabétiques : « Dans le diabète, dit-il, les aliments féculents et sucrés sont digérés de la même manière qu'à l'état normal, seulement, à l'état normal, ils sont assimilés et détruits pendant l'acte de la respiration, tandis que dans le diabète ils ne sont pas détruits, par suite d'une modification dans la respiration. De manière que les causes peuvent être toutes celles qui jettent des troubles profonds dans l'exercice de cette fonction. Mais presque toujours son origine est dans les perturbations des fonctions des centres nerveux qui président à la respiration. »

Nous ne sommes pas assez compétent en pareille matière pour nous prononcer sur la question de savoir si M. Reynoso est dans le vrai, ou si ce sont ses adversaires qui ont raison. Avouons cependant que si ses explications ne sont que des hypothèses, elles ont un air de vérité qui est assez séduisant, et que l'on peut bien espérer que plus tard elles seront reconnues pour l'expression de la réalité.

Essais sur les phosphènes ou anneaux lumineux de la rétine, considérés dans leurs rapports avec la physiologie et la pathologie de la vision.

Lorsque, dans l'obscurité, ou l'œil étant fermé, on comprime la rétine à travers la sclérotique et les paupières, en appuyant le doigt, par exemple, assez fortement sur le globe de l'œil, il se produit un phénomène de vision subjective qui se manifeste par l'apparition d'une image lumineuse dans la région orbitaire de l'œil comprimé. C'est à ce phénomène que l'on a donné le nom de *phosphène*.

Si le nom est nouveau, il n'en est pas de même de la connaissance du phénomène, qui se trouve indiqué par Newton, par Brewster avec plus ou moins d'exactitude, par Quetelet, par Mackensie plus récemment, et par d'autres encore. Mais il n'est personne qui ait songé à en faire le sujet d'un travail de longue haleine, d'une monographie détaillée comme celle que nous avons sous les yeux. Un habile observateur, dont le nom est bien connu et depuis longtemps dans le monde médical et scientifique, M. Serre (d'Uzès), a cru pouvoir faire servir l'étude des phosphènes à celle de la vision tant à l'état physiologique qu'à l'état pathologique.

Du 17 au 19, l'état s'amende très évidemment, et le malade prend un peu de bouillon de poulet.

Dans la nuit du 19, à deux heures du matin, agitation, délire, mouvements convulsifs, respiration entrecoupée. Mort à quatre heures du matin, le dix-septième jour de la maladie, le huitième depuis l'entrée.

IV. Elle est relative à un ouvrier traité par M. Vigla, il y a une dizaine d'années, par les saignées répétées, et qui, en même temps que la maladie articulaire semblait céder, fut pris des phénomènes caractéristiques de la méningite et succomba en quatre ou cinq jours.

V et VI. Ces deux faits ont été suivis de guérison.

L'un est celui d'un homme de vingt-cinq ans, entré à la Maison de santé le douzième jour d'un rhumatisme articulaire aigu occupant plusieurs articulations, avec léger bruit de frottement péricardique à la pointe. Il fut traité, comme les trois premiers, par le sulfate de quinine à la dose d'un gramme, portée bientôt à deux. Le cinquième jour, il y eut du délire; suspension du sulfate de quinine remplacé par le calomel. Le délire dura quatre jours; le cinquième jour, il cessa sous l'influence de préparations opiacées, et seize jours après son entrée le sujet était en convalescence.

Enfin, le sixième malade, vingt-deux ans, maigre, lymphatico-sanguin, fut pris de rhumatisme articulaire aigu le 28 novembre 1852 et entra à la Maison de santé le 4 décembre. Pas de complication du côté du cœur ni des plèvres; traité par le sulfate de quinine à la dose de 1 gramme d'abord, puis de 1 gr. 50, et enfin de 2 grammes dans les 24 heures depuis le 4 jusqu'au 14.

Le 15 et le 16, agitation, délire; le malade se lève pendant la nuit et n'a pas conscience le lendemain de ce qu'il a fait pendant la nuit; les douleurs ont tout à fait disparu.

Le 17, les douleurs reparaissent aux poignets et le délire cesse.

Le 20, les douleurs ayant augmenté, on recommence l'usage du sulfate de quinine, que l'on continue jusqu'au 26 à la dose de 1 gr. 50 sans que le délire reparaisse.

Le malade sort guéri le 3 janvier.

Pendant l'année 1852, M. Vigla a traité à la Maison de santé 65 rhumatismes articulaires aigus; sur ce nombre, il a observé des complications cérébrales dans un treizième des cas; une fois, sur 22, la maladie s'est terminée par la mort, résultat tout à fait exceptionnel, car on sait que le rhumatisme articulaire aigu se termine bien rarement par la mort. Mais, lorsque ce rhumatisme se complique d'accidents cérébraux, la fréquence des terminaisons fatales augmente beaucoup; nous trouvons sur les cinq faits de M. Vigla trois morts. M. Bourdon, dans un mémoire encore inédit, a rassemblé 39 faits, sur lesquels 30 morts. Les accidents cérébraux peuvent donc être considérés comme les plus graves qui puissent se manifester dans le cours du rhumatisme articulaire aigu.

Quelles peuvent être les causes de cette complication? M. Bourdon pense que le froid peut y être pour quelque chose; M. Vigla ne l'a pas remarqué, sans cependant être en mesure de nier ce rapport de cause à effet. Il serait plus tenté de croire que l'état moral des malades constitue une prédisposition; et en effet, chez quatre de ceux qu'il a observés, il y avait préoccupation, inquiétude sur leur état; ces préoccupations ont-elles suffi pour faire éclater les accidents cérébraux, ou les malades en les exprimant ne faisaient-ils que traduire au dehors le sentiment interne, mais réel, organique en quelque sorte, qu'ils ont de la gravité de leur état?

L'état des articulations au moment de l'invasion des accidents cérébraux est important à noter. Chez un malade, au moment où apparut le délire, les douleurs cessèrent brusquement, pour reparaître lorsqu'il cessa. Ce serait le seul cas où l'on pourrait admettre la métastase. Chez deux qui ont succombé, le rhumatisme était franchement en voie de résolution. Chez un troisième, qui a également succombé, le rhumatisme suivait un cours en apparence régulier et bénin. Enfin, chez un quatrième, la maladie avait été inquiétante au début par l'état moral du malade et par l'intensité des symptômes.

La médication employée peut-elle être considérée comme ayant contribué à la production des accidents? Tous les cinq avaient pris du sulfate de quinine, mais jamais au-dessus de 2 grammes, et tous en avaient pris 1 gramme et 1 gramme 50 sans accidents, les jours précédents. Deux avaient cessé d'en prendre depuis plusieurs jours au moment de l'invasion des symptômes cérébraux devenus mortels. D'ailleurs, aucun n'a présenté les symptômes bien connus de l'intoxication quinique.

Une autre question que l'on peut s'adresser est celle-ci: en faisant disparaître les douleurs articulaires, le sulfate de quinine a-t-il pu opérer un déplacement de la cause morbifique, une métastase? Non. Ce traitement n'est introduit que depuis quelques années dans la pratique médicale, et l'on n'a pas vu le rhumatisme devenir plus mortel. Les faits de M. Bourdon prouvent que les accidents cérébraux se sont présentés de la même manière à une époque où on ne l'employait pas encore.

Quant aux symptômes, à la marche et aux formes, M. Bourdon a très bien fait remarquer que ces faits devaient être partagés en deux séries distinctes: dans les uns, la maladie se rapprochait par les symptômes et la marche de la méningite, et ces faits sont classés depuis longtemps sous le nom de *méningite rhumatismale*. Dans les autres, à début brusque, imprévu, à marche rapide, promptement mortelle, on pourrait reconnaître ce que Stoll appelait l'*apoplexie rhumatismale*. On peut rapporter à cette forme les trois premiers faits de ce travail, où les malades ont succombé dans l'espace d'une à trois heures.

Mais si le mot apoplexie s'applique assez bien à cette série de symptômes pour la rapidité de leur marche, il ne leur convient pas aussi bien par le côté de leur évolution. Le caractère principal de l'apoplexie, c'est la perte de connaissance instantanée. Ici, il y a une agitation dont le coma n'est que la terminaison; l'analogie n'est donc plus parfaite. Mais si l'on cherche des ressemblances dans d'autres maladies que le rhumatisme, il n'est peut-être pas aussi rare qu'on le pense d'observer une semblable terminaison dans le cours de maladies aiguës, dans la pneumonie, la fièvre typhoïde, les fièvres éruptives.

Restent les deux cas où il y a eu délire, et qui se sont terminés par la guérison, le délire cessant sous l'influence de l'opium.

En résumé, M. Vigla pense que l'on pourrait grouper de la manière suivante les divers accidents cérébraux dont il a été ici question:

1° Délire simple, se développant dans le cours du rhumatisme, et rappelant assez bien le délire sympathique ou nerveux observé dans un grand nombre de maladies aiguës fébriles, de cause interne ou traumatique, ou, en peu de mots, *rhumatisme compliqué de délire;*

2° Délire et réunion de la plupart des symptômes, et, probablement, des lésions propres à la méningite, *méningite rhumatismale des auteurs;*

3° Etat ataxique, brusque et imprévu, bientôt remplacé par un collapsus ou un coma mortels, *apoplexie rhumatismale* de Stoll et de quelques auteurs.

Instruments nouveaux pour la transfusion du sang.

Frappé de l'insuffisance de la plupart des procédés imaginés jusqu'à ce jour pour exécuter cette grave opération, frappé aussi des inconvénients réels de quelques-uns d'entre eux, M. Mathieu a construit pour cet usage un appareil spécial qui semble réunir toutes les conditions désirables de succès.

Fig. 1.



Fig. 2.

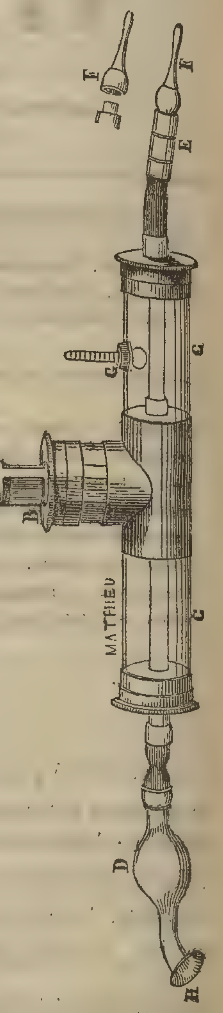


Figure 1. — C'est une sphère creuse en caoutchouc vulcanisé; on y fait le vide en la pressant dans la main; puis l'abandonnant à elle-même, elle s'épanouit en vertu de son élasticité, et exerce alors une véritable succion sur les deux tubes de verre qui lui font suite de chaque côté. Ces tubes se terminent, à savoir: le premier par une sorte de ventouse appliquée exactement autour de la plaie veineuse sur le bras de la personne qui fournit le sang; le second, par une canule en ivoire introduite dans la veine de celui qui reçoit le sang. Dans les petits cylindres d'ivoire sont renfermées deux petites boules de liége qui font office de soupapes; elles empêchent, soit le reflux du sang vers la veine où on le puise au moment où la sphère est aplatie par la main de l'opérateur, soit le reflux du liquide de la canule et de la veine où elle plonge vers la sphère creuse au moment où celle-ci s'épanouit. Ajoutons, pour ne rien omettre, que la ventouse, ainsi que la canule, sont rattachées aux tubes de verre par des bouts de tube en caoutchouc, ce qui permet d'incliner en divers sens ces deux extrémités sans déranger le reste de l'appareil et sans changer la position des deux personnes.

Les principales difficultés matérielles de l'opération se trouvent ainsi éludées: le passage du sang de l'un à l'autre individu est pour ainsi dire instantané, le vide est aussi complet que possible et aucune bulle d'air ne peut se mêler à ce fluide au moment où il est injecté. Reste à éviter les effets du refroidissement et de la coagulation qu'il favorise; on peut y arriver en plongeant l'instrument que nous venons de décrire dans un bain d'eau chaude; mais on y parvient plus aisément et d'une manière plus complète à l'aide de l'appareil suivant:

Figure 2. — L'aspiration et l'injection, au lieu d'être produites par une boule en caoutchouc, sont opérées par un petit corps de pompe B et un cylindre dont l'anneau se voit en A.

L'appareil en verre et en caoutchouc qui vient d'être décrit, terminé d'un côté par la ventouse H avec son réservoir O, de l'autre par la canule F, est placé dans un tube de verre épais fermé à ses deux extrémités, que l'on rempli d'eau chaude versée par le trou C. Un thermomètre indique exactement la température de ce bain à chacun des moments de l'opération. Au point de jonction du tube de verre, soit avec le corps de pompe, soit avec ses annexes E et

---

Il a commencé par examiner et par décrire le phosphène avec le plus grand soin, par établir les lois de sa production, par déterminer son origine et son siége réel; il a démontré par l'expérimentation que les impressions tactiles de la rétine sont vues retournées ou renversées, et abordant à son tour cette grande question, si longtemps débattue: Voit-on les images droites ou renversées? il a conclu en disant qu'il est désormais hors de doute que les images des objets extérieurs se peignent renversées sur la rétine. Pour lui, le *retournement* de l'image peinte sur la rétine est le résultat exclusif de la constitution intime du système nerveux cérébro-rétinien; c'est un effet direct, immédiat, primordial de sa propre énergie; une propriété congéniale et innée de son organisation. Le retournement est invariable, fatal, nécessaire, par conséquent mécanique, physiologique et non mental.

De même, quand il s'agit d'apprécier l'*extériorité*, c'est-à-dire la faculté qu'ont les yeux de rapporter leurs affections à ce qui les détermine au dehors, l'auteur, au lieu d'admettre la proposition de Müller, pour lequel il n'y a là qu'une *affaire de jugement*, pose, après de longues discussions, la loi suivante: il est dans la nature même des nerfs optiques de placer hors d'eux, dans une direction déterminée, le contenu de leurs sensations; l'imagination n'est absolument pour rien dans la cause de ce déplacement, qui est purement physiologique; elle intervient seulement d'une manière tout accidentelle pour l'appréciation du lieu où les sensations apparaissent au delà de celui où le retournement s'est opéré.

On voit par ces deux citations combien les idées de M. Serre sont quelquefois différentes de celles de beaucoup de physiologistes. Les développements des expériences, des observations sur lesquelles sont fondées les théories relatives à la vision normale; des considérations étendues sur la direction suivant laquelle sont vus les objets, sur la différence des deux yeux, la limite de la rétine, et la répartition de la sensibilité visuelle dans les différents points de cette membrane, forment la première partie du livre, la partie physiologique. Inutile de dire que dans toutes ces études les expériences phosphéniennes jouent le principal rôle; c'est à l'aide des phosphènes, qu'il produit de telle ou telle manière et dans des circonstances données, que l'auteur arrive aux résultats qu'il établit comme lois de la vision.

La seconde partie est consacrée à la pathologie et à l'emploi de la production du phosphène comme moyen de diagnostic.

L'auteur entre d'abord dans des détails étendus sur le procédé à suivre pour produire le phénomène de la manière la plus sûre et la plus apparente, procédé très simple qui consiste, le bord onguéal de l'indicateur étant doucement introduit entre le rebord orbitaire et le globe, sur la paupière que le doigt enfonce devant lui, à donner de légères secousses au globe de l'œil. Aussitôt deux phosphènes apparaissent: l'un plus grand, dans le point opposé à la compression; l'autre plus petit, dans le point comprimé lui-même. Dans certaines affections, le phosphène ne se produit pas; dans d'autres, il se présente autrement qu'à l'état normal, avec des formes, des couleurs différentes.

Ici l'auteur passe en revue diverses maladies des yeux, au diagnostic desquelles peut servir l'exploration phosphénienne; l'amaurose, par exemple, cette affection si difficile parfois à reconnaître, même pour les praticiens les plus distingués. L'absence des phosphènes étant la preuve de la paralysie de la rétine et du nerf optique, on sent de quel secours sera l'exploration dans les cas difficiles. On lira avec le plus vif intérêt dans ce chapitre un fait remarquable dans lequel la disparition des phosphènes précéda de plusieurs heures la perte de la vue et annonça en quelque sorte l'amaurose.

Dans l'amblyopie, les scotomes ou taches volantes (myodésopsie) dans les différentes espèces d'affections nerveuses de la vision; dans la myopie et la presbytie, la sclérotite, le glaucome, les cataractes, et dans d'autres maladies organiques du globe de l'œil ou de quelques-unes de ses parties seulement, la diagnosie phosphénienne peut rendre de grands services entre les mains d'un expérimentateur habile; nous croyons que, malgré le beau travail publié par M. Serre, cette nouvelle branche d'exploration n'a pas encore dit son dernier mot; M. Serre continuera ses investigations et sera probablement un de ceux qui agrandiront le plus cette importante conquête. Seulement une chose que nous craignons, c'est que ce moyen d'examiner les yeux ne reste longtemps encore, vu la délicatesse du procédé à suivre et la grande habitude qu'il exige pour être convenablement employé, la propriété presque exclusive des hommes qui se livrent spécialement à l'ophthalmologie.

Si les considérations préliminaires et physiologiques qui constituent la première partie du livre de M. Serre appartiennent un peu trop à la partie transcendante de la science et ne sont pas facilement intelligibles pour tous à une première lecture, convenons cependant qu'il aura rendu un grand service à la pratique si, comme tout le fait espérer, les expériences ultérieures confirment les importants résultats qu'il annonce.

Dr A. F.

— La Société médico-pratique a célébré mardi dernier, chez Véfour, l'anniversaire de son installation dans un banquet où n'a cessé de régner la plus franche cordialité. Des couplets pleins d'esprit et d'à-propos ont été chantés par MM. Homolle et Compérat. Mais les honneurs de la soirée appartiennent tout entiers à M. Tirac, qui a récité une longue série de fables et de contes de sa composition écrits dans un style que n'aurait pas désavoué le bon La Fontaine. Il serait à désirer que de pareilles réunions fussent plus fréquentes, car rien n'est plus propre à cimenter les sentiments de bonne confraternité. (*Presse médicale.*)

D, se trouvent des soupapes qui permettent de faire dans l'intérieur de l'appareil un vide parfait.

La quantité de sang fourni se mesure d'une manière exacte en comptant le nombre de coups de piston donnés; il en est de même pour l'appareil figure 1 : il suffit de compter chaque fois qu'on aplati la sphère entre les doigts. Dans le petit cylindre E se trouve une soupape qui empêche la sortie du sang du tube lorsqu'il est amorcé : cette dernière modification que j'ai faite à mon appareil est très importante, car, si une partie du sang contenu dans le tube E venait à s'échapper, la place qu'il occupait serait remplacée par une quantité d'air égale à son volume, et cet air serait introduit dans la veine; ainsi, il est inutile d'ajouter qu'on ne doit procéder à l'injection qu'après avoir amorcé cet instrument et s'être assuré préalablement qu'il est exactement vide d'air.

Nous ajouterons que l'instrument représenté dans la figure 1 a été employé par M. le docteur Maisonneuve et qu'il a très bien fonctionné entre ses mains.

Plessimétrie et stéthoscope Giraud.

Le 28 septembre, M. le professeur Piorry a constaté au moyen de la percussion plessimétrique le succès de la médication par l'iode sur un malade atteint de tuberculisation à la partie antérieure et supérieure du poumon droit; l'étendue de l'agglomération tuberculeuse a diminué de plusieurs centimètres dans tous les sens.

Un autre malade, ayant contracté à Constantine une fièvre intermittente compliquée de diarrhée, a fait le sujet d'une constatation, au moyen de la percussion sus-plessimétrique, d'une hypertrophie de la rate qui a acquis neuf centimètres d'étendue en hauteur. Ce malade, chez lequel, à cause de la diarrhée, les médecins d'Afrique n'avaient osé recourir à l'emploi du sulfate de quinine, a été mis immédiatement à l'usage d'un gramme de ce sel.

Ce qui frappe surtout dans le service de M. Piorry, c'est la précision avec laquelle cet habile professeur constate l'étendue et la forme des lésions organiques, ainsi que les changements qui sont le résultat de la médication qu'il emploie : rien n'égale son coup d'œil médical et sa facilité de diagnostic.

Dans le cours de cette visite, l'occasion s'est présentée de faire essai du stéthoscope Giraud. M. le professeur a reconnu son avantage comme instrument de facile transport et de commode application; il l'a regardé comme très approprié à l'auscultation médiate de la partie postérieure de la poitrine, quand les malades se déplacent difficilement. Mais ce dont il a félicité M. Giraud, c'est d'avoir joint aux divers usages de son instrument l'application comme ligature dans la saignée et comme moyen intermédiaire d'insufflation des poumons dans le cas d'asphyxie.

Le lendemain 29, appliqué à la face dorsale du thorax chez une malade, cet instrument a rendu fidèlement le passage de l'air dans les divisions bronchiques. Appliqué, chez une autre malade, sur le point de la poitrine correspondant à une caverne assez étendue et déjà constatée par le plessimètre, le nouveau stéthoscope a rendu, sous un diapason un peu plus grave que celui du stéthoscope ordinaire, le passage de l'air des bronches dans la cavité pathologique, avec perception d'un bruit de soupape et de gargouillement bien manifeste.

Pour une oreille encore peu exercée, l'instrument peut paraître douteux dans son langage, si l'on peut ainsi parler; mais appliqué avec la méthode convenable, c'est-à-dire à nu, sans une trop forte pression ni sur le malade, ni contre l'oreille de l'auscultateur, et cependant de manière à identifier l'ouverture de la plaque auriculaire du tube avec le conduit auditif, pressant insensiblement d'une manière graduée et sur l'une et sur l'autre extrémité, on arrive bientôt à avoir à l'oreille la transmission de ce qui se passe sous l'embout.

Le doute s'éclaircit, et, à la différence près d'une plus grande gravité de son qu'avec l'oreille non armée ou armée du stéthoscope en bois, on a la transmission des bruits divers du cœur, des artères et du poumon à leur état normal ou à leur état pathologique.

Si plusieurs médecins ont eu avant M. Giraud l'ingénieuse pensée d'appliquer des tubes recourbés ou flexibles à l'auscultation médiate, les matériaux qu'ils ont fait entrer dans la composition de leurs tubes se sont opposés à leur succès. En employant le caoutchouc, M. Giraud a trouvé la clef de l'énigme et a su la faire tourner au profit de l'art de guérir par les idées additionnelles qu'il y a rattachées.

DES ACCIDENTS CAUSÉS PAR LE CHLOROFORME.

De l'électricité.

Par M. Abeille, médecin major à l'hôpital du Roule.

La question relative aux accidents causés par le chloroforme, si longuement débattue devant la Société de chirurgie, mais non résolue encore, offrira, nous le présumons, dans le prochain résumé de la discussion que doit présenter son savant rapporteur M. Robert, matière à un jugement définitif.

Il y a d'autant plus urgence que la justice peut, d'un instant à l'autre, être appelée à intervenir, ainsi qu'elle l'a fait déjà plusieurs fois, et que ses décisions au sujet de la responsabilité médicale s'appuyeront en grande partie sur l'autorité toute scientifique des hommes compétents.

On n'ignore pas que des chirurgiens de grand mérite n'ont pas craint, dans des lettres ou mémoires publiés sur la matière, d'engager la responsabilité médicale, en cherchant à prouver par des raisons plus spécieuses que fondées que le chloroforme, bien manié et à l'état de pureté, est un agent inoffensif.

Si, en effet, dans telles conditions bien définies, et en ne s'écartant pas des règles que ces auteurs prétendent poser, l'anesthésie chloroformique ne doit jamais susciter d'accidents, il s'ensuit que tous ceux qu'on a à déplorer jusqu'aujourd'hui et ceux qu'on pourra déplorer encore à l'avenir sont imputables à l'impéritie, à l'inexpérience ou à l'ignorance des règles à suivre. Cette conclusion est toute naturelle.

Heureusement rien ne justifie pleinement une telle manière de voir. Opposer des faits cliniques, quelque nombreux qu'ils soient, à d'autres faits; s'appuyer sur sa propre pratique pour réfuter celle des autres, faire même de la statistique à l'appui pour prouver que tel nombre d'opérations n'a jamais donné lieu à la moindre inquiétude, c'est en réalité ne donner que de faibles preuves pour convaincre, quand la question offre des points si délicats à élucider. Tel opérateur qui a endormi mille patients avec le chloroforme et sans accident aucun pourrait bien se trouver en face d'une mort au mille et unième.

Qui n'a pressenti tout d'abord que, si les revers qu'on impute au chloroforme ne dépendaient que du *modus faciendi* ou de l'impureté de l'agent anesthésique, il y en aurait à l'heure qu'il est au moins dix fois autant que ceux que la science a pu enregistrer, tant l'anesthésie s'est généralisée et a été mise en pratique au moyen de procédés différents, à des degrés variables et par des mains plus ou moins habiles!

Mais non; il y a dans tout cela une inconnue à dégager. C'est là que repose tout le nœud de la question.

L'action du chloroforme porte-t-elle spécialement sur le système nerveux? Nos expériences exécutées en 1848 nous l'ont démontré; tout le monde est à peu près unanime aujourd'hui sur ce point. Partant de ce principe, c'est dans l'expérimentation directe qu'on doit chercher la solution du problème au sujet des accidents chloroformiques.

Malheureusement les expérimentateurs ne sont pas arrivés à des conclusions identiques sous ce dernier point de vue.

Quel que soit le motif de cette diversité de résultats de leur part, le rapporteur de la Société de chirurgie devait reprendre une à une ces expériences multiples et exécutées de tant de manières différentes, pour confronter les données et juger de leur valeur. M. Robert a bien voulu entreprendre cette tâche pénible avant de présenter à la Société le résumé de cette longue discussion, dans lequel il doit passer en revue tout ce qui a été dit et écrit sur la question.

Nous savons que, d'après quelques expériences, il a été déjà à même de relever plusieurs erreurs résultant d'une observation inexacte. Tout porte à croire qu'une fois à bout de son œuvre si difficile, puisqu'il ne s'agit ni plus ni moins que de procéder dans les conditions si nombreuses où se sont placés les expérimentateurs, il présentera un travail qui, tout en comblant des lacunes qui devaient naturellement exister dans son premier rapport, fera table rase de ces assertions aventureuses qui ont pu prendre la place de raisons sérieuses dans tout le cours de la discussion ou dans les écrits qui ont paru depuis.

Quoiqu'on doive applaudir de tout cœur aux efforts des médecins qui ont cherché à tracer une règle de conduite à tenir dans l'inhalation chloroformique, et à spécifier les précautions à prendre, un fait semble devoir surgir sans conteste, c'est qu'il peut arriver quelquefois des accidents, et des accidents formidables envers et contre toutes les règles et précautions.

En effet, il est clairement démontré maintenant, autant que chose puisse l'être, que des deux systèmes nerveux qui président aux vies de relation et de nutrition, le premier, celui de la vie de relation, est d'abord influencé, et cela plus ou moins profondément, sans que l'autre paraisse avoir ressenti encore un effet appréciable. Cette influence se traduit par les troubles qu'éprouvent les organes qui sont soumis à sa domination.

Le système de la vie animale ne subit que plus tard l'influence chloroformique : entre la transition d'un système à l'autre, on voit quelque chose d'intermédiaire, c'est-à-dire le trouble des fonctions des organes qui participent des deux vies à la fois.

Dès que le système de la vie animale a ressenti l'influence chloroformique, on peut dire que le danger commence, et nul ne peut prévoir alors où il s'arrêtera, car tout peut être précipité.

Il ne nous paraît pas exact de dire, comme on l'a fait, que, la période de relâchement musculaire arrivée, il n'y a plus qu'un fil qui sépare la vie de la mort et qu'on ne doive jamais chercher à obtenir cette période.

L'insensibilité et le relâchement musculaire peuvent, au contraire, durer fort longtemps sans que les organes de la vie nutritive soient troublés dans leurs fonctions, et il n'y a alors certainement pas de danger; mais, si ce dernier trouble survient, la vie est menacée.

Telles sont au moins les données auxquelles nous sommes arrivé dans nos expériences de 1848 et consignées dans notre travail adressé en 1851 à l'Académie des sciences; telles sont à peu près aussi celles qu'ont fournies à M. Robert les expériences qu'il vient d'exécuter en *notre* présence.

Si dans cette gradation de l'action chloroformique sur les deux systèmes nerveux il y avait une loi constante, ou plutôt si on opérait toujours sur des sujets identiques sous le rapport de la sensibilité ou de la résistance nerveuse, on pourrait prédire qu'en s'arrêtant à telle ou telle limite on préviendrait toujours les accidents.

Il n'en est malheureusement point ainsi : il y a telle disposition individuelle, à nous inconnue, qui fait que tout s'intervertit sous l'inhalation du chloroforme, et que ce qui ne devrait arriver qu'en dernier lieu apparaît de prime abord : c'est alors la sidération. Cette transition d'un système à l'autre que nous venons de signaler, peut se faire spontanément, sans étape marquée, et alors, après les premiers effets d'usage, on peut arriver inopinément à une mort imminente.

Quelques ingénieux auteurs ont tracé à travers la substance encéphalo-rachidienne un itinéraire à l'action chloroformique et ont marqué sa dernière étape à l'ingénieux nœud vital de M. Flourens.

Ceci nous paraît quelque peu poétique; tout ce que l'expérimentation permet de constater, c'est l'influence successive subie par les deux systèmes quand on prolonge considérablement l'inhalation.

Quoi qu'il en soit, nous croyons qu'il ressortira des expériences comme de la discussion ce fait capital pour la responsabilité médicale, que, quelque règle qu'on suive, à quelque précaution qu'on s'astreigne, il pourra malheureusement arriver des accidents funestes dans quelques cas impossibles à prévoir.

De là surgit nécessairement un second point dont l'importance domine peut-être tout le débat, à savoir : si l'on peut trouver un moyen efficace pour combattre ces accidents quand la mort n'est pas réelle.

Ce point, il faut bien le dire, n'a été qu'effleuré dans la discussion de la Société de chirurgie, et pourtant la justice a déjà demandé si la science a quelques données un peu avancées à ce sujet.

On a promptement reconnu l'insuffisance de la plupart des moyens proposés, tels qu'insufflation d'air, titillation des fosses nasales, aspersions froides, frictions, etc.

L'irritation de la muqueuse pharyngienne par l'ammoniaque, prônée par M. Guérin, a été d'une action nulle dans les expériences qu'on a tentées.

Il n'en est pas de même de l'électricité. Cet agent, auquel nous avons reconnu dès 1848 la plus grande énergie contre l'anesthésie chloroformique, est, d'après nos nombreuses expériences sur les animaux et deux faits relatifs à l'homme consignés dans le mémoire adressé par nous à l'Académie des sciences, en 1851, le moyen le plus expéditif et le plus sûr qu'on puisse diriger contre les accidents chloroformiques. Les journaux scientifiques ont donné à l'époque les conclusions de ce travail, qui a eu, comme tant d'autres, les honneurs d'un paisible repos dans les cartons académiques.

Il n'a rien moins fallu que les expériences reprises par M. Jobert (de Lamballe) pour réveiller l'attention publique sur ce point capital.

Ce chirurgien, dont le nom a l'heureux privilège d'un prompt et immense retentissement, a excité à un tel point la curiosité des expérimentateurs et des chirurgiens, qu'on s'est occupé depuis de l'électricité appliquée à remédier aux accidents du chloroforme, comme si le fait venait d'être mis à jour pour la première fois.

Nous ne voulons rien dire de plus maintenant au sujet de ce remède énergique et puissant, laissant toute liberté d'appréciation au savant rapporteur de la Société de chirurgie, qui expérimente en ce moment avec autant de précision que de talent. Toutefois, nous croyons entrevoir qu'il ne sera plus permis à tout opérateur, sauf sa responsabilité engagée, de ne pas avoir à sa disposition les éléments propres à mettre l'électricité en jeu, en cas d'accident, toutes les fois qu'il usera du chloroforme.

Nous avons souvent entendu formuler une objection à cet égard.

Nous avons entendu parler de l'embarras qu'il y aurait à porter constamment avec soi un appareil électrique quand il s'agirait de chloroformiser un malade.

Cette objection tombera d'elle-même quand on saura que M. Legendre vient de réduire cet appareil aux proportions d'une toute petite boîte qu'on peut mettre dans sa poche, et lui a donné une force plus que suffisante pour le besoin actuel.

C'est avec ce petit instrument que M. Robert poursuit avec nous ses expériences en ce moment; sa valeur nous paraît définitivement jugée.

Ce n'est point, au reste, dans les seuls accidents causés par le chloroforme que l'électricité est destinée à rendre de grands services.

De nouvelles expériences nous mettent à même de prouver qu'elle constitue une ressource tout aussi puissante dans la mort apparente par syncope, par asphyxie, par suite de la sidération par la foudre, et qu'elle est appelée à juger définitivement, dans tous les cas de décès, si la mort est réelle.

AVORTEMENT

ayant pour cause des hydatides du placenta.

Nous trouvons dans le *Recueil des travaux de la Société médicale d'Indre-et-Loire* un cas d'avortement à six mois de grossesse, ayant pour cause les hydatides du placenta, qui nous semble devoir intéresser le savant et le praticien; c'est à ce titre que nous allons rapporter ce fait, recueilli par M. Melcieul, de l'Ile-Bouchard (Indre-et-Loire).

Héloïse Allain, femme Grandin, habitant Saint-Gilles de l'Ile-Bouchard, où elle est née, âgée de vingt-huit ans, d'un tempérament lymphatique très prononcé, a toujours mené une vie sédentaire. Elle a présenté, entre quinze et vingt ans, des symptômes de rachitisme (déviation de la colonne vertébrale, etc.). Ces accidents ont cédé à un traitement rationnel.

Le mari, qui exerce la profession de vannier, est d'une très bonne constitution, fort et vigoureux.

Cette femme, mariée à vingt-six ans, a eu un premier accouchement à vingt-sept ans. Le travail s'est opéré naturellement. L'enfant vit encore, mais est de chétive apparence.

Dans les premiers jours de mars 1852, cette femme devient enceinte pour la deuxième fois. Pendant les deux premiers mois, la grossesse ne présente rien de particulier à noter; mais à partir du mois de mai, il se manifeste une série d'accidents qui, à plusieurs reprises, font courir à la malade les plus grands dangers: vomissements opiniâtres, quelle que soit la substance alimentaire ingérée; lipothymies très fréquentes; douleurs intolérables à la région épigastrique; palpitations très violentes, etc., qui cèdent difficilement, et encore momentanément, aux moyens thérapeutiques employés en pareils cas.

Depuis la moitié de juillet jusqu'à la fin d'août, continuation du même état; mais, en outre, quelque chose de particulier se passe du côté de l'utérus: pertes utérines assez fréquentes, mais d'une intensité modérée, douleurs à la région hypogastrique.

Dans les quinze derniers jours, de véritables douleurs utérines, précédées d'une perte assez considérable, se montrent à deux reprises différentes, et font craindre un avortement imminent; mais à chaque fois, au bout de peu de temps, le calme se rétablit.

Dans le courant du mois d'août, le ventre acquiert un développement tel, que je suis porté à douter de l'exactitude de la période de grossesse que la femme a accusée.

Le 1er septembre, à trois heures du soir, les premières douleurs se font sentir. A huit heures la poche des eaux se rompt; il s'écoule très peu de liquide amniotique.

En même temps, il sort du vagin un corps charnu ayant le volume de la tête d'un fœtus à terme. C'était une masse d'hydatides.

A peine dix minutes après une douleur expulse le fœtus, qui sort sans difficulté. L'enfant était vivant, bien conformé, présentant tous les caractères d'un fœtus de six mois, mais très maigre (la vie s'est continuée environ vingt minutes).

Après un moment de calme, les contractions utérines reprennent avec une excessive intensité; la délivrance ne se faisait pas. Les tractions sur le cordon étaient impossibles, vu l'exiguïté de ce dernier. Bientôt syncopes et hémorrhagies.

J'introduis deux doigts dans le vagin; j'arrive jusqu'au col, que je trouve spasmodiquement contracté.

C'était le cas d'employer la pommade de belladone; j'en introduis une assez grande quantité.

Ce moyen eut un plein succès. Au bout de dix minutes, une forte douleur expulse une masse énorme d'hydatides ayant plus du volume de la tête d'un adulte. Le placenta et le cordon étaient sortis en même temps. (Bien que le toucher m'eût permis de croire que tout était fini, cependant, le lendemain, la femme rend en urinant une autre masse d'hydatides ayant trois fois le volume du poing.)

Le travail n'a plus présenté alors rien qui soit digne d'être noté.

Parmi les complications des suites des couches, je dois signaler une ovarite gauche qui a cédé à la médication ordinaire, et une antéversion qui se produisit au huitième jour pendant les efforts pour aller à la selle. (Conséquence de manque de précaution, malgré mes recommandations.)

L'organe fut replacé non sans difficulté.

Au 1er octobre, la femme vaquait à ses occupations.

Examen du placenta. — Le placenta et le cordon avaient la composition, la forme et le volume ordinaires. Les membranes étaient aussi dans leur état normal. Les productions hydatifères étaient contenues dans l'œuf, adhérant fortement à la paroi de la membrane amniotique.

L'avortement a eu évidemment pour cause le développement excessif des hydatides. Et le fœtus, bien qu'il fût faible et grêle, avait toutes les conditions de viabilité intra-utérine. Il y a eu expulsion forcée de domicile. D'un autre côté, les accidents pendant la grossesse prouvent que cette terminaison prématurée a été sur le point de se produire à plusieurs reprises.

Tout porte donc à penser que, sans cette cause, la grossesse se continuant, le fœtus serait arrivé à terme, parfaitement viable.

DYSTOCIE.

Cas rare de double luxation des fémurs.

Observation communiquée à la Société de médecine de Paris par M. le docteur Jobert (de Suresnes).

La jeune femme qui fait l'objet de cette observation est primipare. Sa constitution est strumeuse. Elle porte encore autour du cou un chapelet de ganglions. Fille, elle n'a dû l'existence qu'aux soins les plus dévoués de sa mère. Quoique appartenant à des cultivateurs, elle prit l'état de couturière; mais elle sentit que les habitudes sédentaires lui étaient nuisibles. Elle se décida à se livrer avec ses parents aux travaux des champs. Elle s'en trouva mieux, et elle continua ce genre d'occupations même étant mariée.

Quelque temps avant son mariage, il lui survint une adénite aux régions inguinales. Son ventre avait déjà un volume inaccoutumé. Chez elle tous les tissus paraissaient engoués de lymphe. Mais elle se maria à un cultivateur, devint grosse, maigrit, et sa grossesse se poursuivit tant bien que mal jusqu'au septième mois.

A cette époque, cette femme éprouve un matin la sensation d'un corps qui se précipiterait dans le bas-ventre; elle croit que c'est son enfant et qu'elle est près d'accoucher. Elle accuse en effet des douleurs d'enfantement.

Le toucher n'apprit rien de bien positif sur l'état de l'utérus, et ne voulant pas effrayer la malade, qui savait n'être pas à terme, je la laissai ainsi en lui recommandant d'aider aux douleurs. La journée se passa sans présenter aucune circonstance remarquable. Le lendemain matin, j'annonçai aux parents qu'il y avait déplacement (rétroversion) de la matrice, quelques phénomènes difficiles à déterminer, qu'on ne pourrait pas délivrer la malade sans l'intervention de l'art, mais qu'il convenait d'attendre.

Nous arrivons ainsi, deux jours après les premières douleurs, au dimanche matin. Les douleurs ont augmenté d'intensité. On atteint, quoique avec beaucoup de peine, le col utérin. Il est tourné vers l'ombilic, et pour y arriver on est obligé d'incliner la femme en avant et de la toucher par derrière. Un corps mou, arrondi, volumineux arcboute sur le bord supérieur du pubis: c'est la partie de l'enfant accessible au toucher.

J'envoie chercher alors mon honorable confrère le docteur Laroche, qui ne peut venir de suite. Le dimanche soir, vu l'inquiétude extrême de la famille, un autre confrère de la localité est appelé; mais, comme il déclare que l'accouchement n'aura lieu que dans deux mois, je ne m'arrête pas à son opinion.

Le lundi matin, nous étions avec M. Laroche auprès de la malade. Nous nous hâtâmes, car les moments devenaient de plus en plus précieux.

Il était deux heures; jusque-là je n'avais pas voulu inquiéter et fatiguer cette femme en la touchant trop souvent; en sorte que depuis dix heures du matin l'état de la matrice n'avait pas été constaté. Comptant toujours sur la rétroversion, j'avais prévenu M. Laroche que nous aurions peut-être à pratiquer l'opération césarienne vaginale.

Mais un examen ultérieur fait en commun apprit que, par suite d'énergiques contractions, la dilatation du col utérin s'était effectuée, la poche des eaux rompue, et que la tête de l'enfant, projetée à droite en première position du sommet, était pressée irréductiblement contre le muscle obturateur interne. C'était pourtant avec beaucoup de peine qu'on avait reconnu cette position de la tête de l'enfant. Il avait semblé d'abord qu'on avait affaire à une présentation du siége, ensuite à une présentation de l'épaule et du bras; et cela, vu la tuméfaction extrême des tissus déterminée par une forte constriction du cou de l'enfant par le col utérin. Mais M. Laroche, y donnant toute son attention, parvint à reconnaître la véritable présentation.

Il n'y avait dès lors plus à hésiter. Il fallait terminer l'accouchement. On procéda donc à l'application du forceps. La manœuvre, excessivement difficile, dura deux heures. Et pendant ce temps, quoique la femme montrât le plus grand courage, elle parut tout à coup prise d'asphyxie. Nous cessâmes les manœuvres pour la laisser reprendre haleine, et le travail recommençant, on finit par être assez heureux pour extraire vivante une petite fille de sept mois.

On délivre la mère; il n'y a pas d'hémorrhagie. Tout enfin se passe pour le mieux.

Mais que constatons-nous? Une tumeur dure remplissant la région du bassin, et divisant en deux l'excavation pelvienne; ce qui explique comment l'enfant, n'ayant pu suivre la ligne médiane des détroits, en avançant comme dans un pas de vis jusqu'à la vulve, s'était trouvé déjeté à droite et arrêté là sans en pouvoir sortir.

Cette tumeur médiane, je l'avais sentie au début du travail; c'est elle qui avait produit la rétroversion de l'utérus; c'est elle qui avait donné à la femme la sensation de la chute d'un corps dans le bas-ventre.

Mais là ne se bornèrent pas nos investigations.

Trois jours après l'accouchement j'eus occasion de me trouver en consultation avec M. Boys de Loury; je le priai de constater le fait que je viens de raconter, et il trouva la femme dans l'état qui vient d'être indiqué.

Quelques jours après je touchai encore l'accouchée, et mon étonnement fut au comble quand je sentis la rétroversion de l'utérus reproduite, et de plus, deux nouvelles tumeurs sur la nature desquelles on ne peut porter un diagnostic précis, mais qui se rattachent certainement à l'état général de la constitution strumeuse de cette femme.

Le toucher anal et le toucher vaginal firent voir à MM. Boys de Loury et Laroche, invités une dernière fois à visiter la malade, que la tumeur de la région sacrée intra-pelvienne était attenante à la courbure du sacrum et la comblait; puisque les saillies dures, situées à droite et à gauche dans le ventre, étaient d'autres tumeurs paraissant tenir au tissu propre de l'utérus. Ajoutons enfin que toutes ces tumeurs inaccessibles aux moyens chirurgicaux, et reproduisant la rétroversion de la matrice, m'avaient fait songer un instant à la présence d'un second enfant dans l'utérus, attendu qu'au moment de la délivrance on n'avait pu introduire la main dans la cavité utérine.

Chez cette malade, la fièvre de lait passa presque inaperçue. Les seins, chose étrange, prirent peu de part à la parturition. La malade fut environ trois semaines à se rétablir, et aujourd'hui la santé est aussi satisfaisante que possible.

Toutefois, l'amaigrissement est le même; et en vue des lésions organiques constatées, on se contente d'indiquer les soins hygiéniques les plus en rapport avec la position sociale de la malade. Enfin, les règles ont reparu et repris leur périodicité.

(*Revue médicale.*)

GUÉRISON D'UN TÉTANOS TRAUMATIQUE

par l'émétique à haute dose,

Par M. A. Poitevin (de Mobile).

Nous empruntons ce fait à la *Revue thérapeutique* :

Il s'agit d'un matelot anglais, George Smith, homme très fort et très sanguin. En travaillant sur le pont de son navire, il avait, par mégarde, marché sur un couteau ouvert qu'un de ses camarades avait laissé tomber; il se coupa la base du gros orteil, à son articulation avec le métatarse; l'incision, peu profonde, pouvait avoir un demi-pouce de longueur. D'abord il ne prit pas garde à cette légère coupure et continua de travailler, ayant soin toutefois de laver la plaie deux fois par jour pour la déterger de toute saleté; puis il la couvrait d'un morceau de linge.

Six jours après cet accident, Smith m'envoie chercher: je le trouve avec un trismus très fort, qui m'oblige de me servir d'un couteau pour faire levier entre ses dents et entr'ouvrir suffisamment la mâchoire pour le faire boire; tout son corps est roide comme une barre de fer; à chaque minute; une secousse spasmodique menace de l'asphyxier. Le malade, dont la lucidité est parfaite, m'indique du regard qu'il souffre de partout. La peau est sèche, chaude; le visage injecté. Un faible cri plaintif succède au choc musculaire.

Devant ce cas bien caractérisé de tétanos, et moralement convaincu que Smith ne peut survivre à cet état si j'ai recours aux mêmes remèdes qui ont échoué dans quatre cas semblables, j'ordonne l'émétique d'après le conseil des auteurs. Je prescris donc 6 grains (30 centigrammes) de tartre stibié dans 180 grammes de liquide avec 40 gouttes de laudanum. Le malade en prend une grande cuillerée toutes les deux heures.

Je reviens sept heures après. Pas de vomissements; deux garderobes; moiteur à la peau; même état général. Je fais continuer la potion, et douze heures se sont écoulées depuis ma seconde visite lorsque je trouve mon malade baigné de sueurs. Je n'ai jamais vu autant suer de ma vie; point de vomissement; encore deux selles. Smith me parle avec assez de facilité; les muscles de la mâchoire ne sont presque pas contractés; le malade s'assied sur son séant; les cuisses peuvent se fléchir, et le choc spasmodique a cessé depuis quatre heures.

J'arrête la potion, j'ordonne un bouillon et un peu de vin. Le quatrième jour de sa maladie, George Smith s'en allait à bord entièrement rétabli.

EMPOISONNEMENT PAR LA STRYCHNINE.

Le cas d'empoisonnement suivant, qui vient d'avoir lieu dans le voisinage de Londres, fait voir l'importance, pour le médecin, d'user de précautions dans le mode de formuler des médicaments énergiques, et aussi la nécessité, pour le pharmacien, de faire attention aux doses en exécutant les ordonnances. La prescription était disposée ainsi :

Strychnos.
Nucis vomici. . . . . 2 scrupules.
Bismuth trisnit. . . . . 1 gros ss.
M. ft pulv. xxiv

Cette prescription fut préparée à deux ou trois reprises dans différentes pharmacies sans amener aucun effet fâcheux. Mais une fois, l'élève mit de la strychnine et de la noix vomique, de chaque 2 scrupules; le malade avala une des prises, bientôt après il se plaignit d'éprouver des sensations anormales et il expira presque immédiatement.

La cause de cet accident provient uniquement de ce que le mot strychnos, étant écrit sur une ligne séparée, a été considéré par l'élève comme un ingrédient distinct, tandis que ce n'était que le nom générique de la noix vomique. Un élève capable n'y eût pas été trompé, surtout s'il eût réfléchi un seul instant à la force de la dose qu'il allait administrer. Mais puisque tous les jeunes gens ne sont pas suffisamment instruits et attentifs, il faudrait avoir grand soin d'éviter en formulant de donner lieu à aucune confusion.

(*Pharmaceutical journal.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

M. Noel, dont l'habileté dans la fabrication des yeux artificiels était généralement reconnue, vient de mourir à Paris.

— Nous recevons de M. Gilles, pharmacien, une lettre que son inconvenance ne nous permet pas de reproduire.

M. Gilles prétend que son huile proto-iodurée n'est pas destinée *seulement à l'usage externe*, mais qu'elle peut aussi être administrée *intérieurement*. Soit. M. Gilles annonce en outre que son intention n'est pas d'user de la quatrième page des journaux politiques; soit encore. Nous n'avons pas dit qu'il voulût en user, mais seulement qu'il aurait entière liberté de le faire.

Nous engageons M. Gilles à persister dans ses bonnes et louables intentions.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Plon frères, Imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 120. — MARDI 11 OCTOBRE 1853. (26e ANNÉE.) N° 120. — MARDI 11 OCTOBRE 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	Trois mois. . . . 8 fr. 50 c. Six mois. . . . 16 » Un an. . . . . 30 »	
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	Trois mois. . . . . 9 fr. Six mois. . . . . . 17 Un an. 33	
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	Trois mois. . . . . 10 fr. Six mois. . . . . . 20 Un an. 38	

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

Paris, le 10 octobre 1853.

M. Barth vient de publier dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie* (1) un article sur la substitution de la fièvre typhoïde à la variole, que nous croyons devoir reproduire. Notre honorable confrère convient lui-même que les faits qu'il cite sont trop peu nombreux pour qu'on puisse en tirer une conclusion absolue quelconque. Nous ajouterons que, fussent-ils en plus grand nombre, ils ne prouveraient pas davantage; car personne, que nous sachions, n'a voulu trouver dans la variole une immunité complète contre la fièvre typhoïde. La variole ne préserve pas de la variole elle-même, puisqu'on voit des sujets atteints plusieurs fois de cette affection. Mais enfin, nous voyons dans cet article une tendance sérieuse à discuter une question importante; et si nous y ajoutons le jugement porté par les *Archives générales de médecine* sur le rapport de M. Roche, nous nous applaudirons, nous qui, faut-il le répéter? n'avons aucun parti pris sur ce point et qui ne demandons que la lumière et la vérité, nous nous applaudirons de voir enfin discuter sérieusement ce sujet, et ne pas repousser des travaux consciencieux par une simple fin de non-recevoir. Nous sommes pourtant encore surpris de voir un esprit grave comme celui de M. Barth trancher sans examen une question de chiffres, et admettre que ceux de M. Dupin *infirment au moins en partie ceux de M. Carnot!* M. Dupin n'est pas plus médecin que M. Carnot; et le fût-il, ce n'est qu'avec les preuves en main que l'on devrait accepter cette assertion.

Voici le jugement porté par les *Archives* sur le rapport de M. Roche :

« Ce rapport ne nous a pas satisfaits. Les points délicats relatifs » à l'influence de la vaccine sur la mortalité n'y sont pas même » énoncés! Pourtant, des écrivains qui ont pris les choses de plus » haut se sont demandé si la suppression d'une maladie meurtrière » équivalait à une diminution dans le chiffre des décès, et *s'il n'é*» *tait pas de loi providentielle qu'une compensation s'établit au* » *profit d'autres affections!* » (P. 505.)

HOPITAL BEAUJON. — M. Barth.

De la prétendue substitution de la fièvre typhoïde à la variole depuis l'introduction de la vaccine.

Dans la lutte incessante de l'art contre la maladie, la vaccine apparut à la fin du siècle dernier comme une merveilleuse découverte et fut accueillie bientôt comme un des plus grands bienfaits de la science.

En préservant de la variole, elle diminuait d'une manière notable la mortalité du jeune âge et semblait appelée en se généralisant à faire peut-être disparaître un jour un des plus grands fléaux de l'humanité.

Dans ces dernières années pourtant les bienfaits de cette préservation ont été révoqués en doute, et il s'est rencontré quelques hommes qui n'ont vu dans la vaccine qu'une déception et n'ont pas craint de la dénoncer comme un don funeste.

M. Carnot, trouvant dans les résultats de ses recherches statistiques la preuve d'un notable accroissement depuis le commencement de ce siècle dans la mortalité proportionnelle du jeune âge, en attribue la cause à une augmentation correspondante de diverses affections gastro-intestinales, et notamment de fièvres typhoïdes, qui se seraient singulièrement multipliées depuis la pratique des vaccinations, et la vaccine n'arracherait ainsi à la mort un certain nombre de victimes dans l'enfance que pour livrer dans l'âge adulte une proie plus nombreuse à la destruction.

(1) La Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie est un nouveau recueil publié par M. le docteur Dechambre.

M. le docteur Bayard, adoptant ces idées, attribue formellement cette progression de la mortalité de la jeunesse à l'influence de la fièvre typhoïde, qui depuis l'usage de la vaccine aurait pris la place de la variole, et, pour expliquer cette prétendue substitution au point de vue de la pathogénie, il soutient que la fièvre typhoïde n'est autre chose qu'une variole interne qui reprendrait après la puberté la part de victimes soustraites dans l'enfance aux ravages de la petite vérole.

Ce sont là des questions de la plus haute importance et dont la solution exigerait d'autres preuves que quelques inductions statistiques contestables et des interprétations plus ou moins spécieuses.

Et d'abord les chiffres mêmes de M. Carnot sont infirmés, en partie au moins, par les relevés statistiques de M. Ch. Dupin. Puis l'accroissement de la mortalité proportionnelle dans l'âge adulte n'est-il pas une conséquence inévitable de la diminution des décès dans l'enfance? Et ce déplacement de la mortalité, proclamé comme un désastre, est-il autre chose qu'un fait naturel, si la part du tribut fourni par le premier âge de la vie avant l'introduction de la vaccine est répartie sur les diverses périodes suivantes?

Mais nous laissons à d'autres le soin d'élucider la question purement statistique, et, pour en revenir au point de vue pathogénique, est-on bien fondé à dire que la fièvre typhoïde a remplacé la variole supprimée par la vaccine et n'est elle-même autre chose qu'une variole interne?

En d'autres termes, la fièvre typhoïde est-elle une maladie récente, née depuis la découverte et l'application de la vaccine, ou bien les fièvres dites *typhoïdes* seraient-elles depuis cette époque devenues plus fréquentes et plus meurtrières?

Ces fièvres n'ont de nouveau que leur nom; elles ont existé concurremment avec la variole bien longtemps avant l'inoculation et la vaccine, et on les retrouve dans la plupart des anciens traités sous des dénominations variées comme leurs formes symptomatologiques. A toute époque, comme le démontrent les statistiques de quelques auteurs du siècle dernier, elles ont été nombreuses et meurtrières; et, si l'on réunissait tous les décès enregistrés autrefois sous les noms de fièvres *inflammatoires*, *bilieuses*, *muqueuses*, *putrides*, *adynamiques*, *ataxiques*, en y joignant un certain nombre de *fièvres cérébrales*, affections diverses en apparence et semblables par leurs caractères anatomiques, on trouverait un chiffre égal à celui des victimes que fait aujourd'hui la fièvre typhoïde.

En supposant même que les fièvres dites typhoïdes fussent depuis quelques années plus nombreuses et plus meurtrières, est-ce bien à l'influence de la vaccine qu'il y a lieu d'attribuer ce résultat funeste? Pour faire admettre entre ces deux faits simultanés une relation positive de cause à effet, il faudrait autre chose que des affirmations et des hypothèses, et ce n'est point résoudre la question que de soutenir sans preuves que la fièvre typhoïde est une variole interne.

A côté de quelques analogies entre ces deux affections, telles que la fièvre et les modifications subies par le sang, que de différences dans l'étiologie, dans les principales manifestations pathologiques et dans les accidents consécutifs! Ici un caractère contagieux des plus manifestes, soit par l'air ambiant, soit au moyen d'un virus dont personne n'a jamais nié l'existence; là une transmissibilité rarement évidente et absence d'une contagion inoculable. Ici une éruption pustuleuse avec tendance régulière à la suppuration et à de larges collections purulentes dans la convalescence; là formation d'eschares gangréneuses de l'intestin suivies d'ulcères avec tuméfaction des ganglions mésentériques, gonflement de la rate, engouement pulmonaire et tendance à la gangrène de la peau. Que, si l'on voulait voir de véritables pustules dans le développement des follicules isolés de l'intestin, ce serait commettre une erreur qu'excuserait à peine un faux air de ressemblance.

Si, abandonnant cette prétendue identité de deux maladies qui n'auraient entre elles qu'une différence de siége, on soutient que la fièvre typhoïde a remplacé la variole, on soulève ici l'une des questions de pathogénie les plus ardues, celle de l'antagonisme entre diverses espèces morbides, et cette question, dont la solution exigerait les recherches les plus suivies et les plus consciencieuses, on la tranche, selon les besoins de la cause, par une assertion dénuée des preuves nécessaires pour lui donner l'apparence de la vérité.

Au lieu d'affirmer que la variole constituait jadis une immunité contre la fièvre typhoïde, ne vaudrait-il pas mieux déterminer rigoureusement par des faits authentiques si la fièvre typhoïde est aujourd'hui plus bénigne ou plus rare, proportion gardée, chez les sujets atteints de la variole que parmi ceux que la vaccination a préservés de toute éruption varioleuse? D'autre part, si l'une des deux affections remplaçait réellement l'autre, le fait d'une fièvre typhoïde antérieure ne devrait-il pas à son tour préserver d'une variole consécutive?

Eh bien, en jetant un coup d'œil autour de nous, en étudiant à ce point de vue ce qui se passe à l'hôpital Beaujon, nous trouvons depuis la fin du mois d'août seulement, dans une division de 52 lits, quatre malades non vaccinés et portant les traces de la variole, qui ont eu des fièvres typhoïdes plus ou moins graves. Nous en donnons ici l'observation sommaire pour qu'il n'y ait aucun doute sur le véritable caractère de la maladie.

Obs. I. — Galion (Joachim), dix-sept ans, cordonnier, bien constitué, non vacciné, atteint de la variole à l'âge de onze ans, en a conservé des traces très évidentes sur la face.

Vers le 20 août, prodromes ordinaires des affections fébriles aiguës; un peu d'angine. Les jours suivants, dévoiement, insomnie. A son entrée, prostration, fièvre moyenne (pouls 90), céphalalgie, langue collante, persistance de la diarrhée. Le 31, taches rosées bien marquées. — Traitement par les boissons gommées, les laxatifs, etc. Amélioration graduelle. Sort convalescent le 8 septembre.

Obs. II. — Druan (Eugénie), âgée de dix-huit ans, non vaccinée, a eu vers l'âge de sept mois une variole intense, qui a laissé sur la figure des traces encore visibles. Dans les derniers jours d'août 1853, céphalalgie, frissons, courbature, anorexie, bientôt suivie d'insomnie, de dévoiement et toux légère. A son entrée, face injectée, stupeur, chaleur élevée, accélération du pouls (110), sifflement d'oreilles, agitation, taches rosées lenticulaires; plus tard, apparition de sudamina. — Traitement par le citrate de magnésie, les antispasmodiques. Amélioration rapide; convalescence le 15 septembre 1853.

Obs. III. — Fernat, vingt-deux ans, sellier, tempérament sanguin, bien constitué, non vacciné; à l'âge de six ans, variole intense, dont il porte des traces nombreuses et profondes. Admis le 31 août, il est malade alors depuis huit jours. Au début, frissons, céphalalgie, courbature, un peu d'angine; bientôt après dévoiement sans coliques, bourdonnements d'oreilles, étourdissements.

A son entrée, épistaxis légère, langue blanche, villeuse, épaisse; chaleur fébrile, pouls à 78, développé. — Gomme, limonade éméto-cathartique.

Le 2 septembre, chaleur intense, épistaxis très abondante, pouls à 82. — Limonade, glace, fomentations froides, sinapismes aux membres inférieurs.

Les jours suivants, aggravation rapide : stupeur, délire intense, agitation, langue sèche, lèvres et dents encroûtées, ballonnement du ventre, selles fréquentes, involontaires; taches rosées bien caractéristiques, soubresauts des tendons, pouls s'élevant graduellement à 100 et 110. — Antispasmodiques, sulfate de quinine, glace sur la tête, révulsifs sur les membres inférieurs.

Le 8, délire, affaiblissement, sueur gluante, pouls petit, frémissant (200 pulsations par minute); spasme universel des muscles, rétention des urines. Mort dans la soirée.

A l'autopsie, développement considérable des follicules intestinaux, plaques de Peyer très saillantes avec eschares et ulcérations partielles; ganglions mésentériques gonflés, rouges, ramollis; rate volumineuse, molle; sang fluide dans le cœur et les gros vaisseaux.

Obs. IV. — Pretat (Marie), dix-neuf ans, domestique, non vaccinée; variole intense à l'âge de huit ans, laquelle a laissé des traces assez nombreuses et profondes.

Entrée le 9 septembre, malade alors depuis quatre ou cinq jours : au début, frisson, fièvre, courbature, anorexie, un peu d'angine, pas de dévoiement.

Le 10, fièvre plus intense que ne le comporte une simple rougeur de la gorge; langue sale, villeuse (émétho-cathartique, suivi d'un purgatif le 13). Cependant la fièvre persiste, toujours intense (pouls, 108); dévoiement spontané le 16 et les jours suivants, céphalalgie, insomnie, prostration des forces, chaleur élevée, épistaxis, taches rosées lenticulaires..... Aujourd'hui 20 septembre, la maladie n'a pas encore perdu de son intensité.

Voilà donc en moins de trois semaines quatre exemples de fièvre typhoïde observés chez des individus marqués des stigmates de la variole, et nous voyons succomber celui d'entre eux qui portait les cicatrices les plus profondes.

D'autre part, en remontant un peu plus haut, nous trouvons dans le même service un plus grand nombre de malades qui, dans la convalescence d'une fièvre typhoïde bien caractérisée, ont été pris d'une éruption varioleuse plus ou moins intense, selon que les sujets étaient aptes à recevoir la contagion dans toute sa puissance, ou qu'ils avaient été modifiés par une vaccine antérieure.

Chez les deux premiers, dont nous donnons ici l'observation

sommaire (d'après les notes recueillies journellement par M. Trastour, notre interne), ce n'est qu'une *varioloïde légère*, et chez celui des deux qui a succombé, l'éruption nous a paru, en outre, partiellement avortée en raison même de l'état de maigreur où le malade était parvenu; il en a contracté le germe d'un de ses voisins de lit, atteint de la variole.

Obs. V. — Guignard, vingt et un ans, tailleur, malade depuis le 11 janvier, retenu au lit depuis le 22. Au début, malaise, frissons, fièvre, céphalalgie, courbature; les jours suivants, plusieurs épistaxis. A son entrée, le 26, injection des téguments, chaleur élevée, accélération du pouls, céphalalgie intense, insomnie, épistaxis (boissons acidules, purgatifs légers); dévoiement qui persiste pendant plusieurs jours. Bientôt après, diminution graduelle de la fièvre, suspension des selles, retour du sommeil et de l'appétit; convalescence dès les premiers jours de février.

Le 7, frissons suivis de chaleur, fièvre, injection de la peau.

Le 9, apparition de papules rosées sur le tronc, sur la face et sur les membres, peu nombreuses, mais prenant peu à peu le caractère d'une éruption varioleuse très bénigne; en même temps, diminution de la fièvre, amélioration rapide et prompt rétablissement.

Sort guéri le 28 février.

Obs. VI. — Schmutz, dix-neuf ans, journalier, constitution robuste, tempérament sanguin; entré le 16 février 1853, mal portant depuis trois semaines, alité depuis huit jours. Au début, céphalalgie, courbature, fièvre, suivies bientôt de dévoiement. A son entrée, face injectée, chaleur intense (pouls, 92), langue sèche, stupeur, somnolence, selles fréquentes, ballonnement du ventre. Le 23, évacuations involontaires (pouls, 104); langue noire, sèche; oppression, toux, crachats muqueux, râles sibilants, persistance de la fièvre.

Amélioration dans les premiers jours de mars. Le 5, pouls à 110; exsudation pultacée dans la bouche, douleur assez vive au-devant de l'articulation scapulo-humérale droite. Le 6, fluctuation évidente. Ponction; issue d'une cuillerée de liquide visqueux, filant (occlusion immédiate de la plaie avec le collodion). Le lendemain, on voit paraître sur la poitrine de petites saillies papuleuses qui se multiplient les jours suivants, et se montrent également sur la face et sur les membres; ces papules se développent lentement, s'élargissent un peu et prennent tardivement et partiellement la disposition ombiliquée des pustules varioliques. En même temps, la fièvre diminue, mais le dévoiement reparaît, accompagné de douleurs sur le trajet du côlon.

Pendant que les pustules se dessèchent, une nouvelle exsudation pultacée reparaît dans la bouche; elle cède à l'emploi du borax; mais le dévoiement augmente, résiste à tous les astringents (opium, bismuth à haute dose, lavements à l'acétate de plomb), puis s'accompagne de vomissements. Le malade maigrit, se dessèche, s'épuise et succombe le 18 mars, quarante jours après le début de la fièvre typhoïde.

A l'autopsie, vers la fin de l'intestin grêle, ulcérations typhoïdes cicatrisées, de couleur ardoisée; ganglions mésentériques correspondants d'un rouge noirâtre, revenus à leur volume ordinaire; rate peu volumineuse, ferme, foncée en couleur.

Gros intestin criblé d'ulcérations folliculaires plus nombreuses vers le rectum, la plupart petites, arrondies, à bords décollés, avec ramollissement des portions intermédiaires de la membrane muqueuse et épaississement du tissu cellulaire sous-jacent.

Pas de tubercules dans les poumons.

L'examen de l'épaule droite fait constater au-dessous de l'aponévrose du muscle deltoïde une cavité remplie par une exsudation fibrineuse, à parois injectées et ne communiquant pas avec l'articulation de l'épaule, qui ne présente aucune trace d'altération.

Dans la septième observation, il s'agit d'un individu vacciné pris, dans la convalescence de la fièvre typhoïde, d'une *varioloïde prononcée*, avec éruption pustuleuse considérable.

Le sujet de la dernière observation est un jeune homme non vacciné, et chez lequel nous voyons, à la suite de la fièvre typhoïde, une *variole grave* se développer avec tous les caractères qui lui sont propres.

Nous ne voulons point insister davantage sur les conséquences qui découlent de ces faits; ils sont trop peu nombreux pour en tirer aucune conclusion absolue. Mais que des recherches persévérantes soient faites à ce point de vue, que ces observations se multiplient et que les résultats en soient rassemblés et soigneusement analysés, en tenant toujours compte du nombre relatif des individus variolés et de ceux qui ont été soumis à la vaccine, et l'on décidera, mieux que par des assertions téméraires, la question de l'affinité ou de l'antagonisme de la variole et de la fièvre typhoïde; on verra si la vaccine est réellement une cause d'accroissement de la mortalité, et s'il y a un motif sérieux à l'anathème si imprudemment lancé par quelques hommes contre un moyen préservatif d'une affection hideuse et meurtrière qui n'épargnait aucun âge, et que La Condamine appelait, en 1754 (1): « une » maladie affreuse et cruelle qui détruit, mutile ou défigure un » quart du genre humain. »

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Malgaigne.

De l'emploi du perchlorure de fer dans le traitement des anévrismes.

L'idée de guérir les anévrismes sans opération sanglante a toujours vivement préoccupé les chirurgiens, et dans ces derniers temps surtout, la connaissance de l'action coagulante exercée sur le sang par certains agents physiques et chimiques parut avancer de beaucoup la solution du problème. Ainsi, il y a une vingtaine d'années, Pravaz avait proposé la galvano-puncture, essayée sur le vivant par M. Pétrequin dans ces derniers temps. Les quelques succès obtenus par ce moyen ne parurent à l'inventeur lui-même que faiblement contrebalancer les insuccès, les cas de gangrène, etc., qui avaient été signalés. L'emploi de ce moyen était d'ailleurs entouré d'assez nombreuses difficultés, comme il l'avoue dans une lettre adressée le 3 mai dernier à la Société de chirurgie. De là de nouvelles recherches. C'est dans le cours de ces expériences que Pravaz, ayant remarqué avec quelle promptitude le sang se solidifiait au contact du perchlorure de fer, crut enfin avoir trouvé ce qu'il cherchait avec tant d'ardeur. Des expériences faites sur des moutons et des chevaux prouvèrent qu'avec quelques gouttes seulement on pouvait obtenir un caillot assez ferme, assez résistant pour oblitérer le calibre du vaisseau dans lequel le composé ferreux avait été injecté.

Déjà plusieurs opérations ont été faites sur l'homme à l'aide de ce moyen par divers chirurgiens de la province, et, a-t-on dit, avec succès. Cependant, un examen rigoureux des faits dont nous parlons démontre qu'ils ne sont pas aussi favorables qu'on a bien voulu le dire. D'abord, dans un cas, il ne s'agissait très probablement pas d'un anévrisme, mais d'une tumeur érectile, et même d'un petit volume. Dans les autres, des accidents de gangrène ou de suppuration ont eu lieu. On n'avait donc pas beaucoup à se féliciter. A Paris, les résultats furent moins avantageux encore.

Ainsi M. Velpeau, chez un malade atteint d'anévrisme traumatique au pli du coude, injecte d'abord quelques gouttes de perchlorure sans résultat; il recommence, des accidents inflammatoires se déclarent : il faut lier. Nous avons vu ici un cas bien plus malheureux encore.

Un jeune homme de vingt-cinq ans, atteint également d'un anévrisme au pli du coude de cause traumatique, fut opéré en ville par son médecin le 3 mai dernier. On se servit de la sonde à trocart de M. Pravaz, confectionnée par M. Charrière, et remplie d'une solution à parties égales d'eau et de perchlorure de fer. Le trocart pénétra facilement dans la tumeur. En retirant le poinçon, un jet de sang noir s'échappa par la canule et démontra que l'on était au centre de la poche. La seringue fut aussitôt adaptée, et l'opérateur fit exécuter à la vis du piston cinq demi-tours, qui devaient projeter chacun une goutte de grosseur moyenne. La tumeur battant toujours, ainsi que la radiale, on fit pénétrer cinq autres gouttes au moyen de cinq nouveaux demi-tours. A l'instant le malade, qui n'avait rien dit jusqu'alors, se plaignit d'une douleur atroce dans tout le bras. La tumeur ne battait plus, l'artère humérale elle-même était immobile jusqu'à trois travers de doigt au-dessus de la tumeur. La canule fut retirée, un peu de sang s'écoula par la piqûre; une goutte de perchlorure l'arrêta à l'instant, et transforma celui qui avait coulé sur le bras en un caillot plus étroit de moitié que la traînée sanguine dont il provenait.

Dix secondes après, l'artère ne battait plus à quatre travers de doigt au-dessus de la tumeur. La radiale n'était plus perceptible; la main était pâle, froide, insensible au toucher et aux piqûres, et pourtant le malade criait quand on lui serrait les doigts; et, du reste, la douleur intérieure croissait toujours. L'avant-bras fut enveloppé de ouate; la main se réchauffa peu à peu, mais se gonfla et prit une teinte violacée.

La nuit fut cruelle. Aucune position ne calmait les douleurs; des frissons revenaient à tout moment au milieu d'une ardeur fébrile. C'est alors que le malade demanda à entrer à l'hôpital. Il fut admis dans la journée du 4 mai à l'hôpital Saint-Louis, et placé dans mon service. Il paraît qu'alors la gangrène n'avait guère envahi que le pouce.

A la visite du soir, les internes trouvèrent la main noire, glacée, insensible. La gangrène remontait au côté interne de l'avant-bras jusqu'au pli du coude, moins haut du côté externe. Le bras était très gonflé, rouge, chaud, il semblait y avoir de la fluctuation dans toute la région du coude. Dans l'ignorance des antécédents, et pensant avoir affaire à un phlegmon diffus, on pratiqua deux incisions sur le bras, qui donnèrent issue à du sang noir, épais, évidemment réuni en foyer.

Le 5 mai, à ma visite, je trouvai la gangrène occupant presque tout l'avant-bras et non encore limitée. Le 6 et le 7 elle fit encore quelques progrès. Le sujet eut du délire dans la nuit et de la diarrhée. Le 9, la diarrhée s'étant accrue, je fais donner 100 grammes de punch au thé; la diarrhée s'arrête. La gangrène paraît limitée, et déjà apparaît le sillon d'élimination.

Le délire ayant cessé, le malade, prévenu de la nécessité de l'amputation, la repousse d'abord avec force; mais le 12, infecté par la suppuration et la gangrène, ce fut lui qui la réclama. Je n'eus guère à couper que quelques lambeaux encore vivants pour séparer l'avant-bras de l'articulation du coude. La portion de l'artère qui avait supporté l'anévrisme était comprise dans un paquet de tissu cellulaire gangréné, et n'offrait qu'un détritus où l'on ne distinguait plus rien.

Que dirai-je de plus? Des accidents d'infection purulente se déclarèrent, et le malade succomba au bout de quelques jours.

Peut-être pourrait-on dire que dans ces deux faits la dose de perchlorure injectée a été trop considérable; mais il n'en est pas de même, assurément, pour celui dont je vais vous entretenir.

Il s'agit d'un homme actuellement couché dans mon service (salle Saint-Augustin, n° 71) depuis le 30 juillet dernier. Ce malade, âgé de vingt-neuf ans, est employé dans une fabrique d'eau de Seltz, où il a pour occupation de boucher les bouteilles. Cette opération est rendue moins dangereuse à l'aide d'un appareil préservateur; mais, insouciant comme le sont la plupart des ouvriers employés à des travaux dangereux ou insalubres, il laissait l'appareil de côté. Or, il arriva qu'en enfonçant un bouchon, le gaz dégagé par le choc imprimé à la bouteille fit éclater celle-ci, et un fragment de verre pénétra à la face antérieure de l'avant-bras, vers la partie interne du pli du coude. Aussitôt un jet de sang s'en échappa, et le malade ressentit un engourdissement dans la partie inférieure du membre blessé, avec perte de la sensibilité des trois premiers doigts de la main et de la moitié de l'annulaire, et perte de mouvement de plusieurs muscles de l'avant-bras. Au niveau de la blessure était une petite tumeur à battements isochrones aux pulsations du cœur. Le diagnostic ne pouvait donc être douteux; il y avait lésion du nerf médian et anévrisme traumatique.

Je n'avais point à essayer ici la flexion forcée de l'avant-bras sur le bras, qui peut être utile dans les anévrismes suite de saignée malheureuse, puisque dans ce cas la tumeur ne siégeait pas précisément au pli du coude. J'essayai la compression; mais elle était tellement douloureuse qu'il me fallut y renoncer. Devais-je tenter immédiatement la ligature? De graves considérations s'y opposaient. La paralysie du sentiment et du mouvement me prouvait que le nerf médian était blessé; l'influx nerveux était au moins suspendu. A cette première cause de gangrène, fallait-il joindre la ligature, qui aurait privé, en outre, le membre de l'influx sanguin? Le danger était trop flagrant pour s'y exposer. Je résolus d'attendre. Des cataplasmes furent appliqués. La violence des douleurs obligea, à plusieurs reprises, de recourir aux topiques opiacés. Enfin l'anévrisme, diffus d'abord, devint enkysté et circonscrit. Je crus pouvoir essayer de nouveau la compression; mais le même motif me força d'y renoncer.

Permettez-moi ici, messieurs, une petite digression sur l'emploi de la compression dans les anévrismes. Vous le savez, ce mode de traitement est admis par les uns, rejeté par les autres; qui donc a raison?.... Tout le monde... C'est qu'en effet la compression est, suivant les cas, tantôt un excellent, tantôt un détestable moyen. Il faut donc distinguer les conditions qui réclament son emploi de celles qui le contre-indiquent.

Rappelons d'abord la distinction des anévrismes en spontanés et traumatiques, car c'est cette même distinction qui va nous servir de guide. Dans l'anévrisme spontané, quatre-vingt-dix-neuf fois sur cent les deux tuniques internes sont rompues, et la dilatation a lieu aux dépens de la tunique externe; les deux premières forment donc entre celle-ci et le calibre du vaisseau une sorte de diaphragme flottant percé d'une ouverture à bords frangés, indice de la rupture. Pour guérir l'anévrisme, il faut: ou bien fermer cette ouverture qui laisse passer le sang, dont le choc continuel tend à agrandir le sac; ou bien oblitérer l'artère. Pour comprimer l'artère de manière que ses parois opposées puissent contracter l'inflammation adhésive, il faut qu'elle soit superficielle et placée sur le trajet d'un os, circonstances qui se rencontrent rarement pour les artères d'un certain calibre où naissent ordinairement les anévrismes spontanés. Sera-t-on plus heureux en agissant sur l'orifice du diaphragme? Mais, on le sait, dans ces anévrismes les tuniques internes sont altérées, et leur vitalité si obscure est éteinte quand elles sont séparées de leur enveloppe, cette base dans laquelle se ramifient les vaisseaux et les nerfs. On ne peut donc espérer obtenir la réunion des parties ainsi rompues et séparées. Il y a plus, comme, malgré la compression, le sang passe encore entre les tuniques par la solution de continuité, il décolle et *dissèque*, comme on le dit, la membrane celluleuse, agrandit le sac, le fait remonter au-dessus de la lésion première, de manière à induire le chirurgien en erreur et à lui faire croire que l'anévrisme est situé plus haut qu'il ne l'est réellement.

C'est ainsi que l'on a vu un anévrisme de l'artère fémorale traité par la compression remonter jusque dans le petit bassin, faire croire à une dilatation de l'iliaque primitive; ou lia l'aorte. Les conséquences de cette opération furent telles qu'on devait s'y attendre; c'est-à-dire que le malade mourut, et à l'autopsie on reconnut un anévrisme disséquant de l'artère fémorale. *Conclusion :* Dans les anévrismes spontanés, la compression ne convient pas.

Voyons maintenant pour les anévrismes traumatiques : ici l'artère a été percée d'un pertuis ordinairement assez étroit; les trois tuniques sont demeurées en contact et la cicatrice s'est circulairement faite entre les bords de l'ouverture; celle-ci persiste et donne passage au sang, qui se forme un sac aux dépens du tissu cellulaire voisin. Il n'y a donc pas de décollement, mais seulement un petit orifice de communication entre le vaisseau et la poche accidentelle. Or, si l'on peut empêcher le sang de sortir, il est permis d'espérer qu'un caillot se formera entre les lèvres de la solution de continuité et pourra contracter en s'organisant des adhérences assez solides pour l'obturer. On peut donc essayer ici la compression.

Pour en revenir à notre malade, le temps s'écoulait, la sensibilité revenait, ainsi que le mouvement : l'innervation se rétablissait donc. Nous nous décidâmes à opérer.

Eclairé par le fait si grave dont le dénoûment avait eu lieu sous mes yeux et que j'ai relaté tout à l'heure, je résolus d'établir la compression au-dessous et au-dessus de la tumeur dans une double intention : au-dessous pour empêcher que la matière injectée ne fût entraînée par le sang dans les divisions inférieures de l'artère; au-dessus pour éviter que le ballottement du sang par le choc de l'ondée venant du cœur ne gênât la coagulation. Ces précautions une fois prises, je plongeai dans la tumeur un trocart très fin et auquel pouvait s'adapter la seringue à piston en pas de vis de M. Charrière. Le poinçon retiré, j'agitai la canule en différents sens; il me semblait bien que j'étais dans une cavité, mais le sang ne sortait pas. Je la retirai donc et la replongeai de nouveau : il sortit alors quelques gouttes d'un sang violacé; il devenait évident

(1) *Mémoire sur l'inoculation*, lu à l'Académie des sciences le 24 avril 1754.

que j'étais au centre d'un caillot mollasse et récent dont je pouvais achever la coagulation. Alors j'adaptai la seringue, et, faisant mouvoir le piston, j'injectai cinq gouttes de perchlorure ou plutôt quatre gouttes et demie, car on peut bien supposer qu'une demi-goutte est employée à mouiller l'intérieur de la canule. Le perchlorure employé était très bien préparé. Un atome mis en contact avec la petite quantité de sang sortie au moment de la dernière ponction transforma ce liquide en une *boue noirâtre*. Du reste cette boue noirâtre ne m'inspirait qu'une médiocre confiance dans l'opération que je venais de tenter, car je me demandais ce qu'allait devenir un pareil magma produit au sein de la tumeur anévrismale.

Quoi qu'il en soit, la compression ayant été arrêtée, on reconnut qu'il n'existait plus de battements à la radiale; mais dans la journée ils reparurent. Il y avait donc eu là très probablement formation de petits caillots bientôt entraînés, et peut-être avons-nous eu tort de cesser aussi promptement la compression. Les petites piqûres résultant des ponctions avaient guéri avec une grande facilité; je croyais donc mon malade à l'abri de tout accident, quand le quatrième ou cinquième jour après l'opération une douleur très vive se manifesta dans le kyste. Au premier abord, cette douleur n'avait rien de bien inquiétant, car l'inflammation qui se déclarait pouvait amener la guérison de l'anévrisme.

Mais trois jours après les souffrances étaient portées au plus haut point; le sac avait subi une ampliation très considérable, une tache noirâtre avait apparu sur un point de la tumeur. Tout me faisait craindre la rupture du sac. Il n'y avait donc pas à hésiter; il fallait lier l'artère. L'engorgement inflammatoire qui remontait à une certaine hauteur sur le bras rendit l'opération assez difficile; cependant l'artère fut saisie et liée. Plusieurs jours se sont écoulés depuis l'opération, et la gangrène ne s'est pas manifestée; les battements n'ont pas reparu dans l'artère radiale.

Dans le plus grand nombre de cas, quand la maladie est récente, la ligature au-dessus du sac suffit pour y éteindre les battements; mais quand l'anévrisme est ancien, il est à craindre qu'une circulation collatérale ne se soit développée, et que le sang, revenant dans la tumeur par le bout inférieur, n'oblige de recourir à la ligature au-dessous. Une circonstance qui favorise l'ampliation des petits vaisseaux et la prompte formation de la circulation collatérale, c'est l'irritation. Or, chez notre malade cette condition s'étant présentée à un haut degré, je pouvais redouter l'accident dont nous parlons. Si pareille chose arrivait, notre conduite est toute tracée: il faudrait ouvrir le sac et chercher le bout inférieur. Peut-être la nature accomplira-t-elle en partie et spontanément la besogne du chirurgien. Peut-être, c'est là ce que je veux dire, le sac se rompra-t-il pour donner issue au *magma* produit par le perchlorure de fer. Il faudra donc exercer sur le malade une surveillance très attentive.

Certes, dans l'observation que je viens de vous relater, toutes les précautions avaient été bien minutieusement prises pour assurer le succès: compression au-dessus et au-dessous de la tumeur, injection de *quatre gouttes et demie* seulement, et pourtant une inflammation violente s'est emparée de la tumeur; il a fallu en venir à la ligature. Mon parti est donc bien pris à cet égard: je rejette d'une manière formelle l'emploi du perchlorure de fer dans le traitement des anévrismes. C'est là ma conclusion.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 28 septembre 1853. — Présidence de M. DENONVILLIERS.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Entropion guéri par l'application d'une serre-fine.

M. MARJOLIN présente un jeune garçon qui était affecté d'un entropion de la paupière inférieure droite, avec une vive inflammation de la conjonctive et une kératite ulcérée. Après avoir combattu les accidents inflammatoires pour remédier au renversement de la paupière, il se contenta de faire un pli transversal à un demi-centimètre au-dessous du bord libre de cet organe, et il saisit ce pli avec une serre-fine. L'instrument, abandonné sur place, ne tomba qu'après quinze jours, et actuellement l'entropion ne laisse plus de trace.

Polype fibreux récidivé.

M. ROBERT présente un malade sur lequel il a enlevé, il y a trois ans, un de ces polypes fibreux implantés à la base du crâne, qui envoient des digitations dans les fosses nasales, dans le pharynx et jusque sous la joue, en contournant la partie postérieure du maxillaire supérieur.

Il avait dû, pour atteindre le pédicule, sacrifier le maxillaire supérieur. L'opérateur avait eu soin de ruginer et de cautériser le point d'implantation de la tumeur.

Pendant deux ans, le malade était dans un état parfait; mais depuis il y a eu récidive. Actuellement le vide résultant de l'ablation du maxillaire est en partie comblé par la tumeur nouvelle, qui se présente sous la forme d'un énorme champignon.

Lorsque la première fois on opéra, la tumeur présentait, comme cela a lieu quelquefois, une excessive vascularité. Des hémorrhagies incessantes avaient considérablement altéré la constitution, et M. Robert, avant d'agir, dut soumettre ce malade à un régime tonique. Aujourd'hui, la tumeur se présente dans les mêmes conditions, et la constitution s'est également appauvrie. Aussi, l'opération ne devra-t-elle être faite que lorsque les forces du malade auront été réparées.

La tumeur sera, du reste, facilement mise à nu et enlevée. M. Robert se propose de fendre la cicatrice pour donner une plus libre action au bistouri.

M. Robert termine en faisant remarquer l'importance de cette observation pour aider à compléter l'histoire de ces tumeurs.

Ainsi, sur trois malades que j'ai vus, dit M. Robert, deux ont été opérés, l'un il y a trois ans, et n'a pas encore de récidive; l'autre est affecté de récidive après trois ans; le troisième enfin, dont la tumeur était encore trop peu volumineuse pour devoir être enlevée, reste stationnaire. Il n'y a plus d'hémorrhagie.

Je signalerai, en terminant, un phénomène que j'ai constamment vu chez mes opérés. Le nerf facial, divisé pendant l'opération, reprend ses fonctions après douze ou quinze mois; les parties paralysées retrouvent leur vitalité.

M. GUERSANT pense qu'après avoir enlevé des tumeurs de ce genre, on ne saurait trop recommander de cautériser vigoureusement et pendant plusieurs jours de suite le point sur lequel le polype prenait naissance.

M. ROBERT a suivi ce précepte; et même, quinze jours après l'opération, ayant aperçu au fond de la plaie un petit mamelon de mauvaise nature, il n'hésita pas à l'attaquer avec la pâte de Vienne.

Nomination.

La Société procède au vote sur la candidature de M. Guérin (de Vannes), qui est nommé membre titulaire.

— M. Foucaut (de Nanterre), n'ayant pas obtenu la majorité des suffrages, n'est pas élu membre correspondant.

Correspondance.

La société reçoit plusieurs journaux de médecine.

— M. le docteur Verhaegh, dans une lettre adressée au président de la Société, sollicite le titre de membre associé étranger. M. Verhaegh adresse les brochures dont nous transcrivons les titres:

Restauration complète du nez, d'après la méthode de M. Dieffenbach;

Observations de quelques cas de chirurgie;

Mémoire sur un monstre double;

Compte rendu de la saison des bains de mer d'Ostende en 1845;

Sur un nouveau procédé opératoire pour la guérison des ruptures complètes du périnée.

Ces brochures sont renvoyées à l'examen de M. Broca.

— M. Burat-Dubuisson, ayant appris que la Société de chirurgie avait mis au concours la question du traitement des anévrismes et des varices par la coagulation du sang, adresse vingt flacons de perchlorure pour être mis à la disposition des médecins qui voudraient concourir. (Remercîments.)

M. LENOIR fait hommage à la Société des mémoires suivants:

1° *Note sur une modification à la méthode circulaire appliquée à l'amputation de la jambe au-dessus des malléoles;*

2° *De la bronchotomie;*

3° *Thèse sur quelques points d'anatomie, de physiologie et de pathologie.* (Remercîments.)

M. DANYAU fait don de trois volumes intitulés: *Chiron*, von Barthels Siebold.

Ces volumes sont uniquement consacrés à des mémoires de chirurgie. (Remercîments.)

Suite de la discussion sur le rapport de M. Robert.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture de la lettre suivante, adressée par M. le professeur Sédillot:

Monsieur le président, quoique la liste des membres de la Société de chirurgie qui avaient demandé la parole sur le rapport de M. Robert ait été épuisée et que la discussion soit fermée, je ne crois pas que la réponse, ou plutôt le nouveau rapport de M. Robert puisse encore vous être communiqué, et je demanderai la permission de soumettre quelques dernières considérations à notre éminent collègue.

La position faite à M. Robert était difficile; il avait à se prononcer sur un fait particulier, et son jugement devait exercer une influence presque décisive sur une autre affaire déférée aux tribunaux et déjà frappée d'une condamnation. Des intérêts de confraternité professionnelle se trouvaient ainsi engagés dans la question scientifique, et devaient, jusqu'à un certain point, l'obscurcir.

Aujourd'hui le débat s'est dégagé de toute considération de personnalité par la complète satisfaction des ayant cause, et M. Robert s'est trouvé amené, à quelques années d'intervalle, à reprendre, au nom de la Société de chirurgie, la grande question des anesthésiques, et à en tracer une exposition magistrale attendue et réclamée par la plupart de nos confrères et par l'opinion publique.

Toutes les convictions, toutes les dissidences se sont fait jour, et à ce titre le nouveau rapport de M. Robert, marqué sans doute du cachet de sa propre expérience et de sa haute et judicieuse impartialité, n'en sera pas moins, jusqu'à un certain point, l'œuvre de la Société de chirurgie tout entière, qui s'en sera occupée pendant plus de trois mois avec un zèle et une constance dignes des plus grands éloges.

La tâche de M. Robert s'est donc agrandie du concours général qui lui a été prêté et de l'attente publique, et il serait le premier à regretter que des dissentiments, s'il en est qui n'aient pas trouvé d'écho, ne se soient pas produits en temps opportun pour les éclairer ou les combattre.

Je ne m'appesantirai sur aucun point particulier de cette importante discussion après les développements qu'elle a reçus; ce serait inutilement revenir sur mes publications antérieures. Je me bornerai à soumettre quelques courtes remarques à la savante attention de notre collègue, et je pense qu'elles seront mieux comprises en les rattachant aux trois propositions fondamentales dans lesquelles j'ai résumé les règles de l'emploi du chloroforme.

1° Il est aujourd'hui reconnu par tout le monde que l'inhalation des vapeurs chloroformiques expose à des accidents mortels. C'était pour mettre en garde contre une aveugle et dangereuse confiance que nous avons dit il y a plusieurs années dans une séance de l'Académie de médecine: *Toutes les fois qu'on emploie le chloroforme, la question de vie et de mort se trouve posée.*

Je suis véritablement étonné que M. le professeur Denonvilliers ait pu soutenir que c'était là un jugement banal qu'on pourrait aussi justement appliquer à la saignée du bras. Je ne crains pas d'affirmer qu'il n'y aurait plus de langage sérieux possible s'il était permis de forcer autant les analogies et de placer sur la même ligne des faits aussi positivement dissemblables.

Où M. Denonvilliers a-t-il vu mourir un malade pendant l'opération de la saignée, qu'on a confiée de tout temps sans réclamations aux barbiers, aux sages-femmes et aux élèves?

Sans doute il faut de l'attention pour ne pas blesser une artère, briser sa lancette, etc., etc., ou laisser se prolonger une syncope; mais jamais on ne s'est préoccupé du danger de voir un malade succomber subitement. Or, c'est là précisément la crainte que doit éprouver le chirurgien qui a recours au chloroforme. La plus légère négligence peut devenir irréparable; et si j'insiste sur ce fait incontesté, c'est qu'on n'en tient pas suffisamment compte dans la pratique usuelle. L'habitude du succès fait préférer la rapidité à la sécurité de la chloroformisation, et lorsqu'un malheur vient dissiper de fatales illusions il est trop tard, et l'on s'est créé d'éternels regrets.

2° Notre deuxième proposition a paru également à l'abri de toute objection. *Chloroformer est un art qui exige beaucoup d'habileté et d'expérience.* C'est un devoir pour l'opérateur de surveiller l'inhalation s'il n'a pas d'aide sur lequel il puisse compter en toute assurance, et cette dernière condition nous semble même indispensable dans les cas où la manœuvre chirurgicale demande beaucoup de temps et d'attention. C'est au chirurgien à s'entourer d'assistants parfaitement exercés et à se confier aux plus habiles. L'expérience s'acquiert dans les cliniques sous le contrôle d'une surveillance attentive, et il est rare qu'on ne forme pas quelque élève d'une aptitude supérieure auquel on puisse se fier.

Nous connaissons plusieurs personnes qui possèdent un talent consommé de chloroformisation, et nous réclamons leur concours lorsque nous voulons conserver une sécurité parfaite pendant les manœuvres opératoires.

M. Baudens a très heureusement généralisé cette idée en proposant de charger dans les hôpitaux un aide spécial de la fonction de chloroformer, et c'est en effet ce que l'usage a spontanément établi dans tous le grands services chirurgicaux.

3° Nous n'avons plus rencontré le même accord pour notre troisième proposition, ainsi formulée: *Le chloroforme pur et bien employé ne tue jamais.*

Voyons quelles objections se sont produites, et cherchons à y répondre.

M. Robert a déclaré que le chloroforme était très pur dans la plupart des cas de mort qui ont été cités, et il nous semble ne pas accorder à la question de pureté de l'agent anesthésique une importance suffisante.

Il est très positif que l'on a employé fréquemment des chloroformes mal préparés. Un pharmacien de l'hôpital de la Charité a publié des observations tendant à prouver que l'application du chloroforme à la peau déterminait des phlyctènes et des ampoules. Sans rechercher d'autres exemples, nous engageons M. Robert à se procurer du chloroforme chez les meilleurs pharmaciens de Paris; qu'il le soumette à l'épreuve d'un contact prolongé avec l'acide sulfurique, et il n'en trouvera probablement pas un seul échantillon qui ne brunisse, et ne révèle ainsi une impureté plus ou moins notable. C'est le signe de la présence d'huiles chlorées qui ne sont pas encore bien connues, et que M. Simpson avait déclarées toxiques. Je ne prétends pas que ce soit à cet état du chloroforme qu'il faille attribuer les cas de mort que l'on a eu à déplorer, mais il me paraît constant que ce chloroforme excite davantage la toux et les vomissements, et que sous ce dernier rapport il a déterminé des accidents consécutifs graves.

L'alcool est très fréquemment mêlé au chloroforme, et est une des causes les plus actives de la période d'excitation que présentent quelques malades. Enfin, on sait que le chloroforme le plus pur est susceptible de dégager du chlore lorsqu'il est conservé longtemps. Il n'est pas douteux que ces divers états ne puissent exercer une influence fâcheuse sur les malades soumis aux inhalations. Lorsqu'il y a danger de mort par spasme et occlusion de la glotte, suffocation imminente, congestion céphalique, etc., l'irritation des voies aériennes, la dyspnée, la toux, une violente excitation convulsive ne sont pas des phénomènes indifférents, et il est prudent de s'en sauvegarder avec soin. Aussi, ne saurions-nous nous défendre d'une certaine préoccupation à ce sujet, et voudrions-nous qu'on recommandât spécialement l'usage du chloroforme pur, en rappelant aux praticiens les moyens d'en constater les altérations.

La question d'emploi a une immense valeur et comprend des problèmes plus disputés et plus complexes.

On est aujourd'hui à peu près d'accord sur la méthode de chloroformisation la plus favorable. Nos remarques sur l'aggravation progressive des effets du chloroforme après la cessation des inhalations ont fait adopter notre règle d'intermittence, et l'on n'a pas élevé d'objections contre l'importance que nous avions accordée à l'intégrité de l'acte respiratoire.

L'état du pouls, quoique d'un moindre intérêt à nos yeux, conduit également à des indications utiles, et sous ce rapport peu de dissentiments se sont révélés.

Faut-il faire usage d'appareils spéciaux pour chloroformer, comme quelques honorables membres de la Société n'ont pas hésité à l'affirmer? Nous ne le pensons pas, et en voici les raisons: il est nécessaire de rendre les inhalations plus ou moins abondantes, et jusqu'à ce jour aucun appareil n'a permis ces variations subites; il faut suivre l'état du malade, donner peu ou beaucoup de chloroforme à des intervalles souvent très courts, sans difficultés, ni embarras.

Cette considération capitale nous a fait abandonner l'emploi d'un excellent appareil de M. Elsez que j'ai fait figurer dans la nouvelle édition de ma *Médecine opératoire*, et qui pourrait, je crois, soutenir la concurrence avec les instruments si ingénieux et si parfaits M. Charrière.

Le mouchoir ou la compresse roulés autour du poignet en forme de cône creux me semblent préférables entre des mains exercées, et, pour en éviter l'aplatissement, un de nos élèves internes, M. Herr, en a construit en cuir vernis doublé de linge. Chacun, du reste, peut suivre ses préférences, et je reconnais volontiers que les appareils dans lesquels les proportions de l'air atmosphérique seront connues offriront moins de dangers pour des personnes dénuées d'expérience.

La résolution musculaire nous a paru la condition la plus favorable aux manœuvres opératoires, et on ne saurait le contester pour les

luxations, le cathétérisme, la lithotritie, etc., et toutes les opérations délicates et de longue durée dont l'exécution serait compromise par les mouvements des malades.

Ce n'est pas pendant les chloroformisations prolongées qu'on a observé les cas de mort, et la prétention de les éviter en n'arrivant pas à la résolution musculaire ne semble pas soutenable. Nous avons vu des malades qui passaient d'une agitation violente à une effrayante prostration, quoiqu'on eût cessé les inhalations, et nous ne comprenons pas l'anesthésie sans complète immobilité, si ce n'est pour les opérations les plus simples.

Que faut-il penser de ces exemples remarquables cités par MM. Hervez de Chégoin, Morel-Lavallée, Demarquay, etc., d'insensibilité tactile avec conservation de l'intelligence?

Ce serait un fait d'une grande portée s'il était confirmé, et le danger comme la douleur seraient supprimés. Malheureusement nous craignons beaucoup qu'il n'y ait là quelque erreur. Jamais nous n'avons pu constater de pareils phénomènes, quoique nous les ayons souvent recherchés et que nous ayons fait appel au concours des personnes qui disaient en avoir été témoins. J'ai vu des insensibilités de retour avec une certaine netteté de l'intellect, mais nous n'avons pas obtenu d'insensibilité primitive avec persistance de la conscience. Dans les cas de ce genre, la pratique publique des hôpitaux et l'expérience des chefs de service entourés d'un auditoire nombreux et instruit devraient être interrogées avec soin, parce qu'il faut des règles générales fondées sur des faits communs et bien observés. J'ai cité dans mes prolégomènes l'histoire d'un malade opéré par incision cruciale d'un vaste anthrax de la nuque, comme notre habile confrère M. Hervez de Chégoin, et qui n'en avait ressenti aucune douleur, quoiqu'il n'eût pas été chloroformé. Tel malade qui ne se plaint ni ne s'agite lorsqu'il est pincé ou piqué se débat et pousse des cris dès qu'on fait agir le bistouri.

Il semble donc indispensable, dans une question aussi importante, de ne pas confondre la règle et l'exception, et d'assigner à chaque fait une valeur proportionnelle.

On a voulu distinguer les opérations en légères et en graves, et réserver l'emploi du chloroforme pour les secondes. Cette doctrine est-elle admissible? La crainte et la douleur sont individuelles, et tel malade sera plus effrayé d'un coup de lancette que tel autre d'une amputation. Si le chloroforme entraînait un danger inévitable, de quel droit ferait-on planer de nouvelles chances de mort sur ceux dont la vie serait déjà le plus gravement compromise? Question grave et qui devrait très probablement être résolue négativement.

Quant aux contre-indications dépendant de la nature même des lésions, nous doutons qu'il faille nécessairement s'abstenir de l'anesthésie chez les sujets affaiblis. Nous ne nous sommes pas conformé à ce précepte pour les hernies étranglées, les caries articulaires avec marasme et fièvre hectique, etc., et nous n'avons pas eu à le regretter. Cependant il serait prudent de ménager les inhalations et même de ne pas y recourir si la débilité était extrême, ou l'anesthésie difficile.

L'histoire des accidents attribués au chloroforme nous ramène aux points fondamentaux de la question des anesthésiques.

Est-il vrai que certaines personnes soient fatalement exposées, en raison de leur idiosyncrasie, à succomber aux inhalations chloroformiques? Nous avons déjà soutenu la thèse opposée contre notre habile confrère M. Jules Guérin, et nous croyons avoir démontré le peu de fondement de cette opinion. Nous reconnaissons que le chloroforme n'agit pas de la même manière sur tous ceux qui y sont soumis. Les uns en éprouvent des effets très énergiques et très prompts, les autres y résistent davantage; et, quoique nous n'ayons pas rencontré de réfractaires aux anesthésiques et que nous ne pensions pas qu'il en existe, cependant nous avons parfois, comme nous l'avons publié, été obligé d'employer cent grammes de chloroforme pour amener l'immobilité et la détente musculaire.

Ces différences résultant de l'âge, du sexe, du degré de force et surtout de l'habitude des alcooliques méritent d'être signalées et reconnues, mais ne sont nullement *fatales*. Il suffit de savoir qu'elles sont possibles pour se mettre en garde contre les accidents, et on y parvient en interrogeant avec précaution la susceptibilité de chaque malade. C'est en maintenant de prime abord les inhalations à des doses tellement faibles qu'elles ne puissent occasionner aucun danger que l'on apprécie les conditions spéciales de la personne chloroformée et que l'on conduit l'opération.

Nos expériences sur les animaux, l'observation clinique et l'étude des cas de mort qui ont été publiés nous ont fait admettre que la plupart des terminaisons funestes avaient été produites par asphyxie. Ce n'est pas évidemment une asphyxie simple par unique défaut d'air respirable, c'est un état morbide complexe dans lequel la privation de l'oxygène et l'action sidérative du chloroforme se trouvent combinées.

La gêne respiratoire, le spasme de la glotte, la coloration noire du sang artériel, la place que tiennent dans l'air inspiré les vapeurs chloroformiques, le refroidissement du corps et les autres phénomènes anesthésiques montrent évidemment que l'hématose ne s'accomplit plus avec régularité et que l'asphyxie est imminente. Après la mort, les congestions et le piqueté ecchymotique des poumons, la distension des reins et des cavités du cœur par le sang, la fluidité habituelle de ce liquide ou l'état des caillots sanguins, qui restent mous et sans séparation de la fibrine, semblent démontrer la réalité de l'asphyxie que nous appellerons chloroformique pour la mieux caractériser.

C'est en nous plaçant particulièrement à ce point de vue que nous avons reconnu la possibilité de prévenir les accidents et que nous avons pu dire : *Le chloroforme bien employé ne tue jamais.*

Notre excellent ami et collègue M. H. Larrey a fait remarquer avec grande raison que la mort avait de tout temps frappé de la manière la plus subite et la plus inopinée les hommes frappés d'anxiété et d'effroi par l'imminence d'une opération, et que des faits semblables avaient dû se produire parmi les milliers de malades soumis à la chloroformisation. Des syncopes mortelles ont pu avoir lieu, et il ne faudrait pas charger le nécrologe des anesthésiques d'accidents qui ne leur seraient réellement pas imputables.

Les moyens prophylactiques consistent essentiellement dans le maintien de l'acte respiratoire, dans la persistance des battements du cœur, dans l'habile dosage des inhalations.

Si les inhalations auxquelles on soumet les animaux sont trop concentrées, elles peuvent amener la mort d'une manière progressive et continue, alors même qu'on les a cessées avant que la respiration et les mouvements du cœur fussent suspendus. Dans ce cas les moyens curatifs sont quelquefois restés sans effet, et nous ne saurions établir d'exception en faveur de l'électricité ni de l'ammoniaque. Le même état paraît s'être produit sur l'homme, et indiquer l'importance de toujours surveiller, ménager et interrompre la chloroformisation pour n'en pas porter le degré trop loin.

Les principaux moyens curatifs sont ceux qui dégagent les voies respiratoires (écartement des mâchoires, dépression en avant de la base de la langue, etc.) et en rétablissent les fonctions (respiration artificielle par pressions alternatives de la poitrine). Un air frais, des aspersions d'eau froide, des frictions, l'irrigation de l'arrière-bouche, le galvanisme peuvent réveiller les dernières traces de la vie et servir à la conserver. La plupart des résurrections merveilleuses qui ont été racontées nous semblent s'expliquer beaucoup mieux par l'effroi des expérimentateurs que par la puissance des moyens mis en usage, et, lorsque nous entendons parler de ce retour subit de toutes les facultés, nous en concluons que l'anesthésie était légère et très probablement sans gravité.

Il serait injuste de supposer que notre dernière proposition, dont nous venons de présenter la défense, engageât la responsabilité des chirurgiens et les exposât à de dures condamnations judiciaires. Qui oserait afficher la prétention de son infaillibilité? Le devoir consiste à réunir toutes les probabilités de science, d'habitude et d'attention, et dans ces conditions personne ne sera jamais déclaré coupable.

M. Denonvilliers répond immédiatement dans les termes suivants à ce qui le concerne dans la lettre de M. Sédillot :

Je ne pense pas que la lettre de M. Sédillot puisse devenir une occasion de rentrer dans la discussion avant que nous ayons entendu le nouveau travail de M. le rapporteur; mais si la Société décide, comme cela est probable, que cette lettre sera insérée au procès-verbal, elle jugera sans doute équitable d'accorder la parole à ceux de ses membres dont les opinions ont été attaquées et qui ont été nommés par notre honorable collègue. C'est à ce titre que je demande à la Société la permission de dire quelques mots.

« *Toutes les fois qu'on emploie le chloroforme, la question de vie et de* » *mort se trouve posée.* Telle est la proposition émise, il y a quelques » années, devant l'Académie de médecine par M. Sédillot. — Je suis » véritablement étonné, ajoute-t-il aujourd'hui, que M. le professeur » Denonvilliers ait pu soutenir que c'était là un jugement *banal* qu'on » pouvait aussi justement appliquer à la saignée du bras... Où M. Denonvilliers a-t-il vu mourir un malade pendant l'opération de la saignée, qu'on a confiée de tout temps sans réclamation aux barbiers, » aux sages-femmes et aux élèves?... On n'a pas à se préoccuper, » quand on saigne, du danger de voir un malade succomber subitement. Or c'est là précisément la crainte que doit éprouver le chirurgien qui a recours au chloroforme. La plus légère négligence » peut devenir irréparable, etc., etc. »

C'est à cette partie de la lettre de M. Sédillot que je veux répondre; mais avant de le faire, j'insiste sur ce fait que M. Sédillot et moi nous sommes d'accord sur les points principaux, c'est-à-dire sur les dangers du chloroforme, ainsi que sur la nécessité de bonnes règles d'application, d'une grande attention et même d'une surveillance personnelle de la part du chirurgien.

Je ferai remarquer d'abord que je n'ai pas prononcé les paroles que m'attribue M. Sédillot; je n'ai pas dit que la proposition émise par lui fût un *jugement banal;* j'ai dit que c'était *un mot dont on avait un peu abusé*, ce qui est bien différent; car, en parlant ainsi, j'ai porté un jugement non pas sur la proposition en elle-même, mais sur l'usage qu'on en a fait. J'ai ajouté, à la vérité, que ce fameux mot était tout aussi vrai pour la saignée; mais, de ce qu'une proposition convient à la fois au chloroforme et à la saignée, il ne s'ensuit pas qu'elle soit banale; elle ne le serait pas encore quand elle conviendrait, comme je le crois, à plusieurs autres opérations; si je lui eusse appliqué cette épithète, j'eusse dit autre chose que ce qui est la vérité et que ce qui est ma pensée; mais je ne la lui ai pas appliquée, et il est bon qu'on sache que M. Sédillot m'a fait dire autre chose que ce que j'ai dit.

Est-il exact cependant que le mot convienne à la saignée aussi bien qu'au chloroforme? C'est ce que nie M. Sédillot et ce que je soutiens. Quand est-ce qu'une question de vie ou de mort se trouve posée? Quand le malade est soumis à une pratique qui peut entraîner pour conséquence ou la vie ou la mort. En est-il ainsi pour le chloroforme? Oui, sans doute. En est-il ainsi pour la saignée? Je réponds encore oui; M. Sédillot dit-il non? dit-il seulement que la mort soit plus rare à la suite de la saignée? Point du tout. J'ajoute que la mort est plus fréquente à la suite de la saignée. Il est donc évident, à supposer que je ne me trompe pas dans mon appréciation du danger de la phlébotomie, que le mot de M. Sédillot est encore plus applicable à la saignée qu'au chloroforme : c'est ce que j'ai prétendu, ce que je prétends encore, ce que je maintiendrai jusqu'à démonstration du contraire.

Mais, dit M. Sédillot, on n'a jamais, quand on pratique une saignée, à redouter de voir le malade succomber subitement, tandis qu'on doit le craindre quand on a recours au chloroforme. Qui nie cela? Moi moins que personne; et pourtant M. Sédillot s'écrie : « Où M. Denonvilliers a-t-il vu mourir un malade pendant l'emploi de la saignée? » Ne semblerait-il pas, d'après cette apostrophe, que j'ai dit avoir vu pareil fait? Je ne l'ai pas dit, parce que je ne l'ai pas vu; mais il paraît que d'autres l'ont vu. Du reste cela importe peu dans la question. J'ai reconnu, comme M. Sédillot, et j'ai signalé dans le discours qu'il attaque la différence qui existe, sous le rapport de la rapidité, entre les conséquences de la chloroformisation et celles de la saignée. J'ai fait plus; j'ai apprécié la portée de ces différences, car j'ai dit : « Les accidents occasionnés par le chloroforme ne sont ni plus inévitables, ni » plus nombreux, ni plus graves que ceux qu'entraîne la saignée; ils » le sont au contraire beaucoup moins. Seulement, *comme ils frappent* » *d'une manière plus rapide et plus inattendue*, ils sont plus facilement » rapportés à l'opérateur, et jettent par là même plus d'effroi dans le » public, plus d'hésitation dans l'esprit du chirurgien, plus de défaveur » sur l'emploi du moyen thérapeutique. Mais pour vous, messieurs, » qui voyez le fond des choses et ne vous laissez pas arrêter aux apparences, il vous appartient de découvrir et de montrer au monde » médical la vérité dépouillée de ses voiles. »

Ce que j'ai dit alors, je le pense et je le dis encore aujourd'hui. Sans doute la mort rapide, instantanée, qui survient pendant l'administration du chloroforme est quelque chose de plus saisissant, de plus effrayant, surtout de plus compromettant pour le chirurgien en particulier et pour l'art en général, que la mort lente qui termine une phlébite suite de saignée; mais pour le malade, pour sa famille, est-ce quelque chose d'essentiellement différent? Un délai de quelques jours empêche-t-il que la conséquence soit en réalité aussi terrible dans un cas que dans l'autre? Parce que l'attention publique aura été moins excitée, parce que les récriminations seront moins ardentes, le malade en aura-t-il moins succombé? La fatale alternative en aura-t-elle moins trouvé la solution la plus funeste? Le temps n'y fait rien, et la saignée est au fond un moyen tout aussi périlleux, plus périlleux peut-être que le chloroforme, quoique l'instantanéité de la mort dans un cas et la lenteur avec laquelle elle survient dans l'autre puissent faire porter un jugement différent aux esprits qui s'arrêtent à la surface et ne vont pas au fond des choses.

Voilà seulement ce que je voulais établir et ce qui importait à la thèse que j'ai soutenue devant la Société; voilà ce qu'après ces nouvelles explications je serais heureux de voir compris par un homme d'expérience, de mérite et de jugement comme notre collègue de Strasbourg.

Qu'il y ait maintenant des différences entre la saignée et l'administration du chloroforme sous le rapport des précautions qu'exigent l'une et l'autre; que l'on ait, comme le rappelle M. Sédillot, confié de tout temps sans réclamation la pratique de la saignée aux barbiers, aux sages-femmes et aux élèves, tandis que la plus légère négligence dans l'emploi du chloroforme peut devenir irréparable; je ne vois pas en quoi l'opinion que j'ai soutenue touchant le danger comparatif des deux moyens thérapeutiques pourrait en être ébranlée : aussi ne m'arrêterai-je pas à présenter les nombreuses observations que pourraient me suggérer ces propositions, et bornerai-je ici ma réponse.

Phosphène.

M. Debout dépose sur le bureau un travail de M. Serre (d'Uzès) sur ce sujet.

M. Debout, qui avait commencé l'examen de ce travail, a dû cesser de s'en occuper, parce que M. Serre l'a fait publier dans un recueil scientifique.

Sur la trachéotomie.

M. Guersant fait la communication suivante :

Les suites de la trachéotomie sont parfaitement connues. Ainsi, nous savons tous que, le plus souvent, du huitième au quinzième jour on peut retirer la canule et que la respiration redevient normale; mais il arrive quelquefois que les choses ne se passent pas ainsi, et après trois, quatre et même six semaines, si on veut débarrasser le malade en enlevant l'instrument, il est menacé d'asphyxie, et l'on est forcé de rétablir la canule.

Il y a peu de jours, un jeune malade opéré pour le croup présentait ces conditions. L'opération datait de trente-six jours, et il était avéré que la respiration ne pouvait se faire par les voies normales. Je crus alors qu'il restait dans la partie supérieure du larynx, sur les cordes vocales, quelques fausses membranes, et j'ai voulu, si cette cause existait, la faire disparaître. Pour atteindre ce but, j'ai introduit de bas en haut par la plaie de la trachée une sonde de gomme élastique que j'ai poussée jusque dans le pharynx en lui faisant traverser le larynx, et ensuite j'ai ramené l'instrument par la bouche; en suivant cette voie, il entraînait un fil dont l'extrémité portait un bourdonnet de charpie; ce corps étranger, suivant le même chemin, balaya la totalité de la cavité du larynx, et je ramenai une fausse membrane.

Dès lors, on put impunément retirer la canule; les accidents d'asphyxie ne reparurent plus.

M. Chassaignac a aussi reconnu la nécessité, dans quelques cas, de laisser séjourner la canule pendant un temps assez long. Il signale une autre cause qui empêche la respiration de redevenir normale : c'est une sursécrétion de mucosités dans les bronches. J'ai opéré un enfant qui présentait ces conditions. Pour amener la guérison de ces accidents, j'ai recours à la cautérisation du pharynx.

Le fait signalé par M. Guersant, ajoute M. Chassaignac, m'a singulièrement frappé. J'ai déjà remarqué que chez les enfants affectés d'inflammations couenneuses, lorsque la guérison paraît obtenue il arrive quelquefois qu'au milieu d'une santé qui paraît rétablie ils sont tout à coup pris d'accès de suffocation et menacés d'asphyxie. On doit admettre que dans ces cas il existe sur quelque point des voies aériennes des paquets de fausses membranes qui se trouvent brusquement décollées. J'ai été appelé une fois dans des conditions de ce genre pour opérer un jeune enfant. Le docteur Lambrou, qui m'avait fait appeler, me dit qu'il avait vu plusieurs fois ce genre d'accident, qui pouvait être assez grave pour déterminer rapidement la mort des malades.

M. Lenoir pense que pour débarrasser le larynx lorsqu'il paraît peu perméable à l'air, il suffit le plus souvent, comme il l'a indiqué dans son mémoire sur la bronchotomie, de se servir de la sonde de Trousseau, qui présente sur la courbure une ouverture. En bouchant l'extrémité externe de la canule et en invitant le malade à faire des efforts d'expiration, la colonne d'air peut, en traversant le larynx, expulser les fausses membranes ou les mucosités qui l'obstruent.

M. Guersant dit que M. Trousseau, comme lui-même, ne se sert plus de cet instrument, qui présente de véritables inconvénients. La lumière supérieure s'obstrue rapidement, et en outre la muqueuse boursouflée s'engage quelquefois dans cette ouverture et s'y ulcère.

Modifications à la sonde usitée pour débrider les valvules du col de la vessie.

M. Maisonneuve présente une sonde qu'il a fait modifier par M. Charrière, et qui sert à faire des sections sur le col de la vessie. Cette sonde est assez semblable à celle présentée par M. Mercier. La lame qui se dégage de l'instrument sort sur la face convexe de l'extrémité de la sonde au lieu de se dégager sur la face concave.

Le secrétaire de la Société, E. Laborie.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 121. — JEUDI 13 OCTOBRE 1853. (26e ANNÉE.) N° 121. — JEUDI 13 OCTOBRE 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse. { Trois mois. . . . 8 fr. 50 c. Six mois. . . . 16 » Un an. . . . . 30 »

Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies. { Trois mois. . . . . . 9 fr. Six mois. . . . . . 17 Un an. 33

Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar. { Trois mois. . . . . . 10 fr. Six mois. . . . . . 20 Un an. 38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

PARIS, LE 12 OCTOBRE 1853.

Séance de l'Académie de Médecine.

Nous serions mal venu à nous plaindre aujourd'hui de l'Académie. La discussion soulevée à propos de la lecture du procès-verbal s'est prolongée jusqu'au delà de cinq heures, limite hors ligne des séances. Il est vrai que M. Ricord tenait la tribune, et certes, il faut le dire à son honneur, il la tient bien ordinairement. On connaît toute la verve, tout l'entrain, tout le *disert* de notre honorable confrère. Avec lui, l'exubérance est la règle, la fécondité l'état normal.

Il faut en convenir, d'ailleurs, M. Ricord avait fort à faire; de rudes jouteurs l'avaient assailli en son absence, et ne lui ont pas fait défaut quand il les a tenus de front. La grande question des syphilis larvées, latentes, consécutives, secondaires, héréditaires, etc., a perdu de son importance; M. Ricord les admet, et s'étonne qu'on l'ait si mal compris; car il va jusqu'à reconnaître que l'on a la vérole longtemps, très longtemps, *si on ne l'a pas toujours*.

Ce point éclairci, la question du plus ou moins de tendance à la salivation a offert aussi peu de difficulté. M. Ricord admet que toutes les préparations mercurielles peuvent faire saliver, et que si quelques médications, telles que les frictions mercurielles, portent davantage à la bouche, on peut presque toujours éviter cet accident en donnant le mercure avec ménagement et en petites quantités.

Mais ce sur quoi M. Ricord ne faiblit pas, c'est la croyance où il est que tout symptôme primitif infectant détermine des accidents secondaires, une syphilis constitutionnelle, s'il n'est pas traité, et cela en six mois, ou si l'on veut, *par concession*, dans l'année au plus tard; il n'en est *jamais* autrement. Ce jamais nous paraît, ainsi qu'à M. Velpeau, bien tranchant, et nous sommes de ceux qui, comme Lisfranc, pensent qu'il ne faut *jamais*, en médecine, prononcer les mots ni *jamais*, ni *toujours*.

Le second point sur lequel la conviction de M. Ricord est inébranlable, c'est la non-infection consécutive par la blennorrhagie, à moins qu'elle ne soit accompagnée *du chancre urétral*, dont la blennorrhagie n'est d'ailleurs, selon lui, nullement le symptôme ou la manifestation extérieure.

Ici, quelle que soit la rigidité de l'opinion contraire de M. Gibert, dût l'honorable secrétaire annuel formuler des *avertissements* officiels à son journal officieux, M. Ricord ne bronche pas; il a vu, cent fois vu, de ses propres yeux vu le chancre urétral, et reste convaincu que sans ce détestable compagnon la blennorrhagie *totale* de l'urètre elle-même est sans danger, et n'a nul besoin du mercure pour s'éteindre au lieu où elle a pris naissance.

Dans le cours de l'argumentation abondante de l'orateur, un membre, M. Bégin, a cru devoir l'interrompre pour lui demander si à son exemple il n'a pas remarqué tels ou tels tempéraments, telles ou telles constitutions plus ou moins aptes à contracter la syphilis. La réponse négative de M. Ricord n'a trouvé aucune réplique : son honorable interlocuteur était parti à la fin de sa phrase incidente.

Quant à la pierre de touche des eaux sulfureuses, M. Ricord nie avoir jamais envoyé des malades aux eaux dans un autre but que celui de compléter la guérison, tout en convenant que leur action fait quelquefois reparaître certains symptômes.

A une apostrophe de M. Cazeaux, qui lui a demandé si c'était par l'inoculation qu'il reconnaissait la blennorrhagie syphilitique, M. Ricord, un peu étonné, a répondu que l'inoculation était le plus sûr moyen, mais qu'il croyait aussi la reconnaître à la symptomatologie. L'interpellation n'a pas été plus loin. Nous imiterons pour le moment cette réserve.

Pendant et après l'improvisation de M. Ricord, les académiciens se sont peu à peu retirés, et la séance a été levée sans que la discussion incidemment ouverte ait été close par M. le président. Rien n'indique si elle sera ou non reprise mardi prochain.

HOTEL-DIEU SAINT-ÉLOI DE MONTPELLIER.

M. ALQUIÉ.

Anévrisme traumatique de l'artère cubitale, datant de vingt-six jours.

Nous avons publié dans notre dernier numéro une remarquable leçon de M. Malgaigne sur l'emploi du perchlorure de fer dans le traitement des anévrismes. Le savant chirurgien de Saint-Louis, après avoir cité des cas d'insuccès et de mort à la suite de l'emploi de ce moyen, arrive à cette conclusion : *rejeter d'une manière formelle l'emploi du perchlorure de fer.* L'observation suivante, que nous empruntons à la *Revue thérapeutique du Midi*, vient encore à l'appui de l'opinion de M. Malgaigne. Accidents phlegmoneux graves à la suite de l'emploi du perchlorure, et nécessité de ligatures au-dessus et au-dessous de la tumeur, déterminées par une hémorrhagie par la plaie anévrismale, tout prouve de nouveau l'inutilité et le danger de ces injections.

Injection de perchlorure de fer. — Inflammation phlegmoneuse. — Menaces d'hémorrhagie par la plaie. — Ligature de l'artère humérale. — Hémorrhagie par la plaie de la tumeur anévrismale. — Ligature de l'artère cubitale au-dessus de la tumeur. — Inflammation grave de l'avant-bras. — Guérison.

Le nommé Louis Méjean, âgé de cinquante ans, demeurant à Valleraugue (Gard), exerçant la profession de tailleur et jouissant habituellement d'une bonne santé, entre à l'hôpital le 16 juillet.

Le 20 du mois de juin dernier, cet homme, étant à la campagne occupé à couper des branches mortes avec une serpette, se donna involontairement à la main gauche un coup de cet instrument. Il en résulta une blessure qui, partant du pli du poignet, descendait verticalement sur l'éminence hypothénar, dans la longueur d'un pouce et demi environ. L'artère cubitale fut ouverte, car au même instant se déclara une hémorrhagie abondante; le sang était rouge et sortait par saccades. Le frère du blessé, qui était présent, s'empressa d'appliquer avec son mouchoir un bandage compressif; l'hémorrhagie put être arrêtée. Le médecin de Valleraugue, appelé aussitôt, continua la compression en remplaçant le mouchoir par des bandelettes de diachylon, des compresses et une bande. Les deux artères de l'avant-bras furent également comprimées à leur partie inférieure au moyen de compresses épaisses et d'une bande fortement serrée. Cet appareil fut laissé en place pendant neuf jours. Le 29, la plaie n'étant pas cicatrisée et donnant lieu de temps en temps à un léger suintement sanguin, l'appareil fut réappliqué avec soin.

Le 16 juillet, c'est-à-dire vingt-six jours après l'accident, le blessé entre dans les salles de la clinique chirurgicale. A cette époque, on constate qu'il existe à la partie supérieure de l'éminence hypothénar une tumeur du volume d'une noix, sur laquelle existe encore une petite plaie suppurante. La tumeur est le siége de battements isochrones à ceux du pouls, qui diminuent d'intensité quand on comprime isolément la radiale ou la cubitale, mais qui cessent tout à fait quand ces deux artères sont comprimées à la fois. La compression de l'artère humérale amène le même résultat. Du reste, la main est légèrement tuméfiée et d'une couleur violacée, par suite de la gêne qu'a éprouvée la circulation veineuse. On se contente d'appliquer sur la tumeur des compresses imbibées d'eau froide.

Le 26, l'habile chirurgien en chef pratique une injection dans la tumeur avec une solution de perchlorure de fer, dans la proportion de moitié de perchlorure et moitié d'eau. L'artère cubitale avait été comprimée une demi-heure avant l'opération; on fit pénétrer le liquide par la petite plaie qui existait sur la tumeur, et comme on ne s'était pas servi de la seringue de Pravaz, il est assez difficile de dire la quantité de liquide qui a pénétré dans le sac anévrismal. La note que nous avons sous les yeux la porte à *deux grammes*, tandis que la quan-

FEUILLETON.

SUR DES ERREURS DE PRONOSTIC.

« Si vous désirez être bons pantagruélistes, c'est-à-dire
» vivre en paix, joie, santé, faisant toujours grande chère,
» ne vous fiez jamais aux gens qui regardent de travers,
Rabelais, PANTAGRUEL, liv. ij, chap. xxxiv.

Dans quelques circonstances médicales ou chirurgicales, toute la science est en défaut; alors il est très difficile, sinon impossible, de reconnaître la vérité touchant le jugement à porter sur l'avenir; en d'autres termes, l'on ne peut établir son pronostic sans grand danger de se tromper. Pour éclairer ces cas plus difficiles que rares, il serait utile que chaque praticien vînt avouer les erreurs de sa pratique; ces histoires, semblables aux tablettes jadis suspendues dans les temples des dieux de la médecine, serviraient de fanal aux générations futures. Mais non, on préfère entonner la trompette; cela semble plus glorieux; les infortunes sont passées sous silence; d'ailleurs les morts ne reviennent pas pour les dire, et les publications d'aujourd'hui sont comme une médaille sans revers, comme une union sans nuages : on n'y enregistre que des succès.

Gare les déboires!

Pour moi, je ne m'endors pas sur une plume aussi douce et vois l'art hérissé de difficultés de toutes sortes; après plus de vingt années d'étude et de pratique, je dois avouer à ma honte (car la chose tient sans doute à mon ineptie naturelle, puisque tant de gens se disent si habiles aujourd'hui) que je suis souvent fort embarrassé dans l'exercice de la médecine et de la chirurgie.

Je m'en console, puisque « Socrate n'était sage que parce qu'il ne » se tenait pas tel et que son dieu estimait, bêtise singulière à l'homme, » l'opinion de science et de sagesse, sa meilleure doctrine étant la doc- » trine de l'ignorance et sa simplicité sa meilleure sagesse. » (Platon, *Apologie de Socrate*.)

Ces difficultés sans nombre peuvent venir du malade, des personnes qui l'entourent, de la maladie, de l'ignorance du génie pathologique qui règne actuellement dans la localité où l'on est appelé, d'un caprice de la nature, etc., etc.; mettez encore des etc.; croyez-moi, dans cette circonstance, vous n'en poserez jamais assez.

Personne n'oserait s'attaquer aux difficultés de l'art de guérir si, avant de commencer ses études, on pouvait en soupçonner le nombre; c'est seulement plus tard que les yeux se dessillent, et alors « il » advient aux gens véritablement savants ce qui advient aux épis de » blé : ils vont s'élevant et se haussant la tête droite et fière tant » qu'ils sont vides; mais, quand ils sont pleins et grossis de grains en » leur maturité, ils commencent à s'humilier et baisser les cornes. » (*Essais de Montaigne*, t. V, p. xij, liv. II, chap. xij.)

Je bronche souvent. Voici, entre autres erreurs, deux cas de pratique qui m'ont paru épineux quant au pronostic. Lecteur, vous en jugerez, s'il vous plaît, vous-même.

OBS. I. — Mme D... a soixante-douze ans; elle est d'une belle constitution, et jusqu'ici exempte des infirmités de la vieillesse. Cependant, depuis quelque temps, elle a des pesanteurs de tête qui l'excitent à dormir le soir après son dîner; elle se pose donc sur une chaise auprès de son fils, qui exerce une profession sédentaire, et sommeille ainsi depuis sept heures jusqu'à neuf.

Un soir, sa belle-fille, qui travaillait à l'autre extrémité de l'appartement, entend un cri et puis la chute d'un corps lourd sur le carreau; elle accourt et voit Mme D... à terre et inanimée.

Je me rends de suite auprès de la vieille dame, où sa famille en pleurs se trouvait déjà; elle était dans l'état suivant : Etendue sur le lit où l'on vient de la transporter, dans une immobilité absolue; la face est rubiconde, le pouls fort, la respiration ronflante et *lourde*; la bouche de travers; la langue, qui pend entre les lèvres, offre une différence très notable de direction avec l'ouverture orale.

Il y a une contusion légère à la tempe gauche; le bras et la jambe du côté droit sont insensibles et immobiles; la perte de connaissance est complète, par conséquent il n'est pas question pour lors de l'intelligence. Il y a eu émission d'urine et de matières fécales au moment de la chute.

Les enfants se pressent autour de moi et me demandent ce que je pense de la position de Mme D...,

tité de *sept gouttes* est indiquée dans une autre relation. On laisse sur la tumeur une compresse imbibée de la solution de perchlorure de fer. Une vive sensation de brûlure succède à l'opération; les battements de la tumeur diminuent, mais ne cessent pas. — Pansement simple; un compresseur est préparé en cas d'hémorrhagie.

Le 21 et le 22, vives douleurs qui vont en augmentant. Les pulsations de la tumeur sont plus fortes; elle est tendue, plus volumineuse; il y a de la fièvre.

Le 23 et le 24, une rougeur érysipélateuse, accompagnée de gonflement et de tension, a envahi la main et tout l'avant-bras jusqu'au coude; elle est surtout plus prononcée autour de la tumeur. Tout semble faire craindre un phlegmon érysipélateux.

Le 25 et le 26, tous les symptômes sus-indiqués persistent; de la fluctuation existe autour de la tumeur; un point noir se montre dans le lieu où a été introduit le trocart. Fièvre, anorexie et céphalalgie.

Le 27, un liquide purulent s'échappe de la tumeur; ulcération de la peau remontant vers l'avant-bras. — Cataplasmes, onctions mercurielles; pansement de la plaie avec la décoction de quinquina.

Le 28, les symptômes inflammatoires diminuent, mais les battements de la tumeur persistent. On aperçoit au fond de la plaie quelques caillots mous qui sont agités par l'ondée sanguine. Diarrhée.

Le 29, on pratique la ligature de l'artère humérale vers la partie moyenne du bras. Les battements de la tumeur cessent aussitôt après la ligature. Pas de refroidissement du membre.

Le 2 août, réapparition des battements dans la tumeur. Les pulsations deviennent plus fortes les jours suivants; la plaie de la main n'est pas cicatrisée.

Le 7, une hémorrhagie abondante a eu lieu pendant la nuit; l'écoulement de sang s'est effectué par la plaie de la tumeur anévrismale. Le savant professeur se décide alors à pratiquer la ligature de la cubitale, à la partie inférieure de l'avant-bras. Une petite branche artérielle, mise à découvert par l'incision, est également liée: cessation immédiate des battements de la tumeur et de l'hémorrhagie.

Le 16, les fils de la ligature se sont détachés, mais une inflammation profonde s'est emparée de la gaîne des muscles de l'avant-bras. Ecoulement d'une grande quantité de pus par la plaie de la ligature. — Cataplasmes, frictions mercurielles, manuluves émollients, etc.

Les jours suivants, la suppuration est moindre, les symptômes inflammatoires diminuent, la tumeur s'affaisse et tend à disparaître; la plaie qui la recouvrait est en voie de cicatrisation.

Le 1er septembre, le malade va de mieux en mieux, mais la plaie de la dernière ligature n'est pas encore cicatrisée et fournit toujours du pus. L'engorgement de l'avant-bras persiste et s'accompagne d'un reste d'inflammation. La résolution s'opère cependant peu à peu, les plaies se cicatrisent, le malade recouvre graduellement ses forces, et le dimanche 18 septembre, il put enfin sortir de l'hôpital entièrement guéri.

CLINIQUE DE L'ALGÉRIE.

Fracture de l'humérus. — Œdème et semi-paralysie de la main et de l'avant-bras. — Appareil spécial. — Électricité. — Bains de Barèges. — Guérison.

Par M. le docteur E. Sonrier, médecin aide-major à l'hôpital militaire de Batna.

Il arrive parfois, même au praticien peu répandu, de rencontrer des lésions tellement insolites, compliquées d'accidents graves inhérents au malade, que, pour les combattre, il est obligé d'avoir recours à des moyens extraordinaires. Les connaissances qu'il a acquises lui font défaut, les livres qu'il consulte s'obstinent à garder un silence désespérant; et comme sa réputation, son avenir même dépendent souvent d'une guérison, qu'alors une plus grande responsabilité médicale incombe à sa jeune expérience, il faut qu'il cherche des inspirations en lui-même; car s'il s'aventure fatalement dans un douteux empirisme, ou s'il attend les effets d'une longue expectation, on ne manquera pas de l'accuser d'ignorance ou de timidité et, partant, de lui imputer l'insuccès qui devait être attribué à la gravité de l'accident lui-même.

L'observation suivante résume les perplexités du médecin en face de complications graves qui ont nécessité l'emploi d'un appareil spécial et d'une médication énergique.

M. X..., colonel, cinquante-cinq ans, tempérament sanguin, embonpoint prononcé, sans antécédents morbides diathésiques, tombe de cheval le 18 novembre 1852 et se fracture le bras gauche.

Une exploration attentive à travers le volume des muscles et la masse du tissu cellulaire abondant permet de reconnaître une fracture en rave immédiatement au-dessous de l'insertion deltoïdienne; indépendamment de cette lésion, le malade accuse une vive douleur au poignet à l'avant-bras contusionné.

Il raconte que, dans sa chute, le dos de la main a porté sur le sol, puis le coude, et qu'enfin la force du choc est venue s'éteindre dans l'humérus brisé. Les fragments, quoique en rapport, forment extérieurement une saillie très prononcée. Les mouvements de la main sont limités par la douleur.

A ces premières difficultés morbides viennent s'en joindre d'autres qui dépendent du malade lui-même. Le bras est gros, très court; et il est probable qu'à travers cette masse graisseuse les moyens contentifs n'auront qu'une action médiate éloignée, et que le fragment supérieur échappera aux moyens de constriction employés pour maintenir la réduction. Ajoutez encore une mamelle énorme qui augmente, concurremment avec l'action du deltoïde, la saillie du fragment supérieur, et vous aurez une idée des complications qu'on eût à combattre.

Laisser le malade au lit, le bras médiocrement serré et écarté du tronc, c'était lui enlever le seul privilége des fractures du membre supérieur et le vouer à une obésité alarmante; employer le bandage inamovible a semblé une contre-indication; recourir à l'appareil ordinaire, ce moyen paraissait dangereux et insuffisant, parce qu'en empêchant la circulation veineuse il augmentait les éléments d'inflammation, sans maintenir le bras dans sa rectitude. Ce fut cependant à ce dernier qu'on donna la préférence.

La main, l'avant-bras, le bras furent d'abord emprisonnés dans les spirales d'une bande rendue résolutive; puis, par-dessus, on plaça des attelles.

Quatre jours après, la main est douloureuse, engourdie, œdémateuse. On relâche les liens, quoique médiocrement serrés, et le bras, plus à l'aise, reprend sa difformité accidentelle; l'infiltration séreuse passe de la main à la mamelle, qui devient énorme et augmente encore la déviation externe.

Le 28 novembre, réapplication du bandage suivie d'accidents plus graves encore: œdème de la main devenue livide, un peu refroidie; fourmillement dans les doigts. On desserre les lacs: nouvelle difformité.

Le 14 décembre, un commencement de consolidation s'opère; la main est énorme, semi-paralysée.

Le 22, en continuant cette médication, rationnelle dans toute autre circonstance pour corriger la déviation anguleuse du bras déjà consolidé, on s'exposait à voir surgir des accidents graves; d'un autre côté, en relâchant l'appareil pour rétablir la circulation des éléments inflammatoires et de l'influx nerveux, on voyait la difformité se reproduire: il fallait donc, ou s'abstenir, ou choisir entre la rectitude du bras avec semi-paralysie et conséquences inflammatoires, ou bien une consolidation vicieuse.

Dans cette fâcheuse alternative, on eut recours à un moyen énergique qui a été suivi d'une guérison complète.

Celse se borne à comprimer la saillie du cal à l'aide d'une large attelle *(regula)* enveloppée de laine, d'autres fois l'attelle est fixée solidement au fragment supérieur. *(Du cal difforme.)*

Fabrice de Hilden réussit, avec une gouttière en fer battu, à redresser une courbure vicieuse de la jambe.

On connaît l'appareil de Dupuytren pour la fracture du péroné; il l'appliqua avec succès à une consolidation vicieuse de la jambe.

Le nôtre, qui n'est qu'une réminiscence de ceux que nous venons d'énumérer, en diffère cependant en ce qu'au lieu d'être maintenu sur le membre par une constriction douloureuse et dangereuse, il prend ses points d'attache de l'autre côté de la poitrine.

Il se compose d'une seule attelle forte qui s'étend de l'olécrane à douze centimètres au-dessus de l'acromion; ses extrémités sont percées de mortaises pour y passer des liens. Après avoir épuisé les doloires d'une bande peu serrée, qui s'étend des doigts à l'aisselle, on place sur la saillie fracturée un petit coussinet angulaire qui remonte jusqu'auprès de l'articulation de l'épaule; l'attelle, alors appliquée extérieurement, est fixée avec une bande gommée qui comprime à peine le bras. Cela fait, on saisit les deux chefs flottants de la bande passée dans la mortaise supérieure, et après les avoir fait passer l'un en avant, l'autre en arrière du thorax, on vient les fixer sous l'aisselle opposée. Ce premier temps de l'opération a pour but d'éloigner du coude l'extrémité olécranienne de l'attelle; on rapproche enfin le fragment inférieur, qu'on maintient dans cette position avec les liens fixés à l'avant-bras demi-fléchi suspendu dans un foulard triangulaire et attaché au tronc.

L'avantage de cet appareil paraît évident; chacun doit comprendre sa double action; agir sur la difformité et redresser le membre, en même temps qu'il permet la circulation jusqu'alors empêchée. En effet, le lendemain, on est obligé d'appliquer un bandage compressif sur la mamelle, redevenue énorme.

Cet appareil, qui permet tous les mouvements et surtout le repos, est supporté sans la moindre douleur. Les bandes viennent-elles à se relâcher, il suffit de rapprocher l'extrémité scapulaire de l'acromion, et aussitôt l'attelle, convertie en levier du premier genre, ramène le fragment inférieur dans sa rectitude normale.

Le résultat a été complet, très satisfaisant. Sept jours ont suffi pour effacer la saillie et la déformation du membre.

Ce premier point obtenu, il a fallu combattre une semi-paralysie de la main et de l'avant-bras tuméfiés.

La main reste dans la pronation sans qu'il lui soit possible de revenir en supination, en même temps que les mouvements de flexion et d'extension des doigts sont très bornés et difficiles. — Douches sulfureuses, frictions stimulantes, sudorifiques, diurétiques. — Régime végétal.

Le 15 janvier, la main est encore énorme; les mouvements ont repris un peu plus d'amplitude; le refroidissement et l'insensibilité sont moindres; œdème. — Même régime.

Le 15 février, la supination commence à se faire; la main a retrouvé ses mouvements de flexion dans tous les sens. Extension plus facile des doigts; mais le colonel ne peut serrer la main. — Douches sulfureuses, électricité, qui détermine de vives douleurs sur les cordons nerveux; exercice des doigts.

Le 28, l'amélioration continue; moins de tuméfaction, sensibilité normale, coloration naturelle du membre. — On continue deux fois par semaine l'électricité et cela pendant un mois.

Le 15 mars, le bras fracturé est plus petit que l'autre, ainsi que la main; les mouvements sont plus faciles et plus étendus. — Pommade de strychnine sur l'avant-bras.

Le 8 mai, le colonel part pour les eaux de Bourbonne et revient quinze jours après complétement guéri.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS.

Eclampsie grave au huitième mois de la grossesse. Accouchement prématuré provoqué par les douches utérines. — Guérison;

Par M. le Dr Bourgeois (d'Amiens), à Tourcoing.

Elisa D..., femme d'un cultivateur; bonne constitution, tempérament nervoso-sanguin, réglée à seize ans, n'ayant jamais eu d'enfants, devint enceinte pour la première fois à l'âge de vingt-huit ans. Cette grossesse, qu'elle était loin de désirer, fut pour elle un sujet de tristesse et de désolation continuelles.

Pendant les quatre premiers mois de la grossesse, anorexie, malaises, vomissements fréquents, névralgie faciale intense. La crainte d'une mort prochaine la travaille toujours.

Elle était au huitième mois lorsqu'on vint, le 27 mai 1853, à sept heures du soir, me chercher en toute hâte. On me raconte qu'Elisa D... avait été prise le matin, à la suite d'une violente contrariété, d'une migraine très intense, accompagnée d'éblouissements, de tintements d'oreilles, de douleur épigastrique, et qu'elle venait de tomber sans connaissance.

Je trouvai la malade au milieu d'un accès d'éclampsie. Muscles de la face grimaçant et se contractant convulsivement; le globe de l'œil roulant dans son orbite, puis se fixant immobile; bras tournés en pronation et agités de secousses, respiration bruyante et irrégulière, face et cou congestionnés, écume sanguinolente à la bouche, facultés intellectuelles et sensoriales abolies; pouls plein, dur, à 80.

La femme reprend peu à peu connaissance. — Saignée de 500 grammes, sinapismes aux extrémités inférieures, affusions froides sur la tête.

Au bout d'un quart d'heure, nouvel accès.

Enfin, pendant toute la nuit il survient une dizaine d'accès, après lesquels la femme reste dans un coma profond dont rien ne peut la retirer.

Deux saignées furent encore pratiquées, une potion avec 40 centigr. d'émétique administrée, et 2 vésicatoires appliqués aux cuisses au moyen du marteau.

Le lendemain vers dix heures l'état d'Elisa D... était très alarmant; le coma se prolongeait, l'anesthésie restait complète; j'avais passé la nuit auprès de la malade. Le toucher vaginal, plusieurs fois pratiqué, n'avait pu faire reconnaître aucun commencement de travail; en effet, le col utérin était très élevé, un peu incliné en arrière, long de près d'un pouce et entièrement fermé. On ne pouvait plus entendre les battements de cœur de l'enfant.

La famille, désolée, me pressait d'agir. Il ne me restait plus qu'un moyen, c'était de tenter la déplétion prématurée de la matrice. Je me décidai, et j'eus recours aux douches utérines.

Je me servis d'un clyso-pompe ordinaire, et j'injectai dans l'espace d'un quart d'heure six à sept litres d'eau à la température de 40° centigrades.

Trois douches furent successivement administrées chacune à une heure d'intervalle.

Aussitôt après la quatrième, la main, appliquée sur l'abdomen, sentit un durcissement pierreux de la matrice, qui se renouvela quelques minutes plus tard.

La cinquième étant donnée, les contractions continuèrent. Le col était abaissé, effacé et légèrement ouvert.

Je n'hésite pas à répondre ce qui suit:

Nous avons affaire à une attaque d'apoplexie dont je ne puis préciser actuellement la cause; mais si Mme D... recouvre l'intégrité de ses fonctions, elle ne sera guérie qu'après un temps assez long: en tout cas, sa position est des plus graves.

La saignée étant indiquée, je la pratique large et abondante; je fais apposer des révulsifs sur les extrémités inférieures, puis après les autres soins accessoires indiqués. Je me retire.

Le lendemain matin, je retourne chez Mme D..., et la première personne que je rencontre sur pied, *c'est elle*; elle n'a plus de mal, et se trouve même mieux que les jours précédents.

Mme D... *était tombée pendant son sommeil; sa chute avait donné lieu à une commotion cérébrale*, et voilà tout.

Les erreurs de ce genre se rencontrent aussi dans les cas chirurgicaux. En voici un exemple.

Obs. II. — Mme H... est âgée de soixante-deux ans, elle est d'une bonne constitution. Ayant trébuché, elle tomba la paume de la main appuyée sur le bout d'une clef d'armoire qu'elle tenait alors; cette clef rencontra le sol par son anneau, et reçut la main, le bras et le corps, dont le poids, augmenté par l'effet de la chute, força la clef à entrer dans la main et à se loger entre le second et le troisième os du métacarpe, pour venir faire une forte saillie sous la peau de la face dorsale.

Appelé sur-le-champ, j'eus beaucoup de peine à extraire cette clef, qui se trouvait fortement serrée par les os.

Il résulta de cet accident une plaie très irrégulière, mâchée au plus haut degré; de plus, l'oxydation du corps que je venais d'extraire me portait à croire à l'imminence d'accidents inflammatoires graves, et en tout cas à une suppuration abondante.

Je fis part de mes prévisions aux assistants, recommandai le repos de la main, une application de sangsues à la première menace d'inflammation, des compresses d'eau froide souvent renouvelées, et je m'en fus, attendant les événements.

J'avais affaire à la plus indocile de toutes les malades; elle ne fit rien de ce que j'avais conseillé, travailla à peu près comme de coutume à sa besogne de fermière et négligea même de mettre un linge sur sa plaie, parce qu'il n'y avait pas eu d'effusion de sang à cause de l'attrition des parties.

Voyant cette incurie, et ne voulant pas être le complice de ses imprudences, je ne la revis qu'au bout de quatre jours; mais quel ne fut pas mon étonnement en la trouvant entièrement guérie!

Je craindrais d'abuser en continuant l'énumération de semblables exemples; je m'en tiendrai donc à ceux-ci pour le moment, me réservant de publier plus tard quelques confessions obstétricales qui ne seront peut-être pas dénuées d'intérêt pour certains de nos bienveillants confrères toujours disposés à écouter avec indulgence les relations véridiques et les utiles aveux.

Dr Amédée Joux.

Deux douches furent encore administrées dans l'espace d'une heure.

Le travail fut accéléré par la ponction des membranes, les frictions sur le col, et une application de forceps le termina vers six heures du soir (24 heures après le début de la maladie) en amenant un enfant mort.

Il fut très remarquable de voir le changement favorable survenu chez la malade aussitôt que le travail fut commencé. Les convulsions cessèrent, et Elisa D... reprit un instant ses sens; cependant ce ne fut qu'une heure après sa délivrance qu'elle fut retirée de sa somnolence.

Pendant la nuit, la malade resta plongée dans une grande prostration, indifférente à tout, ne sachant ce qui s'était passé, ne voulant pas croire à son accouchement.

De jour en jour son état s'améliora; l'intelligence, la mémoire, altérées plusieurs jours, revinrent complétement. Au bout de trois semaines, Elisa D... était bien rétablie.

Il est pour moi bien évident que, sans son accouchement prématuré artificiel, ma malade aurait succombé. Pour provoquer la parturition, il n'y avait pas de moyen plus sûr, plus prompt, plus inoffensif que les douches utérines.

PHTHISIE TUBERCULEUSE.

Caverne ouverte spontanément à l'extérieur.

Le docteur Charles Saurel a dernièrement communiqué à la *Revue thérapeutique du Midi* le fait suivant, qui offre de l'intérêt:

En avril 1852, l'auteur fut appelé auprès d'un phthisique âgé de dix-sept ans, qui paraissait en avoir douze au plus, et déjà arrivé au dernier degré du marasme et de la colliquation diarrhéique. Il était particulièrement épuisé par des sueurs nocturnes extrêmement abondantes, une expectoration caractéristique très copieuse et des vomissements très fréquents après les repas, liés d'ailleurs à l'expectoration.

Sur le côté droit, en dehors et un peu en dessous du mamelon, existait un empâtement assez considérable, d'un diamètre à peu près uniforme, embrassant dans son étendue quatre à cinq côtes. Dans la partie correspondante du poumon droit se trouvait une vaste caverne. Une fistule finit par s'ouvrir dans cet empâtement, puis une seconde, une troisième, et ainsi de suite jusqu'à huit. L'air était expiré et inspiré par ces ouvertures. Durant les expirations, il s'échappait avec un bruit rappelant celui du mirliton. Pendant l'inspiration, on n'entendait qu'un bruit de gargouillement.

Peu à peu toute la matière de la suppuration prit son cours par les ouvertures fistuleuses; les aliments ne furent plus vomis (mais la diarrhée resta la même); le sommeil, précédemment interrompu, souvent et longtemps, par les quintes de toux et le besoin d'expectorer, revint; l'enfant ne toussa plus, ne sua plus. Cependant il s'écoulait toujours par les ouvertures fistuleuses une quantité énorme de matière. Ce malade vécut sept à huit semaines après l'ouverture de la première fistule. Sa mort offrit encore une particularité remarquable: le râle trachéal s'étant établi, la vie fut encore maintenue quelque temps par l'accès dans la poitrine de l'air à travers les fistules; elle ne cessa que lorsqu'elles furent engorgées à leur tour.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Prurit de la vulve. — Pommade opiacée et résolutive au chloroforme.

Le prurit de la vulve est une maladie si souvent rebelle, qu'un nouveau moyen comme celui que M. Vaneedem vient de faire connaître dans les *Annales médicales de la Flandre occidentale* n'est pas à dédaigner.

Une femme de quarante ans, enceinte pour la cinquième fois, était fort tourmentée par un prurit de la vulve, qui s'était déjà montré dans une grossesse précédente. Les moyens ordinairement employés en pareil cas restèrent sans effet, ou ne procurèrent qu'un soulagement momentané. Ce prurit alternait avec un eczéma de l'oreille, qui lui causait aussi des démangeaisons insupportables. M. Vaneedem en obtint la guérison définitive en donnant à l'intérieur une poudre composée de soufre doré d'antimoine, de fleur de soufre et de poudre de racine de réglisse. En même temps, il frictionnait les parties qui étaient le siége de la démangeaison avec la pommade suivante:

Fleur de soufre.	8,00
Sous-borate de soude.	4,00
Onguent simple.	30,00
Huile d'olive.	Q. S.
Acétate de morphine.	0,50
Chloroforme.	4,00

F. S. A. une pommade.

Emploi du sulfure noir de mercure contre la teigne.

M. Faivre d'Esnans a traité avec un succès remarquablement prompt un grand nombre de teigneux par les moyens suivants:

1° Couper les cheveux restants le plus près possible, et enduire les pustules deux fois par jour avec du *beurre brûlé*, c'est-à-dire roussi dans un poêlon de fer;

2° Nettoyer la tête avec une décoction de son soir et matin, et employer ces deux moyens jusqu'à ce que le cuir chevelu soit à nu et débarrassé des croûtes qui le couvrent;

3° A cette époque, faire des onctions avec un mélange de huit parties d'axonge et d'une de sulfure noir de mercure, deux fois par jour, et recouvrir la tête d'une demi-vessie de porc ou d'un bonnet de toile cirée; nettoyer tous les deux jours avec la décoction de son ou une légère dissolution de savon.

(*Journ. de méd. et de chir. prat.*)

Des ventouses sèches sur l'abdomen dans les coliques nerveuses.

Les coliques dont il est ici question simulent à s'y méprendre une péritonite intense; les douleurs sont intolérables; l'abdomen est tendu, le pouls inégal, petit, nerveux; il y a quelquefois des vomissements.

Cette entéralgie se distingue néanmoins de la péritonite par l'invasion brusque de la douleur, par le peu de sensibilité du ventre à la pression et par l'apparence nerveuse de l'ensemble des symptômes. Or, suivant M. Sandras, rien n'arrête plus efficacement ces coliques que l'application de trois ou quatre ventouses sèches sur le ventre. (*Rev. de thérap.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 11 octobre 1853. — Présidence de M. NACQUART.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Documents relatifs au choléra. — M. le ministre du commerce transmet les documents parvenus à son administration à la suite de l'enquête qui avait été prescrite dans les départements sur l'épidémie de choléra de 1849, d'après un programme donné par le comité d'hygiène publique. (Commission du choléra.)

Epidémies de 1852 dans les départements du nord. — Le même ministre transmet les rapports des médecins des épidémies des départements du nord sur les épidémies qui ont été observées dans ces départements pendant l'année 1852. (Commission des épidémies.)

Remède contre l'hydrophobie. — Le même ministre soumet à l'examen de l'Académie la recette d'un remède contre l'hydrophobie. (Commission des remèdes secrets et nouveaux.)

Vaccinations. — M. le docteur Thouvenin adresse le rapport des vaccinations faites dans le département du Nord pendant l'année 1852. (Commission de vaccine.)

Corps osseux mobile dans l'articulation du genou. — M. Pingrenon, médecin principal à l'hôpital militaire de Dunkerque, adresse une observation de chirurgie. Il s'agit d'un corps osseux mobile, pédiculé, à la région antérieure externe de l'articulation du genou gauche, pouvant être rapporté, suivant l'auteur, au décollement d'une épiphyse anormale ou à la rupture d'une portion de la tubérosité externe du tibia pendant une chute. (Commissaires: MM. Larrey, Huguier et Robert.)

Marche du choléra à Mostaganem en 1851. — M. Pingrenon adresse une seconde communication relative à la marche du choléra dans la subdivision de Mostaganem (Algérie) depuis son invasion jusqu'à sa terminaison en 1851. (Commission du choléra.)

Iode. — M. Duroy, pharmacien, adresse un travail intitulé *Expériences et considérations nouvelles pour servir à l'histoire thérapeutique de l'iode.* (Commissaires; MM. Chatin et Gibert.)

Candidature au titre de correspondant. — M. Plouviez (de Lille) adresse l'énumération de ses titres scientifiques à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant. (Commission des correspondants.)

Embaumement et conservation des cadavres. — M. Falconi, chimiste, adresse sur ce sujet la lettre suivante:

« Monsieur le président, en adoptant les conclusions du rapport rédigé par MM. Blandin, Caventou, Londe, Orfila et Poiseuille, l'Académie réalisa, en 1847, un progrès considérable pour la pratique des embaumements.

» Mais, quelle que soit l'importance de l'application des substances conservatrices à l'embaumement des corps, cette importance est bien autrement grande lorsqu'il s'agit de conserver les substances animales pour aider aux recherches de l'anatomie, pour en faciliter les démonstrations, pour conserver les pièces pathologiques à l'étude permanente des observateurs sans qu'elles soient exposées à s'altérer, sans que leur fétidité puisse repousser l'anatomiste, et sans que les instruments puissent être détériorés. C'est là le but essentiel que doivent se proposer ceux qui font une étude spéciale de cette importante branche de la chimie.

» Or, à ce point de vue, le rapport de 1847, qui, même dans la question des embaumements, ne pouvait, tant s'en faut, être considéré comme l'apogée de la science, laissait énormément à désirer.

» En effet, les systèmes de conservation indiqués ou examinés dans ce rapport, ou ne furent pas suivis dans leur application aux dissections, ou, s'ils le furent, ne produisirent que des résultats bien peu avantageux pour l'étude de l'anatomie; car, jusqu'ici, les cadavres destinés aux dissections, soit à l'Ecole pratique, soit à l'Ecole anatomique des hôpitaux, ne peuvent se conserver que de quinze à vingt jours; et les préparations qu'on voudrait conserver subissent toutes les altérations auxquelles elles ont toujours été sujettes; d'où l'on peut conclure avec grande apparence de raison que les embaumements pratiqués par les mêmes systèmes n'empêchent pas les corps de se décomposer dans un délai plus ou moins long, selon les circonstances, mais toujours dans un délai relativement trop court pour satisfaire aux sentiments pieux des personnes qui les font pratiquer.

» Lorsque les questions traitées dans le rapport de 1847 se discutaient en France, je m'étais déjà livré en Italie à des expériences qui m'avaient conduit aux plus beaux résultats, comme le prouvent les attestations et le rapport du professeur Tomati et des membres du Collége des médecins, Minaglia, Ageno, Dessegri, etc., et des professeurs Dagna, Platner, Scarengio, di Cattanei di Momo et Panizza, mais qui toutefois ne me parurent point suffisamment nombreuses pour être communiquées à l'Académie de France.

» Depuis cette époque, j'ai répété et considérablement multiplié mes expériences; j'ai conservé beaucoup de pièces anatomiques, j'ai fait beaucoup d'embaumements en Italie et même en France, et il m'est aujourd'hui démontré que la supériorité de mon procédé constitue un progrès signalé sur tout ce qui se pratique aujourd'hui.

» C'est cette conviction, monsieur le président, que je désire vivement faire partager à l'Académie.

» J'ai donc l'honneur de vous demander de vouloir bien nommer une commission pour faire toutes les recherches propres à résoudre les diverses questions de conservation des corps, pour reprendre, en un mot, ces questions au point où les a laissées le rapport de 1847; je m'estimerai heureux de me mettre à sa disposition, et de lui fournir tous les éléments qui lui permettront d'apprécier la valeur de mon procédé et de rendre un jugement motivé.

» Ci joint un flacon du liquide que j'emploie par les deux méthodes généralement usitées de l'injection et de l'immersion. »

La lettre et le flacon adressés par M. Falconi sont renvoyés à l'examen d'une commission composée de MM. Chevallier, Caventou, Londe et Poiseuille.

Syphilis. — M. Ricord demande la parole à l'occasion du procès-verbal:

Dans la dernière séance, mon nom a été invoqué ici; on a rappelé que j'avais protesté dans le temps, en faisant mes réserves à cet égard, contre une opinion émise par M. Gibert. L'opinion qui m'a été prêtée, par erreur sans doute, est tellement différente de ce que je pense et de ce que je professe en réalité, que je ne puis me dispenser de venir exposer en quelques mots mon opinion sur le sujet en question. Il s'agit de la syphilis latente. L'honorable M. Moreau me fait dire que je n'admets pas la syphilis latente. Il faut que M. Moreau ait été induit en erreur par quelque compte rendu infidèle; car, non-seulement j'admets la syphilis latente, mais je vais plus loin encore, et j'admets qu'une fois la diathèse syphilitique acquise, elle ne s'éteint jamais complétement et peut de loin en loin produire ses manifestations, sans qu'il soit besoin de recourir pour les expliquer à de nouvelles infections. De là cette règle que j'ai formulée, que la diathèse syphilitique ne se double pas et que l'évolution de la syphilis ne se recommence jamais. Depuis douze ou quinze ans que j'ai cherché à reproduire l'évolution complète de la syphilis, je n'ai jamais pu y réussir. Ce que l'on prend pour une manifestation nouvelle n'est que la suite, que le développement successif des évolutions que suit fatalement la syphilis une fois développée. Ainsi, il est bien entendu que j'admets, une fois l'infection faite, la persistance de la diathèse syphilitique avec les apparences de la santé et se traduisant par des retours d'accidents plus ou moins éloignés. J'ai vu des exemples de ces explosions après plus de quarante ans d'infection; j'ai vu notamment un malade qui m'a présenté, en 1848 ou 1849, des accidents tertiaires, et chez lequel les accidents primitifs remontaient à 1804. C'est donc là un fait bien établi qu'on a la vérole longtemps, si même on ne l'a pas toujours. (M. ROUX. Mais c'est là une doctrine désespérante. — M. RICORD. Je répondrai tout à l'heure à cet égard à M. ROUX.)

Ce qui a pu donner lieu à une confusion, peut-être, de la part de quelques personnes, c'est cet autre point de doctrine que j'ai soutenu ici et que je soutiens plus que jamais aujourd'hui, savoir: qu'un accident primitif étant survenu, si aucun traitement n'intervient, il ne se passera pas six mois sans que les symptômes d'infection se manifestent, du moins sous notre climat, car je ne parle que d'après les faits que j'ai vus. Je dis six mois, je pourrais dire moins, car c'est constamment dans un délai plus court que se manifestent les symptômes secondaires; mais je veux être généreux, j'accorderai six mois de plus si l'on veut; j'irai jusqu'à un an. Je le répète donc, un accident primitif étant bien diagnostiqué, et non traité, s'entend, vous ne passerez jamais six mois sans que les symptômes consécutifs se produisent. Je convie les plus incrédules à venir s'assurer de l'exactitude de ce fait à l'hôpital du Midi. Que si un traitement intervient, il rompra les chaînons de la maladie, et alors la manifestation ultérieure pourra être retardée plus ou moins longtemps, car le traitement le mieux dirigé n'empêche pas toujours les manifestations ultérieures; le plus souvent il ne fait que les retarder, les éloigner.

Voilà ce que l'observation nous apprend: accidents primitifs non traités, manifestation forcée dans une limite rapprochée et qui ne dépasse jamais six mois; accidents traités, manifestation beaucoup plus tardive et à des termes indéfinis. C'est là, pour répondre à l'interpellation de M. Roux, une doctrine de sécurité et d'assurance, car elle vous avertit que, si vous laissez marcher la syphilis primitive, vous avez la certitude d'une infection dont les premiers symptômes se manifesteront dans une limite donnée. La syphilis, en un mot, comme les autres maladies infectantes, a son terme d'évolution et de manifestation.

Quant aux faits de manifestation tardive que l'on croit devoir rapporter à des accidents primitifs remontant à une date ancienne, il faut en chercher l'origine beaucoup plus loin. C'est dans l'hérédité qu'on la trouvera. J'ai vu un jeune homme de dix-sept ans qui n'avait pu contracter la vérole et chez qui se sont produits des symptômes tertiaires; j'ai devers moi des faits qui prouvent que des manifestations de syphilis héréditaire ont eu lieu à trente et même à quarante ans. Supposez que ces individus-là eussent eu une blennorrhagie; à coup sûr on n'eût pas manqué d'y voir l'origine des accidents constitutionnels.

Ainsi, pour me résumer sur ce premier point, j'admets la syphilis larvée, la diathèse syphilitique persistant des années, toute la vie, et pouvant se manifester à des intervalles plus ou moins éloignés; mais je n'admets pas que des accidents primitifs puissent produire des accidents consécutifs au delà du terme que j'ai indiqué.

J'arrive à un autre point: l'action des eaux minérales sulfureuses. On m'a fait dire que j'envoyais mes malades aux eaux sulfureuses pour savoir s'ils étaient guéris ou non; cela est parfaitement inexact. Je ne nie pas que les eaux sulfureuses ne puissent servir de pierre de

touche, qu'elles donnent à l'économie un coup de fouet capable de lui faire révéler le germe syphilitique qu'elle recélait profondément; mais ce n'est pas dans ce but que j'envoie mes malades aux eaux sulfureuses : j'y ai recours comme le font tous les médecins, comme adjuvant du traitement et pour remplir certaines indications que je n'ai pas besoin de formuler ici.

Un mot à propos du sublimé corrosif. J'ai entendu de la part de mon ancien maître M. Lagneau une proposition qui m'a surpris. Je suis à cet égard de l'avis de M. Velpeau; j'ai vu des sujets traités avec le sublimé par d'autres que moi présenter des accidents très graves : chez l'un c'était une destruction de la moitié de la langue, chez un autre une perforation de la joue. Je me rappelle notamment un jeune homme qui avait une nécrose du frontal. Le sublimé fait donc parfaitement saliver comme les autres préparations mercurielles; mais je dois me hâter d'ajouter qu'on prévient aisément cet accident par la prudence dans l'administration de cet agent. C'est une question de tolérance de la part des malades et de prudence et de mesure de la part du médecin. Je suis du reste de l'avis de M. Gibert à l'égard de l'espèce d'échelle qu'il a pu établir sous ce rapport entre les différentes préparations mercurielles; il y en a qui font saliver plus que d'autres. Ainsi, le proto-iodure de mercure fait saliver plus vite que le sublimé; l'onguent mercuriel plus que toute autre préparation, etc. Mais quand on sait user de toutes ces préparations avec mesure, on prévient également tous ces accidents.

M. Gibert avait témoigné son étonnement dans la dernière séance de ce qu'on rappelait la protestation de M. Ricord contre le fait de l'existence de la syphilis larvée; il n'est pas moins étonné aujourd'hui en apprenant de la bouche même de M. Ricord qu'il croit avec tout le monde à la syphilis larvée. Cependant certains journaux de médecine qui passent pour être ses organes officieux, ou même officiels, lui font dire journellement le contraire. Comment concilier ces contradictions?

M. Ricord. Il en est de cela comme de l'usage qu'on me prête des eaux sulfureuses; c'est une fausse interprétation.

M. Gibert. En ce qui regarde les eaux sulfureuses, je n'ai prêté à M. Ricord aucune opinion, je n'ai fait que répéter ce qui est dans le mémoire de M. Pégot.

M. Ferrus. On m'a prêté une opinion qui n'est pas tout à fait la mienne. Je n'ai pas dit que le sublimé ne faisait jamais saliver, mais seulement qu'il faisait plus difficilement saliver que les autres préparations mercurielles.

M. Moreau. Je suis heureux d'avoir appelé M. Ricord à la tribune. J'ai d'autant plus sujet de m'en féliciter qu'on avait presque tourné en ridicule ce que j'avais dit dans le temps des parents qui, bien que n'ayant actuellement aucune manifestation syphilitique, avaient transmis la syphilis à leurs enfants, et que tout ce que vient de dire M. Ricord ne fait que confirmer mon opinion à cet égard.

M. Roux. Il est indubitable, il est incontestable que le sublimé corrosif, avec quelque mesure qu'on l'administre, détermine la salivation. Mais je suis préoccupé d'une autre idée, c'est qu'il m'a toujours semblé que les accidents syphilitiques n'étaient attaquables par les agents spécifiques qu'autant qu'ils sont actuels, patents. Lorsqu'ils sont cachés, larvés, comme on le dit, le traitement échoue et ne saurait en prévenir les manifestations ultérieures. Je les comparerai volontiers à ces larrons qu'on ne peut saisir tant qu'ils se tiennent cachés dans leurs cavernes, et qu'on arrête aussitôt qu'ils en sortent.

Il me semble que M. Ricord a prononcé des paroles qui seraient désespérantes si elles étaient vraies. Je ne voudrais pas qu'on leur donnât du retentissement au dehors de cette enceinte; car si l'on venait à apprendre, dans le monde, que personne n'est sûr, une fois atteint de la syphilis, d'en être délivré à tout jamais, ce serait jeter la crainte et le désespoir dans les esprits. Il nous est arrivé souvent de dire, dans nos leçons, qu'il n'y avait pas prescription à l'égard du virus syphilitique, mais nous n'entendions pas dire par là que cette prescription fût indéfinie.

M. Velpeau. M. Ricord a soulevé plusieurs questions. Je veux protester contre une assertion très absolue; à savoir, que la syphilis primitive infectante sera suivie des phénomènes consécutifs dans une limite de six mois; et par une sorte de générosité, il pousse cette limite jusqu'à un an. C'est là, à mes yeux, une erreur grave et dangereuse.

Un chancre induré, celui que l'on considère comme infectant, peut n'être pas suivi d'accidents consécutifs alors même qu'il n'est point traité. M. Ricord nous défie de lui démontrer le contraire de ses propositions; mais ce n'est pas avec des défis qu'on fait de la science.

Un individu a une gonorrhée; au bout d'un an ou plus il survient des accidents secondaires, et dans l'intervalle il n'a pas eu autre chose. M. Ricord répond à cela, qu'en savez-vous? Et s'il lui est démontré qu'il n'y a eu effectivement aucune infection nouvelle, il se rejette sur l'hérédité. Ainsi, un individu ayant eu une gonorrhée, et qui, vingt, trente, quarante ans après, est pris d'accidents secondaires, ce ne sera point à la gonorrhée qu'il faudra faire remonter ces accidents, mais à l'hérédité. Et pourquoi cela?

Lorsque, déjà avancés dans la carrière, nous voyons des individus que nous avions vus il y a vingt, trente ans atteints de blennorrhagie, revenir avec des accidents consécutifs, je dis que lorsque des faits semblables se renouvellent souvent, on ne peut se refuser à voir là une relation évidente. Quant à la démonstration que M. Ricord prétend nous faire en nous faisant suivre ses malades, mais c'est une démonstration impossible à faire; il faudrait suivre tous les malades pendant toutes les évolutions de la maladie; évidemment vous ne le pourrez pas. C'est une expérience qui n'est pas faisable. Cette expérience est faite d'ailleurs, et j'en appelle à cet égard à la conviction de tous les praticiens.

M. Gibert. En répondant tout à l'heure à une question personnelle, je me suis réservé de revenir sur la question de fond. Un mot seulement sur le fait que vient de relever avec tant de raison M. Velpeau. M. Ricord doit voir par lui-même maintenant combien la crédulité est un mauvais argument. Que de ridicule n'a-t-on pas jeté sur nous dans le temps pour avoir cru à la manifestation de la syphilis latente! Aujourd'hui voilà M. Ricord qui va beaucoup plus loin que nous à cet égard et qui ne fait aucune difficulté d'admettre que la syphilis héréditaire puisse ne se manifester qu'au bout de trente ou quarante ans. Assez sur ce point-là.

M. Ricord, au sujet de la blennorrhagie, à laquelle il persiste à refuser la propriété infectante, revient de nouveau sur le chancre urétral. Mais qu'en savez-vous? lui dirai-je à mon tour. J'ai répondu dans le temps à cette assertion de M. Ricord, et cet argument me paraît bon encore aujourd'hui, qu'il n'est pas rare de voir des chancres occuper l'orifice du canal et sans qu'il y eût blennorrhagie. Il serait, ce me semble, bien extraordinaire que le chancre de l'intérieur du canal donnât lieu à la blennorrhagie, tandis que le chancre du méat ne la produirait pas.

Enfin, M. Ricord ne croit pas, ne veut pas que la blennorrhagie puisse donner lieu à l'infection syphilitique. J'ai rapporté dans le temps l'histoire d'un médecin atteint de syphilide, qui me disait : « Je ne puis pas avoir une syphilide, puisque je n'ai eu qu'une blennorrhagie. » Sa syphilide n'en était pas moins réelle, et il en a heureusement guéri par l'usage du sirop de deuto-iodure de mercure; mais j'ignore s'il a guéri de son erreur. J'en doute, car c'est plus difficile.

M. Lagneau persiste dans l'opinion qu'il a émise dans la dernière séance relativement au sublimé corrosif, savoir, qu'en général le sublimé produit excessivement peu de cas de salivation, relativement aux autres préparations mercurielles; c'est, sous ce rapport, la plus inoffensive. J'ai toujours observé, dit M. Lagneau, que, quelle qu'ait été la susceptibilité des sujets à l'action du mercure, le sublimé n'a jamais produit la salivation entre mes mains. Je livre cela à la méditation des praticiens.

M. Ricord répond à M. Roux, quelque pénible que lui soit cet aveu, qu'il a vu des récidives, des répétitions en si grand nombre, quel qu'ait été le traitement employé, et à des termes si variables et si éloignés parfois, qu'il n'a pu s'empêcher d'en conclure que la guérison radicale, la guérison complète était excessivement rare. Je crois à la guérison, dit-il, je veux y croire, mais avec des éléments autres que ceux que m'a fournis jusqu'ici l'observation. Rien n'est donc plus vrai, plus réel malheureusement que l'existence latente de la syphilis et que la durée presque indéfinie de cette disposition. Les remèdes peuvent l'éloigner pour plus ou moins longtemps, mais ils l'éteignent rarement d'une manière complète. Mais M. Velpeau, qui comme nous tous admet des accidents tardifs, ne nous a point dit si c'était après ou sans traitement; c'était là cependant le point essentiel. Enfin M. Velpeau, qui croit à l'infection par la blennorrhagie, traite-t-il la blennorrhagie par le mercure? Non, il la traite par le copahu, et cependant, s'il était conséquent avec lui-même, il devrait la traiter par les moyens spécifiques. Pour moi, si j'avais la même conviction que M. Velpeau, je ne laisserais pas passer un seul blennorrhagique sans le saturer de mercure. Mais non, il n'y en a pas un sur 100, un sur 1,000 qui soit dans ce cas...

M. Bégin (interrompant M. Ricord). On semble toujours faire de la syphilis une histoire uniforme; on ne tient pas assez compte, à mon avis, des différences individuelles et des tempéraments. Pour moi, j'ai vu souvent dans ma carrière militaire de ces sujets qui avaient une aptitude telle qu'on pouvait les considérer d'avance comme voués à toutes les conséquences fatales de l'évolution de la syphilis, quoi qu'on pût faire pour l'arrêter. Ce sont de ces sujets qui prennent la vérole en regardant une femme pour ainsi dire, et qui, une fois infectés, ne peuvent plus s'en débarrasser; il en est d'autres, au contraire, qui semblent jouir à cet égard d'une immunité presque complète. Il faut, à ce qu'il me semble, grandement tenir compte de ces différences.

M. Ricord reprend. Je répondrai tout à l'heure à M. Bégin. Je continue : M. Gibert n'a pas vu, il n'a pas voulu voir le chancre urétral, et parce qu'il ne l'a pas vu, il le nie. C'est là une singulière manière de raisonner. Moi qui l'ai beaucoup cherché, je l'ai vu, vu souvent, et je puis affirmer par conséquent que je suis sûr de son existence, et que je me fais fort de diagnostiquer sans crainte de me tromper la blennorrhagie urétrale infectante et la blennorrhagie non infectante.

M. Cazeaux. Comment les diagnostiquez-vous? par l'inoculation?

M. Ricord. Oui, par l'inoculation; c'est le moyen le plus infaillible, mais aussi par la symptomatologie. M. Gibert a cru me faire une objection puissante en me disant : Le chancre urétral siége là où siége habituellement la blennorrhagie; comment se fait-il qu'il n'y ait pas toujours un écoulement quand il y a un chancre du canal? Je réponds à M. Gibert : La blennorrhagie n'est pas le symptôme obligé du chancre; la blennorrhagie chancreuse est le plus souvent des plus simples; à peine y a-t-il exsudation de quelques gouttes de pus, et il n'y a ordinairement que peu de douleurs, de sorte qu'au premier abord on serait disposé à la considérer comme une blennorrhagie bénigne. Cullerier, tout en en méconnaissant l'origine, avait parfaitement bien décrit cette blennorrhagie. Aussi disait-il : Défiez-vous de ces blennorrhagies peu abondantes et indolentes, ce sont souvent les plus graves et les plus difficiles à guérir.

M. Ricord répond à M. Bégin que certainement il y a des aptitudes spéciales par rapport au virus syphilitique, comme il en existe pour d'autres virus; il l'a constaté bien souvent lui-même. Mais peut-on reconnaître *à priori* ces aptitudes? Voilà ce qu'il serait important de connaître; or je défie, ajoute-t-il, soit qu'on prenne en considération le tempérament, la constitution, l'âge des sujets, je défie que l'on arrive jamais à découvrir les caractères de ces aptitudes spéciales. On ne peut pas plus les prévoir qu'on ne le prévoit pour la variole ou la vaccine.

La discussion est close.

— La séance est levée à cinq heures passées.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 10 octobre 1853. — Présidence de M. Duperrey.

Incision et excision des valvules, bourrelets et tumeurs du col de la vessie. — M. Le Roy-d'Etiolles adresse à l'Académie le numéro du 14 février 1832 de la *Gazette des Hôpitaux*, dans lequel M. le docteur Guillon dit avoir publié les procédés de l'incision et de l'excision des valvules, bourrelets et tumeurs du col de la vessie. M. Le Roy-d'Etiolles assure, et M. le secrétaire perpétuel a pu le vérifier, que, dans cette note, il n'y a pas un seul mot qui ait trait au col de la vessie et aux procédés en question. Il demande que la commission fasse justice de ces réclamations sans fondements.

CORRESPONDANCE.

A M. le Rédacteur de la Gazette des Hôpitaux.

Paris, le 8 octobre 1853.

Mon cher confrère,

La *Gazette médicale* du 5 novembre 1846 a publié par extrait une communication que j'avais eu l'honneur de faire à l'Académie de médecine (séance du 27 octobre 1847) sur le *traitement local de la leucorrhée.* Dans cette note, se trouve exposé un mode d'application du nitrate d'argent au traitement de cette maladie, procédé qui me paraît avoir la plus grande analogie avec celui que M. Debeney a nommé *badigeonnage* dans la communication qu'il vient de faire à la même Académie (séance du 4 octobre courant). C'est qu'en effet, en introduisant dans le vagin le doigt indicateur chargé d'une pommade au nitrate d'argent, renfermée dans une mousseline qui la laisse facilement échapper, on peut la promener sur toute l'étendue de la muqueuse vaginale, qui se déploie sous la pression du doigt, et dont aucun point, de cette façon, n'échappe à l'action du médicament.

Agréez, mon cher confrère, etc. A. Legrand, d.-m.-p.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

MM. Cazeneuve, directeur de l'Ecole préparatoire de Lille; Evrard, médecin du lycée de St-Omer, et Musard, médecin du bureau de bienfaisance de la même ville, viennent d'être nommés chevaliers de la Légion d'honneur.

— M. le docteur Conneau, premier médecin de l'Empereur, a passé par Marseille, se rendant en Corse.

— M. le préfet de police vient de publier une ordonnance défendant la vente des fruits, et surtout des raisins verts. C'est une fort bonne mesure.

— La distribution des prix et des diplômes aux élèves de l'Ecole vétérinaire d'Alfort a eu lieu le 11 octobre.

— Le ministre du commerce, de l'agriculture et des travaux publics vient d'adresser une circulaire à tous les préfets pour les inviter à interdire l'usage des tuyaux de plomb, de cuivre ou de zinc dans les brasseries et dans les maisons de détail, la bière pouvant acquérir des propriétés toxiques par suite de son contact avec le plomb.

— On lit dans la correspondance de Berlin : « Le docteur Lélut, médecin français distingué, est arrivé ici pour examiner les principales maisons d'aliénés, etc. Le ministre des cultes a donné l'ordre de le traiter avec la plus grande prévenance. »

— Parmi les victimes du choléra à Newcastle, nous avons la douleur d'enregistrer les noms de deux de nos confrères, MM. Ivons et Malcombe, qui ont succombé aux longues fatigues inséparables de l'exercice de la profession médicale en temps d'épidémie.

— Ce matin, avec la sanction des évêques de Londres et de Winchester, il a été dit des prières spéciales dans les diverses églises et chapelles de Londres par suite de la réapparition du choléra. On prie en grâce le Tout-Puissant d'*écarter entièrement* le choléra de la capitale. (*Globe.*)

— Des prières contre le choléra ont été dites dans toutes les églises catholiques de l'archidiocèse de Dublin dimanche dernier. Ces prières seront continuées. (*Morning Advertiser.*)

— Le typhus et la fièvre jaune se sont déclarés à Venezuela (Amérique du sud).

— L'Académie médico-chirurgicale de Ferrare, qui avait mis au concours, pour 1851, la question de la *scrofule*, a décidé qu'elle ne donnerait pas de premier prix. Une mention honorable a été décernée à M. le docteur G. Schoulau (de Stettin).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité thérapeutique du quinquina et de ses préparations, par M. P. Briquet, médecin de l'hôpital de la Charité. — Un vol. in-8°. Chez Victor Masson, place de l'Ecole-de-Médecine. Prix : 7 fr.

Cours de Physiologie fait à la Faculté de médecine de Paris par P. Bérard, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Paris, inspecteur général des Facultés et des Écoles secondaires de médecine de France, membre du conseil supérieur de l'instruction publique, chirurgien honoraire des hôpitaux, président des jurys médicaux, officier de la Légion-d'Honneur, etc. — Les livraisons 28 et 29, qui complètent le tome III°, viennent de paraître. Prix de chaque livraison : 1 fr.

Névrologie, ou description et iconographie du système nerveux et des organes des sens de l'homme avec leur mode de préparation; par MM. Ludovic Hirschfeld, docteur en médecine de la Faculté de Paris, et J.-B. Léveillé, dessinateur. Paris, 1853, 10° livraison. In-4°, figures noires, 5 fr.; fig. coloriées, 10 fr. L'ouvrage complet, comprenant 368 pages et 92 planches, fig. noires, 50 fr.; fig. coloriés, 100 fr. — A Paris, chez J.-B. Baillière, rue Hautefeuille, 19.

De la spécificité dans les inflammations et des modifications qu'elle apporte au traitement; par le docteur Alex. Mayer, rédacteur en chef de la *Presse médicale*, membre correspondant de l'Académie royale de médecine de Madrid, de la Société de médecine pratique et de la Société médico-pratique de Paris, etc., — Paris, au bureau de la *Presse médicale*. — 1853. In-8° de 40 pages.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 122. — SAMEDI 15 OCTOBRE 1853. (26ᵉ ANNÉE.) N° 122. — SAMEDI 15 OCTOBRE 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Pays	Durée	Prix
Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	Trois mois	8 fr. 50 c.
	Six mois	16 »
	Un an	30 »
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	Trois mois	9 fr.
	Six mois	17
	Un an	33
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	Trois mois	10 fr.
	Six mois	20
	Un an	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

SOMMAIRE. — Paris. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Nouveau spéculum oris. — Hydropisie chronique considérable. Cécité sans lésion des couches optiques. — Traitement abortif de la phlébite par les vésicatoires volants. — Entérite cholériforme chez les enfants. — Contraction permanente du cubital antérieur. Section du tendon. Guérison. — Fistule lacrymale guérie par l'iodure de potassium. — Fracture non consolidée de l'humérus guérie par le séton. — HÔPITAL SAINT-ANDRÉ DE BORDEAUX (M. Soulé). Du perchlorure de fer appliqué à la cure des tumeurs anévrismales. Deux cas d'injection de cette substance pour lesquels il a été nécessaire de recourir à d'autres moyens chirurgicaux. — De l'absorption par la peau dans le bain. — Blessure de l'artère iliaque interne, faite par un instrument destiné à provoquer l'avortement. — Jurisprudence pharmaceutique. — Chronique et nouvelles.

PARIS, LE 14 OCTOBRE 1853.

La *Gazette des Hôpitaux* vient d'être l'objet d'un acte de munificence que nous croyons sans exemple dans les annales de la presse périodique. Cet acte, nous le disons avec une émotion profonde, nous honore autant qu'il honore le respectable confrère qui l'a accompli; il met le sceau aux nombreux témoignages de sympathie que notre journal a reçus du corps médical depuis vingt-cinq ans.

Notre honorable confrère a compris comme nous que le tableau fidèle des leçons et des faits cliniques des hôpitaux est la source d'instruction la plus féconde et la plus sûre. Ce mode de rédaction nous a donné successivement pour collaborateurs les Boyer, les Broussais, les Dupuytren, les Lisfranc, comme il nous donne actuellement tous les praticiens et les professeurs les plus éminents. Nous ajouterons seulement que plus l'approbation que nous recevons est éclatante, plus elle nous impose de devoirs. Ces devoirs consistent surtout dans l'amélioration progressive de notre rédaction par la coopération de collaborateurs distingués et capables, soit de nous donner des travaux originaux importants, soit de reproduire avec talent et fidélité les travaux, les idées, les opinions des maîtres. Nous sommes en mesure d'assurer que nous n'y faillirons pas.

Voici en quels termes est conçu l'acte de donation de notre respectable et trop modeste confrère :

« Abonné depuis plus de vingt-cinq ans à la *Gazette des Hôpitaux*, toujours accueilli favorablement dans ses colonnes quand j'ai eu dans ma pratique quelque fait intéressant à faire connaître, j'ai fini par me considérer comme un de ses fondateurs; et en ce moment où, après une vie très laborieuse, je vais jouir du repos, je veux lui donner un témoignage public de ma reconnaissance et faire en même temps une chose qui sera utile à mes confrères, car je n'oublierai jamais que j'ai dû à ce Journal, autant peut-être qu'à mes études, des succès qui, outre quelque réputation, m'ont valu la fortune.

» En conséquence, je fais don à la *Gazette des Hôpitaux* d'une somme de dix mille francs. Tant que je vivrai, vous recevrez chaque année une somme pareille; j'espère même pouvoir l'assurer à perpétuité après ma mort.

» Je mets à ce don deux conditions :

» La première, que vous garderez sur mon nom le plus inviolable secret;

» La seconde, que l'emploi de cette somme sera fait de la manière suivante :

» 3,000 fr. seront consacrés à encourager les auteurs des travaux utiles et surtout pratiques publiés dans la *Gazette*. Tant que mes forces me le permettront, je me réserve avec votre concours la distribution de cette somme de 3,000 fr.

» Les 7,000 francs restants seront employés à parfaire le prix d'abonnement de ceux de mes confrères qui, pour un motif quelconque, ne peuvent pas, sans se gêner, dépasser une somme modique en frais de journaux.

» Ainsi, tant que ce fonds de 7,000 fr. ne sera pas épuisé, vous serez tenu d'envoyer la *Gazette* à tout confrère ou étudiant de 3ᵉ année au moins qui, en en faisant la demande, déclarera qu'il ne peut pas payer le prix intégral de l'abonnement. S'il dit qu'il ne peut payer que 20 fr., que 15 fr., ou même que 10 fr., vous devrez vous en rapporter à sa simple déclaration. J'ai trop de confiance dans la loyauté de mes confrères pour craindre qu'ils abusent de cette facilité, et je demeure convaincu qu'ils n'en useront que le moins longtemps possible, afin qu'après eux de plus jeunes ou de moins riches puissent en user à leur tour.

» Paris, le 10 octobre 1853. »

Conformément au vœu exprimé par notre généreux donateur, l'administration de la *Gazette des Hôpitaux* établit, à partir de ce jour, trois classes d'abonnements qui participeront au bienfait de sa fondation, savoir :

200 abonnements à 20 francs.
200 — à 15 francs.
100 — à 10 francs.

En conséquence, tout médecin civil ou militaire, tout officier de santé ou étudiant de 3ᵉ année qui voudra faire partie d'une de ces catégories devra nous en adresser la demande, avec la déclaration mentionnée ci-dessus. *Il est nécessaire de joindre à cette demande le prix entier de l'abonnement réduit,* car il ne peut être fractionné en semestre ou en trimestre.

Nous avons à constater encore une augmentation sensible dans la mortalité par le choléra à Londres, pendant la dernière semaine. La mortalité par la diarrhée est restée à peu près au même chiffre; la mortalité générale a été inférieure.

Les chiffres officiels sont les suivants :

Mortalité générale.	1,001
— due à la diarrhée	71
— due au choléra	66

Sur ce dernier nombre, il y a eu 37 décès du sexe féminin et 29 du sexe masculin. Relativement à l'âge, 26 décès ont eu lieu au-dessous de 15 ans, 36 de 15 à 60, et 4 au-dessus de 60 ans.

Le quartier sud de la ville, qui est dans les plus mauvaises conditions hygiéniques, compte à lui seul 42 décès. Les autres quartiers ont été partagés de la manière suivante : le quartier ouest, 9; le quartier nord, 5; le centre, 2; l'est, 8.

Observations météorologiques.

Baromètre anglais, 29 p., 5. — 74°,9 cent.
Thermomètre, 48 Fahr. — 9°,2 cent.

Nous ne reviendrons pas aujourd'hui sur ce que nous avons dit des visites à domicile, auxquelles les Anglais accordent une influence très grande sur l'arrêt du développement de l'épidémie; nous en reconnaissons les avantages, mais sans y attacher cependant une confiance exclusive. Les visites à domicile ne sont pas nouvelles; elles ont été instituées en 1849 à Londres, et nous ne voyons pas, en définitive, que la mortalité en ait été diminuée. Il en est de même à Newcastle et à Gateshead. Ces mesures, bonnes et rationnelles, n'ont pas empêché le choléra de sévir avec une intensité plus grande que lors de la première atteinte dans ces deux villes. Pour avoir toute la valeur qu'on leur attribue, ne faudrait-il pas, en effet, qu'elles fussent exercées longtemps avant l'apparition du fléau, et non pas seulement à la veille de son invasion? ne faudrait-il pas qu'elles fussent étendues non-seulement aux familles pauvres, mais aux habitations des riches, où souvent la négligence et la malpropreté règnent à un égal degré? De quelle utilité seraient-elles dans la diarrhée qui frappe les enfants à Londres, et qui les enlève ordinairement en quelques heures, débutant le plus souvent la nuit?

Le *General board of health*, institution qui répond à notre Conseil d'hygiène, a plus que celui-ci d'ailleurs, en temps d'épidémie, une autorité directe, et peut imposer de lui-même les mesures sanitaires qu'il juge nécessaires. Il nomme et rétribue les médecins inspecteurs; mais il n'a pas, comme on l'a dit, le droit de remontrances et de reproches sur les médecins praticiens, qui ne supporteraient pas ces prétentions pédagogiques.

Quant aux avantages du traitement de la diarrhée prodromique ou *prémonitoire*, comme disent les Anglais, les médecins français les ont généralement appréciés dès 1832; et certes, en ne refusant à personne le mérite d'avoir insisté sur l'observation et la thérapeutique de ce prélude si fréquent, nous ne pouvons cependant nous empêcher de faire observer que la cholérine n'est pas le choléra, et que le plus souvent elle n'est arrêtée que lorsque l'atteinte du mal est peu grave. Est-il bien certain d'ailleurs que dans beaucoup de cas il ne puisse pas y avoir de l'inconvénient à arrêter trop promptement les premières évacuations? Ceci n'est qu'un doute que nous émettons, en le soumettant à l'appréciation éclairée de nos confrères.

Quelle que soit d'ailleurs l'opinion sur la fréquence de ce symptôme prodromique (la diarrhée), il est certain qu'il a été signalé dès les premiers ravages du choléra en France, et, pour le prouver, nous n'avons qu'à citer une phrase du travail publié dans les premiers jours de mai 1832 par M. le docteur Fabre : « L'appareil des organes de la digestion subit de notables modifications, les voies digestives sont, *dans l'immense majorité des cas*, le point de départ de la maladie..... *C'est la diarrhée qui ouvre ordinairement la scène.* Assez souvent ce symptôme se montre isolément pendant plusieurs heures, et même pendant plusieurs jours, avant l'apparition des autres symptômes, » etc. (1).

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Nouveau spéculum oris.

M. Chassaignac a imaginé et fait construire par un habile fabricant, M. Mathieu, un dilatateur de la bouche qui est d'une application pratique aussi simple que facile, non-seulement pour l'examen de la cavité buccale, mais encore pour un certain nombre d'opérations qui se pratiquent dans cette cavité, surtout quand on a affaire à des enfants ou à des sujets peu dociles.

Cet instrument se compose d'une large spatule et d'un anneau d'abord couché à plat sur le dos de la spatule, et qui s'élève tout à coup, par un mécanisme rapide, sur la surface convexe de celle-ci.

La spatule buccale est imitée de cette foule d'instruments qui, sous le nom de spéculum oris, sont connus et employés dans la pratique de temps immémorial.

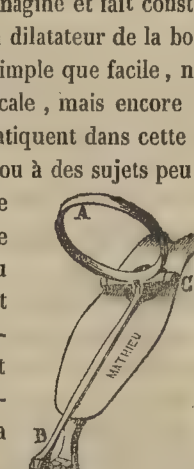


Fig. 1.

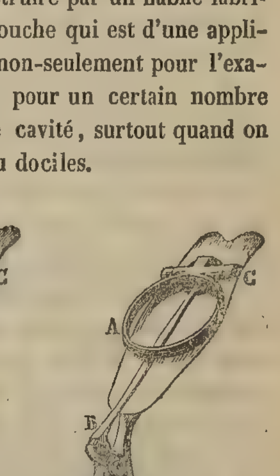


Fig. 2.

La seule modification qu'on ait fait subir à cette spatule consiste en une échancrure substituée à la pointe plus ou moins aiguë par laquelle se terminait l'instrument. Pour peu que les spatules fussent engagées un peu profondément à la base de la langue, le repli médio-glosso-épiglottique était froissé douloureusement, au point de susciter, chez certains malades, une très vive résistance. Il a donc fallu remédier à cet inconvénient par la présence d'une échancrure transversale.

Les deux figures ci-dessus nous montrent l'instrument ouvert et fermé. La lettre A indique l'anneau, la lettre C la spatule, B la tige qui sert à relever l'anneau, D et E les manches de l'instrument.

(1) *Choléra-morbus de Paris*, mai 1832, p. 14.

Quand l'instrument est fermé, comme le représente la figure 2, les manches D et E sont écartés l'un de l'autre, et l'anneau A abaissé. Lorsqu'on rapproche les manches D et E, comme on le voit dans la figure 1, l'anneau A se relève. Au moyen d'une solution de continuité que présente l'anneau, cet instrument a été approprié à l'opération de l'ablation des amygdales par le tonsillitome de Fanestock.

Hydrocéphale chronique considérable. — Cécité sans lésion des couches optiques.

Le service de M. Blache à l'hôpital des Enfants, l'un des plus importants de la capitale, offre à l'observation un ensemble de faits très intéressants pour l'homme de l'art et très instructifs pour les étudiants qui veulent en profiter.

Nous allons rendre compte d'une des dernières visites (10 octobre), qui n'est pas une des moins intéressantes de l'année.

La physionomie générale des maladies n'a rien d'épidémique. A part quelques restes de fièvres typhoïdes peu graves, on rencontre une variété de manifestations morbides qui attachent d'autant plus, que le savant médecin qui les traite en fait ressortir les traits caractéristiques avec une lucidité et une précision de langage des plus remarquables.

Après les fièvres typhoïdes, les affections les plus communes sont les tuberculisations pulmonaires, cérébrales et abdominales. Puis viennent les exanthèmes rubéolaires, varioloïdeux, les pleurésies, les péricardites, les pleuropneumonies, les albuminuries, les paraplégies, les laryngo-trachéo-bronchites, les diarrhées non épidémiques.

Dans le grand nombre de malades appartenant à ce service, se trouve un jeune garçon de quatre ans, qui a été successivement atteint de pleuropneumonie, de rougeole, de fièvre typhoïde, et qui est sorti victorieux de toutes ces épreuves dangereuses; il est en pleine convalescence.

Un jeune enfant atteint de paraplégie a recouvré l'usage de ses membres sous l'influence d'un traitement judicieux par les préparations de strychnine.

La visite s'est terminée par une nécropsie digne de la plus grande attention, et que nous ne saurions passer sous silence. Elle a eu lieu en présence de MM. Blache, Guersant, Giraud (de Marseille) et de plusieurs autres médecins recommandables.

Sur la table des autopsies cadavériques, était étendu un jeune enfant de douze ans environ, qui a offert les altérations suivantes :

Emaciation générale; cheveux clair-semés et d'une teinte blond-pâle.

Poumons à l'état normal. Cœur atteint d'hypertrophie concentrique légère; rate assez volumineuse et indurée; foie de grosseur et de consistance ordinaires, sans apparence de lésion.

Tête volumineuse; boîte osseuse crânienne offrant une laxité si grande dans les différentes sutures, que les os pariétaux et occipital sont mobiles entre eux, et ne sont tenus en rapport que par le périoste, qui leur sert comme de charnière. Les dentelures des bords osseux sont presque effacées et remplacées par des gouttières nombreuses et légères qui semblent être le résultat du glissement de ces bords les uns sur les autres.

Cerveau rapetissé, c'est-à-dire ne remplissant plus exactement la cavité crânienne, ce qui s'explique par l'écoulement à l'extérieur du crâne d'une certaine quantité de sérosité. La surface extérieure de cet organe est décolorée; ses circonvolutions sont presque effacées par le déplissement qui s'y est opéré peu à peu.

Dès l'instant où les rapports ont été détruits entre la base du cerveau et la base crânienne, une énorme quantité de sérosité s'est fait jour et a inondé la base du crâne.

Le cervelet avait acquis un développement anormal occasionné par une agglomération tuberculeuse considérable constatée par la section de sa substance.

Tous les ventricules étaient pleins de la même sérosité dont il a été parlé. La capacité de chacun d'eux était au moins double de ce qu'elle est à l'état physiologique. Pulpe cérébrale d'un blanc d'albâtre intérieurement, et d'une teinte peu colorée quant à la substance corticale. Rien de notable dans les couches optiques.

— Trois points essentiels, dans ce résultat nécroscopique, attirent l'attention de l'homme de l'art :

1° Le défaut de soudure par engrenure entre les os qui constituent la plus grande partie de la boîte osseuse;

2° La grande abondance de sérosité contenue dans les ventricules cérébraux;

3° La coïncidence de la cécité pendant la vie, et l'absence de toute lésion organique des couches optiques constatées après la mort.

Essayons de nous rendre compte de chacun de ces phénomènes pathologiques. La chose est aisée quand on considère que la masse encéphalique a dû être pendant longtemps le siége d'une affluence de liquides disproportionnée avec la force active des absorbants; que cette force a dû se trouver gênée par l'interruption du cours circulatoire de retour, à cause de la présence d'une masse tuberculeuse qui pressait dans tous les sens de sa périphérie les vaisseaux des environs, ainsi que les vaisseaux qui ont pu se trouver englobés dans le corps des mêmes tubercules.

La sérosité, la lymphe, ne pouvant plus suivre leur cours respectif, sont donc restées en dépôt dans les cavités susceptibles de les contenir, les ventricules cérébraux, par exemple (et où, en effet, on les a constatées), leur ont servi de réservoirs; mais ces réservoirs n'ont qu'une capacité spécifique restreinte, et qui ne peut, sans danger pour les fonctions départies au cerveau, être augmentée par la pression de la force centrifuge des liquides. De là les phénomènes de compression lente et graduée qui se sont déployés dans les fonctions encéphaliques, physiques et intellectuelles.

De là ce déplissement des circonvolutions, ce défaut de développement des vaisseaux sanguins qui nourrissent et colorent la pulpe cérébrale, pressés qu'ils sont entre la force excentrique de l'accumulation séro-lymphatique intérieure et la force de résistance de la boîte osseuse crânienne; de là cet écartement progressif des bords osseux, qui ont cessé d'être articulés par engrenure. Ainsi se trouvent donc expliqués les deux premiers points de nos réflexions.

Quant au troisième point : la cécité pendant la vie et l'absence de lésion dans les couches optiques après la mort, on peut le rattacher aux mêmes causes que les deux précédents, et la compression, qui nous a donné le mot, peut nous le fournir encore. En effet, la compression, qui s'est dirigée dans tous les sens, s'est exercée plus particulièrement sur les couches optiques, d'abord d'arrière en avant par la masse tuberculeuse cérébelleuse, de haut en bas par la pression de la sérosité qui s'accumulait de plus en plus dans les ventricules latéraux, dont les couches optiques forment comme le plancher.

Il a donc dû arriver aux nerfs optiques ce qui arrive aux membres du corps à la suite d'une compression provenant d'une hémorrhagie dans la substance cérébrale. La perte de la sensibilité et du mouvement dépend de la compression sanguine qui suit la rupture vasculaire. Dans le cas dont il s'agit la compression, pour être d'une nature séreuse, n'en a pas moins eu lieu sur le système nerveux visuel, et a produit la cécité. On comprend aussi que l'extrême limite de la compression sur tous les points de l'encéphale ait pu produire la mort, et c'est assez pour l'expliquer.

Traitement abortif de la phlébite par les vésicatoires volants.

M. Nonat emploie depuis quelque temps avec succès les vésicatoires volants dans le traitement de la phlébite survenue dans les membres soit à la suite de la saignée, soit consécutivement à la fièvre typhoïde ou à toute autre maladie fébrile.

Il n'accompagne ce moyen, qu'il applique dès les premiers symptômes de la phlébite, d'aucune évacuation sanguine locale ou générale, et les vésicatoires volants sont appliqués sur tout le trajet de la veine enflammée.

Dans tous les cas où il a mis ce traitement en usage, M. Nonat a vu la maladie s'arrêter dans l'espace d'une huitaine de jours.

Il existe actuellement dans la division de ce médecin, à la Pitié, une malade âgée de vingt-huit ans, chez laquelle la médication dont nous parlons a eu un succès complet.

Cette femme fut prise d'une phlébite qui, pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde, envahit rapidement les veines du membre inférieur du côté droit.

Il survint un œdème qui occupa la cuisse et s'étendit à toute la jambe.

Un vésicatoire fut appliqué sur tout le trajet de la veine fémorale, et dès le lendemain les symptômes de la phlébite avaient en grande partie disparu.

M. Nonat a eu recours à ce moyen dans huit cas de phlébite spontanée des membres inférieurs, et dans quatre cas de phlébite consécutive à la saignée. Nous publierons quelques-uns de ces faits.

Entérite cholériforme chez les enfants.

Depuis quelque temps, et bien qu'il n'y ait pas de choléra à Paris, les diarrhées sont, comme nous l'avons dit, assez fréquentes chez l'adulte et surtout chez les enfants. C'est l'influence automnale qui se fait sentir. On sait, en effet, que cette époque de l'année si riche en fruits de toute espèce, avariés ou non, verts ou à maturité, selon le prix qu'on y veut mettre, est en même temps l'époque habituelle des dyssenteries et des diarrhées idiopathiques. Cette année a fourni, comme les précédentes, son contingent d'affections intestinales. Il y en a eu beaucoup chez les enfants nouveau-nés. Au Bureau central des nourrices, bon nombre d'enfants ont été refusés cette semaine à cause de l'état de leurs entrailles et parce qu'ils avaient une forte diarrhée. Il y en a même eu trois qui ont été apportés pâles, décolorés, le visage amaigri, les joues caves, les yeux enfoncés dans l'orbite, la peau flasque et amollie, le pouls insensible, vomissant abondamment et rejetant par l'anus des selles aqueuses très répétées. C'est ce qu'autrefois on appelait le ramollissement de la membrane muqueuse de l'estomac. M. Bouchut a considéré ces enfants comme atteints d'entéro-colite ou d'entérite cholériforme, maladie très commune en dehors de toute influence épidémique spéciale. Deux de ces enfants étaient si malades qu'ils sont morts quelques heures après la visite du médecin.

N'y a-t-il dans la production de ces faits qu'une influence directe de la saison sur les enfants, ou doit-on penser qu'un mauvais régime préalable, une alimentation substantielle prématurée sont la cause de ces diarrhées? C'est ce qu'il serait difficile de décider d'une manière exclusive et absolue. Il est infiniment probable que ces deux causes à la fois se trouvent ici combinées dans leur action, l'une comme cause prédisposante, et l'autre comme acte occasionnel.

Contraction permanente du cubital antérieur. Section du tendon. Guérison.

Un enfant de dix ans vient de présenter à l'hôpital Cochin (service de M. Maisonneuve) un cas rare que nous croyons devoir faire connaître.

Depuis sa naissance, il est affecté d'une déformation de la main, tenant à la rétraction du cubital antérieur seul. En effet, l'extension ne peut ramener la main dans la direction de l'avant-bras; il y a inclinaison très marquée du bord cubital du carpe vers le bord correspondant de l'avant-bras. On sent au-dessous de la peau, au niveau du tendon du cubital antérieur, une espèce de corde tendue. La gêne dans les mouvements empêche ce garçon de continuer son apprentissage de sellier.

Le 30 septembre, on fait la section sous-cutanée du tendon du cubital antérieur. On met ensuite un appareil avec des attelles courbes sur les bords de manière à porter la main vers le bord radial.

Le 1er octobre, on ôte l'appareil et on engage le jeune malade à faire des mouvements d'extension en appuyant la paume de la main sur une table et ramenant ensuite l'avant-bras dans une direction perpendiculaire.

Le 3, la déformation a disparu. Quant à l'extension, la main fait avec l'avant-bras un angle de 120 degrés.

Fistule lacrymale guérie par l'iodure de potassium.

Le 5 août, Zambarcaux (Anne), âgée de soixante-deux ans, journalière, entre à l'hôpital Cochin, salle St-Jacques, n° 20, et raconte que le début de sa maladie remonte à un mois. Elle a eu à cette époque une ophthalmie assez intense sans photophobie. Quelques jours après, à l'angle interne de l'œil droit, il est survenu une tumeur lacrymale du volume d'une noisette; elle a été accompagnée de larmoiement pendant cinq jours. Puis il s'est établi une fistule lacrymale dont l'orifice externe est à 2 millimètres au-dessous de l'angle de l'œil. La tumeur s'est complétement vidée par ce trajet fistuleux et le larmoiement a diminué.

Vers la même époque, la malade éprouve des douleurs dans la tête et dans la gorge; puis il se développe sur la partie latérale gauche du cou une tumeur douloureuse, dont le volume a rapidement augmenté, et aujourd'hui la tumeur est aussi grosse que le poing. Elle est cachée en partie par le sterno-mastoïdien, qu'elle déborde en arrière. Elle est du reste mal limitée, non adhérente à la peau, douloureuse à la pression.

Outre cette tumeur, la malade présente donc à son entrée à l'hôpital une blépharite avec un peu de conjonctivite et une fistule lacrymale.

Toutes les autres fonctions sont intactes.

On lui donne 2 portions et on applique sur la tumeur un emplâtre de Vigo.

Le 7 août, il n'y a pas de changement sensible. — Tisane de salsepareille avec sirop sudorifique et 1 gramme d'iodure de potassium.

Le 12, l'écoulement par la fistule a diminué, la conjonctivite a disparu, la blépharite s'est améliorée.

La tumeur du cou est réduite du quart.

Le 15, la fistule lacrymale est fermée; on ne voit plus l'orifice externe.

Le 23, la tumeur du cou est réduite au volume d'une noix.

Le 28, la tumeur a encore un peu diminué. La fistule est restée guérie. La rougeur des paupières a beaucoup perdu de son intensité.

La malade sort promettant, sur l'avis du médecin, de continuer l'iodure de potassium.

Fracture non consolidée de l'humérus guérie par le séton.

Au mois de juillet 1852, le nommé Huet, âgé de vingt-trois ans, peintre en bâtiments, fit une chute d'une hauteur de 38 pieds. — Fracture de l'humérus à la réunion du tiers supérieur avec le tiers moyen; pas de plaie au niveau de la fracture. Différentes contusions, qui guérissent très rapidement et sans laisser de traces.

Quant à la fracture, appareil ordinaire avec des attelles qu'on laisse cinq semaines.

En l'enlevant, on trouve le coude écorché, et il y a pour le malade impossibilité de lever le moindre fardeau. La fracture n'était pas consolidée. Comme il n'y avait aucune maladie antérieure, que la constitution de ce jeune homme était excellente, la plaie du coude indiquant du reste que le bandage était trop serré, cette dernière circonstance pourrait peut-être être accusée de la non-consolidation de la fracture.

On remit un nouvel appareil avec des attelles en carton. Le malade a suivi différents traitements : bains de guimauve, etc. Quoi qu'il ait fait, la fracture ne s'est pas consolidée; et le 29 juillet 1853 le malade entre à l'hôpital.

Au niveau de l'ancienne fracture, on constate de la mobilité avec tous les troubles fonctionnels qui devaient forcément en être la conséquence.

Le 2 août, on passe à travers la fracture un séton; puis le membre est mis dans un appareil dextriné. On laisse au niveau du séton deux ouvertures pour l'écoulement du pus. La mèche est supprimée dix jours après. Immobilité complète jusqu'au quarantième jour.

Le 12 septembre, on ôte la bande dextrinée. Plus de mobilité. Le membre est remis dans un apppareil inamovible, et le 25 septembre le bras est tout à fait découvert. Consolidation parfaite; conservation de tous les mouvements. Le membre est encore faible; il peut néanmoins soulever de petits fardeaux. On le replace dans un appareil inamovible pour consolider le cal.

HOPITAL ST-ANDRÉ DE BORDEAUX. — M. Soulé.

Du perchlorure de fer appliqué à la cure des tumeurs anévrismales. — Deux cas d'injection de cette substance pour lesquels il a été nécessaire de recourir à d'autres moyens chirurgicaux (1).

Obs. I. — *Vaste anévrisme spontané de la crurale. — Deux injections au perchlorure de fer. — Accidents inflammatoires et augmentation de la tumeur. — Ligature de l'artère. — Guérison.*

X..., âgé de trente-six ans, d'une constitution nerveuse et sèche, n'a jamais eu de maladies graves. Il y a deux ans seulement qu'il a été atteint de chancres, pour lesquels il a pris un traitement spécifique. Ces accidents primitifs n'ont amené aucune suite qu'un ecthyma dont le malade porte encore les traces aux deux jambes. L'affection dont il est porteur remonte, dit-il, à six mois, et reconnaîtrait pour cause première un violent effort qu'il fit pour soulever un poids considérable ; il éprouva, en effet, alors une sensation de déchirure bien caractérisée dans le lieu occupé maintenant par l'anévrisme. Une tumeur animée de battements ne tarda pas à se manifester ; l'accroissement en est plus sensible depuis deux mois et demi.

Effrayé par l'augmentation progressive de la tumeur et par l'engourdissement qu'il commence à ressentir dans le membre, le malade vient consulter mon collègue et ami le docteur Dupont, médecin de l'hôpital Saint-André, qui, reconnaissant un anévrisme, l'engage à se constituer immédiatement en traitement, et lui révèle le danger imminent que lui ferait courir une temporisation imprudente.

A notre première réunion, nous constatons une tumeur dont le diamètre égale au moins 10 centimètres, distante de 9 centimètres environ de l'arcade crurale, incomplétement réductible par la pression et offrant des battements isochrones à ceux du pouls; ces derniers sont de la plus grande évidence et visibles à l'œil nu. Un bruit de souffle des mieux caractérisés ne laisse aucun doute sur la nature de cette tumeur, qui est d'une liquidité extrême et qui, contrairement aux anévrismes d'un certain volume, ne contient que fort peu de caillots. Les battements des artères tibiale postérieure et pédieuse sont perceptibles. Nulle modification, du reste, dans le volume du membre.

Après avoir pris l'avis de notre collègue M. Dupuy et de mon père, nous nous décidâmes à pratiquer une injection de perchlorure de fer, qui fut faite le 27 juillet dernier. Après m'être assuré que tout battement avait cessé dans la tumeur, je la ponctionnai; à peine le poinçon fut-il retiré, qu'un jet de sang artériel bien caractérisé vint nous convaincre que j'avais pénétré dans la tumeur : la seringue fut immédiatement adaptée. Quatre gouttes de perchlorure de fer furent alors injectées par quatre demi-tours imprimés au volant de la seringue; deux demi-tours préalables avaient été effectués afin de remplir d'injection la canule et de refouler le sang qu'elle contenait.

Les phénomènes qui succédèrent à cette manœuvre furent les suivants :

Dureté manifeste de la tumeur, qui s'acumine et paraît se ratatiner; le membre devient froid et cyanosé. La compression fut continuée pendant trois quarts d'heure avec la même intensité. A peine fut-elle un peu relâchée que la tumeur offrit des pulsations évidentes.

Les jours suivants, la tumeur paraît toujours plus dure, mais les battements y ont reparu avec intensité; la compression a cependant été maintenue à un certain degré, de manière à modérer l'impulsion de l'ondée sanguine qui venait battre contre les caillots. La piqûre, après avoir offert une auréole rouge tout au pourtour, s'est complétement cicatrisée.

Le 1er août, encouragé par la solidification que nous semblait avoir déterminée la première injection, nous nous décidons à en pratiquer une seconde; sept gouttes pénétrèrent cette fois dans la tumeur. Des précautions aussi minutieuses que la première fois furent prises pour assurer l'arrêt de la circulation.

Les phénomènes consécutifs furent ici plus inquiétants que ceux que j'ai notés plus haut : douleur vive au moment de l'injection, point de sommeil pendant la première nuit. Bien loin de diminuer, la tumeur acquiert les jours suivants un volume plus considérable, et une inflammation phlegmoneuse s'empare de la peau. Au pourtour de la piqûre, la tumeur est douloureuse à la pression, chaude, et le siége de battements incommodes et plus évidents qu'ils n'ont jamais été. Le tourniquet fatiguant le malade, je me décide à le supprimer le 4 septembre.

En présence de symptômes pareils, la conduite était tracée : aussi notre opinion fut-elle unanime pour repousser une nouvelle tentative d'injection. Les symptômes inflammatoires commençaient à devenir inquiétants, et la coagulation du sang dans l'anévrisme n'avait pu être obtenue. Une ulcération du sac rendait possible une hémorrhagie foudroyante. L'opération de la ligature devenait urgente : je la pratiquai le 6 septembre en présence de mes très honorables confrères; l'opération ne présenta rien de particulier et fut des plus régulières. Je plaçai sous l'artère un triple fil ciré, qui n'est tombé que le 21 septembre.

Aujourd'hui 22 septembre, le malade peut être regardé comme guéri ; la plaie est complétement cicatrisée ; la tumeur n'existe plus; c'est à peine si on perçoit une légère induration diffuse sur le point qu'elle occupait.

Je noterai ici comme phénomène important l'extrême facilité avec laquelle la circulation s'est rétablie; c'est à peine si la réfrigération a été perceptible pendant quelques minutes. La compression antérieurement exercée doit, je crois, être considérée comme la cause de cette heureuse circonstance.

Obs. II. — *Anévrisme faux consécutif de l'artère tibiale postérieure. — Perchlorure de fer dans le sac. — L'artère n'ayant pu être oblitérée par cet agent, incision de la tumeur et tamponnement à l'aide de bourdonnets de charpie imbibés d'eau de Pagliari. — Guérison.*

Darrieu, terrassier, âgé de cinquante ans, fut admis dans une de mes salles le 18 août 1853 pour s'y faire traiter d'une blessure qu'il s'était faite derrière la malléole interne avec l'extrémité d'une faux. La tibiale postérieure avait positivement été ouverte, car une hémorrhagie très abondante eut lieu et fut arrêtée à grand' peine par la compression. Depuis cette époque (1er juillet), il existe une petite tumeur de la grosseur d'une cerise environ et située en arrière de la malléole interne; les battements y sont de la plus grande évidence. A son sommet, on constate une petite ouverture oblitérée par des caillots : c'est la plaie par où s'est reproduite plusieurs fois l'hémorrhagie, au point d'affaiblir considérablement le malade.

Le 19 août, je procède de la manière suivante :

A l'aide d'un gros stylet, je détruis en partie les caillots et pénètre jusque dans le sac; un jet de sang artériel s'échappe aussitôt de la tumeur. J'instille alors plusieurs gouttes de perchlorure de fer et introduis même des bourdonnets de charpie imbibés de ce liquide. Un bandage compressif est établi.

Cette médication n'ayant eu aucun résultat, je me décidai trois jours après, en présence de la persistance des battements et de l'aggravation des symptômes, à faire une incision en demi-lune selon le trajet du vaisseau et comprenant la tumeur. L'artère avait été complétement coupée et le bout supérieur seul donnait du sang. Après quelques tentatives infructueuses pour le saisir, je bourrai la plaie de bourdonnets de charpie imbibés d'eau de Pagliari. J'établis, en augmentant successivement leur volume, une pyramide dont le sommet appuyait sur le point d'où le sang paraissait sourdre avec le plus de force; la base, au contraire, servait de point d'appui à la bande. Les bourdonnets externes furent seuls changés les jours suivants. Quant aux plus profonds, on les laissa se détacher lentement par l'effet de la suppuration.

Aujourd'hui, la plaie est presque entièrement cicatrisée, et on ne perçoit, en examinant avec l'attention la plus scrupuleuse toute l'étendue de la cicatrice, aucune espèce de battement. Ce résultat a été constaté ce matin à ma visite par un des membres les plus distingués de la Faculté de Montpellier, M. le professeur Dumas.

(1) L'insertion des articles sur ce sujet que nous avons publiés dans nos deux derniers numéros nous engage à en rapprocher celui-ci, qui contient deux nouvelles observations et était suivi de réflexions sur lesquelles nous aurons l'occasion de revenir prochainement. (Note du Réd.)

DE L'ABSORPTION PAR LA PEAU DANS LE BAIN.

La peau absorbe-t-elle? se demande un de nos honorables confrères, M. Homolle, en commençant des expériences sur la réalité de l'absorption cutanée dans le bain. Oui certainement, la peau absorbe, et les curieuses expériences de Collard, de Martigny, de Bonfils, de MM. Astié, Durand-Fardel sur l'alcalisation des urines par le bain en sont la meilleure preuve. N'avons-nous pas, d'ailleurs, les faits incontestables fournis par la pathologie, et dans lesquels des substances toxiques absorbées par la peau ont déterminé des phénomènes dynamiques graves et en rapport avec la nature de leur cause? Quoi qu'il en soit, la question, restée douteuse pour M. Homolle, lui a suggéré l'idée de faire des expériences sur l'absorption de la peau dans le bain, et il vient de publier les résultats aussi curieux qu'intéressants auxquels il est arrivé. Seulement les expériences, justes en elles-mêmes, n'ont pas toute la signification que M. Homolle prétend leur donner. Au point de vue de l'auteur, qui croit juger de la réalité de l'absorption cutanée par l'examen des urines, les expériences nous paraissent vicieuses et inacceptables. La peau peut absorber dans un bain des principes qui ne passent pas dans l'urine et qui n'y passeront jamais. On empoisonnerait même un homme dans un bain mercuriel, que l'urine ne renfermerait pas traces de mercure. Ce n'est donc pas assez de rechercher dans l'urine si les substances renfermées dans l'eau du bain sont absorbées; il faudrait encore explorer le sang, la salive, etc., et on y trouverait peut-être, ce qui n'existe pas dans la sécrétion urinaire, la preuve de l'absorption cutanée. Au reste, ce qui n'est pas encore certain pour la physiologie est démontré pour les pathologistes, qui ont vu le narcotisme opiacé ou belladoné, l'intoxication saturnine, mercurielle, iodique et arsenicale suivre l'emploi extérieur des solutions toxiques correspondant aux phénomènes spéciaux que nous venons d'indiquer.

Néanmoins, il y a dans les expériences nouvelles de M. Homolle des choses inattendues qu'il est très utile de connaître, et dont l'explication est difficile, pour ne pas dire impossible. On pourrait même utiliser ces faits nouveaux pour nier tout ce qui se rattache à l'absorption de la peau. Très certainement, si l'on n'avait d'autre preuve de cette absorption que les expériences de notre confrère, on devrait la regarder comme très compromise, sinon comme un fait chimérique. En effet, donnant à un homme un bain chargé de sels alcalins et trouvant son urine alcaline, rien de plus simple que la conclusion : le bicarbonate de soude a été absorbé. Nous en étions là. M. Homolle, après cette première expérience déjà faite à Vichy, en a imaginé une plus curieuse; il fait prendre un bain acide de sulfate d'alumine, et l'urine s'est montrée bientôt après avec une réaction alcaline. Il en a été de même après un bain chargé d'acide nitrique, et, chose mille fois plus extraordinaire encore, après un bain tenant en dissolution de la belladone ou de la digitaline. Certes, un adversaire de l'absorption cutanée ne pourrait pas mieux trouver pour nier expérimentalement la réalité de cette absorption, et nous ne voyons trop, en restant dans les mêmes expériences, ce qu'on pourrait trouver à lui répondre de très persuasif pour le ramener à de meilleurs sentiments. L'examen de l'urine est donc un moyen illusoire et insuffisant de juger la propriété absorbante de la peau. Nous reviendrons sur ce fait après avoir fait connaître le résumé des expériences de M. Homolle, et lorsque nous discuterons ses conclusions.

En résumé, dit M. Homolle :

1° L'urine augmente de densité au fur et à mesure qu'on s'éloigne du moment du repas, ou qu'on est plus longtemps sans prendre de boissons.

2° Les boissons font diminuer cette densité par l'absorption de leurs principes aqueux dans la proportion de 1/100° à peu près pour 200 grammes de liquide aqueux ingéré.

3° Le bain diminuant également la densité de l'urine, cette diminution ne peut être due qu'à l'absorption de l'eau.

4° L'urine étant constamment acide dans les conditions normales, on est conduit à attribuer l'alcalinité qu'elle présente après un bain alcalin à l'absorption de la substance alcaline dissoute dans l'eau du bain.

Toutefois, le bain d'eau simple pris à jeun le matin à une température qui ne dépasse pas + 35° centigrades, et prolongé une heure au moins, modifie la composition de l'urine jusqu'à faire disparaître complétement la réaction acide; force est bien de recourir à une autre explication, peut-être l'augmentation des excrétions acides par le tégument externe.

Dans tous les cas, l'ingestion des aliments pendant le bain modifie cette action et restitue à l'urine son acidité normale, qui reparaît d'ailleurs aussitôt après la sortie du bain, en dehors de toute ingestion d'aliments.

(Nous ferons remarquer ici à M. Homolle que, d'après ses expériences, un bain chargé d'acide nitrique est également suivi de l'émission d'urines alcalines, et que ce phénomène ne nous paraît guère susceptible de recevoir aucune des explications précédentes.)

5° L'urine est plus alcalisée dans un bain contenant un composé haloïde de potasse et de soude (chlorure de sodium, iodure de potassium, ferro-cyanure de potassium) que dans un bain additionné d'un carbonate alcalin.

(Cela semblerait prouver, et nous sommes convaincu du fait, que l'état alcalin de l'urine n'est pas produit par le passage *en nature dans ce liquide* du sel alcalin dissous dans l'eau du bain.)

6° Lorsque le bain est à base de potasse, les réactifs indiquent dans l'urine une plus forte proportion de cet alcali que dans l'urine normale.

7° L'alcali en excès est à l'état de carbonate.

8° Après un bain minéralisé par l'iodure de potassium l'urine ne présente pas traces d'iode.

(Nous verrons plus loin que cela ne prouve pas la non-absorption de l'iode.)

9° On ne peut également y constater aucun atome de cyanogène après un bain minéralisé par le ferro-cyanure de potassium.

10° La proportion de chlorure ne paraît pas augmentée après un bain chargé de sel marin ou de chlorhydrate ammoniacal.

11° L'urine est alcalisée dans un bain contenant en solution *un sel même acide*. Les bases autres que la soude et la potasse ne s'y retrouvent pas en proportion appréciable, non plus que l'élément électro-négatif.

12° L'endosmose, facile à observer avec la membrane d'un œuf, n'a été obtenue dans aucune des expériences tentées avec la peau, tandis que celles faites avec la tunique de l'intestin grêle ont permis dans tous les cas de constater une absorption évidente par la surface muqueuse.

13° Les substances organiques douées d'une action modificatrice sur les actes physiologiques ne produisent en solution dans un bain aucun phénomène qui démontre d'une manière irréfragable l'absorption de l'agent modificateur par la surface tégumentaire, même après une immersion de deux heures. (*L'urine est dans tous les cas alcalisée.*)

(S'il n'y a aucune action physiologique produite par ce bain, c'est que la solution organique n'est pas assez concentrée. A haute dose, la belladone est absorbée par le tégument externe.)

Voici maintenant les conclusions que M. Homolle croit pouvoir

tirer de ses expériences, dont on vient de lire un court résumé. La première seule est incontestable; les deuxième, troisième et quatrième ne nous semblent pas justifiées par l'observation et l'expérience.

1° L'eau est évidemment absorbée par le tégument externe chez l'homme dans le bain.

2° Dans l'action des bains chargés de substances minérales ou organiques, les faits d'absorption ont lieu comme si la peau était douée d'une propriété non constatée jusqu'à ce jour, d'une sorte de force catalytique, en vertu de laquelle elle opposerait un départ entre les molécules constituantes de certains composés chimiques pour exercer une absorption élective sur l'un des composants à l'exclusion de l'autre; ou dans une autre hypothèse, les modifications observées dans la compositon de l'urine tiendraient à une action électro-chimique exercée par la peau au contact de l'eau chargée de principes salins ou de substances organiques solubles.

On ne doit pas toutefois négliger, pour expliquer l'alcalisation de l'urine, l'influence que doit exercer sur sa composition l'élimination par excrétion cutanée des principes acides de nos humeurs.

Quant aux conclusions thérapeutiques à déduire des résultats physiologiques observés, dans le cas où des expérimentations ultérieures leur donneraient une consécration définitive, on ne peut en nier l'importance.

3° Le praticien ne serait-il pas en effet conduit à ne plus compter autant sur l'action des médicaments confiés à l'absorption tégumentaire, au moins sous forme de bains locaux et généraux?

4° D'autre part, la doctrine des eaux minérales administrées en bains serait profondément modifiée, puisque les expériences relatées dans ce travail ne tendraient à rien moins qu'à prouver l'identité d'action des eaux minérales *salines* (à l'exception des eaux sulfureuses), quels qu'en soient les principes minéralisateurs, les bases alcalines seules paraissant aptes à être absorbées.

Resterait, il est vrai, l'action topique excitante ou révulsive exercée sur la surface tégumentaire, et variant d'intensité en raison de la proportion plus ou moins forte des principes minéralisateurs et de la température de l'eau.

M. Homolle termine enfin en reconnaissant l'insuffisance des essais chimiques tentés pour constater les changements survenus dans la composition de l'urine sous l'influence des bains tenant en solution des sels anorganiques ou même des substances organiques solubles. A cet égard tout le monde sera de son avis, et comme lui nous pensons qu'une analyse quantitative rigoureuse pourrait seule résoudre le problème proposé.

M. Homolle, en disant que d'après ses expériences le praticien se trouvera conduit à ne plus compter autant sur l'action des médicaments confiés à l'absorption tégumentaire sous forme de bains locaux et généraux, énonce un fait exact pour lui et qui ne saurait l'être pour nous. Nous avons vu le délire et la dilatation des pupilles causés par un cataplasme de ciguë et de belladone. Une trop forte dose de laudanum sur la peau narcotise les enfants. Des compresses et un bain de jambes dans l'extrait de saturne, des emplâtres lithargirés, des frictions de litharge, de simples bandelettes de diachylon, des cosmétiques à base de plomb pour la teinture des cheveux ont occasionné l'empoisonnement saturnin. Des bains de sublimé corrosif produisent la salivation mercurielle. Nous en avons vu des exemples, beaucoup d'auteurs en rapportent, et il y a deux jours M. Rotureau en a cité un nouveau dans l'*Union médicale*. Chacun sait, enfin, que le rusma (pommade épilatoire) est abandonné à cause de l'intoxication arsenicale qui peut en suivre l'usage inconsidéré.

Nous avions donc raison de dire en commençant que la pathologie était, sous le rapport de l'absorption cutanée, infiniment plus avancée que ne l'est encore aujourd'hui la physiologie. Les faits qu'elle possède et que nous venons d'indiquer sont dans l'esprit de tous les médecins. Ils prouvent bien contre toute expérience négative appuyée sur la seule analyse des urines que les principes actifs des solutions végétales, salines et minérales que l'on veut faire absorber par la peau sont très aisément et même quelquefois trop facilement absorbés par cet organe. L'absorption en est si facile que des accidents graves peuvent en être la conséquence. Il n'y a donc, nous le répétons, rien à conclure du fait de l'absence de cyanogène, de morphine, d'iode, de mercure ou de plomb dans les urines de ceux qui prennent des bains locaux ou généraux chargés de ces substances. Cette absence ne prouve pas, comme M. Homolle tend à le croire, qu'une force catalytique de la peau sépare l'iode ou de la cyanogène des bases auxquelles il se trouve associé pour choisir le principe qu'il lui convient d'absorber. Si le fait est par hasard réel, du moins il ne nous semble pas démontré. Ce qu'il y a de vrai, quant à présent, c'est que l'analyse des urines, telle que l'a exécutée M. Homolle dans ses expériences, ne peut servir à juger la réalité de l'absorption par la peau. Tous les faits que nous avons cités déposent en faveur de notre manière de voir.

Ce que nous venons de dire à l'égard des médicaments confiés à l'absorption tégumentaire au moyen de bains locaux et généraux serait entièrement applicable à l'autre conclusion de M. Homolle relative à l'action des eaux minérales. Notre confrère ne sait probablement pas à qui il a affaire, ni à quoi il s'expose en proclamant l'identité d'action des eaux minérales *salines* quels qu'en soient les principes minéralisateurs (1), les bases alcalines seules paraissant aptes à être absorbées. Les médecins des eaux ne sont pas de facile composition; un peu semblables à la torpille, ils n'aiment pas qu'on les approche; ils défendent leurs eaux avec vigueur et ils foudroient volontiers leurs adversaires. Dieu garde M. Homolle de tout malheur! mais en tout cas, les plus doux de ces messieurs pourront lui opposer leur expérience et les mêmes faits dont nous nous sommes servi pour établir l'absorption spéciale des médicaments par la peau.

Si quelqu'un d'ailleurs pouvait être étonné que des substances absorbées par la peau et arrivées dans la circulation ne se retrouvent pas dans les urines, nous leur rappellerions les expériences de M. Bernard sur l'action élective des glandes et dans lesquelles on voit que l'élimination des principes introduits dans le sang ne se fait pas indistinctement par toutes les glandes, mais bien par une seule ou par quelques-unes d'entre elles à l'exclusion des autres. Dans ces expériences, lorsqu'on a mis dans le sang du sucre, du prussiate de potasse et de l'iodure de fer, on ne retrouve le sucre et le prussiate de potasse que dans l'urine et pas dans la salive. Au contraire, il n'y a de fer que dans la salive et il n'y en a pas dans les urines. Admettant cette action élective des glandes sécrétoires, en vertu de laquelle elles séparent du sang tel principe ou tel autre, suivant l'état de combinaison dans lequel il se trouve dans le sang, nous pouvons expliquer comment il arrive que la peau absorbe des substances qu'on ne retrouve pas dans l'urine. Une fois absorbées, elles sont éliminées, les unes par les glandes salivaires, les autres par la glande hépatique, celles-ci par les glandes de l'estomac, celles-là par les glandes rénales, etc., etc. D'où il suit enfin, comme nous l'avons déjà dit, que l'élimination des substances absorbées par la peau, ingérées dans l'estomac ou mises dans le sang se fait par un ou par plusieurs des émonctoires de l'économie et qu'on risque de ne pas trouver cette substance si on ne la recherche que dans un seul produit de sécrétion, l'urine, par exemple.

Au reste, M. Homolle a toujours dans ce cas le mérite et l'honneur d'avoir fait de très curieuses expériences et d'avoir appelé l'attention sur un sujet qui est de la plus haute importance physiologique et thérapeutique.

E. BOUCHUT,
Agrégé de la Faculté.

(1) Les eaux sulfureuses restent en dehors de cette appréciation.

BLESSURE DE L'ARTÈRE ILIAQUE INTERNE,

faite par un instrument destiné à provoquer l'avortement.

Par M. HAYWARD.

Les accidents que les manœuvres abortives entraînent ont ordinairement une marche lente, un caractère chronique, un certain degré de curabilité. Une métrite, la prédisposition aux métrorrhagies, la leucorrhée, telles sont les conséquences les plus habituelles de ces criminelles tentatives; tout au plus, une péritonite suraiguë vient-elle de temps en temps frapper d'une salutaire terreur les imprudentes qui ont le malheur d'obtenir qu'une matrone ou un médicastre cèdent à leurs prières. Ici l'exemple a été plus terrible encore; car c'est presque instantanément que la patiente a succombé.

M. Hayward raconte qu'une femme mariée, âgée de trente-six ans, enceinte de six mois, s'adressa à un homœopathe qui, sur sa demande, se mit en devoir de la faire avorter. Elle succomba environ douze heures après l'opération. Le praticien fut mis en jugement.

L'autopsie, exécutée en présence de quatre docteurs, constata d'abord l'apparence exsangue du cadavre. L'abdomen, à peine ouvert, laissa échapper deux pintes d'une sérosité sanguinolente, dont le caillot couvrait la masse intestinale d'une couche de deux pouces d'épaisseur. La paroi postérieure de l'utérus offrait une ouverture du diamètre d'un cathéter ordinaire, qui s'étendait jusqu'à l'artère iliaque interne droite, laquelle était perforée à un quart de pouce au-dessous de son origine. L'ouverture du vaisseau aurait pu admettre une plume d'oie. Trois autres piqûres existaient à travers l'utérus dans une direction à peu près semblable. Toutes les quatre avaient leur point de départ au col de l'utérus; de sorte qu'un stylet introduit par le vagin enfilait très aisément leur trajet.

Ce qui ajoute encore à l'intérêt de ce cas; c'est qu'aucune des ponctions n'avait atteint l'œuf. Les membranes étaient intactes, ainsi que le fœtus; si bien qu'eût-elle survécu, la malheureuse n'eût même pas obtenu la triste compensation des souffrances qu'elle s'était volontairement fait infliger.

(*Amer. journal* et *Gaz. hebdomadaire.*)

JURISPRUDENCE PHARMACEUTIQUE.

Le remède secret n'étant pas défini par la loi, il arrive assez souvent que des jurys médicaux saisissent des médicaments qui n'ont nullement ce caractère, uniquement parce qu'ils sont préparés en grand par quelques pharmaciens spéciaux et vendus sous leur cachet.

C'est ainsi que le sirop de digitale de Labélonye, employé depuis vingt ans dans les maladies du cœur, les hydropisies et certaines affections de poitrine, si généralement considéré comme un des meilleurs sédatifs et diurétiques connus, a été compris dans des saisies opérées par les jurys médicaux de la Côte-d'Or et de la Haute-Garonne.

Les cours impériales de Dijon et de Toulouse ont, à cette occasion, consacré de nouveau la jurisprudence de la cour de cassation, qui établit en principe: *qu'une modification dans le mode de préparation d'un médicament du* Codex *qui ne change pas sa nature et sa composition ne lui donne pas le caractère de remède secret, et peut être considérée comme une amélioration, un perfectionnement de ce médicament.*

Les journaux judiciaires ont reproduit l'arrêt de la cour de Dijon; voici celui que vient de rendre la cour de Toulouse:

« Attendu que le *Codex* contient une formule pour la préparation du sirop de digitale;

» Attendu qu'indépendamment de cette formule, il en existe une autre connue sous le nom de sirop de digitale de Labélonye;

» Attendu que celle-ci a été insérée dans divers ouvrages de médecine et de pharmacie;

» Que son efficacité est attestée par les déclarations des médecins les plus recommandables, et par la place qu'elle occupe dans la pratique;

» Attendu toutefois que cela ne suffirait pas pour faire disparaître le délit si, en fait, le sirop de digitale de Labélonye était tout autre que celui qui est le produit de la formule du *Codex;*

» Mais attendu qu'il résulte des éléments du procès et d'analyses déjà faites que les principes essentiels et constitutifs du sirop de Labélonye sont identiquement les mêmes que ceux indiqués par le *Codex;*

» Que l'un et l'autre de ces sirops ne sont formés que d'une substance unique, à savoir, une extraction de la digitale;

» Que c'est à cette substance seule que l'un et l'autre de ces sirops doivent leur propriété thérapeutique;

» Attendu que la différence qui distingue ces deux sirops ne provient que de la manière d'obtenir la substance qui les compose, c'est-à-dire les principes actifs de la digitale;

» Qu'en effet, tandis que le sirop décrit et formulé au *Codex* s'obtient par la voie de l'infusion, celui de Labélonye s'obtient par l'extraction alcoolique de la même plante; que l'une et l'autre opération donnent pour la même quantité de sirop une dose identique de digitale;

» Attendu que la différence dans les moyens extractifs ne change rien aux principes constitutifs du remède, ni à sa vertu;

» Que tout ce qui en résulte, c'est que la formule du sirop de Labélonye enlève au sirop son odeur désagréable et son goût âcre, en même temps qu'elle lui donne plus de stabilité dans sa composition et de certitude dans ses effets;

» Attendu que, loin de constituer un remède nouveau et secret, ce résultat n'établit qu'une amélioration, un perfectionnement d'un remède approuvé;

» Attendu que ce n'est pas un tel fait qu'a entendu et voulu punir la loi;

» Relaxe le sieur Besins. »

Ces deux arrêts tranchant une question très importante au point de vue de la jurisprudence médicale, nous avons cru devoir les signaler.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur: MM. Bailleux, médecin major au 17e de ligne; Froussard, aide-major de 1re classe à Lille; Forteau, médecin major au 9e bataillon de chasseurs à pied; Nicolas, aide major de 1re classe à l'armée d'Italie.

— Si nous sommes bien renseigné, l'administration de l'assistance publique a demandé au ministère de la guerre de mettre à sa disposition, en cas d'invasion du choléra, un certain nombre de casernes-postes pour y évacuer les infirmes et les convalescents des hôpitaux, et rendre ainsi un grand nombre de lits disponibles.

La même administration, qui a l'intention depuis longtemps d'étendre le système des secours à domicile, avancerait sans doute, dans cette occurrence, la réalisation de ses idées philanthropiques.

Quant aux mesures d'hygiène à prendre à Paris et dans les départements, le conseil supérieur n'a pas encore de plan arrêté. Nous savons seulement qu'il compte utiliser largement les conseils d'arrondissement.

— Le 7 octobre, il n'y a eu à Newcastle que 8 décès par le choléra, ce qui porte le nombre des morts à 1,460; le nombre des diarrhées traitées par les médecins visiteurs n'est pas moindre de 3,500. Il y a eu quelques cas suivis de mort à Walker et à South-Shields.

Depuis la première semaine du mois d'août, où le choléra a fait son apparition à Berlin, le nombre des cas a été de 1,151, dont 740 suivis de mort.

Le nombre des attaques, à Hambourg, a été de 531, dont 277 suivies de mort. Les cinq sixièmes des cas se sont montrés dans les quartiers bas et marécageux de la ville.

A Copenhague: attaques, 7,325 et 4,082 décès.

A Stockholm, le nombre des cas a été de 4,078 et celui des décès de 2,424.

— Tous les corps de santé des armées réclament, dans la plupart des contrées, l'assimilation des grades. Celui d'Espagne est plus heureux que le nôtre, car de nouveaux règlements viennent d'établir que les chirurgiens de régiments auront le grade de premiers adjudants; les médecins d'hôpitaux celui de commandant.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de PLON frères, Imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 123. — MARDI 18 OCTOBRE 1853. (26ᵉ ANNÉE.) N° 123. — MARDI 18 OCTOBRE 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Pays	Trois mois	Six mois	Un an
PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE.	8 fr. 50 c.	16 »	30 »
GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES.	9 fr.	17	33
ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR.	10 fr.	20	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

PARIS, LE 17 OCTOBRE 1853.

M. le docteur Desmarres nous communique deux faits extrêmement curieux. On sait que la densité du cristallin est niée généralement; M. Desmarres lui-même n'y croyait pas, et il a fallu les observations d'un habile micrographe, M. Ch. Robin, pour le forcer à se rendre à l'évidence.

Si d'autres faits viennent confirmer le résultat des observations de M. Robin, l'opinion générale sera redressée sur ce point, et nous serons heureux d'avoir contribué à cette modification, qui peut avoir des conséquences pratiques intéressantes.

Opacité de la capsule du cristallin constatée sous le microscope par M. Ch. Robin.

La nommée Clémence Gaudron, âgée dix-huit ans et demi, sans profession, née à Châteauroux, y demeurant, rue du Palais, chez son père, a été prise, à l'âge de quatorze mois, d'une ophthalmie à la suite de laquelle elle a entièrement perdu la vue. Il paraît que les deux pupilles s'étaient fermées, et que, conduite alors à Paris par ses parents, elle y fut opérée.

Son œil droit est entièrement perdu; il a conservé son volume normal; mais il est atteint d'une cataracte compliquée d'amaurose et de tous les signes ordinaires d'une ancienne choroïdite.

Son œil gauche a une pupille très large, presque entièrement fermée par une exsudation plastique, blanchâtre, qui s'étend partout dans cette ouverture, sauf en dedans, dans l'étendue d'une tête d'épingle environ. Le cristallin n'existe plus depuis l'opération pratiquée il y a seize ans. Cette exsudation est évidemment attachée sous la capsule.

La jeune fille ne voit pas pour se conduire dans des lieux qu'elle ne connaît pas, et ne reconnaît pas la plupart des objets qu'on lui présente.

Le 3 août 1853 je l'ai opérée. L'œil étant fixé, une ponction a été faite sur la cornée, au côté externe, et la fausse membrane a été extraite avec la serretèle et remise par M. Schley à M. Ch. Robin, qui en a fait l'examen dont il va être question.

L'opération n'a eu aucune suite fâcheuse; la vue s'est notablement améliorée; la pupille est très large, très nette. Les verres à cataracte augmentent beaucoup la puissance de l'organe. La malade se conduit dans Paris, même à l'œil nu; mais comme elle ne voit pas encore assez pour travailler, elle n'est que médiocrement satisfaite.

Le même jour (3 août), j'ai opéré de staphylome une femme de vingt-six ans, Mᵐᵉ G..., rue du Ponceau. Cette maladie s'était développée à la suite d'un coup sur l'œil, dont la cornée s'était rompue.

La pièce a été remise également à M. Ch. Robin par M. Schley, et l'examen a donné les résultats exposés dans la note ci-après.

L'opacité de la capsule étant niée aujourd'hui à peu près par tous les chirurgiens qui se sont occupés sérieusement de cette question, je crois utile de publier la note de M. Robin. Je n'ai pas cru jusqu'ici à l'opacité de la capsule; mais si d'autres faits (et il paraît qu'il s'en est présenté déjà d'autres semblables) viennent appuyer celui-ci, il faudra bien se rendre à l'évidence.

Voici la note de M. Ch. Robin :

« La capsule du cristallin est blanche, de la teinte des cartilages et opaque. La moitié postérieure est adhérente à l'autre, mais s'en détache assez facilement, et alors on remarque que la moitié antérieure seule est opaque. La moitié postérieure, à fort peu de chose près, a sa transparence habituelle, et en même temps elle a conservé son épaisseur normale. Il existe à la face postérieure de la moitié antérieure de la capsule une couche unique de cellules épithéliales pavimenteuses, fort régulières, pourvues de très fines granulations moléculaires placées entre la périphérie de la cellule et leur noyau central. Cette couche existe encore sur cette capsule, mais par places seulement, et les cellules offrent pour la plupart les deux modes d'altérations qu'on observe sur elles dans la majorité des cas de cataractes et sur les sujets déjà âgés. Ce sont :

» 1° La déformation des cellules, qui tendent à passer de la forme pavimenteuse à la cylindrique ;

» 2° Le gonflement des cellules, qui deviennent une ou deux fois plus grosses qu'à l'état ordinaire et transparentes comme si elles étaient distendues par un liquide.

» Quant à la substance même de la capsule, ce n'est plus, comme à l'état normal, une matière friable se brisant à bords nets, à angles bien limités, comme ceux d'une lame de verre cassé, et entièrement transparente, sans traces de granulations moléculaires. La substance de la capsule est devenue dure, criant sous les aiguilles qu'on y enfonce, friable encore par l'action de dilacérer, mais bien moins qu'à l'ordinaire. Les bords ne sont plus nets, mais comme divisés en lamelles ou fibrilles plates plus ou moins longues, striées en long et d'autant plus minces qu'on est plus près de leur extrémité libre, qui souvent se termine en pointe, tandis que l'autre bout se continue avec le fragment de capsule examiné. La largeur de ces lamelles fibrillaires varie entre 1 et quelques centièmes de millimètre.

» Un fait plus important encore à noter, c'est la présence de granulations moléculaires jaunâtres, à centre brillant, à contours nets et foncés. Elles varient de diamètre entre quelques dix millièmes de millimètre et deux millièmes. Çà et là elles sont réunies en petits amas; mais cette disposition est rare, car généralement elles sont écartées les unes des autres de quelques millièmes de millimètre. Elles ne se dissolvent dans aucun des acides sulfurique, nitrique, chlorhydrique et acétique ; mais, après l'action un peu prolongée du premier, l'éther enlève une partie des granulations ; la potasse caustique employée directement en fait autant, après avoir gonflé la capsule plus que l'acide sulfurique.

» Ces faits portent à admettre que ces granulations sont de nature graisseuse, comme celles qui, déposées dans un grand nombre de tissus transparents, les rendent opaques, comme aussi une partie de celles qui déterminent le leucome sont des granulations graisseuses. Une coupe très mince de toute l'épaisseur de la capsule, examinée au microscope, montre que ces granulations sont bien dans l'épaisseur de la capsule, uniformément distribuées entre les deux surfaces, mais nullement adhérentes seulement à l'une ou à l'autre.

» Je trouve dans une note du même jour ce qui suit :

» *Staphylome.* — Ablation de toute la cornée, de l'iris et des bords de la sclérotique. Les milieux sont fluides, noirs, ce qui est causé par des globules de sang épanché. Le cristallin est sorti de sa capsule depuis longtemps; il est jaunâtre, et ses deux espèces de fibres (1° fibres à noyaux superficielles et grenues; 2° fibres dentelées homogènes) offrent l'altération ordinaire. La capsule est encore transparente, mais sa moitié antérieure l'est bien moins qu'à l'ordinaire. Elle offre encore son épaisseur et sa friabilité normales; mais *dans son épaisseur*, surtout près de la face libre (mais non en dehors de cette face et contre elle), on trouve de fines granulations jaunâtres, de volume plus uniforme que dans le cas précédent, bien que leur couleur soit la même. Elles donnent à la capsule un aspect très élégant sous le microscope. »

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. CHASSAIGNAC.

Luxation de l'humérus compliquée de fracture de la clavicule.

Par cela seul qu'une luxation a été produite en même temps qu'une fracture, soit par la même cause vulnérante, soit par une autre cause à action simultanée, on n'est pas en droit de dire qu'il y a fracture compliquée, et que cette fracture est compliquée de luxation. Ainsi, qu'un blessé soit atteint en même temps d'une blessure de jambe et d'une luxation de l'épaule, il n'a pas une fracture compliquée de luxation, ni une luxation compliquée de fracture : il a tout simplement une fracture et une luxation; mais les deux lésions ne se compliquent pas. Elles sont indépendantes, n'exercent l'une sur l'autre aucune influence. Pour qu'il y ait complication d'une des lésions par l'autre, il faut qu'il y ait entre elles des relations plus intimes que celles d'une simple coexistence; il faut, par exemple, qu'elles siégent toutes deux sur le même membre, car dès lors il est évident que le traitement d'une des affections exerce une influence directe sur le traitement de l'autre. Cette influence n'est jamais plus marquée que dans les cas où la fracture et la luxation siégent sur le même os. Mais on aurait tort de croire que cette dernière condition est indispensable pour donner lieu à la complication d'une luxation par une fracture, car il est clair

FEUILLETON.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU XIIᵉ ARRONDISSEMENT.

(Extrait du procès-verbal de la séance du 7 septembre 1853.

Analyse d'un livre de M. DE HUBBENET, *correspondant de la Société, sur le choléra,* présentée par M. AUZIAS-TURENNE.

Messieurs, l'ouvrage de M. de Hubbenet, dont je vais vous rendre compte, est écrit en allemand et a pour titre : *Observations faites à l'hôpital Saint-Vladimir, à Kiew, sur le choléra de* 1848. Les études de M. de Hubbenet ont été poursuivies sur une grande échelle, puisque plus d'un millier de malades se sont trouvés confiés à ses soins dans le grand hôpital de Saint-Vladimir. Le livre important de notre correspondant russe est divisé en quatre parties.

La PREMIÈRE PARTIE, consacrée exclusivement à la statistique du choléra, est enrichie de quatre tableaux extrêmement instructifs.

Le *premier tableau* indique dans quelle proportion, relativement aux autres maladies, se sont montrées les fièvres intermittentes dans le grand hôpital de Saint-Vladimir, durant les quinze années qui ont précédé l'invasion de l'épidémie cholérique, et il fait voir que le nombre de ces fièvres n'a pas diminué pendant l'existence de l'épidémie. Dans les années qui ont précédé l'explosion du choléra, l'époque de la plus grande intensité de ces fièvres correspondait aux mois de mai et de juin, et celle de leur moindre intensité correspondait aux mois de février et de mars. Les choses se sont passées de même pendant et après le choléra. Il n'y a pas eu non plus, bien que quelques observateurs l'aient conjecturé, recrudescence des fièvres intermittentes immédiatement avant l'invasion de l'épidémie.

Le *second tableau* est un relevé très complet du nombre des entrées et des sorties qui se sont effectuées à la porte de l'hôpital pendant ces quinze années. Une colonne spéciale est affectée à la supputation des décès. Le temps moyen de séjour des malades dans l'hôpital, le nombre de malades existants dans chaque mois, et notamment de malades atteints de fièvres intermittentes, sont indiqués avec un soin tout particulier.

Le *troisième tableau* est une statistique exacte du choléra en 1848. Il indique jour par jour les entrées, les guérisons, les morts et les personnes qui restent en traitement.

Le *quatrième tableau* est une représentation matérielle, et que l'auteur appelle *géométrique*, du tableau précédent. Trois sortes de lignes différemment nuancées indiquent par leur hauteur l'intensité du fléau au triple point de vue du nombre journalier des entrées (lignes noires), du nombre des décès (lignes rouges) et du nombre des malades en traitement (lignes jaunes). Une proportion presque constamment la même s'observe entre le nombre des décès et celui des entrées. On voit que l'époque de l'existence du plus grand nombre de malades en traitement est postérieure de quelques jours à celle de la plus grande intensité de la maladie. On voit encore par ce tableau synoptique que le nombre des nouveaux malades suit des oscillations très irrégulières; tandis qu'il n'en est point ainsi du nombre des malades en traitement, qui ne présente pas brusquement de grandes augmentations, ni de grandes diminutions.

On constate par l'examen de ce tableau que, le 9 du mois d'août, l'épidémie paraissait complétement éteinte, et qu'elle a subitement reparu quelques jours après dans des proportions effrayantes. Ce fait s'explique par l'entrée dans Kiew de nouveaux régiments infectés. La recrudescence ne frappa d'abord que les soldats des régiments nouvellement entrés en ville; mais bientôt les malades couchés dans les lits de l'hôpital pour diverses maladies furent en grand nombre atteints par l'épidémie. Plus tard, les divers corps casernés dans la ville furent envahis par le fléau. La plus grande mortalité porta, dans cette recrudescence, sur les hommes qui étaient atteints de fièvres intermittentes, d'exanthèmes chroniques et de maladies scrofuleuses.

Voici les données importantes qui découlent de toutes les recherches statistiques de M. de Hubbenet:

1° Le nombre des personnes atteintes par le fléau varie beaucoup en raison des conditions dans lesquelles ces personnes se trouvent placées et de la classe à laquelle elles appartiennent, en raison surtout des règles hygiéniques et diététiques qu'elles ont pu observer.

2° L'influence de l'hygiène sur le développement de l'épidémie est telle, qu'on peut affirmer que toutes les causes générales de maladies peuvent devenir causes déterminantes de choléra.

que, eu égard aux manœuvres de la réduction, une fracture de clavicule complique très évidemment une luxation de l'humérus. En effet, comment pourrait-on exercer les manœuvres habituellement propres à la réduction sur un membre dont la clavicule est fracturée, sans s'exposer aux accidents les plus graves, tels que déchirures périostiques et ligamenteuses, blessure de l'artère ou de la veine axillaire par les fragments, dilacération des nerfs du plexus brachial, tels sont les dangers auxquels on s'exposerait en soumettant à de fortes tractions le bras d'un individu atteint de luxation de l'humérus du côté où existerait simultanément une fracture de clavicule.

Dans des cas analogues, quelques chirurgiens, dominés par une timidité extrême, ou bien égarés par des conseils mal entendus, ont préféré s'abstenir, assumant ainsi la responsabilité qui s'attache toujours, quoi qu'on fasse, à la persistance indéfinie d'une luxation qu'on aurait pu réduire. Tant que les admirables ressources de l'anesthésie, employées en pareil cas, n'ont pas été connues, le chirurgien ne pouvait être raisonnablement accusé de n'avoir pu réduire une luxation compliquée de fracture. Mais il serait sans excuse s'il déclarait l'impossibilité de réduire une luxation de l'humérus, aussi bien dans un cas de fracture simultanée de cet os que dans un cas de fracture de la clavicule, depuis que la marche à suivre en pareil cas lui a été tracée d'une manière ausssi nette et aussi catégorique que dans les lignes suivantes :

« L'expérience nous a prouvé que l'état de résolution complète » dans lequel on peut plonger les sujets soumis à l'inhalation du » chloroforme permet de réduire les luxations récentes avec une si » grande facilité que non-seulement les tractions peuvent être ra- » menées à une proportion minime, mais qu'on peut avec succès » substituer à ceux qui sont employés habituellement des modes de » réduction beaucoup moins parfaits, mais dans lesquels il n'est » pas nécessaire d'exercer une véritable extension. Ainsi, telle tête » osseuse qui, hors l'état anesthésique du sujet, ne pourrait rentrer » dans sa cavité articulaire qu'à grand renfort de traction pourra y » être reportée facilement par une simple pression latérale. » (Voyez aussi à ce sujet un savant rapport de M. Gosselin publié dans les *Mémoires de la Société de chirurgie*, t. III, p. 469.)

Dans l'observation qui va suivre, on verra que l'emploi du chloroforme a permis de réduire sans aucune traction violente et par un simple mouvement de rotation, d'après le procédé de M. Lacour, une luxation de l'humérus qui était compliquée de fracture de clavicule du même côté.

Robert (Charles), âgé de vingt et un ans, charretier, entre le 2 septembre 1853 à l'hôpital Saint-Antoine.

Le lendemain, 3 septembre, à l'examen du malade, M. Chassaignac constate l'existence d'une luxation sous-coracoïdienne de l'humérus droit et, de plus, une fracture de la clavicule droite offrant l'exemple assez curieux d'une fracture véritablement longitudinale. On remarque en effet, en explorant d'une manière attentive toute la longueur de la clavicule, qu'elle est séparée en deux fragments longitudinaux, de manière à présenter l'apparence de deux clavicules superposées. Toutefois, la solution de continuité ne vient pas tomber dans l'articulation sterno-claviculaire, mais elle passe immédiatement au-dessus; de telle sorte que, si l'on applique l'extrémité du doigt indicateur sur l'extrémité interne de la clavicule et si l'on comprime par saccades l'extrémité externe de cet os à son articulation acromiale, le fragment supérieur exécute un mouvement de bascule que perçoit très nettement le doigt placé à l'autre extrémité de l'os.

A quelle cause sont dus ces désordres? Voici ce que nous a appris le récit du malade à ce sujet. Il venait d'être renversé sur le sol et reposait sur le côté gauche du corps, lorsque la roue d'une de ces énormes voitures qu'on appelle *fardiers* s'avança comme pour passer sur son épaule droite. La voiture fut arrêtée assez à temps pour ne pas écraser complétement le sujet; mais elle avait comprimé déjà assez fortement l'épaule indiquée pour y déterminer les lésions qui viennent d'être décrites.

Il s'agissait de réduire la luxation. Le sujet était jeune, vigoureusement musclé, et tout cela annonçait des difficultés d'autant plus grandes que la fracture de la clavicule excluait de toute évidence les procédés opératoires supposant une traction énergique sur le membre supérieur, — la méthode du talon plus que tout autre peut-être —, comme étant de nature à amener des désordres fâcheux dans la région axillaire. Voici la marche qui fut adoptée :

On commença à plonger le malade dans un état complet de tolérance anesthésique par l'emploi du chloroforme; puis aussitôt qu'on eut obtenu la résolution musculaire absolue propre à cette période, qu'il faut bien distinguer de l'état de collapsus, M. Chassaignac, convertissant le membre du malade en levier de rotation, fit exécuter, d'après le principe de la méthode de M. Lacour, un mouvement de demi-rotation de l'humérus en dedans, mouvement qui fut suivi, au bout de quelques tentatives, de la rentrée de la tête de l'os dans sa cavité.

Restait à s'occuper du traitement de la fracture de clavicule, et à prévenir l'inflammation à laquelle on devait s'attendre à la suite d'une violence aussi considérable que celle produite par l'action de la roue.

Le bras fut mis en écharpe; de nombreuses scarifications furent pratiquées sur les parties contuses.

Quant au traitement de la clavicule, il a consisté dans un nouveau mode de bandage employé par M. Chassaignac, et qui prévient toute difformité, même dans les cas de fracture de cet os qui offrent le plus de chevauchement. Ce bandage se fait en deux temps. Il consiste à emboîter l'avant-bras et la moitié inférieure du bras dans une cuirasse dextrinée, dont on doit obtenir la solidification complète avant de faire aucune tentative de réduction. Il a été reconnu par des expériences réitérées que, quand l'avant-bras est ainsi protégé, il peut défier toutes les pressions au moyen desquelles on agirait sur lui dans le but de relever le coude aussi haut que possible. Une fois la solidification obtenue, on place sur le plan incliné cervico-scapulaire, du côté opposé à la fracture, un coussinet piqué servant de contre-appui au moyen duquel une bande roulée très longue relève le coude et, par son intermédiaire, l'humérus et l'extrémité externe de la clavicule à un degré tel que tout chevauchement dans les fractures de ce dernier os est effacé à l'instant même et ne se reproduit plus pendant le cours du traitement.

Le malade est sorti dans les premiers jours d'octobre, présentant une consolidation parfaite de sa fracture et l'absence de tout désordre consécutif à la luxation dans l'articulation scapulo-humérale.

HOPITAL NECKER. — M. Lenoir.

Anévrisme poplité traité par l'injection de perchlorure de fer.

(Observation recueillie par M. Oscar Masson, interne.)

Voici encore un fait que nous croyons devoir rapprocher de ceux que contiennent nos derniers numéros; nous l'empruntons à la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*. Bien que la mort du malade ait suivi l'opération, M. Lenoir pense que l'application de cette méthode était seule indiquée, et persiste à croire qu'elle peut rendre des services. Ces conclusions, directement contraires à celles de M. Malgaigne, nous imposent une réserve que nos lecteurs comprendront.

Le 10 février 1853, est entré au n° 7 de la salle Saint-Pierre (hôpital Necker), pour y être traité d'une tumeur du jarret, un homme âgé de soixante-deux ans, Polonais de naissance, journalier de profession, ayant presque toujours été employé à conduire ou à soigner des chevaux, et nommé André Lizoski.

Cet homme, d'une taille au-dessus de l'ordinaire, maigre, paraissant plus âgé qu'il ne l'est réellement, a toujours été employé à de rudes travaux; il a servi autrefois dans un corps à cheval, puis a successivement rempli l'état de postillon et de palefrenier. Il était encore palefrenier au moment où il est entré à l'hôpital.

Il ne se rappelle pas avoir eu de maladies graves; il est seulement sujet à des attaques d'oppression qui se dissipent après un ou deux jours de durée. Il est du reste peu intelligent, et l'on obtient difficilement de lui des réponses précises.

Au moment où il entre dans le service, une tumeur occupe la région poplitée du côté droit. Cette tumeur, uniformément arrondie, du volume d'un œuf de poule environ, remplit exactement le creux du jarret; elle est dure et s'affaisse difficilement sous la main qui la comprime. En appliquant les doigts sur cette tumeur, on trouve qu'elle est pulsatile, et que ses pulsations sont isochrones aux battements du cœur. Si on l'embrasse avec la main, elle soulève celle-ci en donnant à l'observateur la sensation d'un véritable mouvement d'expansion.

Si l'on vient à comprimer l'artère fémorale sur un point quelconque de son trajet, on suspend complétement les battements de la tumeur.

En appliquant dans le creux du jarret l'oreille, munie ou non d'un stéthoscope, on constate l'existence d'un bruit de souffle non continu, se produisant pendant la diastole artérielle. Ce bruit de souffle se retrouve sur toute la longueur de l'artère fémorale; très intense au niveau de l'anneau du troisième adducteur, il diminue d'intensité à mesure qu'on approche de l'artère fémorale.

On sent facilement les pulsations de l'artère crurale sur toute la longueur de cette artère, mais elle roule sous le doigt comme une artère ossifiée; on la maintient assez facilement comprimée en appuyant sur elle avec les doigts, au niveau de l'arcade fémorale, et à la partie moyenne de la cuisse. Mais si l'on se sert d'un compresseur à cet effet, on ne parvient que momentanément à suspendre la circulation dans son intérieur, car au bout de quelques instants les battements, un moment suspendus dans la tumeur, y reparaissent comme avant la compression.

Le membre inférieur n'est ni augmenté de volume, ni œdématié. Le malade accuse la sensation de battements dans le jarret; ces battements lui causent une douleur sourde, peu intense quand il est en repos. D'ailleurs pas de douleurs, pas de fourmillements dans le reste du membre, qui est seulement un peu engourdi. Les mouvements d'extension et de flexion de la jambe sur la cuisse sont conservés; cependant la flexion portée au delà de l'angle droit est un peu douloureuse; la marche est gênée et bientôt suivie de fatigue qui oblige le malade à se reposer. Les veines superficielles de la jambe et de la cuisse sont notablement dilatées. L'artère radiale donne aux doigts la sensation d'une artère ossifiée. Rien d'anormal dans les bruits ni dans les battements du cœur; seulement la matité précordiale est un peu plus étendue qu'à l'ordinaire.

Le malade assure que le début de son mal ne remonte pas à plus d'un mois; il s'en est aperçu à la gêne qu'il éprouvait en marchant, et il a constaté tout de suite l'existence d'une tumeur dans le creux du jarret. Il est certain de n'avoir pas reçu de coup dans cette région, et attribue l'apparition de sa maladie à une marche forcée. Le médecin qui l'a vu avant son entrée à l'hôpital lui a conseillé le repos et l'application de cataplasmes.

Après avoir reconnu l'existence d'un anévrisme poplité, M. Lenoir songe au traitement qu'il emploiera. L'ossification partielle de l'artère fémorale lui semble devoir faire rejeter dans ce cas l'application de la ligature par la méthode ordinaire. On exposerait par elle le malade aux dangers d'une hémorrhagie consécutive.

La compression est le traitement qu'il essaiera d'abord. Il se sert pour la pratiquer du compresseur de Dupuytren, qu'il applique successivement au niveau de la partie moyenne de la cuisse, puis sur le pubis au niveau de l'arcade fémorale. Mais ce compresseur ne suspend la circulation que pendant quelques instants; l'artère lui échappe, probablement à cause de sa facilité à rouler par suite de son ossification. Au compresseur de Dupuytren M. Lenoir substitue le compresseur de Signorini, au moyen duquel il suspend pendant un temps un peu plus long la circulation dans l'artère fémorale; le malade garde ce compresseur pendant deux ou trois heures chaque jour, non sans se plaindre beaucoup. Quand j'arrive pour le lui retirer, je le trouve chaque fois pâle, baigné de sueur, accusant de vives douleurs et me suppliant de le délivrer. Chaque fois je constate, avant d'enlever l'appareil, que les battements se sont reproduits dans la tumeur.

Au bout d'un mois de ce traitement, rien n'était changé dans l'anévrisme quant à ses battements, et son volume avait même augmenté. On s'aperçut alors qu'en plaçant la jambe dans la demi-flexion sur la cuisse, on suspendait les battements dans le creux poplité; cependant, dans cette position, le bruit de souffle y persistait et s'entendait avec plus d'intensité qu'à l'ordinaire au niveau de l'anneau du troisième adducteur; à ce même endroit, on constatait alors une augmentation de volume, et la main appliquée sur la tumeur y percevait des battements presque aussi forts que ceux perçus dans le creux du jarret lorsque la jambe était étendue; peut-être que le kyste anévrismatique était alors seulement déplacé

3° On pourrait entretenir pendant plusieurs années le choléra dans un endroit par le renouvellement incessant de grandes masses d'hommes.

4° Le choléra devient incontestablement contagieux dans certaines circonstances.

5° Les hommes sont le véhicule du choléra.

6° L'organisme le plus prédisposé à la contagion cholérique est celui qui est déjà affaibli par une maladie, et surtout par la fièvre intermittente.

7° La tuberculisation n'augmente ni ne diminue chez les individus l'aptitude à contracter le choléra.

8° Toutes les méthodes de traitement ont échoué contre le choléra confirmé.

9° La mortalité pendant l'épidémie cholérique paraît dépendre moins de la malignité de l'épidémie que du défaut de conditions hygiéniques générales et particulières et du défaut de premiers soins donnés aux malades.

10° Dans certaines classes de la société, le choléra augmente le nombre des décès sans augmenter celui des malades.

La seconde partie du livre de M. de Hubbenet est consacrée à l'anatomie pathologique du choléra. Elle a pour base deux cents autopsies, et justifie, d'après M. de Hubbenet, une division du choléra en *choléra spasmodique* et en *choléra paralytique;* chacune de ces deux espèces correspondrait à des altérations organiques spéciales. Ces altérations différentes ne dépendent que de différences dans le degré de la maladie. Celle-ci ne change pas d'essence, et a invariablement son siége primitif dans le tube intestinal.

Le canal intestinal étant toujours primitivement affecté, M. de Hubbenet s'élève contre l'opinion de ceux qui ont cru devoir diviser le choléra en *choléra pulmonaire* et en *choléra entérique*. Il n'admet pas non plus le *choléra sec*, dont il n'a observé aucun cas positif. La littérature médicale, dit-il avec raison, ne possède pas un exemple de ce genre vérifié par l'autopsie.

M. de Hubbenet termine le chapitre de l'anatomie pathologique du choléra par l'examen anatomique des états morbides qui lui succèdent. Ces états morbides sont des fièvres typhoïdes et des décompositions soit purulentes, soit putrides du sang.

A cette partie anatomique du travail est annexée une grande et belle planche avec des explications. Cette planche renferme six figures soigneusement dessinées.

La *première* de ces figures représente considérablement grossie une portion de la muqueuse intestinale d'un cholérique. On voit des globules sanguins abandonner des vaisseaux capillaires érodés et rompus.

La *seconde figure* représente, vues au microscope, les matières évacuées. On voit en abondance l'épithélium cylindrique sous différentes formes, tantôt bien intact, tantôt variablement fragmenté. Il y a de plus des globules sanguins, des matières amorphes et des cristaux réguliers de phosphate de magnésie et de phosphate d'ammoniaque.

La *troisième figure* représente un morceau de la partie inférieure de l'iléon vue à un grossissement considérable par sa face interne. La membrane muqueuse est pâle et gonflée. Les plaques de Peyer et les glandes solitaires sont très développées.

La *quatrième figure* représente encore un morceau de la partie inférieure de l'iléon d'un autre malade, vue également par sa face interne. Cette figure a pour objet de montrer une injection vasculaire très considérable qui existe sous forme de radicelles, particulièrement autour des glandes.

La *cinquième figure* est encore l'image de la même partie de l'iléon dans un cas de *choléra paralytique*. Les évacuations alvines du malade avaient été sanguinolentes. Ici la muqueuse est noirâtre et nullement œdémateuse. Il n'y a plus de plaques de Peyer visibles, et, si les glandes agminées sont encore nombreuses, elles sont moins grosses que dans les figures précédentes.

La *sixième figure*, enfin, représente un morceau de l'S iliaque du côlon, telle qu'on a trouvé cette partie chez les sujets morts de choléra dyssentérique accompagné de ténesme avec ou sans complication de selles hémorrhagiques. L'appareil folliculaire est développé. Les glandules sont surmontées chacune d'un petit point noir. Ces points ne sont autre chose que des ouvertures par lesquelles on peut faire suinter à la pression des gouttelettes de mucus ou de pus. C'est pour ainsi dire le début de petits abcès, qui sont eux-mêmes le prélude de la forme ulcéreuse de la maladie. On voit çà et là des épanchements sanguins qui soulèvent la muqueuse. Souvent des épanchements de ce genre, venant à rompre et à détruire cette muqueuse, transforment la place qu'ils occupent en ulcérations superficielles.

par la flexion de la jambe. Néanmoins, cette position devant nécessairement gêner le cours du sang dans l'intérieur de celui-ci, la jambe fut fixée dans la position demi-fléchie, appuyant sur un coussin par sa face externe.

Elle resta pendant un mois dans cette position ; au bout de ce temps on étend la jambe, et l'on explore la tumeur. Pas la moindre amélioration, si ce n'est cependant que l'on constate un développement remarquable des artères collatérales péri-articulaires ; ce développement est surtout notable pour une artère placée au côté interne du genou.

Ainsi la compression avait échoué. La flexion de la jambe sur la cuisse, maintenue pendant un mois, n'avait pas produit le résultat qu'on en attendait ; la ligature semblait devoir être rejetée, à cause de l'ossification de l'artère. Les succès obtenus par M. Pravaz au moyen des injections de perchlorure de fer dans les anévrismes faisaient grand bruit à ce moment. S'il était un cas où cette méthode parût applicable, c'était bien celui-là où la compression avait échoué, où la ligature n'était pas praticable. M. Lenoir arriva donc, par exclusion, à essayer contre cet anévrisme les injections de perchlorure de fer.

La première injection fut faite avec la seringue de M. Pravaz le 19 mai 1853, en présence de MM. Giraldès, Lallemand, Marjolin, etc. Le malade étant couché sur le ventre, on ponctionna la tumeur au niveau de sa partie moyenne en se rapprochant du point où l'artère s'abouche supérieurement dans le sac anévrismal ; le trocart retiré, quelques gouttes de sang veineux sortirent par la canule. La compression étant faite, on adapta à la canule une seringue dont le piston se meut au moyen d'une vis (chaque demi-tour de la vis donnant issue à une goutte de liquide). On pousse sept gouttes. La compression est maintenue pendant dix minutes après l'injection, et interrompue une fois pendant ce temps pour savoir si les battements avaient cessé ; ils étaient aussi forts. Au bout de dix minutes, on sépare la petite seringue de la canule ; celle-ci laisse écouler quelques gouttes d'un liquide qui semble du perchlorure de fer à peu près pur. Les battements n'ont pas cessé. La canule retirée, on porte le malade à son lit ; la jambe est placée sur un coussin, légèrement fléchie et couchée sur le côté externe. Le lendemain et les jours suivants, rien de nouveau ; pas de diminution appréciable dans les battements, bien que le malade déclare que, pour lui, ils sont moins forts.

Le 31 mai, nouvelle tentative faite au lit du malade, en présence de MM. Giraldès et Lustreman. On pratique dans la même séance deux ponctions suivies de deux injections : l'une très près du lieu de la première opération, et le malade étant couché sur le ventre ; l'autre à la partie la plus élevée et la plus interne de la tumeur, la jambe étant demi-fléchie sur la cuisse et le malade couché sur le dos. On injecte en tout seize gouttes de liquide, et tout se passe dans cette opération comme dans la première. Les résultats n'en sont pas plus favorables, quoiqu'on ait employé cette fois des instruments qui donnent plus de précision et de sûreté à la manœuvre.

Le 18 juin, M. Lenoir se décide à une nouvelle injection ; elle est faite en présence de MM. Giraldès, Galtier et des élèves de l'hôpital. Il doit opérer avec du perchlorure de fer envoyé de Lyon par M. Burin-Dubuisson, et la seringue dont il va se servir, fabriquée par M. Charrière, est de verre, afin qu'on puisse voir si le liquide ne passe pas au-dessus du piston. M. Lenoir pénètre dans la tumeur en se rapprochant le plus possible du lieu où l'artère s'abouche dans le sac ; la tige du trocart enlevée, il s'écoule par la canule un peu de sang veineux. On déplace légèrement cette canule en la poussant plus avant, et l'on en voit bientôt sortir un véritable jet peu élevé, mais saccadé, d'un liquide vermeil qui, à n'en pas douter, est du sang artériel. Un aide fait la compression, le jet s'arrête aussitôt, et au moyen du long tube de la seringue introduit dans la canule, M. Lenoir injecte six gouttes de perchlorure de fer ; la compression est maintenue pendant cinq minutes, après quoi on la supprime ; les battements se reproduisent aussitôt, et la canule participe d'une manière visible aux mouvements du sac.

Nouvelle injection de six gouttes de liquide coagulant, après avoir débouché la canule (laissée en place) au moyen de la tige du trocart introduite dans son intérieur. La compression est faite pendant cinq minutes ; on la supprime de nouveau, et les battements reparaissent aussitôt. On enlève enfin la canule et l'on applique sur la piqûre un morceau de diachylon. La canule enlevée, un peu de perchlorure s'écoule par son orifice supérieur ; en y introduisant le trocart, on en fait sortir un long caillot très ferme et filiforme.

(Pendant l'injection, un peu de perchlorure est remonté au-dessus du piston, de sorte qu'il n'en est pas entré 12 gouttes dans le sac.)

Le 24 juin, depuis la dernière injection, c'est-à-dire depuis six jours, le malade n'avait pas éprouvé de douleur dans la tumeur, il trouvait que les battements étaient beaucoup moins forts ; mais, pour M. Lenoir, il y avait peu de différence dans leur intensité. Hier au soir, 23 juin, le malade a éprouvé tout à coup une douleur sourde dans le jarret, et a été pris successivement de frisson, de chaleur et de sueur. Pendant la nuit, la douleur n'a fait qu'augmenter, malgré un cataplasme.

Ce matin, le malade se plaint beaucoup ; la région poplitée est chaude, tendue, très douloureuse à la pression ; les battements y sont beaucoup moins forts ; le bruit de souffle est aussi intense et s'entend dans la même étendue. Le pouls est fort (120 pulsations) ; la peau très chaude et sèche ; gémissements continuels ; les veines superficielles de la jambe et de la cuisse sont plus distendues qu'à l'ordinaire. Une des artères collatérales articulaires, placées au côté interne du genou, bat comme une radiale. — Saignée de 2 palettes ; cataplasmes et frictions mercurielles sur la tumeur ; limonade ; diète.

Le 25 juin, la saignée a coulé un peu en bavant ; le caillot est volumineux, non rétracté, recouvert d'une couche épaisse de couenne verdâtre. Hier au soir la peau était moins chaude, le pouls à 104 ; ce matin, les douleurs sont vives, les battements presque entièrement suspendus, le bruit de souffle plus faible ; la tumeur est toujours chaude, tendue, le pouls est fort et fréquent, 124 pulsations. — Diète ; limonade, 3 pots ; 20 sangsues sur le côté interne de l'articulation du genou ; cataplasmes.

Le 26 juin, les sangsues ont toutes pris, et leurs piqûres ont beaucoup saigné. Le malade a dormi dans la journée d'hier et un peu pendant la nuit. La tumeur est moins chaude, toujours aussi tendue ; on ne sent plus du tout les battements. J'applique l'oreille sur la tumeur sans rien entendre. La jambe droite est un peu œdématiée ; le malade dit qu'elle est engourdie ; il sent bien quand je la pince. Peau naturelle ; pouls moins fort, toujours fréquent, 120 pulsations. Le malade a devant moi une envie de vomir. — Cataplasmes et frictions mercurielles ; diète ; limonade, 3 pots.

Le 27, même état, si ce n'est un peu moins de tension dans la tumeur. Le malade ne va pas à la selle. — Lavement ; limonade vineuse.

Le soir, le pouls est plus faible, mais aussi fréquent. Les douleurs sont plus vives, la jambe plus fortement œdématiée ; faiblesse extrême ; délire tranquille.

Le malade meurt dans la matinée du 28, après la visite. Au moment de la visite, nous l'avions trouvé dans le même état que la veille au soir.

Autopsie. — M. Lenoir procède lui-même à la dissection. Il découvre l'artère fémorale à partir du triangle de Scarpa ; arrivé au niveau de la tumeur, il dissèque la peau avec le plus grand soin, et constate un épanchement dans le tissu cellulaire sous-cutané, qu'on peut attribuer peut-être aux sangsues, mais qui cependant existe aussi au côté externe du membre. On trouve aussi du sang épanché dans les interstices des muscles qui entourent le sac, et M. Giraldès en découvre jusque dans la jambe, au niveau du mollet, sous les muscles jumeaux et soléaires.

La tumeur est recouverte par les muscles biceps, demi-membraneux, jumeaux, dont les fibres amincies et infiltrées de sang noir adhèrent intimement au sac ; elle est, en outre, entourée d'un tissu cellulaire graisseux très abondant, également infiltré de sang, dont on l'isole le mieux possible ; le nerf sciatique et ses divisions sont appliqués sur la tumeur et un peu aplatis par la distension qu'ils ont subie.

La veine fémorale au niveau de la tumeur est aplatie, presque imperméable au sang et très difficile à isoler. Au-dessus de la tumeur, elle est remplie d'une sanie couleur lie de vin, qui ne remonte pas du reste dans les veines du bassin.

L'artère fémorale au-dessus de la tumeur présente des plaques nombreuses d'ossification qui justifient le diagnostic porté pendant la vie.

La tumeur elle-même est dure, semble fortement distendue par des caillots, recouverte d'une paroi infiltrée, et assez mince quand on a enlevé les fibres musculaires et le tissu cellulaire qui la doublaient, très mince dans la partie de sa surface extérieure qui est appliquée contre l'articulation, dont elle est séparée par un tissu cellulaire graisseux, abondant, et dont il a été difficile de l'isoler sans produire quelque solution de continuité. Elle présente dans le reste de son étendue une épaisseur plus grande et une consistance assez marquée.

Quant à l'intérieur de la poche anévrismale, il est rempli assez exactement par un magma sanguin, adhérent aux parois, plus résistant à son centre qu'à sa circonférence et d'une couleur lie de vin.

Examen de la cavité thoracique. — Adhérences anciennes de la plèvre, surtout à droite. Plusieurs bulles d'emphysème sous la plèvre pulmonaire, principalement au niveau de la face diaphragmatique des deux poumons.

Le péricarde contient quelques cuillerées de sérosité ; il est très épaissi et présente sur ses deux feuillets les altérations d'une péricardite ancienne ; fausses membranes épaisses, grisâtres et chagrinées. Le cœur, un peu hypertrophié, présente à tous ses orifices des concrétions calcaires très prononcées au niveau des valvules sigmoïdes de l'aorte. L'aorte est dilatée au niveau de sa courbure et remplie dans toute sa longueur de larges plaques d'ossification.

OBSERVATIONS SUR LE SPASME DE LA GLOTTE ;

Par le Dr LEDERER, médecin assistant à la clinique des enfants de Vienne.

Les vues de l'auteur s'appuient sur des cas nombreux observés à l'hôpital et parmi les malades de la ville, dont le nombre s'élève annuellement à plus de 4,000.

Un relevé des cas d'asthme, depuis le mois de janvier 1850 jusqu'à la fin de juin 1852, ont donné les résultats suivants :

Sur 96 enfants affectés d'asthme (59 garçons et 37 filles), 92 avaient un ramollissement des os du crâne (*craniotabes*), avec ou sans hypertrophie du cerveau ; les autres maladies étaient l'hydrocéphale aiguë, 1 cas ; l'œdème chronique du cerveau, 1 cas ; 3 cas de rachitisme du tronc et des extrémités, sans ramollissement du crâne ; 1 cas de vice de conformation du cœur.

Malgré la coïncidence remarquable de l'asthme et du ramollissement crânien, l'auteur ne regarde pas cette dernière affection comme la seule cause du spasme de la glotte ; car le ramollissement existe souvent chez des enfants rachitiques qui ont les os du crâne parfaitement ossifiés ; mais il pense qu'il faut regarder le ramollissement des os du crâne comme une des causes occasionnelles du spasme, cause à laquelle il faut joindre une grande excitabilité nerveuse, la longue durée d'un état maladif, la dentition, l'air rude de l'hiver et du printemps, et une certaine constitution atmosphérique.

Le traitement a surtout consisté dans l'emploi de l'oxyde de zinc, de la belladone et de l'opium. L'auteur préfère l'oxyde de zinc, parce qu'on peut en prolonger l'administration. Il ne conseille pas les saignées, à moins qu'on n'ait affaire à un enfant vigoureux. Dans les cas où le spasme n'était pas très violent, on s'occupait du traitement du ramollissement, en prescrivant le phosphate de chaux et l'huile de foie de morue ; la guérison de l'asthme suivait la consolidation des os. (*Revue médicale.*)

La TROISIÈME PARTIE du livre de M. de Hubbenet est exclusivement consacrée à l'étude nosologique du choléra. Trois points de cette étude ont principalement préoccupé notre savant correspondant.

1° M. de Hubbenet s'attache surtout à montrer la correspondance qui existe entre certaines formes symptomatiques de la maladie et certaines altérations anatomiques.

2° Il arrête son attention sur les symptômes les plus importants du choléra au double point de vue de la séméiotique et du pronostic. C'est ici que trouve place l'examen du vomissement, de la diarrhée, de la diminution de chaleur et de phénomènes anormaux dans la circulation.

3° Enfin, M. de Hubbenet cherche à expliquer par l'anatomie pathologique les divers phénomènes de la maladie et le mécanisme de la mort.

La QUATRIÈME et dernière partie de l'ouvrage a rapport au traitement. Quoique stérile en apparence, parce qu'elle ne résout les questions que pour ainsi dire négativement, elle n'est pas la moins importante de toutes.

Au point de vue du traitement, M. de Hubbenet divise le choléra en quatre périodes, à savoir : les prodromes, l'invasion, l'état confirmé et un dernier degré qu'il appelle l'*état typhoïde*.

Pendant les deux premières périodes, il a une confiance très grande dans différents médicaments, en tête desquels il place l'opium. Mais, quand le choléra est confirmé et grave, toutes les méthodes de traitement lui ont paru également inefficaces ; il a successivement passé en revue, et malheureusement avec un égal insuccès, l'action des médications ou des médicaments suivants :

1° Le mercure ;
2° Le quinquina ;
3° L'eau salée en injection dans les veines ;
4° Le chloroforme ;
5° L'électricité ;
6° La respiration de divers gaz ;
7° L'éther sulfurique, les autres éthers, le punch et les divers spiritueux ;
8° L'ipécacuanha ;
9° Les acides ;
10° L'hydrothérapie.

L'insuccès de toutes les méthodes thérapeutiques dans le choléra grave a suggéré à M. de Hubbenet le soupçon que les agents thérapeutiques n'entraient point dans la circulation d'un organisme qui avait vraisemblablement perdu la propriété d'absorber.

Il a dès lors institué des expériences, et il s'est convaincu qu'effectivement des substances introduites dans l'estomac y séjournaient sans être aucunement absorbées.

Je me suis borné, messieurs, à une analyse succincte de l'ouvrage de M. de Hubbenet, parce que l'examen et la discussion des nombreuses questions qu'il soulève n'auraient pu trouver place dans les limites étroites d'un compte rendu. Mais quelle que soit l'opinion qu'on se forme sur les nombreux sujets qu'il a traités, on ne peut se refuser à reconnaître que le travail de notre savant correspondant est un des plus complets sur la matière, tant au point de vue de la conception qu'à celui de l'exécution. En le livrant à la publicité, il a donc bien mérité de la science et de l'humanité. Notre Société lui doit des remercîments et des encouragements.

Messieurs, à l'heure où je vous communique ces réflexions, M. de Hubbenet, sans s'être reposé des fatigues du voyage qui nous a procuré l'avantage de le connaître et l'occasion de l'associer à nos travaux, a repris son poste périlleux au milieu d'une épidémie de choléra des plus meurtrières. Espérons que la comparaison de l'épidémie de 1853 avec celle de 1848 révélera à notre infatigable correspondant quelques notions importantes touchant l'étiologie et la thérapeutique du terrible fléau. Puisse la voix de la Société médicale du 12e arrondissement de Paris, dont je suis fier de me trouver l'organe, réaliser le *vires acquirit eundo* du poëte, et porter rapidement l'expression lointaine de notre suffrage et de nos souhaits vers notre collègue, dont la science n'est égalée que par son activité et par son dévouement pour le bien public !

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 5 octobre 1853. — Présidence de M. DENONVILLIERS

Correspondance.

M. SOULÉ (de Bordeaux) adresse une lettre de remercîments pour sa nomination comme membre correspondant de la Société de chirurgie.

— La Société reçoit plusieurs journaux de médecine.

— A propos du procès-verbal, M. Chassaignac revient sur la question du séjour plus ou moins prolongé de la canule dans la trachée à la suite de la trachéotomie.

Il fait remarquer que les inconvénients résultant de la présence de ce corps étranger dans les voies aériennes ne sont réels que dans les premiers jours qui suivent l'opération. Une fois la tolérance établie, c'est-à-dire après une huitaine de jours, rien n'oblige le chirurgien à se presser d'enlever l'instrument, auquel le malade est parfaitement habitué. Sa présence prolongée ne nuit en aucune façon à la rapide cicatrisation dès qu'on juge à propos de l'enlever.

M. GUERSANT est de l'avis de M. Chassaignac. Les accidents quelquefois très graves, comme inflammation, gangrène, hémorrhagie, qui se montrent dans le début, cessent d'être à craindre après un certain laps de temps.

Néanmoins je crois, ajoute M. Guersant, qu'il est nécessaire de débarrasser le malade aussitôt que possible ; car les modifications physiologiques imprimées aux voies respiratoires par le raccourcissement de l'arbre trachéal, la crainte de voir, par la canule, pénétrer des corps étrangers, commandent de rétablir promptement les choses dans leur état normal.

Lecture.

M. ZAMBIACO, interne des hôpitaux, donne lecture d'un mémoire intitulé :

Varices des lymphatiques, ou lymphectalie des régions périnéales et scrotales avec lymphorrhée spontanée. (Commissaires : MM. Robert, Danyau et Demarquay.)

Expériences sur la cause de la mort par le chloroforme.

M. ROBERT fait la communication suivante :

J'espère pouvoir avant peu vous communiquer le travail que j'ai entrepris pour résumer toute la discussion relative au chloroforme ; mais je n'ai pas voulu différer plus longtemps pour vous entretenir du résultat de mes recherches sur la manière dont la mort survient pendant l'anesthésie.

Il paraît certain que la mort a lieu, chez l'homme, par la cessation de l'action du cœur. Chez les animaux, les expériences paraissent établir que la mort vient du cœur et de la respiration ; mais le cœur ne semble pas être l'*ultimum moriens*.

Pour se rendre compte de l'action funeste exercée sur le cœur, on pouvait admettre deux explications : ou le chloroforme agissait directement sur cet organe en arrivant dans ses cavités mêlé avec le sang ; ou, pour produire la sidération, l'agent anesthésique agissait par l'intermédiaire du système nerveux.

MM. Snow et Gosselin sont partisans de la première hypothèse. Notre collègue M. Gosselin a cherché à donner la confirmation de cette manière de voir par les expériences qu'il a instituées sur les animaux. J'ai, pour mon compte, répété ces expériences, et j'en ai ajouté une qui avait été déjà faite par M. Curry, préparateur au Muséum d'histoire naturelle ; elle concorde avec celles de M. Gosselin et contredit celles de M. J. Guérin.

Ainsi, en prenant le cœur d'une grenouille et en versant sur lui quelques gouttes de chloroforme, on voit que d'abord les battements sont plus précipités, et c'est ce premier effet qui a trompé M. Guérin. Mais si on attend ensuite trois minutes environ, on voit que les contractions cessent ; puis, après encore trois minutes, elles reparaissent faibles d'abord, plus rapides ensuite.

Si on répète la même expérience sur le même cœur, on suit encore les mêmes phases : d'abord excitation, puis cessation un peu plus prolongée, il est vrai, quatre minutes environ, et enfin retour des battements. On peut recommencer un grand nombre de fois. Ainsi, j'obtiens par l'application extérieure du chloroforme sur le cœur ce que M. Gosselin obtenait par l'application du même agent sur la face interne.

J'ai voulu, par d'autres expériences, juger d'une façon plus péremptoire l'action que le chloroforme exerce sur le cœur lorsqu'il pénètre dans l'organisme par la respiration. J'ai soumis un chien aux inhalations, et pour obtenir un résultat, il faut continuer longtemps ; on n'amène, en effet, l'anesthésie qu'après une demi-heure, et quelquefois même plus d'une heure. Pour que l'expérience soit bien faite, il ne faut pas enfermer l'animal soit dans une boîte, soit dans un sac, comme cela a été fait. Si on agit ainsi, l'action est, en effet, très prompte, mais on a asphyxié l'animal, qui ne respire plus que des vapeurs chloroformiques mêlées à un air insuffisant et vicié. Pour éviter l'asphyxie, je me sers de l'appareil de M. Charrière, en ayant soin de n'employer qu'une dose peu considérable de chloroforme ; et comme les premières inspirations déterminent une sécrétion abondante d'écume, j'ai soin de suspendre quand je vois se produire cet effet, pour débarrasser l'animal de ces spumes qui font obstacle à la respiration. La mort survient donc lentement si l'on prend toutes ces précautions, et l'on est sûr qu'elle est bien due à l'intoxication chloroformique.

Sur le chien que j'avais ainsi tué, j'ai enlevé le cœur ; l'inhalation avait dû être prolongée une heure et demie. Le cœur était énormément distendu par l'accumulation du sang. Ce sang ne présentait aucune odeur de chloroforme, et s'il en contenait, ce devait donc être en bien petite quantité. Aussi, me suis-je cru fondé à admettre que la mort n'est pas produite par l'action directe du chloroforme sur le cœur. Alors j'ai voulu rechercher une autre cause, et j'ai dû interroger les centres nerveux.

Sur un chien anesthésié avec toutes les précautions que j'ai indiquées, j'ai ouvert le canal rachidien ; j'ai planté deux aiguilles dans la moelle, en ayant soin de les fixer sur les faisceaux antéro-latéraux ; mettant ensuite ces aiguilles en rapport avec les deux pôles d'une pile, j'ai obtenu la contraction des membres inférieurs. Poussant encore plus loin l'anesthésie, j'ai constaté qu'alors l'action excito-motrice de la moelle s'abolissait.

Il est une particularité que je dois signaler : c'est que l'abolition portait surtout sur le système nerveux central ; car, lorsque l'on n'obtenait plus rien en électrisant la moelle, si on transportait les aiguilles sur le nerf sciatique, on constatait qu'il restait excitable. Et enfin la fibre musculaire restait toujours excitable, quel que fût d'ailleurs le degré d'anesthésie.

L'animal qui avait subi ces expériences étant revenu à lui, j'ai recherché si la propriété excito-motrice avait retrouvé son énergie. Pour rendre les douleurs moindres, j'ai coupé complétement le cordon rachidien, et en électrisant la moelle au-dessous de la section que j'avais pratiquée, j'ai constaté que les contractions reparaissaient. Ces expériences étaient faites en présence de plusieurs médecins. Nous avons voulu savoir ensuite si en soumettant de nouveau l'animal à l'anesthésie on reproduirait les mêmes phénomènes. Quand elle fut obtenue, je recommençai l'expérience, et je reconnus que, malgré l'emploi d'une pile très forte, on ne pouvait réveiller la puissance excito-motrice. J'ai alors sacrifié l'animal en lui ouvrant la poitrine, et en ayant soin de ne pas léser les poumons ; les aiguilles furent implantées dans le cœur, et malgré les charges les plus fortes d'électricité, je ne pus y déterminer de contractions.

De ces expériences j'ai cru pouvoir conclure que l'affaiblissement des contractions du cœur était consécutif à l'action exercée d'abord sur le système nerveux par le chloroforme. Je retrouvais du reste dans cette succession de phénomènes la confirmation des opinions de Legallois, qui plaçait sous l'influence de la moelle les propriétés contractiles du cœur. En détruisant la vie de la moelle, je déterminais en effet l'abolition des battements du cœur.

Le chloroforme serait donc un poison qui agirait sur le système nerveux central à la manière de certaines autres substances, telles que le *curare*.

Reste maintenant à rechercher les moyens de combattre cette mortelle influence.

M. GOSSELIN pense qu'en effet le cœur, comme les autres organes, doit subir les modifications de vitalité par l'intermédiaire du système nerveux, et il persiste néanmoins à admettre qu'en outre de cette action il en est une autre plus directe exercée sur le cœur lui-même par le chloroforme. On doit en tenir grand compte, surtout chez les individus faibles.

Une expérience que j'ai faite, dit M. Gosselin, montre bien l'influence du chloroforme sur la contraction du cœur. Ainsi, en poussant du chloroforme par la veine jugulaire, je déterminais immédiatement la mort ; tandis que si le liquide était injecté dans la carotide, la mort arrivait bien plus lentement.

Les expériences de M. Coze (de Strasbourg) seraient encore bien plus démonstratives, puisqu'il aurait pu paralyser à volonté les cavités droites ou les cavités gauches du cœur, suivant qu'il faisait pénétrer le chloroforme dans l'une ou l'autre de ces cavités.

Cette action paralysante de l'agent anesthésique est aussi démontrée par M. Flourens, qui paralysait les muscles dans lesquels se distribuait une artère qui avait reçu une injection de chloroforme.

M. DEMARQUAY trouve dans les expériences de M. Robert une confirmation de celles de M. Flourens et des siennes propres. J'avais d'abord admis, dit M. Demarquay, en m'appuyant sur les expériences de M. Gosselin que j'avais rapportées, une action sur le cœur ; mais frappé de ce fait que des cœurs de lapins mis sous des cloches remplies de vapeurs de chloroforme continuaient à battre aussi longtemps que ceux mis à l'air libre ; et d'autre part, en tenant compte des phénomènes intimes du chloroforme sur l'économie, j'ai pensé, comme M. Robert, que l'action déprimante et sidérante de l'agent anesthésique s'exerce d'abord sur le système nerveux central et secondairement sur le cœur.

M. ROBERT nie qu'il y ait analogie entre ses expériences et celles de M. Flourens, et cependant il est vrai que les résultats sont semblables.

Il est probable cependant qu'en outre de l'action par l'intermédiaire du système nerveux le chloroforme en exerce une directe ; mes expériences sur le cœur des grenouilles le démontrent, comme l'avaient déjà démontré les expériences de M. Gosselin.

Si, du reste, on badigeonne les fibres d'un muscle avec le chloroforme, on voit que la contractilité musculaire est abolie dans les fibres qui ont été imprégnées ; l'électricité ne peut leur rendre leur contractilité, et si on fait pénétrer les aiguilles conductrices jusqu'aux fibres non atteintes par le liquide anesthésique, on voit qu'elles se contractent.

La question de l'action directe n'est donc pas douteuse ; mais la paralysie du cœur survenant chez l'homme à la suite de l'inhalation anesthésique m'a paru ressortir de ces faits ; et de mes études sur les animaux morts par le chloroforme, il m'a semblé pouvoir conclure que le chloroforme n'existait que peu ou point dans le cœur. C'est pour cela que j'ai recherché si une autre action ne devait pas être invoquée, et je crois avoir réussi à démontrer qu'il fallait rapporter la mort à l'influence exercée sur le système nerveux central.

M. CHASSAIGNAC demande si le cœur, examiné immédiatement après la mort chez les animaux tués par le chloroforme, présente une absence complète de contractilité, comme cela a lieu sur les muscles imprégnés de l'agent anesthésique.

M. Chassaignac fait remarquer, en outre, qu'il doit y avoir une grande différence entre l'action du chloroforme arrivant au cœur avec le sang et l'action qu'il produit lorsqu'on l'applique directement sur cet organe. Il y a dans le premier cas, en effet, une influence bien plus intime exercée sur la circulation propre du cœur.

M. ROBERT, en réponse à la question adressée par M. Chassaignac, dit qu'il a fait ses expériences immédiatement après la mort des animaux, et il n'a jamais pu réveiller la contractilité du cœur, tandis que tous les autres muscles restaient irritables.

M. HUGUIER, à propos de l'influence exercée par quelques gouttes de chloroforme qui arrêtent les battements du cœur d'une grenouille, pense que probablement on obtiendrait les mêmes résultats avec tout autre liquide excitant.

M. Huguier, en outre, dit qu'il n'est pas disposé à admettre comme parfaitement probantes les expériences de M. Robert quant à la détermination de l'influence exercée par le système nerveux. Il pense qu'il y a de plus une action directe exercée sur le cœur : les faits mêmes rapportés par M. Robert le prouvent.

Après quelques nouvelles observations de MM. Demarquay et Robert, la discussion est close.

Polype cancéreux des fosses nasales.

M. LENOIR présente une pièce d'anatomie pathologique relative à un polype de mauvaise nature récidivé trois fois et ayant déterminé la mort. On trouva à l'autopsie une tumeur de même nature sans communication avec les fosses nasales développée dans le crâne.

L'observation complète avec une reproduction de la pièce pathologique sera communiquée par M. Lenoir.

Le secrétaire de la Société, E. LABORIE.

CORRESPONDANCE.

De l'extraction immédiate des calculs vésicaux. — Du percuteur courbe de M. Heurteloup.

A M. le professeur SÉDILLOT.

Paris, le 13 octobre 1853.

Monsieur et honoré confrère,

J'ai lu avec la plus grande attention la réponse que vous avez bien voulu faire à ma lettre du 24 septembre, et qui est insérée dans la *Gazette des Hôpitaux* du 6 octobre. Je vous remercie vivement des concessions obligeantes que vous me faites en donnant mon nom à toutes les imitations qui ont été faites du *percuteur courbe à marteau* ; c'est certes plus que je ne désirais, et je rends grâces à votre bon vouloir, comme à votre esprit de libéralité.

Cependant permettez-moi de ne reconnaître mon œuvre que telle que je l'ai faite, et laissez-moi la défendre telle qu'elle est, car c'est dans cette intention seulement que je me suis permis de vous adresser une question que vous avez trouvée légitime, puisqu'elle m'a procuré l'honneur de recevoir une réponse de votre part.

A cette question, vous répondez par des mots pleins de courtoisie, mais vous ne me donnez pas la preuve que j'attendais de votre obligeance, c'est-à-dire que vous ne faites pas connaître *sur quels faits et sur quelles expériences vous vous êtes basé pour dire que mon* PERCUTEUR COURBE A MARTEAU *se chargeait de détritus, et ne pouvait être retiré de la vessie sans violence*.

J'emploie comme vous le faites, et comme vous paraissez l'avoir imaginé, un *percuteur à dents* pour briser les pierres en morceaux lorsque cela est nécessaire, et un *percuteur excavé* ou *à cuillers* pour extraire les fragments. Seulement mon *modus faciendi* diffère beaucoup du vôtre. Si vous avez la bonté de lire le livre que je publiai en 1833, et que j'ai réimprimé en 1846, et duquel je vous ai déjà parlé, vous verrez que dès lors il y a juste vingt ans j'imaginai, j'employai et je publiai ce procédé. Quoi qu'il en soit, je me trouve heureux de me rencontrer avec vous sur ce point de vue général.

Ce n'est donc que dans les détails ou sur le *modus faciendi* que nous pouvons avoir à débattre, et, placés sur ce terrain bien net, nous serons clairs pour ceux qui prennent intérêt à nos lettres échangées.

Sur ces détails, je voudrais entrer sur-le-champ en matière ; mais malheureusement, je ne puis le faire sans vous adresser une seconde question.

Vous écrivez une phrase courte, mais capitale, que voici : *Je repousse*, dites-vous, *et je condamne l'emploi des moyens mécaniques (tables et étaux) destinés à immobiliser le malade et la branche femelle de l'instrument*.

Permettez-moi encore de vous demander pourquoi et de vous faire remarquer que je n'immobilise jamais le malade.

Lorsque vous aurez bien voulu répondre à cette seconde question, qui est aussi légitime que la première, puisque je suis l'inventeur de ces moyens, objet de votre réprobation, je vous dirai alors pourquoi j'ai pris la liberté d'écrire qu'*il me semblait que votre* modus faciendi *avait reculé votre succès*.

Un fait de guérison n'est pas nécessairement la preuve que le procédé employé est sans défaut. Les annales de la science ne sont-elles pas remplies de faits qui prouvent cette vérité, comme elles sont remplies de faits inverses ! Votre malade a été guéri en deux séances, dites-vous, mais s'il ne fallait que quelques minutes pour le débarrasser, n'admettez-vous pas qu'il a couru le danger d'avoir la vessie enflammée dans l'intervalle d'une séance à l'autre ; qu'il a couru le danger de voir des fragments aigus, résultat de la fragmentation du tuyau de pipe, s'engager dans l'urètre ? Or ces deux circonstances et bien d'autres eussent compromis l'opération.

Et puis, vous n'avez mis que *deux séances* à parfaire votre œuvre que parce que l'œuvre était facile : si elle eût été difficile, vous en eussiez mis six, huit, dix, douze et plus, et, vous le savez, beaucoup de malades ne supportent pas un tel luxe de manœuvres et d'opérations.

Et puis encore, pendant ces séances que s'est-il passé ? Ont-elles donc été tellement exemptes de douleurs, de perte de temps, de manœuvres illusoires qu'on n'ait pas quelquefois désiré faire mieux ? Peut-être trouverez-vous, monsieur et honoré confrère, quand viendront les détails, que ce que vous *condamnez* et *repoussez* a été pour vous dans certains moments, pendant que vous opériez, l'objet d'un désir vague et d'un besoin inconnu.

Et puis, enfin, tous les malades auront-ils la chance heureuse d'être opérés par l'habile main de M. Sédillot ? et si M. Sédillot a mis deux séances, dont on ne dit pas les limites, des mains moins fortunées ne mettront-elles pas quatre de ces séances, n'en mettront-elles pas six, n'en mettront-elles pas huit pour accomplir la même œuvre... si elles l'accomplissent ? Et alors que deviendront le malade..... et la science !

En vous recommandant instamment mes deux questions, j'ai l'honneur d'être, etc. Baron HEURTELOUP.

P.-S. — Vous souhaitez que l'*on invente un instrument propre à achever sans interruption la pulvérisation totale des fragments*. Cet instrument est inventé et fonctionne. Pour connaître le principe sur lequel il est établi, veuillez prendre connaissance du mémoire que j'ai publié dans la *Gazette des Hôpitaux* du 29 avril et du 4 mai 1848, grâce à l'obligeance libérale de mon ami le docteur Fabre. B. H.

LA SOCIÉ.

Paris. — Typographie de PLON frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, en face de l'Académie de médecine.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Pays	Durée	Prix
Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	Trois mois	8 fr. 50 c.
	Six mois	16 »
	Un an	30 »
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	Trois mois	9 fr.
	Six mois	17
	Un an	33
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	Trois mois	10 fr.
	Six mois	20
	Un an	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

PARIS, LE 19 OCTOBRE 1853.

Séances des Académies.

Les communications et les rapports n'ont pas manqué à l'Académie de médecine, et quelque intérêt qu'ils aient présenté, nous ne pouvons cependant en dire que peu de chose.

Une protestation éloquente de M. Lepelletier (de la Sarthe) contre le régime pénitentiaire, et en particulier contre le système de colonisation, a surpris par sa vivacité brusque et hardie. Quelques membres ont semblé vouloir faire observer que *non erat hic locus*, et que, par ses vives agressions, l'auteur s'était trompé d'époque, et se croyait encore au temps où l'opposition avait ses franches coudées. C'est un anachronisme, voilà tout.

Que dire de la nouvelle classification des altérations morbides et des agents thérapeutiques proposée par M. Lepelletier, si ce n'est qu'elle nous paraît très ingénieuse? C'est là une question importante sans doute, mais qu'il faudrait traiter *ex professo*, et que nos colonnes, bornées à la pratique, ne nous permettent pas d'aborder, du moins en ce lieu.

Quant aux rapports faits par M. Danyau sur diverses communications relatives au seigle ergoté, on ne peut les apprécier qu'en en lisant l'analyse. M. Danyau s'est prononcé déjà dans une discussion importante contre l'emploi abusif de ce médicament, auquel il est loin d'attribuer les avantages et l'innocuité que lui accordent quelques praticiens; et certes, les mémoires dont il a donné hier l'appréciation ne sont pas faits pour modifier sensiblement son opinion. Que l'on ne croie pas cependant que nous voulions nier la valeur des travaux de MM. Chrestien (de Montpellier) et Mérier (de St-Dizier), dont nous avons publié, sur ce sujet, une note intéressante dans notre numéro du 26 mai dernier.

Nous publierons *in extenso* l'observation intéressante d'ablation d'un cancroïde de la langue, faite avec succès par M. Maisonneuve sur un de nos confrères. Il n'y a dans ce fait qu'une chose véritablement remarquable, indépendamment de l'habileté de l'opérateur, c'est la cause du mal, que l'on a cru trouver dans l'action répétée du cow-pox sur la langue.

Enfin, le cas de péritonite traitée avec succès par M. le docteur Robert-Latour à l'aide de ses enduits imperméables est à noter, non pour y trouver une règle de traitement, mais seulement à cause de sa singularité.

Plusieurs communications intéressantes ont été faites à l'Académie des sciences.

On sait que M. le professeur Serres s'occupe depuis quelque temps de recherches sur les squelettes gaulois contemporains de l'époque romaine, dans le but de découvrir les modifications que le temps, le climat et les croisements ont imprimées aux races actuelles.

L'esprit observateur et sagace de M. Serres promet à ces recherches des résultats fort curieux. Nous aurons soin de les faire connaître à mesure que l'honorable et habile professeur du Muséum les communiquera à l'illustre Compagnie dont il est un des membres les plus distingués.

Les recherches de M. Leclerc (de Tours) sur l'appareil nerveux des végétaux ont aussi fixé l'attention de l'Académie; elles ont porté surtout sur l'action des anesthésiques sur la sensitive, aux feuilles de laquelle cette action a communiqué une insensibilité complète qui se prolongea pendant quelques minutes et se dissipa bientôt au point qu'un léger contact suffit pour les faire fermer. On voit que l'engourdissement de cette plante offre la plus grande analogie avec celui que procurent les anesthésiques à l'homme.

La cautérisation au fer rouge du col de la matrice a été pratiquée plusieurs fois pendant la grossesse par M. Courty (de Montpellier), et ce praticien n'y a trouvé aucun inconvénient. Cette opération est sans douleur, comme hors le temps de la grossesse; et, loin de provoquer l'avortement, elle aurait, selon ce chirurgien, pour résultat de diminuer les chances d'avortement, qu'augmentent, au contraire, les affections ulcéreuses du col utérin. Ces assertions, quoique fondées sur des faits, ont besoin d'être confirmées par de nouvelles expériences dans lesquelles il nous semble que la prudence la plus grande est nécessaire.

Enfin, M. le docteur Plouviez, médecin distingué de Lille, a adressé un mémoire sur l'emploi thérapeutique de l'insufflation pulmonaire dans certains cas où la respiration est suspendue à la suite des anesthésiques, dans l'asphyxie, l'asthme, etc.

Le point le plus neuf du mémoire de M. Plouviez porte sur les avantages que l'on pourrait, selon lui, retirer de l'insufflation pulmonaire dans les cas de croup, dans le but de retarder et même d'éviter l'opération. Notre honorable confrère promet sur ce sujet un travail plus détaillé et appuyé de plusieurs faits. Nous l'engageons à le présenter le plus tôt possible, et nous ne manquerons pas de donner la publicité à des recherches dont l'utilité ne saurait être contestée.

HOPITAL DU VAL-DE-GRACE. — M. CHAMPOUILLON

Du vin consommé dans la ville de Paris.

J'ai signalé plusieurs fois déjà les déplorables effets produits par l'usage de certaines boissons spiritueuses livrées à la consommation publique dans Paris et sa banlieue. Si je reviens encore sur cette question, c'est parce qu'elle emprunte un intérêt tout particulier aux circonstances dans lesquelles nous nous trouvons, et aussi parce que j'ai recueilli de nouveaux faits qui viennent confirmer la fréquence et la gravité de ceux que j'ai publiés précédemment.

Les trois observations suivantes permettent de mesurer en quelque sorte l'altération progressive que peuvent subir les centres nerveux sous l'influence des breuvages alcooliques frelatés ou de mauvaise nature.

I. Le 4 septembre 1853, Demont, jeune soldat au 63e de ligne, fit la rencontre de deux compatriotes. Pour fêter cette bonne fortune, on se rend dans un cabaret voisin de la caserne de l'Ave-Maria, et là on vide deux litres de vin rouge à 8 sous. Il était six heures du soir lorsque les trois convives sortirent pour prendre l'air. Durant la promenade, Demont, bien qu'il ne fût point ivre, éprouva cependant des vertiges et des nausées qui le forcèrent à rentrer au quartier. Ce qui n'était d'abord qu'un malaise se transforma en une céphalalgie intolérable, bientôt suivie de vomissements et de convulsions épileptiformes qui se prolongèrent pendant une partie de la nuit.

Le lendemain 5, quelques vomissements ont encore lieu, de légères convulsions reparaissent à des intervalles éloignés; mais la céphalalgie persiste avec la même violence que la veille, et de plus la soif est très vive, la langue d'un rouge ardent sur ses bords, blanche et épanouie à son centre. En un mot, le malade présente tous les symptômes de la gastro-entérite la plus aiguë.

Combattu à l'aide d'émissions sanguines locales et de boissons émollientes légèrement acidulées, cet état morbide s'améliore rapidement, et le 14 septembre, Demont se trouve assez bien pour reprendre son service. Les deux convives ne ressentirent que des nausées qui se calmèrent avec de l'eau sucrée.

II. Le 2 février 1853, Lacombe, chasseur au 19e léger, s'arrête avec un de ses camarades dans une des guinguettes de la barrière du Trône, où ils burent deux bouteilles de gros vin rouge. Deux heures environ après avoir vidé son dernier verre, Lacombe perd connaissance. Une saignée du bras le ranime; mais il reste frappé d'hémiplégie du côté droit. Au bout de huit jours de traitement la sensibilité avait reparu dans la jambe et le bras paralysés; la motilité y demeura complétement anéantie.

Le 18 février, l'infirmier de service s'aperçut, en découvrant le malade, que le scrotum, gangréné dans toute son étendue, tombait en lambeaux. Lacombe, confié aux soins de M. le professeur Larrey, guérit heureusement de cet accident; mais la paralysie s'étant montrée rebelle aux agents thérapeutiques les plus convenables, ce militaire fut réformé.

Il est résulté des renseignements fournis par Lacombe que le vin qu'il avait bu lui parut chargé d'une odeur indéfinissable et d'une saveur chaude qui avait incendié son estomac et sa tête.

III. Le 24 juillet 1852, on apporta à l'hôpital du Val-de-Grâce le cadavre de G..., robuste voltigeur, qui venait d'expirer sur le seuil d'un cabaret de la barrière du Maine.

L'autopsie, pratiquée avec le plus grand soin, ne révéla d'autre lésion qu'une hypérémie cérébrale telle que chaque coupe du cerveau donnait issue à une énorme quantité de sang. Les méninges et les sinus étaient le siége d'une congestion semblable.

La mort de G... donna lieu à une enquête dans laquelle il fut constaté que cet homme avait bu, en compagnie de trois autres militaires, sa part de cinq litres de vin rouge. Mais tandis que ses camarades étaient simplement excités, G... au contraire se sentait *comme bouillonner*. Ayant cherché à dissiper cette agitation par la marche, il quitta la table, fit quelques pas en chancelant, puis tomba foudroyé au moment où il mettait le pied dans la rue.

J'ai été trop souvent témoin des accidents déterminés par les vins frelatés pour ne pas reconnaître dans les trois cas qui précèdent une influence de cette nature. Il y a peut-être lieu de s'étonner que des boissons alcooliques prises à dose modérée engendrent de pareils désordres; on peut se demander aussi comment il se fait que des hommes assis à la même table, buvant le même vin, tous n'en ressentent pas les mêmes effets au même degré.

C'est qu'indépendamment de leur action générale sur l'organisme, les breuvages enivrants ont, avant tout, une action spéciale qui dérive de la composition du liquide, ainsi que de l'impressionnabilité très variable de ceux qui en font usage.

S'il est vrai que les vins consommés *en parfaite nature* sont généralement bien supportés, quelque médiocre que soit leur qualité, il en est tout autrement pour les vins altérés par les manipulations clandestines de la fraude. Aussi l'expérience démontre-t-elle que ceux-ci ne valent jamais, pour la santé, ceux du cru même le plus médiocre.

On peut avancer, sans exagération, que Paris ne consomme pas une seule goutte de vin tel qu'il a été recueilli sur les lieux de production. En effet, que la récolte soit productive ou non, qu'elle soit de bonne ou de mauvaise qualité, le vin qui paraît sur les marchés, comme celui qui sort de la cave du débitant, est invariablement le même. Pourquoi? Parce qu'en opposant des vins de diverses couleurs, de diverses origines, de diverses natures, les marchands composent par ces mélanges un breuvage qui ne diffère jamais ni dans son goût, ni dans ses qualités.

Chacun sait que la variété des vins servis dans un repas accélère l'ivresse, double son intensité et ses conséquences. Or, que l'amalgame se fasse au dehors ou au dedans de l'estomac, les effets en seront identiquement les mêmes.

Tout en condamnant cette adultération, il faut reconnaître cependant qu'elle est la moins préjudiciable de celles auxquelles est exposée la santé des consommateurs.

La mode du thé et des limonades gazeuses a singulièrement modifié les habitudes alimentaires en France. Aussi, depuis vingt ans, l'industrie viticole recherche-t-elle moins la qualité que l'abondance de ses produits. Des terrains secs, élevés, rocailleux, elle s'est étendue dans la plaine, où elle cultive des ceps communs supportant parfaitement le froid et la gelée, et fournissant un rendement considérable. Mais les vins récoltés dans les terrains bas et humides sont très peu alcooliques; ils renferment de fortes proportions d'acides, de sels, de mucilage, ils sont âpres et indiges-

tes : de plus, en cet état, ils ne peuvent se conserver, ni voyager sans devenir malades. L'expérience, ou plutôt le hasard, a démontré qu'une certaine quantité d'alcool à 85° (3 0/0) ajoutée à ce vin consolide l'affinité de ses éléments constitutifs et en permet l'exportation sur les marchés lointains.

L'opération qui a pour effet de rehausser par l'alcool les vins faibles, acides ou susceptibles d'altération est connue sous le nom de *vinage*. Autorisé avec dispense d'impôt par la loi de 1824, le vinage se pratique hors des barrières de Paris, et sous les yeux des employés de l'octroi, dans les proportions de 20 à 25 0/0. Le vin ainsi additionné contient près de 50 0/0 d'eau-de-vie ordinaire ; il a une saveur chaude, un goût détestable que les débitants corrigent par le mouillage, et, grâce au concours de la Seine, avec une pièce de vin *viné* ils font deux et même trois pièces de vin marchand.

Mais comme ce mélange est habituellement mis en consommation aussitôt qu'il a été préparé, l'alcool, qui n'a pas eu le temps de faire corps avec les éléments auxquels il a été associé, conserve le privilége de produire une ivresse frénétique et malsaine, également féconde en crimes et en maladies.

Le revenu que donne la vigne est pour ainsi dire intermittent : tantôt très considérable, tantôt très réduit, il est quelquefois nul. Comme la consommation publique a des besoins continuels, de là est née l'industrie coupable de la fabrication du vin artificiel ; ses procédés consistent à imiter par voie synthétique le résultat de la fermentation du suc de raisins. Pour cela, il suffit de faire un mélange d'eau, d'alcool, de crème de tartre et d'une matière colorante empruntée au bois de campêche, ou à la racine de betterave, ou au fruit de la myrtille. On donne ensuite à cette pitoyable mixture tel bouquet que recherchent les acheteurs, ou bien on la combine avec le gros vin du Midi sous lequel se dissimule la sophistication.

Quels que soient les artifices ou la dextérité employés par les manipulateurs, un pareil breuvage est toujours indigeste, irritant, soit par lui-même, soit par suite des actions réciproques qui s'établissent entre les principes qui entrent dans sa composition.

La maladie dont la vigne est atteinte paraît devoir prendre les proportions d'un véritable désastre : la fraude seule peut se réjouir d'une pareille calamité, parce qu'elle y entrevoit une occasion de bénéfices. La santé publique se trouve donc en ce moment menacée par le débit probable et plus considérable que jamais de vins artificiels ou frelatés, c'est-à-dire d'une boisson qui joue un grand rôle dans la production des maladies du peuple et du soldat. Car, outre l'ivresse à laquelle ils impriment un caractère évident de morbidité, les vins *travaillés*, même quand ils sont bus à titre de réfection alimentaire, produisent à la longue un délabrement incurable dans l'organisme humain.

La police fait répandre annuellement dans les rues de Paris et de la banlieue plus de 100,000 litres de vin frelaté; on estime qu'une quantité double de celle-là échappe aux saisies des agents de l'administration. Or, si l'effusion du vin, si l'amende, si l'emprisonnement même n'ont point arrêté jusqu'ici le criminel trafic des corrupteurs de la santé publique, n'est-ce pas parce que ce système de répression ne cause qu'un faible dommage à leur industrie ? L'autorité ordonne la fermeture des cabarets réputés dangereux pour les mœurs, qu'elle use de la même sévérité à l'égard de ceux où vient se perdre la santé des consommateurs, et, en donnant satisfaction à l'hygiène comme à la morale, elle aura accompli une œuvre de salut.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS.

Deux cas assez rares d'aberration mentale.

Par M. A. Toulmouche (de Rennes.)

Singulière aberration mentale chez une fille ascétique et hystérique, l'ayant portée à se pratiquer des incisions superficielles multipliées sur toute la surface du corps et à simuler des tentatives de viol.

Le dimanche 5 janvier 1840, vers quatre heures de l'après-midi, à l'instant précis où finissaient les vêpres, Marie V..., âgée de vingt-trois ans, domiciliée au village de P..., commune de ....., vint tomber dans un état apparent d'évanouissement à quelques pas de la maison de son oncle, instituteur communal, à l'entrée d'un champ que borde un chemin servant de passage habituel. Ses deux poignets étaient attachés séparément par un même petit lien en filet. Son propre mouchoir était légèrement noué sur sa bouche, son capot seulement ramené sur la partie supérieure de la figure. Les deux pattes en étaient réunies au moyen de deux épingles devant les yeux, mais de manière cependant à laisser libre un intervalle suffisant pour permettre l'usage de la vue. Les vêtements n'étaient souillés de boue que dans leur partie inférieure, et sa camisole était lacée.

Transportée chez son oncle, elle parut ne reprendre connaissance que plusieurs heures plus tard. Elle raconta aussitôt qu'à un kilomètre environ du village de P..., où elle se rendait, quatre jeunes gens, dont elle fournit le signalement minutieux et dépeignit les longues barbes et les cheveux flottants chez trois d'entre eux, l'avaient attaquée dans la fourrière d'un champ qu'elle suivait, lui avaient fait des propositions aussitôt rejetées; que pour vaincre sa résistance, ils lui avaient bâillonné la bouche avec son propre mouchoir, lui avaient mis la poitrine à nu, lui avaient lié les bras avec ses jarretières, avaient tenté, mais inutilement, de la violer; lui avaient fait sur la figure, sur les bras, la poitrine et sur plusieurs autres parties du corps, des incisions avec un instrument qu'elle avait aperçu dès le commencement de l'attaque entre les mains de l'un de ses agresseurs, et qui présentait trois pointes ou trois lames; qu'elle avait donné un coup d'un crucifix de métal dont elle était munie sur la figure de cet individu et lui avait même ainsi fait une légère blessure; qu'au son des cloches et au bruit peu éloigné de coups de fouet, ceux qui l'avaient attaquée avaient pris la fuite, mais après lui avoir attaché son capot sur les yeux, après lui avoir porté plusieurs coups de pied et de poing sur la poitrine et sur les côtes, et après avoir réparé un peu le désordre de ses vêtements; que se guidant à l'aide des yeux, dont elle avait conservé l'usage, elle avait pu se diriger à travers champs vers la maison de son oncle, mais qu'à l'entrée de celui dans lequel elle fut plus tard relevée, ses forces l'avaient entièrement abandonnée.

La justice ne fut informée de cet événement que le 7 janvier au matin ; elle se transporta sans délai au bourg de P... Je fus chargé, avec mon collègue V. Guyot, de procéder à la visite de la fille Marie V..., et voici ce que j'observai :

1° *Visage.* — On remarquait sur la joue gauche six incisions linéaires très fines et très superficielles de la peau, commençant sur la pommette et se portant en divergeant vers la commissure correspondante des lèvres. Ces lignes, dont les deux plus externes étaient parallèles, ne présentaient point d'intersection.

Sur la joue droite, en avant et vis-à-vis de l'os malaire, il y avait trois incisions semblables, dirigées de dedans en dehors et de haut en bas, et légèrement convergentes inférieurement.

On trouvait sur la partie gauche et moyenne du nez une petite excoriation oblique, très superficielle, et au-dessous du menton deux autres semblables.

Parallèlement à la mâchoire inférieure, on voyait trois incisions linéaires se réunir et se terminer vers le tiers antérieur de l'os maxillaire. Elles étaient croisées obliquement de haut en bas et de dehors en dedans par cinq lignes identiques verticales, avec lesquelles elles formaient des losanges.

Près de la commissure droite de la bouche existait une petite excoriation horizontale ; sur la partie droite de la houppe du menton, deux incisions linéaires presque verticales, mais cependant dirigées un peu obliquement de dedans en dehors; plus en dedans, une autre formant avec elles un angle aigu. La longueur de toutes ces blessures superficielles variait de 1 centimètre et demi à 3 et même 5.

2° *Poitrine.* — On remarquait au-dessus du sein gauche deux incisions obliques de haut en bas et de dehors en dedans, dont l'externe était un peu plus profonde que l'autre, et se terminant à 6 centimètres du mamelon. Deux autres traversaient la première obliquement de bas en haut et de dedans en dehors, tandis qu'une troisième se montrait transversale au-dessus des précédentes, qui variaient en longueur de 4 à 6 et même 10 centimètres.

A la partie interne du même sein, on découvrait trois petites incisions linéaires légères, dont l'une faisait suite à une plus grande, et entre celui-ci et le droit, quatre autres, tandis que sur le dernier, on en notait également deux ou trois autres petites convergeant les unes vers les autres.

3° *Ventre.* — On apercevait sur son côté droit six petites incisions linéaires, parallèles, verticales; plus en dehors, trois autres transversales, pouvant avoir de 6 à 10 centimètres de longueur, et deux autres situées en dehors de la hanche droite, de 13 à 15; tandis que sur la fesse du même côté il en existait deux autres un peu plus longues, éraillées et ayant la même direction que les précédentes, de même que plus en arrière, un peu au-dessus du sommet de sa fente.

On découvrait encore vis-à-vis le milieu du dos une éraillure linéaire, oblique de haut en bas et de dedans en dehors, et une seconde transversale recourbée en forme de C ouvert, et au-dessus deux autres; enfin, au-dessous de l'interstice des fesses, deux érosions linéaires, dont l'externe, courbe en dehors, était séparée par des intersections suivant la longueur. Sur la hanche gauche, on comptait six à sept éraillures linéaires, superficielles, se croisant obliquement les unes les autres, et au-dessus du mont de Vénus une autre moins étendue.

La longueur de toutes ces entailles variait de 4 ou 6 centimètres à 15 ou 16.

4° *Parties génitales.* — On n'observait aucune trace de contusions ni à l'extérieur des organes sexuels, ni aux aines, ni au pénil, ni à la partie antérieure et interne des cuisses, qui étaient fermes et potelées. En écartant les grandes lèvres, on remarquait de chaque côté, à leur partie supérieure et interne, une excoriation plus forte à droite qu'à gauche, de forme ronde, rouge, enflammée au pourtour ; et sur les côtés du clitoris, une petite éraillure superficielle, analogue à un coup d'ongle. Toute la muqueuse du reste de la face interne de la vulve était rosée. L'entrée du vagin n'offrait pas de membrane hymen. Le doigt pouvait y être introduit sans difficulté. Cependant ce canal était assez étroit et mouillé par une petite quantité de mucus blanchâtre (fleurs blanches).

5° *Membres.* — On remarquait sur le dos de la main droite et le poignet quatre incisions linéaires, et en outre deux petites excoriations transversales, et au pli du bras une cicatrice ovale allongée, reposant sur une petite tumeur inflammatoire, arrondie, recouverte encore d'une croûte blanchâtre, verticale, longue de 5 mill.

Sur le dos de la main gauche et à la partie inférieure de l'avant-bras correspondant, existaient neuf incisions linéaires, dirigées de haut en bas, divergentes inférieurement, et sur la face postérieure du dernier une autre plus marquée, en même temps que sur son tiers antérieur et inférieur on en découvrait cinq autres moins longues.

Au pli du bras du même côté, vis-à-vis la partie inférieure de la veine médiane basilique, on constatait l'existence d'une cicatrice d'une petite incision verticale.

Sur les membres abdominaux, on notait, à la partie antérieure de la cuisse droite et au-dessus de la rotule, quatre incisions linéaires, trois autres en dedans du genou, de même que le long de sa partie externe, parallèles et longues de 3 à 5 centimètres.

A la partie interne du mollet du même côté, existaient trois éraillures superficielles, analogues aux précédentes.

Sur la cuisse gauche on voyait, en dedans, en avant et au-dessus de la rotule, quatre incisions un peu plus profondes que les autres et encore recouvertes d'une petite croûte; et en dedans du genou, quatre nouvelles, légèrement courbes, parallèles, se dirigeant vers la tubérosité du tibia.

Sur la partie externe de la moitié supérieure de la jambe correspondante, on apercevait quatre éraillures parallèles, légèrement obliques de haut en bas et de dedans en dehors, plus rouges, offrant, les trois premières, une interruption à l'endroit déprimé qui correspond à la jarretière.

L'aspect général de ces lésions était celui de lignes rouges, sans inflammation des parties contiguës, et de la longueur de 2 centimètres et demi à 6 ou 8.

Conclusions. — De l'examen précédent je conclus :

1° Que les incisions linéaires superficielles si nombreuses, observées sur les diverses parties du corps de la fille Marie V..., avaient été faites par le même instrument, lequel devait être très pointu, tranchant et à une seule lame, tel qu'un canif ou la branche la plus aiguë des lames d'une paire de ciseaux, ou enfin la pointe d'un couteau ;

2° Que ce corps vulnérant avait dû être promené avec beaucoup de légèreté sur les parties blessées, et que, pendant ce temps, la patiente devait n'avoir exécuté aucun mouvement; car, dans le cas contraire, les incisions auraient été inégales et de profondeur variable;

3° Que ces blessures n'avaient pu être faites à travers les vêtements, sans que ces derniers eussent été coupés par l'instrument;

4° Que d'après la forme, le siége, le nombre et la régularité des incisions remarquées sur cette fille, il aurait fallu, pour les pratiquer, qu'elle eût été pour ainsi dire nue, et qu'en outre, la considération qu'elles auraient exigé un temps très long pour les exécuter, qu'elles avaient été rencontrées à la partie postérieure de son corps, quoiqu'elle eût déclaré que les personnes qui l'avaient attaquée l'avaient toujours tenue renversée sur un côté et sur le dos, me portait à croire que ces lésions n'avaient probablement pas été le fait d'une main étrangère, puisqu'il aurait fallu, pour cela, que la patiente eût été alternativement couchée sur le dos, sur l'un et l'autre côté et sur le ventre ;

5° Que des deux blessures plus profondes existant au pli du bras, celle du droit paraissait avoir été pratiquée par un instrument à lame plate et pointue, lequel aurait pénétré à la profondeur de 4 millimètres, et celle du gauche, par un semblable, mais plus épais et légèrement triangulaire; qu'en outre elles devaient remonter à cinq ou six jours, comme le prouvaient l'état de dessiccation des croûtes qui les recouvraient, le peu d'inflammation et de douleur de leur pourtour, la couleur de la peau, et qu'enfin ces deux plaies, vu leur profondeur, avaient dû occasionner l'écoulement d'une certaine quantité de sang au moment où elles avaient été faites ;

6° Que les incisions si superficielles de la face, de la poitrine, du ventre, des aines et des fesses avaient à peine dû fournir un peu de sang, tandis que celles remarquées sur le genou et la jambe gauches avaient dû en donner un peu plus.

L'examen des vêtements de la fille Marie V..., auquel je procédai le lendemain, me fit voir :

1° Que la coiffe qui recouvrait la tête n'était nullement chiffonnée, et que la cape qui l'enveloppait offrait à peine, en arrière, quelques légères traces de boue ;

2° Que le mouchoir du cou ne présentait aucune déchirure ou coupure correspondant aux incisions découvertes sur la poitrine;

3° Que le tablier porté était taché de boue à la hauteur des genoux et au-dessous, mais nullement troué par un instrument piquant ou tranchant ;

4° Que le jupon n'était boueux qu'à son bord inférieur, ce qui dépendait de la marche, et nullement à sa partie postérieure, comme cela aurait dû avoir lieu, si cette fille eût été renversée et maintenue sur le dos par un ou plusieurs individus ;

5° Qu'il existait, à la partie inférieure mais interne du même vêtement, deux ou trois taches de sang qui avaient dû provenir des incisions linéaires du genou et de la jambe gauche ;

6° Que les bas n'étaient ni coupés, ni percés, et que dès lors il avait fallu les ôter pour faire les coupures des jambes ;

7° Que la chemise était intacte, excepté dans un point où elle offrait une trouure faite par les souris, qu'elle n'était un peu souillée de sang qu'inférieurement et à gauche, et que dès lors les blessures n'avaient pas été faites à travers les vêtements, puisqu'ils avaient été trouvés intacts.

Je n'observai rien sur ces derniers qui ressemblât à des taches

de sperme. En outre, il me fut présenté deux filets, dont l'un offrait, à l'une de ses extrémités, un nœud multiple ayant trois bouts, et à l'autre, qui avait été coupée en biseau et en la pliant suivant sa longueur, plusieurs marques de sang; tandis que l'autre lien, long de 36 centimètres, présentait un nœud à six de l'une de ses extrémités, laquelle était coupée irrégulièrement et s'adaptait parfaitement à celle sans nœud du premier filet. J'en conclus :

1° Que l'un et l'autre n'avaient été appliqués sur les poignets qu'après les incisions légères faites à ces derniers;

2° Que la fille Marie V... n'avait pas dû chercher à s'en débarrasser, puisqu'ils n'étaient pas rompus, mais qu'ils avaient été coupés avec un instrument tranchant.

Pour connaître à l'aide de quel instrument la plaignante avait pu se faire les blessures multipliées observées sur son corps, je m'en pratiquai de semblables sur chaque avant-bras, mais avec deux instruments différents. Ainsi, pour le gauche, je me servis de la pointe d'une épingle de la nature de celles qu'emploient les filles de la campagne. Les incisions qui en résultèrent étaient inégales, éraillées, formées d'une suite de petites égratignures opérées par une succession de petites déchirures, mais non linéaires et nettes comme les incisions notées sur le corps de la fille Marie V... En effet, elles étaient entourées d'une rougeur vive assez étendue, à cause de leur rapprochement et de leur multiplicité. Elles furent promptement suivies d'une douleur vive et d'une sensibilité telle que le moindre frottement de ma chemise était très pénible. Cette espèce d'inflammation érysipélateuse persistait le lendemain, mais avec moins de douleur, et ne se dissipa que le troisième jour. Je pus déjà conclure de l'observation des phénomènes précédents que cette fille ne s'était point servie d'épingles pour se faire les incisions remarquées sur elle.

Pour le côté droit, j'usai de la pointe de ciseaux identiques avec ceux trouvés dans la poche de Marie V... : il en résulta des incisions éraillées, inégales, sans netteté et entièrement analogues à celles que je m'étais faites avec la pointe d'une épingle; seulement elles étaient un peu plus larges et plus marquées. Il s'ensuivit la même inflammation ou rougeur vive au pourtour de chacune, et les mêmes suites que dans celles exécutées à l'aide d'une épingle, et une diminution graduelle de la phlegmasie seulement le surlendemain, et sa cessation complète les jours suivants. Ainsi, encore dans cette expérience, les résultats donnaient la certitude que cette fille ne s'était pas servie de la pointe de ses ciseaux pour se stigmatiser le corps comme elle l'avait fait.

Malgré les interrogatoires auxquels M. le juge d'instruction soumit Marie V..., elle n'en persista pas moins à soutenir son rôle; aussi le 15 janvier, sur la déclaration qu'elle était fort mal, m'envoya-t-il une commission rogatoire pour que j'eusse à me transporter de nouveau, avec mon collègue Guyot, près d'elle. Je le fis, et conclus de l'examen auquel je m'étais livré que la prévenue jouissait d'une santé à peu près parfaite; seulement je constatai l'existence de taches de sang répondant au milieu de la manche de la camisole qu'elle portait ce jour-là, ou vis-à-vis le pli du coude gauche, lesquelles avaient été probablement produites par la petite plaie rencontrée dans cette région.

L'opinion que j'émis et la connaissance bientôt acquise que la fille V... avait eu de fréquentes atteintes d'affection hystérique, de somnambulisme, de visions ascétiques, qu'elle n'ignorait aucune des rumeurs publiques, sans fondement, qui établissaient que plusieurs jeunes personnes avaient été attaquées et même déchiquetées (c'était l'expression vulgaire admise) par des jeunes gens bien vêtus; l'absence de toute contusion soit à la poitrine, soit aux côtés, soit même aux poignets; l'impossibilité de découvrir aucune trace de la présence des quatre individus signalés, soit dans la commune, soit dans celles circonvoisines, malgré des investigations multipliées; la découverte dans les poches de Marie V... de plusieurs petits objets mobiles qui auraient dû nécessairement se perdre dans une lutte, et spécialement d'un canif et d'une paire de ciseaux dont la pointe paraissait présenter quelques taches de sang, et diverses autres circonstances, firent naître dans l'esprit des magistrats des doutes sérieux sur l'existence du crime.

Cette fille n'en persista pas moins, dans ses déclarations multipliées, et dont deux furent reçues sous la foi du serment, à en soutenir la réalité avec tous les détails qu'elle avait donnés dans son premier récit. Elle affirma spécialement que les piqûres de son bras avaient été faites par les hommes qu'elle prétendait l'avoir attaquée.

Mais bientôt la personne qui, la première, l'avait vue tomber à l'entrée du champ vint apprendre qu'ayant coupé par le milieu le lien qui attachait les poignets de Marie V..., l'un des bouts s'était détaché à la première traction opérée sur lui, ce qui faisait présumer que ce lien n'était peut-être que contourné autour du poignet ou qu'il n'était attaché qu'au moyen d'un nœud coulant. Bientôt aussi fut reçue la déposition d'une vieille femme habitant une commune voisine, qui déclara qu'elle avait pratiqué le 31 décembre une saignée à chacun des bras. En même temps fut saisie la chemise que cette fille portait le jour où elle avait été saignée.

Toutes ces circonstances et une multitude d'autres révélées constituaient la plaignante dans un état flagrant de mensonge, et la fausseté du fait dont elle s'était plainte ressortit évidemment des preuves acquises.

Aussi le 21 du même mois, après avoir d'abord persévéré dans son récit, quoiqu'on lui en eût signalé les invraisemblances et même les impossibilités, après des hésitations sans nombre, après des demi-aveux rétractés aussitôt, elle finit par celui formel répété et signé qu'elle n'avait été l'objet d'aucune attaque et que c'était elle-même qui, à l'approche d'un de ses accès d'hystérie et sans se rendre compte de l'idée étrange qui s'était emparée d'elle, s'était volontairement et avec la pointe de ses ciseaux, autant qu'elle pouvait se le rappeler, fait de légères incisions sur les parties de son corps qu'elle avait pu atteindre. En conséquence aucune poursuite ultérieure ne fut faite, et le juge d'instruction déclara qu'il n'y avait lieu à suivre.

Ce fait de médecine légale, aussi singulier que rare, est aussi remarquable sous le rapport de la multiplicité des incisions pratiquées sous l'influence d'une volonté fixe, obéissant à une impulsion maladive du centre des perceptions, que sous celui de l'arrangement artificieux des moyens propres à rendre vraisemblables le récit ou roman imaginé par la fille Marie V... En effet, elle racontait avec calme et sans exagération toutes les circonstances de son aventure. Elle enchaînait les détails et les péripéties avec la plus grande logique. Une seule précaution prise par elle, celle de m'indiquer de procéder à mon examen région par région, avait éveillé mes soupçons, que la vue de ces incisions singulières faites si également, avec tant de délicatesse, vint achever de confirmer.

Cette fille s'était d'abord refusée à ce qu'on inspectât ses parties génitales, mais elle céda facilement lorsqu'on lui eut donné l'assurance que tout resterait secret. Y eut-il chez elle seulement désir de faire du bruit, de fixer l'attention publique, ou réellement aberration mentale? Il y a autant de raisons, d'après la connaissance des antécédents assez singuliers de cette jeune fille, de croire à l'une qu'à l'autre de ces causes, ou mieux à leur action simultanée.

Cette observation est encore intéressante en ce qu'elle offre un exemple d'incisions légères, mais multipliées, n'ayant entraîné aucune suite fâcheuse pour la santé, malgré l'étendue de surfaces sur lesquelles elles furent pratiquées. Cependant, on m'affirma qu'il y avait eu de la fièvre, quoiqu'il n'en existât plus dès le second jour.

Quant à l'inflammation locale, elle ne fut remarquée qu'aux incisions plus profondes du pli des bras, qui durent avoir été faites avec un instrument piquant et tranchant autre qu'une lancette, car celle-ci laisse ordinairement une section nette, linéaire, qui ne repose point sur un engorgement phlegmoneux, tandis que celles qui existaient dans ces parties ne présentaient aucunement ces conditions, puisque l'une d'elles était triangulaire et qu'en outre elles étaient tuméfiées.

Les autres incisions formaient des lignes fines, nullement éraillées ni enflammées, comme celles faites avec la pointe d'une épingle ou de ciseaux, lesquelles sont entourées le lendemain d'une rougeur vive qui va en diminuant progressivement. Ce qui porterait à croire qu'elles avaient plutôt été faites avec un instrument coupant, tel qu'une lame de canif, qu'avec les précédents, bien que Marie V... eût déclaré qu'elle s'était servie pour les pratiquer de la pointe de ses ciseaux.

Enfin, ce fait est encore une preuve à ajouter à une foule d'autres venant démontrer qu'en médecine légale il ne faut jamais se borner à un examen superficiel et trop circonscrit des lésions extérieures, mais qu'il est nécessaire d'en considérer la situation, la direction, la profondeur, d'en comparer les effets avec les résultats qu'a dû se proposer celui qui les a faites, et surtout de chercher d'abord à apprécier si elles ont été le fait d'une agression étrangère ou exécutées par le blessé lui-même.

Ce dernier problème est souvent très difficile à résoudre. Il faut alors que le rôle du médecin légiste s'agrandisse, qu'il substitue une sorte d'autopsie morale à celle de son scalpel, qu'il se montre profond observateur ou moraliste, et que, d'induction en induction, il arrive, à l'aide d'une logique sévère, à la découverte de la vérité.

L'observation qui va suivre est un exemple curieux et rare d'une monomanie ayant poussé un homme doué d'une certaine instruction à infliger à une petite fille âgée de quatre ans et demi et d'une faible constitution la flagellation d'une manière assez récidivée et assez prolongée pour qu'elle ait fini par déterminer chez elle la mort.

Ce fait me semble donc sous ce dernier rapport d'un puissant intérêt pour la médecine légale.

En effet, les ouvrages anciens, comme les plus modernes, des médecins légistes laissent à désirer sous ce point de vue, puisqu'il n'y est fait mention que des contusions en général, des plaies par instruments tranchants et déchirants, et nullement de la flagellation, de son mode d'action sur l'organisme lorsqu'elle est assez intense et assez fréquemment renouvelée pour occasionner la mort, et enfin des lésions qu'elle laisse après cette dernière.

C'est parce que j'avais reconnu qu'il y avait lacune à cet égard dans les livres que j'ai eu l'idée de recueillir avec détail l'observation dont il va être question. J'exposerai d'abord les faits tels qu'ils se sont passés; ensuite je chercherai à expliquer comment la flagellation prolongée finit par faire succomber les sujets qui y sont soumis pour peu qu'ils soient faibles; enfin, je ferai connaître combien les archives de la science manquent de documents satisfaisants à cet égard.

— Dans le prochain numéro, nous publierons la deuxième observation.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 18 octobre 1853. — Présidence de M. NACQUART.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Vaccine et fièvre typhoïde. — M. le ministre de l'instruction publique transmet une lettre renfermant des observations sur la vaccine et la fièvre typhoïde, qui lui a été adressée par M. le docteur Remy (de Châtillon-sur-Marne). (Commission de vaccine.)

Influence de la vaccine sur la population. — Le même ministre transmet une lettre de M. Girard, de Monteriender (Haute-Marne), sur l'influence de la vaccine sur la population. (Commission de vaccine.)

Etablissement thermal de Gréoulx. — M. le ministre du commerce adresse un rapport de M. Jaubert sur l'établissement thermal de Gréoulx (Basses-Alpes) pour l'année 1852. (Commission des eaux minérales.)

Epidémie de fièvre typhoïde. — Le même ministre transmet un rapport de M. le docteur Degen, médecin cantonal à Forbach (Moselle), sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Wonswiller, en juin et juillet dernier. (Commission des épidémies.)

— Le même ministre transmet un rapport de M. le docteur Leblanc-Bellevaux, médecin des épidémies de l'arrondissement de Nevers, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Billy-Chevannes (Nièvre) de mars en juin derniers. (Même commission.)

Variole et vaccine. — M. Larue (de Bergerac) adresse un mémoire sur la variole et la vaccine. (Commission de vaccine.)

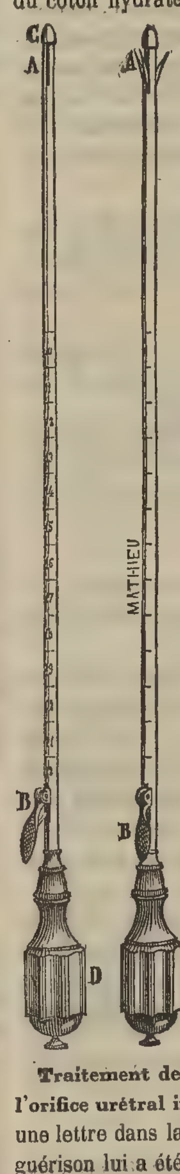
Hystérophor. — M. Zwanek (de Hambourg) adresse la description d'un instrument qu'il a imaginé pour remédier à la chute de la matrice et des parois du vagin, qu'il désigne sous le nom d'hystérophor. (Commissaires : MM. Hervez de Chégoin et Jobert.)

Cautérisations avec le fer rouge du col utérin pendant la grossesse. — M. Courty, chirurgien en chef de l'hôpital général à Montpellier, adresse un mémoire sur ce sujet. (Commissaires : MM. Hervez de Chégoin et Jobert.) (Voir à l'Académie des sciences.)

Préparations pharmaceutiques d'aconit. — M. Ferrand, pharmacien à Lyon, adresse un mémoire intitulé *Considérations sur les préparations pharmaceutiques d'aconit napel.* L'auteur soumet en même temps à l'examen de l'Académie la formule de son sirop d'aconit. (Commission des remèdes secrets et nouveaux.)

Propriétés antiseptiques de l'iode. — M. Boinet écrit au sujet de la dernière communication de M. Duroy sur les propriétés antiseptiques, antivirulentes et fluidifiantes de l'iode, pour dire que les conclusions du travail de M. Duroy ne font que continuer les faits déjà connus dans la science et particulièrement ceux qu'il a fait connaître. (Commission nommée.)

Acoumètre. — M. James Yearsley (de Londres) soumet à l'examen de l'Académie un instrument de son invention et dont il se sert pour constater le degré d'amélioration de l'ouïe obtenue par l'application du coton hydraté dans le cas de surdité accompagnée de perte de la membrane du tympan. (Commission de la surdimutité.)



Amputation de la langue. — M. Maisonneuve communique la relation d'une amputation de la langue dans une étendue de 8 centimètres; guérison avec conservation de la parole. Nous publierons ce fait intéressant dans le prochain numéro. (Commissaire : M. Roux.)

Sécateur trilame de l'urètre. — M. le docteur Alexis Favrot soumet à l'appréciation de l'Académie un instrument qui paraît se recommander par la simplicité et la précision. Il se compose d'une tige mousse graduée terminée en olive, véritable sonde droite assez fine. Près de l'extrémité olivaire C se voient trois ouvertures très petites, de son manche D un ressort B soulevé et fort doux.

Dès qu'on presse sur le ressort D, apparaissent par les ouvertures de l'extrémité olivaire trois petites lames en serpette, à pointe vers l'olive et à tranchant vers le manche.

Plus on presse sur le ressort, plus leur saillie est considérable; elles peuvent arriver à circonscrire dans leur plus grand développement un cercle de 0,014 millimètres de diamètre.

Pour lui donner une précision tout à fait mathématique, M. Favrot se propose de faire placer près du ressort B une petite tige graduée perpendiculaire à l'instrument. Elle sera destinée à rendre compte au dehors de la saillie des lames dans l'urètre, de manière à pouvoir alors apprécier exactement l'étendue des incisions non-seulement en longueur, mais aussi en profondeur.

Cet instrument a été fabriqué par M. Mathieu.

Traitement de la névralgie du col de la vessie par l'incision de l'orifice urétral interne. — M. Le Roy-d'Etiolles adresse sur ce sujet une lettre dans laquelle il dit que la première pensée de ce moyen de guérison lui a été suggérée par des opérations de taille pratiquées par différents chirurgiens sur des malades qui n'avaient pas de pierre, mais qui étaient affectés de névralgie du col de la vessie, dont ils ont été guéris. A ce sujet, M. le professeur Roux émettait cette opinion que, si la taille n'était pas aussi dangereuse, il inclinerait à la proposer comme moyen de traitement de la névralgie de la vessie. Cette réflexion avait éveillé l'attention de M. Le Roy-d'Etiolles, et, lorsque des incisions et des excisions répétées de bourrelets de valvules et de portions du col de la vessie pratiquées pour faire cesser des rétentions d'urine lui eurent donné la certitude de l'innocuité ordinaire de ces opérations, il se décida à tenter l'incision superficielle du col de la vessie dans le

but de guérir des névralgies assez douloureuses et assez fatigantes pour en faire courir le risque. Quatre malades, sur lesquels tous les modes de traitement usités avaient échoué, ont été soumis à cette opération légère. Les symptômes ont cessé complétement pour deux d'entre eux, il y a eu seulement amélioration pour un troisième; le quatrième est resté dans le même état. L'instrument dont se sert M. Le Roy-d'Etiolles est son inciseur du col de la vessie en forme de brise-pierre.

LECTURES.

Régime pénitentiaire. — M. le docteur Lepelletier présente quelques considérations sur le régime pénitentiaire et sur une nouvelle classification des conditions morbides et des agents thérapeutiques.

Choléra. — M. Jolly lit la première partie d'un mémoire sur le choléra.

RAPPORTS.

Seigle ergoté. — M. Danyau lit un rapport sur un travail de M. Chrestien (de Montpellier), intitulé *Observations en faveur du seigle ergoté.* M. Chrestien s'est proposé, dans ce travail, de justifier par des faits sa confiance dans le seigle ergoté, médicament qui n'a pas, suivant lui, d'influence fâcheuse sur la vie des enfants, ni sur la santé des mères, quand il est administré après une dilatation suffisante du col utérin. Les observations de M. Chrestien sont au nombre de 20. L'insuffisance du médicament a obligé de recourir au forceps quatre fois. Des 16 autres cas, 14 ont eu l'issue la plus heureuse : les enfants sont nés en bon état; deux fois seulement l'enfant n'a pas vécu.

M. le rapporteur déclare qu'il n'a pu, comme il l'aurait desiré, extraire de ces observations quelques résultats statistiques, n'en ayant pas trouvé les éléments dans les faits rapportés par M. Chrestien, faute de détails complets et suffisamment précis.

De l'analyse de ces faits, à laquelle se livre longuement M. le rapporteur, il résulte que M. Chrestien aurait agi dans cette circonstance comme un homme convaincu, peu disposé à supposer des doutes chez les autres, et qu'il n'aurait pas songé assez qu'il y a des esprits difficiles à convaincre; qu'à l'égard de l'innocuité de l'ergot, que l'auteur s'est principalement proposé de mettre en évidence, l'opinion de M. le rapporteur est moins arrêtée et sa conviction moins absolue que celle de M. Chrestien, ce qui ressort, à ses yeux, des faits mêmes invoqués par ce médecin, et desquels il ressortirait que, une fois sur huit, le seigle ergoté a été fatal à l'enfant; en résumé, que, si, ave les seize observations de M. Chrestien, on ne peut faire le procès au seigle, on ne saurait non plus s'en autoriser pour proclamer l'innocuité de ce médicament.

Toutefois, M. le rapporteur pense que cette collection d'observations, réduite à sa juste valeur, trouvera sa place dans quelque statistique future, et contribuera pour sa part à l'élucidation d'une question qui n'est pas encore résolue et que M. Chrestien s'est un peu trop hâté de trancher. Il propose, en conséquence :

1° D'adresser une lettre de remercîments à l'auteur;

2° De déposer son travail dans les archives de l'Académie. (Adopté.)

— M. Danyau lit un deuxième rapport sur un travail de M. Spitzer (de Marseille), ex-médecin en chef de l'hôpital militaire de Vienne (Autriche). M. Spitzer regarde, à l'exemple de l'école italienne, le seigle ergoté comme hyposthénisant. Toute son action, suivant lui, consiste dans la vertu qu'il a de réduire le calibre des vaisseaux sanguins, surtout des petits vaisseaux, particulièrement de ceux qui sont atteints de dilatation pathologique. L'auteur déduit de ce point de vue des propositions que M. le rapporteur considère comme inadmissibles. Il propose d'adresser simplement une lettre de remercîments à l'auteur. (Adopté.)

— M. Danyau lit un troisième rapport sur un mémoire de M. le docteur Mérier, médecin de l'asile des aliénés de Saint-Dizier (Haute-Marne), intitulé *Quelques observations sur l'emploi du seigle ergoté dans les accouchements.*

M. le docteur Mérier croit le seigle ergoté menacé d'un abandon immérité, et lui vient en aide avec de nouvelles observations. Il établit ainsi les cas dans lesquels on peut recourir au seigle :

1° Pendant le travail, à certaines conditions maintenant bien reconnues, parmi lesquelles M. le rapporteur a été surpris de trouver, sans doute par erreur de rédaction, celle-ci : que la tête ne soit pas arrivée au détroit inférieur du bassin;

2° Après l'accouchement, dans les cas de perte;

3° Dans les hémorrhagies qui succèdent aux fausses couches;

4° Pour la provocation d'un avortement reconnu nécessaire ou d'un accouchement prématuré.

D'après l'analyse des quatre faits invoqués par M. Mérier en faveur du seigle ergoté, et dont deux sont relatifs à des hémorrhagies qui constituent des indications universellement adoptées, on voit que ses moyens de défense ne sont ni bien nombreux, ni bien importants. Il ne reste, en effet, que deux cas seulement dans lesquels le seigle a été employé avec succès, du moins avec ce résultat incontestablement avantageux d'une terminaison beaucoup plus prompte que celle qu'on pouvait attendre des seuls efforts de la nature.

Il faudrait, dit M. le rapporteur, un bien autre nombre de faits pour convaincre ceux qui conservent des doutes sur l'innocuité de l'ergot de seigle. L'Académie ne doit pas moins savoir gré à M. Mérier d'avoir apporté dans la solution d'une question aussi intéressante son contingent, quelque faible qu'il fût.

Conclusion. 1° Remercier M. le docteur Mérier de sa communication;

2° Déposer son mémoire dans les archives. (Adopté.)

— M. Danyau lit un quatrième rapport sur des observations d'accouchements pratiqués de 1848 à 1853, suivies de quelques considérations sur l'emploi du seigle ergoté, l'usage du forceps et la nécessité de la version, par M. le docteur Torel (de Brie-le-Comte-Robert).

Les observations de M. Torel, au nombre de 17, sont partagées en quatre séries.

Dans la première se rangent 5 cas relatifs à des applications de forceps heureuses pour les mères et les enfants.

Les faits de la seconde série sont relatifs à des femmes qui, malgré certaines circonstances défavorables, n'ont pas eu besoin du seigle ou dont l'état eût contre-indiqué l'emploi de ce moyen dans le cas même d'inertie de l'utérus.

La troisième série ne contient que deux faits relatifs à des hémorrhagies survenues l'une après un accouchement à terme opéré par la version et par l'application du forceps, l'autre à la suite d'un avortement à quatre mois.

La quatrième série, enfin, renferme 5 observations et est consacrée aux cas dans lesquels l'administration du seigle a été suivie d'accidents.

De ces faits, M. le docteur Torel se croit autorisé à conclure que :

1° Le seigle est un médicament trop dangereux pour l'enfant et pour la mère pour qu'il soit administré parce que le travail ne va pas assez vite ou se ralentit, comme on le fait trop souvent;

2° Lorsque le travail se prolonge au delà de ses limites ordinaires, soit par faiblesse, soit par insuffisance des contractions utérines, une application de forceps ou la version, suivant les circonstances, est préférable à l'emploi du seigle;

3° Dans les cas où le seigle aura été donné à doses suffisantes et n'aura pas déterminé l'expulsion du fœtus au bout d'une heure ou d'une heure et demie au plus, il faut se hâter de terminer l'accouchement par le forceps ou par la main, suivant la présentation;

4° L'utilité de l'ergot de seigle n'est clairement démontrée que dans les indications qui naissent de certaines hémorrhagies ou qu'on voit surgir à l'occasion de quelques fausses couches.

La première proposition est trouvée trop absolue par M. le rapporteur, ainsi que la troisième. Relativement à la deuxième proposition, M. le rapporteur reconnaît que si, dans quelques circonstances, l'application du forceps peut être substituée, si même elle doit être quelquefois préférée à l'administration du seigle ergoté dans les cas de faiblesse ou d'insuffisance des contractions utérines, on ne peut pas en dire autant de la version, opération beaucoup plus compromettante pour l'enfant. Enfin, la quatrième proposition lui paraît parfaitement vraie, mais trop exclusive.

Conclusion : adresser une lettre de remercîments à l'auteur.

Péritonite suraiguë traitée avec succès par l'enduit imperméable. — M. Robert-Latour communique l'observation d'une péritonite suraiguë liée à la rupture d'un abcès ovarique dans la cavité péritonéale, traitée avec succès par l'enduit imperméable. (Commissaires : MM. Dubois (d'Amiens), Poiseuille, Bérard, Grisolle.)

— La séance est levée à cinq heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 10 octobre 1853. — Présidence de M. COMBES.

Paléontologie humaine. — M. Serres communique le résultat de recherches qu'il a faites récemment dans plusieurs localités dans le but de découvrir des squelettes gaulois contemporains de la période romaine, afin d'obtenir un type qui permette de découvrir, parmi les traces de races nombreuses et variées qui ont couvert à diverses époques le sol de l'ancienne Gaule, les modifications que le temps, le climat ou les croisements ont fait subir aux races actuelles. Une trentaine de squelettes de la race gauloise ont été découverts, renfermés dans un monument celtique, dans la commune de Villers-Saint-Sépulcre. Ces squelettes feront l'objet d'une étude comparative avec les squelettes de diverses races trouvés quelques années auparavant à Précy-sur-Oise, et dont M. Serres exposera plus tard les résultats à l'Académie.

Appareil nerveux des végétaux. — M. Leclerc, professeur à l'Ecole de médecine de Tours, lit un mémoire intitulé *Recherches physiologiques et anatomiques sur l'appareil nerveux des végétaux.* Les recherches exposées dans le mémoire de M. Leclerc portent principalement sur la sensitive (*mimosa pudica*). M. Leclerc a fait sur cette plante des observations et des expériences nombreuses et variées, notamment en la soumettant à l'action des substances anesthésiques. Voici quelques-uns des résultats exposés dans ce mémoire :

Une feuille de sensitive ayant été exposée dans une cloche à l'action de l'éther, dix à quinze minutes après, toutes les folioles de la sensitive étaient largement étendues; elle était tout à fait immobile : le choc le plus violent, les acides, le feu, les mutilations les plus grandes ne produisaient plus chez elle le moindre mouvement.

Une des feuilles fut amputée sans produire aucun mouvement dans le reste de la plante. Cinq minutes après, un léger choc imprimé à cette feuille commença à en faire remuer les folioles qui parurent sortir d'une espèce d'engourdissement, et qui, dans l'espace de quelques secondes, se fermèrent toutes les unes après les autres.

Une autre feuille amputée, soumise à l'action d'un courant voltaïque, recouvra plus vite sa motilité que la première.

La sensitive que l'on sort morte de l'appareil après plus de quatre heures d'éthérisation présente le curieux phénomène de la rigidité cadavérique. Ses pétioles ont alors une roideur inaccoutumée.

Toutes les fois qu'une sensitive est éthérisée assez longtemps pour éprouver les effets anesthésiques, elle offre à sa sortie de la cloche une température plus basse que la plante qui n'a pas été éthérisée. Ce froid persiste jusqu'à ce qu'elle ait exhalé l'éther qui l'oppresse.

L'action du chloroforme sur la sensitive est plus rapide et plus profonde encore que celle de l'éther.

Quelques-unes de ces expériences tendent à prouver qu'il y a chez la plante une circulation et la fonction d'excrétion.

Enfin, l'éthérisation fournit de nouveau la preuve que, semblable au polype, la plante est un composé de plusieurs individus.

Après avoir cherché à établir par ces expériences que la sensitive possède un appareil nerveux, l'auteur démontre que les autres végétaux, qui n'ont pas de mouvements appréciables aux yeux, sont organisés comme elle. (Commissaires : MM. Magendie, Flourens, Brongniart et Decaisne.)

De la cautérisation avec le fer rouge du col utérin pendant la grossesse. — M. Courty (de Montpellier) adresse sous ce titre un mémoire qu'il résume dans les conclusions suivantes :

1° On peut cautériser avec le fer rouge le col de l'utérus chez les femmes enceintes, lorsque cet organe est malade;

2° On peut pratiquer cette opération à diverses époques de la grossesse, depuis la fin du premier mois jusque vers la fin du sixième;

3° Elle n'est accompagnée d'aucune douleur, et ne détermine aucun accident pendant la grossesse comme hors l'état de gestation;

4° On n'a pas à craindre de provoquer l'avortement par la cautérisation actuelle, dont un des résultats les plus avantageux est, au contraire, d'augmenter les chances qui peuvent faire éviter cet accident;

5° Pendant la grossesse, comme hors l'état de gestation, le fer rouge, lorsqu'il est indiqué, est préférable aux autres caustiques;

6° Il vaut mieux revenir à l'application du fer rouge à plusieurs reprises, si c'est nécessaire, car il y a plus de danger d'avortement dans la persistance des ulcérations que dans la réitération de la cautérisation. (Commissaires : MM. Roux, Velpeau, Coste.)

Sur l'emploi thérapeutique de l'insufflation pulmonaire dans certains cas où le jeu de la respiration est suspendu. — M. Plouviez, à l'occasion d'une communication récente de M. Ripault sur ce sujet, adresse une note dont nous extrayons les passages suivants :

Dans une note soumise en janvier 1848 à l'Académie, j'indiquais déjà les insufflations pulmonaires comme un moyen de combattre l'asphyxie qui résulte quelquefois de l'inhalation de l'éther ou du chloroforme, et plus tard, dans mon travail sur l'éthérisation, je faisais pressentir tout le parti que l'on pouvait tirer de ce moyen dans des circonstances où la suffocation reconnaît une toute autre cause, par exemple dans certains cas d'asthme, et surtout dans des cas de croup où la trachéotomie est indiquée. Ne pourrait-on pas, au moyen des insufflations, gagner du temps, et parfois éviter cette opération?

Depuis quelques années, j'ai eu l'occasion d'employer quelquefois avec succès les insufflations dans des cas de croup. Plusieurs fois l'asphyxie a été complète, et c'est avec ces manœuvres que j'y ai remédié. Ces observations devant être publiées dans un travail spécial, je me contenterai pour le moment de dire comment on doit les pratiquer.

En cas d'asphyxie complète, on place le tuyau d'un soufflet ordinaire entre les arcades dentaires ou dans une narine, et l'on exécute rapidement les insufflations jusqu'à la première inspiration, puis on les ralentit, pour les cesser quand le danger est passé. On recommence autant de fois que cela est nécessaire. Au contraire, si la respiration n'est que très difficile, il suffit d'augmenter le volume de l'air inspiré; et pour cela faire, on pratique les insufflations avec douceur, et seulement pendant les inspirations. Le bien-être que les malades éprouvent, quelquefois passager il est vrai, est si extraordinaire, qu'il faut en avoir été témoin pour croire qu'un moyen si simple ait une influence heureuse presque toujours instantanée. (Commissaires : MM. Andral et Rayer.)

Action des anesthésiques. — M. Jeannel, à l'occasion d'une communication récente de M. Ed. Robin, appelle l'attention de l'Académie sur un travail qu'il a rendu public en mars 1847, et dans lequel il a exposé, relativement au mode d'action des anesthésiques, une théorie qui lui paraît ne point différer de celle que soutient M. Robin. (Commission nommée.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

M. le docteur Barral vient de mourir à Marseille.

— Un médecin français homœopathe, M. le docteur Currie, établi depuis longues années à Londres, est mort la semaine dernière dans cette ville.

— M. Auguste Saint-Hilaire, dont nous avons annoncé dernièrement la mort, a légué à la bibliothèque de Montpellier tous les ouvrages scientifiques qui lui appartenaient, à l'exception de la *Physiologie* de M. de Candolle et d'une *Monographie de la rose.*

— Le nouveau projet d'organisation du service médical des bureaux de bienfaisance de la ville de Paris a été approuvé par M. le ministre de l'intérieur. Ce projet doit être mis à exécution dès le 1er janvier. D'après une disposition de ce projet, les médecins des bureaux de bienfaisance, qui font aujourd'hui gratuitement ce service pénible, recevront désormais une indemnité pécuniaire.

— M. David (d'Angers) s'occupe en ce moment du modèle de la statue de Bichat, que le congrès médical de 1845 a voulu ériger au grand physiologiste dans la cour de la Faculté de médecine.

— M. de Gisors, architecte, est chargé de faire élever le tombeau d'Orfila sur le plan qu'il a tracé. Ce plan, exécuté en relief, est obligeamment montré par M. de Gisors aux personnes qui désirent le voir.

— A la Nouvelle-Orléans, il n'y a plus eu, le 2 de ce mois, que 6 morts de la fièvre jaune, et le comité sanitaire a décidé de ne plus publier de bulletin journalier.

Malheureusement, dans l'intérieur de la Louisiane et du Mississipi, les ravages de l'épidémie continuent.

La dernière dépêche reçue du Sud à New-York fait espérer une amélioration. Le vent du nord soufflait aeec violence et les cas épidémiques diminuaient.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de PLON frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 125. — SAMEDI 22 OCTOBRE 1853. (26e ANNÉE.) N° 125. — SAMEDI 22 OCTOBRE 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse. — Trois mois . . . . 8 fr. 50 c. Six mois. . . . 16 » Un an. . . . . 30 »

Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies. — Trois mois. . . . . 9 fr. Six mois. . . . . 17 Un an. 33

Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar. — Trois mois. . . . . 10 fr. Six mois. . . . . 20 Un an. 38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

PARIS, LE 21 OCTOBRE 1853.

La mortalité par le choléra à Londres a diminué d'un tiers dans la dernière semaine. Nous nous abstenons de toutes réflexions sur ces variations singulières. Les observations faites par le rédacteur du *Registre officiel*, que nous reproduisons textuellement, suffisent pour faire apprécier à leur juste valeur ces alternatives de hausse et de baisse qui se sont présentées à l'approche des épidémies antérieures.

Extrait textuel du rapport officiel de Londres (semaine du 8 au 15 octobre).

Depuis quatre semaines, la mortalité due au choléra présentait une augmentation faible, mais graduelle; elle ne paraît pas avoir fait de nouveaux progrès. Cette semaine, 45 décès seulement ont été enregistrés. Par une coïncidence assez singulière, dans la semaine correspondante de l'année 1848 (la 42e), il y eut également 45 décès occasionnés par le choléra. Pendant un grand nombre de semaines subséquentes, le chiffre hebdomadaire de la mortalité cholérique subit des alternatives d'élévation et d'abaissement; elle descendit même à 2 au printemps de 1849; puis alla en augmentant jusqu'à l'été, époque de l'explosion violente de l'épidémie. Ces fluctuations sont-elles au moment de se reproduire? L'expérience démontre qu'il ne faut pas s'endormir dans une trompeuse sécurité.

Sur ces 45 décès, 21 appartiennent au sexe masculin, et 24 au sexe féminin. Sous le rapport des âges, ils sont répartis de la manière suivante :

Au-dessous de 5 ans.	18
De 5 à 10 ans.	7
De 10 à 15 ans.	3
De 15 à 20 ans.	1
De 20 à 30 ans.	5
De 30 à 60 ans.	10
Au-dessus de 60 ans.	1

En outre, il est mort de diarrhée. . . . 51 personnes.
— de dyssenterie. . . . 4 —

La mortalité totale de la ville de Londres s'est élevée à 1,039.

Observations météorologiques.

Hauteur moyenne du baromètre, 29 p. 1/2 (mesure anglaise) = 74c,9 cent.

Thermomètre, 52° Fahr. = 11°,11 centigr.

Vents du nord-est.

Sous le point de vue topographique, on a observé 28 cas dans les quartiers méridionaux; 6 à l'est; 2 dans les districts du centre; 3 au nord et 6 à l'ouest de la ville.

Les renseignements suivants nous parviennent sur la marche de la maladie dans le nord :

Le 17 octobre,		à Newcastle. . . .	2 choléra,	2 diarrhées.		
Le 18	—	—	6	—	3	
Le 16	—	à Coldingham (1).	2	—	3	
Le 17	—	à Luton (2). . .	1	—	»	
Le 15	—	à Gateshead. . .	4	—	»	
Le 16	—	—	5	—	2	
Le 17	—	—	3	—	1	
Le 18	—	—	3	—	»	

Depuis l'invasion du fléau (47 jours), 1,518 personnes ont succombé au choléra et à la diarrhée à Newcastle. Dans le même espace de temps, en 1832, il n'y eut que 290 morts.

(1) Coldingham, petite ville du comté de Mers, en Ecosse, près de Berwick.
(2) Luton, comté de Bedford (Angleterre).

SUR LA DERNIÈRE SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DES HÔPITAUX.

De l'éclampsie des enfants du premier âge dans ses rapports avec la néphrite albumineuse. — Dans sa dernière séance, la Société de médecine des hôpitaux a entendu la lecture d'un intéressant rapport de M. Legendre sur le travail de M. le docteur Cahen, intitulé *De l'éclampsie des enfants du premier âge dans ses rapports avec la néphrite albumineuse.* C'est un mémoire qui fait suite à la thèse récente de notre confrère sur le même sujet, étudié à une autre époque de la vie chez les femmes enceintes. On sait, en effet, que M. Cahen attribue l'éclampsie de la grossesse à la néphrite albumineuse. Il croit qu'il en est quelquefois de même chez les enfants du premier âge. Nous craignons beaucoup que les objections soulevées par le premier travail de M. Cahen ne se reproduisent, à propos du dernier, plus fortes, plus vives et, cette fois peut-être, plus sérieuses.

En effet, à propos du premier travail sur l'éclampsie des femmes enceintes attribuée à la néphrite albumineuse, une discussion s'est engagée, et MM. Rayer, Cazeaux, P. Dubois, Depaul, Blot, etc., ont soutenu qu'il n'y avait rien de constant, ni d'absolu, comme semblait le croire M. Cahen, dans le fait de convulsions éclamptiques et la coïncidence d'une néphrite albumineuse. Quelques personnes même ont nié résolûment tout rapport de causalité entre ces deux phénomènes. C'est là, il faut le dire, une exagération contre laquelle prévaut déjà l'expérience de tous les médecins. Entre la proposition trop absolue, trop généralisée peut-être de M. Cahen, et la négation formelle de faits très évidents, il y a une opinion intermédiaire qui nous paraît représenter la vérité. Cette opinion, la voici :

1° Chez les femmes enceintes, il y a un certain nombre de faits d'éclampsie accompagnée d'albuminurie, et c'est cette albuminurie avec l'œdème concomitant qui est bien la cause des convulsions éclamptiques. La preuve, c'est qu'un pareil phénomène s'observe quelquefois chez l'homme dans la dernière période de la néphrite albumineuse.

2° Il y a des albuminuries chez des femmes enceintes qui n'amènent pas l'éclampsie.

3° Il y a des cas d'éclampsie puerpérale sans la moindre trace d'albumine dans les urines.

De plus, on a dit, et cela avec raison, que l'albuminurie puerpérale n'était pas toujours le résultat d'une néphrite albumineuse, et pouvait être déterminée par une simple congestion rénale. M. Rayer lui-même a soutenu ce fait, quoiqu'on veuille trop souvent lui prêter l'opinion contraire, afin d'amoindrir l'immense mérite de ses recherches.

Nous disions tout à l'heure que les objections adressées au rapprochement exact, s'il était moins absolu, que M. Cahen a établi entre l'éclampsie puerpérale et la néphrite albumineuse, se reproduiraient plus sérieuses au sujet de son mémoire sur l'éclampsie des enfants causée par une maladie spéciale du rein. En effet, nous les trouvons dans le rapport de M. Legendre à la Société des hôpitaux, et la discussion qui a suivi nous oblige de dire que les conclusions de M. Cahen n'ont pas semblé être encore suffisamment bien établies pour qu'on ne les juge pas au moins prématurées.

En effet, voici ces conclusions : « *Par conséquent il existe certainement une espèce particulière de convulsions qui sont sous la dépendance d'une affection des reins, qui sont accompagnées d'albuminurie et qui présentent un aspect épileptiforme.* »

Le travail de M. Cahen repose sur les quatre observations que nous allons faire connaître. C'est avec ces faits, susceptibles d'ailleurs de quelques remarques, que la forme spéciale des convulsions éclamptiques, leurs caractères et leur nature sont indiqués par notre honorable confrère.

La première observation est relative à un enfant de cinq mois, atteint *depuis la veille* « d'une roideur générale de tout le corps avec perte de connaissance et mouvements irréguliers des yeux. Dix attaques pareilles ont eu lieu dans la nuit, et dans les intervalles l'enfant est resté hébété. »

La face est pâle et bouffie; pas d'œdème des membres. De nouvelles attaques convulsives ont lieu *dans la journée.* L'une d'entre elles a duré environ trois minutes, et fut caractérisée par le gonflement et la rougeur livide de la face, par la déviation des yeux en haut, par de l'écume à la bouche, par la roideur du corps, par la contraction des avant-bras fléchis sur le bras, par la contraction du pouce dans la main, et enfin par des secousses nombreuses dans les membres.

L'urine acide, traitée par la chaleur et par l'acide nitrique, donnait un précipité notable d'albumine. Deux sangsues furent appliquées derrière les oreilles. Les convulsions ne se renouvelèrent pas, et deux jours après il n'y avait plus d'albumine dans les urines; l'enfant était guéri.

Avait-il une néphrite albumineuse? Il est au moins permis de le demander, car une albuminurie passagère qui s'évanouit au bout de deux jours et avec les accidents convulsifs ne suffit pas, selon nous, pour caractériser une dégénérescence des reins; elle indique plutôt une congestion de ces organes, et, dans la circonstance présente, cette congestion est-elle la cause des accidents convulsifs, ou n'en serait-elle qu'un effet éloigné? Nous admettons plus volontiers cette dernière hypothèse.

La seconde observation est relative à un enfant de six semaines, bien portant et subitement frappé de convulsions cloniques et toniques. Il n'y avait pas d'œdème. On remarquait seulement une apparence de bouffissure au visage.

Les urines étaient albumineuses pendant quatre jours que durèrent les convulsions, et vingt-quatre heures après la dernière attaque convulsive l'albumine cessa de passer dans les urines.

Ici encore nous avons quelque peine à décorer du nom de néphrite albumineuse cette albuminurie passagère qui disparaît sous les yeux du médecin avec le dernier phénomène convulsif, e dont on peut se rendre compte par l'existence de la congestion rénale consécutive aux accidents éclamptiques.

Une troisième observation est celle d'un enfant mort de convulsions à la clinique d'accouchements.

L'examen du cadavre apprit qu'il n'y avait pas d'œdème extérieur, et montra en outre un peu d'épanchement dans les plèvres, le péritoine et les ventricules cérébraux. Il n'y avait pas d'infiltration des membranes.

Les reins étaient lourds, et pesaient l'un 19 grammes et l'autre 26. La capsule fibreuse se détachait facilement. La substance corticale était pâle-jaunâtre, la substance tubuleuse d'un rouge brunâtre, et l'urine de la vessie, traitée par la chaleur, était albumineuse; elle donnait un précipité insoluble dans l'acide nitrique.

Ce fait, malgré le laconisme des détails anatomiques, serait peut-être le plus concluant de tous ceux qui ont été rapportés par M. Cahen. Il a néanmoins son côté faible; car chacun sait qu'on ne peut guère tenir compte de l'albuminurie cadavérique, la plupart des urines prises dans la vessie après la mort renfermant de l'albumine qui a traversé les membranes par une sorte d'endosmose.

La quatrième observation est encore une observation cadavérique. Un enfant de deux jours mourut subitement dans une convulsion. Ses reins étaient congestionnés, et quelques gouttes d'urine trouvées dans la vessie donnèrent un précipité blanc d'albumine.

M. Cahen déduit de ces faits l'existence d'une néphrite albumineuse à laquelle il subordonne l'apparition des attaques convulsives ou éclamptiques. Il pense même que ces convulsions, par leur manifestation brusque et leur caractère spécial, *épileptiforme*, peuvent être distinguées des autres convulsions symptomatiques et sympathiques.

La commission chargée de rendre compte du mémoire de M. Cahen, par l'organe de M. Legendre, et M. Becquerel, dans la discussion qui a suivi la lecture du rapport, n'ont pas adopté sans quelque réserve et sans critique les conclusions que s'efforce de faire prévaloir notre confrère. Tout en rendant hommage à l'observateur, M. Legendre a fait entrevoir les doutes qu'il conservait à l'égard du diagnostic de la néphrite albumineuse porté par lui dans les cas précités. Il a montré que l'absence d'œdème et d'anasarque préalables, l'apparition brusque des accidents convulsifs, et surtout l'albuminurie passagère évanouie en deux ou trois jours, semblaient repousser l'idée d'une néphrite albumineuse telle que nous avons l'habitude de l'observer. Il a établi avec infiniment de raison que ce dernier phénomène devait être attribué à une congestion rénale passive, distincte de l'état inflammatoire, et provoquée par l'état de congestion générale qui succède si souvent aux accidents convulsifs. D'une autre part, M. Becquerel a montré qu'il n'y avait pas créance sérieuse à faire sur les observations d'albuminurie constatée après la mort, parce que la plupart des urines cadavériques renferment ce produit, indépendamment de toute al-

tération rénale, et par suite de la transsudation qui s'effectue à travers les parois de la vessie.

Il est résulté de cette discussion que sur quatre observations rapportées par M. Cahen à l'appui de sa manière de voir, il en est deux, celles qui sont relatives à des albuminuries cadavériques, que la prudence oblige d'écarter crainte d'erreur, et que les deux autres avec albuminurie passagère ne caractérisent pas suffisamment la néphrite albumineuse. Cependant l'analogie et l'induction plaident si fortement en faveur du rapport étiologique établi par M. Cahen, que personne n'a voulu en contester la vraisemblance. La commission et l'assemblée ont admis ce rapport comme une chose probable, laissant aux observations ultérieures le soin de la ratifier. Seulement, chacun inclinait à penser que le rapport devait être établi de l'éclampsie à l'albuminurie plutôt que de l'éclampsie à la néphrite albumineuse.

Relativement à la forme particulière *épileptiforme* de ces convulsions infantiles qui seraient le résultat de l'albuminurie, nous avons aussi quelques observations à présenter. Il ne nous est pas démontré que la forme extérieure des convulsions chez les enfants dont M. Cahen a rapporté l'histoire soit tellement spéciale ni tellement différente des convulsions ordinaires de l'enfance, qu'on puisse dire en les observant : Voilà des convulsions causées par l'albuminurie. L'état de la science et les deux observations de M. Cahen ne nous semblent pas autoriser encore cette vue de séméiotique. Pour nous, à part le tétanos et les convulsions terminales de la méningite, toutes les autres convulsions observées chez les enfants, au début ou dans le parcours de leurs maladies aiguës et chroniques, sont à peu de chose près les mêmes, toniques ou cloniques, et très variables dans leur durée comme dans leur intensité. Ce serait sans doute chose fort utile au diagnostic que de pouvoir attribuer chaque état convulsif à une maladie particulière ; mais il en est des convulsions comme de tous les autres phénomènes dynamiques connus ; ils se montrent les mêmes en tous lieux, et sous l'influence de causes diamétralement opposées.

Malgré ces observations, qui, sans amoindrir l'importance du travail de M. Cahen, ne portent que sur la partie la plus dogmatique, essentiellement contestable, la Société des hôpitaux a accepté les conclusions du rapport de M. Legendre, et s'assemblera bientôt pour voter sur la nomination de notre confrère au titre de membre associé.

De la guérison de la méningite tuberculeuse. — Dans cette même séance, la Société a voté d'un accord unanime, et d'après le rapport de M. Barthez, la nomination de M. Rilliet (de Genève), comme membre correspondant.

Le travail présenté par cet honorable confrère avait pour titre : *De la guérison de la méningite tuberculeuse.* Une telle désignation, comme l'a indiqué M. Barthez, semble attirer sur elle l'incrédulité. Cependant elle est justifiée par l'observation, cette loi suprême de la médecine, devant laquelle petits et grands sont obligés de courber la tête. La méningite tuberculeuse peut guérir, nous en avons cité un exemple dans notre *Traité des maladies des enfants*, et M. Rilliet, qui en cite d'autres publiés par les auteurs, en rapporte également plusieurs qu'il a observés lui-même dans le cours de sa pratique. Toutefois, cette guérison est rare, et à ce point exceptionnelle, que l'on comprend le doute existant à cet égard dans l'esprit des médecins qui n'ont pas observé un très grand nombre d'enfants malades. M. Rilliet admet donc, comme nous d'ailleurs, la *guérison* de la méningite tuberculeuse, fait qu'il sépare de sa *curabilité*. Nous comprenons bien la pensée de M. Rilliet ; mais n'y a-t-il pas quelque chose de bien subtil à séparer ainsi la *guérison* de la *curabilité* dans les maladies ? La guérison est le point de départ de l'observation thérapeutique, c'est le premier fait d'où le médecin arrive à la curabilité ; et à moins d'un scepticisme absolu, il faut convenir qu'une affection qui guérit est aussi une affection curable. Pour nous, non-seulement nous avons vu la méningite tuberculeuse guérir, mais nous croyons avoir guéri deux enfants atteints de méningite tuberculeuse.

Parmi les observations rapportées par M. Rilliet comme preuves de la guérison des méningites tuberculeuses, les unes appartiennent à des auteurs recommandables, et se recommandent d'elles-mêmes par la précision de leurs détails et de leur diagnostic. Ce sont celles de Cheyne, Gaelis, Abercrombie, John, Roeser et Hahn. Les autres, au nombre de trois sur soixante-dix cas de méningite tuberculeuse, appartiennent en propre à M. Rilliet. La guérison a eu lieu, sur deux de ces malades, avant la fin de la première période, et sur le troisième, M. Rilliet a vu les accidents se succéder comme il suit :

Méningite tuberculeuse rachidienne et cérébrale ; guérison quatre mois plus tard. Chute sur la tête ; accidents cérébraux graves, conséquence probable d'une fracture du crâne. Guérison. — Récidive de la méningite après cinq ans et demi de santé parfaite. Mort. — Autopsie : 1° Caractères anatomiques de la méningite chronique à la base et autour d'un tubercule induré de la partie moyenne de l'hémisphère gauche ; lésions correspondant à la première maladie ; 2° lésions de la méningite tuberculeuse aiguë, correspondant à la maladie terminale ; 3° lésions des os du crâne, résultat probable d'une ancienne fracture.

Il ne faut pas moins que des faits comme ceux-là pour entraîner la conviction chez les esprits les plus incrédules. Nous avons vu un fait de ce genre, beaucoup moins curieux assurément, c'est celui auquel nous avons déjà fait allusion, et qui se trouve dans le chapitre des tubercules du cerveau de notre ouvrage sur les maladies des nouveau-nés.

En somme, il y a des cas de méningite tuberculeuse guérie ; la plupart des médecins de l'enfance en ont vu ; M. Blache m'a dit en avoir observé un exemple ; donc le méningite tuberculeuse est curable. Par quel moyen obtenir ce résultat ? C'est ce que nous allons voir. Mais avant il ne sera pas inutile de dire quelques mots de la nature de cette méningite.

Jadis, avec Guersant, on la désignait sous le nom de granuleuse ; puis on a cru mieux faire, et surtout mieux dire, en lui donnant le nom de méningite tuberculeuse, comme s'il fût devenu évident que les granulations de la pie-mère et de l'arachnoïde renfermassent les éléments des tubercules. Or, on s'est trompé, et le jour de cette substitution de mot, préludant à une substitution d'idée, fut une journée d'hypothèse. Les granulations de la méningite ne sont pas des tubercules, et ne deviennent jamais des tubercules. Ce sont de petits corps blanchâtres, miliaires, durs et résistants, composés d'éléments fibro-plastiques, fibres fusiformes et noyaux de $0^m,008$ à $0^m,009$, au milieu d'une matière amorphe, homogène, semée de fines granulations. Elles ne ressemblent pas plus à des tubercules que les granulations de la plèvre et du péritoine dans les cas de péritonite et de pleurésie granuleuse.

Cette modalité anatomique est spéciale au tissu séreux. Seulement, elle se développe de préférence chez des sujets faibles, lymphatiques, issus de parents tuberculeux ou déjà affectés eux-mêmes de productions réellement tuberculeuses (1). C'est cet accord fréquent qui sans doute a donné le change sur la nature du mal ; mais, puisque aujourd'hui on a fait, à tort ou à raison, de l'anatomie pathologique le pivot exclusif des désignations de nosographie, il convient de donner aux maladies des épithètes exactes et indiquant leur composition intime. Or donc, si les corpuscules blancs de la pie-mère trouvés dans quelques espèces de méningite sont des granulations fibro-plastiques, simple produit d'inflammation, et non pas des tubercules, il faut qualifier cette forme de méningite par le mot *granuleuse* plutôt que par la désinence de *tuberculeuse*.

Ceci étant bien établi, nous devons considérer la méningite granuleuse comme une affection inflammatoire spéciale des méninges ordinairement développée chez des sujets minés par la diathèse tuberculeuse. On comprend dès lors comment il se fait que cette affection spéciale des méninges ou que ce travail local de la pie-mère puisse s'arrêter. Quand on a suivi des enfants disposés par leur constitution strumeuse à être affectés de cette épouvantable maladie, quand on a vu de temps à autre se produire chez eux les symptômes passagers d'une légère irritation cérébrale, sorte de jetée inflammatoire génératrice des granulations méningées, on comprend la possibilité du progrès en avant ou en arrière de la méningite tuberculeuse, selon le temps, le lieu, l'occasion et aussi le traitement.

Quand la guérison doit avoir lieu, c'est ordinairement à la première et à la seconde période du mal, avant l'arrivée des accidents convulsifs ; plus on avance vers la troisième période, et moins il doit rester d'espérance. Cependant, même à l'époque des convulsions et de la paralysie, on a vu des sujets assez heureux pour échapper provisoirement à la mort.

La plupart des malades guéris dont M. Rilliet a rapporté l'observation dans son intéressant mémoire ont été traités principalement par le calomel à dose croissante depuis 30 jusqu'à 60 centigrammes par jour. L'amélioration a quelquefois paru coïncider avec le développement de la stomatite mercurielle.

Un autre malade fut d'abord traité par le calomel, puis on remplaça cette substance par le sulfure de potasse à la dose de 20 et de 50 centigrammes par jour. C'est, à ce qu'il a paru, sous l'influence de ce médicament que survint une diurèse considérable avec laquelle coïncida l'amendement de tous les symptômes.

Dans les cas que nous avons eu à traiter et dans lesquels le succès a couronné nos efforts, nous avons également fait usage du calomel, mais à la dose plus minime de 5 à 10 centigrammes par jour et sans chercher à occasionner de salivation mercurielle. Nous avons toujours adjoint à cette médication le laudanum à dose fractionnée, une ou deux gouttes par heure, et plus selon l'âge des enfants, jusqu'à production d'un léger narcotisme. L'usage de l'opium dans le traitement de la méningite nous paraît surtout très utile pour abattre l'excitation cérébrale et diminuer l'influence qu'elle pourrait avoir sur l'afflux plus considérable de sang vers le cerveau.

E. BOUCHUT,
Agrégé de la Faculté de médecine.

(1) Ce n'est pas ici le lieu de discuter l'opinion de notre honorable confrère M. Bouchut. Nous nous contenterons de faire toutes réserves à ce sujet. (NOTE DU RÉDACTEUR.)

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Traitement de l'angine tonsillaire par la saignée des veines ranines.

Un médecin espagnol a récemment cherché à réhabiliter dans la pratique la saignée des veines ranines qui, recommandée par les anciens, est de notre temps tombée presque complétement en désuétude, ainsi que la plupart des saignées de voisinage préconisées jadis à titre dérivatif. C'est spécialement dans les cas d'angines inflammatoires intenses, dans lesquelles le gonflement va jusqu'à rendre la suffocation imminente, que la saignée des ranines paraît avoir été pratiquée avec succès. Cette pratique vient d'être imitée sous nos yeux dans les mêmes circonstances. M. Aran, chargé en ce moment du service de M. Louis, à l'Hôtel-Dieu, a saisi la première occasion qui s'est offerte de constater les effets de cette saignée. Un jeune garçon marchand de vin, âgé de vingt-cinq ans, ayant été pris à la suite d'un refroidissement le corps étant en sueur, de frissons, de céphalalgie, avec déglutition difficile et douloureuse, respiration gênée, entra trois jours après à l'Hôtel-Dieu, en proie à une fièvre intense (92 pulsations). La respiration était gênée et bruyante, la physionomie du malade exprimait une grande anxiété ; la déglutition était presque impossible. En examinant le fond de la gorge, ce que rendait très difficile la douleur que faisait éprouver l'écartement des mâchoires, on reconnut que les deux amygdales étaient d'un rouge violacé, et tuméfiées au point de laisser à peine un intervalle linéaire sur la ligne médiane. L'interne de service prescrivit à l'entrée du malade à l'hôpital 1 gramme 50 d'ipécacuanha et 10 centigrammes de tartre stibié. Des vomissements abondants furent suivis d'un soulagement de quelques heures. Mais dès le lendemain matin les amygdales étaient redevenues aussi tuméfiées que la veille, la déglutition aussi difficile, l'anxiété et la fièvre aussi vives.

M. Aran, sous l'inspiration des faits publiés par le médecin espagnol dont nous venons de parler, pratiqua immédiatement la saignée des ranines, et prescrivit au malade de se gargariser fréquemment avec de l'eau chaude, pour faciliter l'écoulement du sang. Cet écoulement fut en effet assez abondant. Un soulagement presque immédiat suivit cette opération. Dix minutes au plus après l'incision des veines, la douleur avait diminué, ainsi que la tuméfaction des amygdales, et la déglutition était redevenue plus facile. Le lendemain, l'amélioration était encore plus marquée, et quatre jours après la gorge était revenue entièrement à son état normal.

Voici maintenant de quelle manière M. Aran s'y est pris pour pratiquer cette saignée :

La langue étant tirée au dehors, il en saisit la pointe avec l'extrémité des doigts de la main gauche couverts d'un linge sec, et incisa les deux veines ranines avec une lancette tenue de la main droite, en partant de la pointe vers la base, et dans toute leur longueur.

Sans méconnaître la part qu'a pu avoir dans la guérison le vomitif administré lors de l'entrée du malade en combattant l'état saburral qui complique habituellement ces sortes d'angines, on ne peut se refuser à admettre l'influence de la saignée des ranines sur la rapidité avec laquelle s'est résolue l'inflammation tonsillaire. La simplicité de cette opération d'ailleurs et la facilité de son exécution engageront les praticiens à renouveler un essai qui peut trouver d'heureuses applications.

Remarques sur le traitement des fractures du fémur.

Dans les cas de fracture de la cuisse, la plupart des chirurgiens, depuis Desault, ont coutume de soumettre le membre à un appareil extentif afin, disent-ils, de guérir sans raccourcissement. Les élèves qui suivent la visite de M. Malgaigne ont pu voir que ce chirurgien se borne à placer le membre blessé sur une planchette à double plan incliné, mais sans exercer de traction. Pourquoi cette différence dans un point de pratique aussi important ? C'est ce qu'il exposait dernièrement à ses élèves.

Lorsque je reçois un homme affecté de fracture de cuisse, disait-il, je fais, comme tout le monde, l'extension et la contre-extension, afin de savoir à quoi m'en tenir sur la réductibilité de la fracture et sur la possibilité de maintenir cette réduction. Dans certains cas, en effet, la fracture n'est pas en bec de flûte, mais les deux surfaces de cassure, presque horizontales par rapport à l'axe de l'os, offrent des inégalités, des anfractuosités qui permettent de rajuster les fragments bout à bout : c'est ce qui a lieu chez les jeunes sujets. Chez eux l'extension et la contre-extension triomphent facilement de la faible résistance que leur opposent des muscles encore débiles ; les deux fragments sont ramenés au contact, les saillies et les anfractuosités réciproques des deux extrémités s'engrènent les unes dans les autres, et la réduction peut être facilement maintenue. Chez l'adulte ces circonstances avantageuses sont beaucoup plus rares ; elles peuvent cependant se rencontrer, et le malade doit en avoir le bénéfice ; il faut donc d'abord essayer ; car, si l'on peut réduire exactement, on aura une guérison sans raccourcissement. Mais, je le répète, cela est excessivement rare.

Voici comment les choses se passent d'ordinaire dans ces sortes d'accidents :

1° Ou bien la fracture est par cause indirecte ; le sujet, par exemple, tombe sur le genou, et alors l'os, retenu à l'une de ses extrémités par le sol, pressé à l'autre par le poids du corps augmenté de la vitesse de la chute, se courbe au delà de sa flexibilité propre et se rompt. Mais ici ce n'est plus comme chez l'enfant : l'os, plus dur, plus résistant, se casse suivant deux surfaces très obliques. Essayez l'extension et la contre-extension ; vous rendrez bien au membre sa longueur habituelle ou peu s'en faut, mais les deux extrémités, ne pouvant pas arcbouter l'une contre l'autre, glisseront en chevauchant, incessamment sollicitées d'ailleurs à ce déplacement par l'énergique puissance des masses musculaires si considérables qui entourent le fémur.

2° Dans d'autres cas, c'est une action directe qui brise l'os de la cuisse, et alors il y a ordinairement plusieurs fragments, lesquels ne sauraient s'offrir entre eux de point d'appui suffisant pour rétablir et maintenir rétablie la continuité de l'os. C'est vainement que dans ce cas vous exercerez des tractions sur le membre, le chevauchement se reproduira ; et si vous voulez persévérer dans cette lutte, ou plutôt dans cette question extraordinaire que vous faites

subir au malade, celui-ci vous déclarera qu'il aime mieux boiter toute sa vie que d'endurer plus longtemps de pareilles tortures. Vous serez donc obligé d'y renoncer. On sait d'ailleurs à quelles conséquences ont souvent abouti ces efforts permanents d'extension exercés avec les appareils de Desault et de Boyer : des gangrènes; et dans un cas, sur le propre cocher de Boyer, une véritable aliénation mentale occasionnée par les douleurs atroces qu'il avait éprouvées.

Mais les malades qui surmontent les dangers et les souffrances de ces manœuvres sont-ils au moins récompensés de leurs peines, et leur membre sort-il de l'appareil aussi bien conformé qu'avant l'accident? Si l'on s'en rapporte aux chirurgiens partisans de cette manière d'agir, il va sans dire que la guérison a lieu sans raccourcissement; et il faut bien qu'ils croient à l'efficacité de leurs appareils, puisqu'ils les mettent en usage malgré leurs inconvénients si palpables. Mais si vous consultez les faits, vous arrivez à un résultat tout différent. J'ai comme les autres employé les appareils extensifs dans les fractures de cuisse, et grand fut mon étonnement de voir que mes malades guérissaient avec la cuisse plus courte que celle du côté sain, car je mesurais soigneusement le membre à diverses époques; précaution que l'on ne prend pas d'ordinaire. Il me fallait une solution pour expliquer de pareils insuccès. J'interrogeai les musées d'anatomie pathologique, et je ne trouvai pas une seule fracture oblique, vous entendez, pas une seule, qui fût consolidée sans raccourcissement; dans toutes le cal s'était fait sur un chevauchement plus ou moins considérable. Je fis plus encore : je suivis les malades des autres services, et j'acquis la certitude que Boyer, Dupuytren, Lisfranc n'étaient pas plus heureux que moi. Je formulai donc très nettement et très carrément ce principe, à savoir : que dans les fractures obliques du fémur la guérison avec raccourcissement est la règle.

Du reste, ce raccourcissement dans les fractures de la partie supérieure du fémur ne dépend pas seulement du chevauchement; il y a encore un autre déplacement angulaire en dehors dont il faut tenir grand compte. Remarquez, en effet, que le fémur n'est pas un os rectiligne, mais un levier coudé. Un angle formé dans sa continuité, et dont l'ouverture est du côté de la concavité de l'os, doit donc en rapprocher considérablement les extrémités.

Ainsi, en résumé : dans les fractures obliques du fémur, si le chevauchement est très considérable, il faut le diminuer par des tractions modérées, mais agir avec la certitude qu'on ne saurait ramener l'os à ses dimensions normales; et si à cette cause de raccourcissement se joint la flexion angulaire, il faut lutter contre celle-ci à l'aide d'une attelle entourée de linge et appliquée au sommet de l'angle que l'on veut effacer.

Amputation de la langue. — Conservation de la parole.

L'amputation d'une partie considérable de la langue, à la suite du cancer de cet organe, à laquelle on avait à peu près renoncé pendant longtemps, a été remise en pratique de nos jours, soit au moyen de l'excision, soit à l'aide de la ligature.

Divers procédés de ligature ont été proposés par MM. Mirault, Meyer, J. Cloquet, Lisfranc, Vidal, etc. Nous n'avons pas à nous y arrêter, puisque dans le cas actuel c'est à l'excision que M. Maisonneuve a donné avec raison la préférence. Le cancer, de nature épithéliale, occupait la moitié antérieure de l'organe. Le chirurgien a divisé les parties molles et osseuses du menton, et a pu ainsi opérer avec facilité sur la langue, dont une portion assez considérable a été enlevée, ainsi que la glande sublinguale.

Cette observation présente deux particularités remarquables : la cause du mal d'abord, et en second lieu le recouvrement complet de la parole. Cette dernière tient probablement à la nature superficielle de l'affection, qui avait respecté les parties profondes, et donne lieu d'espérer que le malade échappera aux dangers de la récidive. Voici le fait :

M. le docteur J....., membre correspondant de l'Académie de médecine, et président du comité de vaccine, s'occupait depuis plusieurs années d'envoyer dans les départements du vaccin liquide, conservé dans de petits tubes. Ce travail, qu'il faisait lui-même, exigeait qu'il tînt dans sa bouche un certain nombre de petits tubes en verre; plusieurs fois leur pointe acérée détermina sur la langue des piqûres qui produisaient souvent de petits boutons; ceux-ci disparaissaient ordinairement au bout de quelques jours; mais à la longue il survint une induration qui persista et fut l'origine d'une maladie plus grave.

En effet, tourmenté de la persistance de cette induration, M. J... voulut la faire disparaître en la cautérisant.

Il employa d'abord le nitrate d'argent, puis le nitrate acide de mercure; mais cette médication, loin d'arrêter les progrès du mal, ne fit que l'aggraver. Des plaques épidermiques se développèrent sur toute la surface de la langue, et plus tard une ulcération profonde envahit la partie centrale de cet organe. D'après les conseils de quelques amis, il se soumit à une cautérisation plus énergique avec le fer rouge; mais celle-ci donna encore à la maladie une activité nouvelle.

Toute la partie antérieure de la langue jusque vers les papilles caliciformes devint, dans une longueur de 8 centimètres, le siége d'une induration considérable, en même temps que l'ulcère central faisait des progrès rapides : à ces symptômes se joignirent bientôt des douleurs lancinantes qui ne laissaient au malade aucun repos.

Il consulta M. le docteur Ricord, qui le soumit à l'iodure de potassium. Malgré ce traitement, le mal s'aggravait de jour en jour; la langue, énormément tuméfiée, finit par obstruer la cavité buccale; la salive s'écoulait d'une manière continue; la parole était devenue impossible, et le malade se trouvait réduit à prendre pour toute nourriture des aliments liquides. C'est dans ces conditions que, sur l'avis de M. le docteur Ricord, M. J... vint me consulter. En présence d'une affection aussi grave contre laquelle avaient échoué les médications les plus rationnelles, je crus devoir proposer l'amputation comme unique ressource. Elle eut lieu le 24 août, à la Maison de santé de M. le docteur Pinel, en présence de MM. les docteurs Larrey, Ricord, Richard, Dumotet, Langlebert et Pinel.

Le malade étant préalablement soumis au chloroforme, j'incisai d'abord, sur la ligne médiane, la lèvre inférieure et les parties molles du menton. Je fis ensuite, au moyen d'une scie à chaîne, la section de la mâchoire inférieure, dont les deux branches écartées permirent de saisir la langue et de l'attirer au dehors. Par une dissection rapide, l'organe malade fut ensuite séparé des parties saines jusqu'au delà de sa moitié antérieure, et dans une étendue de huit centimètres. La glande sublinguale dut aussi être sacrifiée. Des ligatures furent appliquées sur chacun des vaisseaux importants, de sorte qu'il ne survint aucune hémorrhagie.

Après cette opération, les branches de la mâchoire furent rapprochées et maintenues en contact au moyen d'un fil enroulé autour des dents incisives et canines; les ligatures placées sur les vaisseaux furent dirigées en dessous du menton, dans l'angle inférieur de la plaie, et les bords de la division furent réunis à l'aide de la suture entortillée.

Malgré l'extrême gravité de cette opération, aucun accident ne s'est manifesté. La cicatrice des parties extérieures s'est opérée par première intention; l'énorme perte de substance s'est comblée rapidement; les os se sont consolidés, et, chose remarquable, aujourd'hui, quarante jours après l'opération, le malade a pu recouvrer la parole, en même temps que la faculté de saisir et de broyer les aliments. L'examen anatomique a démontré que l'affection appartenait à la classe des cancroïdes épithéliaux. Tout fait donc espérer qu'il n'y aura pas de récidive.

Traitement des inflammations par les enduits imperméables.

L'observation de péritonite communiquée dans la dernière séance de l'Académie de médecine par M. le docteur Robert-Latour nous engage à faire connaître d'une manière précise le mode de traitement préconisé par l'auteur.

Le point de départ de M. Robert-Latour est l'opinion de M. Fourcault, que, si l'on soustrait par le moyen d'un enduit imperméable la peau d'un animal à sang chaud à l'action de l'air atmosphérique, la température de cet animal ne tarde pas à diminuer jusqu'à ce qu'il succombe. L'action immédiate de l'air sur la peau est donc nécessaire pour le développement de la chaleur animale. D'un autre côté, l'ascension locale de cette température étant le phénomène initial de l'inflammation, l'auteur a été conduit à penser que, si l'on dérobait au contact de l'air les parties enflammées, on devait éteindre le travail morbide. C'est ce que l'expérience a confirmé. Le moyen dont se sert M. Robert-Latour pour mettre la peau à l'abri du contact de l'air, c'est le collodion additionné d'huile de ricin et de térébenthine, d'après la formule suivante :

Collodion (préparé d'après la formule de M. Mialhe).	30 grammes
Térébenthine de Venise.	15 décigr.
Huile de ricin.	5 —

Le collodion est étendu sur la partie malade à l'aide d'un pinceau. Il faut avoir soin d'en passer une couche assez épaisse pour qu'elle résiste, et l'on doit dépasser en tout sens les limites de l'inflammation. Les maladies contre lesquelles l'auteur a employé ce mode de traitement sont nombreuses : l'érysipèle, le zona, les lésions traumatiques, les brûlures, le rhumatisme articulaire aigu, la péritonite, l'ovarite, la pleurésie, etc., sont de ce nombre. Il rapporte quatre-ving-huit observations, dans lesquelles ce moyen a été constamment suivi de succès. Depuis que M. Robert-Latour a fait connaître ces résultats, d'autres médecins ont recueilli des faits qui prouvent l'utilité des enduits imperméables; c'est ainsi que M. Blache a vu une inflammation de la mamelle, au début, disparaître rapidement par l'usage des applications de collodion. L'expérience paraît donc se prononcer en faveur de ce mode de traitement. Mais est-ce bien à la diminution de la chaleur animale qu'il faut attribuer les heureux effets des enduits imperméables? Ici commence le doute. Peu importe d'ailleurs l'explication, si l'action thérapeutique du moyen employé est réelle.

Cas rare d'alopécie.

Les cas isolés d'alopécie générale chez des sujets jeunes et vigoureux sont rares. En général cette maladie affecte de préférence les sujets débilités par diverses causes ou arrivés à un âge plus avancé. On l'a vue régner quelquefois d'une manière épidémique; mais le plus souvent l'alopécie est momentanée. Les poils et les cheveux repoussent moins forts ou d'une couleur différente; quelquefois l'alopécie se renouvelle plusieurs fois avant de devenir définitive.

C'est à ces divers points de vue que l'observation suivante, lue dans la dernière réunion de l'Association médicale de Leicester par M. le docteur John Barclay, médecin de l'infirmerie de cette ville, nous a paru intéressante; nous l'empruntons au dernier numéro de l'*Association medical journal.*

Je fus appelé, dit M. Barclay, par M. A. B... au mois de février pour une calvitie complète. Le sujet est âgé de vingt-quatre ans, d'une complexion brillante, d'un tempérament sanguin, d'habitudes rangées et marié; il est imprimeur de son état.

Il travaillait assidûment depuis sept mois dans une chambre close et étroite, lorsqu'il s'aperçut que ses cheveux commençaient à tomber.

La tête fut bientôt dénudée, et les poils de la barbe et des moustaches suivirent. Les poils des aisselles et du pubis, des bras et des jambes tombèrent aussi bientôt, et enfin ceux des paupières et des sourcils, de telle sorte que, lorsque je le vis, il était entièrement dépouillé de poils de la tête aux pieds.

Sa santé générale avait souffert; l'appétit était bon, mais les digestions difficiles, et il se plaignait d'un sentiment de langueur et d'une faiblesse générale. Les excrétions étaient dans l'état normal. J'ordonnai une préparation ferrugineuse et des frictions sur la tête avec un liniment stimulant.

En quelques semaines, par suite de l'habitude, le liniment ne produisit plus de cuissons, et il n'y avait aucune amélioration cutanée.

Les remèdes internes ont été continués jusqu'à ce jour, et sous leur influence la santé s'est entièrement rétablie, mais sans aucune apparence de retour des poils sur aucune partie du corps.

En l'examinant au microscope, les bulbes des cheveux paraissent effacées, mais l'ouverture par laquelle ils passent a persisté. Il y a quelques poils légers aux oreilles qui ne sont jamais tombés; mais à cette exception près, il est entièrement chauve.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS.

Deux cas assez rares d'aberration mentale (1).

Par M. A. Toulmouche (de Rennes.)

Monomanie singulière ayant porté un homme d'une certaine instruction à exercer la flagellation sur une petite fille âgée de quatre ans, d'une manière assez continue et assez intense pour qu'elle ait fini par occasionner la mort de cette enfant.

Jeanne L..., d'une constitution faible, âgée de quatre ans et demi, orpheline, demeurait chez le sieur M..., homme riche et sans enfants, qui, avec l'agrément du tuteur et des parents de cette fille, s'était chargé de l'élever. Il lui apprenait à lire et à compter, mais il la frappait sans cesse, soit avec la main, soit avec une discipline formée de dix-huit cordelettes armées de plusieurs nœuds, soit enfin avec deux cordes plus grosses, dont la largeur permettait de multiplier les bouts, et cela lorsque l'intelligence de cette enfant lui refusait de comprendre ou de retenir ce qu'il voulait lui enseigner.

Parfois c'était avec des orties qu'il la fustigeait.

Le 23 novembre 1838, il la battit de la sorte, depuis deux heures de l'après-midi jusqu'à la nuit; ensuite, avec une discipline, pendant les trois jours qui suivirent.

Jeanne L... ne pouvait presque plus plier les jarrets ni se tenir assise, tant ses fesses et ses jambes étaient meurtries et déchirées.

Le 27, voulant la forcer encore à compter, il la frappa de nouveau après avoir relevé sa chemise, et il répétait à chaque coup : *un, deux, trois, quatre, cinq.* Bientôt les draps furent tachés de sang. La pauvre victime poussa longtemps des cris aigus qui s'affaiblirent ensuite, et alors les forces lui manquant, elle demeura sans mouvement et ne tarda pas à expirer.

L'autorité, avertie par la rumeur publique, fit exhumer le lendemain le cadavre et procéder à son examen et à son autopsie.

Le médecin requis constata sur la partie antérieure et latérale gauche de la poitrine des ecchymoses légères de 6 à 10 millimètres de diamètre, irrégulièrement arrondies, et six plus profondes et plus étendues, dont une située vis-à-vis la septième côte; les autres le long du bord des fausses côtes, et sur la partie antérieure et latérale droite une foule d'ecchymoses, dont cinq allongées en travers et d'environ 5 centimètres de longueur sur 5 millimètres de largeur. Les dernières présentaient l'empreinte d'un corps inégal, tel qu'une corde composée de plusieurs cordons avec nœuds; plus, trois autres meurtrissures plus profondes.

Sur le côté gauche de l'abdomen, entre l'ombilic et l'épine antérieure et supérieure de l'os des iles, on découvrait sept à huit stries ecchymotiques légères indubitablement produites par la percussion d'une corde qui aurait porté dans une longueur de 6 à 7 centimètres. Le reste de la paroi antérieure du ventre offrait encore plusieurs petites ecchymoses irrégulièrement disséminées.

Sur le dos, au milieu des sugillations cadavériques, on distinguait de quarante à cinquante ecchymoses allongées offrant les impressions de l'inégalité d'une corde dirigées obliquement de haut en bas, les unes de droite à gauche, les autres de gauche à droite.

Sur le bras gauche, particulièrement à sa partie antérieure et externe, existait une large ecchymose en nappe et une vingtaine d'autres plus profondes, ainsi que sur l'avant-bras; sur le bras droit, on en voyait un aussi grand nombre d'autres isolées.

Sur la face antérieure de la cuisse gauche, on comptait sept meurtrissures verticales d'environ 10 centimètres de longueur, et sur la droite une vingtaine d'autres, dont quatre transversales plus profondes; enfin, autour des parties génitales, six autres peu éten-

(1) Fin. — Voir le numéro précédent.

dues provenant probablement de coups portés sur les cuisses et l'abdomen. En outre, on notait sur chacune des jambes une dizaine d'ecchymoses situées particulièrement en dedans et en dehors.

Toutes ces meurtrissures, de formes irrégulières, avaient une profondeur variable : ainsi les unes ne s'étendaient qu'aux lames superficielles du derme, tandis que les autres avaient envahi le tissu cellulaire sous-cutané; les profondes avaient laissé couler un peu de sang et paraissaient dues à l'action d'un corps dur, tel qu'une baguette de bois ou les nœuds d'une corde.

Procédant à l'autopsie du cadavre, le même homme de l'art constata :

1° Que le cerveau, examiné avec soin, présentait une forte injection sanguine de ses vaisseaux, une adhérence des deux feuillets de l'arachnoïde de 4 à 5 millimètres d'étendue à la partie supérieure de l'hémisphère droit et dans les ventricules latéraux une quantité de sérosité qu'on pouvait évaluer à 30 grammes;

2° Que les organes de la poitrine étaient sains;

3° Qu'enfin ceux de l'abdomen étaient dans le même cas, puisqu'il ne fut rencontré que quelques vers lombrics dans les intestins sans qu'il fût résulté de leur présence la moindre inflammation.

De tous ces faits, il conclut que les ecchymoses nombreuses observées sur le corps, mais n'attaquant aucun organe essentiel à la vie, n'avaient pu produire la mort que par la violence et la continuité des douleurs qu'elles avaient occasionnées, et il crut plus rationnel de l'attribuer à la congestion cérébrale et à l'épanchement de sérosité dans les ventricules que les cris et les efforts de l'enfant avaient dû déterminer d'autant plus facilement qu'il y avait déjà eu antérieurement une inflammation des méninges et que les coups avaient dû en outre faciliter l'une et l'autre.

Je pensai que plusieurs omissions avaient eu lieu dans le procès-verbal et qu'il était à regretter :

1° Que le médecin expert n'eût pas décrit l'aspect de l'adhérence de l'arachnoïde, afin de pouvoir déterminer si elle était le résultat d'une phlegmasie ancienne ou récente : plus tard, dans sa déposition orale, il déclara affirmativement qu'elle devait remonter à une époque antérieure à celle actuelle;

2° Qu'il n'eût pas noté avec précision l'état des organes de la respiration et celui du cœur par rapport à la quantité de sang qu'ils pouvaient contenir;

3° Qu'il n'eût point examiné les parties génitales.

Quant à ses conclusions, elles me semblèrent peu logiquement déduites et les causes réelles de la mort autres que celles assignées par lui. En effet, elles lui avaient paru avoir été une congestion cérébrale et un épanchement dans les ventricules déterminés par les cris, les efforts de l'enfant et par des coups, tandis que ces derniers n'auraient pu les produire que dans le cas où ils auraient été portés sur la tête : or cela n'avait pas eu lieu ici. Quant aux cris et aux efforts comme causes productrices de la congestion, on peut affirmer d'après l'expérience que, tant fréquents qu'ils soient chez les enfants, ils n'occasionnent que bien rarement cet effet. Restait donc l'adhérence de l'arachnoïde; mais, résultant d'un état morbide de cette membrane très limité déjà ancien et guéri, elle ne pouvait avoir été cause prédisposante. Je fus porté à croire :

1° Que l'exhalation séreuse dans les ventricules avait été occasionnée par la stase du sang dans tout le système veineux par suite du ralentissement qui devait être survenu le jour de la mort ou même avant dans la circulation, à cause de l'affaiblissement de l'innervation chez cette enfant, sous l'influence d'émotions terribles, de la douleur et de frayeurs continuelles;

2° Que les coups multipliés sur une surface aussi étendue que celle de la peau de presque tout le corps, surface si sensible dans le jeune âge, avaient dû en outre entretenir dans le cerveau une excitation morbide continue, et la peur qui succédait aux corrections une dépression profonde de la sensibilité. Alors rien d'étonnant qu'un état congestionnaire du cerveau et une exhalation consécutive de sérosité dans les ventricules en eussent été les conséquences.

Mais encore, dans ce cas, la mort dut survenir par syncope, ou sous l'influence de coups achevant d'épuiser le principe animateur de la vie, c'est-à-dire la sensibilité ou l'excitabilité qu'il est destiné à répartir aux divers organes, et surtout au cœur et aux poumons; de même que dans les brûlures étendues en surface intéressant la peau, quelque peu profondes qu'elles soient, ce n'est pas tant aux lésions qu'elles occasionnent qu'à la continuité des douleurs et à leur énergique réaction sur l'encéphale, principal dispensateur de la sensibilité, qu'elles doivent de déterminer la mort.

Enfin, j'ajouterai que dans l'ancien supplice de passer sous les verges, encore usité au dix-huitième siècle, tout porte à croire, malgré le peu de documents médicaux qui nous soient parvenus sur le mode d'action de cette cause de mort, que c'était par suite de l'étendue des surfaces lésées, de l'intensité et de la continuité des douleurs capables de provoquer des syncopes mortelles, que la vie s'éteignait; ou que, si elle se prolongeait au delà, elle cessait, un peu plus tard, sous l'influence des lésions cérébrales consécutives qui survenaient. Cependant ce ne sont que des présomptions, puisque à cet égard il y a lacune dans la science.

Quant aux sévices si multipliés rencontrés sur le corps de la victime, les fastes judiciaires et ceux de la médecine légale n'en offrent aucun exemple dans lequel ils aient été identiques sous le rapport de l'étendue et comme cause de mort; le plus souvent, lorsqu'ils ont été signalés par les médecins légistes, ils l'ont été comme résultat de simples moyens de punition, et n'ayant entraîné que des condamnations à des peines correctionnelles.

Feu Bertin, médecin appelé par la défense, décrivit les caractères anatomiques de la congestion cérébrale, et ne les retrouva point dans l'état du cerveau de la petite Jeanne L... tels qu'ils avaient été notés dans le procès-verbal d'autopsie cadavérique. Il contesta au rédacteur de ce dernier que les cris de l'enfant, même aidés des douleurs, eussent été la cause occasionnelle de celle-ci, se fondant sur ce que la congestion sanguine est très rare chez les jeunes sujets, tandis qu'elle devrait être très commune si les cris prolongés la produisaient, et sur ce que l'observation pratique indique, au contraire, la rareté de cet état morbide par une semblable cause. Il établit également que l'épanchement de sérosité dans les ventricules du cerveau, que le même officier de santé attribuait encore à cette cause, avait pu se former tout au plus dans les derniers instants de la vie, et l'exhalation se continuer après la mort, et qu'il n'y avait pas de raisons suffisantes pour l'envisager comme le résultat des coups; qu'enfin, relativement aux douleurs comme cause de mort, il était permis de la mettre en doute, puisque rarement on avait vu, à l'époque où les tortures les plus atroces étaient employées par le despotisme et l'ignorance, les malheureux qu'on y soumettait succomber pendant leur durée, quelque prolongées qu'elles fussent; mais que cependant il n'était pas impossible qu'elles eussent pu chez la petite Jeanne L..., déjà débilitée, concourir à hâter sa mort.

Pendant les débats, le sieur M..., dont la physionomie exprimait l'impassibilité la plus complète, et était en même temps très commune, le front étant assez déprimé et fuyant, s'occupait à couper de temps en temps du suc de réglisse avec un couteau qu'il tirait de sa poche. Néanmoins il paraissait suivre les divers incidents de son affaire avec attention, car il consultait des notes, s'étendait longuement et minutieusement sur les mensonges de l'enfant, demandait fréquemment la parole pour interpeller les témoins sur ses bons procédés envers elle. Il s'exprimait sans aucune vivacité; il ne manifesta de l'émotion, qui se décela par des larmes, que lorsque l'avocat parla de la vive affection de son client pour la petite Jeanne L..., de la boucle de ses cheveux que ce dernier portait toujours dans un portefeuille sur son cœur; et encore cet attendrissement fut-il de courte durée, car immédiatement après, le prévenu reprit son air d'indifférence : il semblait qu'il ne fût pas en cause. Il en fut de même lors du prononcé de sa condamnation. Son défenseur, après avoir cherché à établir, par les dépositions d'un certain nombre de témoins appelés à décharge, l'infériorité intellectuelle du sieur M..., traita la question de monomanie, envisageant les actes barbares commis par lui comme en ayant été le résultat. Le ministère public, au contraire, après avoir apprécié les faits de la cause, indiqué les caractères de cette variété d'aliénation mentale, fit ressortir leur absence dans l'espèce, les ruses multipliées du coupable pour donner le change sur les causes de la mort de l'enfant, n'admit que l'hypocondrie chez l'accusé, maladie dont on ne put nier la réalité, et conclut à la culpabilité. En conséquence, le sieur M... fut condamné à huit années de réclusion.

(*Annales d'hygiène.*)

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Vente du phosphore. — Dangers qui peuvent résulter de cette vente.

Hier soir, vers neuf heures, dit le *Courrier du Havre*, deux enfants, les frères Huguet, dont les parents habitent le troisième étage d'une maison sise rue de la Communauté, n° 2, ramassèrent dans la rue plusieurs morceaux de phosphore. Ignorant la propriété de ce corps dangereux, ces enfants en frottèrent leurs vêtements en admirant la teinte luisante qu'ils produisaient.

Le plus jeune, âgé de dix ans et demi, mit dans la poche de son pantalon un de ces morceaux, et ils se mirent à courir tous les deux pour rentrer chez eux. Mais bientôt le feu se communiqua aux vêtements du jeune enfant, et en un instant il fut embrasé de la tête aux pieds. L'attention des passants et des voisins ayant été attirée par cet événement, on se précipita à son secours, et une personne l'ayant roulé par terre, parvint à éteindre le feu.

Conduit chez ses parents, cet enfant reçut les soins de M. Feuilloley, pharmacien, accouru à la première alerte. Mais son corps présente l'état le plus affreux : depuis la hanche jusqu'au mollet, toute la partie interne de la cuisse droite est brûlée à une grande profondeur, et l'on redoute les accidents qui peuvent résulter de ces atroces brûlures.

Nous espérons qu'une sévère enquête fera connaître le nom de ceux qui ont eu l'imprudence inexplicable el injustifiable de jeter une matière aussi dangereuse que le phosphore au milieu d'une rue. Nous nous en rapportons sur ce point aux intelligentes investigations de notre police. (*Journ. de chim. méd.*)

Pilules contre la goutte, le rhumatisme et les névralgies.

Par M. GAFFARD, médecin à Aurillac.

Extrait de cévadille, préparé à l'alcool bouillant.	4,00
Aloès des Barbades.	5,00
Scammonée d'Alep vraie.	5,00

F. S. A. quatre-vingt-seize pilules, qu'on roulera dans le lycopode ou dans la poudre de gomme.

On donne toutes les six heures deux de ces pilules, jusqu'à ce qu'elles aient produit un effet purgatif prononcé, c'est-à-dire quatre, cinq, et jusqu'à huit ou dix purgations dans les vingt-quatre heures.

Pour obtenir un effet complet et durable, il faut continuer l'usage des pilules pendant un certain temps. Mais, comme leur action purgative est en raison directe de la répétition des doses, comme il importe de régulariser cet effet et de le rendre uniforme, il faut que les intervalles d'une prise à l'autre soient graduellement croissants. La raison arithmétique de cet accroissement devra être de trois heures. Ainsi, après avoir obtenu l'effet désirable, à quelque nombre qu'on soit arrivé, on retardera la prise suivante de trois heures, c'est-à-dire qu'au lieu de six heures d'intervalle on en mettra neuf; à la prise suivante, on en mettra douze; à la suivante, quinze, et ainsi de suite jusqu'à ce qu'on ait consommé une vingtaine de pilules, nombre ordinairement suffisant.

On doit boire par-dessus chaque prise de pilules, pour en faciliter la déglutition et la digestion, une tasse d'infusion chaude et légère de tilleul, de sureau ou de thé. Ce liquide chaud constituera la boisson ordinaire du malade pendant l'effet purgatif. On mettra, d'ailleurs, une heure au moins d'intervalle entre l'administration des pilules et le repos. (*Répertoire de pharmacie.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Le jury du concours pour l'internat est composé de la manière suivante :

MM. le professeur Moreau, Moreau (de Tours), Oulmont, Voillemier, Jarjavay, Métivié et Malgaigne.

La première épreuve (épreuve écrite) aura lieu le 26 octobre.

Il y a 35 places à donner, et 236 concurrents.

— L'administration de la police vient de faire dresser un tableau statistique de la mortalité à Paris, par âge, par sexe, par profession et par nature de maladie.

Voici quelques-uns des chiffres relevés dans cette statistique pour 1851 :

En 1851, dans la ville de Paris, il est mort à domicile 19,150 personnes, 9,287 hommes, 9,863 femmes. Dans les hôpitaux civils et militaires, 10,567 personnes, 5,839 hommes, 4,728 femmes. En tout, 29,717. (En 1852, 29,664 décès, 15,220 d'hommes et 14,444 de femmes.)

Sont morts à domicile : des fièvres, 494 hommes, 544 femmes; d'inflammations, 4,475 hommes, 4,909 femmes; d'hémorrhagies, 387 hommes, 332 femmes; de névroses, 537 hommes, 533 femmes; de lésions organiques, 1,296 hommes, 3,023 femmes; de blessures, 243 hommes, 92 femmes; de *déplacements* d'organes, 26 hommes, 26 femmes; de maladies virulentes, 22 hommes, 17 femmes; d'asphyxie, 302 hommes, 83 femmes; d'enfants mort-nés, monstruosités, morts subites, 1,505 garçons, 1,304 filles.

Pendant la même année 1851, les 19,567 personnes mortes dans les hospices se subdivisent ainsi par maladies : de fièvres, 573 hommes, 326 femmes; d'inflammations, 2,261 hommes, 2,015 femmes; d'hémorrhagies, 243 hommes, 158 femmes; de névroses, 262 hommes, 155 femmes; de lésions organiques, 1,648 hommes, 1,507 femmes; de blessures, 284 hommes, 79 femmes; de maladies virulentes, 31 hommes, 12 femmes; d'asphyxie, 4 hommes, 8 femmes; d'enfants mort-nés, morts subites, 425 hommes, 360 femmes.

En 1852, les chiffres des décès selon la nature des maladies sont dans les mêmes proportions.

Le tableau statistique fait ensuite connaître la nature des maladies par profession. Nous nous bornerons à extraire de cette longue nomenclature de professions de toutes sortes les deux indications suivantes :

Sur 17 décès parmi les magistrats, on compte : pneumonie, 3; phthisie, 2; apoplexie, 2.

Sur 46 décès parmi les avocats : entérite, 7; phthisie pulmonaire, 3; fièvre typhoïde, 3.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité des tumeurs blanches des articulations, par M. le docteur CROCQ, agrégé et prosecteur à l'Université de Bruxelles, membre de plusieurs sociétés savantes, etc. — 1 vol. grand in-8° de 744 pages, avec 24 figures. Prix : 8 fr.

Archives d'ophthalmologie comprenant les travaux les plus importants sur l'anatomie, la physiologie, la pathologie, l'hygiène et la thérapeutique de l'appareil de la vision, par M. A. JAMAIN, docteur en médecine de la Faculté de Paris, ancien interne des hôpitaux, etc.

Mode de publication. — Ce journal paraît, depuis le 15 juillet 1853, par numéro mensuel de 3 à 4 feuilles, et forme chaque année 2 vol. in-8. Des figures seront intercalées lorsqu'elles seront nécessaires à l'intelligence du texte. — Le prix de l'abonnement annuel est de 15 fr. pour Paris, 17 fr. pour les départements et 18 fr. pour l'étranger.

Avis important. — Au mois de juillet 1854, un jury spécial sera chargé de décerner un prix de 300 fr. au meilleur mémoire sur une des maladies de l'œil et de ses annexes, envoyé franc de port au bureau de la rédaction des *Archives d'ophthalmologie*, chez M. le docteur Jamain, rue Saint-Benoît, 5, à Paris.

Les mémoires pourront être envoyés dans le courant de l'année jusqu'au 15 juin 1854, et devront être écrits en français ou en latin. Ce prix pourra être partagé.

Ces ouvrages se trouvent chez Germer-Baillière, 17, rue de l'École-de-Médecine, à Paris.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de PLON frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 126. — MARDI 25 OCTOBRE 1853. (26e ANNÉE.) N° 126. — MARDI 25 OCTOBRE 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. 30 »	
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	Trois mois. 9 fr. Six mois. 17 Un an. 33	
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	Trois mois. 10 fr. Six mois. 20 Un an. 38	

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

Paris, le 24 octobre 1853.

Déjà plusieurs fois notre honorable et savant collaborateur M. Champouillon, professeur au Val-de-Grâce, a appelé l'attention sur les fâcheux effets produits par l'usage de certaines boissons spiritueuses.

Lorsque jeudi dernier, 20 octobre, nous insérions un nouvel article contenant des réflexions pleines de sens et de vérité sur ce sujet, et rapportant des faits graves d'accidents déterminés par ces boissons, nous ne nous attendions pas que dès le lendemain tous les journaux auraient à signaler un affreux malheur dû à la même cause :

« Dans la nuit du 18 au 19 octobre, les militaires qui formaient le poste de la porte de Paris, à Cambrai (cinq hommes et un caporal du 38e de ligne), s'étaient rencontrés avec des conscrits qui leur avaient payé à boire. A la suite de ces libations, plusieurs hommes de garde devinrent *ivres-furieux.*

» A l'ouverture des portes, le factionnaire Micheli, Corse de naissance, commettait déjà de coupables extravagances; il arrêtait les voitures sans motifs et insultait les passants. Le portier-consigne, indigné de cette conduite, voulut aller faire des remontrances au chef de poste, mais il fut très mal accueilli. Au même instant Micheli accourait et donnait au portier un coup de baïonnette que celui-ci a évité; mais un coup de crosse venant d'un autre côté l'atteignit à la tête et le terrassa.

» Des bourgeois témoins de cette scène pénétrèrent dans le poste et tâchèrent d'arracher le malheureux portier des mains de ces furieux. C'est alors que Micheli, parvenu au paroxysme de la colère, se mit à charger son fusil et fit feu sur les préposés de l'octroi et les curieux. Cinq coups de fusil furent tirés par cet homme ivre. Une balle traversa la jambe de M. Dayer propriétaire; une autre atteignit à la poitrine le nommé Samuel, garde balayeur, qui tomba grièvement blessé; une troisième balle enfin allait jeter la terreur dans la boutique d'un coiffeur, dont elle brisait le comptoir.

» On est parvenu à désarmer Micheli, le poste a été relevé, et *les soldats auront à répondre de leur conduite devant le conseil de guerre.* »

Nous ne chercherons pas à excuser une pareille conduite de la part de militaires chargés d'un service public, et qui devaient protéger les habitants et non les attaquer; mais nous ne pouvons cependant nous abstenir de quelques réflexions sur un fait aussi malheureux.

Si les militaires qui composaient ce poste, au nombre de six, et qui tous, à ce qu'il paraît, ont partagé, sinon la fureur, du moins l'ivresse du factionnaire Micheli, sont tous connus par de bons antécédents, si jamais un fait analogue n'a pu leur être reproché, il est évident qu'il faut en chercher la cause ailleurs que dans une ivresse ordinaire. Il n'est pas naturel que six hommes, quelque quantité d'eau-de-vie qu'ils aient bue, se livrent à de tels excès.

Les accidents que l'honorable M. Champouillon a signalés dans son article du 20 octobre doivent être pris en sérieuse considération. Nous y voyons un soldat, Demont, qui, après avoir bu, lui troisième, deux litres de vin, est pris, *sans être ivre*, de vertiges, de nausées, de vomissements, de *convulsions épileptiformes*, et enfin d'une gastro-entérite grave.

Un autre soldat, Lacombe, boit avec un camarade deux bouteilles de gros vin rouge; deux heures après il perd connaissance, reste frappé d'hémiplégie du côté droit, et seize jours après il est atteint de gangrène du scrotum.

Enfin, le soldat G..., robuste voltigeur, tombe mort sur le seuil d'un cabaret pour avoir bu, en compagnie de trois autres, sa part de cinq litres de vin rouge.

M. Champouillon ajoute qu'il a été trop souvent témoin des accidents déterminés par les vins frelatés pour ne pas reconnaître dans ces trois cas une influence de cette nature; il fait observer avec raison que « l'alcool qui n'a pas eu le » temps de faire corps avec les éléments auxquels il a été » associé conserve le privilége de produire une ivresse fré- » nétique et malsaine, également féconde en *crimes* et en » maladies. »

N'est-il pas à croire aussi que l'eau-de-vie qu'ont bue les militaires de Cambrai contenait quelque substance plus ou moins toxique, et qu'une boisson ordinaire n'aurait pu produire de semblables effets? L'autorité elle-même paraît l'avoir pensé, car elle a fait fermer le cabaret où ces soldats avaient bu.

On comprend qu'en l'absence de renseignements précis, il nous est impossible de pousser plus loin nos réflexions, et que nous devons nous contenter de soumettre nos doutes à qui de droit.

Nous dirons seulement en terminant, avec l'honorable professeur du Val-de-Grâce, que malgré la surveillance des autorités, à Paris comme ailleurs, la sophistication des boissons est portée à un point incroyable. Puisque l'effusion du vin, l'amende, l'emprisonnement même, n'arrêtent pas ce criminel trafic, la fermeture des cabarets où viennent se perdre la santé des consommateurs, et à la sortie desquels des catastrophes pareilles à celle de Cambrai peuvent se renouveler, doit être rigoureusement prononcée. Cette rigueur nous paraît d'autant plus nécessaire, que la mauvaise récolte et la cherté des vins vont sans doute augmenter la fraude et exposer la population à plus de dangers.

Heureusement nous avons d'autant plus lieu de croire à une répression énergique de la part de l'autorité, que déjà M. le préfet de police vient de défendre aux marchands de vin de transformer leurs comptoirs en comptoirs *électriques;* ce qui pourtant, quoique répréhensible, n'est qu'une *peccadille*, à côté des sophistications dangereuses qui peuvent déterminer des actes criminels, des maladies graves ou la mort.

CLINIQUE DE LA VILLE.

Observation d'une péritonite suraiguë liée à la rupture d'un abcès ovarique dans la cavité péritonéale, traitée avec succès par l'enduit imperméable.

(Communiquée par M. le docteur Robert-Latour à l'Académie de médecine, séance du 18 octobre 1853.)

Mme M..., sujet de cette observation, est une femme âgée de trente-huit ans et douée d'une constitution robuste. A huit heures du matin, elle avait senti les premières atteintes de la péritonite, et à onze heures du soir, réunis en consultation, le professeur Andral, le docteur Delthil et moi nous la trouvions immobile sur le dos, pâle et défigurée, la voix éteinte, la peau froide, le pouls imperceptible.

Le début de la maladie s'était annoncé, après une garde-robe obtenue sans effort, par une douleur subite dans les régions sus-pubienne et iliaque droite, douleur supportable d'abord, mais qui, prenant promptement de plus grandes proportions, n'avait pas tardé à se propager, vive, aiguë, atroce, à toute l'étendue de l'abdomen. A peine ce premier symptôme avait-il sévi un quart d'heure que déjà le ventre était tendu, luisant, énormément tuméfié, que les syncopes se succédaient effrayantes de fréquence et de durée, qu'une pénible oppression et une indicible anxiété fixaient dans l'esprit de la malade le pressentiment de la mort.

Quelques cuillerées d'eau glacée ou simplement quelques morceaux de glace, c'était là tout ce que la malade, persécutée par une soif inextinguible, avait accepté pour se rafraîchir le palais, mais sans en retenir la moindre partie. D'un autre côté, le cours des matières fécales et des gaz intestinaux était interrompu, et deux petits lavements, l'un d'huile d'olive, l'autre d'une décoction concentrée de graine de lin, avaient été rendus dans les alèzes sans résultat. Restait, enfin, dans la thérapeutique habituelle l'onguent mercuriel en frictions.

Dans cette situation critique, je ne voyais réellement qu'une seule médication capable, je ne dirai pas de nourrir en moi de flatteuses espérances, mais seulement d'arrêter dans une sorte d'hésitation mon funeste pronostic, de jeter enfin comme une ombre de doute sur la réalisation du malheur dont l'imminence était si frappante. Cette médication, c'était l'emploi de l'enduit imperméable. Une forte couche de collodion préparé selon ma formule avait donc été posée sur toute la surface abdominale avec recommandation instante de la réparer soigneusement chaque fois qu'il s'en détacherait quelque partie. Ne saisissant pas bien l'importance d'une telle prescription, les personnes auxquelles en était remise l'exécution avaient négligé d'y obéir, et, déchiré sous la tuméfaction croissante du ventre, l'enduit imperméable avait cessé partout d'adhérer à la peau.

Tels étaient les faits accomplis dans le courant de la journée, telle était à l'heure de notre convocation la position de la malade : c'était une véritable agonie.

Le diagnostic ici ne pouvait être douteux : nous nous trouvions en présence d'une péritonite suraiguë foudroyante, et cette péritonite, l'invasion subite, l'ascension rapide des symptômes, tout en reliait le développement à une cause violente, à un accident matériel brusquement éclaté dans la capacité abdominale.

Ainsi le gonflement tympanique du ventre et le défaut de défécation pouvaient à la rigueur autoriser le soupçon d'une invagination intestinale, mais le mal s'était montré tout à coup sous un aspect trop formidable; il s'était déchaîné avec une trop furieuse précipitation pour donner de la consistance à une telle opinion. Une perforation de l'intestin est bien la cause la plus ordinaire de ces effroyables péritonites. Mais ici les organes digestifs n'avaient fourni que des preuves d'intégrité : appétit soutenu et bien développé, action facile de l'estomac, garde-robes régulières, nutrition puissante. Joignez à cela que ce genre de perforation est d'ordinaire le dénoûment du travail ulcératif qui, après avoir accompagné la fièvre typhoïde et en avoir constitué le caractère anatomique, survit parfois encore à cette pyrexie, et rien dans les antécédents ni rapprochés ni éloignés ne permettait de supposer chez Mme M... l'existence d'une telle lésion. La pensée pouvait se reporter encore sur une grossesse tubaire, qui aurait eu pour résultat la chute du germe dans la cavité péritonéale avec une hémorrhagie plus ou moins copieuse. C'étaient bien ce refroidissement général, cette petitesse du pouls, ces syncopes à chaque instant renouvelées qui trahissent l'explosion d'un tel accident; mais aucun retard ne s'était révélé dans la menstruation; la dernière époque était même passée depuis trois jours à peine, et enfin aucun phénomène nerveux, aucun trouble fonctionnel ne s'étaient montrés pour justifier l'hypothèse d'un état gestation.

Mais une étiologie plus réelle se montrait : c'était la rupture d'un abcès ovarique dans la cavité péritonéale. Ainsi, nous ne pouvions négliger de tenir compte de cette circonstance, qu'à la date d'un an, Mme M... était accouchée à terme d'un enfant hydrocéphale mort-né; que cinq mois auparavant, c'est-à-dire à quatre mois de grossesse, cette dame avait fait une chute violente, depuis laquelle s'était fixée dans la région abdominale inférieure droite une douleur assez forte, douleur accrue par certains mouvements, comme par la pression, et qui ayant persisté, le reste de la gestation avait encore duré jusqu'à ce jour sans autre modification, après la parturition, que de sévir plus vive, plus aiguë, plus incommode pendant les époques mensuelles. Ajoutons à cela qu'une fois l'accouchement accompli et l'utérus rentré dans ses limites ordinaires, on avait vu se dessiner dans le siége de la douleur une tumeur qu'on ne pouvait rapporter qu'à un gonflement de l'ovaire, que cette tumeur avait insensiblement augmenté de volume, et qu'enfin vers les derniers jours la douleur y avait acquis un degré que jamais encore elle n'avait atteint. Ainsi, chute violente, ébranlement ou même contusion de l'appareil générateur; puis, d'un côté, lésion grave du fœtus qui en devient hydrocéphale; de l'autre, inflammation profonde de l'ovaire, formation d'un vaste abcès dans cet organe même; enfin, rupture de cet abcès, épanchement de pus dans la membrane séreuse abdominale, et phlegmasie suraiguë

de cette membrane, phlegmasie promptement partagée par la matrice, tel nous parut l'enchaînement des faits, et la suite ne fit que confirmer la précision de notre diagnostic.

Mais il ne suffisait pas de fixer ainsi nos idées sur le caractère et la gravité de la maladie, et le but de notre réunion était de faire appel à toutes les puissances de l'art pour conjurer le danger, si toutefois l'affection ne se trouvait pas au-dessus des ressources humaines. Le collodion n'avait pas été convenablement employé; à peine était-il resté adhérent une ou deux heures. Arguant de l'insuffisance d'une telle épreuve, j'obtins de mes deux confrères qu'on la renouvellerait. Je l'obtins d'autant plus aisément, que leur conviction était mieux arrêtée sur l'issue fatale de la maladie, quelque traitement qu'on y opposât.

Le lendemain de notre première réunion nous nous retrouvions tous trois auprès de la malade, à quatre heures de relevée. Là, nous constatons dans l'abdomen une réduction de volume, de tension et de douleur. Nous apprenons en même temps que, moins longues et moins complètes, les syncopes s'éloignent et se raréfient; qu'enfin, suspendue vingt-quatre heures, la sécrétion urinaire a repris son cours. Toutefois l'intestin, frappé d'inertie, n'a point encore retrouvé son mouvement ondulatoire; les matières fécales sont toujours interceptées et les vomissements persistent. Ces derniers symptômes, ce n'est que le troisième jour qu'ils se dissipent; et alors, le pouls réduit à 100 pulsations par minute et bien développé; la peau, dont la température est à peu près normale; le ventre, dont la douleur est à peine sensible, même à la pression, tout annonce que la phlegmasie est asservie, qu'elle a considérablement décru et qu'elle est bien près de s'éteindre.

Cependant un autre danger nous préoccupe et nous alarme : le pus, dont l'épanchement dans la capacité abdominale a soulevé tout cet orage. Et à quel prix franchira-t-il l'enceinte viscérale dans laquelle il se trouve enfermé ? Jusqu'ici le péritoine, sous l'empire de la phlegmasie, s'est refusé à l'absorption, comme tous les tissus phlogosés; mais voici venir le moment où, dégagée du travail phlogistique, cette membrane séreuse va reprendre sa perméabilité normale, et ce n'est pas sans effroi que nous envisageons ce nouvel écueil. A peine avions-nous agité cette grave question, que déjà la malade était saisie d'un frisson intense, suivi, après une heure, d'une ardente chaleur. C'est un violent accès de fièvre, auquel font cortége le délire, une intarissable loquacité, une exaltation morale excessive et une agitation extrême. Et cet accès de fièvre, ce qui en dessine bien le caractère, ce qui le dénonce comme signal de la résorption purulente, c'est qu'au milieu de tout ce désordre fonctionnel, le ventre reste impassible; c'est que, de ce côté, loin d'avoir rien perdu des avantages acquis, nous y constatons encore une diminution de douleur. La céphalalgie, la rougeur du visage, la fréquence et la plénitude du pouls, en un mot, tous les phénomènes d'une vive réaction, qui apparaissent alors, semblent indiquer l'opportunité d'une émission sanguine, et je fais appliquer douze sangsues au pourtour de l'anus. Le jour suivant, dans la matinée, à l'heure de notre réunion, une sueur abondante couvre le corps, et le calme est revenu; mais nous devons nous attendre à un nouvel accès; et, dans le but d'en atténuer la violence, nous administrons en lavement 20 centigrammes de tannate de quinine.

Qu'on me dispense maintenant d'enregistrer heure par heure l'état de la malade; il me suffira de dire que, pendant la quinzaine suivante, la fièvre éclata chaque jour encore, mais avec une intensité progressivement moindre, et sans que les préparations quiniques, tour à tour employées et abandonnées, parussent entamer ni le caractère, ni le degré des accès. Pendant cette période, la liberté du ventre fut soigneusement entretenue par des lavements émollients ou laxatifs, selon le besoin, et même par l'ingestion dans l'estomac de l'huile de ricin; des bains mucilagineux furent mis en usage à peu près tous les deux jours; remplacé chaque fois qu'il y eut nécessité, l'enduit imperméable fut exactement maintenu sur toute l'étendue de l'abdomen pour nous défendre contre le retour de l'inflammation, retour possible tant que du pus serait versé dans la cavité péritonéale; enfin la malade fut alimentée par des bouillons et de légers potages. Mais le fait qui s'accomplit alors, sur lequel je dois appeler l'attention, ce fut une émission copieuse d'urine, avec formation très prompte d'un sédiment abondant. Ce sédiment n'était point du pus en nature, car il n'en offrait point les globules; mais il en avait l'aspect, il donnait à l'urine le caractère purulent, et il fut, à nos yeux, tout à fait vraisemblable qu'il était bien constitué par du pus, mais du pus altéré à son passage dans les reins. Telle fut aussi l'opinion du docteur Bouchardat, à qui fut confiée l'analyse du liquide excrété.

Voici cette analyse :

« Les urines qui m'ont été remises de la part de M. le docteur
» Robert-Latour présentent les caractères suivants :

» La couleur en est jaune foncé, l'odeur forte, la réaction au
» papier de tournesol très faiblement acide ; et la densité, plus con-
» sidérable que celles d'urines normales, s'en élève à 1,028.

» Ces urines, uniformément opaques, présentent un dépôt qui
» au microscope m'a paru composé de globules muqueux, de cris-
» taux de phosphate ammoniaco-magnésien; mais je n'y ai reconnu
» l'existence d'aucun globule purulent.

» Ces urines, filtrées et additionnées d'acide azotique, sont res-
» tées légèrement troubles après l'effervescence, et ont présenté
» avec le temps un dépôt de quelques traces d'albumine. »

Quoi qu'il en soit, Mme M..., qui avait commencé de se lever le vingtième jour, libre, après six semaines, de toute souffrance, dégagée de tout vestige de maladie, partait pour la Bretagne, dans un état assez complet de santé, avant le deuxième mois accompli.

CLINIQUE ÉTRANGÈRE.

Emploi de l'alun dans le traitement des maladies des organes génitaux de la femme.

Par M. le docteur Gautier (de Genève).

On sait combien sont souvent rebelles à tout traitement les écoulements des organes génitaux de la femme. Le *Recueil des travaux de la Société médicale de Genève* (1) contient sur ce point intéressant de thérapeutique un mémoire dont nous allons en peu de mots reproduire la substance.

Il y a, suivant l'auteur, plusieurs modes d'application de l'alun dans le traitement des maladies des organes génitaux de la femme; le médicament est connu depuis longtemps, mais on ne varie pas assez les manières dont il est susceptible d'être employé.

Un des premiers moyens, c'est l'insufflation de la poudre d'alun directement sur la muqueuse vaginale, préalablement distendue au moyen des branches du spéculum à plusieurs valves, que l'on retire à mesure que la poudre revêt les parties les plus profondes.

Un second procédé consiste à introduire au fond du vagin un tampon de coton cardé de la grosseur d'une noix, contenant dans son centre une cuillerée à café de poudre d'alun retenue par un fil de 15 à 20 centimètres de long. Au bout de peu d'heures, l'humidité du vagin liquéfie le sel, qui arrive peu à peu sur la muqueuse à l'état de solution. On retire à volonté le tampon au moyen du fil.

Un troisième moyen consiste à induire de pommade alumineuse des mèches de charpie, que l'on introduit sans avoir besoin du spéculum et qu'on laisse en place pendant six, douze ou vingt-quatre heures. Ces mèches peuvent être introduites jusque dans la cavité utérine. La pommade la plus usitée est formée de parties égales d'alun et d'axonge.

Reste l'alun en solution, que l'on introduit dans le vagin à l'aide de seringues ou d'irrigateurs. Les solutions sont plus ou moins concentrées, suivant le résultat que l'on cherche à obtenir, et doivent être aussi, suivant les cas, poussées avec plus ou moins de force et pendant un temps variable.

Les phénomènes physiologiques produits par l'alun sur les muqueuses sont les suivants : diminution de l'afflux du sang dans les capillaires, et par suite décoloration des membranes; constriction de la muqueuse sur elle-même, diminution de la sécrétion, coagulation des mucosités, et enfin dépouillement de la membrane de son épithélium, qui se détache sous forme de plaques d'épaisseur et d'étendue variables.

De toutes les applications topiques, celle de la poudre par insufflation et celle de la poudre enfermée dans le tampon sec sont les plus énergiques et les plus efficaces dans les cas graves. Le resserrement du vagin est tel après l'emploi de ces moyens, que le toucher devient difficile et douloureux, et l'introduction du spéculum tout à fait impossible.

L'auteur fait observer que, ces effets n'étant pas de longue durée, on doit, si l'on veut obtenir un résultat complet et définitif, répéter souvent et à de très courts intervalles les applications médicamenteuses.

Quant aux indications de l'alun dans les maladies de l'utérus et du vagin, voici comment M. Gautier les résume :

Il conseille ces applications dans la vulvite et la vaginite des enfants, en leur préférant toutefois souvent le nitrate d'argent, qui, plus douloureux, a l'avantage de guérir souvent, en même temps que la maladie, la pratique nuisible de la masturbation, qui la produit le plus ordinairement.

Il en a vu d'excellents effets dans le traitement des végétations peu volumineuses de la vulve, que l'alun, appliqué directement et fréquemment renouvelé, dessèche et fait tomber en même temps que l'épithélium. Lorsque les condylomes sont volumineux, l'alun ne suffit pas, et il faut recourir à l'instrument tranchant, aux caustiques, et même au fer rouge.

Dans la vaginite et dans la blennorrhagie principalement, l'alun est l'astringent dont l'usage doit être préféré, concurremment avec la solution concentrée de nitrate d'argent. Dans cette circonstance, c'est à la solution à faible dose d'alun employée en injection que M. Gautier a recours; il veut que le traitement soit continué pendant longtemps, plusieurs semaines, et il affirme qu'alors la guérison est certaine et complète.

C'est surtout dans ce qui a trait aux maladies de l'utérus et à leur traitement par l'alun que le mémoire de M. Gautier présente quelque chose de neuf et d'original.

Dans les cas de granulations, d'ulcérations du col de nature bénigne, l'alun ne vient qu'en seconde ligne et après les caustiques; mais l'auteur le recommande en injections dans l'intervalle des cautérisations.

S'agit-il du catarrhe utérin, l'auteur rappelle que M. Guéneau de Mussy l'emploie à l'hôpital de Lourcine sous forme de pommade. Une mèche enduite de pommade aluminée est introduite dans la cavité de l'utérus ou du moins profondément dans le col, pratique qui a le double avantage et de coaguler les épaisses mucosités qui sont le principal symptôme de l'affection, et d'isoler les surfaces malades. M. Gautier n'a vu résulter de l'emploi de l'alun dans cette circonstance qu'une diminution dans l'abondance de la sécrétion. Il pense que les caustiques doivent être préférés, et que l'on doit réserver l'alun pour les cas où les caustiques sont contre-indiqués.

L'auteur termine son travail en indiquant et proposant aux médecins deux applications au sujet desquelles il n'a encore pu acquérir une expérience suffisante, mais qu'il expérimente en ce moment; c'est celle du tampon sec d'alun dans certains cas d'hémorrhagie utérine et de prolapsus de la matrice.

Dans certaines hémorrhagies utérines, on est forcé d'avoir recours à des moyens mécaniques, tels que la compression de l'aorte, le tamponnement vaginal. Ce dernier moyen, très douloureux et pénible pour les malades, peut causer des accidents, la rétention des matières fécales et des urines, etc. Les avantages du tamponnement, moins ses inconvénients, se retrouvent dans l'emploi du tampon sec d'alun, qui se laisse introduire bien plus facilement, et contient un styptique utile pour arrêter l'écoulement sanguin et pour laisser les parois du vagin dans un état de resserrement tel, qu'elles constituent par elles-mêmes un tampon solide. Pour ceci, M. Gautier avoue ne posséder aucun fait, et émettre simplement une vue théorique.

Dans le prolapsus de le matrice, les essais ont été faits sur des cas incomplets, c'est-à-dire sur des femmes chez lesquelles l'utérus ne se montrait pas au dehors de la vulve. A son avis, on a eu tort de considérer dans la chute de la matrice que le rôle des ligaments larges. Il pense que le vagin forme une colonne membraneuse épaisse, qui contribue pour une grande part à soutenir l'utérus, dont le poids est peu considérable à l'état de vacuité; il ne peut remplir ce rôle dans les cas de prolapsus, où il est toujours fortement dilaté. Suivant lui, la dilatation du vagin tend à favoriser le prolapsus; et, ajoute-t-il incidemment, le pessaire de M. Gariel, plus que tous les autres, est un instrument irrationnel, puisqu'il peut acquérir un volume énorme, et tend à augmenter encore l'extension du canal vaginal. Un pessaire qui, en soutenant la matrice, aurait la propriété de contracter le vagin serait le seul qui, rationnellement, pourrait amener de bons résultats.

(1) Le Recueil des travaux de la Société médicale de Genève forme un volume in-8°. C'est le premier qu'ait publié cette Société, qui compte parmi ses membres les médecins les plus distingués de la Suisse, du Piémont et de la Savoie.

ÉTHÉRO-CHLOROFORME.

M. Edmond Cellarier, interne des hôpitaux, a communiqué à la *Gazette médicale de Montpellier* des recherches qu'il a faites pour obtenir la composition d'un nouvel agent anesthésique, l'éthéro-chloroforme.

J'avais pensé, dit-il, qu'on pourrait obtenir en même temps les avantages de l'éther et du chloroforme, tout en évitant leurs inconvénients, par le mélange de ces deux liquides, pour que leurs vapeurs, arrivant simultanément, se modifiassent l'une par l'autre : c'était affaiblir le chloroforme et activer l'éther; c'était rendre l'éthérisation plus rapide et plus sûre, et la chloroformisation moins active et moins dangereuse; c'était résoudre le problème avec les éléments mêmes du problème; c'était simplifier la question en employant des agents déjà étudiés. Il fallait cependant que l'expérience confirmât ce que la théorie indiquait, et, hâtons-nous de le dire, il en a été ainsi.

Ce n'est pas cependant que les essais auxquels je me suis livré aient été satisfaisants du premier coup. Et d'abord il fallait voir si l'éther et le chloroforme pouvaient se mélanger ensemble. Cet essai fut fait, et ne répondit pas à mes espérances. Malheureusement le chloroforme se précipitait au-dessous de l'éther, et dès lors on ne pouvait obtenir simultanément les deux espèces de vapeurs; l'éther se trouvant au-dessus, il devait se vaporiser le premier, et ne laisser dégager le chloroforme qu'après son entier épuisement. J'aurais pu introduire ces deux liquides dans deux vases séparés, et faire ainsi parvenir les vapeurs stupéfiantes dans un même tuyau par où aurait respiré le malade; mais c'était surcharger l'appareil, qui n'aurait pas eu cette simplicité si recherchée avec juste raison.

Ayant lu l'article sur le chloroforme de M. Bouchardat, dans le supplément du *Dictionnaire des dictionnaires* du docteur Fabre, j'y lus la phrase suivante : « L'alcool et l'éther le dissolvent (le
» chloroforme) facilement, mais l'eau le précipite de ces dissolu-
» tions. » Dès lors, tout me fut expliqué : la petite quantité d'eau restée à la suite du lavage dans le vase dont je me servais empêchait la dissolution du peu d'éther et de chloroforme sur lequel j'expérimentais, et ce dernier liquide se précipitait vers le fond du vase. Ayant fait un nouvel essai du mélange, après m'être mis à l'abri de l'erreur, je constatai qu'en effet les deux liquides se mélangeaient intimement, et qu'aucun d'eux ne se précipitait.

Il fallait savoir si cette dissolution ne modifiait point ces liquides et n'allait pas jusqu'à annihiler la propriété anesthésique qu'ils possédaient alors qu'ils étaient séparés. Les expériences sur les animaux vinrent démontrer que la propriété importante de ces deux fluides était non-seulement conservée, mais même modifiée, comme je l'avais prévu.

Ce qui me prouvait que les vapeurs stupéfiantes qui s'exhalaient du mélange étaient bien à la fois éther et chloroforme, c'est l'ob-

servation du fait suivant (indépendamment de l'odeur d'éther et de chloroforme qu'elles présentaient simultanément et la différence de leur action) : lorsqu'on met en contact parties égales de ces deux agents anesthésiques, le mélange louchit légèrement; si la quantité de chloroforme augmente, le liquide louchit davantage; si la quantité diminue, le liquide tend à devenir transparent. Or, lorsqu'on a fait évaporer en partie le mélange, le liquide qui reste dans le vase conserve le même aspect; donc il y a évaporation simultanée de ces deux liqueurs.

Quoique la volatilité du chloroforme et de l'éther soit à peu près égale, la densité de leurs vapeurs est bien différente; car, tandis que celle du premier est de 4,2, celle du second n'est que de 2,586. Mais le mélange de ces vapeurs ne s'en fait pas moins d'après cette loi de physique applicable aux vapeurs comme aux gaz, que : des fluides élastiques étant en communication, s'ils sont sans action chimique mutuelle, ils se mêlent toujours dans toutes leurs parties, quelle que soit la différence de leur poids spécifique.

Toutes ces considérations me portèrent à essayer le nouveau mélange chez les animaux, pour en constater les effets physiologiques.

Je fis d'abord seul une première expérience qui devait me faire persévérer dans mes essais. Ayant fixé un jeune lapin sur une table, je lui fis respirer le mélange éthéro-chloroformique, et l'insensibilité complète fut obtenue au bout de 2 m. 1/4. La mort n'arriva qu'à la quinzième minute, en continuant sans relâche les inhalations.

Je priai MM. Deidier, interne des hôpitaux, et Vincent Paulet, chef de clinique, de vouloir bien assister à une nouvelle épreuve, en présence de M. Auzillion, professeur de physique au collège de Castres. Le mélange par volumes égaux de chloroforme et d'éther ayant été fait, après qu'on se fut assuré que les agents employés étaient bien ceux qui étaient indiqués, nous commençâmes les inhalations éthéro-chloroformiques à l'aide du sac de M. Roux, sur un lapin de cinq mois environ. Voici les résultats obtenus.

Insensibilité complète au bout de 2 minutes 1/2.

Durée de l'insensibilité, 3 minutes.

Après 19 minutes de repos, le lapin étant revenu complétement à lui, de nouvelles inhalations furent entreprises :

Période d'excitation au bout de 3/4 de minute.

Insensibilité complète, 1 minute 1/2.

Les inhalations étant continuées sans interruption :

Cessation des mouvements respiratoires au bout de 8 m. 3/4.

Cessation des battements du cœur, 11 m. 1/2.

Remarquons que les lapins meurent en 10 à 12 minutes d'inhalation non interrompue de vapeur d'éther, et au bout de 5 à 6 minutes par celles de chloroforme, et ce n'est qu'au bout de 11 m. 1/2 qu'un jeune lapin qui a inhalé le mélange de ces deux agents succombe, alors qu'il était déjà affaibli par l'anesthésie complète à laquelle il avait été soumis 18 minutes auparavant. Il est donc évident que le mélange nouveau éthéro-chloroformique l'emporte de beaucoup en innocuité sur le chloroforme et peut-être sur l'éther. D'autre part, l'insensibilité est arrivée au bout de 2 m. 1/2, terme moyen entre l'insensibilité produite chez les lapins par le chloroforme et par l'éther, celle du premier se produisant en 1 m. 1/2 et celle du second en 4 m. en moyenne.

Une nouvelle expérience fut faite en présence des observateurs déjà cités et de M. Coste, interne des hôpitaux. Cette fois, je choisis un jeune chien de quatre mois environ et de très petite taille.

Insensibilité au bout de 1 minute 1/2.

Dans les quatre minutes suivantes, gémissements, émission d'urine, inspirations fortes et rares, anhélation, émission de matières fécales.

Perte de transparence de la cornée au bout de 5 minutes 3/4.

Respiration diaphragmatique au bout de 7 minutes 3/4.

Cessation des mouvements respiratoires au bout de 13 minutes 1/4.

Cessation des mouvements du cœur au bout de 15 minutes.

La quantité du mélange employé a été de 30 grammes.

Chez les jeunes chiens anesthésiés par le chloroforme, la mort survient en 10 minutes; par l'éther, en 20 minutes environ. L'on vient de voir que le mélange éthéro-chloroformique l'a produite en 15 minutes; 5 minutes de moins qu'avec l'éther. Mais il est à remarquer qu'il ne faut que 1 minute 1/2 avec notre mélange pour plonger l'animal dans l'anesthésie complète; tandis qu'avec l'éther il faut, pour produire le même phénomène, 5 minutes et même plus, puisque dans une expérience faite par M. Flourens il en fallut jusqu'à 25.

Nous avons fait toutes nos expériences en prenant parties égales en volume d'éther et de chloroforme; l'on pourra varier, du reste, leur quantité respective suivant que l'on voudra obtenir une insensibilité qui se rapproche de l'action de l'éther ou de celle du chloroforme, avantage qui sera apprécié, je l'espère, par ceux qui veulent modifier l'action des anesthésiques suivant le tempérament, les forces, l'état du malade ou la nature de l'opération qui doit être faite.

Ce mélange est d'ailleurs aussi agréable à respirer que le chloroforme, tout en conservant une promptitude d'action qui l'emporte de beaucoup sur celle de l'éther, et qui est presque égale à celle du chloroforme. Il me semble, d'après quelques essais incomplets que j'ai faits sur moi-même, qu'il ne provoque pas la toux et les vomissements, malgré l'intensité de son action stupéfiante. Le goût douceâtre du chloroforme et la saveur piquante que procure l'éther se trouvent transformés en une impression qui tient le milieu entre les deux sensations, et qui est incontestablement plus agréable.

De pareils résultats permettent d'employer sur l'homme, sans la moindre crainte, le mélange éthéro-chloroformique. Je regrette vivement que l'occasion favorable pour de pareils essais ne se soit pas présentée; sitôt qu'elle me sera offerte, je poursuivrai mes recherches, m'offrant, du reste, le premier comme sujet d'expérience. Tout fait supposer cependant que l'action du mélange éthéro-chloroformique sur l'homme sera le même que sur les animaux, puisqu'il en a été ainsi à l'épard des autres agents anesthésiques.

Je crois en attendant pouvoir conclure que, sur les animaux du moins, le mélange à égales parties d'éther et de chloroforme, ou, si l'on veut, l'éthéro-chloroforme, l'emporte sur l'éther sous le rapport de la rapidité et de l'efficacité; sur le chloroforme, sous le rapport de l'innocuité, et sur tous les deux par la durée peut-être plus complète, mais surtout moins dangereuse de son action. N'aurait-il pour résultat que de prévenir par cette dernière propriété la dépression des forces et les suites funestes qu'amène souvent l'emploi du chloroforme dans les graves opérations chirurgicales que ce seul avantage suffirait à lui seul pour lui donner la supériorité sur tout autre moyen et le faire employer communément dans la pratique. J'espère par des expériences nouvelles confirmer ce que j'avance aujourd'hui.

« Loin de rejeter la méthode anesthésique sous le prétexte des dangers auxquels exposent ses agents, il s'agit, dit M. le professeur Bouisson, d'obtenir le complément du progrès en cherchant et en faisant adopter de nouveaux perfectionnements. »

PILULES FÉBRIFUGES.

Par M. Girard (d'Alger).

Sulfate de quinine.	2,25 grammes
Coloquinte pulvérisée.	0,75 —
Gomme-gutte.	0,75 —
Alcool.	quelques gouttes.

Faites une masse pilulaire que vous diviserez en 30 pilules.

On en prend cinq le matin à jeun, pendant trois jours consécutifs, et l'on boit par-dessus un verre de limonade ou une infusion de camomille.

On réduit la dose à deux, toujours le matin à jeun, pendant encore six ou huit jours.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 12 octobre 1853. — Présidence de M. Huguier.

PRÉSENTATION DE MALADE.

Du traitement des varices par les injections de perchlorure de fer. — M. Follin fait la communication suivante :

Le malade que j'ai l'honneur de mettre sous les yeux de la Société a été opéré par moi à l'hôpital Saint-Antoine de deux tumeurs variqueuses situées sur le trajet de la saphène interne du membre droit. La veine était dilatée dans toute son étendue; mais, à 15 centimètres au-dessus et au-dessous du genou, on trouvait deux tumeurs variqueuses bien circonscrites qui se gonflaient beaucoup dans la station debout et faisaient souffrir notre malade.

Ces varices dataient d'une époque très éloignée, et à plusieurs reprises la peau de la jambe avait été le siége d'ulcérations. Quand le malade entra à l'hôpital, on ne trouvait plus qu'un suintement dû à des exulcérations de la peau.

Le 26 août 1853, je ponctionne les deux tumeurs variqueuses, et en retirant le trocart quelques gouttes de sang s'échappent par la canule. Dès lors j'adapte la seringue de Pravaz et j'injecte dans chacun des paquets variqueux 16 gouttes de perchlorure de fer.

L'opéré n'accusa aucune douleur, et au même instant je pus constater qu'un caillot dur se formait dans toute l'étendue des tumeurs, qui dès lors devinrent concrètes et cessèrent de se laisser déprimer par la pression.

Le 27, les deux tumeurs étaient le siége d'une légère rougeur qui se propageait de l'une à l'autre sous forme de cordes rouges sur le trajet de la saphène; la partie était sensible, mais il n'y avait ni fièvre ni altération de la santé générale. Du repos et des compresses froides firent disparaître cette légère réaction; et quand le malade sortit de l'hôpital, le 30 août, les deux plaques variqueuses étaient indurées et indolentes, et la veine saphène ne se dilatait ni au-dessus ni au-dessous des tumeurs. Quant aux exulcérations, elles étaient remplacées par une surface sèche.

En présentant aujourd'hui cet homme à la Société, j'ai pour but de montrer que la guérison se maintient. Le malade a repris ses travaux; les points ulcérés sont très secs; les veines ne se gonflent plus; les parties injectées sont encore d'une grande dureté, et la coagulation du sang existe dans la saphène jusqu'à 12 centimètres au-dessus de la tumeur variqueuse la plus élevée.

M. Chassaignac insiste sur la nécessité de déterminer la dose de perchlorure à laquelle il faut s'arrêter. Il est porté à admettre que les seize gouttes employées par M. Follin sont nécessaires. Ainsi, sur un malade, il n'a poussé que cinq gouttes dans la veine, et il n'a rien obtenu.

M. Giraldès demande quel était le degré de concentration de la liqueur dont s'est servi M. Follin, car il est bien évident que la nature du liquide doit faire modifier les doses.

M. Follin répond qu'il s'est servi de la solution mise par M. Bari-Dubuisson au service de la Société, solution dont il ignore le degré.

M. Debout pense qu'il est imprudent de dépasser quatre à cinq gouttes : une phlébite mortelle a été la conséquence d'une injection de huit gouttes.

Il faut avoir soin quand on veut faire l'opération de ne pas vider la veine. Si, en effet, on laisse le sang s'épancher au dehors, le liquide coagulant porte son action sur les parois du vaisseau et détermine bien plus sûrement une inflammation.

Election. — La Société procède au vote sur les conclusions de la commission chargée de faire un rapport sur la candidature de M. Dufresse-Chassaigne comme membre correspondant.

M. Dufresse-Chassaigne, n'ayant pas réuni la majorité des suffrages, n'est pas élu.

Correspondance. — M. le docteur Soulé, chirurgien de l'hôpital Saint-André de Bordeaux et membre correspondant de la Société de chirurgie, adresse la lettre suivante :

Monsieur le secrétaire général,

J'ai l'honneur de vous faire parvenir le résumé d'une observation que je vous prie de vouloir bien communiquer à la Société de chirurgie. Il s'agit d'un nouveau fait dans lequel la coagulation du sang contenu dans une tumeur anévrismale n'a pu être obtenue par le perchlorure de fer. (Nous avons publié ce fait dans le numéro du 15 octobre dernier, en promettant de revenir sur les réflexions qui l'accompagnaient; c'est ce que nous ferons.)

Voici le second fait de cette nature qu'il m'a été donné d'observer dans un laps de temps très court. Le malade, atteint d'anévrisme de la fémorale et sur lequel j'avais pratiqué deux fois sans succès l'injection au perchlorure de fer, puis enfin la ligature de cette artère, a été guéri par cette dernière opération. C'est le même dont j'ai déjà eu l'honneur d'entretenir la Société. (Voir le numéro cité plus haut.)

Si quelque nouveau cas s'offre à moi, je m'empresserai de vous en faire connaître le résultat. C'est, en effet, à la Société de chirurgie qu'il appartient de recueillir les divers matériaux de cette question, de les apprécier, et de juger définitivement une méthode qui a ému à juste titre le monde chirurgical.

— M. le docteur Dufresse-Chassaigne fait hommage à la Société des ouvrages suivants :

1° *Mémoire sur la résection des vaisseaux qui rampent sous la conjonctive dans quelques cas de kératite ulcéreuse rebelle;*

2° *Traité du strabisme et du bégaiement;*

3° *Rapport sur les eaux thermales de Chaudesaigues;*

4° *De la compression dans le traitement des maladies chirurgicales;*

5° *Des plaies de la région axillaire;*

6° *Dissertation sur la péricardite et l'endocardite aiguës.*

— La Société reçoit divers journaux de médecine.

LECTURE.

Traitement des anévrismes par l'injection du perchlorure de fer. — M. Lenoir donne lecture du mémoire suivant :

Je n'ai jamais eu de goût pour la *chirurgie expérimentale*, et, à l'hôpital comme ailleurs, j'ai toujours préféré la tranquillité de conscience du praticien responsable de ses œuvres et l'intérêt bien entendu de mes malades à la gloire que le novateur ou le savant peuvent recueillir, en signalant au public médical une voie encore inexplorée de la thérapeutique des maladies. Mais si je ne suis pas de ceux dont la pratique est une expérimentation continuelle de procédés nouveaux ou de substances médicamenteuses inusitées, je ne suis pas non plus de ceux qui repoussent toute innovation; et quand une méthode de traitement ou un procédé opératoire se produisent dans la science et se recommandent à l'attention des hommes de l'art, si le raisonnement me les montre plus efficaces dans leur action et moins dangereux dans leur application ou dans leurs suites que ceux que j'avais employés jusque-là, je les étudie pour les soumettre à l'épreuve de la clinique. Cette épreuve me donne-t-elle la certitude que la méthode ou le procédé opératoire dernier venu dans la science en est le meilleur ou le plus inoffensif, je l'adopte alors et m'y tiens jusqu'à nouveau progrès. Il m'arrive bien souvent, dans cette étude, de reconnaître que des moyens nouveaux, ou simplement reproduits sous des noms nouveaux, quoique démesurément vantés par leurs auteurs, ont moins de valeur, ou en ont tout juste autant que ceux qu'ils ont la prétention de remplacer. Ceux-là, je les abandonne, car la chirurgie qui fait *autrement* sans faire *mieux* n'est pas plus de mon goût que sa digne émule, la chirurgie expérimentale.

Guidé par ces principes, j'ai, dans ces derniers temps, dirigé contre un anévrisme poplité une méthode de traitement qui a été récemment signalée par le regrettable Pravaz. Quoique dans ce cas la méthode ait échoué et que mon malade ait succombé aux suites de son application, cependant, comme son emploi était ici presque exclusivement indiqué, et comme elle me paraît, malgré son insuccès, avoir des avantages incontestables sur les autres méthodes recommandées jusqu'à présent dans la cure des anévrismes, je n'hésiterais pas à l'employer de nouveau; mais l'occasion de cette seconde épreuve pouvant ne pas se présenter de sitôt dans ma pratique, j'ai pensé qu'en publiant cette observation et en la faisant suivre de l'exposé de quelques-unes des difficultés que j'ai eu à surmonter dans le cours du traitement, je ferais quelque chose d'utile pour ceux de mes collègues qui voudraient mettre en usage ce nouveau moyen de produire la coagulation du sang dans les poches anévrismales. Cette note n'a pas d'autre but.

Voici d'abord cette observation telle qu'elle a été prise par un de mes internes, M. Oscar Masson. Je garantis l'exactitude des détails qui y sont consignés.

(Ce fait a été publié dans notre numéro du 18 octobre.)

Résumons cette observation en peu de mots.

Voilà un homme âgé de soixante-deux ans, usé par la fatigue et par la misère, qui porte un anévrisme poplité, sans complication appréciable de maladies du cœur ou des gros vaisseaux autres qu'un commencement d'ossification des parois des principales artères, si fréquent chez les vieillards. On ne peut traiter cet anévrisme par la compression, à cause des douleurs que l'application de ce moyen détermine, et à cause de la difficulté qu'on éprouve à fixer le tube artériel induré sur un plan résistant : il présente cette circonstance rare, mais déjà signalée par Monteggia, que les battements de la tumeur du jarret

sont interrompus, ou peut-être seulement masqués par la flexion de la jambe sur la cuisse, et l'on maintient le membre dans cette position pendant un mois, sans que par elle, ainsi que par la compression de l'artère sur la branche horizontale du pubis, on obtienne d'autres résultats que de faire développer quelques branches collatérales autour du genou. Enfin, ce qu'on sait aujourd'hui du mode d'action des ligatures fines appliquées sur des vaisseaux ossifiés porte à penser qu'il eût été dangereux de traiter cet anévrisme par une ligature faite dans le lieu d'élection, et d'après la méthode ordinaire. Il eût fallu lui appliquer le procédé de Scarpa, c'est-à-dire étreindre l'artère entre deux rouleaux de diachylon et un fil plat. Mais MM. Manec et Amussat ont montré, par des expériences sur de gros animaux, que cette manière d'agir produisait la destruction par gangrène d'une certaine étendue du tube artériel, des abcès dans la gaîne du vaisseau et des hémorrhagies consécutives. Ce procédé, malgré les succès qu'il a eus dans les mains de M. le professeur Roux, est aujourd'hui assez généralement regardé comme dangereux. J'ai donc pu dire avec quelque raison, dans une des conférences cliniques dont ce cas intéressant a été le sujet, que, si la méthode par injection de perchlorure de fer dans le poche anévrismale n'existait pas, il faudrait l'inventer pour le malade que nous avions à traiter; car cette méthode était peut-être la seule qui lui fût applicable. C'est elle, en effet, que j'ai préférée, et l'on a pu voir avec quelle prudence j'ai procédé à son exécution. Je savais que dans deux opérations faites en province, et dont les résultats avaient été communiqués à l'Institut, on avait guéri des tumeurs anévrismales par l'injection de vingt gouttes de perchlorure de fer; mais on avait, dans ces deux cas, dépassé le but qu'on doit se proposer d'obtenir par la méthode nouvelle. On avait, en effet, produit la fonte purulente de la poche au lieu de la simple coagulation du sang contenu dans son intérieur. La dose élevée à laquelle on avait de prime abord porté la solution du sel ferreux me parut être la cause de cette fâcheuse terminaison, et je pris toutes les précautions possibles pour l'éviter. Je résolus donc de n'injecter d'abord que cinq ou six gouttes du liquide coagulant, et d'augmenter graduellement le nombre de ces gouttes suivant l'effet qu'elles produiraient, l'indication à remplir ici n'étant pas, comme l'a très bien dit Pravaz, d'arrêter brusquement le cours du sang dans la tumeur anévrismale, mais d'y déposer un élément de solidification qui serve de noyau à l'agrégation des couches albumineuses successives. Ce mode de procéder à l'opération exigeait, dans le fonctionnement des instruments, une rigueur mathématique que je ne rencontrais pas dans ceux qu'on avait employés jusqu'alors. Ce fut une première difficulté que je surmontai bientôt.

L'appareil de Pravaz, que mon collègue le docteur Giraldès m'avait prêté, se compose :

1° D'un trocart d'acier, dont le volume est celui d'une aiguille ordinaire. Ce trocart est renfermé dans une canule de platine, dont une des extrémités taraudée est munie d'un pas de vis;

2° D'un corps de seringue de platine aussi, plus petit encore que celui de la seringue d'Anel, et dans lequel le piston marche au moyen d'un pas de vis.

Quand l'instrument est rempli de liquide, chaque demi-tour imprimé aux oreilles qui terminent la tige de ce piston fait sortir une goutte par le bout de la canule. Enfin, le corps de seringue offre lui-même en bas un pas de vis saillant qui est reçu dans celui de la canule du trocart.

La manière de se servir de cet appareil dans la nouvelle opération de l'anévrisme est très simple : on ponctionne le sac avec le trocart muni de sa canule, puis on retire la tige qui remplit celle-ci; et si l'on est tombé dans le courant sanguin, ce dont on est averti par l'écoulement saccadé d'un liquide vermeil, on adapte le corps de la seringue à la canule du trocart au moyen du pas de vis dont ils sont munis l'un et l'autre, et l'on fait descendre le piston en tournant entre le pouce et l'index la tige qui le supporte, autant de fois qu'on veut introduire de gouttes de perchlorure de fer dans la tumeur. Rien de plus facile à exécuter.

Cet appareil, toutefois, ne me donnait pas toute la précision d'action dont j'avais besoin. On conçoit, en effet, que lorsqu'on a adapté l'un à l'autre le corps de la seringue remplie du liquide coagulant et la canule remplie de sang artériel, il faut tourner un nombre de fois indéterminé la tige du piston pour substituer le premier de ces liquides au second dans toute l'étendue de la canule; car cette substitution se fait plus ou moins facilement, suivant la longueur et la densité du caillot que le perchlorure produit dans la canule elle-même en se mêlant au sang qu'elle contient, et quelquefois même il arrive que la résistance que ce caillot oppose à l'introduction de la solution du sel de fer dans la poche anévrismale est si grande, que cette solution passe en tout ou en partie par-dessus le piston, dans la portion vide du corps de la seringue. Dans l'un et l'autre cas, on ne peut donc avoir que des données approximatives sur la quantité du liquide qu'on injecte.

J'ai paré au premier de ces inconvénients en faisant adapter au corps de la seringue de Pravaz une canule aussi longue, mais un peu moins volumineuse que celle de son trocart, et destinée à s'introduire dans l'intérieur de celle-ci quand la tige en est ôtée. Avec cette canule, remplie du liquide coagulant jusqu'à son extrémité, je porte dans le courant sanguin de la poche anévrismale le persulfate de fer, sans craindre de coaguler avec lui le sang renfermé dans la canule du trocart, ou, si cela avait lieu, je détruirais bien vite avec elle le caillot qui se serait formé.

J'ai paré au second de ces inconvénients, celui de faire refluer à son insu, au-dessus du piston, le liquide qui doit pénétrer dans l'anévrisme, en me servant d'un corps de seringue de verre, matière qui, bien qu'assez épaisse, laisse voir ce qui se passe dans l'intérieur de l'instrument. Au moyen de ces petites modifications faites à l'appareil de Pravaz, j'ai pu exactement compter le nombre de gouttes que je voulais injecter.

Mais une autre difficulté s'est souvent présentée, qu'il ne m'a pas été donné de surmonter aussi facilement : c'est celle de faire arriver l'extrémité du trocart dans la colonne sanguine qui traverse la poche anévrismale, et sur laquelle il importe d'agir exclusivement. J'ai plusieurs fois éprouvé cette difficulté à chacune des tentatives d'oblitération du sac que j'ai faites chez mon malade : je piquais la tumeur du jarret sur ses côtés ou sur l'une ou l'autre de ses extrémités, et souvent il m'arrivait de ne pas voir sortir une goutte de sang par la canule; alors j'étais obligé ou de déplacer l'extrémité de l'instrument, ou de refaire une autre ponction, manœuvre qui, si elle était fréquemment répétée, pourrait amener à elle seule l'inflammation et la suppuration de l'anévrisme : j'ai pensé que, dans cette circonstance, je faisais pénétrer mon trocart dans l'épaisseur d'une substance fibrineuse stratifiée à l'intérieur du kyste sanguin, comme on en voit fréquemment dans les anévrismes volumineux et anciens des gros troncs artériels. Peut-être que cette difficulté ne se rencontrera que dans certains cas; mais dans celui que j'ai eu à traiter, elle a été assez grande et assez répétée pour que je me demande s'il ne conviendrait pas mieux, en pareille circonstance, de faire l'injection coagulante dans la portion d'artère placée immédiatement au-dessus ou au-dessous du sac anévrismal, que de la faire dans le sac lui-même. En agissant ainsi, on aurait le triple avantage de n'avoir besoin d'injecter qu'une petite quantité de perchlorure, d'agir sur une partie d'artère saine et dont les rapports anatomiques n'ont subi aucun changement, enfin d'obtenir le même résultat, c'est-à-dire l'oblitération de la tumeur anévrismale, par stagnation du sang dans son intérieur.

Une dernière difficulté de l'opération, que l'expérience m'a fait connaître aussi dans ce cas, c'est d'éviter de ponctionner avec le trocart des organes importants à ménager, placés dans le voisinage de la poche, tels que les veines et les nerfs d'un certain calibre : on a vu dans l'observation qui précède qu'une seule altération organique pouvant rendre compte de la mort prompte de mon malade a été rencontrée à l'autopsie, c'est l'inflammation de la veine poplitée et le séjour dans son intérieur d'un liquide sanieux et purulent. Je me suis demandé, depuis, si cette inflammation ne s'était pas développée à la suite d'une des piqûres que j'ai faites à l'anévrisme. Je comprends d'autant mieux qu'il en puisse être ainsi, que la veine poplitée était aplatie et intimement adhérente à la tumeur du jarret; qu'elle était presque imperméable au sang, et, par conséquent, sans que rien puisse indiquer sa présence à l'opérateur dans un point quelconque du voisinage de l'anévrisme.

Je regarde cette difficulté comme bien plus importante à signaler et plus difficile à surmonter que celles qui précèdent, on me pardonnera de les avoir exposées avec détails : c'était le seul moyen, je crois, de les faire éviter aux chirurgiens qui seraient comme moi tentés de mettre de nouveau à l'épreuve une méthode qui est appelée à rendre de grands services et par l'extrême simplicité de son exécution, et surtout par l'application qu'on peut en faire à des cas considérés aujourd'hui comme au-dessus des ressources de l'art et par leur siége et par leur volume.

M. Roux. Après avoir entendu avec un véritable plaisir la très honorable profession de foi qui précède l'observation intéressante que vient de nous communiquer M. Lenoir, j'avoue que j'ai éprouvé un sentiment d'étonnement en voyant notre collègue adopter, comme il le fait, une nouvelle méthode de traitement dont les résultats, jusqu'à ce jour du moins, sont loin d'être favorables.

Plusieurs motifs m'auraient fait repousser chez le malade de M. Lenoir l'emploi des injections de perchlorure de fer, et, parmi ces motifs, il en est de spéciaux à l'anévrisme de l'artère poplitée elle-même. Ainsi, cet anévrisme me paraît être *à priori* celui pour lequel la méthode est le moins applicable.

Il arrive, en effet, généralement que la veine, gonflée, volumineuse, couvre assez l'artère en arrière pour qu'il soit difficile de ne pas la transpercer en introduisant le trocart.

En outre, l'anévrisme poplité a cela de remarquable que la poche anévrismale n'est pas, comme cela devrait paraître probable, située en arrière de l'artère, mais le plus souvent ou en avant, ou sur les côtés; alors l'injection ne porte pas sur la masse sanguine de la poche anévrismale.

Quelquefois aussi l'ouverture de l'artère est située assez bas, jusque sous les muscles de la jambe.

M. Lenoir a adopté la méthode des injections en raison de l'état de l'artère, qui présentait quelques ossifications. Sans doute il est préférable d'agir sur une artère saine; mais quand l'altération n'est pas plus marquée que chez le malade dont il est question, je crois que l'on peut appliquer la ligature, surtout si on ne se sert pas de ligatures fines, et si, comme je dois avouer que je le préfère de beaucoup, on a recours à la ligature par le procédé de Scarpa.

Aussi, en résumé, je n'admets pas que M. Lenoir ait été dans la nécessité absolue de ne pas pratiquer la ligature, et j'ai un peu la pensée que j'aurais guéri le malade en opérant comme j'ai l'habitude de le faire, ce qui m'a donné de remarquables succès, c'est-à-dire en employant la ligature médiate.

M. Chassaignac prend ensuite la parole en ces termes :

M. Lenoir, en parlant des idées de Pravaz sur la manière dont on doit agir par l'injection, dit que l'opération ne doit pas amener brusquement la coagulation du sang, mais préparer cette coagulation; je ne comprends pas ainsi la méthode. J'ai toujours pensé que si on ne coagulait pas immédiatement l'opération ne devait pas réussir, car le sang resté liquide entraînerait dans son cours la matière injectée, et rendrait ainsi le résultat nul.

D'un autre côté, je suis très partisan de l'opinion de M. Lenoir, qui veut que l'on obtienne la coagulation au-dessus de la tumeur.

Dans un travail communiqué aux *Archives*, j'ai fait connaître le résultat de mes recherches sur les caillots dans les poches anévrismales, et j'ai démontré que le canal sanguin, qui continue au milieu de la tumeur les rapports de circulation entre la partie du vaisseau située au-dessus de l'anévrisme et celle située au-dessous, n'est d'ordinaire pas central. Il est alors très difficile de dire à l'avance où se trouve ce canal, et on agit en aveugle si on pousse l'injection dans la poche elle-même.

M. Chassaignac, revenant sur le choix de la méthode adoptée par M. Lenoir, partage les opinions de M. Roux sur l'inopportunité d'abandonner la ligature, qui donne de si nombreux succès, pour la remplacer par une méthode qui est loin, jusqu'à ce jour, de fournir de bons résultats.

Il aura volontiers recours à l'emploi du perchlorure de fer dans les varices, parce que, pour cette affection, la science n'a pas encore trouvé un remède véritablement efficace.

M. Giraldès est loin de partager les idées de M. Chassaignac sur les avantages de la ligature dans le traitement des anévrismes; il la considère comme très meurtrière, et approuve grandement les recherches tentées pour substituer une nouvelle méthode à la ligature. En consultant les tables de statistique, on peut constater que la mortalité a été effrayante à la suite des ligatures, et qu'en outre des accidents immédiats graves, il en est d'autres consécutifs non moins sérieux, comme gangrène, hémorrhagie, qui ont souvent mis le chirurgien dans la nécessité de pratiquer l'amputation.

M. Chassaignac ne nie pas que la ligature présente des inconvénients; mais enfin, telle qu'elle est, elle constitue une excellente méthode, une des meilleures opérations de la chirurgie.

M. Debout regrette que M. Lenoir n'ait pas assez distingué les accidents dus à la phlébite de ceux produits par l'artérite.

Quant à l'influence exercée par une injection un peu abondante de perchlorure de fer, il signale une observation dans laquelle M. Barrier a pu injecter pour un anévrisme du tronc brachio-céphalique 75 gouttes de liquide coagulant sans amener d'accidents sérieux.

M. Larrey a écouté avec un vif intérêt l'observation de M. Lenoir, et il signale un point qu'il aurait voulu voir plus largement traité. Dans les premiers temps du séjour du malade à l'hôpital Necker, M. Lenoir avait voulu essayer du traitement par la flexion de la jambe sur la cuisse. Cette méthode avait été mise en usage pendant un certain temps. M. Larrey voudrait que M. Lenoir dise les motifs qui lui ont fait abandonner ce mode de traitement.

M. Lenoir répond à M. Larrey que dans son observation il a positivement dit que la flexion du membre, employée pendant un mois, avait dû être abandonnée.

Je remercie, dit M. Lenoir, M. Giraldès des détails qu'il a donnés, et qui ne me laissent que peu de choses à répondre sur les motifs qui m'ont fait repousser la ligature.

M. Roux me reproche d'avoir employé une méthode nouvelle; mais cette méthode m'a paru bonne; j'ai été guidé pour l'adopter par le raisonnement, qui me démontrait qu'en résumé elle agissait dans le même sens que la ligature, sans en avoir, dans le cas particulier, les graves inconvénients.

Je suis désolé de ne pas partager les idées de M. Roux sur la valeur de la méthode de Scarpa; mais je dois dire que les expériences que j'ai répétées sur les animaux m'ont démontré qu'avec ce procédé on déterminait dans une très grande étendue une inflammation de la gaîne de l'artère et la gangrène.

M. Chassaignac m'a dit qu'il n'avait pas compris comme moi le mode d'action de l'injection. Voilà ce que j'ai prétendu, c'est que dans la poche anévrismale il existe au point correspondant à la colonne sanguine qui continue le cours du sang une certaine masse de sang non coagulé encore, incessamment agité par le passage du sang, et que c'est dans cette masse qu'il faut déterminer la coagulation.

PRÉSENTATION DE PIÈCES ANATOMO-PATHOLOGIQUES.

Organisation du cal. — M. Morel-Lavallée présente le cal d'une fracture de l'humérus datant de trois semaines. La pièce a été prise chez un enfant de onze mois subitement enlevé par un croup. Ce fait important sera ultérieurement publié dans tous ses détails.

Le secrétaire de la Société, E. Laborie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

M. le docteur Baudens, membre du conseil de santé des armées, vient de partir pour l'Algérie avec une mission particulière.

—M. le docteur Conneau, premier médecin de l'Empereur, est arrivé à Bastia (Corse) le 10 de ce mois; il est reparti le soir même pour la Porta.

— Le choléra diminue sensiblement à Saint-Pétersbourg; on ne compte à présent qu'environ 60 malades et 8 morts par jour.

— Le choléra et la fièvre jaune continuent de régner à la Havane et dans l'intérieur avec une grande intensité. Une seule plantation a perdu plus de deux cents esclaves. Les navires dans le port ont eu également à souffrir des atteintes du fléau.

— Un décret du 17 septembre porte qu'il sera alloué à chaque élève militaire de l'Ecole d'Alfort nommé aide-vétérinaire de 2e classe, après avoir obtenu le diplôme de vétérinaire, sur la constatation de l'insuffisance des ressources de sa famille, telle qu'elle est déterminée par l'article 5 de la loi du 26 janvier, 3 mai et 5 juin 1850, la première mise d'équipement militaire attribuée aux sous-officiers de cavalerie passant officiers.

Ce bénéfice est acquis aux élèves militaires sortis diplômés de l'Ecole vétérinaire d'Alfort en 1853.

Le Gérant.
Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

On s'abonne à Paris
au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères,
en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE.	Trois mois. . . .	8 fr. 50 c.
	Six mois. . . .	16 »
	Un an.	30 »
GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES.	Trois mois.	9 fr.
	Six mois.	17
	Un an.	33
ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR.	Trois mois.	10 fr.
	Six mois.	20
	Un an.	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

PARIS, LE 26 OCTOBRE 1853.

Séances des Académies.

Les séances des deux Académies ont été bien remplies. Commençons par l'Académie des sciences.

L'observation d'un grand nombre d'enfants nouveau-nés a permis à M. Natalis Guillot non-seulement d'affirmer ce que l'on savait déjà, qu'une sécrétion de lait a lieu quelquefois par les mamelles à cet âge, mais encore de déterminer d'une manière précise l'époque où cette sécrétion apparaît. Ainsi, c'est à la chute du cordon ombilical, et du septième au douzième jour, qu'on la voit commencer ; elle finit au bout de quelques jours.

Cette sécrétion, selon l'auteur, est normale, s'observe chez les deux sexes et n'appartient qu'à l'état sain, ce qui est assez naturel ; les glandes mammaires sont alors tuméfiées, et on peut en exprimer ce liquide par la pression. Le lait est blanc, neutre ou alcalin ; ses qualités physiques sont les mêmes que celles du lait de femme.

Après la lecture du mémoire de M. Guillot, M. le docteur Niepce a communiqué une observation d'hydrophobie suite de morsure par un chien enragé, chez un crétin. Ce fait offre cette particularité remarquable, que l'intelligence s'est développée momentanément à un assez haut degré pendant les accès.

A l'Académie de médecine, nous avons remarqué dans la correspondance une communication de M. Szokalski, actuellement à Varsovie, sur le traitement des ophthalmies externes par l'application d'une solution saturée de nitrate d'argent sur les paupières fermées. C'est un révulsif d'un nouveau genre, ou du moins c'est une application nouvelle de ce moyen qui, selon l'auteur, réussit à merveille et en une heure de temps.

Une lettre de M. Malgaigne, dans laquelle l'honorable professeur annonce une lecture sur l'emploi du perchlorure de fer dans les anévrismes, a fixé l'attention générale. La parole lui sera réservée dans la prochaine séance, et la discussion que provoquera cette importante communication fixera sans doute l'opinion sur ce moyen nouveau, dont on a d'abord vanté outre mesure l'action, et que beaucoup de chirurgiens, y compris M. Malgaigne, paraissent maintenant disposés à rejeter entièrement.

Une vive discussion s'est élevée ensuite sur une décision prise par le conseil d'administration, et qui est communiquée par M. le secrétaire perpétuel. Voici ce dont il s'agit. L'Académie, on s'en souvient, avait fixé la clôture du concours pour le prix Nadau au 15 octobre ; depuis, un médecin qui, par la date de son envoi, ne connaissait évidemment pas cette mesure, a adressé un mémoire que l'on juge très important. Le conseil d'administration, au lieu de l'écarter, a cru devoir, à cause de cette circonstance et de son importance, le relever de cette déchéance, ou du moins le renvoyer à la commission pour qu'elle juge s'il conviendrait ou non de l'admettre au concours. L'opposition a été vive, la discussion chaude et animée ; on a fait valoir les habitudes académiques, mais l'Académie a décidé en majorité que le mémoire serait admis. Cette décision n'est peut-être pas tout à fait régulière ; ne nous plaignons pas trop cependant ; l'importance que l'on attribue généralement au mémoire mérite peut-être cette exception de faveur.

Une lecture de M. Bouchut sur les fistules pulmonaires cutanées a fixé ensuite l'attention de l'Académie. Cet observateur distingué en rapporte plusieurs faits intéressants, en apprécie la gravité, tout en concluant que parfois ces fistules peuvent devenir un moyen de guérison.

Nos confrères liront avec intérêt l'extrait de ce mémoire remarquable de notre collaborateur dans le compte rendu de la séance.

Des faits de pratique communiqués par M. le docteur Bouygues, médecin de l'hôpital d'Aurillac, nous ont valu après cela la lecture d'un rapport intéressant de M. Piorry. Tout en ne partageant pas l'opinion de M. Bouygues sur l'influence des causes morales sur la production et la guérison des maladies, et y cherchant une cause plus matérielle, l'honorable rapporteur n'en a pas moins rendu à M. Bouygues une justice que l'Académie tout entière a approuvée par son vote.

Enfin, M. le docteur Pietra-Santa a captivé à son tour l'attention de l'Académie et de l'auditoire par la lecture d'un mémoire élégamment écrit et bien pensé sur les inconvénients du système cellulaire. On se rappelle que dans les premiers numéros de cette année nous avons, à l'occasion d'un rapport de M. Gueyrad sur la prison Mazas, témoigné de notre peu de sympathie pour ce système, qui paraît devoir être abandonné en France.

Le mémoire de M. Pietra-Santa vient à l'appui de nos idées, et constate que si les cas de maladies ordinaires ont été moins fréquents à Mazas qu'ailleurs, grâce à l'amélioration du régime et de l'aération, les suicides et les cas d'aliénation mentale y ont été plus fréquents, bien que la prison Mazas ne renferme que des prévenus, et des prévenus de délits politiques ou peu graves.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS.

Renversement incomplet de l'utérus par suite de tractions imprudentes sur le cordon.

Par M. le docteur Ch. MARTIN (d'Orléans).

Le 28 mai dernier, je fus appelé auprès d'une jeune fille âgée de vingt ans, de taille moyenne, constitution faible, et d'un tempérament lymphatique. Cette jeune fille, qui est accouchée dix-huit jours auparavant, pour la première fois, présente à un haut degré tous les attributs de la chloro-anémie la plus avancée. Depuis ses couches elle n'avait pas d'appétit, elle ne prenait pas de forces, et loin de se rétablir, elle sentait au contraire qu'elle s'affaiblissait de plus en plus. A la vue de sa grande faiblesse et de sa pâleur générale, de la gracilité et de la fréquence du pouls (110 à 115 pulsations), je pensai bien avoir affaire à une perte utérine, sinon actuelle, au moins récente. Mon interrogatoire dut donc se porter sur son accouchement précédent. Il avait eu lieu naturellement, sans difficulté et presque sans souffrance ; car, bien qu'elle fût primipare, il lui avait suffi de quelques heures pour être entièrement débarrassée. La présentation avait été bonne, et l'enfant était venu à terme et bien portant. La délivrance ne fut pas aussi heureuse : la sortie du délivre eut lieu presque immédiatement après l'expulsion de l'enfant ; elle fut très douloureuse, à cause des tractions trop fortes et répétées qui furent pratiquées sur le cordon. Aussi une hémorrhagie abondante survint, qui s'arrêta heureusement par l'introduction de la main dans l'utérus.

Cependant la malade continuait encore à perdre depuis ce temps, en petite quantité, il est vrai ; mais cette persistance de l'écoulement l'inquiétait beaucoup, bien que la sage-femme qui l'avait assistée l'eût avertie qu'il n'y avait rien là d'étonnant et qu'il en devait être ainsi pendant quarante jours. On me fit voir alors les linges qu'elle salissait, et j'y remarquai, en effet, des plaques rougeâtres d'une odeur très fétide, présentant çà et là de petits caillots de sang noirâtre et adhérents.

Examinant les organes génitaux, je vis qu'il s'écoulait de la vulve quelques gouttes d'un liquide sanieux et très fétide, dont la quantité augmentait par les plus légers mouvements et les moindres efforts. L'abdomen était très douloureux à la moindre pression. Je le palpai pour constater son état et le volume de l'utérus ; mais je fus bientôt obligé de céder, à cause de la douleur. L'introduction du doigt dans le vagin fit sentir, tout à l'entrée, une tumeur arrondie, à surface inégale, mamelonnée, et présentant à la pulpe du doigt explorateur une sensation tout à fait semblable à celle qu'offrent au toucher les cotylédons du placenta. La délivrance avait réellement eu lieu. Cette tumeur ne pouvait donc s'expliquer que par un renversement de l'utérus provoqué par des tractions prématurées et imprudentes qu'une main inhabile et trop pressée avait multipliées sur le cordon. Elle était d'une consistance molle, de la grosseur d'une orange, arrondie à son extrémité inférieure ; la supérieure, plus étroite, présentait circulairement un bourrelet plus dur au toucher et comme un anneau fibreux qui semblait étrangler la tumeur, et divisait ainsi le fond de l'utérus en deux portions, l'une en deçà, l'autre au delà de l'orifice. Pendant tout le temps de cette exploration, le liquide coula en plus grande abondance. Cet examen terminé, je déclarai qu'il y avait à faire une opération nécessaire et très urgente. En conséquence, je demandai l'assistance d'un confrère éclairé ; M. le docteur Halmagrand fut appelé. Je prescrivis, en l'attendant, des injections froides et des applications d'eau également froide sur le ventre, quelques cuillerées de sirop de proto-iodure de fer. Deux grammes de seigle ergoté furent administrés en quatre doses successivement, et je défendis toute espèce d'effort ou de mouvement.

A son arrivée, M. Halmagrand examine la tumeur, constate au palper abdominal l'absence de l'utérus dans le grand bassin, et confirme mon diagnostic. Il essaie ensuite de la réduire en la poussant avec la paume de la main, en même temps qu'avec ses doigts il s'efforce d'en rétrécir tous les diamètres de son extrémité supérieure. C'est en vain ; le fond de l'utérus se laisse bien soulever, mais ne peut franchir l'anneau trop étroit qui lui barre le passage. L'écoulement augmente encore. Alors M. Halmagrand se décide à recourir au tampon, qu'il prépare aussitôt de la manière suivante :

De la charpie est roulée en globe et fortement serrée avec une petite compresse qu'il applique et fixe à l'extrémité d'une tige de bois, puis la femme est placée en travers sur son lit comme s'il s'agissait d'une version, la tête et les membres maintenus immobiles par des aides. Le tampon est introduit doucement et poussé selon les axes du bassin avec force, mais d'une manière graduée et avec prudence. La résistance est facilement vaincue ; tout cède d'abord, ou plutôt tout fuit devant les efforts du tampon, ce qui permet de croire que la réduction s'opère. Le tampon retiré, M. Halmagrand introduit par son milieu une compresse carrée qu'il bourre ensuite de charpie de manière à remplir toute la capacité du vagin, puis il recommande l'immobilité la plus complète.

Du sirop d'ergotine est ajouté par parties égales au sirop de proto-iodure de fer ; quelques potages gras.

Le lendemain matin 29, rien de nouveau ; l'appareil était tel qu'on l'avait posé la veille ; l'état général toujours très mauvais, dégoût complet pour toute espèce de nourriture ; l'hémorrhagie avait continué, car on voyait que les angles de la compresse qui pendaient à l'extérieur de la vulve étaient imbibés de sang. Pour faire éviter à la malade le plus petit effort, je lui appris à se sonder elle-même, et à cet effet je lui conseillai aussi dans la journée un lavement laxatif.

Le soir, même état ; la malade voulut à toute force être débarrassée de son appareil, m'assurant qu'elle l'arracherait elle-même si je ne le lui retirais à l'instant. Je cédai à ses instances ; j'enlevai tout, et il s'écoula après un liquide sanieux et très infect. Quelques injections froides lui furent faites ensuite, et je la touchai. Mais, à mon grand étonnement, la tumeur n'avait pas changé : même place, même volume. J'essayai à mon tour de la réduire, ce fut inutilement. Je n'insistai pas davantage ; l'état général s'était encore aggravé ; elle éprouvait à chaque instant des défaillances ; la fréquence et la faiblesse du pouls avaient encore augmenté (125 à 130 pulsations). A peine si elle pouvait parler ; elle ne pouvait plus rien prendre, dépérissait de plus en plus. J'avertis ses parents de la certitude et même de la proximité de sa fin.

Désespéré, je n'employai plus alors que les injections d'eau

froide, que je pratiquai deux fois par jour de la manière suivante :

J'introduisis d'abord le spéculum ; puis, à l'aide d'une seringue ordinaire, je dirigeai avec force le jet d'eau sur toute l'étendue de la tumeur ; après quoi je remplis d'eau froide le spéculum, laissant ainsi la tumeur en contact avec cette eau pendant trois ou quatre minutes.

Je continuai ainsi pendant douze jours consécutifs, et je vis insensiblement la tumeur décroître et se réduire et l'écoulement diminuer dans les mêmes proportions. Je fis administrer de temps en temps quelques lavements laxatifs. Des évacuations abondantes et bilieuses survinrent alors, et comme conséquence l'aversion pour la nourriture cessa d'être aussi grande.

Le treizième jour, la tumeur était complétement réduite. La tonicité des fibres utérines sous l'influence de l'eau froide, jointe aux contractions qu'avait déterminées l'emploi continué de l'ergotine, avait contribué à faire revenir l'utérus à sa place. Je fis prendre alors un doux purgatif (limonade au citrate de magnésie). L'appétit revint, et la jeune fille se rétablit, mais lentement il est vrai.

Une quinzaine de jours après la rentrée de la tumeur, un œdème survint dans le membre inférieur gauche avec troubles de la sensibilité, fourmillement et engourdissement dans toute son étendue. Il persista plusieurs jours, et céda enfin à l'emploi de quelques diurétiques à l'intérieur et par des lotions à l'extérieur avec une infusion de feuilles de digitale.

Un mois après la jeune fille se mariait, revenue à son état de santé primitive. Aujourd'hui elle est parfaitement rétablie. Son tempérament lymphatique cependant n'ayant pas reçu d'amendement satisfaisant par suite des mauvaises conditions hygiéniques auxquelles elle est constamment soumise, elle conserve un état chlorotique qui résiste d'une manière opiniâtre à l'emploi persévérant des préparations ferrugineuses les plus actives.

DE L'INFLAMMATION DE LA CAPSULE CRISTALLOÏDE.

Par le docteur J.-J. Jenni, d'Ennenda (Glaris).

Quoiqu'il y ait déjà bien des années que Walther (1810) et Benedict (1814) attirèrent l'attention des médecins sur les affections du système cristallinien et entre autres sur l'inflammation de sa capsule (*capsulitis* ou mieux *capsitis*) comme une maladie particulière et une cause fréquente de cataractes, l'étude de cette inflammation n'a pas fait dès lors les mêmes progrès que celle d'autres parties de l'œil, par exemple de l'iris et de la cornée, ce qui tient surtout à tout ce que son origine a d'obscur, à la difficulté qu'il y a à la reconnaître au début, et à ce qu'il est rare que le malade consulte un médecin pour cette affection avant qu'elle ait produit une opacité de la capsule.

Les ouvrages allemands d'ophthalmologie ne traitent de la *capsitis* que très superficiellement, ou la réunissent à la *lentitis;* d'autres, comme la plupart des auteurs français, ne s'en occupent qu'à l'occasion de la cataracte. Et pourtant j'ose prétendre, quelque étrange que cela puisse paraître, que, sauf les cataractes dues à un âge très avancé et produites par un défaut de nutrition, l'opacité du cristallin est toujours la suite d'une inflammation de la capsule ou de la lentille cristallinienne elle-même. L'analogie suffirait déjà pour le faire présumer, puisque les causes éloignées ou occasionnelles les plus diverses, une lésion traumatique de l'œil ou de son pourtour, l'action continue d'une vive lumière, des métastases, le rhumatisme, la syphilis, les scrofules, etc., provoquent très fréquemment l'inflammation de telle ou telle partie de l'œil. Ainsi, par exemple, d'après ma propre expérience, l'ophthalmie des nouveau-nés cause assez fréquemment des cataractes, et mainte cataracte soi-disant congéniale a été produite postérieurement à la naissance par cette maladie. On sait aussi qu'il est fréquent de voir se produire une cataracte à la suite d'ophthalmies internes de longue durée : c'est que toutes les parties transparentes de l'œil (cornée, membrane de Descemet, membrane de l'humeur vitrée, etc.) se troublent lorsque leur inflammation n'est pas enrayée à temps, et qu'on ne peut se figurer une opacité de ces parties sans inflammation antérieure. La *capsitis* négligée a aussi toujours pour suite une opacité de la capsule (cataracte capsulaire), et plus tard du cristallin (cataracte lenticulaire). Et ne remarque-t-on pas dans ce qu'on appelle des cataractes toutes les terminaisons de l'inflammation ? La cataracte laiteuse pourrait peut-être être envisagée comme une *lentitis* terminée par la suppuration ; et l'on sait qu'on a observé la vraie cataracte purulente. Les cataractes dures, osseuses, etc., qu'on trouve chez les vieillards, dont tous les organes sont exposés à l'induration, ne peuvent-elles pas être aussi regardées comme une terminaison de l'inflammation de la capsule cristalline? La cataracte caséeuse, visqueuse, a une grande analogie avec la malacie (ramollissement) consécutive à l'inflammation. Enfin, je voudrais comparer la cataracte aride siliqueuse avec le sphacèle et la nécrose, comme autre forme de terminaison de la phlogose. Et si ces données étaient admises, ne vaudrait-il pas mieux parler de suppuration, induration, malacie du cristallin, que répéter toujours un mot aussi général que dépourvu de sens : cataracte ?

Les adhérences qu'on observe parfois entre les diverses parties du système cristallinien, ou entre la capsule antérieure et la paroi postérieure de l'iris, même sans lésion traumatique, sont une autre preuve évidente qu'un état inflammatoire a précédé la cataracte. Et les symptômes qu'on observe au commencement de la formation d'une cataracte, tels qu'augmentation de la finesse ou acuité de la vue, plus grande sensibilité pour la lumière, sont au moins des preuves d'un état d'irritation de l'œil. Vouloir trouver la cause de la cataracte dans une simple altération de végétation du système cristallinien (de quelle nature?) ne peut suffire, d'autant plus que c'est donner des mots presque vides de sens. Si nous admettons qu'on entende par là une nutrition insuffisante du cristallin, il faudrait que chaque cataracte lenticulaire commençât par être simplement capsulaire, puisque c'est la capsule qui nourrit la lentille de sa sécrétion, l'humeur de Morgagni. Du moins on n'a pas, que je sache, découvert de vaisseaux dans le cristallin proprement dit.

Avant de passer à la description de la *capsitis*, je dois faire remarquer que ce que j'en dis ne coïncide pas tout à fait avec les courtes descriptions qu'en donnent les manuels d'oculistique. Pendant dix années de pratique ophthalmologique, j'ai eu l'occasion d'observer vingt-huit cas d'inflammation limitée à la capsule, et plus souvent encore des cas où elle était consécutive à celle de l'iris, de la membrane de Descemet, où même il était devenu impossible de retrouver le siége primitif de l'inflammation. Dans toutes les descriptions de la *capsitis* que j'ai eues à ma disposition, se trouve mentionné un trouble blanchâtre derrière la pupille, comme principal signe pathognomonique de cette affection. D'après Jüngken, elle se caractérise par un trouble nacré, chatoyant, situé derrière la pupille. Mon expérience ne me permet de voir là qu'un produit de l'inflammation. Mais il est beaucoup plus important de reconnaître aussi tôt que possible les signes pathognomoniques qui la précèdent et auxquels on fait justement beaucoup trop peu d'attention.

On ne peut méconnaître deux périodes distinctes dans cette affection : celle de la formation de vaisseaux et celle de l'exsudation ou du trouble, que nous allons étudier successivement.

Première période. — La *capsitis* commence insensiblement et fait pendant les premières semaines des progrès si lents, que même le malade le plus attentif s'en doute à peine. Il remarque (surtout s'il a perdu précédemment un œil) qu'il ne voit plus aussi distinctement qu'auparavant à une lumière éclatante, tandis que la vision continue à être bonne à un jour moins fort, et spécialement au crépuscule. Si le médecin est alors appelé, il est incapable, même à l'aide d'une loupe, de rien voir d'anormal ; et comme cet état peut rester tel pendant des semaines et des mois, il n'est pas rare que le malade, inquiet d'abord, finisse par ne plus penser à son affection oculaire.

Si le malade y est attentif, il acquiert peu à peu la certitude que sa vue diminue lorsque le temps est clair, et plus encore à la lueur des bougies. Les images des objets rapprochés finissent par se confondre ensemble, si le malade regarde quelque temps de suite ; ce phénomène disparaît s'il repose momentanément ses yeux en les fixant sur quelque objet éloigné, mais reparaît lorsque le patient essaye de travailler ; il augmente de semaine en semaine, et bientôt une fine gaze ou fumée recouvre tous les objets que le malade regarde, et cela d'autant plus que ceux-ci sont plus clairs. Dans un des cas observés par l'auteur, l'individu qui en était affecté disait qu'il lui semblait toujours qu'il portait des lunettes couvertes de poussière. Encore à ce point de développement de la maladie, il n'est pas possible au médecin de voir quelque altération, et le malade ne se plaint que de cette diminution de la vue, et spécialement point de quelqu'un des symptômes congestifs qu sont si fréquents dans plusieurs affections oculaires, et spécialement dans l'amblyopie congestive.

A mesure que la vision d'une gaze devant les yeux augmente (ce qui a toujours lieu lentement), on voit ordinairement se développer un peu de photophobie et une rougeur pâle autour de la cornée sans qu'il y ait, à proprement parler, de développement de vaisseaux. Chez quelques malades, il y a douleur sourde dans la région sus-orbitaire et augmentation de la sécrétion des larmes, tandis que chez d'autres ces symptômes manquent pendant tout le cours de la maladie ; mais l'état normal de dilatation et de contractilité de la pupille contraste au plus haut point avec la diminution progressive de la vue. Si au moment où la cornée présente ce cercle rougeâtre, qui est un symptôme constant, on examine l'œil avec une bonne loupe, après avoir préalablement dilaté la pupille avec de la belladone, on voit dans la chambre postérieure, tout près du bord pupillaire de la cornée, de très petits points d'un brun rougeâtre formant un cercle concentrique à celui de la pupille, et l'œil nu ne peut plus méconnaître derrière celle-ci une teinte sale, d'un gris noirâtre, qui donne à l'œil une expression terne et fatiguée. Mais c'est là une expression qu'il faut avoir vue, comme tant d'autres choses en ophthalmologie, comme celle d'un œil cataracté ou amaurotique.

Peu à peu les points d'un brun rougeâtre deviennent visibles à l'œil nu, sans dilatation préalable de la pupille, et si l'on emploie la belladone, il devient de toute évidence que ces points restent à la même place et n'adhèrent point au bord pupillaire, comme on pourrait le croire sans cela ; ce qui empêche de confondre cette affection avec une *uvéitis*. Les petits points, qui deviennent peu à peu plus volumineux, forment bientôt par leur réunion une sorte d'anneau en rosaire plus ou moins complet et ne sont rien d'autre que des agglomérations de vaisseaux d'où se développent, dans le cours de la maladie, d'innombrables petits vaisseaux qui se dirigent vers le centre de la capsule, formant ainsi un réseau vasculaire partiel ou total, cause de l'aspect mat de la chambre postérieure. Plus ce réseau se développe, moins le malade voit, et je me souviens de cas chez lesquels, quoiqu'on ne vît à première vue aucune altération de l'œil et que le malade eût fait des frictions de spiritueux conseillées contre sa soi-disant faiblesse de vue, il ne voyait pas plus que s'il eût eu une cataracte complète. Peu à peu le noir terne se change en un gris foncé sale, qui a son siége dans les innombrables îlots vasculaires de la capsule, et c'est alors que commence la *seconde période ou stadium de l'exsudation*, ce gris foncé devenant de plus en plus blanchâtre et chatoyant, tandis que dans d'autres cas il reste mélangé avec le noir qu'on voyait auparavant. Les petites agglomérations de vaisseaux concentriques avec le bord pupillaire deviennent peu à peu d'un gris jaunâtre, et forment ainsi comme un fin collier de perles de diverses couleurs.

Il ne se forme pas de petits paquets de vaisseaux dans le centre de la capsule ; le réseau vasculaire disparaît à mesure que le trouble gris augmente, et la pupille montre alors une beaucoup moins grande contractilité qu'auparavant, tandis que les autres symptômes persévèrent.

Arrivée à ce degré de développement, la maladie abandonnée à elle-même peut en rester là, formant une cataracte capsulaire, ce qui est le cas le plus rare ; ou le cristallin proprement dit y prend part comme cataracte lenticulaire, ou la capsule antérieure enflammée s'approche de la paroi postérieure de l'iris, et l'on voit se développer les symptômes d'une *uvéitis* qui abolit le dernier reste de vision. Enfin, la membrane de Descemet, la choroïde, la zone ciliaire, la hyaloïde peuvent prendre part à l'affection, et il en résulte l'état auquel on a donné le nom général de cirsophthalmie.

La *marche de la capsitis* est très lente, sans qu'il soit possible de rien établir de fixe à ce sujet. J'ai vu des malades qui avaient depuis six mois et plus comme une gaze devant les yeux, et en étaient encore à la première période ; d'autres n'avaient remarqué la diminution de leur vue que depuis peu de semaines, et présentaient déjà le trouble gris derrière la pupille. On peut dire, en règle générale, que sa marche est plus lente que celle de la *descemetitis*, qu'elle présente de plus longs temps d'arrêt et que le traitement en est aussi plus long. Il peut se passer d'un à trois ans avant que la *capsitis* soit complète. Ses temps d'arrêt sont suivis de progrès rapides, et elle se joue souvent de toutes les médications, et l'amélioration et la guérison arrivent souvent alors qu'on avait perdu tout espoir. Une seule fois je l'ai vue attaquer les deux yeux à la fois ; mais, en thèse générale, elle ne se déclare au second œil que lorsque l'autre est perdu : et ce n'est généralement qu'alors que le malade s'adresse au médecin. Il est rare que la *capsitis* n'intéresse qu'un œil ; mais il est fréquent qu'elle fasse des récidives, et cela jusqu'à trois et quatre fois.

On prétend que la *capsitis* primaire est rare ; je crois toutefois qu'elle l'est moins qu'on ne le prétend, quoiqu'il soit vrai qu'elle est beaucoup plus fréquemment la suite d'une *descemetitis* ou d'une *uvéitis*, ce qui n'a rien d'étonnant, vu l'analogie de structure et de fonctions des parties intéressées. Que l'affection inflammatoire commence dans la chambre antérieure ou dans la postérieure, les suites sont les mêmes, et on pourrait peut-être réunir les inflammations de ces parties sous le nom commun de *inflammatio serosa oculi*. Peut-être serait-ce aussi ici qu'il faudrait classer cet état décrit par le docteur W. Heidenreich (d'Anspach) sous le nom de *métamorphose particulière des organes intérieurs de l'œil;* du moins ne peut-on méconnaître une grande analogie dans les symptômes.

Les *causes de la capsitis* primaire me paraissent obscures, ainsi que celles de plusieurs autres affections chroniques de l'intérieur de l'œil, mais sont probablement assez semblables à celles de l'*uvéitis* et de la *descemetitis*. Dans la plupart des cas, elle se développe chez des sujets bien portants. Elle se montre le plus souvent chez des individus âgés, chez des femmes qui ont dépassé l'âge critique, chez des hommes d'une constitution nerveuse, se livrant à des occupations sédentaires et fatiguant leurs yeux par de petits ouvrages. Dans quatre cas, je pus facilement en reconnaître la nature arthritique, qu'indiquaient le reflet verdâtre de l'opacité et la cirsophthalmie consécutive ; dans un autre, elle était la suite d'un coup porté sur l'œil; six fois elle se montra chez des graveurs sur bois de fabriques de toiles. Jamais je n'ai pu trouver de rapport étiologique entre cette maladie et les scrofules ; jamais non plus je n'en ai vu de nature rhumatismale, syphilitique ou même métastatique, ainsi que le prétend Jungken, et d'ailleurs, sans vouloir en nier la possibilité, surtout de la forme rhumatismale, n'est-il pas évident que cette épithète est employée souvent trop commodément en ophthalmologie afin de couvrir son ignorance au sujet de l'étiologie de diverses affections ? Je mentionnerai ici un cas bien intéressant que j'eus l'occasion d'observer, il y a quatre ans, chez un maître d'école âgé de 45 ans. A la suite de la disparition d'hémorrhoïdes, il se développa chez lui une *capsitis* qui le gênait considérablement dans son état et résistait à tous les remèdes ; la réapparition des hémorrhoïdes, que je parvins à obtenir, produisit une amélioration qui fut tellement consolidée par l'emploi de dérivatifs et d'une dose de sublimé, que jusqu'à cette heure il a pu continuer ses fonctions. — Le plus âgé des individus atteints de cette affection que j'aie observé avait 66 ans ; le plus jeune en avait 21 ; 19 appartenaient au sexe masculin, et 9 étaient des femmes : la plupart avaient des iris d'une teinte claire, ce que je regarde comme accidentel. Dans 7 cas, un œil seulement en était affecté ; 21 fois un premier œil était perdu, et le second présentait à son tour cette maladie.

Pronostic. — Quoique tous les auteurs que j'aie pu consulter

représentent la *capsitis* comme extrêmement dangereuse et que j'aie vu la plupart des yeux qui en étaient affectés perdre la vue, je ne puis admettre que le pronostic soit si fâcheux. Je crois même qu'il n'y a guère d'affections du globe oculaire où l'art se montre si utile, si le malade se présente au médecin encore pendant la première période, et si les résultats sont si douteux, c'est que ce *stadium* est généralement méconnu, souvent même traité avec des topiques excitants jusqu'à ce que l'exsudation amène au diagnostic. Si le médecin est assez heureux pour avoir affaire à cette maladie pendant la première période, qu'il rencontre un malade raisonnable et prêt à se soumettre à toutes ses prescriptions, il peut ordinairement, sauf les cas toujours incurables de nature arthritique, prévenir le développement du second degré et faire disparaître le réseau vasculaire; parfois même, chez les malades qui jouissent d'ailleurs d'une bonne santé, un traitement rationnel peut obtenir, comme je l'ai vu, la dissipation d'une exsudation commençante ou du moins empêcher qu'elle n'augmente davantage. Ainsi, au point de vue du pronostic, je ne regarde pas cette inflammation comme plus fâcheuse que celle de la membrane de Descemet, d'autant plus qu'il reste la possibilité de porter remède à ses suites par une opération, quand du moins l'affection reste limitée à l'appareil cristallinien. Puis il faut remarquer que la persistance de quelques restes de la *capsitis* peut ne point troubler la vision, pourvu que l'inflammation soit tout à fait guérie. Le pronostic est surtout favorable quand on ne peut découvrir aucune cause éloignée de la maladie; si celle-ci s'est compliquée d'une *uveïtis*, d'une *descemetis* ou d'une *hyalitis*, il est naturellement beaucoup plus grave. Mais en tout cas, pour peu que les vaisseaux qui se sont formés sur la capsule soient vus à temps, on peut espérer par un traitement rationnel la guérison de cette affection, qui résiste souvent pendant des mois à toute médication pour montrer ensuite une amélioration subite dans l'espace de quelques semaines; oscillations qui dans bien des cas se reproduisent plusieurs fois.

En revanche, un traitement irrationnel, tel que l'emploi de remèdes spéciaux du système nerveux contre la soi-disant amaurose torpide, produit une cécité complète. Souvent il reste un certain degré de photophobie qui doit tenir en garde contre les récidives, qui ont en général plus de gravité que la première invasion de la maladie et finissent souvent par détruire la vue.

Quand l'inflammation s'étend au cristallin, que des vaisseaux pénètrent jusqu'à l'iris, on ne peut attendre qu'un résultat fâcheux, et c'est déjà beaucoup si le médecin parvient à conserver la vue pendant un certain temps.

Traitement. — Ce que le professeur Rau a écrit sur celui de l'inflammation de la membrane de Descemet est jusqu'à un certain point vrai pour le traitement de la *capsitis*.

Quant à la thérapeutique des causes, on peut recommander pour la goutte le vin de semences de colchique et d'autres remèdes convenables qui n'ont malheureusement pas grand succès ici; il faut également avoir égard à la pléthore abdominale, recommander l'exercice au grand air aux personnes qui ont une vie sédentaire ou se sont fatigué les yeux, etc. Toutefois, je dois convenir que pour les métastases l'expérience ne m'a pas beaucoup éclairé jusqu'ici, et qu'après m'être beaucoup occupé de la recherche des causes occasionnelles dans le commencement de ma pratique, j'ai des résultats beaucoup plus heureux depuis que je m'en occupe moins, bien que j'agisse peut-être moins rationnellement.

Lorsque j'ai le bonheur d'être appelé pendant la première période d'une *capsitis*, je prescris de 1/4 à 1 grain de calomel deux ou trois fois par jour et fais faire le soir une friction d'un gros d'onguent gris sur le front tant pour prévenir les accidents mercuriels que pour empêcher la formation de nouveaux vaisseaux sur la capsule. J'interromps chaque semaine pendant deux jours consécutifs l'emploi du calomélas pour donner une forte solution de sel de Glauber : je prescris d'ailleurs le mercure doux jusqu'à ce que la salivation commence à se montrer. Je n'ai jamais observé l'utilité d'ajouter au calomel de la digitale, de l'ipécacuanha ou tel autre médicament.

Dès le commencement de la cure, pourvu que l'affection en soit encore à son premier degré ou n'ait atteint le second que depuis peu de temps, je fais faire des frictions d'onguent stibié à la nuque en ayant soin que les pustules persistent pendant six à huit semaines; j'applique un séton dès que celles-ci sont sèches et en entretiens la suppuration au moyen d'onguent de sabine.

En thèse générale, les vésicatoires, sangsues et fomentations froides sont inutiles; chez des sujets pléthoriques, il faudrait leur préférer une ou deux saignées du pied sans négliger les remèdes locaux que je viens de mentionner si l'affection est traumatique. Je fais prendre chaque soir au malade un pédiluve irritant, le fais tenir dans une chambre peu éclairée et lui prescris une diète sévère.

Chez les sujets qui ne peuvent supporter les plus petites doses de calomélas sans une forte salivation, je suspends complétement l'emploi des mercuriaux pendant huit à dix jours et les remplace par une solution de sel de Glauber prise tous les deux jours, en en alternant fréquemment l'emploi avec celui d'une solution d'iode, également tous les deux jours, qui a contre les accidents mercuriels une action presque spécifique : dans ce but, j'emploie la formule suivante de Helmenstreitt : Rc. : iode pur, 2 grains dissous dans 2 gros d'alcool; ajoutez à la solution : eau de cannelle, 2 1/2 onces; sirop de sucre, 1/2 once. M. D. S. Quatre fois par jour une demi ou une cuillère à bouche, en recommandant au malade de secouer la bouteille.

Si le perchlorure de mercure ne produit pas d'amélioration et qu'au contraire la maladie fasse des progrès, je passe au sublimé corrosif donné sous la formule de pilules proposée par Jungken, sans changer d'ailleurs le traitement. Ces pilules sont composées comme suit : mercure sublimé corrosif, 2 grains; extrait de quassia et extrait de réglisse, de chacun 1/2 gros, pour 30 pilules. Une pilule une heure après le dîner, en augmentant tous les trois jours d'une jusqu'à ce que le malade prenne 1/2 grain du sel de mercure par dose, c'est-à-dire cinq pilules.

Si malgré cela la capsule entre dans la seconde période ou que celle-ci soit déjà là quand je suis appelé, cas dans lequel je commence mon traitement par le sublimé corrosif, je fais prendre en outre au malade une forte décoction de sénéga avec du sel de Glauber, et insiste particulièrement sur une forte dérivation au moyen d'un séton, puis fais faire chaque soir une friction sur le front avec une pommade au proto-iodure de mercure (1, 2 et même 3 scrupules pour 2 onces d'axonge), en continuant l'emploi des bains de pieds irritants. Si toutefois cette pommade de Lugol produit après quelques jours des vessies et des érosions, j'en reviens à l'onguent gris.

Il va sans dire qu'excepté dans les cas de nature traumatique, on ne peut attendre que des effets fâcheux des topiques ophthalmiques proprement dits.

Les pilules mercurielles doivent souvent se prendre pendant quatre à cinq mois et plus. Si elles produisent des accidents, je les interromps pour donner pendant quelque temps une simple décoction de sénéga, pour prescrire ensuite de nouveau les mêmes pilules, en ayant soin de recommencer par la plus simple dose.

Quant au régime diététique, il ne diffère de celui du premierr *stadium* qu'en ce que le malade n'a pas besoin du même degré d'obscurité dans la chambre et qu'il peut un peu sortir à l'air le matin et le soir; ses repas seront un peu plus copieux, mais point irritants.

Que le médecin ait toujours l'œil ouvert sur la possibilité d'une récidive, et tâche pour cela d'obtenir que le malade continue à entrenir son séton, fût-ce pendant des années, ou si cela n'est pas possible, le remplace par un cautère au bras. Je recommanderai aussi de prescrire de temps en temps un laxatif, de donner une alimentation convenable, d'insister sur beaucoup de mouvement à l'air et d'interdire l'usage de tout spiritueux et de tout travail astreignant pour la vue. Il faudra de plus tenir compte des états pathologiques qui persisteraient, tels qu'une dyscrasie, la pléthore abdominale, etc. Le traitement des récidives est d'ailleurs le même, mais sera rarement aussi énergique, vu que le malade, rendu attentif aux symptômes et à la gravité de ce mal, cherchera plus vite les conseils de l'art. (*Annales d'oculistique.*)

CALCUL URINAIRE CHEZ UN ENFANT,

traité par la lithothlibie,

Par M. Denamiel, d.-m. à Rivesaltes (Pyrénées-Orientales).

Henri Joffre, fils de Vincent Joffre, tonnelier à Rivesaltes, aujourd'hui âgé de quatorze ans et demi, d'une constitution frêle, me fut présenté en avril 1842.

Cet enfant urinait depuis longtemps avec difficulté; le jet était interrompu avant que l'émission fût finie; il souffrait des douleurs très vives, se roulait à terre, poussait des cris déchirants; il était d'une maigreur extrême. Son père, qui vit dans une belle aisance, était résolu de partir pour aller demander à Montpellier la guérison de son fils si je ne pouvais la lui procurer.

J'annonçai sur ces signes qu'il devait avoir un calcul, ce dont je devais m'assurer le lendemain.

Je voulus me donner la satisfaction de confirmer le diagnostic et d'opérer la guérison en même temps si je rencontrais un calcul friable au premier degré.

Mes idées sur la friabilité immédiate ou médiate des calculs et sur la lithothlibie étaient alors arrêtées, et je n'hésitai pas à promettre que l'enfant serait guéri et peut-être même très promptement en une seule séance. Je prescrivis de ne pas le laisser uriner le lendemain avant mon arrivée.

A ma visite, je le fis placer sur une commode : deux aides lui tenaient le corps et lui écartaient les cuisses. J'introduisis la sonde ordinaire d'argent; je plaçai l'indicateur dans le rectum; je saisis le calcul entre la sonde et le doigt. Il céda, je puis dire presque sans pression, sans résister assez pour me permettre d'évaluer son volume. Je comprimai trois ou quatre fois ce détritus en déviant à droite et à gauche la sonde et le doigt.

Mon opération était finie : elle n'avait pas duré une minute. Je retirai la sonde et le doigt.

L'enfant ayant uriné librement tout de suite, le liquide se montra trouble, et un dépôt de sable fut trouvé au fond du vase.

Les urines, sortant désormais sans difficulté et sans douleur, continuèrent à charrier pendant deux jours.

On recueillit dans le vase en tout une cuillerée à bouche de sable mêlé de trois graviers comme des lentilles.

Depuis ce jour cet enfant n'a plus souffert. La guérison fut complète. (*Revue médico-chirurgicale.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 25 octobre 1853. — Présidence de M. Nacquart.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Epidémies. — M. le ministre du commerce transmet un rapport de M. le docteur Bolut, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Dôle, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Saint-Aubin d'octobre 1852 en janvier 1853. (Commission des épidémies.)

Choléra. — Le même ministre transmet un rapport des médecins de l'hôpital des Cholériques à Amsterdam sur le mode de traitement suivi en 1848 et 1849 dans cet établissement. (Commission du choléra.)

Eaux minérales. — Le même ministre demande l'avis de l'Académie sur un échantillon d'eaux minérales de Saint-Vallier (Vosges). — (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Névralgies du col de la vessie. — M. Mercier adresse une lettre de réclamation au sujet de la dernière communication de M. Le Roy-d'Etiolles sur le traitement des névralgies du col de la vessie. Il rappelle qu'il a longtemps avant M. Le Roy-d'Etiolles, en 1841, signalé l'existence de ces douleurs névralgiques causées par les valvules vésico-urétrales et l'usage de la section comme moyen d'y remédier.

— M. Caudmont adresse une réclamation sur le même objet. Il dit avoir pratiqué dès 1847 l'opération en question. S'il n'en a pas fait part plus tôt à l'Académie, c'est que les faits ne lui avaient pas paru suffisamment probants.

Fièvre typhoïde. — M. Pitancier de Monsigni adresse quelques propositions faisant suite à la note qu'il a envoyée précédemment sur la fièvre typhoïde et sur son traitement par le charbon.

Traitement des ophthalmies. — M. Szokalski, actuellement à Varsovie, communique à l'Académie un nouveau moyen thérapeutique des ophthalmies externes en général. Ce moyen est l'application d'une solution saturée de nitrate d'argent sur les paupières fermées. Voici comment s'emploie ce procédé :

Tous les individus affectés de blépharites, de conjonctivites, de kératites superficielles, n'importe de quel genre et à quel degré, sont soumis au même genre de traitement. On les couche sur le dos et sans autres formalités on leur applique sur les paupières de petites compresses ployées en deux et imbibées d'une solution de 5 centigrammes de nitrate d'argent sur 30 grammes d'eau distillée. On recouvre ensuite ces compresses d'une couche de coton et on attache le tout avec des bandes.

Au bout d'une heure, on les débarrasse de l'appareil, on lave leurs yeux avec de l'eau tiède, et la plupart du temps le traitement est terminé. (Commissaires : MM. Roux et Velpeau.)

Choléra. — M. Desparquets adresse un mémoire sur les prodromes, le mode de transmission et le traitement du choléra asiatique, d'après 40 observations recueillies pendant l'épidémie de 1849 dans le canton de Villaines-la-Juhel (Mayenne).

Division du tendon d'Achille. — M. Caltenat adresse une note sur un cas de division complète du tendon d'Achille gauche par une bêche. (Commissaire : M. Bégin.)

Emploi du perchlorure de fer dans les anévrismes. — M. Malgaigne adresse la lettre suivante :

« Une grave question touchant l'emploi du perchlorure de fer dans les anévrismes a été agitée dans d'autres sociétés savantes et dans la presse, et n'a pas été jugée, à mon sens, comme il convient. J'ai tenté cette méthode; d'autres de nos collègues l'ont aussi essayée, et je crois qu'elle doit être absolument rejetée. L'arrêt partant de l'Académie n'aura que plus de poids et ne pourra qu'ajouter à l'autorité de la Compagnie. J'ai donc l'honneur de vous demander un tour de faveur pour lire un travail sur ce sujet mercredi 2 novembre; je ne pourrais en profiter plus tard, à raison de la réouverture de mon cours à l'Ecole. »

La parole sera réservée à M. Malgaigne pour la séance prochaine (mercredi, 2) si son travail est prêt.

Prix Nadau. — M. le secrétaire perpétuel soumet à l'Académie une difficulté qui se présente relativement au concours du prix Nadau. Un mémoire qui paraît très important vient d'être adressé par un médecin qui n'a pu, vu la date de son envoi, avoir connaissance de la décision que l'Académie vient de rendre récemment, et qui fixe le terme du concours au 15 octobre. Le conseil d'administration a pensé qu'il y avait lieu, en raison de cette circonstance, et vu l'importance que paraît avoir ce travail, de le renvoyer à l'examen de la commission, afin qu'elle juge s'il conviendrait ou non de l'admettre au concours.

Une vive opposition s'élève contre cette proposition, et après une discussion animée, à laquelle prennent part MM. Londe, Adelon, Gaultier de Claubry, Malgaigne, Moreau, etc., l'Académie, consultée, décide que le mémoire sera admis au concours.

RAPPORTS.

M. Piorry lit un rapport sur plusieurs observations intéressantes de médecine et de chirurgie pratiques adressées par M. le docteur Bouygues, médecin en chef de l'hôpital d'Aurillac.

Dans la première observation, il s'agit d'une demoiselle qui, en voyant un homme tomber d'une fenêtre, éprouva un tremblement nerveux qui dura plusieurs jours, cessa, et reparut lors de l'éruption des règles. Elle eut ensuite quelques accès de fièvre tierce qui cédèrent au sulfate de quinine, et revinrent pendant onze mois à chaque éruption menstruelle, malgré l'emploi persistant des préparations de quinquina et l'application d'un cautère rougi à blanc. Une émotion douce provoquée par l'arrivée d'un frère qu'elle aimait mit seule fin à ces accès.

M. Piorry reproche à l'auteur de ne pas dire si la malade habitait un pays marécageux, s'il existait ou non des névralgies intercostales à gauche, si la rate était hypertrophiée.

La deuxième observation se rapporte à une opération de cancer vo-

lumineux de la lèvre inférieure, et qui ne fut pas suivie de récidive.

Dans la troisième il s'agit d'une pustule maligne à la face sur une fille de dix-sept ans, qui fut négligée et amena la perforation de la joue, la nécrose de l'os maxillaire, détermina une infection générale (septicémie). Les parties osseuses nécrosées furent enlevées, on toucha les parties malades avec l'huile animale de Dippel, et le mal fut arrêté. En deux mois la cicatrice eut lieu. L'eau de Luce, le sirop antiscorbutique, des toniques soutinrent les forces, et à voir la malade on n'aurait pu soupçonner la gravité des symptômes qu'elle avait éprouvés.

Le quatrième fait est relatif à des accidents épileptiques développés dès l'âge de quinze ans, et que l'on prit d'abord pour des crises hystériques.

Le sujet, devenu officier, fut forcé de renoncer au service, et en fut profondément affligé.

Les attaques devinrent alors plus fréquentes et plus caractérisées. Un jour enfin, le malade tomba par accident sur un brasier; le visage fut profondément brûlé, au point que la tête avait l'aspect d'une tête d'éléphant. Des lotions avec l'éther, l'application d'une couche de coton pour prévenir le contact de l'air, une saignée, une vessie remplie de glace placée sous le crâne comme un oreiller, des sinapismes prévinrent les accidents cérébraux. Vers le dixième jour le coton fut renouvelé, et les émanations de chlore servirent à désinfecter les ulcères et l'air. Le dix-septième jour l'eschare était presque complétement détachée; la guérison complète n'eut lieu cependant qu'après le quatrième mois. Les paupières et le nez étaient complétement détruits. Des lunettes et un nez artificiel rendirent la figure moins difforme, Blandin n'ayant pu trouver de moyens autoplastiques convenables pour y remédier. Depuis lors, 1840, le malade n'a plus éprouvé d'attaques d'épilepsie.

Tels sont les faits intéressants adressés par M. Bouygues. Cet honorable médecin pense que dans la première et la quatrième observation ce sont des émotions morales qui ont amené la guérison de la fièvre intermittente (dont il place le siége dans le système nerveux) et de l'épilepsie elle-même. Il suppose que le quinquina agit plutôt par une modification vitale que par un changement interne moléculaire et matériel.

M. le rapporteur ne partage pas ces opinions, et croit qu'on a singulièrement exagéré l'influence morale dans la production et la guérison des maladies. Chez la première malade, il est très probable qu'il s'agissait d'une affection utérine (angiovique) ayant donné lieu à une névralgie intercostale à gauche, état maladif qui provoquait à son tour des accès fébriles périodiques; la fièvre ne récidivait qu'aux époques menstruelles.

Quant à la cessation des accès épileptiques à la suite de l'épouvantable brûlure si convenablement traitée par M. le docteur Bouygues, il paraît bien plus raisonnable d'attribuer ce succès thérapeutique remarquable aux phénomènes organiques qui ont eu lieu vers la face qu'à l'impression morale.

Je crois avoir, dit M. le rapporteur, précédemment démontré que les yeux, et particulièrement la rétine, sont, dans une foule de cas, les points de départ des accidents cérébraux propres à l'épilepsie, que j'ai considérée comme une oscillation nerveuse progressive (névropathie protasique). Or, dans le fait dont il s'agit, il y a eu destruction des paupières, lésion très grave de l'œil: circonstance très apte à rendre compte de la cessation des phénomènes épileptiques qui auront été utilement modifiés dans leur point de départ. Cela est beaucoup plus probable que l'explication vague de la suspension des phénomènes dont il s'agit par suite d'une impression morale.

Dans l'exposé des faits précédents, M. Bouygues a fait preuve de hautes connaissances médicales et chirurgicales; aussi proclame-t-il avec raison l'indispensable nécessité de réunir en pratique la médecine et la chirurgie. Evidemment le médecin honorable qui vous a déjà adressé plusieurs travaux importants, et dont le zèle ne se ralentit pas, me paraît mériter d'être porté sur la liste des candidats au titre de correspondant de l'Académie; je propose, en outre, qu'on lui adresse des remercîments, et que ses observations soient renvoyées au comité de publication pour être insérées par extraits dans le Bulletin de vos séances. (Adopté.)

LECTURES.

Fistules pulmonaires cutanées. — M. Bouchut lit un mémoire sur les fistules pulmonaires cutanées.

On sait combien sont fréquentes les perforations du poumon qui laissent à leur suite des communications fistuleuses avec les bronches ou avec la cavité pleurale. La description de ces fistules ne laisse rien à désirer. Il est une troisième variété de perforation pulmonaire beaucoup moins étudiée que les deux précédentes, c'est la perforation qui, à l'aide d'un trajet fistuleux, met en communication l'intérieur du viscère avec le tissu cellulaire sous-cutané du thorax et avec l'air extérieur, lorsque la peau a été secondairement détruite par l'ulcération. Cette perforation est le point de départ des fistules pulmonaires cutanées. M. Bouchut a eu l'occasion d'en observer plusieurs, et c'est la réunion de ces faits rares et peu connus qui fait le sujet de son mémoire, dont voici les conclusions:

1° Il faut admettre l'existence des fistules pulmonaires cutanées.

2° Les unes sont complétement ouvertes à la surface de la peau en rapport avec le poumon adhérent aux parois thoraciques.

3° Quelquefois la fistule, ouverte à l'extérieur, communique d'abord avec la cavité pleurale remplie d'air et de pus et consécutivement avec le poumon perforé plus ou moins écarté des parois thoraciques.

4° D'autres fistules pulmonaires extérieures sont incomplètes, ouvertes sous la peau et forment des tumeurs molles, élastiques, fluctuantes. Ce sont les fistules pulmonaires sous-cutanées.

5° Toutes ces fistules sont le résultat d'abcès déterminés par des corps étrangers venus de l'extérieur, ou d'empyème, de gangrène pulmonaire, d'abcès, d'hydatides et de tubercules pulmonaires.

6° Les fistules pulmonaires cutanées sont caractérisées par l'ouverture fistuleuse de la peau à travers laquelle de l'air s'échappe sans cesse au moment de l'expiration et de la toux.

7° Les fistules pulmonaires sous-cutanées sont caractérisées par une tumeur molle, élastique et fluctuante, plus ou moins réductible, avec gargouillement sous les doigts et à l'oreille. Cette tumeur, quelquefois dilatée dans l'inspiration, est surtout expansive dans l'expiration et dans les efforts de la toux.

8° Ces fistules sous-cutanées formant tumeur peuvent être facilement confondues avec les abcès intra-thoraciques et les hernies du poumon.

9° Les fistules pulmonaires cutanées peuvent donner lieu à l'emphysème général du tissu cellulaire.

10° Ces fistules forment assez ordinairement une complication fâcheuse des maladies de poitrine; mais quelquefois elles sont le moyen de salut institué par la nature pour amener la guérison des malades. (Commissaires: MM. Bricheteau, Louis et Requin.)

Régime cellulaire. — M. le docteur de Pietra Santa lit un mémoire sur ce sujet.

PRÉSENTATION.

Calcul enkysté de l'urètère. — Tumeur adénoïde énorme. — M. Velpeau présente deux pièces anatomo-pathologiques. L'une est relative à un calcul vésical enkysté dans l'uretère et proéminant dans la vessie. C'est là un fait non unique, mais très rare. Le malade est entré mourant à l'hôpital. Il y avait eu en ville des tentatives de cathétérisme. En sondant le malade, on sentait un corps étranger. Le malade est mort dans la journée. Le calcul avait le volume d'une noisette et toutes les apparences de calcul d'oxalate de chaux.

La seconde est relative à une tumeur énorme du sein. Cette tumeur, très réduite de volume, à cause de la putréfaction qui s'en était emparée dans les derniers jours, pesait de 30 à 40 livres lorsque la malade est entrée à l'hôpital; elle était cinq fois grosse comme la tête d'un adulte. Cette femme, très amaigrie, squelettique, est morte dans un état de marasme, sans avoir voulu subir l'opération. Cette tumeur était regardée comme encéphaloïde. M. Velpeau diagnostiqua une tumeur adénoïde bénigne. L'autopsie a confirmé son diagnostic.

— La séance est levée à cinq heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 17 octobre 1853. — Présidence de M. COMBES.

Sécrétion du lait par les mamelles des enfants nouveau-nés. — M. Natalis Guillot adresse un mémoire sur la sécrétion du lait par les mamelles des enfants nouveau-nés. L'examen d'un grand nombre de ces enfants l'a conduit à reconnaître:

1° Que les mamelles des enfants sains des deux sexes sécrètent du lait peu de temps après la naissance.

2° Cette fonction succède ordinairement à la chute du cordon ombilical; c'est du septième au douzième jour qu'on la voit commencer, pour se terminer après une durée de plusieurs jours. Elle est normale et n'appartient qu'à l'enfant sain.

3° Pendant la sécrétion, les glandes mammaires sont tuméfiées d'une manière très sensible.

4° Ce liquide peut être exprimé des mamelles par la pression; il peut alors sortir par gouttes, quelquefois par jet.

Il est blanc, neutre ou alcalin; il s'acidifie par le contact de l'air.

Il se sépare, comme le lait de femme, en deux portions, l'une séreuse, l'autre crémeuse. Il possède la même composition.

Sous le microscope, on distingue qu'en outre du sérum il est constitué par des globules sphéroïdaux de diamètre inégal, transparents, insolubles dans l'éther, en tout semblables aux globules du lait de la femme.

On peut obtenir une quantité suffisante de ce liquide, soit en une seule fois, soit en plusieurs traites, pour y découvrir le caséum, la graisse et le sucre.

C'est donc un lait parfait que sécrètent les enfants mâles et les filles peu de temps après la naissance, et, bien que cette sécrétion ne représente que de très loin ce que l'on observera plus tard chez la femme adulte, on ne saurait la négliger.

L'auteur joint à ce résumé le tableau des jours d'âge auxquels il a observé le phénomène de la sécrétion lactée chez 39 enfants mâles et chez 34 filles.

Hydrophobie survenue chez un crétin à la suite de la morsure d'un chien enragé. — Développement remarquable de l'intelligence durant les accès. — M. Niepce, médecin inspecteur des eaux d'Allevard, transmet sous ce titre la relation suivante:

Le 2 août dernier est mort d'hydrophobie le nommé Chauvet (Antoine), âgé de dix-sept ans et demi, atteint de crétinisme congénial. Ce crétin habitait Pontchara, village situé dans la vallée du Graisivaudan. Il était d'une taille de 1 mètre 32; son père, mort des suites d'une blessure à la jambe, était goîtreux et scrofuleux; sa mère, qui vit encore, est de petite taille et porte un petit goître; son frère, âgé de quinze ans, est crétin et goîtreux.

Chauvet (Antoine) était crétin de naissance; son allaitement fut difficile, et ce ne fut qu'à l'âge de onze mois qu'il commença à soutenir sa tête. Il n'a pu marcher qu'à l'âge de quatre ans, et sa démarche a toujours été lente et difficile; il traînait ses pieds en marchant. Sa tête, volumineuse, présentait tous les caractères du crétinisme. La face était large, les pommettes saillantes, le front court; les cheveux, rudes, descendaient très bas près des sourcils; le nez était large, écrasé; les lèvres épaisses; les dents, irrégulières, n'étaient qu'au nombre de neuf au maxillaire supérieur, et de sept seulement à l'inférieur. A la seconde dentition, il ne lui était venu que quatre dents. Son goître était bilobé, assez volumineux. Il n'articulait que quelques mots, et encore ne le faisait-il qu'imparfaitement. Son intelligence, peu développée, ne lui avait permis d'apprendre ni à lire ni à écrire. Il avait toujours été dans l'impossibilité de comprendre le catéchisme; aussi n'avait-il pas pu faire sa première communion. Ses qualités affectives étaient peu développées; cependant il témoignait quelquefois un peu d'amitié à sa mère, mais il n'aimait pas son frère. Il n'avait jamais eu les maladies de l'enfance, telles que la rougeole, la scarlatine, etc. Il était lent, paresseux, et mangeait avec avidité toute espèce d'aliments.

Telle a été l'existence de ce crétin jusqu'au 10 mai dernier, jour où il fut mordu par un chien enragé. Une heure après cet accident, sa mère, ayant été avertie par une voisine que son enfant avait été mordu par un chien atteint de la rage et qui avait également mordu plusieurs chiens, le conduisit chez un pharmacien, qui se contenta de cautériser légèrement les morsures avec quelques gouttes d'ammoniaque.

Depuis ce moment jusqu'au 27 juillet suivant, on n'observa rien de particulier dans l'état d'Antoine Chauvet; mais ce jour-là, à onze heures du matin, il refusa de manger et de boire; il alla se coucher au soleil, et au bout de deux heures tous les symptômes de la rage se déclarèrent.

Dès les premiers symptômes de l'hydrophobie, Chauvet, au grand étonnement de sa mère et des personnes qui l'entouraient, au nombre desquelles étaient le médecin et le pharmacien, parla avec une bien plus grande facilité qu'il ne l'avait jamais fait. Ce crétin, qui ne répondait ordinairement qu'avec difficulté, en n'articulant difficilement que quelques mots, adressait alors fréquemment la parole à tous ceux qui l'entouraient, et racontait les souffrances qu'il éprouvait. Dans les intervalles des crises, il appelait sa mère et son frère, leur témoignait par de vives caresses combien il les aimait, et les priait de ne pas le laisser seul.

Le 28, à six heures du matin, après avoir passé une nuit très agitée, pendant laquelle il fut de toute impossibilité de lui faire avaler la moindre quantité de liquide, Chauvet demanda à diverses reprises qu'on allât chercher le curé de sa paroisse. Le prêtre arriva vers les huit heures du matin. Aussitôt qu'il eut été introduit près du malade, celui-ci se plaignit amèrement et en pleurant de ce qu'il n'avait pu apprendre le catéchisme.

Vers les trois heures du soir, la violence des crises parut se calmer. Pendant tout le temps que dura ce calme, ou, mieux, cette dépression des forces, l'intelligence ne fut plus aussi développée.

Le 29, vers minuit, les crises revinrent, et avec elles l'intelligence redevint plus lucide. Il adressait de fréquentes questions aux hommes chargés de le veiller, les priant d'éteindre la lumière, qui lui faisait éprouver de violentes douleurs dans la tête, leur déclarant qu'ils ne devaient rien craindre, qu'il ne les mordrait pas. En effet, depuis les premiers symptômes de sa maladie jusqu'à sa mort, il ne manifesta jamais l'intention de mordre.

Les journées des 30 et 31 juillet se passèrent de même, ses crises revenant par intervalles, accompagnées de vives douleurs, telles que les éprouvent les hydrophobes, et son intelligence toujours lucide.

Le 1er août, vers les sept heures du matin, il survint un délire aigu pendant lequel le malade parla fréquemment et avec volubilité, citant parfois, mais sans suite, des faits passés depuis plusieurs années, et auxquels il n'avait jamais paru prendre la moindre part. Ce délire dura jusqu'au soir, et fit place à un coma profond qui dura jusqu'à cinq heures du matin du 2 août, jour où il mourut.

Amputation de la langue. — M. Maisonneuve communique la relation d'une amputation de la langue avec conservation de la parole. (*Voir* le numéro du 20 octobre.) (Commissaires: MM. Roux et Velpeau.)

Sécateur trilame de l'urètre. — M. Favrot soumet au jugement de l'Académie un instrument qu'il a imaginé pour certains cas de rétrécissements de l'urètre. (*Voir* le même numéro.) (Commissaires: MM. Velpeau et Civiale.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

La prochaine séance de l'Académie de médecine aura lieu mercredi prochain, au lieu de mardi, à cause de la fête de la Toussaint.

— M. le professeur Kramer est mort dans les derniers jours de septembre dans sa terre de lac de Cosme.

— Selon le journal médical et chirurgical de Boston, il existe à Fairhaven un homme, James Webb, âgé de quarante-huit ans, qui, depuis son bas âge, souffre d'une soif perpétuelle. Dans les circonstances ordinaires, trois litres d'eau par jour suffisent à peine à cet homme pour sa consommation, et il ne pourrait pas passer la nuit sans avoir auprès de lui un sceau d'eau bien plein. C'est en s'ingurgitant cette grande quantité d'eau froide que M. Webb parvient à se maintenir en bonne santé sans se noyer l'estomac.

AVIS. — Les personnes qui désirent faire un cours à l'Ecole pratique pendant le semestre d'hiver sont prévenues que la réunion pour le choix des heures et des amphithéâtres aura lieu samedi prochain, 29 octobre, à midi, à l'Ecole de médecine.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Cours théorique et clinique de pathologie interne et de thérapie médicale, par M. E. GINTRAC, professeur et directeur de l'Ecole de médecine de Bordeaux, etc. — 3 vol. grand in-8 de 2,250 pages. Prix: 21 fr.

Traité de chimie pathologique appliquée à la médecine pratique, par M. Alf. BECQUEREL, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital de Lourcine, etc., et par M. le docteur M.-A. RODIER. — 1 vol. in-8 de 648 pages. Prix: 7 fr.

Ces deux ouvrages se trouvent chez Germer Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17, à Paris.

Des besoins morbides du système vivant, considérés au point de vue du diagnostic et du traitement; par H. BARRET, D.-M. Prix: 2 fr. — Paris, G. Baillière, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Traité complet des maladies syphilitiques, ou Etude comparée de toutes les méthodes qui ont été mises en usage pour guérir ces affections. Un vol. de 800 pages, avec 25 gravures coloriées. 2e édit. Prix: 6 fr. PAR GIRAUDEAU DE SAINT-GERVAIS, chevalier de la Légion d'honneur, docteur en médecine, etc.

Etude et traitement des maladies de la peau, par le même auteur. Un vol. de 700 pages avec gravures. Prix: 6 fr.

Ces deux ouvrages se trouvent chez Germer Baillière, éditeur, 17, rue de l'Ecole-de-Médecine, à Paris.

LE SOUD.

Paris. — Typographie de PLON frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 128. — SAMEDI 29 OCTOBRE 1853. (26e ANNÉE.) N° 128. — SAMEDI 29 OCTOBRE 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE.	Trois mois.	8 fr. 50 c.
	Six mois.	16 »
	Un an.	30 »
GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES.	Trois mois.	9 fr.
	Six mois.	17
	Un an.	33
ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR.	Trois mois.	10 fr.
	Six mois.	20
	Un an.	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

SOMMAIRE. — Paris. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Appréciation critique des procédés d'exploration dans les maladies de l'utérus. — Emploi de la vératrine dans un cas de pleurésie diaphragmatique aiguë. Influence notable de cet agent sur le mouvement fébrile. — Abcès et infection purulente consécutivement à une luxation sus-pubienne du fémur. — HÔPITAL SAINT-ANTOINE (M. Chassaignac). De la tumeur lacrymale commençante et de son traitement. — Vice de conformation du vagin. — De l'éthérisation dans la chirurgie vétérinaire. — Des bains et des lotions de guano dans les maladies cutanées. — Influence de l'emprisonnement cellulaire de Mazas sur la santé des détenus. — Chronique et nouvelles. — FEUILLETON. Histoire naturelle des végétaux parasites qui croissent sur l'homme et les animaux vivants.

PARIS, LE 28 OCTOBRE 1853.

Quelques journaux ont annoncé une diminution dans le chiffre des décès par le choléra à Londres. Nous ne savons où ils ont puisé ces renseignements. Dans la dernière semaine, au contraire, c'est-à-dire du 15 au 22 octobre, cette mortalité a augmenté d'une manière bien sensible; de 45, elle s'est élevée à 83.

Rapport officiel du Registrar's office (semaine du 15 au 22 octobre.)

Mortalité générale.	1,054
— due au choléra.	83
— due à la diarrhée	45
— due à la dyssenterie.	3

40 individus mâles et 43 du sexe féminin ont succombé au choléra asiatique. Sous le point de vue topographique, ils ont été répartis comme il suit : district de l'ouest, 2; du nord, 5; du centre, 3; de l'est, 24; du midi, 49.

Sous le rapport de l'âge :

Au-dessous de 5 ans, 18; de 5 à 10 ans, 4; de 10 à 20 ans, 7; de 20 à 30 ans, 14; de 30 à 40 ans, 16; de 40 à 60 ans, 15; de 60 ans et au-dessus, 9.

Observations météorologiques.

Hauteur moyenne du baromètre. . 29 p. 3. = 74,4° centigr.
— du thermomètre. 48,6. = 9° centigr.
Vents du sud-ouest.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Appréciation critique des procédés d'exploration dans les maladies de l'utérus.

M. le professeur Malgaigne signalait dernièrement dans une leçon clinique les inconvénients qui peuvent résulter de l'emploi trop exclusif du spéculum dans le diagnostic des maladies de l'utérus. Assurément, disait-il, le spéculum peut rendre de grands services; mais il faut convenir qu'il en a été fait un abus déplorable. C'est qu'en effet le sens de la vue ne saurait dans beaucoup de cas remplacer les appréciations du toucher, et à l'examen direct par les yeux les lésions que l'on aperçoit, quelque minimes qu'elles soient, fixent seules l'attention et font négliger un examen plus approfondi.

Une femme, par exemple, est atteinte d'un engorgement du col; le doigt ferait très bien reconnaître la forme exacte de la partie, son degré de développement, sa consistance, sa température, etc., toutes choses très importantes pour le traitement. Eh bien! on applique le spéculum. Voilà déjà le col déformé par l'application de l'instrument : on voit quelques rougeurs et assez souvent de légères exulcérations sur la lèvre inférieure. Dès lors le diagnostic est fixé : ulcérations du col de l'utérus. Quel rôle n'a-t-on pas fait jouer à ces trop fameuses ulcérations! Et pourtant elles n'ont absolument aucune importance par elles-mêmes. Le produit de la sécrétion catarrhale de l'utérus chroniquement enflammé coule sur la lèvre postérieure du museau de tanche, l'irrite et l'excorie absolument comme dans le coryza le mucus nasal irrite et excorie la lèvre supérieure au-dessous du nez. Ces exulcérations s'accompagnent parfois de petites inégalités, que l'on regarde comme un bourgeonnement morbide du col, et on cautérise. Pourquoi cautériser? Il n'y a pas là de maladie réelle, mais quelques accidents symptomatiques d'une affection inflammatoire de l'utérus. Traitez celle-ci, et les désordres locaux disparaîtront d'eux-mêmes.

Très souvent vous êtes consulté par une femme qui se plaint de douleurs vives dans la région de l'utérus; vous ne manquez pas d'appliquer immédiatement le spéculum. Qu'il y ait la moindre rougeur, la moindre excoriation, accidents si communs sur les muqueuses où l'épithélium est très délicat, et vous croyez avoir la clef des symptômes éprouvés par la malade. De là un traitement spécial, cautérisations, injections, etc. Les rougeurs disparaissent, l'ulcération se ferme; vous pensez que tout doit être terminé; il n'en est rien cependant. C'est qu'en effet très souvent il s'agit réellement d'un déplacement de l'utérus : une antéversion ou une rétroversion, plus souvent la première que la seconde. Le toucher vous l'eût appris; vous avez donc commis une erreur assez grave de diagnostic, et c'est le spéculum qui vous a trompé.

En voici un exemple bien frappant :

Lorsque je pris le service que je dirige actuellement, je fus consulté par une femme qui éprouvait depuis longtemps des douleurs très vives, que, d'après l'examen au spéculum, on avait cru devoir attribuer à des ulcérations du col utérin; les ulcérations avaient cédé, comme il arrive toujours, et on l'avait renvoyée guérie. Eh bien! dis-je à cette femme, vous êtes donc guérie? — Assurément, me répondit-elle, je suis guérie, mais seulement de l'ulcère. — Pour quoi êtes-vous entrée? — Pour des douleurs. — Et ces douleurs, vous les avez toujours, malgré la guérison de l'ulcère? — Toujours. — Et aussi fortes? — Aussi fortes. Je l'interroge avec soin; j'apprends que, couchée, elle ne souffrait pas. Je touche : il y avait antéversion. La cause des douleurs n'était désormais plus un secret; je lui fais porter une ceinture, et cette fois elle sort guérie, mais bien réellement guérie.

Comment avait-on pu être induit en erreur? Le voici : quand on applique le spéculum, la femme est couchée sur le dos; dans cette position, l'utérus se réduit de lui-même, et, d'ailleurs, en allant chercher le col avec l'instrument dans la direction de la rosace vaginale, on oublie qu'il a fallu incliner le spéculum plus en arrière ou plus en avant que de coutume et que par conséquent le col est dévié, ce qui veut dire que le corps l'est aussi et en sens inverse. C'est assurément là une source très fréquente d'erreur.

Lors de la grande discussion académique qui eut lieu en 1852 sur les affections de l'utérus, M. Velpeau avança cette proposition que généralement on méconnaissait les antéflexions et les rétroflexions de l'utérus. Dès le lendemain matin, j'examinai toutes les femmes atteintes de maladies de la matrice que j'avais dans mon service, et je trouvai deux de ces déviations que j'avais méconnues, plus, à ce que je crus d'abord, une troisième; mais, comme je vais vous le dire, je reconnus bientôt mon erreur.

Dans les cas où l'utérus est seulement incliné, le toucher vous instruit promptement de la situation de l'organe; le col est rencontré dirigé en arrière. Vous suivez le corps, et vous reconnaissez bientôt que le fond regarde en avant : il y a antéversion. Si le col est en avant, le corps est en arrière; cela est facile à constater. Mais quand l'utérus est infléchi sur lui-même, le col reste souvent dans l'axe du vagin. Au toucher, on le rencontre à sa place ordinaire, et l'on ne pousse pas plus loin son investigation. C'est un tort, car on peut ainsi commettre une grave erreur de diagnostic, en ne constatant pas l'existence d'une inflexion. Il est quelquefois assez difficile de circonscrire le corps de l'utérus, surtout quand l'organe est situé un peu haut. Le doigt n'y atteint que difficilement; les autres doigts, retenus par le plancher périnéal, l'empêchent de pénétrer à une profondeur suffisante. Dans ce cas, il faut se faire pousser le coude; on peut alors refouler le périnée et atteindre le corps. Un bon moyen encore, c'est de toucher la femme accroupie. Alors le poids des viscères fait descendre l'utérus; le chirurgien

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Histoire naturelle des végétaux parasites qui croissent sur l'homme et les animaux vivants; par M. le docteur Ch. ROBIN, agrégé de la Faculté.

Il y a sept ans environ, M. Robin présentait à la Faculté des sciences une thèse pour le doctorat sous ce titre : *Des végétaux qui croissent sur l'homme et les animaux vivants*. Cette thèse, remarquable à plus d'un titre, se composait de recherches propres à l'auteur suivies d'un résumé rapide de plusieurs travaux dus à d'autres savants, principalement à des étrangers. Un mémoire de cette importance n'était pas, comme il n'arrive que trop souvent, l'accomplissement d'une formalité indispensable pour obtenir un diplôme; il dénotait un observateur sérieux, un homme d'intelligence et de savoir, auquel étaient familiers tous les procédés d'observation. Dès cette époque, M. Ch. Robin, agrégé à la Faculté de médecine, s'était déjà fait une position honorable dans le monde scientifique.

Depuis lors, et concurremment avec d'autres travaux d'une importance non moins grande, il n'a cessé de poursuivre ses études sur les végétaux parasites, et le livre qu'il publie aujourd'hui est une monographie bien complète comprenant l'histoire de tous les végétaux parasites des êtres organisés vivants. On comprend facilement que pour atteindre ce but l'auteur a eu besoin d'exposer, en même temps que ses propres recherches, celles de tous les auteurs qui ont écrit sur le même sujet, de discuter leurs opinions, d'examiner attentivement, de rectifier quelquefois, d'après sa propre expérience et son observation, leurs descriptions, leurs dessins. Ceux qui liront cette œuvre nouvelle se convaincront bientôt qu'il a été sur beaucoup de points plus complet que la plupart de ses devanciers.

Un mot d'abord sur la méthode qu'a suivie M. Robin. L'histoire naturelle de chaque espèce contient :

1° La diagnose ou description taxonomique;

2° L'anatomie ou étude de la structure;

3° L'étude du milieu dans lequel le végétal vit, celle des conditions extérieures qui en permettent l'accroissement;

4° L'étude des phénomènes de nutrition, de développement et de reproduction qu'elle présente dans ces conditions, ou physiologie de l'espèce;

5° L'examen de l'action que le parasite exerce sur l'animal même qui le porte et lui sert de milieu ambiant;

6° Enfin, l'historique ou examen des travaux publiés sur le même sujet.

Sans un ordre uniforme et bien déterminé pour tous les êtres que l'on se propose d'étudier, la constitution de la science est impossible; bien des faits importants échappent, bien des détails intéressants ou même nécessaires sont omis. Le manque de méthode est une des principales raisons qui rendent compte de l'imperfection du travail d'observateurs même distingués. Sous ce rapport, on n'aura que des éloges à donner à M. Robin, qui s'est depuis longtemps placé au premier rang des esprits les plus nets, les plus précis.

Le livre commence par des prolégomènes fort étendus, dans lesquels l'auteur examine un sujet qui se rapporte, non plus directement à l'histoire naturelle des végétaux parasites, mais à celle de tous les êtres organisés. Ce sont des considérations générales de la plus haute portée, destinées à servir de guide pour la description de chaque espèce envisagée isolément, et à prouver que cette description embrasse tout ce que peut offrir à étudier un organisme quelconque.

Les prolégomènes sont divisés en trois parties :

Dans la première, l'auteur s'est proposé de démontrer qu'il y a, pour les corps organisés du moins, une distinction nette entre les questions générales abstraites, ou communes à tous les êtres, formant ce qu'il appelle la *biologie abstraite* et la *biologie concrète*, comprenant les questions concrètes relatives à un seul objet ou à un certain nombre seulement; de plus, il établit également une distinction entre la notion d'*activité*, condition indispensable de tout corps existant, et celle de *vitalité*, mode d'activité spéciale de tout corps organisé placé dans un milieu convenable.

Dans la seconde, il passe en revue les divers ordres de questions abstraites elles-mêmes qui doivent servir de guide intellectuel dans l'étude de chaque être ou de chaque groupe, et qui sont relatives à l'anatomie, à la biotaxie, à la science ou théorie des milieux, à la physiologie.

Le troisième article des prolégomènes traite de l'anatomie et de la physiologie des éléments organiques des végétaux. « On comprendra, » dit l'auteur, que, dans un ouvrage où il est question de cryptogames » représentés souvent par une seule cellule, il importe d'être fixé sur » les caractères de celle-ci en général. » De plus, il était essentiel de comparer les éléments anatomiques des plantes à ceux des animaux; or rien n'existait qui pût remplir ce double but, sauf peut-être un traité allemand sur la cellule végétale.

Ici se terminent les prolégomènes, qui sont une véritable philosophie de la science anatomique et physiologique, dignes d'être étudiés avec une attention toute particulière, et que nous reprocherions à l'auteur d'avoir déguisés sous un titre trop modeste si dès l'abord la simple énumération des matières qu'ils contiennent n'indiquait leur importance et ne les désignait aux méditations les plus sérieuses. Peut-être, dans cette partie du volume, pourrait-on reprocher à l'auteur de pousser quelquefois un peu loin cette tendance à l'abstraction qui rend, surtout dans le premier article, la lecture quelque peu difficile pour les esprits plus spécialement dirigés vers la pratique. Mais on arrive assez rapidement à saisir ce qui au premier coup d'œil paraît trop

met le genou gauche à terre et appuie son coude sur le genou droit, qui lui sert de point d'appui, tandis que la femme pèse sur la main qui pratique le toucher. Ce moyen permet également d'apprécier très exactement la situation des parties.

Il est dans les cas de rétroflexion une cause d'erreur dont il faut que vous soyez bien avertis : le col est dans l'axe du vagin ; mais en remontant vous sentez en arrière un corps dur et arrondi. Est-ce le fond de l'utérus infléchi et renversé en arrière, il faut toucher par le rectum ; car il peut arriver que des matières fécales arrondies et endurcies, des scybales, comme on les appelle, se faisant sentir à travers le vagin, soient prises pour le corps utérin réfléchi. Cela m'est arrivé chez une des trois femmes dont je vous parlais il n'y a qu'un instant. J'avais bien cru reconnaître une rétroflexion ; mais un purgatif, que j'administrai à dessein, fit disparaître la prétendue incurvation, et je pus constater combien il est facile d'être induit en erreur dans ces explorations. Quelle est, au total, la part réelle du spéculum dans ces différents cas ? Très petite assurément ; et à moins que mon doigt ne rencontre sur le col utérin des inégalités, des crevasses, je m'en abstiens. Mais si je trouve des désordres très marqués, alors je regarde.

Il est d'ailleurs une circonstance qu'il faut bien avoir présente à l'esprit quand on applique le spéculum : l'introduction de cet instrument n'est pas parfaitement innocente ; il distend douloureusement le vagin et le col de l'utérus. Or, quand il y a là une inflammation chronique, on l'avive certainement à chaque introduction. J'ai vu ainsi éterniser par des explorations réitérées des affections qui eussent guéri en peu de temps par le repos et les antiphlogistiques.

Conclusion : il faut restreindre beaucoup l'emploi du spéculum, ne l'appliquer que dans les cas où le toucher vous avertit de lésions que ce dernier ne suffit pas seul à faire reconnaître, et répéter cette exploration le moins souvent possible.

Emploi de la vératrine dans un cas de pleurésie diaphragmatique aiguë. Influence notable de cet agent sur le mouvement fébrile.

Nous avons fait connaître récemment les résultats obtenus par l'emploi de la vératrine dans le rhumatisme articulaire aigu. Ces succès dans une maladie essentiellement pyrétique ont suscité à plusieurs praticiens l'idée d'en essayer l'usage dans diverses affections fébriles. Il semble être résulté de ces essais, faits d'abord en Amérique, répétés ensuite en France, que la vératrine jouirait d'une propriété sédative des plus prononcées sur la circulation, laquelle en rendrait l'usage particulièrement indiqué contre l'état fébrile proprement dit, de quelque lésion ou de quelque état morbide qu'il dépende.

M. le docteur Aran a fait à cet égard une série d'expériences dans des cas de pneumonie, de pleurésie, de fièvre typhoïde, etc., dont les résultats nous ont paru dignes d'attention.

L'effet le plus constant et le plus remarquable de l'emploi de la vératrine est un ralentissement très marqué du pouls et de la respiration, un abaissement notable de la chaleur, un affaissement plus ou moins prononcé des forces, et enfin quelques phénomènes qui indiquent aussi un retentissement de cet agent sur le système nerveux et sur les voies digestives, qui paraissent en être légèrement irritées. On comprend ce que ce concours d'effets, maintenu dans de sages limites, peut avoir d'utile dans des affections phlogistiques, où l'élément fébrile, l'élévation de la chaleur et l'accélération du pouls et des mouvements respiratoires sont les principaux éléments. Aussi est-ce dans les pneumonies principalement que l'action de la vératrine nous a paru être le plus utile. En effet, dans la pneumonie en général, non-seulement le mouvement fébrile a été notablement modéré par l'emploi de la vératrine, mais la résolution de la phlegmasie pulmonaire s'est faite plus rapidement. C'est ce que nous avons constaté plusieurs fois, notamment ces jours derniers chez un sujet affecté d'une pneumonie du sommet à droite, et chez lequel le douzième ou le treizième jour environ il n'existait plus la moindre trace de l'affection. Ces effets ont paru surtout remarquables sur les vieillards, chez lesquels la vératrine a paru faire rapidement justice des accidents généraux et locaux, après que la saignée et l'emploi du tartre stibié n'avaient produit aucune amélioration.

Ce que nous venons de dire de la pneumonie, on le pourrait dire aussi de la pleurésie. Nous nous bornerons, pour le moment, à rapporter le fait suivant, dont nous avons été témoin, et dans lequel l'influence de la vératrine sur le mouvement fébrile ne nous a pas paru douteuse.

Un jeune homme de vingt et un ans est entré dans le service de M. Louis le 7 octobre, malade depuis le lundi (3 octobre) ; il avait été pris, à quatre heures du matin, d'un point de côté à la partie inférieure et latérale gauche du sternum, bientôt suivi d'un frisson très violent, qui l'a obligé à se coucher ; il a eu, en outre, quelques nausées et un peu de céphalalgie ; point de toux.

A son entrée à l'hôpital, on constate ce qui suit :

La pression est très douloureuse dans un espace circonscrit en haut par la septième côte, en bas par la dixième ou la onzième, en avant par le sternum, en arrière par le rachis. La percussion ne donne rien en avant ; mais en arrière, à la base, du côté gauche, le son est plus obscur, et il y a moins d'élasticité que dans le point correspondant du côté opposé. La respiration y est très affaiblie, elle est saccadée. A l'inspection du thorax, le diaphragme ne se meut plus. Point de bruit de frottement ; pas de bronchophonie. En faisant mettre le malade à quatre pattes, la matité semble se déplacer ; mais la différence est peu notable. Chaleur vive ; pouls plein (104) ; 28 respirations par minute. Pas de céphalalgie.

Le 8, à la visite du matin, on prescrit huit ventouses scarifiées ; potion avec vératrine, 0,05, en six cuillerées de deux en deux heures ; tisane pectorale.

Le 9, la douleur est très diminuée ; le malade la ressent en dedans du mamelon. La respiration, arrêtée par la douleur, est saccadée. A la base gauche, il y a de la matité et un défaut d'élasticité ; bronchophonie considérable avec un caractère chevrotant ; pas de souffle. A la percussion, dans la position horizontale du tronc, la sonorité reparaît à la base ; quelques râles sibilants en avant. Rien au cœur. Une légère différence de sonorité sous les clavicules ; le son est un peu plus aigu à gauche. Langue très humide. Pouls médiocrement développé, à 80. Le malade n'a pas vomi sous l'influence de la vératrine. — Tisane pectorale ; dix cuillerées de vératrine de 0,005 chaque ; dix ventouses scarifiées à la base gauche en avant.

Le soir, la douleur a presque complétement disparu (20 respirations) ; chaleur modérée ; pouls à 80 ; langue humide.

Le 10, pas du tout de chaleur ; 68 pulsations ; matité avec bronchophonie. Le malade n'a pris la veille que six cuillerées, c'est-à-dire 0,03 ; il n'en prendra que quatre cuillerées.

Le 11, respiration très faible ; à la base, à gauche, pas de chaleur ; le pouls est descendu de 60 à 64 environ.

A dater de ce moment, l'épanchement se dissipe graduellement, et le pouls descend successivement à son type normal.

Le malade sort guéri le 17 ou 18 octobre, après dix ou onze jours de traitement environ.

Abcès et infection purulente consécutivement à une luxation sus-pubienne du fémur.

La *Gazette des Hôpitaux* a rendu compte dans son numéro du 10 septembre d'un cas de luxation sus-pubienne du fémur gauche qui s'était présenté à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Gosselin. On se rappelle que la réduction, après avoir été inutilement essayée au moyen de la demi-flexion, avait été facilement obtenue par les tractions horizontales. Des phénomènes graves sur lesquels M. Gosselin a plusieurs fois appelé l'attention des élèves sont survenus depuis cette époque, et se sont terminés par la mort.

Quelques jours après la réduction, et au moment où tout faisait espérer une guérison complète, le malade fut pris de douleurs avec gonflement et rougeur dans la région inguinale. Bientôt la fluctuation devint évidente, et une incision fut nécessaire. M. Gosselin la pratiqua en dedans des vaisseaux fémoraux, qui étaient soulevés par le foyer, et parallèlement à eux. Un pus phlegmoneux de bonne nature s'écoula, et l'on reconnut avec le doigt que le foyer était profond.

M. Gosselin annonça dès lors que le pronostic était grave, parce qu'il était très probable, quoiqu'on n'eût pu s'en assurer positivement, que l'abcès communiquait avec l'articulation coxo-fémorale. Cependant l'état général restait bon, et le malade pouvait exécuter dans son lit des mouvements sans souffrir. Il n'y avait pas de douleurs dans le genou ; le bassin était légèrement abaissé, ce qui donnait au membre l'apparence d'abaissement qu'on observe si souvent dans les maladies de la hanche.

Douze jours après la première incision, un nouveau foyer se forma au voisinage de l'épine iliaque antérieure et supérieure, et nécessita une seconde incision.

Quelques jours plus tard, une troisième incision devint nécessaire. Cette fois le malade fut mécontent et violemment irrité. Il fallut recourir au chloroforme pour le faire consentir à l'opération. A partir de ce moment il resta inquiet et malaise.

Dans les premiers jours d'octobre, c'est-à-dire environ trente jours après l'accident et après la réduction qui avait eu lieu le 6 septembre, il fut pris d'une fièvre continue, avec prostration, sécheresse de la langue, et bientôt teinte ictérique de la peau, toux et crachats sanguinolents. En même temps, une douleur sourde de la cuisse et la sensation d'un cordon sur le trajet des vaisseaux fémoraux firent penser qu'il y avait phlébite de la veine fémorale, et quoique les frissons n'eussent pas été observés, M. Gosselin n'hésita pas à prononcer qu'il y avait infection purulente, et que peut-être la colère et l'état moral du malade au moment de la dernière incision n'étaient pas étrangers au développement de cette grave maladie.

La mort eut lieu le 18 octobre, quarante-trois jours après l'accident.

On trouva un foyer purulent qui occupait la portion profonde de l'aine et la région iliaque, et qui communiquait avec l'articulation par la déchirure non encore cicatrisée de la capsule. Cette déchirure correspondait à la partie antérieure et interne, et était à peu près verticale. Les cartilages n'étaient pas malades ni décortiqués ; le ligament rond était complétement déchiré, le paquet adipeux cotyloïdien peu gonflé. La veine fémorale était obstruée par un caillot sanguin peu adhérent, et ne contenait pas de pus. Mais plusieurs des veines de second ordre qui avoisinaient le foyer purulent, et particulièrement les épigastriques et la circonflexe iliaque, en renfermaient. Il y avait des abcès métastatiques volumineux dans le foie et les deux poumons.

Cette observation nous offre donc un exemple assez rare d'abcès

---

ardu, et le talent d'exposition de l'auteur, la déduction logique de ses raisonnements sont tels que l'on se surprend bien vite à trouver un véritable attrait dans ce qui semblait devoir être presque une fatigue.

Ce n'est qu'après ces prolégomènes étendus que commence à proprement parler l'histoire des végétaux parasites ; elle se divise en deux sections : l'une consacrée à l'étude générale de ces productions, suivant l'ordre que nous avons indiqué au commencement de ce compte rendu ; l'autre à la description particulière des espèces. Revenons un instant à la première section, celle des généralités.

Nous avons dit que M. Robin avait établi six chefs principaux, dans lesquels il fait rentrer tout ce qui touche à l'histoire des végétaux parasites des animaux vivants. Il commence par la biotaxie ou taxonomie, qui a pour but la coordination hiérarchique de tous les organismes connus en une série générale. La biotaxie suppose comme l'anatomie, quant aux faits les plus généraux. C'est là que l'on trouvera la classification botanique des végétaux parasites, et leur répartition dans les groupes naturels auxquels ils appartiennent. Dans la deuxième, ou partie anatomique, sont examinés tous les ordres d'organes dont sont formés les cryptogames inférieurs. Cette partie est d'autant plus essentielle qu'elle peut servir de guide pour la description des espèces de parasites qui n'ont pas encore été observées.

La troisième partie contient l'étude du milieu dans lequel se développent les végétaux parasites, celle des conditions qui favorisent leur accroissement ou leur sont nuisibles. Cette étude du milieu se compose : de l'examen du *sol*, ou partie qui fournit les principes immédiats servant à la nutrition, ou qui reçoit ceux qui ont servi ; l'examen du milieu gazeux ; enfin celui de l'influence des agents physiques. Pour le dire en passant, le milieu solide est celui dont les conditions sont les plus importantes. Le milieu gazeux paraît à peu près indifférent. Mais M. Robin s'est longuement étendu sur l'influence que peuvent avoir les modifications que l'on imprime au milieu dans un but thérapeutique ; et ici il a fait usage des recherches récemment publiées par M. Bazin sur la nature et le traitement des diverses espèces de teignes.

A l'occasion de cette troisième section, M. Robin a déduit assez longuement les raisons qui l'ont porté à bannir de son livre les dénominations proposées par quelques auteurs d'après le milieu dans lequel on les trouve. Une des principales est celle-ci : qu'il serait nécessaire de créer un trop grand nombre de noms nouveaux pour indiquer par un terme spécial exact chacun des cas offerts par les diverses espèces de végétaux parasites. « Or, dit-il, dans une question si peu étendue, » au milieu de toute l'histoire naturelle, c'eût été jeter plus de trouble » que de clarté que de vouloir créer un mot pour chaque phénomène. » On arriverait ainsi bien vite à cet état dont nous offrent des exemples » plusieurs subdivisions de l'histoire naturelle, qui se trouvent plus » riches de mots que de faits réellement différents, pour avoir été » considérées comme sciences fondamentales et étudiées à l'exclusion » des autres. »

La quatrième partie est consacrée à l'étude des phénomènes de nutrition, de développement et de reproduction de ces cryptogames. La cinquième et dernière, l'une des plus importantes, principalement au point de vue pratique, est celle qui traite la réaction de l'être organisé parasite sur le milieu dans lequel il vit, c'est-à-dire sur l'animal qui le porte, et réciproquement. L'auteur suit le parasite depuis sa germination jusqu'à son développement complet, en décrivant et discutant les divers phénomènes de transport et de pénétration des sporules. Ici, M. Robin insiste sur la différence qui existe entre l'absorption et la pénétration, qui ont été trop souvent et bien à tort confondues l'une avec l'autre. Dans le cas d'absorption, c'est le corps entrant du dehors en dedans qui traverse molécule à molécule une matière qui ne change pas, et qui souvent s'unit en partie à la matière traversée. Dans le cas de pénétration, au contraire, c'est le corps traversé qui disparaît, molécule à molécule, devant le corps qui pénètre, tandis que celui-ci change de place et non d'état. On aurait donc, nous le répétons, le plus grand tort de confondre ces deux phénomènes si distincts. Ce chapitre se termine par des considérations sur l'hypothèse en vertu de laquelle les végétaux parasites ont été souvent regardés comme cause d'épidémie, hypothèse que M. Robin croit dénuée de tout fondement et il le prouve dans une autre partie de son livre, à l'occasion des déjections des cholériques, qu'il a nombre de fois examinées au microscope avec la plus minutieuse attention.

Après ces généralités vient l'histoire particulière des espèces faite dans le plus grand détail, et dans laquelle on conçoit facilement qu'il nous est impossible de suivre l'auteur.

L'ouvrage est terminé par un appendice où sont étudiées les différentes espèces de corps ou de matières pris pour des végétaux parasites des animaux vivants, et qui n'en sont réellement pas. C'est ici que se trouvent les analyses des déjections des cholériques, et l'examen des poussières du corps de quelques insectes pris pour des végétaux croissant sur ces animaux.

Un magnifique atlas de 15 planches représentant les diverses espèces de végétaux parasites, leurs dispositions microscopiques, leur aspect sur les animaux qu'ils attaquent, complète l'ouvrage. De cet atlas nous ne dirons rien, sinon que le fini, le luxe de la gravure et du dessin en font une œuvre d'art qui cesse d'étonner lorsqu'on a lu le nom des artistes qui ont concouru à son exécution. M. Baillière nous a du reste depuis longtemps accoutumé à ces merveilles, et les planches des traités de Ponchet, de Sichel, etc., nous avaient prouvé que l'intelligent éditeur ne reculait devant aucun sacrifice pour rendre l'exécution matérielle de ses livres digne de leur importance scientifique.

M. Robin vient, par cette publication, d'acquérir de nouveaux droits à l'estime du monde savant, et de se créer un titre de plus, qui à l'occasion ne sera point oublié par la Faculté, jalouse de s'associer toutes les intelligences d'élite.

Dr A. Foucart.

et d'infection purulente consécutivement à une luxation sus-pubienne du fémur.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. CHASSAIGNAC.

De la tumeur lacrymale commençante et de son traitement.

Le traitement de la tumeur lacrymale commençante est, pour ainsi dire tout entier à instituer.

Nous ne parlerons pas des moyens par lesquels on combat l'inflammation aiguë du sac lacrymal. Si ces moyens ne sont pas très puissants, du moins sont-ils rationnels; et à ce titre, ils doivent rester dans la pratique. Il n'en est pas de même de ceux qui ont été opposés à cette forme lente et comme insidieuse d'un grand nombre de tumeurs lacrymales commençantes, qui offrent pour ainsi dire l'état chronique d'emblée.

Ce genre de tumeur lacrymale ne s'annonce généralement que par une saillie au-dessous du grand angle de l'œil dans le lieu correspondant au sac lacrymal. La saillie existe sans changement de couleur à la peau. Les inconvénients de la tumeur à cette première période, qui peut persister pendant de longues années sans aggravation notable, sont : la sécheresse de la narine correspondante, un peu de larmoiement, et le besoin qu'éprouve le malade de comprimer de temps en temps avec le doigt la petite tumeur, pour faire refluer par les points lacrymaux, et quelquefois pour chasser de haut en bas, dans la narine, la goutte de muco-pus que renferme le sac lacrymal légèrement dilaté. Le malade est sollicité à cette manœuvre, en quelque sorte instinctive, par la gêne qu'il éprouve à la région lacrymale.

Il serait grandement à désirer qu'on trouvât dans la pratique des moyens efficaces pour enrayer cette première période de la maladie; car ce serait guérir préventivement la fistule lacrymale chez un très grand nombre d'individus. En effet, si nos observations ne nous ont point trompé, l'immense majorité des fistules lacrymales reconnaîtrait pour cause originelle l'état dont nous venons de parler.

C'est à la méthode de Laforêt que nous avons demandé les moyens d'agir directement sur l'état pathologique dont il est ici question.

Laforêt a dû à sa méthode de désobstruction des succès réels. Cependant, soit difficulté trop grande dans l'exécution du cathétérisme inféro-supérieur, soit insuffisance dans les moyens de projection des liquides injectés, cette méthode est peu à peu tombée en désuétude; et quand, de nos jours, un chirurgien du plus grand mérite, M. Gensoul (de Lyon), est revenu à l'usage du cathétérisme inféro-supérieur, ç'a été pour dilater ou pour cautériser, mais non pour faire des injections, le moyen principal de traitement.

Lorsque M. Chassaignac a repris la question au point de vue des injections naso-lacrymales, il a cru devoir procéder d'abord par des essais sur le cadavre, et il n'a pas tardé à reconnaître que la sonde de Laforêt, pas plus que celle de M. Gensoul, ne pouvait, du moins sans modification préalable, faire atteindre le but qu'on devait se proposer.

L'orifice par lequel se terminent ces deux instruments est nécessairement de petite dimension. Or, il faut savoir que, quand l'orifice d'un appareil à injection est très petit, le plus léger obstacle, la simple pression d'une fongosité ou d'un repli muqueux, suffit pour tenir en échec une force considérable employée à la propulsion du liquide. Cet inconvénient est encore plus marqué peut-être dans l'emploi de la sonde de M. Gensoul, qui avait paru préférable à M. Chassaignac, par la raison qu'elle pénètre plus avant vers le sac lacrymal que ne le fait celle de Laforêt. On a donc été forcé de reconnaître que la sonde de M. Gensoul ne pouvait se prêter à des injections efficaces; et, pour tout dire, à de véritables douches données par l'intérieur du sac lacrymal. Cela est facile à comprendre quand on fait attention à la courbure un peu plus prononcée de cette sonde, courbure qui fait porter inévitablement l'orifice de l'instrument contre la paroi muqueuse.

On se rendra encore mieux compte de l'insuffisance de cet instrument pour la propulsion des douches à l'intérieur du sac lacrymal, en répétant la petite expérience que voici : Introduisez dans la sonde de M. Gensoul une bougie élastique très fine, poussez-la comme si vous aviez l'intention de la faire sortir à travers la partie la plus élevée du sac lacrymal, et vous verrez que cette bougie, au lieu de remonter directement en haut, vient heurter latéralement contre les parois du sac.

Pour remédier à ce double obstacle que rencontrent le cathétérisme inféro-supérieur de la paroi la plus élevée du sac lacrymal et le jet du liquide qui s'arrête tout court au lieu de remonter vers les conduits lacrymaux, M. Chassaignac a modifié l'instrument de M. Gensoul par l'addition d'une fenêtre latérale pratiquée sur la convexité de la sonde, tout près de son extrémité terminale.

Au moyen de cette simple modification, il a été possible, d'une part, de faire pénétrer suivant la ligne verticale une bougie très fine venant porter contre la partie la plus élevée du sac. D'autre part, il a été possible de lancer directement et avec force contre les parois de celui-ci. Quant à l'agent de propulsion du liquide, il n'est autre qu'une pompe atmosphérique dont M. Chassaignac fait journellement usage dans sa pratique chirurgicale. Cet appareil permet d'employer une force considérable.

C'est donc à l'aide de ces dispositions qu'on a rendu possible un lavage réellement efficace dans l'intérieur du sac lacrymal, et l'usage des douches, qui, hors le cas d'oblitération, viennent sortir avec force par les points lacrymaux, et alors même qu'il y a obstruction incomplète de ces canaux, vient du moins baigner la surface de l'œil au lieu de jaillir à distance.

Une question très importante à élucider, eu égard au mode de traitement, c'est celle de l'obstacle que les valvules du canal lacrymo-nasal, si bien étudiées dans une publication récente de M. Foucher (*Arch. gén. de méd.*), pouvaient apporter à l'action des douches dans l'appareil lacrymal. Il semble que, quand la sonde ne pénètre pas à une profondeur suffisante, la propulsion du liquide perd de sa force, ce qui donne lieu de conclure que la forme de sonde qui pénètre le plus avant est la meilleure, et que, sous ce rapport, la sonde de M. Gensoul vaut mieux que celle de Laforêt. Du reste, il est une expérience que tout le monde fait sans en avoir la conscience bien distincte, et qui prouve que les obstacles au passage ascendant des liquides ou des gaz dans l'appareil naso-lacrymal ne sont pas très à redouter. L'expérience consiste à faire effort comme pour se moucher, les narines étant fermées, tandis que les paupières restent ouvertes; il n'est pas rare de sentir, en même temps que le passage de l'air dans la trompe d'Eustache, celui d'un liquide, peut-être d'un gaz, qui reflue à travers les conduits lacrymaux. Certains fumeurs émérites ont même la singulière faculté de faire refluer la fumée de tabac à travers les points lacrymaux. On se demande si certains corps étrangers contenus dans les cavités nasales, tels que le tabac en poudre, surtout quand il est très fin, ne pourraient pas, dans de violents efforts, pénétrer de bas en haut dans le sac lacrymal, y séjourner et donner lieu, par leur présence, à des accidents inflammatoires, voire même à l'origine de quelques tumeurs lacrymales.

Le premier effet du traitement par les douches inféro-supérieures est de faire tomber la rougeur et l'état inflammatoire des téguments et du sac lacrymal, de modifier d'une manière sensible la goutte purulente volumineuse que la pression sur le sac faisait sortir par les points lacrymaux avant le commencement du traitement. Cette goutte tend chaque jour à devenir de moins en moins considérable, et à présenter une prédominance progressive de l'élément muqueux sur l'élément purulent; en sorte que, de tout à fait blanche et opaque qu'elle était au début, elle passe à l'état louche, puis enfin à l'état complétement transparent.

VICE DE CONFORMATION DU VAGIN.

Le fait suivant, communiqué par M. le docteur Maunoir à la Société médicale de Genève, nous a paru offrir de l'intérêt.

On a assez souvent signalé des occlusions du col utérin, et plus souvent celle du vagin par des membranes transversales ou des cicatrices, suites de lésions traumatiques; mais nous ne connaissons rien d'analogue à ce fait, et sous ce premier rapport il nous a semblé digne d'attention.

Sous un autre point de vue, il porte en lui une leçon évidente et d'une importance majeure ; c'est qu'il ne faut jamais nous contenter de récits, de symptômes rationnels et de notions approximatives dès qu'il nous est permis de mieux faire et d'employer nos cinq sens au diagnostic des malades, car même alors ne reste-t-il pas assez de points obscurs ?

Si le chirurgien qui avait été consulté par Mme X... bien des années avant avait recherché les causes matérielles de stérilité, il aurait remplacé la cure de Baden par un coup de ciseaux, et cela à une époque de la vie où les chances de fécondité étaient bien plus grandes qu'à trente-neuf ans.

Les cas ne sont pas très rares dans les publications médicales de ces dernières années, où des déviations fort prononcées du col utérin, ou bien une trop grande étroitesse du conduit qui le traverse, ont paru être les causes qui avaient entretenu une stérilité de plusieurs années, puisque des grossesses sont intervenues dès qu'on est parvenu à remédier à ces vices de conformation ou de position. Or, n'est-il pas clair que, sans l'examen direct auquel on s'est livré, rien de tout cela n'eût été découvert et guéri ?

Le sujet de cette observation est une dame âgée de trente-neuf ans, grande, brune, bien colorée, un peu maigre, d'excellente santé, régulièrement menstruée, ayant des sœurs mères de plusieurs enfants. Cette dame, mariée depuis quelques années, n'avait elle-même jamais eu de grossesse, et sa stérilité faisait son malheur ainsi que celui de son mari.

Je n'étais point le premier auquel elle se fût adressée. Il y avait déjà longtemps qu'elle avait consulté les gens de l'art ; elle avait même fait, sans aucun résultat, une cure aux bains de Baden en Argovie.

Quand elle vint à moi, je lui dis qu'elle devait se soumettre à être examinée, chose à quoi elle eut assez de peine à consentir, cette proposition étant toute nouvelle pour elle ; néanmoins elle y accéda. Le toucher ne me révéla rien de particulier, sinon que je trouvai le museau de tanche fort petit, et que je ne pus pas sentir l'orifice du col, ce qui m'étonna beaucoup, cette dame n'ayant jamais eu de grossesse.

Je procédai à l'examen au moyen du spéculum. Je me servis d'abord du spéculum à quatre valves, qui fut introduit sans la moindre difficulté; mais je ne pus pas beaucoup écarter les valves, ce que j'expliquai encore par l'étroitesse du vagin assez naturelle chez une femme qui n'a pas eu d'enfant. Mais ce qui me parut fort étrange, ce fut de ne voir sur le col, qui était petit, arrondi, peu saillant et de couleur tout à fait naturelle, pas le plus léger pertuis pour communiquer avec l'intérieur de l'utérus ; j'absergeai avec le plus grand soin, je sortis le spéculum pour le réintroduire: même résultat ; c'était, à ce qu'il semblait, un col sans orifice. — Cette dame me répéta que les époques étaient fort régulières et même assez abondantes, et je l'engageai à subir un second examen au spéculum, en attendant pour cela le moment où les règles seraient venues ; je voulais tâcher de découvrir le lieu d'où elles sortaient.

Je réintroduis alors le même spéculum à quatre valves ; j'arrive sur le col et je le vois teint de sang, que l'instrument avait évidemment poussé devant lui ; j'essuie fort exactement, mais ne trouve pas plus d'orifice utérin que la première fois.

L'écoulement menstruel se faisait-il par les parois vaginales ? Je pensai qu'il serait peut-être un peu plus facile de le constater en employant pour cela le spéculum ordinaire quasi cylindrique, et sans y mettre d'embout; mais dans cette tentative je fus arrêté très près de la vulve par une résistance insolite; et quel fut mon étonnement, en regardant au fond du tube avec la bougie, de voir que cette résistance était due à une cloison verticale, que la distension de la vulve et du commencement du vagin, par un instrument plus gros que l'autre, avait forcé à venir se présenter à la vue ! Etant mis sur la voie, j'examinai toute cette anomalie par le toucher, et je trouvai une cloison membraneuse, de l'épaisseur d'un cuir mince, d'une longueur de 12 à 15 lignes, commençant dans le vagin, très près de la vulve, et allant s'implanter sur le col, divisant ainsi tout le canal vaginal en deux moitiés sensiblement égales et parfaitement séparées; car cette sorte de mur mitoyen adhérait à toute la longueur des parois antérieures et postérieures, et elle était sur chaque face tapissée par la muqueuse du demi-vagin dont elle faisait partie.

Je repris alors le spéculum à quatre valves, et déjetant avec le bout du doigt cette cloison qui avait l'habitude de se tenir collée comme une sorte de doublure sur le côté droit du vagin, la déjetant, dis-je, du côté opposé, j'introduisis sans peine l'instrument dans le demi-vagin droit, au fond duquel je trouvai un demi-col en tout semblable à celui que j'avais vu de l'autre côté, avec la seule différence que l'orifice utérin y était parfaitement visible, tout près du milieu de la cloison anormale, arrondi comme il devait l'être, mais assez grand pour que j'aie pu plus tard et à plusieurs reprises y introduire profondément une sonde élastique du volume d'un petit crayon. Dès-lors tout s'expliquait, et comme dans mon premier examen, mon doigt indicateur et le spéculum à quatre valves n'avaient jamais manqué de pénétrer dans le demi-vagin gauche, du côté où l'orifice utérin n'existait pas, il est plus que probable, il est pour moi démontré que les rapports sexuels avaient toujours eu lieu de ce côté, c'est-à-dire avec impossibilité matérielle de fécondation. Pourquoi cette cloison médiane se tenait-elle ainsi accolée au côté droit du vagin, quoique en réalité son implantation m'ait paru diviser ce conduit en deux parties sensiblement égales? C'est ce qu'il est difficile de dire.

La conduite à tenir n'était pas douteuse. Il fallait couper cette cloison, et, réunissant ainsi en un seul les deux demi-vagins, donner aux rapprochements sexuels la possibilité d'être féconds. Rien n'était plus facile. J'enlevai les valves supérieure et inférieure du spéculum à quatre valves; j'engageai la cloison vaginale médiane dans le vide ainsi fait à l'instrument, que je poussai ensuite jusqu'au col utérin ; il tenait ainsi bien tendue la membrane à couper, petite opération que j'exécutai au moyen d'une paire de longs ciseaux, et en n'occasionnant qu'une très faible perte de sang.

Mais auparavant j'usai d'une précaution, ce fut d'introduire au fond de l'un des demi-vagins une sorte de petite flamme ou lancette portée à angle droit sur une longue tige de fer, de manière à couper transversalement et à ras du col la membrane qui s'y implantait. Je craignais, en ne faisant qu'une longue incision dans cette membrane, de laisser en haut quelque lambeau flottant qui, adhérant au col tout près de l'orifice, pût s'y introduire dans un moment inopportun et servir de bouchon. Cet inconvénient était ainsi complétement évité. Une mèche fut introduite dans le vagin après l'opération, dont les suites furent parfaitement simples. Les deux moitiés de la cloison se rétractèrent de manière à ne plus former que deux raphés un peu saillants.

Après la cicatrisation, je fis pénétrer dans l'intérieur du col utérin d'abord une petite sonde molle, puis des morceaux de racine de gentiane, de manière à établir un libre passage. Il y a de cela deux ans ou un peu plus. Cette dame est-elle dès lors devenue enceinte? C'est ce que j'ignore, attendu l'éloignement de son domicile.

DE L'ÉTHÉRISATION

dans la chirurgie vétérinaire.

M. H. Bouley communique à la Société de médecine vétérinaire le fait suivant :

Jusqu'à présent, dit l'auteur, ce moyen n'a pas été employé sur une grande échelle, en France tout au moins, dans la chirurgie des grands animaux domestiques. On l'a sans doute considéré comme trop dispendieux et d'une application trop difficile. Ma communication a pour but de prouver qu'on peut avec beaucoup de facilité et peu de frais retirer de grands avantages de l'usage de l'éther comme moyen anesthésique dans notre chirurgie. Quand je parle des avantages de l'éther, j'ai moins en vue, je me hâte de le

dire, les intérêts des patients sur lesquels porte notre action chirurgicale que ceux de l'opérateur et de l'opération; et, en me plaçant à ce point de vue, j'envisage la question d'une manière tout à la fois plus élevée et plus pratique que ces *protectionistes* d'animaux dont la sensiblerie ne voit dans l'application des anesthésiques que l'amortissement des sensations douloureuses qu'elle détermine. Sans doute, c'est quelque chose que d'épargner aux animaux les douleurs des opérations; mais ce qui est beaucoup plus important, c'est d'éviter aux opérateurs les dangers souvent si considérables qu'ils sont obligés d'affronter dans la pratique de certaines opérations chirurgicales très graves, pendant lesquelles leur position est des plus périlleuses en raison des régions où porte l'action chirurgicale et des mouvements violents, désordonnés, tumultueux, auxquels les animaux se livrent sous l'incitation de la douleur; ce qui est plus important encore, c'est d'assurer le succès de ces opérations en annulant ces mouvements qui font que la main du chirurgien échappe quelquefois à la direction de sa volonté. Or l'éthérisation réalise à la fois tous ces résultats, et le vieux précepte de chirurgie : *Tuto, cito et jucunde*, peut, grâce à elle, être observé *à la lettre* aussi bien pour le patient que pour le chirurgien.

Voici un fait, entre autres, qui le prouve :

Un cheval fut conduit ces jours derniers à la clinique de l'Ecole pour y être traité d'une hernie étranglée dont il était affecté depuis déjà dix-neuf heures. Outre les symptômes propres à cette maladie, ce cheval présentait comme signe particulier un *jetage rouillé* analogue à celui de la pneumonie au début, auquel je n'attachai pas sur le moment une grande importance, le considérant comme la conséquence de l'accélération de la respiration déterminée par les mouvements désordonnés de coliques auxquels le cheval s'était livré pendant toute la nuit. Mon attention fut exclusivement portée sur les symptômes de la hernie parfaitement accusés, et, l'indication de l'opération étant urgente, je me décidai à la pratiquer immédiatement, en soumettant préalablement le malade à l'influence de l'éther, dont l'action anesthésique devait avoir pour résultat, en annulant la sensation de la douleur, de prévenir les mouvements violents auxquels les animaux se livrent toujours pendant cette opération au grand péril du chirurgien, d'empêcher les efforts expirateurs si énergiques que détermine constamment l'action chirurgicale portée sur la région scrotale et le cordon testiculaire, d'éviter les éventrations qui sont trop souvent la conséquence de ces efforts, enfin de faciliter la réduction et l'application des moyens de contention. S'il est une opération vétérinaire où l'application de l'éther soit indiquée, c'est à coup sûr l'opération de la hernie étranglée.

En conséquence, le cheval fut couché avec précaution sur le côté droit; la hernie était à gauche, et, avant de le mettre dans la position dorsale, l'éthérisation fut employée de la manière suivante, qui est très sûre, très économique et dispense de l'usage d'appareils toujours incertains dans leurs effets. Deux petites éponges furent trempées dans l'éther, introduites dans l'une et l'autre narine et maintenues en place par les mains de deux aides, dont les doigts écartés permettaient l'entrée libre de l'air dans les voies nasales; lorsque les éponges parurent un peu desséchées, on les imbiba sur place d'une nouvelle quantité d'éther en versant le liquide sur elles dans la narine. Après quelques mouvements désordonnés auxquels les animaux se livrent toujours sous la première influence de l'éther, son action anesthésique se fit sentir, et il suffit de trois minutes, montre en main, et de 1 décilitre 1/2 de liquide pour qu'elle fût complète, ce qui fut accusé par les mouvements respiratoires devenus plus amples et plus profonds, par la fixité du globe oculaire, la dilatation de la pupille et l'insensibilité complète de la conjonctive au contact du doigt.

A l'instant l'animal fut mis en position dorsale, le membre postérieur gauche écarté et fixé à une des colonnes de l'amphithéâtre de clinique, et l'opération commença. Elle put être pratiquée comme sur un cadavre. L'incision de la peau du scrotum, la dissection de la tunique érythroïde, l'ouverture du sac vaginal, le débridement du collet de ce sac par lequel l'étranglement était produit, la réduction de la hernie, l'application du casseau comme moyen de contention, tous ces différents temps de l'opération se succédèrent avec la plus grande rapidité, dans l'état d'immobilité le plus complet du sujet, sans que sa respiration se précipitât un seul instant, sans qu'il se livrât au moindre effort expulsif, sans qu'il ait eu évidemment conscience de l'opération douloureuse qui venait de lui être pratiquée. Quatre minutes suffirent pour qu'elle fût achevée. Pendant toute sa durée on avait maintenu dans les narines du *patient*, le mot ici peut être pris à la lettre, les éponges humides d'éther.

L'opération faite, l'animal fut mis en position décubitale droite, et l'on ranima sa sensibilité à l'aide de quelques affusions froides sur la tête. Au bout d'un quart d'heure, il se releva et on le conduisit dans une boxe où on le laissa en liberté. Les effets de l'opération furent instantanés. Une fois délivré des douleurs de l'étranglement, l'animal parut dans un état de mieux-être qui permettait de concevoir quelque espérance pour le succès de l'opération, malgré l'époque trop tardive à laquelle elle avait été pratiquée. Au bout de dix-neuf heures d'étranglement de l'intestin, il est bien difficile de prévenir les accidents de gangrène ou de péritonite. Cependant, grâce au traitement énergique mis en usage après l'opération (saignée et révulsifs à la peau), ces accidents furent évités; pendant trois jours l'animal alla de mieux en mieux; puis tout à coup des symptômes de pneumonie apparurent qui s'aggravèrent de plus en plus, et la gangrène du poumon s'étant déclarée, la mort survint le cinquième jour après l'opération de la hernie et alors que la marche de l'inflammation dans la plaie de cette opération pouvait faire compter sur la guérison.

DES BAINS ET DES LOTIONS DE GUANO
dans les maladies cutanées.

Par M. le docteur Télèphe-P. DESMARTIS, médecin à Bordeaux.

Le guano offre pour les affections cutanées des ressources bien dignes de fixer l'attention des praticiens. Nous l'avons expérimenté, et nous avons été frappé des résultats que nous avons obtenus. Dans des cas de pemphigus, nous avons vu le mal disparaître sans retour, après deux ou trois bains dans lesquels nous avions fait dissoudre 500 grammes de guano. Dans la teigne, si difficile à guérir, la rasure de la tête, des lotions répétées avec une solution contenant 60 à 100 grammes de guano, ont amené une guérison complète après un à deux mois.

Nous avons vu aussi des psoriasis, des eczéma chroniques et réputés incurables s'effacer, non point toujours très facilement, mais enfin céder complétement après un temps plus ou moins long. Des instillations avec cette substance délayée dans l'eau nous ont servi pour guérir radicalement des taches fort étendues de la cornée.

Des leucomes et des albugos même fort épais n'ont laissé aucune trace après ce traitement, et l'œil a recouvré toute sa limpidité naturelle.

Chez les sujets scrofuleux et couverts d'ulcères, le guano en lotions, en injections, en bains, nous a été fort utile pour arrêter cette suppuration incessante et la dégénérescence des tissus sur une plus grande surface; mais, dans ce cas surtout, la solution de guano doit être très étendue d'eau et graduée lentement, pour éviter des douleurs et des cuissons fort vives sur la surface ulcérée.

Sur les cancers largement ouverts, le guano cause des douleurs très vives s'il n'est pss assez dilué; mais il agit comme astringent en resserrant fortement ces ulcères *incurables*, et il empêche le développement de ces érysipèles douloureux qui se manifestent trop souvent dans leurs alentours.

Quoique la substance curative pénètre dans l'économie par l'absorption, n'oublions pas qu'il est prudent d'administrer simultanément à l'intérieur : l'iodure de soufre dans les cas de favus; la tisane de Feltz, l'iodo-arsénite-mercurique, ou bien l'acide arsénieux dans certaines affections herpétiques graves; l'iode et le fer dans les scrofules; le mercure, et ensuite l'iodure de potassium dans la syphilis, etc., etc.; et dans tous les cas en général des purgatifs, lorsque la guérison commence à se manifester.

Quel est dans le guano le principe qui agit? C'est ce que nous ne pourrions dire au juste; mais voici sa composition : il renferme de la potasse, de la chaux, qui peuvent agir comme détersif et comme siccatif; de l'ammoniaque, qui stimule la peau malade et frappée d'inertie; de l'oxyde de fer, excellent tonique, délaissé pour son emploi extérieur, mais qui, dans beaucoup de circonstances, procure des guérisons inespérées; une matière grasse, qui agit à l'instar des bains mucilagineux. L'analyse y a fait aussi trouver des acides urique, oxalique et phosphorique, qui ont aussi leur mode particulier d'action.

Lorsqu'on prescrit le guano dans les affections cutanées, on met habituellement 500 grammes par bain.

Pour les lotions, il faut avoir égard à l'état inflammatoire de la partie malade.

A-t-on affaire à des ulcérations, comme dans les cancers, dans les scrofules, il faut, comme nous l'avons déjà dit, l'étendre largement pour éviter des douleurs qui aggraveraient l'inflammation.

On doit commencer par mettre 50 à 60 grammes par litre d'eau, et arriver graduellement à 120 grammes et même plus haut, suivant les circonstances.

Pour éviter le précipité qui trouble le liquide et pour lui donner un aspect agréable, on doit filtrer après l'ébullition, et l'on a alors une solution d'une jolie couleur dorée.

On peut employer le guano pour en faire une pommade, dans laquelle on fait entrer 2 à 10 grammes de guano pour 30 grammes d'axonge.

M. Récamier a le premier parlé tout récemment des bains de guano, et ce célèbre praticien avait eu bien raison de les préconiser. Pour notre part, nous sommes parfaitement convaincu qu'ils sont appelés à rendre d'immenses services et qu'ils occuperont dans la thérapeutique une place bien caractérisée par leur spécialité. Toutefois, nous sommes loin de penser qu'ils puissent détrôner les bains sulfureux, car les uns et les autres ont leurs applications particulières bien distinctes; ce ne sont donc pas des succédanés, mais les bains de guano sont un nouveau moyen de succès acquis à l'art de gérir. (*Revue. thérap. du Midi.*)

INFLUENCE DE L'EMPRISONNEMENT CELLULAIRE DE MAZAS
sur la santé des détenus.

Sous ce titre, M. le docteur Prosper de Pietra Santa, secrétaire du service de santé de S. M. l'Empereur, médecin des prisons, a lu dans la dernière séance de l'Académie de médecine un mémoire qui avait pour but d'étudier les résultats de la première application faite en France, sur une assez vaste échelle, du système pénitentiaire adopté par le gouvernement en 1843. La prison de Mazas a été construite, à grands frais, sur les plans les mieux coordonnés, et les circonstances les plus heureuses ont présidé aux premiers essais du nouveau mode d'emprisonnement d'après le système français, c'est-à-dire isolement absolu de jour et de nuit : travail, lecture, promenade, visites.

Cependant la lecture n'est une ressource que pour un petit nombre de prisonniers.

La promenade de trois quarts d'heure, qui ne peut être augmentée par la disposition matérielle des lieux, est insuffisante au point de vue hygiénique.

Le travail n'est une ressource que pour 300 détenus sur 1,000, et le travail *utile* est la conséquence forcée du système de l'isolement; les autres se trouvent, pendant les longues heures de la captivité, toujours en face d'eux-mêmes, et ils n'ont pas toujours la force de réagir contre l'émotion première, l'ébranlement intellectuel qui en est la suite.

Les visites ont une efficacité minime; leur effet moralisateur se traduit dans les meilleures conditions par la possibilité, pour les directeurs, aumôniers et médecins, de converser 47 minutes par mois avec chaque détenu.

L'exercice réel et influent du culte, c'est-à-dire la religion agissant sur l'âme par l'intermédiaire des sens, est impossible à Mazas.

Le système d'aération, si simple en théorie, laisse beaucoup à désirer dans l'application; on ne l'a pas encore rendu indépendant des vicissitudes atmosphériques. Il résulte de là que dans certaines cellules de l'infirmerie on trouve, en entrant, une odeur insupportable, et que dans d'autres, situées aux extrémités des rayons, l'on est incommodé par les émanations qui remontent des tuyaux d'aisances.

La santé générale à Mazas a été plus satisfaisante qu'à la vieille Force (maison en commun).

A la Force, de 1840 à 1849 : il y a eu sur 37,397 détenus, 9,013 malades, 254 morts; soit : 2,81 p. 100.

A Mazas, de 1850 à 1852 : sur 14,145 détenus, 1,568 malades, 23 morts; soit : 1,47 p. 100.

Mais il faut tenir compte de l'amélioration générale du système hygiénique des prisons et des transfèrements que l'on opère, dans des cas très graves, de Mazas aux Madelonnettes. Si les rapports entre les diverses affections ont été sensiblement les mêmes, on a observé à Mazas un plus grand nombre d'engorgements glandulaires.

Les aliénations mentales ont été :

A la Force, sur 37,397, de 172 aliénés, soit 17,2 par an, ou 0,47 p. 100 (en 10 ans).

A Mazas, sur 14,145, de 135 aliénés, soit 67,5 par an, ou 0,31 p. 100 (en 2 ans).

Ce chiffre serait plus considérable si, à la première apparition de dérangement intellectuel, les médecins n'avaient pas soin de placer les prisonniers dans une cellule double, en compagnie d'un autre détenu.

La proportion des suicides a été effrayante.

Pendant qu'à la Force il n'y a eu, sur 37,397 détenus, que 3 suicides et 4 tentatives.

Soit : 1 suicide sur. . . . 12,465
1 tentative sur. . . . 900

A Mazas, avec une population identique, pour les délits et les délinquants, sur 12,542 détenus, 12 suicides et 13 tentatives.

Soit : 1 suicide sur. . . . 1,045
1 tentative sur. . . . 900

Cette proportion s'est maintenue la troisième année; donc il y a eu à déplorer, à Mazas, douze fois plus de suicides qu'à la Force.

M. de Pietra Santa combat la manière de voir de M. Lélut, qui a regardé, dans un rapport officiel, cette mortalité comme normale, et il signale plusieurs erreurs statistiques du savant académicien. Il démontre que les suicides, loin d'être plus fréquents chez les hommes pervers, endurcis dans le crime, s'étaient présentés, à Mazas, sur des prisonniers prévenus de vol, de vagabondage, de détournement de fonds, ou sur des condamnés à quelques mois d'emprisonnement pour de simples délits (abus de confiance, vol, rébellion, rupture de ban).

L'auteur termine son travail par les conclusions suivantes :

Le système d'emprisonnement appliqué aux détenus de Mazas, dans les meilleures conditions possibles d'installation matérielle, de surveillance et de direction administratives, a offert, depuis son installation en 1850, les résultats suivants :

1° Diminution dans le nombre des maladies et des décès, comparativement à la prison de la vieille Force;

2° Fréquence plus grande des aliénations mentales;

3° Augmentation très considérable des suicides.

— Après de telles conclusions, nous n'avons qu'à répeter ce que nous avons déjà dit, que l'opinion de M. de Santa Pietra est entièrement conforme à celle que nous avons émise à diverses reprises, et entre autres au mois de janvier dernier, sur les désavantages du système cellulaire.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

La première épreuve du concours de l'internat a eu lieu hier, 26 octobre. La question posée aux candidats était :

« L'articulation tibio-tarsienne et la fracture de l'extrémité inférieure du péroné. »

— On annonce deux cas de choléra grave au Havre.

— Des nouvelles particulières de Jassy, en date du 14 octobre, confirment la nouvelle que le choléra a éclaté dans le camp russe, mais que le fléau n'aurait pas atteint un haut degré d'intensité. Cependant on craint que sous peu il ne sévisse avec violence.

L'état sanitaire de la Moldavie et de la Valachie est très mauvais. Le docteur Ley, directeur des quarantaines, y a été envoyé par son gouvernement.

— M. le docteur Guersant commencera son cours clinique sur les maladies chirurgicales des enfants le jeudi 3 novembre, à l'hôpital des Enfants. Tous les jours, visites à 8 heures; tous les jeudis, visites, leçons et opérations, de 8 à 10 heures; tous les jours, consultations à 9 heures, excepté le jeudi et le dimanche.

Le Sousa.

Paris. — Typographie de PLON frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 129. — MARDI 1er NOVEMBRE 1853. (26e ANNÉE.) N° 129. — MARDI 1er NOVEMBRE 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40; EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	Trois mois. . . . 8 fr. 50 c. Six mois. . . . 16 » Un an. . . . . 30 »	
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	Trois mois. . . . . 9 fr. Six mois. . . . . . 17 Un an. 33	
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	Trois mois. . . . . 10 fr. Six mois. . . . . . 20 Un an. 38	

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

DES CAUSES ET DU TRAITEMENT DE LA DIARRHÉE.

Par M. le docteur Thomas Hunt.

Cet article nous paraît avoir une importance réelle et expliquer un fait que l'on avait quelque peine à comprendre en France, l'indication que les relevés officiels anglais contiennent sur la mortalité par la diarrhée. Nous l'empruntons à l'*Association medical journal.*

La fréquence avec laquelle la diarrhée dégénère en *choléra malin* donne actuellement au traitement de la première un intérêt inaccoutumé, et les praticiens qui réfléchissent ne peuvent être satisfaits des instructions données par les conseils médicaux de santé ou par les autres autorités *pseudo-médicales*. Nous ne saurions avoir plus de vénération pour le style dogmatique et prétentieux avec lequel de zélés écrivains nous ont pressés dans les journaux d'adopter leur mode favori de traitement pour la diarrhée cholérique ou pour le choléra lui-même, dans *tous* les cas.

En premier lieu, il faut se rappeler qu'une *décharge* périodique des intestins est naturelle et nécessaire, et que lorsque cette évacuation devient excessive elle constitue non une maladie, mais un symptôme, et pas toujours un *symptôme de maladie*.

Dans l'état ordinaire de santé, les évacuations alvines sont proportionnées, toutes choses égales d'ailleurs, à la quantité de matière digérée contenue dans les intestins. Si cette quantité est excessive, soit par suite de gloutonnerie ou par toute autre cause, il y a ou il doit y avoir, comme conséquence naturelle, une évacuation proportionnellement considérable. Si les intestins sont surchargés de matières indigestes, avec poisons âcres, ou sécrétions irritantes, leur décharge s'effectue par une action abdominale plus énergique, par une contraction péristaltique augmentée, et en général par une effusion séreuse plus considérable, par laquelle les matières malfaisantes sont chassées au dehors. Mais l'action la plus fréquente est dans ces cas les mouvements musculaires spasmodiques des intestins, qui sont naturellement excités à se débarrasser de matières nuisibles. Ceci avait été bien compris par Cullen, qui, néanmoins, jugeant nécessaire de classer la diarrhée parmi les maladies actives, l'a placée dans la classe des névroses, ordre des spasmes.

On ne peut nier que des coliques vives et la diarrhée ne puissent exister en même temps comme affections idiopathiques dérivant de l'irritation des centres nerveux plutôt que de leurs divisions extrêmes; mais dans de tels cas de diarrhée nous sommes rarement appelés à agir et ne le sommes peut-être jamais à les traiter comme épidémiques, et même actuellement notre attention doit se borner aux cas où elle est ou a été manifestement, sous une forme ou sous une autre, *un poison dans les intestins*. Il doit paraître certain à tous ceux qui réfléchissent que ce *poison*, qu'il soit spécifique ou simplement une matière de résidu indigestible ou acrimonieuse, est toujours dans la simple diarrhée la cause première et principale, sinon exclusive, du trouble dans les petits intestins. La structure et les fonctions des intestins grêles sont tellement différentes de celles des gros qu'il est évident que la diarrhée bilieuse ou séreuse commence toujours à la partie supérieure du canal, tandis que la dyssenterie ou la diarrhée muqueuse en affecte la partie large et inférieure. Les intestins grêles sont, en outre, bien plus aisément excités que les gros par la présence de matières acrimonieuses. Ceci rend compte de la cessation subite de la diarrhée qui se remarque souvent après l'administration d'une simple dose de calomel, de rhubarbe ou d'un autre purgatif; l'action de ce médicament sur le foie, l'estomac ou le duodénum détache la *matière morbide* de la partie supérieure vers la partie inférieure moins sensible des gros intestins, qui alors reste plusieurs heures inactive, n'étant pas excitée, les petits intestins étant cependant soulagés de leur souffrance. Maintenant si dans un tel état de choses le désordre des intestins est attribué par erreur à un relâchement des exhalants et que le malade soit traité par les astringents, les absorbants, les opiacés et les stimulants, il arrive de deux choses l'une : ou le désordre persiste malgré les remèdes, ce qui s'observe fréquemment; ou, l'évacuation du poison étant empêchée par les remèdes, il est absorbé et passe dans le sang pour affecter l'organisme, ou il est retenu dans les intestins et y provoque une irritation. Sans aucun doute, les opiacés et les astringents sont quelquefois utiles dans la diarrhée; je ne m'élève que contre leur emploi irréfléchi et général.

La première question dans chaque cas consiste à savoir si la diarrhée se complique de vomissements fréquents. Ceci doit décider notre pratique au premier abord; car dans cet état de l'estomac il est presque certain que tout remède donné pour provoquer l'action des intestins sera immédiatement rejeté, et par là dans la pratique ordinaire plusieurs heures se trouveront perdues, et la maladie ne sera pas arrêtée.

Il faut d'abord agir contre le vomissement; par quel moyen? Les médecins varient beaucoup dans leur pratique; mais on peut établir comme de bonne règle que, à moins d'avoir la certitude que le vomissement est utile, on ne saurait trop tôt l'arrêter. Si les matières que contient naturellement l'estomac ont d'abord été rejetées, que des évacuations bilieuses surviennent d'abord jaunes et puis verdâtres et brunes, le malade peut succomber par le vomissement seul, qui peut être généralement arrêté par une potion alcaline et une demi-drachme ou une drachme de teinture composée de cardamome, toutes les deux ou trois heures. Si ce remède échoue, ce qui est rare, une goutte de créosote mêlée à 20 gouttes de teinture de cardamome, et donnée dans une cuillerée d'eau, a une action favorable sur l'estomac, et on peut y joindre avec avantage le calomel et l'opium, ou tout autre médicament qui porte son action sur les intestins.

Le vomissement étant arrêté, l'attention doit être portée sur la cause de la diarrhée. Si on la reconnaît bilieuse, le cas est un de ceux qu'on appelle choléra anglais et peut dégénérer en la forme *spasmodique* sans devenir *asiatique* ou *malin*. Des coliques fortes et des crampes passagères dans les gastro-cnémiens et les autres muscles, avec une prostration rapide des forces, sont des symptômes qui ont toujours accompagné le vieux choléra-morbus anglais; et dans les premiers temps une dose ou deux de magnésie ou de rhubarbe, avec une boisson abondante de bouillon léger, suffit, en y joignant quelquefois une dose modérée de laudanum, pour amener le malade à la convalescence. La rhubarbe et la magnésie ont pour but de détacher les matières morbides de l'estomac et du duodénum et de les porter dans le côlon et le rectum; le bouillon dissout la bile et débarrasse la membrane muqueuse de son acrimonie; il soutient, en outre, le malade et le nourrit alors qu'une nourriture solide ne serait pas supportée; le laudanum (chose moins importante) modère les crampes.

Mais on ne doit pas ignorer qu'il existe d'autres causes à la diarrhée outre l'excès de la sécrétion bilieuse; plusieurs de ces causes, toutes peut-être, sont dans l'*action* aussi bien que dans la *saison* cholérique ou dans d'autres, et rien n'est moins philosophique et moins pratique que d'affirmer que tous les cas de diarrhée qui se présentent pendant l'existence du choléra malin portent nécessairement le caractère cholérique et moins encore qu'ils doivent être traités *spécifiquement*. Un coup d'œil général sur un petit nombre seulement des causes de la diarrhée dans ses manifestations ordinaires montrera l'absurdité et le danger de cette pratique routinière, surtout lorsque cette pratique consiste indistinctement dans l'administration des opiacés et des astringents, comme on la trouve en quelque sorte sanctionnée par le conseil de santé en 1849.

La diarrhée peut provenir : I. de la présence de substances irritantes dans les intestins grêles, qui elle-même peut tenir :

1° A une quantité excessive de leur contenu naturel : *a*, bile; *b*, suc pancréatique; *c*, sécrétions intestinales;

2° Au défaut de l'une d'elles rendant les autres irritantes; ainsi, quand la bile manque, les autres sécrétions deviennent irritantes par excès d'acide;

3° Les aliments transmis à travers le pylore dans un état d'indigestion : *a*, par excès d'ingestion d'aliments solides ou liquides; *b*, par maladie ou faiblesse des organes digestifs; *c*, par l'arrêt soudain de la digestion provenant d'une émotion morale ou d'un accident;

4° Par des sécrétions âcres, résultat d'une digestion imparfaite ou incomplète : *a*, les acides en excès; *b*, les alcalis en excès.

II. De la présence d'un poison dans le sang, qui peut y avoir été transporté par l'estomac, les poumons ou la peau :

1° Poison animal : *a*, spécifique; *b*, matière animale putride; *c*, résidu de sécrétions humaines ou d'excrétions putrides ou autres;

2° Poisons végétaux, spécifiques ou putrides;

3° Poisons minéraux, employés comme remèdes ou introduits autrement dans le sang.

III. D'évacuations supprimées, ou de congestion et d'irritation d'organes éloignés.

IV. D'une inflammation actuelle de la membrane muqueuse des intestins grêles. (La *décharge* produite par l'inflammation des gros intestins constitue la dyssenterie.)

V. De l'atonie, ou du relâchement des exhalants des intestins, généralement chronique, mais quelquefois résultant d'une diarrhée aiguë à une époque avancée, et provenant :

1° De débilité sénile;

2° D'une maladie : *a*, typhus; *b*, phthisie, etc.

Si ce ne sont pas là toutes les causes de la diarrhée que l'on rencontre dans la pratique, ce sont du moins les plus fréquentes.

Maintenant, quelle est est la pathologie de la diarrhée? Dans quatre des cinq divisions précédentes, il est évident que la diarrhée, dans chaque cas, est favorable et protectrice; elle est une défécation simplement naturelle, réglée par des nécessités plus ou moins pressantes; une décharge salutaire qui, si elle est prématurément arrêtée, est capable d'empoisonner le sang ou d'entraver la digestion, sinon de produire une inflammation organique ou une maladie fatale. Celui qui, par conséquent, voudra arrêter indistinctement ce désordre par l'acétate de plomb, l'acide sulfurique ou tout autre astringent, par la confection d'opium ou tout autre sédatif, est, pour ne pas dire plus, un praticien imprudent, et de quelque autorité qu'il s'abrite, rien ne pourra l'absoudre ou pallier sa conduite. On doit également blâmer celui qui traiterait tous les cas par les purgatifs, le calomel, le soufre ou tout autre spécifique, d'autant plus qu'il est impossible qu'un seul mode de traitement puisse être applicable aux nombreuses causes et conditions dont on doit tenir compte dans l'accroissement des sécrétions alvines.

Il faut se rappeler aussi qu'il existe chez différents sujets une très grande variété dans la fréquence des excrétions alvines, dans l'état de santé. Quelques personnes ne se trouvent bien que si cette excrétion a lieu deux fois, trois fois et même plus dans les vingt-quatre heures; d'autres sont dans un état excellent de santé quoique ces évacuations n'aient lieu qu'une, deux ou trois fois par semaine. Quand ces derniers sont pris de choléra, généralement il n'y a pas de diarrhée prémonitoire, tandis que ceux dont les intestins sont naturellement relâchés sont fréquemment prévenus, ou même préservés du choléra par une forte attaque de diarrhée, le poison étant éliminé par les intestins. Je ne prétends pas qu'il soit *toujours* dangereux d'arrêter par les opiacés et les astringents une diarrhée qui peut servir à chasser un autre poison fatal; mais l'opinion contraire est tellement générale et incontestée, que l'on doit réfléchir et se tenir en considération avant de l'adopter et d'agir d'après une théorie populaire.

En considérant les causes de la diarrhée comme nous venons de le faire, et la regardant en règle générale comme un effort salutaire de la nature, il paraîtra que la meilleure pratique doit être jusqu'à un certain point de la favoriser, ou du moins de la laisser suivre son cours. Pour ce qui est de cette dernière alternative, dans les saisons ordinaires il arrive rarement que la diarrhée négligée chez les adultes prenne un caractère sérieux; mais l'expérience est rarement poussée loin sur ce sujet. Néanmoins, quand la diarrhée est épidémique, et dans beaucoup de cas fatale, il est évident que le traitement expectant peut devenir meurtrier. Quant au traitement par les purgatifs, dans le but de délayer plus efficacement et plus promptement la matière offensive quand celle-ci existe, on ne peut mettre en doute qu'il n'y ait plus de réelle philosophie et de saine raison dans ce mode d'agir; et quand la cause de la maladie est exactement diagnostiquée, les purgatifs choisis convenablement et administrés à dose convenable, il n'y a certaine-

ment pas de traitement qui mette aussi vite et aussi sûrement fin à la maladie.

Il n'entre pas dans mon but de présenter aucune méthode spéciale de traitement; mais s'il y a un motif de soupçonner que le cas observé soit un de ceux dans lesquels la diarrhée est excitée par la présence de matières irritantes dans les intestins grêles, la question est de savoir quelle est la manière la plus prompte pour entraîner cette matière offensive dans les gros intestins, si elle y demeurera quelque temps en repos, et si les intestins n'en seront plus excités. Certains médicaments n'agissent que sur les derniers intestins, tels que l'aloès et la coloquinte; d'autres, comme la rhubarbe, le calomel, et peut-être la magnésie, n'agissent que sur les intestins grêles. La rhubarbe semble avoir une action spécifique sur l'estomac et le duodénum. Le calomel, en stimulant le foie et le pancréas, fournit au duodénum une dose supplémentaire purgative de bile dissoute dans le suc pancréatique. Ainsi, une dose de calomel et de rhubarbe consistant en 3 grains environ du premier et 5 de la dernière arrêtera aussitôt une diarrhée de cette espèce. Je l'ai expérimenté un millier de fois, lorsque dans la plupart des cas les stimulants, les opiacés et les astringents avaient échoué. Ce moyen a presque invariablement alors arrêté la diarrhée ou immédiatement, ou au bout de peu d'heures. D'autres praticiens se servent de la magnésie et de la rhubarbe, de l'huile de ricin, etc., avec tant de succès, qu'ils sont portés à proclamer les purgatifs comme le remède le plus sûr pour la diarrhée; et cela est vrai, en effet, quand la cause peut être enlevée par la purgation, mais seulement alors. La *diarrhée cholérique* est-elle dans ce cas? S'il en est ainsi, pourquoi cède-t-elle fréquemment au cachou, à l'acétate de plomb, à l'acide sulfurique, aux opiacés, etc., remèdes qui ont tous une tendance à arrêter dans les intestins la source supposée de l'irritation?

Telle est la question sur laquelle je veux surtout appeler l'attention. La diarrhée *prémonitoire* qui sévit dans les districts ravagés par le choléra n'est *pas* une diarrhée *sui generis*; elle dépend de causes variées chez les divers sujets, et quoique généralement elle puisse être traitée avec succès, aucun traitement ne doit être employé qui ne soit pas indiqué par la connaissance intelligente de la cause qui existe chez chaque sujet.

1° Dans la grande majorité de ces cas, la principale cause est la *panique*. Hommes ni femmes ne l'avouent; mais la famille et les amis l'observent et le savent. Parmi les gens faibles et ignorants, qui abondent toujours là où sévit le choléra, un grand nombre sont saisis d'horreur dès que la maladie a envahi leur demeure ou le voisinage. Et qui ne sait que les intestins et la vessie sont plus promptement excités par la crainte à se débarrasser de leur contenu que par tout autre stimulus? Ainsi, la sympathie pour les personnes attaquées dirige l'attention des assistants, peut-être involontairement, vers les mouvements et les sensations de leurs propres intestins, et en provoque l'action. L'anxiété et la fatigue, les veilles tendent à relâcher les intestins, et les intestins ainsi relâchés sont aisément calmés par un remède quelconque, et les plus certains sont ceux qui, outre leur action sur l'esprit, ont un effet sensible sur l'estomac. De là vient que l'eau-de-vie, la teinture de rhubarbe, le laudanum et tout autre de ce genre guérissent fréquemment les symptômes *prémonitoires*, et préviennent ainsi, dit-on, le choléra dans tout le voisinage.

2° La dyspepsie par intempérance ou toute autre cause peut avoir irrité les intestins, et quelque matière nuisible doit être chassée. Dans ce cas, les astringents, les opiacés et les stimulants sont nuisibles; le calomel et la rhubarbe sont utiles.

3° L'exposition au froid, au besoin, à l'humidité peut avoir déterminé une inflammation muqueuse. Ici, le sable chaud, la flanelle, les cataplasmes de moutarde et les fomentations, les bains chauds, l'huile de ricin et la poudre de Dover sont les remèdes convenables. Il est des cas dans lesquels la crainte, la dyspepsie et le froid ont chacun leur part dans le relâchement des intestins, et ce sont ces cas qui sont sujets à dégénérer en choléra. On aurait tort de négliger alors aucune partie du traitement. Dans la première période, il est urgent que toute matière nuisible soit évacuée, et il est d'observation pratique qu'une dose de calomel ou de rhubarbe soulagera plus ou moins; mais ce remède doit être suivi promptement de l'application externe de la chaleur sur l'abdomen, l'épine dorsale et les extrémités; de boissons effervescentes mêlées aux aromatiques si le mal se déclare; et enfin, si la diarrhée persiste, des opiacés et des astringents. Quelques praticiens préfèrent les acides minéraux, qui exercent une action fort grande sur la diarrhée dépendant du simple relâchement des intestins ou d'un effort extrême de la nature pour chasser l'ennemi.

4° Mais le poison cholérique lui-même peut avoir pris son *domicile* dans le sang ou les intestins du malade, produisant d'abord une diarrhée grave à caractère bilieux et en peu d'heures une évacuation effrayante de fluide séreux sans présenter encore les autres symptômes du choléra épidémique. Qu'est-ce qui arrêtera cette diarrhée *prémonitoire*? Est-ce l'opium, le cachou, le calomel, la rhubarbe, l'eau-de-vie, les sels, les bains, la saignée, l'air et le sable chauds, ou tout autre mode de traitement que d'ingénieux praticiens ont publiquement vanté? Quelqu'un de ces moyens préviendra-t-il le choléra et sauvera-t-il le malade? J'en doute fort; mais je les mettrai tous en usage, non aveuglément, mais en obéissant aux mouvements et aux indications de la nature. S'il n'y a pas de vomissements, j'administrerai d'abord une large dose de calomel et de rhubarbe, car on ne peut douter qu'*ici* il n'y ait un poison à chasser ou que le malade va mourir. Ensuite, je suivrai les instincts du patient quant au régime. Laissez-lui boire telle quantité qu'il voudra du liquide auquel il donnera la préférence: l'eau froide, salée, le cidre sont généralement préférés; on ajoutera les frictions aux applications de la chaleur extérieure. Quand on a laissé une heure ou deux à l'action du purgatif, on peut donner les astringents et les opiacés. Mais je serai très sobre de ces derniers; les crampes des membres ne sont que des efforts de la nature pour accélérer la circulation veineuse et pour pousser le torrent vers le ventricule droit du cœur, où il tend moins à *stagner* que dans les veines, et les opiacés s'opposent à ces salutaires efforts. Mais je m'arrête, car me voilà arrivé maintenant au traitement du choléra lui-même, sur lequel on a écrit beaucoup plus que je n'ai eu le temps de lire.

HOPITAL NECKER. — M. CIVIALE.

Corps fibrineux, cylindriques, expulsés par l'urètre, chez un malade atteint d'hématurie.

C'est à M. Morétin qu'est due cette observation; il l'a recueillie dans le service de M. Civiale et communiquée à la Société anatomique.

Le nommé Cordier (Charles-Frédéric), âgé de quarante-sept ans, fripier, demeurant à Gacé (Orne), est entré dans le service de M. Civiale, à l'hôpital Necker, le 4 juin dernier.

Ce malade avait apporté avec lui un petit flacon rempli de fragments cylindriques, depuis quelques lignes jusqu'à 1 pouce de longueur, qu'il avait rendus, disait-il, peu de jours avant de quitter son pays. Quelques-uns de ces fragments étaient encore entiers, blanchâtres, d'autres avaient été écrasés et offraient un aspect fongoïde rougeâtre, qui tout d'abord les avait fait prendre pour des fongosités. Leur expulsion s'était accompagnée d'hématurie. Examinés au microscope, ces corps n'offrirent rient autre chose que les éléments d'un caillot sanguin.

Pendant les premières semaines de son séjour à l'hôpital, le malade n'expulsa plus rien de semblable par l'urètre. Les urines étaient tantôt sanguinolentes, tantôt tout à fait claires. M. Civiale explora à plusieurs reprises le canal de l'urètre et la vessie. Il ne put rien découvrir dans cette partie de l'appareil urinaire pour rendre compte du phénomène morbide; seulement il remarqua un peu de faiblesse de la vessie, cet organe se contractant faiblement pour expulser le liquide qu'il contient, ou le laissant baver au sortir de la sonde.

Cependant, il y a quinze jours environ, le malade rendit encore un ou deux corps ronds et allongés, un peu plus gros qu'un tuyau de plume à écrire; mais, cette fois, leur expulsion ne s'accompagna d'aucun écoulement de sang. La même chose arriva lundi, 11 juillet. Trois ou quatre fragments blanchâtres, cylindriques, et comme moulés par leur passage dans un canal de même forme, sortirent par l'urètre après des efforts plus ou moins grands, mais sans hémorrhagie.

Le fait dont il s'agit n'est pas inconnu dans la science; mais, sans être absolument rare, il n'en mérite pas moins de fixer l'attention des observateurs, à cause des méprises auxquelles il a pu donner lieu dans quelques circonstances.

Je joins ici les renseignements fournis par l'interrogatoire du malade relativement à ses antécédents pathologiques, et au début de la maladie actuelle.

Il raconte que personne dans sa famille n'a eu la même maladie. Sa mère est morte d'un cancer au sein. Un de ses frères est mort phthisique. Quant à lui, il paraît bien constitué et offre les apparences d'un tempérament sanguin. Il a eu une pneumonie il y a treize ans. Il a été sujet aussi au rhumatisme articulaire aigu, dont il a éprouvé deux attaques: la première, en 1834, dura trois mois, parcourut toutes les articulations, et s'accompagna d'une vive oppression; la seconde, en 1840, fut moins forte, ne dura qu'un mois, et n'a plus reparu depuis.

Le malade a eu dans sa vie quatre blennorrhagies, qui toutes furent suivies d'épididymites: la première, à l'âge de vingt-cinq ans, en 1831, dura trois ou quatre mois; l'une d'elles coïncida avec son premier accès de rhumatisme, qui fit cesser tout écoulement; la dernière chaude-pisse, en 1845. Jamais de chancres, ni aucun autre symptôme syphilitique.

En 1836, le malade fut affecté d'une hydrocèle double, dont il vint se faire opérer par M. Roux, à l'Hôtel-Dieu, en 1839.

Depuis très longtemps le malade est sujet aux hémorrhoïdes; elles ont toujours bien coulé périodiquement jusqu'au premier accès de la maladie actuelle, époque où elles se sont momentanément supprimées.

Le malade a reçu de nombreuses contusions, à diverses époques, sur différentes parties du corps, entre autres un coup de pied de cheval à l'hypogastre, à l'âge de huit ans. En 1845, il fut frappé avec une force très-violente par un moulinet de voiture dans la région rénale; il en fut incommodé pendant quelques jours, mais il se rétablit bientôt.

La nutrition ne semble pas avoir bien souffert; cependant, au dire du malade, il aurait beaucoup maigri depuis un an.

C'est à la fin d'avril 1852 qu'il fait remonter les premiers symptômes de la maladie qu'il présente aujourd'hui. Etant en voyage à pied, il fut pris subitement d'une violente douleur en bas de la région rénale du côté droit, à peu près au niveau de l'épine iliaque postérieure et supérieure, s'irradiant jusqu'à l'anneau inguinal du même côté, en suivant la direction de l'uretère. Obligé de s'arrêter par la violence même de la douleur, celle-ci disparut au bout d'un quart d'heure environ, et il put regagner seul son domicile.

Il ne prit pas garde alors s'il urinait du sang; mais, au dire de sa femme, il aurait rendu à cette époque des urines sanguinolentes. Pendant tout l'été il conserva de la faiblesse et de l'anorexie.

Les hémorrhoïdes furent supprimées pendant deux mois, au moment de ce premier accès.

Un second accès, également accompagné de la suppression des hémorrhoïdes, se déclara au mois d'août de la même année; mais il fut beaucoup plus long. Le malade garda le lit quinze jours, pendant lesquels il pissa du sang à diverses reprises. Les douleurs allèrent en augmentant, et il y eut une suppression d'urine presque complète à la fin de cette quinzaine. Au bout de vingt-quatre heures de cette rétention, le malade éprouva la sensation de quelque chose qui lui tombait des reins dans la vessie; la douleur rénale diminua aussitôt après, mais il ne put pas uriner. Le lendemain, à force d'efforts, il rendit par l'urètre un fragment cylindrique de la longueur de plus d'un décimètre, terminé à l'une de ses extrémités par un appendice filiforme. Immédiatement après cette expulsion, il s'écoula un flot de sang noir que le malade évalue à un demi-litre. Depuis ce temps il n'a pas cessé d'uriner du sang. Tous les vingt-cinq jours environ, cette hématurie était accompagnée de la sortie de corps cylindriques analogues à celui dont nous venons de parler, plus ou moins longs, quelques-uns pleins, et d'autres canaliculés dans toute leur étendue. Dans la dernière semaine de mai de cette année, il y eut trois expulsions de cette nature.

Assez souvent les urines présentaient leur aspect normal, et devenaient subitement sanguinolentes. Depuis qu'il est à l'hôpital, le malade urine moins de sang; il n'en a même uriné d'une manière appréciable que les premiers jours de son entrée. Il n'a expulsé de fragments cylindriques que deux fois depuis qu'il est ici. Ces derniers fragments sont tout pleins, sans canal intérieur, et leur expulsion n'a été accompagnée d'aucun écoulement de sang. Il y eut moins d'efforts pour les rendre, les douleurs de reins furent moins vives; mais, en revanche, il souffrit davantage à l'hypogastre.

Chaque attaque de ce genre est précédée de vingt-quatre heures par de la fatigue, de la faiblesse, des frissons, de l'agacement nerveux, etc.

La douleur en bas de la région rénale du côté droit n'a jamais changé de place; elle est à peu près constante, et s'exaspère considérablement au moment des accès.

Cette région, explorée avec soin, ne fait rien découvrir d'anormal; il n'y a aucune douleur à la pression. Il en est de même de la palpation à travers les parois de l'abdomen. Le malade n'a jamais habité les pays chauds.

Le sujet sort de l'hôpital le 27 juillet. Avant sa sortie une dernière exploration de la vessie est pratiquée par M. Civiale. Ce chirurgien fait remarquer à ce propos qu'il a vu assez souvent des hématuries être causées par le seul fait de la distension de la vessie par suite de paresse de cet organe.

On pourrait concevoir, dans ce cas, que les corps fibrineux, cylindriques, rendus par le malade se fussent moulés dans le canal de l'urètre. Bien que cette explication ne lui paraisse pas applicable au cas actuel, M. Civiale engage le malade à se sonder souvent, pour prévenir la distension de la vessie, qui, chez lui, se contracte très faiblement.

HOPITAL MILITAIRE DE STRASBOURG.

M. le professeur SÉDILLOT.

Coup de sabre à la face postérieure et interne du tiers inférieur de l'avant-bras droit. Section du tendon extenseur des doigts annulaire et auriculaire. Cicatrisation rapide de la plaie. Impossibilité des mouvements d'extension et de flexion permanente des deux derniers doigts. Ténoraphie au bout de cinq semaines. Guérison parfaite.

Le nommé Marot (Charles), brigadier au 4e régiment de cuirassiers, entra dans mon service le 11 janvier 1853.

Ce militaire, âgé de vingt-cinq ans, fortement constitué et d'une belle santé, avait reçu le 13 décembre 1852 un coup de latte (sabre droit terminé en pointe à double tranchant) au tiers inférieur de la face dorsale de l'avant-bras droit pendant que la main était placée en demi-pronation.

Au moment de la blessure, il n'éprouva du côté des doigts aucune sensation particulière, et il put même serrer la main d'un de ses camarades. Mais on constata bientôt que le pouce, l'indicateur et en partie le médius avaient seuls conservé leur mobilité, tandis que les deux autres doigts restaient fléchis et ne pouvaient plus être spontanément redressés.

La plaie, traitée à l'infirmerie régimentaire par la réunion immédiate, l'immobilité et les réfrigérants, fut cicatrisée le septième jour sans avoir offert de complications; mais la paralysie des doigts devint un obstacle à toute reprise de service, et le malade fut dirigé quelques semaines plus tard sur l'hôpital militaire de Strasbourg.

A la visite du 12 janvier 1853, on constate la perte complète des mouvements d'extension des doigts auriculaire et annulaire, incomplète du médius. Les deux derniers doigts soulevés retombent dans la flexion; le malade est incapable de s'en servir.

On aperçoit au tiers inférieur et postérieur de l'avant-bras droit une cicatrice de 13 millimètres de longueur, de 4 millimètres de

largeur, de forme allongée, légèrement déprimée, adhérente aux parties subjacentes et située à 23 millimètres de l'apophyse styloïde du cubitus.

Il était évident que les tendons extenseurs, divisés, s'étaient isolément cicatrisés. Les mettre à découvert et les réunir était la seule chance de guérison, et le malade réclamait instamment quelque opération qui pût lui rendre l'usage de sa main et l'empêcher d'être réformé.

Le 29 janvier, en présence de MM. les officiers de santé Tabouret, Tisserand, Jourquet, Demanet, Quillaut et Ragu, le malade fut chloroformisé, et je pratiquai à 8 millimètres en dedans de la cicatrice une incision longitudinale de 6 centimètres d'étendue. La peau coupée et repoussée en dehors, je mis à nu un tissu cicatriciel, adhérent, continu à l'aponévrose, et par la dissection j'arrivai à découvrir les extrémités d'un tendon volumineux, séparées par un intervalle de 3 centimètres. Je devais m'attendre à trouver les tendons de l'extenseur commun et de l'extenseur propre du petit doigt également divisés; mais, par une anomalie dont les exemples ne sont pas très rares, l'extenseur propre n'existait pas, et nous n'aperçûmes qu'un seul tendon dont la section avait suffi à paralyser les doigts. Afin de lever tous nos doutes à ce sujet, je dégageai entièrement le bout digital du tendon d'une sorte de gangue fibreuse qui l'entourait, et en exerçant, comme je le fis à plusieurs reprises, des mouvements de traction de bas en haut sur cette extrémité tendineuse, je ramenai facilement les derniers doigts dans une extension complète. L'auriculaire et l'annulaire étaient plus fortement redressés que le médius.

Nous isolâmes alors le bout supérieur du tendon, enveloppé à cette hauteur de quelques fibres musculaires, et j'enlevai le tissu fibreux intermédiaire qui eût fait obstacle à l'affrontement du tendon, dont chaque bout fut rafraîchi avec des ciseaux.

Le renversement de la main en arrière suffisant à ramener au contact les deux extrémités tendineuses, nous les assujettîmes par un seul point de suture traversant le milieu du tendon. Un double nœud, fortement serré, fixa le fil, dont un des bouts fut coupé ras, tandis que l'autre fut maintenu en dehors de la plaie pour être retiré en temps opportun.

Les téguments furent réunis immédiatement par trois points de suture entrecoupée. Les doigts, la main et le poignet furent placés sur des coussins élevés, et l'extension obtenue par la position et quelques simples jeux de bande.

Le malade revient promptement à lui après la chloroformisation, aussi étonné que satisfait d'avoir été opéré pendant son sommeil.

Le 20, un peu d'agitation pendant la nuit, soif, pouls à 80; état local favorable, pas de gonflement. — Même traitement.

Le 21, soif moins vive, pouls à 68. L'intervalle qui donne passage au fil de la suture tendineuse laisse échapper un peu de suppuration sanguinolente.

Le 22, gonflement de tout l'avant-bras; rougeur érythémateuse, endolorissement. On enlève deux points de suture. — Fomentation avec l'eau de sureau; eau de Sedlitz; bouillon maigre.

Le 23, le troisième point de suture a cédé pendant la nuit; beaucoup moins de tension et de gonflement, disparition de la rougeur; état général satisfaisant.

Le 26, moins de suppuration; le fil de la suture profonde est enlevé sans résistance; les bords de la plaie tégumentaire sont légèrement rapprochés.

Les jours suivants, malgré nos recommandations, le malade étend et fléchit alternativement, sans difficulté, les doigts précédemment paralysés; on distingue sous la peau les mouvements du tendon, la cicatrice se fronce, et la contraction musculaire se suit des yeux jusqu'à l'extrémité supérieure de l'extenseur commun des doigts.

Rien ne vint dès lors entraver la guérison; la main reprit sa force et ses usages, et le malade a quitté l'hôpital et repris son service.

EMPOISONNEMENT

par une décoction de jusquiame prise en lavement, suivi d'aliénation mentale temporaire.

C'est à M. Bessières, professeur de clinique à Toulouse, que nous devons la connaissance de ce fait remarquable, dont on peut tirer plusieurs enseignements utiles.

Une dame affligée d'une maladie organique de l'utérus se faisait habituellement et impunément des injections dans le vagin avec une décoction de feuilles de jusquiame blanche. Elle crut pouvoir les remplacer avec avantage par des lavements; elle pensa qu'un médicament qui serait retenu dans le rectum devait agir avec plus d'énergie que des injections dans le vagin, qui ne font, pour ainsi dire, qu'entrer et sortir et qui n'agissent qu'un instant. Elle s'administra, en conséquence, un lavement de décoction de jusquiame, et comme il fut immédiatement rejeté, elle en prit un second qu'elle put garder. Mais bientôt, et *presque instantanément*, des accidents formidables se montrent et se succèdent rapidement; ce sont des vertiges, des éblouissements, de l'incohérence dans les idées; la figure s'anime, les forces tombent, la malade s'affaisse dans un fauteuil; tous les assistants croient qu'elle va expirer.

M. Bessières, qui fut appelé, prescrivit des lavements répétés d'eau vinaigrée avec addition assez considérable de sel de cuisine. Cette médication, qui se trouvait sous sa main, fut employée sans aucune perte de temps, et dut ramener au dehors toute la portion du poison qui n'avait pas encore été absorbée; mais elle n'eut pas le pouvoir de rétablir l'équilibre normal des forces nerveuses. La malade resta dans un état d'agitation extrême, trahissant par des cris et des discours effrayants la crainte d'une mort imminente.

M. Bessières, avant de quitter cette infortunée malade, ordonna un purgatif ordinaire ou l'huile de croton tiglium, laissant le choix au médecin ordinaire, une forte décoction de café, des sinapismes; des boissons acidules, et enfin la saignée plus ou moins répétée, selon l'état des forces de la malade, l'intensité de la réaction ou le degré de la congestion cérébrale. Ces moyens furent employés, sauf la saignée, qu'on jugea prudent de remplacer par des applications de sangsues à l'anus. La malade fut sauvée; mais il fallut beaucoup de soins et de temps pour lui rendre le calme et la raison; on n'y parvint qu'après six mois, par un traitement plutôt moral que physique, par des promenades, des voyages et par tous les soins intelligents qui lui furent prodigués dans le sein de sa famille. Le trouble d'esprit qui lui faisait entrevoir l'approche de la mort, et qui, dans le commencement, lui faisait verser des larmes abondantes et lui arrachait des cris déchirants, prit, avec le temps, une forme moins vive et dégénéra en une sorte de monomanie chronique dont on parvint enfin à triompher. Il ne resta à la malade qu'une très grande susceptibilité nerveuse qui ne lui était pas habituelle.

On voit, par cette observation, quelle est la rapidité de l'absorption par la muqueuse rectale. La jusquiame était à peine injectée qu'elle avait déjà frappé le cerveau. On voit, en outre, combien il est facile de se tromper relativement aux effets que l'on attend des substances dites narcotiques. La principale cause des mécomptes vient de ce que ces effets ne varient pas seulement en intensité, selon les doses, mais changent, au contraire, complétement de nature. Calmants et bienfaisants à doses faibles et modérées, ils deviennent excitants et toxiques à doses élevées. L'expérience, bien qu'elle soit journalière à cet égard, n'a point exactement assigné à chaque dose sa vertu propre; elle peut même très difficilement le faire, puisque les tempéraments et les idiosyncrasies font, ici comme partout, varier les rapports.

L'expérience est également bien loin d'avoir nettement déterminé les propriétés et la spécificité d'action de chacune des substances dites narcotiques et nervines. Les médecins ne les emploient pas sans doute indifféremment l'une et l'autre; mais on peut dire que les motifs de leurs préférences sont souvent arbitraires et seraient difficiles à justifier par des raisons fondées sur la logique ou sur l'expérience. La jusquiame, j'en conviens, calme souvent mieux que l'opium et n'a pas ses inconvénients; mais à quelle dose faut-il l'administrer dans un cas donné? Faut-il préférer la voie de l'estomac ou celle du rectum? Il serait difficile de répondre à ces questions d'une manière qui satisfasse un esprit sévère. Toutes ces substances sont cependant des armes puissantes entre les mains du médecin. Il est certain qu'elles nous rendraient d'immenses services si nous en connaissions mieux l'action.

Il serait bien à désirer que les médecins de nos jours, marchant sur les traces de Stoerk et de quelques autres observateurs patients et habiles, entreprissent une vaste série d'expériences sur ce point. On trouverait probablement sur cette route plus de vérités utiles que dans les minuties microscopiques, qui sont devenues la mode du jour.

N'est-ce pas un légitime sujet de regrets, et même de honte, que nous ne sachions pas encore d'une manière un peu précise dans quels rapports les doses doivent être administrées par la bouche ou par l'anus? Plusieurs pharmacologistes conseillent, en général, de doubler ou même de tripler les doses, quand on choisit cette dernière voie; mais l'expérience a depuis longtemps démontré l'imprudence et le danger d'un tel conseil.

Il est certain que l'opium, la jusquiame et beaucoup d'autres substances agissent avec bien plus de promptitude et d'énergie en lavement que par la voie de l'estomac. On croit se rendre compte de cette différence d'action en disant que l'estomac digère et altère les médicaments, tandis que le rectum les absorbe dans toute leur pureté; mais s'il en était ainsi, le résultat serait uniforme et général, et il ne l'est pas. Nous n'avons donc pas toutes les données du problème. On rougit vraiment de l'anarchie d'opinions qui règnent sur ce point de médecine pratique si important, si vulgaire, et en apparence si simple. On voit tous les jours, par exemple, des praticiens exercés prescrire en lavement plusieurs gros d'huile essentielle de térébenthine; ils le font même souvent, je crois, impunément. Mais comment expliquer alors les accidents formidables dont quelques gouttes de cette substance, introduite par la même voie, ont été la cause unique et constante, suivant un praticien qui ne manque ni de savoir, ni d'expérience, M. Gendrin? Mais pour revenir aux substances narcotiques, on peut dire que les unes, l'opium en tête, ont un effet primitif calmant; les autres semblent plutôt exciter les forces nerveuses, mais sans troubler leur harmonie; elles disposent à la gaieté et procurent des sensations et des visions agréables; d'autres, enfin, pervertissent les fonctions cérébrales, stupéfient et causent de sinistres délires; et cette diversité dans les effets, qui tient ici à la différence des substances, peut être bien souvent l'effet de la même substance administrée dans des proportions différentes. Les substances narcotiques sont, comme je le disais plus haut, des armes puissantes; mais en même temps ce sont des armes bien perfides, dont nous ne pourrons nous servir qu'après avoir multiplié les formes d'un bien long apprentissage qui est à peine commencé.

D^r B^er.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 19 octobre 1853. — Présidence de M. Denonvilliers.

M. Giraldès, à propos du procès-verbal, entre dans quelques détails précis sur les résultats de la ligature dans le traitement des anévrismes.

Ainsi, sur 204 cas de la ligature de la fémorale, il y a eu 50 morts. 155 ligatures dans des cas d'anévrisme de l'artère poplitée ont été 40 fois suivies de mort. 5 des malades qui ont succombé ont dû subir l'amputation.

Parmi les malades guéris, 4 ont été également amputés.

Correspondance. — Lettre de M. Maisonneuve qui demande un congé pendant la seconde quinzaine d'octobre.

Vierteljahrechrift für die praktische. Heilkunde, vierter band. Prag., 1853.

Mémoire sur le diagnostic de la gale de l'homme par l'inspection du sillon à l'œil nu, par le docteur Piogey.

Du charlatanisme médical et des moyens de le réprimer, par le docteur Piogey.

L'Association médical journal.

LECTURES.

M. Bouvier, candidat pour une place de membre titulaire, lit un travail sur le séton. (Renvoyé à MM. Danyau, Michon et Larrey.)

Sur l'observation de M. le président, comme deux places seulement de membre titulaire restent à donner, la Société décide qu'une de ces places est déclarée vacante.

— M. Chassaignac commence la lecture d'un mémoire sur les abcès sous-périostiques aigus et leur traitement.

RAPPORTS.

M. Giraldès fait un rapport verbal sur MM. Fleming et Hamilton, qui sollicitent le titre de membres correspondants étrangers.

M. Giraldès termine ainsi :

Après vous avoir exposé un résumé très succinct des travaux imprimés adressés à la Société de chirurgie par MM. Fleming et Hamilton, pour compléter ma mission je dois vous faire connaître la position cien tifique et professionnelle des deux honorables postulants.

M. Christophe Fleming est docteur en médecine de l'Université de Dublin, membre de l'Académie royale des sciences d'Irlande, chirurgien de l'hôpital de Richmond et examinateur pour la chirurgie au Collége royal des chirurgiens.

M. John Hamilton, comme son collègue, est également membre de l'Académie des sciences d'Irlande, chirurgien de l'hôpital de Richmond, examinateur pour la chirurgie à l'Université de la reine en Irlande, professeur de chirurgie à l'Ecole de médecine de Carmichaël.

La position scientifique de ces deux chirurgiens constitue leur principal titre; en outre, leur position professionnelle est des plus honorables. Ce sont, en effet, des titres que vous avez toujours appréciés à leur juste valeur; et la Société de chirurgie, en accordant à ces deux honorables confrères le titre de membre correspondant, ajoutera à la liste des correspondants étrangers deux chirurgiens dignes de cette faveur.

Votre commission a l'honneur de vous proposer d'accorder à MM. Christophe Fleming et John Hamilton le titre de membre correspondant.

Cette conclusion est adoptée à l'unanimité.

— M. Laborie donne lecture d'un rapport sur un mémoire adressé à la Société par M. le professeur Alquié (de Montpellier).

Le travail de M. Alquié est intitulé *Nouveau procédé de chéiloplastie ou procédé de l'énucléation.*

Après un examen critique de l'observation qui sert de base au travail de M. Alquié, M. le rapporteur termine par le résumé suivant des titre du professeur de Montpellier :

M. Alquié est un des plus vigoureux athlètes du concours, travailleur infatigable, nous le voyons dès son début dans les études médicales obtenir en 1835, avec une médaille d'or, l'exemption de tous les droits académiques.

Puis, après avoir été successivement aide d'anatomie, interne des hôpitaux, professeur agrégé, chef des travaux anatomiques, il concourt pour la chaire de clinique chirurgicale devenue vacante par la mort de Serre, et obtient cette haute position qu'il avait déjà su mériter par ses honorables antécédents.

M. Alquié ne s'est pas renfermé dans le milieu où il avait vécu scientifiquement, et il n'a pas craint de venir concourir successivement à Lyon pour la place de chirurgien en chef de la Charité en 1840, et à Paris, en 1847 et 1848, pour une chaire de clinique chirurgicale. S'il n'a pas réussi dans ces deux luttes brillantes, il a néanmoins montré un grand savoir et un talent remarquable d'exposition.

Si nous abandonnons l'esquisse incomplète que nous venons de tracer de la carrière suivie par M. Alquié dans les concours pour apprécier ses travaux en littérature médicale, nous voyons que, comme auteur, notre confrère ne s'en est pas tenu aux questions purement chirurgicales.

Ainsi, en 1843, il publiait un volume sur les doctrines médicales de l'Ecole de Montpellier. Ce livre contient un résumé des principes de cette école fameuse.

Nous passons rapidement sur une série nombreuse de mémoires, sur une nouvelle méthode de traitement des divers déplacements de l'utérus, sur les fonctions, les abcès par congestion, etc., etc., pour arriver à un traité élémentaire de pathologie chirurgicale d'après la doctrine de Montpellier (en voie de publication) et à un volume de clinique chirurgicale dont l'auteur a fait hommage à la Société de chirurgie.

Cette longue énumération, encore très abrégée, des titres de M. Alquié justifiera grandement les conclusions que la commission a l'honneur de soumettre à votre approbation :

1° Déposer honorablement le travail manuscrit de M. Alquié dans les archives;

2° Remercier notre savant confrère de l'hommage qu'il a fait de son livre de clinique chirurgicale;

3° Enfin, nommer M. Alquié membre correspondant de la Société de chirurgie de Paris.

La Société votera dans la séance prochaine sur les conclusions de la commission.

Le secrétaire de la Société : E. Laborie.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 1er septembre 1853. — Présidence de M. DUHAMEL.

Lecture et adoption du procès-verbal.

— M. le docteur E. DUVIVIER fait hommage à la Société d'une brochure ayant pour titre *De l'hypocondrie et de la mélancolie*.

M. LE PRÉSIDENT, au nom de la Société, adresse des remercîments à l'auteur.

(Le règlement ne permettant pas de faire de rapport sur un travail d'un membre de la Société, l'auteur est prié de présenter dans une des prochaines séances un court résumé de son ouvrage, qui sera inséré au procès-verbal.)

— La correspondance comprend :

Un numéro des *Actes du second congrès scientifique des Etats sardes*. (Renvoyé à l'examen de M. Masson.)

— M. LE PRÉSIDENT informe la Compagnie de la perte regrettable qu'elle vient de faire dans la personne de M. le docteur Serrurier, que la maladie tenait depuis quelque temps éloigné de la Société.

MM. Terrier, Bossu et Masson sont priés de porter à Mme Serrurier l'expression des regrets bien sincères que la Société éprouve de cet événement.

— M. le docteur CARON donne lecture du discours qu'il a prononcé au nom de la Société aux obsèques de M. Serrurier.

« Cher confrère, cher collègue!

» Un peu tardivement informé de l'honneur que me réservait la Société de médecine pratique en me confiant le soin d'être son interprète dans une circonstance aussi solennelle, je ferai tous mes efforts pour me rendre digne d'une telle mission, et exprimer en son nom comme en mon nom personnel les regrets bien profonds qu'inspire une telle séparation!

» Jean-Baptiste-Toussaint Serrurier était né à Orléans le 1er novembre 1776. Tout jeune il sut se concilier l'estime et l'amitié de ses maîtres. Son goût pour le travail et les facilités dont il était doué lui valurent de brillants succès au début de ses études. Ces premières dispositions ne se démentirent pas, et plus tard, dans la carrière médicale, la gaieté de son caractère, l'érudition qu'il possédait contribuèrent à lui aplanir toutes les difficultés que lui offraient les circonstances politiques de l'époque.

» Comme chirurgien militaire, il sut faire preuve de désintéressement et de courage; aussi, après le siége de Paris en 1814, l'empereur de Russie, comme témoignage de reconnaissance, lui fit offrir une bague enrichie de pierres fines, avec une lettre de félicitation des plus honorables.

» En 1821, il fut nommé chevalier de l'ordre de la Légion d'honneur. A cette même époque environ, il reçut du Saint-Père la décoration de l'ordre de l'Éperon d'or, distinction qui lui était bien chère, et dont on ne lui vit jamais tirer vanité.

» Ses travaux scientifiques lui ouvrirent successivement les portes de beaucoup de sociétés savantes.

» Il était membre de l'Académie royale de Caen;

» De la Société de médecine pratique, dont il fut pendant près de vingt ans le secrétaire général;

» De la Société française de statistique universelle de Paris;

» De la Société de médecine de Lyon;

» De la Société des sciences naturelles de France;

» De la Société médicale du canton de Genève;

» De la Société chirurgicale de Madrid;

» Enfin il fut, vous le savez tous, l'un des membres fondateurs de l'Association générale des médecins de la Seine.

» O mon vénérable confrère, mon respectable ami, par quelle triste fatalité faut-il aujourd'hui nous faire un éternel adieu!

» Je n'aurai donc encore une fois appris à vous connaître que pour vous aimer un moment et vous regretter toujours! Quelle destinée que la mienne!

» Tout jeune encore, au sortir des études, sans pilote, sans guide, je commençais à voguer sur cette mer orageuse de la vie médicale. J'eusse vingt fois fait naufrage, ou bien je me fusse engagé dans quelque labyrinthe, sans les conseils d'un généreux ami tel que vous. Confiant de ma nature, timide par caractère, j'avais déjà maintes fois souffert de l'inconstance des hommes et des choses; je cherchais partout un cœur compatissant, une âme généreuse qui daignât m'écouter, et à qui je pusse librement me confier. Le hasard vous plaça sur mon chemin, et cette fois enfin je trouvais cet ami, ce confrère généreux auprès duquel je pouvais m'épancher!

» Lui, du moins, chercha souvent à raffermir ce courage ébranlé, et souvent aussi, je dois le dire, il sut maîtriser les élans désordonnés de cette imagination vive et sans expérience encore.

» Pour tant de bonté, de générosité, que ne lui dois-je pas!

» Je n'oublierai jamais ces entretiens familiers où, comme deux bons camarades, nous discutions sans animosité ces questions de science, de philosophie ou de médecine, que nos sympathies scientifiques nous engageaient toujours à reprendre avec plaisir.

» C'était là, messieurs, qu'on pouvait juger de la droiture de son jugement, de l'étendue de ses connaissances et de sa bienveillance à développer ses arguments. Il tenait essentiellement à bien faire partager ses convictions, et pour y arriver il mettait une patience et une complaisance admirables. Rien ne lui coûtait pour rectifier les erreurs. C'était alors qu'il montrait parfois de l'absolutisme; mais aussi, c'est qu'il était lui-même scientifiquement bien convaincu.

» D'un commerce doux et agréable, d'une instruction solide, profonde, il ajoutait au charme de la conversation par une gaieté juvénile qu'il a su conserver jusqu'au dernier jour. Cela a sans doute dû bien contribuer aux avantages qu'il s'est acquis dans la pratique médicale.

» Tristes débris d'une admirable machine qu'animait naguère un souffle divin, permettez-moi de payer ici le juste tribut de ma reconnaissance à celui que l'inexorable destin enlève aujourd'hui à ses confrères, à ses collègues, à ses amis, à sa famille. Nouvelle preuve de notre faiblesse, de notre fragilité! Il y a quelques jours Serrurier vivait au milieu de nous. D'une de ces constitutions vigoureuses, d'un caractère doux, aimable, franc, enjoué, d'une imagination ardente, laborieuse, il supporta longtemps les fatigues du métier. Vous avez vu avec quelle activité, quelle persévérance il a lutté contre les événements, l'assiduité qu'il mettait dans les travaux de cabinet, qui faisaient ses plus doux passe-temps.

» Ses travaux portent un cachet d'originalité où tout respire le savoir, la grandeur d'âme et la noblesse de sentiments. S'il n'a rien publié vers la fin de sa carrière, ce n'a point été manque d'envie, croyez-le bien, messieurs, car je lui connaissais sur le chantier une de ces questions scientifiques longuement élaborées dont il se faisait un vrai plaisir de faire hommage à la Société de médecine pratique.

» C'était son désir, c'est aujourd'hui son regret!

» Bon confrère, bon camarade, beau et agréable vieillard, Serrurier a vécu honoré et estimé de tous ceux qui l'ont intimement connu. Certes, il emporte aujourd'hui avec lui des regrets bien sincères.

» C'est au moment où il se proposait de jouir du fruit de son travail, de se reposer des labeurs de notre pénible profession, que, profondément frappé par un épanchement cérébral, ses jours sont une première fois mis en question. Bientôt apparaît une seconde attaque, puis une troisième; la machine résiste. Mais pour comble de malheur, une chute amène une fracture du col du fémur, qui condamne notre ami, notre confrère au repos absolu. C'est là son arrêt fatal! Le repos, l'inactivité, pour un homme si vif, si actif!

» Adieu, adieu! notre ami commun, notre confrère, notre collègue; adieu pour l'éternité! »

Variole et vaccine. — M. CHALUT appelle l'attention de la Société sur un fait de pratique fort important. On a, dit-il, dans ces derniers temps, émis l'opinion que la vaccine pourrait bien avoir perdu de ses propriétés préservatrices. Depuis quelques jours notre confrère observe, à quelques lieues de Paris, une série de cas de variole confluente à forme grave chez des individus qui ont été vaccinés il y a un temps plus ou moins long (six, huit, dix et vingt ans), et il appuie cette assertion de l'observation de son confrère M. Dupertuis, qui exerce dans les mêmes localités. Il invite ses collègues à prendre cette communication en considération et à faire attention aux cas qu'ils seraient à même de rencontrer, ce qui viendrait confirmer une opinion encore jusqu'à un certain point problématique.

Rapport. — M. DUVIVIER donne lecture d'un rapport sur une brochure adressée à la Société par M. le docteur Talma, dentiste.

Les conclusions du rapport sont de déposer le travail de M. Talma dans les archives. Cette proposition est adoptée.

Nature, causes et traitement du rachitisme. — M. CARON donne lecture d'un travail destiné à être envoyé au concours de la Société de médecine de Gand, ayant pour titre: *Du rachitisme considéré dans sa nature, ses causes et son traitement.*

Dans les préliminaires, dont l'auteur lit quelques pages, il tend à bien définir le rachitisme; il fait ressortir l'analogie qui existe entre le rachitisme et la scrofule; et après avoir démontré tout ce que les théories de ces maladies ont eu de vague jusqu'en ces derniers temps, après avoir écarté l'existence de ces vices ou virus dont les Richerand, Lepelletier (de la Sarthe) et autres ont suffisamment établi l'invraisemblance, il arrive à poser les bases d'une nouvelle explication qu'il recherche dans la manière particulière dont l'éducation du premier âge est comprise aujourd'hui; dans cette nutrition trop hâtive, trop abondante, inconsidérée, à part le fait de mauvaise qualité, insuffisante à la réparation comme au développement de cette frêle organisation: ce dont font preuve ces constitutions étiolées, à formes spéciales de têtes volumineuses, ventres gros, membres grêles, souvent ramollis, contournés; affectées de maladies spécifiques, telles que diarrhées, ophthalmies catarrhales, engorgements ganglionaires, mésentériques, cervicaux, ou autres premiers avant-coureurs de la scrofule ou du rachitisme, suivant la partie de l'organisme qui en a ressenti la première influence.

Destruction de la cornée et de l'iris. — M. COURSSERANT communique la suite de l'observation dont il a entretenu la Société dans la précédente séance.

Quoique Mme M..., qui n'avait plus ni iris, ni cornée de l'œil gauche, eût recouvré la vue, qu'elle avait perdue depuis six semaines environ, nous dûmes néanmoins l'avertir, son médecin ordinaire et moi, que la vision ne persisterait pas longtemps. Un linge enduit de cérat, maintenu en place par quelques tours de bande autour de la tête, constitua tout le pansement.

Le lendemain, le pansement ayant été renouvelé, le cristallin fut trouvé adhérent au linge; la fossette hyaloïdienne, destinée à loger la lentille, était encore parfaitement délimitée, et quoique quelques petites opacités grisâtres commençassent déjà à se montrer çà et là à la superficie du corps vitré, la malade percevait encore assez distinctement la forme des corps. Des douleurs profondes, assez vives, s'irradiaient dans la région du front et dans celle de la tempe du côté gauche. Le globe conservait toujours le même volume que les jours précédents; il était dur, tendu, douloureux à la pression.

Dans le but de m'opposer à l'expulsion trop brusque du corps vitré, et dans celui surtout de soustraire l'organe malade à l'irritation incessante de l'air, la paupière supérieure fut tenue légèrement abaissée au moyen de bandelettes de taffetas d'Angleterre. Ce mode de pansement parut offrir quelque soulagement à la malade pendant les trois premiers jours; cependant, les douleurs reparaissant dans le globe avec l'intensité la plus vive, et me paraissant déterminées par la compression que l'organe avait à supporter de dedans en dehors, je crus utile de faire une ponction dans le corps vitré et d'en évacuer la moitié environ. Cette évacuation obtenue, quelques plissements se montrèrent dans le 6e antérieur environ de la sclérotique (cette partie n'étant plus soutenue par le corps vitré évacué); néanmoins, aucun changement ne s'opéra ni dans la forme, ni dans la tension des 5/6es postérieurs du globe, lequel resta toujours dur et tendu.

A partir de ce moment, l'état de la malade présenta un mieux sensible pendant deux jours.

Ce terme écoulé, je fus mandé auprès de Mme M... vers une heure du matin. Mme M..., me dit-on, *après des douleurs vives et longtemps prolongées, avait senti quelque chose sortir brusquement de son œil, lequel, depuis ce moment, donnait beaucoup de sang.*

Arrivé auprès de la malade, j'aperçus pendant sur la joue un corps gris-noirâtre, en forme de bourse ouverte à sa partie antérieure, et tenant à l'œil par un pédicule qui s'implantait à la partie antérieure et interne de la sclérotique. Je n'eus pas de peine à reconnaître dans ce corps mollasse la choroïde recouverte de la rétine. Du sang s'écoulait incessamment de cette membrane et se répandait en nappe sur la joue. La partie antérieure du globe, c'est-à-dire l'ouverture antérieure de la sclérotique, était fermée par des masses rougeâtres, saignantes, bourgeonnantes en apparence, et que j'attribuai à des caillots de sang. Toutefois, cet œil, qui avait perdu cornée, iris, cristallin, corps vitré, choroïde et rétine, n'avait rien perdu de son volume anormal; il présentait la même dureté et la même tension que les jours précédents.

En présence d'un tel état de choses, il était de la plus haute importance, pour le pronostic, de déterminer d'une manière précise la nature du contenu intra-sclérotical. Pour ne pas donner trop d'étendue à cette observation, qu'il me suffise de dire que la marche de la maladie et l'aspect du tissu nous portèrent, mon honorable confrère et moi, à éloigner toute idée de tumeur de mauvaise nature développée dans la coque oculaire ou en dehors de cette enveloppe. Nous préférâmes ne voir dans l'évolution des phénomènes morbides que Mme M... nous avait présentée pendant sa longue et douloureuse maladie que la conséquence d'un épanchement sanguin, d'une hémorrhagie lente opérée dans la cavité de la choroïde elle-même; hémorrhagie ayant offert, dès le principe, à cause de la compression produite sur les tissus, tous les caractères d'un véritable phlegmon de l'œil, et ayant amené successivement la fonte purulente de la cornée, la destruction de l'iris et la protrusion en dehors de l'humeur vitrée, de la choroïde, de la rétine, en un mot de toutes les humeurs et de tous les tissus renfermés dans l'enveloppe scléroticale de l'œil. Au reste, pour donner à notre diagnostic toute la certitude désirable, un stylet fut enfoncé dans la masse morbide dans la direction de l'axe antéro-postérieur, et ne donna à la main d'autre sensation que celle qu'y aurait produite du sang coagulé traversé par le même instrument. D'un autre côté, des pinces, ayant été enfoncées dans ce produit anormal, en retirèrent des lambeaux de caillots sanguins. Dès lors le doute n'était plus permis, et nous devions être pleinement rassurés sur l'issue de la maladie. Toutefois, après quelques jours d'attente, voyant que l'œil restait toujours aussi volumineux, toujours aussi dur, toujours aussi tendu, et que la résorption languissait ou était presque nulle, j'enlevai avec des pinces une portion assez considérable des caillots renfermés dans la sclérotique, et j'enfonçai dans ce qui restait un crayon d'azotate d'argent. Cette petite opération détermina quelques douleurs dans l'œil, et fut suivie d'un gonflement assez considérable de la paupière supérieure. Une diminution notable s'opéra peu à peu dans le volume de l'œil gauche, lequel offre presque, en ce moment, le volume de son congénère. Quelques douleurs névralgiques, s'irradiant dans la direction des filets que le nerf facial projette dans la tête et dans la face, furent combattues avec quelque efficacité par les préparations de quinquina.

Le secrétaire adjoint, Dr CARON.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

M. le docteur Thomas W. Evans vient d'être nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Il y a eu ce moment trois fauteuils vacants à l'Académie des sciences: dans la section d'astronomie, un fauteuil, celui de M. Arago, qui avait succédé en 1809 à Lalande, et en 1830, comme secrétaire perpétuel, à Fourier. Dans la section de botanique, deux fauteuils: ceux de M. Auguste Saint-Hilaire, qui avait succédé en 1830 à Lamarck, élu en 1795; de M. Adrien de Jussieu, élu en 1831 à la place de Dupetit-Thouars. Ce fauteuil avait été occupé en 1806 par Palissot de Beauvois, en 1795 par Adanson.

— On écrit de Munich, le 23, que le directeur de l'Institut égyptien venait de recevoir du pacha d'Egypte l'ordre de faire rentrer tous les jeunes élèves qui étudient la médecine et la chirurgie dans leur pays, pour être employés dans l'armée turque.

— On lit dans le *Journal de Rome* du 20 octobre :

« L'influence des fièvres, qui cette année a été plus forte qu'à l'ordinaire, est sur son déclin. D'après les documents que nous avons sous les yeux, le mouvement des hôpitaux de la garnison française, durant le troisième trimestre, c'est-à-dire de juillet à septembre, donne les chiffres suivants :

» Malades encore présents à l'hospice le 1er juillet.	179
— entrés durant le trimestre.	3,143
— sortis.	2,339
— morts.	45
— encore à l'hospice le 30 septembre.	938

» La mortalité a donc été de 45 sur 3,322 malades guéris, c'est-à-dire de 1 1/3 p. 0/0. Ce résultat est d'autant plus satisfaisant que, parmi les 45 cas de mort, on compte 1 suicide et quelques cas d'affections chroniques, phthisies pulmonaires, maladies organiques du cœur, du tube digestif, etc., et enfin un certain nombre de fièvres typhoïdes observées chez des soldats qui arrivaient de France.

» Le nombre des malades morts des fièvres du pays est donc fort limité, et ces fièvres, du reste, ne sont pas inconnues aux médecins français qui ont longtemps séjourné en Afrique, où elles présentent les mêmes caractères et où elles sévissent avec beaucoup plus d'intensité qu'à Rome. »

— M. Isidore Geoffroy Saint-Hilaire a ouvert son cours de zoologie au Muséum d'histoire naturelle le samedi 29 octobre, à une heure, et le continuera les mardis et samedis, à la même heure.

— On écrit de la frontière de Moldavie, le 16 octobre : « Le choléra et la dyssenterie enlèvent beaucoup de victimes à Jassy. La dyssenterie asiatique n'existe encore qu'à l'état sporadique ; cependant depuis trois semaines elle a emporté 100 personnes.

— Le choléra continue à exercer de grands ravages dans plusieurs provinces de la Perse, et entre autres à Sultanieh.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de PLON frères, Imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 130. — JEUDI 3 NOVEMBRE 1853. (26e ANNEE.) N° 130. — JEUDI 3 NOVEMBRE 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Pays	Trois mois	Six mois	Un an
Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse	8 fr. 50 c.	16	30
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies	9 fr.	17	33
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar	10 fr.	20	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

PARIS, LE 2 NOVEMBRE 1853.

Séances des Académies.

Nous arrivions aujourd'hui à l'Académie de médecine la *bouche enfarinée.* Nous nous attendions en ce jour de séance extraordinaire à une communication et à une discussion non moins extraordinaires. Eh bien! au lieu de l'importante communication de M. Malgaigne sur l'emploi du peroxyde de fer dans les anévrismes, nous avons eu, le dirons-nous? tout simplement ce que l'on pourrait appeler une *séance aqueuse.* C'est dire que les eaux minérales y ont joué le grand rôle.

Qu'on ne croie pas cependant que tout se soit borné là.

La correspondance a présenté de l'intérêt. Une lettre de M. le docteur Gros, médecin français établi à Moscou, a donné une relation générale de l'épidémie du choléra en Russie, et a prouvé une fois de plus le peu d'influence des saisons, des aliments, des médications sur le développement et la marche de l'épidémie. Ce que notre honorable confrère prouve pour la Russie, un autre confrère non moins honorable et membre de l'Académie, M. Joly, est venu à son tour le prouver pour le choléra de France, dans une lecture déjà commencée à une précédente séance, et dont nous publierons un extrait quand cette intéressante communication sera terminée.

La correspondance a offert, en outre, un fait assez curieux à l'occasion du prix Nadau, qui avait été déjà, dans la dernière séance, l'objet d'une discussion. Un nouveau concurrent a envoyé un travail avec la condition expresse de garder l'anonyme et de ne pas se nommer, lors même qu'il *obtiendrait le prix!* Cette modestie outre mesure a choqué quelques membres, qui se sont demandé si l'on couronnerait *un inconnu.* Le bureau a déclaré que non; mais une autre objection de M. Londe n'a pas eu de réponse. L'honorable membre a demandé si, sous ce voile anonyme, il ne pourrait pas se trouver caché un membre de l'Académie, un membre même de la commission, qui, par conséquent, se trouverait *juge et partie.* A cela, M. Velpeau a seul répondu avec son à propos et son esprit habituels, que l'on *connaîtra bien ce concurrent inconnu!* L'Académie a ri; mais chacun pensait tout bas que la réponse était plus plaisante que sérieuse.

Un rapport de M. Bricheteau sur un fait de combustion volontaire exécutée sur lui-même par un aliéné a été écouté avec beaucoup d'intérêt. Quoique ancien (il date de 1836), ce fait, qui est dû à M. le docteur Madin (de Verdun), fils d'un collaborateur du *Dictionnaire des sciences médicales,* a été très bien observé, et sera renvoyé au comité de publication. Nous en donnerons un extrait.

A l'Académie des sciences, il n'y a eu que deux communications : la première est relative au fait de *ténoraphie* de M. Sédillot que nous avons publié dans le dernier numéro, et sur lequel M. le professeur Roux a fait quelques remarques qui sont loin d'en affaiblir l'intérêt.

La seconde communication a rapport à une race d'hommes particulière des montagnes de la Chine. Nous attendrons le rapport de M. Serres, juge si compétent en matières pareilles pour nous prononcer sur ce sujet.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. NONAT.

Phlébite. Hydarthrose. Application de vésicatoires volants. Guérison rapide.

Dans notre *Revue clinique* du 15 octobre, nous avons fait connaître le traitement au moyen des vésicatoires volants employé avec succès par M. Nonat dans la phlébite survenue dans les membres, soit à la suite de la saignée, soit consécutivement à la fièvre typhoïde ou à toute autre maladie fébrile. Nous avons promis en même temps de publier quelques-uns des faits de ce genre observés par le médecin de la Pitié. Nous tenons parole aujourd'hui par la publication du fait suivant :

Marie Weischaupt, femme Kremer, âgée de trente et un ans, demeurant à Paris, rue du Ponceau, n° 32, d'une constitution ordinaire et d'un tempérament lymphatique, est entrée le 29 août 1853 à la Pitié, dans le service de M. Nonat, salle Saint-Paul, n° 21, pour y être traitée de la fièvre typhoïde.

Le 27 septembre, pendant la convalescence de cette maladie, la dame Kremer accusa à la partie interne de la cuisse droite une vive douleur qu'elle ressentait depuis cinq jours.

Le membre abdominal droit était œdématié, surtout dans sa partie supérieure; la pression exercée sur le trajet de la veine saphène interne était fort douloureuse et faisait reconnaître l'existence d'un cordon dur et noueux. Dans le but de combattre la phlébite qu'indiquaient tous ces signes, M. Nonat prescrivit l'application d'un vésicatoire volant depuis l'aine jusqu'à la partie inférieure de la cuisse au niveau de la veine fémorale; mais, ce topique n'ayant recouvert qu'une partie du vaisseau enflammé, on eut recours le lendemain 28 septembre à un vésicatoire complémentaire.

Le 30, l'œdème et la douleur avaient totalement disparu à la cuisse, et la fièvre avait beaucoup diminué.

Un épanchement étant survenu dans la synoviale de l'articulation du genou droit de la malade, on appliqua le 2 octobre un vésicatoire volant sur cette articulation.

Le 9 du même mois, l'œdème de la jambe et du pied droit persistant et une douleur vive augmentant par la pression se faisant sentir sur le trajet de la veine saphène interne, depuis la partie antérieure de la malléole interne jusqu'à la partie postérieure du condyle interne du fémur, on mit un vésicatoire sur toute l'étendue du vaisseau enflammé.

Dès le lendemain, la douleur et l'œdème avaient beaucoup diminué, et le 15 octobre il n'existait plus de traces de la phlébite ni de l'hydarthrose.

Depuis cette dernière époque, l'amélioration s'est soutenue; seulement la malade éprouve des douleurs dans la jambe lorsqu'elle se lève, et elle remarque que le pied et la jambe sont légèrement gonflés. Ce gonflement et cet œdème disparaissent après quelques heures de repos.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. CHASSAIGNAC.

Rétraction des muscles du mollet par suite de lésion traumatique. — Impossibilité de fléchir le pied sur la jambe. — Section sous-cutanée du tendon d'Achille. — Guérison.

Il n'y a rien de plus frappant dans l'histoire des sciences médicales que ces vicissitudes qui nous montrent le même moyen thérapeutique tantôt occupant d'une manière exclusive l'attention générale, tantôt comme tombé dans un profond oubli. Tel a été le sort de la ténotomie. Après avoir été en possession d'occuper au plus haut degré l'attention des médecins, elle a réalisé des progrès qui sont désormais invariablement acquis à l'art et à l'humanité; mais qui en parle aujourd'hui? Ne semblerait-il pas, au silence des chirurgiens et à l'absence de communications nouvelles sur ce sujet, que la question fût épuisée? Il n'en est point ainsi; et si nous n'avons pas à signaler quelques progrès nouveaux dans cette partie de la thérapeutique, du moins avons-nous à examiner les résultats qu'a fournis à M. Chassaignac, dans deux circonstances récentes, l'emploi de la ténotomie sous-cutanée. Il a pratiqué cette dernière opération plusieurs fois dans le cours de cette année.

Dans un cas, il s'agissait d'un torticolis par rétraction du muscle sterno-mastoïdien du côté droit; dans un autre, d'une rétraction des muscles du mollet. Ce dernier cas avait pour origine une cause traumatique. Dans l'autre, il s'agissait d'une de ces contractures dont l'étiologie n'est pas toujours bien facile à déterminer. La ténotomie, dans les deux cas, a donné les meilleurs résultats et a fait cesser la difformité résultant des rétractions musculaires mentionnées ci-dessus. On sait que, parmi les nombreux procédés qui ont été proposés pour la section des tendons au-dessous de la peau, il en est deux qui se partagent d'une manière presque égale le suffrage des praticiens. Dans l'un comme dans l'autre, on éloigne toujours autant que possible le point où se fait la petite plaie destinée à l'introduction du ténotome du lieu où se trouve le tendon qui doit être coupé. Plus le trajet sous-cutané aura d'étendue, mieux on sera sauvegardé contre les chances d'une inflammation suppurative capable de se propager jusqu'à la gaîne du tendon. Il n'y a donc de limites, sous ce rapport, que celles qui sont imposées pour la configuration des parties et par les exigences de la manœuvre opératoire. Mais à part ce principe, auquel il doit être fait une large part, quel que soit le procédé qu'on choisisse, il y a dans la manière de diviser le tendon des différences dont le praticien doit tenir compte.

Attaquera-t-on le tendon par sa face superficielle et immédiatement sous-cutanée pour en continuer la division vers des parties de plus en plus profondes et jusqu'à section complète, ou bien conduira-t-on d'abord l'instrument d'emblée sous la face profonde du tendon pour le diviser ensuite de la profondeur vers la surface, en évitant qu'une échappée fâcheuse ne vienne intéresser la peau? Dans ce cas ce ne serait plus une ténotomie sous-cutanée, mais une opération à ciel ouvert, ainsi qu'elle a été faite dans les premières époques de la ténotomie, pratique dangereuse et qui doit être évitée à tout prix. C'est donc entre le procédé qui coupe le tendon de l'extérieur vers l'intérieur et celui qui le divise en sens inverse que le praticien doit faire un choix. M. Chassaignac donne la préférence à celui dans lequel on procède de la partie profonde du tendon vers la peau. Mais, comme chacun des deux procédés compte en sa faveur des autorités également compétentes, il y a nécessité de justifier la préférence que l'on accorde à l'une des méthodes. Sous ce rapport, voici les raisons qui ont conduit M. Chassaignac à adopter d'une manière générale le mode opératoire qui attaque le tendon d'abord par sa partie profonde.

1° D'une manière générale il admet que, quand dans une opération il y a un temps difficile ou délicat, il est toujours préférable d'aborder la difficulté le plus promptement possible. Celle-ci estelle levée, tout le reste de l'opération se fait comme de soi-même, et l'opérateur, exempt de toute préoccupation, a beaucoup de chances de faire mieux ce qu'il fait. Or quel est le temps difficile de la ténotomie? C'est la section des couches les plus profondes du tendon. Mais, si l'on divise celui-ci de sa face superficielle à sa face profonde, il est évident qu'on réserve la difficulté pour la fin de l'opération; tandis que, si l'on a commencé par isoler le tendon des parties profondes en passant le ténotome au-dessous de lui, la difficulté est vaincue de prime abord, et l'opérateur se sent débarrassé de toute inquiétude avant même d'avoir commencé la section du tendon.

2° Cette question se juge encore par la comparaison des dangers que l'on peut redouter et des fautes que l'on peut commettre dans le manuel opératoire. Quelles sont ces fautes? C'est la blessure de tel ou tel organe par suite d'une échappée involontaire de l'instrument. Or, si l'échappée a lieu dans le procédé qui coupe le tendon de la profondeur vers la superficie, l'organe qui peut être blessé, c'est la peau; si l'échappée a lieu en coupant de la superficie vers la profondeur, ce sont des vaisseaux importants qui peuvent être divisés. Mais si l'on avait à subir cette fâcheuse alternative, il vaudrait infiniment mieux tomber dans la première faute que de commettre la seconde.

3° Pour que le tendon se divise bien dans toute son épaisseur, il faut que d'un bout à l'autre de l'opération il soit tendu à la manière d'une corde. Mais cela est beaucoup plus nécessaire dans le procédé qui va des parties superficielles aux parties profondes que dans l'autre, car c'est la tension de la corde fibreuse qui seule protège les vaisseaux profonds, parce que cette corde ne peut être tendue sans s'éloigner des vaisseaux. Or, quand on a déjà divisé les trois quarts ou les quatre cinquièmes du tendon, il y a moins de chances pour que les dernières couches de celui-ci aient une

tension suffisante. Du reste, la conciliation entre ces deux manières de faire peut se réaliser par leur réunion ou combinaison. Ainsi, pour diviser les couches profondes du tendon, on glisserait le ténotome entre lui et les vaisseaux. Pour diviser les couches superficielles, on le ferait glisser entre le tendon et la peau, et la section des couches moyennes serait faite la dernière, comme s'éloignant également des deux dangers qui doivent être évités.

Dans l'observation que nous allons rapporter, la section du tendon a été faite de la profondeur vers la superficie, et elle n'a été suivie d'aucun accident.

Il en a été de même pour la section du tendon du sterno-mastoïdien dans le cas de torticolis dont nous avons déjà parlé.

Rétraction accidentelle des muscles qui composent le triceps sural. Section du tendon d'Achille.

(Observation recueillie par M. Em. Bailly.)

Lecomte (Adolphe), âgé de trente ans, journalier, entre le 6 mai 1853 à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-François, lit n° 16.

Cet homme paraît d'une bonne constitution; son système musculaire est médiocrement développé; il ne signale aucune maladie antérieure grave.

Il y a cinq années, son pied venant à porter à faux dans la marche, il y eut chute avec sensation d'une vive douleur au niveau de l'articulation tibio-tarsienne. Le membre fut immédiatement entouré d'un bandage compressif, et un mois après le malade avait repris ses occupations. Il est vraisemblable qu'une entorse s'était produite dans cette circonstance.

Un an s'écoula sans ressentiment aucun de la violence à laquelle le pied avait été soumis; puis, à la suite de longues marches et de fatigues plus grandes que de coutume, l'extrémité inférieure de la jambe se tuméfia, des abcès se formèrent au-dessus et en avant de la malléole externe, et s'ouvrirent spontanément à l'extérieur.

Cette nouvelle affection condamna le membre à une immobilité prolongée, et après la cicatrisation des ouvertures le malade ne put marcher qu'avec difficulté sur la pointe du pied, le talon ayant subi un mouvement d'élévation qui l'empêchait de reposer sur le sol.

Aujourd'hui, 7 mai, on reconnaît une rétraction du tendon d'Achille déterminant un mouvement d'abaissement de la pointe du pied, qui seule rencontre le sol dans la déambulation. L'extrémité antérieure s'est portée en même temps en dehors. Les efforts ayant pour but de réduire la difformité sont infructueux; le tendon d'Achille se tend à la manière d'une corde, et empêche l'abaissement du talon. Toutefois, les quelques mouvements dont jouit encore l'articulation indiquent qu'il n'y a point ankylose par soudure osseuse des surfaces articulaires. Les muscles du mollet sont très sensiblement atrophiés; la circonférence de la jambe en ce point est moins considérable qu'à gauche.

Le 10 mai, le malade est couché sur le ventre, le pied droit aussi fortement fléchi que possible par un aide, afin d'augmenter le relief du tendon. Une petite ouverture est pratiquée à la peau à un centimètre environ en arrière de la malléole externe. Un ténotome est glissé sur le plat jusqu'à la face postérieure du tendon. Tournant alors le tranchant de l'instrument du côté de la corde fibreuse, M. Chassaignac l'incise, en divisant successivement d'arrière en avant les couches qui la composent. Le pied est alors facilement fléchi à angle droit sur la jambe. L'ouverture faite aux téguments est fermée à l'aide de deux cuirasses superposées, et les rapports nouveaux des deux portions du membre sont maintenus au moyen d'une gouttière. L'écartement des deux surfaces de section du tendon est d'environ un pouce et demi; il est fortement accusé par une dépression de la peau à son niveau.

Le 15, absence totale d'accidents depuis le moment de l'opération. Aucune douleur n'est ressentie dans le membre opéré, aucune atteinte de la santé générale.

Le 17, la cuirasse est enlevée. La petite plaie est complètement cicatrisée. On parvient à fléchir le pied à un degré suffisant pour que cette région fasse avec la jambe un angle aigu ouvert en avant. Au moyen d'un système de bandes on maintient cette flexion au plus haut degré possible.

Le 29, une bande de dextrine appliquée au pourtour de l'articulation tibio-tarsienne maintient plus solidement que les bandes les rapports convenables des surfaces articulaires. Cette bottine est laissée en place pendant tout le mois de juin, durant lequel le malade commence à marcher à l'aide de deux cannes. On la retire le 1er juillet. L'encoche de la partie postérieure de la jambe est encore fortement prononcée; il semble qu'un tissu fibreux peu résistant s'étende de l'un à l'autre bout. Le pied est bien perpendiculaire à la jambe; dans la progression, il repose dans toute son étendue sur le sol.

Sortie le 1er juillet 1853.

HOPITAL BEAUJON. — M. Robert.

Ruptures multiples du foie par cause contondante.

(Observation présentée à la Société anatomique par M. Desnos, interne des hôpitaux. — Réflexions par M. Grau.)

Dans la journée du 12 avril 1853, est entré à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Robert, un homme qui avait été renversé par une voiture de blanchisseur pesamment chargée, et dont une roue lui avait passé sur le corps. A la visite du soir, voici ce qu'on observe :

Le malade a conservé sa connaissance, mais il parle avec peine; la face est profondément altérée, anxieuse; la respiration se fait difficilement; le pouls est fréquent, petit et dépressible; la peau est froide. On voit sur la poitrine et la partie supérieure de l'abdomen, le trajet de la roue indiqué par une légère ecchymose qui, partant de la clavicule gauche, croise la partie moyenne du sternum et se termine sur l'hypocondre droit.

L'examen du malade ne fait pas constater de fractures de côtes. La poitrine donne partout un son clair à la percussion; l'auscultation fait entendre en tous points le murmure respiratoire affaibli. La pression sur les fausses côtes qui répondent à l'hypocondre droit, ainsi que la percussion profonde de cette région, sont horriblement douloureuses.

Le lendemain le pouls s'est relevé; la peau est plus chaude, mais la respiration est toujours embarrassée, la face altérée. — Saignée de 3 palettes.

Le 14, le malade a eu du frisson dans la nuit; il y a une légère teinte ictérique des sclérotiques. Le ventre est ballonné, douloureux à la moindre pression; il y a des vomissements bilieux et de la constipation. Le pouls est petit et accéléré, la peau est chaude. — 30 sangsues et onctions d'onguent napolitain sur le ventre; eau de Seltz; lavement émollient; cataplasmes.

Les jours suivants cet état s'aggrave au lieu de s'amender; l'ictère devient plus prononcé; les vomissements continuent, la tympanite augmente, et le malade succombe le 25 avril, treize jours après l'accident.

Autopsie le 28. — Les poumons sont sains, ainsi que les plèvres, les côtes et les différents plans musculaires et aponévrotiques qui constituent les parois de l'abdomen. La cavité péritonéale est remplie par un liquide abondant, de couleur et d'odeur biliaires très prononcées. La plupart des organes contenus dans le ventre sont recouverts de fausses membranes molles et fortement teintes en jaune.

Le foie, outre ces pseudo-membranes, présente sur sa face convexe trois ou quatre petits mamelons formés par sa substance propre, et qui sans doute préexistaient à la chute. De plus, et c'est la lésion intéressante, sur le côté droit du ligament suspenseur, on remarque une déchirure antéro-postérieure, linéaire, longue de 12 centimètres, et dont nous n'avons pu mesurer la profondeur, désirant présenter à la Société anatomique la pièce dans toute son intégrité.

A l'extrémité droite du lobe droit existe une seconde déchirure de forme à peu près ovalaire, circonscrivant un petit îlot de l'organe, et accompagnée d'un épanchement de sang à la face inférieure du foie, épanchement ayant son siége sous la capsule de Glisson, et formant une véritable ampoule. La vésicule, les canaux biliaires, cystique et cholédoque étaient intacts.

En examinant le foie plus attentivement avec M. le rapporteur, et en y opérant des sections en différents sens, nous avons trouvé à la déchirure antéro-postérieure une profondeur de 4 centimètres. La déchirure de l'extrémité droite du lobe droit n'était que de 1 centimètre. De plus, nous avons trouvé au centre du lobe droit, et ne communiquant nullement avec l'extérieur, un foyer hémorrhagique à grand diamètre antéro-postérieur, et dont la capacité égalait à peu près le volume d'une noix. Les parois étaient formées par la substance de l'organe lacéré et sans traces d'organisation. Cette cavité contenait du sang semblable à de la gelée de groseilles, et présentant de l'analogie avec celui qu'on voit dans les foyers cérébraux vers le quatrième ou cinquième jour. Un épanchement de lymphe plastique commençait à unir les lèvres des plaies.

— Nous extrayons du rapport qui a été fait sur cette observation à la Société anatomique par M. Grau les réflexions suivantes, qui précisent assez bien l'état de la question sur ce sujet important.

« Quoique ces désordres soient assez fréquents, on est frappé du peu de place qu'on a accordé à leur histoire, soit dans les livres classiques, soit dans les articles des différents dictionnaires. C'est dans Morgagni, dans Haller et dans Portal qu'il faut aller chercher les observations éparses qui ont trait à ces sortes de blessures. C'est la comparaison de quelques-uns de ces faits avec celui que nous avons à examiner qui nous a suggéré les quelques réflexions suivantes.

» Nous ne signalerons qu'en passant la parfaite intégrité des côtes et de divers plans constituant les parois du thorax et de l'abdomen coïncidant avec les lésions dans le foie. Sans aucun doute cette coïncidence, dont la situation, le volume, l'organisation friable de l'appareil sécréteur de la bile peuvent rendre compte, présente de l'intérêt. On doit s'en souvenir et pour le diagnostic des contusions des organes contenus dans les cavités splanchniques, et pour la réserve du pronostic qu'on doit porter en pareil cas. Mais ces particularités ne sont pas de la règle commune; elle est signalée par la plupart des auteurs, et ils s'appuient, dans ces cas, sur de nombreuses observations.

» Ce qui nous semble le point saillant de l'observation de M. Desnos, c'est le mécanisme suivant lequel ont été produits les accidents mortels, et le long espace de temps qui a séparé le moment de la blessure de celui de la mort.

Les plaies contuses du foie peuvent, en effet, produire la mort de trois manières. Ou bien les malades succombent à des inflammations, ou à l'évolution des produits hétérogènes de cette glande, inflammations ou produits qui reconnaissent pour origine le traumatisme; nous n'avons pas à examiner la question à ce point de vue. Ou bien la blessure donne lieu à un épanchement de sang dans le péritoine, épanchement plus ou moins promptement mortel; c'est en quelques heures, en quelques jours au plus que succombent les victimes; quelques-unes même meurent sur-le-champ. D'autres fois enfin la vésicule du fiel est rompue, la bile s'épanche, et immédiatement se déclarent les symptômes d'une péritonite suraiguë dont on sait les suites et la marche rapide.

» Or le malade de M. Desnos présentait deux déchirures du foie assez considérables, et l'on n'a pas trouvé de traces d'hémorrhagie dans la cavité du péritoine. D'un autre côté, la vésicule biliaire était parfaitement intacte, et c'est un épanchement de bile caractérisé par la consistance, la couleur et l'odeur bien connue de ce liquide, qui a donné lieu au développement de l'inflammation du péritoine. Mais au lieu d'apparaître immédiatement, ce n'est que le troisième jour que sont survenus les signes de cette inflammation; inflammation à marche assez lente et qui a laissé survivre encore le malade pendant dix jours. Nous pensons que l'examen de la pièce pathologique pourra nous fournir l'explication de ces anomalies dans le mode de production et la marche des accidents.

» Les chirurgiens ont noté que c'était surtout dans les cas de déchirure de la face concave qu'on remarquait les hémorrhagies considérables et funestes; ce qui se comprend parfaitement en songeant à l'importance des vaisseaux sanguins qui rampent dans cette région. Ces hémorrhagies se voient encore dans ces dégâts énormes, tels que Morgagni en a cité un exemple.

» Il raconte que sur le ventre d'un enfant de neuf ans passa la roue d'un chariot. Une portion du lobe droit du foie, pesant à peu près trois onces, s'était détachée de sa masse. Il mourut très promptement avec les signes d'une hémorrhagie interne.

» Les conditions tout opposées dans lesquelles se trouvait le foie que nous avons disséqué nous rendent compte de l'absence de l'épanchement hémorrhagique; car, s'il est dit dans l'observation qu'une de ces déchirures circonscrivait un îlot de la substance de l'organe, cette déchirure, située à la face convexe, n'avait qu'un centimètre de profondeur, et aucun vaisseau considérable n'avait pu être intéressé.

» Quant à cette autre déchirure placée sur le côté du ligament suspenseur, et profonde de 4 centimètres, outre qu'elle occupait aussi la face convexe et qu'on n'a pas trouvé de lésion de vaisseaux importants, nous ferons observer que c'était une simple scissure dont les bords arrivaient au contact et faisaient ainsi obstacle à l'écoulement du sang.

» Le développement tardif de la péritonite causée par la présence de la bile nous semble aussi pouvoir s'expliquer par la nature des altérations. En effet, tandis que, dans la plupart des cas, c'est une grande quantité d'un liquide très irritant qui fait subitement irruption dans la cavité de la séreuse par suite de la rupture du réservoir de ce liquide, nous voyons qu'ici l'épanchement a dû se faire d'une tout autre manière. Ce sont des canaux biliaires d'un petit calibre qui ont été divisés, et qui, laissant suinter peu à peu leur contenu à mesure qu'il était sécrété, n'ont développé que lentement, sourdement les phénomènes de l'inflammation mortelle. Le fait de l'épanchement biliaire par les blessures du foie lui-même, et auxquelles la vésicule reste étrangère, nous paraît assez rare.

» En terminant, j'appellerai votre attention sur le commencement d'adhésion qui unissait les lèvres des plaies; elle démontre la possibilité de la réunion par première intention dans les organes glandulaires et parenchymateux. »

OBSERVATION DE TRACHÉOTOMIE

faite avec succès pour l'extraction d'un haricot;

Par le docteur Albert Dufour, de Saint-Sever (Landes).

Le 3 mars, dans la soirée, je fus appelé auprès d'une petite fille de la campagne, âgée de deux ans et demi, qui, en jouant dans un lieu où avaient été dépouillés des haricots, venait d'être prise subitement de menaces d'asphyxie. C'est par des efforts de vomissement que les symptômes de suffocation ont commencé. L'enfant était auparavant en parfaite santé. Comme elle jouait seule et ne sait point encore parler, on ne pouvait que présumer qu'elle avait avalé un des haricots que l'on trouvait épars sur le sol.

A mon arrivée, la petite fille, tenue sur les bras de son père, la tête penchée en avant et appuyée, faisait de vains efforts pour respirer et crier; sa face était congestionnée, ses yeux larmoyants, sa respiration manifestement embarrassée.

En vain, par l'introduction réitérée de l'indicateur et la titillation de la luette, je provoquais des efforts d'expulsion et des vomissements; la gêne respiratoire, loin de cesser, parut s'accroître. A la première introduction du doigt, j'avais cru sentir à l'orifice sus-glottique du larynx la saillie d'un corps lisse comme un haricot qui y était à moitié engagé; j'essayai de le saisir avec une pince à pansement guidée par l'indicateur, mais il avait disparu : c'est alors que la respiration devint plus gênée; les matières rendues étaient purement muqueuses. On posa la pauvre enfant sur un lit; elle était comme asphyxiée. La décomposition rapide du facies, l'absence complète de la respiration, le refroidissement général, la résolution musculaire, la disparition du pouls, tout annonçait que la vie allait s'éteindre.

Vainement mon doigt explorateur, profondément introduit dans le pharynx, cherchait à sentir dans quel point siégeait l'obstacle. Une sonde d'homme en argent se trouvant sous ma main, je l'introduisis dans le larynx, espérant à peine en obtenir quelque résultat; mais à l'instant une bouffée d'air fut expirée par son canal; aussitôt j'aidai par des mouvements de soufflet sur le thorax ce faible espoir de retour à la vie; peu à peu la respiration se rétablit et se maintint, quoique la sonde eût été retirée; la face violacée reprit son teint rosé, les yeux se rouvrirent; un sommeil calme et réparateur succéda presque aussitôt à tous les symptômes effrayants qui venaient de se manifester. Après une demi-heure environ, comme l'enfant, éveillée, mais toujours couchée, continuait à respirer sans la moindre gêne, je commençai à douter de mon diagnostic.

Le docteur Léon Dufour, mon père, que j'avais fait appeler, arriva sur ces entrefaites; il hésita plus que moi encore à croire à la présence d'un corps étranger dans le canal aérien, et nous nous demandions si le haricot, après les efforts violents d'expulsion ou pendant la

résolution musculaire qui avait eu lieu durant l'asphyxie momentanée, n'aurait point passé du larynx dans l'œsophage, lorsque, la petite fille s'étant dressée pour embrasser sa mère, les embarras de la respiration se remontrèrent. La dyspnée était moins prononcée; mais il s'y joignit deux phénomènes que nous n'avions pas encore constatés à certains moments de l'expiration : on entendait, à l'oreille nue, un bruit non douteux de soupape qu'accompagnait une certaine raucité de la respiration; de plus, en posant la main au-dessus de la fourchette sternale et en pressant modérément, on percevait dans la trachée la sensation légère, mais positive, d'un corps qui allait et venait, sensation qui se manifestait surtout dans les mouvements respiratoires actifs. Ces deux signes de la présence certaine d'un haricot dans les voies de la respiration furent constatés non-seulement par mon père et moi, mais aussi par notre confrère le docteur Dubedout, qui vint nous assister.

Le diagnostic n'était plus douteux; l'indication devenait formelle : la trachéotomie était le seul moyen d'extraire le corps étranger, et, pour mieux en assurer le succès, c'était immédiatement qu'il fallait la pratiquer. Le consentement des parents obtenu, et fort de l'assistance de mes deux honorables confrères, je pus agir sans autre préoccupation que celle que fait naturellement naître, chez un jeune débutant surtout, la responsabilité d'une opération aussi délicate; elle n'avait point encore été pratiquée dans ce pays-ci.

La manœuvre opératoire ne fut signalée par aucun incident digne d'être noté; il y eut, à la section de la glande thyroïde qui couvrait une certaine portion de la trachée, une assez abondante effusion de sang veineux qui fit tomber la pauvre enfant en syncope; mais dès que la trachée eut été ouverte, et la petite opérée ranimée par une légère aspersion d'eau froide, l'écoulement s'arrêta par le retour de la respiration. Le dilatateur trachéen introduit, j'y cherchai avec des pinces à pansement à saisir le corps étranger; mais je fis longtemps d'inutiles essais. La perte des forces de l'enfant ne lui permettant plus de réagir utilement, la respiration étant très faible, et enfin le jour tombant, je me décidai à introduire provisoirement une canule qui permettait à la respiration de fonctionner sans trop de difficulté.

Après deux heures, je revins pour constater l'état de la petite malade, qui avait dormi avec calme pendant tout ce temps. J'enlevai la canule et fis de nouvelles tentatives pour saisir le haricot; je provoquai des efforts de toux, des mouvements actifs de respiration, des cris, mais sans résultat; je replaçai la canule, mais sans l'introduire profondément, la respiration s'opérant sans peine par le larynx, et voulant seulement ainsi maintenir béante la plaie de la trachée. Je venais à peine de quitter ma malade, préoccupé du procédé que je devais employer pour extraire l'insaisissable corps étranger, lorsqu'une des personnes qui m'avaient assisté dans ces dernières tentatives m'apporta le haricot qu'elle venait de trouver à l'orifice extérieur de la plaie, l'enfant s'étant rendormie.

J'enlevai aussitôt la canule et fis un pansement simple. Le lendemain la petite opérée, qui avait parfaitement reposé toute la nuit, prit sans difficulté un peu de lait.

Il y eut pendant quelques jours un peu d'irritation laryngée qui, par la toux qu'elle provoquait, retarda la cicatrisation. Du reste, pas la moindre réaction fébrile; un pansement simple suffit pour amener en vingt-six jours la cicatrisation complète de la plaie. L'enfant est aujourd'hui en parfaite santé.

Cette observation, quoique ne portant pas sur un fait rare, offre cependant, ce me semble, matière à quelques réflexions intéressantes pour la pratique.

Et d'abord, dans les divers incidents qui ont précédé le moment de l'opération, nous pouvons remarquer que le haricot, dont la présence à l'orifice sus-glottique du larynx avait été constatée, loin d'être expulsé par les manœuvres tentées dans ce but, pénétra, au contraire, plus profondément dans la cavité laryngienne, au point d'amener l'asphyxie complète. Ce résultat, qu'on pourrait peut-être attribuer à ce que le doigt aurait involontairement enfoncé le corps étranger en en reconnaissant la présence, ne doit-il pas plutôt être expliqué par cette aspiration énergique qui précède tout effort de vomissement et qui favorise, au lieu de l'empêcher, la pénétration des corps étrangers dans le canal aérien? Si cette dernière explication est ici la véritable, comme je le crois, ne doit-on pas en conclure qu'il faut, dans les cas de corps étrangers dans les voies de la respiration, insister le moins possible sur les manœuvres tendant à provoquer de violents efforts d'expulsion?

Mais un fait plus important, et qui mérite surtout de fixer l'attention, c'est le résultat obtenu par l'introduction de la sonde d'homme dans le larynx lors de l'asphyxie complète. Attiré, comme nous venons de le dire, dans la cavité laryngienne, le haricot, en mettant en jeu les puissances actives de l'organe qu'irritait sa présence, amena l'obstruction complète du canal aérien et rendit la mort imminente. Le cathéter, en déplaçant l'obstacle et le précipitant du larynx dans la trachée, non-seulement ranima la vie qui s'éteignait, mais encore, en procurant un répit dans les accidents, permit de réfléchir et de préparer tout le monde à la grave opération qui est, dans ces cas désespérés, l'héroïque et unique moyen de salut. Il se peut, il est vrai, que la résolution musculaire générale qui survient pendant l'asphyxie momentanée eût amené le même résultat, en permettant au haricot d'obéir à son propre poids qui le portait vers la trachée; mais l'indication n'en était pas moins formelle. On peut donc, dans les cas de corps étrangers dans le larynx, établir comme règle d'introduire une sonde qui, lorsqu'on n'a pu, par la bouche, saisir le corps, le précipite dans la trachée; la sensibilité peut être moins exquise et la contractilité certainement moindre de la trachée par rapport au larynx; son plus grand calibre, sa longueur, sa bifurcation inférieure, toute sa conformation, en un mot, sont autant de conditions qui expliquent comment les accidents provoqués par les corps étrangers sont bien moins rapidement funestes dans la trachée que dans la cavité laryngienne.

Un troisième incident qu'il est bon de noter encore, quoiqu'il porte sur un phénomène signalé par tous les auteurs, c'est la rémission complète des accidents de suffocation, qui succéda à la chute du haricot dans le tube trachéen; elle fut telle que le diagnostic en devint douteux, et que l'on put croire au passage du haricot du larynx dans l'œsophage.

Ce calme trompeur était évidemment dû soit à ce que le corps étranger, occupant l'orifice d'une des bronches, permettait à l'autre de fonctionner librement, soit à ce que ce corps gisant, par suite du décubitus dorsal, sur la paroi postérieure ou œsophagienne de la trachée, y restait immobile et n'opposait qu'un faible obstacle à une respiration tranquille. Et en effet, dès que la fonction devint plus active et que l'enfant quitta le décubitus dorsal, la dyspnée reparut, et les signes de la présence du haricot ne purent plus être mis en doute.

Pour l'opération, je crois utile de dire combien on doit s'estimer favorisé quand la volonté des parents ne vient point s'opposer à sa pratique immédiate, et combien elle a pour elle toutes les chances de réussite quand on peut ainsi l'exécuter avant que le corps étranger ait amené du désordre dans les voies respiratoires. Ici, comme on a pu en juger, les suites ont été celles d'une plaie simple de la trachée. Je n'eusse point hésité à tenter la réunion par première intention, si la petite opérée m'en eût laissé maître. Pendant la manœuvre, je ne me suis point effrayé de l'abondante effusion de sang qui a suivi la section des tissus sous-cutanés; j'avais déjà pu vérifier, pendant mon séjour comme interne dans les hôpitaux de Paris, combien est juste l'observation de M. le professeur Trousseau, quand il dit que, lorsqu'il n'y a point d'artère atteinte, l'hémorrhagie s'arrête aussitôt après l'ouverture de la trachée et le retour de la respiration. C'est en effet ce qui est arrivé ici.

Enfin, pour l'extraction du corps étranger, la manière dont il a été rejeté ici à l'orifice externe de la plaie nous démontre qu'après les premiers essais infructueux pour saisir le corps, on doit cesser tout ce qui pourrait irriter la muqueuse trachéenne, s'attacher seulement à maintenir béants les orifices de la plaie et provoquer des mouvements expiratoires actifs. Si le cas se représentait, au lieu de canule, qui n'a réellement d'utilité que lorsque l'obstacle siége dans le larynx, j'emploierais de petits hameçons, ou, comme on l'a proposé, des épingles courbées en crochet, qui, attachés à deux liens qu'on nouerait sur les côtés du cou, maintiendraient écartés les bords de la plaie trachéenne, et donneraient ainsi sortie facile et à l'air et au corps étranger. (*Gaz. méd. de Toulouse.*)

OBLITÉRATION CONGÉNIALE DU RECTUM.

Par M. Bardinet (de Limoges).

Mme X... est âgée de quarante et quelques années. Elle se porte habituellement très bien, et a eu, il y a vingt ans, une fille qui est aujourd'hui d'une belle conformation.

Je dois noter seulement que Mme X... est atteinte d'un *goître* assez considérable, et que, après être restée longtemps sans devenir enceinte, elle est accouchée, il y a deux ans, d'un enfant qui avait un *bec-de-lièvre* des plus compliqués, et qui a vécu neuf mois.

Le 28 novembre dernier, Mme X... accouche d'un deuxième enfant qui présente toutes les apparences extérieures de la meilleure conformation.

On remarque seulement, quelques heures après la naissance, qu'il ne s'est pas sali. On essaie de lui donner un lavement, et on trouve que la canule est arrêtée à très peu de distance de l'anus. On m'appelle, et je constate une imperforation du rectum.

L'anus est bien conformé, et tapissé par une muqueuse; mais à un centimètre de profondeur il existe un cul-de-sac complétement fermé. J'y introduis successivement l'extrémité du petit doigt, des sondes de divers calibres, des stylets : rien ne dépasse la limite indiquée, et les corps souples, comme les sondes en gomme élastique, se recourbent sur eux-mêmes pour ressortir par l'anus après avoir décrit une anse à l'intérieur.

Après cet examen, l'existence d'une oblitération du rectum à sa partie inférieure ne pouvait être douteuse. Le diagnostic est d'ailleurs confirmé par l'absence complète de selles, malgré les efforts que fait l'enfant, efforts qui se manifestent surtout quand on introduit l'extrémité du petit doigt dans l'anus. Le ventre se ballonne, et des matières fécales sont vomies à différentes reprises.

Je ne veux cependant pas recourir immédiatement à une opération. J'attends trois jours, dans l'espoir que l'ampoule terminale du rectum sera distendue par une accumulation de méconium, et que, présentant un volume considérable, elle échappera plus difficilement à l'action du bistouri.

J'introduis de nouveau le doigt dans le cul-de-sac anal. Je sens bien une impulsion de haut en bas quand l'enfant pousse et fait un effort; mais je ne trouve rien qui ressemble à de la fluctuation.

Malgré la crainte de ne pas trouver à petite distance l'ampoule inférieure du rectum, je me décide à opérer.

L'enfant étant couché sur le dos, je commence par le sonder pour faire sortir l'urine qui peut être dans la vessie, et empêcher que cet organe ne soit exposé par sa distension à être lésé par l'instrument.

Puis j'introduis un bistouri pointu que j'ai passé dans un morceau de sonde en gomme élastique fendu sur le côté, de manière à en faire une espèce de canule protectrice. J'ai donné à ce morceau de sonde une longueur telle que le bistouri, enfoncé jusqu'au talon, dépasse d'un centimètre et demi.

Je dirige mon instrument en haut, un peu en arrière et à gauche; puis, maintenant bien la canule dans cette direction, je pousse doucement mon bistouri jusqu'à ce que la pointe ait dépassé d'un centimètre et demi le fond du cul-de-sac. Il s'écoule un peu de sang, mais il ne paraît pas de matières fécales.

Après quelques instants d'attente je recommence, sans obtenir un meilleur résultat.

Je tamponne l'ampoule avec de l'ouate pour empêcher l'hémorrhagie; mais rien n'indique qu'il doive arriver, et il n'arrive pas en effet de perte de sang considérable.

Cette première tentative n'a été suivie d'aucun accident, ni général ni local.

Quatre jours après, l'enfant est encore très vigoureux; mais il ne vient toujours pas de matières par l'anus.

Je me décide à tenter une seconde perforation plus profonde que la première. Au lieu de m'arrêter à un centimètre et demi, je pénétrerai à trois centimètres au delà du cul-de-sac.

Mon confrère M. Elie Mazard ayant vu l'an dernier un enfant atteint d'une imperforation de l'anus, et ayant cherché à rétablir, mais sans succès, le cours des matières, je le prie de vouloir m'assister dans ma seconde opération et me donner ses conseils.

A deux reprises différentes, je plonge mon bistouri à trois centimètres de profondeur : rien ne vient.

Je dois constater ici qu'il n'y a eu d'hémorrhagie immédiate après aucune des opérations; seulement, trois jours après la première, l'enfant a rendu par l'anus une assez grande quantité de sang liquide. Cet accident n'a pas produit d'affaiblissement fâcheux, et ne s'est pas renouvelé.

J'étais peu encouragé, on doit le croire, à tenter une troisième ponction. Considérant néanmoins que c'était le seul moyen de salut sur lequel on pût compter encore pour sauver les jours de l'enfant, nous nous sommes décidés, M. Mazard et moi, à proposer un nouvel essai. Les parents ayant paru le redouter, nous n'avons pas cru devoir insister, et nous nous sommes abstenus selon leur désir.

Le 11 décembre, l'enfant s'affaiblissait, ne voulait pas teter. Mais il était sans fièvre; son ventre était peu développé, et ne paraissait pas être le siége d'une inflammation, même légère.

La mort n'est survenue que le 26 décembre, c'est-à-dire vingt-huit jours après la naissance.

J'ai pu pratiquer l'autopsie, et j'ai l'honneur de mettre sous les yeux de la Société de médecine et de pharmacie de la Haute-Vienne la partie de l'intestin qui est vicieusement conformée.

On voit d'abord l'anus oblitéré, comme je l'avais dit, à un centimètre de profondeur; puis un cordon fibreux, complétement imperforé, ayant un centimètre et demi de long, et rattachant le cul-de-sac anal au rectum. On trouve enfin le rectum se terminant, au-dessus du cordon fibreux, par un cul-de-sac régulièrement arrondi, parfaitement clos à sa partie inférieure, et ne présentant pas le plus léger pertuis.

Ce vice de conformation est désigné par notre honorable et savant maître M. Cruveilhier sous le titre d'*Oblitération du rectum par interruption*, parce que cet intestin manque complétement entre les deux culs-de-sac.

On voit seulement sur notre pièce que les deux culs-de-sac ne sont pas entièrement séparés, mais unis l'un à l'autre par un cordon plein.

Ce qui frappe ensuite, c'est la dilatation considérable du rectum, dilatation telle que cette partie de l'intestin remplissait exactement toute la cavité du bassin. Le rectum était plein de matières fécales très molles. Le gros intestin dans toute sa longueur en était également rempli et présentait une distension à peu près aussi considérable que celle du rectum. L'intestin grêle, sans être à beaucoup près aussi volumineux, était cependant beaucoup plus gros qu'à l'état normal.

L'estomac était complétement vide, aplati et comme revenu sur lui-même.

En voyant le rectum si volumineux et si plein de matières fécales qu'il remplissait, je le répète, toute la cavité du petit bassin, j'ai dû me demander comment il s'était fait que mon bistouri ne pénétrât pas dans la cavité de l'intestin... Je comprends qu'il en ait été ainsi la première fois, puisque je n'avais pénétré qu'à un centimètre et demi au-dessus du cul-de-sac et que l'ampoule terminale du rectum se trouvait à peu près à cette élévation. Mais la seconde fois, quand j'ai opéré avec M. Mazard, j'ai pénétré à trois centimètres au-dessus du cul-de-sac. Le petit appareil instrumental dont je me servais, et que je mets sous les yeux de mes collègues, ne peut pas laisser de doute à cet égard. J'ai dirigé mon instrument vers le point qu'occupe le rectum à l'état normal. Je n'ai retiré mon instrument qu'avec lenteur et après l'avoir retourné sur le plat pour dilater la plaie et faciliter la sortie des matières liquides.

Immédiatement après cette première tentative, j'en ai fait une seconde, procédant toujours *secundum artem*. Rien n'est venu cependant!

Si mon opération n'a pas eu plus de succès, c'est, je n'hésite pas à le dire, que les parties n'offraient pas, quand je l'ai faite, la disposition qu'elles nous ont présentée à l'autopsie. Si l'ampoule terminale du rectum eût en effet complétement rempli, comme alors, la cavité du petit bassin, il eût été matériellement impossible de ne pas l'atteindre en pénétrant, comme nous l'avons fait, à trois centimètres de profondeur.

Il fallait donc, et c'est à cette idée que je m'arrête, que la partie inférieure du rectum pendant les premiers jours de la vie fût peu volumineuse et qu'il existât un assez grand vide entre elle et les

parois du bassin. C'est dans le vide que la pointe de mon bistouri a dû s'égarer, malgré la direction méthodique que je lui avais donnée.

J'ai, du reste, trouvé à l'autopsie des traces d'épanchement sanguin entre la paroi gauche de la cavité pelvienne et le rectum.

J'avais donc raison quand, pressé par les parents d'opérer le nouveau-né immédiatement après sa naissance, je leur disais : « Attendons; laissons la partie inférieure du rectum se distendre. Nous aurons alors bien plus de chances de l'atteindre ! » Et je dois regretter que, quand nous avons voulu faire M. Mazard et moi une nouvelle tentative au treizième jour après la naissance, on ne nous ait pas permis d'agir. Il est évident que nous avions alors beaucoup plus de chances de succès qu'à mon essai précédent. Le petit malade a vécu vingt-huit jours; celui que M. Mazard a vu l'an dernier a vécu trois semaines; nous aurions donc pu faire plusieurs autres ponctions, et je ne manquerais pas de les faire dans un cas analogue.

Quand on plonge un bistouri dans le bassin d'un enfant à travers l'ouverture étroite de l'anus, on n'est pas seulement exposé à manquer l'intestin qu'on recherche, et qui se termine parfois à une telle hauteur qu'il est absolument impossible de l'atteindre, on peut encore blesser des organes importants, et notamment la vessie, le péritoine, et les vaisseaux iliaques, soit internes, soit externes.

En sondant le malade comme j'ai eu soin de le faire avant l'opération, on vide la vessie, et on la met facilement ainsi hors de cause.

Il n'est pas aussi facile d'éviter le péritoine, dont la disposition doit évidemment varier suivant le degré plus ou moins avancé du vice de conformation dont le rectum est atteint.

Sur mon petit malade, le péritoine descendait jusqu'au cul-de-sac terminal du rectum; mais il ne recouvrait pas le cordon qui unissait celui-ci au cul-de-sac anal.

Il n'a été intéressé par aucune de nos ponctions et ne présentait pas trace d'inflammation.

Quant aux vaisseaux, s'il est impossible d'éviter sûrement certaines branches secondaires, il importe du moins de bien savoir à quelle profondeur sont situés les troncs principaux. J'ai mesuré la distance qui séparait l'anus des artères hypogastrique et iliaque externe à leur origine : je l'ai trouvée de cinq centimètres et demi. En enfonçant mon bistouri à trois centimètres au-dessus du cul-de-sac anal et le dirigeant vers la partie supérieure de l'articulation sacro-iliaque gauche, je n'allais qu'à une profondeur totale de quatre centimètres, et je restais encore à un centimètre et demi des vaisseaux iliaques. (*Bull. de la Soc. de méd. de la Haute-Vienne.*)

EMPOISONNEMENT PAR L'IODE

à la suite d'injections dans le foyer d'un abcès symptomatique.

On sait que l'iode est généralement bien supporté soit à l'intérieur, soit surtout à l'extérieur; et cependant il y a des idiosyncrasies rebelles dont il faut tenir compte. Ainsi, il y a un an, le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques* a rapporté le cas d'une femme à laquelle M. Nélaton prescrivait un gramme d'iodure de potassium chaque jour, et qui fut prise d'accidents formidables ayant beaucoup de rapports avec ceux que l'on observe dans l'œdème de la glotte. On fut assez heureux pour conjurer ces accidents par l'emploi exclusif des vomitifs; mais on n'en craignit pas moins un instant d'être obligé d'en venir à la trachéotomie. Un fait analogue s'est passé récemment dans les salles du même chirurgien, à la suite d'une injection de teinture d'iode.

Un jeune homme, affecté du mal de Pott, portait aux deux cuisses des abcès par congestion. M. Nélaton, désirant essayer dans ce cas les injections iodées, prit le parti de ponctionner l'abcès de la cuisse gauche. Cette opération fut pratiquée le 20 juin. Du pus s'écoula en assez grande quantité; puis quand, au moyen de pressions méthodiques, on eut vidé convenablement le foyer, on y injecta, à l'aide d'une seringue à hydrocèle, la solution iodurée généralement usitée dans le service, et dont les proportions sont les suivantes :

Teinture d'iode. . . . . 1 partie.
Eau distillée. . . . . 2 parties.
Iodure de potassium. . . . . q. s. pour empêcher la précipitation de l'iode.

On injecta le contenu de deux seringues; mais on eut beau presser, il n'en ressortit environ que la moitié, après quoi la canule fut retirée et la petite plaie pansée avec du diachylon. Or, voici ce qui arriva.

L'opération avait été faite à dix heures et demie. A trois heures, le malade éprouva des étourdissements et du trouble de la vue; bientôt survinrent des vomissements de matières séreuses mêlées à du chocolat. Il avait en même temps un malaise extrême, la peau humide, les extrémités froides; le pouls petit, filiforme; la respiration accélérée, et tous les signes d'une prostration prononcée. A cinq heures, les vomissements persistaient; mais le pouls s'était relevé. Même état le soir et pendant toute la nuit.

Le 21 juin, persistance des vomissements, gémissements inarticulés, accablement; on remarque un gonflement énorme des deux paupières supérieures, dont la teinte est violacée. Le malade se plaint de souffrir au fond de la gorge.

Le 22, quoique abattu, il se sent un peu plus fort; il accuse plus nettement son mal. On examine la gorge, et on n'y trouve que de la sécheresse; mais la respiration est gênée, surtout pendant l'inspiration. Le malade tousse comme dans le croup, et sa voix ne vibre pas.

Cette aphonie, cette toux éteinte, cette inspiration difficile sont des signes propres à l'œdème de la glotte, œdème qui a été noté par Orfila comme un des symptômes de l'empoisonnement par l'iode. Le gonflement des paupières et les vomissements ne laissaient d'ailleurs planer aucun doute sur la cause de ces accidents. Il était manifeste qu'ils étaient le résultat d'une absorption de la teinture d'iode injectée et laissée dans le foyer de l'abcès. La cause du mal étant ainsi connue, la première indication qui se présentait était de provoquer l'expulsion de la substance toxique, comme on l'avait fait avec succès, l'année dernière, chez la malade dont nous avons parlé. Mais ici pouvait-on recourir aux vomitifs? Non. Ce jeune homme avait vomi surabondamment; d'un autre côté, sa faiblesse extrême ne permettait pas de le traiter avec une grande énergie. On s'est borné, en conséquence, les deux premiers jours, à lui donner de la glace et des boissons glacées; des sinapismes ont été promenés sur les extrémités, des vésicatoires volants appliqués sur les parties latérales du larynx; et, le troisième jour, quand les vomissements ont été arrêtés, M. Nélaton a prescrit une pilule contenant une goutte d'huile de croton tiglium pour chasser ce qui restait de teinture d'iode dans les voies digestives. Si cette médication eût échoué et que l'asphyxie fût devenue imminente, l'unique ressource eût été alors la trachéotomie.

(*Journ. de méd. et de chir. pratiq.*)

LUXATION DES DEUX FÉMURS CHEZ UNE ENFANT DE SEPT ANS, survenue après la naissance.

(Observation communiquée par M. Boys de Loury à la Société de médecine de Paris.)

Une petite fille, âgée actuellement de sept ans, aurait, suivant ses parents, marché à un an; ils en ont été témoins, disent-ils, lorsqu'elle était en nourrice, et ils ont été avertis par cette dernière que l'enfant ne voulait plus poser les pieds à terre, et que, lorsqu'on l'y forçait, elle poussait des cris. Ils prétendent que, examinée à l'âge de deux ans par les principaux médecins d'une grande ville, rien n'avait été remarqué.

Cette petite fille, lorsqu'elle est debout dans la station, porte le corps en avant; les cuisses paraissent courtes; en laissant pendre les bras, ses mains tombent à la hauteur des genoux. Les fesses sont très petites, comme déprimées; elles sont remontées et dominent la crête de l'iléon. Au-dessus de l'articulation iléo-sacrée, il s'est formé deux fossettes. Les trochanters font saillie en haut de la fosse iliaque; tous deux sont au même niveau, et placés bien plus en arrière que l'axe de la cavité cotyloïde. La saillie des trochanters n'est pas beaucoup plus considérable qu'elle ne l'est à l'état sain; ce qui peut faire supposer qu'une nouvelle cavité s'est formée sur l'os iliaque, et que la tête du fémur s'est en partie atrophiée. L'enfant marche en se balançant; elle peut courir, mais elle tombe souvent. Dans les efforts qu'elle fait pour marcher, elle s'arc-boute sur les extrémités des orteils.

La constitution de l'enfant paraît bonne; il n'y a aucun engorgement glandulaire; le teint est bon, les articulations ne sont pas gonflées. Les parents croient avoir remarqué une grande laxité dans toutes les articulations. Des médecins leur ont fait espérer la guérison de leur enfant, quoiqu'à mon sens cette affection ne soit pas de la nature de celles qu'on puisse traiter avec succès. Mon opinion à cet égard ne pouvant s'appuyer sur des faits, cela m'a déterminé à présenter cette jeune fille à la Société.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 2 novembre 1853. — Présidence de M. Nacquart.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Eaux minérales. — M. le ministre du commerce transmet un rapport de M. le Dr Vannaque, médecin inspecteur des eaux minérales de Pierrefonds (Oise), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1852. (Commission des eaux minérales.)

Le même ministre transmet un rapport de M. le docteur Ruelle, médecin inspecteur des eaux minérales de Vals (Ardèche), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1852.

Choléra. — M. le docteur Bocamy, de Font-Froide (Pyrénées-Orientales), adresse un mémoire sur le choléra. (Commission du choléra.)

Propriétés prophylactiques et anticontagieuses du quinquina. — M. Delfrayssé adresse des observations et réflexions sur les propriétés prophylactiques et anticontagieuses du quinquina dans les épidémies paludéennes et principalement dans la fièvre. (Commissaire : M. Gaultier de Claubry.)

Bougies dilatantes et médicamenteuses. — M. Cazenave (de Bordeaux) adresse une boîte contenant des bougies dilatantes et médicamenteuses.

Nouvelle sonde. — M. Sécrétan soumet au jugement de l'Académie une nouvelle sonde pouvant en une seule introduction servir au triple usage d'évacuer l'urine, d'explorer et de cautériser un point donné de l'urètre ou la vessie.

Guérison d'un spina ventosa. — M. Missoux, de Fournols (Puy-de-Dôme), adresse une observation de spina ventosa guéri radicalement et sans aucune trace de difformité. (Commissaire : M. Gimelle.)

Choléra. — M. Gros (de Moscou) adresse une lettre sur le choléra de Moscou. Il ressort des détails contenus dans cette lettre :

1° Que la mortalité reste la même, malgré la diversité des traitements;

2° Que le choléra n'est pas contagieux ;

3° Que les connexions du choléra avec les agents météorologiques et hygiéniques sont plus obscures que jamais;

4° Que le choléra d'emblée est très rare, s'il est possible ;

5° Que, les perturbations organiques s'annonçant toujours quelque temps avant l'invasion mortelle, la cure prophylactique est la seule rationnelle et possible.

RAPPORTS.

Eaux minérales. — M. O. Henry lit un rapport et analyse chimique sur l'eau minérale sulfureuse de l'Echeillon, commune de Veurey (Isère).

Cette eau serait analogue à celle d'Allevard, mais moins forte. M. Henry propose de répondre au ministre que rien ne s'oppose à ce que l'autorisation d'exploiter cette eau soit accordée à son propriétaire. (Adopté.)

M. Henry lit un second rapport sur l'eau minérale sulfureuse de Gasost (Hautes-Pyrénées). C'est une eau sulfureuse froide analogue à celle de Labassère et de la composition des eaux sulfureuses de la chaîne des Pyrénées. M. le rapporteur propose également de répondre qu'il y a lieu d'accorder l'autorisation d'exploiter cette source. (Adopté.)

Le même rapporteur lit un troisième rapport au sujet de trois sources d'eau minérale naturelle découvertes à Alet (Aude). Vu l'impossibilité où s'est trouvé M. le rapporteur de faire une analyse suffisante de cette eau, il propose que la demande soit ajournée jusqu'à ce qu'un envoi suffisant d'échantillons ait été fait. (Adopté.)

Choléra. — M. Jolly continue la lecture de son mémoire sur le choléra, dont la fin est ajournée à l'une des prochaines séances.

— La séance est levée à cinq heures moins un quart.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 24 octobre 1853. — Présidence de M. Combes.

Réunion des tendons. — M. Sédillot lit un mémoire sur la réunion des tendons anciennement divisés et isolément cicatrisés comme moyen de rétablissement des mouvements. Nous avons publié dans le dernier numéro l'observation qui fait le sujet de ce mémoire.

M. Roux, à l'occasion de cette communication, a fait observer que la chirurgie, si prodigue autrefois de la suture des tendons dans les plaies récentes, n'est pas restée dans les temps modernes aussi inactive que le pense M. Sédillot à l'endroit des difformités provenant de la section ancienne d'un tendon dont les bouts ne se sont pas réunis. Le fait communiqué par M. Sédillot et qui a servi de base à son travail est fort intéressant; mais déjà a été faite à la main, sur la région dorsale, la suture d'un des tendons extenseurs des doigts anciennement divisé. Marc-Antoine Petit (de Lyon), dans l'un de ses ouvrages intitulé *Médecine du cœur*, p. 320, raconte un cas dans lequel il l'a pratiquée avec succès.

M. Roux ajoute qu'il a lui-même suivi la voie ouverte par Marc-Antoine Petit. C'était, il y a vingt-cinq ans, sur un jeune musicien compositeur, qui avait nom Ruffo, l'auteur de quelques opéras comiques, chez lequel l'usage du doigt médius de la main droite était complétement aboli depuis deux ans, après une section complète du tendon extenseur de ce doigt faite par un fragment de verre quelque peu au-dessus de l'articulation métacarpo-phalangienne. La suture, une suture simple, a été faite après l'avivement des deux bouts du tendon : une consolidation parfaite a eu lieu, et M. Ruffo a recouvré toute la liberté des mouvements du doigt, et a pu reprendre une carrière qu'il avait commencée et qu'il a poursuivie avec distinction.

Les Miao-tse, peuple des parties montagneuses de la Chine. — M. de Paravey adresse une note sur les Miao-tse, peuples qui habitent les parties montagneuses de la Chine et paraissent appartenir à une race différente de celle du reste des habitants.

L'auteur joint à sa note une figure qu'il a prise dans l'atlas colorié d'un ouvrage chinois que possède la bibliothèque de La Haye. Il reproduit, dit-il, cette figure moins pour les caractères anthropologiques qu'il suppose avoir mal été rendus par le dessinateur, que pour des détails ethnographiques (les armes, la forme des vêtements) qui lui semblent différents de ceux qu'on connaît aux hommes de la race jaune et venir ainsi à l'appui des conjectures qui leur attribuent une origine distincte. (Commissaire : M. Serres.)

Hygiène à la portée des classes laborieuses. — M. Valat envoie une addition à un mémoire qu'il a présenté sous le titre de *Manuel d'hygiène à l'usage et à la portée des classes laborieuses.*

Il fait remarquer que les indications données dans ce mémoire concernant les secours qu'on doit porter aux malades en attendant l'arrivée du médecin sont en quelque sorte formulées dans les instructions qui ont été depuis publiées par les médecins de Newcastle à l'occasion de la nouvelle apparition du choléra.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

La Faculté de médecine a rouvert ses portes; l'affiche de rentrée des cours est posée, et pourtant la séance solennelle n'a pas eu lieu encore; ce n'est que lundi 7 novembre que l'ouverture officielle aura lieu.

On sait que dans cette séance M. le professeur Bouchardat doit prononcer l'éloge de MM. H. Royer-Collard et Richard.

— Dans l'affiche des cours, nous avons remarqué que M. Lecomte, agrégé des sciences accessoires, est chargé du cours de chimie.

M. le professeur Duméril sera remplacé par M. Vigla.

— M. Morel-Lavallée, chirurgien de l'hospice des Enfants-Trouvés, ouvrira un cours complet de chirurgie à l'Ecole pratique, amphithéâtre n° 2, le jeudi 10 novembre, à 8 heures du soir, et le continuera tous les mardis, jeudis et samedis à la même heure. Les deux premières leçons seront publiques.

On s'inscrit chez M. Goucherand, à l'Ecole pratique.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Plon frères, Imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 131. — SAMEDI 5 NOVEMBRE 1853. (26e ANNÉE.) N° 131. — SAMEDI 5 NOVEMBRE 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE.	Trois mois.	8 fr. 50 c.
	Six mois.	16 »
	Un an.	30 »
GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES.	Trois mois.	9 fr.
	Six mois.	17
	Un an.	33
ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR.	Trois mois.	10 fr.
	Six mois.	20
	Un an.	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

PARIS, LE 4 NOVEMBRE 1853.

La mortalité par le choléra à Londres a encore augmenté pendant la dernière semaine. Le chiffre précédent était de 83; celui-ci est de 96. La mortalité par la diarrhée est à peu près la même.

Rapport officiel du Registrar's office (semaine du 22 au 29 octobre).

Mortalité générale.	1,144
— due au choléra.	96
— due à la diarrhée.	41
— due à la dyssenterie.	2

La mortalité due au choléra se répartit ainsi qu'il suit :

1° Sous le rapport de l'âge :

Au-dessous de 5 ans, 18; de 5 à 10 ans, 15; de 10 à 20 ans, 4; de 20 à 30 ans, 7; de 30 à 40 ans, 17; de 40 à 50 ans, 9; de 50 à 60 ans, 12; de 60 et au-dessus, 14.

2° Sous le rapport topographique :

Districts de l'ouest, 16; du nord, 3; du centre, 1; de l'est, 24; du midi, 52.

Observations météorologiques.

Baromètre, hauteur moyenne, 29 p. 6. = 75°,1 centigr.

Thermomètre Fahr., 55,5. = 13° centigr.

Vents, sud-ouest.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Rhumatisme articulaire traité par la vératrine. — Action très prononcée de la vératrine sur la circulation après trois jours d'administration, et ne se manifestant qu'après la cessation du médicament.

Nous signalions dernièrement les résultats de quelques expériences entreprises dans le but d'étudier l'action thérapeutique et physiologique de la vératrine. On a vu que ces recherches ont conduit à ce résultat curieux que la vératrine paraît agir surtout sur le système circulatoire d'une manière sédative et en ralentissant plus ou moins rapidement, mais d'une manière notable, les pulsations du cœur. Cette action s'est manifestée d'une manière remarquable tout récemment sur un jeune rhumatisant placé dans le service de M. Rostan à l'Hôtel-Dieu.

Un jeune garçon de seize ans, d'un tempérament lymphatique, anémique et présentant une légère bouffissure de la face qui paraît lui être habituelle, est entré à l'Hôtel-Dieu le 28 octobre, atteint d'un rhumatisme articulaire aigu datant de trois à quatre jours. Les deux genoux et les articulations tibio-tarsiennes avaient été successivement envahis. Quand il a été admis dans le service, les genoux étaient douloureux, un peu tuméfiés et le siége d'un léger épanchement, plus prononcé dans le genou gauche. Le genou droit, qui avait été pris le premier, avait déjà perdu un peu de son volume primitif. Cet état local était accompagné d'une fièvre modérée; le pouls battait 90.

M. Lebled, chargé du service en remplacement de M. Rostan, considérant, d'une part, que l'état anémique et la constitution lymphatique de ce sujet excluaient l'emploi des émissions sanguines, et dans la pensée, d'autre part, de vérifier l'efficacité attribuée à la vératrine dans le traitement du rhumatisme articulaire, prescrivit dès le premier jour un demi-centigramme de vératrine. Aucun effet appréciable n'en fut observé dans la journée. Le pouls avait le soir la même fréquence; les douleurs articulaires avaient à peu près aussi la même intensité et la tuméfaction des jointures n'avait pas diminué.

Le lendemain, on prescrit 1 centigramme de vératrine en deux pilules. Nul effet appréciable non plus; aucune action thérapeutique ni physiologique sensible. Point de nausées, de malaise, de troubles nerveux; persistance de la fréquence du pouls. — Même prescription.

Le troisième jour, même état. On élève la dose de la vératrine à 2 centigrammes en 4 pilules.

Le quatrième jour, le gonflement et les douleurs ont un peu diminué; le pouls est à 80. — Même prescription faite pour la dernière fois.

Le cinquième jour, on trouve le pouls à 40; mais il est irrégulier, intermittent, et en auscultant le malade on constate un léger bruit de souffle au premier temps, qui se propage jusqu'aux carotides. Les douleurs ont presque entièrement cessé, le gonflement diminue. — Alimentation légère; nulle prescription.

Le sixième jour et les jours suivants, le pouls reste constamment à 40 et reprend peu à peu sa régularité ordinaire.

Le 4 novembre, au moment où nous voyons ce malade pour la dernière fois, l'épanchement articulaire est presque entièrement résorbé; il n'y a plus de douleurs; le pouls est toujours à 40 environ et régulier. Le malade est parfaitement rétabli.

S'il ne se fût agi que de l'influence de la vératrine sur le rhumatisme, nous n'eussions tenu que médiocrement compte de ce fait; car ce rhumatisme, par sa bénignité, était de ceux qui guérissent le plus souvent d'eux-mêmes après quelques jours de régime et de repos au lit. Telle était aussi l'opinion de M. Lebled, qui, en prescrivant dans ce cas la vératrine, entendait faire d'avance ses réserves et ne tirer aucune conséquence rigoureuse du résultat quel qu'il fût. Mais si ce fait n'a que peu de valeur sous ce point de vue, il nous a paru digne d'être signalé à cause de l'action si manifeste, quoique tardive et en quelque sorte après coup, de la vératrine sur l'état de la circulation.

Fistule urinaire. — Incision.

Le traitement des rétrécissements de l'urètre par les bougies aluminées entraîne quelquefois des accidents urétraux qui en entravent l'emploi. Voici un cas dans lequel elles avaient déterminé un catarrhe assez intense, et où l'opération par incision et rapprochement des lèvres de la plaie, favorisée par l'introduction d'une sonde de caoutchouc, a parfaitement réussi; il a été recueilli à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Jobert.

Dupré (Louis), cordonnier, âgé de trente-trois ans, entré le 23 décembre 1852 (salle Saint-Côme, n° 5), d'un tempérament scrofuleux, ne toussant pas habituellement, mais ayant subi en 1841 une amputation de l'avant-bras pour une tumeur blanche du poignet gauche, a eu depuis l'âge de dix-huit ans quatre blennorrhagies, dont deux postérieures à son amputation. Pour les trois premières, il a suivi un traitement interne; à la dernière, il a fait des injections de sulfate de zinc seulement.

Peu de temps après, il fut pris des premiers symptômes d'un rétrécissement dont les progrès furent rapides. Il y a six mois apparurent au périnée, près de la naissance des bourses, de petits tubercules fongueux qui se développèrent sans fièvre et sans être précédés d'abcès. L'urine ne tarda pas à filtrer en ce point, en même temps qu'elle sortait plus difficilement par le méat. Quand cet homme est venu à l'Hôtel-Dieu, il ne pissait plus que goutte à goutte. De très petites bougies étaient arrêtées dans la portion membraneuse de l'urètre sans pénétrer jusque dans la vessie, et les tubercules rougeâtres qui existent toujours sur la ligne médiane du scrotum laissaient suinter l'urine. Il fut alors traité par les bougies aluminées que l'on enfonçait dans l'urètre jusqu'au point rétréci, et que l'on y laissait séjourner le plus longtemps possible, de douze à dix-huit heures; elles étaient renouvelées tous les jours.

Depuis qu'il a été fait usage des bougies aluminées, il s'est établi un catarrhe urétral assez abondant; le malade urine plus facilement, et l'on arrive presque jusque dans la vessie avec des bougies de moyen calibre.

Ce traitement est continué jusqu'au milieu du mois de février, époque à laquelle on substitue aux bougies aluminées des bougies olivaires qui passent facilement jusqu'au 18 mars.

Le 18 mars, opération. Une incision est pratiquée sur la ligne médiane du scrotum; on pénètre dans la cloison des dartos en écartant les deux testicules l'un de l'autre. Le bistouri arrive ainsi sur l'urètre rendu plus saillant par l'introduction préalable d'un cathéter cannelé, sur lequel on l'incise dans une étendue de deux centimètres, de telle sorte que les trajets fistuleux soient réunis en un seul. Une sonde de caoutchouc de gros calibre est introduite dans l'urètre et maintenue fixée, tandis que la plaie est pansée avec de la charpie enduite de cérat.

Chaque jour la plaie est pansée et cautérisée avec le nitrate d'argent. On a soin d'introduire aussi profondément que possible quelques brins de charpie pour que la cicatrisation se fasse des parties profondes vers la superficie.

Le 30 mars seulement, la sonde est changée pour la première fois; puis on la change tous les huit ou dix jours. Le même jour, le malade prend un bain.

Le 12 juin, la plaie est cicatrisée; il ne s'est pas écoulé d'urine pendant tout le traitement.

Le 17 juin, le malade prétend avoir vu deux ou trois gouttelettes d'urine suinter par la cicatrice; mais cet accident ne se reproduit plus. La cicatrice reste parfaitement sèche. L'urine sort à plein jet par le canal.

Le 12 juillet, cet homme peut sortir parfaitement guéri. (Il a eu pendant les trois derniers jours qu'il est resté à l'hôpital une angine tonsillaire extrêmement légère.)

Le 17 juillet, il revint à la consultation; sa guérison est manifeste, et elle s'est maintenue depuis cette époque.

HOPITAL SAINT-BARTHOLOMEW. — M. PAGET.

Mort causée par le chloroforme.

La malade était une fille âgée de vingt-deux ans, de mœurs relâchées, qui deux ans auparavant avait été admise dans le même hôpital, et traitée pour une maladie que l'on avait considérée comme syphilitique. Elle avait un écoulement abondant, et à l'entrée du vagin une ulcération, regardée d'abord comme spécifique, mais dont on reconnut plus tard la nature cancroïde. Un temps considérable s'étant écoulé sans amener d'accidents secondaires bien que la plaie fût indurée, M. Paget se décida à détruire la tumeur par le cautère actuel. La malade subit une première cautérisation après inhalation de chloroforme. Elle se remit parfaitement de cette opération.

Quinze jours plus tard, le 21 octobre 1853, M. Paget jugea convenable de faire une nouvelle application du feu. La malade étant amenée dans l'amphithéâtre, le docteur Black, qui est spécialement chargé de l'administration du chloroforme, lui en fit inspirer à l'aide de l'appareil ordinaire muni de son embouchure. L'inhalation fut continuée environ dix minutes sans résultat. Tout à coup on remarqua que le teint devenait terreux, le pouls faible et la respiration irrégulière.

M. Paget n'avait encore fait aucune manœuvre opératoire, et toute son attention et ses efforts se concentrèrent alors sur l'état de la malade et les moyens les plus propres à la rappeler à la vie. On employa la respiration artificielle par insufflation de bouche à bouche d'abord, puis au moyen de la laryngotomie par un tube placé entre le cartilage thyroïde et le cartilage cricoïde, tube auquel fut adapté un soufflet.

Ces moyens étant inefficaces, on fit injecter dans le rectum de l'eau-de-vie et de l'eau pour stimuler l'économie; puis on plaça la malade dans un bain tiède (la respiration artificielle étant toujours continuée). Pendant tout ce temps, les docteurs Barrowes et Black, interrogeant le pouls, le sentirent de temps en temps battre à l'artère radiale; mais, l'insensibilité ne se dissipant pas, on eut recours au galvanisme. Les commotions produisirent des contractions musculaires énergiques, mais aucune inspiration. On continua longtemps encore la respiration artificielle, jusqu'à ce que l'inutilité des efforts tentés pour ramener la malade à la vie fût surabondamment démontrée.

La quantité de chloroforme inspirée était au-dessous de 8 grammes.

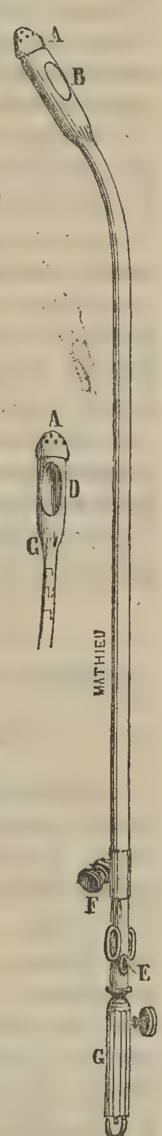
Autopsie 24 heures après la mort.

Congestion peu marquée du cerveau, le sang contenu dans les veines cérébrales (postérieures surtout) étant abondant et fort liquide; recueilli dans un vase, il ne se coagula pas. Les ventricules contenaient une quantité normale de sérosité, et le pont de Varole était sain. Les reins étaient injectés de sang, et le gauche présentait d'anciennes cicatrices; le péritoine en divers points offrait des

adhérences, et l'estomac était distendu par des aliments non digérés, bien que la malade eût affirmé n'avoir rien mangé. L'estomac, du reste, était sain, ainsi que le pancréas et le jéjunum. Le cœur était mou, sans être graisseux; son tissu musculaire un peu pâle. L'altération principale paraît donc avoir été la congestion des organes intérieurs par un sang non coagulable. (*Medical Circular*).

Sonde du docteur Secretan, de Confignon-Onex pouvant, en une seule introduction, servir au triple usage d'évacuer l'urine, d'explorer et de cautériser un point donné de l'urètre ou de la vessie.

Dans l'emploi des différentes sondes à cautériser actuellement en usage, j'avais remarqué que, quelques précautions que l'on eût prises pour vider la vessie aussi complétement que possible, il arrivait fréquemment, surtout quand on cautérise près du col, que l'impression produite par le caustique à l'instant où on le met à découvert provoquait l'expulsion d'une certaine quantité d'urine qui dissout le nitrate d'argent, l'étend inutilement sur les parties qu'il serait mieux de ménager et, ce qui est plus fâcheux, empêche l'effet d'être complet sur les points qu'il eût été nécessaire de modifier par l'action plus énergique du caustique non délayé.



Le désir d'obvier à ces inconvénients, qui peuvent faire manquer la réussite d'une cautérisation, m'a fait imaginer un instrument qui, bien qu'étant, en principe, la sonde très commode de M. le professeur Lallemand, a néanmoins sur toutes les sondes connues l'avantage de pouvoir donner issue à l'urine, soit avant, soit après la cautérisation. Le nouvel instrument que je propose, quand il est monté (abstraction faite du renflement qui le termine), ressemble aux autres sondes à cautériser; mais le bout du mandrin qui porte la cuvette (fig. 1) est *creux*. Son olive A est percée en grille, ainsi que l'autre extrémité C du cylindre *creux* AC, laquelle s'articule avec sa chaînette.

Il résulte de cette disposition que l'urine qui entre par la grille A passe sous la cuvette D, dans laquelle le nitrate d'argent est renfermé, et va ressortir par l'autre grille C. Supposant maintenant l'instrument monté (fig. 2), le liquide continue à cheminer dans la canule et arrive au dehors par la tubulure E. Il faut, pour cela, que le mandrin, y compris la chaînette, laisse assez d'espace vide dans la canule pour que l'urine puisse y circuler librement. Il est essentiel, au contraire, que la portion du cylindre située entre la cuvette et le point C, où commencent les trous, soit à frottement exact et enduite d'un corps gras non liquide, que l'on introduit au point correspondant de la canule avant de fermer l'instrument, afin que l'urine, une fois arrivée dans la canule, trouve en cet endroit un bouchon hermétique qui l'empêche de refluer sur le caustique, qui sera ainsi conservé parfaitement sec jusqu'au moment où on le mettra à nu. Le bout du manche de l'instrument doit s'enfoncer d'environ 2 lignes dans la canule, et doit être entouré d'une lanière de baudruche pour la boucher exactement. De même la tubulure E pourra être bouchée avec un petit fosset, ou simplement avec le doigt, afin d'être préservé de l'écoulement de l'urine pendant qu'on explore. On peut aussi y appliquer une seringue, afin d'aspirer jusqu'à la dernière goutte d'urine qui pourrait rester dans la vessie.

L'extrémité vésicale de la canule est percée d'une fenêtre B sur sa convexité. Avant d'introduire l'instrument, on aura soin de luter avec du suif le pourtour de cette fenêtre, ainsi que la rainure à la base de l'olive.

Les avantages que j'attends de ma sonde sont les suivants :

A. Donnant libre passage à l'urine.

1° Elle permet de prendre exactement la mesure de la distance qui sépare le méat ordinaire du col de la vessie, en remarquant sur l'échelle graduée de la canule la profondeur précise à laquelle l'urine cesse et recommence à couler, quand on retire et qu'on enfonce alternativement la sonde. Prise ainsi, cette mesure ne sera pas sujette à varier, comme si l'on employait deux sondes qui pourraient être de courbure différente.

2° Elle permet ensuite de vider la vessie et de procéder *immédiatement à la cautérisation sans être obligé de retirer l'instrument et d'en introduire un autre pour cautériser*, ce qui ne laisse pas à l'urine le temps de se reproduire, épargne des souffrances au malade, que l'on peut même cautériser sans qu'il s'en doute, et fait que l'on n'est pas forcé, comme quelquefois, de remettre la cautérisation à un autre jour, parce qu'une seconde introduction de sonde ne pourrait être supportée dans la même séance par des organes irrités.

L'extrémité de l'instrument remplissant assez exactement le canal de l'urètre, la petite quantité d'urine qui pourrait encore s'échapper de la vessie trouvera une issue trop facile pour se forcer un passage entre l'urètre et la sonde.

3° Donc enfin mon instrument préserve les parties que l'on cautérise du contact de l'urine, celles que l'on veut épargner du contact du caustique dissout, et rend à la fois son action plus circonscrite et plus intense.

B. En outre, par sa partie renflée, mon instrument *sert d'explorateur*. Ce renflement rendant son passage plus sensible sur les points ulcérés ou phlogosés, il permet d'agir sur eux avec beaucoup de précision, n'ayant besoin que de faire exécuter un demi-tour au mandrin pour amener le nitrate d'argent dans la fenêtre de la canule. Mais quand on voudra cautériser dans un espace moins limité et circulairement, alors on poussera la cuvette hors de la canule, et on lui imprimera un mouvement de rotation tout en faisant cheminer l'instrument d'arrière en avant jusqu'au point où on voudra borner la cautérisation.

Quand on cautérisera plus haut que le col de la vessie (dans cette seconde manière d'employer l'instrument), la fenêtre de la canule, se trouvant plus bas que le caustique, donnera issue à l'urine qui pourrait se trouver dans la partie déclive. La saillie que forme en bas le renflement de la canule lui permet aussi de s'appliquer plus exactement dans le bas-fond de la vessie.

Il resterait à expliquer pourquoi l'instrument que j'ai l'honneur de présenter à l'Académie est si volumineux. (Le renflement de la canule correspond au n° 25 de la nouvelle filière.)

Je répondrai que chacun sera libre d'en faire exécuter d'un moindre calibre sur le même modèle chez M. Martin, qui a réalisé ma conception avec l'habileté qu'on lui connaît. Mais pour moi, pourvu cependant qu'ils pénètrent sans trop d'efforts, je préfère les plus gros. M. Lallemand avait déjà remarqué depuis longtemps que les cautérisations faites avec de grosses sondes réussissaient en général mieux que les cautérisations faites avec de plus petites. Indépendamment de la surface plus large que présente le caustique dans un gros instrument, cette différence, en faveur des résultats obtenus par de gros porte-caustiques, me paraît tenir à ce que, agissant en dilatant le canal, la muqueuse se trouve *étirée et déplissée* et présente d'une façon plus immédiate tous ses points à l'application du caustique. Les cryptes muqueux eux-mêmes étant élargis par l'extension de la membrane qui les porte, l'action qu'ils reçoivent du caustique sera plus pénétrante et atteindra le système sécrétoire de la muqueuse jusque dans la profondeur de ses follicules. MATHIEU.

CAS DE MORT

suite d'une combustion volontaire dans un accès de délire.

Par M. le docteur MADIN (de Verdun).

Voici ce fait, sur lequel M. Bricheteau a lu un rapport dans la dernière séance de l'Académie de médecine.

M. P..., âgé de trente-six ans, ayant perdu peu de temps après son mariage une femme qu'il aimait tendrement, fut si vivement affecté de cette perte, qu'il tomba dans une profonde mélancolie. Il lui semblait voir dans les nuages cette épouse chérie qui lui tendait les bras et l'appelait à elle. Ces hallucinations n'étaient que momentanées et n'empêchaient pas M. P..., qui était magistrat, de remplir exactement et convenablement ses fonctions publiques. Habitué d'ailleurs aux travaux nocturnes, il soutenait son activité par de petites doses de vin pur et l'usage du tabac à fumer, dont il usait outre mesure.

Dans un long intervalle de calme, il songea à se remarier; mais les difficultés qu'il rencontra pour contracter de nouveaux liens lui rendirent la mémoire de sa première femme plus chère.

Les visions recommencèrent. De plus, il se livra à des pratiques de dévotion exagérées, se mit à lire des ouvrages ascétiques qui ne faisaient qu'accroître les aberrations périodiques de son intelligence.

Ce fut alors que M. Madin fut appelé auprès de M. P... Il l'accueillit poliment, mais prétendit qu'il n'avait pas besoin de son ministère, qu'il était l'élu du Seigneur, qui lui réservait une haute destinée; il parla en termes respectueux mais incohérents des femmes, qu'il adorait toutes, jeunes ou vieilles; il avait reçu, ajoutait-il, la mission de brûler les mauvais livres et les objets contraires aux bonnes mœurs, et il les livrait aux flammes. Cette manie de brûler faisant des progrès, M. P... faillit plusieurs fois incendier sa maison, sous le prétexte de la purifier, avec des torches enflammées. Ces accès d'une véritable folie passés, il était le premier à rire de ses extravagances, et semblait alors avoir pleinement recouvré sa raison, ce qui donnait une fausse sécurité aux personnes qui l'entouraient. Toutefois M. Madin, qui observait M. P..., avait saisi quelques propos incohérents dans les moments qui semblaient les plus lucides; aussi était-il loin d'être rassuré sur le compte du malade, et avait-il prescrit une surveillance active et défendu formellement de le laisser seul. Ses appréhensions n'étaient que trop fondées, comme on va le voir.

Le 18 janvier 1836, à deux heures du matin, on fit appeler M. Madin pour donner des soins à M. P... qui s'était volontairement livré aux flammes en expiation des fautes qu'il se reprochait. A cet effet, il avait dressé une espèce de bûcher dans sa cuisine; la fumée résultant de la combustion de la graisse du pauvre aliéné avait fait connaître aux domestiques ce tragique événement.

Arrivé près du malade, M. Madin fut surpris de le trouver calme et presque souriant au milieu d'une horrible flamme qui lui permettait à peine de respirer. « Cher docteur, dit-il, je vais bientôt aller rejoindre ma femme; je suis digne d'elle maintenant que j'ai expié dans les flammes mes horribles forfaits. Je suis resté pendant deux heures sur le bûcher que Dieu m'a ordonné de construire; j'ai eu soin d'entretenir le feu en rapprochant les tisons. »

Le visage du patient pendant cette singulière allocution ne trahissait ni douleur ni même aucune émotion.

En examinant le malade, M. Madin constata qu'il avait les jambes, les cuisses et les fesses entièrement brûlées, les os blanchis et calcinés; les organes génitaux étaient aussi carbonisés et les mains réduites à l'état de moignon. Dix minutes s'étaient à peine écoulées depuis que le malade avait été enveloppé d'un immense linge enduit de cérat, lorsque sa voix s'affaiblit tout à coup, le pouls devint insaisissable, la mort était imminente. M. Madin, ayant enlevé brusquement l'appareil qu'il avait appliqué sur les brûlures, reconnut que l'une des artères poplitées, corrodée par le feu, avait donné lieu à une hémorrhagie mortelle. L'instrument du supplice consistait en une quinzaine de bûches de petites dimensions que le patient avait artistement disposées dans la cheminée de sa cuisine et auxquelles il avait mis le feu. Une énorme quantité de graisse mêlée de sang s'était écoulée jusqu'à 2 mètres du foyer.

SUICIDE PAR L'ACONIT MANGÉ EN SALADE.

Un suicide a eu lieu dans la commune de Sommery, dans des circonstances qui méritent une mention particulière.

Une jeune fille d'une vingtaine d'années, nommée P..., s'est empoisonnée volontairement avec des feuilles d'aconit mêlées à une salade. Cette plante, très commune dans les jardins, trop commune même, puisque l'année dernière on assure qu'un empoisonnement a encore eu lieu par son emploi dans le canton de Buchy, constitue un poison des plus violents. Il est malheureux que la connaissance de ses effets toxiques se répande, et qu'un poison de cette nature se trouve à la portée de trop de personnes.

Au reste, ceux qui seraient tentés d'imiter cette malheureuse jeune fille seraient bien guéris s'ils avaient été témoins de sa mort; elle n'a succombé qu'après deux heures de souffrances tellement intolérables, qu'elle suppliait son père et sa mère de la jeter à l'eau pour les abréger.

Quelques feuilles d'aconit ont suffi pour causer cette mort. L'emploi de ces plantes peut donc donner lieu à de très graves accidents plus ou moins volontaires, et il ne serait pas sans utilité que sa propagation fût l'objet de l'attention particulière de l'autorité.

(*Journ. de chimie médicale.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 26 octobre 1853. — Présidence de M. DENONVILLIERS.

Correspondance. — M. LARREY dépose sur le bureau un mémoire de M. le docteur Clot-Bey sur l'éléphantiasis du scrotum. (Commission: MM. Danyau, Guersant, Larrey, rapporteur.)

— M. le professeur A. Didot (de Liége) fait hommage à la Société des travaux suivants :

Essai sur la prophylaxie du cancer par la syphilisation artificielle;

Communication relative à une promeneuse pour les enfants en bas âge;

Rapport fait à l'Académie royale de médecine de Belgique sur un mémoire de M. Thirion relatif à certains accidents qui accompagnent l'anasarque des femmes enceintes;

Quelques mots sur la méthode amovo-inamovible;

Note sur le traitement chirurgical de la gangrène dite spontanée;

Note sur la cautérisation du larynx et sur un nouveau porte-caustique laryngien;

Note sur la séparation des doigts palmés et sur un nouveau procédé anaplastique destiné à prévenir la reproduction de la difformité;

Histoire d'une opération d'anus artificiel par l'entérotomie lombaire d'après le procédé de Callisen;

Observations et réflexions sur les dépôts urineux et l'uréthrotomie.

— M. le docteur Ernest Blasius, professeur de clinique chirurgicale à Halle, adresse l'ouvrage suivant :

Beiträge zur praktischen chirurgie nebst einem. — *Bericht über die chirurgisch-angenärztliche klinik.*

— La Société reçoit divers journaux de médecine.

Élection. — La Société procède au vote sur les conclusions de la commission chargée de faire un rapport sur un travail de M. Alquié.

Ces conclusions sont adoptées à l'unanimité.

En conséquence, M. Alquié, professeur à l'Ecole de Montpellier, est nommé membre correspondant de la Société de chirurgie.

Communication. — M. le professeur SÉDILLOT, membre correspondant, fait la communication suivante :

Amputations partielles du pied. — Je soumettrai à mes savants collègues de la Société de chirurgie quelques considérations sur des dispositions anatomiques qui me paraissent conduire à une appréciation nouvelle, sous plusieurs rapports, de la valeur des amputations partielles du pied.

Je ne me dissimule pas combien doit paraître hardie au premier abord la prétention de parler anatomie devant une société dont les membres sont essentiellement versés dans la connaissance de cette science et qui comptent dans leurs rangs des aides et des chefs de travaux et des professeurs de la Faculté de Paris; mais je trouve dans cette circonstance la certitude d'être immédiatement compris par des juges d'une expérience consommée et d'une compétence incontestable.

On s'est beaucoup occupé des amputations du pied, que l'on a comparées entre elles au double point de vue du siége, des opérations et des procédés mis en usage pour les accomplir. L'amputation tibio-tarsienne, remise en honneur par MM. Baudens et Symes; l'amputation sous-astragalienne, proposée par M. de Lignerolles et plusieurs fois exécutée par MM. Textor, Nélaton, Maisonneuve; le précepte donné par A. Cooper et surtout par Mayor père de conserver toujours au pied la plus grande étendue, en se bornant à enlever les parties véritablement

altérées; l'amputation de M. Jobert dans l'interligne scaphoïdo-cunéenne et cuboïdo-métatarsienne; la recommandation formulée par M. Robert de garder le scaphoïde toutes les fois que cet os est resté intact montrent nettement la tendance conservatrice de la chirurgie actuelle. Cependant ces progrès ressortent du principe général d'amputer le plus loin possible du tronc, et on ne les avait peut-être pas suffisamment éclairés par l'étude du mécanisme des fonctions du pied. Sans doute, on avait dit que dans certaines amputations la voûte plantaire était raccourcie et abaissée, mais on n'avait pas autrement insisté sur cette remarque, et l'observation clinique, devançant ici, comme elle le fait habituellement, l'explication théorique, avait seule révélé à quelques esprits sagaces l'utilité de l'emploi de bottines d'épaisseur inégale pour assurer la sustentation et la marche.

Quoique je me fusse beaucoup occupé des amputations du pied, pour lesquelles j'ai proposé des procédés et des modifications opératoires généralement adoptés, j'étais resté néanmoins renfermé dans ces limites communes, lorsque, en revoyant pour la nouvelle édition de ma *Médecine opératoire* certains détails des articulations du pied, je fus frappé des rapports de la conformation de cet organe avec les résultats des amputations, et il en ressortit pour moi des conséquences qui m'avaient complétement échappé jusqu'à ce jour.

Lorsqu'on examine anatomiquement le mécanisme des fonctions du pied, on reconnaît que le poids du corps est transmis du tibia à l'astragale par une surface légèrement oblique de haut en bas et d'arrière en avant, et que l'astragale lui-même repose sur l'extrémité antérieure du calcanéum par une surface d'une obliquité encore plus marquée dans la même direction. Si l'on se rappelle en même temps que le calcanéum ne repose sur le sol que par un point assez étroit de son extrémité postérieure, et que le reste de sa face inférieure est incliné d'arrière en avant et de bas en haut, on se fera une idée assez exacte de la disposition de ces parties. La portion postérieure ou calcanéo-astragalienne de la voûte plantaire se continue en avant avec le cuboïde et le scaphoïde; celui-là situé plus bas et en dehors, celui-ci placé en dedans et sur un plan plus élevé. Le poids du corps tombant obliquement sur l'astragale et de là sur le calcanéum est chassé en avant et transmis au cuboïde, et principalement au scaphoïde, et de là aux cunéiformes et aux métatarsiens. C'est, en définitive, sur les extrémités antérieures de ces os et sur les phalanges et en arrière sur un seul point du calcanéum que repose le corps dans la station et la marche, et toute la portion moyenne du pied reste éloignée du sol chez les individus bien conformés. Il y a sans contredit de nombreuses différences individuelles d'âge et de race à cet égard, et beaucoup de personnes présentent un abaissement considérable du pied qui le rapproche du pied plat; mais nous prenons pour exemple les types, et pouvons en négliger les dégradations. Le pied est en outre soutenu latéralement par des muscles très énergiques. En arrière et en dedans le tendon d'Achille, tout à fait en dedans les tendons des muscles jambiers antérieur et postérieur; en dehors les péroniers, et particulièrement le long péronier latéral, dans la réflexion sur le bord externe du pied, augmentent considérablement la puissance.

Il serait inutile d'insister sur les détails de ces dispositions générales, dont nous allons étudier les applications aux amputations du pied.

Commençons par la médio-tarsienne, ou de Chopart; nous les poursuivrons ensuite en avant et en arrière de ce point de départ, afin d'en compléter l'examen.

Villermé écrivait, en 1815, qu'une vingtaine de militaires reçus à l'hôtel des Invalides avaient dû subir l'amputation de la jambe par suite d'inflammations ulcératives survenues aux moignons. M.-A. Petit avait déjà, en 1799, signalé un cas pour lequel il avait dû recourir à la section du tendon d'Achille dans le but de remédier au renversement du moignon en arrière. MM. Velpeau, Robert, Jobert, Larrey, Nélaton, Stanski, ont également coupé le tendon d'Achille dans des circonstances semblables, et n'ont obtenu que peu d'avantages de cette opération. MM. Robert et Stanski ont dû amputer consécutivement la jambe, parce que le moignon continuait à se porter en bas et en dehors et à être frappé d'ulcérations, de carie et de nécrose. M. Stanski avait en vain réséqué une partie du calcanéum.

L'un de mes malades, qui marchait très bien dans nos salles quelque temps après son opération, boitait un peu plus tard par renversement du moignon. Tel est le fait général. L'extrémité postérieure du calcanéum est portée en haut, l'extrémité antérieure en bas et en dehors, et arc-boute directement contre le sol, ainsi que la tête de l'astragale, qui offre une tendance manifeste à se déplacer par une sorte de subluxation. Des ulcérations surviennent, les os s'altèrent et la marche est empêchée.

On cite cependant des exemples de réussite. M. Velpeau imprimait en 1839 qu'aucun des cinq malades opérés par lui n'avait offert de rétraction du moignon. Blandin ne comptait qu'un exemple de cet accident sur onze amputés; M. Robert un sur trois, etc.

De quel côté est la vérité, au milieu de ces assertions contradictoires? Blandin avait-il observé assez longtemps ses malades, et n'a-t-il pas considéré comme définitifs des résultats passagers? Telle est notre opinion, et nous la fondons sur les conditions anatomiques que nous avons signalées.

Dès que les malades commencent à marcher, le tibia pousse en bas et en avant l'astragale, qui n'a d'autre point d'appui que la facette calcanéenne antérieure interne, dont le diamètre est très étroit; et comme le calcanéum est beaucoup plus rapproché du sol en dehors qu'en dedans, c'est aussi en dehors et en bas que le moignon se trouve nécessairement dévié. Ce mouvement ne peut s'exécuter sans que la portion postérieure du calcanéum ne bascule en haut et en arrière; et cet effet sera proportionnel à l'inclinaison en avant et en bas du moignon. La section du tendon d'Achille devait être inefficace, puisque les muscles extenseurs ne concouraient pas à l'élévation; et ceux qui ont pratiqué la section du tendon d'Achille dans des cas semblables avaient manifestement méconnu, au moins en partie, la cause et le mécanisme de la difformité qu'ils s'efforçaient de combattre.

Nous ne contestons nullement l'avantage d'obtenir la consolidation du moignon dans une situation normale, et de prévenir pendant la cure la rétraction des extenseurs. Nous avions, en 1838, donné le conseil de maintenir la jambe fléchie sur la cuisse pendant la cicatrisation du moignon (*Méd. opér.*, 1re édit.), pour mettre le muscle gastro-cnémien dans le relâchement, et la longueur des tendons fléchisseurs adhérents au lambeau; l'épaisseur et l'étendue de ce dernier sont des conditions secondaires, mais néanmoins utiles, qui ne devront pas être négligées.

Les malades dont la marche a pu se rétablir sans accidents à la suite de l'amputation de Chopart avaient préalablement le pied peu arqué, ou bien l'astragale rencontrait à l'extrémité antérieure interne du calcanéum un point d'appui articulaire plus large et plus resistant qu'on ne l'observe habituellement, ou bien encore la moitié postérieure de la face supérieure de l'astragale était plus inclinée en bas et en arrière, et les malades, rejetant instinctivement le poids du corps dans ce sens, avaient élargi leur base de sustentation et étaient parvenus à prévenir ainsi le renversement du calcanéum. Le meilleur moyen d'assurer l'intégrité et les usages du moignon nous paraît être de recourir à l'application d'une bottine creusée en arrière et saillante en avant, pour maintenir l'obliquité plantaire et remplacer la portion amputée de l'avant-pied.

Un malade dont M. Malgaigne a rapporté l'histoire sans paraître en comprendre la signification marchait très bien en se servant de bottines ordinaires, avec la simple précaution de placer un tampon de laine épais dans l'avant-pied de sa chaussure.

Tels sont les résultats habituels de l'amputation de Chopart, et on voit combien il est important de conserver soit le scaphoïde, soit les cunéiformes, soit des portions de métatarsiens, pour augmenter la base de la sustentation et faciliter le rétablissement des fonctions du membre inférieur. Sous ce rapport, nous croyons que l'ablation de la tête du premier os du métatarse, recommandée par Sabatier et quelques autres chirurgiens, dans le seul but d'en éviter la saillie, est une opération fâcheuse, qui ne devrait jamais être pratiquée sans une indispensable nécessité.

Les deux seules amputations qui se font en arrière de la médio-tarsienne sont la sous-astragalienne et la tibio-tarsienne.

La première offre des conditions d'équilibre excellentes, parce que l'axe du corps tombe perpendiculairement sur le centre de l'astragale, qui le transmet directement au sol; la marche et la station sont parfaitement assurées, et la seule question est de savoir si les inégalités de la face calcanéenne de l'astragale ne fatiguent pas les parties molles sous-jacentes et permettent les pressions répétées qu'entraîne la marche sur le talon. L'expérience semble avoir répondu affirmativement, et de nouveaux faits lèveront, nous l'espérons, tous les doutes. La conservation de l'astragale dans la mortaise péronéo-tibiale semble *à priori* réunir de grands avantages, et je suis très disposé à tenter cette opération. Les mêmes remarques s'appliquent à l'amputation tibio-tarsienne avec résection des malléoles et de la surface articulaire, et il serait désirable que les chirurgiens voulussent bien publier avec soin les résultats qu'ils en ont obtenus. Il est avéré qu'on a observé de très beaux exemples de guérison, mais on n'en connaît pas très bien la proportion, et les malades n'ont pas toujours été soumis à un examen assez prolongé, ce qui a laissé des doutes dans quelques esprits sur la persistance des réussites. Je ne les mets pas en doute pour mon compte, et j'ai vu des amputés dans la jointure tibio-tarsienne marcher sur leur moignon avec la plus grande facilité. Mais je crois que des recherches sur ce sujet seraient nécessaires pour démontrer les conditions du succès, et signaler les transformations que doivent éprouver les os et les parties molles pour devenir aptes à supporter la pression incessante du poids du corps.

Tout point de vue nouveau conduit à la nécessité d'études ultérieures spéciales, et le but de cette communication est surtout de faire appel à l'expérience des habiles confrères qui trouveront dans leur pratique particulière et dans leurs services hospitaliers de nombreuses occasions d'examen et de contrôle, et qui pourront ainsi juger en dernier ressort la valeur des opinions que nous venons de leur exposer.

M. Laborie a suivi avec attention l'intéressante communication de M. Sédillot. Notre collègue, dit-il, a signalé bon nombre de points qui ne lui ont pas paru suffisamment étudiés, et il a voulu démontrer que la plupart des modifications imprimées par le fait des amputations partielles du pied n'ont pas assez fixé l'attention des chirurgiens. Ce reproche ne me paraît pas tout à fait fondé, et je pense que dans les travaux déjà publiés sur ce sujet la plupart de ces questions ont été traitées. Ainsi, dans un mémoire que j'ai lu devant l'Académie de médecine, et qui a été inséré dans les *Annales de la chirurgie*, je me suis précisément attaché, dans une appréciation des diverses amputations du pied, à faire ressortir l'influence exercée sur les suites de l'amputation par la plus ou moins grande mutilation du squelette. Les considérations pratiques de ce mémoire étaient basées sur l'étude anatomique comprenant successivement le squelette, les articulations, relativement aux rapports des synoviales entre elles, et enfin les ligaments et les tendons musculaires. J'ai insisté sur le mode d'articulation du calcanéum avec le cuboïde, qui, par leur réunion, constituent cette voûte dont a parlé M. Sédillot, voûte dont le sommet, en s'abaissant par le fait de l'ablation du cuboïde, commence le renversement du moignon en arrière. J'ai aussi indiqué, en outre des soins à donner aux pansements, un moyen prothétique absolument semblable à celui que veut M. Sédillot. J'ajouterai que Blandin, qui avait été nommé rapporteur pour mon travail, a fait faire avec succès pour un de ses opérés une bottine suivant ces données.

M. Robert prend ensuite la parole en ces termes : Je crois aussi m'être largement étendu sur tout ce qui est relatif aux conditions anatomiques qui doivent faire adopter tel ou tel procédé.

Dans ma thèse sur les amputations partielles du pied, M. Sédillot aurait pu trouver les *desiderata* qu'il signale. J'avais aussi emprunté au travail de M. Laborie, et j'avais signalé comme notre collègue l'abaissement de la partie antérieure du calcanéum après la désarticulation du cuboïde comme la première cause prédisposante au renversement du moignon. Mais en outre de cette cause, j'ai aussi indiqué le manque suffisant de résistance des fléchisseurs du pied.

Malgré ces prédispositions au renversement, il y a des individus chez lesquels il n'a pas lieu. Cela tient à la manière dont sont faits les pansements, et surtout dont s'effectue la cicatrice.

Ainsi, des individus qui n'ont pas encore marché présentent un degré très marqué de renversement. Cela me paraît évidemment tenir à ce que la cicatrisation ne s'est pas faite rapidement. Il se fait alors en effet des fusées inflammatoires dans les tendons, qui gagnent peu à peu les muscles et amènent leur raccourcissement.

Les scrofuleux amputés pour des tumeurs blanches, qui marchent trop tôt, sont aussi pris d'ulcérations de la cicatrice, qui amènent les mêmes conséquences. Tous ces points sont bien connus, bien étudiés.

Il faut encore ajouter une autre cause au renversement. Ainsi, en dehors des causes anatomiques et des causes dynamiques, cet accident peut se montrer et rendre la marche impossible. On procède alors en vain à la section du tendon d'Achille, le renversement persiste, comme je l'ai signalé sur un opéré qui subit deux fois cette section, et que je dus amputer. Alors le mal a sa source dans la rétraction des tissus fibreux qui se trouvent en grande abondance à la partie postérieure de l'articulation de la jambe avec le pied, ainsi que cela a été signalé par M. Gerdy.

Quant aux moyens préventifs empruntés à la prothèse, je les crois excellents. M. Laborie les avait indiqués, et j'ai dans le même but fait construire pour deux malades des appareils par M. Martin; ils ont été très avantageux.

M. Larrey. Je ne viens pas revendiquer la priorité pour l'emploi de la section du tendon d'Achille après l'amputation de Chopart, mais je veux seulement qu'il soit bien entendu que je n'ai pas voulu l'ériger en principe général. Elle peut avoir de très bonnes applications, et sur le malade que j'ai opéré à l'hôpital des Cliniques, elle a eu un résultat heureux immédiat. Ainsi, le malade en était arrivé à un tel degré de souffrance par suite du renversement du moignon, dont la cicatrice ne pouvait se faire, qu'il était venu réclamer l'amputation. La section du tendon d'Achille a fait immédiatement cesser les accidents. Le moignon s'est cicatrisé, et le malade, que je revis plusieurs mois après, marchait avec facilité. Je lui avais fait faire aussi une bottine, qui probablement a aidé à maintenir la guérison.

M. Guérin. J'ai écouté avec beaucoup d'intérêt la communication que M. Sédillot vient de faire à la Société, mais je ne pense pas qu'il ait épuisé toutes les considérations qui se rattachent à la question des amputations du pied. Je relèverai d'abord une contradiction relative à l'anatomie. Quand M. Sédillot attaque l'amputation de Chopart, il donne à l'astragale une inclinaison antéro-postérieure en vertu de laquelle le tibia tendrait toujours à se porter vers l'extrémité antérieure du pied; et quand il défend l'amputation sous-astragalienne, il donne à cet os une direction horizontale, de manière que le tibia tombe perpendiculairement sur lui.

Je ne suis pas aussi partisan que M. Sédillot de l'amputation sous-astragalienne; elle laisse en avant une saillie considérable formée par la tête de l'astragale, qu'on a peine à recouvrir, et les inégalités de la face inférieure de l'os, ne trouvant plus une surface qui s'adapte exactement à elles, tendent à s'enfoncer dans le lambeau et à le meurtrir lorsque le malade commence à marcher. Je crois encore que la grande mobilité de l'astragale, lorsque le calcanéum a été enlevé, est une mauvaise condition pour la station et la marche.

En parlant de l'amputation de Chopart, on a signalé la tendance du calcanéum à se porter en haut et en arrière, et on a attribué cela exclusivement à la voûte calcanéenne et à l'action du triceps de la jambe. Je comprends très bien qu'on ne soit pas content des résultats obtenus, si on ne s'occupe pas des autres conditions d'une bonne opération faite en ce point du membre inférieur. Tenez donc un peu compte des muscles de la partie antérieure de la jambe dont vous coupez les tendons, et rappelez-vous que, si vous les laissez s'exfolier, l'action des muscles de la partie postérieure ne sera plus contre-balancée par eux, et qu'il faut s'efforcer d'obtenir leur accolement contre la partie antérieure de ce qui est resté du tarse.

Pour moi, la condition la plus importante pour obtenir un bon résultat après l'amputation de Chopart, c'est la longueur du lambeau. J'ai vu plusieurs fois des chirurgiens, qui n'ont pas une grande affection pour cette opération, faire un lambeau si court que, pour le réunir à la peau de la face dorsale du pied, il fallait tirailler les parties, et encore n'arrivait-on qu'à grand'peine à les tenir au contact l'une de l'autre. Dans ces cas, le tarse ne peut pas être maintenu horizontalement; sa partie antérieure se porte en bas, où elle est sollicitée par les parties musculaires du lambeau plantaire, et quand les ligaments se sont habitués à cette position, quand le triceps s'est rétracté consécutivement, il n'est plus temps de s'opposer à cette situation du pied quand on songe à faire marcher le malade. Je pense que la brièveté du lambeau est très habituelle, et qu'elle a la plus grande part dans les mauvais résultats qui sont signalés.

M. Roux a fait beaucoup d'amputations partielles du pied, et constamment il a suivi le procédé de Chopart, à l'exception toutefois d'un seul malade, blessé de juillet, sur lequel il dut faire une modification en raison de l'altération des parties molles; il a fait alors un lambeau latéral.

Jamais, et il peut réunir une vingtaine de faits dans sa pratique, il n'a eu de renversement; sur aucun des opérés il n'y a eu de ces fistules que l'on signale. Seulement il a toujours eu soin de donner, comme vient de le dire M. Guérin, une grande étendue au lambeau plantaire, et, pendant le traitement, il maintenait la jambe fléchie sur la cuisse.

Il y a quatre mois, M. Roux a encore pratiqué cette opération sur un malade que M. Gosselin a pu suivre, et il ne s'est manifesté aucune rétraction.

M. Verneuil. Je ne prendrais point la parole dans cette discussion si je n'étais en mesure d'y apporter un fait intéressant que j'ai observé à la Salpêtrière.

Une femme de cinquante-huit ans, couchée dans la division des incurables, est depuis l'âge de deux ans et demi affectée de maladies articulaires. Les articulations du pied droit devinrent malades dans son enfance, et à l'âge de quinze ans Antoine Dubois lui fit l'amputation du premier métatarsien dans la continuité; elle parut guérie de l'opération et put marcher, quoique difficilement, car elle souffrait toujours beaucoup dans les os du pied. Mais bientôt le mal récidiva; il se fit plusieurs abcès, qui devinrent fistuleux et donnèrent passage à des fragments osseux.

A dix-neuf ans, Richerand lui fit l'amputation de Chopart; une in-

flammation très vive s'empara du moignon, si bien qu'au bout de six mois il lui restait encore deux ulcérations, qu'on cautérisa avec le fer rouge. La cicatrice fut obtenue à la longue; la malade, qui n'avait pas encore quitté le lit, essaya alors de marcher. Les tentatives de progression furent toujours impossibles; chaque fois que le moignon était posé sur le sol, des douleurs très vives se manifestaient.

A l'âge de vingt et un ans, la lésion parut récidiver encore; deux trajets fistuleux s'établirent à la partie inférieure de la jambe, et l'on jugea que le tibia était malade. On parla d'amputer la jambe; puis, plus tard, le genou étant devenu gonflé et douloureux, Lallement proposa l'amputation de la cuisse. La malade refusa ces deux opérations, et, à la longue, la jambe et le genou guérirent.

La marche sur le moignon resta toujours impossible, et cependant, à deux reprises différentes, MM. Ferrus et Rostan firent sans résultats construire des bottines spéciales.

Dans sa jeunesse, cette malade devint sujette à des névralgies qui occupaient tantôt la tête, tantôt divers points du corps, et dont les accès étaient presque toujours ramenés par des changements de température. Les mêmes douleurs se manifestèrent assez souvent dans le moignon, mais ne dépassant jamais la partie moyenne de la jambe.

M. Nathalis Guillot constata, au dire de la malade, une névralgie du moignon, opinion justifiée par la similitude des caractères de la douleur et par ce fait que les accès alternaient fréquemment avec des névralgies dans d'autres points du corps.

En dehors des attaques de névralgie spontanée, le moignon n'est pas douloureux dans le repos; mais si le moindre choc, le plus léger frottement vient toucher la partie antérieure du pied amputé, les douleurs les plus vives, les plus insupportables éclatent aussitôt. Cette sensibilité est poussée à un tel point que la malade, quoique m'ayant fourni avec beaucoup d'obligeance les renseignements qui précèdent, fit beaucoup de difficultés pour me montrer le membre, dans la crainte que je ne vinsse à la toucher.

Cet état, depuis l'opération, a toujours été à peu près le même, ainsi que l'état physique que je vais décrire.

La jambe est atrophiée, on voit plusieurs cicatrices à sa partie inférieure; le talon est fortement élevé, il fait en arrière une saillie de 3 à 4 centimètres; l'axe du calcanéum est très oblique en bas et en avant. Malgré l'émaciation du membre, qui est arrondi au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne, le tendon d'Achille est à peine appréciable à la vue; au lieu d'être rectiligne, tendu et saillant sous la peau, comme cela devrait avoir lieu s'il était rétracté directement, il paraît incurvé, c'est-à-dire que la région qu'il occupe présente de profil une concavité postérieure dont le talon constitue une des extrémités. Ce tendon paraît, en ce point, bridé par des fibres transversales qui l'appliqueraient contre la face postérieure des os de la jambe.

L'extrémité antérieure des os de la première rangée du tarse répond presque directement en bas. Les téguments qui la recouvrent et la cicatrice de l'amputation sont entièrement masqués par une couche d'épiderme qui forme un enduit crustacé, de près d'un centimètre d'épaisseur en certains points; cet enduit, qui est comparable à celui qu'on voit naître quelquefois sur les anciens vésicatoires, tombe de temps en temps partiellement par masses plus ou moins volumineuses, et se reproduit rapidement.

Les mouvements volontaires sont depuis longtemps abolis dans la jointure tibio-tarsienne; cependant l'article n'est pas ankylosé, car en saisissant le talon la malade lui imprime encore quelques mouvements.

L'étude du siége de la douleur, que j'ai fait faire sous mes yeux par la malade elle-même, est fort intéressante.

La région du talon, le pourtour de l'articulation tibio-tarsienne sont indolents au toucher. La sensibilité telle que je l'ai décrite commence à la face plantaire, à cinq centimètres en arrière de la cicatrice, et finit à trois centimètres au-dessus vers la face dorsale; elle a son maximum au bout du moignon, en dedans et en dehors, dans les points qui correspondent aux deux gros faisceaux de nerfs plantaires.

La malade marche avec une jambe de bois ordinaire, en prenant un point d'appui sur le genou fléchi; elle est constamment préoccupée d'éviter les chocs, et prend des précautions même dans son lit; elle se garantit aussi soigneusement contre l'impression du froid, et recouvre toujours son moignon de plusieurs doubles de flanelle maintenus par une bande roulée.

L'observation qui précède est intéressante à plus d'un titre: elle offre d'abord un exemple de ces récidives si communes qui envahissent successivement les os d'un membre de bas en haut malgré l'ablation des parties malades; puis elle montre un cas des plus marqués de ces névralgies dans les moignons qui ne diffèrent pas au point de vue des causes de celles qui sévissent sur d'autres points du corps et dans le développement desquelles le froid joue un si grand rôle.

Cependant, je veux m'arrêter particulièrement sur le fait de l'ascension du talon et en rechercher la cause. On ne saurait l'attribuer ici à la marche, puisque les tentatives de progression ont toujours été impossibles. On sait, en effet, que certains malades guéris très promptement des suites de l'amputation de Chopart peuvent se servir de leur membre pendant trois ou quatre mois, quelquefois plus, et qu'au bout de ce temps apparaissent l'élévation du talon et des douleurs qu'on attribue à une sorte de subluxation de l'astragale sur le calcanéum, le premier de ces os se déplaçant mécaniquement sous l'influence du poids du corps et glissant d'arrière en avant sur la face supérieure du second.

On ne peut rapporter davantage l'élévation du talon à la cause que vient d'invoquer M. Sédillot; car, le pied n'ayant jamais reposé sur le sol, on ne voit pas pourquoi l'extrémité antérieure du calcanéum se serait abaissée.

Restent deux causes à interroger: la rétraction du tendon d'Achille et l'inflammation péri-articulaire avec la rétraction consécutive des parties fibreuses qui entourent la partie postérieure de l'articulation tibio-tarsienne et de la jambe. C'est à cette dernière cause que j'attribue l'ascension du talon. Si, en effet, la tension du tendon d'Achille en était l'agent, ce tendon devrait être saillant, rectiligne et représenter une corde tendue entre le calcanéum et les insertions supérieures des gastro-cnémiens, tandis qu'il est appliqué contre la face postérieure des os de la jambe et bridé par les fibres transversales et arciformes que l'aponévrose jambière présente à son niveau.

Pour appuyer l'opinion que j'adopte, je rappellerai que le moignon a été le siége d'une inflammation très vive développée primitivement, et sous l'influence de laquelle l'ascension du calcanéum s'est manifestée rapidement; car, au dire de la malade, le moignon a toujours eu la forme que nous lui voyons. Cette inflammation a persisté pendant plusieurs années dans la partie inférieure de la jambe et a pu de cette façon amener cette rétraction des tissus blancs, que M. Gerdy a bien décrite dans ces derniers temps comme suite presque inévitable des phlegmasies chroniques péri-articulaires.

Dans ces circonstances, l'inflammation n'agit pas seulement sur les tissus fibreux; propagée aux muscles, dont la portion charnue descend très bas en ce point, elle les atrophie et les rétracte par un mécanisme analogue à celui qui amène la conicité des moignons dans les amputations dans la continuité des membres.

J'adresserai encore quelques objections à la partie anatomique de la communication de M. Sédillot. C'est avec raison qu'il rappelle l'obliquité naturelle du calcanéum dont l'axe dans l'état normal est dirigé en haut et en avant. Il est encore rigoureux d'admettre que, lorsque l'avant-pied est enlevé, la voûte plantaire s'affaisse: d'où il résulte que l'extrémité antérieure du calcanéum s'abaisse pour se mettre au contact avec le sol; mais ces causes me paraissent insuffisantes pour expliquer seules l'ascension du talon; en effet, l'abaissement du calcanéum a pour résultat de détruire l'obliquité antérieure et supérieure de cet os, qui devient alors horizontal et porte sur le sol par son bord ou sa face inférieure. Mais je ne vois pas pourquoi à son tour l'extrémité postérieure s'élèverait, et les causes de cette ascension malheureuse, mais trop fréquente, doivent être cherchées ailleurs que dans le changement statique des os de la première rangée tarsienne.

Au reste, j'ai fait jadis quelques expériences sur ce point. On admet que dans la station la face plantaire forme une voûte à trois piliers, l'un postérieur au talon, les deux autres antérieurs répondant aux articulations métatarso-phalangiennes des premier et cinquième orteils. L'espace qui sépare ces trois piliers serait concave et ne reposerait pas sur le sol; cette manière de voir est tout à fait erronée, au moins dans l'immense majorité des cas. En effet, le pied repose non-seulement sur les trois points en question, mais aussi sur toute la longueur du cinquième métatarsien, ou, pour parler plus exactement, sur la tubérosité postérieure en même temps que sur la face inférieure du cuboïde, qui fait une forte saillie en bas. La voûte plantaire, si bien marquée au côté interne, est donc beaucoup moins étendue sur le bord externe; elle est comprise seulement entre la tubérosité externe du calcanéum et la tubérosité postérieure du cinquième métatarsien. La hauteur de cette voûte est tout aussi restreinte que son étendue. On sait déjà que, si on marche pieds nus sur le sable, on voit l'empreinte de tout le bord externe du pied; mais, pour avoir un résultat plus rigoureux, il suffit de placer le pied sur un plan lisse et en lui faisant supporter le poids du corps. Dans cette position, le bord externe du pied est si près du sol qu'il le touche presque toujours et qu'il faut une certaine pression pour faire passer au-dessous de lui une pièce de 5 francs ou le manche d'un scalpel au niveau de l'article calcanéo-cuboïdien. La pièce de monnaie ne peut jamais ou presque jamais s'engager au-dessous de la tubérosité du cinquième métatarsien.

Si, pour compléter ces données, on pratique une fenêtre au bord externe du pied en enlevant les parties molles qui le recouvrent, on constate que les tubérosités du calcanéum et du cinquième métatarsien sont sensiblement à la même distance du sol, et que l'extrémité antérieure du premier de ces os est plus élevée à la vérité, mais d'une quantité qui, n'excédant presque jamais un centimètre, reste le plus souvent au-dessous. En d'autres termes, le bord inférieur du calcanéum est oblique; mais sa partie antérieure est de 6 à 8 millimètres seulement au-dessus de son point d'appui postérieur.

Mes expériences confirment donc les opinions des frères Weber et celle que M. Robert a formulée dans sa thèse. Je ne veux pas dire que les remarques de M. Sédillot reposent sur des bases inexactes, mais seulement que les dispositions qu'il invoque ne sauraient expliquer dans tous les cas l'ascension du talon; toutefois, il faut en tenir compte pour certains sujets chez lesquels la voûte du pied offre une cambrure exagérée et exceptionnelle.

L'élévation du talon peut reconnaître des causes variées et devenir très complexe. La conformation du squelette peut y contribuer. La rétraction du tendon d'Achille en est quelquefois l'agent incontestable, comme le prouvent, entre autres, le cas de M. Larrey et ceux où sa conduite a été imitée avec succès; mais, plus souvent encore, l'inflammation du moignon est fautive de cet accident si fâcheux.

M. Sédillot s'estime heureux d'avoir soulevé cette discussion, qui semble bien démontrer que la question n'est pas encore suffisamment étudiée et laisse encore bien des points à éclaircir. Répondant à M. Laborie, il avoue qu'il ne connaissait pas son mémoire.

Il me semble, dit M. Sédillot, que j'ai été mal compris lorsque j'ai insisté sur les conditions anatomiques qui doivent prédisposer au renversement du moignon. Je n'ai pas voulu dire qu'elles étaient seules cause de ce renversement; il y a évidemment des complications.

Quant à l'influence favorable de la cicatrisation immédiate et par première intention, j'avoue ne pas y attacher autant d'importance que M. Robert semble le faire. J'ai l'habitude de ne jamais chercher la réunion immédiate, et, malgré cela, je n'ai point vu que la suppuration de la plaie ait amené de ces fusées inflammatoires que l'on signale.

M. Guérin, revenant sur la communication de M. Verneuil, lui demande pourquoi, si sa théorie était vraie, les parties fibreuses de la face antérieure ne détermineraient pas, en se rétractant, quelquefois une conformation du moignon en vertu de celle qui a été souvent observée.

M. Verneuil répond que les gaînes sont plus multipliées en arrière. En outre, les tissus fibreux sont très abondants également en arrière, tandis qu'en avant on ne trouve que quelques rares fibres.

M. Robert ajoute à ce propos que l'on voit souvent à la suite des amputations des abcès en arrière du pied, tandis qu'il n'en a jamais rencontré en avant.

Ainsi, sur un malade de Rouvray, j'ai vu des abcès remonter en arrière jusque derrière la masse charnue du gastro-cnémien. Il est survenu sous cette influence un renversement très prononcé, quoique le malade n'eût pas encore marché. La section du tendon d'Achille dans ce cas n'a produit aucun résultat. Les contractions que je signale ont été observées dans une autopsie dont M. Stanski a publié la relation.

Présentation d'appareil. — M. Ferdinand Martin présente un appareil destiné à donner la mensuration exacte des membres dans les cas de fracture. (Renvoyé à l'examen de M. Robert.)

— M. Debout donne lecture d'un rapport sur deux communications de M. Burin-Dubuisson, intitulées:

1° *Etude chimique du perchlorure, du persulfate et du perazotate de fer sur les principes fibro-albumineux du sang;*

2° *Note complémentaire sur l'examen microscopique du caillot fourni par le perchlorure de fer.*

Nous transcrivons les conclusions de M. le rapporteur.

Quelque intéressant que soit l'examen de toutes les questions qui se rapportent à la cure des anévrismes, il faut m'arrêter et vous poser mes conclusions.

1° Les recherches nombreuses que le prix que vous êtes appelé à décerner suscite en ce moment m'engagent à vous proposer de publier dans le *Bulletin* de vos séances, sinon une analyse du travail de M. Burin, au moins les tableaux dans lesquels figure le pouvoir coagulant de toutes les substances employées comme agents hémostatiques.

2° Le zèle que M. Burin-Dubuisson déploie dans l'examen du côté chimique de la question, tout secondaire qu'il soit, m'engage à proposer à la Société de le remercier de ses communications, et de l'engager à poursuivre ses études avec une solution de perchlorure plus étendue encore;

3° De déposer honorablement ses travaux dans vos archives, afin que la commission que vous aurez prochainement à nommer puisse les consulter lorsque le moment viendra de se prononcer sur la valeur des faits qui vous seront soumis.

Le secrétaire de la Société: E. Laborie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Le concours pour les prix des internes des hôpitaux s'ouvrira le lundi 7 novembre à midi.

Les juges sont: MM. Bouneau, Baron, Legendre, Morel-Lavallée, Demarquay, Marjolin et Bouchut.

— L'ancien doyen de la Faculté de médecine de Paris, M. Bérard, actuellement inspecteur général de l'enseignement supérieur pour la médecine, est allé présider la séance de rentrée de la Faculté de médecine de Montpellier.

— On annonce que M. Louis a donné sa démission de médecin de l'Hôtel-Dieu; cette détermination aurait été provoquée par la maladie grave de son fils, qui nécessiterait un voyage dans le Midi.

— Dans la dernière séance de la Faculté de médecine, a été lu le rapport d'une commission nommée pour étudier l'opportunité de la conversion d'une chaire de chimie en une chaire de pharmacologie et de toxicologie. La commission s'est montrée favorable à cette transformation, et la Faculté partage le sentiment de la commission.

— On écrit de Londres, le 28 octobre:

« Le jury du coroner vient de siéger à l'hôpital de l'Université de Londres, pour statuer sur la mort d'une jeune servante qui avait expiré immédiatement après qu'on l'eut assoupie par le chloroforme pour lui faire subir une opération douloureuse. (Nous publions ce fait plus haut.)

» Le jury a rendu un verdict de mort accidentelle. Immédiatement après, un de ses membres a dit que le gouvernement devrait interdire, sous des peines sévères, l'usage du chloroforme comme dangereux pour la vie.

» Le chef du jury a répondu: « Les effets bienfaisants du chloroforme sont si nombreux que l'on ne doit pas prendre en considération le nombre très minime des accidents qu'il peut causer. Depuis la découverte de ce stupéfiant, il n'a causé que trente morts en tout dans les trois royaumes; dans l'hôpital de l'Université, sur 2,000 personnes endormies par le chloroforme, il n'en est mort que deux. Dans l'hôpital Saint-Barthelemew à Londres, on avait chloroformisé jusqu'ici 30,000 personnes sans qu'il fût arrivé un seul accident. »

— Le journal *el Porvenir medico* signale un fait qui, s'il se reproduisait souvent, ne serait rien moins que la négation de tout droit médical. Un individu complétement étranger à l'art de guérir, et ne possédant aucune espèce de grade, a été autorisé, par ordonnance royale, à exercer la médecine à Barcelone. Cet acte de bon plaisir a soulevé les justes réclamations de la presse médicale espagnole. Le *Porvenir* et le *Boletin de medicina* invitent le corps médical à protester et à demander le retrait de l'ordonnance.

— Une correspondance particulière nous apprend que le choléra s'est déclaré avec violence en Valachie et surtout à Bucharest; il sévit également sur les troupes russes et sur les habitants.

— On écrit de Bruxelles, 2 novembre: « Plusieurs cas de choléra ont été constatés dans cette ville. »

— Le choléra ne sévit plus à Berlin; on a pu supprimer tous les hôpitaux extraordinaires.

— M. le professeur Rostan commencera ses leçons cliniques à l'Hôtel-Dieu, le 15 novembre.

— M. Bouchut, professeur agrégé de la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux, commencera son cours de *pathologie médicale* le mercredi 9 novembre, à sept heures du soir, à l'amphithéâtre n° 1 de l'Ecole pratique, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis à la même heure. On s'inscrit chez M. Gaucherand, à l'Ecole pratique.

— M. Gosselin, professeur agrégé, chef des travaux anatomiques de la Faculté, commencera un cours public d'anatomie le mercredi 9 novembre, à quatre heures du soir, à l'Ecole pratique.

Le Gérant, [illegible]

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 132. — MARDI 8 NOVEMBRE 1853. (26e ANNÉE.) N° 132. — MARDI 8 NOVEMBRE 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

	Trois mois.	Six mois.	Un an.
Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	8 fr. 50 c.	16 »	30 »
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	9 fr.	17	33
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	10 fr.	20	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de rentrée de la Faculté. — FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. Séance d'ouverture (7 novembre). — Eloges d'Hippolyte Royer-Collard et d'Achille Richard. — Distribution des prix. — Synchisis étincelant. — REVUE THÉRAPEUTIQUE. La scoparine et la spartéine. — Ulcères syphilitiques tertiaires. Nitro-tannate de plomb. — Solution éthérée de baume de tolu. — Chronique et nouvelles.

PARIS, LE 7 NOVEMBRE 1853.

Séance de rentrée de la Faculté.

Ainsi que nous l'avions annoncé, cette séance a eu lieu aujourd'hui à une heure précise. La salle était comble, et dans les couloirs et aux places réservées affluaient les membres des diverses sociétés savantes, des médecins distingués et les rédacteurs des divers journaux. Les professeurs et les agrégés, en robe, remplissaient l'hémicycle.

L'intérêt de la séance a porté surtout sur la lecture de M. le professeur Bouchardat. Les deux éloges de Royer-Collard et de Richard ont été écoutés avec une attention soutenue, et souvent interrompus par des applaudissements mérités.

M. Bouchardat a écrit ses deux éloges avec le cœur; sa rédaction respire une heureuse et douce bonhomie, une simplicité parfaite. Son jugement sur les deux célèbres professeurs a été calme, vrai; il les a appréciés avec talent, avec justice, sans exagération, sans réserve, sans prétention déplacée de style.

L'auditoire a été profondément ému quand, d'une voix attendrie, l'honorable professeur a retracé la lutte lente et douloureuse qu'Hippolyte Royer-Collard a eu à supporter pendant les dernières années de sa vie contre une maladie qui ne pardonne guère, soutenu par cette philosophie élevée, héritage de son illustre famille. Une émotion plus vive encore a parcouru tous les rangs des auditeurs lorsque, en terminant l'éloge de Richard, qui pouvait dire avoir bien rempli sa journée et fait tout le bien qu'il lui avait été donné de faire ici-bas, M. Bouchardat a ajouté avec un sentiment profond : *Efforçons-nous de l'imiter!* Une triple salve d'applaudissements a accueilli ces nobles paroles, et tous les auditeurs semblaient s'écrier : Oui, nous nous efforcerons de l'imiter!

Cet élan a gagné tous les cœurs. Il faisait beau voir cette jeunesse intelligente, pleine de force et d'espérance, se lever à cette heureuse allocution, et des yeux et du geste témoigner à l'orateur toute sa sympathique approbation.

Pourquoi, parmi ces nombreux spectateurs sur lesquels le regard aime à se reposer, faut-il que l'on rencontre toujours quelqu'une de ces figures que l'on ne verrait peut-être qu'avec une pitié douloureuse, si trop souvent on ne les trouvait jointes aux travers de l'esprit, à la présomption, à l'envie, aux plus mauvaises passions de l'âme?

Mais laissons de côté ces tristes sujets et de plus tristes réflexions, et arrêtons-nous sur les visages graves et sereins qui nous annoncent une génération prochaine de savants, d'hommes probes, de travailleurs et de praticiens dignes de toute notre estime et de toute notre affection.

En terminant, nous engagerons les jeunes élèves qui se destinent aux prochains concours Montyon, à ne pas perdre de vue, comme l'ont malheureusement fait les concurrents de cette année, la lettre du testament, et à ne pas oublier que leurs travaux doivent porter *exclusivement* sur l'étude des maladies pendant l'année qui a précédé celle du concours.

La phrase bienveillante de M. Gavarret nous a vivement fait regretter l'erreur des lutteurs de cette année, et c'est avec peine qu'au milieu des rires de l'auditoire nous avons appris que la Faculté avait cru devoir les repousser tous. Non certes, que nous blâmions la Faculté de s'être tenue dans les termes précis de la volonté du testateur, mais parce qu'il nous était pénible de voir perdus pour eux-mêmes et pour la science les travaux dignes d'estime des compétiteurs, par cela seul qu'ils n'avaient pas porté exclusivement sur les maladies de l'année précédente, et avaient compris celles de l'année actuelle.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

SÉANCE D'OUVERTURE (7 novembre 1853.)

A une heure précise, M. le doyen Paul Dubois, assisté de MM. Adelon, Gavarret et Bouchardat, entre en séance précédé du massier, et prend place sur l'estrade.

La séance est ouverte, et la parole est donnée à M. Bouchardat, qui lit d'une voix accentuée et claire les éloges d'Hippolyte Royer-Collard et d'Achille Richard. Cette lecture est interrompue à diverses reprises par des salves d'applaudissements; des applaudissements prolongés en accueillent également la fin.

Nous regrettons que le défaut d'espace ne nous permette pas de publier en entier ces deux discours, dont nous donnons cependant des extraits suffisants :

Messieurs,

Le jour où la Faculté reprend ses travaux est celui qu'elle choisit pour décerner ses couronnes.

Dans ces réunions solennelles des maîtres et des élèves, chaque professeur vient à son tour aborder les questions les plus élevées et qui caractérisent l'enseignement dont il est chargé. Mais ce devoir est dominé par un autre, celui de rendre un pieux hommage aux collègues que la mort a frappés. On fait revivre ainsi, pour les amis, des mémoires chéries; on apprend aux élèves à vénérer ceux qui ont dirigé leurs pas dans la carrière de la science, et on leur montre de nobles exemples à imiter.

Depuis peu d'années, tant d'hommes éminents ont disparu de cette enceinte, frappés au midi de leur carrière, à l'apogée de leur talent, que les tributs que nous avons à payer sont bien grands! Royer-Collard, Richard, Orfila, nous ont été si soudainement et si fatalement enlevés, que nous ne pouvons nous habituer à ne plus les rencontrer au milieu de nous, que nos yeux se portent encore involontairement sur les places qu'ils occupaient.

Dans l'assemblée de 1854, un interprète éloquent vous dira ce que la science, ce que la Faculté doivent à Orfila; j'ai été chargé par mes collègues de rendre un dernier hommage à Royer-Collard et à Richard.

Mon titre de nouveau venu dans la Compagnie eût pu me faire décliner cet honneur qu'instinctivement on redoute; mais mes collègues ont pensé qu'occupant la chaire qu'Hippolyte Royer-Collard avait occupée, je pourrais plus facilement vous entretenir des grandes idées qu'il avait fait pénétrer dans son enseignement.

Quant à Richard, j'ai été son élève, son agrégé, son ami, et c'est un mouvement du cœur que vous comprendrez sans peine qui m'a fait désirer de vous parler de lui dans cette occasion solennelle.

Hippolyte Royer-Collard est mort à Paris le 11 décembre 1850, âgé de quarante-huit ans; il était professeur d'hygiène à la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine, du conseil de salubrité, du comité consultatif d'hygiène publique, officier de la Légion d'honneur; il fut emporté par une longue et douloureuse maladie, dans la force de l'âge et de son talent.

Avant de vous faire connaître le professeur et le membre de l'Académie, permettez-moi de vous rappeler le souvenir de ses premières années, et d'insister dès le début sur un contraste qui domine toute la carrière d'Hippolyte Royer-Collard.

La nature lui donna avec une rare prodigalité tout ce que le monde envie, tout ce qui peut rendre la vie heureuse et facile, et ce furent précisément ces dons qui contribuèrent le plus à le détourner de la route qui devait le conduire aux découvertes utiles qui restent après nous. Son esprit étincelant de verve faisait les délices de l'intimité; comment trouver le recueillement quand on est partout recherché, aimé?

Royer-Collard portait un nom illustre entre tous. Son oncle, aussi célèbre par ses hautes connaissances philosophiques, par sa noble éloquence que respecté pour l'élévation de son caractère, était vénéré de la France entière. Son père était un des membres les plus distingués de l'Académie de médecine, un des professeurs les plus connus de la Faculté.

A ces avantages du sang, Hippolyte Royer-Collard joignait une merveilleuse intelligence qui lui aplanissait toutes les difficultés des premières études; aussi rien ne manqua à son début : succès universitaires, couronnes académiques, prix obtenus aux concours des hôpitaux et de la Faculté de médecine.

Quel commencement admirable avec un pareil nom! Nous arrivons à une première et cruelle épreuve. Il était encore étudiant en médecine, et n'avait que vingt-trois ans, lorsque la mort vint le frapper dans ce qu'il avait de plus cher. La perte prématurée de son père, en brisant son cœur, le laissa inopinément aux prises avec les nécessités de la vie.

Les ressources infinies de son esprit ne lui firent pas défaut; mais, dès le commencement de sa carrière, à l'époque où il importe tant d'avoir un but et de le poursuivre, il fut obligé de diviser ses forces. Il coopéra en même temps à la rédaction de la *Nouvelle Bibliothèque médicale*, du *Bulletin de la Société anatomique*, du *Journal de médecine vétérinaire et comparée*, d'un grand nombre de publications scientifiques, de revues politiques et littéraires.

Ses études médicales n'étaient point pour cela délaissées; il les poursuivait avec une incroyable ardeur, sous le patronage du chirurgien illustre de l'Hôtel-Dieu, qui était alors dans tout l'éclat de son talent, de sa puissance... Dupuytren fut le président de sa thèse, œuvre très remarquable. Un incident glorieux couronna cet acte probatoire.

C'était dans ce grand amphithéâtre, et cette vaste enceinte était remplie comme aujourd'hui. Après l'argumentation, Dupuytren prit la parole. Le célèbre professeur, d'ordinaire si réservé, si sobre d'éloges, s'exprima ainsi :

« La Faculté est fière de vous; elle voit en vous le digne héritier » d'un nom célèbre dans la science, dans la philosophie, dans l'éloquence. La Faculté espère en vous, monsieur, et depuis Bichat elle » n'a pas connu d'élèves qui lui aient donné une satisfaction plus » vive et de plus grandes espérances. »

Les débuts de Royer-Collard justifièrent ces espérances. A peine âgé de vingt-cinq ans, il fut nommé au concours agrégé de la Faculté. Il était enfin arrivé à cette époque où, plein de confiance, il va concentrer toutes ses forces dans une direction scientifique; mais il faut compter avec les événements imprévus. La révolution de juillet éclate; parmi les hommes nouveaux qui arrivent au pouvoir se trouvent des amis de Royer-Collard, et ils appellent aussitôt à eux cette intelligence d'élite.

L'élève de Dupuytren, l'agrégé de la Faculté de médecine, devient chef de division au ministère de l'instruction publique. Transporté dans cette région nouvelle, il n'abandonne pas pour cela la science, il en suit tous les progrès avec une curieuse activité; mais, entraîné par les occupations administratives les plus variées, il ne peut entrer dans la voie des recherches auxquelles il était si bien préparé par ses fortes études.

Vous le voyez, messieurs, c'est pour avoir été favorisé par le sort, c'est pour être arrivé trop tôt à ces hautes fonctions qu'Hippolyte Royer-Collard se détourna des routes où le maître lui avait prédit de si grandes destinées.

Deux qualités se révélèrent en lui dans cette position nouvelle. La première, c'est une bienveillance à toute épreuve; la seconde, c'est un sens pratique des plus remarquables.

Tous ceux qui eurent besoin de sa juste intervention, de son appui chaleureux, le trouvèrent en toute occasion heureux de rendre des services; il l'était surtout quand il y avait de nobles infortunes à soulager. Il ne fallait pas chercher longtemps pour rencontrer des veuves, des mères, des enfants d'hommes qui avaient illustré notre pays, dans un dénûment extrême, et il ne faut pas ouvrir bien des pages de notre histoire pour trouver des exemples d'hommes éminents dans les sciences, dans les lettres, en proie aux plus pressants besoins. C'est dans ces occasions où l'on a pu admirer la délicatesse de ce cœur généreux.

L'habitude des pratiques administratives, le coup d'œil rapide et sûr de Royer-Collard rendirent bien des fois sa présence infiniment utile dans les corps savants auxquels il appartint plus tard. C'est ainsi qu'à l'Académie de médecine, au comité consultatif d'hygiène publique, il prit une grande part aux discussions qui précédèrent ces deux grandes mesures de l'établissement des médecins sanitaires et des conseils d'hygiène publique et de salubrité.

L'influence que sa belle position au ministère lui assurait ne put suffire à un homme qui avait pour la science une passion si vive. Une occasion se présenta bientôt de rentrer dans cette carrière, dont les événements l'avaient détourné pendant les plus belles années de sa vie.

La mort de Desgenettes laissa vacante dans la Faculté la place de professeur d'hygiène. Le chef de division, qui aux yeux du monde paraissait bien éloigné de ces études actuelles et si variées, qui sont nécessaires pour entrer en lice avec des compétiteurs nombreux renommés par leurs talents, éprouvés par des luttes antérieures, ne craignit pas de prendre part à ce concours mémorable, et le succès couronna ses efforts..... Bientôt après, l'Académie de médecine l'appela dans son sein.

Le voilà donc enfin rentré dans cette carrière vers laquelle l'appelaient toutes ses aspirations. Avant d'exposer son caractère scientifique, j'ai besoin de répondre à deux questions qui se rattachent involontairement, dans l'esprit d'un grand nombre, à la mémoire d'Hippolyte Royer-Collard. Pourquoi n'a-t-il composé aucun ouvrage qui soit un titre durable pour la postérité?...

Avant d'accuser Hippolyte Royer-Collard, il ne faut pas oublier que, chargé inopinément pour ainsi dire d'un enseignement nouveau aussi

vaste, aussi complexe, il a dû se livrer à une suite d'études dont on se fait difficilement une idée quand on n'a pas réfléchi à l'ensemble de connaissances qui se rattachent à l'enseignement de l'hygiène.

Quelques années venaient à peine de s'écouler depuis sa nomination, quand il fut frappé par cette cruelle maladie qui l'a si lentement conduit au tombeau.

Voici les titres des principaux ouvrages de Royer-Collard, où vont nous apparaître avec netteté les tendances de cet esprit si distingué :

1° *Des tempéraments considérés dans leurs rapports avec la santé;*

2° *Organoplastie hygiénique* ou *Essai d'hygiène comparée sur les moyens de modifier les formes vivantes par le régime;*

3° *Considérations physiologiques sur la vie et sur l'âme.*

Ces trois ouvrages importants sont imprimés dans les tomes X et XIV des *Mémoires de l'Académie de médecine.* A l'époque de leur lecture devant cette Compagnie, ils excitèrent le plus vif intérêt (1).

Dans les années 1843 et 1845, Hippolyte Royer-Collard prononça les discours de rentrée de la Faculté de médecine. Dans le dernier, il paya une dette du cœur en retraçant les travaux de Breschet. Dans le premier, il exposa avec une élévation de vues des plus remarquables les services que les sciences physiques et chimiques avaient rendus ou étaient appelées à rendre à la médecine.

La pensée dominante de Royer-Collard, que l'on retrouve partout dans ses mémoires, dans ses discours, dans ses leçons, consiste à bien préciser et à indiquer largement le rôle des sciences physiques et naturelles appliquées à éclairer les phénomènes les plus importants de la santé et de la maladie.

Son esprit, plein de rectitude, tient la balance avec fermeté entre ceux qui disent que l'invasion des sciences physiques dans la médecine ne saurait amener que confusion et que ruine, et les téméraires qui assurent qu'une ère nouvelle commence, que plus on descendra profondément dans la connaissance des corps vivants, mieux on arrivera à comprendre la vie et à la saisir dans son principe.

Suivant les voies ouvertes par Bacon et par Descartes, il établit que l'analyse des phénomènes organiques est entre les mains du médecin le véritable instrument des découvertes, et qu'en définitive, ces phénomènes n'étant que des formes, des manières d'être de la substance vivante, il s'ensuit que l'analyse doit porter sur la substance elle-même et les éléments dont elle se compose.

Appliquant ces données, il démontre que l'anatomie, cette connaissance de l'homme matériel, se perfectionnant de plus en plus, est devenue le fondement nécessaire de toutes les études médicales ; mais après avoir reconnu dans l'organisation plusieurs appareils organiques distincts des organes dans les appareils des tissus, dans les organes, l'anatomie dépose ses instruments devenus inutiles, et cherche dans le domaine de la physique et de la chimie des moyens de décomposition ou d'analyse qu'elle applique aux tissus eux-mêmes.

Les sciences physiques et chimiques, ajoute H. Royer-Collard, ne sont pas seulement des sciences accessoires à la médecine, mais elles en sont inséparables au même titre que l'anatomie. Pour compléter sa pensée, il se hâte d'ajouter qu'aucune expérience, aucun raisonnement ne feront jamais que les corps vivants ne soient pas différents des corps inertes. Le physiologiste qui étudie le corps humain le décompose par tous les moyens qui sont en son pouvoir, et pourtant il tient compte des formes organiques et de cette unité vivante qui est la cause ou l'occasion de certains phénomènes d'une nature particulière. La physiologie ne sera donc jamais de la chimie ou de la physique ; mais les sciences seront pour elles un nouveau scalpel.

C'est dans le beau travail d'H. Royer-Collard sur l'organoplastie hygiénique qu'il faut chercher ces lumineuses tendances vers une physiologie nouvelle.

H. Royer-Collard ne put, en quelque sorte, qu'indiquer la route qu'il se proposait de suivre. La maladie, chaque jour plus cruelle, laissa interrompues ces belles recherches vers lesquelles il avait concentré toutes les forces de son intelligence.

On s'étonnera peut-être que le professeur d'hygiène se préoccupe surtout des grandes questions de physiologie ; mais écoutons-le un instant, et nous comprendrons cette prédilection qui résulte pour lui de longues et solides méditations.

Une fois, dit-il dans son beau travail *sur les tempéraments*, que l'hygiène a pris position sur ces hauteurs, qui sont celles de la physiologie elle-même, un horizon nouveau ne se découvre-t-il pas à ses regards? Ne voit-on pas la nécessité de resserrer de plus en plus ces deux sciences, de les maintenir sans cesse l'une et l'autre au même point de développement, de faire en sorte qu'animées sans cesse du même esprit, dirigées par une même influence, les conquêtes de l'une soient toujours pour l'autre un moyen de progrès et de perfectionnement? Telle est la seule condition qui permette à l'hygiène de devenir ce qu'elle doit être, c'est-à-dire un art non point empirique et grossier, mais fondé sur une science positive et solide.

Pardonnez-moi ces citations, car c'est aussi mon drapeau ; je ne saurais proclamer avec trop d'insistance que l'hygiène, dans ses parties les plus belles, n'est que la physiologie appliquée (2).

Je vous aurais fait connaître H. Royer-Collard d'une manière incomplète si je ne vous entretenais de ses relations professorales et confraternelles... Eloigné quelque temps par ses fonctions administratives du mouvement scientifique, il fut d'abord accueilli à l'Académie de médecine par ses collègues, à la Faculté par les élèves avec une certaine froideur; mais à mesure qu'on apprit à le mieux connaître, les préventions s'évanouirent et firent place à une vive affection. L'Académie lui en donna la preuve la plus éclatante en l'appelant malgré la ruine de sa santé à l'honneur de la présider.

Pour les élèves de la Faculté, il connut bientôt le moyen infaillible d'en être aimé : ce fut de les aimer eux-mêmes, ce fut de considérer ses fonctions comme un véritable sacerdoce.

« Placés auprès de vous, leur disait-il, pour vous servir de précepteur dans votre carrière, nous n'ignorons pas quelle responsabilité est attachée à cette mission, aussi laborieuse qu'honorable ; nous n'y épargnons aucun effort, toujours empressé de vous assister de nos conseils. Nous cherchons aussi en toute circonstance à vous donner l'exemple de l'assiduité et du travail. »

Ah! messieurs, il la donna de la façon la plus touchante, cette preuve de son amour pour ses fonctions de professeur. Déjà accablé par cette maladie cruelle, n'étant plus que l'ombre de lui-même, il se fit porter dans cet amphithéâtre ; là il fit ces leçons dernières où l'on trouve l'empreinte de cet esprit si remarquable, et où l'on voit à chaque instant l'homme supérieur qui sent sa fin prochaine. Il endura pendant dix-huit mois l'inexprimable angoisse de se voir jeune encore s'amoindrir chaque jour.

On ne peut se défendre d'un profond sentiment d'amertume quand la mort vient trancher une vie incomplète, quand elle brise une intelligence pleine d'espérance et d'avenir. Disons au moins, pour diminuer nos tristesses, que, durant la lutte si lente et si douloureuse qu'Hippolyte Royer-Collard a eu à supporter, il a été soutenu par cette philosophie élevée qui est le grand héritage de sa famille. Dans le dernier mémoire qu'il a lu à l'Académie de médecine sur la vie et sur l'âme, il cherche à démontrer comment le principe de la vie du corps se distingue de son immatérielle, de son immortelle essence. Ce sont ces idées pures et consolantes qui ont maintenu sa douce sérénité jusqu'à son dernier soupir.

Ajoutons qu'on regrettera dans H. Royer-Collard un homme des plus désintéressés, un esprit plein de distinction, un cœur fermé à l'orgueil et à l'envie, ouvert à l'indulgence la plus vraie, aux plus sûres amitiés, aux sentiments les plus généreux. Terminons son éloge en disant que tous ceux qui l'ont connu l'ont aimé.

— Je viens de vous dire il y a un instant combien était poignante cette idée de la mort frappant un homme plein d'avenir; eh bien! messieurs, ces pensées sont plus déchirantes encore quand vous voyez tomber au milieu de vous un collègue dans toute la puissance de son talent.

Ces douleurs, nous les avons tous ressenties à la mort d'Achille Richard.

Né à Paris le 27 avril 1794, il mourut le 5 octobre 1852. Il était aide démonstrateur de botanique à la Faculté de médecine de Paris en 1817; docteur en médecine en 1820; aide naturaliste au Muséum d'histoire naturelle de Paris, agrégé à la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine, professeur d'histoire naturelle médicale à la Faculté de médecine de Paris en 1831; de l'Institut de France, Académie des sciences, section de botanique, en 1834; de la Société centrale d'agriculture en 1850; de la Société philomatique, de la Société de biologie, examinateur à l'Ecole de pharmacie, officier de la Légion d'honneur, etc.

Achille Richard était né pour la belle carrière qu'il a si noblement parcourue; jamais il ne dévia de la route où il a laissé de si grands souvenirs.

Par tous les antécédents de sa famille, la botanique était son patrimoine. Son bisaïeul était le directeur et le fondateur du beau jardin de Trianon, son aïeul de celui d'Auteuil ; son père, Louis-Claude-Marie Richard, était ce naturaliste illustre qui il y a quarante ans, par ses admirables recherches sur l'analyse du fruit et des autres organes des végétaux, contribua si puissamment à perfectionner la méthode naturelle, et dont les travaux créèrent une véritable école.

Il y a trente-deux ans, à pareille époque, Dupuytren prononça son éloge dans cette enceinte en même temps que celui de Corvisart. La mort, comme aujourd'hui, frappait coup sur coup les professeurs les plus éminents de l'école de Paris.

Achille Richard, presque au sortir de l'enfance, puisa sous son père les principes d'une observation rigoureuse qui formèrent plus tard le cachet de son talent; c'est là qu'il prit l'habitude d'exprimer ce qu'il voyait aussi bien, aussi facilement avec le pinceau qu'avec la plume.

Il était encore étudiant lorsqu'en 1819 il fit paraître la première édition de ses *Nouveaux éléments de botanique appliquée à la médecine.* Deux années avant, il avait lu un mémoire à la Société philomatique, où se trouvent développés les principes qui le dirigèrent dans la composition de cet ouvrage, et où il montre l'importance de la botanique pour notre profession.

« Quel est le médecin, dit-il, qui peut sans quelque honte prescrire chaque jour à des malades des plantes qu'il n'a jamais vues fraîches et dont il n'a point étudié les caractères ? Pour savoir la botanique médicale, ajoute-t-il, il faut commencer par étudier les principes fondamentaux de la science, sans lesquels tout n'est qu'hésitation et tâtonnement. »

Ce sont ces principes qu'il expose dans son livre avec une lucidité des plus remarquables ; mais il se hâte d'ajouter : « Il ne suffit pas d'étudier ces principes fondamentaux dans les ouvrages, c'est dans le grand livre de la nature qu'il faut en vérifier la justesse. C'est là, dit-il à ses condisciples, que nous apprendrons à voir de nos propres yeux les admirables artifices employés par la nature pour modifier de cent mille manières différentes les divers organes dont elle a doué les végétaux, et que nous admirerons l'harmonie qu'elle a su mettre dans toutes ses productions. »

Cet ouvrage du jeune, du très jeune botaniste, eut un succès des plus brillants. Sept éditions successives, tirées à grand nombre, témoignent de l'influence que ce livre a exercée sur le mouvement des études. La première édition avait été écrite peut-être un peu trop rapidement ; celle qu'il refit deux ans après était considérablement améliorée. Il changea alors son titre en celui de *Nouveaux éléments de botanique et de physiologie végétale* (1).

Je dois insister sur un point de la plus grande importance pour la mémoire scientifique d'Achille Richard.

Il a revu, corrigé, perfectionné avec un soin tout paternel l'ouvrage de ses premières années. C'est là que ce savant modeste a souvent consigné des observations originales auxquelles il n'a donné aucune autre publicité. C'est particulièrement les parties qui se rapportent à l'anatomie microscopique des tissus qui ont été successivement augmentées dans les éditions nouvelles par des recherches auxquelles il s'est toujours livré avec un zèle extrême.

Ces parties originales et vraiment scientifiques de l'ouvrage avaient pris un tel développement que, pour mettre son livre plus à la portée des élèves, il fit paraître en 1851 un volume in-12 sous le nom de *Précis de botanique*, qui peut être regardé comme la huitième édition de ses *Eléments de botanique et de physiologie.*

Après avoir montré comment il fallait étudier les principes généraux de la science, Achille Richard aborda les applications de la botanique à la médecine.

Le 19 mars 1818, à peine âgé de vingt et un ans, il présenta à la Société de la Faculté de médecine un mémoire accompagné d'excellentes figures où il établissait de la manière la plus nette l'origine des ipécacuanhas.

Ce travail fut imprimé en entier dans les mémoires que publiait cette Compagnie.

Le 16 mars 1820, après avoir enrichi son ouvrage de nombreuses observations, il fit paraître sa thèse inaugurale intitulée *Histoire naturelle et médicale des différentes espèces d'ipécacuanha.* C'est dans ce travail que désormais on ira chercher tout ce qui se rapporte à la botanique de ces précieux médicaments. Ce mémoire peut servir de modèle de thèse d'histoire naturelle médicale.

Après sa thèse sur les ipécacuanhas et quelques autres mémoires sur lesquels nous reviendrons, Achille Richard publia en 1823 son *Traité de botanique médicale* en 2 vol. in-8° (1).

Les botanistes de profession ont peu lu cet ouvrage, qui a eu un si légitime succès dans la littérature médicale, et ils ne lui ont pas rendu, comme livre original, la justice qu'il mérite et que la postérité lui réserve.

Nous avions bien des traités de plantes usuelles, des dictionnaires des médicaments simples où les végétaux employés en médecine étaient décrits ; mais quelle confusion dans le choix des espèces, quelle confusion plus grande encore dans les descriptions! lorsqu'on parcourt ces ouvrages, on est frappé en voyant les merveilleuses propriétés attribuées à plusieurs plantes dans le traitement des maladies les plus rebelles. Que d'herbes inertes auxquelles on donnait des vertus extraordinaires ! Peut-on ne pas sourire lorsqu'on voit vanter avec une sorte d'enthousiasme l'efficacité des fleurs de bleuet dans le traitement des fièvres intermittentes et les sommités de Galiet comme un spécifique contre l'épilepsie? En comparant le *Traité de botanique médicale* d'Achille Richard avec les autres ouvrages analogues, on s'aperçoit des efforts heureux qu'il a faits pour le mettre en harmonie avec les progrès des autres sciences médicales.

Ce qui constitue le mérite essentiel du *Traité de botanique médicale*, c'est la fidélité et l'élégance des descriptions des espèces. On s'aperçoit en étudiant ce livre dans tous ses détails que c'est un analyste d'une grande école qui a tracé ces caractères. Le pinceau ne ferait pas mieux; toutes les descriptions ont été tracées d'après nature, toutes les plantes qui croissent en France ont été analysées sur des individus frais et vivants. Pour les plantes exotiques, l'analyse a été faite soit d'après les individus cultivés dans les jardins, soit d'après des échantillons secs qu'Achille Richard possédait dans son herbier.

Achille Richard prit une part tellement active à la rédaction de plusieurs dictionnaires médicaux ou scientifiques que je ne pourrai pour ainsi dire que mentionner ces recueils sans vous faire connaître en détail les articles qu'il y consigna.

Dès ses jeunes années, on le choisit comme un des principaux collaborateurs du *Dictionnaire des sciences naturelles* qu'édita Déterville. Il fut un des auteurs-nés du *Dictionnaire universel d'histoire naturelle;* mais c'est surtout dans les deux éditions du *Dictionnaire de médecine* où sa collaboration fut plus précieuse et plus active; tous les articles de botanique médicale de cet ouvrage, dont le succès fut si grand et si mérité, furent rédigés par lui. Il publia avec MM. Chevalier et Guillemin un ouvrage important en 5 volumes in-8 intitulé *Dictionnaire des drogues simples.*

Me voici arrivé à la partie la plus difficile, mais aussi la plus importante de ma tâche, celle qui consiste à vous faire connaître les monographies et les flores qui ont occupé la plus grande partie de la vie d'Achille Richard.

Quelques mois à peine après avoir soutenu sa thèse à la Faculté de médecine, il lut à l'Académie des sciences une monographie accompagnée d'excellentes figures sur le genre *hydrocotyle.* Cette lecture fut suivie d'une autre à un très court intervalle sur une monstruosité remarquable du genre *ophrys;* enfin, il présenta à cette même Compagnie un travail complet sur la famille des éléagnées le 7 décembre 1823.

Ces mémoires offrent sans doute un très grand intérêt, mais ils n'approchent point de ceux qu'il me reste à vous analyser.

Avant d'entrer largement dans la carrière de la science, Achille Richard avait une pieuse dette à acquitter. Son père, Louis-Claude, n'avait presque rien publié, trouvant que, malgré le soin et la perfection qu'il apportait dans tous ses travaux, il y restait toujours quelque chose à faire, et peut-être aussi ayant été blessé de quelques objections qu'on lui avait faites ; il ne fit paraître que peu de monographies, qui suffirent pour montrer la profondeur et la sagacité de ses vues. Mais il laissa à son fils tous ses précieux manuscrits, tous ses herbiers, tous ses dessins analytiques exécutés avec un talent inconnu jusqu'à lui dans la représentation des organes des plantes.

---

(1) Outre ces trois mémoires, quelques rapports ou mémoires de lui sont consignés dans les recueils publiés par l'Académie de médecine.

(2) En terminant, il y a deux ans, mon dernier mémoire sur la glucosurie, je résumais ainsi le passé de ces recherches. Empruntant, disais-je, les secours de la physique et de la chimie, j'ai exécuté de nombreuses expériences sur les sucres et sur les ferments. M'aidant de la collaboration de M. Sandras, j'ai consacré plusieurs années à étudier les phénomènes de la digestion ; tous ces travaux se lient, s'enchaînent, ont un but unitaire. On voit la chimie élucidant les problèmes les plus intéressants de la physiologie, la chimie et la physiologie conduisant l'hygiène dans une direction positive, et enfin cette hygiène nouvelle dominant la thérapeutique d'une maladie jugée incurable avant ces recherches.

(1) L'éditeur, appréciant l'importance de ces travaux, tripla de lui-même la somme convenue avec un auteur trop inexpérimenté pour s'apprécier ce qu'il valait.

(1) A la seconde édition, l'auteur ajouta à la botanique, qui jusqu'à cette époque était la seule branche des sciences naturelles dont la connaissance fût exigée des élèves en médecine, la zoologie et la minéralogie. Cet ouvrage eut alors pour titre : TRAITÉ D'HISTOIRE NATURELLE MÉDICALE, 3 vol. in-8. Il eut quatre éditions sous ce titre.

Parmi les travaux auxquels Claude Richard avait consacré le plus de veilles arrivait au premier rang son grand mémoire sur la famille des conifères, dont il s'était constamment occupé pendant plus de dix années.

Rien n'est plus touchant et plus modeste à la fois que la manière dont Achille Richard rend compte de sa large coopération au magnifique ouvrage de son père.

Le *Mémoire sur la famille des musacées*, préparé par Claude Richard, achevé et publié par son fils, quoique moins important, est aussi remarquable à bien des titres. Mais le temps me presse, et je ne puis m'y arrêter.

Laissons pour un moment l'ordre chronologique pour arriver immédiatement à la monographie la plus considérable qu'Achille Richard ait publiée; c'est son *Mémoire sur la famille des rubiacées.*

Cette famille est une des plus intéressantes du règne végétal pour le médecin. Rappelons qu'elle nous fournit les quinquinas, les épicacuanhas, le café, la garance, etc., et l'on comprendra facilement le zèle avec lequel elle a été étudiée par les naturalistes médecins.

Le groupement des espèces dans la famille des rubiacées présentait des difficultés si grandes que des botanistes des plus éminents y sont revenus à plusieurs reprises.

Jussieu, dans son *Genera plantarum*, divise la famille des rubiacées en dix sections. En 1820, dans le sixième volume des *Mémoires du Muséum*, il revient sur cette distribution, et il forme d'autres groupes d'après des considérations nouvelles.

De Candolle s'est aussi occupé, avec toute la supériorité de son génie, à deux reprises différentes, de l'établissement des genres et des tribus de cette famille.

Enfin, le professeur Kunt, dans le troisième volume de son *Nova genera et species Americæ æquinoxialis*, a singulièrement amélioré la classification des rubiacées.

Malgré ces travaux considérables, la monographie d'Achille Richard restera comme une œuvre des plus consciencieuses et des plus distinguées; elle est surtout remarquable par de longues et fortes études, par ces détails d'analyse si parfaits qui distinguent tous ses ouvrages. On y trouve des considérations philosophiques du plus grand intérêt, mais que je ne puis développer ici, parce qu'ils rentrent dans le domaine de la science abstraite.

Me voici arrivé à la partie la plus caractéristique, et certainement la plus curieuse de la vie scientifique d'Achille Richard.

Les hommes qui sont destinés à marquer leur place dans ce monde ont, dans la plupart des cas, une pensée dominante qui les pousse pour ainsi dire à leur insu dans une direction déterminée. Les événements peuvent les arrêter, les détourner de la route, un instinct plus fort les y ramène fatalement.

Achille Richard avait à un degré suprême l'amour des choses nouvelles. Ses pensées le portaient incessamment vers des contrées inexplorées, où à chaque pas il pouvait découvrir des plantes inconnues. Il était né botaniste voyageur.

Cette passion était dans sa nature, dans son sang; il la tenait de son père, qui, dès l'âge de treize ans, n'aspirant qu'au bonheur d'aller dans les régions lointaines pour étudier les productions de la nature, renonce à un brillant avenir, quitte la maison paternelle pour se livrer à son goût pour la science, et saisit la première occasion qui lui fut offerte d'aller visiter dans tous ses détails une des contrées les plus curieuses, mais aussi à cette époque une des plus inhospitalières, la Guyane, où il séjourna six ans.

Bien des fois dans sa vie Achille Richard fut poursuivi par l'impérieuse pensée de parcourir des régions lointaines pour y recueillir ces plantes nouvelles qu'il aimait tant à contempler et à décrire. Mais dans ses jeunes années, il ne pouvait se séparer d'un père dont la santé était des plus chancelantes, et dont il partageait tous les travaux. Plus tard, des devoirs sociaux, des liens plus doux le retinrent comme malgré lui. Cependant, dans une occasion solennelle la nature faillit l'emporter.

Il rêve avec une insurmontable passion de visiter les régions encore inexplorées de l'Amérique centrale; il fait silencieusement tous ses préparatifs. Le voyageur est à la veille du départ, tout est disposé pour une absence de deux années; mais au dernier moment sa résolution se brise devant les larmes d'une épouse et la pensée de se séparer de ses trois jeunes enfants qu'il aimait passionnément.

Retenu enchaîné dans notre pays, son instinct des voyages subsiste et domine toute sa carrière.

Il s'intéresse avec une inquiète curiosité à toutes les explorations scientifiques qui s'exécutent; il devient le protecteur, l'ami, et dans bien des occasions il aide puissamment de sa bourse les intrépides voyageurs qui vont à la recherche des productions des lointains climats, et il se met avec une ardeur constante à décrire, à classer bien des trésors qui seraient encore enfouis s'il ne s'était trouvé un homme avec la passion dominante des choses nouvelles et doué d'un rare talent pour les décrire.

Les flores qu'Achille Richard a publiées constituent, à n'en pas douter, les ouvrages qui contribueront le plus à immortaliser son nom. Vous me pardonnerez de vous les faire connaître avec quelques détails.

Je commencerai par vous entretenir d'une œuvre qu'il n'a point achevée. Achille Richard s'est occupé pendant plusieurs années d'une flore des îles de France et de Bourbon; mais n'ayant pas à sa disposition tous les matériaux qu'il désirait, il se contenta de publier une monographie sur les orchidées qui croissent naturellement dans ces îles. Parmi les genres nouveaux qu'il a décrits, il en dédia un, composé de trois espèces, à la mémoire de son ami, de son allié Béclard, le professeur si distingué de cette école.

Pendant toute sa vie il s'est occupé de cette famille des orchidées qui nous donne le salep et la vanille, et qui est si remarquable par l'élégance des végétaux qu'elle renferme. En 1841, il a publié un fragment de ces études, intitulé *Monographie des orchidées*, de Nil Geherries.

C'est dans son mémoire sur les orchidées des îles de France et de Bourbon qu'il expose comment un botaniste sédentaire peut penser à publier des flores.

On s'étonnera sans doute, dit-il, de voir un naturaliste qui n'est jamais sorti d'Europe entreprendre la flore d'un pays lointain qu'il n'a jamais visité.

Certes, les conditions dans lesquelles il se trouve placé ne sont pas aussi favorables que pour le naturaliste voyageur qui décrit les plantes qu'il a vues fraîches et qu'il a observées lui-même dans leurs véritables localités. Mais, néanmoins, aujourd'hui l'analyse botanique est parvenue à un tel point qu'on peut, avec quelque habitude, reconnaître presque d'une manière aussi certaine la structure d'une plante desséchée.

Les longs voyages usent vite et font perdre l'habitude du travail de cabinet, indispensable pour établir les comparaisons.

Il est extrêmement rare de voir les botanistes qui ont voyagé publier eux-mêmes le fruit de leurs voyages; presque toujours ce travail a été fait par les botanistes sédentaires. Ainsi, l'immortel Linné, qui n'a pas quitté l'Europe, a publié une *Flore de Ceylan*. La *Flora borealis Americana*, de Michaud, a été publiée par Claude Richard, qui, d'un autre côté, n'a rien donné des fruits d'un voyage de huit années dans la Guyane et les Antilles.

Les plantes recueillies par MM. de Humboldt et Bonpland ont été décrites et publiées par Kunt, dans son *Nova genera et species plantarum Americæ equinoxialis.*

Nous allons voir que si A. Richard n'a pas visité de contrées lointaines, il est peu de botanistes qui nous aient mieux fait connaître les plantes de régions plus importantes.

La première grande flore à laquelle il attacha son nom est celle de la *Sénégambie*, dont il a été publié un volume in-folio avec de magnifiques planches.

Après cette grande publication, A. Richard fit paraître un *Essai d'une flore de la Nouvelle-Zélande*, d'après des échantillons recueillis par A. Lesson et l'infortuné Dumont-Durville. Il établit, dans cet ouvrage, les analogies remarquables que présente la flore des côtes méridionales de la Nouvelle-Hollande avec celles de la Nouvelle-Zélande. Outre des plantes communes à ces deux pays, on y trouve des familles entières qui leur sont exclusives.

Parmi les végétaux qui donnent une physionomie particulière à la Nouvelle-Zélande, on remarque plusieurs espèces qui sont communes au cap de Bonne-Espérance et à la Nouvelle-Hollande.

C'est ainsi qu'il confirma l'analogie de végétation des extrémités australes des grands continents.

La plus importante des *flores* par son étendue, par le nombre des espèces nouvelles que publia A. Richard est, sans contredit, celle d'Abyssinie. Ce pays, par l'extrême variété que présente son sol couvert de hautes montagnes, donne naissance à la végétation la plus riche et la plus intéressante. Aussi c'est une des régions qu'A. Richard aurait désiré le plus vivement parcourir.

Des souvenirs touchants se rattachent à la publication de cette *flore*.

A la fin de 1838, une commission scientifique, composée de M. Th. Lefebvre, lieutenant de vaisseau, et de deux docteurs de cette Faculté, Quartin-Dillon et Antonin Petit, se rendit en Abyssinie pour en parcourir les diverses provinces, en étudier le climat, les mœurs et en recueillir toutes les productions; le docteur Richard Quartin-Dillon, l'élève, l'ami d'Achille Richard, était particulièrement chargé de la botanique.

Il avait reçu de son maître tous les encouragements, toutes les instructions désirables; par une triste prescience, il avait fait, avant son départ, son testament, et lui avait légué toutes les richesses qu'il allait recueillir.

Il se fixa avec Petit dans la province du Tigré, dont ils explorèrent toutes les circonscriptions avec une incroyable ardeur, ainsi que plusieurs autres contrées d'Abyssinie.

Par un excès de zèle, que les amis des sciences et les médecins comprennent, notre jeune naturaliste vint chercher la mort dans l'insalubre vallée de Mareb, où il séjourna deux jours, malgré les avertissements des naturels du pays, pour y recueillir des plantes qu'il ne pouvait trouver que dans cette localité: Dillon y succomba le 22 octobre 1840.

A. Petit s'occupa alors de botanique: il visita le royaume de Choa. Il touchait au terme de son voyage; le 3 juin 1843, pour se rendre à Gondar, il traversait le Nil à la nage, lorsqu'il fut entraîné au fond de l'eau et dévoré par un crocodile.

Ainsi une fin prématurée, loin de leur patrie, de leurs amis, devait être pour ces deux jeunes médecins la récompense d'une vie consacrée avec un zèle, un désintéressement à toute épreuve aux progrès des sciences naturelles.

Tous les matériaux réunis par ces deux martyrs de la science furent heureusement conservés et envoyés à A. Richard, suivant leurs volontés dernières. Il se mit aussitôt à l'œuvre avec une incroyable ardeur.

C'est, dit A. Richard dans la préface de ce grand ouvrage, pour accomplir un devoir pénible et en même temps doux à notre cœur que nous venons de consacrer plusieurs années à la rédaction de la *Flore d'Abyssinie;* nous n'avons pas voulu laisser à un autre le soin de payer à nos jeunes confrères le tribut de reconnaissance que leur zèle pour la science et la fin déplorable qui en a été la suite leur ont si bien mérité.

Au moment où il commença l'impression de son *Tentamen floræ Abyssinicæ*, plusieurs botanistes français étaient d'avis de considérer les noms des botanistes de la Société d'Esslinguen comme non avenus, et à publier les plantes de Quartin-Dillon et Petit avec les noms que Richard leur avait imposés depuis longtemps et sous lesquels elles étaient décrites dans son manuscrit. En effet, un nom seul donné à un être nouveau, quand il n'est pas accompagné d'un caractère ou d'une description, ne doit être compté pour rien dans la science, et c'est à celui qui caractérise le premier un être nouveau qu'appartient le droit de lui imposer un nom.

Malgré ces excellentes raisons, A. Richard, dont la modestie égalait le talent, considéra plus les intérêts de la science que ceux de son amour-propre, et, pour ne point amener de confusion, il adopta les noms de Stendel et Hochstetter.

Quoi qu'il en soit, la *Flore d'Abyssinie* restera comme un des grands monuments scientifiques de notre temps.

La dernière flore que publia Richard est celle de l'île de Cuba; il en a décrit les plantes vasculaires; les cellulaires l'ont été par le docteur Camille Montagne, le premier cryptogamiste de notre temps.

L'île de Cuba, que sa grandeur, la richesse de ses cultures, l'étendue de son commerce placent au premier rang parmi les grandes Antilles, avait été étudiée d'une manière très incomplète sous le point de vue de la botanique. Le travail publié par A. Richard a été exécuté avec les matériaux recueillis par M. Ramond de la Sagra pendant un séjour de neuf années.

A. Richard décrit avec soin et aussi complètement que ce pouvait être nécessaire toutes les espèces nouvelles dont cette *flore* se compose. Nous insistons encore sur cette grande qualité de n'avoir publié que des descriptions aussi complètes qu'exactes, car plus on s'avance dans la science, plus on sent la nécessité des descriptions détaillées des espèces même les plus vulgaires. Ce sont des matériaux que le monographe ou le botaniste philosophe trouvent préparés à l'avance, soit pour grouper ou coordonner d'une manière plus naturelle les espèces d'un genre ou les genres d'une famille, soit pour s'élever à des considérations générales sur l'organisation végétale envisagée d'une manière philosophique. Toutes les analyses des plantes ont été faites et dessinées par A. Richard avec une admirable exactitude.

Il est une remarque très importante pour la gloire d'Achille Richard que je ne dois pas passer sous silence. Un botaniste plus désireux de sa réputation que des progrès réels de la science, qui aurait eu à décrire et à nommer autant de plantes nouvelles, n'aurait pas manqué de multiplier les genres et les tribus. Mais ce n'est pas ainsi qu'il a procédé. Sans doute, pour arriver à la détermination exacte de ces espèces, il a été souvent appelé à en examiner un grand nombre d'autres appartenant à des localités différentes; il a pu, en traçant le caractère de chacun des genres dont il a décrit les espèces, amener quelques changements dans la circonscription de ces genres et dans les caractères qui leur ont été assignés par les auteurs. Mais on ne saurait trop admirer combien il a été réservé dans l'établissement de genres nouveaux.

Voilà la véritable profession de foi du savant qui s'oublie pour la science.

Ach. Richard venait de mettre la dernière main à cet ouvrage quand il mourut. Il n'a pas même encore fini de paraître aujourd'hui. Mais, prévoyant sa fin prochaine, il s'était hâté d'en achever les dessins et les manuscrits.

Vous le voyez, messieurs, c'est au milieu des travaux les plus importants que la mort a frappé notre collègue? Que de pensées fécondes ce coup funeste est venu briser! Avec la grande expérience que des recherches continuelles donnent, Achille Richard ne voyait pas dans la botanique une science purement spéculative et sans application directe; il se plaisait, surtout dans ses dernières années, à y chercher les services qu'elle peut rendre aux autres sciences ou aux arts.

Outre la *Botanique médicale* et le *Traité d'agriculture*, qu'il fit paraître avec la collaboration de M. Payen, il s'occupait activement à réunir les matériaux pour composer un *Traité de botanique appliquée aux arts*, dans lequel il aurait fait connaître toutes les plantes employées dans l'industrie. Pensée admirable, que nous verrions avec douleur s'évanouir avec l'homme qui l'a conçue, si nous n'avions l'espérance de la voir féconder par son jeune fils, si digne d'un si grand héritage.

Les ouvrages d'Achille Richard, dont j'ai cherché à vous faire apprécier l'importance, resteront pour faire connaître aux générations à venir le dévouement à la science de ce botaniste éminent; mais, dans quelques années, quand la marche du temps vous aura dispersés, jeunes élèves qui avez écouté avec tant de bonheur et d'enthousiasme ses admirables leçons, le souvenir de la grande place qu'il a occupé comme professeur s'affaiblira.

Je dois donc chercher à démêler les traits de ce talent si original, si séduisant et si parfait. J'étais son agrégé lorsque j'ai suivi ses leçons; j'ai pu ainsi mieux me rendre compte d'un succès qui ne s'est jamais démenti, qui n'a fait que croître avec les années, et qui était arrivé à la perfection quand la mort nous l'a ravi.

Dès ses jeunes années, Achille Richard s'est voué à l'enseignement. Il n'était qu'étudiant et aide démonstrateur de botanique, que ses cours attiraient déjà l'affluence; professeur libre, agrégé, il est toujours resté sur la brèche jusqu'au jour où, en 1831, il fut nommé au concours professeur d'histoire naturelle médicale de cette Faculté. Sa place y était si bien marquée, que tous ses compétiteurs se retirèrent de la lice.

Depuis cette époque, malgré l'état chancelant de sa santé, il a progressivement, par des efforts continus, par un travail de tous les jours, élevé à une hauteur inconnue jusqu'à lui l'enseignement de l'histoire naturelle médicale.

On ne savait ce qu'il fallait plus admirer dans ce talent si suave, ou la profondeur, ou la netteté des connaissances, ou la grâce infinie avec laquelle les vérités les plus abstraites étaient exposées; on ne trouvait rien à ajouter, rien à retrancher dans ses improvisations si attachantes, on ne pouvait qu'admirer.

Quand il touchait à des questions controversées, ses auditeurs étaient frappés de la fermeté avec laquelle il soutenait les opinions scientifiques qu'une étude consciencieuse des faits et un jugement des plus sûrs lui faisaient considérer comme fondées. Il défendait la vérité et combattait l'erreur avec une grande vivacité, sans se départir de cette modération qui lui était si naturelle.

Il savait avec un art exquis rattacher à l'étude de la botanique toutes les connaissances qui sont indispensables au médecin; non seulement en exposant l'histoire des plantes, il insistait sur les végétaux qui fournissent des aliments, des médicaments ou des poisons, mais en traitant de l'anatomie végétale, il y joignait, en captivant vivement l'intérêt de son auditoire, des notions d'anatomie et de physiologie générales plus remplies d'actualité.

Personne ne savait mieux qu'Achille Richard exposer avec simplicité et lucidité les questions de botanique les plus complexes. Les élèves les moins bien préparés ne perdaient pas une de ses paroles, qui étaient toutes empreintes de ce parfum de vérité, de ce cachet de la science la plus avancée. Il adoptait des méthodes plus faciles, plus saisissantes que celles qui sont généralement suivies dans les ouvrages ou dans les cours soit pour initier ses auditeurs à la structure des végétaux, soit pour leur faire connaître les divisions des grandes familles. Les figures les plus nombreuses exposées à chaque instant avec un talent admirable frappaient les imaginations les plus paresseuses.

Par des résumés parfaits qui terminaient chaque grande question, il

fixait l'attention de ses auditeurs sur les parties capitales de son discours. Quand une leçon était chargée de détails techniques difficiles à dire sans fatiguer, il la coupait par ces citations pleines de charme qui restent profondément gravées dans la mémoire de ceux qui l'ont suivi comme un des souvenirs les plus agréables de leur vie.

Il fallait l'entendre, en exposant le système de Linné, nous faire assister à toutes les péripéties de la jeunesse de cet incomparable naturaliste que ses parents ne jugeaient pas bon pour être savetier ; tout l'auditoire écoutait avec un recueillement avide les paroles du gracieux, du spirituel orateur.

Vous qui avez suivi les leçons d'Achille Richard, vous répétez tous avec moi : Pour le fond, pour la forme, c'était un professeur accompli, c'était un professeur inimitable.

Je vous ai parlé du savant, du professeur, c'est de l'homme de bien qu'il me reste à vous entretenir.

Achille Richard appartenait à cette phalange peu nombreuse d'hommes privilégiés qui comprennent le but de la vie ; partout où nous le suivrons nous le trouverons toujours le même, faisant le bien partout et se faisant chérir de tous ceux qui l'approchaient.

Dans la famille pas de fils, pas d'époux, pas de père plus tendre, plus dévoué.

Dans les relations du monde pas d'ami plus sûr, plus ingénieux dans sa bonté. Dès sa jeunesse, il fut l'ami des savants les plus illustres. Desfontaines, Jussieu, Brogniart, de Candolle adoptèrent de cœur le fils de Claude Richard, et leurs fils, dignes héritiers de leurs noms, continuèrent cette douce fraternité. Ce qui a fait répéter à M. Decaisne ce mot d'un grand homme :

« Il y a quelque chose de sacré dans les longs attachements, et sans doute ils sont plus respectables encore quand le génie les accompagne. »

Vous qui fûtes les collègues de Richard, je n'ai pas besoin de vous dire combien elle était douce, la confraternité de cette âme confiante et expansive ; et vous, chers élèves, il n'est pas de maître que vous ayez plus tendrement aimé ; mais aussi comme il était heureux avec vous ; comme il se plaisait à vous donner de sages conseils ; quelle bienveillance infinie vous trouviez toujours en lui ! Dans vos examens, ces jours où l'on ne sait plus rien, comme il vous rassurait, avec quelle ingénieuse bonté il vous faisait retrouver tous vos souvenirs, combien il était heureux quand vos réponses étaient excellentes ! Ce qui augmentait votre joie d'être reçus par lui, c'est que vous saviez qu'il remplissait avec fermeté le pénible devoir d'ajourner ceux dont il n'avait pu rien obtenir.

Cherchons à résumer rapidement la vie d'Achille Richard.

Avec une santé très souvent ébranlée, il a su se faire sur cette terre tout le bonheur qu'il était possible d'y trouver, et pour cela son secret a été bien simple : il a consisté à s'oublier pour les siens et pour ses amis ; à aimer à rendre heureux ceux qui l'entouraient ; à être bon, bienveillant pour tous ; à faire son devoir en toute occasion ; à aimer la vérité d'un amour constant et inaltérable ; à travailler incessamment à sa recherche ; à être dépouillé d'envie et d'orgueil ; à être exempt, autant qu'on peut l'être, de toute ambition étrangère à la science, se reposant ainsi tranquille dans un port abrité des orages.

Personne n'a supporté avec une plus admirable résignation les épreuves nombreuses que la Providence sème sur notre passage dans ce monde comme pour nous apprendre à nous en détacher.

Ne croyez pas pour cela qu'il fût insensible. Pour connaître cette âme aimante, il a fallu, comme je l'ai fait, assister à toutes les angoisses qu'il a éprouvées quand la maladie est venue atteindre sa fille ou ses petits-enfants ! Comme alors il oubliait ses souffrances pour ne penser qu'à celles des siens !

La perte prématurée d'une épouse adorable et adorée l'eût brisé sans retour si la religion n'était venue soutenir son courage en lui montrant que cette douloureuse séparation n'était que momentanée.

Toute la supériorité de A. Richard m'est apparue dans un moment suprême. Habitué à de fréquentes alternatives de maladies, il oubliait sa santé ; cependant, se sentant affaiblir sans qu'il pût expliquer sa faiblesse, il voulut mieux connaître la cause d'un symptôme dont il s'était peu préoccupé, et il découvrit avec moi qu'il était atteint d'une maladie qui ne lui laissait aucune espérance.

J'ai été profondément attendri de la sérénité du philosophe et du chrétien qui lui fit considérer sans amertume et pour ainsi dire sans émotion sa fin prochaine ; lui dont la carrière était si belle et si digne d'envie, professeur illustre de cette Faculté qu'il aimait tant, membre des premières sociétés savantes du monde, il s'oublie pour ne penser qu'aux siens, et, jetant sur cette heure fatale qu'il voyait si peu éloignée un regard plein de calme : « Je suis tranquille aujourd'hui, dit-il, sur l'avenir de mes enfants. Je puis mourir quand il plaira à Dieu. » Ah ! que ne lui a-t-il été accordé par la Providence de jouir plus longtemps de leurs succès ! quelques années de plus, son fils Gustave, sa vivante image, qui formera le troisième anneau de cette glorieuse famille de botanistes, eût réalisé ses espérances. Combien il eût été heureux aujourd'hui de voir son fils aîné, le petit-fils d'Antoine Dubois, assis au milieu de nous entrant plein d'ardeur et plein d'avenir dans la carrière illustrée par son grand-père !

Quoi qu'il en soit, messieurs, à sa dernière heure il a pu dire :

J'ai bien rempli ma journée ; toute ma vie a été consacrée ou à des choses utiles ou à agrandir la sphère des connaissances humaines. J'ai fait tout le bien qu'il m'était donné de faire ici-bas, ma conscience est tranquille.

Je terminerai son éloge en disant : Efforçons-nous de l'imiter.

M. le professeur Gavarret proclame ensuite les noms des lauréats pour les différents prix de la Faculté, et des élèves admis dans les diverses classes de l'Ecole pratique.

Médaille d'or. — Grand prix : M. Marcé (Louis-Victor), né le 3 juin 1828, à Paris.

Médaille d'argent. — 1er Prix : M. Leplat (Emile-Claude), né le 25 septembre 1826, à Dragey (Manche).

2e Prix : M. Porchat (Frédéric-Jules-Albert), né le 9 mars 1828, à Lausanne, canton de Vaud (Suisse).

Mention honorable. — Parmentier (Louis-Eugène), né le 6 novembre 1823, à Paris.

Prix Corvisart. — M. Epron (Gratien), né le 14 décembre 1824, à Anctoville (Manche).

Le prix Montyon n'a pas été décerné, par la raison que, dans tous les mémoires qui sont parvenus à la Faculté, les concurrents n'ont pas exécuté à la lettre la volonté du testateur. Ils ne se sont pas bornés à l'observation des maladies qui ont régné dans l'année précédente (1852) et ont compris dans leur étude les maladies de l'année 1853.

La Faculté n'a pas cru pouvoir s'écarter de la lettre du testament et, à son grand regret, a dû éliminer les mémoires, qui tous se faisaient remarquer par des qualités éminentes. (Rire général et prolongé.)

Voici le sujet du prix Corvisart pour l'année prochaine :

« Etudier par des observations recueillies dans les services de la » Faculté l'influence des bains dans les maladies. »

SYNCHISIS ÉTINCELANT.

Nous empruntons l'observation suivante de synchisis étincelant au *Virginian medical and surgical Journal :*

« M. M. S..., âgé de trente-deux ans, de Postland, Etat du Maine, était aveugle depuis environ deux ans par suite, croyait-on, d'une amaurose, lorsqu'il y a un an on s'aperçut que l'œil droit était atteint d'une cataracte d'un blanc jaunâtre qui paraissait lenticulaire. L'œil gauche n'offrait aucun symptôme d'affection du système cristallinien, mais il présentait à son fond à travers la pupille un reflet rougeâtre. Dans l'œil gauche, l'iris était tremblotant. L'œil droit percevait encore la sensation de la lumière, ce qui n'existait point à gauche. Il fut impossible de déterminer à l'aide des renseignements fournis par le malade et ses amis si dans l'œil droit la cécité avait coïncidé ou non avec l'apparition de la cataracte.

» M. S..., ayant appris que la destruction de la cataracte ne pourrait lui être utile que dans le cas où son œil ne serait pas amaurotique comme l'autre, n'en résolut pas moins de profiter de la chance, toute douteuse qu'elle fût, que lui offrait l'opération. Je me bornai d'abord à pratiquer l'ouverture centrale de la capsule, laissant le cristallin, que je trouvai un peu plus dur que ne semblait l'indiquer sa couleur, *in situ.* Un mois après, aucun symptôme inflammatoire n'étant survenu et le cristallin ne paraissant pas s'absorber, je renouvelai l'opération en attaquant la capsule et le cristallin ; ce dernier organe était plus mou que lors de la première opération. J'ai renouvelé environ quatre fois cette manœuvre pendant le courant de l'année. Les deux dernières fois la capsule et le cristallin me parurent offrir la résistance du cuir ; je les abaissai, mais je ne parvins à nettoyer qu'une partie de la pupille, les cellules de l'humeur vitrée ayant été trop déchirées pour pouvoir maintenir le cristallin dans le lieu où je l'avais abaissé. Lors de la dernière opération j'ai remarqué au fond de l'œil, en déplaçant la cataracte, le même aspect que dans l'autre ; aussi n'ai-je plus le dessein d'y rien faire. Néanmoins le malade croit qu'il distingue plus facilement la lumière ; il peut par instants voir de grands objets, comme des édifices. »

Il ressort évidemment de la lecture de cette observation que l'auteur n'avait aucune connaissance des travaux publiés en Europe sur le synchisis étincelant ; elle offre donc un double intérêt. Elle est très propre à entrer en ligne de compte, lorsqu'on cherchera à vider enfin, à l'aide d'observations nombreuses, la question encore si débattue du siége et de la nature de cette affection, qui, du reste, a jusqu'à présent plus attiré l'attention par son côté pittoresque que par son côté pratique.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

La scoparine et la spartéine.

Le genêt à balai (*genista* (spartum) *scoparia*) est un arbrisseau très commun dans nos bois et nos landes, dont les propriétés diurétiques et purgatives se trouvent signalées par Pline et Dioscoride ; plus près de nous, Cullen et Sydenham ont constaté ces deux actions.

M. Stenhouse vient de rechercher les principes particuliers auxquels cet arbrisseau doit ses propriétés.

Ce chimiste a trouvé que la décoction aqueuse du genêt, réduite à un dixième, fournit une masse gélatineuse qui consiste principalement en un principe impur qu'il désigne sous le nom de *scoparine.*

La scoparine est une matière jaune qui à l'état pur se présente sous la forme de cristaux étoilés, soluble dans l'eau bouillante et dans l'alcool ; sa formule chimique est $C^{21} H^{11} O^{10}$.

M. Stenhouse dit s'être assuré par de nombreuses expériences que c'est bien à la scoparine que sont dus les effets qu'on obtient de l'emploi du genêt ; aussi conseille-t-il de l'employer isolément à l'avenir à la dose de 25 à 30 centigrammes pour un adulte. L'action de la scoparine se manifeste ordinairement douze heures après son administration ; elle consiste à doubler au moins la quantité de l'urine.

Le genêt renferme encore un autre principe, la *spartéine*, que M. Stenhouse obtient en distillant les eaux mères de la scoparine.

Cette nouvelle base organique, liquide, incolore, volatile, d'une saveur très amère, est douée, suivant cet expérimentateur, de propriétés narcotiques fort prononcées. Une seule goutte de spartéine, dissoute dans l'alcool, occasionna chez un lapin un narcotisme qui dura cinq à six heures ; chez un autre lapin, 20 centigrammes du même principe produisirent d'abord des mouvements convulsifs, puis de la torpeur, et enfin la mort après trois heures.

M. Stenhouse pense que les différences d'effet que les médecins ont obtenues de l'emploi du genêt dépendent de ce que les proportions de scoparine et de spartéine peuvent varier dans la plante suivant les localités où on l'a récoltée.

(*Ann. chem. und pharm.* et *Ann. de Roulers.*)

Ulcères syphilitiques tertiaires. — Nitro-tannate de plomb.

On lit dans le *Journal de médecine de Bordeaux*, que M. Venot, dans le but de relever la tonicité épuisée de ces ulcères, les couvre de plumasseaux de charpie couverts de la pommade suivante :

Axonge	30 grammes
Tannin pur	5 —
Nitrate acide de mercure	12 gouttes.

Mêlez.

Solution éthérée de baume de tolu.

M. le docteur Rozière emploie depuis longtemps avec beaucoup de succès la formule suivante, chez les malades atteints de catarrhe chronique, de bronchorrhée, de toux opiniâtres, et en général dans la plupart des affections chroniques de la poitrine.

Ether sulfurique	60,00
Baume de tolu pur	20,00

Faites dissoudre dans un flacon de large ouverture et bouché à l'émeri. On adapte ensuite au col de ce flacon une vessie qui en fait un appareil à éthérisation.

M. Rozière fait respirer les vapeurs de ce liquide toutes les demi-heures environ, et pendant deux ou trois minutes chaque fois.

Ce moyen est particulièrement avantageux pour combattre l'aphonie qui est le résultat d'une fatigue excessive de la parole ou du chant. (*Revue thérapeutique du Midi.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Le troisième congrès de l'Association médicale des Etats sardes vient de se réunir à Novare. Remarquable par l'accueil bienveillant des autorités et des habitants de la ville, il l'a été encore plus par l'importance des matières traitées et des vœux exprimés. La place nous manque ici pour embrasser dans leur ensemble et suivre dans leurs développements les questions qui y ont été débattues. Nous nous bornons à en donner un abrégé rapide, avec un exposé succinct de ses résultats, qui sont intéressants sous beaucoup de rapports.

Le congrès a été d'avis :

Que la direction sanitaire des hôpitaux soit séparée complétement de l'administration économique de leur patrimoine ;

Qu'elle soit confiée à une seule personne responsable et appartenant à l'art médical ;

Que les pouvoirs de l'Etat aient à émettre une loi afin de déterminer et d'assurer la responsabilité de la direction : ce que l'on obtient avec un conseil qui lui vient en aide et la surveille ;

Que le directeur soit payé de manière à pouvoir renoncer à toute autre fonction ;

Que dans la formation du conseil, les médecins y soient en majorité ;

Que les médecins de service soient nommés par concours de capacité.

On a aussi proposé :

Qu'un hospice soit ouvert pour les accouchements dans chaque circonscription de 500,000 habitants, et une sage-femme établie dans chaque commune ;

Puisque l'observation prouve que le traitement des aliénés se fait plus aisément et plus avantageusement dans les petits hospices que dans les grands établissements, la section de médecine opine que les premiers sont préférables aux seconds, et conseille au gouvernement d'en établir sur plusieurs points du territoire de l'Etat.

Enfin nous avons à enregistrer une offre généreuse d'un membre de l'Association, d'un de nos confrères au delà des Alpes, le docteur Strada, qui a établi sur sa propre caisse un prix de 1,000 francs à l'auteur du meilleur *Traité d'hygiène navale.*

Le congrès était présidé, dans sa section médicale, par le professeur Bô, que nous avons connu ici comme envoyé du gouvernement sarde au sein de la conférence pour la réforme des quarantaines.

— Les cours de la Faculté des sciences pour le premier semestre de 1853-54 s'ouvriront le 14 novembre à la Sorbonne.

— M. le professeur Piorry commencera sa clinique à l'hôpital de la Charité le mardi 8 novembre. La visite des malades aura lieu tous les jours à huit heures.

— M. le professeur Nélaton commencera ses leçons cliniques à l'hôpital de la Faculté le mercredi 9 novembre à neuf heures. La visite se fera à huit heures du matin.

— M. le docteur Tavignot, ex-chef de clinique des maladies des yeux à l'hôpital de la Pitié, commencera un cours théorique et pratique des maladies des yeux le lundi 14 novembre, à onze heures précises, à son dispensaire, rue Grégoire-de-Tours, 8, près la rue de Buci.

— Dans le dernier numéro, article sur la sonde de M. Secretan, une erreur typographique a été commise. Ce n'est pas M. Martin, mais bien M. Mathieu qui a fabriqué l'instrument. Le nom de M. Mathieu a été mis par erreur à la signature de l'article.

Le Gérant,

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 133. — JEUDI 10 NOVEMBRE 1853. (26e ANNÉE.) N° 133. — JEUDI 10 NOVEMBRE 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse. { Trois mois. . . . 8 fr. 50 c. Six mois. . . . 16 » Un an. . . . . 30 »

Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies. { Trois mois. . . . . 9 fr. Six mois. . . . . . 17 Un an. 33

Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar. { Trois mois. . . . . . 10 fr. Six mois. . . . . . 20 Un an. 38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

Paris, le 9 novembre 1853.

Séances des Académies.

Le mémoire de M. Malgaigne sur le traitement des anévrismes par les injections de perchlorure de fer, que l'on attendait depuis quinze jours avec une vive impatience, a enfin été lu. Cette lecture, faite avec l'habileté oratoire que l'on reconnaît généralement à l'honorable professeur, a produit une vive impression.

M. Malgaigne a rappelé dans ce mémoire, que nous publions en entier, tous les cas connus dans lesquels la méthode de Pravaz a été employée. Sur 11 cas, 4 morts, et dans la plupart des autres des accidents plus ou moins graves, et la nécessité de recourir à la ligature. Il faut convenir que ce résumé statistique est peu favorable à la méthode, et l'on ne doit pas être surpris que dès à présent plusieurs chirurgiens soient disposés à la rejeter définitivement. On ne doit pas s'étonner non plus que quelques personnes expriment un blâme, un peu trop absolu peut-être, à l'égard de ces expérimentations.

Ainsi, dans la discussion qui a suivi la lecture de M. Malgaigne, M. Moreau a voulu d'une manière générale proscrire les expérimentations sur l'homme.

M. Gerdy, moins rigoureux, voudrait que les chirurgiens fussent moins prompts à essayer un moyen nouveau, et qu'au lieu d'aspirer à les employer les premiers, ils s'appliquassent, avant d'agir, à en apprécier avec prudence les avantages et les inconvénients. M. Gerdy convient pourtant que dans ce cas, les premiers essais paraissant favorables, il pouvait sembler rationnel de mettre en usage la nouvelle méthode.

Quant à M. Roux, tout en applaudissant aux idées de M. Malgaigne, et quoique porté à repousser les injections de perchlorure de fer, il croirait imprudent de préjuger l'avenir de ce moyen, et ne regarde pas la méthode de Hunter comme le dernier mot de la chirurgie sur ce sujet. C'est surtout dans l'anévrisme poplité qu'il lui semble désirable que l'on trouve un autre moyen que la ligature.

M. Velpeau, après avoir réclamé pour Anet la méthode de ligature attribuée par M. Roux à Hunter, et avoir annoncé qu'il partage aussi les idées de M. Malgaigne, soulève encore une objection contre la méthode de Pravaz. Cette objection consiste dans l'insolubilité du caillot sanguin déterminé par l'injection du perchlorure de fer; le caillot deviendrait ainsi une cause d'inflammation et d'accidents, et produirait dans la partie, surtout lorsqu'il est considérable, l'effet d'un corps étranger.

M. Laugier regrette que M. Malgaigne n'ait pas parlé dans son mémoire de l'action du perchlorure dans les varices et les tumeurs érectiles, et porte l'attention sur des faits malheureux signalés par M. Deville dans le service de M. Lawrence, à Londres.

A ce sujet, il nous paraît de toute justice de joindre au résumé de cette discussion académique les réflexions pleines de sagacité que M. le docteur Soulé (de Bordeaux) avait jointes aux intéressantes observations qu'il a bien voulu nous communiquer, que nous avons publiées dans notre numéro du 15 octobre dernier, et que M. Malgaigne a rappelées dans son mémoire. On verra que M. Soulé apprécie les effets du perchlorure non-seulement dans les cas d'anévrismes des membres, mais encore dans ceux des anévrismes du tronc, dans les varices et les tumeurs érectiles.

Voici les conclusions auxquelles est arrivé l'honorable professeur de Bordeaux :

Les accidents que peut produire cet agent, dit M. Soulé, peuvent, en définitive, être de deux sortes :

1° La gangrène du membre par l'interruption brusque de la circulation ;

2° La perforation des parois de la tumeur par suite de l'inflammation qui s'en est emparée ou de gangrène.

Le premier lui est commun avec la ligature, et est une conséquence possible et rationnelle de son mode d'action. Quant à la mortification ou à l'ulcération de la tumeur, elle n'est que trop vraie, et c'est bien là un accident propre à la nouvelle méthode. Je sais bien que la ligature a quelquefois pour conséquence l'ulcération, la fonte purulente et parfois même les plaques gangréneuses développées aux dépens de la tumeur. Mais il y a alors de ces accidents qui n'arrivent que tardivement et par suite de l'inflammation de la poche sous l'influence des caillots qu'elle contient, aux phénomènes primitifs et rapides déterminés par l'injection coagulante. Reconnaissons également qu'il devient extrêmement difficile de concilier ces deux conditions, injecter assez pour coaguler le sang, et pas assez cependant pour déterminer des accidents inflammatoires dangereux dans l'intérieur de la poche anévrismale. Ce moyen terme ne sera jamais posé que d'une manière approximative. On ne peut pas, en effet, mesurer la susceptibilité organique, la prédisposition à des phlegmasies de mauvaise nature de la part du sujet, pas plus que la propriété de coagulation du sang contenu dans la tumeur.

Quant aux contre-indications à l'injection du perchlorure, ce sont, d'après M. Soulé :

1° Tout ce qui peut faire craindre une prompte altération des téguments, comme rougeur ou minceur extrême de la peau, menace d'ulcération. Cette dernière pourrait, en effet, être hâtée par l'injection, et le chirurgien se trouverait alors placé dans des conditions plus défavorables encore que pour les cas de plaies artérielles.

2° Peu d'abondance des caillots contenus dans la tumeur.

3° Proximité trop grande du centre circulatoire, qui, par l'impulsion du sang, détermine la liquéfaction des caillots primitivement formés par l'injection.

4° Position de certains anévrismes. Jusqu'à présent, l'expérience n'a démontré aucun inconvénient provenant du transport par le sang de la matière injectée. Toujours est-il qu'on en comprend la possibilité. Pour les anévrismes des membres, qui seuls ont été jusqu'à présent soumis à la méthode de Pravaz, il n'y a rien à craindre. Mais si on envisage, au contraire, un anévrisme de l'artère carotide, par exemple, n aurait-on pas à redouter l'introduction de quelques gouttes de perchlorure de fer dans le système artériel cérébral, et cela, avec d'autant plus de raison, que la compression entre le cœur et la tumeur offrirait ici des difficultés plus considérables ?

Appliquée à la cure des varices, l'injection de perchlorure de fer ne paraît pas dénuée de dangers. Si, en effet, la phlébite qu'on détermine nécessairement ainsi acquiert les proportions d'une inflammation suppurative, il y a à redouter les conséquences désastreuses d'un pareil état de choses. J'aurais plus de confiance dans la cautérisation pratiquée à l'aide du chlorure de zinc, d'après la méthode de M. Bonnet (de Lyon).

Les tumeurs érectiles pourraient être modifiées, mais par un mécanisme différent; car elles sont plutôt constituées par un amas, un lacis de vaisseaux, que par un tissu spongieux dont les diverses vacuoles communiquent librement les unes avec les autres, seule condition qui rendrait l'injection possible. Le perchlorure de fer agirait, dans le premier cas, en vertu de son action essentiellement irritante, par un mécanisme identique à la vaccination.

— Encore une péripétie du prix Nadau. Sur les observations fort justes de M. Londe au nom de la commission, la clôture du concours a été définitivement remise au 31 décembre, et les concurrents qui ont déposé leurs mémoires auront la faculté de les reprendre jusqu'à cette époque pour y faire les changements ou augmentations qu'ils jugeront convenables.

Nous nous contenterons de signaler à l'Académie des sciences, dont nous publierons le compte-rendu dans notre prochain numéro, les nouvelles observations de M. Remack sur la structure de la rétine; deux communications de M. Ed. Robin sur une théorie de l'action des anesthésiques et sur la cause générale qui régit le développement de la taille chez animaux d'un même ordre et d'un même type ; enfin un travail de M. Triquet sur les maladies de l'oreille.

M. Brachet (de Lyon) réclame à l'occasion de la communication de M. Leclerc sur l'appareil nerveux des végétaux, et fait observer avec raison qu'il a traité lui-même antérieurement ce sujet.

MÉMOIRE SUR LES INJECTIONS DE PERCHLORURE DE FER appliquées au traitement des anévrismes,

Par M. Malgaigne.

Je viens entretenir l'Académie d'une méthode nouvelle pour le traitement des anévrismes, sortie tout entière des méditations et des expériences de notre regrettable confrère feu le docteur Pravaz (1), et qui, dans les premiers moments, semblait devoir réaliser pour les anévrismes un progrès aussi important que la lithotritie pour la pierre. L'expérience n'a pas répondu à ces heureuses espérances; et après quelques rares guérisons, qui déjà avaient failli compromettre la vie des malades, sont venus des échecs plus graves, terminés plus d'une fois par la mort. Il est donc temps de réunir les faits déjà connus, de les soumettre à une appréciation sérieuse, et d'apprendre aux chirurgiens ce qu'ils doivent en penser.

C'est le 10 janvier de cette année que la nouvelle méthode fut rendue publique par une lettre de M. Lallemand, lue à l'Académie des sciences. Dans une expérience sur la carotide d'un mouton, en quatre minutes, l'injection de quatre gouttes d'une solution concentrée de perchlorure de fer avait transformé en un caillot solide tout le sang renfermé dans une étendue de 4 à 5 centimètres de cette artère ; la quantité du sang ainsi coagulé était évaluée à une cuillerée. Une portion de la carotide d'un cheval de 8 centimètres de longueur, estimée contenir cinq cuillerées à café de sang, reçut huit à dix gouttes de perchlorure avec le même résultat ; finalement, Pravaz estimait que deux gouttes suffisaient pour la coagulation d'une cuillerée à café de sang ; et, à part le manuel opératoire, la seule condition était d'exercer la compression au-dessous de l'anévrisme pendant quatre ou cinq minutes environ.

Presque aussitôt ces expériences furent répétées à Alfort par MM. Giraldès et Debout. M. Giraldès, ayant intercepté entre deux compressions 11 centimètres environ de la carotide d'un âne, y injecta six gouttes de perchlorure ; et la coagulation ne se faisant point, il fit une autre injection de onze gouttes. Cette fois, la coagulation s'opéra; mais l'artère parut racornie. Une injection de quinze gouttes dans la carotide d'un cheval amena à la fois et la coagulation du sang et le racornissement du vaisseau. M. Debout a vu de même ce racornissement inquiétant; bien plus, dans un cas, l'artère s'amincit et se laissa distendre de manière à offrir, quarante-huit heures après l'injection, une dilatation variqueuse. D'ailleurs, l'expérience n'était pas même sans danger pour la santé générale ; M. Leblanc, qui conserva quelque temps deux des chevaux soumis à ces injections, leur trouva de la fièvre ; et sur un animal sacrifié, au vingt-neuvième jour, la présence de pus dans l'artère fut constatée.

Pravaz s'émut de ces résultats qui mettaient en péril l'avenir de sa découverte ; il rapporta l'autopsie du mouton sur lequel il avait expérimenté et qu'on avait sacrifié deux mois et demi après ; la carotide était oblitérée sur une longueur de 8 centimètres et demi, sans autre lésion, et le caillot, presque entièrement résorbé, égalait à peine en volume un grain de millet allongé. D'où venaient donc les accidents observés à Alfort ? Sans s'expliquer clairement à cet égard, Pravaz insistait « sur la nécessité *de n'employer que la quantité de perchlorure nécessaire pour la coagulation du sang, en l'évaluant d'après le volume de la tumeur.* » Un nouveau cas d'application de sa méthode qui devait être prochainement publié

(1) Il convient de dire cependant que Monteggia avait émis l'idée d'injecter des astringents dans la poche anévrismale à l'aide d'une ponction avec le trocart; et dans le cas où la ligature à la méthode de Brasdor est seule praticable, il avait aussi songé à injecter dans le sac un liquide coagulant en introduisant la canule par une ouverture faite à l'artère, et en liant ensuite l'artère sur la canule même. Longtemps après Monteggia, M. Le Roy-d'Etiolles avait aussi pensé aux injections coagulantes; mais je n'estime pas que ces idées purement théoriques diminuent en rien le mérite de l'invention de Pravaz.

devait montrer, ajoutait-il, « *que l'on ne peut dépasser notablement les limites approximatives qu'il avait fixées, d'accord avec M. Lallemand, sans déterminer des symptômes d'intoxication et sans que le caillot formé se redissolve.* » Il admettait qu'une injection exubérante pouvait développer une inflammation trop vive du sac, puis l'ulcération consécutive et l'expulsion en bloc du caillot.

Le point essentiel de l'opération était de ménager toutes choses, de façon qu'il y eût résorption lente du corps étranger introduit dans la tumeur. Pour son compte, il déclarait que pour un anévrisme du volume d'un œuf de pigeon, par exemple, il n'injecterait d'abord que quatre ou cinq gouttes de perchlorure, sauf à répéter l'injection si, au bout d'un certain temps, les battements de la tumeur n'avaient pas complétement cessé. Et tant il avait à cœur cette condition de sécurité, il y revenait une dernière fois en disant : « Nous avons évalué, M. Lallemand et moi, à trois gouttes environ la quantité de perchlorure de fer qu'il suffit d'employer pour chaque centilitre de sang à coaguler; je serais disposé à descendre encore au-dessous de cette limite. » Enfin, il prenait soin d'indiquer la manière d'obtenir la solution et le degré qu'elle devait marquer à l'aréomètre, 45°.

De fait, sans prétendre diminuer le mérite des hommes distingués qui avaient répété à Alfort les expériences de Pravaz, il faut bien reconnaître qu'ils s'étaient écartés, sans aucune raison, des règles posées par l'inventeur lui-même; leurs expériences prouvaient bien l'inefficacité du perchlorure à petites doses, et son danger à dose exubérante; l'injection rationnelle était la seule qu'ils eussent négligée. Nous verrons que les chirurgiens qui ont essayé le perchlorure de fer sur l'homme n'ont pas tous échappé non plus à ce reproche.

Ajoutons cependant qu'un premier essai, tenté sans aucune règle, et avec un procédé opératoire très imparfait, n'en avait pas moins donné une guérison admirable, et semblait indiquer que les précautions recommandées par Pravaz étaient peu nécessaires. Dès le 4 février, M. Raoult Deslongchamps avait traité par le perchlorure un anévrisme de l'artère sus-orbitaire du volume d'un œuf de pigeon. A la vérité, cet anévrisme offrait des phénomènes singuliers. Il n'est pas commun d'abord de rencontrer des anévrismes gros comme un œuf de pigeon sur une artère presque capillaire. L'oreille n'y entendait aucun bruit anormal; la pression directe sur la tumeur l'affaissait et la faisait disparaître complétement; les battements seuls l'avaient fait juger anévrismale. M. Raoult y fit une ponction oblique de 3 millimètres avec un bistouri très aigu; quelques gouttes de sang rutilant coulèrent le long de la lame sans jet saccadé. On introduisit une seringue en verre dans la plaie, on fit une injection, sans calculer les gouttes; la seringue retirée, il sortit derechef quelques gouttes de sang; cependant la tumeur battait encore dans presque toute son étendue. Le surlendemain, nouvelle injection, *de dix à douze gouttes*, dit l'auteur; mais il n'avait aucun moyen de les mesurer. Et ce qu'il faut noter, c'est qu'il introduisit sa seringue par la même plaie; qu'*un stylet fut introduit pour détruire les adhérences*; et même, ajoute-t-il, *je pus le faire manœuvrer dans toute l'étendue du sac*. Un anévrisme qui se vide en entier par la pression, qui, en conséquence, ne contient que du sang liquide, et qui se laisse ponctionner au bistouri et parcourir par un stylet sans donner un seul petit jet de sang, n'est pas, il faut le confesser, un anévrisme ordinaire.

On s'y trompa, toutefois; et M. Robert, notre collègue, fut seul d'abord à élever des doutes sur la nature de la tumeur. Mais le jour même où Pravaz, dans sa communication à la Société de chirurgie, se prévalait du succès obtenu dans ce cas, M. Raoult annonçait qu'une nouvelle tumeur avait apparu dans la même région, avec des battements comme l'autre, et qu'il n'hésitait pas à y reconnaître une *tumeur érectile cutanée*. Il n'en persistait pas moins à penser que l'ancienne tumeur, avec les mêmes caractères, était un véritable anévrisme. Le deuxième diagnostic me paraît, pour mon compte, beaucoup plus assuré que le premier.

Mais Pravaz avait annoncé la prochaine publication d'un nouveau cas qui devait montrer, je répète ses propres paroles, « *que l'on ne peut dépasser les limites approximatives* fixées pour l'injection *sans déterminer des symptômes d'intoxication*, *et sans que le caillot formé se redissolve.* » Quel était donc ce *nouveau cas*? M. Niepce en avait adressé un à l'Académie des sciences le 25 avril; je le reproduis d'après l'analyse publiée par M. Lallemand dans les comptes rendus de cette Compagnie :

« La tumeur occupait l'artère poplitée au creux du jarret. Cinq minutes après l'injection du perchlorure de fer, la tumeur paraissant très dure, on cessa de comprimer l'artère crurale, et l'on put constater que les battements avaient disparu dans l'intérieur du sac; quand on retira la canule à injection, il ne s'écoula pas une seule goutte de sang.

» Le lendemain et les jours suivants, une vive inflammation se manifesta dans les parties opérées. Le onzième jour, de la fluctuation s'étant manifestée au côté interne de la tumeur, une légère ponction donna issue à 10 grammes environ de sérosité purulente, et dès lors tous les symptômes inflammatoires disparurent.

» Le vingtième jour, on ne sentait plus à la place de la tumeur anévrismale qu'un noyau dur de la grosseur d'une noisette. La guérison fut donc obtenue en aussi peu de temps que les ligatures en mettent à couper les artères sur lesquelles on les applique pour guérir ces mêmes anévrismes. »

L'analyse de cette observation laisse à désirer. J'y cherche en vain les *symptômes d'intoxication* qu'elle devait montrer, au dire du consciencieux Pravaz; ni le volume de la tumeur, ni la quantité de l'injection, ni le procédé opératoire ne sont indiqués.

Du reste, dans la séance du 9 mai, M. Lallemand communiqua une autre observation due à M. Serres (d'Alais), et suivie aussi de guérison; malheureusement encore, nous n'en avons qu'un résumé beaucoup trop concis. Il s'agissait cette fois d'un anévrisme variqueux au pli du coude.

« Le caillot s'est promptement durci sous l'influence de l'injection; les battements ont cessé dans la tumeur, quand la compression de l'artère brachiale a été levée; les pulsations ont disparu plus tard dans les artères radiale et cubitale.

» Une inflammation assez vive s'est emparée des parois du sac, et une ponction pratiquée sur un point fluctuant a donné issue à une petite quantité de matière séro-purulente. Enfin, une eschare s'est détachée des parois du sac sans qu'il soit survenu la moindre hémorrhagie. Depuis lors, la cicatrisation a fait des progrès rapides. »

Ainsi, dans les deux cas, et cette fois pour de véritables anévrismes, l'injection semblait avoir procuré une guérison radicale. Toutefois, à considérer de près les choses, dans l'observation de M. Niepce, l'inflammation et la suppuration du sac; dans celle de M. Serres, la suppuration du sac et la gangrène de ses parois, montraient déjà que ces sortes de guérisons ne s'obtiendraient pas sans danger.

Aussi, loin de se flatter de pareils succès, la méthode les considérait quasi comme des échecs, qu'elle rejetait sur l'imprudence des opérateurs. M. Lallemand alléguait que, dans les opérations de M. Niepce et de M. Serres, il avait été injecté *au moins trois fois plus de perchlorure qu'il n'en fallait pour obtenir la formation du caillot.* On conçoit, ajoutait-il, que cet excès de matière injectée doit être plus nuisible qu'utile, si l'on considère surtout que les liquides qui coagulent le sang tendent tous à dissoudre le caillot déjà formé, et d'autant plus qu'on dépasse davantage les doses voulues.

Nous manquons de documents pour apprécier par nous-même l'excès de la dose employée; mais, d'un autre côté, l'expérience semble peu favorable à l'opinion exprimée par M. Lallemand, et qui était déjà celle de Pravaz, qu'un excès d'injection tend à dissoudre le caillot. Voyez le cas de M. Raoult; deux injections pour une tumeur grosse comme un œuf de pigeon; le caillot tient. Dans les deux autres, est-ce que le caillot a été dissous? M. Niepce en retrouvait encore au vingtième jour un noyau du volume d'une noisette, malgré l'issue donnée à la suppuration. M. Serres a vu le caillot durcir promptement; et il faut même qu'il ait gagné plus tard, puisqu'il a fini par supprimer les pulsations d'abord persistantes dans les artères radiale et cubitale.

Mais ce qu'il importe d'ajouter, et ce qui explique le jugement sévère de M. Lallemand, c'est que, dans le deuxième cas au moins, la guérison avait été achetée plus chèrement que ne l'avait fait soupçonner le *compte rendu de l'Académie des sciences*. Dans un article récent d'un journal de Montpellier, je lis que M. Serres a raconté son observation dans les salles de l'Hôtel-Dieu Saint-Eloi; ce n'était pas seulement *une inflammation assez vive* qui avait inquiété le chirurgien, mais *des désordres inflammatoires extrêmement graves, et tels que la vie du membre et du malade furent prochainement compromises.* (*Annales cliniques de Montpellier*, 10 octobre 1853.)

Au reste, un cas bien plus désastreux, puisque le malade mourut dans mon service des suites de l'opération, fut pour les chirurgiens un tout autre sujet d'alarme. Un maçon âgé de vingt-cinq ans portait au pli du coude une tumeur pulsatile du volume d'une aveline, suite probablement de la piqûre de l'artère dans une saignée malheureuse. Un de mes anciens élèves y pratiqua l'injection de perchlorure, cette fois avec la seringue graduée de Pravaz, chargée d'une solution à parties égales d'eau et de perchlorure de fer. Le trocart arriva sans difficulté dans la tumeur; un jet de sang en fut la preuve. Immédiatement la seringue fut ajustée, et l'opérateur fit exécuter à la vis du piston cinq demi-tours, projetant chacun une goutte. La tumeur battant toujours, on exécuta cinq nouveaux demi-tours poussant cinq nouvelles gouttes. A l'instant même, douleur atroce dans tout le bras; la tumeur ne battait plus; dix secondes après, les pulsations cessaient à la radiale; la main devenait froide, violacée; le lendemain, gangrène limitée au pouce. On transporte le malade dans mon service. Le lendemain, quarante-huit heures après l'opération, tout l'avant-bras est mortifié. Que dirai-je de plus? L'observation a été publiée, mais j'espérais encore alors sauver le malade. L'amputation, qu'il avait d'abord repoussée, fut acceptée le onzième jour, l'avant-bras étant déjà en partie détaché par la gangrène, et, après une amélioration passagère, le malade a succombé.

Comment un tel résultat ne nous a-t-il pas tous arrêtés? Il y a d'excellentes raisons à en donner. D'une part, on a vu la gangrène et la mort succéder aussi à la ligature; puis on pouvait dire que la dose de l'injection avait été exagérée; et, enfin, avait-on pris suffisamment le soin de comprimer l'artère au-dessus et au-dessous? D'autres ajoutaient même que la solution de perchlorure n'était pas indifférente; et, quoique le malheureux opérateur se fût assuré que la sienne coagulait bien, il n'en avait pas indiqué le degré; M. Burin-Dubuisson, habile pharmacien de Lyon, avait seul le secret de Pravaz; il fallait une solution préparée par M. Dubuisson.

Les premières objections étaient raisonnables; la dernière péchait par son exagération même, et le champ de l'opération allait se trouver bien rétréci si l'on ne pouvait la pratiquer qu'avec le liquide Dubuisson. Or ce dernier retranchement même allait être forcé, et la solution Dubuisson allait être aussi féconde en désastres que les autres.

M. Velpeau l'essaya le premier à Paris sur un étudiant qui portait un anévrisme au pli du coude par suite d'une saignée malheureuse. On connaît toute la prudence et l'habileté de M. Velpeau; je dirai pourtant qu'avant l'opération, pour plus de sécurité, il me fit l'honneur de me demander des détails sur les causes présumées de la gangrène dans le cas que je viens de rappeler. J'étais présent à l'opération avec un grand nombre de confrères; il y eut même plus de précautions prises que Pravaz n'en avait demandé; l'artère fut comprimée au-dessus et au-dessous de l'anévrisme, et, pour une tumeur de 8 centimètres de diamètre en un sens sur 10 dans l'autre, on injecta huit gouttes de perchlorure apporté de Lyon par M. Dubuisson. Du reste, le résultat témoignait de la haute circonspection du chirurgien; il n'y eut pas de coagulation bien manifeste, et dès que la compression fut enlevée les battements reparurent dans le sac et dans les artères de l'avant-bras. D'ailleurs aucun accident; et le 11 juin, vingt-un jours après la première injection, M. Velpeau en fit une autre portée à dix gouttes. Assurément encore la dose n'était pas exagérée, puisque la coagulation complète ne fut pas obtenue. Cependant l'anévrisme s'accrut en volume, et, l'inflammation s'en étant emparée, M. Velpeau jugea prudent de lier l'artère le 18 juin, sept jours après la deuxième injection. Cela n'empêcha pas la tumeur anévrismale de s'ouvrir, et à travers des accidents assez graves l'opéré fut cependant assez heureux pour se rétablir.

Deux jours avant M. Velpeau, une tentative semblable avait été faite par M. Lenoir à l'hôpital Necker pour un anévrisme poplité du volume d'un œuf de poule. On poussa sept gouttes de liquide dans la tumeur; les battements continuèrent, mais il n'y eut point d'accidents; et douze jours après, enhardi par cette innocuité, M. Lenoir fit une nouvelle injection portée cette fois à seize gouttes. Aucun résultat encore ni en bien ni en mal. Il était permis d'accuser la mauvaise qualité de la solution; aussi le 18 juin M. Lenoir prit soin de se munir d'une solution préparée par M. Dubuisson lui-même, et, redoublant de prudence, il en injecta du premier coup six gouttes; puis, les battements continuant, six autres gouttes. Les battements n'en continuèrent pas moins; mais l'opérateur ne voulut pas aller plus loin, et l'injection totale demeura ainsi inférieure d'un quart environ à la précédente. On pouvait donc espérer une innocuité égale; en effet, pendant six jours le malade n'éprouva même pas de douleur locale. Mais le 23 juin au soir, tout à coup douleur sourde dans le jarret, frisson, chaleur, sueur; le lendemain, inflammation de la région poplitée, et, malgré le traitement antiphlogistique le plus complet, mort le 28 juin, dix jours après la dernière injection.

L'autopsie montra des épanchements de sang dans la région poplitée et la veine fémorale remplie d'une sanie couleur lie-de-vin. L'anévrisme était rempli d'un magma sanguin de même couleur, adhérant aux parois et plus résistant au centre qu'à la circonférence. Quelques cuillerées de sérosité dans le péricarde.

Ces deux faits sont trop importants pour ne pas nous y arrêter un moment. Des opérateurs consommés, des précautions en surabondance, une solution préparée par l'inventeur même, et enfin une telle circonspection dans la dose injectée qu'on n'obtient même pas la solidification de la tumeur. Et cependant des accidents tels qu'il fallut y parer dans un cas par la ligature de l'artère, et que dans l'autre ils ne purent pas être conjurés. Inefficacité et péril tout à la fois, tels étaient donc les deux reproches encourus ici par la méthode.

Mais enfin il se pouvait que dans l'un et l'autre cas on eût eu affaire à une tumeur à moitié remplie par un caillot, et l'injection lancée dans le caillot n'aurait pu agir efficacement sur la couche liquide extérieure. C'était là très assurément, d'après les détails de l'observation, le cas de M. Lenoir; et, bien que M. Lenoir eût pris soin de ne pousser son injection que quand un jet de sang vermeil et saccadé l'avait assuré que la canule plongeait bien dans la couche liquide, n'importe, il était à désirer, pour juger de l'utilité de la méthode, qu'elle fût essayée dans un cas où l'anévrisme contiendrait surtout du sang liquide. Eh bien! ce cas s'est rencontré; le voici (1) :

Un individu entra à l'hôpital Saint-André de Bordeaux pour un anévrisme de la crurale mesurant au moins 10 centimètres de diamètre. Autant qu'on put s'en assurer, la tumeur ne contenait guère que du sang liquide, et en effet à la première ponction, aussitôt le poinçon retiré, un jet de sang caractéristique s'échappa par la canule. M. Soulé injecta en tout six gouttes de perchlorure, et il estime que deux de ces gouttes ont dû rester dans la canule. Ce n'était pas de la solution fournie par M. Dubuisson; mais elle devait être aussi bien préparée assurément, car la tumeur devint immédiatement dure et ratatinée. Pour favoriser la condensation et les adhérences du caillot, on maintint la compression quinze minutes; hélas! à peine fut-elle suspendue que les battements reparurent dans la tumeur. Cependant on fit usage d'une compression modérée, pour affaiblir au moins l'impulsion de l'ondée sanguine, et en effet la tumeur sembla durcir de jour en jour. Comme d'ailleurs il n'y avait pas d'accidents, le 1er août, cinq jours pleins après la première injection, M. Soulé voulut compléter son œuvre, et fit une nouvelle injection de sept gouttes. Mais cette fois la douleur fut vive, la nuit sans sommeil; la tumeur s'enflamma et augmenta de volume; le tourniquet fatiguait le malade; d'ailleurs la coagulation complète n'avait pu être obtenue. Dans la crainte de voir une ulcération du sac amener une hémorrhagie foudroyante, M. Soulé

(1) Ce fait et le suivant ont été publiés en détail dans notre n° du 15 octobre.

pratiqua le 6 septembre la ligature de l'artère crurale, qui fut suivie d'une complète guérison.

Peut-être dira-t-on que l'anévrisme était bien considérable, et alors de restrictions en restrictions le champ de la méthode nouvelle se trouverait bientôt réduit à rien. M. Soulé a pourtant essayé le perchlorure pour une petite tumeur du volume d'une cerise, suite d'une piqûre de la tibiale postérieure près de la malléole interne. La petite plaie extérieure, bouchée seulement par des caillots, avait plusieurs fois livré passage à des hémorrhagies; à l'aide d'un gros stylet, M. Soulé pénétra dans le sac, d'où jaillit aussitôt un jet artériel. Il instilla plusieurs gouttes de perchlorure, introduisit même des bourdonnets de charpie imbibés de ce liquide, et ajouta enfin un bandage compressif. Trois jours après, la nullité du résultat obligeait à fendre la tumeur; on reconnut alors que l'artère avait été coupée en travers, circonstance des plus heureuses pour l'arrêt de l'hémorrhagie et l'oblitération de l'artère. On ne put pourtant la saisir pour la lier, et on établit une compression au fond de la plaie avec des bourdonnets de charpie imbibés d'eau de Pagliari, ce qui réussit.

Un cas du même genre a été traité par M. Alquié, professeur de clinique à Montpellier. L'artère cubitale ayant été ouverte d'un coup de serpette vers l'éminence hypothénar, un mois après, il existait une tumeur du volume d'un œuf de pigeon avec des battements isochrones à ceux du pouls, et recouverte d'une petite plaie suppurante. M. Alquié enfonça dans la tumeur une canule effilée, et, à l'aide d'une seringue en verre parfaitement calibrée, y fit une injection de quatre à 5 gouttes d'une solution de perchlorure dans quantité égale d'eau. Il n'y eut d'abord aucun changement perceptible dans la tumeur; mais dans la nuit le malade y ressentit des douleurs lancinantes; le lendemain au soir frisson, tuméfaction des doigts. Le quatrième jour, une rougeur vive occupe le poignet et l'avant-bras jusqu'au coude, et les battements de la tumeur très prononcés semblaient menacer d'une rupture. On garda le malade à vue de peur d'hémorrhagie; et le dixième jour, après avoir calmé l'inflammation, M. Alquié lia l'artère humérale. Neuf jours plus tard, une hémorrhagie par la plaie de la main obligea à lier le bout supérieur de la cubitale et une collatérale assez volumineuse; mais finalement le malade eut le bonheur d'en réchapper (1).

N'est-ce pas une chose bien remarquable qu'après la guérison du premier anévrisme de M. Raoult, qui n'était pas un anévrisme, et les deux succès plus ou moins chèrement achetés de MM. Niepce et Serres (d'Alais), la méthode nouvelle n'ait plus marché que de revers en revers? Voilà, en effet, six essais nouveaux, dont deux terminés par la mort, trois qui obligent à recourir à la ligature de l'artère, un pour lequel il faut employer la compression et l'eau de Pagliari. Est-ce assez pour fixer l'opinion des chirurgiens? Eh bien, il y a eu trois autres essais dont je n'ai rien dit encore, l'un par M. Dufour, chirurgien de l'hôpital de Lectoure; à la suite de deux injections dans un anévrisme volumineux de la carotide droite, il survint une inflammation excessive, la tumeur se gangréna, se rompit, et le malade fut emporté par une hémorrhagie foudroyante (2); un autre, par notre excellent collègue M. Jobert, qui sans doute en rapportera les détails à l'Académie; mais déjà je tiens de ses confidences amicales que le membre a été pris de gangrène et que l'opéré a succombé. Enfin, j'ai eu aussi ma part de ces insuccès; j'ai sauvé mon malade, grâce au ciel; mais l'observation, pour n'avoir pas eu cette issue funeste, sera peut-être plus propre qu'aucune de celles que nous avons passées en revue pour démontrer le danger des injections de perchlorure, lors même qu'on n'en a fait qu'une seule, et avec une dose si faible qu'elle n'a pas même réussi à coaguler le sang dans toute la tumeur.

Plaie de l'artère humérale et du nerf médian; anévrisme traumatique traité par une injection de six gouttes de perchlorure de fer; accidents; ligature de l'artère; guérison.

Tonnelier (Victor), employé dans une fabrique d'eau gazeuse, était occupé à remplir et à boucher ses bouteilles, lorsque l'une d'elles ayant fait explosion, un éclat de verre vint frapper la partie interne du bras droit un peu au-dessus du pli du coude. Immédiatement un jet de sang rutilant jaillit par saccades à une distance d'environ 2 mètres. Le blessé appliqua le pouce sur la petite plaie, jusqu'à ce que son patron eut établi une compression à l'aide d'un linge et d'une bande. Au même moment il avait ressenti de l'engourdissement dans la main. Ce fut dans cet état qu'on l'amena dans mon service, presque aussitôt après l'accident, le 30 juillet 1853.

Le bras droit, tuméfié, offrait dans sa moitié inférieure une circonférence plus grande de 4 centimètres que celui du côté opposé. La petite plaie, mise à découvert, ne donnait plus de sang; elle siégeait un peu en dedans de l'artère, en sorte que pour arriver au vaisseau le morceau de verre avait naturellement rencontré le nerf médian sur sa route. Je pris soin de m'assurer par le témoignage du malade qu'il avait été retiré en entier de la plaie. Il y avait une insensibilité complète de la face palmaire du pouce, de l'index, du médius, et une sensibilité très obtuse dans la moitié externe de l'annulaire, l'autre moitié de ce doigt, ainsi que le petit doigt, ayant conservé leur sensibilité naturelle. La face dorsale était restée sensible partout comme à l'ordinaire. La main avait aussi perdu de sa force; le malade ne pouvait fléchir les doigts que difficilement, et me serrait très faiblement la main. La radiale battait avec assez de force.

La lésion du nerf médian était manifeste, et celle de l'artère humérale ne l'était guère moins. Seulement la continuation des battements du pouls me fit penser qu'elle n'avait souffert qu'une petite piqûre; et je voulus essayer si la flexion forcée du bras ne suffirait pas à sa réunion, comme cela m'était arrivé quelquefois.

Je fléchis donc l'avant-bras et le fixai dans cette position par un bandage. Mais le blessé ayant voulu retourner chez lui, avant d'y arriver il s'aperçut que le sang coulait; il se fit établir une compression sur la plaie même avec de l'agaric et des bandes, et ne tarda pas à revenir à l'hôpital, où je le retrouvai le lendemain.

La compression ayant rempli son but et étant bien supportée, je laissai l'appareil en place en remettant l'avant-bras dans la flexion. Mais des douleurs survenues dans la nuit m'obligèrent à visiter les parties, et je trouvai le bras gonflé de manière à offrir une circonférence de 6 centimètres de plus que le bras sain. Cependant, la petite plaie ne donnant plus de sang, je maintins la compression et la flexion du coude jusqu'au 6 août, époque où la cicatrisation extérieure parut complète et solide.

Alors les choses étaient dans l'état suivant: rien de changé dans l'insensibilité et la faiblesse de la main; au côté interne et un peu postérieur du bras, énorme ecchymose lie-de-vin, remontant jusque vers l'aisselle et descendant quelque peu à la partie antérieure de l'avant-bras. Vis-à-vis la piqûre de l'artère s'était formée une petite tumeur pulsatile, ovoïde, ayant 3 centimètres de hauteur, un peu moins en largeur, très douloureuse à la pression, et offrant à l'auscultation un bruit de souffle assez rude. D'ailleurs, aucun frémissement dans les veines voisines.

La flexion de l'avant-bras n'agissait pas sur cette tumeur, située un peu trop au-dessus du pli du coude. Je voulus essayer une compression directe, le malade ne put la supporter; puis une compression sur l'artère au-dessus de l'anévrisme, les douleurs empêchèrent également de la continuer. Je me contentai alors de tenir le membre en demi-flexion et d'appliquer sur la tumeur des compresses imbibées d'eau froide. Avant de prendre un parti plus décisif, je voulais, par-dessus toutes choses, attendre le rétablissement des fonctions nerveuses, craignant que la suspension de la circulation, surajoutée à la paralysie, n'accrût les chances de gangrène.

Le 16 août, le malade fut tenu éveillé toute la nuit par des douleurs très vives dans tout le bras droit, surtout au niveau de la tumeur; mais, circonstance toute nouvelle, qui se propageaient par moments jusque dans les doigts; et le lendemain nous constatâmes que l'annulaire avait recouvré la sensibilité normale, et que le médius en présentait déjà quelque peu.

Le 2 septembre, la sensibilité s'étant accrue, la tumeur d'ailleurs bien circonscrite, je songeai à préparer le sujet à l'opération en favorisant la circulation collatérale; mais ni la compression avec les bandes, ni le tourniquet ne purent être supportés, et je résolus d'attendre encore.

Enfin, le 14 septembre, comme depuis quelques jours, tous les doigts ayant recouvré plus ou moins de sensibilité à la face palmaire, l'index seul excepté, et le mouvement de flexion étant arrivé à ce point que l'extrémité des doigts arrivait au contact de la paume de la main, je jugeai le moment opportun pour pratiquer l'injection de perchlorure de fer.

La tumeur offrait alors 6 centimètres de hauteur sur 5 de large; elle n'était plus douloureuse à la pression; elle était assez dure, cependant offrant encore sous les doigts des battements très sensibles et une fluctuation manifeste, et le bruit de souffle inaccoutumé à l'auscultation.

Je me servis d'une seringue en verre fabriquée par M. Charrière, avec piston à vis, selon le modèle de Pravaz. La seringue chargée préalablement d'une solution de perchlorure soigneusement préparée, je fis établir avec les doigts de deux aides une compression exacte au-dessus et au-dessous de la tumeur, puis j'enfonçai le petit trocart vers la partie supérieure de la tumeur; le poinçon entré, il ne s'écoula qu'un peu de sang noir et très épais. Une seconde ponction vers la partie moyenne et interne de la tumeur fut encore moins heureuse; il ne s'en écoula rien, même après avoir promené la canule à diverses profondeurs et en sens divers. Le malade n'accuse d'ailleurs aucune douleur. Jugeant la canule trop étroite, j'en pris une autre d'un plus fort calibre, et je fis une troisième ponction vers la base de la tumeur; il n'en coula encore qu'une ou deux gouttes de sang violacé. Une quatrième ponction vers la partie supérieure de la tumeur, assez près de la première, donna encore ici du sang violacé, mais en un peu plus grande quantité; c'est là que je fis l'injection. Je m'assurai au préalable de la puissance de la solution en la mettant en contact avec les quelques gouttes de sang écoulé: à l'instant elles furent converties en un magma d'un gris brunâtre. Enfin, avec toutes les précautions possibles, la seringue bien vissée à la canule, je fis exécuter au piston six demi-tours, équivalant à six gouttes, dont il convient de défalquer la portion restée nécessairement dans la canule. Enfin, je maintins encore plusieurs minutes la compression au-dessus et au-dessous de la tumeur; je malaxai celle-ci doucement pour faciliter la diffusion du perchlorure, et, voyant que la tumeur ne durcissait point, enfin je l'abandonnai à elle-même.

Cependant nous pûmes croire un moment qu'il y avait eu coagulation dans l'artère même, car la radiale avait cessé de battre. Mais cela ne dura que quelques minutes, après quoi les battements revinrent comme auparavant.

Trois heures après l'opération, le malade fut revu; la tumeur battait à l'ordinaire; du reste, nulle douleur.

Les jours suivants se passèrent bien, et déjà, m'applaudissant d'avoir évité tout accident, je songeais à faire une deuxième injection, lorsque le 18 apparurent quelques douleurs dans la tumeur, qui prit aussi un léger accroissement dans le sens transversal. Cependant c'était encore fort peu de chose, quand dans la nuit du 19 au 20 les douleurs devinrent violentes et continues au point d'empêcher le sommeil, et le 20 à la visite je trouvai mon malade en proie à des souffrances si atroces qu'elles lui arrachaient des cris. Il dit que vers sept heures et demie il avait éprouvé une sensation de déchirement dans la tumeur, et en effet celle-ci s'était accrue jusqu'à présenter 9 centimètres de largeur sur 7 de hauteur. Il assurait cependant n'avoir fait ni mouvement ni effort et avoir toujours conservé l'avant-bras dans une écharpe. Évidemment il y avait eu une rupture du sac primitif, et cependant une circonstance nous laissait encore quelque espoir de guérison: la tumeur avait des battements plus obscurs et les pulsations étaient également plus faibles à la radiale. Je fis donc seulement appliquer des cataplasmes narcotiques pour calmer la douleur.

En effet, celle-ci devint plus sourde les jours suivants; mais les battements reprirent toute leur force.

Le 24, vers midi, en faisant un effort pour se soulever, le malade ressentit une sorte de craquement suivi des mêmes douleurs que le 20 septembre. La tumeur avait encore augmenté, et, à 2 centimètres au-dessus du pli du bras et tout à fait à sa partie interne, elle était surmontée d'une petite saillie acuminée de la grosseur d'une noisette et d'une teinte rouge-violacé; le reste de la tumeur était d'un rouge plus vif, et il y avait à l'intérieur un peu de tuméfaction.

La rupture du sac à l'extérieur paraissait imminente. Mon interne, M. Bastien, plaça par précaution un tourniquet au-dessus de la tumeur, et fit surveiller assidûment le malade jusqu'au lendemain 25, où je trouvai le cas si urgent que je pratiquai immédiatement la ligature de l'artère humérale vers le milieu du bras. L'opération offrit quelques difficultés à raison de l'engorgement des parties molles; mais enfin l'artère fut isolée et liée, et immédiatement les battements cessèrent à la fois dans la tumeur et dans la radiale.

Nous eûmes à lutter les jours suivants, d'abord contre un érysipèle du bras, puis contre un rhumatisme articulaire des genoux. Je traitai l'un par la farine, l'autre par les pilules de vératrine, et le 10 octobre tout avait disparu, sauf un petit abcès à l'avant-bras. Ce même jour, la ligature tomba d'elle-même.

Mais l'anévrisme ne montrait aucune tendance à se résorber, malgré une fluctuation manifeste et sans douleur.

Le 13 octobre, j'y fis une petite incision d'un centimètre environ; il en sortit une assez grande quantité de sang noir et épais, sans que la tumeur s'affaissât beaucoup. La suppuration s'en empara, et l'incision primitive paraissant trop étroite, je l'agrandis le 19 octobre.

Le 24, j'aperçus entre les lèvres de l'incision un petit caillot; je le saisis avec des pinces, et tirant avec précaution j'amenai dehors un caillot solide énorme, ovoïde, ayant 5 centimètres et demi de hauteur sur 4 de large. Je le fis examiner au microscope. M. Verneuil n'y trouva que des globules sanguins.

Les jours suivants, la suppuration, d'abord abondante et sanguinolente, devint par degrés plus rare et de meilleure nature; le malade se sentait d'ailleurs si bien qu'il demandait sa sortie. J'insistai pour conduire jusqu'à la cure complète un cas aussi périlleux; mais le séjour de l'hôpital lui étant devenu insupportable, force me fut de le renvoyer le 3 novembre, avec la plaie de la tumeur non encore complétement cicatrisée, et elle ne l'était même pas encore hier 7 novembre. Les battements commençaient à revenir à la radiale, et la sensibilité des doigts avait fait encore quelques nouveaux progrès.

Je ne pense pas avoir besoin d'insister beaucoup sur cette observation. Dans aucune autre on n'avait tellement abaissé la dose de l'injection, et la manifestation des accidents n'a pas permis d'en pratiquer une seconde. Ici comme dans le cas de M. Velpeau, comme dans le cas de M. Soulé, comme dans le cas de M. Alquié, la ligature a pourvu au salut du malade; et à voir la sécurité et la promptitude de son action thérapeutique, il n'est vraiment pas permis de la mettre en balance avec l'injection de perchlorure de fer.

Telle est donc, pour une première période d'essais, la statistique des résultats donnés par ces injections: onze opérations; quatre morts, cinq revers graves, deux guérisons. Encore ces guérisons ont-elles été obtenues au prix de tels accidents et avec des doses tellement exagérées qu'au lieu d'en faire honneur aux opérateurs, M. Lallemand n'a pas hésité à blâmer leur imprudence. Aujourd'hui même la peur s'est emparée de ceux qui avaient montré le plus de confiance. Pravaz n'est plus; mais M. Burin-Dubuisson, sur la foi duquel il se reposait, a confessé lui-même le danger de sa première préparation, qu'il explique par un excès d'acide chlorhydrique qu'elle pouvait conserver. Il veut aujourd'hui que l'on se serve de perchlorure de fer neutre; et comme la solution à 45° est *presque impossible à conserver* (je me sers de ses expressions) *sans lui laisser un excès d'acide*, il a adopté la solution à 30°, à la dose de cinq gouttes pour chaque centilitre de sang; et il nous promet que cette nouvelle préparation sera *suffisamment énergique*, et, ce qui est plus important encore, *d'une innocuité absolue*. (*Gaz. méd. de Lyon*, 31 octobre 1853.)

Voilà donc une nouvelle période qui commence, une nouvelle carrière qui s'ouvre aux expérimentateurs, s'ils consentent à s'y engager sur la parole de M. Burin-Dubuisson. La conviction et la persévérance de cet honorable pharmacien ont leur mérite sans doute; mais il faut bien confesser qu'elles s'appuient sur des fondements assez faibles. Pravaz du moins avait fait des expériences sur des animaux; M. Dubuisson a fait ses nouvelles expériences sur du sang recueilli dans des verres. Les premiers faits cliniques, à tout prendre, étaient encore en faveur de Pravaz. M. Dubuisson en a également un pour lui, et il est important de le mettre au grand jour.

« Dans une tumeur anévrismale volumineuse du tronc brachio-céphalique, dit-il, M. le docteur Barrier, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, a pu injecter à trois reprises différentes, à quinze jours d'intervalle, environ soixante-quinze gouttes de perchlorure de fer, sans qu'il en soit résulté le moindre trouble fonctionnel dans l'économie générale du malade. »

Malgré la concision de cette note, comme elle a été insérée sans dénégation dans un journal publié par M. le docteur Barrier lui-même, à la date du 31 octobre, qui ne serait disposé à y ajouter foi? Or, c'est là un nouvel exemple du danger de ces petites annonces écourtées, et qui, par leur inexactitude, risquent d'induire en erreur les chirurgiens.

(1) *Annales cliniques de Montpellier*, 10 octobre 1853. — L'observation donnée d'abord par la *Revue thérapeutique du Midi* n'avait pas toute l'exactitude désirable.

(2) *Annales cliniques de Montpellier*, *loc. cit.*; d'après la thèse de M. Rostan, Montpellier, 1853.

Nous trouvons dans le *Bulletin de thérapeutique* du 30 octobre la rectification indispensable de cette observation.

« J'ai vu le malade, dit M. Debout, lors de ma visite à l'Hôtel-Dieu de Lyon, au mois d'août, et *une inflammation assez intense s'était emparée de la tumeur. Du pus n'a pas tardé à se faire jour au dehors par deux des trois ponctions que l'on avait pratiquées dans la tumeur ; un moment même M. Barrier a craint que l'inflammation ne s'emparât de la poche sanguine et ne donnât lieu à une hémorrhagie foudroyante.* Heureusement pour le malade, les accidents sont restés bornés aux tissus qui environnaient le sac, et ont disparu après un certain temps. Le malade a quitté depuis l'hôpital ; sa tumeur avait un peu augmenté de volume ; les battements y étaient presque aussi prononcés qu'au moment où cet homme entra dans le service. »

Il y a une autre série d'essais qui, sans avoir trait aux anévrismes, ont été mis en avant pour faire ressortir l'innocuité de la solution à 30° ; on l'a injectée dans des veines variqueuses ; et comme une société savante des plus recommandables a paru encourager ces essais en proposant un prix sur la question, l'Académie me permettra une très courte digression à ce sujet ; il est bon que ceux qui voudront expérimenter de ce côté sachent aussi à quels périls ils doivent s'attendre.

Le *Bulletin de thérapeutique* a publié une note de M. Desgranges (de Lyon), grand partisan de cette opération. Sur six essais, M. Desgranges en compte cinq sans accidents notables ; le sixième opéré a éprouvé une inflammation de tout le tiers supérieur de la jambe, avec des accidents généraux tels, qu'il a succombé le onzième jour. Cela n'empêche pas M. Desgranges de regarder l'injection de perchlorure dans les veines comme une opération innocente.

M. Debout citait en même temps trois essais du même genre, tentés à Paris par M. Follin, avec *des suites si simples qu'au bout de huit jours les malades avaient voulu retourner chez eux.* J'ai voulu me renseigner à cet égard, et M. Follin a bien voulu nous adresser une note d'où il résulte ce qui suit : Dans l'un de ces cas, la seringue, détériorée, ne joua pas convenablement ; il fut douteux si une seule goutte de la solution avait pénétré dans la veine ; il n'y eut d'ailleurs aucune trace de coagulation : ce premier fait doit être éliminé. Un autre malade a eu des symptômes de phlébite qui ont fait craindre un moment la suppuration ; heureusement les accidents ont pu être arrêtés. Le troisième a eu un vaste abcès de la jambe, qui toutefois ne l'a pas empêché de guérir.

Au total, l'injection de perchlorure de fer dans les varices paraît moins périlleuse que dans les anévrismes ; toutefois, le temps seul pourra nous apprendre ce que valent les guérisons ainsi obtenues. Mais pour les anévrismes, bien que la possibilité de la guérison par ces injections soit mise hors de doute, les guérisons ont été si rares, achetées par de tels accidents, contre-balancées d'ailleurs par un si grand nombre de revers graves et même de morts, que, dans l'état actuel des choses, nous ne pensons pas qu'aucun chirurgien prudent puisse exposer ses malades à un traitement aussi désastreux.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 9 novembre 1853. — Présidence de M. NACQUART.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Épidémies. — M. le ministre du commerce transmet :

1° Plusieurs rapports des médecins des épidémies du département d'Ille-et-Vilaine pour les années 1852 et 1853. (Commission des épidémies.)

2° Un rapport de M. le docteur de Schaeken, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Château-Salins, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Bellange (Meurthe) depuis le mois d'avril jusqu'au mois de septembre dernier. (Même commission.)

3° Un rapport de M. le docteur Humbert, médecin cantonal à Verny, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans les communes de Marieulles et Vesons (Moselle) en janvier, février et mars derniers. (Même commission.)

4° Un rapport de M. le docteur François, médecin des épidémies pour l'arrondissement d'Abbeville, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune d'Embreville (Somme) de septembre en novembre 1852. (Même commission.)

5° Des observations statistiques à l'occasion du rapport de M. Roche sur la vaccine et la fièvre typhoïde par M. Bayard, de Cirey-sur-Blaize. (Même commission.)

Eaux minérales. — Le même ministre transmet un rapport de M. le docteur Vergé, médecin inspecteur des eaux minérales d'Ussat (Ariége), sur le service médical de cet établissement pendant le cours de l'année 1852. (Commission des eaux minérales.)

Remèdes secrets. — Le même ministre transmet plusieurs communications relatives à des remèdes secrets ou nouveaux, et entre autres une note de M. le docteur Sylva, de La Réole (Gironde), sur un traitement proposé contre le choléra. (Commission des remèdes secrets.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Choléra au Havre. — M. Lecadre, médecin des épidémies au Havre, donne quelques détails sur les cas de choléra qui se sont manifestés récemment dans cette ville. Dans les derniers jours de septembre, quelques cas isolés avaient paru, dont deux avaient eu une terminaison funeste. Depuis, l'épidémie, sans prendre une grande extension, a continué à manifester sa présence. Jusqu'ici on compte, sur une population de 60,000 âmes, 14 décès de cholériques, et le nombre des personnes atteintes d'une manière grave peut s'élever de 30 à 35. On ne comprend pas dans ce chiffre les sujets atteints de diarrhée ou de vomissements qui sont en très grand nombre. (Commission du choléra.)

Choléra. — M. Labarre, chirurgien des hôpitaux de Verdun, adresse un travail intitulé : *Observations sur le choléra et sur le traitement employé en 1849.* (Même commission.)

Nouvelle sonde à plusieurs fins. — M. Cazenave (de Bordeaux) écrit, au sujet de la communication de M. Secrétan sur une nouvelle sonde, qu'il a fait construire en 1837, à Bordeaux, une sonde porte-caustique servant à la fois et en un seul temps à mesurer la longueur de l'urètre, à vider la vessie et à cautériser soit son col, soit la portion prostatique du canal. (Commissaire : M. Robert.)

Question de médecine légale. — M. Dezautières, de Decize (Nièvre), soumet à l'Académie une question de médecine légale sur laquelle il a eu à se prononcer sur la réquisition de la justice. Il s'agissait, à l'inspection seule d'un placenta, de déterminer s'il est possible si ce placenta appartenait à une grossesse à terme ou non à terme. La question que M. Dezautières soumet à l'Académie est donc celle-ci : Un placenta seulement étant donné, peut-on déterminer à quelle époque de la gestation il appartient ? (Commissaire : M. Cazeaux.)

Traitement de la névralgie vésicale par l'incision. — M. Le Roy-d'Etiolles adresse à l'Académie une lettre en réponse aux réclamations de MM. Mercier et Caudmont relatives à sa note sur le traitement de la névralgie de la vessie par l'incision ou la scarification du col ; nous en reproduisons le passage principal pour ne pas assumer la responsabilité d'une analyse qui pourrait n'être pas complétement exacte :

« A M. Mercier je réponds :

« 1° Je coupais en 1835, sous le nom de bourrelet transversal de la » prostate, ce que M. Mercier a coupé en 1840 sous la dénomination » de valvule du col de la vessie.

» 2° L'instrument avec lequel nous pratiquons *actuellement* l'un » et l'autre la division des bourrelets et valvules est identiquement le » même.

» Pour décider la question de priorité de son invention, je renvoie » au jugement du tribunal de 1re instance de la Seine, en date du 26 » mai 1853, qui, tout en condamnant M. Charrière à me restituer une » somme de 2,711 fr., a constaté la date de la confection de mon instrument et le refus de ce fabricant de permettre de vérifier sur ses » livres la date de la livraison faite à M. Mercier d'un instrument semblable. »

» A M. Caudmont je réponds :

« Que j'ai essayé pour la première fois en 1838 la scarification du » col de la vessie pour guérir la névralgie existant indépendamment » des bourrelets et des valvules sans rétention d'urine aucune, bien » longtemps avant lui par conséquent. Je ne doute pas cependant qu'il » n'en ait eu spontanément l'idée, puisque la première publicité donnée » à cette application particulière du procédé ne date en réalité que de » ma communication à l'Académie. »

Prix Nadau. — M. Londe demande la parole à l'occasion du procès-verbal :

Dans une séance du mois de septembre, vous avez déclaré que le concours pour le prix Nadau serait fermé le 15 octobre.

Il est résulté de cette déclaration que quelques concurrents se sont pressés pour remettre à temps leurs mémoires ; quelques-uns sont illisibles, d'autres sont passés directement des mains du copiste dans celles de vos commissaires sans que les auteurs aient pu les relire.

Dans votre séance du 26 octobre, vous avez déclaré le concours ouvert de nouveau.

Il résulterait de cette déclaration, si vous ne la faisiez suivre de la mesure que je vais avoir l'honneur de vous proposer, que les trois ou quatre derniers concurrents jouiraient évidemment d'un privilége dont n'auraient pu profiter les premiers. Or, c'est là certainement ce que ne peut vouloir l'Académie.

Il faut donc à la fois et prévenir ce qui serait une partialité, et en même temps répondre aux attaques que déjà reçoit à ce sujet l'Académie. (M. LE PRÉSIDENT. Ne vous occupez pas de la presse.) — Soit. Je reprends.

Il se présente, pour cela, deux moyens :

Le premier, que l'Académie revienne à sa première décision et, après avoir rouvert le concours, en rejette tout travail arrivé après le 15 octobre. (Nouvelle interruption.) — M. LONDE. De grâce, messieurs, écoutez-moi jusqu'à la fin.

Mais ce premier moyen, qui donne satisfaction aux candidats inscrits avant le 15 octobre, excitera des réclamations, peut-être fondées, parmi les concurrents que l'Académie a admis passé cette époque, et même parmi les candidats futurs auxquels la décision dernière de l'Académie met la plume à la main.

Le second moyen conciliera tout à la fois, je l'espère, et la considération que l'Académie se doit à elle-même, et la justice qu'elle doit à chacun des concurrents sans exception.

Je formule donc ce moyen sous forme de proposition, que je prie M. le président de mettre aux voix.

Je propose d'annoncer par la voie des journaux, et même par lettres individuelles, aux candidats connus qui ont envoyé des travaux :

1° Que le concours pour le prix Nadau est et demeure ouvert jusqu'au 31 décembre prochain, cinq heures du soir, et que, passé ces jour et heure, il ne sera admis aucun travail ;

2° Que, jusqu'à cette époque, il est loisible aux concurrents qui ont déjà envoyé leurs travaux de rentrer en possession de ces travaux pour leur faire subir telle modification qu'ils jugeraient convenable, et que, dès aujourd'hui, ils peuvent les retirer ou faire retirer du secrétariat de l'Académie ;

3° Que le prix, qui devait être décerné dans la séance générale de 1853, le sera dans les trois mois qui suivront cette séance.

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL pense qu'il conviendrait, avant de faire voter l'Académie sur cette proposition, que la commission fût préalablement réunie.

La commission se réunit séance tenante.

Injections de perchlorure de fer. — M. Malgaigne lit un mémoire sur les injections de perchlorure de fer appliquées au traitement des anévrismes. (*Voir* plus haut.)

M. MOREAU s'élève, à cette occasion, contre les expérimentations de ce genre. Que l'on fasse, dit-il, des expérimentations sur les animaux, mais non point sur l'homme. J'approuve pleinement le travail de M. Malgaigne ; je ne lui ferai qu'un reproche, c'est de n'avoir pas été assez sévère à l'égard d'une méthode qui sur onze opérations a donné quatre morts, et de ne l'avoir pas formellement proscrite.

M. ROUX applaudit également aux idées que vient d'exprimer M. Malgaigne. Plus que tout autre il est porté à repousser les injections de perchlorure de fer, d'autant que la chirurgie est en possession d'un moyen efficace dans la méthode de Hunter. Cependant il serait imprudent de préjuger l'avenir de ce nouveau moyen ; tout en considérant la méthode de Hunter comme un progrès sur toutes celles qui l'ont précédée, il ne croit pas que ce doive être là la dernière limite et le dernier mot de la chirurgie.

M. Roux présente ici quelques considérations sur l'anévrisme poplité, desquelles il déduit que c'est surtout pour cet anévrisme qu'il serait désirable de trouver un autre moyen que la ligature.

Ainsi, tout en approuvant la prudence de M. Malgaigne, M. Roux pense que les faits ne sont pas suffisants encore pour permettre de juger définitivement la valeur et de se prononcer sur le sort de cette nouvelle méthode.

M. VELPEAU croit d'abord devoir répondre un mot à l'expression de blâme peu déguisé que M. Moreau vient de déverser sur les chirurgiens. Ce mot d'expérimentation appliqué aux opérations tentées sur l'homme lui a paru toujours une assez mauvaise chose. A la rigueur, on n'expérimente pas ; on cherche, quand les moyens que l'on possède sont insuffisants, à leur substituer des moyens meilleurs. Cela part évidemment d'un excellent sentiment. J'ai expérimenté l'un des premiers l'injection de perchlorure de fer sur l'homme, parce que je voyais dans ce qu'on avait publié des motifs suffisants d'espérer de bons résultats. Les expériences sur les animaux avaient semblé assez concluantes pour qu'il parût naturel de transporter les essais sur l'homme. Il existait d'ailleurs quelques faits qui paraissaient justifier ces espérances.

La première tentative qu'a faite M. Velpeau n'a pas eu de succès, mais elle n'a déterminé aucun accident sérieux. Quelque temps après les battements ont reparu dans la tumeur, et il a fallu recourir à la ligature ; puis il s'est fait un travail d'inflammation qui a amené l'ulcération des parois du sac et son évacuation. On a pu constater alors que l'injection avait produit la coagulation du sang ; il existait un caillot assez considérable qui était là comme un corps étranger. Ce caillot, par son aspect, donnait assez bien l'idée d'une espèce d'égagropile, qui n'aurait certainement jamais pu être résorbé. C'est là ce qui empêchera que ce soit jamais un bon moyen. Peut-être pourra-t-il mieux réussir dans les petits anévrismes. Encore est-ce un point sur lequel l'expérience ne s'est pas encore prononcée.

M. Velpeau termine en exprimant le regret que ces tentatives n'aient pas eu de meilleurs résultats, la ligature n'étant pas toujours innocente, et ne mettant pas toujours à l'abri d'une récidive.

M. ROUX invoque, en faveur des chirurgiens qui ont cru devoir tenter ces essais, la difficulté qu'il y a dans certains cas à faire des expériences sur les animaux. Cette difficulté se présentait ici où il n'est pas possible de produire artificiellement des anévrismes. Il pense donc que l'on ne peut pas accepter l'espèce de réprobation que M. Moreau fait peser sur les chirurgiens, et qu'en y réfléchissant M. Moreau reviendra sur ce premier mouvement.

M. MOREAU. Ma réprobation n'est pas générale ; elle porte seulement sur l'espèce, et s'appuie sur les résultats désastreux de ces essais.

M. LAUGIER considère cette discussion comme un peu prématurée, peu de personnes étant en mesure d'avoir une opinion. Aussi, aurait-il désiré que M. Malgaigne eût ajourné sa communication, faite d'ailleurs en si excellents termes. D'un autre côté, il aurait désiré que M. Malgaigne parlât des tumeurs érectiles, dans le traitement desquelles les injections de perchlorure de fer ont donné des résultats aussi fâcheux que dans les anévrismes. M. Laugier rappelle à cette occasion les résultats déplorables constatés par M. Lawrence dans les tumeurs en question.

M. GERDY saisit cette occasion pour s'élever contre les tendances vicieuses qui semblent s'introduire dans la chirurgie depuis quelques années. Il y a, dit-il, de nos jours un malheureux sentiment, c'est, au lieu d'attendre que des faits se soient produits pour permettre d'apprécier la valeur d'un moyen nouveau, de se hâter pour être le premier et avoir l'honneur d'attacher son nom à une découverte. Pour moi, je n'aurais pas essayé sur un homme, encore moins sur un de mes enfants. C'est là le critérium du chirurgien. Ce que vous ne feriez pas sur vos enfants, vous ne devez pas le faire sur d'autres.

M. MALGAIGNE s'associe à ce que vient de dire M. Gerdy. La morale chirurgicale ne doit pas être différente de la morale universelle. Mais dans cette circonstance non-seulement il y avait des expériences nombreuses et répétées sur les animaux, mais il y avait même trois cas de guérison sur l'homme lorsque les tentatives malheureuses ont eu lieu.

M. Malgaigne ne partage pas l'opinion de M. Laugier en ce qui concerne l'opportunité de sa communication ; il pense qu'il était temps d'arrêter les chirurgiens dans une voie mauvaise.

M. VELPEAU désirerait présenter quelques considérations qu'en raison de l'heure avancée il demande à renvoyer à la séance prochaine.

La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

— M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL fait connaître le résultat de la délibération de la commission du prix Nadau.

La commission propose :

1° De reporter la clôture du concours au 31 décembre ;

2° De permettre aux candidats qui ont envoyé leurs travaux de les reprendre pour y faire les additions ou changements qu'ils jugeraient nécessaires.

Ces propositions sont adoptées.

— La séance est levée avant cinq heures.

La session du jury médical pour la réception des officiers de santé commencera le lundi 21 novembre.

Les consignations sont reçues au secrétariat de la Faculté tous les jours, de dix heures à midi.

— L'Académie de médecine tiendra samedi prochain une séance extraordinaire pour la lecture de plusieurs rapports.

LE SOURD.

Paris. — Typographie de PLON frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Pays	Trois mois	Six mois	Un an
PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE.	8 fr. 50 c.	16 »	30 »
GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES.	9 fr.	17	33
ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR.	10 fr.	20	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

PARIS, LE 11 NOVEMBRE 1853.

Le choléra suit à Londres une marche lente, il est vrai, mais croissante; celle de la diarrhée est, au contraire, inverse, comme on peut voir par les chiffres suivants :

La mortalité cholérique des quatre dernières semaines a été successivement : 45, 83, 96 et 102. La mortalité causée par la diarrhée et la dyssenterie, pendant les mêmes semaines, a été : 55, 48, 43 et 42.

Rapport officiel du Registrar's office (semaine du 29 octobre au 5 novembre).

Mortalité générale.	1,112
— due au choléra.	102
Diarrhée et dyssenterie.	42

On a remarqué pendant l'épidémie de 1849 que le nombre des victimes du choléra était d'autant plus grand que la localité observée était plus élevée. Le même fait se reproduit encore dans l'épidémie actuelle.

Les 102 individus qui ont succombé cette semaine au choléra se répartissent de la manière suivante :

Sous le rapport du sexe :

Sexe masculin.	52
Sexe féminin.	50

Sous le rapport de l'âge :

Au-dessous de 15 ans, 40; de 15 à 60 ans, 53; au-dessus de 60 ans, 9.

Sous le rapport topographique :

Districts de l'ouest, 11; du nord, 9; du centre, 2; de l'est, 21; du midi, 59.

Observations météorologiques.

Baromètre, hauteur moyenne, 29 p. 8/10. = 75°6 centigr.
Thermomètre Fahr., 48,9. = 9°,2 centigr.
Vents, nord-est.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Fièvres puerpérales et gangrène des parties génitales.

L'état général de la santé continue à être satisfaisant à Paris. La fin de l'été et l'automne ne nous ont amené que quelques cas rares de choléra du pays, en général peu graves, dans aucun desquels nous n'avons appris qu'il y ait eu issue funeste.

Mais nous avons à signaler un certain nombre d'affections puerpérales qui se sont manifestées, soit dans les hôpitaux (Clinique et Maternité), soit en ville.

M. le docteur Depaul, chargé de la surveillance du service de la Clinique pendant une courte absence de M. le professeur Dubois, lequel est suppléé d'ailleurs par un chef de clinique fort capable, M. Campbell, nous a signalé quelques faits de ce genre.

Depuis un mois, outre des fièvres puerpérales graves, on a observé à la Clinique plusieurs cas de gangrène des parties génitales chez des femmes en couches. Quelques-uns se sont terminés d'une manière funeste. Il existe encore dans les salles deux femmes qui en ont été atteintes. L'une d'elles a perdu les grandes et les petites lèvres. Chez l'autre, une partie du vagin et le col de l'utérus ont été frappés de gangrène.

Malgré ces désordres et les accidents que détermine une affection aussi grave, ces deux femmes sont dans un état satisfaisant, et tout fait espérer que la guérison aura lieu.

Plaie pénétrante de la poitrine. — Signes de la lésion du poumon; lésion probable du cœur. — Compatibilité de l'existence avec une plaie plus ou moins étendue du cœur.

Un cas intéressant s'est présenté ces jours derniers dans le service de M. Nélaton, intéressant sous le double point de vue de la circonstance particulière dans laquelle la lésion qu'il s'agit d'apprécier a été produite, et des points de diagnostic et de pronostic qui s'y rattachent. Voici le fait en peu de mots :

Un jeune homme de seize ans environ, cuisinier, étant en proie à un violent accès de mal de dent, dans un de ces moments de surexcitation voisins du délire, saisit un couteau qui se trouvait sous sa main et se le plonge dans le cœur. Il n'y avait certainement pas dans cet acte irréfléchi d'intention de suicide; peut-être ce jeune homme avait-il voulu se borner au geste. Quoi qu'il en soit, la lame avait été certainement plus loin que son intention, car à peine s'était-il senti blessé qu'il en parut d'abord tout surpris et profondément ému, et il ne tarda pas, quelques instants après, à tomber en syncope. Revenu de cet état, il éprouva de l'angoisse et une gêne à respirer, dont la persistance le décida à se faire transporter à l'hôpital. On constata, à son entrée, une plaie à la partie antérieure gauche de la poitrine, vers l'extrémité antérieure du quatrième espace intercostal, à 3 centimètres environ de l'aréole du mamelon et à 4 centimètres et demi du bord latéral gauche du sternum. Cette plaie, dont la direction était presque transversale, avait environ 1 centimètre de longueur : c'était la dimension à peu près de la lame qui avait divisé les parties. En examinant attentivement le pourtour de cette plaie, on sentait à la palpation une crépitation très sensible du tissu cellulaire périphérique, crépitation qui se propageait sous le pectoral jusqu'au-dessous de la clavicule. La respiration était très gênée; le malade éprouvait une angoisse extrême et une douleur assez vive dans la région du cœur et vers la base de la poitrine. L'auscultation donnait partout, en avant et en arrière, un bruit respiratoire normal. A la percussion, on constatait une sonoréité normale en arrière, en avant et en haut; immédiatement au-dessous de la plaie, il y avait de la matité dans une étendue à peu près correspondante à la région occupée par le cœur; mais à deux centimètres plus bas environ, on trouvait une sonoréité exagérée.

En présence de ces symptômes, bien que quelques-uns des caractères considérés comme pathognomoniques de la lésion du poumon aient manqué, tels que le crachement de sang, par exemple, M. Nélaton n'a pas hésité à diagnostiquer une plaie pénétrante avec lésion de la lame mince de poumon qui recouvre le cœur, et peut-être même avec lésion du cœur. Nous reviendrons sur ce dernier point. La lésion du poumon ne paraît pas douteuse à M. Nélaton, et il fonde ce diagnostic, indépendamment des signes fonctionnels fournis par l'état de la respiration, sur l'existence de l'emphysème. Sans doute une objection se présente de suite et naturellement à l'esprit : ne voit-on pas fréquemment des plaies sur des parties du corps distantes de la poitrine, sur les membres, par exemple, être suivies en très peu de temps d'un emphysème quelquefois très considérable? Oui sans doute : dans les plaies contuses exclusivement, ou mieux encore dans de fortes contusions sans plaie. Mais jamais une plaie simple non contuse n'est suivie de développement de gaz dans le tissu cellulaire ambiant; et lorsque après une plaie simple par instrument tranchant il survient de l'emphysème autour de la plaie, et que cette plaie est située dans le voisinage du poumon, il n'y a aucun doute pour M. Nélaton que le poumon ne soit lésé.

Mais nous venons de dire que M. Nélaton a été plus loin encore, et qu'il a considéré, sinon comme probable, au moins comme très possible dans ce cas-ci une lésion du péricarde et du cœur lui-même. La syncope qui a suivi l'accident, l'anxiété et les douleurs précordiales qui se sont manifestées aussitôt après, et qui persistent encore, bien que considérées comme les signes ordinaires d'une blessure du cœur, pourraient à la rigueur se rapporter à la lésion seule du poumon; mais au moins constituent-elles une présomption pour la lésion du cœur. Quant à la possibilité de survivre à une blessure du cœur, il y en a de trop nombreux exemples dans la science pour qu'on puisse mettre le fait en doute et en faire l'objet d'une objection contre l'exactitude du diagnostic porté dans cette circonstance.

M. Nélaton a cité, entre autres faits, l'exemple d'un nègre qui, ayant reçu une décharge à brûle-pourpoint, survécut 63 jours à sa blessure, et chez lequel on trouva à l'autopsie trois chevrotines logées dans le ventricule droit. Il a vu lui-même, il y a quelques années, à l'hôpital Saint-Louis, un ouvrier qui avait reçu un coup de couteau dans la région du cœur; bien que tous les signes rationnels indiquassent que le cœur avait dû être lésé chez cet homme, il n'en était pas moins convalescent, lorsqu'un jour, étant à la croisée, il voit passer l'assassin qui lui a donné le coup de couteau. Cette vue lui cause une vive émotion, des symptômes graves se manifestent aussitôt, et il succombe en quarante-huit heures. A l'autopsie, on constata une plaie de 1 centimètre de largeur à la paroi du cœur et les traces d'une péricardite. Nous pourrions joindre à ces faits un grand nombre d'autres exemples consignés dans les annales de la science et qui prouveraient surabondamment non-seulement une survivance plus ou moins prolongée à une blessure du cœur, mais encore même un rétablissement complet et une survivance indéfiniment prolongée.

Quoi qu'il en soit de ce dernier point de diagnostic en ce qui concerne le jeune malade dont nous venons de rapporter l'histoire, on a le droit, en se fondant sur ces exemples, d'espérer qu'alors même que le cœur ait été atteint par l'instrument, il survivra aux accidents auxquels il est encore en proie en ce moment.

Inflammation des follicules vulvaires. — Traitement par l'application du caustique de Vienne.

Nous avons vu dans le même service une femme qui est atteinte d'une affection peu grave en ce qui regarde la vie, mais excessivement pénible par les douleurs qu'elle provoque, par la gêne qu'elle apporte dans l'accomplissement de certaines fonctions et par son excessive ténacité; nous voulons parler de l'inflammation des glandes folliculeuses de la vulve, affection qui n'est bien connue que depuis peu de temps, et qui est encore assez souvent confondue par les observateurs les plus habiles et les plus attentifs avec des maladies d'une nature toute différente.

Cette femme, jeune encore, a été atteinte pour la première fois il y a deux ans de la maladie qui l'a fait entrer ces jours-ci à l'hôpital. Elle raconte qu'elle eut à cette époque une vive inflammation aux parties génitales externes, avec un écoulement considérable. Depuis lors elle a presque toujours souffert, et se plaint encore en ce moment d'éprouver une démangeaison insupportable dans cette région.

Voici ce qu'on a constaté à son entrée dans le service. Il n'y a aucune trace d'eczéma, ainsi qu'on eût été tout d'abord porté à le penser. La muqueuse vulvaire, au premier aspect, paraît normale; mais en y regardant de près on voit çà et là, par places, des parties rouges, d'un rouge cerise vif. Ces points rouges existent plus ostensiblement sur les parties latérales du méat urinaire, à 4 ou 5 millimètres environ de cet orifice; ils sont déprimés de manière à figurer de chaque côté du méat urinaire une sorte de méat semblable. En pressant autour de ces points rouges, on en fait sourdre de petites gouttelettes de pus. Enfin, ces points enflammés sont le siége d'une sensibilité très vive à la moindre pression. Ajoutons à cela que l'émission des urines est un peu douloureuse.

Tel est l'état de cette femme. Bien que la maladie n'ait pas atteint chez elle le degré d'intensité qu'elle acquiert quelquefois chez d'autres femmes et qui va jusqu'à rendre l'émission des urines extrêmement pénible par les douleurs vives qui l'accompagnent, jusqu'à provoquer des douleurs dans les régions voisines et dans tous les organes du bassin et rendre impossible l'accomplissement des fonctions sexuelles, cependant elle ne laisse pas que de constituer un état sérieux, surtout par sa durée et sa persistance, quoi qu'on ait pu faire jusqu'ici pour y mettre un terme. C'est là un état d'ailleurs sur lequel il est d'autant plus nécessaire d'appeler l'attention des praticiens qu'à raison du retentissement douloureux qui en résulte dans les parties voisines, on est trop souvent induit dans de fâcheuses méprises. C'est ainsi qu'on a plusieurs fois pris cette affection pour des engorgements utérins, pour des blennorrhagies, voire même pour des fistules qui n'existaient point.

Quant au traitement de ces inflammations des follicules de la vulve, il suffit de se rappeler la disposition en cul-de-sac d'une assez grande profondeur de ces organes et la ténuité de leur calibre et de leur orifice pour se rendre aisément compte de l'inefficacité des lotions et des applications émollientes et plus ou moins astringentes usitées en pareil cas. Ces moyens peuvent tout au plus apporter un soulagement momentané, mais on ne peut évidemment

en espérer dans aucun cas la guérison. On a proposé de pratiquer le débridement des orifices de ces follicules pour porter les caustiques jusque dans leur profondeur. Mais ce moyen, outre qu'il est d'une application extrêmement douloureuse, est rendu difficile et souvent inefficace par suite de l'écoulement sanguin, qui ne permet pas de distinguer les points sur lesquels il faut agir.

M. Nélaton a recouru dans ce cas avec succès à l'emploi de la pâte de Vienne. Mais il faut être bien prévenu que le caustique de Vienne a une extrême activité sur la muqueuse de la vulve et que, pour ne pas dépasser la limite d'action qu'il est utile d'obtenir, il ne faut le laisser en place que la dixième partie environ du temps nécessaire pour les téguments externes. C'est ce mode de traitement qui va être appliqué sur cette femme. Nous en ferons connaître le résultat.

HOTEL-DIEU DE TOULOUSE. — M. BESSIÈRES.

Observations : 1° de chorée; 2° d'hystérie épileptiforme, guéries par les pilules de Méglin.

Nous avons publié dernièrement (numéro du 1er novembre) un fait intéressant d'empoisonnement par la jusquiame donnée en lavement, recueilli dans la pratique de M. Bessières. Nous empruntons aujourd'hui à la *Gazette médicale de Toulouse* deux observations prises dans le même service, et dans lesquelles le bon effet des pilules de Méglin dans deux affections nerveuses graves a été parfaitement constaté. On a reproché aux pilules de Méglin une action quelquefois incertaine : ne serait-ce pas la faute de la préparation ou de la qualité des ingrédients? Nous constatons avec plaisir l'efficacité de cette médication dans les deux cas qui suivent; car, pour nous, nous l'avons toujours reconnue avantageuse.

Marguerite D...... se présente à la consultation de l'Hôtel-Dieu le 29 septembre 1853. Sur le conseil qui lui en est donné, elle se fait admettre le même jour dans le service des fiévreuses (salle Saint-Joseph, n° 3). Marguerite, âgée de vingt-deux ans, vermicellière, d'un tempérament lymphatique, déclare être malade depuis trois semaines. Elle a été atteinte à cette époque de tremblements involontaires siégeant dans toute la moitié droite du corps. Ces mouvements désordonnés, qui sont parvenus à leur summum d'intensité lors de l'entrée de la malade, par l'agitation qu'ils communiquent au membre pelvien, interdisent toute fixité dans la station, et donnent à la démarche un caractère sautillant. Le membre supérieur présente aussi des mouvements semblables. La malade est obligée, pour les arrêter, de retenir son avant-bras avec la main du côté sain. Il lui est impossible de s'habiller sans le secours d'une main étrangère. Quant à la face, elle est le siége de contractions musculaires limitées au côté droit, ce qui forme un contraste frappant avec le calme de la moitié gauche. La tête, agitée par les contractions cervicales, est balancée par des contorsions bizarres. Tous ces mouvements augmentent quand la malade se voit considérée attentivement.

Marguerite a été régulièrement menstruée jusqu'à l'année dernière, où elle devint enceinte. Elle accoucha le 22 décembre d'un enfant bien constitué. Après l'avoir allaité un mois, elle prit un nourrisson qu'elle conserva seulement jusqu'au mois de mai, et qu'elle ne remplaça pas. A cette époque, il se manifesta chez elle un développement assez considérable de la glande thyroïde. Les parents, craignant pour la santé de leur enfant, le retirèrent à sa nourrice. Cette tumeur est considérable encore lors de l'entrée de Marguerite à l'hôpital. Un fait remarquable à noter, c'est qu'elle siége uniquement dans le lobe droit de la glande. La moitié gauche du cou est parfaitement libre. La santé générale de Marguerite n'a pas paru se ressentir de la présence de cette tumeur, et jusqu'au début de sa maladie actuelle, postérieure de plus de trois mois, le seul fait pathologique à noter est l'absence des règles, qui depuis la grossesse n'ont pas reparu. C'est vers la fin du mois d'août que Marguerite a éprouvé les premiers symptômes de son mal. Une susceptibilité d'impression inusitée, un penchant invincible à pleurer sans motif, l'idée constante que son travail était inférieur à celui de ses compagnes d'atelier, tels furent les premiers signes qui pouvaient faire supposer une perturbation dans le système nerveux de notre malade.

Marguerite ne peut rapporter à aucun fait plausible les causes du développement de cet état. Elle signale seulement quelques contrariétés domestiques, capables tout au plus de hâter la manifestation d'un état pathologique sur le point de se produire, mais insuffisantes pour l'engendrer à elles seules. D'un autre côté, sa santé a toujours été bonne, et elle n'a dans sa famille, à sa connaissance, aucun antécédent de maladies nerveuses.

Quoi qu'il en soit, après quelques jours marqués par les prodromes précédemment signalés, les mouvements désordonnés que nous avons décrits se sont manifestés, faibles d'abord, mais augmentant assez rapidement. Les tremblements de la main ne permettaient plus à Marguerite de faire l'opération du pliage, qui consiste à donner au vermicelle cette forme en huit de chiffre, sous laquelle on le vend dans le commerce. Des modifications d'un autre ordre se firent remarquer chez la malade. Cette fille, fort réservée jusque-là, se livrait devant ses compagnes à des actes au moins bizarres, qui la firent passer pour folle dans son atelier. Enfin, les symptômes s'aggravant, elle dut garder le repos, mais sans que son état s'en améliorât. Vivement impressionnée de ce qu'elle éprouvait, il lui semblait que tout le monde la montrait au doigt. C'est au moment du plus grand développement de tous ces symptômes que Marguerite fut amenée à l'hôpital.

L'ensemble des signes présentés par la malade ne laissait pas de doute sur la nature de son affection. Une chorée partielle occupant la moitié droite du corps fut diagnostiquée.

En présence de la suppression menstruelle, M. Bessières jugea convenable d'ordonner une saignée du pied, qui fut pratiquée le 30 septembre, lendemain de l'entrée. Il prescrivit ensuite pour traitement les pilules de Méglin à dose graduellement croissante, l'infusion de valériane et des bains quotidiens. Des frictions avec la pommade iodurée ont été pratiquées sur la tumeur. Cette médication, soutenue pendant seize jours, a été parfaitement supportée par la malade; elle a rapidement modifié son état. Au bout de cinq ou six jours déjà il était facile de s'apercevoir que les mouvements désordonnés qui agitaient sans cesse la moitié droite du corps avaient sensiblement perdu de leur intensité. Peu à peu aussi se sont dissipées les convulsions qui défiguraient Marguerite.

Nous ne suivrons pas jour par jour la malade dans son ascension graduelle vers la guérison. Disons seulement qu'après seize jours d'un traitement rigoureusement exécuté il ne reste plus de trace de l'affection choréique chez notre malade. Sa démarche ne présente aucune espèce de désordre. Elle se sert des deux mains avec une égale facilité et n'a plus besoin pour s'habiller de réclamer le secours d'une aide. Les traits du visage, calmes et reposés, ont repris leur physionomie habituelle.

Ajoutons pour être complet que les frictions iodurées ont amené une grande diminution de la glande thyroïde, bien que cependant elle conserve encore un volume anormal, lorsque la malade demande sa sortie, qui lui est accordée le 20 octobre.

Dans le moment même où cette malade était soumise à notre observation, nous avons pu constater les bons effets d'une médication identique chez une autre malade de la même salle. Bien que l'affection soit différente, quelques analogies nous engagent à rapprocher les deux faits cliniques. Il s'agit d'attaques épileptiformes chez une jeune fille de quatorze ans.

Bernarde B..., ouvrière à la manufacture de tabac, était malade depuis un mois lorsqu'elle entra à l'hôpital le 12 septembre 1853, salle Saint-Joseph, n° 4.

D'un tempérament lymphatique, d'une constitution bonne, d'une physionomie intelligente, Bernarde n'a jamais été menstruée. Elle n'a pas dans sa famille d'antécédents hystériques ou épileptiques. Dans le courant du mois de juillet son père fut atteint d'une grave maladie qui devait l'emporter au bout d'un mois environ. Il paraît que l'enfant fut vivement impressionnée du spectacle de ses derniers instants. Elle raconte que la veille de sa mort son père fut pris de convulsions qui le défiguraient complétement et que sa bouche écumait en abondance. Cette vue fit sur Bernarde une impression profonde, et lorsque le lendemain on vint à son atelier lui annoncer que son père avait succombé, elle fut prise d'une violente attaque nerveuse. Elle perdit complétement connaissance et ne la recouvra que longtemps après, malgré l'emploi soutenu des moyens usités en pareil cas.

Cette première attaque dura environ deux heures, et fut suivie de deux autres semblables dans la soirée du même jour. Elles se répétèrent les jours suivants, intenses et nombreuses. A la suite de l'administration continuée pendant plusieurs jours des pilules de Méglin, la malade obtint huit jours de calme. Mais le remède ayant été pris avec négligence, puis abandonné, les accès se montrèrent de nouveau, affectés d'une certaine périodicité dans leur apparition. Lorsque la malade fut admise à l'hôpital, ils revenaient depuis quelque temps assez régulièrement tous les deux jours.

Le lendemain de son entrée, Bernarde est prise d'une nouvelle attaque, pour laquelle l'interne de garde est appelé. La malade avait perdu connaissance; elle était plongée dans une insensibilité presque complète. Ses membres étaient le siége de convulsions irrégulières. Elle étendait les bras, agitait les jambes de façon à rendre nécessaire la présence d'une surveillante, pour empêcher qu'elle ne tombât de son lit. La face, pâle d'abord, était devenue gonflée et violacée; une salive écumeuse s'écoulait par la bouche. Ces symptômes avaient été précédés pendant quelques instants d'un violent sentiment de constriction à l'épigastre, prodrome connu de la malade, et qui n'a manqué dans aucune des attaques suivantes. Au bout de deux heures l'accès avait disparu, laissant après lui, pour un certain temps, un malaise indéfinissable.

L'accès que nous venons de décrire peut servir de type pour tous les autres, qui en ont seulement différé par une intensité et une durée moindres. La plupart des symptômes qui le constituent se rattachent à l'hystérie; néanmoins quelques autres, tels que la tuméfaction violacée de la face, la bave écumeuse, l'abolition de la sensibilité, appartiennent à l'épilepsie. Il s'agit probablement ici d'une hystérie modifiée, par l'imitation peut-être. C'est aux cas de ce genre que M. Beau a donné le nom d'hystéro-épilepsie. Quoi qu'il en soit, la présence de ces symptômes nous semble suffisamment autoriser le titre d'*hystérie épileptiforme* placé en tête de cette observation.

Cinq jours de tranquillité succédèrent à l'attaque que nous avons racontée, au bout desquels elle se renouvela avec une moindre violence, pour reparaître encore le lendemain. La malade, en observation jusque-là, fut dès lors soumise à un traitement suivi. Les pilules de Méglin à dose progressive, l'infusion de valériane et les bains furent administrés comme dans le cas précédent. Du 18 au 30, il n'y eut que trois attaques, de moins en moins fortes. Enfin, le 1er octobre survint un accès bien moins intense qu'aucun des précédents; il ne dura que quelques minutes : ce fut le dernier.

A cette époque, la malade prenait cinq pilules de Méglin par jour. La dose en fut élevée à sept quelques jours plus tard, et continuée ainsi jusqu'à la sortie. Au bout de seize jours d'une tranquillité parfaite, Bernarde, se sentant délivrée de son mal et n'éprouvant plus de trace de ces malaises que les attaques laissaient chez elle longtemps après leur disparition, demanda à quitter l'hôpital. Elle est sortie le 16 octobre 1853.

Les deux observations qui précèdent présentent, avons-nous dit, des analogies qui nous ont engagé à les rapprocher. En effet, dans les deux cas, nous avons eu affaire à une maladie nerveuse récente qui a cédé à l'administration de la même médication. Les symptômes de l'une et de l'autre de ces maladies ne sont pas les mêmes; mais, en présence du résultat obtenu, il est permis de se demander si la chorée d'une part et l'hystéro-épilepsie de l'autre n'étaient pas ici l'expression d'un état pathologique identique se manifestant sous l'influence de telle ou telle circonstance par des symptômes dissemblables. On est porté d'un autre côté à cette réflexion en voyant souvent un même remède opérer des guérisons dans deux maladies nerveuses dont les symptômes seront très différents et échouer dans un cas nouveau de la maladie où il aura déjà réussi. C'est qu'alors il y aura eu, malgré la dissemblance des symptômes, plus de rapports entre telle et telle maladie, l'hystérie et l'épilepsie, par exemple, qu'entre deux cas en apparence identiques de l'une d'entre elles. La confusion règne encore dans la thérapeutique de la plupart des maladies nerveuses. Il est un grand nombre de remèdes qui tous revendiquent des succès incontestables dans chacune d'elles, mais ces succès sont isolés, et le même médicament fait défaut dans un cas nouveau de la même maladie où il aura procuré la guérison.

Cela tient à l'obscurité qui règne sur les causes et sur le mode de production des névroses. Nous pensons que c'est sur ce point qu'il faut porter son attention si l'on veut parvenir à poser les bases d'une thérapeutique efficace. Il ne s'agit point de rechercher des remèdes nouveaux, mais de déterminer les conditions d'application de ceux bien assez nombreux qui sont entre nos mains.

Pour ce qui est relatif à nos observations, nous trouvons entre les deux maladies qui en sont le sujet un point de ressemblance dont il faut tenir grand compte : dans un cas, il y avait depuis plusieurs mois suppression menstruelle; dans l'autre, aménorrhée complète. Cette circonstance est peut-être la cause première de la maladie nerveuse, qui sous une influence particulière aura modifié son aspect dans chacun des cas. Il est possible que l'imitation ait déterminé chez la seconde malade la physionomie de l'affection de manière à lui donner quelques-uns des caractères de l'épilepsie.

F. AUGÉ, interne.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 31 octobre 1853. — Présidence de M. COMBES.

M. Poggioli lit un mémoire ayant pour titre : *Nouvelle application de l'électricité par frottement, sans commotion, sur l'homme sain et sur l'homme malade.* (Commissaires : MM. Becquerel et Andral.)

Structure de la rétine. — M. Remack adresse la note suivante, à l'occasion d'une communication récente de M. Kolliker, relative à des observations selon lesquelles la *macula lutea* n'est composée que des cellules nerveuses multipolaires, dont les prolongements se continuent avec des fibres nerveuses.

C'est sans doute par une faute de mémoire, dit l'auteur, que M. Kolliker donne cette observation comme sa découverte. Elle se trouve déjà dans mon mémoire sur les fibres nerveuses ganglieuses qui a été lu à la séance de l'Académie de Berlin du 12 mai 1853, et que M. Kolliker lui-même cite dans son journal, à propos de quelques remarques sur les nerfs gris.

Après avoir décrit ma méthode de traiter les nerfs, j'ajoute : « Cette méthode peut représenter les cylindres d'axe variqueux des fibres nerveuses en communication avec les cellules nerveuses multipolaires dont se compose la *macula lutea*, et qui se trouvent à la surface interne de la rétine entière. Notamment, elle peut aussi résoudre la substance nommée *granuleuse* de la rétine en des cylindres d'axe pâles, variqueux, qui surpassent de beaucoup en finesse tout ce que l'on a connu jusqu'à présent. »

Voilà quatre faits contenus dans ces mots :

1° Que les fibres nerveuses de la rétine sont des prolongements des cellules nerveuses multipolaires;

2° Que la *macula lutea* n'est composée que de telles cellules;

3° Que de telles cellules se trouvent aussi à la surface interne de la rétine entière;

4° Que la substance nommée granuleuse de la rétine n'est composée que de fibres nerveuses très fines.

Le premier de ces faits vient d'être confirmé par M. Corti; le premier, le deuxième et le troisième par MM. Kolliker et H. Muller. Le quatrième fait attend encore la confirmation de ces habiles observateurs. (Commission nommée pour le mémoire de MM. Kolliker et Muller.)

Théorie de l'action des anesthésiques. — M. Ed. Robin adresse, à l'occasion d'une lettre de M. Jeannel, une note dont l'objet est de défendre la théorie qui fait consister l'action des anesthésiques en opposition aux phénomènes de combustion lente exercée dans le sang pendant la vie, et constamment nécessaire à l'activité du mécanisme. (Commission nommée.)

Sur la cause générale qui régit le développement de la taille dans les animaux d'un même ordre et d'un même type. — M. Ed. Robin soumet, sous ce titre, au jugement de l'Académie un mémoire qui lui paraît offrir de nouvelles preuves à l'appui de la cause assignée dans son précédent mémoire à la vieillesse et à la mort sénile.

D'après mes recherches sur les causes de la vieillesse et de la mort sénile, dit l'auteur, la taille manifeste l'intensité de la combustion intérieure exercée chez les différents animaux en état de vie et, dès lors, traduit dans les conditions ordinaires l'activité des phénomènes d'incrustation qui, selon moi, amènent la vieillesse et la mort sénile.

Petite, la taille entraîne une grande activité de combustion, une faible résistance à l'abstinence, une grande consommation d'aliments, un grand détritus minéral, une incrustation prompte, une vieillesse précoce, une courte durée de vie; grande, elle entraîne une combustion relativement faible, un pouvoir plus grand de résister à l'abstinence, une consommation alimentaire faible, un faible détritus de combustion, une lente incrustation, une vieillesse tardive, une longue durée de vie.

Je veux rechercher la raison de ce rapport entre le développement de la taille et l'activité des phénomènes de combustion intérieure, partant de minéralisation, qui amènent la vieillesse et la mort; je veux rechercher, par suite, d'où vient, dans chaque type d'un même ordre, ce rapport inverse entre le développement de la taille et la durée de la vie.

La raison du rapport me paraît simple : dans chaque type, dans chaque ordre, et toutes choses égales, si plus est grande la quantité de matière alimentaire nécessaire au soutien de la combustion, plus, dès lors, le détritus opère promptement l'incrustation qui impose un terme à la vie, plus aussi la taille est petite ; c'est que la minéralisation, qui met un terme nécessaire à la vie, est la cause générale qui met un terme nécessaire à l'accroissement.

Cette manière de voir ne rend pas compte seulement du rapport général et inverse entre la durée de la vie et le développement de la taille ; elle fait encore prévoir et comprendre les généralisations acquises concernant l'influence qu'exerce sur la taille la vie habituelle, aquatique ou non aquatique, dans les eaux douces ou dans les eaux de mer, terrestre ou aérienne, dans les climats excessivement froids ou dans les climats soit chauds, soit tempérés, enfin sous l'influence de l'atmosphère actuelle ou sous l'influence d'atmosphères antérieures graduellement moins riches en oxygène. C'est ce que l'auteur s'est proposé de démontrer. (Commissaires : MM. Serres, Isid. Geoffroy Saint-Hilaire, Andral et Velpeau.)

Maladies de l'oreille. — M. Triquet envoie un mémoire intitulé *Etudes d'anatomie, de pathologie et de thérapeutique, pour servir à l'histoire des maladies de l'oreille.*

Ce mémoire, qui renferme, outre un grand nombre d'observations, la discussion des principaux travaux relatifs au même sujet, est résumé par l'auteur dans les termes suivants :

« Je crois avoir démontré par ce travail que les auteurs qui ont écrit sur les maladies de l'oreille n'en ont point étudié l'anatomie pathologique d'une manière positive ; et que cette proposition, qui est vraie même pour les altérations de l'oreille moyenne, s'applique bien plus directement encore aux lésions de l'oreille interne. Mes dissections ont prouvé que le labyrinthe peut s'enflammer, suppurer comme l'oreille moyenne.

» Un malade qui avait succombé avec les symptômes d'une surdité dite *nerveuse* m'a offert les traces d'une phlegmasie non douteuse dans l'oreille moyenne et interne. Ce sujet intéressant réclame d'ailleurs de nouvelles recherches.

» L'otite des phthisiques, jusqu'à présent dite *tuberculeuse*, ne m'a offert dans mes dissections aucune trace de tubercules enkystés ou infiltrés, mais une phlegmasie suppurative des cavités de l'oreille. J'ai pu faire d'une manière assez complète l'anatomie pathologique de l'otite typhoïde et celle des fièvres graves.

» Comme corollaire de cette description, j'ai exposé le mécanisme des perforations du tympan ; dans ces maladies, je fais voir comment le pus pouvait s'infiltrer de l'oreille moyenne dans les cavités de l'oreille interne. . . . .

» Dans une deuxième partie se trouvent émises les conséquences thérapeutiques de ces recherches, quelquefois en opposition avec les assertions des auteurs cités.

» Le procédé nouveau de cathétérisme pour la trompe d'Eustache que je soumets à l'appréciation de l'Académie me paraît destiné à vulgariser ce moyen de thérapeutique en le rendant plus facile et plus sûr. » (Commissaires : MM. Roux, Andral et Velpeau.)

Système nerveux des végétaux. — M. Brachet, à l'occasion d'une communication récente de M. Leclerc sur l'appareil nerveux des végétaux, fait remarquer que, dans un ouvrage qu'il a publié sous le titre de *Recherches expérimentales sur les fonctions du système nerveux ganglionaire*, il a lui-même traité la question du système nerveux des plantes. (Commission nommée pour le mémoire de M. Leclerc.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 4 novembre 1853. — Présidence de M. DENONVILLIERS.

A propos du procès-verbal, M. SÉDILLOT fait les observations suivantes :

J'ai lu le travail de M. Laborie, et j'ai vu, en effet, que notre collègue étudiait plusieurs des points intéressants relatifs aux conséquences des diverses modifications que produisent les amputations du pied suivant la nature de la mutilation ; mais un point qui me paraît mériter la plus grande attention, celui relatif à la direction oblique du tibia sur le pied quand on a supprimé le cuboïde, n'a pas été signalé avant la communication que j'ai eu l'honneur de faire dans la dernière séance, et c'est sur ce point surtout que j'ai voulu fixer l'attention de la Société pour démontrer l'inutilité de la section du tendon d'Achille dans la grande majorité des cas.

M. LABORIE répond qu'il n'a pas un seul instant contesté ce qu'il y avait de nouveau dans les faits signalés par M. Sédillot ; il a voulu seulement établir que plusieurs des points traités par l'honorable professeur avaient déjà fixé l'attention des chirurgiens.

Correspondance. — M. Boullard fait hommage de sa thèse inaugurale sur l'utérus.

M. le professeur Didot (de Liége) écrit pour obtenir le titre de membre correspondant étranger.

M. le docteur J. Hamilton, chirurgien de l'hôpital de Richemond, à Dublin, élu membre correspondant, adresse une lettre de remerciments.

M. le docteur Mouchet, chirurgien-major au 26e de ligne, adresse deux observations de rétention d'urine. (M. Maisonneuve, rapporteur).

M. le docteur Stanski fait hommage de son travail sur l'ostéomalacie.

— La Société reçoit plusieurs journaux de médecine.

RAPPORTS.

La Société, sur l'observation de M. Robert, décide que le rapport lu dans la dernière séance par M. Debout sur le travail de M. Burin-Dubuisson sera inséré en extrait dans les *Bulletins de la Société* avec les tableaux de M. Burin-Dubuisson. Les conclusions de ce rapport sont ensuite adoptées.

Nous donnons d'abord les tableaux dressés par M. Burin-Dubuisson, que nous ferons suivre d'un extrait du rapport de M. Debout :

SELS FERRIQUES liquides.	Densité selon BAUMÉ.	Nombre de gouttes.	POUR 1 CENTILITRE DE SANG.
Perchlorure de f.	45°	7	Coagulation très avancée.
Idem.	Id.	10	La coagulation est complète (1).
Perchlorure de f. et de sesquioxyde de mangan.	40	7	Coagulation très avancée.
Idem.	Id.	10	Le mélange est pris en une masse plus ferme que celle obtenue avec le perchlorure de fer à 45°.
Perchlorure de f.	30	8	La coagulation est incomplète.
Idem.	Id.	10	Coagulation complète. La consistance est moyenne.
Perchlorure de f. et de mangan. .	30	8	Coagulation très avancée.
Idem.	Id.	10	Le mélange se prend en masse de bonne consistance.
Persulfate de fer.	45	7	Même résultat qu'avec le perchlorure à 45°.
Idem.	Id.	10	Coagulation complète.
Persulfate de fer.	30	8	Même résultat qu'avec le perchlorure de même densité.
Idem.	Id.	10	Coagulum complet.
Perazotate de fer.	45	7	Coagulation très avancée.
Idem.	Id.	10	Le mélange se prend en masse ferme.
Perazotate de fer	30	8	La masse sanguine n'est pas complétement coagulée.
Idem.	Id.	10	La coagulation est complète.

RÉACTIFS DIVERS	Densité selon BAUMÉ.	Nombre de gouttes.	POUR 1 CENTILITRE DE SANG.
Chlorure de zinc.	40°	10	(2) Le sang prend l'apparence d'un *magma* crémeux, demi-fluide, d'une belle couleur vermillon.
Tannin.	30	15	Formation de grumeaux albumineux ; le sang, sensiblement épaissi, prend une couleur purpurine.
Eau de Pagliari.	00	00	5 gram. de cette préparation donnent un précipité albumineux.
Eau de Brochieri.	00	00	5 gram. donnent des résultats moins sensibles qu'avec le liquide précéd.
Alcool à 40°. . .	00	15 à 25	Précipité albumineux nageant dans une grande masse d'un liquide incolore.
Acide acét. conc.	00	10	Le sang est complétement coagulé sous forme d'un extrait mou, homogène.
Acide citrique. .	45	10	Coagulation très avancée, sous forme d'extrait grumeleux.
Créosote.	00	10	Gelée sans consistance, de couleur brique, avec des nuances violacées. On sent des grumeaux au toucher.
Ergotine Bonjean	00	00	Pas d'action sensible ; le caillot naturel qui se forme après un certain temps semble plus consistant.
Bichlor. de merc.	00	00	Coagulation incompl. ; la masse épaissie renferme des grumeaux consist.
Solut. aqueuse d'iode iodurée.	00	00	Le sang est un peu épaissi, mais non coagulé ; on remarque des grumeaux albumineux.
Alun.	00	00	Le sang est épaissi légèrement.
Acide azotique. .	00	00	Le sang est épaissi et désorganisé.
Acide chlorhydr.	00	00	Caillots floconneux dans un liquide blanc qui ne tarde pas à se colorer.
Protochlor. de fer	30	10	Pas d'action coagulante, coloration violette.
Protosulfate de f.	30	10	Pas d'action sensible.
Protochlorure de manganèse. .	30	10	Même résultat négatif que le précéd.
Citr. de peroxyde de fer.	30	10 à 20	Aucune action coagulante.
Lactate de protoxyde de fer. .	00	00	Aucune action coagulante ni aucun précipité apparent.

Un premier coup d'œil jeté sur ces tableaux placés en tête du mémoire fournit immédiatement des données fort intéressantes.

Ainsi, on voit que, tandis que les *per*sels (perchlorure, persulfate, perazotate) de fer jouissent d'un pouvoir coagulant fort remarquable, les *proto*sels du même métal (protochlorure, *proto*sulfate) n'en possèdent aucun. Ce n'est point à l'aide d'une solution d'albumine que M. Burin-Dubuisson a déterminé la valeur comparative des divers agents hémoplastiques. Ses expériences ont eu lieu au grand Hôtel-Dieu de Lyon en présence de M. Pétrequin, avec le concours de M. le docteur Delorme et d'un grand nombre d'élèves ; elles ont été faites avec du sang sortant de la veine et maintenu liquide à l'aide d'eau chaude qui entourait les vases dans lesquels on le recevait.

Les tableaux de M. Burin nous fourniraient matière à de nombreuses remarques ; nous n'en ferons qu'une seule. Il semble que des expérimentations consistant seulement dans le mélange de deux liquides soient à l'abri de toute cause d'erreur, et qu'on peut accepter avec confiance les résultats qu'elles fournissent ; il n'en est rien. Ainsi, nous voyons dans le second tableau que l'eau de Pagliari, celle de Brochieri, de même que l'ergotine de M. Bonjean, qui jouissent de propriétés hémostatiques incontestables, n'ont aucune action sur la coagulation du sang. Nous ne dirons rien quant aux deux derniers agents ; mais nous devons protester pour le liquide de Pagliari. Les expériences de notre collègue M. Sédillot ont prouvé qu'en versant dans un verre partie égale de sang et d'eau de Pagliari le mélange se prend en masse, et devient tellement adhérent aux parois du vase qu'on peut impunément le renverser : le coagulum ne se détache pas. Comment se fait-il que M. Burin soit arrivé à un résultat différent ? C'est que ce chimiste, au lieu de mélanger partie égale des deux liquides, a employé cinq parties de liqueur hémostatique contre une de sang, et a redissous ainsi le caillot. Ce fait vient prouver que les expériences que j'ai répétées devant la Société avec la solution d'alun avaient une plus grande valeur que celle qui leur a été accordée. Au point de vue de la question mise à l'étude, il faut chercher tout d'abord l'action coagulante la plus énergique ; or nos expérimentations vous ont prouvé que, suivant le degré de concentration de l'agent coagulateur, on avait une densité plus ou moins considérable du caillot.

Dans un récent travail adressé à l'Académie des sciences, un chirurgien sagace qui s'est beaucoup occupé de la question, M. Pétrequin, distingue les agents en deux classes : les *hémostatiques* et les *hémoplastiques*. « Ces deux propriétés, pour être analogues, dit-il, ne sont point identiques : tel agent qui est efficace pour arrêter une hémorrhagie n'est pas toujours aussi efficace pour coaguler le sang, et *vice versâ*. La connaissance de l'une de ces propriétés n'implique pas nécessairement l'existence de l'autre. » Nous ne partageons pas cet avis. Les substances qui jouissent au plus haut degré de la propriété de coaguler le sang sont les meilleurs hémostatiques ; seulement l'action de ces substances hémoplastiques varie suivant la pesanteur spécifique de leur solution, et ce point du problème ne peut être révélé que par les réactions chimiques.

Pour la solution de la question posée en ce moment, les expérimentateurs doivent donc faire usage de préférence des liquides hémoplastiques. A ce titre le perchlorure de fer, conseillé par Pravaz et préparé à 30 degrés, semble à M. Burin le meilleur agent. Pour le prouver, il rend compte de l'examen chimique du caillot fourni par l'injection du perchlorure ; il étudie successivement l'action de l'eau sur le coagulum, puis celle des agents hémostatiques et hémoplastiques sur la solution aqueuse de ce coagulum, enfin celle des alcalis caustiques. Cette étude permet à l'auteur de montrer que l'action du perchlorure de fer sur le sang n'est pas une carbonisation, et que le sel métallique se trouve combiné aux matériaux du sang ; qu'il se forme enfin, ainsi que MM. Lassaigne et Dumas l'ont démontré pour d'autres bichlorures, une composition définie, un *chloro-ferrate de fibrine et d'albumine*. L'existence de cette combinaison permet à notre auteur d'expliquer alors la possibilité de la résorption du caillot produit par l'injection de la solution du perchlorure dans les vaisseaux ; malheureusement les faits ne sont pas venus confirmer les prévisions de ce chimiste.

La Société se rappelle qu'en plaçant sous ses yeux les carotides des chevaux qui servirent à mes premières expérimentations, je lui faisais remarquer que les caillots avaient une organisation spéciale, qu'ils constituaient une sorte de *magma* d'une densité considérable produit par la réaction du sel de fer sur les éléments fibro-albumineux du sang. La constitution de ce caillot jointe à l'action locale du perchlorure sur les tuniques artérielles me porta à craindre que ce magma n'agît comme corps étranger et ne provoquât une inflammation éliminatrice. Les accidents survenus dans la plupart des cas d'anévrisme opérés à l'aide du perchlorure sont venus légitimer ces craintes.

Nous avons vu que c'est à l'étude chimique des éléments qui entrent dans la composition du magma que M. Burin-Dubuisson a consacré les deux premières parties de son mémoire. Ici vient naturellement se placer l'appréciation du second travail qu'il vous a adressé. Dans cette note, ce laborieux expérimentateur rend compte de l'examen microscopique qu'il a fait avec l'aide de M. Lembert du coagulum fourni par le perchlorure de fer. Cette étude complète l'examen chimique si largement traité dans son premier travail, mais sans offrir aucun élément nouveau pour la solution de la question pratique.

L'examen microscopique pouvait cependant fournir quelques données utiles, mais il fallait faire cette étude du caillot dans le vaisseau même. Ainsi on voit alors que les couches périphériques du caillot ont contracté des adhérences très fortes avec les parois ; il faut racler fortement avec le scalpel pour séparer du vaisseau les grumeaux sanguins ; mais ce qu'il y a de plus intéressant à savoir, c'est que cette adhérence est due à la destruction complète de l'épithélium pavimenteux de l'artère par l'action caustique du perchlorure de fer. C'est à cette destruction qu'était dû l'aspect rugueux et inégal que vous avez pu constater sur les carotides que vous ont été soumises. L'action caustique du perchlorure de fer sur la membrane interne de l'artère peut aller, vous l'avez vu, encore au delà de la couche inorganique de l'épithélium pavimenteux, atteindre les couches sous-jacentes et y déterminer un travail d'inflammation et de suppuration. Nos expériences ayant été faites avec une solution concentrée de perchlorure, nous avons dû être réservé dans les conclusions émises alors. Les effets de la solution de perchlorure à 30 degrés, quoique moins agressifs, nous permettent aujourd'hui de maintenir nos assertions.

Dans la dernière partie de son mémoire, notre auteur aborde l'examen de l'action du perchlorure sur les parois artérielles.

Le perchlorure de fer est un sel solide ; or, avant de l'injecter, il fallait le faire dissoudre. Quel degré de concentration devait-on donner à la solution pour obtenir les meilleurs résultats ? C'était un point fort important, car, vous l'avez vu dans les premières expériences que nous avons tentées, l'inflammation des tuniques artérielles a été si considérable avec une solution très concentrée qu'on ne pouvait songer à transporter ces expériences des animaux à l'homme. Dans ses essais, Pravaz employait une solution plus étendue, et, ne voyant pas survenir d'accidents inflammatoires à la suite de ses injections dans les carotides des chevaux, notre savant confrère avait cru pouvoir fixer la

(1) Par le mot COAGULATION, nous entendons dire ici que toute la masse sanguine a été transformée en un magma solide. Dans toutes les expériences ci-dessus, on a facilité la réaction du sel ferrique sur le sang en agitant le mélange avec un tube de verre plein.

(2) Comme pour les sels ferriques, l'action des divers réactifs sur le sang a été facilitée par l'agitation.

densité du perchlorure à 45 degrés (Baumé). Les accidents survenus dès les premières tentatives sur l'homme sont venus montrer que l'action du liquide était encore trop énergique et ont engagé M. Burin-Dubuisson à préparer une solution d'un poids spécifique moins élevé. C'est ce service que M. Burin a rendu à la solution de la question de l'emploi du perchlorure en chirurgie.

« Nous croyons avoir la certitude, dit M. Burin, qu'en privant le perchlorure de tout excès d'acide on aura éloigné la cause principale des accidents secondaires qui peuvent survenir par le fait seul de l'action irritante de l'acide en excès ou libre, accidents que ce dernier dans tous les cas ne peut qu'aggraver. »

Les faits observés sur l'homme avec la solution préparée par M. Burin ne sont pas venus réaliser les espérances de ce chimiste. La solution de perchlorure privée d'excès d'acide et réduite à la pesanteur spécifique 1,261 ou 30 degrés de Baumé n'offre pas l'innocuité qu'il nous promettait.

Les observations des malades de MM. Velpeau et Lenoir montrent que le problème de la cure des tumeurs anévrismales est loin d'être résolu et nous forcent à ne pas accepter la conclusion du travail de M. Burin-Dubuisson. En effet, notre auteur dit : « En résumé, le perchlorure de fer neutre est une substance *styptique*, *tannante*, mais sans action *caustique* ou *corrosive* proprement dite. »

Nous devons toutefois faire la remarque qu'à l'appui de son opinion sur l'innocuité du perchlorure, M. Burin cite « un cas de tumeur anévrismale du tronc brachio-céphalique dans lequel M. Barrier a pu injecter en trois fois, à huit jours d'intervalle environ, *soixante-quinze* gouttes de perchlorure sans qu'il soit survenu le plus léger trouble fonctionnel dans l'économie. »

A la vérité, M. Burin s'est trop hâté de conclure dans ce cas. J'ai vu le malade lors de ma visite à l'Hôtel-Dieu de Lyon, et une inflammation assez intense s'était emparée de la tumeur; du pus n'a pas tardé à se faire jour au dehors par deux des trois ponctions que l'on avait pratiquées pour pousser les injections de perchlorure de fer. Un moment on a craint que l'inflammation ne s'emparât de la poche sanguine et ne donnât lieu à une hémorrhagie foudroyante; heureusement pour le malade, les accidents inflammatoires sont restés bornés aux tissus environnants et ont disparu après un certain temps. Le malade a quitté alors l'hôpital. Sa tumeur avait un peu augmenté de volume; les battements y étaient presque aussi prononcés qu'au moment où il fut reçu dans le service. Je ne m'étends pas davantage sur ce fait, car M. Barrier doit le publier prochainement, et je ne veux pas déflorer cette observation. Les quelques détails que je vous donne suffisent pour mettre en relief un résultat digne d'attention, c'est l'innocuité relative de l'injection du perchlorure de fer dans ce cas. Ainsi, tandis que dans les hôpitaux de Paris toutes les tentatives de traitement de tumeurs anévrismales volumineuses se sont terminées par l'ulcération du sac, alors qu'on y avait injecté seulement 6 à 8 gouttes de solution de perchlorure, il n'en a pas été de même à l'Hôtel-Dieu de Lyon. Car M. Burin aurait pu ajouter au fait de M. Barrier un autre cas d'anévrisme du pli du coude traité avec succès par M. Vallet par l'injection de 8 gouttes de perchlorure. C'est le seul cas de guérison dans lequel aucun accident ne soit survenu.

Pour expliquer ces résultats si opposés, il faut que la solution de perchlorure ne conserve pas longtemps l'état neutre qu'elle possède en sortant du laboratoire du chimiste. En effet, au fond des flacons qui vous ont été adressés il y a quelques mois par M. Burin, on voit un dépôt assez considérable de sel de fer. Ce point de la question mérite d'être examiné avec attention, puisque la Société est chargée de distribuer aux chirurgiens appelés à faire des essais une solution inoffensive. Les tentatives faites par les chirurgiens des hôpitaux de Paris prouvent que la solution qui vous a été adressée provoque encore une inflammation trop énergique du sac anévrismal.

Du reste, il ne faut point trop rejeter cette action locale de la solution de perchlorure. Un certain degré d'inflammation des tuniques artérielles est chose utile; à elle seule elle peut provoquer la formation d'un caillot, et amener ainsi la guérison de la tumeur. Le malade que je vous ai présenté guéri d'un anévrisme du pli du coude par la galvanopuncture a dû sa cure seulement à l'inflammation du sac anévrismal.

Les faits connus aujourd'hui ne permettent pas d'accepter les données de la chimie, et si le perchlorure à 30° constitue le meilleur hémoplastique lorsque le sang est hors des vaisseaux, l'action irritante trop énergique qu'il provoque sur les parois artérielles ne permet pas de l'employer dans les cas de tumeurs un peu volumineuses.

L'innocuité des liquides hémoplastiques étant subordonnée exclusivement au degré d'agression des substances sur les tuniques des vaisseaux, ce point important ne peut être fixé que par des expérimentations. M. Burin-Dubuisson, en abaissant à 30° la solution de perchlorure de fer, préparée d'abord à 45°, a montré qu'il nous fournissait un liquide moins agressif pour les tuniques artérielles, et doué en même temps d'un pouvoir coagulant plus énergique. C'est un service signalé qu'il a rendu à la pratique, nous aimons à le proclamer; mais qu'il abaisse encore le poids spécifique de sa solution, et qu'il provoque de nouveaux essais. Qu'il ne craigne pas même d'oublier un instant les données de la chimie, et qu'il fasse expérimenter les sels de fer qu'il a placés au bas de l'échelle des hémoplastiques, peut-être trouvera-t-il alors la solution du problème.

Fracture non consolidée du fémur traitée par la résection. — M. Gosselin fait ensuite le rapport suivant, sur une observation de fracture non consolidée du fémur traitée par la résection, envoyée par M. Reverdit, médecin à Thouars, observation dont voici les principaux détails :

Le malade était âgé de soixante-huit ans. La fracture était au-dessous du tiers inférieur du fémur gauche, et avait été produite par un coup de pied de cheval. Le fragment supérieur arrivait au niveau de la rotule; l'inférieur avait basculé de haut en bas par suite de l'action des jumeaux, de telle sorte que son extrémité supérieure appuyait sur la peau de la région poplitée, et y produisait de grandes souffrances. Au bout de six mois la consolidation n'était pas obtenue, et le malade voulait à tout prix se lever et marcher. M. Reverdit se décida dès lors à pratiquer la résection, dont le détail le plus important consista dans la coupe oblique en sens inverse qu'il fit sur les deux fragments. Le supérieur fut scié aux dépens de sa face antérieure, et l'inférieur aux dépens de sa face postérieure. Le chirurgien se proposait, en agissant de cette manière, d'empêcher le retour du déplacement en arrière et en bas de la pointe du fragment inférieur. Après la section, les deux bouts d'os furent mis en contact; le sang que chacun d'eux fournissait cessa de couler, et le membre fut placé dans un appareil de Scultet. Les jours suivants il y eut de la fièvre. A deux reprises différentes il fallut refaire la coaptation, qui ne s'était pas maintenue exacte, quoique le fragment inférieur n'eût pas été entraîné de nouveau par les jumeaux. Un abcès se forma dans la région trochantérienne.

Au bout de quinze jours les symptômes généraux s'amendèrent; la suppuration prit un bon aspect, les os se couvrirent de bourgeons charnus.

Au 60e jour, un appareil dextriné remplaça l'appareil de Scultet, mais ne put être supporté. M. Reverdit fit alors construire un petit appareil orthopédique, avec lequel le malade put commencer à marcher au 80e jour.

Quinze jours après, c'est-à-dire au 95e, la plaie était cicatrisée et la fracture solide. Le raccourcissement était de 7 à 8 centimètres.

Trois mois plus tard, le malade marchait avec un soulier à talon, et ne se servait plus que d'une canne.

L'auteur accompagne cette observation de réflexions très judicieuses sur l'impossibilité où il était d'employer avec avantage le frottement et le séton, à cause du chevauchement considérable des fragments. Les moyens excitants, quels qu'ils fussent, auraient agi sur les deux faces de l'os qui étaient en contact, et non sur les surfaces fracturées, qu'il était impossible de juxtaposer à cause du raccourcissement des muscles. Il fallait donc ou ne rien faire, ou pratiquer la résection, qui offrait, à cause de la bonne constitution et de l'énergie du malade, toutes les chances possibles de réussite. La direction oblique en sens inverse de la coupe faite aux fragments est l'heureuse application d'une idée qui avait été émise déjà par M. Flaubert, mais qui, à notre connaissance du moins, n'avait pas encore été mise à exécution, et qui ici a eu le double avantage de s'opposer au retour du fragment inférieur dans sa position vicieuse et à l'hémorrhagie. Peut-être la coaptation eût-elle été mieux assurée si les fragments avaient été réunis par un fil, comme l'ont proposé MM. Redgers et Flaubert, et comme le conseille M. Malgaigne dans son *Traité des fractures*.

Remercîments à l'auteur; dépôt dans les archives.

Ces conclusions sont adoptées.

LECTURES.

M. Stanski lit un travail intitulé *Note concernant les morts subites survenues sous l'influence du chloroforme.* (Renvoyé à M. Robert.)

M. Boinet, à propos des remarques consignées dans le travail de M. Stanski sur l'insuffisance de l'insufflation bouche à bouche dans les cas d'intoxication violente par le chloroforme, fait observer que dans le fait qu'il a communiqué à la Société ce procédé a seul réussi quand les autres avaient échoué.

— M. Chassaignac lit la deuxième partie de son travail sur les abcès sous-périostiques aigus.

Présentation d'appareil. — M. Martin présente un appareil destiné à rendre la marche facile dans les cas de fracture transversale de la rotule non consolidée.

Le secrétaire de la Société, E. Laborie.

Jurisprudence médicale.

La cour de cassation vient de décider deux questions importantes : la première est une question de moralité que l'on ne saurait trop approuver; quant à la seconde, il ne nous appartient pas d'émettre une opinion contraire. Mais il nous sera permis de déplorer que la loi se soit montrée aussi sévère à l'égard d'hommes honorables qui ont fait preuve de connaissances et qui possèdent un titre légal. Ainsi que nous l'avons dit bien des fois, mieux vaudrait arriver à la suppression complète du titre d'officier de santé que de restreindre les porteurs de ce titre à exercer leur art dans des limites de terrain arbitraires. Comment concevoir, en effet, qu'un médecin reçu par le jury médical à Paris, et qui a le droit d'exercer dans le département de la Seine, à Neuilly, par exemple, doive être puni pour exercice illégal de son art si un malade le fait appeler de l'autre côté du pont, à Courbevoie, par cela seul que Neuilly est dans le département de la Seine et Courbevoie dans le département de Seine-et-Oise? C'est pourtant ce qui vient d'arriver, ce que la loi veut et ce que la cour de cassation, organe suprême de la loi, a dû nécessairement confirmer.

Voici les deux arrêts :

« La cour de cassation vient de décider qu'un officier de santé qui dissimule son nom de famille et prend un de ses prénoms, qui répand des prospectus pour appeler les malades et leur donner espérance de guérison par des remèdes qu'il sait être inefficaces, et essaye, par ces moyens, de se faire remettre des sommes exagérées, se rend coupable du délit d'escroquerie prévu et puni par l'article 405 du Code pénal. »

« *Exercice de la médecine par un officier de santé dans un département autre que celui où il a été reçu.* — La cour de cassation a décidé, dans la même séance, conformément à la loi, qu'un officier de santé ne peut pas exercer la médecine hors du département où il a été reçu, et que l'infraction à l'article 29 de la loi de ventôse le rend passible des peines de simple police. (Rejet du pourvoi de M. Charpaux contre un arrêt du tribunal de Coutances. Rapport de M. le conseiller Jallon et conclusions conformes de M. l'avocat général Bresson.) »

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Par arrêté de S. M. le roi des Belges, en date du 2 novembre, M. le baron Seutin, médecin en chef en disponibilité de l'armée belge, a été admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à la retraite. C'est la conséquence de son élection au sénat.

— On écrit de Moscou, 22 octobre : « Le choléra, qui s'est déclaré dans notre ville le 22 janvier dernier, décline maintenant de jour en jour, et, selon toute apparence, nous serons sous peu délivrés tout à fait du fléau.

» Jusqu'à présent, le choléra a atteint 6,893 individus, dont 3,013 sont morts, 3,821 guéris et 59 restant en traitement. »

— Aux Bermudes, la fièvre jaune a pris le caractère d'une véritable peste; tandis qu'à la Nouvelle-Orléans l'épidémie a tout à fait cessé.

— A la date du 16 octobre, la fièvre jaune sévissait d'une manière terrible sur les bords du Mississipi et dans l'intérieur du pays; elle sévit aussi à Matanzas (Havane).

— M. le professeur Roux a commencé mercredi 9 novembre ses leçons de clinique à l'Hôtel-Dieu.

— M. le professeur Denonvilliers commencera son cours d'anatomie mardi prochain, 15 novembre, à quatre heures, et le continuera les mardis, jeudis et samedis à la même heure.

— M. Malgaigne commencera son cours de médecine opératoire lundi 14 novembre à quatre heures. Dans la première leçon, il traitera du caractère et des tendances de la chirurgie au dix-neuvième siècle.

— M. le professeur Adelon commencera son cours de *médecine légale* mardi 15 novembre, à midi.

Après les généralités sur cette science, il traitera, cette année, de la fonction intellectuelle et morale, et de la fonction de la génération en *médecine légale*.

— M. le professeur Gerdy commencera son cours de pathologie chirurgicale mercredi 16 novembre, à trois heures, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis.

— M. le professeur Laugier commencera sa clinique (à la Pitié) mardi 15 novembre.

— M. le professeur Bouillaud commencera ses leçons cliniques (à la Charité) le lundi 14 novembre, à neuf heures du matin, et les continuera les lundis, mercredis et vendredis.

— M. Vigla, professeur agrégé, chargé du cours de pathologie interne, le commencera lundi prochain, 14 novembre, à deux heures, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis.

— M. le docteur Aran, médecin des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de médecine, a ouvert mercredi 9 novembre, à sept heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique, un cours public de thérapeutique générale et appliquée, et le continuera les lundi, mardi et vendredi de chaque semaine à la même heure.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 135. — MARDI 15 NOVEMBRE 1853. (26e ANNEE.) N° 135. — MARDI 15 NOVEMBRE 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Pays	Trois mois	Six mois	Un an
Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	8 fr. 50 c.	16 »	30 »
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	9 fr.	17	33
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	10 fr.	20	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

PARIS, LE 14 NOVEMBRE 1853.

On se rappelle qu'à la suite de la longue discussion qui a eu lieu sur le chloroforme à la Société de chirurgie et dont nous avons rendu le compte le plus exact, M. le docteur Robert, rapporteur de la première commission, a été chargé de présenter le résumé général de la discussion; c'est ce travail dont l'honorable membre a commencé à donner lecture dans la séance du 9 novembre et dont nous publions aujourd'hui la première partie. L'étendue de ce document en égale l'importance, et nos lecteurs y trouveront l'appréciation éclairée et complète de toutes les questions pratiques soulevées par l'emploi de ce médicament.

— Nous regrettons que le défaut d'espace ne nous permette pas de publier en même temps un nouveau cas de mort par le chloroforme, que nous trouvons dans les journaux anglais, et qui a eu lieu à l'University collége hospital de Londres. Nous le donnerons dans le prochain numéro. On pourra le rapprocher de celui de l'hôpital de St-Bartholomew, que nous avons extrait du *Medical circular* (*voir* le numéro du 5 novembre), et on aura ainsi connaissance de tous les faits malheureux de ce genre qui ont été publiés dans tous les pays, du moins jusqu'à ce jour.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. CHASSAIGNAC.

De la nécessité de fixer la trachée dans l'opération de la trachéotomie.

La méthode opératoire qui a pour base ce principe, qu'on ne doit jamais ouvrir la trachée sans l'avoir préalablement fixée au moyen d'un ténaculum qu'on implante, soit d'emblée, à travers la peau, soit après l'incision des téguments, possède déjà l'assentiment de praticiens recommandables, et il n'est guère douteux qu'elle ne devienne, un peu plus tôt, un peu plus tard, la règle de la pratique générale. Si cela n'existe pas déjà depuis longtemps, c'est qu'il ne suffisait pas d'avoir proposé, puis abandonné, comme M. Bretonneau, des petites érignes faites avec une aiguille à coudre, ou d'avoir, comme l'avait fait Liston, indiqué l'emploi d'une érigne sans détermination précise d'un lieu d'implantation fixe, et sans tirer aucun parti de cette érigne pour guider le bistouri dans la trachée. Des indications aussi vagues prennent rarement racine dans la pratique, parce que ce n'est pas sur des à peu près que l'on fonde des méthodes chirurgicales usuelles. Il fallait, pour rendre généralement applicable la règle de la fixation préalable, indiquer une marche sûre et toujours la même. C'est là qu'ont tendu les efforts de M. Chassaignac.

Le fait capital de son procédé, c'est d'avoir fait comprendre que le cartilage cricoïde était, par sa configuration et sa structure, la seule base anatomique d'un procédé opératoire rigoureux. Maintenant, quant à la question de savoir s'il convient d'implanter directement à travers la peau le ténaculum, ou bien si l'on doit faire une division préalable de la peau pour trouver d'une manière tout à fait certaine le cartilage cricoïde, c'est là-dessus que peuvent s'élever les divergences, et qu'il importe de fixer l'attention des chirurgiens. Notre devoir est dès lors de faire connaître scrupuleusement les éléments qui peuvent déterminer le choix du praticien entre ces deux manières de faire. En ayant osé dire que l'opération de la trachéotomie, si simple et si facile chez l'adulte et sur le cadavre, était une opération parfois extrêmement difficile chez l'enfant, il a été fait bon marché de l'amour-propre du chirurgien, qui, en général, n'insiste pas beaucoup sur le chapitre des difficultés opératoires, craignant toujours que son manque d'habileté ne soit mis en cause.

Aujourd'hui nous ferons un pas de plus dans cette voie de franchise, en signalant d'une manière très précise quelques difficultés et quelques fautes dont l'observation qui sera rapportée plus loin donnera nettement l'idée.

Si de cette manière l'amour-propre du chirurgien peut souffrir en quelque chose, du moins les praticiens trouvent-ils dans les renseignements de cette nature un moyen de plus d'éviter les déceptions auxquelles ils peuvent être exposés dans certains cas; ils verront, par exemple, que, si chez des enfants de cinq, sept et huit ans l'implantation d'emblée peut être faite avec certitude, chez des enfants de deux et trois ans il y a quelquefois nécessité de ne plonger le ténaculum sous le cartilage cricoïde que quand on s'est longuement et itérativement assuré par une incision préalable que c'est bien ce cartilage qu'on a sous le doigt. Il est essentiel de noter que, dans l'opération de la trachéotomie par le procédé cricoïdien, rien n'est définitivement engagé tant que la trachée n'est pas ouverte. Jusque-là les tâtonnements, la lenteur d'exécution ne compromettent pas la situation du petit malade d'une manière dangereuse. De sorte que rien ne doit être épargné, en fait de temps et de recherches, pour acquérir une certitude d'où doit dépendre tout le succès ultérieur et définitif de l'opération. Le cartilage cricoïde vous est-il si nettement perceptible à travers la peau que vous soyez parfaitement sûr que le crochet va pénétrer au-dessous de lui dans la trachée sans coup férir, vous abordez franchement l'ouverture du conduit aérien, et l'opération est alors aussi rapide que brillante et aussi sûre qu'elle est rapide. Conservez-vous l'ombre d'un doute, vous faites une moucheture verticale ou transversale, peu importe; et si au moyen de l'ongle et de la pulpe du doigt vous vous rendez parfaitement maître du cartilage, vous passez outre à l'exécution définitive du procédé. Vous reste-t-il encore quelques incertitudes, agrandissez la moucheture, disséquez aussi longtemps et aussi complétement qu'il est nécessaire pour la mise à découvert et la possession incontestable du point de ralliement que constitue le cricoïde, et rappelez-vous bien : 1° que, si vous possédez ce point, vous aurez une opération sûre et profitable; 2° que, s'il y a la moindre équivoque à cet égard, vous ouvrez la porte aux éventualités les plus fâcheuses; qu'il faut être extrêmement difficile en matière de certitude à ce sujet, par cette raison qu'il est arrivé à des chirurgiens, dont toute l'attention était concentrée sur ce point, de se tromper, de croire à une implantation exacte alors qu'elle portait à faux, et d'éprouver dès lors les déceptions qu'entraîne nécessairement l'erreur commise sur un point aussi capital de l'opération. De telle sorte que, dût-on nous objecter qu'en voulant acquérir une certitude absolue de la possession du cartilage cricoïde nous allons passer un temps considérable à cette recherche, nous allons ouvrir de nombreuses veines, prolonger une attitude qui dans la situation actuelle du malade est presque déjà une cause d'asphyxie, ôter à l'opération son caractère chirurgical pour la transformer en une sorte de dissection d'amphithéâtre, nous n'hésitons pas à répondre que, si tous ces inconvénients sont la condition nécessaire de la mise à découvert indubitable et de l'accrochement certain du cartilage cricoïde, il faut encore s'y exposer, sûr que l'on est d'avoir en définitive le dernier mot de cette situation difficile.

Ce qu'on doit surtout éviter dans cette opération de trachéotomie, ce qui vient tout compromettre, c'est cette précipitation à laquelle on est invinciblement poussé par le désir de faire cesser le plus promptement possible un état aussi anxieux. L'insistance que nous mettons à indiquer le cartilage cricoïde comme moyen de guider l'opérateur dans ses manœuvres n'est point inspirée par un esprit de minutie; nous obéissons à des motifs plus sérieux. Nous avons, en effet, remarqué qu'il y aurait de graves inconvénients à ne pas suivre très exactement l'indice cricoïdien, et parmi ces inconvénients s'en trouve un qui nous a particulièrement frappé. Lorsque l'extrémité du doigt indicateur, au lieu de porter sur le cartilage cricoïde, comprime au-dessous de celui-ci, la flexibilité du conduit trachéal permet à la pression du doigt d'affaisser complétement ce conduit au point de rapprocher jusqu'au contact sa paroi antérieure et sa paroi postérieure. Il résulte de là qu'en suivant le procédé qui nous est propre on peut, vu l'aplatissement momentané du conduit, saisir du même coup les deux parois avec le ténaculum et s'exposer ainsi à percer la trachée de part en part. La résistance propre au cartilage cricoïde ne permettrait pas un pareil aplatissement. C'est donc très exactement et exclusivement sur lui que doit porter la pression du doigt.

L'observation suivante, dans laquelle, malgré une faute grave, on est parvenu à sauver la vie d'un enfant atteint de croup confirmé, montrera que, même en s'entourant de toutes les précautions dont nous faisons habituellement usage, on peut se fourvoyer dans l'exécution du manuel opératoire.

Ernest....., vingt-sept mois, a été apporté à l'hôpital Saint-Antoine, le 6 juillet 1853, atteint de croup depuis deux jours. Le médecin qui a vu le petit malade en ville lui a administré un vomitif, lequel a déterminé l'expulsion, entre autres matières, de petits flocons d'un blanc rosé, dit la nourrice, et qu'à la description qu'elle en donne on peut soupçonner être de fausses membranes pelotonnées. L'affection avait été caractérisée comme étant un cas de croup par le médecin qui avait vu le malade en ville et par M. Boulay, médecin de l'hôpital Saint-Antoine; du reste, la voix, la toux présentaient l'enrouement, l'état voilé et la plupart des caractères propres au croup. La respiration était fort embarrassée, et l'état cyanosé de la peau du visage et des mains, le refroidissement général annonçaient que la circulation était profondément gênée.

M. Boulay, ayant décidé qu'il y avait indication pressante de faire la trachéotomie, M. Chassaignac procéda sur-le-champ à l'opération.

Le petit malade est couché sur une table recouverte de plusieurs draps et placée devant une croisée; un autre drap roulé en cylindre est engagé sous la nuque, afin de tendre la partie antérieure du cou. Un ténaculum est alors introduit sous le cartilage cricoïde, afin de fixer la trachée. Un bistouri à trachéotomie, enfoncé immédiatement au-dessous de l'insertion du ténaculum, incise en un seul temps tous les tissus jusqu'à la partie antérieure de la trachée inclusivement. On fait alors plusieurs tentatives pour introduire la canule dans la trachée, mais elles sont infructueuses, le dilatateur ayant été introduit dans le tissu cellulaire qui est au-devant de la trachée, et non dans ce conduit lui-même. On est du reste obligé de suspendre ces tentatives pour parer aux accidents de l'asphyxie, qui est à peu près complète. La respiration, en effet, est totalement suspendue; la face est violacée, les yeux saillants, humides, sans expression. Cet état de mort apparente a persisté pendant cinq ou six minutes; on l'a combattu par la titillation de la muqueuse pharyngienne, par des frictions sèches faites sur les membres, par des pressions exercées sur le ventre avec la main d'une manière intermittente et régulière, et ayant pour but de provoquer les mouvements d'élévation et d'abaissement du diaphragme. Sous l'influence de ces moyens, une succession d'inspirations et d'expirations de plus en plus profondes et régulières s'est établie; on a pu alors fixer la canule dans la trachée. L'écouvillon, introduit dans ce conduit par la canule, a déterminé le rejet du sang tombé dans la trachée.

Le 8 juillet, beaucoup de mucosités sortent par la canule; le malade éprouve de temps en temps des accès de suffocation.

Le 9, nouvelles attaques de suffocation, sortie de nouvelles fausses membranes, dont la nature tubulée est constatée par M. Moreau, interne de service.

Le 11, inappétence, tristesse, accès de suffocation.

Le 12, le malade est sans fièvre. Il mange avec bon appétit; il rend toujours de fausses membranes.

Le 17, un peu de chaleur fébrile à la peau. Du reste, aucun accident à noter dans la santé générale. Quelques fausses membranes mêlées de mucosités sont rejetées par la canule.

Le 19, la canule est enlevée. Il n'en résulte aucun accident; la respiration est presque libre.

Le 25, la plaie extérieure est en grande partie cicatrisée : il ne reste plus qu'une légère fistule; la santé générale est parfaite.

Le 31, la guérison est complète.

On a pu voir dans cette observation que le résultat a failli être compromis par l'introduction du dilatateur coudé dans le tissu cellulaire qui se trouve au-devant de la trachée. Cette faute eût suffi pour faire échouer complétement l'opération, si elle eût été faite par tout autre procédé dans lequel on ne fait pas usage du ténaculum cannelé. Mais quand on possède le moyen de retrouver sûrement le conduit aérien, on peut toujours revenir sur une manœuvre incomplète et redevenir, en définitive, maître du terrain. Ce procédé a encore un grand avantage, c'est celui d'éloigner cette diphthérite traumatique qui a été notée comme s'emparant dans ce cas de la plaie d'opération. Par le procédé de M. Chassaignac, la plaie est très peu considérable; elle vient se resserrer pour ainsi dire d'elle-même sur le pourtour de la canule; elle ne laisse point exposées au dehors ces larges surfaces saignantes auxquelles donnent lieu certains procédés opératoires pour la trachéotomie.

Sur quatre opérations de croup faites cette année à l'hôpital Saint-Antoine par le procédé de M. Chassaignac, l'une chez un enfant de sept ans, la seconde chez un enfant de onze ans, l'autre chez un enfant de dix-huit mois, et la quatrième, celle qui vient d'être rapportée, chez un enfant de vingt-sept mois, trois des jeunes sujets sont aujourd'hui parfaitement bien portants. Si de pareils résultats peuvent être imputés à ce qu'on appelle une série heureuse, il est permis, ce nous semble, de penser que le mode d'exécution du procédé opératoire n'y est pas complétement étran-

ger. (Voyez, pour la description complète des observations, le numéro du 7 mai 1853 de la *Gazette des Hôpitaux.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance extraordinaire du 12 novembre 1853. — Présidence de M. NACQUART.

Après la lecture du procès-verbal, dont la partie relative à la discussion sur le perchlorure de fer devra être reproduite à la séance prochaine, la parole est donnée à M. Patissier.

M. Patissier lit la première partie du rapport officiel annuel sur le service des établissements thermaux. La suite de cette lecture est ajournée à la séance prochaine.

— A quatre heures moins un quart, l'Académie se forme en comité secret pour entendre les rapports sur les prix. Nous en ferons connaître les conclusions dans le numéro prochain.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 9 novembre 1853. — Présidence de M. DENONVILLIERS.

Résumé de la discussion sur le chloroforme, suivi de considérations sur l'anesthésie. — M. ROBERT a la parole et s'exprime en ces termes :

Messieurs,

La commission que vous aviez chargée d'examiner l'observation de M. Vallet avait cru devoir resserrer son travail dans d'étroites limites. Instituée à l'occasion d'un fait particulier, elle s'était bornée à rechercher les cas analogues à ce dernier, à les analyser, à les comparer, puis à mettre en relief les dangers du chloroforme, auxquels plusieurs hommes éminents semblaient encore ne pas croire. Une étude plus approfondie l'eût entraînée trop loin; et d'ailleurs, de graves motifs l'engageaient à ne pas différer plus longtemps la présentation de son rapport. Un jugement venait d'être rendu, qui engageait gravement la responsabilité médicale, et menaçait peut-être, s'il eût été sanctionné, l'avenir de l'éthérisation, malgré ce qu'elle a d'utile et de consolant pour l'humanité. Il importait de recueillir au plus vite les éléments capables de faire envisager la question sous son véritable jour; et nous sommes heureux de penser aujourd'hui que notre œuvre ait pu exercer quelque influence sur l'esprit des magistrats appelés à reviser ce premier jugement.

La discussion soulevée par ce travail au sein de la Société de chirurgie a été longue, sérieuse, telle enfin que le comportait la gravité d'une question éminemment pratique, et qui intéresse chaque jour la vie des malades confiés à nos soins. Des faits nouveaux y ont été produits, des préceptes utiles y ont été posés. Aussi, votre rapporteur, à qui est aujourd'hui dévolu le soin de résumer cette discussion, se trouve-t-il obligé d'agrandir le cercle qu'il s'était primitivement tracé, et d'aborder la solution des problèmes divers qui touchent à l'emploi des anesthésiques. Livré à ses propres forces, il n'eût point sans doute osé aborder une semblable entreprise; mais en s'appuyant sur l'autorité de ses collègues, en s'inspirant des résultats de leur expérience, peut-être pourra-t-il remplir sa tâche avec quelque bonheur.

Il n'est que trop avéré aujourd'hui que le chloroforme, quoique pur et administré par des mains habiles, peut déterminer la mort d'une manière inattendue, soudaine et comme foudroyante, en suspendant l'action du cœur. Les faits rapportés par votre commission, joints à ceux en assez grand nombre que possède la science, nous paraissent démontrer sans réplique cette première vérité.

Quelques-uns de nos collègues, et notamment M. Giraldès, considérant le nombre presque infini des cas d'éthérisation, comparé au petit nombre d'accidents fâcheux, ont craint que nous n'eussions exagéré la fréquence de ces derniers. Pour en démontrer l'extrême rareté, M. Giraldès a fait divers calculs que nous ne reproduirons pas. Certes, messieurs, votre rapporteur est heureux de s'associer aux consolantes paroles de notre savant collègue; mais il doit repousser toute tentative dont le but serait d'établir une proportion numérique quelconque des cas malheureux. D'une part, en effet, on peut affirmer que ces derniers sont loin d'avoir tous été publiés; et de l'autre, il est impossible de connaître, même approximativement, le nombre total des cas où le chloroforme a été mis en usage. Tout ce que l'on peut dire à cet égard, et tout ce qu'a voulu prouver votre rapporteur, c'est que la mort est possible quand on administre le chloroforme. C'est là le point capital de la question; car il signale le danger et impose ainsi à tout praticien l'obligation de se tenir sur ses gardes.

Après ces courtes remarques, je vais suivre la Société de chirurgie sur le terrain où elle a placé la discussion, et j'examinerai successivement quelle part doit être faite à l'asphyxie, à la syncope, à la sidération, dans les effets fâcheux attribués au chloroforme.

1° DE L'ASPHYXIE. — M. Maisonneuve a insisté sur la possibilité de l'asphyxie, et il a examiné les conditions dans lesquelles elle peut se manifester aux diverses phases de l'éthérisation. Suivant lui, on peut l'observer au début chez les malades qui, pleins de confiance et d'énergie, aspirent trop largement et trop vite les vapeurs anesthésiques. Dans cette variété d'asphyxie, dont il a vu, dit-il, deux exemples, la sidération est instantanée, les lèvres deviennent bleues, les membres flasques, etc. Le malade mourrait probablement si des soins prompts et bien entendus ne lui étaient administrés.

En émettant cette proposition, notre collègue nous paraît avoir confondu les phénomènes de l'asphyxie proprement dite avec ceux de l'empoisonnement par le chloroforme aspiré en trop grande quantité.

En effet, pour qu'il y ait asphyxie, il faut qu'il y ait absence ou insuffisance d'air respirable. Or, les choses ne sauraient se passer ainsi chez un malade qui aspire à pleine poitrine de l'air chargé des vapeurs anesthésiques. Nous reconnaissons, il est vrai, que, d'après les expériences de Gay-Lussac sur le mélange des gaz permanents et des vapeurs, la raréfaction de l'air dans un espace donné doit se faire en proportion du volume des vapeurs de chloroforme mélangées avec lui. Mais nous n'admettons pas que cette diminution dans la proportion d'air atmosphérique respirée par le malade puisse aller jusqu'à produire l'asphyxie. Nous ferons observer qu'en pareille occurrence l'organisme supplée par l'accélération des mouvements respiratoires à la diminution des proportions d'oxygène qui arrivent aux poumons; de même que, dans les ascensions aérostatiques, nous voyons la respiration se précipiter à mesure que s'abaisse la colonne barométrique. Et d'ailleurs, l'asphyxie ne se présente pas avec les symptômes foudroyants qui ont signalé les cas de mort par le chloroforme. Concluons donc que les malades succombent à un empoisonnement par absorption de vapeurs délétères, et non à une asphyxie.

M. Maisonneuve ne nous paraît pas davantage avoir été dans le vrai lorsqu'il cherche à expliquer l'asphyxie pendant la période d'excitation. « Chez un grand nombre de sujets, dit-il, il arrive que les muscles, et » principalement ceux du larynx et de la poitrine, entrent dans une » violente contraction spasmodique. La respiration est suspendue quel» quefois pendant plus d'une minute. La face se congestionne. Par lui» même, cet état n'a rien de grave, et cesse spontanément au bout de » quelques instants. Mais si, dans le moment où le malade, sortant » de cet état spasmodique, vient à faire une inspiration profonde, le » chirurgien n'a pas la précaution de tenir éloigné le chloroforme, ce » gaz, inspiré avec force, pénètre presque pur dans l'intérieur des » bronches qu'il remplit, et l'asphyxie en est le résultat. »

Ici, évidemment, notre collègue est dans l'erreur. Il y a réellement menace et danger d'asphyxie lorsque le malade est en proie au spasme des muscles respiratoires, et par le fait même de ce spasme. Mais si la vie est menacée plus tard, c'est d'une tout autre manière, et seulement alors par les propriétés toxiques de la vapeur mélangée à l'air.

M. Demarquay a signalé une cause d'asphyxie déjà notée par M. le professeur Bouisson, cause plus réelle et plus importante que celle dont nous venons de parler. Chez certains sujets, le chloroforme détermine une tendance très marquée à la salivation et aux sécrétions muqueuses. Or, il arrive un moment où, la membrane muqueuse bronchique et trachéale se trouvant anesthésiée, le besoin d'expectorer et de cracher ne se fait plus sentir, la respiration devient stertoreuse; si l'on ne suspendait l'inhalation, ou si même l'on ne favorisait l'entrée d'un air pur dans la poitrine, il pourrait y avoir danger d'asphyxie. Il n'est aucun praticien qui n'ait fait cette remarque; mais je ne sache pas qu'on ait observé la mort à la suite de cet accident, dont il me paraît toujours possible de prévenir les effets.

Je n'insisterai pas plus longtemps sur les dangers de l'asphyxie surajoutée à l'action du chloroforme, ou combinée avec elle. Ces dangers ne peuvent réellement se présenter que lorsqu'on emploie des procédés d'inhalation défectueux, ou que l'on ne surveille pas l'état de la respiration. Je pense donc, avec M. Denonvilliers, qu'on ne peut redouter de ce côté aucun danger sérieux.

2° DE LA SYNCOPE. — Les accidents qui se rattachent à la syncope sont beaucoup plus communs et ont un caractère plus fâcheux. *A priori*, il est déjà facile de le concevoir, quand on considère que le chloroforme affaiblit la force de contraction du cœur, comme le prouvent les expériences sur les animaux et l'observation journalière chez l'homme. A cette cause il faut joindre toutes celles qui peuvent produire la syncope dans le cours des opérations chirurgicales. Ces causes sont les impressions morales vives et surtout la terreur qui s'empare des malades à la pensée d'une opération, la chlorose, la faiblesse congéniale ou acquise, la position verticale, et surtout la perte de sang qui accompagne nécessairement certains actes chirurgicaux. Le concours de ces deux ordres de causes doit donner aux syncopes un cachet de gravité tout particulier; aussi leur invasion est-elle brusque, et leurs progrès si instantanés qu'en peu d'instants le pouls est souvent à peine perceptible et la vie presque éteinte. Une circonstance particulière vient encore aggraver le danger. Dans la syncope ordinaire, les téguments conservent leur impressionnabilité; on peut avec avantage les stimuler par l'ammoniaque, l'eau froide, le chatouillement, la douleur. Dans la syncope chloroformique, au contraire, ainsi que l'a rappelé M. Maisonneuve, l'abolition plus ou moins complète de la sensibilité de la peau et des muqueuses rend tous ces moyens illusoires.

Une remarque intéressante à faire relativement à la propriété hyposthénisante du chloroforme, c'est qu'elle ne cesse pas immédiatement, et que même elle augmente quelquefois après que l'on a discontinué les inhalations. Le sang circule pendant quelque temps encore dans l'organisme imprégné des vapeurs anesthésiques, et portant sur tous les tissus, et notamment sur le cerveau et le cœur, son action stupéfiante; ce fait, signalé d'abord par M. Sédillot, a été confirmé par l'observation de tous les praticiens.

Grâce à la volatilité du chloroforme, l'influence qu'il exerce sur l'économie ne saurait être de longue durée; il s'évapore à la surface des cellules pulmonaires, et, de la sorte, l'organisme s'en trouve bientôt débarrassé. Toutefois, la syncope peut survenir plus ou moins longtemps après que l'inhalation a cessé, et alors que les malades, ayant recouvré la sensibilité et l'intelligence, semblent être soustraits à l'influence délétère de l'agent anesthésique. Ce fait, que je crois avoir noté le premier, a été rappelé dans le cours de la discussion par M. Forget. Qu'on me permette de reproduire ici l'observation que je communiquai en 1849 à l'Académie de médecine.

Un homme de quarante-neuf ans, d'une force herculéenne et adonné aux excès de l'ivrognerie, portait depuis dix-huit ans à l'aine droite une hernie qu'il avait toujours contenue. Le 27 août 1849, il était tombé de cheval; son bandage s'était cassé dans la chute; en même temps la hernie était sortie très volumineuse et n'avait pu rentrer. Lorsque je le vis à l'hôpital Beaujon, le 30 août au soir, il vomissait abondamment des matières roussâtres et manifestement stercorales. Du reste, la tumeur de l'aine, d'un assez grand volume, était peu douloureuse; le ventre était indolent. J'espérai donc pouvoir réduire cette tumeur, bien que plusieurs tentatives faites précédemment eussent été infructueuses. Du reste, j'étais décidé, en cas d'insuccès, à pratiquer immédiatement l'opération. Pour faciliter le taxis, j'eus recours au chloroforme; et, à cet effet, je plaçai une petite éponge dans une compresse roulée en cornet. Je dirigeai l'éthérisation moi-même, et j'eus la précaution de laisser toujours au malade un espace libre entre l'appareil et le visage pour ne pas gêner l'entrée de l'air.

Pendant dix minutes environ, le malade n'éprouva rien de notable; mais bientôt ses yeux s'injectèrent; il devint loquace, délirant comme un homme ivre; sa respiration se précipita, sa peau se couvrit d'une sueur abondante; enfin son agitation devint telle que trois infirmiers durent le contenir. Néanmoins, la sensibilité n'était pas abolie. Je me trouvai, en ce moment, dans un état de perplexité facile à concevoir. D'une part, l'agitation du malade ne permettait pas de pratiquer le taxis, encore moins la kélotomie, et je me voyais contraint ou de l'abandonner au lendemain, ce qui me paraissait dangereux, vu l'état avancé de l'étranglement, ou de continuer l'éthérisation pour obtenir l'insensibilité et l'immobilité complètes. D'une autre part, continuer l'éthérisation me paraissait chose grave; mais comme, à cette époque, on ne savait pas encore qu'il pût y avoir péril imminent à la prolonger, je me décidai en faveur de ce dernier parti. Ce fut seulement au bout d'une demi-heure que l'agitation se calma, que les muscles se relâchèrent et que je pus enfin procéder au taxis. Celui-ci fut continué pendant près d'un quart d'heure sans succès, et je dus enfin pratiquer la kélotomie. Pendant la durée de celle-ci, qui fut au moins de vingt minutes, le malade s'agita plusieurs fois; mais il fut immédiatement replongé dans l'anesthésie par des inhalations de courte durée. Après l'opération, il se réveilla; son pouls était petit et fréquent; il était abattu et conservait encore un peu de délire, ce qui m'engagea, par mesure de précaution, à le faire vêtir de la camisole. Au bout d'une heure, sa raison était entièrement revenue; il pria l'infirmier de service de lui ôter ce vêtement, qu'il trouvait incommode; il but à plusieurs reprises; il était calme et ne se plaignait de nulle part. Vers une heure du matin, il demanda encore à boire; mais, une demi-heure après, l'infirmier, s'étant approché de son lit, le trouva mort: il avait expiré sans bruit, sans agitation, sans même que ses voisins eussent pu s'en apercevoir, environ quatre heures après l'opération. A l'autopsie, pratiquée trente heures après la mort, je trouvai le cou et la face violacés et comme ecchymosés, le cerveau et les méninges fortement injectés; les poumons souples et crépitants, mais partout gorgés de sang noir; les cavités du cœur également remplies de sang noir, sans mélange de fluides aériformes.

A l'époque où j'eus l'occasion d'observer ce fait, M. Giraldès m'en communiqua deux en tout semblables.

Un homme de quarante ans fut admis à l'hôpital des Cliniques, au mois de juin 1848, pour y être traité d'une lésion traumatique, nécessitant l'amputation du bras. Avant d'y procéder, M. Giraldès eut recours au chloroforme. L'éthérisation fut longue, difficile, accompagnée d'une agitation extrême, d'efforts violents; cependant on obtint l'insensibilité. Après l'opération, le malade, revenu à lui-même, se trouva affaissé pendant toute la journée. La nuit suivante, à trois heures du matin, il expira subitement et sans agonie. A l'autopsie, M. Giraldès ne trouva rien d'altéré dans le cerveau ni dans la moelle épinière; mais les poumons étaient emphysémateux, les cavités droites du cœur et les grosses veines remplies de sang mêlé d'air.

Dans l'observation suivante, les accidents ont été produits par l'éther. Un malade de trente ans fut admis en 1847 à l'hôpital de la Pitié pour y être traité d'un rétrécissement de l'urètre. M. Giraldès le soumit à une première éthérisation, qui fut courte, naturelle, et eut lieu sans le moindre inconvénient.

Deux jours après, une nouvelle éthérisation eut lieu. Celle-ci fut longue, difficile; le malade s'agita beaucoup, et eut comme des mouvements tétaniques. Cependant l'insensibilité fut obtenue, et le cathétérisme pratiqué sans douleur. Le malade, étant revenu à lui au bout de quelque temps, n'éprouvait aucun malaise. Il prit un bain, où il resta trois quarts d'heure, puis il rentra à pied dans la salle et mangea de la soupe. Vers midi, c'est-à-dire quatre heures après l'opération, il alla aux lieux d'aisances, et là il tomba mort subitement. Tous les secours qui lui furent immédiatement prodigués restèrent inutiles.

A l'autopsie cadavérique, M. Giraldès trouva le cerveau et la moelle épinière intacts; mais les poumons étaient emphysémateux dans toute leur étendue, et même jusque dans le tissu cellulaire interlobulaire; les cavités droites du cœur, ainsi que les artères pulmonaires, les veines caves et toutes les veines qui s'y rendent directement étaient distendues par du sang spumeux.

Dans un tableau statistique des cas de mort par le chloroforme publié récemment dans le *Journal de médecine de New-York* (mai 1853, p. 404), j'ai trouvé l'histoire d'un jeune homme à qui on pratiqua l'amputation du bras. Le malade présenta d'abord une diminution graduelle du pouls et de la respiration, un état de mort apparente. Cependant il revint à lui et causa; mais plus tard le pouls disparut subitement, et la mort eut lieu trois heures après l'opération. L'autopsie ne fut point faite.

Dans les quatre observations qui précèdent, il est difficile d'expliquer la mort, alors que l'action du chloroforme paraissait épuisée. Je ferai cependant remarquer que chez les deux malades de M. Giraldès et le mien l'éthérisation a été longue, laborieuse, et accompagnée surtout d'une violente agitation. On ne saurait contester la gravité d'une surexcitation pareille, et l'on conçoit qu'elle puisse être suivie d'un collapsus mortel.

Chez deux de ces malades, on a trouvé de l'emphysème pulmonaire et de l'air mêlé au sang dans les cavités droites du cœur et dans les grosses veines. Il semblerait d'abord qu'on pût attribuer ces altérations aux violents efforts exécutés par les malades; et d'après les intéressantes recherches de M. Piedagnel, telle serait la cause de la mort subite. Mais j'aurai bientôt l'occasion de revenir sur ces lésions plusieurs fois constatées sur le cadavre des individus qui ont succombé à l'action du chloroforme, et je démontrerai, j'espère, que cette opinion ne saurait être adoptée.

3° DE LA SIDÉRATION. — La syncope déterminée sous l'influence du chloroforme survient souvent avec des caractères de soudaineté et de gravité qui peuvent la faire comparer à une sidération véritable. Cependant elle offre quelquefois une forme particulière, à laquelle je donnerai encore plus volontiers ce nom, tant est rapide le trouble général de l'organisme, tant est prompte la cessation des fonctions qui président directement à l'entretien de la vie. Cette forme est celle que j'ai voulu plus spécialement signaler dans mon rapport. Un individu jeune, bien constitué, dans un état de parfaite santé, est soumis à l'inhalation du chloroforme. Il n'éprouve d'abord rien d'extraordinaire; la réaction est modérée, la respiration libre, la circulation naturelle. Tout à coup, sans signes précurseurs, le pouls cesse de battre, la respiration ne tarde pas à s'arrêter, le visage pâlit, les pupilles se dilatent, l'individu s'affaisse sur lui-même; il est mort. Certes, il y a là quelque chose de caractéristique, et qu'on ne retrouve pas dans les lypothymies et les syncopes anesthésiques ordinaires. Dans celles-ci, la mort n'est point aussi instantanée. A la pâleur du visage, à l'affaissement général, à la petitesse du pouls, etc., l'organisme semble être averti du danger qui le menace. Dans la sidération, au contraire, il est tout d'un coup mortellement frappé par la paralysie du cœur.

Pour compléter ma pensée et présenter un tableau plus saisissant de cette variété de syncope anesthésique, je ne puis mieux faire que de rapporter une observation inédite que je dois à l'obligeance de M. le docteur Valette, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Dans la lettre qu'il m'écrit à ce sujet, mon honorable et habile confrère croit devoir me rappeler, dit-il, ses *états de service*. Puis il me fait connaître la disposition d'esprit où il se trouvait vis-à-vis du chloroforme à l'époque où cet accident lui est arrivé. Il avait été témoin peu auparavant d'un événement semblable, dans le service de M. Barrier, son collègue à l'Hôtel-Dieu de Lyon. Aussi ne se décida-t-il à anesthésier son malade que sur les vives instances de celui-ci, et en s'imposant la plus scrupuleuse prudence. Il s'agissait de pratiquer la staphyloraphie sur un enfant de treize ans, affecté d'une division congéniale du voile du palais. Craignant les efforts de vomissement assez communs à la suite des inhalations d'éther, et dès lors le tiraillement des points de suture, M. Valette résolut d'employer le chloroforme, dont l'usage était presque banni de l'Hôtel-Dieu de Lyon depuis le fait malheureux de M. Barrier.

Le malade, dit M. Valette, fut mis sur une chaise. Je m'assis en face de lui. Un aide placé derrière lui mit quelques gouttes de chloroforme sur une compresse qu'il plaça sous le nez à une distance de 1 à 2 centimètres. Cette précaution fut rigoureusement observée. Deux aides étaient placés de chaque côté du malade, de façon à pouvoir le maintenir tout en tenant sous le doigt les artères radiales. Dès la première inspiration, le petit malade se débattit violemment, mais il s'était débattu pour venir à la salle d'opérations, tant il était effrayé. Aussi ne tint-on nul compte de ses cris. Aussitôt qu'il le put, et il n'attendit pas pour cela l'insensibilité, M. Valette fit maintenir la bouche ouverte au moyen d'un abaisseur de la mâchoire, qui n'appuyait que sur les molaires du fond de la bouche et d'un seul côté de manière à ne pas gêner ses mouvements. Le malade criait toujours, mais il ne faisait plus que des mouvements assez faibles; le chloroforme

commençait à agir. Combien de temps sépara le début de l'inhalation et celui de l'opération? C'est ce que le chirurgien de Lyon ne peut préciser; mais il s'écoula au maximum trois ou quatre minutes. Un premier fil fut passé avec rapidité. Tout marchait bien jusqu'alors. La respiration s'exécutait facilement, le pouls ne présentait rien de particulier. M. Valette tourne la tête pour prendre la seconde aiguille, mais au même instant un aide s'écrie : Le pouls ne bat plus ! L'opérateur se retourne vivement. Le chloroforme avait été retiré; la face du petit malade avait une expression singulière. On le place immédiatement sur un lit; le fil est enlevé. Tous les moyens employés en pareil cas sont mis à contribution pour le ranimer : tentatives d'insufflations, frictions sur tout le corps, cautérisations sur la région précordiale avec des charbons ardents. Pendant près d'une demi-heure, on fit tout ce qu'on put imaginer pour sauver le malade, à l'exception de la suspension par les pieds, à laquelle M. Valette ne songea pas. A deux ou trois reprises, une inspiration rauque fit espérer, mais en vain, que la vie allait revenir. Le flacon de chloroforme fut immédiatement analysé par un habile chimiste, M. Ferrand. Il y manquait au plus 5 grammes de liquide, qui fut essayé par toute espèce de réactifs, et dont la pureté fut constatée.

L'autopsie fut pratiquée avec le plus grand soin en présence de plusieurs médecins et notamment de M. Barrier. Le voile du palais ne présentait rien de particulier. L'arrière-gorge n'était pas le moins du monde tachée de sang. Les résultats de cette autopsie furent complétement négatifs. Tous les organes furent examinés avec le plus grand soin par M. Valette et tous les assistants. Personne ne trouva rien à signaler. Le cœur était flasque, vide de sang. Les gros vaisseaux ne contenaient aucune bulle de gaz, aucune écume.

Lorsqu'on compare entre elles quelques-unes des observations de syncope grave ou de mort survenues par l'emploi du chloroforme, on est frappé d'une particularité sur laquelle je crois devoir appeler toute l'attention de la Société de chirurgie : c'est que ces accidents sont survenus au moment où commençait l'acte chirurgical, alors que les phénomènes de l'éthérisation s'étaient jusque-là succédés d'une manière régulière. Ainsi, dans l'observation de M. Vallet (d'Orléans), c'est au moment où est pratiquée l'incision de la joue que le malade pâlit et succombe; c'est encore au moment où M. Valette (de Lyon) vient de passer son premier point de suture que le pouls s'arrête tout à coup pour ne plus reparaître ; enfin, Mme Simon meurt tout à coup pendant l'extraction des dents.

M. le docteur Bickersteth (de Liverpool) a récemment publié dans le *Monthly journal* (septembre 1853) un travail dans lequel se trouvent les observations suivantes :

Obs. I. — Un enfant, amaigri par la maladie, âgé de neuf ans, eut à subir une ampution de jambe pour une affection du tibia en octobre 1851. Il fut promptement sous l'influence du chloroforme, et il respirait très bien lorsque M. Syme transperça le membre. J'avais, dit l'auteur, la main sur le pouls, et je le surveillais attentivement. Au moment où le couteau pénétra dans les chairs, il cessa subitement de battre et resta insensible pendant la durée de quatre ou cinq pulsations. La physionomie était devenue d'une pâleur mortelle. Lorsque le pouls reparut, il était d'abord très faible, mais au bout de quelques secondes il eut repris sa force première. La respiration pendant ce temps était douce et calme. On maintint l'anesthésie, et aucun accident fâcheux ne se présenta de nouveau.

Obs. II. — Elle a trait à une dame de dix-huit à vingt ans environ, dont M. Syme amputait la cuisse en novembre dernier. Le docteur Simpson administrait le chloroforme, et après l'opération il déclara que le pouls avait disparu au moment précis où le couteau traversait la cuisse, et s'était rétabli presque immédiatement avec un mouvement confus et rapide.

Obs. III. — Le 10 décembre 1851, une femme de quarante ans, d'un aspect pâle et amaigri, d'un tempérament nerveux et impressionnable, fut placée sur la table d'opérations, et on lui fit respirer du chloroforme. Elle respirait bien et devint bientôt insensible. On commença alors l'opération (amputation de cuisse), et aussitôt le pouls s'arrêta et ne put être senti pendant huit ou dix secondes, après lesquelles il reparut faible et à peine perceptible. Il reprit rapidement sa force, et au bout d'une minute il fut aussi fort qu'avant l'opération. Dans ce cas, la respiration ne s'affaiblit pas un instant, et, n'eût été un léger accroissement de pâleur du visage, aucun changement appréciable n'aurait pu être observé.

Dans le *Medical times* (22 novembre 1851) se trouve l'observation suivante de M. Stanley, chirurgien de l'hôpital Saint-Barthélemy. Il s'agit d'une opération pratiquée sur la joue et la mâchoire inférieure. Le chloroforme fut d'abord administré au moyen de l'inhalation ordinaire pendant douze minutes sans altérer ni le sentiment ni le mouvement volontaire. On versa alors le chloroforme sur un tampon de charpie placé au fond d'une serviette roulée en cône. Quelques minutes après, M. Stanley commença l'opération par une incision elliptique embrassant la portion de joue qu'il voulait enlever. A peine cela était-il fait que l'aide chargé de surveiller le pouls dit qu'on ne le sentait plus, et au même instant, sans effort et sans que la respiration devînt stertoreuse, la physionomie du malade changea, et il s'affaissa sur lui-même avec toutes les apparences de la mort. A l'aide de quelques soins qui lui furent administrés, il revint à lui.

Le même journal (*Medical times*, 20 mars 1852) rapporte l'observation d'un homme, âgé de vingt-trois ans, soumis à l'inhalation du chloroforme par M. Lloyd pour je ne sais quelle opération. Le chirurgien n'eut pas plutôt entamé la peau que le pouls s'arrêta subitement. Trois fois le malade revint à lui et trois fois il fut repris de syncope ; enfin, après quelques moments, il avait cessé de vivre.

M. Bickersteth, qui rapporte ces observations, vient de publier un intéressant travail dans lequel il cherche à établir que l'action délétère du chloroforme s'exerce sur la respiration et non sur le cœur. Or, comme les faits qui précèdent infirmaient sa théorie, il a trouvé commode de s'en débarrasser en disant que la mort a été causée par le choc de l'opération sur le système nerveux et non par le chloroforme. « Je ne puis, dit-il, m'empêcher de croire que c'est l'opération et non » le chloroforme qu'il faut accuser de la mort. »

Cette logique, il faut en convenir, prouve à quel point des idées préconçues peuvent égarer les esprits les plus éclairés. En lisant ces observations, il n'entrera dans l'esprit de personne que le chloroforme ait été étranger à la syncope et à la mort. Tous les hommes qui ont pratiqué la chirurgie avant que le chloroforme fût connu savent très bien que les syncopes étaient moins graves et beaucoup plus rares qu'elles ne le sont aujourd'hui : un cas de mort dans le cours d'une opération était un fait presque inouï. De tout ceci il résulte que le chloroforme, bien qu'il supprime la douleur, n'en laisse pas moins persister le retentissement du traumatisme sur l'économie et que ce retentissement, joint à l'affaissement anesthésique, peut amener une syncope grave ou la mort, qu'il n'eût pas produites à lui seul.

En résumé, le chloroforme ne peut produire l'asphyxie que lorsqu'il est administré d'une manière défectueuse et qu'on ne surveille pas l'état de la respiration. Mais il exerce sur l'organe central de la circulation une action hyposthénisante qui dispose à la syncope, qui donne à celle-ci une gravité remarquable et qui peut enfin déterminer la mort par une véritable sidération en paralysant tout à coup les mouvements du cœur. La démonstration de cette vérité me paraît d'une importance extrême; elle conduit à des inductions thérapeutiques dont l'utilité ne saurait être contestée. Je demanderai donc à la Société de chirurgie la permission de consacrer quelques instants à l'examen des opinions que l'on a essayé d'opposer à celle que je défends ici.

Dans les nécropsies des individus qui ont succombé au chloroforme, on a fréquemment trouvé de l'emphysème interlobulaire dans les poumons, et de l'air mêlé au sang dans les cavités droites du cœur. L'on serait disposé à regarder ces lésions comme ayant concouru d'une manière très active à déterminer la mort. Voyons quelle est la valeur de cette théorie.

Onze cas de mort par le chloroforme ont été relatés, tant dans mon rapport que dans le résumé actuel. Voici les résultats que nous fournit le relevé de ces observations.

Dans quatre cas (observations de MM. Vallet (d'Orléans), Rook, Robert et Valette (de Lyon)) il n'y avait ni emphysème, ni fluides aériforme dans les cavités droites du cœur ou les veines.

Dans deux cas (observations de M. Giraldès), il y a eu à la fois emphysème et gaz dans le cœur droit et les grosses veines.

Et dans cinq cas (observations de MM. Gorré, Barrier, de Confévron, malade de Strasbourg, observation de M. Mayer), il n'y a pas eu d'emphysème, quoiqu'on ait constaté la présence de gaz dans les cavités droites du cœur et des veines.

Commençons par dire que l'altération dont il s'agit n'est encore qu'imparfaitement connue, et qu'il manque à son étude une donnée importante, à savoir : l'analyse chimique des fluides aériformes trouvés dans le cœur et les vaisseaux. Ajoutons qu'elle perd beaucoup de son importance et ne saurait être considérée comme capitale dans l'histoire des morts subites par le chloroforme, puisqu'elle a manqué quatre fois sur onze.

Deux fois on a trouvé de l'emphysème et de l'air dans les cavités droites et les grosses veines. D'après les expériences de M. Gosselin (*Arch. de méd.*, 1848, t. XVIII, p. 398), il est démontré que l'emphysème résulte des violents efforts auxquels se sont livrés les malades.

Quant aux bulles d'air que l'on a trouvées dans le cœur droit et les veines caves, elles ne sauraient être la conséquence de la rupture des vésicules pulmonaires : les lois de la circulation ne permettent pas de le penser. Peut-être pourrait-on en expliquer la présence en admettant que l'air a reflué dans les artères pulmonaires, après la mort, en vertu de l'élasticité du poumon.

Mais il reste cinq cas dans lesquels la présence d'un fluide gazeux dans les veines et les cavités droites a été constatée sans emphysème. Il est difficile d'expliquer ce fait. Cependant nous remarquerons que dans l'observation de M. Gorré, dans celle de M. de Confévron et chez la malade de Strasbourg, la mort a eu lieu dans l'été. Dans le cas de M. Barrier, l'autopsie a été faite par un temps froid, il est vrai, mais soixante-douze heures après la mort. Dès lors il nous est difficile de ne pas admettre que la présence des fluides aériformes ne soit pas due à un commencement de décomposition cadavérique. Ainsi se trouvent réduites à une valeur secondaire, et même presque nulle, des altérations dans lesquelles on a voulu chercher une théorie de la mort subite par le chloroforme.

Un des organes les plus éminents de la presse médicale nous a fait l'honneur de s'occuper de notre rapport, de le discuter, de le critiquer même. En cela, il a exercé un droit, je dirai même un devoir. Mais il nous a accusé, en termes polis et détournés, d'avoir emprunté ses idées sans mentionner son nom. Nous ne saurions accepter ce reproche. Avant tout, nous dirons que dans notre rapport nous n'avons pas eu la prétention d'énoncer des idées nouvelles ; nous avons seulement exposé des observations, et nous en avons déduit les conséquences qu'une saine logique nous semblait permettre d'en tirer. Pour montrer maintenant que nous ne nous sommes point approprié les opinions de notre savant confrère, il nous suffira d'exposer celles-ci :

Pour M. Guérin (*Gazette médicale*, 1853, p. 413), les notions capitales relatives à l'emploi du chloroforme comprennent trois faits principaux. Le premier, c'est que l'agent toxique n'a jamais causé d'accidents par asphyxie passive, par insuffisance d'air. Le second, c'est que la mort peut arriver de deux façons : tantôt par une succession régulière et progressive des effets de l'anesthésie, par une sorte d'asphyxie toxique; tantôt presque subitement, et par une sorte de sidération. Le troisième, c'est qu'à une certaine dose le chloroforme tue toujours, et qu'à la dose où il est sans danger pour le plus grand nombre, il devient mortel pour certaines personnes, en vertu de dispositions particulières. De ces trois propositions, la dernière seule nous est commune; nous nous plaisons ici à le reconnaître. M. Guérin l'avait émise sans la démontrer; la déduction légitime des faits seule nous y a conduit. Quant aux deux autres, on va voir qu'elles diffèrent essentiellement des opinions que nous avons adoptées.

En effet, M. Guérin nie la possibilité de cette asphyxie, qu'il appelle passive ou par insuffisance d'air. Quant à nous, nous avons regardé cet accident comme possible, et nous avons dit il y a peu d'instants comment nous concevions cette possibilité. Suivant M. Guérin, la mort peut arriver tantôt progressivement, par une sorte d'asphyxie toxique, tantôt presque subitement et par une sorte de sidération, dont il place le siége dans le système nerveux. Pour lui, cette dernière est une action générale, profonde, subtile, qu'il est aussi arbitraire de morceler qu'il est impossible de localiser. Quant à nous, nous avons considéré le chloroforme comme un poison exerçant une action hyposthénisante sur le cœur, disposant ainsi à la lypothymie, à la syncope, et produisant même parfois la sidération, en paralysant subitement les contractions de cet organe. Cette opinion n'est pas seulement la conséquence des faits dont votre rapporteur a été témoin, mais elle est en harmonie avec l'observation de la plupart des chirurgiens de nos jours. Or, M. Guérin s'élève avec force contre cette explication de la mort par le chloroforme; il l'appelle *une dernière émanation de la médecine organique*. Il va plus loin encore : il nie toute action du chloroforme sur le cœur. Bien qu'il n'eût, dit-il, pas de doute à cet égard, il a voulu que l'expérience ne laissât aucun prétexte à cette prétendue action. Or, voici cette curieuse expérience. Il a excisé des cœurs de grenouilles; il a mis dans du chloroforme ces cœurs ainsi mutilés; ils ont continué à se contracter aussi longtemps que si on les avait laissés exposés à l'air. Bien plus, il lui a paru une fois que les contractions subsistaient plus longtemps dans le cœur ainsi plongé dans le chloroforme que dans le cœur simplement détaché des vaisseaux et placé sur une assiette en porcelaine. Cette expérience, fût-elle vraie, ne prouverait évidemment rien contre ce que nous avons dit de l'action du chloroforme sur la circulation; car, employé comme il l'est chez l'homme, par inhalation, ce n'est guère par son contact avec le cœur que cet anesthésique peut en paralyser les mouvements, mais bien plutôt par l'intermédiaire du système nerveux.

Toutefois, nous avons voulu répéter l'expérience de M. Guérin, expérience qui nous avait été indiquée déjà par M. le docteur Curie, préparateur au Muséum d'histoire naturelle, avec des résultats opposés. Le cœur d'une grenouille ayant été enlevé, nous avons versé sur lui quelques gouttes de chloroforme. Au moment du contact, ses contractions sont devenues plus rapides; mais au bout d'une minute elles se sont ralenties, et après trois minutes elles avaient entièrement cessé. Cette suspension a duré trois autres minutes, au bout desquelles le chloroforme s'étant évaporé, les battements du cœur ont recommencé. Nous avons attendu qu'ils fussent devenus réguliers et assez forts, puis de nouveau nous avons versé sur lui quelques gouttes de chloroforme; le même phénomène s'est reproduit. Et enfin, ayant abandonné le cœur à lui-même, ses battements ont recommencé, plus faibles il est vrai qu'auparavant, et ils ont continué encore pendant plus d'une heure. Cette expérience très simple, renouvelée plusieurs fois avec le même succès, démontre évidemment que le contact direct du chloroforme sur le cœur suspend la contractilité de cet organe.

Pour démontrer l'action toxique du chloroforme, M. Jules Guérin a fait diverses expériences que je vous demande encore la permission de rappeler. Les deux principales, dit-il, sont celles-ci :

« En injectant du chloroforme sous la peau, nous avons montré » qu'on pouvait produire un empoisonnement lent, régulier, à périodes » très espacées, à ce point que les animaux peuvent résister pendant » une demi-journée; en injectant quelques gouttes de chloroforme dans » les veines, nous avons déterminé, au contraire, la sidération la plus » instantanée et la plus complète. Voilà les deux sortes d'empoisonne» ment : 1° l'empoisonnement successif ; 2° l'empoisonnement instan» tané. Etudiées dans leurs conditions et leur mécanisme physio» logiques, ces deux expériences contiennent toute la doctrine de » l'empoisonnement par le chloroforme. »

J'en demande bien pardon à notre savant confrère ; mais il est une expérience plus simple et surtout plus logique : c'est celle qui consiste à faire absorber le chloroforme par inhalation, en graduant les doses, en veillant au libre accès de l'air dans les poumons, en prenant, en un mot, toutes les précautions requises chez l'homme. En suivant cette voie, comme je l'ai suivie moi-même, et comparant ensuite les effets produits chez les animaux à ceux que l'on obtient chez l'homme, M. Guérin eût été conduit sans doute à des résultats plus positifs, à des théories plus vraies, que par des expériences dont les conditions ne se réalisent jamais dans la pratique. Je n'insisterai pas davantage sur ce point. Je crois, en effet, avoir suffisamment démontré qu'il existe entre les opinions de M. Guérin et les miennes de trop grandes différences pour qu'on puisse m'accuser de plagiat.

Dans mon rapport, j'avais insisté sur ce point capital, à savoir, que, dans les observations par moi citées, on ne pouvait attribuer la mort à ce que l'éthérisation avait été poussée jusqu'à ses limites extrêmes, mais bien à des circonstances insolites inconnues dans leur essence, et qu'il m'a paru naturel d'attribuer à une disposition propre à l'individu.

J'avais cru devoir combattre les doctrines de M. Baudens, et surtout les conclusions qu'il en tire. On sait, en effet, que le chirurgien du Val-de-Grâce, se fondant sur les expériences de M. Flourens, prétend que lorsqu'on veut obtenir plus que l'insensibilité, c'est-à-dire la résolution musculaire, il y a danger de mort. « On ne laisse plus, dit-il, » de la vie au trépas que l'épaisseur d'un cheveu, ou, si l'on aime » mieux, l'épaisseur du nœud vital. » Depuis la lecture de notre rapport, M. Baudens a reproduit ses idées dans un mémoire adressé à l'Institut, mémoire dans lequel il a contesté la valeur de nos observations. Nous sommes donc obligé de le réfuter de nouveau.

Sans doute, nous admettons avec M. Flourens que l'action du chloroforme est progressive et successive, qu'elle abolit d'abord la sensibilité, puis les mouvements volontaires, et qu'elle frappe seulement en dernier lieu les appareils de la respiration et de la circulation ; mais si M. Baudens avait bien voulu répéter les expériences de notre habile physiologiste, il aurait vu qu'entre le moment où disparaissent la sensibilité et la myotilité et celui où l'atteinte est portée aux muscles de la circulation et de la respiration il existe une période, justement désignée par M. Chassaignac sous le nom de période de tolérance anesthésique, pendant laquelle la respiration est large, égale, facile, le pouls d'une fréquence modérée, régulier et assez plein. La durée de cet état, surtout quand on n'exagère pas les doses du chloroforme, est en général fort longue. Dans nos expériences, nous l'avons vue varier entre une demi-heure et une heure un quart d'inhalation continue. De plus, lorsque la circulation et la respiration commencent à être menacées, l'affaiblissement de ces deux grandes fonctions est graduel et leur extinction peut être prévue.

Chez l'homme, les choses se passent habituellement de la sorte. On observe le plus souvent la succession régulière de ces phénomènes. Mais, il faut bien le dire, il y a des cas exceptionnels où cette succession est intervertie ; des cas où, comme l'a fait observer M. Roux avec tant de vérité, la sensibilité persiste longtemps après que les mouvements volontaires sont abolis ; d'autres où c'est l'intelligence qui se conserve après que la sensibilité et la myotilité ont disparu. Ce sont des observations de cette espèce qui nous amènent à comprendre comment le chloroforme, portant tout d'abord et irrégulièrement son action sur un muscle de la vie organique, le cœur, a pu amener de ces syncopes mortelles ou sidérations, que M. Baudens nous semble avoir confondues avec la mort survenant sous l'influence de l'éthérisme porté à ses limites extrêmes.

Les doctrines de M. Baudens l'ont conduit à donner le précepte de ne jamais pousser l'inhalation au delà de l'insensibilité. Nous nous sommes déjà élevé avec force contre cette pratique ; nous avons été heureux que l'expérience des membres de la Société de chirurgie soit venue sanctionner notre manière de voir. Toutefois, un de nos collègues, M. Forget, a paru dissident sur ce point. Après avoir relaté quelques faits empruntés à M. Hervez de Chégoin, il termine par ces mots : « Ce que l'on doit se proposer dans l'emploi des anesthésiques, » c'est ce degré d'insensibilité qui, sans être profonde et accompagnée » de la résolution musculaire, suffit néanmoins pour faire perdre au » malade la conscience de sa douleur, ou ne la lui laisse qu'à un » faible degré. »

Malgré l'opinion de notre honorable collègue, nous ne saurions considérer les faits cités par M. Hervez de Chégoin que comme des faits rares et exceptionnels et ne pouvant nullement servir de guide dans la pratique de l'anesthésie. Ajoutons que, si l'on se borne à émousser la sensibilité, l'intelligence n'en est pas moins ordinairement troublée, et l'on aura alors le désavantage de trouver le malade impuissant à maîtriser les mouvements provoqués par la douleur que ne manquera guère de réveiller le bistouri dans de semblables conditions. La chirurgie perdra ainsi toute sécurité, et le chloroforme ne pourra trouver son application que dans les opérations courtes et de peu d'importance.

J'arrive maintenant à une objection plus grave qui m'a été adressée d'abord par M. Giraldès et que M. Follin a reproduite avec force dans les *Archives générales de médecine* (août 1853, p. 228). Il semble résulter d'expériences faites par M. le docteur John Snow, à qui l'Angleterre doit d'intéressants travaux sur les effets du chloroforme, que chez les animaux, tels que chiens, chats, lapins, cochons d'Inde, cette substance ne peut être respirée impunément que lorsque les vapeurs en sont mêlées à l'air atmosphérique dans des proportions déterminées. Lorsqu'on place un de ces animaux dans un vase clos contenant 3 ou 4 p. 0/0 de vapeur anesthésique, les battements du cœur et la respiration s'arrêtent généralement au bout de dix ou quinze minutes, et, si l'on ne prolonge pas trop les inhalations, il peut être rappelé à la vie; si à ces mêmes animaux on fait respirer de l'air contenant plus de 8 p. 0/0 de chloroforme, la mort arrive avec une grande rapidité ;

l'action du cœur cesse à peu près en même temps que la respiration ; et, bien qu'on les rende à l'air libre, il est rare qu'ils reviennent à la vie. Appliquant à l'homme les résultats de ses expériences, M. Snow pense qu'il y a péril imminent toutes les fois que dans les inhalations on emploie 8 p. 0/0 de vapeur de chloroforme, et il attribue les cas de mort connus jusqu'à ce jour à ce qu'on a fait respirer cet agent dans des proportions trop considérables. Il en conclut que, pour prévenir tout accident, il faut s'assurer que les proportions de chloroforme à inhaler ne dépasseront pas celles dont il pense avoir établi l'innocuité. Pour obtenir ce dosage précis, il veut ou que l'on administre le chloroforme avec un appareil spécial dont il donne la description, ou qu'à l'exemple du docteur Bigelow (de Boston) on ait recours à un mélange de chloroforme et d'alcool rectifié. Telle est en quelques mots la doctrine du médecin anglais.

M. Follin adopte complétement cette manière de voir. Il adresse à notre rapport le reproche de n'avoir établi aucune discussion sur la quantité respirable de chloroforme, et, suivant lui, nos observations ne démontrent pas ce que nous avons avancé; car on n'y trouve pas même, dit-il, un simple aperçu des proportions probables de chloroforme mêlé à l'air inspiré. En conséquence, la mort que nous avons expliquée par des susceptibilités, il se croit en droit de l'attribuer à ce que l'agent anesthésique a été donné dans des proportions trop élevées.

Voici la réponse que nous croyons devoir faire à cette objection :

Personne ne conteste aujourd'hui les propriétés toxiques du chloroforme lorsque ses vapeurs sont très concentrées. Les expériences sur les animaux l'ont démontré depuis longtemps. Ce que M. Snow a seulement voulu déterminer, ce sont les proportions mathématiques de vapeur anesthésique que l'on peut mêler à l'air sans danger. A-t-il été heureux dans cette tentative? Nous n'hésitons pas à répondre que non. En effet, nous pourrions d'abord contester à M. Snow la valeur de l'assimilation qu'il fait à l'homme des résultats obtenus par lui sur de petits mammifères, tels que chats, lapins, cabiais. Rien ne prouve que les doses qui deviennent excessives sur ces animaux le soient également pour l'homme, et que celui-ci, par exemple, ne puisse supporter les huit ou dix pour cent qui sont funestes pour les lapins. Rien ne prouve même que ces doses soient suffisantes pour produire l'anesthésie. Cependant nous voulons bien admettre ces déductions, si toutefois les faits sur lesquels l'auteur s'appuie offrent les caractères d'une bonne et rigoureuse expérimentation. Pour obtenir la mesure exacte du chloroforme inhalé, M. Snow a dû le faire volatiliser dans des vases clos d'une capacité connue et y enfermer les animaux. Or tout le monde comprend que, ceux-ci respirant une atmosphère de plus en plus viciée par leur propre respiration, les phénomènes de l'asphyxie doivent se surajouter à ceux de l'empoisonnement et en précipiter la marche.

Et d'ailleurs, alors même que les résultats obtenus par M. Snow seraient d'une valeur incontestable, on n'en pourrait faire l'application à l'homme; car, chez celui-ci, l'éthérisation devant être pratiquée d'une façon toute différente, c'est-à-dire à l'air libre, il est impossible d'évaluer, même approximativement, les doses de chloroforme inhalées. Connaissons-nous, par exemple, la quantité de vapeur anesthésique qui, à chaque inspiration, traverse l'appareil, celle que l'air ambiant traverse avec lui, selon qu'il est plus ou moins calme, plus ou moins agité, selon sa température? Enfin, l'homme dont la respiration est ample et rapide n'inspire t-il pas beaucoup plus de chloroforme dans un temps donné que celui dont la respiration se trouve dans des conditions opposées? Quant à l'appareil proposé par M. Snow pour doser le chloroforme, nous aurons l'occasion de le décrire bientôt, et il sera facile de voir que cet appareil ne satisfait nullement aux indications posées par son auteur.

Certes, s'il était vrai qu'en faisant respirer à l'homme plus de 3 ou 4 pour 100 de vapeurs anesthésiques on mette la vie en danger, quelle ne serait pas la fréquence des cas de mort qu'entraînerait l'usage des appareils vraiment défectueux qui, jusqu'à ce jour, ont prévalu dans la pratique ! Tantôt c'est une éponge ou un bourdonnet de charpie, tantôt un mouchoir sur lesquels on verse quelques gouttes de chloroforme, et qui doivent souvent en laisser exhaler des proportions beaucoup plus considérables que celles dont M. Snow a proclamé l'innocuité. Et cependant les malheurs sont heureusement très rares, quoique le chloroforme soit administré journellement à des milliers d'individus et par mille mains plus ou moins habiles.

Je viens d'établir que le dosage du chloroforme chez l'homme tel que l'entend M. Snow est impossible. Je vais maintenant démontrer qu'en le supposant praticable, il n'offrirait pas encore une complète sécurité.

Les observateurs sont unanimes à reconnaître que la résistance vitale est loin d'être la même chez tous les sujets, et que les agents modificateurs de l'organisme déterminent des effets qui varient non-seulement d'après les individualités, mais d'après les conditions particulières où celles-ci se trouvent dans un moment donné. Pourquoi le chloroforme échapperait-il à cette loi générale?

Tel est plongé dans un sommeil profond par quelques gouttes de ce liquide, tandis que tel autre peut impunément en absorber plusieurs grammes. On lit dans la *Gazette médicale de Toulouse* l'histoire d'un enfant nouveau-né opéré de bec-de-lièvre simple, et chez lequel on employa, pour favoriser la réunion, une bandelette de linge imbibée de collodion. A peine la bandelette fut-elle appliquée sur la lèvre supérieure que l'enfant tomba aussitôt dans un sommeil profond, accompagné d'insensibilité et d'imminence de syncope. On le plaça aussitôt dans un courant d'air frais, et une minute et demie après l'application de la bandelette les accidents s'étaient dissipés. Qu'on évalue ce qui peut se dégager de vapeur anesthésique d'une bandelette large de moins d'un centimètre et longue de quatre ou cinq, et l'on verra quelle petite quantité d'éther a été nécessaire pour occasionner le sommeil et l'insensibilité chez l'enfant. (*Abeille médicale*, 15 juillet 1853.)

Et qu'on ne croie pas, du reste, que l'espèce humaine soit seule à présenter ces différences; on les observe aussi chez les animaux. M. le docteur Nunneby, à qui l'Angleterre doit un important ouvrage sur l'anesthésie (*On anesthesia*, Worcester, 1849), a signalé ce fait, dont j'ai trouvé la confirmation dans les expériences auxquelles moi-même je me suis livré.

Il est donc rationnel d'admettre que le chloroforme, dont la pratique journalière atteste l'innocuité, alors même qu'il est administré dans les proportions variables et indéterminées que fournissent nos divers procédés d'éthérisation, peut, à un moment donné, occasionner des accidents graves, et même, en vertu de ces susceptibilités individuelles, la mort. Qu'il me soit permis de rappeler quelques-uns des cas malheureux que j'ai cités, et il demeurera constant pour tout homme dégagé d'idées préconçues que les malades n'ont point succombé à des quantités trop considérables de vapeurs anesthésiques absorbées à la fois. Ainsi qu'il vous souvienne de l'observation de M. Valette (de Lyon). L'opérateur, qui se défiait beaucoup du chloroforme, en versa quelques gouttes sur une compresse qu'il plaça sous le nez, à une distance de un ou deux centimètres. Cette précaution, dit-il, fut rigoureusement observée.

Dans l'observation de M. Barrier, il est dit expressément que deux aides *très habitués à manier le chloroforme* se servirent d'une compresse à tissu très clair étendue au-devant du visage, laissant *un passage facile à l'air atmosphérique*, et sur laquelle ils versèrent le chloroforme *par gouttes à plusieurs reprises*.

Enfin, M. Vallet (d'Orléans) présida lui-même à l'administration du chloroforme. Il présenta une éponge imbibée d'*un gramme* de ce liquide, d'abord *à distance de l'ouverture des narines*, puis il la rapprocha graduellement, en ayant la précaution de *laisser continuellement la bouche libre et ouverte*.

Si, d'une part, l'on tient compte du soin que l'on a pris dans tous ces cas de maintenir l'appareil éloigné de la bouche, de verser le chloroforme par petites quantités; si, de l'autre, on réfléchit à la volatilité de ce liquide, ne pensera-t-on pas avec nous que la plus grande partie de sa vapeur se répandra dans l'atmosphère, et qu'il n'en arrivera aux poumons qu'une très faible portion?

Dans un travail récent sur le chloroforme, M. Jobert a attribué l'action exceptionnelle des anesthésiques sur quelques individus à des conditions anatomiques spéciales qui en favoriseraient singulièrement l'absorption dans les voies respiratoires. Voici comment il s'exprime (Académie des sciences, 20 juin 1853. — *Gazette médicale*, page 409) : « Les larges communications médiates qui peuvent être établies exceptionnellement, chez certains individus, entre les bronches et les vaisseaux pulmonaires favorisent instantanément l'anesthésie. Les communications établies, en effet, entre les bronches et les vaisseaux sont plus remarquables chez certains sujets que chez d'autres, comme le démontrent les injections. » En présence de la possibilité de telles anomalies, M. Jobert recommande une grande prudence.

Il y a dans cette assertion de notre éminent confrère d'abord une hypothèse, puis une erreur anatomique. Rien ne démontre, en effet, que les sujets chez lesquels le chloroforme agit avec une rapidité exceptionnelle aient des communications broncho-vasculaires plus larges que les autres. D'ailleurs, ces communications n'existent pas. Le système vasculaire est parfaitement clos aux poumons comme partout ailleurs. Depuis que les illusions de Ruysch et de son école se sont évanouies devant l'observation sévère et la saine physiologie, personne n'ignore les nombreuses causes d'erreur que peuvent enfanter les injections cadavériques. Il est donc à regretter que M. Jobert n'ait pas appuyé par des faits une opinion si contraire aux notions aujourd'hui accréditées par tous les anatomistes.

Nous venons de passer en revue les théories émises pour expliquer les cas de mort subite survenue par l'emploi du chloroforme, et il résulte de cet examen qu'aucune d'elles ne peut soutenir une discussion approfondie. On arrive donc forcément à cette conclusion déjà énoncée dans notre rapport, à savoir, que les cas malheureux doivent être imputés à des dispositions particulières de l'organisme dont la nature nous est inconnue.

INSTRUCTION

Sur les moyens de reconnaître la pureté du sulfate de quinine.

(COMITÉ CONSULTATIF D'HYGIÈNE PUBLIQUE.)

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics vient d'adresser aux préfets une circulaire pour l'application de la loi du 27 mars 1851, sur les marchandises falsifiées, aux sulfates de quinine qui contiennent plus de 3 p. 100 de mélange. A cette circulaire est jointe l'instruction suivante sur ce sujet, du comité consultatif d'hygiène publique.

L'importance qui s'attache au sulfate de quinine, l'un des médicaments les plus employés aujourd'hui, les inconvénients graves et presque toujours irréparables qui pourraient résulter de l'emploi d'un sulfate falsifié par l'addition de matières inertes, font à l'administration un devoir de recommander particulièrement ce produit à l'attention des jurys médicaux, chargés de la surveillance des pharmacies et des autres établissements où l'on prépare et débite des médicaments.

Pour faciliter les recherches, l'administration a cru utile de réunir dans la présente instruction les données principales et pratiques fournies par la science sur la matière.

Cette instruction n'a pas pour but de signaler toutes les fraudes qui ont pu se pratiquer sur le sulfate de quinine, ni tous les moyens de les reconnaître; ce sont de simples indications que l'on se borne à rappeler aux hommes instruits qui composent les jurys, et dont ils sauront faire une application intelligente à chaque cas particulier qui se présentera à leur examen.

Le sulfate de quinine, tel qu'il doit être employé pour l'usage médical, est blanc, cristallisé en aiguilles déliées, d'une saveur très amère. Il exige pour se dissoudre plus de 700 parties d'eau froide et 30 environ d'eau bouillante; il est formé de deux équivalents de quinine, un équivalent d'acide sulfurique et huit équivalents d'eau, ce qui représente pour 100 de sulfate 74,31 de quinine, 9,17 d'acide sulfurique et 16,51 d'eau. Ce sel a une faible réaction alcaline sur le papier de tournesol rougi; cette réaction s'affaiblit et peut devenir acide lorsque le sel renferme une plus forte proportion d'acide.

A 100°, le sulfate de quinine perd 7 équivalents d'eau, c'est-à-dire les 7/8es de celle qu'il renferme, ou 14,45 p. 0/0. Il s'effleurit aussi, mais incomplétement, dans un air sec à la température ordinaire.

Brûlé à l'air sur une lame de platine, il ne laisse aucun résidu appréciable. Le sulfate de quinine ne se colore pas sensiblement lorsqu'on le délaie à froid avec de l'acide sulfurique concentré.

Les substances que l'on a signalées comme employées le plus fréquemment pour falsifier le sulfate de quinine sont le sulfate de chaux, la salicine, le sucre en poudre, le sulfate de cinchonine, certains corps gras, tels que l'acide stéarique, l'acide margarique, etc.

Le sulfate de chaux se reconnaît, comme les matières minérales en général, au moyen de l'incinération : on brûle dans une petite capsule de platine 1 gramme de sulfate jusqu'à ce que toute trace de charbon ait disparu; le résidu représente le poids du sulfate de chaux qui aurait pu exister dans le sel de quinine. L'on pourrait encore traiter le sulfate suspect par l'alcool à 85 centièmes, qui à chaud dissoudrait le sulfate de quinine et laisserait pour résidu le sel calcaire; ce procédé permet d'agir sur de plus grandes quantités et n'entraîne pas la perte du sulfate essayé.

Pour reconnaître la salicine, on délaie le sulfate avec un peu d'acide sulfurique concentré, qui le colore en rouge foncé lorsqu'il renferme de la salicine. Cette réaction est encore sensible lorsque la proportion de salicine est de 1/100e. Il est bon de remarquer que la salicine n'est pas la seule matière organique ayant la propriété de rougir par l'acide sulfurique : pour affirmer sa présence, il faudrait l'isoler par des manipulations ultérieures; mais dans tous les cas la coloration rouge indique une adultération du sulfate; lorsqu'il est pur, il ne doit pas se colorer.

Le sucre qu'on aurait pu ajouter au sulfate de quinine donne, lorsqu'on brûle le mélange à l'air, une odeur caractéristique de caramel que ne présente pas le sulfate pur. On peut aussi isoler le sucre en nature; il suffit pour cela de dissoudre le mélange dans l'eau, d'y ajouter de la baryte en excès, de manière à précipiter tout l'acide sulfurique et toute la quinine; de faire passer ensuite dans la liqueur un courant d'acide carbonique, pour séparer l'excès de baryte; de chauffer, de filtrer et d'évaporer convenablement la liqueur, qui ne renferme plus que le sucre.

Les acides gras, ou toute autre matière insoluble dans l'eau et dans les acides faibles, se reconnaissent en traitant le mélange par l'eau aiguisée d'acide sulfurique, qui sépare le sulfate de quinine des corps gras insolubles.

Le produit que l'on trouve le plus ordinairement mélangé au sulfate de quinine est le sulfate de cinchonine. Ce mélange peut être le résultat de la fraude, mais il peut aussi résulter d'une purification insuffisante du sulfate de quinine. La présence de la cinchonine dans le sulfate de quinine se reconnaît de la manière suivante :

On prend 1 gramme du sulfate suspect, qu'on introduit dans un flacon à petite ouverture, long et étroit, de 20 à 25 centimètres cubes de capacité; on verse sur le sulfate 10 centimètres cubes d'éther sulfurique exempt d'alcool; on agite le mélange, afin de bien diviser le sulfate, et l'on y ajoute 2 centimètres cubes d'ammoniaque liquide. Lorsque le sulfate est pur, il se dissout sans résidu dans ce mélange d'ammoniaque et d'éther. Lorsqu'il renferme de la cinchonine, cette dernière base reste indissoute et forme un dépôt blanc entre les deux liquides aqueux et éthéré.

En décantant convenablement les liquides, on pourrait recueillir et peser la cinchonine; toutefois, lorsqu'il s'agit, non pas seulement de constater la présence de la cinchonine, mais de déterminer sa proportion, il est préférable d'opérer sur une quantité plus considérable que celle que nous venons d'indiquer.

L'on a signalé, dans ces derniers temps, la présence d'autres alcaloïdes dans le sulfate de quinine, particulièrement de la quinidine, base qui paraît exister en quantité notable dans certaines variétés de quinquina. On peut reconnaître la quinidine en employant le procédé qui vient d'être décrit pour la cinchonine. La quinidine reste, comme cette dernière base, indissoute dans l'éther, sous forme de précipité blanc caillebotté; la quinidine cependant n'est pas, à beaucoup près, aussi insoluble dans l'éther que la cinchonine; celle-ci exige pour se dissoudre environ 1,200 parties d'éther; l'on peut donc, sans erreur appréciable, négliger la petite quantité dissoute par 10 centimètres cubes. Il n'en est pas de même pour la quinidine, qui est sensiblement soluble dans l'éther; cette circonstance ôte à l'essai le caractère d'exactitude rigoureuse qu'on doit rechercher, en général, dans une analyse; mais on peut cependant considérer cet essai comme suffisant pour la pratique, tant en raison de ce que l'erreur est peu considérable, qu'en considération de l'analogie qu'offrent au point de vue médical les deux bases dont il est question.

Dans le cas où le sulfate essayé contiendrait à la fois de la cinchonine et de la quinidine, le précipité obtenu dans l'essai précédent se dissoudrait en partie par l'addition d'une nouvelle quantité d'éther; la portion dissoute serait d'autant plus considérable que la quantité de quinidine serait plus grande.

Le sulfate de quinine pur doit satisfaire à toutes les conditions que nous avons indiquées plus haut. Cependant on ne devra pas considérer nécessairement comme falsifié tout sulfate qui renfermerait des traces de sulfate de chaux ou de cinchonine. Il y a une certaine tolérance que l'on doit accorder aux nécessités d'une fabrication manufacturière : tout dépend de la quantité; c'est ici une affaire d'appréciation de la part des membres des jurys médicaux. Mais dans aucun cas ils ne devront tolérer la vente du sulfate de quinine qui renfermerait plus de 3 p. 100 de sulfate de cinchonine.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Nous avions annoncé dans le temps le projet conçu par l'administration de l'assistance publique de fonder un nouvel hôpital des enfants dans le faubourg Saint-Antoine. Ce projet, à la pensée duquel nous avions applaudi, va recevoir son exécution par la consécration de quelques salles (150 lits environ) de l'hôpital Saint-Antoine aux maladies de cet âge.

— On lit dans le *Medicinische Zeitung Russlands* : « Depuis l'apparition du choléra à Saint-Pétersbourg le 1er octobre 1852, on a compté dans cette ville 13,861 malades, 8,190 guérisons et 5,609 décès.

» En Ecosse, on a compté 14 cas à Dundee, en deux jours, le 5 et le 6 novembre; 8, le 7 et le 8 novembre. Cette ville paraît jusqu'ici une de celles qui ont le plus souffert de l'épidémie après Newcastle. Quelques cas isolés ont eu lieu à Morpeth, Faversham, Gateshead, Heworth, South-Shields, Luton, Shood.

» En Irlande, le choléra a paru à Dublin, à Cork, à Belfast, et les journaux irlandais nous apportent le triste récit de deux navires chargés d'émigrants, le *Guiding star* et le *Koshuth*, qui ont été forcés de relâcher sur les côtes d'Irlande, après avoir perdu, le premier, 9 personnes; le second, 18 personnes.

» Il y avait encore à bord du premier navire 13 personnes affectées de choléra, et 50 à bord du second; les deux navires ont été mis en quarantaine, et les malades transportés à l'hôpital de Work-House.

» A Bruxelles, depuis le 13 septembre, il y a eu 12 malades et 9 morts. »

— M. le docteur Valleix, médecin de l'hôpital de la Pitié, commencera ses conférences cliniques le 16 novembre, à neuf heures, et les continuera les lundis, mercredis et vendredis.

LE SOUBD.

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 136. — JEUDI 17 NOVEMBRE 1853. (26e ANNEE.) N° 136. — JEUDI 17 NOVEMBRE 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

	Trois mois	Six mois	Un an
Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	8 fr. 50 c.	16 »	30 »
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	9 fr.	17	33
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	10 fr.	20	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

PARIS, LE 16 NOVEMBRE 1853.

Séances des Académies.

Les bons comptes, on pourrait ajouter les bons procédés font les bons amis. Réglons d'abord les comptes.

La séance de l'Académie de médecine a été moins désastreuse que nous ne devions le craindre pour la méthode de la coagulation du sang appliquée à la guérison des anévrismes. Deux orateurs seulement, MM. Velpeau et Leblanc, ont pris la parole.

Le premier, après avoir rappelé tous les faits malheureux dont M. Malgaigne avait avant lui rapporté l'histoire, et tout en louant son collègue d'avoir appelé l'attention de l'Académie sur cet important sujet, a trouvé cependant que ses conclusions étaient trop rigoureuses; il ne voudrait pas que l'on désespérât d'utiliser cette méthode, soit en trouvant un liquide plus inoffensif que la solution de perchlorure de fer, soit en modifiant ce liquide ou le procédé lui-même. Il espère que l'on finira par arriver à ce résultat.

Quant à M. Leblanc, il s'est borné à rappeler les expériences qui ont été faites soit par lui-même, soit par d'autres sur les animaux, et a fini par rapporter un nouveau fait de traitement d'un anévrisme par le perchlorure de fer. Ce fait a eu lieu à Lyon; l'opération a été pratiquée par M. le docteur Valette : il s'agissait d'un anévrisme du pli du coude; le résultat a été heureux; la guérison est complète.

Nous ne dirons rien de la réponse de M. Velpeau à la petite philippique morale que M. Moreau avait dirigée dans la séance dernière contre les expérimentations hasardeuses sur l'homme. M. Moreau s'est expliqué : ce n'est pas contre les expérimentateurs précisément, mais contre l'expérimentation elle-même que portent ses arguments. Or, comme l'expérimentation est un être abstrait et qui n'a ni amour-propre ni intérêt personnel à défendre, nous ne nous poserons pas en défenseur volontaire, et laisserons à certain pourfendeur sans peur et *sans reproches* le soin de se poser en héros de la Manche; c'est un rôle que nous ne lui envions pas, et qui lui sied trop bien pour que nous nous avisions de le lui disputer.

Ces souvenirs de Don Quichotte allaient nous faire oublier que M. Velpeau, qui du reste nous avait donné l'exemple d'un manque de mémoire, s'est tout à coup rappelé, de retour à sa place, qu'il avait tenté quelquefois de coaguler le sang dans les anévrismes par la congélation. Il est vrai que les résultats de ce procédé auraient pu sans trop d'inconvénient être passés sous silence, car ils n'ont présenté rien de bien digne d'être noté. Mais enfin M. Velpeau s'est souvenu; nous nous souvenons.

M. Le Roy-d'Etiolles a écrit aussi une lettre à ce sujet; nous en ferons connaître la substance dans le prochain numéro; puis M. le docteur Giraud a présenté son stéthoscope dont nous avons parlé plusieurs fois, et qui a été renvoyé à l'examen tout à fait compétent de M. Piorry. Nous attendrons le rapport de l'honorable propagateur de la percussion. Nous ferons observer seulement qu'il se marie fort bien au percuteur, et qu'à ce titre M. Piorry ne saurait lui refuser quelque peu de sa paternelle tendresse. Enfin, M. Maisonneuve a présenté un sujet sur lequel il a obtenu la guérison d'une oblitération complète de l'urètre par un nouveau procédé. Nous donnerons ce fait remarquable dans un prochain numéro.

Les comptes réglés, venons aux procédés. Quelques critiques inoffensives ne peuvent avoir excité les susceptibilités académiques, comme le dédain plus ou moins sincère de certains académiciens ne saurait avoir blessé quelque peu vivement les organes de la publicité. Que la presse dise un mot en riant de certains accents nasillards ou tudesques, que quelque président d'occasion engage un orateur à ne pas s'occuper de la presse, peu importe; ce sont de ces coups d'épingle qui ne blessent pas, qui ne font pas couler même un premier sang, et qu'on a pansés avant d'arriver à la porte de sortie des séances.

Ce qui importe davantage, c'est que les discussions académiques aient le plus grand retentissement; c'est que les médecins de Paris, des départements et de l'étranger assistent pour ainsi dire aux séances; qu'ils sachent que M. Nacquart préside, que MM. Malgaigne, Velpeau, Roux, Ricord ont la parole et la tiennent bien; que les arguments pour ou contre arrivent en foule, bien posés, bien développés. En cela la presse fait son devoir; elle se multiplie sous tous les formats; tous les jours un nouvel organe voit plus ou moins heureusement la lumière. A ce nouvel organe, il faut un nouveau porte-voix; à ce porte-voix, quelque aérien, quelque spirituel qu'on le suppose, il faut une place. Or, le banc où quatre auditeurs tenaient à peine devient trop étroit pour six, pour huit; il s'ensuit que l'audition est contrariée, qu'on écoute de mauvaise humeur parce qu'on est mal placé pour entendre, et que si on ajoute à ces vices d'acoustique le défaut de lumière (que nos collègues de la presse ne prennent pas ceci en mauvaise part, nous écrivons lumière au singulier), il s'ensuit du malaise, de l'inquiétude, et la rancune et les procédés, sinon mauvais, du moins équivoques, pourraient arriver comme actes de réciprocité.

Ce serait un tort; car nous sommes bien loin de penser que l'Académie, qui a depuis longtemps offert aux écrivains deux de ses bancs à pupitre, bien placés et rembourrés, se montre plus revêche alors qu'il s'agit de témoigner à la presse sa satisfaction de voir s'augmenter les échos de sa juste renommée.

Que faudrait-il donc faire pour que tout le monde fût content? Ajouter aux bancs de droite et de gauche une rallonge, comme on fait à une table d'amis. La place ne manque pas; un compagnon menuisier aurait fait la besogne en une heure de temps, et nous aurions peine à croire que le budget de la rue des Saints-Pères en fût sensiblement grossi; les loyers ne seraient pas payés avec moins d'exactitude, les jetons ne perdraient pas de leur valeur, les bons procédés seuls seraient en hausse.

L'Académie des sciences a fourni une nouvelle communication de M. Serres sur les types des races humaines. Celle-ci a pour sujet les races du Nord, et repose sur un travail adressé par M. le prince Demidoff. Nous publions un extrait de sa lettre.

— M. Marchand a envoyé une suite à ses recherches sur les eaux. Cette partie traite des eaux stagnantes, et des eaux de mares en particulier, dont il démontre l'insalubrité.

— M. Chatin continue ses recherches sur la présence de l'iode dans les divers fluides ou liquides et dans les plantes. Celles-ci portent sur les eaux pluviales, les eaux courantes et les plantes des Antilles et des côtes de la Méditerranée, et sont une réponse aux communications contradictoires de MM. Casaseca (de la Havane) et Martin (de Marseille), qui, selon lui, loin d'infirmer ses recherches, les confirment au contraire pleinement.

FEUILLETON.

LETTRE SUR LES MALADIES DU CŒUR.

Monsieur le rédacteur,

Dans une communication que j'adressais à l'Académie de médecine, séance du 14 août 1849, on lit :

« Depuis trois ans je professe à la clinique de la Faculté de Strasbourg que :

« 1° L'insuffisance valvulaire ne donne lieu par elle-même à aucun bruit anormal du cœur;

» 2° Les bruits qui se rencontrent dans les cas d'insuffisance valvulaire tiennent aux altérations de tissu des valvules, et non pas à leur écartement;

» 3° La preuve clinique directe de ces théorèmes existe dans les cas fréquents de dilatation du cœur droit, suite de lésions pulmonaires, sans altération des valvules du cœur gauche. Alors, en effet, il n'existe aucun bruit anormal dans le cœur, bien que l'insuffisance de l'orifice auriculo-ventriculaire droit soit rendue manifeste pendant la vie par le reflux veineux, l'œdème, la cyanose, etc., et puisse être directement vérifiée après la mort.

» Tels sont les faits journellement constatés par nos élèves et proclamés dans nos leçons. Cette doctrine est subversive de celle de Corrigan, qui pourtant est reconnue comme classique depuis quinze ans.»

Votre estimable journal fit à ce sujet les réflexions suivantes : « Depuis trois ans, dit le savant professeur de Strasbourg, j'enseigne » que l'insuffisance valvulaire ne donne lieu par elle-même à aucun » bruit anormal.

» S'il en est ainsi, nous n'hésitons pas à déclarer que depuis trois » ans notre ingénieux confrère professe une erreur. » (*Gazette des Hôpitaux*, 16 août 1849.)

Je laissai passer votre justice, tout expéditive qu'elle était, sentant qu'une opinion qui heurtait de front des idées enracinées ne pouvait pénétrer que lentement.

Je reproduisis la même observation dans ma *lettre à M. le professeur Ehrmann* sur les maladies du cœur (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1850); puis dans mon *Précis des maladies du cœur* (1851), notamment page 172 et suivantes, où je dis que le bruit de souffle de retour propagé dans l'aorte, dont les valvules sont altérées, est tout ce qu'il y a de positif dans l'œuvre de Corrigan, sauf encore les exceptions..... Et j'attendais.

Jugez de ma satisfaction lorsque, lisant dans l'*Union médicale* du 8 novembre 1853, le compte rendu d'une séance de la Société médicale des hôpitaux, j'ai rencontré ces mots prononcés par un membre très compétent sur la matière : « Oui, l'insuffisance existe pour les orifices auriculaires...; mais si elle existe au point de vue pathologique, au lit du malade on ne la découvre point à des signes particuliers...; témoin l'insuffisance de la valvule tricuspide, si commune chez les vieillards affectés de bronchite chronique avec emphysème; l'insuffisance est portée si loin que le sang reflue à travers une ouverture dans laquelle on peut passer le poing (*sic*), *sans qu'il se produise aucun bruit anormal*, etc. »

Cette similitude d'opinion, de preuves et même d'expression m'autoriserait à considérer cette profession de foi comme une réminiscence. Le membre dont il s'agit est trop au courant de la science, et mes idées ont reçu trop de publicité pour qu'il puisse arguer d'ignorance. Qu'il ait ensuite observé le fait par lui-même, j'aime à le croire, car une telle autorité milite puissamment en ma faveur.

Le même membre signale les logomachies qui sont résultées de la doctrine de Corrigan; c'est très bien ! Mais je tiens à honneur d'avoir porté, sinon les premiers, au moins les plus rudes coups à cette doctrine, comme il appert des citations ci-dessus.

Au demeurant, cette longue discussion de la Société médicale des hôpitaux m'a produit, je l'avouerai, l'effet d'un tournoi dans les ténèbres. J'éprouve un sentiment pénible à voir tant de savants observateurs se débattre dans l'obscurité, tandis qu'il existe un petit livre où les problèmes qu'ils agitent sont résolus au moins d'une manière lucide, rationnelle, sinon à l'abri de toute contestation. Par exemple, à l'occasion de la cessation des bruits anormaux, à quoi bon ces explications tourmentées : de colonne du sang divisée, d'intervention de l'hydropisie et de la cyanose, alors que ce phénomène physique peut s'expliquer d'une manière si simple, comme l'a fait le membre susdit : « On sait, dit-il, qu'une colonne de liquide qui passe sur un obstacle ne peut donner lieu à un bruit que si elle est animée d'un mouvement assez vif. » Mais j'avais dit, il y a tantôt dix ans (*Recherches cliniques sur les maladies du cœur. — Gaz. méd. de Paris*, 1844), et d'une manière plus complète, ce que j'ai répété dans mon *Précis*, à savoir, que « les bruits anormaux peuvent manquer dans toutes les maladies du cœur, lorsque vient à faillir un de ces deux éléments : force d'impulsion du cœur, vibratilité des parties. » (*Propos. XXX.*) — Ce n'est donc pas parce que la colonne est divisée ou parce qu'il existe hydropisie que les bruits cessent quelquefois (et non pas toujours) dans

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. P. Dubois.

De l'épidémie de fièvres puerpérales et de gangrène des parties génitales externes qui règne en ce moment à l'hôpital des Cliniques.

Nous avons signalé dans un précédent numéro l'existence d'un certain nombre d'affections puerpérales et de cas de gangrène des parties génitales externes qui se manifestent depuis quelque temps dans le service d'accouchements de l'hôpital des Cliniques. Ces affections n'ont fait que se multiplier depuis que nous les avons signalées, et elles ont pris, en se généralisant, le caractère de ces épidémies que nous avons eu trop souvent l'occasion de déplorer, et qui ne sont pas moins affligeantes pour les hommes de l'art qui s'efforcent depuis si longtemps en vain de rechercher la cause et de prévenir le développement de ces affections, que pour les malheureuses femmes qui en sont victimes.

Nous nous servons ici du mot *épidémie*, et ce n'est pas sans intention et sans en avoir mûrement pesé la valeur. Comment désigner en effet, si ce n'est par le mot d'épidémie, ces affections qui surviennent de temps à autre chez les accouchées de la Clinique ou de la Maternité, et le plus souvent dans ces deux établissements à la fois, sans qu'il soit possible d'en rattacher l'existence à aucune cause appréciable, à aucune des circonstances inhérentes aux manœuvres de l'accouchement?

Quoi qu'il en soit, voici ce qui se passe à la Clinique depuis environ un mois :

La plupart des femmes qui viennent d'accoucher sont prises, le lendemain ou dans l'espace de deux à trois jours, de l'un des accidents suivants : c'est d'abord un frisson qui ouvre la scène, frisson plus ou moins violent, mais toujours plus intense et plus prolongé que le frisson de la fièvre de lait, et qu'on ne peut d'ailleurs confondre avec lui, parce qu'il a lieu soit dans les premières vingt-quatre heures, c'est-à-dire avant le moment où celui-ci se manifeste d'habitude; soit le troisième ou quatrième jour, c'est-à-dire après que la montée du lait a eu lieu. A ce frisson succède une fièvre ordinairement intense, puis une douleur vive dans la région hypogastrique ou dans l'un des côtés du ventre; en même temps une diminution sensible dans les lochies, dont le caractère change ordinairement assez promptement d'aspect, et qui deviennent sanio-purulentes. A ces symptômes se joignent des vomissements bilieux, de la céphalalgie, etc.; en un mot, tous les signes de la métro-péritonite spéciale avec ce cortége de la fièvre et des phénomènes généraux qui la caractérisent.

Un grand nombre de femmes ont déjà payé le tribut à cette influence inconnue qui transforme l'accouchement en une prédisposition morbide spéciale si malheureuse. Disons toutefois que, jusqu'ici, cette fièvre puerpérale, qui s'annonce avec un caractère manifestement épidémique et qui, à des degrés différents, a atteint déjà, nous n'oserions pas dire la plus grande partie, mais certainement une très grande proportion des nouvelles accouchées; cette fièvre puerpérale, disons-nous, n'a pas eu en général le caractère de gravité que nous lui avons vu dans d'autres circonstances. Il y a eu jusqu'ici à notre connaissance deux ou trois cas de mort, et aujourd'hui même on avait à procéder à l'autopsie d'une femme qui a succombé hier; mais, dans la très grande majorité des cas, la maladie s'est terminée dans un temps variable d'une manière heureuse.

Voilà pour l'une des faces du tableau. A côté de cette affection, il en règne une autre qui a probablement avec elle des rapports étiologiques, mais qui en diffère autant par la nature même des accidents que par leur localisation circonscrite aux parties génitales externes. Nous voulons parler de la gangrène. Il semble que les femmes qui ont échappé à l'une des manifestations de l'influence épidémique ne doivent point échapper à l'autre, car la presque totalité des accouchées qui n'ont pas eu la fièvre puerpérale ont présenté ces eschares des parties génitales, dont il nous reste à faire connaître les principales particularités.

C'est le plus souvent dès le lendemain de l'accouchement ou même dans les premières heures, que l'on voit survenir chez la plupart de ces femmes d'abord une ecchymose sur la face interne de l'une des grandes lèvres ou sur l'un des côtés de la fourchette, et cela sans qu'il y ait eu de déchirure, sans qu'aucune manœuvre ou un travail prolongé en explique l'origine, chez les multipares comme chez les primipares indifféremment. Bientôt on remarque une ou plusieurs petites fissures, et enfin en quelques heures l'épithélium est détruit, et on voit une surface ulcéreuse plus ou moins étendue, quelquefois bornée à l'une des lèvres, quelquefois aux deux, le plus souvent disposée en fer à cheval à convexité inférieure, laquelle ulcération se recouvre d'une exsudation diphthéritique et fait dans quelques cas des progrès assez rapides pour détruire en peu de jours une étendue plus ou moins grande de la muqueuse de la vulve et des téguments voisins.

Chez quelques malades, ces accidents sont accompagnés de fièvre et de réaction générale; chez le plus grand nombre, il n'y a que peu ou point de retentissement général. Mais la gangrène ne s'arrête qu'après avoir détruit une plus ou moins grande étendue des parties qu'elle affecte.

Nous ne rapporterons point ici d'observations particulières; nous nous bornerons seulement à faire connaître l'état de deux malades chez qui ces eschares ont produit les plus grands ravages.

Chez l'une de ces malades, couchée au n° 2, primipare, accouchée vers le 15 octobre, les accidents se sont développés dès le lendemain de son accouchement. La gangrène a envahi tout le périnée, et aujourd'hui, depuis la fourchette jusqu'à deux pouces environ en arrière de l'anus, il existe une vaste plaie bourgeonnante au centre de laquelle on distingue les fibres circulaires de l'anus.

Chez une seconde malade, couchée au n° 3 et accouchée à peu près à la même époque, les désordres, quoique moins apparents au premier aspect, sont beaucoup plus considérables encore. La vulve est entièrement détruite; il n'y a plus la moindre trace de grandes et de petites lèvres, et toute la membrane muqueuse du vagin a été complétement exfoliée et expulsée au dehors tout d'une pièce. Le col utérin est seul resté intact. En introduisant le doigt dans le vagin, on distingue le museau de tanche avec sa surface polie et l'orifice béant du col; mais, arrivé au cul-de-sac, il y a comme une brusque cessation de la muqueuse, qui est remplacée dans toute l'étendue du vagin par la couche cellulo-fibreuse qui double cette membrane. La cavité vaginale conserve d'ailleurs dans toute son étendue ses dimensions normales.

Chez ces deux malades, l'affection en est à la période de réparation; leur état général est d'ailleurs satisfaisant, et tout fait espérer une guérison, mais dont le terme devra, suivant toute apparence, être assez éloigné encore.

Nous avons dû nous borner aujourd'hui à cette esquisse générale, nous réservant de revenir sur quelques-uns de ces faits et sur les phases nouvelles que pourrait présenter cette épidémie locale. Toutefois, nous ne terminerons pas sans indiquer quelques-unes des mesures qui ont été prises pour arrêter ou du moins pour diminuer les chances de progrès de la maladie.

Les plus sévères prescriptions ont été faites pour qu'aucun des effets et des objets de pansement qui ont servi aux femmes infectées ne serve pour les nouvelles accouchées. Il est une autre mesure à laquelle nous ne saurions trop applaudir. Pour en apprécier la portée, il est indispensable de rappeler un fait qui a été signalé, il y a quelques années, par des médecins de la Maternité de Vienne. D'après des recherches auxquelles ils se sont livrés, il résulterait que plusieurs épidémies de fièvre puerpérale n'auraient eu d'autre cause que la contamination des femmes en couches par les matières cadavériques dont étaient empreints les doigts des étudiants appelés à les examiner ou à leur donner des soins. Sans accorder à ce fait une importance exagérée et en ne lui laissant que la valeur d'une cause accessoire, et quelque doute qui puisse subsister encore sur la valeur réelle de cette circonstance, il était naturel cependant et sage d'en tenir compte. C'est aussi ce qu'a fait M. le professeur P. Dubois. En conséquence, en réglant le service de la Clinique dans la séance d'inauguration, il a prescrit que ceux des élèves qui seraient désignés pour faire les autopsies devraient s'abstenir jusqu'à nouvel ordre du service des accouchements.

Nous reviendrons prochainement sur ces faits.

HOPITAL STE-CATHERINE A MOSCOU. — M. Pohl.

Varices cystiques des os (anévrismes des os des auteurs). Amputation. — Anatomie pathologique.

Nous recevons de notre honoré correspondant et compatriote M. le docteur Gros, médecin français établi à Moscou, l'article suivant. Déjà, dans notre numéro du 3 novembre, nous avons donné l'extrait fort intéressant d'une lettre que M. Gros avait adressée à l'Académie de médecine sur le choléra de Moscou. Nous ne saurions trop l'engager à poursuivre ses recherches et ses travaux, heureux d'avoir à signaler à l'attention du monde médical le zèle et l'activité de nos confrères qui se distinguent à l'étranger.

Le malade Iwan Pétroff, âgé de vingt-huit ans, sans antécédents fâcheux, de bonne complexion, pâle, peu amaigri, est reçu à l'hôpital Sainte-Catherine, à Moscou, dans le service chirurgical de M. le professeur Pohl. Il dit qu'en octobre 1852 il a reçu un coup sur la malléole interne, que depuis ce temps il a ressenti des douleurs et vu se former une tumeur qui a augmenté graduellement et qui l'a empêché de marcher pendant tout l'hiver. L'art n'est pas intervenu, et le malade a vu son mal suivre une marche lente, progressive, peu douloureuse jusqu'au moment de son entrée à l'hôpital, au mois d'août 1853.

Une énorme tumeur occupe environ le tiers inférieur de la jambe droite. Elle est en massue, distend toute l'épaisseur du membre et se prolonge sur l'articulation tibio-tarsienne. Elle est résistante, élastique, cède à la pression, et donne, dans le voisinage de la partie saine du tibia, une sensation de froissement parcheminal. Elle présente quelques bosselures, dont deux surtout en mamelons, l'une au-dessous de la malléole interne, l'autre au-dessous et en avant de la malléole externe. Ces bosselures cèdent plus facilement sous la pression des doigts comme des sacs colloïdes. La peau était partout saine, un peu plus colorée et amincie sur les mamelons. Les mouvements étaient restreints, mais paraissaient se passer encore dans la poulie osseuse, embarrassée par le manchon de la tumeur. La flexion et l'extension des orteils étaient évidentes aussi. La tumeur paraissait si peu douteuse, que le diagnostic s'arrêta d'emblée à un cancer osseux s'étendant probablement jusqu'à l'articulation, et accompagné de poches colloïdes. C'était bien un cas d'amputation.

L'opération est pratiquée le 22 septembre, au lieu d'élection sans rien de notable, si ce n'est que la ligature des vaisseaux paraît plus difficile qu'à l'ordinaire.

La pièce amputée est examinée au bout de vingt-quatre heures. Les petits mamelons, au-dessous des malléoles, sont restés fluctuants, comme les kystes colloïdes. Le pied, à partir des métacarpiens, est un peu œdématié. La peau, incisée dans la direction du tibia antérieur, met à nu un tissu aponévrotique résistant et épaissi. Le tendon du tibia était libre dans sa gaîne jusqu'à son insertion. Rien ne trahissait encore la nature de la tumeur. L'enveloppe fibreuse était amincie sur la bosselure interne, qui, incisée, laisse sortir du sang pur et montre dans son intérieur d'énormes alvéoles ou sinus, comme on les rencontre d'ailleurs dans les affections cystiques des os. On aurait pu croire encore qu'il s'agissait d'une affection cancéreuse avec des poches sanguines. Le doigt, introduit dans

---

l'état avancé des maladies du cœur; c'est parce que le cœur trop dilaté ne jouit plus de son ressort, c'est parce qu'il se contracte faiblement. Le fait est des plus faciles à vérifier : j'ai dans ce moment à la clinique un jeune homme affecté d'épaississement valvulaire mitral simple, chez lequel existe le plus beau frémissement cataire au moment où j'approche de son lit, frémissement qui cesse après quelques instants, lorsque l'émotion est passée. Un honorable confrère m'a présenté dernièrement un jeune soldat chez lequel, dans l'état de repos, le cœur n'est le siége que d'un bruit de souffle modéré, et qui, lorsqu'il s'est donné du mouvement, présente un superbe bruit musical, un *chant de coucou* des plus intenses.

Nos confrères de Paris, qui font enfin bon marché de l'insuffisance, accordent encore trop d'influence au rétrécissement : « Le rétrécissement est généralement lié à l'insuffisance, et tous deux résultent presque toujours des lésions organiques des valvules. C'est probablement pour cela qu'on est dans l'habitude de rapporter au rétrécissement ou à l'insuffisance les bruits anormaux qui dérivent essentiellement des lésions organiques valvulaires. » (Précis, *Propos. LXXXVIII* et *suiv.*)

On se fatiguera moins à déterminer le point précis occupé par les orifices lorsqu'on voudra bien consentir à reconnaître « que les quatre orifices du cœur se trouvent groupés de telle sorte que dans un espace très circonscrit sont agglomérés les deux orifices artériels *superposés* et une grande partie des orifices auriculo-ventriculaires. » (*Propos. V.*)

A ce propos, on me racontait, lors de mon dernier voyage à Paris, une anecdote assez caractéristique : un clinicien distingué s'évertuait à délimiter les cavités et les orifices du cœur. Un médecin qui fut notre élève lui fit remarquer qu'à Strasbourg on avait démontré l'impossibilité de la chose. « Oh! répond le clinicien, l'école de Strasbourg a ses principes et l'école de Paris a les siens; nous sommes de l'école de Paris! » L'anatomie change suivant les écoles! Vous voyez que Molière n'a pas vieilli.

Il est pénible de voir l'école de Paris (puisque école il y a), parlant par la voix de la Société médicale des hôpitaux, se consumer à construire le diagnostic différentiel de nature et de siége des lésions valvulaires uniquement sur les bruits anormaux, tandis qu'en jetant un coup d'œil à côté des orifices altérés elle pourrait y trouver des lésions et des signes moins équivoques. Permettez-moi de lui soumettre les propositions suivantes :

« Il est impossible de distinguer le rétrécissement de l'insuffisance par les temps où se produisent les bruits anormaux dans la région du cœur. (XCII.)

» Il est impossible de distinguer par les temps où se produisent les bruits anormaux dans la région du cœur si la lésion occupe l'orifice aortique ou l'orifice mitral. (XCIX.)

» Il est le plus souvent impossible de distinguer par le point où se produisent les bruits anormaux si la lésion occupe l'orifice aortique ou l'orifice mitral. (CIII.)

» Il faut souvent chercher ailleurs que dans les bruits anormaux les signes différentiels des lésions aortique et mitrale. »

L'école de Paris sait vaguement que la dilatation et l'hypertrophie se produisent en arrière de l'obstacle au cours du sang; mais elle n'a tiré de ce fait aucune conséquence quant au diagnostic dont il s'agit; or ces conséquences lumineuses les voici : « Les signes différentiels de la lésion aortique ou mitrale, isolée ou prédominante, consistent dans la présence ou dans l'absence de la dilatation avec hypertrophie du ventricule gauche. » (CIV.) Pour les développements, voir le *Précis*.

Si la loi de dilatation en arrière, ou d'*opistectasie*, est assez connue, il n'en est pas de même de la loi de rétrécissement en avant, ou de *prosténosie*, loi qui pourtant peut seule expliquer le fait si mystérieux jusqu'ici de l'hypertrophie concentrique.

Mais en voici suffisamment pour aujourd'hui.

Quoi qu'il en soit de l'intérêt et de la nouveauté de ces théorèmes, nous craignons fort qu'il n'advienne de notre *Précis des maladies du cœur* comme de notre *Traité de l'entérite folliculeuse*, que l'école de Paris a jugé et condamné sur le titre. Or, il est arrivé que depuis douze ans rien d'important n'a été découvert en matière de fièvre typhoïde qui ne soit explicitement formulé dans ce livre, auquel aujourd'hui ses détracteurs mêmes rendent hommage.

Quoi qu'il en soit, la vérité se fait jour *pede claudo*, comme la justice, et il arrive un moment où les plus réfractaires finissent par professer des opinions dont ils se croient même naïvement les inventeurs, parce qu'il y a longtemps qu'ils en ont puisé le germe dans quelque livre obscur. C'est alors que les opinions prennent droit de cité parisienne, parce qu'elles sont proclamées par des voix indigènes.

Peu importent au public les questions de priorité; mais elles importent fort aux pauvres hères qui n'ont que cela pour vivre dans l'estime des savants. Vous voudrez donc bien me pardonner cette petite homélie, qui du reste comporte, indépendamment de la question personnelle, certain intérêt scientifique, lequel pourra lui faire trouver grâce auprès de vos lecteurs.

Professeur Forget (de Strasbourg).

la tumeur, ne rencontre d'autre résistance que celle des cloisons, et en cherchant les restes des os, il ne rencontre que l'astragale, qui donne la sensation d'un os carié, mais dont la forme se devine encore. Il s'écoule environ trois livres et demie de sang. Il ne pouvait plus rester de doute sur la nature de la dégénérescence, c'était bien des varices cystiques des os, l'anévrisme des auteurs.

La tumeur, incisée plus largement et examinée autant que possible dans ses rapports pathologiques, a présenté les caractères et particularités que nous allons décrire successivement.

Ce qui frappe tout d'abord, c'est que la partie inférieure du tibia a entièrement disparu avec ses surfaces articulaires. Sa place est occupée par des cellules et des vaisseaux sanguins. Sur la paroi interne du sac, formée par le périoste et du tissu fibreux épaissi, il y a, à la vérité, de loin en loin quelques aspérités que l'on reconnaît pour avoir appartenu à une formation osseuse; mais l'os ne présente aucune continuité, et ce n'est que vers la partie restée saine par en haut que se trouve une sorte de godet osseux formé par le tibia évasé sur une distance de 4 centimètres environ. C'est cette partie supérieure de la tumeur qui donnait, dans sa charpente distendue et raréfiée, la sensation de craquement parcheminal, et qui avait donné le change sur la nature de l'affection.

Le péroné était comme empâté dans les tissus fibreux interstitiels et de nouvelle formation; il conservait encore des adhérences avec un fragment déformé et vermoulu de la malléole, fragment qui se trouvait pris dans la paroi de la tumeur à environ 4 centimètres en dehors de la poulie astragalienne.

L'astragale, qui au premier coup d'œil offre un aspect *carieux*, est usé à moitié et semble baigné dans la poche sanguine.

Il est curieux de noter ce qui se passait dans la pseudo-articulation et dans la mécanique du pied. Le malade pouvait bien faire des mouvements d'ensemble, dans des limites restreintes, à la vérité, comme cela arrive pour une articulation embarrassée, mais la flexion tibio-tarsienne avait l'air de se passer encore dans la poulie osseuse. Il pouvait fléchir et relever les orteils. L'examen attentif de la pièce peut rendre compte de cette physiologie pathologique. En effet, le fût du tibia était remplacé par un sac fibreux, résistant, plein de liquide, qui ne suffisait pas à supporter le poids du membre, mais qui offrait assez de résistance pour permettre aux tendons des muscles de la jambe d'y trouver un point d'appui, comme les choses se passent aussi dans la mécanique des muscles de l'œil avec des leviers d'un autre ordre. Les tendons n'avaient plus leurs rapports normaux, mais dans leur désordre ils conservaient leurs rapports respectifs. Les péroniers glissaient derrière la malléole rejetée en dehors; les jambiers antérieurs, disloqués, glissaient libres dans leurs gaînes portées sur le sac; les postérieurs et le tendon d'Achille étaient dans le même cas. Ce dernier avait été le plus résistant à la distension.

L'intérieur du sac, avons-nous dit, était occupé par des alvéoles excessivement délicates, cédant à la moindre pression et communiquant entre elles largement par des ouvertures irrégulièrement distribuées. L'ensemble présente un mélange qui rappelle les kystes ordinaires des os, les colonnes charnues et tendineuses du cœur et les sinus utérins. Il y a même quelques endroits qui ressemblent, à s'y méprendre, aux valvules tricuspides : on voit un plus ou moins grand nombre de *trabécules* venir s'attacher à une membrane fibreuse, aplatie, épaissie, découpée comme dans le cœur lui-même. Des sinus encore remplis de sang ressemblent aux varices utérines, moins la couleur et la nature des tissus. De grosses veines nombreuses traversent la tumeur; leurs parois sont collées aux alvéoles et soutenues par des cordes tendineuses. Les cellules elles-mêmes offrent une toile d'un jaune sale et communiquent entre elles par des échancrures situées tantôt en bas, tantôt en haut. Au milieu de ce dédale variqueux se trouvaient deux kystes remplis de liquide citrin, suspendus au milieu de la masse sanguine et adhérents aux cordes tendineuses. Il ne se trouvait point de caillots au sein de cette vaste poche; partout un sang noir, brunâtre et comme graisseux. Les cordes tendineuses ne formaient pas seulement un lacis compliqué à travers le sac même, il y en avait un très grand nombre qui tapissaient toute la paroi intérieure. Elles formaient un réseau à mailles parallèles et losangées, et se soudaient pour la plupart à la face inférieure ou interne des coulisses des tendons, qu'elles coupaient à angle droit, en leur prêtant une épaisseur et une force considérables. Ce n'est que là où il y avait défaut de tendons que la poche s'était distendue et avait formé les mamelons dont il a été question plus haut. La peau s'y était amincie et aurait pu donner lieu à une hémorrhagie foudroyante.

Les varices de l'os, après l'élimination du tissu osseux, avaient successivement poussé devant elles le périoste, les aponévroses profondes et superficielles jusqu'aux gaînes des tendons, se faisant un sac résistant de ces divers tissus.

La partie cartilagineuse de l'astragale a disparu, il n'en reste que quelques écailles vermoulues sur les côtés. Au premier aspect, avons-nous déjà dit, l'astragale ressemble à un os carié; mais l'altération est un travail pathologique tout différent. Si, dans la carie, aussi bien que dans notre affection, il y a vascularisation et transformation de l'os, dans le premier cas, le travail hypérémique n'aboutit qu'à former du pus, qui, en thèse générale, est une formation fibrillaire avortée; dans le second, le travail est organisateur et donne des produits persistants. L'os n'était pas usé mécaniquement par le flot de sang voisin, il était travaillé lui-même par une vascularisation nouvelle qui prenait la place du tissu dur et normal. Sur la partie rouge et comme rongée de l'os, on voit de petits cordons inégaux qui sont en miniature ce que sont de leur côté les grands trabécules et cordons tendineux dans la poche du tibia. Les surfaces cartilagineuses articulaires de l'astragale avec le scaphoïde et le calcanéum paraissent intactes; mais le tissu osseux est altéré dans toute son épaisseur et se laisse traverser par une aiguille à suture. Les autres osselets du pied sont altérés aussi; ils sont ramollis, graisseux et se laissent facilement entamer par le scalpel.

Dans l'intérieur du tibia, à la hauteur où il s'étale en godet, on voit des cellules rudimentaires qui vont s'élargissant en bas vers le centre de la tumeur. La ligne de l'altération pathologique est assez brusque. Le périoste par en haut ne paraît pas altéré, ni vascularisé; la moelle elle-même paraît plutôt exsangue qu'hypérémiée. A l'endroit où a été pratiqué le coup de scie, le tibia et le péroné paraissaient sains. La surface osseuse du moignon n'avait pas donné de sang.

Quelles sont l'origine, la nature et la marche de cette affection? Depuis Pearson et Scarpa (1793) jusqu'à Breschet, MM. Lallemand (1826), Roux, Velpeau, etc., les opinions ont été partagées à cet égard. Breschet, dont l'opinion est acceptée par beaucoup d'auteurs, y a vu une tumeur érectile comparable à celle des parties molles. M. Nélaton, en avouant que la question est difficile à résoudre dans l'état actuel de la science, vu que nous manquons d'observations relatives à l'évolution primitive de la maladie, penche cependant à croire que les vastes poches qu'il décrit d'après Pearson, Scarpa, Breschet, sont précédées par la formation d'un tissu érectile; qu'à une certaine époque il se fait une rupture vasculaire dans ce tissu, comme le pense Scarpa; que le sang s'épanche hors des vaisseaux, refoule les parties molles, et se conduit ultérieurement comme dans les autres anévrismes.

Pour se ranger à l'une ou à l'autre opinion de nos maîtres, il faudrait d'abord être persuadé que les maladies qu'ils ont observées étaient bien semblables à la nôtre, et, en second lieu, que c'est bien le fait d'une dilatation artérielle qui produit ces désordres et qui mérite le nom d'anévrisme des os. Le nom importerait assez peu si l'on pouvait avoir une idée nette des diverses phases du développement de cette affection.

On a dit, à la vérité, avoir observé dans quelques tumeurs des pulsations artérielles que Breschet, entre autres, faisait tourner au profit de sa théorie. Si, par la compression ou la ligature de l'artère principale, on est parvenu à suspendre les battements et à diminuer la tumeur, on avait bien affaire à ce qu'on appelle un anévrisme. Rien ne semble s'opposer d'ailleurs à ce que des chirurgiens aient eu sous la main des tumeurs pulsatives, tandis que d'autres n'avaient que des dilatations et des poches veineuses.

Chez notre malade, on n'a pas constaté de pulsations; on n'a pas fait d'essai de compression. Sur la pièce amputée, aussi bien que sur le moignon, on a pu constater une certaine dilatation des vaisseaux, sensible surtout dans les veines satellites de la tibiale.

De l'ensemble des faits exposés plus haut, on est en droit de conclure à une altération préalable du tissu osseux, même à distance de la poche sanguine. La partie en dernier lieu affectée du tibia et tout l'astragale peuvent aider à se former une idée assez nette de la marche de cette affection. Comme l'indique l'examen à l'œil nu et comme le prouve l'examen microscopique, le tissu osseux est raréfié au point de ressembler à une éponge dont les vacuoles seraient remplies par de la graisse. Entre les petits ponts de ce tissu raréfié, on voit une membrane granulée qui, à un temps donné, se vascularise. Les vaisseaux de nouvelle formation vont toujours grandissant, et se dilatent au point de refouler et de remplacer et la graisse et les ponts osseux microscopiques. En se dilatant davantage, les varicosités vasculaires finissent par remplacer toute la matière osseuse, conservant entre elles quelques cloisons de la membrane granulée primitive, qui forme la charpente alvéolaire et les cordons tendineux, dont on voyait les premières phases dans l'intérieur de la colonne du tibia et dans l'astragale, et dont on retrouvait le développement gigantesque dans la poche sanguine elle-même. La membrane granulée primitive ou servant encore de support aux veines ressemblait aux formations placentaires.

Il n'a pas été possible de déterminer si les varicosités ne font que s'étendre indéfiniment pour constituer les énormes alvéoles du sac, ou s'il y a en effet rupture des parois vasculaires pour laisser le sang s'épancher librement, comme on pourrait d'ailleurs l'admettre en voyant ces énormes diverticules sanguins côtoyés ou traversés par d'énormes veines à parois intègres. Les trabécules et les espèces de valvules tendineuses qui cloisonnaient la tumeur ne sont d'ailleurs que des jeux du développement de ces rudiments microscopiques dont nous avons parlé, rudiments qui ne peuvent persister et grandir qu'en se maintenant fermement contre les courants liquides.

En réfléchissant au mouvement de cette masse sanguine et aux dédales si fragiles qui la traversaient, on est à se demander pourquoi la coagulation n'y avait pas lieu; si les courants y étaient réguliers, ou si le sang lui-même s'y trouvait moins coagulable que dans les poches anévrismales ou variqueuses ordinaires.

Cette affection semble se comporter à de certains égards comme les tumeurs hétérologues. Ce n'est pas en comprimant, en déplaçant, en atrophiant les tissus qu'elle vient à en prendre la place, mais c'est au contraire en les transformant, en les assimilant, en les digérant, pour ainsi dire, qu'elle se substitue aux tissus normaux.

Jusqu'à présent, trois semaines après l'opération, l'amputé va très bien. La réunion par première intention s'est faite sur toute la ligne, et promet un beau résultat.

Dr G. Gros.

UNIVERSITY COLLEGE HOSPITAL. (Londres.)

Nous avons annoncé hier un nouveau cas de mort par le chloroforme arrivé le mois dernier à Londres. Voici le fait :

Une femme, E... R..., âgée de quarante ans, de taille ordinaire, qui n'était sujette ni aux palpitations ni à la dyspnée, entra le 5 octobre 1853, pour une hernie fémorale étranglée, dans le service de M. Quin. Le taxis fut pratiqué dans le bain et hors du bain sans résultat. L'opération fut jugée nécessaire. Le pouls était bon et régulier.

Le chloroforme fut administré au moyen d'une compresse qu'on plaça d'abord à 6 ou 8 centimètres du nez de la malade, puis à 3 centimètres, en ayant soin de laisser pénétrer dans les poumons l'air atmosphérique.

Pendant trois ou quatre minutes, rien de particulier; état normal du pouls et de la respiration. On avait versé sur la compresse d'abord une drachme (équivalant à 66 gouttes d'eau en poids), et au bout de trois ou quatre minutes 40 gouttes. A peine une minute s'était écoulée, que la malade se débattit violemment, agitant les bras et les jambes. Ces efforts durèrent une minute; la malade se mit ensuite à respirer péniblement, avec un bruit rauque, stertoreux. La compresse fut immédiatement éloignée de la face; le pouls était insensible. La face fut aussitôt aspergée d'eau froide. La malade fit encore deux ou trois longues inspirations stertoreuses, et la respiration cessa. On eut recours immédiatement à la respiration artificielle, au galvanisme, qui fit naître quelques secousses fugitives. La femme était morte, malgré l'emploi de la trachéotomie.

Quand la respiration stertoreuse commença et que le pouls faiblit, les pupilles étaient dilatées, la face un peu altérée, la langue non rétractée. Le même jour on avait administré le même chloroforme, pris dans le même flacon, à cinq malades, sans accidents.

L'autopsie, faite treize heures après la mort, montra une roideur cadavérique bien marquée dans tous les membres; le sang était très fluide dans toutes les parties du corps. Abdomen tympanisé. Le diaphragme remonte, à gauche, jusqu'à la quatrième côte; à droite, jusqu'au troisième espace intercostal. Le péricarde contient environ trente gouttes de sérosité incolore. Le cœur est complétement affaissé sur lui-même et vide, circonstance due peut-être à la fluidité du sang. L'organe est presque complétement recouvert en avant d'une couche de graisse, qui ne laisse voir que dans un ou deux points les fibres musculaires. Il pèse 250 grammes; ses valvules sont saines. Les parois du ventricule droit sont mollasses et pâles, et ont une épaisseur moyenne de 2 centimètres. Dans quelques points, la matière graisseuse est assez considérable dans le tissu du cœur pour que les fibres musculaires ne forment qu'une couche très mince. Il y a même des endroits où il serait difficile de voir de la fibre musculaire. C'est ce qui a lieu à la pointe du cœur, par exemple.

Dans les plèvres existent des adhérences anciennes. Les poumons crépitent partout; ils sont peu engorgés. Le cerveau n'est pas congestionné; mais l'arachnoïde présente des traces d'épaississement et d'opacité.

Les intestins, au-dessus de l'étranglement, sont très distendus par des gaz et enflammés. La partie étranglée est noire; dans ses tuniques, il existe du sang épanché.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 15 novembre 1853. — Présidence de M. Nacquart.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet des échantillons et des certificats de puisement d'une source minérale sise à Desaignes (Ardèche) (Commission des eaux minérales.)

— Le même ministre transmet les états de vaccination des départements de l'Yonne et du Rhône. (Commission de vaccine.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Perchlorure de fer. — M. Giraldès adresse une lettre en réponse à un paragraphe qui le concerne dans la lecture de M. Malgaigne :

« J'ignore sur quelles données le savant académicien apprécie les expériences que j'ai faites à Alfort avec M. Goubaux, et qui n'ont pas encore été publiées. Son appréciation est d'autant moins heureuse, qu'il nous reproche de nous être écartés sans raison des règles posées par l'inventeur lui-même. Or, dans la première série de nos expériences, nous avons suivi les règles posées par Pravaz; nous nous en sommes écartés ensuite par des raisons que nous ferons connaître plus tard. En outre, M. Malgaigne laisse croire que nous avions constaté l'inefficacité de l'agent coagulateur à petite dose; or, nous démontrions, au contraire, qu'on pouvait obtenir la coagulation du sang dans l'artère carotide d'un cheval en y injectant même deux gouttes de liquide.

» J'ajouterai maintenant que c'est d'après nos expériences, et très probablement à la suite de quelques explications données par un de nous à M. Dubuisson, lors de son premier passage à Paris, que cet habile chimiste a été conduit à diminuer la densité de son perchlorure de fer. Celui qui nous servait pour nos expériences avait été dosé par M. Lassaigne à 29° aéromètre de Baumé. Dans la première série d'expériences, nous avions employé le perchlorure comme l'indiquait Pravaz. Plus tard, nous avons cru nécessaire d'employer du perchlorure de fer marquant 29° aréomètre de Baumé. »

— M. Le Roy-d'Etiolles adresse à l'Académie un mémoire relatif au traitement des anévrismes et des varices par les injections coagulantes.

Prix Nadau. — M. Pétron (de Lisieux) adresse, pour être remis à la

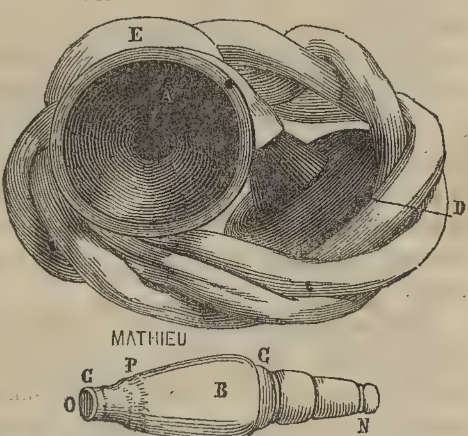
commission du prix Nadau, le manuscrit d'un petit traité d'hygiène populaire intitulé le *Catéchisme de la santé*.

Traitement du choléra par les métaux. — M. Burq adresse un mémoire supplémentaire sur la préservation et le traitement du choléra par les métaux.

Incision du col de la vessie dans les affections réputées névralgies de cet organe. — M. Mercier adresse sur ce sujet une réclamation de priorité.

Extrophie de la vessie. — M. Depaul présente à l'Académie les pièces anatomiques d'un enfant nouveau-né (une petite fille) qui offrait un exemple remarquable d'extrophie de la vessie avec diverses anomalies de tous les organes génitaux et urinaires, telles qu'une disposition bifide de l'utérus qui pouvait faire croire au premier abord à l'existence de deux utérus distincts, tant la division était profonde, etc.

Stéthoscope. — M. le docteur Giraud adresse une note sur son stéthoscope, dont nous avons donné la description et un premier dessin dans les numéros de 3 et 17 septembre dernier. (Nous croyons inutile de revenir sur les avantages que l'auteur croit y reconnaître, et sur lesquels nous aurons l'occasion d'insister à propos du rapport de M. Piorry.) Le dessin que M. Giraud a joint à sa note représente l'instrument roulé sur lui-même.



La fig. 1 représente l'instrument replié et tressé sur lui-même, de manière à occuper le moins de place possible. A embout infundibuliforme vu par le creux. D plaque auriculaire vue par-dessus. E tube en caoutchouc.

Fig. 2. Bout qui peut, à volonté, s'adapter à la place de la plaque, soit pour l'insufflation, soit pour être introduit dans le conduit auditif dans le but d'ausculter. B partie renflée du bout recouverte de caoutchouc, dans le but de ne pas blesser la narine du sujet soumis à l'insufflation et le conduit auditif de la personne qui ausculte. O ouverture terminale. P limite du bout en bois. P O bout flottant en caoutchouc. NCC partie du bout en bois qui doit entrer à l'extrémité du tube qu'occupait la plaque auriculaire. (Renvoyé à M. Piorry.)

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le perchlorure de fer. (Nous la publierons dans le prochain numéro.)

— L'Académie se forme en comité secret à cinq heures moins un quart pour entendre les conclusions du rapport de M. Patissier sur les inspecteurs des eaux minérales et le rapport relatif au prix Capuron (accouchements).

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 7 novembre 1853. — Présidence de M. Combes.

Anthropologie. Types des races humaines du Nord. — M. Serres met sous les yeux de l'Académie un spécimen des types hyperboréens que M. le prince Demidoff, correspondant de l'Académie, vient d'envoyer au Muséum.

Cette collection se compose de cinquante-neuf figures représentant les races humaines comprises dans la vaste étendue de l'empire de Russie, et elle embrasse tout à la fois les races chrétiennes, les races mahométanes, les juifs, les idolâtres et les types du pôle arctique desquels paraissent dériver les races de l'Amérique.

Voici la lettre de M. le prince Demidoff qui accompagne cet envoi :

« La Société impériale de géographie de St-Pétersbourg a eu depuis longtemps l'heureuse idée de faire exécuter des types de toutes les races humaines comprises dans la vaste étendue de l'empire de Russie, et ces types, modèles de précision et d'études, ont pu être reproduits en petit avec le même bonheur de ressemblance et d'originalité.

» Ce que la Société a fait au point de vue de la géographie et de l'ethnologie, vous le jugerez avec intérêt, j'en suis assuré, sous le rapport anthropologique, tant les caractères distinctifs de la race et de la physionomie ont été minutieusement observés et reproduits dans les figures dont je suis heureux de vous offrir la collection.

» Cinquante-neuf figures la composent, comme vous pouvez le voir dans la liste ci-jointe, et la plupart des races offrent le type de l'homme et celui de la femme.

» Je m'estimerai heureux si, sans vous arrêter à l'apparence pittoresque des objets, vous les trouvez dignes non-seulement d'être étudiés, mais encore de prendre place parmi les matériaux anthropologiques du Muséum.

» Connaissant moi-même la plupart des types représentés, je puis vous garantir leur admirable ressemblance, et c'est sous ce rapport que je considère la collection dont il s'agit comme méritant une étude sérieuse. »

Note sur les eaux stagnantes considérées au point de vue de l'hygiène publique. — M. Marchand adresse une note sur les eaux stagnantes en général et sur les eaux de mares en particulier pour faire suite à son mémoire sur les eaux potables.

L'objet principal de ce travail est d'étudier les propriétés différentes que contractent les eaux stagnantes par suite des réactions qu'y subissent les divers principes organiques qu'elles tiennent en dissolution.

L'auteur examine successivement les eaux stagnantes dans les conditions suivantes :

1° Eaux exposées à l'action de la lumière;

2° Eaux recouvertes d'espèces végétales, mais n'en baignant aucune;

3° Eaux baignant et portant à leur surface des végétaux en grand nombre.

D'après les détails contenus sous chacun de ces titres, on voit, toutes choses étant égales d'ailleurs, que les eaux stagnantes du second cas sont les plus dangereuses; plus que les autres, elles se chargent de matériaux organiques en subissant l'influence des matières en putréfaction, aux propriétés nuisibles desquelles elles participent davantage.

Lorsqu'elles se vaporisent, toutes ces eaux stagnantes laissent en contact avec l'air atmosphérique des terres imprégnées de matières putrescibles qui deviennent la source d'une production active d'hydrogène protocarboné, le gaz des marais, dont elles se saturent alors en contractant des propriétés plus nuisibles encore, car ce gaz est le principe et le véhicule le plus actif des miasmes paludéens. M. Marchand a remarqué que sa production est d'autant plus assurée que les eaux contiennent une plus grande quantité d'albumine végétale.

Si maintenant on cherche à faire une application de tout ce qui précède aux eaux des mares dont on se sert journellement sur tous les plateaux et dans toutes les parties rurales du pays de Caux, on reconnaît que ces eaux sont toujours troubles, lourdes, peu aérées et par suite fort indigestes.

Quand elles sont exposées à l'action des rayons solaires, et presque toutes sont soumises à cette influence, elles se recouvrent rapidement d'une nappe organisée composée de nombreux végétaux des classes inférieures, parmi lesquels on distingue surtout les différents genres de *lemna* (L.). Elles baignent ordinairement un grand nombre de plantes, plusieurs classes d'animaux, mais surtout des infusoires, des insectes et des reptiles, qui y vivent, y déposent leurs graines ou leurs œufs, et y meurent en abandonnant leurs dépouilles, qui s'y putréfient.

Souvent aussi les eaux pluviales, avant d'arriver à ces réservoirs, lavent des terrains chargés de détritus organiques en voie de décomposition.

Dans ces conditions, les eaux de mares présentent souvent les plus mauvais caractères des eaux stagnantes, et leur emploi pour l'alimentation ne saurait être sans danger; car les principes albumineux qu'elles contiennent, de même que tous les matériaux assimilables par l'organisme humain, sont susceptibles de produire de véritables accidents toxiques lorsqu'ils sont ingérés dans l'estomac tandis qu'ils sont en voie de décomposition. Aussi les populations qui s'aliment avec ces sortes d'eaux, surtout lorsqu'elles les emploient pour boissons, sont-elles sujettes à contracter des maladies dans lesquelles les accidents fébriles intermittents, spéciaux aux affections paludéennes, sont souvent reconnaissables. Leur emploi est alors d'autant plus redoutable que, par une sécheresse prolongée et sous l'influence de la vaporisation spontanée du liquide, les matières albuminoïdes s'y trouvent accumulées en plus grande quantité.

Présence de l'iode dans les eaux pluviales, les eaux courantes et les plantes des Antilles et des côtes de la Méditerranée. — M. Chatin adresse une note sur la présence de l'iode dans les eaux pluviales, les eaux courantes et les plantes des Antilles et des côtes de la Méditerranée, en réponse à deux communications faites récemment sur ce sujet par MM. Casaseca (de la Havane) et Martin (de Marseille), et qui tendraient à infirmer quelques-uns de ses résultats.

M. Chatin se propose de démontrer dans sa note que les notes de ces deux habiles chimistes, loin d'infirmer ses recherches et ses vues à cet égard, les confirment au contraire.

Ainsi, dit M. Chatin, M. Casaseca, qui a trouvé dans l'eau de l'Almendara environ 1/5e de milligramme d'iode par 10 litres d'eau, pense que cette proportion est inférieure à celle que j'ai constatée dans les eaux des contrées affligées de goître endémique, et il en déduit que pour expliquer l'absence de cette maladie à la Havane, il est nécessaire de faire intervenir la vivacité des courants d'air. Mais quand le savant professeur de la Havane saura que ce n'est généralement que dans les localités dont les eaux ne contiennent pas pour 10 litres d'eau 1/30e de milligramme d'iode qu'on observe le goître primitif, il reconnaîtra que ces analyses, loin d'être contraires à mes propres recherches, en sont une confirmation précieuse.

M. Chatin ajoute qu'il a eu l'occasion de constater la présence de l'iode (environ 1/20e de milligramme pour 10 litres) dans la pluie et dans l'eau des sources de la Guyane, ainsi que dans l'eau des rivières de la Guadeloupe. Il a aussi trouvé, et en quantité à peu près égale, l'iode dans le tabac de la Havane et dans le tabac de France.

M. Chatin fait suivre la note de M. Martin des observations suivantes :

1° J'ai trouvé l'iode (à peu près à 1/150e de milligramme par litre) dans l'eau de pluie tombée à Nice dans la première quinzaine d'octobre, dans l'eau des citernes de Cette, dans une pluie recueillie par moi-même à Cette dans la matinée du 27 octobre; à Montpellier, dans la soirée du même jour.

2° J'ai constaté la présence de ce corps dans des eaux de source légères qui m'ont été envoyées des contrées qui avoisinent Marseille, ou que j'ai recueillies moi-même.

Il est cependant vrai de dire, d'une manière générale, que, contrairement à ce qu'on pouvait prévoir, les eaux pluviales sont moins chargées d'iode sur les côtes de France qu'à l'intérieur des terres. Si M. Martin veut bien adresser à la commission de l'Institut de l'eau de pluie recueillie par lui à Marseille, je ne mets pas en doute qu'on y trouvera d'autant plus d'iode que le vent soufflera plus des terres. (Commissaires : MM. Thénard, Magendie, Dumas.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

L'École de pharmacie a fait sa rentrée le 9 novembre en séance publique. M. Figuier, professeur agrégé, a lu une notice *sur la doctrine et les travaux des alchimistes*.

Les noms des lauréats du concours ont ensuite été proclamés dans l'ordre suivant :

1er *Prix* (médaille d'or) : M. Sarradin (Stanislas-Eugène), né à Nantes.

2e *Prix* (médaille d'argent) : M. Pont (Jules-Joseph), né à Crécycouvé (Eure-et-Loir).

Mention honorable : M. Rissler, né à Mulhouse.

La Société de pharmacie, qui pour cette solennité s'était réunie à l'École, a décerné un prix de 1,500 fr. à M. Pasteur, professeur à la Faculté des sciences de Strasbourg, pour sa belle découverte sur la transformation de l'acide tartrique en acide racémique. Elle a ensuite proposé :

1° Un prix de 4,000 fr. pour la fabrication artificielle de la quinine;

2° Un prix de 2,000 fr. pour l'analyse du nerprun;

3° Un prix de 1,000 fr. pour l'analyse du chanvre.

— Dans le comité secret qui a suivi la séance extraordinaire de samedi, l'Académie de médecine a arrêté qu'elle accorderait les récompenses suivantes le jour de sa séance solennelle :

Prix Capuron (eaux minérales). — Prix de 700 fr. à M. Ernest Baudrimont; encouragement, 300 fr. à M. Filhol (de Toulouse).

Prix Civrieux. — Prix de 1,000 fr. à M. Emile Rémilly; encouragement à M. J. Gimelle fils.

Prix de l'Académie. — Prix de 1,000 fr. à M. Raoul Leroy (d'Etiolles); encouragement de 700 fr. à M. Abeille; encouragement de 300 fr. à M. Landry (Octave).

Prix Portal. — Prix de 1,000 fr. à M. Bach; mentions honorables à MM. Philippeaux et Le Tertre-Vallier.

— Dans le comité secret d'hier mardi, l'Académie de médecine a décidé ce qui suit :

Prix Capuron (accouchements). — Il n'est pas parvenu de mémoire sur la question qui avait été proposée et qui était conçue en ces termes : *Des conditions physiologiques de l'état puerpéral et de leur influence sur la production des maladies puerpérales.*

En conséquence, il n'y a pas eu lieu à décerner le prix.

— Sur les conclusions du rapport de M. Patissier sur les eaux minérales, un certain nombre de médailles sont décernées aux médecins inspecteurs d'établissements thermaux; nous en publierons les noms.

— La rentrée solennelle de l'École de médecine de Besançon a eu lieu le 9 novembre; elle était présidée par M. Nisard, de l'Académie française, inspecteur général de l'enseignement supérieur.

M. Nisard a traité *des réformes universitaires*, et son remarquable discours a fortement intéressé le public, parmi lequel se trouvaient toutes les notabilités du département.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 137. — SAMEDI 19 NOVEMBRE 1853. (26e ANNEE.) N° 137. — SAMEDI 19 NOVEMBRE 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40; EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE.	Trois mois	8 fr. 50 c.
	Six mois	16 »
	Un an	30 »
GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES.	Trois mois	9 fr.
	Six mois	17
	Un an	33
ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR.	Trois mois	10 fr.
	Six mois	20
	Un an	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

PARIS, LE 18 NOVEMBRE 1853.

La mortalité par le choléra à Londres a légèrement diminué pendant la dernière semaine ; de 102, elle est descendue à 98. La mortalité par la diarrhée et la dyssenterie a, au contraire, un peu augmenté. En résumé, l'état sanitaire de Londres reste à peu près le même.

Rapport officiel du Registrar's office (semaine du 5 au 12 novembre.)

Mortalité générale	1,192
— due au choléra	98
Diarrhée et dyssenterie	50

La mortalité cholérique se divise comme suit :

Sous le rapport des sexes :

Sexe masculin	48
Sexe féminin	50

Sous le rapport topographique :

Districts de l'ouest, 16 ; du nord, 15 ; de l'est, 22; du midi, 45; du centre, 0.

Sous le rapport de l'âge :

Au-dessous de 5 ans, 29; de 5 à 10 ans, 8; de 10 à 20 ans, 5; de 20 à 30 ans, 14; de 30 à 40 ans, 15; de 40 à 50 ans, 7; de 50 ans et au-dessus, 19. Plus, une femme dont l'âge n'est pas désigné.

Observations météorologiques.

Baromètre, hauteur moyenne, 30 p. 1/10. = 76°4 centigr.
Thermomètre Fahr., 47,7. = 7°,7 centigr.
Anémomètre, atmosphère calme.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

État sanitaire de Paris.

En face d'une épidémie imminente, ou tout au moins possible, la presse médicale manquerait à son devoir si elle ne signalait aux médecins, à qui seuls elle s'adresse, les premiers cas qui se présentent avec un caractère au moins suspect. La crainte de jeter l'alarme ne saurait, à notre avis, contre-balancer l'utilité qu'il y a à ce que tous les médecins soient prévenus du danger auquel ils peuvent être appelés à parer d'un instant à l'autre et à prescrire dans le cercle de leur influence les mesures prophylactiques que l'expérience aura pu leur dicter. Agir autrement nous semblerait méconnaître nos obligations, et dissimuler la vérité ne serait le plus souvent en pareil cas qu'accroître le mal qu'on voudrait éviter en laissant le champ libre aux exagérations de la peur. Nous devons le dire d'ailleurs tout de suite : la vérité dans cette circonstance n'a rien de très alarmant en soi. Oui, il est vrai, ainsi que quelques journaux l'ont déjà annoncé, que depuis huit à dix jours il a été reçu dans les hôpitaux de Paris plusieurs cas de choléra asiatique et que quelques-uns se sont développés chez des malades en traitement ou en convalescence d'autres maladies. Mais si cette coïncidence d'un certain nombre d'affections cholériques venues du dehors ou développées simultanément à l'hôpital semble indiquer une influence épidémique ou, pour parler le langage scolastique, une constitution cholérique, nous devons nous hâter d'ajouter qu'à en juger par le très petit nombre de cas qui se trouvent comme disséminés çà et là dans quelques hôpitaux et dont la proportion n'a pas sensiblement augmenté dans ces derniers jours; à en juger surtout par le caractère même et la bénignité relative du plus grand nombre de ceux que nous avons observés, cette influence est certainement très affaiblie. Si c'est là le début d'une épidémie, elle est loin de s'annoncer avec les caractères de gravité des épidémies précédentes.

En effet, à l'Hôtel-Dieu, où le chiffre est le plus considérable, il s'élève au plus à 10 ou 12 pour toute la semaine, sur lequel 3 décès, dont 2 ont eu lieu avant-hier et 1 hier. Parmi les 7 à 8 malades qui se trouvent en ce moment dans la salle Sainte-Jeanne, nous n'avons trouvé chez aucun d'eux les caractères si accusés par lesquels s'annonçait l'épidémie de 1849, et surtout celle de 1832. Les déjections alvines et les vomissements ont bien la fréquence et le caractère spécial des évacuations cholériques; l'absence des urines, l'extinction de la voix, le refroidissement de la peau, les yeux caves et la teinte cyanosée de la peau sont bien autant de signes qui ne laissent aucun doute sur la nature de l'affection; mais nous n'avons trouvé chez aucun de ces malades ces signes élevés à ce haut degré d'intensité qui annonce une fin prochaine et inévitable. La température de la peau est abaissée, mais elle n'est pas froide, algide; la langue conserve sa température normale; la circulation est considérablement ralentie, mais non complétement enrayée. Nous avons pu constater chez presque tous des pulsations très faibles, mais enfin perceptibles à l'artère radiale. La teinte de la peau est légèrement cyanosée, mais elle n'offre point cet aspect bleuâtre si caractéristique, et l'on ne voit point cette altération profonde des traits et cette fonte rapide des tissus qui rend les sujets méconnaissables en quelques heures. Enfin quelques caractères manquent tout à fait, et entre autres le plus douloureux et le plus pénible de tous, les crampes. Les malades accusent une anxiété précordiale, un malaise extrême, des douleurs vagues dans tous les membres, mais aucun de ceux que nous avons vus n'a accusé de crampes. La même observation paraît avoir été faite jusqu'à présent chez tous. Il y a, en un mot, chez presque tous les malades une tendance beaucoup plus facile à la réaction.

Telle est à peu près la physionomie générale que nous ont présentée les malades qu'il nous a été possible d'examiner jusqu'ici. Si nous joignons à ce tableau du choléra indien affaibli les circonstances au milieu desquelles la maladie s'est déclarée chez la plupart de ces sujets, les uns convalescents d'affections graves, de fièvre typhoïde, et déjà affaiblis par une longue maladie, les autres récemment arrivés à Paris et se trouvant par ce fait encore sous l'influence des épreuves d'acclimatement et par conséquent plus exposés à subir l'action des causes pathogéniques générales, on comprendra toutes les réserves que nous faisons sur les conséquences à déduire de ces premiers faits, et combien il y a de motifs pour tempérer nos appréhensions.

Ajoutons, enfin, que l'autorité veille avec sa sollicitude habituelle sur toutes les éventualités, et que le conseil de salubrité, à qui un rapport circonstancié a été demandé sur l'état sanitaire de Paris, a déjà proposé, si nous sommes bien informé, un ensemble de mesures prophylactiques que l'administration est en mesure de mettre immédiatement en pratique.

Fièvres puerpérales et eschares gangréneuses. — Mesures prophylactiques.

L'épidémie de fièvres puerpérales et d'eschares gangréneuses continue à sévir sur les nouvelles accouchées à l'hôpital des Cliniques, malgré les moyens les plus actifs mis en œuvre par M. Dubois pour en arrêter les progrès. Hier encore nous avons vu une jeune femme dont le périnée était entièrement détruit et présentait une large plaie à fond grisâtre. La cautérisation avec le nitrate acide de mercure n'en ayant point arrêté la marche envahissante, M. le professeur P. Dubois a dû recourir à la cautérisation actuelle. Plusieurs cautères rougis à blanc ont été successivement éteints sur cette large surface ulcéreuse.

Nous indiquions dans notre numéro du 17 la mesure prophylactique que M. Dubois avait adoptée, à l'imitation des médecins de la Clinique obstétricale de Vienne, et qui consiste à interdire aux élèves préposés aux autopsies toute intervention active auprès des femmes en couches. Nous croyons utile de rappeler à cette occasion, d'après un mémoire publié en 1849 dans la *Gazette médicale de Strasbourg* par M. le docteur Wieger, les résultats qu'on a cru pouvoir attribuer à une semblable mesure.

En 1847, le *Zeitschrift der Wiener aerzte* fit connaître les résultats d'une mesure hygiénique employée à la première clinique obstétricale de Vienne par le docteur J. Semelweis, accoucheur en second, dans le but de diminuer les ravages de la fièvre puerpérale. Cette mesure consistait à faire laver dans de l'eau chlorurée les mains de ceux qui exercent le toucher. Cette mesure était fondée sur ce que M. Semelweis crut reconnaître que la fièvre puerpérale était le produit d'une infection par des matières putrides dont les mains des élèves étaient le véhicule. Le résultat de cette mesure aurait été, d'après le compte rendu du service de cet établissement, une diminution remarquable dans le chiffre de la mortalité. Il résulterait en effet d'un relevé statistique de plusieurs années annexé au mémoire de M. Wieger que la mortalité à la Clinique d'accouchements de Vienne a été de 9,50 p. 100 en 1840, de 8,44 en 1841, 16,98 en 1842, 9,57 en 1843, 8,91 en 1844, 7,40 en 1845, 13,68 en 1846. La mesure indiquée plus haut ayant été introduite vers la fin de mai 1847, cette même année la proportion des décès ne fut plus que de 5,21 p. 100, et en 1848 elle n'était plus que de 1,27.

Il est utile d'ajouter, pour apprécier la valeur de ces chiffres et pour qu'on n'attribue pas cette subite réduction dans les deux dernières années à une simple circonstance fortuite, ou aux fluctuations si ordinaires dans la marche des épidémies, qu'au rapport de M. Wieger, de mémoire d'homme la fièvre puerpérale n'avait jamais cessé de régner à la Clinique de Vienne.

M. Wieger ajoutait à ces données statistiques quelques résultats qui peuvent concourir à jeter quelque lumière sur la question. Il rappelle que tous les élèves, médecins et sages-femmes, étaient autrefois répartis également dans les deux services obstétricaux, et que la maladie régnait alors dans les deux cliniques avec une égale intensité; qu'à partir de 1836, la première clinique ayant été réservée aux médecins et la seconde aux sages-femmes, celle-ci ne perdit que peu d'accouchées, tandis que la mortalité fut énorme dans l'autre. Ainsi dans une année la clinique des sages-femmes ne fournit que 32 décès et celle des médecins 600 sur un nombre presque pareil d'accouchements. Les locaux furent échangés, et la mort accompagna cette dernière clinique dans le local de la précédente. L'auteur attribue cette immunité du service des sages-femmes à ce qu'elles ne sont pas comme les élèves hommes obligées de toucher aux cadavres.

Sans pousser aussi loin que l'auteur du mémoire auquel nous empruntons ces citations les conséquences logiques, rigoureuses qu'il déduit de ces faits, et tout en faisant quelques réserves sur leur exactitude que nous ne sommes pas en mesure de vérifier, nous pensons cependant qu'il y a dans ces résultats de quoi faire réfléchir, et tout au moins des motifs suffisants pour légitimer la mesure qui vient d'être prise par M. Dubois.

Oblitération complète du canal de l'urètre. — Nouveau procédé d'urétrotomie périnéale. — Guérison.

Grâce à un procédé très simple que M. Maisonneuve vient de mettre en usage à l'hôpital Cochin, l'opération de l'urétrotomie périnéale, si incertaine quand on la pratique au hasard et sans guide, pourra désormais être exécutée avec une précision mathématique, et rentrer, par conséquent, dans la catégorie des opérations régulières.

Ce malade, nommé Mallet (Pierre), âgé de soixante-cinq ans, reçut, au mois de février dernier, un coup de corne de taureau dans la région périnéale. Il en résulta une rétention d'urine complète, qui fut bientôt suivie de la formation d'un vaste abcès urineux, avec sphacèle du canal et des téguments dans une étendue considérable. Depuis lors l'urine cessa de passer par l'urètre. Plus tard, la plaie du périnée se détergea, ses bords se rapprochèrent et la perte de substance fut comblée par un tissu cicatriciel très dur, qui remplaça le canal dans une étendue de 4 centimètres environ. Derrière cette cicatrice et sur ses parties latérales, existaient cinq pertuis fistuleux par lesquels l'urine s'écoulait au dehors. L'occlusion du canal était complète. Les bougies les plus fines, les injections poussées avec force n'y dénotaient pas la moindre fissure.

Contre les oblitérations de l'urètre, la médecine opératoire ne possède que deux ressources bien infidèles : le cathétérisme forcé et l'opération de la boutonnière. Ici le cathétérisme forcé au moyen de la sonde conique était vraiment d'une exécution impossible, à cause de l'épaisseur du tissu inodulaire, qui excédait de 4 centimètres. D'autre part, l'opération de la boutonnière telle qu'elle est décrite par les auteurs, c'est-à-dire l'incision faite au hasard et sans guide pour retrouver la partie postérieure du canal, présente tant d'incertitude et de dangers qu'elle est avec raison proscrite de la pratique.

C'est en face de ces difficultés extrêmes que M. Maisonneuve eut l'idée d'introduire dans l'un des trajets fistuleux une bougie filiforme, laquelle, étant poussée jusque dans la vessie, pouvait servir de guide à l'opérateur pour retrouver sûrement la partie postérieure de l'urètre. Voici la description du procédé :

Le malade étant couché sur le dos, les jambes fléchies, les cuisses écartées comme pour l'opération de la taille, le chirurgien introduit d'abord dans l'orifice fistuleux principal une bougie filiforme qu'il fait glisser jusque dans la vessie; plaçant ensuite dans l'urètre un cathéter cannelé, il pratique sur la ligne médiane du périnée une incision profonde qui divise toute l'épaisseur du tissu inodulaire depuis le cul-de-sac de l'urètre indiqué par le bec du cathéter jusqu'à la rencontre de la partie postérieure du canal dont la bougie révèle la position. Dès lors il devient facile d'introduire une sonde à demeure destinée à maintenir le calibre du canal artificiel, et sur laquelle s'opère la cicatrisation.

Cette opération a été pratiquée par M. Maisonneuve le 14 juillet 1853, et dans les premiers jours d'octobre la plaie était entièrement cicatrisée. Aujourd'hui, ainsi qu'il est facile de s'en convaincre en examinant le malade, la continuité du canal est parfaitement rétablie; son calibre admet facilement une sonde d'étain n° 53, c'est-à-dire de neuf millimètres de diamètre; l'expulsion des urines se fait avec la plus grande facilité; enfin les fistules ont complétement disparu.

De l'emploi des bougies aluminées dans le traitement des rétrécissements de l'urètre.

A l'occasion du fait précédent, nous croyons devoir faire observer qu'il ne faudrait pas considérer comme un accident capable de contre-indiquer l'emploi des bougies aluminées dans la thérapeutique des rétrécissements urétraux le catarrhe déterminé par la présence de ces mêmes bougies. En relisant attentivement l'observation rapportée dans notre *Revue clinique* du 5 novembre, on se convaincra en effet que l'apparition de ce catarrhe a été suivie d'une amélioration notable, puisque alors le malade urinait plus facilement et que l'on pouvait faire pénétrer jusque dans la vessie des bougies de moyen calibre, tandis que précédemment les plus fines étaient arrêtées au niveau du rétrécissement.

C'est donc pour guérir, non pas le rétrécissement, qui était en bonne voie, mais bien les fistules, qui ne s'oblitéraient pas, que M. Jobert (de Lamballe) pratiqua l'incision urétrale. L'habile chirurgien de l'Hôtel-Dieu insiste surtout sur la nécessité, non pas de réunir par première intention les lèvres de l'incision pratiquée dans de semblables circonstances, mais bien de les faire cicatriser isolément en les tenant écartées à l'aide de mèches de charpie, et les cautérisant souvent avec le nitrate d'argent, pour que le travail de cicatrisation se fasse des parties profondes vers les superficielles, comme cela a lieu après l'opération de la fistule à l'anus. Nous avons cru ces explications nécessaires pour éviter toute erreur aux praticiens, et pour bien indiquer le but que se propose en ces cas M. Jobert.

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. Valette.

Anévrisme du pli du coude. Injection de perchlorure de fer. Guérison complète sans accident.

Hugonnet (Louis-Etienne), ouvrier en soie, âgé de trente ans, demeurant côte Saint-Sébastien, n° 17, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon le 14 juillet 1853; il est couché dans mon service (salle Saint-Louis, n° 35). Ce malade est affecté d'une hypertrophie du cœur; sa constitution est assez chétive. Au commencement de juin, M. le docteur X... pratique une saignée du bras. Je n'ai sur ce qui s'est passé au moment de cette petite opération que les renseignements fournis par Hugonnet. Il me raconte que la piqûre lui a causé une violente douleur qui s'est propagée jusqu'à la main, dont deux ou trois doigts ont été en partie paralysés. Quelques jours après, il remarqua l'existence d'une tumeur au pli du bras. Au commencement de juillet, je fus consulté dans mon cabinet; je reconnais un anévrisme et lui déclare que, pour guérir, il a besoin d'une opération. Effrayé de ma proposition, Hugonnet va consulter M. Pétrequin, qui lui tient le même langage. Le 10 juillet, je reçois du malade une seconde visite; il me demande à entrer à l'Hôtel-Dieu, dans mon service. Il présentait alors l'état suivant:

Une tumeur du volume d'une noix existe au pli du coude du côté droit. Elle est le siége de battements très forts, isochrones à ceux du pouls, et qui deviennent plus énergiques lorsque l'on comprime la radiale. La compression de l'artère cubitale ne me paraît pas exercer d'influence sur la tumeur; la compression de l'artère brachiale fait cesser complétement les battements de la tumeur, qui revient un peu sur elle-même. A l'auscultation, on perçoit un bruit de soufflet des plus intenses. La peau est saine. Une cicatrice récente indique qu'une saignée a été faite peu de temps auparavant. L'avant-bras est fléchi sur le bras. Les doigts sont encore engourdis; mais cet engourdissement tend de jour en jour à disparaître. Je me décide à appliquer la méthode de Pravaz, et j'exécute l'opération le 21 juillet, en présence de MM. Pétrequin, Barrier, Desgranges, Bouchacourt et d'un très grand nombre d'autres confrères. M. Burin-Dubuisson a eu l'obligeance de m'apporter du perchlorure de fer à 30° et de me donner des renseignements sur l'énergie d'action de ce perchlorure. La capacité de l'anévrisme est évaluée approximativement à un centilitre; nous décidons que je pousserai 15 gouttes de perchlorure, ce qui ne fait en réalité que 13 gouttes, car deux gouttes sont absorbées par la canule de la seringue. Je n'ai pas besoin d'ajouter que je me suis servi de la seringue Charrière. La capacité de celle que j'ai entre les mains est de 25 gouttes; le corps de pompe est en verre, ce qui nous a permis de constater que le liquide n'a pas passé au-dessus du piston.

Je fais appliquer un tourniquet sur l'artère brachiale, afin d'avoir une compression exacte et surtout permanente. Pour plus de sûreté, M. Chadzinski, interne du service, comprime avec les doigts au-dessus du tourniquet. M. Pétrequin a l'obligeance de se charger de la compression des artères de l'avant-bras. Ces dispositions prises, j'enfonce le trocart au centre de la tumeur. Quand je retire le stylet, un jet filiforme de sang artériel s'échappe de la canule; la seringue est rapidement vissée sur elle, et 15 gouttes de perchlorure sont, je le répète, injectées. Le malade accuse une douleur assez vive.

Après une minute d'attente, j'enlève avec précaution la canule; la compression au-dessous de la tumeur est maintenue dix minutes. Quant à la compression de l'artère brachiale, elle est soutenue par M. Chadzinski vingt minutes, et le tourniquet n'est enlevé qu'une heure après l'opération. Pendant la journée, il existe un peu de douleur, qui se propage le long de l'avant-bras jusqu'à la main. Les extrémités des doigts sont froides. Les battements de l'artère radiale ont complétement disparu. Ils existent toujours dans l'artère cubitale. Plus bas vous aurez l'explication de ce fait, qui m'a un instant inquiété.

Le 22 juillet, j'explore la tumeur, que j'ai évité de toucher jusque-là. Elle est dure; la coagulation du sang me paraît complète; on ne perçoit aucun battement, excepté à la partie interne de la tumeur.

Je me rends compte de ce phénomène en admettant une bifurcation de la brachiale. La radiale serait le siége de l'anévrisme, qui se trouverait côtoyé par l'artère cubitale. M. Barrier partage cette manière de voir; nous avons eu depuis la démonstration mathématique de ce qui n'était jusqu'ici qu'une présomption. Les douleurs diminuent. La température de la main s'est élevée; l'état général ne présente rien d'extraordinaire.

Le 23, rien à noter.

Le 24, le malade se lève et descend dans les cours de l'hôpital. Il mange le quart de portion. La tumeur présente les mêmes caractères.

Les 25 et 26, rien de particulier.

Le 27, la tumeur, qui est toujours dure, qui ne présente aucun battement, commence à diminuer de volume.

Le 31, la tumeur a diminué de moitié; elle n'offre plus que le volume d'une amende. Il nous est possible de glisser l'extrémité du doigt entre la tumeur et le vaisseau, dont les battements se faisaient sentir à la partie interne. Nous acquérons la certitude que ce vaisseau est bien l'artère cubitale. Les mouvements du bras s'exécutent bien.

Le 5 août, la tumeur n'a plus que le volume d'un gros haricot. Hugonnet me demande sa sortie, mais je le décide à rester en observation.

Le 12, il insiste de nouveau; je lui accorde son *exeat*. Je fais constater son état par MM. Barrier, Desgranges et Pétrequin. La tumeur a le volume d'un noyau de cerise; elle est dure, roule sous le doigt. L'artère radiale ne présente pas de battements. Toutefois, ils semblent vouloir reparaître vers le poignet. Mais ils sont tellement obscurs que quelques personnes ne les perçoivent pas. Il est évident, dans tous les cas, que le rétablissement de la circulation se fait par les collatérales.

Hugonnet est revenu deux fois, à quinze jours d'intervalle, se faire examiner. Je constate et fais constater la solidité de la guérison. La tumeur n'a plus que le volume d'un petit pois. Hugonnet a repris ses travaux, qui exigent des mouvements continuels du bras droit. J'ai revu le malade dans le courant d'octobre; il est venu me consulter pour ses battements de cœur. La guérison de l'anévrisme du pli du coude s'est complétement maintenue.

Voici en quelques mots les précautions que j'ai cru devoir prendre. Je n'ai pas la prétention de poser les règles à suivre, mais si quelque chirurgien veut pratiquer l'opération de Pravaz, il sera peut-être bien aise d'avoir des renseignements précis sur ce qui a été fait dans le seul cas de guérison obtenu jusqu'ici.

1° J'ai employé du perchlorure de fer à 30 p. 100, préparé par M. Burin-Dubuisson. Dans un travail publié dans la *Gazette médicale de Lyon*, cet habile chimiste expose les raisons qui motivent le choix du liquide à ce degré de concentration. M. Burin-Dubuisson démontre que toute opération pratiquée avec du perchlorure de fer plus concentré, et par conséquent acide et plus ou moins caustique, ne doit pas entrer en ligne de compte pour faire juger d'une manière définitive la valeur de la méthode Pravaz.

2° J'ai injecté 13 gouttes seulement pour 1 centilitre environ de sang. N'oublions pas qu'il s'agit ici de gouttes expulsées par une canule très petite; mais, du reste, en disant que la seringue Charrière contient 25 gouttes, on peut apprécier d'une manière rigoureuse la quantité du liquide injecté. Est-il besoin de faire remarquer que la quantité trop considérable de perchlorure de fer aurait un effet fâcheux?

Dans des observations relatives à des varices, que l'auteur rapporte à la suite de celle-ci, on peut voir à quels inconvénients on est exposé; mais je dois signaler l'écueil à éviter. Le caillot qui se forme n'a pas immédiatement le volume qu'il doit avoir. Je m'explique: si l'on injecte 10 gouttes, je suppose, de perchlorure dans un vaisseau, on a un caillot dont le volume est représenté par 3; mais le lendemain ce caillot a augmenté de volume, et le volume peut être représenté par 4. A quoi cela tient-il? Je l'ignore. Toujours est-il que, si l'on injecte dans un anévrisme assez de perchlorure pour que le caillot distende le sac, le lendemain la distension sera bien plus considérable; et si la quantité du liquide injecté est trop forte, cette distension pourra amener les résultats les plus déplorables, une inflammation suppurative, par exemple. Il faut donc injecter ni trop ni trop peu. Mais qu'est-ce qui guidera le chirurgien? L'expérience. M. Burin-Dubuisson, qui s'est livré à un très grand nombre de recheches sur ce sujet, m'a conseillé 10 à 12 gouttes de perchlorure à 30°, ne l'oublions pas, pour obtenir la coagulation de 1 centilitre environ de sang. Si le volume de la tumeur fait présumer que sa capacité est de 2 centilitres, la quantité à injecter sera de 20 à 25 gouttes, et ainsi de suite.

3° Il importe beaucoup de se servir d'un instrument bien fait, et la raison en est très simple. Il faut que le liquide passe bien dans la tumeur, mais il faut encore que l'ouverture soit très petite, car si du perchlorure s'échappe à travers la petite plaie, le tissu cellulaire sera cautérisé; il en résultera une inflammation suppurative qui pourra se propager jusque dans l'intérieur du sac. L'instrument construit par M. Charrière présente de très bonnes conditions.

4° Enfin, il est de la dernière importance d'isoler l'anévrisme par la compression, car la coagulation du sang n'est pas instantanée. Si la circulation est libre dans l'anévrisme, une certaine quantité de perchlorure sera chassée dans les artères, et la coagulation du sang se fera, non pas dans le sac, mais dans les vaisseaux. C'est à cette circonstance qu'il faut, à mon avis, attribuer la gangrène du bras qui a suivi une tentative d'opération.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

ADDITION A LA SÉANCE DU 15 NOVEMBRE 1853.

Discussion sur le perchlorure de fer.

M. Velpeau. La question importante soulevée par M. Malgaigne n'a été qu'effleurée; elle n'a point été jugée. On se ferait du reste une très grande illusion si l'on croyait que la question sera jugée par l'Académie; quel que soit le résultat de la discussion, qu'il soit favorable ou défavorable à la méthode en question, cela n'empêchera nullement les chirurgiens de s'en occuper. Mais cela aura du moins un avantage que l'on ne saurait contester, c'est de faire connaître l'état de la question.

Avant d'aller plus loin, il y a un embarras à élaguer. On sait qu'il y a toujours des personnes prêtes à blâmer les chirurgiens qui prennent l'initiative d'un moyen nouveau. On a été jusqu'à prononcer le mot de témérité. Cela me toucherait peu personnellement, car j'ai autant que qui que ce soit de la prudence et l'unique désir de guérir. On a dit qu'il fallait laisser l'expérience se faire. Mais il faut bien que quelqu'un commence; si ce n'est par nous, ce sera nécessairement par d'autres que les premières tentatives devront être faites. D'un autre côté, si l'on n'expérimente pas, comment pourra-t-on perfectionner la chirurgie? N'a-t-on pas échoué dans les premiers essais de ligature de la carotide primitive? Aurait-il fallu y renoncer pour cela? Il y a d'ailleurs des conditions à observer dans toute expérimentation. Il faut d'abord que la méthode que l'on se propose d'essayer ne soit pas dangereuse, en second lieu qu'elle puisse être meilleure que celles en usage. On ne cesse de répéter dans le monde ce dicton, qu'il faut que les chirurgiens coupent et tranchent. Ce n'est pas ici que je devrais avoir à relever un pareil reproche. Il n'y a pas de chirurgiens qui opèrent pour le plaisir d'opérer. Cela me remet en mémoire ces paroles de Mme de Staël, je crois, qu'on transforme aisément en morale ce que la nécessité ne nous permet plus de faire.

On a toujours désiré guérir les anévrismes sans ligature; il semble qu'on ait éprouvé le besoin d'avoir quelque chose de mieux; ce n'est que comme pis-aller, en quelque sorte, qu'on s'en tient à la ligature. On ne peut donc blâmer ceux qui cherchent à lui substituer un meilleur moyen. Parmi ces moyens s'est présentée naturellement l'idée d'injecter des substances coagulantes. Cette idée n'est pas nouvelle; elle a été émise d'abord par Monteggia, puis plus tard par M. Le Roy-d'Etiolles. Je l'ai reprise moi-même il y a environ vingt-cinq ans, mais je ne suivis pas sérieusement ces essais. J'ai fait aussi, mais sans beaucoup de confiance, des essais d'acupuncture, en me fondant sur ce fait que, lorsqu'il existe des lambeaux flottants dans l'intérieur d'un sac anévrismal ou d'une artère, il se formait spontanément un coagulum autour de ces lambeaux; j'ai également abandonné cette idée. Pravaz a imaginé plus tard d'y ajouter le galvanisme; de là est venue la méthode de M. Pétrequin; méthode qui mérite aussi d'être prise en considération. Cela ne veut pas dire assurément qu'il faille l'accepter sans contrôle. Il reste à démontrer une chose, c'est qu'elle soit meilleure que les autres. 12 cas d'insuccès et 8 cas de guérison sur 20 environ, c'est un résultat moins avantageux que celui de la ligature. C'est donc une question qui n'est pas jugée encore; mais enfin il y a là de quoi engager à poursuivre des expériences. Plus tard, enfin, Pravaz, après avoir fait un grand nombre d'expériences avec diverses substances réputées hémostatiques, est parvenu à reconnaître dans le perchlorure de fer une propriété coagulante des plus énergiques: de là l'idée de l'appliquer au traitement des anévrismes. C'était d'autant plus séduisant que rien ne serait plus facile qu'une semblable opération, qui ne consiste en quelque sorte qu'à introduire une aiguille dans la tumeur anévrismale. Ajoutez que cette idée se présentait sous la garantie d'un homme dont tout le monde appréciait la bonne foi et la gravité.

Voilà à peu pres où en est cette question, et on veut la juger avec aussi peu de faits qu'on en a encore! Pour moi, je suis disposé à croire que la méthode est mauvaise, mais enfin je n'en suis pas convaincu.

Le cas le plus grave invoqué contre cette opération est celui de M. Malgaigne dans lequel il y a eu étranglement et gangrène du bras. Mais ce fait présente quelque chose d'invraisemblable ou tout au moins de bien singulier. N'y aurait-il pas là autre chose que nous ne savons pas bien? On a injecté depuis des quantités beaucoup plus considérables de perchlorure; M. Leblanc vous dira tout à l'heure qu'il en a injecté jusqu'à 25 gouttes dans une petite veine d'un cheval; il n'est rien arrivé de fâcheux. On a cru que c'était un caustique, et

tous les jours on le manie, on l'applique sur les tissus sans qu'il y ait rien de cautérisé du tout. Enfin, il ne m'est pas démontré que l'inflammation des parois du sac anévrismal, que l'on a constatée dans quelques cas, soit le fait du perchlorure de fer. Sans doute, si cette inflammation devait se répéter, si elle était inhérente à l'emploi des injections de perchlorure de fer, ce serait là un motif suffisant pour rejeter la méthode.

Mais il y a une autre circonstance qui s'opposera probablement au succès de cette opération, c'est le caillot lui-même. Le caillot, qui est ici une nécessité du succès, se présente sous plusieurs aspects. Il y a le caillot normal; on comprend que celui-ci étant constitué par les éléments de l'organisme, puisse être résorbé et repris sans inconvénient par la circulation. Mais il y a un autre caillot, que j'appellerai par opposition anormal, ou hétéromorphe; c'est celui qui contient la matière injectée. Ce n'est plus du sang, mais un magma composé de sang transformé et de la matière étrangère. Or, il suffit de voir ce caillot, qu'on ne peut mieux comparer pour son aspect qu'à un égagropile, pour être convaincu que sa résorption n'est pas possible.

Tout cela prouve que l'injection de perchlorure de fer ne vaut pas mieux que la ligature; mais cela prouve-t-il qu'on n'arrivera pas à mieux d'après la même pensée, et qu'on ne parviendra pas à guérir sans la ligature? Je n'en tirerai pas cette conclusion. Pour ma part, j'espère qu'on arrivera un jour par ce moyen ou par un autre à remplacer la ligature. Et quand même on ne pourrait pas la remplacer avantageusement dans tous les cas, ne serait-ce pas quelque chose déjà que de pouvoir la suppléer dans les cas où celle-ci n'est pas possible, comme dans les anévrismes de la racine des membres, par exemple? La ligature est-elle d'ailleurs elle-même sans danger? Je n'en voudrais pour preuve du contraire que les tentatives que l'on a faites de tout temps pour trouver une autre méthode. J'oubliais à ce sujet de rappeler que j'ai essayé aussi de coaguler le sang dans les anévrismes à l'aide de la congélation. Ce moyen ne m'a pas non plus réussi. La tumeur a durci momentanément sous l'influence du froid; mais sitôt que la chaleur est revenue le caillot formé a été entraîné.

M. Moreau se défend d'avoir voulu incriminer en quoi que ce soit la conduite de M. Velpeau; ce n'est point contre les chirurgiens qui ont essayé cette méthode qu'il s'est élevé, mais contre l'expérimentation sur l'homme en général. Il n'en persiste pas moins dans sa première opinion, que la méthode d'injection doit être à tout jamais condamnée. Quant à ce que M. Velpeau vient de dire de la congélation, ce n'est pas nouveau. Guérin avait déjà employé ce moyen.

M. Leblanc, après avoir rappelé en peu de mots le point de départ des expériences de Pravaz et les premiers résultats constatés par ce regrettable savant, rend compte en ces termes à peu près des expériences que M. Debout et lui ont faites de concert sur des animaux.

Les résultats annoncés par Pravaz ayant d'abord été constatés de nouveau et vérifiés, voici la série d'expériences qu'ils ont faites et les résultats qu'ils ont constatés.

L'artère carotide droite d'un cheval ayant été mise à nu dans une étendue de 6 centimètres, les expérimentateurs y ont injecté de six à sept gouttes de perchlorure de fer pendant que la compression était exercée au-dessus et au-dessous. Bien que la compression n'eût été maintenue qu'une minute, la circulation avait été et resta interrompue; le calibre de l'artère était rétracté d'une manière sensible. Le lendemain l'artère était bosselée; on y percevait déjà le retour de faibles pulsations, et vers le septième ou huitième jour la circulation était complétement rétablie.

Une expérience semblable fut faite sur la carotide gauche du même animal. Comme dans l'expérience précédente et quelques autres, le magma s'était désagrégé, et dans le but, d'autre part, d'apprécier les effets d'une plus grande quantité de perchlorure, on injecta cette fois quinze gouttes. La compression fut maintenue cinq minutes. Au bout de ce temps, les ligatures enlevées, la circulation ne se rétablit point; l'artère resta sensiblement rétractée; le volume de son calibre avait diminué d'un tiers. Au bout de quatre jours, il n'y avait pas de pulsation dans la portion du vaisseau injecté, et cette partie de la carotide était toujours rétrécie, dure et bosselée. L'animal ayant été sacrifié, on constata ce qui suit:

L'artère carotide droite présentait, dans quelques centimètres, un peu d'induration du tissu cellulaire. La membrane interne était saine. L'artère carotide gauche était oblitérée au point correspondant à la piqûre par une cloison formée par l'adossement de sa membrane interne; celle-ci était rugueuse à sa surface et recouverte par du pus de consistance variable, au milieu duquel existaient des grumeaux dus à la désagrégation du caillot; il y avait, en un mot, des traces évidentes d'inflammation et d'épaississement des parois de l'artère.

M. Malgaigne, en analysant ces faits, a dit qu'il y avait eu amincissement et dilatation variqueuse des parois de l'artère; c'est le contraire qui a eu lieu.

Je suis en mesure, ajoute M. Leblanc, d'affirmer aujourd'hui qu'une injection de 23 gouttes de perchlorure a pu être faite dans l'artère d'un cheval sans le concours d'aucune ligature et sans qu'il en soit résulté aucun accident.

Il résulterait donc de ces expériences qu'une certaine quantité de perchlorure de fer peut être injectée dans le torrent circulatoire d'un cheval sans produire d'accidents notables; qu'injecté en petite quantité entre deux ligatures, le perchlorure produit un caillot qui plus tard peut être plus ou moins complétement résorbé; qu'enfin une assez grande quantité de magma résultant de cette injection peut être considérée jusqu'à un certain point comme un corps étranger inoffensif.

Malheureusement ces expériences n'ont pu être faites que sur des artères saines; l'extrême rareté de l'anévrisme chez les chevaux n'a pas permis d'obtempérer aux vœux de M. Gerdy.

Peut-être cela sera-t-il plus facile pour les varices, qui, quoique rares, peuvent cependant être quelquefois observées. M. Leblanc s'empressera d'en faire l'essai, dans cette circonstance, à la première occasion favorable.

M. Leblanc termine en communiquant à l'Académie le fait de guérison d'un anévrisme du pli du coude que nous donnons plus haut. Ce fait est consigné dans une lettre adressée par M. le docteur Valette (de Lyon) à M. Debout.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 16 novembre 1853. — Présidence de M. Denonvilliers.

Résumé de la discussion sur le chloroforme, suivi de considérations sur l'anesthésie.

M. Robert a la parole pour la lecture de la suite de son résumé; il s'exprime en ces termes:

Il nous reste maintenant à remplir une tâche plus difficile et plus importante, celle de rechercher si l'on peut prévenir ces malheurs et de tracer des règles pour l'administration du chloroforme. Avant d'entrer en matière, nous croyons nécessaire de jeter un coup d'œil rapide sur les effets généraux de cet agent.

Lorsqu'on l'emploie à dose modérée et en veillant au libre accès de l'air dans les voies respiratoires, on voit, après un temps assez court, se manifester des phénomènes d'agitation cérébrale, du délire, une agitation plus ou moins violente, souvent même l'exaltation de la sensibilité et le spasme de certains muscles. Bientôt, et dans un ordre variable, surviennent la diminution graduelle et l'abolition de la sensibilité, des facultés intellectuelles et des mouvements volontaires. Le corps s'affaisse sur lui-même, les membres soulevés retombent comme des masses inertes. L'homme semble plongé dans un sommeil profond. Cependant la respiration est égale, large, facile; le pouls, d'abord agité, retombe à son rhythme habituel; il est plein, souple, régulier. C'est alors que l'on peut pratiquer avec sécurité les opérations chirurgicales. Les incisions pratiquées sur les tissus les plus richement pourvus de nerfs, les tractions, les pressions, les violences de toute nature n'arrachent au malade aucun témoignage de douleur. Qu'on ne croie pas cependant que l'organisme y reste toujours complétement étranger. Ainsi que nous l'avons déjà fait observer, les impressions produites sur lui par l'acte opératoire y causent un retentissement, véritable action réflexe qui varie suivant les individus et se manifeste tantôt sur l'appareil respiratoire et tantôt sur le cœur. Dans le premier cas, la respiration devient momentanément saccadée, anxieuse; dans le second, on observe de brusques modifications dans le pouls. J'ai plusieurs fois remarqué qu'au commencement surtout d'une opération chirurgicale ce dernier changeait tout à coup de caractère et devenait petit, concentré, irrégulier et même intermittent. Jamais je n'ai observé de syncope véritable, mais les faits que j'ai empruntés au mémoire de M. Bickersteth prouvent qu'il peut en survenir.

Tel est, messieurs, le premier degré de l'éthérisme, celui que l'on ne doit qu'atteindre et ne jamais dépasser dans la pratique de la chirurgie. Certes, il n'entrera dans l'esprit de personne qu'un tel état soit dénué de gravité; et, quant à moi, je ne puis me défendre d'une secrète émotion toutes les fois que je vois ainsi l'homme dépouillé de l'intelligence et de la sensibilité, immobile comme un cadavre et ne vivant plus que par la respiration et la circulation. Et cependant il est d'observation que cet état se dissipe assez promptement quand on cesse l'action du chloroforme, et qu'en général on peut le prolonger impunément lorsqu'on a le soin de suspendre de temps en temps les inhalations.

Voyons maintenant quelle série de phénomènes caractérisent la période ultime de l'éthérisme et par quel mécanisme la vie finit par s'anéantir. Ici l'observation nous fait défaut chez l'homme, mais nous pouvons la remplacer par des expériences sur les animaux.

J'ai dit que tout d'abord il y avait suspension de l'intelligence, de la sensibilité et des mouvements volontaires, la respiration et la circulation conservant leur intégrité. J'aurais dû cependant faire une restriction à cet égard. En effet, pour peu que l'éthérisation continue, le sang artériel se dépouille peu à peu de sa couleur rutilante; sa teinte se rapproche de celle du sang veineux. Il n'est aucun chirurgien qui n'ait été frappé de ce fait et n'ait vu à la surface d'un moignon d'amputation combien se ressemble le liquide qui s'échappe des deux ordres de vaisseaux.

Bientôt les mouvements du cœur éprouvent de nombreuses variations. Tantôt ils sont précipités et incertains; on croirait qu'ils vont s'éteindre; puis, tout à coup, ils redeviennent fermes et réguliers. De son côté aussi, la respiration, qui ne s'exécute plus que par le diaphragme, s'accélère parfois d'une manière extraordinaire et reprend ensuite son état primitif. Il n'est pas rare de voir à cette période de petits mouvements convulsifs ou des soubresauts irréguliers dans les muscles des paupières et dans ceux des membres.

Enfin, au bout d'un temps qui varie selon le degré de résistance vitale de l'animal, et qui est en général beaucoup plus long qu'on ne pourrait le croire, la respiration se ralentit et devient irrégulière, le pouls n'est plus que filiforme, et bientôt les mouvements du diaphragme et du cœur finissent par s'arrêter.

M. Bickersteth, dans le mémoire que nous avons déjà cité, a cherché à établir que la respiration cesse bien avant la circulation. Nos expériences nous ont conduit au même résultat, mais d'une manière moins absolue que ne l'a énoncé cet observateur. Sur une quinzaine d'animaux sacrifiés, nous avons vu deux fois les battements du cœur s'éteindre assez longtemps avant la respiration. Dans ces deux cas, ayant ouvert la poitrine, nous avons pu constater que, le cœur étant complétement immobile, le diaphragme s'est encore contracté plusieurs fois, faiblement il est vrai, et à de longs intervalles.

A l'ouverture des corps, on trouve les cavités droites du cœur distendues par du sang noir et fluide; les grosses veines afférentes en contiennent également de grandes quantités, et les veines du cerveau, ainsi que les sinus de la dure-mère; les cavités gauches sont quelquefois complétement vides. Les poumons, roses et affaissés, présentent quelquefois des taches ecchymotiques; quant à la présence signalée par divers observateurs de fluides aériformes dans le cœur droit et dans les grosses veines qui s'y rendent, nous ne l'avons jamais rencontrée.

Nous venons de voir la succession des effets produits par le chloroforme, effets pour la plupart décrits par les physiologistes. Ils mettent trop en évidence les propriétés délétères de cet agent pour qu'il soit utile d'y insister davantage. Toutefois, je crois devoir faire connaître ici le résultat d'une expérience qui n'avait pas encore été instituée. Elle démontre, en effet, que le chloroforme anéantit la propriété excito-motrice de la moelle épinière et place cette substance à côté des poisons les plus actifs.

Sur un chien plongé dans l'anesthésie avec résolution des muscles, j'ai découvert le cordon rachidien vers le milieu de la région dorsale et dans l'étendue de 6 ou 7 centimètres; puis j'ai enfoncé deux aiguilles dans son épaisseur. Au moment où elles ont été mises en contact avec les deux pôles d'un appareil électro-magnétique, aucun mouvement ne s'est manifesté dans les membres inférieurs. Alors j'ai suspendu les inhalations jusqu'à ce que l'animal fût revenu complétement à lui, ce qui a duré près de dix minutes. L'influence de l'électricité ayant été essayée de nouveau, de violentes secousses ont eu lieu dans les muscles naguère immobiles. Cette épreuve causant de vives douleurs, j'ai coupé la moelle à sa partie supérieure; les effets de la pile se sont de nouveau fait sentir sans que l'animal en eût conscience, pour disparaître encore sous l'influence de nouvelles doses de chloroforme.

Il est à remarquer que les nerfs ne participent pas aussi manifestement que la moelle à la perte de leurs propriétés excito-motrices. Je m'en suis assuré en faisant passer un courant à travers le nerf sciatique. Enfin, la contractilité des muscles se conserve intégralement, et persiste même assez longtemps après la mort. Ces expériences ont eu pour témoins MM. les docteurs Abeille, Duchenne (de Boulogne), Debout, ainsi que les élèves de l'hôpital Beaujon.

Jusqu'ici nous avons seulement constaté les effets lents et successifs du chloroforme; nous avons vu les symptômes d'une excitation violente faire place au calme et à la résolution musculaire. La mort n'est arrivée que par degrés, et toujours il a été facile de la prévoir et de la prévenir, en arrêtant les inhalations. En un mot, nous n'avons rien vu qui ressemblât à la sidération. Aussi avons-nous désiré étudier expérimentalement ce genre de mort. Dans ce but, nous avons fait respirer à des chiens des quantités considérables de vapeurs anesthésiques dans un temps très court, en leur plongeant la tête dans une vessie où nous avions versé et agité plusieurs grammes de chloroforme. A peine ces animaux avaient-ils respiré cette vapeur qu'ils poussaient deux ou trois cris, s'agitaient violemment, puis tombaient foudroyés en moins d'une ou deux minutes. La mort ne pouvait être attribuée à l'asphyxie, car la vessie n'avait pas été entièrement fermée; et d'ailleurs on ne trouvait sur les cadavres aucune lésion qui pût la faire admettre. Les poumons étaient roses et affaissés, les cavités droites du cœur pleines de sang, les sinus de la dure-mère et les veines du cerveau tout à fait vides.

En parcourant les observations de mort subite survenue chez l'homme, nous en avons trouvé quelques-unes où la sidération s'est manifestée avec des caractères semblables à ceux que nous venons de décrire, et où, par conséquent, il est permis de croire que le chloroforme a été administré en trop grandes proportions. Mais, il faut le dire, la physionomie de la plupart des autres a été totalement différente. Ainsi, au milieu d'une éthérisation dont la marche régulière ne présentait d'abord aucun symptôme alarmant, les battements artériels se sont tout à coup suspendus, et une syncope mortelle est venue frapper les patients au moment où l'on devait le moins s'y attendre.

Dans les faits de cette catégorie il existe donc, en dehors de la sphère d'activité connue du chloroforme, une cause spéciale, un trouble nerveux dont la source ne peut être placée ailleurs que dans la disposition où s'est trouvé l'organisme à un moment donné, et c'est là, suivant nous, ce qui constitue le danger véritable de l'éthérisation.

En présence des accidents auxquels expose l'emploi du chloroforme, on a dû se demander s'il existait quelque autre substance jouissant de propriétés anesthésiques qu'on pût mettre en usage avec plus de sécurité. *A priori*, la réponse à cette question me paraît devoir être négative; car s'il est reconnu que tous les corps qui abolissent la sensibilité agissent de la même manière sur le système nerveux, tous dans certains cas donnés peuvent mettre la vie en péril. Cependant à l'expérience seule il appartenait de juger cette importante question. M. le docteur Nunneby, dont nous avons déjà mentionné les importants travaux, a essayé tous les corps qui, par leur composition chimique, lui ont paru posséder le privilége de supprimer la douleur. Or, il semble résulter de ses recherches qu'après le chloroforme, deux d'entre eux méritent seuls d'attirer l'attention; ce sont: la liqueur des Hollandais, ou chloride de gaz oléfiant, et l'éther sulfurique.

« La liqueur des Hollandais, dit notre auteur, est en vérité l'un des » meilleurs anesthésiques.

» L'odeur en est agréable. Il ressemble assez au chloroforme, auquel il ne le cède en rien. Il produit l'anesthésie aussi vite, sans » trouble, sans fatigue, pendant et après l'inhalation. Sous ce dernier » rapport, il vaut mieux que le chloroforme. Il laisse moins de faiblesse, moins de dépression. Il peut déterminer l'insensibilité la plus » absolue, et cela pendant un temps assez long, sans danger. Pour tuer » les animaux, il en faut une énorme quantité. Cet anesthésique est » par conséquent supérieur au chloroforme. J'ajoute que pour rendre » insensible il n'en faut pas davantage que de chloroforme.

» Je l'ai employé sept fois pour des opérations avec un plein succès. » De plus, je l'ai administré à deux femmes en couches, toujours sans » accident. Je croyais alors que personne ne l'avait employé avant » moi, mais j'ai appris depuis que Simpson et Snow m'avaient précédé, et avaient conclu que c'était un anesthésique dangereux. Cela » vient certainement de ce qu'ils ont employé une substance impure, » qui contenait de la chlorine libre, car ils ont observé une irritation » violente, qui ne se produit pas avec une préparation bien purifiée. » La liqueur des Hollandais n'est du reste pas difficile à obtenir à » l'état de pureté parfaite. »

De tels éloges donnés par un homme des plus compétents m'ont fait désirer d'expérimenter moi-même la liqueur des Hollandais. Celle dont je me suis servi provenait de l'excellente fabrique de produits chimiques de MM. Robiquet et Boyveau. Or, il s'en faut de beaucoup que mes résultats s'accordent avec ceux qu'a obtenus M. Nunneby. Je l'ai essayé d'abord sur un chien, dont la tête a été plongée dans une vessie contenant une quantité considérable de cette liqueur. Au bout de dix-huit à vingt minutes il éprouvait au plus un peu de torpeur, et j'ai dû abandonner l'expérience. Je l'ai ensuite mis en usage sur deux malades. Ils ont tous les deux ressenti des douleurs assez vives derrière le sternum, mais aucun effet anesthésique n'a été produit, et au bout de douze minutes j'ai dû y renoncer pour recourir au chloroforme. Je n'ai pas donné d'autre suite à mes essais, et je dois dire d'ailleurs que, la liqueur des Hollandais étant beaucoup moins volatile que l'éther et le chloroforme, j'avais tout d'abord pensé qu'elle devait par cela même posséder moins d'activité.

L'éther sulfurique fut surtout beaucoup étudié avant qu'on connût l'usage du chloroforme, et aujourd'hui quelques praticiens le préfèrent encore à ce dernier. Son odeur pénétrante, quoique agréable, est quelquefois difficile à supporter; il faut en prolonger l'inhalation au moins trois ou quatre fois autant que celle du chloroforme. L'excitation qu'il produit est longue et violente, et souvent il ne parvient pas à abolir entièrement la sensibilité. Comme effets consécutifs, on observe plus souvent après lui des phénomènes de réaction, de la fièvre, de l'irritation de la muqueuse bronchique, et même des pneumonies. En compensation à ces désavantages, il est juste de reconnaître qu'il expose moins à la syncope que le chloroforme, et qu'il est moins délétère que lui. Les animaux, qui peuvent être sidérés en deux ou trois minutes par le chloroforme, ne succombent à l'éther qu'au bout de quinze ou vingt minutes. Qu'on ne croie pas cependant qu'il ne puisse occasionner la mort chez l'homme; nous avons cité des faits qui ne laissent aucun doute à cet égard.

Le chloroforme est le plus puissant des anesthésiques, et celui qui, à mon sens, doit prévaloir sur tous les autres. Son odeur est agréable; il détermine moins d'excitation que l'éther. A part de rares exceptions, il ne manque pas de produire l'insensibilité dans un laps de temps assez court. Enfin, les phénomènes de réaction dont il est suivi sont ou nuls ou de peu d'importance. Mais s'il est le plus puissant des anesthésiques, il en est aussi le plus dangereux. Que si, à cause de ses dangers, on voulait le bannir de la pratique, je répondrais qu'il l'emporte tellement sur les autres, qui présentent eux-mêmes de graves et réels inconvénients, qu'en proposant de l'abandonner on s'attaquerait à l'existence même de l'anesthésie. Quant à celle-ci, nous le répéterons encore, elle est désormais acquise à la chirurgie, non-seulement parce qu'elle est presque indispensable à un certain nombre d'o-

pérations, mais par ce fait seul qu'elle supprime la douleur. En conséquence, aujourd'hui on ne saurait plus poser cette question : faut-il renoncer à l'emploi du chloroforme? Il nous semble qu'avec les éléments que possède la science, il faut tendre plutôt à en réglementer l'application. En soumettant l'emploi de cet agent aux mêmes lois que celui des modificateurs les plus actifs maniés tous les jours par le thérapeutiste, nous pourrons espérer peut-être de prévenir les malheurs dans l'immense majorité des cas.

La pureté du chloroforme est une condition toujours désirable de son emploi, et il est bon que les chirurgiens soient exercés à constater cette pureté (1). Cependant, nous pensons que M. Sédillot s'en est exagéré l'importance, et nous croyons devoir réfuter diverses assertions récemment émises par notre éminent collègue dans la lettre qu'il a adressée à la Société de chirurgie. M. Sédillot considère comme une preuve de la mauvaise qualité du chloroforme la propriété qu'il a de produire la vésication. Mais c'est un fait aujourd'hui bien constaté que le chloroforme, quelle que soit sa pureté, détermine par son application sur la peau une sensation de brûlure, la rubéfaction et souvent même des phlyctènes, lorsque ce contact est prolongé. C'est même un moyen que nous employons quelquefois pour établir une vésication extemporanée.

MM. Mialhe et Soubeiran ont signalé comme pouvant altérer la pureté du chloroforme la présence d'une huile chlorée dont ils ont décrit les propriétés. M. Sédillot ayant déclaré, d'après M. Simpson, que cette huile était toxique, j'ai pu, grâce à l'obligeance de M. Soubeiran, chef de la pharmacie centrale des hôpitaux, m'en procurer d'assez grandes quantités et l'essayer sur des chiens. Le seul effet que j'ai pu en obtenir, malgré une inhalation très prolongée, a été une espèce de torpeur analogue à celle de l'ivresse. Je ne pense donc pas que cette substance puisse ajouter à la propriété délétère du chloroforme. Notre collègue avance que le chloroforme le plus pur est susceptible de dégager du chlore lorsqu'il est conservé longtemps, et il regarde cette circonstance comme pouvant amener des suites fâcheuses. Je crois qu'à cet égard il est encore dans l'erreur. M. Mialhe nous a montré récemment du chloroforme qu'il conservait depuis quatre ans; l'odeur qu'il dégageait était franche, pure, et sans mélange d'odeur de chlore. L'alcool, dit M. Sédillot, est très fréquemment mêlé au chloroforme, et est une des causes les plus actives de la période d'excitation que présentent quelques malades. Nous lui répondrons, à cet égard, que M. Bigelow (de Boston) a pour pratique de mêler le chloroforme avec l'alcool, pour en rendre l'inhalation moins dangereuse. Or nous ne sachons pas qu'il ait observé les effets nuisibles signalés par M. Sédillot.

Un de nos jeunes confrères d'Amérique, déjà connu par d'honorables travaux, M. le docteur Brown-Sequard, nous a récemment présenté un produit que M. Jackson a séparé du chloroforme, et qui paraît posséder des propriétés éminemment nuisibles. M. Brown nous a dit avoir fait périr instantanément un oiseau en lui en versant deux gouttes dans le bec. Le liquide porte le nom de fusel-oil. Il dégage au premier abord une odeur agréable; mais il fait bientôt éprouver à la gorge une sensation d'âcreté et de constriction suivie de serrement dans les tempes et de céphalalgie. Nous l'avons essayé sur un chien; mais nous n'avons pu, après vingt minutes d'inhalation, obtenir qu'un état d'ivresse avec abattement. M. Brown pense que dans la traversée ce liquide a pu s'altérer. Cette substance n'est autre que l'huile de pommes de terre, ou fusel-oel des Allemands, observé d'abord par Schéelle dans l'eau-de-vie de pommes de terre, puis décrite par M. Liebig en 1840 (*Traité de chimie organique*, t. I, p. 593), d'après MM. Dumas et Cahours. Cette circonstance nous porte à croire que le chloroforme d'où cette huile a été extraite a dû être préparé soit avec de l'eau-de-vie de pommes de terre, soit avec quelque autre alcool ayant de l'analogie avec ce dernier.

Après avoir étudié l'influence que la qualité du chloroforme peut exercer sur ses effets, cherchons à établir, s'il est possible, dans quelles proportions il convient de le donner.

Ainsi que nous l'avons dit, le mode même d'administration de ce liquide exclut la possibilité d'en établir le dosage; et d'ailleurs, ce dernier fût-il possible, il faudrait encore se prémunir contre les cas exceptionnels où de très petites doses produisent de graves résultats. Il faut donc, au début de l'inhalation surtout, le mélanger à l'air dans de très faibles proportions, augmenter celle-ci par degrés insensibles, et ne parvenir à des doses plus fortes que dans le cas d'insuffisance des premières, et en observant attentivement les effets produits. C'est là le seul critérium qu'il soit possible d'indiquer au praticien. Il ne faut pas oublier qu'en général le danger dépend moins de la quantité absolue de chloroforme inhalé que de la quantité absorbée dans un temps donné, c'est-à-dire que de la concentration de la vapeur anesthésique.

M. Bigelow (de Boston), dans l'intention d'atténuer l'activité du chloroforme, a conseillé de le mêler avec parties égales d'alcool. Nous avons essayé cette préparation, mais elle nous a paru présenter l'inconvénient que voici : le chloroforme, à raison de sa volatilité de beaucoup supérieure à celle de l'alcool, dégage d'abord ses vapeurs en quantité presque aussi grande que s'il était pur, puis bientôt il ne reste plus dans l'appareil que de l'alcool. On a ainsi le double désavantage de courir, au début, tous les dangers de la concentration du chloroforme, et de n'obtenir ensuite que des vapeurs qui, presque entièrement constituées par de l'alcool, n'ont plus le pouvoir de produire ou même d'entretenir l'anesthésie.

M. Nunneby s'était proposé le même but en mélangeant le chloroforme avec l'éther chlorique, et il pensait avoir obtenu un anesthésique peu dangereux et digne d'être essayé chez l'homme; mais il s'est borné à cette indication.

Tout récemment, M. Cellarier a associé le chloroforme à l'éther sulfurique. Quelques essais faits sur les animaux lui ont paru assez satisfaisants pour qu'il ait donné le conseil d'employer chez l'homme cet éthéro-chloroforme, comme il l'appelle (*Gazette des Hôpitaux*, 25 octobre 1853, page 568). Les essais cliniques que nous en avons faits ne sont pas encore assez nombreux pour qu'il nous soit permis de le juger définitivement; toutefois, nous devons dire que nos premières impressions lui ont été très favorables. L'anesthésie s'obtient assez lentement; la période d'excitation est modérée, et le réveil accompagné de moins d'abattement que lorsqu'on emploie le chloroforme.

Le choix de l'appareil destiné à administrer les vapeurs du chloroforme est, comme on le pense, un point important dans la pratique de l'anesthésie. Mon intention n'est pas de faire connaître ici les nombreux moyens mis en usage : compresse jetée au-devant du visage, et sur laquelle on verse le chloroforme par gouttes; éponge creuse, d'après le procédé de M. Simpson; gâteau de charpie entouré d'une compresse ou d'un morceau de papier roulé en cône, dont la base puisse embrasser les ouvertures bucco-nasales, etc. Tels sont les appareils qui, à cause de leur simplicité, ont prévalu jusqu'à ce jour. Mais, pour peu qu'on y réfléchisse, il est facile de voir que tous ces moyens pèchent par cette simplicité même, et qu'aucun d'eux n'offre les conditions désirables de sécurité. C'est surtout avec eux qu'on a à redouter la concentration des vapeurs anesthésiques et les obstacles au libre accès de l'air dans les voies respiratoires. Sans doute, entre des mains habiles, des procédés défectueux peuvent offrir peu d'inconvénients; mais comme en semblable matière on ne saurait mettre trop de chances favorables de son côté, nous croyons utile de rechercher d'abord quelles doivent être les conditions requises pour la confection de bons appareils d'inhalation, puis nous passerons en revue ceux qui nous paraissent les plus avantageux.

Suivant nous, ces conditions sont au nombre de quatre :

1° L'appareil doit être disposé de manière à livrer à l'air un passage large et constamment facile.

2° Cet air doit être sans cesse renouvelé, c'est-à-dire que la portion d'air inspiré doit être immédiatement rejetée au dehors.

3° L'opérateur doit pouvoir à son gré et selon les effets produits graduer la concentration des vapeurs anesthésiques.

4° La vapeur du chloroforme doit être aspirée à la fois par les narines et par la bouche.

Le procédé qui consiste à pratiquer l'inhalation par les narines seules nous paraît défectueux en ce qu'il ne laisse pas à l'air une voie assez large, lorsque l'agitation du malade nécessite une respiration plus profonde et plus fréquente. Enfin, les appareils destinés à ne s'appliquer que sur la bouche sont dangereux, parce qu'on observe assez souvent, au début de la période d'excitation, un resserrement convulsif des mâchoires et des lèvres qui interdit alors tout passage à l'air et ne manquerait pas d'amener l'asphyxie si le chirurgien n'y prenait garde.

De tous les appareils connus, le plus simple et celui qui remplit le mieux les conditions que je viens d'indiquer est sans contredit celui que M. Charrière a imaginé. Le petit récipient d'étain qui en forme la base contient un diaphragme spiroïde en tricot de coton, offrant à l'évaporation du chloroforme une assez large surface. Il est percé à sa partie inférieure de deux rangées de trous qui laissent pénétrer l'air de bas en haut. Il est surmonté de deux soupapes sphériques en liége, destinées à intercepter alternativement l'aspiration et l'expiration. Le tuyau de caoutchouc qui conduit la vapeur anesthésique est muni d'une bague mobile qui permet à l'opérateur d'y faire pénétrer à volonté une plus ou moins grande quantité d'air atmosphérique. Enfin l'appareil primitif offrait une embouchure qui n'embrassait que l'ouverture buccale, les narines étant fermées *par un pince-nez*. J'ai fait disparaître cet inconvénient au moyen d'un pavillon plus large qui emprisonne à la fois la bouche et les narines.

Quelques autres appareils plus ou moins analogues à celui-ci ont été proposés, mais plus compliqués et, d'un emploi moins facile. Le seul dont nous croyons devoir dire quelques mots est celui du docteur Snow. Il se distingue surtout des autres par un double fond qui renferme le réservoir du chloroforme, et dans lequel on place de l'eau à 60° Farenheit ou 15° 1/2 centigrades. Le but de l'auteur est sans doute de maintenir le chloroforme à une température constante pour que la tension de la vapeur ne varie pas; mais cette modification me semble complétement inutile, attendu que la température des chambres de malades étant à peu près celle que nous venons d'indiquer, l'appareil se trouve en général, par cela même, dans un milieu possédant la température regardée par M. Snow comme la plus convenable.

Il est bon de ne pas employer à la fois de trop grandes quantités de chloroforme. Pour éviter toute erreur à cet égard, nous avons ajouté à l'appareil de M. Charrière de petites mesures pouvant contenir de 1 à 4 grammes de liquide.

Nous venons d'examiner les conditions que doivent offrir le liquide anesthésique et l'appareil destiné à l'administrer, voyons celles dans lesquelles doit se trouver le malade lui-même :

Et d'abord tous les âges peuvent-ils indistinctement supporter l'éthérisation? La susceptibilité excessive que montrent les enfants à l'endroit de certains médicaments actifs, et de l'opium en particulier, pouvait faire redouter *à priori* l'emploi du chloroforme dans le jeune âge. Cependant l'expérience spéciale de deux de nos collègues a montré combien ces craintes étaient peu fondées. M. Morel-Lavallée, chirurgien de l'hôpital des Enfants-Trouvés, l'a employé sans inconvénient à partir du quatrième jour après la naissance, surtout pour constater l'état de la cornée chez les nouveau-nés affectés d'ophthalmie purulente, et ne pas s'exposer à vider l'œil en luttant contre le spasme des paupières. M. Morel administre ce liquide à l'aide d'une petite éponge-godet. Le chloroforme est jeté dans le fond de la cavité de cette éponge renversée sur son sommet; puis, dans cette position, celle-ci est pressée avec la main, afin que le liquide l'imbibe surtout vers son sommet et laisse à sec le rebord de sa base destiné à s'appuyer sur la peau. On évite ainsi l'irritation des lèvres et des narines recouvertes de téguments si susceptibles à cet âge.

M. Morel-Lavallée commença par de très petites doses, puis bientôt il arriva à des doses au moins aussi considérables que chez l'adulte. Ce résultat, qui paraît inadmissible de prime abord, s'explique cependant très simplement. L'enfant souvent, après avoir fait une ou deux aspirations de vapeurs chloroformiques avec une sorte d'avidité, les refuse ensuite obstinément; il ferme la bouche, s'agite, et la respiration semble suspendue tant que l'éponge reste sur la bouche et les narines. Il faut saisir l'instant où, l'éponge enlevée, il pousse des cris pour la réappliquer pendant les inspirations. De cette façon, la perte d'une grande quantité de vapeur anesthésique est inévitable, et celle qui est aspirée, ne l'étant pas d'une manière continue, agit plus lentement. La durée de la chloroformisation varie d'une à cinq minutes; elle est ordinairement de deux à trois minutes. Presque toujours l'écume vient à la bouche de l'enfant et très promptement. Le pouls, que dans certains cas on ne peut pas suivre à cause de la petitesse de la radiale, ne se modifie notablement que lorsque la respiration est comme suspendue; alors il devient petit et précipité.

L'expérience de notre collègue M. Guersant porte sur des enfants plus avancés en âge, et guère au-dessous de deux ans. Il emploie l'éthérisation non-seulement pour les opérations, mais encore pour l'exploration de certaines affections chirurgicales dont l'examen, très douloureux, fait éprouver de la part des jeunes malades des difficultés qui, sans cet auxiliaire, demeureraient parfois insurmontables. L'appareil qu'il met en usage est celui de M. Charrière. Sans se laisser intimider par la résistance et les cris de ces jeunes malades, toujours plus ou moins indociles, il applique résolûment l'embouchure de l'inhalateur, et pratique l'éthérisation *hardiment* et presque *brutalement*, comme il dit. En général, il n'a pas remarqué de période d'agitation; trois ou quatre inspirations franches déterminent l'insensibilité.

Les vieillards présentent souvent du côté des organes de la respiration, de la circulation et du centre cérébro-spinal des lésions qui contre-indiquent l'emploi du chloroforme. Il faut, avant de les soumettre à l'anesthésie, explorer toujours minutieusement l'état anatomique et fonctionnel de ces différents organes. Du reste, à part ces contre-indications, que nous rencontrons également chez l'adulte, moins fréquemment il est vrai, les vieillards nous ont toujours paru supporter aussi bien l'éthérisation que les personnes dans la force de l'âge. Nous avons pu il y a quelque temps maintenir dans l'insensibilité pendant plus d'une demi-heure un vieillard de soixante-quatorze ans, vigoureux il est vrai, dont nous avons trépané le tibia pour en extraire des débris d'un vieux séquestre.

Quant aux adultes, sans acception de sexe ou de tempérament, ils peuvent tous être soumis à l'éthérisation, à part les rares exceptions que nous allons indiquer.

Les lésions matérielles bien constatées du cerveau nous paraissent, comme à tous les chirurgiens, une contre-indication formelle à l'emploi des anesthésiques, qui congestionnent toujours plus ou moins les centres nerveux. Mais les simples névroses, l'épilepsie, l'hystérie ne nous paraissent pas devoir être rangées à côté des lésions organiques. M. Guersant a souvent chloroformé des épileptiques avec succès.

Les maladies organiques des poumons et du cœur offrent aux yeux de la plupart des praticiens des contre-indications plus précises encore. Nous sommes en partie de leur avis. Cependant nous croyons que lorsque ces lésions sont légères, telles qu'un emphysème peu prononcé, ou de bronchite chronique sans accumulation de liquide dans les bronches, elles ne doivent pas suffire pour nous arrêter; il faut seulement redoubler de précautions dans l'emploi du chloroforme, et se contenter surtout d'émousser la sensibilité, sans aller jusqu'à la résolution.

Les chirurgiens redoutent encore l'anesthésie dans les cas de maladie du cœur. Cette réserve est parfaitement légitime lorsqu'il s'agit d'une lésion avancée et apportant déjà un trouble manifeste dans la circulation; mais quand la maladie n'est encore qu'au début, je pense, avec M. Bikesteth et la plupart des chirurgiens anglais, que chez les sujets qui en sont atteints la frayeur de l'opération et la douleur sont encore plus à redouter que le chloroforme lui-même. Je ne crois donc pas qu'il faille les priver des bienfaits de l'anesthésie, à la condition toutefois d'user des précautions les plus minutieuses.

Les causes accidentelles qui exercent sur l'économie une action dépressive, soit en s'adressant directement au système nerveux, soit en portant atteinte à la constitution ou à la quantité normale du sang, doivent être considérées comme des contre-indications à l'emploi du chloroforme.

Parmi les circonstances qui agissent sur le système nerveux, nous mentionnerons l'état de commotion ou de stupeur qui accompagne certaines blessures, surtout par armes à feu, et la terreur qu'inspire l'approche des opérations. Presque tous les malades étant plus ou moins vivement impressionnés par la crainte de la douleur, on ne peut réellement les considérer comme incapables de supporter le chloroforme que lorsque cette crainte est poussée à un degré extrême. Et d'ailleurs la garantie d'insensibilité qu'ils peuvent espérer de l'emploi des anesthésiques ne contribue-t-elle pas à calmer leur moral, et à placer ainsi leur système nerveux dans des conditions plus favorables?

Lorsque le sang est altéré par une trop grande diminution dans le nombre de ses globules ou dans ses autres éléments constitutifs, comme on le voit dans la chlorose, le scorbut, etc., ou que la quantité normale est amoindrie par des hémorrhagies, les syncopes deviennent plus faciles, et l'on doit craindre les effets de l'anesthésie : aussi sera-t-il prudent de s'en abstenir dans une opération qui devra entraîner la perte d'une grande quantité de sang, ou du moins n'y avoir recours qu'avec circonspection.

Comme nous l'avons dit dans notre précédent travail, l'emploi des anesthésiques peut avoir pour objet d'obtenir soit l'insensibilité, soit la résolution musculaire. On conçoit bien que les différences dans le but que le chirurgien se propose d'atteindre en entraîneront aussi dans les effets qu'il devra rechercher et dans la manière dont il aura à manier le chloroforme. Mais je ne me livrerai pas ici à l'étude de l'anesthésie appliquée aux diverses opérations, des rapports spéciaux devant vous être présentés prochainement à ce point de vue. Permettez-moi seulement de vous signaler quelques opérations qui, par la nature ou le siége des lésions qui les nécessitent, contre-indiquent l'usage du chloroforme.

L'étranglement des hernies est souvent accompagné d'une douleur spéciale, dépressive, accompagnée de faiblesse du pouls et même de syncope. On conçoit qu'alors les dangers de l'étranglement et de la thélotomie ne pourraient qu'être aggravés par l'anesthésie. Les faits, du reste, viennent à l'appui de mon opinion. Vous vous souvenez sans doute d'une observation de thélotomie faite dans les conditions que je viens de dire, observation qui vous fut présentée par M. Debrou, et dans laquelle l'éthérisation fut accompagnée de plusieurs syncopes successives qui faillirent devenir mortelles.

Le lieu où se pratiquent certaines manœuvres entraîne des dangers d'un autre ordre, mais non moins redoutables. Je veux parler des opérations pratiquées sur les fosses nasales, la bouche, l'arrière-bouche et le pharynx. Le sang tombant alors dans les voies aériennes devenues insensibles, celles-ci ne peuvent plus réagir pour se débarrasser du liquide qui les obstrue, et l'asphyxie peut s'ensuivre promptement. Peu de temps après la découverte de l'éther, M. Velpeau fut ainsi sur le point de perdre un malade auquel il enlevait les amygdales. Pour la même raison, le chloroforme nous semble devoir être proscrit dans la trachéotomie.

(La fin de ce résumé sera lue à la prochaine séance de la Société.)

(1) Le chloroforme, quand il est pur, doit dégager une odeur agréable; lorsqu'on en verse quelques gouttes sur le creux de la main, il doit se volatiliser rapidement sans laisser après lui l'odeur particulière et nauséabonde due à l'huile chlorée, moins volatile que lui. Si on en verse une goutte dans l'eau, elle doit se précipiter entière au fond du vase, en conservant sa limpidité. A ce caractère, on reconnaît que le chloroforme ne contient pas d'alcool. Enfin, en le mêlant à un peu d'acide sulfurique, il ne subit aucun changement; lorsqu'il contient un peu d'huile chlorée, il prend une teinte jaunâtre par ce réactif.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Le journal la *Suisse* annonce un nouveau cas de mort par le chloroforme : il s'agissait dans ce fait malheureux d'extraire des dents à un jeune homme de douze à treize ans, fils et frère de médecins. L'opération devant être douloureuse, on décida l'emploi du chloroforme, qui fut administré avec toute la prudence possible. L'opération faite, le jeune homme n'a pas repris connaissance : il était mort. Les soins les mieux entendus n'ont pu le ramener à la vie.

— M. le professeur Velpeau commencera ses leçons de clinique chirurgicale, à l'hôpital de la Charité, lundi prochain, 21 courant.

— M. le docteur Clerc, ancien interne de l'hôpital du Midi, commencera le mardi 22 novembre, à six heures du soir, amphithéâtre n° 1 de l'Ecole pratique, un cours public et gratuit sur les *maladies vénériennes*, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE.	Trois mois. . . . 8 fr. 50 c. Six mois. . . . 16 » Un an. . . . . . 30 »
GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES.	Trois mois. . . . . 9 fr. Six mois. . . . . . 17 Un an. 33
ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR.	Trois mois. . . . . 10 fr. Six mois. . . . . 20 Un an. 38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

PARIS, LE 21 NOVEMBRE 1853.

Le *Moniteur* publie aujourd'hui une mesure à laquelle nous ne saurions donner une trop vive approbation. Il s'agit d'une nouvelle organisation de l'assistance publique relative aux médecins des bureaux de bienfaisance. Désormais le nombre en sera fixé à cent cinquante-neuf, et ils recevront tous une juste indemnité de 600 fr. pour les quartiers du centre, et de 1,000 fr. pour les quartiers éloignés, où les courses sont plus longues, et par conséquent la fatigue et les occupations plus considérables.

Cette mesure, si opportune en ce moment, était depuis longtemps désirée, et sera reçue avec reconnaissance. Elle aura pour but de rémunérer des services publics, de soulager à domicile beaucoup de malades et de désencombrer les hôpitaux.

Voici l'article du *Moniteur :*

ASSISTANCE PUBLIQUE.

Création d'un service de traitement à domicile pour les malades pauvres de Paris.

« Une importante et salutaire innovation vient d'être introduite, sous l'inspiration des hautes et généreuses pensées de l'Empereur, dans l'administration des secours publics à Paris. Jusqu'ici, lorsqu'un indigent tombait malade, il n'avait guère d'autre ressource que de se faire recevoir dans un hôpital ; encore n'était-il pas toujours assuré d'y trouver place, en raison de l'affluence des malades étrangers qui, grâce à la facilité des communications, viennent chaque jour, de tous les points de la France et même des autres pays, amenés par les chemins de fer, occuper dans les hôpitaux de Paris les lits destinés aux pauvres de la ville.

» Cette situation, qui va toujours s'aggravant, révélait un besoin auquel M. Davenne, directeur de l'assistance publique, s'est occupé de pourvoir en organisant un service de traitement des malades indigents à domicile. Le conseil de surveillance et la commission municipale se sont empressés d'adopter ce projet, qui, après avoir été approuvé par M. le préfet de la Seine, vient de recevoir la sanction définitive de M. le ministre de l'intérieur.

» Voici très sommairement en quoi consistent les dispositions arrêtées :

» Le nombre des médecins des bureaux de bienfaisance est fixé à 159 ; ils seront répartis entre les douze arrondissements en proportion de la population indigente, et leurs fonctions cesseront d'être gratuites. Ils recevront chacun une indemnité qui sera de 600 fr. dans les quartiers du centre, et de 1,000 fr. dans ceux, comme le quartier Popincourt, celui des Invalides, la Petite-Pologne, etc., où la population généralement peu aisée offre le moins d'avantages à un médecin sous le rapport de la clientèle, en même temps que les distances à parcourir rendent le service plus pénible. Il y aura, en outre, dans chaque arrondissement, selon les besoins, des sages-femmes qui seront également rétribuées.

» Les médecins seront nommés pour six ans sur la présentation des bureaux de bienfaisance et la proposition de M. le directeur de l'assistance publique. Ils pourront être réélus.

» Des locaux devront être disposés dans les divers quartiers pour que les malades puissent venir réclamer les conseils des médecins, qui seront tenus de s'y rendre à des jours et heures déterminés et d'y rester tout le temps nécessaire pour donner les consultations qui leur seront demandées. Un membre du bureau de bienfaisance assistera toujours à ces séances.

» Les médecins visiteront chez eux tous les malades qui ne pourraient se rendre à la consultation.

» Un registre sera ouvert au secrétariat de chaque bureau de bienfaisance pour recevoir les noms et demeures de tous les malades, la date de leur entrée en traitement et toutes les autres indications nécessaires.

» Les malades atteints d'affections aiguës seront visités au moins une fois par semaine par un administrateur ou commissaire de bienfaisance porteur d'une feuille où il consignera ses observations, particulièrement en ce qui concerne les soins dont ces malades sont l'objet de la part du médecin.

» Une commission, composée du président ou d'un vice-président du bureau de bienfaisance, d'un administrateur ou commissaire, du secrétaire-trésorier du bureau et d'un des médecins, se réunira toutes les semaines pour prendre connaissance de tout ce qui intéresse le service des malades et notamment des feuilles de visite. Elle statuera sur les secours qui devront être accordés, tant en médicaments qu'en aliments, en linge ou autres effets, même en argent s'il y a lieu. En cas d'urgence, pendant l'intervalle des séances, les secours les plus indispensables pourront être délivrés immédiatement sur bons du président, sauf à lui à en rendre compte à la commission.

» Pour les malades non inscrits au contrôle des pauvres, c'est-à-dire pour les ouvriers nécessiteux, pour les personnes chargées de famille, en un mot pour tous les individus notoirement dénués de ressources, le traitement à domicile sera commencé soit sur leur demande, soit sur la réquisition du maire ou d'un des administrateurs du bureau de bienfaisance de leur arrondissement, soit sur celle du directeur de l'assistance publique.

» Nous passons tout ce qui dans le nouveau règlement se rapporte aux mesures d'ordre purement administratives. Ce que nous avons voulu faire ressortir, et ce que la population nécessiteuse de Paris appréciera comme nous, c'est le bienfait qu'elle est appelée à en recueillir.

» Ainsi désormais les hôpitaux désencombrés s'ouvriront pour les individus isolés, pour les étrangers surpris par la maladie loin du lieu de leur domicile, pour toutes les personnes atteintes d'affections graves dont la guérison exige les soins assidus et dévoués que de savants médecins et de charitables sœurs y prodiguent à tous ceux qui souffrent ; mais le père ou la mère de famille malade ne sera plus forcé pour se faire traiter de quitter le foyer domestique et de laisser à l'abandon ses enfants en bas âge ou de jeunes filles exposées aux dangereuses suggestions de la misère. Celui qu'une répugnance quelconque, bien qu'irréfléchie, éloigne de l'hôpital ne sera plus exposé à souffrir sans soulagement et à mourir sans secours. Ajoutons que dans beaucoup de cas les progrès du mal seront arrêtés par des remèdes administrés à propos et que la guérison en sera d'autant plus prompte et plus sûre.

» Déjà cette utile organisation subsiste et fonctionne dans le cinquième arrondissement, où elle a été introduite par les soins d'un administrateur habile autant que charitable, M. Vée, ancien maire de cet arrondissement, aujourd'hui l'un des deux inspecteurs généraux de l'assistance publique, et le bien qu'elle y a produit est une garantie certaine du succès qu'on doit espérer d'une semblable mesure étendue à tous les quartiers de Paris.

» Le nouveau règlement recevra son exécution à partir du 1er janvier 1854. »

HOPITAUX DE PARIS.

Des quelques cas de choléra que l'on observe en ce moment dans les hôpitaux de Paris.

Les nouveaux cas de choléra que nous avons eu l'occasion d'observer depuis deux jours dans les hôpitaux, tout en continuant à témoigner d'une influence épidémique dont on ne saurait plus méconnaître l'existence, tendent à nous faire persister, jusqu'à nouvel ordre du moins, dans l'opinion que nous avons émise dans notre précédent article sur l'atténuation de la cause épidémique. D'une part, il n'y a point progression sensiblement croissante dans le nombre des invasions. 7 ou 8 cas nouveaux à l'Hôtel-Dieu, 5 ou 6 à la Charité, 1 ou 2 à Beaujon, à Necker, à la Maison de santé, tel est à peu près le contingent fourni aux hôpitaux par l'épidémie dans un intervalle de deux jours. Les admissions venues du dehors et les invasions déclarées dans les salles se balancent dans des proportions à peu près égales, circonstance dont nous ne voulons pour le moment déduire aucune conséquence nécessairement prématurée, mais que nous notons comme pouvant ultérieurement avoir sa valeur. Quant à l'intensité des cas, nous devons dire que cette fois nous en avons vu d'une gravité excessive et auxquels aucun trait ne manquait pour compléter le triste tableau du choléra : évacuations caractéristiques d'une abondance et d'une fréquence excessives, *crampes extrêmement dou-*

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Compendium de chirurgie pratique par MM. BÉRARD et DENONVILLIERS, continué à compter de la 8e livraison par MM. C. DENONVILLIERS et L. GOSSELIN. — 11e livraison. — Paris, chez Labé.

Cette livraison, dont la publication remonte déjà à quelques mois de date, renferme la description d'une partie des maladies de la face. Les lésions de l'appareil olfactif y sont examinées sous les chefs suivants : maladies du nez, maladies des fosses nasales, maladies des sinus frontaux, maladies du sinus maxillaire.

Un chapitre d'introduction est réservé à l'autoplastie en général. S'il est une région du corps où les principes de la chirurgie réparatrice figurent avec avantage, c'est assurément celle dont les maladies ne peuvent être soustraites aux yeux de nos semblables. L'histoire de l'autoplastie méritait d'être rapportée en détail, et les auteurs du *Compendium de chirurgie* n'ont pas manqué de nous faire assister à toutes les phases parcourues par cette importante découverte ; suivons-les un instant sur ce terrain, qu'ils ont rendu si intéressant par les nombreux documents auxquels ils ont puisé.

L'autoplastie a pris naissance dans l'Inde, où elle était spécialement destinée à remédier à la perte du nez ; la méthode à laquelle on avait recours dans ce pays consistait à tailler un lambeau aux dépens de la peau du front ; cette méthode a conservé le nom de son origine asiatique : on l'appelle *méthode indienne*. En Occident, les premières opérations autoplastiques furent signalées par Celse ; mais les chirurgiens grecs, les Arabes, les premiers chirurgiens du moyen âge n'y attachèrent qu'une très médiocre importance.

La *méthode italienne*, consistant à emprunter un lambeau dans une région éloignée de celle que l'on désire réparer, notamment à l'avant-bras ; la méthode italienne semble avoir été inventée au quinzième siècle par la famille Branea ; et à la fin du seizième siècle, l'art de restaurer le nez, les lèvres, les oreilles était exercé par Gaspard Tagliacozzi.

Toutes ces tentatives n'avaient eu qu'un retentissement médiocre ; il fallut la relation d'autres opérations pratiquées avec succès dans l'Inde par un chirurgien maratte en présence de chirurgiens anglais, une tentative non moins heureuse faite à Londres en 1814 par Carpue, des résultats non moins favorables obtenus en Allemagne par Græfe, pour que des opérations semblables fussent renouvelées en France par Delpech, Richerand, Lisfranc, Blandin, etc. Depuis cette époque, l'autoplastie, appliquée d'abord à la restauration du nez, fut étendue à d'autres parties du corps mutilées ou détruites. De là conséquemment plusieurs espèces d'autoplasties appelées des noms suivants : rhinoplastie, blépharoplastie, autoplastie, chéiloplastie, génioplastie, staphyloplastie, uranoplastie, trachéoplastie, etc.

Quelle que soit l'espèce de restauration que l'on pratique, toujours il faut se conformer aux principes généraux suivants. Tantôt le lambeau est pris loin de l'organe à réparer (*méthode italienne*), tantôt dans le voisinage (*méthode indienne*) ; cette dernière diffère de la méthode française en ce que dans le premier cas le lambeau est déplacé par torsion du pédicule, en ce que dans le second, le lambeau est déplacé par glissement.

Tout lambeau servant à réparer une perte de substance doit avoir une certaine épaisseur ; pour qu'il soit bien nourri, il faut que le pédicule soit placé du côté par lequel arrivent les principales branches artérielles et nerveuses, que ce pédicule ait une certaine largeur, que la peau ou la membrane muqueuse qui le forment présentent une doublure assez épaisse de tissu cellulaire. MM. Denonvilliers et Gosselin condamnent à ce propos, mais d'une manière générale seulement, la pratique de quelques chirurgiens consistant à comprendre dans les lambeaux des portions de muscle ou d'aponévrose. Ils recommandent aussi, et à bon droit, de ne pas se servir pour faire un lambeau autoplastique de téguments cicatriciels, de lui donner toujours une longueur plus grande que ne le comporte la perte de substance ; ils évaluent à environ un tiers de l'étendue du lambeau l'excès de longueur qu'il faut lui donner.

Examinant ensuite le manuel opératoire de toute opération d'autoplastie, les auteurs distinguent trois temps :

1° La dissection du lambeau ;

2° L'avivement de la solution de continuité ;

loureuses dans tous les membres, extinction complète de la voix, yeux caves et cernés d'un noir livide, prostration et anxiété extrêmes, absence complète des urines, peau glacée et visqueuse, perte de la contractilité cutanée, tel était l'état d'un homme d'une cinquantaine d'années au moment où on l'a apporté samedi matin, à dix heures, à la Charité. C'était un des cas de choléra asiatique type. M. Cruveilhier, qui était encore dans les salles au moment où ce malheureux y est entré, a résumé en deux mots devant les élèves qui l'entouraient l'état du malade. Empruntant un terme de comparaison à l'échelle animale, *peau froide et couverte d'un enduit visqueux comme les animaux à sang froid*, a-t-il dit, voilà l'état de cet homme.

Nous étions convaincu en quittant ce malade que nous ne le verrions plus; nous avons appris, en effet, qu'il a succombé dans la soirée. D'après les quelques renseignements qu'il nous a été possible de recueillir sur son compte, nous avons appris que cet homme, récemment arrivé de l'Auvergne pour chercher de l'ouvrage à Paris, avait éprouvé du chagrin par suite de sa séparation forcée de sa famille et de l'incertitude où il était sur son sort et sur son avenir. Depuis quelques jours qu'il était à Paris, il travaillait aux terrassements que l'on fait en ce moment sur les bords de la Seine au-dessous du jardin des Tuileries, où il était le plus souvent les pieds dans l'eau. Enfin, il était depuis trois jours en proie à la diarrhée au moment où se sont déclarés les premiers symptômes du choléra.

La veille au soir, une femme était morte dans le même service (de M. Cruveilhier), salle des femmes. Voici dans quelles circonstances. Cette femme, âgée de soixante-sept ans, avait une diarrhée chronique, pour laquelle elle était soignée depuis trois mois à l'hôpital. Dès qu'il avait eu connaissance des premiers cas de choléra déclarés dans la maison, M. Cruveilhier avait conseillé à cette femme de quitter l'hôpital. Celle-ci avait persisté à rester malgré ces sages avis, et c'est dès le lendemain même qu'elle a été prise des accidents cholériques qui l'ont promptement enlevée. La maladie a fait invasion le 17 à dix heures du soir, et la mort a eu lieu le lendemain à six heures de l'après-midi, c'est-à-dire au bout de vingt heures.

Dans le même hôpital, un peu plus loin, dans le service de M. Rayer, où il était mort la veille un individu atteint à un degré à peu près semblable à celui du premier malade dont nous venons de parler, nous avons vu un convalescent dans les meilleures conditions; c'est un homme dans la force de l'âge, qui avait été pris, lundi 14 dans la matinée, de vomissements, selles et crampes extrêmement violentes, après trois jours de diarrhée. Il est resté dans cet état grave toute la journée du lundi et la nuit du mardi; le mardi matin la réaction a eu lieu, et la convalescence s'est établie sans accidents.

Trois malades venus du dehors ont été admis dans le service de M. Piorry. Ces trois malades, bien qu'assez gravement atteints, d'après ce qui nous en a été dit (nous n'avons pu les voir au début), sont en ce moment en voie de rétablissement. Mais un fait sur lequel M. le professeur Piorry a eu la bonté d'appeler notre attention, c'est que depuis l'entrée de ces trois malades dans son service un infirmier a été pris d'accidents cholériques tellement brusques et tellement intenses, qu'il a succombé en quelques heures. Le système de ventilation, si utile d'ailleurs en toute occasion, et que M. Piorry préconise particulièrement dans cette circonstance, n'avait pas été mis en pratique. C'est à cet oubli des mesures prescrites qu'il attribue cette invasion brusque et presque foudroyante. C'est un des points que nous aurons à examiner plus tard.

Enfin, au moment où nous écrivons ces lignes, nous venons de voir trois ou quatre malades, dont deux femmes, du service de M. Briquet, prises dans l'hôpital même, et un homme entré d'hier vers midi, qui ont présenté quelques symptômes de choléra assez accusés, mais que nous ne pourrions considérer cependant comme constituant une véritable attaque de choléra. Ainsi, l'homme couché dans les salles de M. Cruveilhier n'a même pas eu de diarrhée; il n'a eu ni refroidissement, ni arrêt de la circulation, mais seulement des vomissements avec des douleurs dans tous les membres et une grande prostration. L'une des deux femmes a eu de la diarrhée, des vomissements et des crampes très violentes, mais sans algidité; chez l'autre, enfin, les symptômes cholériques n'ont consisté qu'en quelques crampes très douloureuses et des vomissements répétés; mais, malgré le peu d'intensité de ces accidents, l'état de cette femme, atteinte d'une lésion organique très avancée, est en réalité fort grave.

Voilà pour la Charité. Revenons à l'Hôtel-Dieu.

Nous avions fait allusion, dans notre précédent article, à quelques malades qui avaient été pris d'accidents cholériques graves étant en convalescence ou encore même en cours de fièvre typhoïde. Deux de ces malades ont succombé; un troisième était mourant au moment de notre visite. Deux ou trois malades qui ont éprouvé des accidents cholériques plus ou moins graves ces jours derniers sont maintenant en convalescence ou en voie de guérison.

Le seul cas nouveau grave dont nous ayons eu connaissance à l'Hôtel-Dieu depuis notre première revue est celui d'une femme couchée dans les salles de chirurgie (service de M. Gosselin) pour une tumeur blanche du genou. On était à l'administrer au moment de notre visite; nous n'avons pu la voir. Il y a toute apparence que cette femme a succombé. Trois autres femmes ont été prises également dans les salles de M. Trousseau (salle Saint-Bernard). L'une d'elles a succombé sans que nous ayons pu la voir. Les deux autres sont en convalescence. L'une d'elles est une jeune nourrice qui était à l'hôpital depuis quelque temps pour un phlegmon de l'aine; elle n'a point eu, à ce qu'elle nous a assuré, de diarrhée prodromique; l'invasion s'est faite brusquement par des vomissements, des crampes violentes et le refroidissement de la peau. La réaction s'est assez promptement établie. Cette femme est en ce moment en pleine voie de rétablissement. Nous citerons enfin, pour mention seulement, une femme couchée dans les salles de M. Requin, et qui, phthisique au dernier degré, était depuis longtemps en proie à une diarrhée colliquative, lorsque, sous l'influence de la constitution épidémique régnante, la diarrhée a pris tout à coup le caractère cholérique. Des faits de ce genre doivent, suivant toute apparence, être assez communs en ce moment.

A cela se borne ce que nous avons pu observer et recueillir ces deux jours derniers. Il y a là, on le voit, l'indice d'une influence persistante, mais non sensiblement progressive du génie épidémique cholérique. Qu'en adviendra-t-il? Cela s'arrêtera-t-il là? N'est-ce qu'une sorte d'escarmouche qui annonce un engagement prochain plus sérieux? Nous trouverons-nous une troisième fois en présence de cet ennemi redoutable qui deux fois déjà nous a surpris désarmés, ou est-ce la première manifestation d'une de ces constitutions médicales endémiques au retour périodique desquelles il faudrait désormais nous résigner? Nous n'aurons la témérité de répondre à aucune de ces questions; et en attendant que l'avenir se charge de les résoudre lui-même, nous continuerons à rapporter ce que nous verrons.

HOTEL-DIEU. — M. ARAN.

Pustule maligne. — Guérison rapide par des applications topiques d'encens.

Un médecin italien, M. Caifossi, a fait connaître récemment les bons effets qu'il dit avoir obtenus de l'emploi de l'encens de l'Inde (boswellia thurifera) dans le traitement de la pustule maligne. Sur 45 cas de pustules malignes à tous les degrés, il aurait obtenu 44 guérisons promptes, faciles, avec très peu de perte de substance et sans ces cicatrices difformes qui suivent l'application des caustiques. Il était intéressant de vérifier l'exactitude d'une pareille assertion. L'occasion s'étant présentée dernièrement d'essayer ce moyen d'un emploi si simple, M. Aran s'est empressé de la saisir, et l'événement a été des plus heureux. On en jugera par la relation du fait suivant dont nous avons été témoin.

Un homme de quarante-quatre ans, nommé Jean (Simon), mégissier de son état, d'une forte constitution et d'une santé jusque-là parfaite, est entré à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Jeanne, n° 22, le 31 octobre, atteint d'une pustule maligne sur le côté droit de la face, dont le début remontait à cinq ou six jours.

Voici dans quelles circonstances et de quelle manière le mal avait commencé à se manifester.

Cet homme, appartenant à cette classe d'artisans que leur profession expose souvent à contracter des affections charbonneuses et gangréneuses, avait travaillé depuis plusieurs jours sur des peaux altérées, lorsque le 24 octobre dernier il sentit en passant la main sur sa figure une légère cuisson et s'aperçut qu'il venait d'écorcher un petit bouton. Les jours suivants, il n'y fit aucune attention et il ne survint rien de nouveau; mais, dans la nuit du 26 au 27, il se manifesta de la tuméfaction sur le siége du bouton primitif. Dès le lendemain matin le gonflement avait augmenté au point de clore les paupières et d'en rendre l'écartement impossible; la surface tuméfiée était couverte de nombreuses ampoules. Ces ampoules ne tardèrent pas à s'ouvrir spontanément; le 29 une tache noirâtre commença à paraître au centre de la tumeur. A partir de ce moment le malade, qui jusque-là n'avait éprouvé aucun malaise, sentit pour la première fois des tiraillements et des douleurs lancinantes dans la joue; un peu de fièvre s'alluma dans la nuit du 29 octobre.

Le jour où le malade fut admis à l'hôpital, il n'accusait aucune douleur; seulement de temps en temps il sentait quelques élancements dans l'oreille et des douleurs de tête passagères; la langue était blanche et humide; pas de soif, peu d'appétit; pas de nausées ni de vomissements; peau moite et d'une chaleur normale; pouls à 60. Malgré l'apparence assez satisfaisante de cet état général, une certaine agitation avait lieu la nuit; le sommeil avait disparu, et le malade, anxieux et inquiet, changeait à chaque instant de position. La tuméfaction, qui avait envahi presque toute la joue et les paupières, était d'une rougeur violacée vineuse; la paupière supérieure était simplement œdématiée, mais la paupière inférieure et la partie supérieure de la joue étaient d'un noir violacé; sur plusieurs points l'épiderme était détruit. Autour de cette portion noirâtre, véritable eschare, existait un sillon autour duquel on voyait de nombreuses vésicules contenant de la sérosité citrine; quelques-unes de ces vésicules s'étant ouvertes, la sérosité concrétée formait des croûtes noirâtres. Enfin, à la limite externe de cette eschare, existait une petite dépression circulaire, noirâtre, qui était le point de départ du mal. Les ganglions sous et post-maxillaires n'étaient point engorgés.

M. Aran saisit donc cette occasion d'expérimenter le moyen préconisé par M. Caifossi.

Il fit avec de la poudre d'encens commun (boswellia thurifera), un peu d'eau et quelques gouttes d'alcool une sorte de pâte qu'il étendit en couche épaisse sur toute l'étendue du mal et à 1 centimètre environ au delà sur toute sa périphérie. Cette pâte adhéra fortement aux parties malades. Presque immédiatement après, le malade accusa une sensation de chaleur bientôt suivie d'un soulagement et d'un calme tels que le malade se crut guéri. Au bout de quelques heures, en effet, le gonflement avait diminué d'une manière notable. — Potion cordiale, limonade vineuse.

Dans la soirée, la première couche d'encens appliquée le matin fut détachée avec une spatule, et on en réappliqua une nouvelle couche.

Le lendemain 2 novembre, le gonflement avait beaucoup diminué; la rougeur du pourtour de l'eschare, d'abord violacée, était devenue rosée; l'eschare était parfaitement limitée; les vésicules avaient disparu; le malade se trouvait très bien d'ailleurs. — Application d'encens matin et soir.

Le 3, en détachant l'eschare, une portion du derme se détacha de manière à laisser voir au fond de la plaie de petites eschares plus profondément situées, mais très circonscrites. — Pansement avec l'onguent styrax.

Les pansements avec le styrax sont continués encore pendant deux jours; les eschares se détachent peu à peu.

3° L'adaptation et la réunion du lambeau.

Dans la méthode indienne, il y a un quatrième temps, qui est la section du pédicule.

MM. Denonvilliers et Gosselin ont examiné avec le plus grand soin les pansements qui conviennent à l'autoplastie et les suites de l'opération, ils blâment sévèrement la pratique de Dieffenbach relativement au mode de réunion de la plaie qui résulte de la perte de substance du lambeau. Parmi les accidents dont ils entretiennent le lecteur, signalons la suppuration du lambeau, la gangrène partielle ou générale, la rétraction.

Il y a ici un chapitre de physiologie pathologique plein d'intérêt, c'est celui qui a trait aux changements qui s'accomplissent dans la nutrition et la sensibilité des lambeaux autoplastiques pédiculés. On sait que chez quelques malades la sensibilité du lambeau est *erronée*, c'est-à-dire que les sujets rapportent les sensations de tact à la région sur laquelle le lambeau a été pris. Eh bien! chose remarquable et qui est de nature à faire singulièrement réfléchir ceux qui ont étudié avec soin la mécanique du système nerveux, au bout d'un certain temps cette erreur se rectifie. Mais voici une bien autre question : comment se fait-il que la sensibilité revienne dans un lambeau dont tous les filets nerveux ont été de toute nécessité interrompus après la section du pédicule? Ici MM. Denonvilliers et Gosselin n'ont pas craint de trancher la difficulté du problème en admettant que l'impression se transmet d'une manière en quelque sorte mécanique de la peau au tissu cicatriciel qui la circonscrit, de là aux filets nerveux et par suite au cerveau. Cette explication nous paraît un peu hardie; il serait bon de refaire sur ce sujet quelques recherches qui conduiraient peut-être à une autre interprétation.

Formuler en quelques lignes les cas si nombreux où l'autoplastie peut être appliquée, c'est ce que MM. Denonvilliers et Gosselin ont fait avec un grand bonheur. En mentionnant l'intervention de l'autoplastie dans les cas de cancer; les auteurs examinent les tentatives faites par M. Martinet (de la Creuse) dans le but de prévenir la récidive des cancers au moyen d'une opération autoplastique. Ils expriment des doutes sur la valeur de la doctrine de M. Martinet. Une appréciation générale de l'autoplastie repose sur des documents trop incomplets encore aujourd'hui, pour que cette appréciation ait une base certaine. MM. Denonvilliers et Gosselin ont donné cependant une statistique que l'on consultera avec fruit, tout insuffisante qu'elle puisse paraître.

Parmi les maladies du nez, les lésions traumatiques sont étudiées en premier lieu; les auteurs ont rapporté un certain nombre d'exemples de restitutions faites avec succès d'une portion du nez détachée. A propos des fractures des os propres du nez, ils émettent des doutes sur la possibilité des luxations de ces mêmes os. Les tumeurs éléphantiasiques de nez sont décrites avec détails; les auteurs se sont appliqués à démontrer qu'elles ne sont pas de nature cancéreuse.

Un chapitre fort intéressant est consacré à la description des diverses difformités du nez et de la thérapeutique qui leur convient. Nous sommes ainsi ramenés à une variété d'autoplastie, la *rhinoplastie*. Les maladies des fosses nasales suivent naturellement celles du nez : corps étrangers et calculs, bosses sanguines et abcès de la cloison, épistaxis, ulcères, ozènes, forment autant d'articles séparés. Un chapitre très long est consacré aux polypes des fosses nasales, sujet que l'un des auteurs du *Compendium* a traité antérieurement dans une thèse de concours. Viennent enfin les maladies des sinus frontaux et du sinus maxillaire.

La fin de la onzième livraison est consacrée aux maladies de l'appareil de la vision. On conçoit que ce sujet si vaste a dû être à peine effleuré dans une livraison qui est spécialement consacrée aux maladies de l'appareil olfactif. Aussi ne trouvons-nous ici que les maladies des sourcils et quelques-unes des maladies des paupières.

Le *Compendium de chirurgie* est une œuvre de longue haleine. Quand on songe à tous les matériaux que les auteurs ont été forcés de recueillir, à tous les articles qu'ils ont été forcés de créer, on comprend que cette publication ne marche pas aussi rapidement que le désirent tous ceux qui cultivent la chirurgie et qui aiment à feuilleter les pages de ce recueil. Néanmoins, nous devons reconnaître que depuis quelques années une nouvelle impulsion a été communiquée à cette œuvre. Nous sommes donc en droit d'espérer que la douzième livraison, qui est en ce moment sous presse, ne tardera pas à être mise entre les mains du public médical.

D[r] FANO, prosecteur de la Faculté.

M. Chassaignac, agrégé libre à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, ouvrira son cours public de chirurgie le jeudi 1[er] décembre 1853, à quatre heures de l'après-midi, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique.

Le 6, voyant persister du boursouflement et une teinte violacée de la paupière inférieure, une couche d'encens fut encore appliquée sur cette partie et la joue fut simplement saupoudrée d'amidon.

A dater de ce moment, le gonflement a été toujours en diminuant; les eschares se sont peu à peu éliminées.

Le 10, il subsistait encore trois eschares profondes, qui se sont détachées peu à peu, mais en laissant une perte de substance beaucoup plus profonde qu'on ne l'avait soupçonné au premier abord.

Le malade est sorti le 16 n'ayant plus d'eschares gangréneuses, et la vaste plaie qui résultait de leur chute était en pleine voie de réparation.

MALADIES DES YEUX. — M. Desmarres.

Ophtalmie purulente. — Dangers de la cautérisation.

Une petite fille âgée de deux semaines est apportée lundi dernier à la consultation de M. Desmarres. Elle est atteinte depuis huit jours d'une ophthalmie purulente qui a débuté par l'œil droit. La cornée n'existe plus; l'iris fait hernie, et très probablement le cristallin s'est échappé.

Le deuxième jour, suivant le récit de la mère, l'œil suppurait beaucoup, les paupières étaient très gonflées, mais la prunelle était claire. Le médecin appelé pour voir l'enfant cautérisa les paupières, et à partir de ce moment le gonflement diminua et l'œil devint tout à fait blanc.

Depuis deux jours l'œil gauche est pris de la même inflammation. Les conjonctives sont rouges, les paupières gonflées; un liquide puriforme s'échappe en abondance des paupières; et M. Desmarres, pensant que la cautérisation a pu détruire la cornée de l'autre œil, pratique des scarifications nombreuses autour de la cornée et jusque sur la portion palpébrale de la muqueuse, et prescrit des injections répétées avec un collyre au sulfate d'alumine très faible.

Le lendemain, les scarifications sont répétées, le gonflement a disparu en grande partie, et l'inflammation paraît complétement arrêtée le troisième jour.

Ce fait donne à M. Desmarres l'occasion de faire les remarques suivantes : le crayon de nitrate d'argent, dit-il, est une arme à deux tranchants, qui, placée entre les mains de tous, est des plus dangereuses dans les inflammations des yeux. L'expérience que j'ai acquise à cet égard ne me laisse aucun doute, et je ne crains pas d'affirmer qu'il serait heureux que ce moyen manquât dans la pratique des maladies des yeux, parce qu'on en a fait et qu'on en fait encore le plus grand abus. Que la cornée soit atteinte d'un abcès ou d'une ulcération, que la maladie soit aiguë ou chronique, que l'iris soit hernié depuis quelques heures ou depuis quelques jours, on cautérise avec le crayon de nitrate d'argent, et cela sans mesure, en oubliant qu'il y a tout autre chose à faire, et que l'application du caustique est pleine de dangers.

Un malade est atteint d'une ophthalmie catarrhale, on cautérise encore, que la cornée soit ou non atteinte, capable ou non de résister à l'action d'une inflammation traumatique qui produit le plus souvent sur elle les plus dangereux effets.

Mais c'est surtout dans les ophthalmies purulentes que l'on fait le plus grand abus du crayon de nitrate d'argent, et c'est là certainement aussi que, comme dans le cas de l'enfant que nous venons de voir, il produit le plus grand mal.

Que l'on touche la conjonctive avec ménagement, sur de très petites surfaces éloignées les unes des autres, au début de l'ophthalmie, il n'y a certes qu'avantages; car alors on remplace par une ophthalmie traumatique relativement légère une inflammation des plus dangereuses. Mais que l'on applique largement le crayon quand la purulence est déclarée, le gonflement considérable, la muqueuse décolorée et pâle, et surtout sans avoir la certitude que la cornée n'est pas déjà atteinte, c'est, en vérité, s'exposer à détruire l'œil en quelques heures. J'ai vu bien des fois ce triste résultat; mais jamais cela n'a été aussi évident que chez un jeune homme qui, ayant déjà perdu l'œil gauche par suite d'une ophthalmie purulente, fut atteint de la même affection du côté droit. Au moment d'une consultation dont je faisais partie, il n'y avait encore, en apparence, qu'une conjonctivite intense, sans altération appréciable de la cornée, et la vue était intacte. La cautérisation avec le nitrate d'argent fut pratiquée largement sur la muqueuse palpébrale; le lendemain la cornée avait disparu tout entière; l'iris faisait hernie dans sa totalité, et le cristallin s'échappa au moment où l'on essayait d'entr'ouvrir les paupières.

Mon but n'est autre ici que de mettre en défiance lorsqu'il s'agit d'appliquer le crayon de nitrate d'argent; et certes, si je l'atteignais, je m'estimerais fort satisfait. Entre tant d'autres, voici encore un exemple d'insuccès bien regrettable dans un cas d'ulcération chronique de la cornée.

Une petite fille de sept ans, que j'ai soignée avec un confrère, rue Quincampoix, portait à la partie interne et inférieure de la cornée droite une ulcération fort large, transparente et chronique. Il n'y avait ni gêne, ni photophobie, mais l'œil s'enflammait de temps en temps. Les excitants légers, tels que le laudanum affaibli en instillations, les pommades au précipité rouge, au sulfate de zinc, etc., furent employés sans résultat. Tout cela faisait bien rougir un peu l'œil, mais ne produisait pas l'inflammation nécessaire à la réparation de la perte de substance que la cornée avait subie. Je touchai l'ulcère avec un crayon de sulfate de cuivre, je n'obtins rien encore, et songeai alors à l'application du crayon de nitrate d'argent. Une première fois la cornée fut touchée très superficiellement sans aucun résultat, et huit jours plus tard il fallut bien y revenir; mais il se développa alors une inflammation terrible, et la cornée, détruite dans son tiers interne, laissa s'échapper l'iris. Plus tard, la compression aidant, la cicatrisation se fit assez bien, mais l'œil demeura largement taché, et ne servit plus à la vision, parce que la pupille était très petite et dérangée.

Je conclus de tout ceci que la cautérisation avec le nitrate d'argent est fort souvent dangereuse, et que c'est un moyen dans l'application duquel on ne saurait avoir trop de prudence. Je sais bien que beaucoup de praticiens se récrieront, assurant qu'ils ont guéri, celui-ci telle affection, celui-là telle autre, par la cautérisation; je leur répondrai que j'ai eu comme eux, et assurément plus souvent qu'eux, l'occasion d'arriver à une sévère appréciation, et que, fort de mon expérience, je n'applique la pierre infernale que dans des circonstances très exceptionnelles et toujours avec la plus grande réserve.

EXTROPHIE DE LA VESSIE.

Deux utérus et deux vagins parfaitement distincts. — Absence d'anus. — Ouverture de l'intestin grêle et du gros intestin à la paroi abdominale.

(Pièce présentée à l'Académie de médecine (séance du 15 novembre) par M. le docteur Depaul, membre de l'Académie.)

La pièce d'anatomie pathologique que j'ai l'honneur de mettre sous les yeux de l'Académie provient du cadavre d'une petite fille qui était née vivante et à terme jeudi dernier, et qui a succombé dimanche matin à la suite de convulsions. Elle était jumelle; sa sœur, qui n'offre aucun vice de conformation, continue à se bien porter. La mère, âgée de vingt-trois ans, accouchait pour la première fois. La grossesse et l'accouchement n'ont présenté aucun fait particulier qui mérite d'être signalé.

Dans la région hypogastrique, depuis le pubis jusqu'au cordon ombilical et transversalement dans l'étendue de cinq centimètres, existe une tumeur rougeâtre présentant plusieurs inégalités, et une saillie de deux centimètres en particulier qui est placée au centre, et qui par sa forme représentait une espèce de verge; de chaque côté et au même niveau, on voit deux petites dépressions, au centre desquelles se trouve un pertuis dans lequel s'engage un stylet fin, et par où s'écoulait de l'urine pendant la vie lorsque l'enfant se livrait à quelques efforts.

Le cordon s'insère à la partie supérieure de la tumeur, qui en ce point est uniquement formée par le péritoine parfaitement transparent.

Entre les deux pertuis précédemment indiqués existent deux autres ouvertures inégales, dont l'une conduit dans l'intestin grêle et l'autre dans le gros intestin. Au-dessous de la tumeur se trouvent deux rudiments de grandes lèvres et les orifices de quelques follicules muqueux. Il n'y a pas d'orifice anal; une petite dépression semble indiquer la place qu'il aurait dû occuper.

Un examen des parties intérieures permet de constater les dispositions suivantes :

Tout est à l'état normal dans la cavité thoracique. La rate et le foie sont à leur place et bien conformés.

Appareil urinaire. — Le rein du côté droit, plus volumineux que d'habitude et surmonté de sa capsule, occupe la situation habituelle. Au-dessous se trouve une poche presque aussi volumineuse que lui, qui a les apparences d'une vessie, mais qui n'est autre chose que l'uretère distendu par l'urine; cette poche se continue avec lui par sa partie supérieure, s'accole à une moitié de l'utérus par son autre extrémité, qui s'ouvre dans une espèce de cloaque très restreint et communique avec l'extérieur par le pertuis dont il a déjà été question.

A gauche, on ne remarque que la capsule sus-rénale, et j'ai d'abord cru qu'il n'y avait qu'un seul rein; mais une dissection attentive m'a bientôt fait voir qu'il n'en était pas ainsi. En effet, ce second organe, plus petit d'un tiers que le précédent, existe profondément caché dans l'excavation du bassin. De son échancrure part un uretère non dilaté qui s'accole à l'autre moitié de l'utérus, s'ouvre dans un autre cloaque et communique avec le second petit pertuis signalé sur la tumeur externe.

Organes génitaux. — Il y a deux utérus parfaitement distincts dans toute leur étendue. Ils se présentent sous la forme de deux petites cornes recourbées en dehors, à convexité supérieure. A chaque extrémité libre et légèrement renflée sont appendus la trompe et son ligament, et un tout petit ovaire parfaitement reconnaissable.

L'extrémité inférieure est adhérente et embrassée dans toute sa circonférence par une petite poche remplie d'un mucus blanchâtre, et qui n'a d'autre issue de chaque côté que le petit pertuis dont j'ai déjà parlé. C'est dans chacune de ces poches que viennent s'ouvrir également chacun des uretères; de sorte qu'elles représentent deux vagins très courts et comme renflés, où aboutissent le col de chacun des utérus et le conduit excréteur des reins. Ces deux utérus ont un col arrondi parfaitement dessiné, et qui fait une saillie de trois à quatre millimètres dans ces espèces de cloaques ou de vagins. Ils ont un orifice assez large qui conduit dans une cavité qui règne jusqu'à l'extrémité supérieure de ces deux matrices. Le diamètre longitudinal de chacune d'elles est de trois centimètres. Un rétrécissement circulaire indique ce qui appartient aux corps et aux cols, et il existe juste au milieu de la longueur totale.

Tube digestif. — Il est parfaitement conformé depuis l'estomac jusqu'à l'extrémité de l'intestin grêle, qui s'ouvre à la paroi du ventre, un peu au-dessous de l'ombilic, par une fente assez large, demi-circulaire, à concavité inférieure. Il est entièrement vide, sans trace de méconium.

Le gros intestin se trouve réduit au cœcum, et n'a qu'une étendue de deux centimètres environ. La même ouverture le fait communiquer à l'extérieur. Il est placé sur la ligne médiane, complétement renfermé dans l'excavation, et sépare entièrement avec la fin de l'intestin grêle les deux utérus dont il a été parlé.

Les deux pubis sont séparés; un écartement de trois centimètres et demi existe entre eux.

La constitution du cordon est complète; il est pourvu de deux artères et d'une veine.

TRAITEMENT DES ANÉVRISMES ET DES VARICES

par la coagulation du sang,

Par M. Le Roy-d'Etiolles.

Les faits énoncés par M. le professeur Malgaigne dans son rapport à l'Académie de médecine prouvent que l'injection dans une *tumeur anévrismale* d'une quantité de solution de perchlorure de fer, insuffisante le plus souvent pour coaguler toute la masse du sang qu'elle renferme, y produit cependant un travail inflammatoire excessif, quelquefois la gangrène, d'autres fois une désorganisation des parois du sac anévrismal qui les fait céder et se rompre; ils donnent encore à penser que, dans le cas où la coagulation aurait lieu, les caillots seraient très difficilement résorbés. Ces faits témoignent donc contre le perchlorure de fer, ou peut-être même seulement contre son mode d'application, mais ils ne sont pas la négation absolue des injections coagulantes dans les vaisseaux artériels et veineux. D'autres substances ont une action hémostatique puissante et ne produisent pas dans les parois artérielles cette altération qui les expose à la dilatation et à la rupture; tels sont l'alcool dont je me suis servi dans mes expériences, l'alcool sulfurique, ou eau de Rabel, l'alumine surtout et ses combinaisons diverses. On préconise avec raison depuis quelque temps l'eau de Pagliari, qui est un composé d'alun et de Benjoin; peut-être trouvera-t-on d'autres substances, d'autres combinaisons plus coagulantes encore et plus inoffensives tout à la fois pour les parois des vaisseaux; mais si l'on veut y parvenir, il ne faut pas présenter l'insuccès du perchlorure de fer comme devant entraîner l'abandon de la méthode des injections intra-vasculaires, il ne faut pas fermer la voie de l'expérimentation.

Voilà quelques-unes des réflexions que fait naître le choix de la substance coagulante. Examinons maintenant son mode d'application.

Il est constant que les expériences sur les grands animaux avaient produit des résultats capables de faire concevoir des espérances pour l'application à l'homme. Il importe donc de voir comment avaient procédé les expérimentateurs, dont je laisse les noms de côté pour ne pas ralentir la discussion. Voici ce qui avait été fait :

Deux points de compression ont été établis sur une artère à peu de distance l'un de l'autre. Entre ces deux points, une petite colonne de sang a été arrêtée et isolée; un tube capillaire, ou du moins assez menu pour ne pas donner lieu à l'effusion du sang ou à la lésion de l'artère, a traversé ses parois. Par ce tube, on a fait pénétrer, au moyen d'une petite seringue, quelques gouttes d'un liquide capable de produire la coagulation du sang; un caillot s'est formé et l'artère s'est oblitérée. Ce n'est pas ainsi que l'on a agi sur l'homme : l'injection a été faite dans la tumeur elle-même. Or, comme l'ouverture par laquelle la cavité de l'artère communique avec le sac a souvent une très petite dimension, le liquide coagulant a pu ne pas pénétrer dans le tube artériel, il n'a point agi sur le sang fluide, et il a exercé son action sur le sang déjà partiellement coagulé et soustrait à la circulation que renfermait le sac anévrismal. On avait expérimenté d'après la méthode d'Anel et de Hunter, et l'on a opéré comme dans la méthode dite ancienne, c'est-à-dire sur la tumeur anévrismale; il n'y a donc pas eu déduction rationnelle de l'expérience sur les animaux à l'application sur l'homme.

L'un des motifs qui ont donné la prééminence à la méthode d'Anel sur la ligature après l'ouverture du sac, c'est l'inflammation qui parfois s'en empare. Le principal danger des injections faites dans la tumeur paraît provenir également de l'excès d'inflammation qu'elles y déterminent. Cela résulte-t-il seulement de la nature du réactif? Cette inflammation eût-elle été aussi violente si, au lieu de perchlorure de fer, on eût injecté de l'alcool, de l'eau de Rabel, des solutions alumineuses seules ou mélangées aux résineux? Il est permis de le supposer. D'après ce que l'on sait de l'action de ces substances sur les tissus vivants, on peut admettre *à priori* qu'il serait moins dangereux de les employer en excès que le perchlorure de fer, et leur moindre énergie pourrait être compensée par une proportion plus forte. Cependant ce n'est là qu'une présomption, et je ne voudrais pas, en matière si grave, mettre une présomption à la place d'une réalité. Il y a plus; je pense que dans le procédé de l'injection du sac, il est difficile de remplir une des conditions essentielles au succès de la méthode des injections coagulantes, qui est la suspension complète et suffisamment prolongée de la circulation dans la tumeur, non-seulement pour y favoriser la coagulation, mais encore pour prévenir l'entraînement des caillots et le transport des réactifs qui vont obstruer les vaisseaux capillaires et contribuent à produire la gangrène du membre. Il est

probable que les choses ont eu lieu de la sorte dans le premier cas de M. Malgaigne et dans ceux de MM. Alquié et Jobert. Il est facile de savoir, par l'expérience sur les animaux, à quoi s'en tenir sur la réalité de cette supposition.

Il résulte de tout cela qu'en agissant sur la tumeur anévrismale au lieu d'agir sur l'artère, en imitant la méthode ancienne au lieu d'imiter la méthode d'Anel, comme on l'avait fait dans les expériences sur les animaux, les opérateurs se sont placés dans des conditions défavorables.

Cependant il y a des tumeurs anévrismales auxquelles l'injection dans la cavité du sac est particulièrement applicable; telles sont celles des artères iliaques, carotides, sous-clavières, brachio-céphaliques, au-dessus desquelles la ligature ne peut être placée sans des délabrements presque toujours mortels. On peut alors combiner l'injection avec la ligature inférieure, ou procédé de Brasdor, et faire arriver le liquide coagulant par la cavité de l'artère au moyen d'une sonde sans pratiquer de ponction sur la tumeur.

Je pense donc que, pour les anévrismes situés de telle sorte que la ligature par la méthode d'Anel pourrait être pratiquée, il y aurait plus de chances de réussir par les injections coagulantes en agissant au-dessus de la tumeur sur une petite colonne de sang stagnante et isolée entre deux points de compression.

Ici se reproduit la question du choix du liquide hémostatique. L'expérience faite par Pravaz sur la carotide d'un mouton est aussi concluante en faveur du perchlorure de fer que celle de M. Debout, faite à Alfort sur la carotide d'un cheval, lui est défavorable.

Entre des résultats si opposés il n'y a place que pour le doute, jusqu'à ce que de nouvelles expérimentations aient permis de se former une opinion. Depuis que cette question a été agitée, je me suis proposé de répéter ces expériences; je n'en ai pas eu le loisir pendant ces derniers mois, mais si je ne saurais rien dire pertinemment du perchlorure de fer, je puis du moins parler *de visu* des effets de l'alcool et des substances alumineuses introduites dans la cavité des artères, et j'assure qu'elles ne produisent pas sur les parois de ces vaisseaux l'altération suivie de la dilatation variqueuse observée par M. Debout sous l'influence du perchlorure de fer.

Mais est-il aussi facile, aussi simple de faire une injection coagulante dans un tube artériel que de la faire dans une tumeur anévrismale? Oui pour certaines artères, comme la brachiale; non pour beaucoup d'autres, comme la crurale. Aussi l'injection artérielle pratiquée comme la méthode d'Anel ne me semble-t-elle particulièrement appliquable qu'à la brachiale. Cette restriction, j'en conviens, est une grande objection; je l'ai senti tout le premier, et je l'ai signalée il y a déjà dix ans, page 280 de mon *Recueil de mémoires*, dans cette phrase, que je demande la permission de reproduire : « Des injections alcooliques faites dans l'artère au » moyen du tube capillaire de la seringue d'Anel produisirent assez » promptement la formation de caillots. Mais comment arriver jus- » qu'à l'artère et pénétrer sûrement dans sa cavité sans la mettre » au moins un peu à découvert; et alors ne vaudrait-il pas mieux » en faire la ligature? »

Cette réflexion m'a conduit, à cette époque, à l'étude d'un autre coagulant du sang dont je suis tout naturellement amené à parler en ce moment : c'est le galvanisme.

Comme la ligature, comme les injections, le galvanisme peut être dirigé ou à travers le sac anévrismal, ou sur le tube artériel au-dessus de la tumeur. On connaît les résultats obtenus par M. Pétrequin et d'autres opérateurs au moyen du premier procédé. Le second, proposé par M. Velpeau, expérimenté sur des animaux par Pravaz, avait échoué entre les mains de Liston et de quelques autres chirurgiens; mais je pense qu'il a chance de réussir depuis que j'ai imaginé d'*agir sur une petite colonne sanguine isolée et stagnante entre deux points de compression*; c'est du moins ce que je crois pouvoir déduire de mes expériences comparatives entre les liquides coagulants et le galvanisme, faites en 1843 sur des chevaux, chez M. Leblanc, et publiées en 1845 dans mon *Recueil de mémoires*.

En résumé, je pense que, dans cette question comme dans beaucoup d'autres, l'enthousiasme et le découragement ont marché trop vite et ont devancé l'heure.

Quant à l'appréciation qu'a faite de mes travaux M. Malgaigne, elle ne me paraît pas équitable; il n'est pas exact de dire que mes idées ont été *purement théoriques*. Cette remarque s'applique peut-être à Monteggia, qui a *seulement proposé* de faire des injections dans le sac anévrismal en y plongeant un *trocart et non pas un tube capillaire*; mais elle ne peut me convenir, puisque j'ai démontré par des expériences sur les animaux la réalité de mes prévisions. Il n'est pas tout à fait exact non plus de dire que j'ai été devancé par Monteggia. Il y a deux idées importantes à l'endroit desquelles *je n'ai pas été précédé par lui, et j'ai été suivi par Pravaz*; ce sont l'emploi d'une canule ou tube capillaire pour faire les injections, et la suspension, l'isolement d'une petite quantité de sang dans une artère entre deux points de compression. Ce qui appartient à Pravaz, ce qui constitue son procédé, que l'on nomme à tort sa méthode, c'est le perchlorure de fer, et c'est ce procédé qui seul est en cause aujourd'hui.

GETAH LAHAE,

nouvelle substance pharmaceutique.

Par M. le Dr VANHENGEL, de Hilversum (Hollande).

Le getah lahae est une résine provenant d'un arbre connu dans les Indes sous le nom de *lahae*. Cet arbre se rencontre abondamment dans les colonies hollandaises de l'archipel Indien. La résine en découle à la moindre incision de l'enveloppe corticale, et en masse quand on l'abat. La quantité de getah retirée en moyenne d'un arbre de 3 à 4 pieds de diamètre s'élève de 48 à 68 hectogrammes. Elle est surtout abondante dans les arbres qui croissent dans les lieux bas et humides et dans ceux qui ont les feuilles les plus longues et les plus foncées. Les indigènes reconnaissent tout d'abord les arbres les plus productifs, dont ils emploient la résine pour fabriquer leurs torches.

Le getah lahae, tel qu'on l'exporte en Europe, est une matière résineuse solide, légèrement onctueuse au toucher, et d'une couleur gris-sale. Enveloppée dans du papier et mise en contact avec du feu, elle brûle facilement et plus longtemps que ne le fait une égale quantité de cire jaune, et projette une flamme jaune éclatante. Mise dans l'eau, elle surnage, mais ne s'y dissout pas. Elle ne se dissout pas davantage dans l'éther ni dans l'alcool, mais bien dans diverses huiles. Elle se fond dans l'eau bouillante, et présente alors des propriétés adhésives remarquables. Elle est poreuse et fragile et se laisse facilement pulvériser.

Désirant instituer quelques essais thérapeutiques avec le getah lahae, j'ai d'abord traité cette substance de la manière suivante : après l'avoir fait fondre au moyen de l'eau chaude, je l'ai remuée, dans le but de la débarrasser des matières étrangères, qui descendaient ainsi au fond du vase, au moyen d'un petit bâton entouré de linge préalablement mouillé, pour qu'elle n'y adhérât point; puis la résine ainsi fondue fut placée sur un tamis également mouillé, et je versai dessus d'une manière continue de l'eau bouillante, afin de la purifier davantage. C'est de cette résine passée ainsi à travers les mailles du tamis que je me suis servi dans mes expériences.

Administré d'abord à la dose de deux grains, le getah lahae ne me parut pas agir autrement qu'une substance inerte; à la dose de quinze grains, il produisit chez moi un retard prolongé des selles, auquel je dus remédier par l'administration de pilules composées d'extrait d'aloès et de savon amygdalin. Je pus m'assurer de cet effet à trois reprises différentes. Je n'ai pas encore eu occasion de recourir à cette substance pour essayer de combattre les diarrhées colliquatives chez les phthisiques.

Voulant tirer parti des propriétés adhésives du getah, voici comment j'ai opéré :

J'ai pulvérisé grossièrement dans un mortier la résine refroidie. La poudre ainsi obtenue fut jetée sur un tamis sec et à mailles larges, puis je la répandis uniformément sur un morceau de linge; enfin je passai légèrement sur celle-ci un fer à repasser. Ce linge, ainsi préparé et préalablement chauffé, est, quand on l'applique sur une plaie dont les lèvres ou les bords sont secs, le meilleur adhésif que je connaisse. J'ai employé cet emplâtre adhésif avec un remarquable et prompt succès sur une plaie qui était le siége d'une hémorrhagie veineuse abondante. Je l'ai employé avec non moins de succès sur des ulcères atoniques des extrémités. On peut aussi le diviser en lanières, et s'en servir à la manière des bandelettes de Baynton, sur lesquelles il a l'avantage d'adhérer mieux, d'être d'un prix moins élevé, et de pouvoir servir plus d'une fois sans perdre de sa force adhésive.

Le getah lahae présente beaucoup d'analogie avec la cire jaune, mais il coûte moins cher de moitié, sa valeur vénale n'étant tout au plus que d'un florin (2 fr. 15 c.) le kilo. Il peut fort bien remplacer la cire jaune et blanche dans la préparation des onguents. Fondu avec l'huile d'olives à la quantité d'une once sur trois d'huile, il pourra remplacer avantageusement l'*unguentum simplex*, et sa couleur n'est pas foncée, contrairement à ce que l'on serait tenté de croire, quand on prend la précaution de remuer le mélange jusqu'à complet refroidissement.

J'ai eu occasion d'employer cet onguent dans sept cas différents, et j'ai été étonné de son efficacité. Un de ces cas a trait à la femme Zwelheim, vieille juive cacochyme qui portait à la jambe gauche un ulcère inflammatoire, douloureux, étendu, à bords irrégulièrement découpés et couvert d'une matière ichoreuse. Cet ulcère provenait d'une morsure de chien faite plusieurs semaines auparavant, et contre laquelle on n'avait dirigé que des moyens insuffisants. Après deux jours d'emploi de l'onguent de lahae, appliqué deux fois par jour, l'ulcère commença à prendre un meilleur aspect, et la cicatrisation fut complète douze jours après.

Employé dans un cas d'anthrax, il m'a semblé qu'il a notablement favorisé l'élimination du bourbillon. Je l'ai encore employé dans un cas de plaie suppurante résultant de brûlure; enfin dans des cas d'ulcères chroniques.

Employé dans la préparation de l'*unguentum basilicum*, il rend cet onguent plus adhésif. Quand on l'emploie dans la confection des *emplastrum cicutæ*, *emplastrum aromaticum*, *emplastrum vesicatorium*, on doit avoir soin de prendre moins de getah lahae que la pharmacopée ne prescrit de cire, pour ne pas porter trop loin la force adhésive de ces divers emplastiques.

Avant de terminer cette note, je dois faire une dernière observation. Partant de l'imperméabilité des emplâtres préparés avec le getah lahae, et de leur prix peu élevé, je me suis bien trouvé d'employer la toile recouverte de cette résine, à la manière de la toile cirée, chez les gâteux, chez les femmes pendant la parturition ou pendant les couches, etc. Avant d'employer le linge de getah lahae à cet usage, il faut avoir la précaution de lui enlever sa force adhésive. A cet effet, il suffit de le laver avec une éponge trempée dans du pétrole.

D'après ce qui précède, je crois pouvoir admettre que la résine de getah lahae mérite d'occuper une place dans le domaine de la matière médicale, et que les praticiens auront occasion d'en faire usage dans une infinité de cas. (*Ann. méd. de la Flandre occid.*)

LE CHOLÉRA AU HAVRE.

Détails statistiques complets.

Nous recevons de notre honorable confrère M. le docteur Maire, adjoint à la mairie du Havre, la communication suivante sur les cas de choléra qui se sont déclarés dans cette ville. Elle établit avec une parfaite exactitude le chiffre des faits observés et de la mortalité, et nous y trouvons avec satisfaction l'espérance fondée de voir l'épidémie, si on peut lui donner ce nom, s'éteindre après des ravages peu importants. Puisse-t-il en être de même de celle qui commence à Paris!

« La *Gazette des Hôpitaux* ayant signalé quelques cas de choléra au Havre, un autre journal ayant publié une histoire plus ou moins exacte du développement de cette maladie dans notre ville, l'Académie enfin ayant reçu une communication directe à ce sujet de l'un de mes honorables confrères, j'ai pensé que le moment était venu d'éclairer le public sur l'importance réelle de cette épidémie, et j'ai espéré que pour arriver à ce résultat vous voudriez bien me prêter votre concours.

» Ma position administrative me permettant de ne recueillir que des documents authentiques, je puis vous assurer à l'avance de la vérité des chiffres que je vais vous soumettre.

» Depuis quelque temps déjà le choléra sévissait dans le Nord et de l'autre côté du détroit; nos fréquentes relations avec les pays infectés devaient nous laisser craindre que le choléra ne choisît notre port pour s'introduire en France.

» Ce ne fut que le 15 septembre cependant que le premier cas de choléra fut constaté par moi, chez une jeune fille habitant sur la place du Vieux-Marché et placée dans de bonnes conditions hygiéniques. C'était un cas moyen; la disparition des pulsations des radiales ne fut pas complète; la malade guérit rapidement.

» Je note seulement que cette jeune personne n'avait eu aucune communication soit avec des voyageurs arrivant de Londres, soit avec ces colonies d'émigrants d'outre-Rhin qui nous arrivent toutes les semaines en si grand nombre.

» Les deuxième et troisième cas parurent dans le canton nord les 18 et 26 du même mois. Ces deux malades guérirent également.

» Le 30 septembre, deux nouveaux cholériques furent soignés par l'un de nos bien honorables confrères, canton du sud. L'un des deux succomba.

» A partir de cette époque jusqu'au 10 octobre, aucun nouveau malade ne fut signalé; c'est à dater de ce jour seulement que la maladie suit une marche ascendante plus régulière. Le 20 octobre, nous constatons 9 malades nouveaux, dont 7 canton nord; puis le choléra décroît d'une manière non moins régulière, et le 30, on ne nous signalait plus qu'un cas. Le 31, nous n'en avions plus à enregistrer.

» Les premiers jours de novembre se passèrent sans nouveaux cholériques. Le 4 et le 5, un nouveau cas chaque jour; le 9 et le 10, un nouveau cas également, et à partir de cette époque jusqu'à ce jour, rien!

» Ainsi, notre épidémie de choléra, qui semble déjà passée, comprend un chiffre total de 57 malades, dont 21 ont succombé.

» J'ai à peine besoin d'ajouter que la maladie a sévi spécialement dans des habitations malsaines, chez des indigents où sont méconnues les premières règles de l'hygiène; elle a atteint surtout les ouvriers étrangers qui travaillent aux usines de la section de Graville et les émigrants allemands qui nous arrivaient de Rotterdam. Mais une remarque intéressante au point de vue scientifique, et que je ne puis passer sous silence, c'est que dans la première quinzaine de septembre, alors que le choléra n'avait pas paru au Havre, des émigrants y sont arrivés bien portants, y ont séjourné plusieurs jours avant de s'embarquer, sont partis en bon état de santé, et c'est dans le cours de leur traversée du Havre à New-York seulement que le choléra s'est développé à bord et y a fait souvent de nombreuses victimes.

» Je répéterai ici ce que j'ai écrit à l'autorité supérieure dans les rapports que je lui ai adressés : c'est que l'épidémie actuelle du Havre, si on peut lui donner vraiment ce nom, ne menace pas de prendre, en ce moment au moins, d'effrayantes proportions; que, loin de là, elle doit être considérée comme arrivée à son déclin, sinon à sa fin. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

M. le ministre de l'instruction publique vient d'autoriser l'Académie des sciences à prélever sur le reliquat des fonds du prix Montyon une somme de 2,000 francs, qui sera employée à poursuivre les fouilles commencées dans le département de l'Yonne pour la recherche des ossements humains qui proviennent des guerriers qui avaient combattu les légions de César. Nous pouvons donc espérer que M. Serres va continuer ses recherches, et pourra bientôt nous donner un complément à ses intéressantes communications sur l'anthropologie.

— M. Conneau, premier médecin de l'Empereur, est à Montpellier depuis quelques jours.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 139. — JEUDI 24 NOVEMBRE 1853. (26e ANNEE.) N° 139. — JEUDI 24 NOVEMBRE 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40; EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse. { Trois mois. . . . 8 fr. 50 c. Six mois. . . . 16 » Un an. . . . . 30 »

Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies. { Trois mois. . . . . . 9 fr. Six mois. . . . . . 17 Un an. 33

Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar. { Trois mois. . . . . . 10 fr. Six mois. . . . . . 20 Un an. 38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

Paris, le 23 novembre 1853.

Un mois s'est à peine écoulé depuis que nous avons rendu public l'acte de munificence dont la *Gazette des Hôpitaux* a été l'objet de la part d'un modeste et respectable confrère, et déjà le résultat qu'il s'était proposé a dépassé son attente. C'est qu'il avait, en effet, merveilleusement compris les besoins et les tendances du corps médical ; c'est que partout le désir de s'instruire est développé à un point que nous ne soupçonnions pas nous-même; c'est que, chez les jeunes étudiants comme chez les vieux praticiens, dans les centres d'instruction comme dans les campagnes les plus éloignées, personne ne veut rester en arrière.

Aussi, que de témoignages de gratitude, que de bénédictions ont été adressés, par notre entremise, à l'homme généreux qui a bien voulu consacrer une partie de sa fortune à encourager les travaux utiles, et à mettre la science pratique à la portée de la généralité des médecins ! Car c'est un fait malheureusement trop prouvé : il y a dans notre profession si belle, mais si mal répartie et souvent si mal rétribuée, une gêne trop souvent voisine, hélas ! d'une détresse profonde.

A côté de ce déplorable état de gêne d'un trop grand nombre de nos confrères, et parmi les plus pauvres même, nous sommes heureux de le constater, nous avons rencontré une délicatesse, un désintéressement admirables, et qui prouvent la justesse d'esprit et la connaissance du cœur que possède notre respectable donateur. Tels, en effet, qui pour toutes sortes de motifs avaient tous les droits possibles à recevoir la *Gazette* au prix le plus réduit, ont voulu passer dans une catégorie de prix plus élevé, pour laisser à d'autres le moyen de profiter aussi du bienfait. Nous pouvons donc le proclamer hautement, car nous en avons des centaines de preuves écrites entre les mains, le désintéressement est partout, dans les rangs des médecins, le compagnon du travail et du dévouement; et cette classe si utile et si mal récompensée de ses sacrifices journaliers s'est montrée, en cette circonstance comme toujours, remplie de modestie, d'abnégation et de loyauté.

Qu'après cela quelques esprits sceptiques, qui font profession de douter de tout et surtout du bien fait sans fracas, aient trouvé plaisant ou incroyable qu'on fît de sa fortune, simplement et sans ostentation, un usage vraiment utile, c'est tout naturel. Ici-bas à chacun son lot : à ceux-là les ovations publiques et les apothéoses; à ceux-ci de modestes et touchantes bénédictions.

Il nous reste encore un devoir à remplir. Le donateur ne s'est pas borné à faire participer ses confrères et les élèves aux facilités d'instruction qu'il leur donne ; il a voulu aussi offrir une récompense à ceux d'entre eux qui auront publié dans les colonnes de la *Gazette* les travaux pratiques reconnus les plus utiles. C'est donc un nouvel appel que nous faisons en son nom. Sur les 10,000 francs de la donation, 7,000 fr. seront employés à parfaire la différence du prix des abonnements demandés à taux réduit, et les 3,000 fr. restants seront distribués aux plus méritants parmi les collaborateurs qui voudront bien nous adresser le fruit de leurs observations personnelles ou recueillies dans des services d'hôpitaux. Cet appel est général, personne n'est exclu; praticiens et élèves, Français et étrangers, tous sont libres de concourir, et doivent s'attendre à une égale justice.

Ce fonds d'encouragement sera distribué de la manière suivante : trois fois par an, dans la seconde quinzaine de février, de juin et d'octobre, une somme de *mille francs* sera répartie entre les auteurs des meilleurs travaux utiles et pratiques insérés dans la *Gazette des Hôpitaux*.

La première distribution aura lieu dans la seconde quinzaine du mois de février 1854.

Séances des Académies.

Nous ne serons pas long aujourd'hui dans l'appréciation des séances des deux Académies. Ce n'est pas qu'elles aient manqué d'intérêt; mais on en jugera suffisamment par le compte rendu que l'abondance des matières nous force à remettre au prochain numéro.

A l'Académie de médecine, l'importante discussion sur le perchlorure de fer a continué, et trois orateurs de premier ordre ont été entendus.

M. Laugier a lu un mémoire sur ce sujet, et après avoir, comme le lui a dit dans sa réplique M. Malgaigne, disséqué ses observations, il a conclu que les accidents et les succès ne sont dus ni à la qualité ou, pour mieux dire, à la densité, ni à la quantité de cette substance. Par une singularité bien extraordinaire, on dirait, en effet, que les succès seraient la suite des imprudences, et que plus on s'est écarté des règles posées par Pravaz, mieux on a réussi; que plus on a suivi ses sages prescriptions, plus complétement on a échoué.

C'est ce que M. Malgaigne a aussi constaté de son côté, tout en combattant l'opinion de M. Laugier, qui semblerait porté à attribuer les accidents, dans quelques cas du moins, à la fréquence des ponctions, que M. Malgaigne regarde au contraire comme fort innocentes.

Quant à M. Gerdy, son argumentation, écoutée du reste avec intérêt, n'a été qu'un discours moral. Il a expliqué comment il entendait les devoirs de l'expérimentation sur l'homme, s'est défendu chaudement d'avoir voulu attaquer qui que ce soit, a fait un nouvel appel au cœur paternel, et a persisté à penser qu'on ne doit pas tenter sur autrui ce que l'on ne ferait pas sur ses propres enfants. Il a conclu enfin en déclarant que, pour son compte, il ne se hasarderait pas, en l'état des choses et malgré le dernier succès de M. Valette, à faire un essai de la méthode qui compte de si nombreux et de si graves accidents, et qu'il laisserait aux téméraires le courage de l'expérimentation. M. Malgaigne croit, au contraire, qu'au lieu de *laisser faire* les téméraires, il faut les retenir par la désapprobation.

En résumé, quoique la méthode nous paraisse bien loin d'être définitivement jugée, nous serions porté à croire que les téméraires, s'il doit y avoir des téméraires, ne sont pas assis sur les bancs académiques, et que nous n'aurons du moins aucun reproche de ce genre à adresser ni à M. Laugier, ni à M. Gerdy, ni à M. Malgaigne.

Nous appelons du reste l'attention sur l'article de clinique américaine que nous publions dans ce numéro; on y verra que le docteur Brainard a expérimenté avec une injection de lactate de fer dans un cas de tumeur érectile, et qu'il a réussi. Il attribue à ce composé, avec lequel il a fait des expériences sur les animaux, une innocuité que ne possède pas le perchlorure de fer.

— A l'Académie des sciences, une communication physiologique intéressante a été faite par M. Blondlot; nous en renvoyons aussi le compte rendu au prochain numéro.

HOPITAUX DE PARIS.

Des quelques cas de choléra que l'on observe en ce moment dans les hôpitaux de Paris.

Aucune entrée nouvelle n'a eu lieu hier ni la veille à l'Hôtel-Dieu, et, d'après ce que nous avons pu savoir des autres hôpitaux, aucun cas nouveau n'y a été signalé non plus. Les malades que nous avons vus sont donc des malades atteints depuis trois ou quatre jours, et la plupart pris dans les salles mêmes. Or voici ce que nous avons observé sur ceux qui sont en ce moment en traitement à l'Hôtel-Dieu, et ce que nous avons appris sur le petit nombre de ceux qui y ont succombé dans ces derniers jours. Afin d'éviter les confusions et les répétitions, nous procéderons suivant l'ordre de nos visites dans les différents services.

Dans le service de M. Trousseau, une seule femme est morte ; mais cette femme, au moment où elle a été prise d'accidents cholériques, avait une péritonite jugée mortelle, de sorte qu'on ne peut considérer ici le choléra que comme une complication qui a tout au plus précipité peut-être de quelques jours une fin inévitable. Quant aux deux femmes dont nous avions déjà parlé, et qui avaient présenté des symptômes cholériques d'une intensité médiocre, elles sont en voie de rétablissement.

Dans la salle Sainte-Jeanne (services de M. Rostan et de M. Aran), nous avons vu deux cas nouveaux, l'un atteint de fièvre typhoïde et qui a été pris ces jours derniers d'accidents cholériques graves qui hier encore inspiraient des craintes sérieuses. Nous avons remarqué chez ce malade, comme chez quelques autres, que les vomissements n'offraient point l'aspect ordinaire; ils étaient d'une couleur verdâtre qui rappelle assez bien les évacuations des personnes qui ont pris du calomel, ou encore les vomissements des femmes atteintes de fièvre puerpérale.

Le second malade est un jeune homme entré à l'Hôtel-Dieu le 20 novembre; c'est le frère du premier malade qui a succombé dans le service de M. Rostan à un choléra algide des plus prononcés, et sur le compte duquel nous aurons à revenir à l'occasion des lésions anatomiques qui ont été constatées, lorsque nous en viendrons à l'examen de la question anatomo-pathologique. Ces deux frères habitaient ensemble dans la rue Porte-Foin, au Marais. Un troisième cas de choléra a éclaté dans cette même maison, sur un ouvrier dont nous n'avons pu jusqu'ici connaître le sort.

Le malade dont nous parlons était, au moment où nous l'avons vu, dans un état de réaction incomplète. Bien que la peau eût été réchauffée et qu'elle conservât sa température normale, ce malade respirait péniblement; sa respiration était fréquente, haute et suspirieuse, et il était dans un état de demi-stupeur et d'engourdissement intellectuel dont on le tirait momentanément en le faisant parler ou en l'excitant par divers moyens; mais il retombait immédiatement dans cette sorte d'anéantissement.

Cette même particularité, que nous venons de signaler chez ce malade, nous l'avons observée aussi avec des variantes chez quelques-unes des femmes du service de M. Grisolle, qui méritent que nous nous y arrêtions un instant.

Quatre femmes (dans une salle de 25 lits) sont actuellement en traitement dans ce service pour des accidents cholériques plus ou moins graves. Sur ces quatre malades, une seule est venue du dehors; les trois autres ont été prises dans l'hôpital. Celle qui est venue du dehors, et qui est couchée au n° 10, est entrée le 20 avec des crampes, la peau froide et cyanosée, des selles cholériques, des vomissements fréquents, mais des vomissements verdâtres comme ceux que nous indiquions tout à l'heure, et qui ont constamment conservé le même caractère depuis le début jusqu'à ce jour. La réaction s'est établie chez elle assez promptement, mais une réaction incomplète, si incomplète qu'aujourd'hui encore la température de la peau est très sensiblement abaissée, malgré les efforts que l'on ne cesse de faire pour la réchauffer; que le pouls est sensible, mais très petit et très faible; les urines rétablies, mais rares. La peau est en outre très faiblement contractile; elle revient sur elle-même lorsqu'on la pince, mais très lentement. L'état de cette malade inspire à M. Grisolle des craintes que nous partageons avec lui.

Des trois autres malades, qui toutes ont été prises dans les salles, l'une, couchée au n° 17, présentait depuis quelque temps les symptômes d'une tuberculisation pulmonaire commençante; elle a été prise d'emblée, sans diarrhée prémonitoire, de crampes, vomissements, refroidissement de la peau, et chez celle-ci, comme chez la précédente, la réaction a été aussi incomplète; la température de la peau est au-dessous du type normal, le pouls est faible. Cette malade présente en outre cet état de stupeur analogue à celui que nous signalions tout à l'heure chez le dernier malade venu de la salle des hommes (Sainte-Jeanne). Bien qu'il n'y ait plus d'évacuation, son état ne laisse pas que d'inspirer aussi de vives inquiétudes. Les deux autres malades étaient depuis longtemps dans les salles pour des affections utérines. L'une d'elles, celle qui occupe le dernier lit, n° 25, était à l'agonie au moment de la visite; elle présentait cette particularité que nous n'avions encore observée sur aucune autre, le développement d'un phlegmon à la joue gauche avec une tuméfaction considérable de la lèvre inférieure, dont le bord mu-

queux était recouvert d'une eschare gangréneuse. La seconde, sa voisine, couchée au nº 24 et qui est atteinte d'un phlegmon du ligament large, est encore en proie à des vomissements et à des selles cholériques ; elle est cependant dans un état moins grave que les autres.

Enfin, pour terminer le dénombrement des malades de l'Hôtel-Dieu, nous mentionnerons deux cas développés également dans le service de M. Grisolle (hommes) : l'un chez un sujet atteint de pneumonie double, et qui a succombé ; le second, développé chez un varioleux à la période de dessiccation des pustules, et qui est en voie de guérison.

Nous devons ajouter que, d'après les renseignements que nous avons recueillis sur les hôpitaux qu'il ne nous a pas encore été possible de visiter, il n'a été reçu aucun cholérique du dehors pendant ces deux derniers jours. Nous nous sommes informé également de l'état sanitaire des grands centres hospitaliers, tels que Bicêtre et la Salpêtrière, et nous avons appris avec satisfaction qu'il ne s'y était déclaré jusqu'ici aucun cas de choléra, ni même de cholérine.

Enfin, en ce qui concerne les hôpitaux militaires, nous n'avons eu connaissance jusqu'ici que d'un seul décès attribué au choléra.

Nous nous occuperons dans notre prochain article du traitement et des lésions cadavériques.

HOPITAL DU MIDI. — M. Ricord.

De l'emploi de l'huile iodée dans les affections scrofuleuses.

Depuis longtemps je m'étais promis de rendre compte du résultat des expériences entreprises dans le service de M. Ricord, pendant mon internat à l'hôpital du Midi, dans le but d'étudier l'action thérapeutique de l'huile iodée récemment préparée par un jeune et savant chimiste, M. Personne. Déjà les journaux scientifiques ont parlé en plusieurs circonstances de l'emploi de ce nouveau médicament. Un article inséré à ce sujet dans le *Bulletin de Thérapeutique* m'a surtout engagé à faire connaître ce que l'observation et l'expérience m'ont appris sur les effets de l'huile iodée, car, bien qu'écrit et pensé dans un très bon esprit, cet article a pu laisser un doute grave sur la réalité de la valeur thérapeutique du remède ; il y a plus : l'auteur pense que les expériences si confirmatives faites à l'hôpital du Midi n'ont aucune valeur, parce qu'elles ont été entreprises dans un hôpital spécial. Or, on sait, dit-il, que l'iode a un effet réel sur les affections vénériennes ; il n'est donc pas étonnant que l'huile iodée ait répondu dans ces cas spéciaux aux espérances attendues.

C'est là une erreur grave. Il n'y a pas, en effet, que des vénériens à l'hôpital du Midi ; la scrofule y a ses places marquées et bien nombreuses, et c'est uniquement chez des sujets affectés de cette diathèse que l'huile iodée a été expérimentée. D'après les observations qui suivent, et qui ont été recueillies dans les salles et sous les yeux de M. Ricord, on pourra juger de son action, et peut-être serai-je assez heureux pour éclairer la religion des praticiens sur un remède qui a subi l'épreuve de la clinique et qui, à ce titre, mérite toute leur attention.

Mais, avant d'aller plus loin, il importe de justifier le fait que je viens d'énoncer, à savoir, que la scrofule est fréquente à l'hôpital du Midi. Pour cela, il me faut aborder nécessairement la question si souvent débattue du *bubon dit d'emblée*, bubon réputé vénérien dans la plupart des cliniques des hôpitaux, et qui cependant n'a aucun caractère qui le rattache rigoureusement à la syphilis. Il résulte, en effet, de cette malheureuse confusion que les individus porteurs de cette affection sont impitoyablement dirigés vers l'hôpital du Midi, et forcé est bien aux chirurgiens de cet hôpital de les recevoir dans leurs salles. Voyons donc ce que leur étude nous a appris.

Il m'a été démontré de la manière la plus rigoureuse par des centaines d'observations que l'affection décrite sous le nom de *bubon d'emblée* n'a avec la syphilis constitutionnelle aucun rapport, aucune connexion ; c'est de la scrofule pure et simple. Toute la symptomatologie de l'engorgement strumeux des ganglions se trouve ici en caractères non équivoques ; couleur de la peau, empâtement des tissus, indolence, absence de travail inflammatoire aigu ; suppuration liquide, séreuse, parsemée de grumeaux ; état général du malade empreint du cachet de la scrofule, etc.....; tout annonce la nature du bubon qui nous occupe. Ce sont les écrouelles du pli de l'aine. C'est ici, en effet, qu'on rencontre des suppurations de longue durée ; des bourgeons charnus, fongueux, blafards, mous ; des clapiers inguérissables recouverts des lambeaux d'une peau livide, violacée, dans laquelle la vie circule à peine. Contre ces bubons si nombreux dans le service de M. Ricord, jamais je n'ai vu ce praticien célèbre administrer le plus petit atome de mercure ; un traitement tonique, le traitement banal de la scrofule, est uniquement appliqué.

Jamais, dans aucun cas, je n'ai constaté d'accidents constitutionnels comme la conséquence directe de l'affection dont il s'agit.

Sans vouloir entrer ici dans trop de détails, je désire cependant ajouter quelques réflexions qui ne seront peut-être pas sans un certain intérêt.

Et d'abord, je me suis demandé souvent comment des observateurs consciencieux avaient pu ranger au nombre des accidents vénériens une lésion qui par ses caractères et toute sa symptomatologie semble devoir être, *à priori*, classée parmi les affections de nature strumeuse.

Le coït, qui en est considéré comme le point de départ, ne saurait en vérité l'être, car il n'y a pas plus de raison de l'admettre comme cause déterminante du bubon, en l'absence de toute lésion, telles que chancres, blennorrhagie, etc., que de toute autre maladie survenant accidentellement quelques jours après un coït quelconque. De plus, en l'admettant même pour cause, il faudrait au moins prouver son impureté. Or, rien ne l'atteste.

Mais ne savons-nous pas qu'instinctivement, sans nous en rendre un compte raisonnable, nous avons la malheureuse tendance de rattacher à un accident vénérien toute lésion des ganglions de l'aine ou des organes génitaux survenant accidentellement après le coït ?

Lorsque au contraire nous sommes en présence de tumeurs siégeant dans la région sous-maxillaire ou dans le creux de l'aisselle, la pensée d'une infection probable, possible même, ne nous poursuit pas. Nous donnons sans hésiter à l'affection le nom de scrofule.

De telle sorte qu'il est arrivé, et les exemples ne nous manquent pas, que des engorgements strumeux ont été traités pour des bubons vénériens, *et vice versâ*, le diagnostic ayant été tiré du siége, et surtout de la préexistence du coït, qui, à titre de fonction aussi normale que celles de la respiration, de la digestion, ne pouvait manquer aux antécédents.

Il importe donc d'émanciper les ganglions inguinaux de la triste part qui leur est faite, et de les faire rentrer dans le cadre de la pathologie générale. Ajoutons que, s'ils sont plus souvent malades que les ganglions des autres régions, cela est dû à des conditions particulières de localité. Ils sont, en effet, plus exposés que les autres aux tourmentes des causes communes qui peuvent agir d'une manière fâcheuse sur les ganglions en général. La marche, le coït lui-même n'étant que des actes mécaniques, les nombreuses affections de voisinage qui retentissent plus ou moins sur les ganglions inguinaux, et qui, bien souvent, servent de prétexte à leur engorgement strumeux, tout cela, dis-je, me donne la raison de la fréquence du bubon inguinal en dehors de la syphilis ; et si une chose doit me surprendre, c'est précisément de voir cette fréquence si rare relativement à tant de causes qui concourent à produire l'accident qui nous occupe.

Si je suis entré dans les détails qui précèdent, c'est pour légitimer mes observations du reproche d'avoir été prises à l'hôpital du Midi. Outre les cas de bubon d'emblée guéris ou améliorés sous l'influence de l'huile iodée, j'aurai aussi l'occasion, pour lever tout scrupule, de montrer ses effets sur des sujets qui, au point de vue de la diathèse scrofuleuse, ne laissent rien à désirer.

Qu'a cherché M. Personne en composant son huile iodée ? A-t-il voulu faire oublier l'huile de foie de morue ? Non. Il a cherché seulement à enrichir la thérapeutique d'un médicament propre à remplacer en plusieurs cas l'huile de foie de morue.

Celle-ci est souvent d'une digestion pénible ; elle provoque par son odeur et sa saveur un dégoût prononcé, et que beaucoup de malades ne peuvent surmonter. L'huile iodée au contraire, par sa couleur, son odeur, sa saveur, qui sont celles de l'huile d'amandes douces ; par la facilité avec laquelle les malades, même les plus difficiles, la supportent ; par sa digestibilité, qui s'opère sans vomissements, sans pesanteur, sans coliques, sans diarrhée, en un mot par ses propriétés physiques en quelque sorte neutres, doit à tous ces titres être considérée comme pouvant être substituée à l'huile de foie de morue, qui manque de la plupart des qualités ci-dessus dénommées ; car un remède acquiert ou perd de sa valeur suivant que son administration est plus ou moins facile. La thérapeutique ne consiste pas seulement à savoir quel remède convient à telle maladie, il faut d'abord qu'il convienne au malade.

D'après ce que j'ai vu et expérimenté de l'emploi de l'huile iodée, je crois qu'elle donne au praticien la double garantie d'une administration facile et d'une action prompte, bien plus prompte que celle de l'huile de foie de morue.

Ce dernier avantage s'explique du reste tout naturellement : le principe actif des diverses huiles animales introduites dans la thérapeutique est l'iode ; c'est du moins ce que la plupart des praticiens ont reconnu. Nous savons combien cet agent varie soit dans l'huile de raie, soit dans l'huile de morue blanche, jaune ou brune. De plus, la principale cause de cette différence si notable dans la quantité d'iode que ces diverses huiles renferment provient fort souvent de leur sophistication par diverses huiles de poisson : supercherie fort grave et que la police médicale ne saurait guère empêcher, même par une surveillance active et sévère ; tandis que ces huiles sont vendues sans aucun contrôle. Aussi arrive-t-il souvent que le médicament sur lequel on a basé légitimement une confiance sérieuse fait défaut et manque aux espérances attendues. On l'accuse, et ce sont les sophistiqueurs qui méritent le blâme.

L'huile iodée, qui n'est qu'une huile pure, combinée artificiellement avec une quantité *constante* et *déterminée* d'iode, n'offre pas à la pratique les mêmes causes d'erreur.

100 grammes de cette huile contiennent 50 centigr. d'iode.

On peut donc ainsi proportionner au tempérament de chacun la quantité d'iode qui lui convient. C'est sûrement à cette circonstance qu'il faut attribuer les effets plus prompts obtenus avec l'huile iodée qu'avec l'huile de foie de morue.

« Toutes choses égales d'ailleurs, a dit M. Ricord dans une note » communiquée au savant rapporteur de la commission chargée » d'étudier l'huile iodée, dans les cas curables, la guérison ou tout » au moins des modifications heureuses ont été beaucoup plus » promptement obtenues avec l'huile iodée qu'avec celle de foie » de morue. »

Enfin, pour terminer la première partie de ce travail, je citerai les lignes suivantes du savant M. Guibourt :

« Cette huile ne remplacera peut-être pas dans tous les cas » l'huile de foie de morue ; mais on ne peut douter que, comme » agent spécial, en présentant l'iode combiné avec une substance » assimilable qui le fait pénétrer dans toute l'économie et l'y abandonne peu à peu à mesure qu'elle est brûlée dans l'appareil circulatoire, elle ne devienne un puissant modificateur des altérations du système lymphatique. »

Voyons si ces paroles sont justifiées par l'observation.

Périostite chronique. — Dubuy (Asarie), âgé de quinze ans et demi, entré le 3 décembre 1850 (salle 2, nº 4).

A son entrée, cet enfant présentait un trajet fistuleux très étendu à la partie externe et moyenne de la cuisse droite, avec gonflement apparent du fémur, et datant de dix ans. Un stylet introduit par la fistule ne pénétrait pas jusqu'à l'os et s'arrêtait sur un tissu spongieux, dur, épaissi.

L'articulation coxo-fémorale et celle du genou étaient saines ; la marche cependant était impossible ; le malade se servait de béquilles depuis plusieurs années. Le membre correspondant était atrophié.

Cet enfant a pris d'abord l'*huile de foie de morue* à la dose de 60 grammes par jour ; il l'a mal supportée, l'a vomie à plusieurs reprises, et le 2 janvier aucune amélioration n'était survenue. Le 3 janvier, on le mit à l'usage de l'huile iodée à la dose de 60 grammes par jour. L'enfant supporta parfaitement ce nouveau médicament, et le continua jusqu'au 10 février 1851, jour de sa sortie de l'hôpital. A cette époque, le trajet fistuleux était fermé, l'empâtement des tissus considérablement diminué et la marche presque facile ; le membre dont le sujet n'avait pu se servir depuis de longues années ne conserve qu'un peu de faiblesse ; l'état général est satisfaisant. L'enfant avait en effet pris de l'embonpoint ; son teint était plus ferme, plus coloré.

Tubercules infiltrés de l'extrémité supérieure du tibia. — Gros, âgé de dix ans, entré le 12 août et couché au nº 3 de la salle 5.

Cet enfant présente une tuméfaction assez considérable de l'extrémité supérieure de la jambe gauche, avec plusieurs trajets fistuleux semés autonr de l'articulation tibio-fémorale ; on dirait des tubercules sous-cutanés en pleine voie de suppuration. Cinq mois auparavant, un abcès très étendu s'était fait jour vers la partie inférieure et postérieure du thorax. Il reste encore aujourd'hui une ulcération qui a la physionomie d'une affection scrofuleuse ; les côtes paraissent saines. Cet enfant est pâle, maigre ; sa peau est sèche, rugueuse ; il offre tous les caractères physiques d'une disposition tuberculeuse ; cependant l'auscultation et la palpation ne nous apprennent rien du côté de la poitrine et du ventre.

Des cataplasmes sont appliqués sur le genou pour détendre l'inflammation suppurative qui semble chaque jour augmenter, et 60 gr. d'huile iodée sont donnés à l'intérieur. Bientôt une collection puruleuse considérable s'établit autour de l'articulation, et une fièvre hectique accompagnée d'une diarrhée colliquative s'empare de ce malheureux enfant. En face de ces symptômes alarmants, M. Ricord, pensant que la présence de la tumeur blanche dont ce malade est porteur est pour lui une cause d'épuisement incessant, se décide à l'amputation.

Le 1er novembre 1851, l'opération est pratiquée, et à l'autopsie de la pièce nous trouvons deux tubercules à la période d'infiltration dans l'extrémité supérieure du tibia. Le malade est soumis de nouveau à l'usage de l'huile iodée, qu'il supporte facilement ; il en prend jusqu'à 100 grammes par jour, soit 50 centigrammes d'iode combiné élémentairement.

Le 15 janvier 1852, deux mois et demi après l'opération, notre petit malade était complétement guéri. Sa santé générale était parfaite ; il avait pris un embonpoint qui annonçait qu'une modification profonde s'était opérée dans sa nutrition et dans son système lymphatique naguère si malheureusement atteints.

Ce malade, que les nombreux élèves qui suivent les leçons de M. Ricord ont vu et connu comme moi, restera pour nous tous comme un exemple mémorable d'un diagnostic sûrement, habilement porté et d'une médication heureusement appliquée.

Bubon strumeux. — Hetzel (Théophile), cordonnier, entré à l'hôpital du Midi, salle 1re, nº 27, le 15 novembre 1850, porteur d'un bubon strumeux dans l'aine gauche de la grosseur du poing. Soumis au traitement de l'huile iodée à la dose de 100 grammes. Après dix-neuf jours de traitement, la tumeur est presque entièrement fondue. Absence de tout accident, tels que coliques, diarrhée, maux de tête, vomissements.

Le malade sort guéri.

Bubons strumeux bi-inguinaux. — Ory (Eugène), commis marchand, demeurant rue du Perche, 3. Entré à l'hôpital le 8 novembre 1850 avec des bubons strumeux de l'aine des deux côtés de la grosseur d'un œuf, sensibilité exagérée au toucher, empâtement des tissus sans suppuration apparente. Il est mis à l'usage de l'huile iodée le 15 novembre à la dose de 100 grammes, puis 120 grammes par jour.

Après vingt jours de traitement, la tumeur de droite est entièrement fondue ; celle de gauche, considérablement diminuée, n'offre plus à la pression qu'un noyau gros comme celui d'une pêche. La douleur a complétement disparu ; le malade n'a éprouvé aucun dérangement de corps, ni coliques, ni nausées, ni pesanteur à l'estomac, mais quelquefois un léger étourdissement après l'ingestion de l'huile.

Il sort parfaitement guéri le 27 décembre 1850.

Bubon strumeux. — Lessement (Hippolyte), musicien, salle 3, nº 9. Bubon strumeux situé au-dessus de l'aine gauche (en avant de l'épine iliaque antéro-supérieure), large comme la paume de la main, haut de 2 à 3 centimètres au sommet de son hémisphère.

Ce malade est soumis à l'huile iodée au commencement de novembre, à la dose de 60 grammes, augmentée successivement et portée jusqu'à 120 grammes. Interruption du traitement pendant six jours. Résolution complète de la tumeur le 13 décembre. Le malade n'a éprouvé qu'un léger dérangement de corps sans coliques, dans les premiers temps du traitement. Il sort guéri le 13 décembre 1850.

Bubons strumeux bi-inguinaux. — Louis Ragot, âgé de vingt-huit ans, d'un tempérament lymphatique, entré le 28 mars 1851 (salle 2, nº 4). Ce malade a eu quatre blennorrhagies, dont la dernière au mois

de mai 1850. Jamais il n'a été atteint d'accidents constitutionnels. A son entrée, il est porteur de bubons strumeux bi-inguinaux. Plusieurs ponctions sont pratiquées le lendemain de son arrivée. Un pus séreux, liquide, chargé de grumeaux caillebotés, s'écoule. Le malade est soumis à l'usage de l'huile iodée à la dose de 100 grammes par jour. Il sort volontairement le 8 mai. Au moment du départ, l'empâtement avait considérablement diminué; la teinte livide, violacée de la peau avait disparu; la santé générale bonne.

Tubercules de l'épididyme. — Bousquet (Louis), âgé de trente-six ans, ouvrier lithographe, tempérament lymphatique, entré le 5 septembre 1851 (salle 4, nº 15).

Il y a trois ans, après les affaires de juin, pendant qu'il était sous les drapeaux, il fut obligé de bivouaquer dans les camps improvisés sur les divers quartiers de Paris.

Soit par les fatigues militaires, soit par d'autres circonstances, Bousquet entra vers le mois de juillet au Val-de-Grâce pour une tuméfaction considérable dans la région scrotale droite. Des sangsues, des cataplasmes, plusieurs emplâtres de Vigo furent appliqués, et il sortit guéri ou soulagé après un mois de séjour dans cet hôpital. Le malade reprit son service et passa deux ans sans éprouver aucun accident. Cependant il portait toujours une légère induration située au niveau de la queue de l'épididyme. A cette époque, les mêmes phénomènes reparurent, et Bousquet entra à l'hôpital du Midi.

M. Ricord constata un engorgement dur, indolent de la queue de l'épididyme, avec empâtement des tissus environnants. Le testicule, la tunique vaginale, le canal déférent ne présentaient aucune altération. Sur le côté externe du scrotum, on remarquait un point qui offrait une légère fluctuation. Une incision fut pratiquée et laissa s'écouler un pus séreux, liquide, et en explorant par le rectum les organes séminoprostatiques, on constata que le côté droit de la prostate était un peu engorgé. Le côté gauche était très petit, plus petit même que dans l'état normal. Le doigt, en allant de gauche à droite, arrivait sur une partie molle subfluctuante, qu'on aurait prise volontiers pour un abcès ayant succédé à un ramollissement tuberculeux. Du reste, aucune sensation pénible du côté du rectum.

Le malade était un peu oppressé; cependant l'auscultation ne révéla positivement aucun signe de tubercules.

Il fut soumis à l'emploi de l'huile iodée à la dose de 30 grammes, puis 60 grammes par jour et à la tisane de houblon. Ce malade supporta l'huile sans dégoût, sans nausées, sans coliques ni diarrhée; il sortit guéri au milieu des conditions générales de santé les plus satisfaisantes.

Si le temps et l'espace me le permettaient, j'augmenterais le nombre de mes observations pour bien démontrer les bons effets de l'huile iodée dans les cas de syphilis constitutionnelle arrivée à la période tertiaire et s'accompagnant d'un état général qui la rapproche de la diathèse scrofuleuse. Je ferais voir combien cette préparation augmente l'action déjà si puissante de l'iodure de potassium. Ici, en effet, comme l'a écrit, dans son article, le rédacteur du *Bulletin de thérapeutique*, on ne peut douter de l'heureuse influence d'une médication dont la base principale, unique est l'iode, remède d'une si haute valeur dans les affections vénériennes. Aussi M. Ricord ne manque-t-il jamais, lorsqu'il est en présence d'individus détériorés par la syphilis, d'administrer l'huile iodée concurremment avec l'iodure de potassium.

Je terminerai donc en disant que, si l'huile iodée ne peut avoir la prétention de faire oublier les excellentes propriétés que la pratique reconnaît tous les jours à l'huile de foie de morue, elle peut avoir au moins, et à tous les titres, celle d'être rangée au nombre des meilleures préparations introduites récemment dans la thérapeutique.

H. MUSSET, D.-M.-P.
ancien interne des hôpitaux de Paris.

CLINIQUE AMÉRICAINE.

Tumeur érectile de l'orbite guérie par l'injection d'une solution de lactate de fer et par la ponction avec des aiguilles rouges, après la non-réussite de la ligature de l'artère carotide, avec des remarques sur l'effet que produit cette solution employée pour oblitérer les vaisseaux sanguins;

Par Daniel BRAINARD, D.-M.,

Professeur de chirurgie au collége médical de Rush, à Chicago (État de l'Illinois), ex-vice-président de l'Association médicale américaine, etc.

Guillaume W..., fermier, âgé de trente-quatre ans, d'une bonne constitution, me consulta, le 1er août 1851, pour une tumeur de l'orbite gauche. L'œil faisait saillie, était proéminent, mais pouvait se fermer; le battement des artères le soulevait d'une manière sensible, et au toucher on percevait un frémissement. En plaçant l'oreille en contact avec la tumeur, on entendait un fort bruit de souffle; le même bruit se faisait entendre, mais d'une manière moins distincte, dans toute la tête. Les veines de la face étaient saillantes, gonflées; la tête était chaude; les artères du cou et de la tête battaient avec une force qui n'était pas naturelle. Le malade ressentait fréquemment de fortes douleurs de tête, accompagnées de nausées et de vomissements. Une pression exercée sur la carotide gauche arrêtait instantanément le battement des artères et le bruit de souffle.

HISTORIQUE. — Le 14 juillet 1851, le malade reçut sur le côté gauche de la mâchoire inférieure un violent coup de pied de cheval, qui fractura le côté droit de la mâchoire, et donna lieu, en outre, à d'autres accidents.

En revenant à lui, le malade perçut pour la première fois un bruit de souffle dans la tête. Cette circonstance était de nature à induire le chirurgien en erreur et à faire croire à un anévrisme traumatique. Je trouvai, après une investigation faite avec soin, que le malade était myope de l'œil gauche. C'était la principale différence entre l'œil droit et l'œil gauche qui, depuis longtemps, n'était pas dans le même état que l'autre.

La grande sensibilité de la partie lésée rendant la compression insupportable, je conseillai la ligature de la carotide primitive; mais le malade, n'étant pas préparé à une opération aussi sérieuse, retourna chez lui. Je lui prescrivis une diète rigoureuse, le repos et des applications de glace ou d'eau glacée. Mais au lieu de suivre mes conseils, il consulta différents individus, médecins ou non, qui lui firent suivre toutes sortes de traitements. Il revint me voir vers le 1er novembre suivant; le mal s'était beaucoup aggravé; le globe de l'œil faisait saillie, mais les paupières ne pouvaient se fermer; la conjonctive était ulcérée, et l'on pouvait entendre distinctement le frémissement dans toute la tête. La santé générale avait beaucoup souffert; le malade avait eu, à différentes reprises, ce qu'il appelait des attaques bilieuses, pour lesquelles il s'était purgé et avait observé une diète rigoureuse de plusieurs jours.

Le vomissement avait augmenté le volume de la tumeur; le malade éprouvait de grandes douleurs dans la tête; de fortes doses de morphine pouvaient seules le soulager; il ressentait une grande chaleur dans la tête, et pour qu'il pût dormir, il fallait que la tête fût continuellement enveloppée de linges imbibés d'eau froide. Il désirait vivement se soumettre à l'opération, qui fut pratiquée le 11 novembre. Selon les règles habituelles, l'artère fut liée à un pouce (anglais) au-dessous de l'endroit où elle se divise. Tout se passa comme d'ordinaire. Immédiatement après l'opération, le battement et le bruit de souffle dans la tumeur cessèrent.

Le lendemain 12, le malade se plaignit de douleurs dans le côté droit de la tête, et les capillaires de ce côté s'injectèrent beaucoup par suite de l'effort pour rétablir la circulation collatérale. Une saignée de huit onces le soulagea beaucoup. La ligature tomba le quatorzième jour. Immédiatement après l'opération, on tenta la compression sur la tumeur; mais la sensibilité était si vive que le malade ne pouvait endurer qu'un linge plié. On appliqua des sacs contenant de la glace pilée et du sel autour de la tumeur, et on fit sur cette tumeur des lotions avec des liquides s'évaporant rapidement. Sous l'influence de ce traitement continué et d'une diète rigoureuse, le volume de la tumeur diminua; mais le troisième jour après la ligature de l'artère, un examen minutieux me fit découvrir dans la tumeur un léger battement et un faible bruit qui continuèrent pendant que la tumeur décroissait.

Le malade me quitta le 10 décembre; sa santé resta faible, et pendant plusieurs mois il ne put se livrer à ses occupations. Il remarqua de temps en temps le bruit de la circulation, qui devint par degrés plus fort et plus constant. Il était souvent pris de ce qu'il appelait une attaque bilieuse, qui durait un jour et demi et était suivie de vomituritions et de vomissements; et, dans ces moments, il y avait une augmentation notable de la douleur et du gonflement, qui ensuite devinrent constants.

En octobre 1852, la cornée avait disparu; la conjonctive faisait une saillie fungiforme, et différentes hémorrhagies eurent lieu par suite probablement de la rupture des vaisseaux superficiels.

Le 11 novembre 1852, un an juste après la première opération, il revint me voir. A cette époque, la cavité orbitaire était remplie, la paupière inférieure cachée par la saillie fungiforme; l'œil était pressé de dedans en dehors et de haut en bas; à la base du nez et à la partie la plus interne de l'arcade sourcilière, il y avait un gonflement élastique qui avait causé l'absorption de l'os. C'est dans cet endroit que le battement était le plus fort et le frémissement le plus distinct. Les petits vaisseaux du front et du côté du nez étaient considérablement agrandis et battaient fortement; ceux du côté du nez donnaient d'une manière très sensible le frémissement particulier à la maladie. La santé générale était bien affaiblie, et le malade ne pouvait venir à la ville que par le chemin de fer et avec une grande difficulté.

Quand, dans une tumeur érectile de l'orbite, la ligature d'une des carotides n'a pas procuré la guérison, il y a quelque difficulté dans le choix du traitement auquel il faut recourir. L'attention se porte naturellement vers l'autre carotide; mais ce moyen n'aurait pu être employé ici, même s'il avait eu de grandes chances de succès, car la compression de l'autre carotide pendant quelques secondes rendait le malade tout à fait insensible. On a employé différents moyens pour oblitérer le tissu vasculaire; mais on n'a jamais eu recours à aucun d'eux pour des tumeurs profondément situées comme celles de l'orbite. Je me décidai, après mûre réflexion, à essayer la ponction avec des aiguilles rouges, et je la fis pour la première fois le 13 novembre 1852. L'aiguille était de la dimension d'une aiguille à tricoter ordinaire, avec une pointe triangulaire; elle était retenue dans un manche en os. Après l'avoir chauffée dans la flamme d'une lampe à alcool, je la plongeai dans la tumeur, à un pouce environ de la base du nez sur le cours de l'arcade sourcilière, et l'enfonçai de haut en bas et d'avant en arrière à une profondeur de plus de trois pouces (anglais); en la retirant, il y eut un petit écoulement de sang qui fut arrêté par une faible compression. Pendant deux jours il y eut peu de douleur ou de tuméfaction; mais le troisième jour l'inflammation fut aiguë, le gonflement s'étendant sur la face et offrant une apparence érysipélateuse. Le cinquième jour, diminution de ces symptômes, qui dans une semaine disparurent presque entièrement. Quand l'inflammation était à son plus haut point, la tumeur était plus ferme et le frémissement moins distinct; mais, pendant la période décroissante, l'élasticité et le battement revinrent rapidement.

Le 25 novembre, je répète l'opération, faisant la ponction à un demi-pouce plus près du nez et à une profondeur d'un pouce seulement. Effets correspondants à ceux décrits précédemment, mais moins violents. Le troisième jour, diminution du bruit, et la tumeur est devenue sensiblement plus ferme. En examinant avec soin, je trouve que le tissu morbide s'étend sur le nez et jusque dans l'angle interne de l'œil droit, où l'on perçoit distinctement un frémissement.

Le 2 décembre, une ponction est faite sur le côté gauche de l'échancrure nasale; l'aiguille est portée obliquement en haut et à gauche. L'inflammation consécutive est aiguë, et une suppuration superficielle a lieu dans le voisinage. Le frémissement du côté droit du nez a presque disparu. Ces trois ponctions eurent pour effet de circonscrire l'invasion du tissu et de l'arrêter sur le front et sur le nez; mais l'inflammation, quoique aiguë et étendue, était superficielle, et la masse de la tumeur n'avait pas encore été atteinte. Evidemment les aiguilles se refroidissaient en traversant les tissus, et ne cautérisaient qu'à une faible distance au-dessous de la surface.

Je me décidai donc à changer de traitement, et à injecter dans le centre de la tumeur un liquide capable de produire l'oblitération. Pour arriver à ce résultat, je choisis une solution de lactate de fer filtrée à travers du papier (huit grains de lactate de fer pour une once d'eau distillée). Je donnerai plus loin les motifs qui m'ont fait croire que ce remède était efficace et sans danger.

Le 14, je fis une ponction à la partie la plus saillante de la tumeur avec une canule à injection, que je portai à un pouce environ de profondeur; en retirant le stylet il s'écoula du sang artériel. J'injectai immédiatement une drachme de la solution, au moyen d'une petite seringue construite exprès, et je retirai la canule. L'effet immédiat fut une douleur intense dans la région temporale gauche et une rougeur de la face, qui ne dura que quelques secondes, puis vint un frisson accompagné de nausées et de vomissements. La réaction eut lieu au bout d'une heure; mais le vomissement continua, et toutes les boissons furent rejetées. Le pouls avait 63 pulsations.

Le 15, le vomissement continue, la douleur est moindre, la paupière supérieure est très enflée; pouls à 65.

Le 16, le vomissement diminue; pas de douleur. Le malade a bien dormi; pouls à 60. Le gonflement a augmenté, et la sensibilité est telle que le moindre toucher est insupportable.

Le 23. Pendant les six derniers jours le vomissement a diminué graduellement. Le pouls est naturel; la tumeur est moins sensible et plus ferme, et on ne perçoit le battement qu'à l'angle externe. Douleurs lancinantes et fréquentes dans l'orbite. Pendant tout ce traitement, par la ponction et par l'injection, on a toujours tenu la tête enveloppée dans des vessies pleines d'un mélange réfrigérant de glace pilée et de sel, ce qui procurait un grand soulagement au malade. Il commence alors à se plaindre d'avoir trop froid. La chaleur de la tête est réduite à l'état normal, et depuis l'injection on n'a perçu ni le frémissement ni le bruit. Les veines de la face ont beaucoup diminué, et le battement des artères est normal. Je pratiquai, le 4 janvier 1853, une ponction à l'angle externe de l'œil, pour le faible battement qui était encore perceptible dans cet endroit.

Le 10 janvier. Depuis la dernière ponction, on ne perçoit aucun battement; le gonflement diminue. Maintenant, on trouve une ouverture sur la surface antérieure du globe de l'œil, qui fait encore saillie entre les paupières. A cette époque, il se déclare une inflammation intense de l'œil, et elle dure plusieurs jours. Par cette ouverture s'écoulèrent d'abord les humeurs de l'œil, puis vint du pus, mais il n'y eut pas d'écoulement de sang.

Le 5 février, le gonflement diminue graduellement; la tumeur est ferme. Pas de battement, mais un peu de douleur. Pour la première fois depuis un an, le malade a dormi sans qu'on ait été obligé de conserver des linges mouillés sur l'œil; il s'est habillé lui-même, et se promène dans la maison. La santé est bonne.

Le 5 mars, le gonflement a entièrement disparu. Le globe de l'œil s'est affaissé, les paupières sont fermées.

Le 6 juin. Pendant les trois derniers mois le malade s'est livré à ses occupations habituelles; la santé paraît parfaitement rétablie. La cavité orbitaire gauche semble entièrement vidée et saine.

A cette époque, Guillaume W... fut présenté à la réunion annuelle de la Société médicale de l'Etat de l'Illinois, et examiné par un grand nombre de membres, qui s'accordèrent à dire qu'on pouvait regarder la guérison comme parfaite.

REMARQUES. — On comprendra sans peine qu'on ne se hasarde pas à injecter dans le courant circulatoire une drachme d'une solution de lactate de fer presque à l'état de saturation sans avoir des raisons satisfaisantes pour croire : 1° que cette opération n'offre aucun danger; 2° qu'elle est efficace.

Je me propose d'exposer rapidement les motifs qui m'ont décidé à croire à l'innocuité et à l'efficacité de ce remède.

En 1850, je faisais des recherches sur les effets du lactate de fer dans certains états pathologiques de l'économie, et je fus conduit par des vues théoriques à essayer les effets que produit ce sel lorsqu'il est injecté dans les veines. Avant de rien tenter sur l'homme, j'expérimentai sur un chien. Je fis dissoudre d'une manière assez imparfaite dix grains de ce sel dans une once d'eau distillée et j'injectai d'un seul coup cette solution dans la veine saphène d'un chien de taille moyenne; je répétai deux fois l'expérience, et je n'eus aucun résultat fâcheux.

En décembre 1851, pour la première fois, je tentai l'expérience sur l'homme; en huit semaines, j'employai dix-neuf grains du sel

en dissolution; la plus forte dose injectée d'un seul coup fut trois grains en dissolution dans trois drachmes d'eau distillée; je répétai neuf fois l'injection sur le même individu; je n'eus aucun mauvais résultat, bien au contraire.

Le fait important et qui touche à la question qui nous occupe est celui-ci : toutes les veines dans lesquelles j'ai fait des injections au pli du bras s'oblitérèrent au bout d'un certain temps et furent converties en une corde ferme, et je n'eus ni douleur ni inflammation perceptible.

Depuis, j'ai employé le même sel dans quatre autres cas (deux fois dans deux cas et une fois dans les deux autres), et je n'ai pas eu de résultat fâcheux.

Dans un des cas où j'ai fait deux fois usage du lactate de fer, j'ouvris la veine une seconde fois trois jours après la première opération; mais, à cet endroit, je la trouvai remplie de coagulum, auquel je ne touchai pas, comme on doit bien le penser, et je fis l'injection dans une autre veine. Dès lors il demeura suffisamment démontré pour moi que cette solution a une tendance à oblitérer les veines par un travail graduel d'épaississement des parois et par un obstacle apporté à la circulation, et en même temps il était clairement démontré qu'en prenant les précautions nécessaires il n'y a aucun danger à employer ce sel. Dans tous ces cas, comme on le voit, il ne s'agit que des veines; avant de recourir à ce sel pour une tumeur de l'orbite, cas où il pouvait entrer directement dans la circulation artérielle, je pensai qu'il était convenable de l'essayer sur une artère d'un chien. J'injectai donc trois grains de lactate de fer en dissolution dans trois drachmes d'eau distillée dans l'artère carotide d'un petit chien, et le vaisseau fut lié. Il ne se produisit, et pendant quelques secondes seulement, qu'une faible irrégularité de l'action du cœur. Comme cette injection entrait directement dans la circulation cérébrale, je pouvais conclure avec raison qu'employée à des doses bien plus faibles sur l'homme elle n'offrirait aucun danger. Le résultat que j'ai obtenu dans le traitement de la tumeur justifie complétement l'emploi de ce sel, quoique les effets produits aient été un peu graves; mais ceux qui suivent la ligature de la carotide sont bien plus graves et bien plus dangereux, et ce médicament, administré à doses plus faibles et répétées s'il est nécessaire, semble promettre la guérison sans qu'on soit obligé d'avoir recours à la ligature de la carotide.

Je puis ajouter ici que depuis j'ai fait usage de la même solution pour une tumeur érectile d'un caractère veineux, de la grosseur d'un œuf de pigeon, située à la partie interne de la lèvre inférieure; j'ai fait trois injections; il ne s'est produit qu'une légère sensibilité suivie d'une diminution graduelle du volume et de l'induration du tissu; mais la guérison n'est pas encore complète.

La possibilité d'appliquer ce traitement aux veines variqueuses et aux anévrismes (1) viendra se présenter immédiatement à l'esprit des praticiens; mais des expériences ultérieures seront nécessaires pour déterminer jusqu'à quel point on peut dans les cas de cette nature compter sur cette méthode.

Le numéro de la *Revue médico-chirurgicale de Paris*, pour le mois de mai 1853, contient quelques expériences intéressantes faites par Pravaz, MM. Giraldès et Debout sur la coagulation du sang dans les artères des animaux par l'injection d'une solution de perchlorure de fer; le même numéro de ce journal rend compte aussi de trois cas dans lesquels on a fait usage sur l'homme de ce perchlorure pour le traitement de tumeurs vasculaires. Dans ces trois cas, il y a eu suppuration, et dans un la gangrène a suivi. Ces résultats ne sont pas de nature à encourager des essais ultérieurs de cette substance. Il est facile de comprendre la différence entre les effets résultant de l'emploi du perchlorure de fer d'une part, du lactate de fer de l'autre. Le perchlorure de fer est une substance étrangère à la constitution normale du sang; il produit la coagulation instantanée du sang quand il est en contact avec ce liquide, tandis que la solution de lactate de fer est formée d'éléments qui entrent dans la composition du sang, et, lorsqu'elle est injectée dans les vaisseaux vivants, elle ne coagule pas le sang immédiatement, mais donne un épaississement des parois et un dépôt de lymphe coagulable produit d'une inflammation subaiguë. Il est probable que la solution de lactate de fer, quand elle est introduite dans les vaisseaux, subit une décomposition immédiate, l'acide se combinant avec la soude du sang et sa base passant à un degré supérieur d'oxydation, et à cet état le fer existe naturellement dans le sang.

Portée dans le sang ou dans une tumeur vasculaire, la dissolution de lactate de fer n'a montré dans aucun cas une tendance à produire la suppuration, mais elle a déterminé une inflammation lente, d'une nature adhésive et d'une étendue limitée. Dans un cas, par inadvertance, on poussa une petite quantité de cette solution dans le tissu cellulaire sous-cutané au lieu de l'injecter dans la veine à laquelle on la destinait; il se produisit une forte tuméfaction ayant toute l'apparence d'un furoncle ou d'un petit anthrax; mais cette solution ne donnera pas lieu à de tels accidents, même si on l'employait de cette manière, à moins qu'elle ne soit à un certain degré de concentration.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 22 novembre 1853. — Présidence de M. Nacquart.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

(1) Depuis qu'on a fait connaître les résultats de plusieurs cas traités en France, l'auteur de cet article retire entièrement ce qui est relatif aux anévrismes. Quant aux veines variqueuses, des expériences postérieures l'ont confirmé dans l'opinion qu'il émet ici.

1° **Épidémie d'angine gangréneuse.** — Un rapport du médecin des épidémies de l'arrondissement de Valenciennes, sur une angine gangréneuse ou couenneuse dont les communes de Raismes et de Trith-Saint-Léger viennent d'être affectées.

2° **Épidémie de fièvre typhoïde.** — Un rapport de M. le docteur Fuzellier, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Montreuil (Pas-de-Calais), sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Cleulen, du mois de mars au mois d'août dernier.

3° **Eaux minérales des Fremades.** — Une caisse d'eaux minérales provenant des sources situées au hameau des Fremades, commune d'Allègres (Gard), pour en faire l'analyse.

4° **Huile iodée.** — Une lettre de M. Berthé, pharmacien, qui demande à être autorisé à mettre en vente, par application du décret du 3 mai 1850, une huile iodée simple et une huile iodée phosphorée dont il est l'inventeur.

Mémoires de médecine et chirurgie militaires. — Le ministre de la guerre adresse, pour la bibliothèque de l'Académie, un exemplaire des *Recueils des mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires.*

Vaccination en Algérie. — Le même ministre transmet à l'Académie le rapport sur le service de la vaccination publique en Algérie en 1852.

Choléra. — M. Voillot (de Rennes) transmet une copie du rapport au comité consultatif d'hygiène sur le choléra de Beaune en 1849.

Correspondant. — M. Eug. Marchand (de Fécamp) sollicite le titre de membre correspondant et adresse la liste de ses titres.

Nouveau mode de déligation. — M. Van de Loo, de Venlo (Hollande), soumet au jugement de l'Académie un nouveau mode de déligation pour fractures; c'est l'appareil plâtré dont M. Mathyser est l'inventeur. (Commissaires : MM. Larrey, J. Cloquet, Gerdy.)

Trachéotomie sus-cricoïdienne. — M. Moreau-Boutard adresse une lettre de réclamation relative à la trachéotomie pour laquelle M. Chassaignac propose une nouvelle méthode opératoire qu'il appelle sus-cricoïdienne.

M. Moreau-Boutard rappelle qu'il a publié sur cette opération, dans la *Gazette médicale* du 24 octobre 1835, une note sur le même sujet et sous le même titre. (Commissaires : MM. Velpeau, Robert, Laugier.)

— M. Le Roy-d'Etiolles adresse une lettre en réponse à la réclamation de M. Mercier sur l'incision des valvules, bourrelets et tumeurs du col de la vessie. Il rappelle qu'il a été constaté par jugement que ses scarificateurs ou inciseurs du col de la vessie ont été exécutés par M. Charrière à quatre époques différentes, du 9 avril 1836 au 15 juillet 1847.

— M. le président annonce à l'Académie que la séance publique annuelle aura lieu le 6 décembre.

L'Académie se formera en comité secret à cinq heures moins un quart pour entendre le rapport sur les médailles à accorder aux médecins des épidémies.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le perchlorure de fer. (Nous publierons cette discussion dans le prochain numéro.)

TRAITEMENT DES ENTORSES,

Par M. Jobert (de Lamballe).

Eau de roses	100 grammes
Eau de plantain	100 —
Sulfate de zinc	4 —
Alcool camphré	2 —

Mélangez.

Cette formule est applicable à toutes les entorses récentes. Lorsque la maladie est déjà ancienne, M. Jobert prescrit des douches de vapeur tous les deux jours, et des frictions sur le siége du mal avec un morceau de flanelle imprégné d'une mixture contenant :

Esprit de baies de genièvre	30 grammes.
Eau de mélisse	30 —
Baume de Fioraventi	30 —

CORRESPONDANCE.

Assimilation des grades.

Monsieur le rédacteur,

Dans votre numéro du 15 octobre dernier, article *Chronique et Nouvelles*, vous avez dit ce qui suit : « Tous les corps de santé des armées réclament, dans la plupart des contrées, l'assimilation des grades. Celui d'Espagne est plus heureux que le nôtre, car de nouveaux règlements viennent d'établir que les chirurgiens de régiments auront le grade de premiers adjudants; les médecins d'hôpitaux, celui de commandants. »

Permettez-moi de vous dire que vous avez été mal renseigné au sujet du corps médical militaire espagnol. Vous parlez de l'assimilation des médecins militaires à la hiérarchie militaire; mais dans cette hiérarchie, en Espagne pas plus qu'en France, il n'y a de grades de *premiers adjudants*. J'ai sous les yeux le *nouveau règlement du corps de santé militaire espagnol*, en date du 5 avril 1853, et au titre qui traite de l'assimilation je trouve ce qui suit :

« Art. 85. Les officiers du corps de santé jouissent de l'assimilation » ci-après, savoir : les *médecins-débutants* et les *pharmaciens-débutants* (dernier grade de la hiérarchie, et qui implique le grade académique de docteur en médecine), et les *seconds aides-médecins*, sont » assimilés aux *lieutenants*; les *premiers aides-médecins* aux *capitaines*; » les *premiers médecins* et *premiers pharmaciens* aux *commandants en second*; les *médecins majors* et *pharmaciens majors* aux *commandants en premier*; les *médecins sous-inspecteurs de 2e classe* aux *lieutenants-colonels*; les *médecins sous-inspecteurs de 1re classe* aux *colonels*; les *médecins inspecteurs* aux *généraux de brigade*.

» Art. 87. L'assimilation accordée aux officiers du corps de santé » militaire en vertu de l'article 85 leur donne droit à être traités » sous tous les rapports, comme les chefs et les officiers de l'armée » auxquels ils sont assimilés; ils jouissent, en conséquence, d'après » leur grade respectif, en temps de paix comme en campagne, des » mêmes honneurs, prérogatives, logements, ordonnances, rations, » moyens de transport et autres avantages accordés, ou qui à l'avenir » seront accordés par le règlement général de l'armée et par les ordonnances royales aux militaires auxquels ils sont assimilés. »

Voilà, monsieur le rédacteur et honoré confrère, ce que l'on vient de faire pour le corps médical militaire espagnol. Au surplus, chez les grandes nations européennes et américaines, on a fait une semblable position aux médecins militaires; la France est maintenant la seule nation en retard sur ce point, et nul mieux que les médecins militaires de France ne sait combien le régime exceptionnel sous lequel nous vivons est pénible et nous place à chaque instant dans de fausses positions. Mais il y aurait trop à dire sur ce sujet, et je préfère vous donner encore ici la traduction d'un article du règlement espagnol au *Titre des récompenses*. Vous verrez qu'en Espagne non-seulement les médecins militaires ont droit aux décorations militaires, mais qu'encore on vient de fonder pour eux une *décoration spéciale*.

« Art. 101. Des récompenses de diverses espèces sont accordées » aux officiers du corps de santé, en temps de paix comme en temps » de guerre, dans le but de stimuler leur zèle et leurs travaux faits » dans l'intérêt de l'armée et pour rémunérer les importants services » qu'ils rendent. Ces récompenses consistent : 1° en une décoration » professionnelle spéciale désignée sous la dénomination de *décoration* » *d'émulation scientifique de santé militaire*, et dont les insignes seront » proposés au gouvernement par le directeur général du service de » santé militaire, etc. »

Dans la suite du même article, on trouve citées les croix d'Isabelle-la-Catholique, celle de Charles III, et à l'article 107 la croix de Saint-Ferdinand, comme pouvant toutes être décernées aux médecins de l'armée espagnole.

Veuillez agréer, etc. Wahu,

Médecin principal chef de l'hôpital militaire et civil de Cherchell (division d'Alger).

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

La séance publique annuelle de l'Académie de médecine est fixée au 6 décembre prochain. Dans cette séance, M. Dubois (d'Amiens), secrétaire général, lira une notice nécrologique sur Orfila.

— Le nombre des élèves inscrits jusqu'à ce jour à la Faculté de médecine de Paris s'élève à 1,065, dont seulement 287 nouveaux. L'année dernière, au 15 novembre, le nombre des élèves inscrits était de 1,434, et celui des élèves nouveaux, compris dans ce chiffre, s'élevait à 480. C'est une diminution assez considérable, qui nous paraît pouvoir être attribuée, au moins en partie, à la gêne de beaucoup de parents dans les campagnes, par suite de l'insuffisance ou de la mauvaise qualité des récoltes.

— Nous apprenons à l'instant une nouvelle qui fait autant d'honneur à la magistrature qu'à notre profession. Notre honorable confrère M. le docteur Cazeaux avait été appelé devant un juge d'instruction pour déposer sur un fait qui s'était passé dans son cabinet. Il s'y était positivement refusé.

Plus tard, il avait été autorisé par la personne elle-même qui l'avait consulté à dévoiler le secret qu'on lui avait confié. Après cet acquiescement, M. Cazeaux avait persisté dans son refus, malgré une amende de 100 fr. à laquelle il avait été condamné et la menace d'un nouveau procès.

La digne fermeté de notre confrère vient de recevoir la consécration de la justice, et les magistrats ont, nous assure-t-on, reconnu le droit du médecin de ne divulguer en aucune manière et sous aucun prétexte les faits qui sont venus à sa connaissance à l'occasion de sa profession.

— M. le docteur Diday, qui a remporté le prix de la Société de médecine de Bordeaux, sur la question de la *Syphilis des nouveau-nés*, a reçu en personne cette récompense, et sa présence a été à Bordeaux l'occasion d'un banquet dans lequel se sont trouvés réunis les médecins les plus distingués de cette grande cité, et parmi eux MM. les docteurs Gintrac père, Burguet, Venot, Jeannel et Boisseuil. M. Venot a chanté des couplets fort applaudis, et M. Diday a ensuite été accompagné par la plupart de ses confrères jusqu'à la gare du chemin de fer de Paris.

— M. Serres, professeur d'Anthropologie, ou d'anatomie et d'histoire naturelle de l'homme, commencera son cours le samedi 26 novembre 1853, à deux heures et demie, et le continuera les mardis et samedis à la même heure, au muséum d'histoire naturelle.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés se trouvent à Bruxelles, à la librairie polytechnique d'Aug. Decq. — Les abonnements à la Gazette des Hôpitaux sont reçus à cette librairie au même prix qu'à Paris.

Sous presse : pour paraître le 15 décembre prochain.

Annuaire médical et pharmaceutique de la France pour 1854, par M. le docteur Félix Roubaud. Un vol. grand in-18. Prix : 4 fr., et 5 fr. rendu *franco* par la poste. — Paris, chez J.-B. Baillière, 19, rue Hautefeuille, et chez tous les libraires de médecine.

Les abonnés de la *Gazette des Hôpitaux* jouissent de l'avantage d'avoir l'*Annuaire* au prix de 3 fr. pour Paris, et 4 fr. par la poste, en le demandant au bureau du journal.

L'édition de 1853 était épuisée au mois d'août; il peut donc être utile de demander de bonne heure celle de 1854.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, en face de l'Académie de médecine.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	Trois mois. . . . 8 fr. 50 c. Six mois. . . . 16 » Un an. . . . . . 30 »
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	Trois mois. . . . . . 9 fr. Six mois. . . . . . 17 Un an. 33
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	Trois mois. . . . . . 10 fr. Six mois. . . . . . 20 Un an. 38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

Paris, le 25 novembre 1853.

Nous avons à constater une diminution notable dans la mortalité par le choléra à Londres pendant la dernière semaine. Une diminution semblable a eu lieu aussi dans la mortalité par la diarrhée. De 98 et de 50, cette mortalité est descendue à 72 et 36.

Rapport officiel du Registrar's office (semaine du 12 au 19 novembre.)

Mortalité générale. 1,162
— due au choléra. 72
— due à la diarrhée. 36

La mortalité cholérique se divise comme suit :

Sous le rapport des sexes :

Sexe masculin. 36
Sexe féminin. 36

Sous le rapport de l'âge :

Au-dessous de 5 ans, 26; de 5 à 10 ans, 4; de 10 à 20 ans, 3; de 20 à 30 ans, 12; de 30 à 50 ans, 16; de 50 ans et au-dessus, 11.

Sous le rapport topographique :

Districts de l'ouest, 5; du nord, 11; du centre, 3; du midi, 33; de l'est, 20.

Observations météorologiques.

Baromètre, hauteur moyenne, 29 p. 7/10, = 75°,4 centigr.
Thermomètre Fahr., 38,5. = 3°,8 centigr.
Anémomètre, vents variables.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Thérapeutique du choléra.

Nous avons promis de nous occuper aujourd'hui du traitement du choléra. Bien que nous n'ayons pas encore sur ce point des données complètes, nous n'avons pas voulu ajourner davantage ce que nous avons à en dire, car c'est là, en définitive, le point sur lequel il importe le plus de fixer les praticiens. Nous aurons d'ailleurs l'occasion de revenir prochainement sur ce sujet.

Nous ferons donc trêve pour aujourd'hui à la revue des cas nouveaux, très peu nombreux du reste, qui ont eu lieu ces jours derniers dans les hôpitaux, et qui ne nous ont présenté d'ailleurs aucune circonstance particulière à noter.

Nous n'avons pas appris jusqu'à présent qu'aucun moyen nouveau ait été mis en usage, qu'aucune méthode nouvelle ait été instituée ou seulement même essayée. La thérapeutique du choléra en est aujourd'hui exactement au même point où elle était restée à la fin de l'épidémie de 1849; et si l'on se le rappelle, sauf quelques tentatives peu heureuses, les moyens employés à cette époque ne différaient guère de ceux qui avaient été le plus généralement adoptés après tant d'hésitations et de si décevantes espérances vers la fin de l'épidémie de 1832; de sorte que dans l'aperçu rapide qui va suivre on trouvera nécessairement beaucoup de répétitions et de réminiscences.

Pour mettre quelque ordre dans cette revue, nous commencerons par l'hôpital que nous avons visité en dernier lieu, la Charité.

Les seuls services de la Charité où il y ait eu jusqu'à présent des cholériques à traiter sont ceux de MM. Rayer, Cruveilhier, Piorry, Briquet et Andral; encore, dans ce dernier, n'y a-t-il eu qu'un seul cas reçu d'avant-hier seulement. Voici les moyens que nous avons vu mettre en usage par les chefs de ces différents services.

M. Rayer a à sa disposition deux ordres de moyens appropriés aux deux phases principales de la maladie. Dès le début, avant que la période algide et cyanique soit établie, lorsqu'il n'existe encore que des vomissements, des selles et des crampes, il a recours aux ventouses scarifiées sur la région épigastrique et sur les parois abdominales, et aux opiacés. Les ventouses scarifiées sont répétées à plusieurs reprises, autant que l'exige, d'une part, la persistance des vomissements contre lesquels elles sont principalement dirigées, et que le permet, d'une autre part, l'état de la circulation. Elles sont abandonnées dès que le pouls commence à s'affaiblir et que la cyanose annonce l'arrêt prochain de la circulation. Quant aux opiacés, c'est principalement le laudanum à haute dose qui est administré, tant en potion qu'en lavement. Dans la période algide, les moyens de réchauffement, les sinapismes et les boissons chaudes stimulantes alcoolisées constituent à peu près tout le traitement.

Le traitement de M. Cruveilhier consiste également en deux ordres de moyens, mais qui sont employés simultanément et non successivement, quelle que soit d'ailleurs la période de la maladie, sauf, bien entendu, la graduation de ces moyens proportionnée à l'intensité des cas. Ces moyens sont internes et externes. A l'intérieur, il prescrit des boissons fortement stimulantes, auxquelles il adjoint les opiacés : c'est du punch, ce sont de fortes infusions de menthe, auxquelles il fait additionner une assez forte dose de laudanum; à l'extérieur, c'est un large vésicatoire sur la région précordiale et sur la région épigastrique, et des sinapismes promenés sur tous les membres.

Dans le cas unique que M. Andral a eu à traiter, il a employé le punch et les sinapismes.

M. Piorry, on le sait, a une confiance particulière dans le renouvellement fréquent de l'air autour des malades; mais on n'ignore pas combien ce moyen est difficile à mettre en usage dans un hôpital. A cela il faut ajouter la température actuelle, qui ne s'y prête que médiocrement. Nous nous rappelons qu'il employait en 1849 l'eau albumineuse, en se fondant sur cette idée théorique qu'il fallait chercher à réparer les pertes considérables de principes albumineux que font les malades. Nous n'avons pas encore eu l'occasion de constater les effets de ce traitement. Nous nous proposons d'en poursuivre l'étude.

M. Briquet, dans le petit nombre de cas qu'il a eu à traiter jusqu'ici, ne paraît pas non plus avoir changé la méthode qu'il mettait en usage lors de la dernière épidémie. La base de son traitement, si ce n'est pas son traitement tout entier, consiste dans l'emploi *largâ manu* du laudanum : laudanum en potion (60 gouttes dans un julep), laudanum en lavement; des quarts de lavement avec 8 gouttes de laudanum chaque, répétés fréquemment; des frictions avec un liniment fortement laudanisé. C'est, comme on le voit, un traitement essentiellement narcotique.

M. Bouillaud n'ayant point encore reçu de cholérique dans ses salles, il n'y a eu lieu de notre part à aucune enquête clinique.

Tels sont, à peu de chose près, les traitements usités jusqu'à présent à la Charité. Leur appréciation viendra plus tard. En attendant, nous continuerons cette revue dans les numéros suivants, en commençant par l'Hôtel-Dieu.

Nouveau kystitome.

M. le docteur Alessi, professeur d'ophthalmologie en Italie, nous a communiqué à son passage à Paris, dit M. Jamain dans les *Archives d'ophthalmologie*, un instrument fort ingénieux pour extraire les lambeaux de capsule qui restent quelquefois en avant de la pupille, à la suite de l'opération de la cataracte par extraction, et qui viennent souvent compromettre le succès de cette opération.

Nous reproduisons en quelques mots les idées de cet habile praticien.

Lorsque les auteurs ont posé les règles de l'opération de la cataracte par extraction, ils ont divisé cette opération en quatre temps :

1° Section de la cornée;
2° Ouverture de la capsule;
3° Extraction du cristallin;
4° Extraction de la capsule.

Ce dernier temps, qui a pour but de prévenir la formation d'une cataracte secondaire membraneuse, a souvent été négligé, soit que l'on ait pratiqué l'opération par la kératotomie supérieure, ou par la kératotomie inférieure.

Dans le procédé par kératotomie supérieure, l'introduction d'une pince par la plaie est très difficile, par conséquent ce n'est qu'avec beaucoup de peine que l'on peut aller chercher les lambeaux de capsule pour les extraire. Dans le procédé par kératotomie inférieure, il y a un écueil plus grand à éviter. Personne n'ignore que l'humeur vitrée vient faire saillie en avant; cette propulsion écarte les lambeaux de capsule, les repousse sur les côtés, de sorte qu'il devient impossible de les saisir. D'un autre côté, il est à craindre que l'introduction de l'instrument ne vienne à ouvrir quelques-unes des cellules hyaloïdiennes, et ne détermine ainsi l'écoulement d'une certaine quantité d'humeur vitrée.

Cet écoulement d'humeur vitrée a deux inconvénients :

1° Sa présence entre les lèvres de la plaie de la cornée empêche la réunion du lambeau;

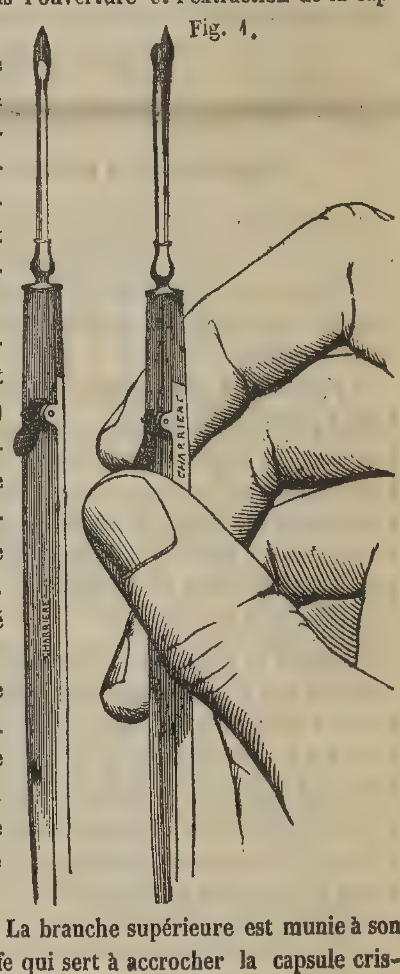
2° On rencontre le plus souvent une déformation de l'iris qui se trouve entraîné en bas, et la pupille, au lieu de conserver sa forme circulaire, devient elliptique.

Si ce dernier accident est peu grave dans la kératotomie inférieure, parce que l'ouverture pupillaire est tirée en bas, il n'en est pas de même lorsqu'une portion d'iris vient s'engager dans la plaie de la cornée, lorsque l'on veut faire l'opération de la cataracte par la kératotomie supérieure. En effet, l'iris est tiré en haut, par conséquent la pupille se trouve entraînée dans le même sens, et en partie cachée sous la paupière supérieure.

A la vérité, si l'on observe une cataracte secondaire après l'extraction, on peut, à l'aide d'une seconde opération, détruire les lambeaux de capsule qui s'opposent à la vision. Mais pourquoi faire courir deux fois les chances d'accidents qui peuvent devenir graves, lorsqu'il y a possibilité de rendre immédiatement la vue au malade?

M. Alessi propose de réunir le quatrième temps au deuxième, c'est-à-dire de faire à la fois l'ouverture et l'extraction de la capsule, avant l'extraction du cristallin, dont la présence s'opposera à la propulsion en avant de l'humeur vitrée. Il est arrivé à ce résultat à l'aide d'un instrument nouveau qu'il a fait confectionner par M. Charrière fils.

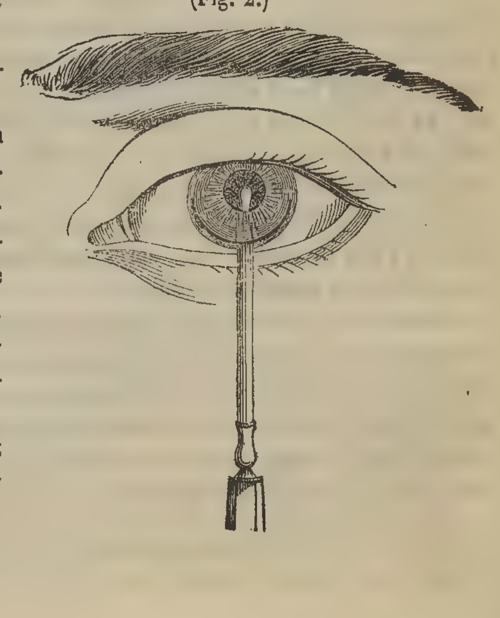
Fig. 1.



Cet instrument se compose de deux pièces glissant l'une sur l'autre. (Fig. 1.)

Le mécanisme de ce dernier diffère tout à fait de ceux qui ont été faits jusqu'à présent. La branche inférieure, et la plus longue, se termine à son extrémité comme une lame large d'aiguille à cataracte, piquante et coupante sur les côtés. A son extrémité supérieure est fixé, rivé solidement, un petit tenon ou pointe; cette même pointe rentre dans une petite gouttière pratiquée dans la branche supérieure. La branche supérieure est munie à son extrémité d'une petite griffe qui sert à accrocher la capsule cristalline.

(Fig. 2.)



Pour se servir de l'instrument, on incise la capsule cristalline avec la lame de la branche inférieure; on appuie ensuite sur la bascule qui est sur le manche; alors la branche supérieure glisse sur le petit tenon qui lui fait faire saillie, et la soulève pour aller en même temps accrocher

la capsule et retomber aussitôt, saisie par un mouvement inaperçu opéré par la gouttière et le tenon qui fait échappement. (Fig. 2.)

A l'aide de cet instrument, en sortant le kystitome du globe oculaire, on entraîne avec la griffe adaptée à la branche supérieure les lambeaux de capsule qu'il est si difficile de saisir lorsque le cristallin a été extrait.

Des fièvres puerpérales, des affections gangréneuses et de quelques autres complications graves, observées dans ces derniers temps tant en ville que dans les hôpitaux.

Les préoccupations soudaines que nous a créées l'invasion du choléra nous ont un peu fait perdre de vue des faits qui ont aussi leur part d'intérêt sous le rapport des caractères et de l'expression multiple et variée que semble avoir en ce moment notre constitution médicale. Nos lecteurs ont encore présent à l'esprit ce que nous avons rapporté récemment des fièvres puerpérales et des affections gangréneuses des parties génitales qui règnent à la Clinique; nous avons dû continuer à nous tenir au courant de ce qui s'était passé depuis notre dernier article sur ce sujet. Or nous avons appris que l'épidémie, bien que paraissant avoir perdu sensiblement de son intensité, n'en persistait pas moins cependant à se manifester encore par quelques cas nouveaux de métro-péritonites. Mais ces cas sont en général et plus rares et moins graves. Aucun décès n'a eu lieu depuis celui que nous avons signalé. Quant aux eschares, elles se sont montrées beaucoup plus rarement depuis quelque temps.

Mais à côté de ces faits il se passait, porte à porte dans les salles de chirurgie, un fait non moins grave, quoique heureusement plus restreint, et qui porterait à se demander jusqu'à quel point il n'y a pas entre eux une sorte de connexité, d'influence réciproque. Ce fait, c'est la résorption purulente, dont plusieurs cas ont été observés depuis quelque temps dans les salles de M. Nélaton, et notamment ces jours passés sur un amputé qui a succombé à ce grave accident. Nous ne faisons pour le moment que signaler ce fait, qui n'est peut-être qu'une simple coïncidence, mais qui n'en doit pas moins tenir l'attention en éveil.

Enfin, une dernière circonstance nous a frappé depuis quelque temps, et la même remarque a été faite par plusieurs praticiens de la ville, c'est la fréquence des affections furonculeuses, dont quelques-unes ont même présenté des caractères de l'anthrax et des maladies charbonneuses. Ce sont là des faits dont le rapprochement peut jeter quelque lumière sur la question si obscure des constitutions médicales épidémiques, et sur lesquels dans tous les cas il est utile d'appeler l'attention des praticiens.

INFIRMERIE ROYALE D'ÉDIMBOURG.

Nouveau cas de mort par le chloroforme.

Aux deux faits de mort causée par le chloroforme que nous avons signalés dans nos numéros des 5 et 17 novembre, nous avons à en ajouter un troisième qui s'est présenté à l'infirmerie d'Edimbourg le 25 septembre et dont nous trouvons le récit dans le *Monthly journal*.

Il s'agit d'un homme de quarante-trois ans, se livrant habituellement aux excès de boissons, qui avait déjà passé trois mois à l'infirmerie pour un rétrécissement de l'urètre. On décida de diviser le rétrécissement par la méthode de Syme, et l'administration du chloroforme fut confiée au docteur Stuthers, qui a une grande habitude de cette pratique; 30 grammes de chloroforme furent employés en maintenant le mouchoir qui en était imprégné à quelques pouces de la bouche.

Au début de l'inhalation, le malade fit de violents efforts, et la tête et la face se montrèrent très congestionnés. On crut même observer de légères convulsions analogues à un accès d'épilepsie, et on eut la précaution en ce moment d'éloigner le mouchoir de la face du malade. Peu après l'inhalation produisit de meilleurs effets et détermina un sommeil accompagné de ronflement : on éloigna le chloroforme. Le chirurgien s'apprêtait à opérer, lorsqu'un des assistants remarqua que le pouls faiblissait. Le pouls se sentait bien encore à la tibiale postérieure, mais quelques secondes après il disparut dans cette artère et dans la radiale. La respiration cessa en même temps. Le visage était très congestionné, les mâchoires contractées et les pupilles dilatées. On parvint cependant à ouvrir la bouche et à faire sortir la langue. On mit en usage la respiration artificielle, et le malade fit une longue inspiration suivie de quatre autres à des intervalles inégaux; mais le pouls ne revint pas. La trachéotomie fut pratiquée dans l'intention de recourir avec plus d'efficacité à la respiration artificielle. On ouvrit la veine jugulaire externe, d'où il s'écoula deux onces de sang environ. On essaya au moyen du galvanisme de produire la contraction du diaphragme, tout fut inutile, et, après une heure de tentatives de toute espèce, on abandonna le sujet.

L'autopsie fut pratiquée par le docteur Gaerdner; tous les organes étaient sains. Le péricarde contenait à peu près une demi-once de sérosité. Les cavités du cœur contenaient du sang, en plus grande quantité à droite. Le sang avait d'ailleurs une fluidité anormale; le tissu du cœur était pâle et flasque; état normal des fibres musculaires, poumons congestionnés.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

ADDITION A LA SÉANCE DU 22 NOVEMBRE 1853.

Discussion sur le perchlorure de fer.

M. Laugier. L'inventaire des faits dressé par M. Malgaigne a donné des résultats déplorables; toutefois, une décision sur la valeur de ce traitement m'avait paru prématurée, et je ne croyais pas qu'au moment même où M. Malgaigne lisait son mémoire on pouvait déjà citer le plus beau succès que Pravaz lui-même aurait pu rêver pour l'avenir de sa méthode.

La ligature compte des succès pareils, mais elle ne peut en revendiquer de plus complet : je veux parler de l'observation d'anévrisme de la brachiale guéri par M. Valette (de Lyon) par l'injection du perchlorure de fer. M. Malgaigne n'a pas nié la probabilité du succès, il en a regardé même l'existence comme hors de doute; mais cette éventualité rare lui a paru achetée par de graves accidents, et, dans l'état actuel des choses, contre-balancée par un grand nombre de revers, et même la mort des opérés. En conséquence, il a conclu par la proscription de la méthode. Pour répondre à l'argumentation de M. Malgaigne, il ne suffit donc pas de citer un succès éclatant obtenu par le perchlorure de fer; il faudrait plutôt soumettre à un nouvel examen les faits qu'il a analysés, et après leur avoir trouvé une autre signification, en tirer des conclusions différentes des siennes. Une lecture attentive des observations publiées avant celle de M. Valette m'a conduit à penser que le rôle attribué au perchlorure de fer dans leur issue fâcheuse avait été un peu exagéré. Si le perchlorure de fer doit être considéré comme responsable de tous les accidents observés, il faudrait que les effets eussent été d'autant plus manifestes qu'il était plus concentré, que la quantité injectée a été plus considérable, et qu'enfin on a été plus sûr, pendant l'injection, d'avoir fait pénétrer la canule du trocart dans le sang liquide que contient la poche anévrismale. En étudiant les faits publiés sous ces trois points de vue, on est surpris de les voir résolus d'une manière opposée à ce qu'on devait attendre.

M. Laugier, analysant les faits de M. Malgaigne, de M. Alquié, de M. Velpeau et de M. Lenoir, fait ressortir de cette analyse que les accidents produits n'ont été proportionnels rigoureusement ni à la concentration ni à la quantité du perchlorure de fer injecté, mais que ces accidents, ainsi que les différences constatées entre les divers faits dépendent de ce que dans certains cas il a fallu faire plusieurs ponctions; que dans les uns la canule plongeait dans le sang liquide de l'anévrisme, que dans les autres elle plongeait dans un caillot déjà spontanément formé.

M. Laugier résume son discours en ces termes :

En résumé, avant de juger la méthode de Pravaz dans le traitement des anévrismes, il me paraît indispensable de faire deux catégories de faits, suivant que la canule du trocart est plongée dans le sang liquide, ou reste engagée dans les caillots déjà formés. Pour ces derniers, ils ne sont à mes yeux que des anévrismes traités par un mode particulier d'acupuncture. L'effet d'une seule ponction pourra être nul; mais des accidents auraient nécessairement lieu si on répète les ponctions, et ils seront en général proportionnels à leur nombre.

Dans les faits de cette classe, il est difficile de concevoir un effet réel du liquide injecté. Comment un fluide qui n'agit que par ses propriétés chimiques serait-il inerte à une première injection et d'une action violente à une seconde ou à une troisième? L'intoxication et la dissolution du caillot par le perchlorure de fer en excès ne sont encore que de véritables hypothèses. En lisant attentivement les observations d'anévrismes traités par le perchlorure, le galvanisme, et dont l'inflammation s'est emparée jusqu'à y produire une fonte purulente, je cherche en vain une différence dans les apparences du magma sanguin que contient la tumeur. Il en est de même de l'inflammation spontanée ou de celle qui a suivi la ligature de l'artère.

Les faits de la seconde catégorie me paraissent les seules applications de la méthode de Pravaz. C'est dans ces faits qu'il faut la juger, si on croit déjà aujourd'hui le pouvoir faire.

Ici encore, bien qu'un jet de sang au moment où le poinçon est retiré indique que la canule est placée avantageusement pour l'essai de la méthode, on retrouve le perchlorure infidèle; il ne coagule pas toujours, et ce ne sera qu'à une seconde ponction que les phénomènes d'inflammation seront produits. La méthode de Pravaz, mal faite, il est vrai, et en s'éloignant de certaines règles qu'il avait posées, peut avoir des effets terribles. Il suffit de rappeler la première observation où notre habile confrère M. Malgaigne n'est intervenu que pour réparer, autant que cela était possible, les désordres causés par une injection peu méthodique.

La méthode exige alors, en effet, la possibilité d'une compression exacte et suffisamment prolongée tant au-dessus qu'au-dessous de la tumeur, pendant et même après l'opération, un certain temps, de quinze à vingt minutes. Les injections de perchlorure de fer ne devront jamais être tentées hors de ces conditions. Il faut, comme M. Malgaigne, la proscrire absolument alors.

Reste donc le très petit nombre de cas où la tumeur sera située d'une manière favorable à la réalisation de ces conditions. Tel a été l'anévrisme brachial traité par M. Valette. Comment proscrire pour de pareils cas une méthode qui peut réussir en une seule séance, sans aucun accident et sans laisser après l'opération les éventualités fâcheuses de la ligature? Mais ce sera à condition que la première tentative aura réussi, une seconde ponction pouvant être suivie de cette inflammation qui menace le malade et conduit le chirurgien à l'emploi ultérieur de la ligature.

Tel serait donc le jugement qui, selon moi, pourrait être porté aujourd'hui. Mais le fait de M. Valette n'est-il pas un fait exceptionnel? Combien de fois dans les mêmes circonstances se reproduirait-il? Il est évident que c'est aux expériences répétées qui se feront forcément, quel que soit le jugement de l'Académie, que l'on devra la réponse à cette question. C'est pour cela qu'il m'a paru et qu'il me paraît encore prématuré de porter ce jugement définitif que M. Malgaigne attend de vous.

M. Gerdy. Les faits manquent pour juger la question au fond; mais on n'en doit pas moins louer M. Malgaigne d'avoir appelé l'attention de l'Académie sur les résultats désastreux qui ont eu lieu. Je regrette qu'on ait pu penser qu'en exprimant un blâme général, dans la dernière séance, contre les expérimentations j'aie eu en vue telle ou telle personne. Je n'ai prétendu blâmer ni critiquer personne en particulier. Je conviendrai même que la méthode de Pravaz se présentait au premier abord comme une opération si rationnelle; son inventeur y avait apporté tant de prudence et des précautions si minutieuses qu'il semblait que toutes les chances de succès dussent se trouver réunies en faveur des essais sur l'homme. Et cependant vous connaissez, d'après le tableau qu'en a fait M. Malgaigne, les résultats désastreux de ces essais. Cela prouve une chose : c'est que si, malgré l'excessive prudence qui a présidé aux premiers essais de cette méthode, il est arrivé d'aussi déplorables malheurs, combien ne doit-on pas apporter de prudence lorsqu'il s'agit d'opérations qui n'offrent pas des conditions en apparence aussi favorables! Je n'ai blâmé personne, je le répète; j'ai dû dire seulement qu'on s'était un peu trop pressé. Mais dans l'idée que j'avais en vue de déverser le blâme sur telle ou telle personne, on a fait descendre la question des hauteurs où l'avait placée M. Malgaigne, et où j'avais voulu la maintenir moi-même, aux proportions d'une question de personnes; cela est regrettable, et je désire qu'on ne voie dans tout ce que j'ai dit que le désir de rappeler à des règles de prudence dont on s'est écarté.

On a dit : Mais si vous voulez attendre que d'autres aient expérimenté, et si tout le monde en fait autant, il est évident que personne ne commencera, et de cette manière il n'y aura plus de progrès possible. C'est là une erreur. Il ne faut pas craindre pour cela qu'on arrête les progrès de l'art; il ne manquera jamais de ces hommes disposés, par entraînement naturel ou par témérité, à essayer toutes les méthodes et à appliquer toutes les idées nouvelles. C'est un travers de l'humanité avec lequel il faut compter. Mais il appartient aux hommes prudents et sages de résister à cet entraînement. Il y a, d'ailleurs, des règles pour les progrès de l'art. J'ai dit, par exemple, et je saisis cette occasion de le répéter, qu'il y a un guide infaillible pour le chirurgien quand il s'agit de se déterminer à pratiquer une opération nouvelle : c'est de se demander s'il la pratiquerait sur son fils. Le cœur en pareil cas est le meilleur guide, il ne trompera jamais. Lorsque vous vous direz : Voilà une opération qui n'est pas compromettante pour la vie, un père la permettrait pour son fils, vous pouvez hardiment l'entreprendre; mais en présence d'une opération qui n'aurait encore jamais été pratiquée sur l'homme et qui ne laisserait dans l'esprit qu'incertitude et indécision sur les chances de succès, soyez assurés qu'un père n'y consentirait jamais pour son fils, et ce que le père n'autoriserait pas, vous chirurgiens vous ne devez pas vous le permettre. Je maintiens que c'est là le guide le plus sûr et le plus vrai pour un chirurgien : c'est là son véritable *critérium*.

Que si, au contraire, descendant de la hauteur de ces principes généraux, vous abaissez les questions d'art et de pratique au niveau des questions de personnes, voyez l'inconvénient qui en résulterait! vous excluriez des discussions académiques la critique, cette chose sacrée et sainte quand elle est maintenue dans des limites convenables. Il faut, dans l'intérêt de la vérité, que les droits de la critique soient maintenus et respectés, car la critique est la vie même d'un corps savant, et l'on doit surtout éviter d'y voir un prétexte à récriminations personnelles.

Au point où en sont les choses, le fait de M. Valette n'a rien changé à mes convictions. Je persiste à penser qu'il y a lieu de s'arrêter et de réfléchir longtemps avant de se demander s'il convient de pratiquer une opération nouvelle sur l'homme vivant. Pour moi, je n'en ferais rien sans bien savoir ce qu'il y a de vrai ou de faux dans les faits publiés jusqu'à ce jour, et ce ne serait qu'après un grand nombre d'expériences sur les animaux bien concordantes, bien concluantes que je me déciderais à transporter cette opération sur l'homme. Alors on se sera conduit prudemment. Il vaut mieux attendre que vouloir marcher trop vite.

M. Malgaigne a la parole. (Nous sommes obligé de remettre sa remarquable argumentation au prochain numéro.)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 14 novembre 1853. — Présidence de M. Combes.

Nouvelles recherches sur la digestion des matières amylacées, suivies de considérations sur la digestion en général. — M. Blondlot communique sur ce sujet un mémoire qu'il résume en ces termes :

Les résultats auxquels je suis arrivé dans le cours de ces recherches me semblent surtout dignes d'intérêt en ce qu'ils viennent donner une confirmation remarquable aux principes généraux que j'ai établis dans mon *Traité analytique de la digestion* et me permettent ainsi de systématiser mes idées sur cette importante question autour de quelques points fondamentaux.

Le premier de ces points est que, de tous les fluides qui se déversent dans le tube gastro-intestinal depuis son origine jusqu'à sa terminaison, un seul, le suc gastrique, mérite la dénomination de fluide digestif, car lui seul exerce une action véritablement chimique sur les aliments; tandis que les autres, savoir la salive, la bile, le suc pancréatique, en un mot, les fluides muqueux de toute espèce, ne sont autre chose que des produits excrémentitiels qui, avant d'être expulsés définitivement de l'économie, lui rendent encore un dernier service, si je puis m'exprimer ainsi, soit en facilitant le glissement des matières ingérées, soit en protégeant les surfaces qu'ils lubréfient, soit même en s'interposant par leur viscosité entre les molécules des matières adipeuses de manière à les diviser ou, autrement dit, à les émulsionner. Il résulte de là qu'en définitive le rôle qui est départi à ces derniers est exclusivement mécanique, et du reste tellement secondaire qu'on peut les supprimer sans que la digestion cesse de s'accomplir assez régulièrement pour l'entretien de la vie pendant de longues années. Cette proposition, tout hétérodoxe qu'elle ait pu paraître d'abord, a déjà été mise hors de doute, comme l'on sait, en ce qui concerne la bile, c'est-à-dire celui de tous les fluides excrémentitiels dont il s'agit auquel l'imagination des physiologistes s'était depuis longtemps complu à attribuer le plus d'importance. Or les nouvelles recherches auxquelles je me suis livré dans ce mémoire viennent encore concourir à la démonstration de la même vérité en prouvant que la salive et le

suc pancréatique sont aussi inertes dans la digestion des matières amylacées que relativement à celle de toutes les autres substances ingérées dans le tube digestif.

Le second principe fondamental qui ressort de mes précédents travaux est que le suc gastrique est sans action aucune sur les matières non azotées, à l'égard desquelles il se comporte à peu près comme ferait de l'eau simple ou de l'eau légèrement acidulée, tandis qu'il manifeste une activité des plus énergiques sur certains produits azotés, tels que l'albumine, la fibrine, etc., produits qui, à raison de leur composition élémentaire, semblent appartenir à une même famille naturelle. Il résulte de là que le suc gastrique intervient dans la chymification des divers aliments de deux manières bien différentes, savoir : directement, quand il attaque les substances mêmes dont les molécules doivent constituer la pâte chymeuse, ainsi que cela a lieu pour les matières animales ; et indirectement, au contraire, quand il s'agit de certaines matières végétales dont les derniers éléments organiques complétement privés d'azote, et par conséquent réfractaires à l'action du suc gastrique, ne peuvent être mis en liberté que par la destruction de la trace presque imperceptible du principe azoté qui servait à les réunir.

Or cette seconde proposition se trouve encore confirmée par le résultat de mes dernières recherches, puisque, comme je le fais voir, la fécule ne se réduit en granules pendant la digestion que consécutivement à l'altération subie par l'espèce d'enduit azoté qui réunissait ces derniers.

Le troisième principe fondamental concerne la manière d'agir du suc gastrique. J'ai établi dans l'ouvrage déjà cité que ce *modus faciendi* ne consistait ni dans ces transformations chimiques sur lesquelles les physiologistes d'autrefois avaient donné si ample carrière à leur imagination, ni dans une simple dissolution de la matière alimentaire, ainsi que l'avaient pensé quelques expérimentateurs modernes. La vérité est entre ces deux opinions extrêmes ; car l'action exercée par le fluide chymificateur n'est pas, à beaucoup près, aussi compliquée que l'avaient imaginé les premiers, ni pourtant aussi simple que se l'étaient figuré les seconds. C'est une action *sui generis* en vertu de laquelle certaines matières, tout en conservant intégralement leur composition chimique, perdent une partie de leur cohésion, de manière à pouvoir se réduire en molécules plus ou moins ténues sous l'influence des agents mécaniques les moins énergiques. Or, est-il nécessaire de faire observer que le résultat de mes dernières recherches rentre complétement dans ce principe général, puisque j'ai démontré que, contrairement à l'opinion généralement admise aujourd'hui, la matière amylacée proprement dite ne subit aucune espèce de décomposition ni de dissolution pendant le travail digestif?

Le dernier principe fondamental qui me reste à faire ressortir est, sans contredit, le plus important, du moins sous le rapport philosophique, c'est que, en dernière analyse, le suc gastrique lui-même n'est, après tout, que la cause prédisposante de la chymification. En effet, quel que soit le degré de ramollissement auquel cet agent chimique ait amené la matière alimentaire par son action intestine, il faut toujours qu'une force mécanique vienne terminer le travail dans ce qu'il a d'essentiel, en amenant cette matière à un degré d'atténuation suffisante pour qu'elle puisse être absorbée. Or, ici encore, mon dernier travail fournit à ce principe une application, puisque nous avons vu la fécule se ramollir dans l'estomac par l'action chimique du suc gastrique, mais soustraite, au moyen d'un tube, à l'action mécanique de ce viscère, rester sans se désagréger jusqu'à ce qu'une force étrangère vienne suppléer d'une manière plus ou moins imparfaite au mouvement péristaltique. C'est donc à bon droit que, dans mon *Traité de la digestion*, j'ai pu m'exprimer ainsi.

On le voit, considérée d'une manière générale, la chymification n'est, en dernière analyse, qu'une dissolution ou une division de la matière, qui ne subit, dans ce changement d'état, aucune espèce de décomposition.

Pris dans un sens large, le système des mécaniciens était donc, de tous les systèmes anciens, celui qui s'approchait le plus de la vérité ; car, en définitive, il aboutissait à ce principe, que les matières alimentaires s'introduisent dans l'organisme avec toute leur intégrité de composition, et sans subir aucune de ces métamorphoses chimériques auxquelles les chimistes d'autrefois avaient recours pour expliquer les phénomènes digestifs.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 23 novembre 1853. — Présidence de M. DENONVILLIERS.

Résumé de la discussion sur le chloroforme, suivi de considérations sur l'anesthésie.

M. ROBERT a la parole pour la lecture de la suite de son résumé ; il s'exprime en ces termes :

Nous venons de passer en revue les conditions que doivent remplir le liquide anesthésique et les appareils qui servent à l'administrer, celles que l'organisme doit offrir pour le supporter sans péril ; il nous reste à faire connaître les règles qui doivent guider le chirurgien dans la pratique de l'inhalation elle-même.

Et d'abord quelle position convient-il de donner au malade ? Vous me permettrez, messieurs, de ne pas m'appesantir sur les questions de priorité qui pourraient être soulevées à ce sujet. Tous ceux qui reconnaissaient la nature syncopale des accidents chloroformiques durent reconnaître aussi l'utilité de la position horizontale dès longtemps conseillée dans le traitement de la syncope. Pour rendre justice à qui de droit, je dirai seulement que dans une lettre adressée à l'Académie de médecine (18 juillet 1848), M. le docteur Mercier, partant de cette idée que le chloroforme donne la mort, ou par une certaine viscosité du sang qui en gênerait le passage à travers le poumon, ou par une paralysie du cœur qui participerait au collapsus général, terminait sa communication par deux conclusions dont la première était ainsi conçue : « Ne jamais traiter un malade par les agents anesthésiques » qu'après l'avoir mis dans une situation horizontale. » J'ajouterai que M. Stanski (*Union médicale*, 10 février 1849) a de nouveau insisté sur la nécessité de cette position, et qu'enfin M. le professeur Boudson, dans son *Traité de l'anesthésie* publié en 1850, rappelle qu'il a été le premier à signaler l'importance de cette précaution, qui concourt si efficacement, dit-il, à assurer le succès des inhalations anesthésiques. (Je n'ai pu retrouver la publication sur laquelle ce professeur s'appuie pour établir sa priorité.)

Mais M. Stanski a été plus loin. Il fait remarquer que dans tous les cas de mort connus jusqu'à cette époque les malades avaient été éthérisés dans la position assise, et il regarde cette position comme ayant été la *cause principale, sinon la seule, de ces terminaisons aussi rapidement funestes.*

Récemment cet honorable confrère a présenté à la Société de chirurgie un travail où la même idée se trouve énoncée d'une manière presque aussi absolue. Je n'essaierai pas de répondre aux reproches qu'il m'adresse de ne pas avoir suffisamment apprécié le précepte qu'il donne. Il me suffira de rappeler ce que j'en ai dit dans mon premier travail. Et puis, il existe aujourd'hui un nombre malheureusement trop grand d'observations où la mort est survenue, bien que les malades aient été éthérisés dans la position horizontale, pour que M. Stanski soit autorisé à soutenir encore sa manière de voir. Ainsi les malades de M. Vallet (d'Orléans) et celui de M. Rook, dont les observations ont été consignées dans notre rapport, étaient couchés. Dernièrement encore, MM. Quain, Paget et Dunsmure ont perdu des malades qui, par la nature même des opérations qu'ils avaient à subir, devaient être nécessairement dans la position horizontale.

Conformons-nous donc au précepte qui vient d'être posé toutes les fois que nous le pourrons, car il est excellent, mais n'espérons pas y trouver un abri certain contre la syncope.

Une précaution, dont l'importance est facile à apprécier, consiste à s'assurer toujours que l'estomac est dans l'état de vacuité avant qu'on procède à l'éthérisation. Il est, en effet, reconnu que le chloroforme agit avec beaucoup moins de rapidité lorsque les malades ont pris des aliments solides ou liquides, même en petite quantité. Et d'ailleurs, le trouble causé dans l'organisme par l'anesthésie étant de nature à suspendre la digestion stomacale et disposer le malade au vomissement, ce précepte n'acquiert-t-il pas une nouvelle importance? On sait que le vomissement est précédé de malaise, de petitesse du pouls et parfois même de syncope. Or cette syncope empruntera à l'état anesthésique dans lequel se trouve le malade une extrême gravité et pourra même devenir mortelle. Voici une observation qui me semble confirmer cette manière de voir.

On lit dans la *Lancette* anglaise (octobre 1853) qu'à l'hôpital Saint-Bartholomée, dans le service de M. Paget, une fille de vingt-deux ans, affectée d'une ulcération du vagin, fut cautérisée une première fois au fer rouge, après inhalation de chloroforme, sans qu'il survînt le moindre inconvénient. Quinze jours plus tard, le 21 octobre 1853, M. Paget jugea à propos de faire une nouvelle application du cautère actuel. La malade étant amenée à l'amphithéâtre, le docteur Black, qui est spécialement chargé de l'administration du chloroforme, lui en fit inspirer à l'aide de l'appareil ordinaire. L'inhalation fut continuée environ dix minutes sans résultat. Tout à coup, on remarqua que le teint devenait terreux, le pouls faible et la respiration irrégulière. M. Paget n'avait encore fait aucune manœuvre opératoire ; toute son attention et ses efforts se concentrèrent sur l'état de la malade et les moyens propres à la ramener à la vie. On employa la respiration artificielle par insufflation de bouche à bouche d'abord, puis au moyen de la laryngotomie par un tube placé entre le cartilage thyroïde et le cricoïde, tube auquel fut adapté un soufflet. Ces moyens étant inefficaces, on fit injecter dans le rectum de l'eau-de-vie et de l'eau pour stimuler l'économie, puis on plaça la malade dans un bain tiède (la respiration artificielle étant toujours continuée). Pendant tout ce temps, les docteurs Barrowes et Black, interrogeant le pouls, le sentirent de temps en temps battre à l'artère radiale. L'insensibilité ne se dissipant pas, on eut recours au galvanisme. Les commotions produisirent des contractions musculaires énergiques, mais aucune inspiration. On continua longtemps encore la respiration artificielle, jusqu'à ce que l'inutilité des efforts tentés pour sauver la malade fut surabondamment prouvée.

La quantité de chloroforme inspirée était au-dessous de huit grammes.

Autopsie vingt-quatre heures après la mort. — Congestion peu marquée du cerveau ; le sang contenu dans les veines cérébrales, postérieures surtout, étant abondant et fort liquide, recueilli dans un vase, ne se coagula pas. Les ventricules contenaient une quantité normale de sérosité et le pont de Varole était sain. Les reins étaient injectés de sang, et le gauche présentait d'anciennes cicatrices ; le péritoine, en divers points, offrait des adhérences, et *l'estomac était distendu par des aliments non digérés, bien que la malade eût affirmé n'avoir rien mangé.* L'estomac, du reste, était sain, ainsi que le pancréas et le jéjunum. Le cœur était mou, sans être graisseux, son tissu musculaire un peu pâle.

L'autopsie ayant démontré l'intégrité de tous les organes, à l'exception de l'estomac distendu par des aliments, ne peut-on pas penser avec raison que cette circonstance n'a pas été étrangère à la mort chez une jeune fille qu'on avait chloroformisée quelques jours avant avec succès ?

Une précaution qu'on ne doit pas négliger est d'écarter soigneusement toutes les entraves que les vêtements pourraient apporter à la liberté de la circulation et de la respiration. Enfin, il faut placer le malade dans un local aussi aéré que possible, et à une température moyenne de 14 à 18 degrés.

Il importe d'avoir à sa disposition un aide habitué à manier le chloroforme. Cependant, je pense que le chirurgien lui-même doit présider à l'inhalation et en surveiller les effets jusqu'au moment où il va commencer l'opération. Non-seulement il doit suivre les progrès de l'éthérisation, son influence sur la sensibilité et la myotilité, mais il doit surtout ne point perdre de vue l'état de la respiration et du pouls. Suivant MM. Malgaigne et Bickersteth, la surveillance du pouls ne serait qu'une précaution fort secondaire. Voici comment s'exprime M. Malgaigne à ce sujet : « La manie de s'occuper du pouls pendant » l'éthérisation détourne l'attention des phénomènes respiratoires ; et » notre avis est qu'on verrait beaucoup moins d'accidents si l'on s'oc» cupait un peu plus d'assurer la régularité de la respiration. » (*Revue médico-chirurgicale*, juillet 1853, p. 49.)

Après avoir pris soin, comme nous l'avons fait, de démontrer que dans beaucoup de cas la mort est arrivée par syncope, il serait tout à fait illogique de notre part de ne pas insister sur la nécessité de surveiller le pouls. Et s'il était utile de grossir le nombre des faits que nous avons invoqués, nous renverrions à une observation que nous aurons besoin de rappeler plus tard à un autre point de vue. Elle vient d'être publiée dans le *Monthly journal* par M. Dunsmure, chirurgien de l'Infirmerie royale d'Édimbourg. Il y est dit expressément qu'au moment de la mort, les deux chirurgiens, qui avaient la main sur le pouls, affirmèrent que les battements du cœur avaient cessé avant les mouvements respiratoires. Il n'est pas besoin d'ajouter que nos recommandations n'excluent pas l'attention qu'on doit prêter aux fonctions du poumon.

Les vapeurs anesthésiques doivent d'abord être mêlées à l'air dans des proportions tellement faibles que dans aucun cas on ne puisse avoir à redouter des accidents sérieux. J'ai l'habitude de débuter en versant dans l'appareil de M. Charrière 1 gramme de chloroforme chez les enfants, et 4 grammes chez les adultes, et en ayant soin de disposer la bague mobile adaptée au tube d'inhalation de telle sorte qu'il passe par ce tube la plus grande quantité d'air possible. Si aucun trouble ne se manifeste du côté de la respiration, je ferme peu à peu l'ouverture ménagée à l'aide de la bague, puis j'ajoute à l'appareil une nouvelle dose de liqueur. Mais si le contact des vapeurs paraît pénible pour la muqueuse pulmonaire, s'il survient de la toux, du spasme de la glotte, de la turgescence de la face et des veines du cou, si l'on observe des mouvements de déglutition accompagnés de resserrement des mâchoires et d'occlusion spasmodique de la bouche ; si enfin la respiration est trop accélérée ou trop lente, je donne de nouveau accès à une plus grande quantité d'air au moyen de la bague mobile. Si cela ne suffit pas, j'enlève momentanément l'appareil, je fais ouvrir la bouche et desserrer les mâchoires. Un peu d'agitation, de loquacité, de délire bruyant ne me préoccupent pas. Mais il n'en est plus de même si cette agitation et ce délire s'accompagnent d'une violente congestion au cerveau avec injection de la face, comme il n'est pas rare de l'observer. Dans ce cas, je suspends encore l'inhalation.

En dehors de ces circonstances exceptionnelles, j'ai pour principe de ne point la discontinuer avant que l'insensibilité soit bien établie ; et je me borne à maintenir le degré de concentration des vapeurs que le malade tolère, en versant de temps en temps dans l'appareil de petites doses de 1 à 4 grammes. Il ne faut pas oublier que, l'action du chloroforme étant successive et progressive, on doit arriver au point voulu d'insensibilité et de résolution *par le seul fait de la continuité de cette action* et sans qu'il soit nécessaire d'augmenter les doses de l'agent anesthésique.

Les règles que je viens de poser offrent beaucoup d'analogie avec les principes proclamés depuis longtemps par M. Sédillot ; cependant elles en diffèrent par deux points qu'il importe de signaler. Ainsi, 1° tandis que je conseille de maintenir seulement la continuité des doses qu'on a reconnu pouvoir être tolérées par le malade, le chirurgien de Strasbourg veut qu'aussitôt que les inspirations sont bien supportées, on donne les plus fortes quantités possible dans le temps le plus court, ce qui est, suivant lui, le meilleur moyen de prévenir la période d'excitation et une anesthésie trop profonde. (*Lettre sur le chloroforme*, 1851, page 8.)

J'ignore jusqu'à quel point l'expérience a pu autoriser notre éminent collègue à tenir ce langage ; mais ce que l'on sait du danger de la concentration des vapeurs anesthésiques ne me permet pas d'adopter cette pratique. C'est en faisant inspirer aux animaux des vapeurs de plus en plus concentrées qu'on les fait périr en peu de temps.

2° Lorsqu'il y a un peu d'exaltation, des mouvements brusques, des signes d'une ivresse bruyante, sans que la respiration et la circulation soient gênées, et qu'on a activé sans succès l'action du chloroforme, M. Sédillot veut qu'on maintienne le malade et qu'on cherche à le sidérer par de grandes doses de l'agent anesthésique. Ici encore, et malgré toute l'autorité de notre savant confrère, nous sommes obligé de rejeter ce précepte, qui, par les raisons sus-énoncées, ne nous paraît pas exempt de danger.

Dans le cours de la discussion, M. Gosselin a beaucoup insisté sur l'utilité de l'intermittence des inhalations. Il ne se borne pas, comme le font tous les chirurgiens, à interrompre momentanément l'emploi du chloroforme dès qu'il survient quelque trouble dans la respiration ou la circulation ; mais il veut encore qu'on la suspende de temps en temps, dans le cas même où les phases de l'éthérisation se succèdent d'une façon régulière. Il trouve à cette pratique l'avantage d'empêcher la concentration du chloroforme sur les organes important à la vie.

« En laissant, dit-il, à l'agent anesthésique le temps de se répartir » dans tout le torrent circulatoire, on laisse aux organes celui de » s'habituer à son contact. Beaucoup de personnes ont l'habitude de » laisser leur appareil en place tout le temps nécessaire pour que l'insen» sibilité soit obtenue. On oublie que les effets anesthésiques se conti» nuent, et quelquefois s'accroissent encore, après qu'on a cessé » l'inspiration des vapeurs chloroformiques. Il n'y a donc pas d'inconvé» nient, il y a grand avantage, selon moi, à suspendre pendant quel» ques secondes, pendant lesquelles on voit comment fonctionnent les » grands appareils de la vie organique. »

Je ne puis que louer la prudence qui a dicté d'aussi sages conseils. Toutefois, je ne pense pas qu'il y ait utilité à les adopter d'une manière générale. J'estime qu'en graduant avec prudence les proportions de vapeur anesthésique mêlée à l'air, on empêche tout aussi bien la concentration du chloroforme sur les organes importants, et qu'on laisse l'organisme s'habituer au contact de cet agent. En interrompant sans nécessité les inhalations, ne perd-on pas une partie des effets déjà obtenus, et ne prolonge-t-on pas inutilement une opération toujours fatigante pour le malade ?

M. Gosselin motive encore son opinion sur ce que les effets anesthésiques se continuent, et quelquefois s'accroissent encore après qu'on a cessé l'inspiration des vapeurs chloroformiques. S'il me fallait m'en rapporter aux résultats de mon expérience, je ferais observer à notre collègue que ce n'est point au début de l'éthérisation, alors qu'on cherche à produire l'insensibilité, que se remarque cette tendance, mais bien lorsqu'on a obtenu la plénitude des effets du chloroforme, c'est-à-dire à l'instant où le patient est tombé dans l'insensibilité et la résolution.

Le degré auquel il convient de porter l'éthérisation varie suivant le but qu'on se propose d'atteindre. Tantôt, en effet, on désire seulement abolir la sensibilité, prévenir la douleur ; tantôt on veut se débarrasser de la contractilité musculaire, lorsqu'il s'agit, par exemple, de réduire une hernie, une luxation, de pratiquer le cathétérisme chez les sujets très irritables, de procéder au diagnostic de certaines maladies chirurgicales, etc. Dans le premier cas, si l'opération a peu d'importance et doit avoir peu de durée, comme celles qui n'intéressent que la peau, celle-ci surtout étant déjà amincie par des décollements et des abcès, il suffit d'émousser pour ainsi dire la sensibilité ; tandis que dans les opérations longues et devant diviser une grande épaisseur de tissus il faut obtenir une anesthésie complète.

Voyons à quels signes on peut reconnaître ces diverses phases de l'éthérisation.

On a généralement l'habitude de pincer le malade, de le piquer, et s'il ne réagit par aucun signe de douleur, on juge le moment favorable pour commencer l'opération. Mais cette pratique est loin d'être certaine, et il est arrivé à tous les opérateurs de voir se réveiller violemment sous l'action du bistouri des sujets qui étaient impassibles par ces moyens ordinaires d'exploration. On a aussi conseillé d'exciter la conjonctive, sans doute dans la pensée que, la sensibilité étant abolie dans cette membrane éminemment irritable, elle doit l'être à plus forte raison dans toutes les autres parties du corps. Ce conseil peut être suivi, bien qu'il ne mérite pas une confiance absolue. Plusieurs fois chez l'homme, et surtout chez les animaux, nous avons vu les instruments tranchants ne provoquer aucune douleur alors que la conjonctive ne pouvait être impunément touchée, et réciproquement. Lorsqu'on a besoin d'une insensibilité absolue, il est nécessaire d'arriver jusqu'à la résolution musculaire.

Nous n'insisterons pas sur les signes qui caractérisent cette dernière. Lorsque les membres soulevés retombent comme des masses inertes, elle n'est douteuse pour personne. Nous dirons cependant qu'elle aussi peut n'être qu'apparente. Nous avons souvent observé que chez des individus qui semblaient du reste en résolution complète, mais dont

les pouces restaient convulsivement fléchis dans la paume de la main, des contractions générales plus ou moins violentes se manifestaient aussitôt que le chirurgien exécutait quelque manœuvre capable de réveiller la sensibilité.

Ainsi que nous l'avons dit, tous les sujets ne subissent pas avec une égale facilité l'influence du chloroforme. Indépendamment des aptitudes individuelles très diverses, que l'on ne peut reconnaître *à priori*, il est des circonstances qui en modifient puissamment les effets. On s'accorde généralement à reconnaître que l'abus des boissons alcooliques rend l'organisme moins accessible à l'action des anesthésiques. Il en est de même de l'agitation à laquelle certains malades sont en proie avant de subir une opération chirurgicale. On a vu aussi sur les champs de bataille des soldats blessés dans le feu de l'action éprouver un état de surexcitation morale qui les rendait réfractaires au chloroforme. On lit dans un intéressant travail de M. le docteur Yvonneau qu'au siége de Rome, après l'affaire meurtrière de la villa Pamphili, deux chirurgiens français, MM. Pasquier et de Santi, ont fait de vains efforts pour obtenir l'insensibilité avec le chloroforme chez les sujets qu'ils voulaient opérer. Telle était l'agitation nerveuse, que des aides nombreux suffisaient à peine à contenir les malades. Les chirurgiens furent obligés d'y renoncer. (*De l'emploi du chloroforme*, 1853, page 33.)

Quelques régions du corps richement pourvues de filets nerveux conservent leur insensibilité plus longtemps que les autres. Tous les praticiens ont reconnu ce fait, signalé, je crois, d'abord par M. Vidal (de Cassis) pour l'anus et les organes génitaux de l'homme et de la femme.

Enfin quelques individus, dont l'organisation ne présente de prime abord rien de spécial, ne peuvent jamais devenir insensibles, quelque loin qu'on pousse l'éthérisation. Chose remarquable, le très petit nombre de sujets qui m'ont présenté cette particularité étaient affectés de maladies de l'anus ou des organes génitaux. Je me rappelle entre autres un jeune homme auquel je me proposais d'exciser d'énormes végétations syphilitiques implantées sur le périnée et au pourtour de l'anus. A diverses reprises je prolongeai chez lui les inhalations jusqu'à la résolution, au stertor et à la pâleur de la face, et chaque fois que je tentais de saisir et de couper une de ces tumeurs il bondissait sur son lit en poussant des cris horribles. Ce fut bien pis encore quand je dus appliquer le cautère actuel; il fallut alors le faire contenir par quatre aides. A son réveil, il n'avait aucune conscience de ce qui s'était passé.

L'emploi des anesthésiques, à son début, donne presque toujours lieu à un état d'excitation caractérisé par l'injection des conjonctives, la coloration du visage, du délire et des mouvements convulsifs. Tant que ces phénomènes n'offrent qu'une intensité médiocre, il n'y a pas lieu de s'en préoccuper, l'expérience ayant prouvé qu'ils se dissipent sans laisser de traces. Mais chez quelques sujets cette excitation se manifeste avec une telle violence qu'elle constitue un état grave et de nature à faire craindre soit des épanchements apoplectiques, soit un collapsus fâcheux. Dans une note que j'ai adressée en 1849 à l'Académie de médecine (*Bulletin de l'Académie*, t. IV, p. 1191) sur le chloroforme, j'ai rapporté plusieurs faits de nature à mettre en évidence cette espèce de danger; et j'en ai conclu que lorsque ces symptômes se présentent, et qu'ils ne cèdent pas promptement, il est prudent de ne pas continuer les inhalations.

Quand les phénomènes de l'éthérisation se sont succédé régulièrement et que l'on a obtenu l'état dit de tolérance anesthésique, c'est-à-dire l'abolition de la sensibilité et des mouvements, avec intégrité de la respiration et de la circulation, on peut y maintenir plus ou moins longtemps les sujets, en ayant le soin de suspendre l'inhalation jusqu'à ce que la sensibilité commence à se réveiller. Il suffit alors de quelques doses de chloroforme pour replonger de nouveau le malade dans l'anesthésie. Cet état de tolérance peut être ainsi prolongé pendant plus d'une heure sans qu'il en résulte, en général, d'inconvénients graves.

Il ne faut pas perdre de vue que, les effets du chloroforme étant progressifs, on ne manquerait pas, si on prolongeait l'inhalation, de porter tôt ou tard une atteinte funeste à la respiration et à la circulation. J'ai trouvé, dans les recueils scientifiques, un assez grand nombre d'observations dans lesquelles l'oubli de cette vérité a failli coûter la vie aux malades. M. Bikersteth en a rapporté quelques-unes dans l'excellent travail déjà cité, et nous sommes heureux de nous appuyer ici sur son témoignage.

Dans les cas ordinaires, le réveil est suivi d'un peu d'abattement, de nausées et de céphalalgie, qui se dissipent en douze ou vingt-quatre heures. Mais quand les effets de l'éthérisation ne se sont produits qu'avec difficulté et lenteur, ou que l'éthérisme a dû être prolongé pendant longtemps, l'abattement est considérable, et il reste une tendance à la syncope qui doit être surveillée avec une grande attention. Il ne faut pas oublier que la mort a pu survenir dans des conditions semblables.

Chez un jeune homme récemment admis à l'hôpital Beaujon pour y être traité d'une luxation de l'astragale, l'éthérisation dut être prolongée pendant plus de vingt-cinq minutes avant d'arriver au degré de résolution voulu pour tenter la réduction. Après de longs efforts demeurés infructueux, je dus abandonner le malade; il ne recouvra l'usage de ses sens qu'au bout d'une demi-heure environ, puis il conserva pendant toute la journée un abattement extrême accompagné de tendance lipothymique. Je fus obligé de le faire surveiller attentivement et de soutenir ses forces soit avec du bouillon froid, soit avec de l'eau de Seltz coupée avec du vin. Au bout de vingt-quatre heures ces symptômes avaient complétement disparu.

Tels sont, messieurs, les préceptes qui nous ont paru devoir guider les chirurgiens dans la pratique de l'éthérisation.

Il nous reste maintenant à étudier la valeur des moyens proposés pour enrayer la marche des accidents graves lorsqu'ils se manifestent.

Avant de nous livrer à l'examen particulier de chacun d'eux, nous devons faire une observation générale qui en domine l'application. Dans les accidents dus au chloroforme, le danger est presque toujours imminent; les moments sont précieux, et il importe que le praticien soit bien édifié sur la portée relative de chacun des agents que lui offre la thérapeutique, afin de pouvoir choisir promptement le remède dont l'efficacité sera le mieux en rapport avec la nature et la gravité de la position.

Nous diviserons ces moyens en quatre catégories :

La première contient ceux qui agissent en excitant la peau ou le tégument interne.

La seconde comprend ceux qui s'adressent au système circulatoire.

Dans la troisième, nous rangerons les procédés qui ont pour but de rétablir la respiration;

Dans la quatrième, enfin, ceux qui tendent à réveiller l'action des systèmes nerveux et musculaire.

1° Les excitants de la peau sont : les frictions irritantes de diverses espèces, l'ustion, la flagellation, etc. Nous ne faisons que les indiquer ici, n'ayant rien à en dire qui ne soit parfaitement connu. Et d'ailleurs, dans les faits connus jusqu'à ce jour, l'observation a démontré malheureusement qu'on ne pouvait compter sur eux.

L'efficacité des excitants portés sur les muqueuses varie d'après le lieu de leur application. La titillation des narines, les lavements irritants ont été employés, mais je ne sache pas qu'ils l'aient été avec succès. M. Jules Guérin espérait avoir trouvé un procédé plus direct pour stimuler les nerfs respiratoires en touchant le pharynx avec un pinceau imbibé d'ammoniaque. Les résultats de l'expérience sur les animaux l'autorisaient à conseiller ce moyen chez l'homme. Nous avons répété ces expériences; mais les effets dont nous avons été témoin sont loin de nous inspirer la même confiance. A part un seul cas, où l'animal a paru éprouver une impression légère suivie d'un mouvement d'inspiration, nous n'avons jamais observé d'effet appréciable.

M. le docteur Escalier a publié (*Union médicale*, 1er décembre 1849) deux cas où il eut recours au chloroforme pour réduire des hernies étranglées. Après quelques minutes d'inhalation, au moment où l'intestin venait d'être réduit, le visage pâlit, la respiration et le pouls parurent s'arrêter. M. Escalier eut alors l'idée de plonger le doigt dans la gorge jusqu'à l'entrée de l'œsophage et du larynx, et il l'y laissa quelques instants. Chaque fois cette manœuvre provoqua un mouvement d'inspiration, qui fut le signal du retour à la vie. Il est à noter que, dans le premier cas, les aspersions d'eau froide, la titillation des narines, l'ammoniaque étaient restés inutiles. M. Chassaignac a fait connaître à la Société l'observation d'un jeune homme auquel il pratiquait l'ablation d'un des os du pied. Dans le cours de l'opération, un des assistants s'étant écrié que le pouls avait cessé de battre, notre collègue, se rappelant les faits qui précèdent, eut la pensée de stimuler aussi le fond de la gorge; mais il trouva les dents serrées, et dut les écarter de force à l'aide d'une spatule. Le malade étant revenu à lui, il put continuer son opération.

Sans doute trois exemples de succès ne sont pas suffisants pour établir l'efficacité de cette pratique; cependant on ne saurait disconvenir qu'elle n'ait été utile, et nous la conseillons d'autant plus volontiers que bientôt, en parlant de la respiration artificielle, nous aurons occasion de la recommander à un autre point de vue.

2° Les moyens qui agissent plus spécialement sur l'appareil circulatoire sont: la position horizontale et la compression de l'aorte abdominale.

Une pratique trop connue dans le traitement de la syncope pour qu'il soit nécessaire d'y insister consiste à placer le malade dans le décubitus horizontal. M. Piorry a ajouté encore à l'importance de la position en conseillant de donner à la tête un certain degré de déclivité en élevant le reste du corps. Nous approuvons ce procédé, dont M. Bouisson a fait l'application à la syncope chloroformique, d'autant mieux qu'il se prête à l'application des autres ressources dont l'art peut disposer. MM. Nélaton et Denonvilliers y ont eu recours avec avantage.

M. Mercier, dans une lettre adressée à la Société de chirurgie, a rappelé le conseil qu'il avait donné, il y a quelques années (*Lettre à l'Académie de médecine*, 18 juillet 1848), de comprimer les artères axillaires et crurales, ou mieux encore, quand on le peut, l'aorte abdominale. On retient de la sorte, suivant lui, dans la portion supérieure du tronc le sang qui, sans cela, se serait rendu à sa partie inférieure et dans les membres. Nous avons peu de chose à dire de ce mode opératoire, attendu qu'il n'a pas encore été employé chez l'homme, et que M. Mercier ne l'a même pas expérimenté sur les animaux, ce qui cependant lui eût été facile. Nous ferons ensuite observer que, lorsqu'il y a syncope, il est difficile de concevoir comment les mouvements oscillatoires du cœur pourraient suffire à porter le sang vers le cerveau, bien que le cercle circulatoire ait été rétréci.

3° Les moyens qui ont pour but de rétablir la respiration ont une importance plus réelle et méritent de fixer plus longuement notre attention.

Ainsi que l'a judicieusement fait observer M. Denonvilliers, quelle que soit la cause immédiate des accidents, sidération du système nerveux, asphyxie ou syncope, un fait évident c'est que la présence des vapeurs chloroformiques dans l'arbre aérien a occasionné ces désordres et contribue à les entretenir. La première chose à faire devra donc être d'en provoquer l'expulsion rapide. D'un autre côté, les trois grandes fonctions dont l'ensemble constitue le trépied vital étant entravées, il importe de les rétablir promptement, soit en agissant sur toutes à la fois, si la chose est possible, soit en agissant sur celle qui offre le plus de prise à nos moyens, car en rétablissant l'une nous rétablissons indirectement les autres. Or, de ces trois fonctions, celle qu'il nous est le plus facile d'exciter, c'est la respiration : c'est donc à elle que nous devons nous adresser d'abord, avec d'autant plus de raison, que la première conséquence de son rétablissement sera l'expulsion de la vapeur délétère du chloroforme.

Mais de quelle manière ranimer la respiration? M. Plouviez, l'un des premiers qui aient senti l'importance de cette indication, a proposé l'insufflation pulmonaire, soit avec des instruments, soit bouche à bouche. Enfin, on a pensé que la trachéotomie pourrait être utile pour faciliter l'insufflation; et plusieurs fois, soit en Angleterre, soit en Amérique, elle a été pratiquée dans ce but.

De quelque manière que l'insufflation soit faite, elle nous paraît peu puissante à remplir le but qu'on se propose. En effet, les poumons remplissent très exactement la cavité thoracique et en suivent tous les mouvements; c'est le jeu de cette cage qui admet ou chasse l'air. Par conséquent, pour que cet organe en reçoive une quantité quelconque au delà de celle qu'il contient dans un moment donné, il faut qu'en même temps la poitrine se dilate. Or, je le demande, est-il possible d'admettre que de l'air poussé avec un tube laryngien ou bouche à bouche le soit avec assez de précision et de force pour soulever les parois costales? Nous admettons volontiers que le diaphragme puisse éprouver un certain degré d'abaissement, mais cet abaissement sera-t-il assez considérable, et fera-t-il pénétrer dans les poumons une quantité d'air suffisante pour ranimer la respiration?

J'ai voulu savoir par l'expérimentation sur le cadavre jusqu'à quel point l'insufflation pouvait faire entrer l'air dans la poitrine. En introduisant un tube de Chaussier dans l'ouverture supérieure du larynx, ce qui, soit dit en passant, est extrêmement difficile sur l'adulte, même en prenant soin d'attirer la langue avec un crochet; en insufflant, dis-je, par l'ouverture supérieure du larynx, je n'ai obtenu aucun résultat. J'ai alors incisé la trachée et placé le tube dans les lèvres de la plaie, en faisant comprimer fortement les voies aériennes au-dessus de ce point. J'ai alors obtenu un abaissement manifeste du diaphragme, traduit par un soulèvement de la paroi abdominale. Les côtes sont restées immobiles.

Je crois donc, en résumé, que l'insufflation n'est pas aussi complétement impuissante que le pense M. Denonvilliers. Mais, en présence des difficultés de son application et de la petite quantité d'air qu'elle permet d'introduire dans les voies aériennes, on ne doit compter que fort peu sur son efficacité, surtout lorsqu'elle est pratiquée bouche à bouche.

En présence de ces faits, dont l'évidence paraît incontestable, quel degré de confiance peut-on avoir dans les observations où l'on nous montre l'insufflation pulmonaire comme ayant obtenu d'éclatants succès et réussi en quelque sorte à opérer de véritables résurrections? Notre excellent collègue M. Ricord nous a fait connaître quatre observations de cette nature, et à Dieu ne plaise que je veuille ici le moins du monde mettre en doute sa bonne foi; mais, franchement, lorsque l'on considère la rareté des accidents graves dus au chloroforme, peut-on s'empêcher de remarquer d'abord que notre collègue eût été bien malheureux d'en observer à lui seul quatre exemples; et n'est-il pas plus naturel d'admettre que ce chirurgien, effrayé des symptômes qu'il avait sous les yeux, s'en sera exagéré l'importance?

Au demeurant, nous ne pensons pas que l'insufflation bouche à bouche soit entièrement dépourvue d'utilité. Elle peut, par exemple, débarrasser l'arrière-gorge des mucosités qui l'obstruent et stimuler l'entrée des voies aériennes.

Dans un travail publié en 1850 (*Union médicale*, 7 mai 1850), M. Duroy, pharmacien à Paris, propose de pratiquer l'insufflation pulmonaire avec de l'oxygène. Il considère l'action vivifiante de ce gaz comme ayant plus d'énergie que l'air atmosphérique pour rétablir l'*hématose et la circulation du sang, en un mot la vie.*

Pour le démontrer, il a institué deux séries d'expériences ingénieuses : dans la première, il a soumis comparativement des animaux à l'action des vapeurs de chloroforme mélangées à l'air et à l'oxygène, et il a constaté que les animaux succombaient plus vite avec l'air atmosphérique qu'avec l'oxygène pur. Dans la seconde série, il s'est proposé de comparer les effets des insufflations d'air et d'oxygène sur les animaux que le chloroforme avait plongés dans un état voisin de la mort. L'oxygène les rappelait généralement à la vie avec promptitude, tandis que l'insufflation avec l'air était impuissante à conjurer la terminaison funeste.

Nous n'avons rien à objecter à ces expériences; mais, si on veut en conclure avec M. Duroy qu'il faille employer l'oxygène comme antidote du chloroforme, il restera à aplanir les difficultés de son application dans la pratique. Il faudrait constamment avoir avec soi des vessies d'une capacité énorme, puisque d'après M. Duroy il ne faut pas moins de trois litres d'oxygène pour ranimer des lapins, et de dix litres pour un chien du poids de vingt-cinq livres.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Nous sommes heureux de pouvoir annoncer une amélioration notable dans l'état de notre honorable et célèbre confrère M. Lallemand. Les dernières nouvelles qui nous arrivent de Marseille indiquent un changement on ne peut plus favorable, et nous avons lieu d'espérer que nous apprendrons bientôt son rétablissement complet.

— On a affiché sur les murs de Paris une ordonnance de M. le préfet de police, en date du 23 novembre, concernant la salubrité des habitations.

Cette ordonnance est accompagnée d'une instruction du conseil d'hygiène du département de la Seine sur les moyens d'assurer la propreté et la salubrité des maisons et des rues.

L'organisation des visites préventives à domicile avance dans Paris. Déjà un grand nombre de médecins sont nommés dans les diverses mairies, et le service a commencé. On espère de bons résultats de cette mesure de prévoyance.

— Nous apprenons la mort de M. le docteur Fourcault, membre correspondant de l'Académie de médecine, lauréat de l'Institut, auteur d'un grand nombre d'ouvrages et d'opuscules sur la physiologie, la pathologie, l'hygiène, etc. M. Fourcault avait abandonné l'exercice de l'art pour se livrer à l'étude de la science. Il avait publié un ouvrage intéressant sur les causes générales des maladies chroniques.

— Les mouvements du personnel dans le corps des officiers de santé de la marine ont été plus considérables pendant l'année 1852 que pendant les années précédentes. 148 nominations ou avancements ont été prononcés par décret de l'Empereur. En voici la composition : officiers de santé en chef ou professeurs, 14; chirurgiens de 1re classe, 24; de 2e classe, 34; de 3e classe, 51. Pharmaciens de 1re classe, 3; de 2e classe, 10; de 3e classe, 12.

61 officiers de santé ont quitté le service actif pour diverses causes.

— Le service de la pharmacie militaire vient d'être réorganisé dans les Etats sardes.

— La Société centrale de médecine du Nord avait mis au concours pour 1853 une question de la plus haute importance, celle du traitement des fractures du col et du corps du fémur.

Le prix était une médaille d'argent; elle a été décernée, avec le titre de membre correspondant, à M. Ferdinand Martin, auteur d'une nouvelle méthode de traitement qui compte déjà dans la pratique un assez bon nombre de succès.

La Société de médecine de Lille n'a pas été moins gracieuse envers M. Ferdinand Martin que celle de Bordeaux ne l'a été, comme nous l'avons dit, à l'égard de M. le docteur Diday (de Lyon).

Par une coïncidence singulière, le même jour et à peu près à la même heure, un banquet était offert au lauréat de Lille et à celui de Bordeaux : des deux côtés la fête a été des plus cordiales et s'est terminée par les toasts les plus chaleureux à l'*union des sociétés médicales de France*.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 141. — MARDI 29 NOVEMBRE 1853. (26e ANNEE.) N° 141. — MARDI 29 NOVEMBRE 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40; EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	Trois mois. . . . . 8 fr. 50 c. Six mois. . . . . 16 » Un an. . . . . . 30 »	
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	Trois mois. . . . . . 9 fr. Six mois. . . . . . 17 Un an. 33	
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	Trois mois. . . . . . 10 fr. Six mois. . . . . . 20 Un an. 38	

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

Paris, le 28 novembre 1853.

M. le préfet de la Seine a présenté il y a quelques jours à la commission départementale un exposé de la situation financière du département. Il ne nous appartient pas de discuter cet exposé, que nous trouvons dans le *Moniteur* du 22 novembre. Nous n'avons aucune critique à exercer sur les chiffres de ce budget, sur les déficits ou les ressources qu'il peut présenter; nous devons y rester aussi étranger qu'aux discussions gouvernementales, *parlementaires* ou *autres;* mais nous trouvons dans ce compte rendu des détails sur les enfants trouvés et les aliénés qui intéressent les médecins, et que nous croyons devoir emprunter au journal officiel :

« Les dépenses extérieures des enfants trouvés étaient, avant 1838 et jusqu'en 1842, l'objet d'une allocation départementale fixe de 400,000 fr. Le surplus de la dépense restait au compte des hospices. Or les règlements sur la matière attribuent les dépenses de cette nature pour 4 cinquièmes au département et pour 1 cinquième aux communes. Leur application rigoureuse ayant été réclamée, la somme due par le département s'est trouvée portée, dès 1843, à 889,600 fr. L'accroissement du nombre des enfants trouvés l'a bientôt élevée à un chiffre plus considérable, et, malgré les réformes apportées dans le service, elle figure encore en 1852 pour 1,108,229 fr. 24 c.

» Antérieurement aux lois des 10 mai et 30 juin 1838, les dépenses d'entretien des aliénés indigents n'étaient pas obligatoires pour les départements. L'interprétation donnée tout d'abord à ces lois par M. le ministre de l'intérieur ne mettait au compte du département que les aliénés des arrondissements de Saint-Denis et de Sceaux; les autres avaient été laissés à la charge des hospices de Paris. Sur le recours porté au conseil d'Etat en 1843 par l'administration des hospices, il intervint, le 15 avril 1846, une ordonnance qui affranchit ces établissements de toute participation dans la dépense des aliénés indigents de Paris, et la rejeta sur le département, sauf le concours de la ville, conformément à l'article 28 de la loi spéciale. En conséquence, par une décision ministérielle du 24 août 1846, dont les effets durent remonter à 1843, cette dépense fut répartie de la manière suivante : 55 centièmes sur le département et 45 centièmes sur la ville. Les dépenses imposées au département par le service des aliénés, qui n'avaient pas excédé 98,592 fr. 82 c. en 1839, et qui étaient restées sensiblement les mêmes pendant les trois années suivantes, se sont ainsi trouvées subitement portées à 768,680 fr. 75 c. en 1843, pour s'élever à 875,830 fr. 20 c. en 1847; et, malgré la sévérité de plus en plus grande apportée dans la comptabilité de ce service, nous le retrouvons encore pour 726,019 fr. 17 c. au compte de 1852.

» Quant au nombre des aliénés assistés, il ne semble pas s'être accru notablement depuis quinze ans; mais, eu égard à la population, il est hors de tout rapport avec celui des aliénés assistés dans l'ensemble de la France. Les grandes agglomérations contribuent sans doute à développer les tendances à l'aliénation mentale; mais une telle explication ne saurait suffire pour rendre raison de ce fait, que, dans le département de la Seine, les séquestrations d'office prononcées par la préfecture de police sont proportionnellement cinq fois plus nombreuses que celles prononcées par les préfets des départements. L'importance du service, qui rend nécessairement plus difficile qu'ailleurs le contrôle des admissions au compte du département, contribue probablement à l'encombrement des asiles et à l'aggravation des charges départementales de la Seine. »

HOPITAUX DE PARIS.

Lésions cadavériques constatées sur les sujets morts de choléra.

Bien que l'anatomie pathologique du choléra soit ce qu'elle est en général dans les maladies épidémiques, c'est-à-dire muette sur la cause organique et sur le siége anatomique des principaux phénomènes de la maladie, et qu'elle ne révèle que des lésions secondaires consécutives à l'action de la cause inconnue des symptômes initiaux du choléra, il n'est cependant pas sans intérêt d'appeler l'attention des médecins qui n'ont pas encore eu l'occasion d'observer cette maladie sur les diverses altérations que l'on constate à l'autopsie, tant dans les tissus des organes que dans les fluides qui les baignent ou les pénètrent.

Les lésions cadavériques constatées chez le petit nombre de sujets qui ont succombé dans ces derniers jours n'ont présenté jusqu'ici aucune circonstance particulière, rien qui n'ait déjà été vu et décrit dans les précédentes épidémies. On y a reconnu tous les caractères anatomo-pathologiques constatés en 1832 et en 1849.

Ce que nous aurons à dire aujourd'hui à cet égard ne sera donc, à très peu de chose près, que la répétition de ce qui a été déjà dit à ces deux époques.

Voici en quelques traits quelles sont les principales lésions cadavériques propres au choléra et qui ont été en quelque sorte vérifiées de nouveau sous nos yeux par les dernières autopsies.

L'aspect du cadavre des sujets morts dans la période algide ne diffère pas sensiblement de l'aspect même que présentait le malade dans les derniers moments de la vie. On y retrouve la rigidité des membres, la teinte cyanique de la peau du visage, des mains et d'une plus ou moins grande étendue de la surface du corps; la teinte livide des lèvres, l'amaigrissement extrême de la face, l'excavation profonde des orbites, etc. Nous avons constaté, en outre, chez quelques sujets, notamment chez l'un de ceux qui ont succombé dans la salle Sainte-Jeanne à l'Hôtel-Dieu, une flétrissure extrêmement prononcée du globe oculaire avec des ulcérations de la cornée. Un caractère qui est particulier aux cadavres des cholériques et qui a été également constaté chez ces derniers, c'est la persistance de la température qu'avait le corps au moment de la mort, température très inférieure, comme tout le monde le sait, à la température normale, mais plus élevée que n'est habituellement celle des cadavres des sujets morts de toute autre maladie.

Dans les organes intérieurs, on a retrouvé sur presque toutes les membranes muqueuses de vastes ecchymoses disséminées çà et là, tant sur la muqueuse gastro-intestinale que sur la muqueuse bronchique, ecchymoses qui ne sont que le résultat d'une stase sanguine mécanique semblable à celle qui a lieu sous la peau.

On a retrouvé encore cet état sec et poisseux si remarquable et si caractéristique dans cette maladie de toutes les membranes séreuses, péritoine, plèvres, péricarde, etc., ainsi que ces flocons, ces grumeaux albumineux adhérents à la surface de ces membranes.

L'une des lésions principales, et à laquelle on avait dans le temps attaché une grande importance, est cette éruption granuleuse de l'intestin, cette sorte de psorentérie, ainsi qu'on l'a appelée (Serres et Nonat), et qui n'est autre chose qu'une hypertrophie passagère des glandes mucipares de l'intestin grêle. Nous disons une hypertrophie *passagère*, car on a remarqué, en effet, et M. Rostan signalait ce fait récemment aux élèves qui suivent sa clinique, que cette hypertrophie, outre qu'elle n'est pas constante, n'a eu en général qu'une durée en quelque sorte éphémère.

C'est, en général, sur les malades qui succombent rapidement dans la période algide qu'on la rencontre, et on ne la trouve plus chez ceux qui succombent dans la période ou après la période de réaction. Cette éruption a été trouvée très abondante et très développée chez le premier malade qui a succombé dans les salles de M. Rostan, et qui est mort dans la période algide. Nous devons dire cependant qu'elle a été trouvée aussi sur un malade mort dans les mêmes salles après plusieurs jours de maladie. Quoi qu'il en soit, elle n'est point constante, et nous tenons de M. Aran qu'elle n'a point été trouvée dans plusieurs cas, bien que la mort fût survenue assez rapidement.

Le sang était chez la plupart des sujets morts récemment ce qu'il s'est toujours montré dans les épidémies précédentes, c'est-à-dire épaissi, visqueux, et rappelant assez bien par son aspect, sa consistance et sa couleur, la gelée de groseilles, à laquelle on l'a si souvent comparé.

Quant aux altérations survenues dans la composition chimique du sang, de l'urine et des divers produits sécrétoires et excrémentitiels, nous n'en pouvons rien dire pour le moment. Nous ne sachons pas qu'il ait été fait encore de nouvelles recherches à cet égard. On se rappelle que, lors de la dernière épidémie (1849), on a fait jouer un grand rôle à l'albuminurie. Quelques observateurs disaient avoir constaté la présence du sucre dans les urines. On sait aussi que des recherches avaient été commencées, mais sans résultat bien appréciable et bien constant encore, sur la composition chimique de l'air expiré par les cholériques. Ce sont là autant d'objets d'étude à reprendre, et auxquels ne failliraient pas les observateurs si l'épidémie venait à s'établir définitivement et à se généraliser parmi nous, ce qu'à Dieu ne plaise!

A cela se borne ce qu'il nous a été possible de constater ou d'apprendre jusqu'à présent sur les lésions cadavériques. La rareté des cas nouveaux dans ces trois ou quatre derniers jours semble indiquer un arrêt subit et presque complet de l'épidémie.

Nous reviendrons dans nos prochains numéros sur les traitements qui, ainsi que nous l'avons déjà dit, ne nous ont offert jusqu'ici rien de bien nouveau à signaler.

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

Clinique de M. le professeur Velpeau.

LEÇON D'OUVERTURE.

La chirurgie est à la fois un art et une science. Il y a cent ans, elle n'était qu'un art; le chirurgien n'était qu'un opérateur; et s'agissait-il d'une grande opération, le chirurgien ne l'exécutait que d'après les indications du médecin, aux soins duquel il abandonnait ensuite le malade. Les chirurgiens s'appelaient alors des barbiers; mais depuis ils ont conquis une plus haute position, parce qu'ils sont devenus à la fois médecins et chirurgiens. Le chirurgien, en effet, doit être, et avant tout, médecin; il ne peut décider une opération que par des raisonnements qu'il puise dans l'étude de la médecine.

La chirurgie et la médecine ne sont donc qu'une même chose; elles sont les parties d'un seul tout. La chirurgie est une partie de la médecine dont elle est le complément. Les deux sont indispensables; l'une perfectionne l'autre : elles se prêtent un mutuel appui.

Rien dans l'homme vivant ne peut être isolé, il n'y a pas de petite maladie; la plus petite blessure d'un doigt peut réagir sur l'économie tout entière et causer de graves désordres; eh bien! l'étude des affections chirurgicales n'est pas différente de l'étude des affections médicales. Ainsi, prenons pour exemple l'inflammation d'une articulation métacarpo-phalangienne et une pleurésie, ce sont des inflammations de séreuses; la lésion pathologique est la même : la différence n'existe qu'en raison de l'étendue des surfaces malades et de la réaction sur les organes voisins.

Voyez une inflammation du genou et une inflammation du péricarde, ces organes ont les mêmes dimensions, la même texture; l'affection a la même marche, la même altération anatomique, épanchement, formation de fausse membrane, adhérences, etc. : la seule différence sera dans les troubles fonctionnels. L'une de ces inflammations sera chirurgicale, l'autre sera médicale, à cause de la position des organes qu'elles ont envahis; mais les études sont les mêmes pour les maladies des cavités séreuses internes ou externes : le même raisonnement, le même travail d'esprit apprend à les connaître.

Qu'une inflammation occupe les membres ou le tissu cellulaire qui double le péritoine, il se formera des abcès, il y aura des phlegmons circonscrits ou diffus à la cuisse comme dans le ventre. Les accidents généraux, les perturbations fonctionnelles seront différents; mais cette différence dans les symptômes n'en constitue pas une dans le fond de la maladie. L'anatomie pathologique, la marche, la maladie, en un mot, sodt les mêmes; elles exigent les mêmes connaissances générales.

Nous voyons donc qu'il y a de nombreux points de rapprochement entre les deux sciences; mais d'autres liens les unissent encore. Ainsi, les influences extérieures, qui semblent ne devoir intéresser que le médecin, viennent à tout moment avertir le chirurgien qu'il doit tenir grand compte de leur présence.

Si la chirurgie reste simplement un art, comme il y a cent ans, il devient inutile pour le chirurgien de savoir apprécier les influences météorologiques. Ainsi, pour couper une jambe, pour appliquer un bandage, on n'a pas besoin de connaître la constitution médicale régnante. Mais si le chirurgien est plus qu'un manœuvre, s'il est en même temps médecin, alors son rôle s'agrandit, ses devoirs augmentent; il lui faut rechercher quelles sont les influences

qui font que tantôt les opérés sont pris d'érysipèle, et tantôt échappent à cette complication. Alors, instruit par l'examen des faits, il verra que cela ne dépend ni du genre de blessure, ni du mode de pansement. Il cherchera la cause de ce fait sigulier, quoique si fréquent, ailleurs que dans la condition toute locale des plaies et dans la méthode de pansement.

Une des complications les plus graves des maladies chirurgicales, qui ne paraît pas, au premier abord, dépendre des influences extérieures, c'est l'empoisonnement par le pus, l'infection purulente. Elle s'observe cependant d'une manière épidémique. A certaines époques tous les opérés meurent, et on peut être très longtemps sans en voir. Ainsi, nous avons été dix-sept mois sans en observer un seul cas. Comment expliquer ce fait par la chirurgie seule?

Une complication plus chirurgicale encore, s'il est permis de parler ainsi, parce qu'elle reste plus locale, c'est la pourriture d'hôpital, se développe sous des influences que la chirurgie seule ne pourrait faire connaître. Il n'y en a pas eu un seul cas dans cet hôpital pendant quinze ans, et en 1849 (l'année du choléra), il y en a eu vingt cas. Les pansements, le linge, les médications, les procédés opératoires étaient cependant les mêmes. Il faut donc invoquer un état général qui échappe au chirurgien, mais dont la recherche est du domaine de la médecine proprement dite.

Tout cela prouve que pour faire de la chirurgie il faut savoir la médecine. Que faire, en effet, en présence d'un érysipèle, si on ne sait pas les causes qui l'ont produit? On ne verra qu'un état local, et on se fera des illusions sur les remèdes qui le guérissent. Mais la médecine relève cette erreur, elle en montre la source, et fait qu'on demande aux médications générales ce qu'on demandait d'abord aux onguents. Il en est de même pour l'infection purulente; l'économie tout entière est envahie: l'attaque doit être générale et non topique; elle doit être médicale et non manuelle.

Les faits chirurgicaux sont des problèmes dont toutes les faces sont difficiles à apprécier; ils exigent tant de connaissances dans leur examen que rarement le même individu peut les réunir; aussi ils sont souvent mal connus, mal appréciés. De là vient que tant de théories se sont succédé, que tant de vérités ont été reconnues n'être que des erreurs. La thérapeutique chirurgicale, qui passe pour ce qu'il y a de plus clair, est encore loin de l'être. Il y a toujours la coïncidence, le hasard, une inconnue. Enfin, il faudrait d'abord savoir combien une maladie abandonnée à elle-même durera. On admet ce qui est le plus général comme durée, et on s'en sert comme d'une moyenne; mais il y a des anomalies. Or, on emploie un mode de traitement; il ne réussit pas; comment savoir si cela tient à une anomalie ou au traitement employé? Certes, l'appréciation de l'efficacité ou de l'inefficacité des traitements est plus difficile en médecine qu'en chirurgie. Mais en chirurgie comme en médecine l'erreur est facile; il suffit que deux ou trois faits favorables à une médication se soient succédé pour que de bonne foi on la croie la meilleure.

La plupart des plaies, les brûlures guérissent même abandonnées à elles-mêmes, et l'époque de leur guérison est fixe et marquée à un jour près, quoi qu'on fasse, quel que soit le mode de pansement, cérat, cataplasmes, sparadrap, etc. Cette vérité, qui n'est pas assez connue, fait que, si une plaie simple, de peu d'étendue, une brûlure au second degré, est pansée par un remède nouveau, elle guérira plus vite qu'une brûlure du troisième degré pansée par les méthodes ordinaires; et soit prévention, soit aussi coïncidence, car les circonstances ne sont pas toujours identiques, on attribuera au traitement ce qui n'était que l'effet du hasard. Il est vrai que des faits nouveaux viendront modifier le premier jugement. Aussi gardons-nous de conclure trop vite, afin de ne pas être forcé de revenir sur notre première opinion; mieux vaut hésiter et suspendre son jugement que se hâter et conclure vite, parce que, croyant savoir, on se dispense de chercher. *Melius est sistere gradum quàm progredi per tenebras.*

E. MOYNIER.

CLINIQUE DE L'ALGÉRIE.

Considérations sur divers cas d'abcès du foie.

Par M. le docteur A. BERTHERAND, médecin principal de l'hôpital militaire du Dey, à Alger.

Le tome IV du *Recueil des mémoires de médecine militaire* renferme quinze descriptions d'abcès du foie, observés pour la plupart à Oran, Tlemcen et Mascara. D'après ces différentes publications et les travaux plus récents de nos confrères MM. Catteloup et Haspel, l'évolution de l'hépatite suppurante pourrait être considérée comme plus spécialement afférente à la pathogénie de l'Algérie occidentale.

Rappelons cependant que notre savant collègue M. Laveran avait dès 1842 mentionné deux exemples de cette maladie au compte rendu de son service à l'hôpital du Dey, à Alger. Plus tard, E. Broussais en observa cinq cas dans la même ville, à l'hôpital de la Salpêtrière.

Pendant un court séjour de huit mois dans la province de Constantine, j'ai eu aussi l'occasion de rencontrer cinq cas d'abcès hépatiques. Le premier se trouvait à l'hôpital de Constantine, dans le service du docteur Larivière, en août 1852. Le malade succomba. L'autopsie montra le parenchyme de la glande presque entière transformé en un vaste amas de pus auquel la capsule de Plisson servait de poche. Même constatation microscopique chez un malade du docteur Plaisant, à l'hôpital de Sétif, deux mois plus tard. Nous regrettons de n'avoir pu recueillir les antécédents de ces deux sujets.

Des trois autres cas reçus à l'hôpital militaire de Sétif alors que j'en avais la direction, deux furent traités par l'incision; l'un heureusement, le second sans succès. Chez le cinquième, caractérisé par une marche assez obscure, tout porte à croire que le pus s'est frayé un chemin à travers le diaphragme, les plèvres et le poumon, pour se vider par les bronches.

Plus récemment, à l'hôpital militaire du Dey, à Alger, un malade qui avait offert tous les signes rationnels d'un abcès du foie, est sorti guéri du service de M. le médecin major Goze, après avoir évacué par l'anus et par les voies respiratoires de notables quantités de pus.

Enfin, dans le courant de l'été dernier, j'ai eu l'occasion de visiter plusieurs fois le sieur X..., ouvrier tailleur de pierres, établi depuis vingt ans en Algérie, et dont la constitution avait été annuellement fort éprouvée par des atteintes de fièvres. Il avait le facies émacié et terreux, le corps très amaigri, la peau sèche et jaunâtre, un épuisement général prononcé. En palpant l'abdomen, ma main s'arrêta dans l'hypocondre droit sur une saillie arrondie, molle et dépressible, au centre surtout, où la fluctuation était manifeste. X... ne toussait pas, et bien que l'auscultation décelât une matité sus-diaphragmatique, due évidemment au refoulement du poumon, on percevait encore assez bien le bruit respiratoire pour ne pas attribuer le défaut de sonorité à une hépatisation pulmonaire, à un épanchement pleurétique enkysté, etc., etc. Je diagnostiquai donc, d'accord avec le médecin traitant, un abcès du foie. Cette opinion fut partagée par le docteur hollandais Van Ghert, alors en mission à Alger, auquel je fis voir le malade. Je perdis de vue l'ouvrier X... Au bout de quatre mois je le rencontrai vaquant derechef à ses travaux. Sa tumeur hépatique avait disparu sans qu'il pût s'expliquer comment; il me parla seulement de deux ou trois débâcles intestinales fétides et abondantes, dont la coïncidence avec la résolution de l'abcès semble justifier l'hypothèse d'une évacuation par le tube digestif.

Nous allons faire connaître en détail quelques-unes de ces observations, dont nous avons eu fréquemment l'occasion de suivre les sujets, notamment à Sétif. M. le docteur Castex, ex-chirurgien sous-aide attaché au service de M. le médecin major Plaisant, a mis beaucoup de zèle à nous fournir des notes cliniques qui serviront à fixer nos souvenirs et à préciser nos descriptions. Nous sommes heureux de pouvoir payer ce tribut d'éloges à notre jeune et empressé collaborateur.

OBS. I. — *Abcès du foie. — Ouverture à l'aide de deux applications successives de potasse caustique. — Guérison en trente-cinq jours.* (Hôpital de Sétif, service de M. PLAISANT, Notes de M. CASTEX.)

Léonard, fusilier au 20e régiment de ligne, âgé de vingt-sept ans, natif de Virecourt (Vosges), ancien étudiant et engagé volontaire, est au service depuis huit ans. Ses parents jouissent d'une bonne santé; lui-même s'est toujours bien porté avant de venir en Afrique. Il affirme n'avoir pas l'habitude des excès alcooliques. Constitution moyenne, tempérament lymphatico-nerveux, intelligence développée.

Léonard a débuté en Algérie par la province d'Oran comme sous-officier; cassé de son grade au bout de deux années, il a été versé dans le 2e bataillon d'infanterie légère d'Afrique, et a habité trois ans la province d'Alger. Durant ce séjour, il a été atteint à diverses reprises de fièvres intermittentes peu graves, puisqu'elles ont été traitées à l'infirmerie. Il ne se rappelle point avoir jamais eu d'ictère ou de douleurs hépatiques. En 1851, un changement de position l'a fait arriver dans la province de Constantine au 20e de ligne, où il a presque constamment été employé sédentairement à des travaux de bureau.

Le 26 décembre 1852, en soulevant un registre, Léonard s'est heurté l'hypocondre droit au coin d'une table. Il fait remonter à cette époque une douleur suraiguë qui rend sa respiration très difficile; à certains moments elle acquiert une intensité extrême et occasionne des élancements intolérables, heureusement de courte durée, jusque vers l'épaule droite. Dans le but d'éviter l'hôpital, Léonard s'applique des sangsues à l'endroit douloureux, et garde pendant trois semaines le repos et le régime. Le mal augmente, la constitution s'affaiblit. Le 26 janvier 1853, un mois après l'accident, entrée à l'hôpital de Sétif.

Voici quel est l'état du malade: amaigrissement marqué et décoloration de la peau, constipation, appétit médiocre, intelligence nette, chaleur des téguments et demi-sécheresse de la langue; mésagastre et hypogastre déprimés. Dans l'hypocondre droit, au contraire, saillie qui remonte sous les 10e et 9e côtes, fluctuante, et siége des douleurs dont il a été question tout à l'heure. Diagnostic: *abcès du foie.* — Cataplasmes, frictions résolutives, eau de Sedlitz à 40 grammes.

Le 27 janvier, selles abondantes, peu colorées, grisâtres et d'une odeur nauséeuse très forte. La douleur hépatique a augmenté au point de déterminer l'insomnie. — 20 sangsues sur la tumeur, dont le relief sous-costal semble plus saillant; cataplasmes, juleps opiacés, potion iodée.

Du 28 janvier au 2 février, même situation. Les élancements deviennent plus vifs et plus fréquents. — Large vésicatoire recouvrant tout l'hypocondre, pilules de ciguë et calomel (*Gama*).

Le 7 février, aucune amélioration; le malade s'affaisse et son teint s'assombrit de jour en jour. — On fait sécher le vésicatoire pour lui substituer un vaste emplâtre de ciguë.

Le 9, la tumeur présente un relief plus marqué, avec un centre très fluctuant. Plus de doute sur l'existence d'un abcès du foie. — M. Plaisant se décide à faire une application de pâte caustique sur le sommet de la tumeur, dans le but de détruire la peau et de provoquer des adhérences entre les feuillets péritonéaux pariétal et viscéral.

Le 12, l'eschare tombe sans avoir donné à la plaie la profondeur désirée. — Nouvelle application de caustique.

Deux jours après, l'élimination des parties mortifiées donne issue à un pus assez abondant, bien lié, rouge-brun. Soulagement immédiat du malade. La nuit suivante le sommeil est bon, la respiration se dégage; plus de douleur à l'épaule. Léonard éprouve un bien-être particulier. Une selle normale a eu lieu. L'appétit se relève. La saillie du foie a notablement diminué. — Même régime; continuation de l'iode à l'intérieur, mèche dans la plaie, pansement à plat.

Le 16, le mieux continue, sauf quelques élancements dans l'hypocondre. — M. Plaisant prescrit une injection dans l'abcès de 20 gouttes de teinture d'iode dans 30 grammes d'eau distillée tiède.

Le 17, recrudescence légère. La suppuration est sanguinolente; il y a eu insomnie, agitation, malaise, animation de la face; quelques selles diarrhéiques. — Diète, repos, pansement simple.

Le 18, tout rentre dans l'ordre. — Seconde injection iodée, cette fois bien supportée. Peu de douleur.

Le 22, le mieux continue; la suppuration est moins copieuse, quoique toujours rougeâtre. — Troisième injection iodée à 2 grammes de teinture pour 30 grammes d'eau.

Le 27, le volume du foie est redevenu tout à fait normal. L'hypocondre est souple, élastique et presque indolore. L'appétit se prononce, et le malade reprend visiblement ses forces. Il ne sort presque plus de pus; l'orifice de la plaie se rétrécit chaque jour. — L'injection iodée est continuée.

Le 10 mars, le pus ne tache presque plus le linge; il n'y a plus aucune douleur, soit à l'aisselle, soit au foie. Léonard commence à se lever; toutes les grandes fonctions se rétablissent, et le 15 il peut sortir de l'hôpital pour aller jouir dans sa famille d'un congé de convalescence de six mois.

OBS. II. — *Abcès du foie. — Ouverture en deux temps. — Application de la potasse caustique, puis incision. — Mort au dix-septième jour.* (Hôpital de Sétif, service de M. PLAISANT. Notes recueillies par M. CASTEX.)

Fossat, chasseur au 3e bataillon d'infanterie légère d'Afrique, âgé de vingt-huit ans, profession de laboureur, compte huit années de service, dont cinq passées en Algérie, dans la province de Constantine, et plus particulièrement à Bône. Il a contracté dans cette dernière localité une fièvre tierce qui a motivé plusieurs fois son entrée aux hôpitaux. Depuis qu'il a quitté Bône, au mois d'octobre 1852, il n'a jamais joui d'une bonne santé. Son ventre, augmenté de volume, est devenu le siége de douleurs profondes, généralement obscures, mais parfois aussi pongitives, dans la région hépatique, et s'irradiant le long du thorax, jusque vers l'aisselle et l'épaule droites. A deux reprises, Fossat fut admis à l'hôpital militaire de Sétif pour récidives de fièvre intermittente tierce. Chaque fois il sortit à peu près guéri, toujours faible, titubant, inapte à aucun service, sans appétit et sans sommeil.

Au mois de mars 1853, troisième entrée au même hôpital, dans les conditions suivantes: aspect terreux de la figure, peau sèche et rugueuse, amaigrissement très avancé, dégoût des aliments, abattement moral et gémissements presque continuels. Depuis trois semaines environ, selles diarrhéiques très infectes; empâtement général de l'abdomen simulant l'engorgement viscéral, si commun après d'anciennes pyrexies endémiques.

Il y a quatre jours que la douleur de l'hypocondre droit s'est prononcée d'une manière plus continue, toujours sourde, mais entrecoupée par des élancements aigus et rapprochés. Vers la partie supérieure, entre la neuvième et la dixième côte, tuméfaction considérable manifestement fluctuante. M. le médecin major Plaisant diagnostique: abcès du foie compliquant une intoxication paludéenne rebelle. — Eau de Sedlitz; alimentation légère; sulfate de quinine.

Au bout de six jours l'état fébrile a cédé, mais l'engorgement épatique persiste sous les mêmes apparences et avec une même intensité. On essaie les pilules fondantes de ciguë et calomel (Gama), mais sans résultat. La tumeur prend une forme acuminée et plus saillante; l'abdomen se développe; la respiration s'embarrasse; les selles se multiplient, infectes et chargées d'une matière purulente, grumeleuse et rougeâtre.

Le 14 mars, application *loco dolenti* d'une traînée de potasse caustique entre la neuvième et la dixième côte, de manière à ménager une issue à la suppuration du foie. L'eschare, ramollie par les cataplasmes, se détache le 17, mais le foyer n'est pas atteint. Le malade va plus mal; la dyspnée s'est accrue; la douleur hépatique progresse incessamment. M. Plaisant m'appelle en consultation. M. le docteur Combarieu, du 3e bataillon d'infanterie légère d'Afrique, se joint à nous. Nous sommes unanimes pour reconnaître la nécessité de donner immédiatement issue au pus par l'incision directe, vu l'état alarmant du malade, et dût l'opération ne produire qu'un soulagement momentané. A cet effet, M. Plaisant plonge le bistouri dans le fond de la plaie établie par l'eschare, arrive au foie, dont il divise la capsule, et aussitôt un flot considérable de suppuration s'échappe au dehors, sous forme de lie de vin, parsemée de grumeaux hémorrhagiques mélangés de stries sanguinolentes. La quantité totale peut être évaluée à 300 grammes.

Le lendemain, la tumeur abdominale a diminué par le fait de cette évacuation. Les jours suivants l'opéré se sent mieux. La fistule coule modérément. La respiration est plus libre, et le malade demande à manger. Cependant les selles diarrhéiques mélangées de pus continuent. Il y a toujours un peu de fièvre et d'anxiété générale qui font pressentir une issue peu favorable, d'autant plus que le ventre reste sensiblement ballonné.

Cet état d'indécision se prolonge une dizaine de jours, après lesquels une péritonite se déclare dans toute l'étendue de l'abdomen. La diarrhée devient tout à fait sanguinolente dans certaines selles, tandis que d'autres sont absolument purulentes.

Mort le 4 avril.

AUTOPSIE, le 5 avril, à trois heures de relevée. — Habitus extérieur très émacié. Organes pulmonaires sains; engouement du lobe inférieur du poumon droit. A l'ouverture de l'abdomen, injection très vive, variant du rose vif au rouge brun, des diverses régions du péritoine. Arborisation très prononcée de la séreuse intestinale. Le tube digestif est fortement propulsé en avant; la cavité renferme une quantité notable de sérosité trouble et de couleur assez foncée. Foie d'aspect violacé, très gros, peu consistant, offrant quelques adhérences avec le côlon. Abcès considérable ayant détruit toute la substance de la glande, de-

puis sa convexité jusqu'aux limites inférieures du grand lobe. Cette fonte purulente, gorgée de pus mélangé de sang et de grumeaux hépatiques, forme une vaste cavité dans laquelle on peut introduire à la fois les deux mains. Son intérieur offre deux issues : l'une latérale droite, en communication avec l'ouverture opérée par la potasse et le bistouri ; au pourtour existent des adhérences nombreuses et bien organisées. Une seconde issue aboutissait à la partie inférieure du grand lobe, dans une poche purulente large de trois à quatre doigts, haute de sept à huit, descendant vers la fosse iliaque jusqu'à l'insertion du côlon ascendant sur le cœcum, et s'ouvrant, dans le premier, par une ouverture ulcérée de 2 à 3 centimètres de diamètre. Le reste de l'intestin était violacé, fortement injecté, parsemé de plaques, mais vierge de toute autre ulcération.

Obs. III. — *Cachexie paludéenne chronique. — Frissons rebelles ; douleurs persistantes dans le flanc et l'hypocondre droits. — Diagnostic obscur, rectifié après plusieurs entrées à l'hôpital, sur l'apparition d'une tumeur hépatique. — Evacuation purulente bronchique. — Guérison.* (Service de M. Plaisant. Notes cliniques de M. Castex.)

Roger (François), civil européen, âgé de trente-six ans, exerçant la profession de tanneur, est entré une première fois à l'hôpital militaire de Sétif, service des fiévreux, vers le milieu de septembre 1852. Il accuse une douleur sourde dans le côté droit du thorax, depuis la septième côte jusqu'à la clavicule, avec dyspnée, un peu de toux et exacerbations aux heures qui suivent les repas.

« De temps à autre, dit-il, surtout quand j'ai bu du vin, j'éprouve » à droite, sous le teton, comme une pointe aiguë. Cette sensation s'é- » tend ensuite le long de la poitrine ; elle cesse bientôt, et je puis me » remettre au travail. »

Roger a le teint pâle, plombé, la peau flasque et légèrement infiltrée, le ventre obèse ; pas d'appétit ; une inertie physique peu en rapport avec sa corpulence. Par intervalles, dans la journée, et à des heures irrégulières, quelques frissons éphémères. Les selles sont normales. La nuit, insomnie presque continuelle. Inquiétude, abattement général, dégoût de la vie.

Quelques doses de sulfate de quinine, un régime approprié, améliorèrent notablement les fonctions digestives et dissipèrent entièrement les paroxysmes fébriles. Mais Roger se plaignait toujours de sa douleur de côté, nonobstant les remèdes employés pour la combattre : frictions, ventouses, bains, etc. Il parut au médecin traitant que Roger simulait ou exagérait son état ; il le fit sortir de l'hôpital.

Le 20 décembre, il rentrait dans mon service, et me signalait principalement des douleurs intolérables dans le côté droit de la poitrine. La situation générale était la même ; toujours quelques frissons. Je ne pus constater par l'auscultation, la percussion et un palper attentif aucune lésion viscérale. Roger avait servi dix ou onze ans au 3e régiment de chasseurs d'Afrique, dans la province de Constantine, où il avait à diverses reprises contracté des fièvres endémiques. Je crus lui reconnaître une cachexie paludéenne et une pleurodynie. Dans cette pensée, je revins au sulfate de quinine, au vin de quinquina, aux ferrugineux. J'appliquai successivement une trentaine de boutons de feu sur la région douloureuse du thorax. Un soulagement assez marqué s'ensuivit, et l'*exeat* fut prononcé le 20 décembre.

Le 13 avril 1853, troisième entrée à l'hôpital dans les mêmes conditions que précédemment ; pas de vomissements ; seulement la région hépatique est visiblement soulevée, ainsi que le rebord des fausses côtes et des cartilages correspondants ; la convexité des dernières vraies côtes elles-mêmes est plus prononcée que d'ordinaire jusqu'au niveau du teton. La percussion donne un son complétement sourd au-dessus et au-dessous du diaphragme. La respiration courte et assez pénible. Diminution marquée du bruit respiratoire en avant ; en arrière, bruit de cuir neuf. La pression directe sur l'hypocondre détermine une douleur qui s'accroît au fur et à mesure que l'on insiste. Cette considération fait insister M. Plaisant à diagnostiquer un abcès hépatique de préférence à une pleurésie avec épanchement.

Roger est mis à l'usage de l'eau de Sedlitz et des pilules de ciguë et calomel ; régime, boissons et soins généraux appropriés. Nonobstant ces moyens, le mal empire. Le décubitus sur le côté gauche devient impossible, la tension augmente et la fluctuation semble se prononcer.

Tout à coup, le 20 avril au matin, le malade éprouve comme un *déchirement* qui se produit dans le thorax ; puis il évacue par la bouche, sans effort, sans convulsions, environ un litre de pus rougeâtre, mal lié et d'une odeur infecte. Un bien-être général suit de près cette crise. — Repos, légers purgatifs. Potion avec dix gouttes de sous-acétate de plomb liquide.

Les jours suivants, du 21 avril au 5 mai, Roger rend chaque matin une matière semblable, mais de quantité moindre. La douleur disparaît aussi, le sommeil revient ; quelques aliments légers soutiennent les forces physiques.

Au 6 mai, les vomissements de pus ne sont plus constitués que par des crachats purulents et sanguinolents. La potion saturnée est suspendue à cause des coliques vives qu'elle commence à déterminer : on lui substitue des calmants. Régime lacté.

Le 10, les accidents ont cessé, le mieux se consolide. La saillie hépatique a beaucoup diminué. M. Plaisant prescrit une potion gommeuse iodée avec douze gouttes de teinture.

Le 20 juin, l'appétit a tout à fait reparu, ainsi que le sommeil ; l'embonpoint revient d'une manière très sensible ; les forces reprennent, les nuits sont calmes et réparatrices ; Roger commence à se lever. Il ne rend plus qu'un ou deux crachats sanguinolents le matin, et encore ne contiennent-ils que de petites stries rougeâtres. Toute porte à croire qu'il sortira sous peu de l'hôpital.

Réflexions. — En rapportant les faits qui précèdent, notre but n'a pas été seulement de montrer l'hépatite suppurante se développant avec une égale intensité sur des points de l'Algérie où on l'avait peu ou point signalée jusqu'à présent. D'autres considérations découlent encore de notre travail.

Sous le rapport de l'étiologie, une chose nous frappe d'abord : c'est que, dans quatre des cas plus particulièrement observés et suivis par nous, les antécédents morbides sont plutôt des fièvres intermittentes rebelles que des affections du tube digestif, coïncidence ou filiation indiquée par Copeland, M. Louis en France et nos collègues déjà cités de l'Algérie. Chez le sujet de notre deuxième observation, mort après l'opération, quelques altérations du gros intestin ont bien été relatées dans l'autopsie ; mais leur présence ne s'explique-t-elle pas intégralement par la perforation que le voisinage de l'abcès a déterminée dans cette région ? Les traces d'inflammation rencontrées (plaques superficielles, arborisations) ne peuvent-elles pas être exclusivement attribuées à l'irritation provoquée par le passage du pus ? Cette diarrhée *infecte* signalée à diverses époques de la maladie était-elle autre chose que l'évacuation violente de la suppuration accumulée dans la poche purulente contiguë à l'intestin ?

Dans la première observation, il y a constipation ; dans la troisième, les selles sont presque toujours normales ; la diarrhée ne survient que momentanément, après l'ouverture de l'abcès dans la cavité thoracique ; cette diarrhée cesse dès qu'on abandonne la potion saturnée.

Ces considérations donnent du poids, ce nous semble, à une théorie déjà produite, d'après laquelle la congestion répétée du foie pendant le stade de frisson des pyrexies intermittentes serait le point de départ des suppurations hépatiques, la congestion finissant à la longue par produire l'inflammation, l'inflammation le pus et l'abcès. On comprend mieux encore la possibilité de ce mécanisme quand le sang dont le foie se trouve incessamment surchargé est un sang altéré par la cachexie fiévreuse.

Sous le rapport du diagnostic, nous n'avons fait que reproduire les incertitudes avouées par tous les auteurs qui ont écrit sur la matière. La peau présente une altération de couleur incontestable, mais commune à la généralité des maladies endémiques des pays chauds. L'ictère a manqué chez nos sujets, comme il a fait défaut quinze fois sur vingt-deux cas rassemblés par C. Broussais. Restent donc pour asseoir un jugement la douleur et surtout la tumeur : il faut alors, surtout si cette dernière n'est pas parfaitement circonscrite et nettement locale, procéder par exclusion. C'est ce qui a été fait pour le malade de notre troisième observation.

Ce mémoire mentionne trois exemples d'évacuation spontanée d'abcès du foie (la guérison de l'ouvrier X... nous paraissant devoir être rapportée, faute d'autres indices, à ce mode de terminaison). Ce sont là sans doute des données encourageantes sous le point de vue de la thérapeutique expectante.

Pour ce qui est de l'ouverture par les moyens chirurgicaux, elle a fourni une guérison complète et sans accidents au trente-cinquième jour (1re observation). Si elle n'a pas réussi chez le second malade, qui pourtant a survécu dix-sept jours à l'incision, les désordres constatés à l'autopsie démontrent surabondamment que le mal était au-dessus des ressources de l'art. La première fois deux applications de pâte caustique ont suffi pour arriver jusqu'à l'abcès. Il a fallu la seconde fois y ajouter l'incision par le bistouri.

Les injections iodées ont eu évidemment dans la première et la troisième observation une heureuse influence sur la cicatrisation de la cavité hépatique.

OBSERVATIONS MICROSCOPIQUES

sur la coagulation du sang par le perchlorure de fer.

Dans le cabinet physiologique de Turin, on a essayé quelques expérimentations afin de vérifier les faits énoncés par les journaux et d'étudier leurs effets et leurs applications.

Ainsi, on a circonscrit une longue portion de l'artère carotide gauche d'un gros chien en faisant l'injection de quelques gouttes de perchlorure de fer dans la partie limitée, ce qui détermina en peu de temps un caillot dur, résistant à la pression. Après vingt-quatre heures, on examina cette artère, qui présentait le même caillot avec obstruction de son tube.

Afin de connaître la nature du caillot et ses adhérences avec les parois artérielles, on en détacha une portion, longue de 2 centimètres à peu près, que l'on soumit à l'examen microscopique.

La nature du caillot n'était pas la même que l'on observe dans les caillots spontanés des cavités artérielles et des sacs anévrismaux. La nature de ceux-ci est presque toujours homogène et tant soit peu fibrineuse, disposée en couches concentriques ; leur composition est, dans le plus grand nombre des cas, et presque toujours, de fibrine exclusivement. Il est rare que le caillot ferme tout à fait le vaisseau ; son adhérence avec les parois du tube souvent ne se rencontre pas, et quand on l'aperçoit, elle est presque toujours faible et bien petite, à cause de la surface très lisse présentée par la couche de l'épithélium pavimenteux.

Le caillot en question avait au contraire une texture granuleuse très prononcée, de couleur rouge-foncé, résistant ; il ne se rompait que sous une forte pression. En le cassant, on obtenait de petites masses de grains formés dans la presque totalité par des globules rouges profondément altérés dans leur forme.

Cette masse solide remplissait tout le tube de l'artère, qui était ainsi complétement fermée ; elle n'était pas pourtant très consistante et très compacte ; ainsi, en la coupant transversalement, on pouvait observer de petites gouttes de sang encore liquide. On doit croire que ce sang, qui n'était pas altéré dans ses éléments morphologiques, s'était infiltré dans la masse du caillot assez longtemps après sa complète formation et qu'il s'était soustrait par conséquent à l'action caustique de l'injection.

En incisant l'artère dans sa longueur, on voyait que les couches de la périphérie du caillot présentaient une très grande adhérence avec les parois artérielles, de manière qu'il fallait les racler fortement pour en détacher les grumeaux sanguins.

Pour chercher la cause de cette adhérence, on a observé les couches plus concentriques des membranes artérielles, et on a vu que la couche de l'épithélium pavimenteux avait disparu, détruite sans doute par l'action caustique du perchlorure de fer.

Par suite de la destruction de cette couche, on peut facilement comprendre comment les parois artérielles, de lisses qu'elles étaient, sont devenues raboteuses et irrégulières jusqu'à présenter une surface très propre à former de fortes adhérences avec le caillot. (*Journal de l'Académie de Turin.*)

ÉPIDÉMIE DE PETITE VÉROLE A GÊNES.

La ville de Gênes (Etats sardes) a été, en 1852, le théâtre d'une épidémie très grave. Le bureau de l'état civil a enregistré pendant cette année le nombre vraiment remarquable de 664 décès par la petite vérole.

Si à ce nombre on ajoute tous ceux qui sont morts dans les hôpitaux et hospices, non compris dans ledit *enregistrement* ; si on considère les décédés pour complications ou suites pathologiques de la variole, qui ont été inscrits sous d'autres dénominations à l'état civil, on peut conclure sans exagération que cette cruelle maladie y a moissonné au moins un millier de victimes.

Les médecins génois ont eu le triste avantage de faire sur ce sujet des observations très nombreuses, consignées dans la *Gazette médicale de Gênes* et dans la *Gazette médicale lombarde* ; en voici quelques extraits :

Sur 70 malades de la petite vérole pendant le cours de l'épidémie, c'est-à-dire dans les douze mois de l'année pris au hasard, à des âges différents, et qui ont été soigneusement explorés, on a trouvé que :

30 étaient vaccinés ;

17 avaient subi une vaccination douteuse ;

21 n'étaient pas vaccinés ;

2 n'étaient pas vaccinés, mais avaient eu autrefois la variole.

Par conséquent, même en considérant comme vaccinés ceux dont la vaccination était douteuse, on avait plus d'un tiers des malades qui n'étaient pas vaccinés.

Sur les 70 malades qui forment le sujet d'une observation du journal sarde, 38 étaient atteints de la variole maligne.

Sur ce dernier nombre, 15 appartenaient aux vaccinés, et parmi ceux-ci 2 seulement étaient au-dessous de 20 ans ; l'un avait 16 ans, l'autre 12.

Tous les autres n'étaient pas vaccinés.

D'où il résulte que la variole maligne a pris, moins quelques exceptions, ou ceux qui n'étaient pas vaccinés, ou ceux qui l'étaient depuis longtemps.

La commission des médecins chargés par la mairie de la ville d'étudier les causes de l'épidémie a conclu que son grand développement était dû :

1° A la vaccination qui n'a pas été généralisée ;

2° A la revaccination non pratiquée ;

3° A la rénovation du vaccin originaire, ou cow-pox, négligée ou omise ;

4° Au cours et à la marche des vaccinations, qui n'a jamais été surveillée.

D'autres faits viennent à l'appui de ces inductions. Ainsi, nous apprenons qu'à Saint-Miniato, en Toscane, sur 188 personnes atteintes de la petite vérole au premier semestre de 1853, 15 seulement avaient été vaccinées, et encore celles-ci ne présentèrent qu'une simple varicelle. Au sein des mêmes familles, dans les mêmes circonstances, les individus vaccinés ont été préservés de l'infection, pendant que les autres en ont subi la fatale influence.

La distribution des malades selon l'âge a été la suivante :

De la naissance à 1 an, 3 ; de 1 à 3 ans, 20 ; de 3 à 7 ans, 36 ; de 7 à 14 ans, 63 ; de 14 à 21 ans, 34 ; de 21 à 30 ans, 21 ; de 30 à 40, 1. — 188.

PATE DE DOUCE-AMÈRE

contre les affections de la gorge ;

Par M. Pichon, pharmacien à Aix-les-Bains.

Sur la demande de M. le docteur Duval, j'ai préparé en 1849 une pâte pectorale à base de douce-amère. L'accueil encourageant que cette nouvelle préparation a reçu de plusieurs médecins distingués, qui l'ont essayée dans leur pratique, m'engage à faire connaître la formule que j'ai suivie et qui m'a parfaitement réussi :

Douce-amère (tiges récentes fendues et coupées).	250 gram.
Eau.	2,000 —
Gomme arabique.	1,500 —
Sirop de douce-amère (Codex).	2,000 —

Versez sur la douce-amère, eau bouillante, environ 400 grammes. Après douze heures d'infusion, passez, laissez déposer, décantez la liqueur et conservez-la à part. Faites infuser de nouveau le résidu dans 1,600 grammes d'eau.

Concassez la gomme arabique, faites-la dissoudre au bain-marie dans la liqueur provenant de cette deuxième infusion ; passez. Remettez la solution gommeuse sur le feu avec le sirop de douce-amère.

Faites évaporer en consistance de sirop très épais, en ajoutant vers la fin le premier infusé qui a été mis à part.

Laissez refroidir; enlevez la croûte formée à la surface, et coulez dans des moules en fer-blanc passés au mercure que vous porterez à l'étuve pour achever la concentration de la pâte.

Une expérience de quatre années, notamment celle de la pratique de M. le docteur Davat, m'a démontré l'efficacité de cette forme nouvelle d'administrer la douce-amère dans plusieurs cas de maladies de la gorge et de ses annexes, aiguës ou chroniques : ainsi l'angine tonsillaire, la pharyngite, la stomatite, les ulcérations syphilitiques de la gorge et du palais, l'aphonie, etc.

(*Répert. de pharm.*)

CONCLUSIONS

d'un mémoire sur l'ostéo-myélite

Lu à l'Académie des sciences, le 21 novembre 1853, par M. Chassaignac, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine.

De ce travail et des faits qui lui servent de base nous croyons pouvoir déduire les conclusions suivantes :

1° L'ostéo-myélite s'accompagne inévitablement et très promptement de périostite suppurative aiguë et de phlegmon diffus.

2° Dans l'ostéo-myélite suppurante, le décollement de la toile médullaire d'avec la paroi qu'elle tapisse est un phénomène constant.

3° La propagation de l'ostéo-myélite d'une section de membre à celle qui est immédiatement au-dessus s'effectue par la perforation des cartilages, l'envahissement de la synoviale et par la rupture du cul-de-sac supérieur de celle-ci.

4° Les perforations cartilagineuses diffèrent beaucoup les unes des autres, suivant qu'on les examine dans les cartilages épiphysaires ou dans les cartilages diarthrodiaux. Dans les premiers, la perforation est de forme canaliculaire; dans les autres, elle ressemble à des trous faits à l'emporte-pièce.

5° L'ostéo-myélite s'accompagne toujours d'arthrite purulente. Les articulations sont généralement envahies de bas en haut, c'est-à-dire sur le trajet ascendant du membre.

6° L'arthrite purulente causée par l'ostéo-myélite ne se déclare presque jamais avant le douzième jour de la maladie.

Conclusions relatives au diagnostic.

1° La circonstance d'un œdème dur et douloureux qui se termine par une coupe abrupte sur le trajet d'un membre est un caractère pathognomonique de la maladie.

2° Le pus sous-aponévrotique dans l'ostéo-myélite est constamment mélangé de globules huileux.

3° Les caractères différentiels de l'ostéo-myélite et de l'abcès sous-périostique sont les suivants :

A. Dans l'abcès sous-périostique la fluctuation précède l'empâtement; dans l'ostéo-myélite c'est tout le contraire.

B. L'œdème douloureux qui accompagne l'ostéo-myélite se termine brusquement par un rebord saillant et dur juste à la hauteur où l'os cesse d'être malade.

C. L'ostéo-myélite s'accompagne de phlegmon diffus et de périostite suppurative; l'abcès sous-périostique ni la suppuration médullaire de l'os ni l'infiltration purulente du membre.

D. L'ostéo-myélite se propage d'un os à un autre par une marche ascendante vers la racine des membres; l'abcès sous-périostique reste généralement confiné dans la section du membre sur laquelle il est apparu.

4° Les caractères différentiels de l'ostéo-myélite et du phlegmon diffus sont : 1° la nature de l'œdème; 2° la présence des globules huileux dans le pus.

Conclusions relatives au traitement.

1° Dans l'ostéo-myélite, les incisions doivent être employées dans un but diagnostique et dans un but thérapeutique. Si l'affection est seulement présumée, les incisions doivent pénétrer jusqu'à l'aponévrose d'enveloppe inclusivement; si l'on trouve du pus sous l'aponévrose, elles seront immédiatement conduites jusqu'à l'os.

2° Dans l'ostéo-myélite aiguë, l'amputation du membre est la seule chance de salut.

3° L'amputation doit être faite aussitôt que le diagnostic est certain.

4° Le procédé opératoire indiqué dans ce cas est la méthode à lambeaux.

5° Le lieu d'élection est la première articulation saine au-dessus de l'os malade.

6° Il y a contre-indication dans le cas de suppuration de mauvaise nature, d'ostéo-myélite développée sur plusieurs membres et d'empoisonnement typhoïde général.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

ADDITION A LA SÉANCE DU 22 NOVEMBRE 1853.

Discussion sur le perchlorure de fer. (Suite.)

M. Malgaigne commence par établir le sens de ses conclusions telles qu'il les a formulées au début de cette discussion. Ces conclusions consistaient à dire que, dans l'état actuel des choses, il y avait imprudence à ce qu'un chirurgien exposât des malades aux dangers de l'injection de perchlorure de fer. En émettant cette opinion, dit M. Malgaigne, je n'ai pas entendu préjuger l'avenir et je crois être resté dans les limites d'une prudente réserve. De là deux sortes d'opposants et deux reproches contradictoires. D'une part, M. Moreau m'a reproché de n'avoir pas assez formellement condamné la nouvelle méthode; d'autres m'ont accusé, au contraire, d'être allé trop loin et d'avoir prématurément soulevé une discussion inopportune. Je crois, pour mon compte, qu'il y avait nécessité de condamner ce qui a été fait jusqu'à présent et d'attendre de l'avenir de nouvelles lumières. Si quelque chirurgien se présente avec de nouvelles et suffisantes expériences sur les animaux, il y aura lieu de voir s'il convient de reprendre plus tard de nouveaux essais de cette méthode.

Il y a un point sur lequel je ne partage pas entièrement l'opinion de M. Gerdy, avec qui je suis en parfaite communion d'idées sur cette question d'ailleurs; c'est sur ce point qu'il faut laisser faire les chirurgiens téméraires. Non, je ne veux pas qu'on laisse plus longtemps se renouveler de semblables expériences sur l'homme avant que les résultats de la méthode aient été bien appréciés sur les animaux, que les conditions et les règles de son emploi aient été bien établies; les chirurgiens qui pratiqueraient aujourd'hui les injections de perchlorure de fer seraient à mes yeux des chirurgiens téméraires. Sans doute il y aura toujours des imprudents et des téméraires en chirurgie, mais il ne faut pas les encourager.

M. Malgaigne, revenant ensuite sur quelques points de la discussion qu'il lui paraît nécessaire d'éclaircir, rappelle qu'il a dit dans son mémoire que, sans prétendre diminuer en rien le mérite des hommes distingués qui avaient répété les expériences de M. Pravaz à Alfort, il fallait bien reconnaître qu'ils s'étaient écartés sans motif plausible des règles posées par l'inventeur; que leurs expériences prouvaient bien l'inefficacité du perchlorure de fer à petites doses et son danger à dose exubérante; mais que l'injection rationnelle était la seule qu'ils n'eussent point pratiquée. M. Giraldès a réclamé contre cette phrase et a répondu à cela en citant des expériences qui tendraient à infirmer cette assertion. Mais les expériences citées par M. Giraldès étaient inédites; il n'avait pas été possible d'en tenir compte dans un jugement qui n'avait pu être porté nécessairement que d'après les expériences rendues publiques dans les comptes rendus de la Société de chirurgie rapportés par son organe officiel, la *Gazette des Hôpitaux*.

Je passe, continue M. Malgaigne, à un autre de mes contradicteurs, M. Leblanc. J'avais dit que, dans des expériences faites par MM. Leblanc et Debout, on avait observé tantôt un racornissement de l'artère sans amincissement, tantôt un racornissement avec amincissement. M. Leblanc a nié ces faits. Comme M. Giraldès, M. Leblanc paraît avoir oublié ce qu'il avait dit dans la première relation qu'il a faite de ses expériences à la Société de chirurgie; car on lit dans le compte rendu officiel (*Gazette des Hôpitaux*) de la séance où a été faite cette communication que, dans l'une des expériences, l'injection produisit le racornissement de l'artère, et que, dans une autre, le vaisseau fut aminci et se laissa distendre à la manière d'une veine variqueuse.

Mais un nouveau fait s'est produit dans la discussion; je veux parler du fait de guérison d'un anévrisme par une injection de perchlorure de fer récemment communiqué à l'Académie par M. Valette, fait que M. Velpeau semblait pressentir dans son dernier discours lorsqu'il disait que la série des expériences ne s'arrêterait pas là, et que d'un jour à l'autre on verrait surgir de nouveaux éléments propres à éclairer la question.

Un mot à ce sujet sur la critique énergique que M. Velpeau a faite de mon mémoire :

D'après M. Velpeau, il y aurait eu quelque chose de singulier et d'inexplicable dans le fait de gangrène du bras pour lequel j'ai été obligé de pratiquer l'amputation; mais plus ce qui s'est passé dans ce cas était singulier et inexplicable, plus il y avait de raison de le mettre sur le compte du perchlorure de fer, sur l'action duquel on ne sait encore rien de précis. Ce fait, d'ailleurs, ne m'avait pas entièrement convaincu, et j'ai voulu m'éclairer moi-même sur la manière de faire des chirurgiens les plus habiles et les plus prudents. Je suis allé, en conséquence, voir opérer M. Velpeau lui-même. Les précautions les plus minutieuses ont été prises dans l'opération pratiquée par M. Velpeau, ce qui n'a pas empêché qu'il n'ait fallu aussi dans ce cas recourir plus tard à la ligature pour réparer les désordres causés par l'injection. Il en a été de même du fait de M. Jobert, dont personne assurément ne met en doute l'habileté et la prudence.

On a dit que rien ne prouvait que la gangrène qui s'est manifestée dans tous ces cas fût le résultat de l'injection; que ce n'était pas le perchlorure de fer qu'il fallait en accuser, mais l'inobservance des précautions exigées en pareil cas. Mais qui connaît les précautions qu'il faut prendre? qui sait en quoi elles consistent? où les règles de l'art sont-elles formulées? Personne ne le sait encore. N'a-t-on pas procédé, d'ailleurs, avec la plus grande prudence et les plus minutieuses précautions dans le cas de M. Lenoir, comme dans celui de M. Jobert et de M. Velpeau? Ainsi voilà trois opérations pratiquées dans les meilleures conditions, avec la plus grande prudence possible; et de ces trois cas, l'un est suivi de mort; chez les deux autres, les malades n'ont dû leur salut qu'à la ligature! Si l'on ne peut conclure de ces faits contre la méthode, à quoi sert la logique?

M. Velpeau, dans son second discours, a fait des concessions que je ne puis admettre, il a dit que l'opération nouvelle pourrait être conservée pour un certain nombre de cas, par exemple, pour les anévrismes de la racine des membres, ou dans le voisinage des grandes cavités. Mais ce sont là, ainsi que M. Laugier l'a fait remarquer tout à l'heure, les circonstances où l'injection de perchlorure de fer serait peut-être le plus nuisible. L'expérience s'est prononcée déjà, d'ailleurs, à cet égard. M. Velpeau a donc donné sur ce point des espérances qui ne se réaliseront jamais. S'il était possible de conserver encore l'espoir d'utiliser cette méthode, ce serait peut-être dans des cas de petits anévrismes des extrémités de la nature de celui qu'a opéré M. Valette.

Lorsque, me fondant sur les faits malheureux observés, je me suis permis d'élever des doutes, dans mon mémoire, sur l'innocuité du perchlorure de fer, on s'est écrié de toutes parts : Le perchlorure employé n'était point celui de M. Burin-Dubuisson. C'est l'argument derrière lequel se retranchent tous les partisans de la nouvelle méthode, et la réponse qu'ils font à toutes les objections. Mais quel est ce fameux problème de M. Dubuisson, dont ce pharmacien a lui-même donné plusieurs formules différentes, et que personne ici n'a eu encore, à ce qu'il paraît, en sa possession? M. Soubeiran, consulté sur la pureté du perchlorure de fer de M. Dubuisson, a déclaré qu'il était détestable. Je laisserai sur ce point M. Dubuisson aux prises avec M. Soubeiran, n'ayant point la compétence nécessaire pour discuter un pareil sujet.

M. Laugier a soumis à une très habile critique les faits rapportés dans mon mémoire. Suivant lui, ce ne serait ni à la concentration, ni à la quantité du liquide injecté qu'il faudrait attribuer les accidents observés. Cela est possible; mais qu'est-ce que cela prouve? Si ce n'est ni à l'état de concentration, ni à la quantité, ni à la qualité du perchlorure de fer qu'on doit attribuer, c'est donc à une autre cause inconnue, et la difficulté de reconnaître d'avance les chances d'accidents n'en devient que plus grande. Que l'on suppose que cela dépende, par exemple, d'une idiosyncrasie particulière des malades, il sera bien plus difficile encore de prévoir et de prévenir ces accidents, et dès lors l'emploi du perchlorure ne peut plus être soumis à une règle fixe. M. Laugier pense que ces accidents doivent être attribués plutôt aux ponctions répétées qui ont dû être pratiquées dans quelques cas. Je ne partage point cette opinion. On fait tous les jours des ponctions répétées dans des tumeurs enkystées sans produire ni inflammation ni gangrène : c'est donc bien évidemment la substance introduite dans le sac anévrismal qui est la cause de tous ces désordres.

Enfin, si j'examine le fait de M. Valette dont on a fait tant de bruit, je suis frappé tout d'abord d'une chose, c'est que cette opération a été faite contre toutes les règles et en dépit de toutes les prescriptions de la méthode Pravaz. Tandis que M. Burin-Dubuisson considère comme devant être la dose réglementaire 5 gouttes de perchlorure par centilitre de sang, M. Valette en injecte 15 gouttes pour un anévrisme dont il évalue lui-même la capacité à 1 centilitre. On ne sait plus, en présence de pareilles incertitudes, à quoi s'arrêter. Quelle sera donc la règle pour ceux qui voudraient expérimenter à l'avenir? Combien de victimes faudra-t-il faire encore pour arriver à quelque chose de précis!

En résumé, la méthode Pravaz est détestable; elle n'est point applicable aux gros anévrismes; et quant aux petits anévrismes, les seuls auxquels elle pourrait convenir, la ligature donne de si brillants résultats que ce serait folie que d'y renoncer pour une méthode aussi incertaine et aussi dangereuse.

Je ne dis pas que la ligature soit le dernier mot de la chirurgie. On a proclamé en Angleterre les bons effets de la compression. Je pense qu'il y aurait avantage à mettre ce moyen à l'étude. Je suis loin, comme on le voit, de m'opposer à ce qu'on fasse des essais; mais je veux que l'initiative en soit prise par des chirurgiens prudents et sages, et non par ces chirurgiens téméraires qui se conduisent sans règle et sans mesure. Enfin, je suis prêt à adopter un autre moyen que la ligature, mais à la condition qu'il ne donnera pas sur 11 cas 4 morts et 5 ou 6 insuccès.

— La suite de la discussion du perchlorure de fer est renvoyée à la prochaine séance.

Les collections de la *Gazette des Hôpitaux*, fondée en 1828, et qui est par conséquent dans sa vingt-sixième année, sont devenues si rares aujourd'hui, qu'il nous est désormais impossible de fournir les années antérieures à 1838. Elle avait été imprimée, pendant ces dix ans, dans le format in-4°.

De 1838 à 1850, les colonnes de ce journal durent prendre plus d'extension, car le cercle de sa rédaction s'était fort élargi, et son ancienne dimension ne lui suffisait plus. Il ne nous reste qu'un très petit nombre d'exemplaires de ces treize années.

Enfin, en 1851, la *Gazette* a adopté son format actuel.

Toute personne qui s'abonnera à l'année courante, ou tout abonné actuel qui aurait le désir de se commencer une collection, pourra se procurer dans nos bureaux les année 1851 et 1852, toutes reliées, au prix de 12 fr. seulement.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés se trouvent à Bruxelles, à la librairie polytechnique d'Aug. Decq. — Les abonnements à la Gazette des Hôpitaux sont reçus à cette librairie au même prix qu'à Paris.

Annales d'oculistique, fondées par le docteur Florent Cunier. — La publication de ce journal, interrompue pendant plus de trois mois par la maladie et la mort de Cunier, a été reprise au mois de juillet dernier par un comité de rédaction composé de MM. les docteurs Fallot, Bosch, Hairion, Van Roosbroeck et Warlemont; ce dernier comme rédacteur gérant. Grâce à une activité qui ne s'est pas ralentie, la nouvelle rédaction a fait paraître les livraisons arriérées, et se trouve dès aujourd'hui au courant de sa publication. Les numéros de juillet, août et septembre ont été distribués, et à l'avenir une livraison paraîtra le 1er de chaque mois.

La table des matières contenues dans les trente premiers volumes des *Annales d'oculistique* est proposée à MM. les abonnés, qui trouveront un bulletin de souscription dans le dernier numéro qui leur a été adressé. — Les abonnements pris jusqu'au 1er juillet dernier chez M. Germer Baillière être renouvelés chez M. Victor Masson, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17, à Paris. — Le prix de l'abonnement est de 16 fr. pour toute la France. Il est payable par anticipation, sans frais ni déplacement, au domicile de l'abonné, sur un mandat tiré par l'éditeur. — Les *Annales d'oculistique* paraissent par livraisons mensuelles, qui constituent dans l'année deux volumes in-8° d'environ 300 pages.

Névrologie, ou description et iconographie du système nerveux et des organes des sens de l'homme avec leur mode de préparation; par MM. Ludovic Hirschfeld, docteur en médecine de la Faculté de Paris, et J.-B. Léveillé, dessinateur. Paris, 1853, 10e livraison. In-4°, figures noires, 5 fr.; fig. coloriées, 10 fr. L'ouvrage complet, comprenant 368 pages et 92 planches, fig. noires, 50 fr.; fig. coloriés, 100 fr. — A Paris, chez J.-B. Baillière, rue Hautefeuille, 19.

Le Solier.

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 142. — JEUDI 1er DÉCEMBRE 1853. (26e ANNÉE.) N° 142. — JEUDI 1er DÉCEMBRE 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40; EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE.	Trois mois. . . .	8 fr. 50 c.
	Six mois. . . .	16 »
	Un an.	30 »
GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES.	Trois mois.	9 fr.
	Six mois.	17
	Un an.	33
ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR.	Trois mois.	10 fr.
	Six mois.	20
	Un an.	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

PARIS, LE 30 NOVEMBRE 1853.

Séances des Académies.

La langue me démange singulièrement aujourd'hui, non pour jaser, mais pour me taire à l'endroit de l'Académie de médecine.

Ce n'est pas que j'éprouve la moindre rancune du peu d'empressement que la savante Compagnie met à répondre à mes avances et à agrandir, je ne dirai pas le cercle, mais la double ligne des places destinées aux propagateurs de la publicité. Au contraire..... mais j'ai à mon silence plusieurs motifs sérieux.

Le premier, qui me dispenserait, à la rigueur, des autres, c'est qu'un ignoble lumbago me cloue chez moi depuis trois jours, et m'a privé du plaisir d'assister aux bonnes fortunes dont MM. les académiciens et le public ont joui hier. Le second... mais à quoi bon insister et donner des armes contre nous à quelques membres, vice-président ou autres, qui ne voudraient pas, avec raison peut-être, que l'on s'occupât de la presse. J'arrive à la séance.

Et d'abord, une agréable surprise a frappé tous les yeux, et bientôt toutes les oreilles. L'honorable président, dont on regrettait la trop longue absence, a repris sa place; et le timbre clair, sonore et délicat de sa voix, duquel nous avait quelque peu désaccoutumés son honorable suppléant, a fait vibrer avec plaisir tous les tympans de l'auditoire.

La seconde bonne fortune, c'est une leçon complète de pathologie, qu'à propos de la discussion sur le perchlorure de fer, M. Roux, poussé à la tribune par le vœu général, nous a faite avec la bonhomie et l'attrayant laisser-aller qu'on lui connaît. L'honorable membre a passé en revue les diverses méthodes de ligature de Brasdor, de Hunter, ou plutôt (je me trompe et l'orateur me reprendrait vertement), d'Anel, et a fini par reproduire son opinion déjà formulée sur la convenance de ne pas proscrire la nouvelle méthode d'une manière absolue et irrévocable.

Après M. Roux, M. Velpeau a reproduit aussi nettement ses idées, n'a pas eu de peine à se disculper de quelques reproches plus ou moins indirects qui lui avaient été faits, et n'a pas non plus condamné entièrement les injections.

Que dirons-nous de la lettre de M. Giraldès et de la réclamation que M. Leblanc voulait faire et a laissée par écrit? Ce sont des questions un peu personnelles que nous renvoyons à M. Malgaigne. Du reste, la discussion n'est pas close, et nous ne désespérons pas d'avoir à écouter encore quelque nouvelle et brillante argumentation de l'éloquent provocateur du débat.

Enfin, et nous l'avons naturellement gardée pour la bonne bouche, une communication fort intéressante a été faite par un estimable confrère, qui porte un nom cher à la science, et qui tient par des liens étroits à un des membres les plus estimables et le plus distingués de l'Académie. M. le docteur Desormeaux a lu un petit mémoire qui nous a paru trop court par l'intérêt qu'il offre sur un moyen nouveau d'investigation de l'urètre; il s'agit d'un urétroscope qui paraît fort avantageux, et dont on trouvera la description dans le compte rendu.

A l'Académie des sciences, un rapport de M. Chevreul sur un mémoire intéressant d'un ancien interne des hôpitaux, M. Mouriès, relatif aux principes immédiats du son de froment et à leur rôle dans la panification et la nutrition; et une lettre de M. Guillon en réponse à une autre de M. Le Roy-d'Etiolles : tels sont les seuls objets relatifs à la médecine qui se soient produits dans cette séance.

Dans notre dernier article sur le choléra, nous avons signalé une sorte de temps d'arrêt dans l'épidémie. En effet, jeudi, vendredi et samedi matin jusqu'à onze heures, il n'y avait eu aucune réception du dehors, ni aucune invasion nouvelle dans les salles de l'Hôtel-Dieu et de la Charité, les seuls hôpitaux qui aient eu jusqu'à présent un certain nombre de cholériques; mais à dater du samedi, il y a eu un surcroît sensible. Ainsi, à l'Hôtel-Dieu, par exemple, dans la seule salle Sainte-Jeanne, il y a eu, samedi 26, trois cas nouveaux; le dimanche 27, trois, dont un suivi de mort dans la journée même; le 28, trois également, et le 29, cinq. On compte, en outre, deux ou trois cas nouveaux à la salle Saint-Benjamin et deux cas seulement chez les femmes, qui ont été jusqu'ici, ainsi que nous l'avons déjà fait remarquer, beaucoup moins frappées que les hommes. Avant-hier, 28 novembre, il est entré sept cas nouveaux à l'hôpital Saint-Antoine.

Nous ferons, au sujet de ces nouvelles invasions, une remarque dont on appréciera la valeur, d'après ce que nous avons dit à cet égard dans nos premiers articles : c'est que, tandis que jusqu'ici le nombre total des cas constatés dans les hôpitaux se composait par parties presque égales de sujets venus du dehors et d'individus frappés dans les salles mêmes, les cas nouveaux que nous venons de signaler sont presque tous venus du dehors.

Nous n'avons rien appris, du reste, des autres hôpitaux qui mérite une mention spéciale. Nous reprendrons le cours de nos recherches sur ce sujet dans le numéro prochain; et à ce sujet nous ne manquerons pas de signaler une observation que nous adresse notre honorable confrère M. Vernois, et qui porte sur quelques analyses chimiques de l'urine et du sang.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. PIORRY.

De la généralisation et de la localisation dans les maladies.

Considérée dans son ensemble et dans ses nombreuses applications, la médecine a pour but de constater par les faits anatomiques, physiologiques, chimiques et physiques l'état actuel de toutes les parties de l'organisme, en tenant compte des causes qui ont déterminé les phénomènes, en recherchant leur réciprocité d'action ou de souffrance, et en prenant en considération les circonstances de causalité de lésions et de troubles d'action, ou de concordance de lésions et de troubles d'action, afin d'arriver naturellement au traitement le plus convenable. Professées publiquement pendant près de vingt ans dans un cours de physiologie où l'on recherchait les influences réciproques des organes et des fonctions les unes sur les autres, développées ailleurs avec non moins d'exactitude (art. MUTUEL, *Dictionnaire des sciences médicales*), ces doctrines ont été exposées de nouveau dans notre *Traité de médecine pratique*. Nous y avons étudié non-seulement l'état organopathique principal, mais nous y avons encore insisté sur les circonstances dans lesquelles on le retrouve, et sur les états qui en dépendent.

Ces faits ont été méconnus; aussi s'est-on élevé contre nous, et a-t-on répété qu'avec notre nomenclature et notre étude des états organopathiques nous faisions de l'analyse, et rien de plus. Disséquant la maladie jusqu'à sa dernière limite pour en trouver les divers éléments, nous nous lançons à la recherche d'états morbides dont l'ensemble nous échappe. En un mot, M. Piorry, a-t-on dit, est un homme de détails, incapable de faire de la synthèse.

On nous reproche donc de ne *pas généraliser;* mais ceux qui se flattent de généraliser toujours peuvent-ils réellement se livrer à une synthèse consciencieuse, puisque la généralisation consiste à prendre les faits de détails isolément et à les réunir ensuite? Si nous remontons jusqu'à Broussais et jusqu'aux années de la grande réforme dont il fut le moteur, plus loin même, jusqu'à Morgagni, comment a-t-on généralisé? L'anatomie avait-elle fourni les différents types qui doivent servir de base à une généralisation? Non; l'ouverture des cadavres n'avait pas encore éclairé la médecine par ses données positives, et la science qu'elle enfantait était encore à son berceau. Remontons plus haut encore, parcourons la *Nosologie* de Cælius Aurélianus, la donnée anatomique y fait défaut; et, quoi qu'il en soit, on a fait de pompeuses généralisations avec des symptômes considérés isolément, par suite sans valeur, tels que la chaleur, le froid, la difficulté de respirer, les crachats, la douleur, à laquelle on a dû nécessairement faire jouer un rôle capital. Ces symptômes ont été réunis deux à deux, trois à trois, et ainsi de suite; puis on les a rangés par catégories, on en a fait des maladies, et voilà ce qu'on a appelé de la généralisation.

Vous croyez peut-être qu'on a déserté ce système? Non; la compilation a fait, sous le nom de maladies, des tableaux magnifiques de description, mais qui, assis sur des bases ridicules ou fausses, deviennent pour l'élève des causes incessantes de déception; c'est que les symptômes d'un jour ne sont plus ceux du lendemain. Aussi, conséquence inévitable, tombe-t-on dans la médecine de Pinel, médecine à tiroirs, où l'on trouve des traitements pour toutes les catégories de symptômes.

Pour bien juger des études de la maladie, il convient de savoir ce qu'est la maladie et ce qu'elle est devenue. On a voulu la supposer existante par elle-même et déterminant dans l'organisation un trouble notable, accusé par une série uniforme de symptômes. Un principe vital surveille l'organisation et fait des efforts sanateurs, de telle façon que la maladie suive une marche régulière. Ces idées, imputées à tort par quelques-uns à Hippocrate, sont les doctrines de Stahl mélangées d'idées chimiques, mécaniques, etc. Ce qu'il importe surtout de remarquer, c'est la nature médicatrice subordonnée au principe vital. Enfin, une voix se fit entendre au milieu de ce mysticisme nosologique : *il n'y a pas de maladies, il n'y a que des organes malades.* Attaqué à son tour, Broussais céda à l'entraînement général et s'abandonna tout entier à l'étude de l'irritation sous ses différentes formes. Si les idées de Broussais tombèrent, elles ne pouvaient rester longtemps dans l'oubli, et des travaux gigantesques venaient compléter les œuvres de Morgagni. Laënnec donnait au monde l'auscultation médiate; Laënnec était néanmoins généralisateur. Nous le voyons étudier l'angine de poitrine (qui n'est, à vrai dire, qu'une névralgie thoraco-brachiale), le catarrhe sec et humide, le catarrhe pituiteux. C'est que Laënnec, fidèle à la tradition, étudiait à la façon de ses devanciers. Fatale erreur!... Ceux qui se disent généralisateurs ont-ils profité de ces travaux, ont-ils pris pour point de départ de leur synthèse les données anatomiques? Pour eux, les organes ne sont malades que par suite d'une expression morbide générale qui est presque en dehors de l'organisation. Nous ne tenons pas compte du sang, nous ont-ils dit; nos travaux sur les altérations du sang ont répondu victorieusement à ce reproche. Chassés du système nerveux par les recherches de MM. Durand-Fardel et Rostan, ils ont changé de conduite et sont devenus forcément localisateurs; tandis qu'on admettait des fièvres, MM. Bretonneau, Chomel, Louis étudiaient dans l'intestin une lésion locale.

En somme, y a-t-il un organicien, un localisateur qui ne soit partisan des idées générales? Les affections du système nerveux, les altérations du sang n'amènent-elles pas des phénomènes généraux? Qu'on enlève, par exemple, une partie du sang, ou qu'on introduise un poison dans ce fluide, qu'on touche la moelle de l'épine ou qu'une tumeur vienne à comprimer le bulbe rachidien, ce sont des phénomènes généraux qu'il faudra constater; tous les organiciens se plaisent à le reconnaître.

Que devient donc la généralisation? La doctrine des généralisateurs consisterait-elle à partir des temps anciens et à n'étudier que les symptômes? Non, évidemment; une synthèse ainsi faite est impossible. Faut-il admettre en dehors de l'organisation un principe immatériel qui la dirige constamment? Mais nous admettons l'existence de l'âme (*Traité de médecine pratique*, 8e vol.), et au point de vue médical l'âme ne peut être malade. Cette prétendue généralisation n'a donc point de base.

Quant aux forces vitales, quant aux propriétés vitales, elles sont inhérentes à la matière; il conviendrait alors d'étudier les maladies

des propriétés vitales ! Or, la généralisation peut-elle être métaphysique ? Non ; ses éléments doivent se trouver dans le corps de l'homme. Ce que nous nions donc, c'est une maladie générale, unitaire, déterminant toujours les mêmes phénomènes. Nous reconnaissons, il est vrai, certaines causes constamment les mêmes, telles que le virus syphilitique. Mais ce virus n'est point la maladie ; il amène un état général, une altération du sang, toujours la même, et dont l'expression phénoménale, variable à l'infini, réclame une étude minutieuse de chacun des états locaux.

Au point de vue où on l'avait placée, la généralisation tombe d'elle-même ; mais si on recherche l'élément de la maladie dans l'état organopathique, si l'on étudie chacun de ces éléments avec détail, les indications thérapeutiques vont ressortir de l'état anatomique, à la condition toutefois que l'on aura examiné comment telle lésion peut influer sur telle autre lésion et que l'on aura tenu compte de toutes les causes certaines ou probables des troubles observés. Prenons pour exemple un homme atteint de fièvre typhoïde : cet homme a de la diarrhée parce qu'il y a des matières dans l'intestin ; déjà il existe une nuance entre ces deux états organopathiques. Mais la cause de cet amas de matières, quelle est-elle ? Les plaques de Peyer sont-elles malades ? Effectivement, elles sont ulcérées ; l'iléospilocie domine donc les deux premiers états morbides. Mais l'iléospilocie elle-même n'est pas plus une maladie locale que la dermite de la variole. Cet homme a eu des frissons, de la chaleur ; il y a persistance aux phénomènes généraux. On peut rencontrer chez lui une septicémie ; c'est ce que nous confirme l'interrogation du malade, qui, récemment arrivé à Paris, est soumis à toutes les conséquences d'un encombrement, etc. La rate est aussi malade, peut-être consécutivement à la septicémie, peut-être par l'effet d'une intoxication paludéenne. Synthétisons maintenant : les selles journalières du malade vont l'affaiblir à tel point qu'une pneumonémie hypostatique est imminente, et, à sa suite, nous verrons arriver l'hypoxémie (asphyxie commençante). Nous venons de faire la généralisation de la maladie de cet homme, mais non pas celle de la fièvre typhoïde.

C'est grâce aux travaux de Morgagni et de Bichat que nous arrivons à un tel résultat, et ce qui nous en aplanit les difficultés pendant la vie, c'est la *localisation* attentive et raisonnée.

Frédéric Duriau.

HOTEL-DIEU. — M. Bouchut.

Colique néphrétique; calcul probable du rein gauche; hydronéphrose énorme se terminant trois fois à de longs intervalles par l'évacuation spontanée du liquide et par la disparition de la tumeur. — Influence des eaux de Vichy.

L'hydronéphrose ou hydropisie du rein est une maladie fort rare, et dont nous devons la connaissance exacte à M. Rayer. Elle est occasionnée, d'après ce pathologiste, « par des corps étrangers » libres dans la cavité des conduits urinaires (calculs ou hydatides), » l'épaississement ou le gonflement des parois de ces conduits, des » tumeurs saillantes dans leur intérieur, des brides vasculaires ; » l'oblitération ou le rétrécissement organique de ces canaux, des » tumeurs ou brides situées sur leur trajet, ou d'autres dispositions » anormales des parties voisines, la rétention prolongée et habi» tuelle de l'urine dans la vessie et toutes les causes qui peuvent » la produire ; enfin tout obstacle au passage de l'urine des ca» lices dans le bassinet, des bassinets dans l'uretère, de l'uretère » dans la vessie, donnant lieu à une rétention complète ou incom» plète de l'urine dans un des reins ou dans tous les deux : tous » ces états peuvent amener le développement d'une hydronéphrose » partielle ou générale d'un ou de ces deux organes. »

A la suite de l'obstacle quelconque apporté au passage de l'urine, les calices et le bassinet se laissent dilater par le liquide, et prennent quelquefois des dimensions considérables ; ils acquièrent très facilement le volume d'une tête d'adulte ; puis la compression permanente du tissu du rein amène l'atrophie des mamelons, de la substance corticale, la disparition même de ces tissus, au point de réduire le rein à une simple coque fibreuse, aréolaire, remplie de liquide et de pus. M. Rayer a figuré des lésions de ce genre, et nous en avons vu avec lui à la Charité et à la Société de biologie.

Chez le malade dont l'observation suit, la tumeur, formée par le rein dilaté, était très considérable, et s'était développée après un certain nombre d'accès de colique néphrétique. Voici d'ailleurs ce fait dans ses détails, tel qu'il a été recueilli par M. le docteur Boullay, interne du service :

Au n° 49 de la salle Saint-Lazare, à l'Hôtel-Dieu, est couché le nommé Bro, âgé de vingt-huit ans, robuste journalier, entré à l'hôpital le 20 juillet 1852.

Vers l'âge de douze ans, il fut pris dans le côté gauche de l'abdomen d'une douleur vive qui le forçait à se coucher (à cette époque il était berger). Cette douleur était diminuée par la compression de l'abdomen au moyen des mains. Le décubitus n'était tolérable que sur le côté malade. Cet état durait pendant trois ou quatre jours, puis à la suite de vomissements spontanés ou provoqués par l'ingestion d'eau tiède, il se trouvait complétement soulagé et pris d'un grand appétit.

Ces phénomènes apparurent tous les trois ou quatre mois en augmentant d'intensité jusqu'à l'âge de vingt-trois ans, époque à laquelle ils sont devenus plus fréquents et plus violents, car alors le malade ne pouvait rester ni debout ni couché. Les testicules remontaient dans les anneaux ; il éprouvait dans le côté gauche une douleur vive, pongitive, continue, qui le forçait à se rouler à terre. La compression de l'abdomen et les vomissements soulageaient comme précédemment ces douleurs, qui se manifestaient tous les mois environ.

Le 25 décembre 1850, une douleur néphrétique nouvelle accompagnée de vomissements se manifesta, et devint insupportable au bout du troisième ou quatrième jour, et alors commença à se développer dans le côté gauche de l'abdomen une tumeur qui acquit en trois ou quatre jours le volume de celle qu'il porte aujourd'hui, et le dépassa même, au dire du malade. A mesure que la tumeur augmentait de volume, les douleurs disparaissaient. Des applications de sangsues, de vésicatoires, de cataplasmes ne modifièrent en rien la tumeur, qui resta stationnaire pendant environ deux mois. Pendant ce temps, le caractère des douleurs changea ; ce ne fut plus qu'une sensation continuelle de gêne et de pesanteur due à la tumeur. Le malade put se lever, marcher, et même se livrer à quelques travaux. Les fonctions digestives s'accomplissaient assez bien, les forces étaient revenues.

Un matin, en s'éveillant, il s'aperçut que la tumeur était devenue molle et fongueuse, de dure et rénitente qu'elle était ; il se leva, alla voir son médecin, et à son retour toute trace de tumeur avait disparu. Le malade rendit plusieurs jours par les urines un liquide tout particulier de couleur brunâtre-chocolat. Bientôt le rétablissement fut complet, et le malade put reprendre ses travaux le 1er avril 1851.

Au 1er juin suivant, il fut pris des mêmes douleurs de colique néphrétique qu'au mois de décembre ; ces douleurs, accompagnées de vomissements, furent suivies de l'apparition d'une tumeur dont la marche fut celle de la précédente ; seulement tout fut terminé en un mois. Depuis ce temps, il n'éprouva que quelques douleurs dans le côté, qui ne l'empêchaient pas de travailler.

Le 17 juillet, il fut pris de douleurs extrêmement vives dans le côté, qui le forcèrent à suspendre ses travaux et à entrer le 20 à l'hôpital, où je le trouvai dans l'état suivant : douleur continue dans le côté gauche de l'abdomen, présentant de temps en temps des exacerbations qui arrachent des cris au malade, qui le font se tordre et se rouler dans son lit, lui permettant à peine de conserver pendant quelques instants le décubitus sur le côté douloureux ; décubitus impossible dans les autres positions. Point de tumeur appréciable dans le ventre, point de douleur au toucher, point de fièvre, point de troubles du côté des voies digestives, si ce n'est la perte d'appétit, due à l'acuité des douleurs, qui augmentent aux plus légers mouvements du malade. Point de modification dans la miction des urines ; le cathétérisme montre qu'il n'y a point de calculs dans la vessie ; mais les urines, assez colorées, en quantité normale, laissent déposer une matière opaque au milieu de laquelle on reconnaît quelques petites stries sanguinolentes, de tout petits caillots. Le microscope a démontré dans ce dépôt des globules sanguins et purulents.

A l'entrée du malade, les urines étaient acides ; elles sont devenues alcalines sous l'influence de l'eau de Vichy et des bains. Depuis qu'on les a cessées elles sont redevenues acides.— Chiendent ; eau de Vichy ; bains alcalins ; une pilule d'opium.

Quatre ou cinq jours après l'entrée du malade à l'hôpital, apparaît dans le flanc gauche une tumeur qui s'accroît à vue d'œil les jours suivants, pour arriver à l'état où nous la trouvons aujourd'hui. Cette tumeur gagne l'hypocondre, remonte vers l'épigastre et s'étend par une pointe arrondie jusqu'à l'ombilic, un peu au-dessus, et le dépasse même à droite de quelques centimètres. Cette tumeur, remontant dans l'hypocondre, dilate, ou plutôt repousse en dehors toutes les côtes, depuis la sixième, de manière à former une convexité considérable dans le flanc gauche, tandis que le droit, tiré à gauche, est très aplati. En arrière, il est très difficile de limiter la tumeur, qui se perd insensiblement vers le fond externe du muscle carré des lombes. Cette tumeur, qui a la forme, qui occupe la place d'une rate considérablement hypertrophiée, est limitée à droite et en avant par une zone très sonore due au gros intestin. Elle présente dans toute son étendue une matité absolue. Tendue, rénitente, elle paraît fluctuante ; elle n'a point contracté d'adhérences avec la paroi abdominale, qui a conservé ses caractères normaux de coloration et de chaleur. Elle est complétement indolente ; on n'y entend aucun bruit, on n'y sent aucun frémissement. La percussion ne permet pas d'établir entre la rate et la tumeur de ligne de démarcation, de déterminer si la tumeur elle-même n'appartient point à la rate.

Le malade se tient couché sur le côté de la tumeur, le corps dans une position telle que le tronc forme avec les membres inférieurs un angle à sommet dirigé en dedans et placé au niveau de la crête iliaque gauche.

Depuis l'apparition de la tumeur, la douleur a diminué en raison directe de son augmentation de volume ; elle ne donne plus lieu qu'à une sensation de gêne et de pesanteur. Les urines sont devenues claires, limpides, citrines, ne laissant rien déposer ; elles ne sont pas modifiées par l'acide nitrique ou la chaleur.

Depuis que le malade est à l'hôpital, il n'a pas eu un seul instant de la fièvre. L'appétit, perdu à son entrée, est revenu depuis quelques jours. Pas de troubles respiratoires. Si le malade se lève, il est obligé de se courber à gauche et en avant et de soutenir la tumeur avec sa main pour ne pas éprouver des douleurs trop vives qu'excitent les moindres mouvements, mais qui ne se montrent pas dans le décubitus. — Eau de Vichy, deux portions. Deux cautères ont été placés hier en avant de la tumeur, dans le but de déterminer des adhérences entre elle et la peau.

Le 14 août, la tumeur continue à augmenter de volume, mais le malade ne souffre plus. Au fond de l'un des cautères, on applique de nouveau du caustique de Cancoing.

Le 25, on applique de nouveau du caustique au fond de l'ulcère.

Le 26, dans la nuit, sans douleur, le malade a uriné deux pleins urinaux d'un liquide noirâtre ayant assez de ressemblance avec le vin de quinquina. De l'acide nitrique versé dans le liquide lui a donné une couleur café-au-lait. Le microscope a montré dans ce liquide des globules de pus et de sang. La tumeur a beaucoup diminué.

Elle continue à diminuer les jours suivants, pendant lesquels l'urine conserve sa couleur noirâtre ; mais le 28 l'urine est normale, ne contenant plus qu'un nuage rougeâtre formé de mucus ayant entraîné quelques globules sanguins. Le malade nous dit que, quand sa tumeur s'était déjà vidée, il avait uriné un liquide semblable à celui qu'il a uriné les jours précédents.

Le malade sort de l'hôpital le 6 octobre, c'est-à-dire au bout de six semaines, n'ayant plus dans le ventre de tumeur appréciable, se portant parfaitement et ayant beaucoup engraissé.

En résumé, chez cet homme âgé de vingt-huit ans, une douleur aiguë dans le flanc gauche et des vomissements simultanés apparaissant sous forme d'accès se sont montrés dès l'âge de douze ans, à des intervalles assez rapprochés. Les douleurs vives, pongitives, étaient intolérables, et forçaient le malade à se rouler par terre.

Une première fois, à l'âge de vingt-six ans, à la suite d'un accès de douleur, il survint dans le flanc gauche une énorme tumeur qui disparut au bout de deux mois, et en même temps il y eut pendant plusieurs jours des urines brunâtres de couleur chocolat, qui annoncèrent l'évacuation du liquide de la tumeur par la vessie et le méat urinaire. Le malade se trouva promptement rétabli et put reprendre ses travaux.

Une deuxième fois, trois mois après, nouvel accès de douleur et de vomissements, réapparition de la tumeur dans le flanc gauche ; elle dura un mois, et disparut probablement encore par les urines ; le malade n'y a point fait attention.

Une troisième fois enfin, au bout d'un an, en juillet 1852, survinrent de nouvelles souffrances, et la tumeur lombo-iliaque gauche se développa de nouveau sous nos yeux, à l'hôpital. Les urines, légèrement colorées, renfermaient quelques stries de sang coagulé et un assez grand nombre de globules de sang et de pus. Le dépôt de pus dans le verre est d'ailleurs peu considérable. Les urines, acides, devinrent alcalines par les bains de bicarbonate de soude et sous l'influence des eaux de Vichy données au malade. Au bout de quelque temps, lors du grand développement de la tumeur, les urines étaient rejetées claires, limpides, n'ayant plus de sang ni de pus ; elles étaient normales.

La tumeur était allongée, arrondie, ovalaire aux extrémités, bosselée à sa surface, molle, élastique, fluctuante, et occupait le flanc gauche depuis l'hypocondre, où se perdait sa partie supérieure, jusque dans la fosse iliaque au-dessous de l'ombilic. Elle semblait avoir au moins le diamètre du bras d'un adulte assez fort. Limitée en avant par le côlon, très sonore, elle se confondait en arrière avec la rate, dont nous ne pûmes la distinguer à l'aide de la percussion.

Quelle pouvait être la nature de cette tumeur fluctuante et douloureuse développée à la suite et dans le cours d'un accès aigu et intermittent de douleur ? Nous n'avions là ni les caractères d'une hypertrophie simple de la rate, ni ceux d'une autre affection aiguë ou chronique de cet organe. Nous ne pensâmes guère à un abcès de la fosse iliaque. Nous avons diagnostiqué immédiatement une tumeur du rein, formée par la dilatation des calices et des bassinets à la suite d'une rétention de l'urine par un calcul rénal oblitérant l'uretère. Les accès intermittents et assez rapprochés de colique néphrétique éprouvés par le malade depuis l'âge de douze ans jusqu'à vingt-huit sont un commémoratif important et dont il faut tenir compte. Ce commémoratif même suffit à lui tout seul pour indiquer la présence d'un calcul rénal.

Il n'y a guère qu'un calcul du rein qui puisse ainsi durant de longues années d'enfance occasionner d'abord les accidents de colique néphrétique éprouvés par notre malade, puis les accidents intermittents de rétention d'urine dans le bassinet, c'est-à-dire l'*hydronéphrose*. C'est en effet quelque chose de bien curieux que le fait de cette tumeur liquide du rein reproduite trois fois en deux ans, et chaque fois suivie de l'évacuation d'urine purulente et ensanglantée. On ne peut expliquer le phénomène qu'en admettant :

1° La présence du calcul du bassinet oblitérant l'uretère, amenant la distension du rein en supprimant le passage de l'urine par cet organe, laissant l'autre rein fonctionner naturellement et produire des urines normales ;

2° Le déplacement momentané du calcul, ou son usure par l'eau de Vichy, qui permettrait à l'urine de passer dans la vessie jusqu'à l'instant d'une nouvelle oblitération par le retour du corps étranger à l'orifice de l'uretère.

Il y aurait bien encore une autre manière d'expliquer les accidents : ce serait de les rapporter à de petits calculs du rein engagés dans l'uretère déterminant momentanément son oblitération puis sa dilatation en deçà de l'obstacle, cheminant jusque dans la vessie à l'époque du rétablissement du cours des urines. Cette explication ne nous paraît pas acceptable, car ces calculs tombés dans la vessie auraient dû être rejetés au dehors ou y séjourner. Or le malade n'a pas rendu de graviers et sa vessie n'en contenait pas ; il faut donc se rattacher à la première hypothèse qui suppose le corps étranger dans le rein et n'admet que la possibilité de son déplacement.

Une autre particularité très importante de cette observation, c'est la disparition de la tumeur après l'écoulement des urines purulentes et ensanglantées. Le rein malade revenait-il sur lui-même au point de se réduire et d'échapper à l'investigation de la main, ou bien, converti en poche fibreuse, ses parois flasques arrivaient-elles à se juxtaposer comme les parois d'un kyste vidé ? C'est ce qui nous paraît difficile à déterminer ; mais la dernière hypothèse nous semble être de beaucoup la plus probable. C'est elle qui a dirigé notre conduite dans l'institution du traitement.

En pareille occurrence, énorme tumeur liquide du rein causée par un calcul, que fallait-il faire ?

1° Dissoudre le calcul ou l'extraire ;

2° Faire disparaître la tumeur.

C'est ce que nous avons essayé de faire. Les eaux de Vichy à

aute dose, les bains alcalins continués pendant longtemps ont eu pour but d'user et de dissoudre le calcul du bassinet ; mais après de si longues années de maladie, avec une tumeur si forte, nous avions peu d'espérance de voir réussir cette médication chimique. Nous l'avions employée néanmoins, parce qu'il ne faut rien omettre de ce qui peut être utile. Sachant combien sont rares les heureuses terminaisons de l'*hydronéphrose* et pensant que des accidents mortels devaient survenir d'un jour à l'autre, nous avions résolu d'aller plus vite et d'extraire les calculs du rein par une opération chirurgicale méthodiquement faite. Nous avons en conséquence cherché à établir des adhérences entre la tumeur rénale et la paroi du ventre au moyen de cautères successifs; déjà plusieurs applications de beurre d'antimoine avaient été faite, et nous serions arrivé sans danger jusque dans le rein, lorsque, soit par déplacement du calcul, soit par son usure résultant du traitement alcalin continué avec persévérance, la tumeur s'est vidée par la vessie et ne nous a rien laissé de plus à faire pour le moment. Il est probable que cette tumeur reviendra une quatrième fois, car nous ne croyons pas beaucoup à la dissolution complète du calcul. Alors il sera temps de faire la néphrotomie d'après la méthode que nous avons indiquée. Cependant, si le malade est assez sage pour suivre le conseil qui lui a été donné et pour ne pas interrompre l'usage des eaux de Vichy à haute dose, peut-être guérira-t-il complétement et pourra-t-il éviter l'opération qu'il est menacé de subir.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Malgaigne.

Luxation bilatérale de la mâchoire inférieure sans projection du menton en avant ; rebelle au procédé de M. Nélaton ; réduite par la pression des pouces sur le corps de l'os.

Les luxations, malgré les travaux de l'école moderne, sont encore pleines de mystères. En traçant dans mon traité l'histoire des luxations bilatérales de la mâchoire, j'avais rencontré l'idée de M. J.-L. Petit et d'A. Cooper, qui admettent des luxations incomplètes ou subluxations. A. Cooper, en particulier, dit que la mâchoire est immobile, la bouche légèrement ouverte, et que l'action des muscles procure généralement la réduction spontanée.

A. Cooper ne dit rien de la position du menton, et dans un cas rapporté par Bénévoli, où les muscles seuls réduisirent le déplacement, la bouche précisément était extrêmement ouverte, non pas absolument immobile, et le menton ne faisait pas saillie en dehors. Ce dernier phénomène m'avait singulièrement frappé, et j'en avais cherché vainement un autre exemple, quand je viens d'en avoir un sous les yeux. Or les mâchoires étaient fort écartées, et cependant la mâchoire inférieure encore assez mobile; mais l'absence de projection du menton en avant était extrêmement remarquable. Un autre point intéressant à noter, c'est la résistance de la luxation au procédé renouvelé par M. Nélaton. Maintenant comment expliquer tous ces phénomènes ? Je suis obligé de confesser mon insuffisance à cet égard.

Voici l'observation :

Le 3 septembre 1853 se présente à moi la nommée Mail (Anne), âgée de cinquante ans, demeurant faubourg du Temple, 66.

Il y a dix ans, elle se fit pour la première fois en bâillant une luxation du maxillaire inférieur : les mâchoires restaient entr'ouvertes, surtout du côté droit ; la salive coulait abondamment par la bouche, qui, ainsi que le menton, était dévié à gauche. C'était donc une luxation unilatérale du côté droit. La malade vint à Saint-Louis pour consulter M. Jobert; mais en entrant dans la salle, dit-elle, ayant tourné brusquement la tête à droite, elle entendit une sorte de craquement, et se trouva avec sa luxation réduite.

Dans les deux ans qui suivirent, la même luxation s'est reproduite plusieurs fois par le même mécanisme, et avec les mêmes symptômes. La réduction s'en faisait spontanément; pour cela la malade n'avait qu'à fléchir la tête et contracter fortement ses masséters.

Environ trois ans après la première luxation elle s'en fit une nouvelle, mais cette fois bilatérale; le menton était fortement abaissé sans être dévié ni à droite ni à gauche. La malade chercha à la réduire, mais le moyen qui lui avait si bien réussi échoua complétement cette fois. M. Jobert la réduisit par le procédé ordinaire, avec les pouces appuyés sur les dents molaires. Depuis ce temps-là, la luxation s'est reproduite deux ou trois fois, toujours en bâillant et toujours bilatérale. La malade la réduisait presque immédiatement par le même moyen, c'est-à-dire en fléchissant la tête et contractant les masséters.

Il y a deux ans, survint une récidive qu'elle ne put réduire; le lendemain matin elle vint à Saint-Louis, où l'interne de garde fit la réduction; la malade dit qu'elle fut très longue et très pénible, et ne dura pas moins de vingt minutes. Depuis un an elle a eu encore trois récidives; l'une pour laquelle elle est venue à Saint-Louis, les deux autres qu'elle a pu réduire elle-même.

Enfin, aujourd'hui 3 septembre, elle s'est encore fait une luxation en bâillant. La luxation est bilatérale : la bouche paraît médiocrement ouverte, à raison du rapprochement des deux lèvres, bien que les dents incisives des deux mâchoires soient écartées de deux centimètres et demi. Je dis à la malade d'ouvrir sa bouche le plus possible ; la mensuration nous donne cette fois entre les dents trois centimètres. Il y avait des douleurs assez vives dans la région zygomatique lorsque la malade cherchait à écarter ou à rapprocher ses mâchoires ; mais ce qui était surtout frappant et ce que je fis remarquer aux assistants, c'est que la mâchoire inférieure n'était pas portée en avant, mais abaissée directement, et les dents incisives restant en arrière de celles de la mâchoire supérieure, comme à l'état normal. L'aspect extérieur de la face était, du reste, celui d'un bâillement permanent : le menton abaissé et porté en arrière ; les joues allongées, creuses; au-devant de l'oreille se voyait un vide, mais peu étendu et dans lequel je ne pouvais engager l'index que par le côté. Je cherchai les apophyses coronoïdes, soit en dehors, soit par la bouche, sans pouvoir nettement saisir leurs rapports avec les os zygomatiques ; j'ai déjà dit d'ailleurs que la malade abaissait librement le menton d'un demi-centimètre. L'articulation des mots était difficile, mais la malade se faisait assez bien entendre.

Tout ceci examiné avec soin, j'essayai la réduction par le procédé de M. Nélaton. D'abord, placé en avant, je fis ouvrir modérément la bouche à la malade, et j'appuyai doucement les pouces sur les deux apophyses coronoïdes pour les repousser en arrière; rien ne bougea. Je me plaçai derrière la femme, et, appliquant mes pouces sur son occiput, avec les indicateurs et les médius je pressai d'arrière en avant sur les apophyses ; même insuccès. Alors, placé de côté, je saisis la mâchoire inférieure en avant, embrassant à la fois le menton et les incisives à la manière d'Hippocrate ; je lui imprimai de légers mouvements pour éviter la contraction musculaire, et, saisissant un moment où la malade ne s'y attendait point, je poussai en arrière et j'échouai encore. Alors, de guerre lasse, je portai les pouces sur les côtés de l'arc dentaire, et pressai sur le corps de l'os en le repoussant en arrière ; la réduction se fit à gauche ; je renouvelai la manœuvre à droite et réussis également.

J'examinai alors les rapports des incisives ; elles n'offraient rien de particulier. J'invitai la malade à ouvrir la bouche ; à l'instant la luxation se produisit avec les mêmes circonstances. J'en profitai pour rechercher plus attentivement les rapports des os, ne craignant plus de réduire trop vite ; je ne trouvai rien qui m'expliquât cette étrange position de la mâchoire. Je voulus encore tenter le procédé de M. Nélaton ; ce fut avec le même insuccès, tandis que la pression avec les pouces réussit même plus rapidement que la première fois.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 29 novembre 1853. — Présidence de M. Bérard.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Epidémies. — M. le ministre du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Fuzellier, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Montreuil, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Beussent depuis le mois de juin 1853 jusqu'au mois d'août de la même année.

Eaux minérales. — 2° Un rapport de M. le docteur Campmas, médecin de l'hôpital militaire de Barèges (Hautes-Pyrénées), sur les maladies au traitement desquelles les eaux minérales de cette localité ont été appliquées pendant l'année 1852.

3° Le même ministre demande l'avis de l'Académie sur une source minérale de Sainte-Elisabeth, à Cusset (Allier).

Mortalité du Brésil. — M. Peixoto adresse la table de mortalité de la ville de Rio-Janeiro (Brésil) depuis le 1er octobre 1852 jusqu'au 1er octobre 1853. On voit par le tableau spécial de la mortalité par la fièvre jaune que ce n'est que pendant les six mois de chaleur que la mortalité dépasse la moyenne. (Commissaire : M. Gérardin.)

Epidémie diphthéritique. — M. Espiau, médecin aide-major au 75e de ligne, adresse la relation d'une épidémie diphthéritique qui a sévi sur ce régiment, en garnison à Avignon, depuis le 14 août jusqu'au 31 octobre 1853. (Commission des épidémies.)

Appareils. — M. Charbonnier soumet à l'examen de l'Académie deux modèles, l'un d'une nouvelle ceinture hypogastrique, l'autre d'un bandage pour hernie crurale. (Commissaires : MM. Malgaigne, Velpeau et Bégin.)

Choléra. — M. Beauregard, de Graville, près le Havre, adresse un mémoire sur le choléra. (Commission du choléra.)

Perchlorure de fer. — M. Giraldès présente quelques observations au sujet du dernier discours de M. Malgaigne. M. Malgaigne ayant cité des expériences faites à Alfort d'après le *Bulletin de la Société de chirurgie*, M. Giraldès fait remarquer, d'une part, que les expériences citées par M. Malgaigne ne sont pas les seules qu'il ait faites, qu'il en a fait beaucoup d'autres depuis ; et, d'autre part, que le reproche qui lui a été adressé de s'être écarté des règles formulées par l'inventeur tombe de lui-même, puisqu'on chercherait en vain ces règles précises posées par Pravaz.

Enfin, M. Giraldès demande d'après quelles données M. Malgaigne reconnaît que ces expériences ont été mal faites. « Il s'agissait, dit M. Giraldès, de constater que quelques gouttes de perchlorure de fer injecté dans les vaisseaux déterminaient la coagulation immédiate du sang : or l'expérience a réussi ; mais, pour apprécier si quelque chose avait manqué à l'expérimentation, il aurait fallu connaître le degré de densité du perchlorure employé par Pravaz et par nous, la quantité de sang contenu dans l'artère comprimée, etc. M. Malgaigne ignorait tout cela; néanmoins, de sa propre autorité, sans plus ample informé, il déclare hautement devant l'Académie que ces expériences ont été très mal faites. Cette manière de procéder a quelque chose d'étrange ; mais, Dieu merci, l'Académie n'a accordé à aucun de ses membres, si haut placé qu'il puisse être, le droit de blâmer les choses qu'il ne connaît qu'incomplétement. »

— M. Burin-Dubuisson adresse une lettre sur le même sujet, dans laquelle il réfute plusieurs des assertions contenues dans l'argumentation de M. Malgaigne.

Urétrotomie périnéale. — M. Maisonneuve adresse la lettre suivante :

« Dans la séance du 15 novembre, vous avez bien voulu me permettre de présenter à l'Académie un malade que je suis parvenu à guérir d'une oblitération complète du canal de l'urètre au moyen de l'urétrotomie périnéale.

» Je viens d'apprendre que M. Malgaigne, qui n'avait pas eu le loisir d'examiner ce malade, avait exprimé devant l'Académie des doutes sur la réalité et même sur la possibilité de la guérison.

» Je vous serais donc reconnaissant de vouloir bien adjoindre cet honorable membre à la commission chargée de constater l'exactitude du fait. »

— A l'occasion de la correspondance, M. Malgaigne lit une lettre d'un médecin de Lyon qui rectifierait plusieurs assertions inexactes avancées par M. Burin-Dubuisson, notamment en ce qui concerne l'opération de M. Barrier. Cette lettre ferait connaître, en outre, un cinquième cas de mort causée par le perchlorure de fer.

RAPPORT.

Vaccinations. — M. Cazeaux lit au nom de la commission de vaccine un rapport officiel sur un ouvrage intitulé *Manuel du vaccinateur des villes et des campagnes*, par M. Adde-Margras.

La commission propose de répondre à M. le ministre que l'Académie ne reconnaît pas au livre de M. Adde-Margras ce caractère d'utilité pratique qui seul peut mériter à un pareil ouvrage l'approbation et l'appui du gouvernement, et qu'il n'y a pas lieu de donner suite à la demande de M. Adde-Margras. (Adopté.)

Urétroscope. — M. J. Desormeaux lit une note sur un instrument à l'aide duquel on voit dans l'intérieur de l'urètre.

Pour obtenir un urétroscope qui donne les résultats désirables, la difficulté consistait à livrer passage à la lumière par un orifice étroit, tout en réservant un espace suffisant pour les rayons visuels. Ce résultat est obtenu, dans l'instrument que M. Desormeaux a fait construire, au moyen du miroir percé à son centre que M. Léon Foucault avait déjà appliqué à l'éclairage des corps opaques sous le microscope. Ce miroir, placé sur le prolongement de l'axe d'une sonde droite à bec, ou, pour mieux dire, d'une longue canule introduite dans l'urètre, est incliné de façon à réfléchir dans la direction de la canule les rayons qu'il reçoit d'un foyer lumineux situé sur le côté, et qui sont préalablement rendus convergents par l'interposition d'une lentille. En même temps, l'ouverture du miroir, répondant au centre de l'instrument, livre un passage suffisant aux rayons visuels qu'aucun point lumineux intermédiaire n'empêche d'arriver jusqu'à l'objet que l'on veut observer.

M. Desormeaux s'occupe en ce moment d'apporter à différentes pièces de l'appareil des modifications dont l'expérience lui a fait sentir l'utilité. Mais tel qu'il est, il lui a déjà donné des résultats satisfaisants. Sur un malade affecté de rétrécissement dans la région du bulbe, on a pu voir distinctement une cloison transversale, avec un pertuis excentrique entouré d'un bourrelet circulaire légèrement saillant. Sur un malade de l'hôpital du Midi, on a pu observer le déplissement de la muqueuse au-devant de la sonde, et la coloration rouge de cette membrane, atteinte d'inflammation chronique.

M. Desormeaux rapporte entre autres cette expérience, dont le résultat lui a paru assez frappant :

Si l'on place à l'extrémité de la sonde un papier sur lequel se trouvent des lettres, en ayant soin de le mettre à l'abri de la lumière extérieure, les lettres sont aperçues d'une manière aussi distincte que dans les conditions ordinaires de la vision. Il en est encore de même pour des détails moins faciles à saisir, tels que les sillons concentriques de la pulpe des doigts, les différences de coloration des ongles, etc.

D'après cela, ajoute M. Desormeaux, je pense non-seulement que dans certains cas l'urétroscope pourra éclairer le diagnostic, mais qu'il pourra servir à juger certaines questions de doctrine, telles que celles qui se rapportent aux ulcérations urétrales, et en particulier au chancre, objet de tant de controverses.

Il est un point sur lequel mes recherches n'ont pas encore pu porter d'une manière suffisante. J'ai constaté qu'une ouverture latérale faite à la sonde ne diminue pas sensiblement l'éclairage, et cette ouverture, qui sert à l'introduction d'éponges pour absterger les parties, peut aussi permettre le passage de divers instruments. A l'aide d'un style à manche coudé, j'ai traversé un rétrécissement étroit. J'ai fait faire d'après le même système un bistouri à l'aide duquel on peut pratiquer des incisions en se rendant compte du résultat beaucoup mieux qu'avec les instruments qui agissent hors de la vue.

Des porte-caustique appropriés permettraient d'agir avec certitude sur les points malades, et d'appliquer à l'urètre une médication dont on tire un parti si utile dans le traitement des affections du col de l'utérus et du vagin, etc.

Discussion sur le perchlorure de fer. — L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le perchlorure de fer.

M. Roux. A en juger par tout ce qui a été dit jusqu'ici dans cette discussion, il semblerait que la chirurgie a été impuissante jusqu'à présent contre les anévrismes, et que la méthode des injections de perchlorure de fer est une heureuse innovation, une conquête nouvelle de la chirurgie. C'est là une erreur à laquelle j'ai pu paraître prendre part moi-même lorsque je me suis borné, au début de cette discussion, à reprocher à M. Malgaigne de s'être trop pressé de porter un jugement sur cette méthode. Et pourtant, en faisant ce reproche à notre collègue, j'ai assez fait entendre, ce me semble, que je n'avais pas une grande confiance dans ce nouveau moyen.

Je prie l'Académie de me permettre maintenant de lui présenter quelques considérations desquelles il résultera, je l'espère, que la nouvelle méthode ne peut être mise en parallèle avec les moyens chirurgicaux dont l'art est depuis longtemps en possession. Mais auparavant j'ai à répondre en quelques mots à M. Velpeau.

M. Velpeau a dit que la méthode des injections n'était pas tout à fait nouvelle, et dans un historique qui ne me paraît pas très exact, il nous a fait voir qu'elle n'était en quelque sorte qu'une extension, que

le développement des tentatives faites successivement par l'acupuncture, l'électro-puncture, les injections alcooliques de M. Le Roy-d'Etiolles, et enfin par l'application de la glace, qu'il a essayée lui-même dans le temps. L'emploi des réfrigérants comme moyen de déterminer la coagulation du sang n'est ni aussi indifférent ni aussi insignifiant que paraît le croire M. Velpeau. J'y ai eu recours dans le temps sur un malade que M. Nacquart a vu avec moi, et j'en ai obtenu sinon une guérison complète, du moins une suspension momentanée dans les progrès de la maladie. Cette méthode, ainsi que l'a rappelé M. Moreau, a été introduite en France par Guérin (de Bordeaux); elle devint à cette époque le sujet d'une assez vive polémique, qui fit dire plaisamment alors à un chirurgien de Paris qui n'en avait pas retiré d'aussi bons effets que Guérin que l'eau de la Seine n'avait probablement pas les mêmes propriétés que l'eau de la Garonne. Quoi qu'il en soit, cette méthode a donné dans quelques cas de beaux résultats, et je m'étonne que M. Velpeau ait cherché à la rattacher à la méthode nouvelle, avec laquelle elle n'a rien d'analogue. Je m'étonne surtout qu'il l'ait traitée aussi légèrement.

M. Velpeau insiste beaucoup d'un autre côté sur les droits de priorité d'Anel pour la méthode que je persiste à attribuer à Hunter. Je n'ignore pas qu'Anel avait exposé cette méthode cinquante ans avant Hunter, mais l'idée d'Anel, restée perdue dans un petit livre oublié, n'avait point été appliquée lorsque Hunter s'en est emparé pour en faire réellement une méthode sienne par les beaux succès qu'il en a obtenus. Il y aurait donc de l'injustice à refuser à Hunter l'invention d'une méthode qu'il a instituée et définitivement établie dans la pratique.

Je reviens à la méthode en discussion. Il me semble qu'on a beaucoup trop considéré jusqu'ici, dans cette discussion, la méthode de Pravaz comme une méthode absolue, qu'il s'agirait d'appliquer désormais au traitement des anévrismes, tout comme s'il n'existait pas déjà une autre méthode éprouvée. Je veux admettre un instant, par hypothèse, que le perchlorure de fer ait réellement toutes les propriétés qu'on lui attribue, que ce soit le meilleur plastique, et que les essais qui en ont été faits jusqu'ici soient de nature à encourager de nouvelles expériences; je suppose encore que l'on connaisse bien toutes les conditions de son administration, ses indications spéciales, les circonstances inhérentes aux divers anévrismes plus particulièrement favorables à son emploi, je me demanderais encore si ce serait là réellement une conquête de l'art, si nous serions arrivés à une de ces époques où la chirurgie aurait réalisé un grand progrès. Eh bien! j'en douterais encore. Car, pour admettre que fût un progrès, il faudrait comparer ses résultats à ceux que l'on obtient par les moyens en usage, et démontrer que la ligature est incapable de donner d'aussi bons résultats.

M. Roux, partant de cette supposition pour examiner les résultats donnés par la ligature, fait un long dénombrement des opérations qu'il a faites dans sa longue carrière chirurgicale, et en conclut que ces résultats sont tellement satisfaisants et tellement dépourvus d'inconvénients, qu'on ne saurait jamais mettre en parallèle les effets probables de l'injection.

M. Velpeau prend la parole après M. Roux. (L'étendue et l'importance de son discours nous obligent à en renvoyer l'impression au prochain numéro.)

M. Leblanc présente quelques pièces anatomiques résultant d'expériences qu'il a faites de concert avec M. Debout sur l'action du perchlorure de fer injecté dans les vaisseaux, et il dépose en même temps sur le bureau une note où ces expériences sont relatées en détail, et dont nous extrayons ce qui suit:

Ces expériences, faites sur 2 artères, la zygomatique et la plantaire externe, et sur 2 veines, la jugulaire et la saphène, avec la solution de perchlorure de fer à 30° préparé par M. Burin-Dubuisson, ont donné les résultats suivants:

1° 23 gouttes injectées dans l'artère sous-zygomatique, sans compression, n'ont produit aucun accident. La circulation a été interrompue dans l'artère, où l'on a trouvé à l'autopsie, qui a eu lieu 17 jours après l'injection, un caillot mou, peu adhérent.

2° 8 gouttes injectées dans l'artère plantaire externe, comprimée pendant cinq minutes dans deux points éloignés l'un de l'autre de 6 centimètres, ont amené sans accidents subséquents la formation d'un caillot très consistant.

3° 27 gouttes injectées dans la jugulaire, comprimée seulement au-dessous de la piqûre du trocart pendant cinq minutes, n'ont produit aucuns symptômes généraux notables; la circulation n'a pas été complétement interrompue; des plaques de magma se trouvaient attachées à quelques points de la membrane interne de la veine, près de la piqûre.

4° 15 gouttes introduites dans la saphène, avec une compression de cinq minutes au-dessus de la piqûre, ont oblitéré complétement la veine dans une étendue de 6 à 7 centimètres. Nous avons trouvé un caillot très ferme et adhérent. L'autopsie du cheval a été faite 10 jours après l'injection.

Ces nouveaux faits viennent corroborer les conclusions que nous avions données dans notre précédente lecture, c'est-à-dire qu'ils nous autorisent à déclarer que l'introduction dans les artères et dans les veines du cheval d'une quantité de solution à 30°, plus que suffisante pour former un caillot obturateur solide, ne détermine pas d'accidents mortels, ni même d'accidents de quelque gravité.

Quoique nos expériences précédentes, ajoute M. Leblanc, nous aient prouvé que l'on pouvait injecter une assez grande quantité de solution à 45, 34 et 30°, nous avons commencé une nouvelle série d'expériences à l'effet de savoir si du perchlorure plus délié pourrait donner un caillot assez solide pour oblitérer le vaisseau.

Nous désirions aussi étudier l'action d'un perchlorure préparé avec toutes les garanties de savoir possibles. M. Debout a mis à contribution l'obligeance de l'honorable M. Soubeiran, qui a préparé des solutions à 45 et à 15°.

Nous avons d'abord essayé ces solutions sur du sérum de sang humain et sur du sang artériel de cheval sorti du vaisseau à l'instant même. Nous avons constaté que le solutum à 15° coagulait même un peu plus vite que celui à 45°, à quantités égales; seulement, le magma du solutum à 15° était un peu moins consistant, mais nous espérons que ce magma suffira pour produire l'oblitération du vaisseau. Nous le saurons incessamment par le résultat d'une expérience que nous avons faite dimanche dernier sur la carotide d'un cheval, en présence de notre collègue M. Burdin et de M. Latour. Trente gouttes de solutum de perchlorure à 15° préparé par M. Soubeiran ont été injectées dans le vaisseau fortement gonflé de sang et lié préalablement avec des anses de fil en deux points distants l'un de l'autre de 10 centimètres. La coagulation a été presque immédiate. MM. Burdin et Latour l'ont constaté. Le maximum de densité du magma a eu lieu après dix minutes. Aujourd'hui, le cordon artériel est encore beaucoup plus dur; le caillot remplit complétement le vaisseau. Tout porte donc à croire que le solutum à 15° suffira pour produire l'oblitération. Nous avons maintenu la compression pendant vingt-quatre heures.

Nous ferons connaître les suites de cette expérience.

Nous avons aussi injecté dans la carotide d'un autre cheval 12 gouttes de perchlorure à 45° préparé par M. Soubeiran. La compression a été de cinq minutes. Le magma s'est formé promptement. MM. Burdin et Latour l'ont aussi constaté. Deux heures après l'injection, le caillot était très dense, un peu inégal; l'artère était rétractée comme toujours.....

Les nouveaux éléments que nous avons recueillis de nos dernières expériences m'autorisent à conclure encore aujourd'hui qu'il y a lieu d'espérer dans l'avenir de la méthode de traitement de certains anévrismes par les injections de solutum de perchlorure de fer convenablement faites. Il y a lieu de croire que l'on arrivera dans un temps peu éloigné à formuler un mode opératoire rationnel, non pas d'une manière mathématique, cela ne peut se faire en chirurgie, surtout dans la question dont il s'agit, où les modifications des lésions sont si communes, mais de façon qu'une main habile et intelligente puisse être utilement guidée.

On peut déjà dire:

1° Que l'on ne devra employer la méthode que lorsque le sac anévrismal contiendra du sang liquide;

2° Que les solutions de 30° et au-dessous, aussi neutres que possible, devront seules être injectées;

3° Que l'on devra éviter de faire plusieurs ponctions rapprochées;

4° Que, pour prévenir l'infiltration dans les parois de la tumeur du solutum resté au bout de la canule, il faut, avant de retirer l'instrument, faire rentrer ce solutum dans la canule en faisant faire un tour en arrière à la tige du piston de la seringue;

5° Qu'il est nécessaire d'établir une compression assez prolongée sur le trajet d'un vaisseau malade:

6° Qu'il est très probable qu'une très petite quantité de solutum très dilué suffira pour provoquer la coagulation du sang maintenu en stagnation.

— La séance est levée à cinq heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 21 novembre 1853. — Présidence de M. Combes.

Commission chargée de présenter une liste de candidats pour la place de secrétaire perpétuel. — L'Académie a procédé dans cette séance, par la voie du scrutin, à la nomination d'une commission chargée de préparer une liste de candidats pour la place de secrétaire perpétuel vacante par suite du décès de M. Arago.

Cette commission devait se composer de six membres pris dans les sections des sciences mathématiques et du président de l'Académie, qui en fait partie de droit.

D'après les résultats du scrutin, la commission s'est trouvée ainsi composée: MM. Biot, Mathieu, Duperrey, Poinsot, Poncelet, Chasles et Combes.

Des principes immédiats du son de froment, de leur rôle dans la panification et dans la nutrition des animaux. — M. Chevreul, au nom d'une commission composée de MM. Pelouze, Balard, Chevreul, rapporteur, lit un rapport sur un mémoire de M. H.-M. Mouriès, ancien interne des hôpitaux, relatif aux principes immédiats du son de froment et à leur rôle dans la panification et dans la nutrition des animaux.

Voici en quels termes M. le rapporteur expose ce que le travail de M. Mouriès ajoute aux connaissances actuelles sur un des principaux aliments:

Le son renferme de l'amidon, des matières azotées et une pellicule colorée que l'on considère comme ligneuse.

On sait que la farine brute, dont on n'a pas séparé le son, fournit un pain que beaucoup de médecins prescrivent aujourd'hui contre la constipation habituelle et la disposition aux congestions cérébrales.

On sait encore, d'après M. Magendie, que des chiens vivent de pain de son, tandis qu'ils périssent par l'usage du pain blanc.

Pourquoi cette différence entre les effets des deux aliments?

Comment le son intervient-il dans l'alimentation? Ce ne peut être seulement que par l'azote de ses principes immédiats; car ceux-ci ne s'y trouvent que dans une faible quantité, relativement à celle qui fait partie constituante de la farine blanche. M. Mouriès a reconnu que la surface interne du son renferme plusieurs principes azotés qui restent à isoler et à caractériser comme espèces. Mais l'ensemble de ces principes, que l'eau tiède dissout, possède, comme la diastase, la propriété remarquable de liquéfier l'amidon en le changeant en dextrine et en sucre; c'est donc surtout, en intervenant de cette manière, comme ferment que le son agit dans la panification et, par suite, dans la digestion.

Que l'on divise en deux moitiés une certaine quantité d'empois chauffé de 40 à 45 degrés, qu'on ajoute à la première de l'eau de son préparée à tiède, et à la seconde un volume d'eau distillée égal à celui de l'eau de son, et la première moitié de l'empois se liquéfiera en grande partie, tandis que la seconde ne changera pas. L'eau d'iode colorera celle-ci en bleu et la première moitié en pourpre.

Cent grammes d'amidon réduit en empois avec 1,500 parties d'eau mêlée à 100 grammes d'eau de son préparée à tiède avec 20 grammes de son, sont liquéfiés après vingt minutes à la température de 40 degrés; après deux heures, le résidu solide est de 15,13, et l'eau évaporée laisse 85 de dextrine et de sucre.

La matière active de l'eau de son diffère de la matière active de l'orge ou de la diastase, en ce que son activité est détruite quand on la précipite par l'alcool, tandis que celle de la diastase ne l'est pas; en ce qu'une température de 75 degrés suffit pour le même effet; tandis que la diastase exige une température de 98 à 100 degrés.

L'effet du son dans le pain est conforme aux réactions précédentes, car 130 grammes de ce pain supposé sec, broyé avec 520 grammes d'eau, se divisent avec facilité, et au bout de trois heures d'une température de 40 degrés, ce mélange a l'aspect laiteux et pourrait être filtré.

Ce pain est représenté par:

Matière soluble séchée à 100 degrés.	59,35
Matière insoluble.	69,75

130 grammes de pain blanc supposé sec, broyé avec 520 grammes d'eau, ne forment pas une longue trituration, et, à la température de 40 degrés, qu'une masse demi-solide représentée par:

Matière soluble.	9,03
Matière insoluble.	120,25

Il paraîtrait que l'effet du son sur la farine blanche commence dans la confection de la pâte, se propage durant le commencement de la cuisson, mais qu'il ne s'accomplit que dans l'estomac.

Maintenant il est facile d'expliquer comment une température supérieure à 75 degrés, ne détruit pas l'activité du ferment du son, lorsqu'on sait que l'albumine solide peut être exposée assez longtemps à 100 degrés sans se cuire.

Les expériences de M. Mouriès expliquent donc la différence existante entre le pain bis et le pain blanc par l'influence sur l'amidon du son qui se trouve dans le premier et manque dans le second.

M. le rapporteur propose à l'Académie de remercier M. Mouriès de sa communication et de l'encourager à continuer des expériences qui ne peuvent qu'être utiles au double point de vue de l'application et de la science. C'est surtout la nature du principe ou des principes actifs du son qu'il importerait de connaître, et nous ne doutons pas de l'intérêt qu'aurait cette recherche entre les mains de M. Mouriès.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées.

Ostéo-myélite. — M. Chassaignac lit sous ce titre un mémoire dont nous avons reproduit les conclusions dans le numéro précédent. (Commissaires: MM. Flourens, Velpeau et Lallemand.)

Cautérisation du col de l'utérus chez les femmes enceintes. — M. Courtilhes, à l'occasion du mémoire présenté à la séance du 10 octobre dernier par M. Courty, fait remarquer qu'il a lui-même en 1843, dans une dissertation inaugurale, traité de la cautérisation du col de l'utérus chez les femmes enceintes dans les cas fréquents où des ulcérations de cet organe viennent compliquer la grossesse. (Commission nommée pour le mémoire de M. Courty.)

— M. Guillon adresse une réclamation relative à une lettre de M. Le Roy-d'Etiolles sur le traitement de la rétention d'urine produite par certains obstacles intra-vésicaux. En voici les conclusions principales:

« J'ose espérer, monsieur le secrétaire perpétuel, que ce qui précède et la lecture de ma lettre du 12 septembre vous feront admettre comme bien fondées les inductions ci-après:

» 1° M. Le Roy était dans l'erreur quand il vous affirmait que je disais avoir publié dans la *Gazette des Hôpitaux* du 14 février 1832 des procédés qui n'y sont pas décrits; par conséquent, ses affirmations, complétement opposées à la vérité, ne peuvent être jugées trop sévèrement par la commission;

» 2° Ma réclamation au sujet de l'excision et de l'incision de certains obstacles intra-vésicaux est parfaitement juste et appuyée de titres que « ses petites modifications de détail, auxquelles il attache une grande » importance », ne peuvent annihiler. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Nous sommes heureux d'avoir une fois de plus à constater l'honorable empressement des élèves en médecine dès qu'un appel est fait à leur dévouement.

Lundi, une petite affiche conçue dans les termes qui suivent était placée dans la cour intérieure de l'Ecole, et avant la fin de la journée plus de 300 élèves étaient venus se faire inscrire au secrétariat de la Faculté:

« Les quelques cas de choléra qui viennent de se produire dans les » hôpitaux peuvent faire croire à une invasion prochaine de l'épi- » démie.

» Il importe qu'un service soit organisé d'avance et prêt à répondre » à toutes les éventualités possibles.

» Je connais, pour l'avoir éprouvé déjà deux fois dans des circon- » stances pareilles, tout le zèle des élèves de la Faculté de Paris, et je » l'invoque encore aujourd'hui.

» J'inscrirai tous les jours de 10 heures à midi ceux qui voudront » bien, si le triste besoin s'en faisait sentir, se mettre à la disposition » du service. » *Le secrétaire*, Amette. »

— La Société d'assistance publique en faveur des sourds-muets a donné avant-hier son banquet annuel. La fête était présidée par M. le docteur Blanchet, fondateur de l'œuvre et chirurgien de l'Institut impérial des sourds-muets. On remarquait à cette réunion MM. les docteurs Piorry, Mac Carthy, Foucart, Duchesne-Duparc, etc. Parmi les nombreux toasts, on a remarqué celui que M. Blanchet a porté à la mémoire de l'abbé de l'Epée, bienfaiteur des sourds-muets, dont le buste figurait à la place d'honneur.

— M. le professeur Bérard commencera son cours de physiologie vendredi 2 décembre, à midi.

Le Gérant, Le Soupe.

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 143. — SAMEDI 3 DÉCEMBRE 1853. (26e ANNÉE.) N° 143. — SAMEDI 3 DÉCEMBRE 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	Trois mois	8 fr. 50 c.
	Six mois	16 »
	Un an	30 »
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	Trois mois	9 fr.
	Six mois	17
	Un an	33
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	Trois mois	10 fr.
	Six mois	20
	Un an	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Choléra de Paris. — Traitement. — Examen des urines et du sang.

Nous avons cherché jusqu'à présent, dans les articles que nous avons publiés sur le choléra, à reproduire la physionomie générale des faits qu'il nous avait été donné d'observer, plutôt qu'à donner un dénombrement exact et une description détaillée de chaque cas, ce qui eût offert plus d'une difficulté sans aucun avantage. De l'examen rapide de ces faits et d'une analyse sommaire des principales circonstances au milieu desquelles ils se sont manifestés, il nous a paru ressortir ces deux points :

1° Qu'il existe une constitution épidémique cholérique manifeste;

2° Que cette constitution épidémique n'a qu'une intensité modérée.

Cette constitution épidémique se révèle, d'une part, dans son expression la plus grave par quelques cas, rares et disséminés encore heureusement, de choléra algide complet, offrant toute la physionomie et tout l'aspect du choléra de 1832 et de 1849 dans sa plus grande intensité. Elle se traduit, d'autre part, d'une manière plus générale, mais moins accusée, par des cas beaucoup plus nombreux d'accidents cholériques, nous ne dirons pas bénins, car plusieurs de ceux-là même se sont terminés par la mort, mais relativement beaucoup moins intenses, et ne présentant que quelques-uns des traits caractéristiques de la maladie, ou l'ensemble de ces traits affaiblis. C'est le plus ordinairement, ainsi que nous l'avons déjà dit, sur des sujets déjà débilités par des maladies antérieures ou actuelles que se manifestent ces accidents, tandis que les cas de choléra algide les plus graves ont atteint jusqu'ici indistinctement des sujets déjà malades et des sujets sains et bien portants, en apparence du moins, un instant auparavant.

Nous pouvons ajouter aujourd'hui, comme un trait complémentaire de ce tableau, que la constitution épidémique actuelle est remarquable par un très grand nombre d'accidents légers qui ne sont ni des symptômes cholériques, ni même la cholérine à proprement parler, mais qui ne nous paraissent pas moins un retentissement de l'action épidémique. Nous voulons parler de ces dérangements intestinaux, de ces empâtements abdominaux avec borborygmes, quelquefois avec de légères coliques suivies de diarrhée bilieuse, nausées, inappétence, indices d'un travail pénible des digestions, qui indique un trouble spécial des organes gastro-intestinaux.

Ce que nous avons observé à cet égard jusqu'ici dans les hôpitaux est pleinement confirmé par ce que nous avons été à même de voir depuis en ville. C'est en ville surtout qu'on observe très fréquemment en ce moment ces légères indispositions dont nous venons de parler.

Les observations que nous avons faites en ville ne sont cependant pas encore assez nombreuses pour que nous puissions les rapprocher avec quelque profit des observations recueillies dans les hôpitaux. C'est, en effet, dans les faits de la ville surtout qu'on peut le mieux saisir l'action des conditions spéciales d'insalubrité qui ont pu venir en aide à l'action épidémique elle-même, et étudier ce point si obscur et si controversé encore des foyers infectieux.

Nous avons été à même de constater, ces jours derniers, un fait qui a, sous ce rapport, son intérêt et sa signification. On se rappelle que nous mentionnions dernièrement une triple invasion dans une même maison, sur trois ouvriers, dont deux frères, reçus depuis à l'Hôtel-Dieu, où ils ont succombé. Nous avons appris que la femme de l'un de ces derniers a également été prise du choléra, ce qui fait quatre personnes de la même maison.

Voici un autre fait sur lequel nous avons eu des renseignements précis :

Une femme assez jeune encore, quoique mère de cinq enfants, enceinte à terme de son sixième, et bien portante d'ailleurs jusque-là, est prise le 21 novembre, sans prodromes, autant du moins qu'il soit possible de s'en rapporter à des renseignements partiels, d'une attaque de choléra des plus graves; si bien, qu'entrée dans la même journée à l'hôpital de la Charité, elle y a succombé le 22, dans les salles de M. Rayer. C'est, par parenthèse, l'une des malades auxquelles nous avons fait allusion dans une de nos précédentes *Revues*.

Le lendemain de la mort de cette femme, l'aînée de ses enfants, âgée de neuf ans, a été prise tout aussi brusquement du choléra à un degré aussi intense, et transportée immédiatement à l'hôpital des Enfants. Le surlendemain 24, même invasion aussi brusque, et s'annonçant d'une manière aussi grave sur la seconde enfant, âgée de sept ans, également transférée à l'hôpital des Enfants. Les trois autres enfants, plus jeunes, ont été emmenés depuis par les sœurs du bureau de charité. Nous ignorons jusqu'à présent s'il y a eu ou non de nouvelles invasions parmi eux.

Nous signalerons, toutes les fois que nous en aurons l'occasion, les faits de ce genre, dont il sera peut-être possible plus tard de tirer quelque déduction utile.

Revenons aux hôpitaux.

Traitement. — Nous avons fait connaître les traitements qui ont été suivis jusqu'ici à l'hôpital de la Charité. Voici ce que nous avons vu ou pu recueillir pour les services de l'Hôtel-Dieu.

Le service qui a reçu le plus de cholériques jusqu'à présent, à l'Hôtel-Dieu, est celui de M. Aran, salle Sainte-Jeanne (hommes).

M. Aran a déjà essayé plusieurs méthodes, et en ce moment même encore il les diversifie suivant l'intensité des cas. Après avoir employé d'abord les moyens les plus usités, tels que les boissons chaudes aromatiques alcoolisées, les opiacés, les lavements astringents, les lavements au nitrate d'argent, il a essayé de la médication saline; et d'après les résultats satisfaisants qu'il paraît en avoir obtenus jusqu'à présent, c'est à cette médication qu'il accorde le plus de confiance. Aussi est-ce celle qu'il prescrit de préférence dans les cas les plus graves. Voici en quoi elle consiste :

Potion salée.

Sel marin. . . . . 50 grammes.

Dans 120 grammes de potion gommeuse ou tout autre véhicule.

Quatre lavements avec 30 grammes de sel chaque si le malade est froid.

Il prescrit en même temps un bain avec 1 kilogramme de farine de moutarde ;

Quelquefois aussi et en même temps une tisane de chiendent avec 20 grammes de bicarbonate de soude.

Dans quelques cas, il prescrit encore la potion suivante :

Julep avec :

Créosote . . . . 15 gouttes.
Laudanum. . . . . 25 —

Dans d'autres cas, comme moyen coercitif des vomissements et des évacuations alvines, il fait prendre une potion avec :

Sous-nitrate de bismuth. . . . 4 grammes.
Diascordium. . . . . 4 —

et des quarts de lavement au laudanum.

D'après des indications fournies par un pharmacien de province, qui a assuré en avoir retiré de bons effets pendant l'épidémie de 1849, M. Aran essaye depuis quelques jours une médication nouvelle, qui consiste dans l'emploi des iodiques à haute dose. Les préparations d'iode sont administrées en boissons et en lavements. En voici les formules :

Potion.

Iodure de potassium. . . . 2 grammes.
Sirop de groseilles. . . . . 30 —
Eau pure. . . . . 125 —

Par cuillerées.

Lavement.

Teinture d'iode. . . . . . 10 grammes.
Iodure de potassium. . . . . 4 —
Laudanum. . . . . 25 gouttes.

Nous ne sommes pas encore en mesure d'apprécier les effets de ces divers moyens; mais nous ne tarderons pas à les faire connaître à nos lecteurs.

Dans les autres services de l'Hôtel-Dieu, il n'a encore été rien essayé de nouveau. Comme à la Charité, on a repris les moyens de traitement en quelque sorte au point où on les avait laissés à la fin de la dernière épidémie.

Ainsi, M. Guérard a fait usage du vin et des alcooliques dont il s'était assez bien trouvé en 1849, et qu'il alterne avec la glace, suivant la tolérance de l'estomac.

M. Rostan continue à prescrire les boissons chaudes aromatiques alcoolisées, des bains de vapeur, des sinapismes pour provoquer et maintenir la réaction, de la glace et de l'eau de Seltz comme moyen coercitif des vomissements, et du laudanum en lavement contre la diarrhée.

M. Grisolle se comporte suivant les indications dominantes; le plus généralement, c'est aux moyens que nous venons de rapporter qu'il a recours (infusions excitantes, et, lorsque l'estomac ne les supporte pas, glace et eau de Seltz; excitants cutanés, sinapismes promenés sur les membres, etc.); il joint assez fréquemment à ces moyens l'usage d'un large vésicatoire sur la région épigastrique, notamment dans les cas où les vomissements persistent après la réaction. Nous en avons observé dans plusieurs circonstances d'assez bons effets.

La méthode usitée par M. Piedagnel ne diffère pas des précédentes. C'est toujours à peu près le même ordre de moyens : les infusions chaudes aromatiques rendues excitantes par l'addition d'alcooliques, le laudanum en potion et en lavement, et les sinapismes.

Nous n'avons encore vu traiter aucun cholérique par M. Trousseau ; nous ignorons par conséquent quelle est sa méthode.

Quant à M. Requin, nous ne croyons pas qu'il ait eu aucun cas de choléra à traiter; du moins n'en avait-il pas lors de nos dernières visites.

Anatomie pathologique. — En parlant des lésions cadavériques du choléra dans notre article du 29 novembre, nous disions que nous ignorions si des recherches nouvelles avaient été faites sur la constitution chimique du sang et des divers produits excrémentitiels. Nous sommes heureux de pouvoir combler aujourd'hui une lacune que nous croyions exister. Nous apprenons qu'à l'hôpital Cochin M. Vernois, dès le 8 de ce mois, chez le premier malade qui est entré dans son service atteint de tous les symptômes cholériques, sauf la suppression des urines, a fait recueillir plusieurs fois, à l'aide de la sonde, les urines dans la vessie même; il y a constaté la présence de l'albumine. Quant à l'état du sang, dans cinq autopsies qu'il a vues, il n'y avait pas de traces de caillots, même les plus légères. Dans un cas surtout, celui-ci avait une fluidité qu'il n'avait jamais rencontrée dans aucune maladie. Les lésions du gros intestin étaient celles que nous avons rappelées dans l'article précité. A l'hypertrophie des glandes mucipares isolées du côlon et du rectum se joignaient l'épaisseur et la saillie bien évidentes des plaques de Peyer, mais sans ulcération.

Nous avons appris aussi de M. Mandl qu'il se proposait de faire des recherches microscopiques sur les produits des évacuations cholériques. Nous avons même appelé son attention sur les vomissements verts que nous avions déjà signalés comme assez fréquents, contrairement à ce qui s'observait dans les épidémies précédentes. On a rapporté depuis que M. Mandl avait constaté au moyen du microscope l'existence d'un cryptogame dans la matière des évacuations cholériques. Mais on ne dit pas si c'est dans les produits des selles ou des vomissements, si c'est dans les vomissements blanchâtres ordinaires ou dans les vomissements verts en question. Nous attendons des renseignements à cet égard.

Imperforation de l'anus.

Au sujet d'un enfant opéré d'imperforation de l'anus, M. Guersant a fait une leçon sur ce vice de conformation, dont il a exposé les différentes espèces dans l'ordre suivant : d'abord les ouvertures anormales du rectum dans le vagin, la vessie ou le canal de l'urètre, anomalies dont les signes propres sont, dans le premier cas, la sortie par la vulve du méconium, que l'on reconnaît à ses qualités physiques; dans les deux autres, des urines d'un brun verdâtre, laissant déposer un sédiment que l'on reconnaît facilement pour la matière intestinale. Ces signes, réunis aux symptômes généraux produits par l'obstacle au cours des matières fécales et à l'absence d'ouverture anale, caractérisent parfaitement chacune des espèces précitées. M. Guersant rapporte deux observations de sa pratique, l'une d'ouverture dans le vagin, l'autre dans la vessie. Dans ces terminaisons anormales du tube digestif, l'accumulation du méconium est moins considérable que dans l'imperforation absolue, et, comme conséquence, les troubles

fonctionnels dont elle devient la cause sont moins prononcés; les enfants peuvent vivre un certain temps, et même, dans le cas d'une ouverture suffisamment large dans le vagin, la vie n'est pas absolument impossible. D'habitude on ne s'aperçoit de l'infirmité qu'au bout de quelques jours.

Oblitérations sans ouverture anormale. — Quelquefois la barrière ne consiste qu'en une membrane étendue de champ à l'orifice anal, assez mince pour laisser apercevoir le méconium par transparence ; mobile comme une soupape, elle remonte et se creuse pendant l'expiration, et bombe dans les efforts pour aller à la garde-robe. Ceux-ci sont quelquefois assez puissants pour rompre la membrane, et l'imperforation se trouve ainsi opérée par les soins de la nature. Dans tous les cas, s'il n'en était pas ainsi, il suffit d'inciser crucialement la pellicule et d'abandonner les choses à elles-mêmes ; le méconium, par son passage, entretient l'ouverture béante. Dans d'autres cas, il y a un vestige de l'anus; la peau est froncée et se replie intérieurement pour former un petit cul-de-sac qui s'élève plus ou moins haut. Dans ces circonstances, la disposition la plus heureuse et en même temps la plus fréquente est celle où la convexité du cul-de-sac précité est adossée à celle formée par l'extrémité du rectum oblitéré; quelquefois même il y a une petite fissure qui conduit dans l'intestin et laisse, quand elle existe, suinter un peu de méconium. Une autre disposition très défavorable est celle où la fin du rectum, plus ou moins élevée dans le petit bassin, n'est unie au cul-de-sac inférieur que par un petit cordon fibreux, résultat probable de l'arrêt de développement de la partie inférieure de l'intestin. Enfin, on trouve dans les recueils scientifiques, et spécialement dans les *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, des observations d'imperforation dans lesquelles on voit la fin de l'intestin répondre au détroit supérieur, ou même à un point plus élevé ; c'est contre les cas de cette dernière espèce et contre quelques-uns de la précédente que Littre et Callisen ont proposé leurs procédés.

Quelle que soit l'espèce de l'imperforation, les troubles fonctionnels sont les mêmes : absence de défécation, vomissements, tuméfaction du ventre ; celle-ci est subordonnée à la quantité du méconium accumulé dans l'intestin, et varie par conséquent suivant chaque sujet.

M. Guersant fait la réflexion suivante : lorsque l'état général, l'absence ou l'éloignement des vomissements permettent de différer l'opération, c'est une circonstance avantageuse dont il faut profiter. Pendant ce temps les contractions de l'intestin poussent vers le bas les matières fécales, les accumulent dans la fin du rectum; dans les efforts de défécation toutes les puissances pressent sur le cul-de-sac intestinal plein de méconium, le précipitent dans le petit bassin, et tendent ainsi à le rapprocher de la peau. L'opérateur a d'autant plus de chances de rencontrer l'intestin, qu'il offre alors plus de surface et se trouve moins éloigné de l'extérieur. On comprend qu'il n'y a plus lieu de se livrer à ces considérations lorsque les vomissements sont fréquents, que les mouvements antipéristaltiques de l'intestin s'opposent à la migration du méconium vers le bas, et que d'ailleurs les enfants s'épuisent rapidement. Les petits malades vomissent habituellement dès le deuxième jour de la naissance, quelquefois seulement le troisième ou le quatrième. D'abord ce sont des aliments, puis du méconium, auquel il faut un certain temps pour franchir la valvule iléo-cœcale. Le chirurgien doit examiner attentivement la région anale. S'il y rencontre l'imperforation la plus simple, celle qui ne consiste qu'en une simple membrane, sa conduite sera facile, et nous n'avons rien à en dire. Si au contraire il trouve un cul-de-sac, le cas demande la plus grande attention et est très délicat, puisqu'il peut aussi bien avoir affaire à l'une qu'à l'autre des deux variétés que nous avons décrites, sans qu'aucun indice vienne l'éclairer. Il faut d'abord rechercher quelque fissure qui laisse échapper un peu de méconium et puisse servir de voie aux instruments. S'il n'existe rien de semblable, il faut, après avoir vidé la vessie, faire des explorations à l'aide d'un trocart. M. Guersant en a imaginé un pour l'opération qui nous occupe. Comme il est excessivement commode non-seulement pour faire les investigations, mais pour conduire l'opération avec sécurité à une fin heureuse, nous allons le décrire succinctement.

La canule n'a pas de pavillon ; elle se trouve donc réduite à un simple tube. A l'extrémité où devrait être le pavillon existe un pas de vis propre à recevoir un ajutage. Sur un des côtés du tube, dans toute sa longueur, existe une cannelure analogue à celle d'une sonde cannelée, dont elle doit faire l'office. Enfin, le dard est creusé sur un de ses côtés de façon à s'accommoder à la disposition de la canule.

Supposons maintenant que l'instrument ait pénétré dans l'intestin. Après avoir retiré le dard, on n'a plus qu'à adapter un stylet préparé exprès au pas de vis de la canule pour avoir un conducteur et une sonde cannelée.

L'avantage de ce petit appareil est de permettre d'introduire une sonde en gomme élastique jusque dans l'intestin, sans craindre de faire fausse route. Pour cela, il suffit de passer le mandrin que nous venons de décrire dans la cavité d'une portion de sonde suffisamment longue, et de pousser celle-ci sur le conducteur métallique, dont on tient entre les doigts l'extrémité libre. Avec une canule ordinaire on ne peut arriver à ce résultat, parce que le pavillon ne peut traverser la cavité d'une sonde; on est donc obligé, avant d'introduire cette dernière, de retirer l'instrument explorateur et de chercher à suivre la voie qu'il a tracée, au grand risque de s'égarer et de faire de vaines tentatives, à la suite desquelles il faut recourir à une nouvelle exploration, qui peut fort bien ne pas réussir comme la première.

Si l'on est obligé de débrider pour introduire la sonde en gomme, on comprend quel guide sûr on a dans l'instrument tel que nous l'avons décrit ; le débridement doit se faire à gauche ou à droite, et jamais en avant, dans la crainte de blesser l'urètre ou le vagin. Les ponctions doivent être dirigées d'avant en arrière vers la concavité du sacrum pour éviter en avant les organes génitaux urinaires et, sur les côtés, les vaisseaux iliaques ; et cette précaution n'est pas superflue quand il s'agit du bassin d'un enfant nouveau-né, où tous les organes sont rassemblés dans un espace étroit. Dans certains cas, on est obligé d'en faire deux ou trois sans succès, et quelquefois on n'obtient aucun résultat ; c'est pour de tels cas que Littre, Callisen, M. Amussat ont proposé leurs procédés d'anus artificiel. M. Guersant discute le degré d'utilité de cette ressource extrême, ses conséquences ultérieures, et finit par conclure qu'il ne la pratiquerait que sur l'instance formelle de la famille ; encore tenterait-il préalablement une nouvelle investigation vers le périnée : elle consisterait à faire une incision assez étendue transversalement, à décoller le tissu cellulaire logé dans la concavité du sacrum, à l'attirer au dehors dans l'espérance de saisir la fin de l'intestin ou le cordon fibreux dont nous avons parlé.

L'opération terminée, on passe la sonde au dehors et on laisse l'enfant se reposer une couple de jours ; à ce moment on retire la sonde pour en introduire une plus considérable, à l'égard de laquelle on agira de la même façon, et ainsi jusqu'à ce qu'on soit arrivé à produire une ouverture capable de recevoir le petit doigt. Alors, pour entretenir l'orifice à ce degré de dilatation, il suffit d'y introduire le petit doigt matin et soir pendant quelques minutes, comme on le fait d'une sonde pour entretenir la dilatation d'un rétrécissement urétral ; le doigt peut être remplacé par une canule en ivoire ramolli ou en gomme élastique. Le petit malade qui a été l'occasion de cette leçon va parfaitement bien ; nous en donnerons l'observation. E. A.

De l'emploi des ceintures hypogastriques. — Nouvelle ceinture à deux pelotes.

Les déplacements de l'utérus, ces affections malheureusement si fréquentes, ont toujours vivement préoccupé les praticiens; mais depuis quelques années surtout, plusieurs travaux ont été entrepris en vue d'y porter remède et d'obtenir soit une guérison définitive, soit un soulagement notable.

C'est surtout à l'aide d'appareils mécaniques, de ceintures plus ou moins compliquées, que l'on a tenté de réduire ces déplacements. Un de nos confrères, M. Rémondet, frappé des inconvénients d'un grand nombre de ces appareils, a imaginé une nouvelle modification à laquelle il a donné le nom de ceinture hypogastrique à deux pelotes, dont nous allons dire un mot.

Toutes les ceintures hypogastriques peuvent être réduites à trois espèces.

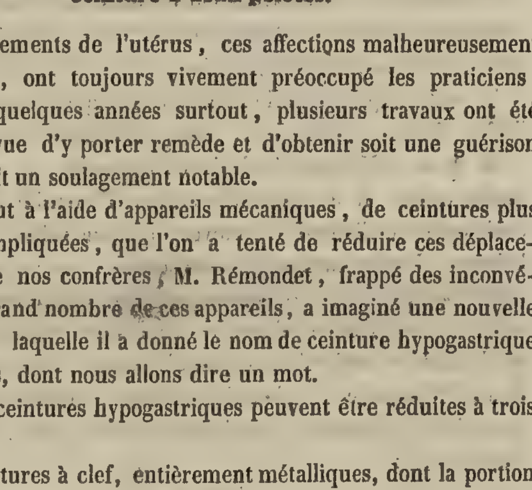
1° Les ceintures à clef, entièrement métalliques, dont la portion hypogastrique est formée par une plaque ayant la forme d'un triangle dont les angles seraient rendus obtus, et qui a dans sa plus grande longueur 20 centimètres, et dans sa hauteur environ 10;

2° Les ceintures ordinaires, qui sont en peau ou en tissu de caoutchouc, et dont la portion hypogastrique est munie à sa face postérieure d'une pelote en forme de croissant à concavité supérieure ;

3° Celles à deux pelotes de M. Rémondet.

Nous ne décrirons point les ceintures à clef, qui sont d'un usage trop fréquent pour qu'elles ne soient point connues de tous les praticiens. Les ceintures ordinaires et à une seule pelote sont aussi elles-mêmes très répandues. Mais la moins connue, et celle qui nous semble de nature à rendre le plus de services, est celle à deux pelotes. Cette ceinture diffère de ces dernières en ce qu'elle a deux pelotes au lieu d'une. Nous l'avons souvent employée, et avec des résultats satisfaisants.

La ceinture à deux pelotes est simple et d'une application facile.



Elle se compose, comme on peut le voir sur la figure ci-contre, d'une large bande de caoutchouc, ayant son plus grand diamètre vertical dans la portion qui doit appuyer sur l'hypogastre, où la ceinture est garnie postérieurement de deux petites pelotes indépendantes l'une de l'autre ; sur la ligne médiane, il existe un espace libre entre elles deux, afin de n'agir que faiblement sur la ligne blanche. Ordinairement la pelote gauche est un peu plus forte. Ces deux pelotes, indépendantes l'une de l'autre, peuvent être du volume que l'on désire.

Il arrive quelquefois, et plus particulièrement pour les abaissements de l'utérus, que, la ceinture ayant été portée quelque temps, les pelotes ont fait leurs niches ; il est dans ce cas nécessaire d'augmenter proportionnellement les deux pelotes ; pour cela il suffit d'en faire remettre d'un peu plus grosses, ce qui est très facile sans être obligé de faire faire une autre ceinture.

Pour appliquer avantageusement la ceinture à deux pelotes, M. Rémondet fait ordinairement vider la vessie et le rectum, puis il fait tenir la malade debout ; il place la face postérieure de l'espace compris entre les deux pelotes sur la partie inférieure de la ligne blanche, près de la portion supérieure de la symphyse pubienne, afin que les deux pelotes soient bien appliquées sur les parties latérales ; puis il fait passer les deux bouts de la ceinture un peu au-dessus des hanches et les ramène se fixer sur la patte attachée à la face antérieure de la portion la plus large de la ceinture, qui est placée sur la ligne médiane; il serre alors modérément, seulement pour que la ceinture ne tombe pas; puis il fait coucher la malade, et, après lui avoir fait fléchir les cuisses, il réduit le déplacement qui nécessite l'emploi de la ceinture.

Pour l'antéversion et la rétroversion, il se sert ordinairement de la sonde de M. Simpson, et pour l'abaissement de l'utérus il emploie un pessaire muni d'une tige, dans lequel il introduit le col, et à l'aide de la tige, qu'il pousse modérément, il élève l'utérus, et alors il serre graduellement la ceinture; il fait lever la malade, retire son pessaire muni de sa tige, et à l'aide du toucher il s'assure de la position de l'utérus.

De sorte que, la ceinture étant bien appliquée, l'utérus se trouve enclavé dans le petit espace que lui laissent la portion postérieure du bassin et la partie antérieure de la ceinture : il ne peut alors fuir par en bas, ni se dévier à droite ou à gauche ; il ne tend qu'à s'élever, ce qui ne peut être qu'heureux.

Cependant chez quelques malades cela ne se passe pas aussi facilement : pour celles-là M. Rémondet laisse dans le vagin le pessaire muni de sa tige vaginale, à l'une des extrémités de laquelle il fixe une autre tige, qui est courbe; cette tige vient passer par son autre extrémité dans une coulisse métallique adaptée à la partie inférieure et médiane de la ceinture ; elle est placée un peu au-dessous de la patte où se fixent les deux bouts de la ceinture, et là cette tige courbe est retenue dans la coulisse à l'aide d'une vis de pression.

Le pessaire contenant le col reste alors dans le vagin, et en général il est bien supporté par les malades. L. M.

SEIGLE ERGOTÉ

contre les écoulements blennorrhagiques passés à l'état chronique.

Par M. Antoine LAZOWSKI, D.-M.-M.

Tous les praticiens connaissent les propriétés qui caractérisent le champignon nommé par de Candolle *sclerotium clavus*, et vulgairement désigné sous le nom de *seigle ergoté*. Son emploi dans la pratique des accouchements et pour combattre les hémorrhagies utérines est aujourd'hui vulgaire. Il a aussi été employé par quelques praticiens contre les paralysies de la vessie.

C'est sur cette dernière propriété de l'ergot du seigle qu'est fondée l'idée de son emploi contre les écoulements blennorrhagiques passés à l'état chronique. Il arrive souvent, en effet, que l'écoulement est entretenu uniquement par un état d'atonie de tout le système ou seulement des organes génitaux; la vessie, la prostate ou le canal de l'urètre sont isolément ou simultanément frappés d'un relâchement qui entretient la blennorrhagie. L'emploi des moyens qui ont une action excitante spéciale sur ces organes est parfaitement indiqué : dans cette classe se trouve le seigle ergoté, dont l'action devient plus manifeste quand on l'associe aux ferrugineux.

L'expérience m'a démontré pleinement la justesse de ces vues théoriques; aussi ai-je pu guérir par ce moyen un grand nombre d'écoulements qui avaient fait pendant longtemps le désespoir des malades et des médecins. Bien plus, certaines blennorrhées chroniques, compliquées de rétrécissements de l'urètre peu intenses, ont cédé quelquefois à l'emploi du seigle ergoté, ou tout au moins ont rendu la guérison plus facile et plus prompte. La formule que j'emploie est la suivante :

Seigle ergoté récemment pulvérisé. . .	4	grammes
Safran de mars apéritif.	5,50	centigr.
Poudre de vanille.	0,25	—
Camphre pulvérisé.	0,25	—

Mêlez et divisez en 20 paquets, que l'on doit prendre : un le matin à jeun, et un autre le soir en se couchant.

La durée moyenne du traitement est de dix à vingt jours, pendant lesquels il est inutile de soumettre les malades à une diète trop rigoureuse. D'ordinaire je prescris simultanément une décoction légère de quinquina gris.

Jusqu'à présent je n'ai pas mis en usage l'extrait aqueux du seigle ergoté, que M. Bonjean a improprement nommé *ergotine*; il est à supposer cependant qu'il agirait de la même manière que la poudre d'ergot de seigle. Quoi qu'il en soit, je désire vivement que les praticiens veuillent bien expérimenter ce nouveau mode de traitement; je suis persuadé qu'ils trouveront comme moi dans le seigle ergoté un médicament précieux pour combattre les écoulements blennorrhagiques anciens chez l'homme et chez la femme.

(*Revue thérapeutique du Midi.*)

TRAITEMENT DU CHOLÉRA.

Nous recevons de notre honorable correspondant M. le docteur Ancelon, médecin de l'hôpital de Dieuze, les réflexions suivantes sur le traitement du choléra ; l'intérêt d'actualité qu'elles offrent nous engage à les publier de suite.

Tandis que le choléra se glissait sournoisement de Londres au Havre, du Havre à Paris, quelqu'un annonçait au monde, *urbi et orbi*, que le fléau indien, dont il s'imagine avoir sondé toutes les profondeurs étiologiques, est épidémique, *quia habet virtutem epidemicam* : plagiat triplement malheureux en face d'une peste dont la Providence s'est réservé, comme pour toutes les grandes maladies populaires, d'élaborer les causes mystérieuses dans des régions tout à fait inaccessibles à la raison humaine.

Serait-il bien vrai, comme le disent certaines gens, que nous soyons désarmés contre la nouvelle agression du fléau ? Les hommes pratiques n'ont-ils pas autre chose à faire en pareille conjoncture que de se livrer à des spéculations pour le moins fort oiseuses ? La vieille médecine des indications, celle des éléments préconisée par le savant et habile professeur Forget (de Strasbourg) ne leur ont-elles donc rien appris depuis l'épidémie de 1832 de douloureuse mémoire ?

Déjà la *Gazette des Hôpitaux*, journal essentiellement pratique, a sérieusement appelé l'attention des médecins sur ce que nos voisins d'outre-Manche ont appelé diarrhée *prémonitoire*, et a fait ressortir (après M. J. Guérin en 1832) tous les avantages qu'il y aurait à s'en occuper pour prévenir de plus grands malheurs.

Tandis que nous n'en sommes encore qu'aux tentatives trompeuses, incertaines d'invasion du fléau, il est bon peut-être que chacun de nous vienne dire ce qu'il a vu, ce qu'il a tenté.

Dans la lutte corps à corps que j'eus à soutenir avec le choléra en 1849, je compris tout d'abord la nécessité qu'il y avait durant la période algide :

1° De retenir à la périphérie les fluides entraînés vers les organes centraux par un raptus inconnu ;

2° De modifier le système nerveux qui, suivant M. Cl. Bernard, préside à la calorification aux dépens du cordon rachidien par une sollicitation révulsive, de substituer un tétanos rachidien au tétanos du trisplanchnique.

I. Le premier, le plus héroïque de tous les moyens, est, à mon avis, le sinapisme promené presque sans interruption le long de la colonne vertébrale, sur les extrémités supérieures et inférieures : l'efficacité de tous les autres moyens est nulle quand celui-ci échoue.

Les ventouses scarifiées ont bien aussi leur utilité quand elles sont appliquées de bonne heure sur la poitrine et le long du rachis, dans les cas d'asphyxie plus ou moins prononcée (toujours les malades en ont éprouvé un soulagement marqué et immédiat) ; dans les cas graves, surtout à l'époque de transition si difficile qui relie les deux périodes l'une à l'autre, il ne faut pas hésiter à porter le moxa sur l'épine dorsale.

On l'a dit avec raison, et ma propre expérience n'a fait que confirmer les assertions relatives à ce point de pratique médicale, il ne faut pas se hâter d'abandonner l'emploi des moyens externes si puissants sur une surface aussi étendue que celle de la peau. Avec de la persévérance et des soins bien entendus, on obtient des résultats inespérés. C'est ainsi que l'on parvient à retenir à la surface la vie qui délaissait la circonférence pour aller s'épuiser en congestions viscérales profondes et s'écouler en ruineuses évacuations gastro-intestinales. On s'en aperçoit tout d'abord à la modification dans la qualité, puis à la diminution dans la quantité et la fréquence des déjections ; les crampes disparaissent à mesure que la peau reprend un peu de rénitence et de vie.

Le sang tiré et la révulsion produite par les ventouses allégent ordinairement le poids si lourd qui oppresse les malades et les jette dans une anxiété inexprimable.

II. Je me suis déterminé, dans le choix de mes moyens internes, d'après mes préoccupations théoriques relatives à l'idée de révulsion nerveuse.

De tous les médicaments administrés à l'intérieur, la seule mixture de Strogonoff, dont la base est la teinture de noix vomique, m'a paru répondre d'une manière satisfaisante à l'idée que je m'étais formée de la nature du choléra. Nous y eûmes recours avec succès dans les cas graves, et les légers accidents tétaniques qu'elle a substitués aux phénomènes propres à l'épidémie doivent lui faire rapporter l'honneur de la cure.

Après la noix vomique, viennent les stimulants diffusibles, l'essence de menthe surtout, qui, à la dose de quelques gouttes sur du sucre, arrêterait les vomissements dans les cas graves.

Si vous pensiez que cette réminiscence de 1849 pût avoir son utilité et intéressât vos lecteurs, accordez-lui une colonne de votre estimable journal.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

ADDITION A LA SÉANCE DU 29 NOVEMBRE 1853.

Discussion sur le perchlorure de fer. (Suite.)

M. Velpeau. Ce que vient de dire M. Roux a considérablement agrandi le champ de la discussion. Je n'avais que quelques mots à dire à la fin de la dernière séance ; je me trouve aujourd'hui dans l'obligation de réclamer un moment d'attention de plus de la part de l'Académie pour quelques explications devenues indispensables.

Il s'agissait jusqu'ici de discuter la valeur de la méthode nouvelle ; ce n'est plus de cela qu'il s'agit maintenant, mais bien de l'histoire entière des traitements des anévrismes. D'un autre côté, j'aurai aussi à répondre à un autre point de vue de la question, au point de vue moral qui a été posé par M. Gerdy. Mais M. Gerdy, à qui j'avais cru voir d'abord l'intention de jeter le blâme sur quelques-uns de ses collègues, s'en est défendu. Il n'a voulu blâmer personne en particulier, a-t-il dit, mais il a blâmé tout le monde. Puisque la conciliation est partout en ce moment, je ne demande pas mieux que d'accepter ces paroles comme une conciliation. Je reviens donc au point de départ de la discussion, d'où j'aurais voulu ne la point voir s'écarter.

M. Malgaigne, qui malheureusement ne se trouvait pas à la fin de la dernière séance, m'a fait dire, sans doute d'après des rapports inexacts, autre chose que ce que j'ai dit. Il a cru voir, par mes paroles mal interprétées, que je révoquais en doute la réalité du fait qu'il nous a rapporté comme y ayant pris une part active. Je n'ai nullement contesté la réalité de ce fait : on ne saurait le nier ; il n'est malheureusement que trop vrai, puisque le malade qui en est l'objet a dû subir l'amputation. J'ai dit seulement que je trouvais ce fait étrange ; j'ai dit qu'il ne me paraissait pas fournir des éléments suffisants pour résoudre la question qu'on a prétendu résoudre à son aide. J'ai dit enfin que la ligature n'était pas applicable partout, et qu'il serait à désirer qu'on trouvât un moyen différent qui pût suppléer à la ligature pour les anévrismes et pour les régions où elle n'est pas applicable. Je n'ai pas dit que le perchlorure fût ce moyen et qu'il pût remplir l'objet qu'on s'est proposé : j'en doute ; je suis même plutôt disposé à ne pas le croire ; mais enfin c'est là même une question qui n'a pas encore été suffisamment examinée, à mon avis, et je ne voudrais pas qu'on traitât de téméraires les chirurgiens qui se livrent à des essais dont l'objet est aussi légitime.

D'un autre côté, je ne comprends pas, ai-je dit encore, que ce soit là un moyen aussi dangereux qu'on l'a prétendu ; il m'est impossible, d'après ce que j'en ai vu moi-même maintes et maintes fois, après m'en être servi pour tamponner des plaies saignantes sans le moindre inconvénient, de ne pas reconnaître que le perchlorure de fer est un agent dangereux.

Mais, maintenant, y a-t-il lieu d'espérer qu'en obtenant la coagulation du sang à l'aide de cet agent, cette coagulation serait suivie de l'oblitération du sac anévrismal ? C'est là le point à examiner. Je dis que, s'il en devait être ainsi, il faudrait poursuivre les expériences, non pas sur l'homme, les faits connus jusqu'ici ne sont pas assez encourageants, mais sur les animaux.

Enfin, une autre raison qui m'a fait tenir ce langage, c'est qu'il y a eu un cas de succès, un succès incontestable, et que personne ne conteste. Je dirai à cet égard que je suis fâché d'une chose : c'est que M. Malgaigne ait trouvé matière à blâme dans ce fait, et qu'il ait cherché à en atténuer la valeur. Il a dit que l'opération avait été faite en dépit des règles de la méthode. Mais ces règles, où existent-elles ? L'événement ne prouve-t-il pas, d'ailleurs, qu'il a mieux fait que s'il avait suivi strictement les règles formulées par Pravaz ?

En supposant, d'ailleurs, que les injections de perchlorure de fer ne réussissent pas contre les anévrismes, ce ne serait pas encore une raison pour les rejeter de la pratique chirurgicale, car elles pourraient s'appliquer à d'autres maladies. Déjà on a cité quelques exemples de succès de l'emploi de cette méthode dans des cas d'hémorrhagies utérines. Il y a bien d'autres circonstances encore, pour lesquelles depuis si longtemps on cherche des hémostatiques, où le perchlorure de fer pourrait rendre des services. On l'a essayé contre les varices à Lyon et à Paris. Il en est résulté ce fait : c'est que si le perchlorure ne guérit pas les varices (je m'expliquerai tout à l'heure là-dessus) il n'a pas du moins les inconvénients ni les dangers qu'on pourrait lui supposer, on a même dit avoir obtenu des guérisons.

De ce que je viens de dire, je ne voudrais pas que l'on tirât cette conclusion que j'approuve ce mode de traitement pour les varices. Je commencerai par déclarer tout de suite qu'on ne guérit pas les varices, qu'on ne peut pas les guérir. Je me suis beaucoup occupé de ce sujet ; j'ai expérimenté un grand nombre de moyens ; j'ai opéré par différentes méthodes plus de 250 individus, et sauf un seul cas de mort, sans aucun accident grave ; mais jamais je n'ai obtenu un résultat durable et définitif.

J'ai employé, entre autres moyens, le séton, la ligature, soit à nu, soit sans découvrir la veine. J'ai réussi quelquefois ; mais il faut s'entendre sur ces succès, c'est-à-dire que j'ai réussi à oblitérer la veine. Mais les veines ont des ressources sur lesquelles je n'avais pas compté ; elles ne sont point comme les artères : elles ont des ramifications à l'infini. Il y a des myriades de veines collatérales, de sorte qu'une veine n'était pas plutôt oblitérée qu'aussitôt une nouvelle veine se dilatait à côté, et, tandis que je croyais mes malades guéris, je les voyais revenir plus tard avec les cicatrices témoignages des opérations que j'avais pratiquées, mais aussi avec de nouvelles varices aussi volumineuses que les premières. J'ai vu, entre autres, un malade auquel j'avais excisé la veine variqueuse dans une étendue de 5 centimètres, il n'y avait pas moyen de compter que le cours du sang pût se rétablir. Eh bien ! cet homme est revenu dix ans après avec les mêmes varices. Depuis cette époque, j'ai complétement renoncé à traiter les varices par n'importe quelle méthode. Je crois donc que les chirurgiens qui tenteraient de traiter les varices par le perchlorure de fer perdront probablement leur temps.

Il y a un autre point sur lequel je veux saisir l'occasion de donner un avis aux expérimentateurs : je veux parler du caillot. J'ai vu des caillots produits sur les chevaux par M. Leblanc ; j'en ai vu qui permettent d'espérer qu'ils pourraient finir par s'organiser, adhérer et se confondre par la suite avec les parois du vaisseau et former à la longue une sorte de cordon imperméable au sang. Mais voici une difficulté à laquelle on ne me paraît pas avoir assez songé. Quand on injecte du perchlorure de fer ou tout autre agent dans un vaisseau normalement organisé, les conditions ne sont pas les mêmes que lorsqu'on fait cette injection dans une poche anévrismale. Ici la poche est déviée du cours naturel du sang ; il y a des couches concrètes de sang devenues en quelque sorte des matières inorganiques, et qui sont en contact avec les parois du sac ou du vaisseau. Ce n'est donc plus sur du sang normal que l'on agit. D'un autre côté, et ceci n'est pas une difficulté moindre, la lumière de l'artère ne répond plus au centre de la tumeur ou du vaisseau altéré. Elle est plus ou moins déviée ; j'ai vu même des cas où il était impossible de retrouver l'orifice du vaisseau dans la masse de la tumeur, tant le trajet était devenu tortueux et irrégulier. Or, quand vous injecterez du perchlorure de fer, vous pourrez bien obtenir un caillot, mais rien n'indique que ce caillot oblitérera le calibre de l'artère anévrismatique, et comment, au milieu de ces trajets sinueux, pourra-t-on espérer diriger convenablement la canule ? C'est là une des causes les plus probables d'insuccès. C'est une considération que je soumets à l'appréciation des expérimentateurs. A cela près de ces difficultés, qui me font croire que la méthode est mauvaise et qu'elle ne réussira pas, je n'en conclus pas qu'il ne faille pas encourager les recherches et les expériences dans ce sens ; je suis même porté à croire, au contraire, qu'il en ressortira quelque chose d'utile.

Un mot, avant de terminer, sur la question de l'application des réfrigérants au traitement des anévrismes que vient de soulever M. Roux. Il n'y a aucune analogie entre la méthode de Guérin que M. Roux vient de rappeler et celle que j'ai mise autrefois en usage. Guérin employait les réfrigérants dans le but de produire le resserrement, la rétraction des parois anévrismales ; tandis que mon but, à moi, était tout différent ; c'était de chercher à déterminer la congélation complète, mais momentanée, des tissus au moyen d'un mélange de sel et de glace, et partant la solidification du sang contenu dans le sac anévrismal. Ce sont là deux idées très distinctes et que M. Roux a confondues.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 30 novembre 1853. — Présidence de M. Denonvilliers.

Résumé de la discussion sur le chloroforme, suivi de considérations sur l'anesthésie.

M. Robert a la parole pour la lecture de la fin de son résumé ; il s'exprime en ces termes :

Un dernier procédé de respiration artificielle consiste à exercer à la fois sur le thorax et sur l'abdomen des pressions cadencées. Il est facile de concevoir le mécanisme de ces manœuvres, qui, portant principalement leur effet sur les parois costales, doivent d'abord diminuer plus ou moins l'ampleur de la cavité thoracique et chasser au dehors une portion de l'air contenu dans les poumons. Lorsque la pression est interrompue, les côtes, obéissant à l'élasticité de leurs ligaments et de leurs cartilages, reprennent leur position première et, rendant au thorax ses dimensions, tendent à produire un vide que l'air comble aussitôt en se précipitant dans les poumons. Il est probable que le diaphragme prend aussi une certaine part à cette ampliation de la poitrine ; car s'il a été refoulé en haut au moment de la pression exercée sur l'abdomen, les côtes inférieures qui lui donnent insertion doivent, en reprenant leur position naturelle, exercer une traction légère sur ses fibres et en diminuer la courbure.

Il nous semble évident que ce mode opératoire doit avoir plus d'efficacité que celui qui consiste à pratiquer l'insufflation. Celle-ci n'agit, en effet, que sur le diaphragme ; et encore faut-il que l'air soit poussé par une ouverture faite à la trachée, les voies aériennes étant fermées à leur partie supérieure. Il n'en est pas de même de la pression méthodique sur les côtes et sur l'abdomen, qui agit à la fois sur le thorax et sur le diaphragme. Enfin, ce qui complète la supériorité de cette méthode, c'est la facilité et la rapidité de son exécution. Jusqu'à présent elle n'a presque pas encore été employée ; mais l'observation intéressante que nous a rapportée M. Denonvilliers prouve qu'elle peut être employée avec un grand avantage.

M. Bickersteth a recommandé, dans la pratique de la respiration artificielle, une précaution qui nous paraît très utile ; il veut que tout d'abord on attire la langue en dehors de la bouche, et que, passant un crochet à son extrémité, on confie celui-ci à un aide. Il s'appuie sur ce que, le malade étant couché sur le dos, aussitôt que la respiration s'arrête et que la mâchoire s'abaisse, la base de la langue a une tendance particulière à tomber en arrière et à boucher l'orifice de la glotte. La respiration artificielle, dans de semblables conditions, est illusoire. Il pense que, si dans quelques cas cette opération a échoué, c'est qu'on a ou négligé ou employé trop tard cette simple précaution. Le médecin anglais a basé ses convictions sur un grand nombre d'expériences faites chez les animaux, et sur des observations prises chez l'homme.

4° Il me reste à étudier l'agent qui stimule le système nerveux et musculaire : je veux parler de l'électricité.

M. le docteur Abeille paraît être le premier qui ait eu la pensée de l'opposer aux accidents produits par le chloroforme. En 1848, il pratiquait pour la troisième fois l'électro-puncture sur une masse de ganglions cervicaux qui gênait la déglutition et la respiration. Le sujet était un jeune homme de seize ans. Il essaya préalablement de l'endormir par le chloroforme, mais les inhalations amenèrent un état très alarmant, bien que maniées comme dans les précédentes séances. La respiration stertoreuse, le refroidissement et une teinte violacée de la face, l'extrême petitesse du pouls, etc., tout faisait craindre immédiatement une issue funeste.

Le traitement ordinairement employé en cas pareil restait insuffisant, lorsque le souvenir du réveil subit par l'électro-puncture dans les précédentes séances engagea l'opérateur à faire immédiatement l'application de cet agent. Deux aiguilles implantées à la région cervicale servirent de conducteurs à l'électricité mise aussitôt en jeu. En moins de deux minutes le malade était revenu à son état normal par le retour successif de la respiration et de la circulation.

Partant de ce fait, M. Abeille entreprit des expériences sur les animaux pour s'assurer si l'électricité était réellement un remède sûr contre les accidents chloroformiques.

Dans une première série d'expériences, les chiens étaient foudroyés par le chloroforme. Il y avait absence de respiration et de pouls, cessation absolue de toute impulsion du cœur. Dans ces cas, l'électro-puncture, pratiquée sur l'axe cérébro-spinal, déterminait des secousses musculaires, des mouvements factices de respiration, et rien de plus. Quelque prolongée que fût l'action de la pile, la mort était réelle.

Dans une seconde série, la chloroformisation était poussée progressivement *jusqu'à la presque insensibilité du pouls*, le cœur donnant encore de faibles impulsions, mais la mort paraissant imminente à cause de la cessation des mouvements respiratoires. Sous l'influence de l'électro-puncture la respiration s'exécutait, d'abord factice, puis réelle. Le pouls reparaissait, irrégulier et confus d'abord, puis énergique et régulier. Le cœur soulevait les parois costales. Terme moyen, entre une minute et deux minutes et demie l'animal récupérait ses fonctions physiologiques.

De ces faits M. Abeille a conclu que l'électricité est pour ainsi dire l'antidote de l'anesthésie chloroformique, et que lorsqu'il survient des accidents à la suite de l'inhalation, le moyen le plus prompt, le plus sûr, le seul qui mérite d'être immédiatement employé est l'électro-puncture. (Académie des sciences, 20 octobre 1851.)

Dans ces derniers temps, M. Jobert (de Lamballe) a aussi expérimenté la valeur de l'électricité, et les résultats qu'il a obtenus sont à peu près les mêmes que ceux dont nous venons de parler. (Académie des sciences, 20 août 1853.)

Avant d'entretenir la Société de chirurgie de faits aussi importants, j'ai voulu les soumettre moi-même au contrôle de l'expérience. Ainsi que l'avaient déjà signalé MM. Abeille et Jobert, j'ai constamment observé que, lorsqu'on sidérait l'animal en lui faisant respirer à la fois une grande quantité de chloroforme, les mouvements du cœur et ceux de la respiration cessaient presque en même temps ; l'électricité ne produisait d'autre résultat que de provoquer des secousses dans les

muscles sans réveiller l'action du cœur. Lorsque au contraire on ménageait les inhalations de manière à les prolonger jusqu'à ce que la respiration parût s'éteindre, *les mouvements du cœur toutefois persistant, quoique à un faible degré*, il m'a presque toujours été possible de rappeler l'animal à la vie. Plusieurs fois même, voulant bien m'assurer que la respiration était abolie, j'ai attendu une demi-minute après la dernière contraction du diaphragme avant de recourir aux décharges électriques. Les aiguilles étaient enfoncées, l'une dans les muscles postérieurs du cou, l'autre à la base de la poitrine. L'instrument dont je me suis servi est le petit appareil électro-magnétique imaginé par M. Legendre, appareil d'un usage très commode, et dont les effets sont puissants. A la première décharge une inspiration brusque a eu lieu, et les mouvements du cœur sont devenus plus appréciables. Puis à chaque secousse, répétée toutes les quatre ou cinq secondes, le même mouvement s'opérant, la respiration ne tardait pas à se ranimer, et en peu de temps l'animal revenait à lui-même; et telle était alors la puissance de l'électricité, qu'à chaque secousse, quoique l'insensibilité aux autres moyens d'excitation fût encore profonde, il poussait des cris aigus et s'agitait violemment.

Ces expériences, que j'ai plusieurs fois répétées en présence de MM. les docteurs Abeille, Debout, et des élèves de l'hôpital Beaujon, nous révèlent toute la puissance de l'électricité, et nous tracent aussi les limites de sa sphère d'action. Elle peut bien, en agissant sur la contractilité musculaire, rétablir les mouvements respiratoires; mais elle n'agit pas directement sur le cœur, et elle n'a pas le pouvoir de réveiller son action. Et qu'on ne m'objecte pas qu'en agissant sur la respiration on agit par cela même sur le cœur. Les expériences sur les animaux et les observations sur l'homme démontrent que, toutes les fois que le pouls a bien réellement cessé de battre, l'électricité demeure sans résultat. Il est donc permis de douter qu'on puisse compter sur cet agent dans les accidents produits chez l'homme par le chloroforme, accidents d'une nature spéciale, bien différents de ceux qu'il amène par son action progressive chez les animaux, et qui portent directement sur le centre circulatoire. Du reste, l'expérience a parlé. Les observations déjà citées de M. Paget et de M. Quain, et celle de M. Dunsmure, que je rapporterai plus bas, sont de nature à ébranler la confiance que l'on pourrait accorder à l'électricité. Quant à l'observation de M. Abeille, elle ne me paraît nullement concluante. L'auteur dit lui-même que la respiration persistait encore et que le pouls était faible : donc le cœur battait toujours. Ce cas me semble donc rentrer dans la catégorie des faits ordinaires où les accidents, quoique graves, cèdent en général à des moyens moins actifs et bien dirigés.

Indépendamment de ces objections que l'on peut adresser à l'électricité, il en est une que soulève la difficulté même de son application. Il faudrait avoir un appareil électrique fonctionnant auprès de soi chaque fois qu'on emploie le chloroforme. Cette mesure, qu'il serait possible d'adopter, non sans difficulté, dans les hôpitaux, ne pourrait certainement passer dans la pratique civile.

Je pense donc que l'électricité n'est point appelée à rendre les services qu'il serait permis d'espérer d'un moyen aussi énergique.

Voici l'observation de M. Dunsmure :

Un malade, convalescent d'une pneumonie, entra dans le service de chirurgie de l'Infirmerie royale d'Edimbourg pour y être traité d'un rétrécissement ancien de l'urètre. La rigidité et l'étroitesse du rétrécissement rendant très douloureux l'emploi des bougies et celui-ci provoquant de la douleur et des frissons, le chirurgien de cet hôpital, le docteur James Dunsmure, résolut de pratiquer l'urétrotomie par la méthode de M. Syme. On expliqua au patient la nature de l'opération qu'on se proposait de faire. Il y consentit parfaitement et fut conduit à l'amphithéâtre d'opérations le 28 septembre 1853. M. Dunsmure était assisté par un collègue, M. Spence, et par ses élèves et ses aides. Selon l'usage de l'Infirmerie, le chloroforme fut administré par le docteur Struthers, chirurgien interne. L'auteur fait remarquer que ce médecin, avant de remplir ses fonctions dans le service chirurgical, avait été employé pendant dix-huit mois en qualité d'élève externe et interne dans les salles d'accouchement, sous la direction du docteur Simpson, et qu'il avait eu constamment l'habitude d'administrer le chloroforme. Aussitôt que le patient eut été inhalé, il eut beaucoup de suffocation; la face et la tête devinrent très congestionnées. Il parut avoir de légères convulsions ressemblant à une attaque d'épilepsie, comme on en a observé quelquefois chez les gens du peuple livrés à l'intempérance. Pendant les convulsions le mouchoir sur lequel avait été versée la liqueur fut éloigné et tenu à quelque distance de la face.

Au bout d'un peu de temps, le chloroforme produisit son effet; le ronflement devint violent, et on éloigna complétement le mouchoir de la bouche. Aussitôt que le malade fut tranquille, on le plaça dans la position usitée pour la taille. Précisément à l'instant où on fit au périnée la première incision, un des assistants dit que le pouls s'affaiblissait. M. Spence fit alors remarquer qu'il était encore bon à la tibiale postérieure. Mais au bout d'une ou deux secondes, ces deux messieurs s'écrièrent que le pouls avait disparu. Le chirurgien se précipita à la tête du malade et vit que la respiration avait cessé. Ceux qui étaient en état d'observer la respiration, ce que M. Dunsmure ne pouvait faire à cause de la position qu'il occupait pour opérer, affirmèrent positivement que la respiration n'avait pas cessé avant le pouls. La face était congestionnée, les mâchoires serrées et les pupilles très dilatées. On ouvrit la bouche par force, et on tira la langue hors de la bouche à l'aide de pinces. On eut recours à la respiration artificielle. Il s'ensuivit bientôt une inspiration. Celle-ci fut bientôt accompagnée d'une seconde, puis d'une troisième et d'une quatrième à des intervalles plus longs. Après la cinquième, tout effort de respiration naturelle cessa. Aucune pulsation ne pouvait être sentie à l'artère radiale. On avait tout d'abord envoyé chercher un appareil galvanique. Il arriva enfin, aussitôt après que le malade venait de faire sa cinquième inspiration. On fit la trachéotomie pour pratiquer plus sûrement la respiration artificielle. La veine jugulaire externe fut aussi ouverte, et il s'en écoula environ deux onces de sang. Quand on eut introduit la canule à trachéotomie dans la trachée, l'appareil électrique se trouva en état d'agir. Il fut appliqué sur chaque côté du diaphragme. Il fonctionnait remarquablement bien. A chaque application des éponges, le muscle descendait comme si le malade eût été en état de vie. L'air passait à travers le tube de la trachée. Un moment les assistants pensèrent que le patient était sauvé; mais peu à peu les muscles perdirent leur contractilité, et, quoique le galvanisme fût resté appliqué pendant une heure, il devint évident que tous les efforts étaient vains et que la vie était éteinte. L'autopsie ne présente aucune circonstance remarquable. (*Monthly journal of medical science*, novembre 1853, page 425.)

Je me borne à citer ici l'observation de M. Dunsmure, parce qu'elle offre à la fois le saisissant tableau des accidents dus au chloroforme et nous montre l'inutilité des soins actifs et persévérants dirigés par des hommes habiles. Il me serait facile d'y joindre beaucoup de faits semblables si je ne craignais d'augmenter indéfiniment l'étendue de ce travail. Malheureusement l'impuissance de l'art n'y est que trop souvent démontrée; et peut-être suis-je encore autorisé aujourd'hui à persévérer dans la conclusion de mon rapport, à savoir : que l'art ne possède aucun moyen efficace d'enrayer la marche des accidents produits par le chloroforme et d'en prévenir les funestes résultats. Cependant quelques faits rapportés dans la discussion, et surtout celui que M. Denonvilliers nous a fait connaître, me donnent la consolante pensée que cette conclusion a été trop exclusive. Heureux si j'étais obligé d'avouer un jour que je me suis complétement trompé.

J'ai l'honneur de soumettre à la sanction de la Société de chirurgie les conclusions qui suivent :

CONCLUSIONS.

1° Le chloroforme peut causer la mort lorsqu'il est mêlé à l'air en de trop fortes proportions.

2° Néanmoins, à raison de susceptibilités individuelles, il peut amener de graves accidents et la mort, alors même qu'il a été administré à de faibles doses.

3° L'asphyxie par l'emploi du chloroforme n'est pas à craindre, à moins qu'on n'ait recours à des procédés d'inhalation défectueux et qu'on ne surveille pas l'état de la respiration.

4° Le chloroforme prédispose à la syncope et rend celle-ci plus grave lorsqu'elle survient.

5° Dans les cas où la mort a lieu exceptionnellement, elle a lieu par syncope. La cessation des battements du cœur est quelquefois tellement soudaine qu'elle constitue une véritable sidération.

6° La syncope peut arriver au début même de l'opération et semble résulter de l'ébranlement imprimé à l'organisme par l'acte opératoire lui-même. Elle peut se manifester immédiatement ou plusieurs heures après l'opération.

7° Les anesthésiques sont tous plus ou moins toxiques. Le chloroforme est le plus dangereux, mais il est aussi le plus puissant. L'éther est moins redoutable, mais il est moins énergique. Le mélange à volume égal d'éther et de chloroforme me semble le meilleur des anesthésiques. (Depuis que j'ai lu la première partie de ce travail, j'ai eu l'occasion d'en faire assez fréquemment usage : il produit promptement l'insensibilité et semble provoquer moins de réaction que le chloroforme ou que l'éther.)

8° Avant de recourir à l'emploi du chloroforme, il faut en rechercher les contre-indications, soit pour rejeter l'anesthésie, soit pour en restreindre l'application.

9° Lorsqu'on administre le chloroforme, il importe de surveiller attentivement l'état du pouls et celui de la respiration.

10° Le danger du chloroforme étant, en général, proportionnel à la concentration de ses vapeurs, il serait utile de pouvoir doser celles-ci; mais l'inhalation devant être faite à l'air libre, ce dosage est impossible. Il convient donc de débuter par des proportions très faibles, qu'on augmente graduellement d'après les effets produits.

11° L'action du chloroforme étant progressive et successive, on parvient à obtenir l'insensibilité et même la résolution par le seul fait de la continuité des inhalations à doses modérées, sans qu'il soit nécessaire de forcer les doses.

12° L'état dit de tolérance anesthésique étant obtenu, on peut le prolonger plus ou moins longtemps, à la condition de rendre l'inhalation intermittente.

13° Quand, pour un motif quelconque, le malade a dû absorber de grandes quantités de chloroforme, il faut se tenir en garde contre les syncopes consécutives.

14° Dans les cas de syncope grave ou de sidération, il convient de recourir aux moyens suivants :

1. Exposer le malade à un air frais et pur.
2. Donner au corps une position telle que la tête soit déclive.
3. Ouvrir la bouche et attirer la langue en avant.
4. Pratiquer la respiration artificielle par des pressions cadencées sur le thorax et l'abdomen.
5. Les excitants de la peau, tels que les frictions, les rubéfiants, etc., pourront être subsidiairement employés.

Je termine ici ce travail, déjà trop long peut-être; et cependant je suis loin d'avoir entièrement épuisé cet intéressant sujet. Il me resterait encore à rechercher si, en compensation des chances de danger qu'ils font courir aux malades, les anesthésiques exercent sur les suites des opérations une influence favorable. La Société de chirurgie, dans le cours de la discussion, a émis le vœu que cette question fût examinée; mais, dans l'état actuel de la science, les faits nous manquent ou sont insuffisants pour la résoudre. Tout ce que je puis dire, c'est que, si je m'en tiens à mon expérience, cette influence n'est point assez manifeste pour qu'on ne puisse élever des doutes sur sa réalité.

CHOLÉRA DE PARIS.

Voici, d'après les renseignements qu'il nous a été possible de nous procurer jusqu'ici, le mouvement des cholériques dans les hôpitaux, en ville et dans la banlieue.

On comptait hier à l'Hôtel-Dieu, dans la salle où sont admis la plupart des cholériques (salle Sainte-Jeanne), 33 malades en traitement. Sur ce nombre, il en était entré 8 depuis la veille. Le nombre total pour cette salle, depuis le commencement de l'épidémie, s'élevait à 56, les décès ou les sorties par suite de guérison étant de 23.

Nous n'avons pas le chiffre complet des cholériques traités dans cet hôpital; mais, à en juger par le petit nombre de cas que nous avons vus dans les autres salles, nous ne croirions pas être très éloigné de la vérité en évaluant ce chiffre de 25 à 30 environ; de sorte que ce serait approximativement pour la totalité à 80 et quelques environ qu'il faudrait porter cette évaluation.

La proportion est en général infiniment moindre pour les autres hôpitaux. A part la Charité, qui est après l'Hôtel-Dieu l'hôpital qui a reçu le plus de cas et où nous avons pu en compter jusqu'au commencement de la semaine environ une vingtaine, les autres hôpitaux en ont eu relativement très peu : 7 uo 8 pour l'hôpital Beaujon; 7 cholériques, dont 4 dans un état très grave, étaient entrés le 29 novembre à l'hôpital Saint-Antoine; la Pitié, Necker, Saint-Louis et la Maison de santé n'en ont eu que quelques-uns seulement.

En somme, voici quel était le chiffre connu des admissions et des cas développés dans tous les hôpitaux de Paris jusqu'au 28 novembre:

Admissions, 116; cas développés à l'intérieur, 57. — Total: 173.

Les décès connus à la même époque étaient :

Pour les hôpitaux, de 79; à domicile, de 42; à Bercy, de 16; à Meudon, de 1. — Total: 138.

CHOLÉRA DE LONDRES.

Nous avons encore à constater une diminution notable dans la mortalité par le choléra à Londres. Dans l'avant-dernière semaine le chiffre était de 72; cette semaine il est descendu à 46. — *Différence en moins*, 26.

La mortalité générale a cependant augmenté considérablement; de 1,162, chiffre de l'avant-dernière semaine, elle est montée à 1,339. — *Différence en plus*, 177.

Le chiffre de la mortalité par la diarrhée n'est pas indiqué.

Rapport officiel du Registrar's office (*semaine du 19 au 26 novembre.*)

Mortalité générale. 1,339
— due au choléra. 46

Différence avec l'avant-dernière semaine, qui était de 72 : 26.

Cette mortalité se répartit de la manière suivante :

Sous le rapport topographique :

Districts de l'ouest, 6; du nord, 1; du centre, 1; du midi, 20; de l'est, 18.

Sous le rapport des sexes :

Sexe masculin. 15
Sexe féminin. 31

Sous le rapport de l'âge :

Au-dessous de 15 ans, 23; de 15 à 60 ans, 20; au-dessus de 60 ans, 3.

Observations météorologiques.

Baromètre, hauteur moyenne, 29 p. 9. = 79° centigr.

Thermomètre Fahr., 36,7. + 2°,5 centigr.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

La distribution des prix du concours institué par la Société centrale de médecine du Nord, à Lille, que nous avons annoncée dans notre numéro du 26 novembre, a eu lieu le 14 novembre, à onze heures, dans la jolie salle du conclave, à la mairie, en présence de tous les membres de la Société de médecine et d'un grand nombre d'invités.

M. Victor Meurin, président, a prononcé à l'ouverture de la séance un discours dans lequel notre honorable confrère a fait ressortir avec talent l'utilité des sociétés de médecine et les avantages des concours. Il a ensuite payé un juste tribut d'hommages à la mémoire de deux membres de la Société que la mort lui a ravis naguère, les docteurs Brissez (Jacques), savant modeste et philanthrope éclairé, et Tilman, le Nestor de la médecine lilloise, témoin des actes héroïques qui ont illustré cette valeureuse cité, et qui a parcouru avec distinction la carrière militaire. Ce discours a été vivement applaudi.

M. le secrétaire de la Société a donné ensuite lecture du rapport fait sur les ouvrages des concurrents. Nous en extrayons ce qui suit :

Les questions mises au concours pour 1853 étaient les suivantes :

MÉDECINE. — « Faire l'histoire de l'angine de poitrine, et établir son traitement sur des faits bien authentiques. »

Deux mémoires ont été envoyés.

La Société a décerné le prix (médaille d'or) au docteur Massart (de Napoléon-Vendée).

Une médaille d'argent a été accordée au docteur Vraneken (d'Anvers), à titre de mention honorable.

CHIRURGIE. — « Parallèle entre les différents modes de traitement des fractures du fémur. »

Cinq mémoires ont concouru.

Le prix (médaille d'argent) a été accordé à M. Ferdinand Martin (de Paris).

Une médaille d'argent, à titre de mention honorable, a été accordée à M. Gustave Carlon, étudiant en médecine à Paris.

HYGIÈNE. — « Faire connaître les maladies qui affectent le plus généralement les ouvriers des campagnes pendant ou après les travaux de la moisson; indiquer les moyens de les prévenir. »

La Société a reçu trois mémoires, et n'a jugé aucun d'eux digne de mériter le prix.

Une médaille d'argent, à titre de première mention honorable, a été accordée au docteur Eugène Bourdet, à Boulogne-sur-Mer.

Une autre médaille d'argent, à titre de deuxième mention honorable, a été accordée à M. le docteur Stanislas Lecomte, à Verdes.

CHIMIE ET PHARMACIE. — « Rechercher, au moyen de l'analyse chimique, quelle est la partie des plantes narcotico-âcres, jusquiame, belladone, stramonium, ciguë (*conium maculatum*), aconit, tabac, qui contient à poids égal, abstraction faite de l'eau de végétation, la plus grande quantité du principe auquel chacune d'elles doit ses propriétés médicales caractéristiques.

» Déterminer l'époque à laquelle ces parties atteignent leur maximum de richesse.

» Si la dessiccation apporte quelques modifications dans la composition et par suite dans les propriétés de la plante fraîche.

» Quelle est la préparation pharmaceutique qui contient et conserve dans le plus grand état d'intégrité, et en plus grande quantité sous le moindre volume, les principes actifs du végétal. »

Les concurrents devront faire connaître l'ordre et la méthode suivis dans leurs recherches, ainsi que les procédés d'analyse employés.

Trois mémoires ont été envoyés au concours.

Le prix (médaille d'or) n'a pas été décerné. Une médaille d'argent à titre de mention honorable a été accordée *ex æquo* à MM. Frédéric Sauvan, pharmacien à Montpellier, et Thouvenot, pharmacien à Chatenois.

— M. le docteur Edmond Langlebert commencera son cours public sur les maladies syphilitiques mercredi prochain, 7 décembre, à midi, et le continuera, à la même heure, les lundis, mercredis et vendredis, dans son amphithéâtre, rue Larrey, 8.

Nos abonnés nous ont souvent demandé de leur rendre de petits services, comme de transmettre leurs mémoires aux académies, de leur faire parvenir du vaccin, des livres, des instruments, etc., etc. Une personne fort entendue à cet égard est attachée à l'administration de la *Gazette*, et leur rendra ces bons offices avec tout le zèle et l'empressement désirables.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 144. — MARDI 6 DÉCEMBRE 1853. (26e ANNÉE.) N° 144. — MARDI 6 DÉCEMBRE 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40; EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE.	Trois mois	8 fr. 50 c.
	Six mois	16 »
	Un an	30 »
GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES.	Trois mois	9 fr.
	Six mois	17
	Un an	33
ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR.	Trois mois	10 fr.
	Six mois	20
	Un an	38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

HOPITAUX DE PARIS.

Choléra. — Traitement.

Nous n'avons pu donner jusqu'ici qu'une indication très générale et très sommaire des différents moyens de traitement que nous avons vu appliquer dans les divers services d'hôpitaux où l'on a eu des cholériques à soigner. Nous avons promis de revenir sur ces traitements et sur l'appréciation de leurs résultats. Nous tenons aujourd'hui cet engagement, en commençant par le service de la clinique de M. le professeur Rostan à l'Hôtel-Dieu. Ceci nous fournira en même temps l'occasion de faire un dénombrement des cas reçus ou développés dans chaque service et d'en faire connaître la situation exacte.

Dans le service de M. Rostan, composé, comme on le sait, de deux salles, une salle d'hommes et une salle de femmes, il y a eu en tout, jusqu'au 4 décembre, 13 cas : 9 chez les hommes et 4 chez les femmes. Voici en quelques mots quel était l'état de ces malades à leur entrée ou au moment où ils ont été mis en traitement, et quelle a été l'issue de leur maladie :

Salle des femmes (Saint-Antoine), n° 9. — Femme entrée le 28 novembre, présentant tous les symptômes du choléra : face froide, traits effilés, vomissements verdâtres, garde-robes fréquentes et caractéristiques. Le jour même de son entrée, sous l'influence du traitement en usage dans les salles de M. Rostan, dont nous avons déjà parlé et sur lequel nous reviendrons tout à l'heure, cette femme est entrée en réaction ; les fonctions de la peau se sont rétablies, mais lentement ; les vomissements et les garde-robes ont persisté, mais avec beaucoup moins de fréquence. Son état s'est depuis sensiblement amélioré, mais avec une certaine lenteur ; si bien qu'aujourd'hui, 4 décembre, la chaleur de la peau est encore au-dessous de son type normal, et que les vomissements et les garde-robes, de plus en plus rares, n'ont cependant pas encore complétement cessé. Cette femme n'est donc pas guérie, mais elle est, comme on peut le voir, en bonne voie de guérison.

Au n° 26 de la même salle, est entrée une femme qui présentait tous les symptômes d'un choléra d'intensité moyenne. Chez celle-ci, l'action du traitement s'est fait sentir très promptement, et le rétablissement a été tellement rapide, qu'elle est sortie au bout de trois jours complétement guérie.

Au n° 29 était couchée une femme de vingt-huit ans, entrée le 8 novembre, atteinte de fièvre typhoïde. Elle était convalescente de cette affection, lorsqu'elle fut prise de symptômes de choléra d'une très grande intensité : yeux caves, cyanose, pouls extrêmement petit, suppression des urines, peu de crampes, mais anxiété extrême ; elle n'a cessé de pousser des cris pendant trois jours. Cette femme, qui a été une des premières atteintes dans l'hôpital, et qui a présenté une si grave complication, est aujourd'hui parfaitement rétablie.

Le n° 31, entrée le 30 novembre avec les symptômes d'un choléra également grave : face froide, ainsi que tout le corps, traits effilés, crampes dans les jambes, vomissements fréquents et verdâtres, selles nombreuses, est entrée en réaction dès le premier jour, et à dater de ce moment les symptômes ont graduellement diminué d'intensité. Cette femme est aujourd'hui à peu près complétement rétablie.

La salle des femmes a été, comme on le voit, assez bien partagée jusqu'à présent. Nous n'en pourrons pas tout à fait dire autant de la salle des hommes, où nous trouverons un plus grand nombre de cas, des cas en général beaucoup plus graves et quelques issues funestes; mais où nous n'aurons pas moins à signaler aussi les bons résultats de la médication.

Tels sont, par exemple, les malades suivants :

N° 3. Jeune homme de 20 ans, quasi idiot, entré en juillet dernier pour une méningo-encéphalite chronique, et qui a été pris de symptômes cholériques de moyenne intensité dans les derniers jours de novembre. A notre dernière visite, le 4 novembre, nous avons vu ce malade se promenant dans les salles parfaitement rétabli.

N° 9. Homme de vingt-quatre ans, entré le 28 novembre. Les symptômes cholériques étaient, il est vrai, chez lui assez modérés; aussi la guérison a-t-elle été rapide. Il était complétement rétabli le 4 décembre.

Le n° 7, entré le 30 novembre présentant un cas de choléra d'intensité moyenne, est en voie de guérison.

Le n° 17, entré le 1er décembre, qui a eu de la cyanose, du dévoiement, le pouls petit, les urines rares, mais point de vomissements ni de crampes, est en pleine voie de guérison.

Enfin, les nos 12 et 13, qui ont présenté tous les deux des symptômes très caractérisés, mais sans l'ensemble des phénomènes qui constituent le choléra complet, l'un des crampes très violentes, l'autre une teinte cyanique très prononcée de la peau, sont complétement guéris; le premier est même sorti.

A côté de ces cas tous terminés heureusement, voici dans quelle situation se trouvaient les sujets qui ont succombé. Ceux-ci sont au nombre de trois.

L'un (c'est, croyons-nous, le premier sujet entré dans le service atteint de choléra) est le n° 17, salle Sainte-Jeanne. C'est un des deux frères dont nous avons déjà parlé. Il est entré le vendredi et mort le dimanche, après avoir présenté tous les symptômes du choléra le plus intense. Nous avons déjà fait connaître quelques circonstances de sa nécropsie.

Le deuxième était le n° 15. Celui-là est entré avec tous les symptômes du choléra algide le plus prononcé. Il est mort en quelques heures sans que l'on ait eu presque le temps de lui donner des soins.

Enfin, le troisième était un malade couché depuis longtemps déjà au n° 5. Ce malade était phthisique au troisième degré et au dernier point de marasme; on s'attendait d'un jour à l'autre à le voir succomber, lorsqu'il fut pris tout à coup de symptômes cholériques, selles, vomissements, refroidissement, auxquels il a succombé sans avoir subi aucun traitement.

C'est donc, comme on le voit, sur 13 cas 3 morts seulement que l'on a eu à regretter jusqu'à présent, 6 guérisons que l'on a obtenues, et 4 convalescences qui donnent tout lieu d'espérer une guérison prompte et prochaine.

Le traitement employé chez tous ces malades (à l'exception de deux de ceux qui ont succombé avec une telle rapidité qu'on a eu à peine le temps de le mettre en œuvre) a été à peu près uniformément le même. Il a consisté à réchauffer les malades, dès le début de la période algide, autant que possible, et dans le cours de cette période, au moyen de bains de vapeur administrés dans le lit même des malades à l'aide d'un appareil portatif; en second lieu à prescrire des boissons chaudes aromatiques et alcoolisées, du thé au rhum le plus habituellement, et une potion cordiale dite des hôpitaux, qui se compose, comme on le sait, de vin rouge 125 grammes, de sirop de sucre 25 grammes et de teinture de cannelle 8 grammes; à promener des sinapismes sur les membres après ou dans l'intervalle des bains de vapeur, qui sont répétés suivant l'occasion; enfin, à prescrire des lavements amidonnés et laudanisés.

La plupart des moyens dont se compose ce mode de traitement concourent, comme on peut le voir, au même but et au même résultat : provoquer et soutenir la réaction, tant par les moyens externes que par les moyens internes. C'est là en effet l'indication majeure, l'indication urgente et vers laquelle doivent converger toutes les ressources de la thérapeutique; et c'est à cela que tend et que réussit assez souvent, ainsi qu'on en peut juger, la méthode de M. Rostan, qui est du reste, à quelques légères variantes près, la méthode la plus généralement usitée, tant dans les hôpitaux que dans la pratique civile.

Affirmerons-nous maintenant que l'issue heureuse que nous avons constatée chez le plus grand nombre des malades de M. Rostan doive être attribuée entièrement au traitement mis en usage, et qu'il faille faire honneur à la thérapeutique de 10 guérisons sur 13 cas, lorsque dans les épidémies précédentes on pouvait à peine espérer un succès sur 3 ou 4 cas? Assurément non; et nous serions très probablement loin d'exprimer l'opinion de M. Rostan lui-même par une telle affirmation. Nous devons donc dans cette appréciation tenir compte de l'intensité évidemment moindre de l'épidémie, de sa moindre léthalité, dans les cas même qui sont livrés aux seuls efforts de la nature; mais, cette réserve faite, il reste certainement une part d'influence heureuse à faire au traitement qui, dans la plupart des cas que nous avons pu voir, a concouru sans aucun doute à provoquer, ou tout au moins à soutenir une réaction que la nature abandonnée à elle-même n'eût probablement pas toujours suffi à mener à bien.

Nous chercherons à apprécier prochainement au même point de vue les autres modes de traitement dont il nous sera donné d'observer les effets.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. NONAT.

Observation de choléra-morbus terminé par la mort. Autopsie. — Psorentérie.

Nous croyons devoir publier ce fait, dans lequel l'autopsie a révélé les lésions anatomiques si bien décrites par MM. Serres et Nonat en 1832.

Coquiec (Alexandre), âgé de vingt-sept ans, étudiant en médecine, est entré à la Pitié, dans le service de M. Nonat, le 24 novembre 1853.

Ce malade, quoique d'apparence assez robuste, était sujet depuis quelque temps à des indispositions fréquentes, surtout depuis son retour de vacances.

Le 23 au soir, ayant une diarrhée assez abondante, il but du vin chaud.

Le 24 au matin, il fut pris de la plupart des symptômes du choléra : diarrhée persistante, vomissements, crampes, douleurs à l'épigastre et surtout à l'hypocondre droit.

Dans le courant de la journée, il appelle un médecin qui lui ordonne du thé : il en prend un peu. Les accidents ne font qu'augmenter de gravité. Il entre à la Pitié le soir, à sept heures. L'interne de garde le trouve dans la période algide : cyanose peu marquée, froid visqueux, vomissements et diarrhée, crampes. Il lui fait prendre une potion excitante et laudanisée; sinapismes.

Le lendemain 25, à la visite, teinte cyanique générale et très caractérisée; yeux caves, ternes; perte presque complète de la vue; intelligence presque complétement naturelle. Le malade donne quelques renseignements sur son état depuis le 23, et semble se douter de sa maladie. Froid général très marqué; peau visqueuse comme celle des batraciens. Langue froide, assez humide; haleine glacée, odeur toute spéciale; voix un peu éteinte et saccadée; respiration assez normale. Pouls petit, mais très fréquent (130 pulsations); bruits du cœur presque imperceptibles, lents. Crampes générales très douloureuses. Constriction douloureuse de l'abdomen, mais surtout douleur vers l'hypocondre droit. Epigastre un peu sensible à la pression. Depuis la veille, peu de vomissements et de diarrhée; selles et matières de vomissement fétides, blanchâtres avec une légère teinte jaune; pas d'urine depuis près de vingt-quatre heures.

Immédiatement après la visite, vers dix heures, un bain d'air chaud lui est donné; 6 ventouses scarifiées sont appliquées sur l'hypocondre droit. Pour la journée : thé; eau de Seltz; glace.

Une demi-heure après le bain de vapeur, aucun changement favorable. Au contraire, refroidissement plus marqué; crampes forçant le malade à se pelotonner dans son lit. Pouls complétement insensible; l'intelligence baisse; le malade se trouve bien; voix presque entièrement éteinte. Pronostic mortel.

En effet, vers onze heures et demie, le malade meurt sans aucun signe de réaction.

Autopsie, le 26 à neuf heures du matin. — Teinte cyanique moins marquée que pendant la vie. Roideur cadavérique très grande.

Péritoine très visqueux; intestins assez développés et rouges extérieurement. A leur intérieur, injection générale assez intense. A la fin de l'intestin grêle surtout, et aussi dans le reste de cet intestin, ainsi qu'à l'estomac même, présence d'une infinité de petits boutons. Psorentérie formant le caractère pathologique du choléra. De plus, valvules conniventes beaucoup plus hypertrophiées dans toute l'étendue de l'intestin grêle. Liquide renfermé dans les intestins contenant une grande quantité de flocons blanchâtres.

Plaques de Peyer altérées en assez grand quantité; les unes très rouges, les autres blanchâtres, ressemblant à des cicatrices.

Rate petite, contenant du sang. Foie assez naturel, un peu plus

rouge que d'habitude. Reins hypertrophiés, gorgés de sang, la substance corticale très développée ayant comme atrophié la tubuleuse.

Cœur mou, contenant une grande quantité de sang noir, visqueux, ressemblant à du raisiné. Pas de caillots. La substance même du cœur est noire et infiltrée de sang diffluent.

Rien de particulier aux poumons. Un peu d'emphysème.

HOPITAL BEAUJON. — M. Sandras.

De l'abolition de la parole.

La parole, les gestes et l'écriture, tels sont les trois principaux moyens donnés à l'homme pour exprimer sa pensée. Chacun de ces actes physiologiques est complexe, et ne peut s'exercer normalement que sous deux conditions essentielles :

1° L'intégrité des muscles de l'appareil vocal ou des autres muscles du corps qui servent aux gestes et aux mouvements de la main ;

2° L'existence d'une force particulière destinée à régir et à coordonner tous ces mouvements, et qui offre avec la mémoire plus d'une analogie, car elle consiste à diriger et à répéter ces mouvements suivant certaines formes le plus souvent conventionnelles. C'est un point sur lequel M. Bouillaud a surtout insisté, du moins pour la voix articulée, en essayant de localiser dans les lobes antérieurs l'organe législateur de la parole ; mais il est clair que cette force de coordination existe pour tous les autres moyens d'expression.

Des faits pathologiques sur lesquels insistait récemment M. Sandras viennent confirmer d'une manière irrécusable cette distinction déjà admise par la physiologie. Ainsi, dans les cas d'abolition de la parole, sans autre complication, il faut distinguer deux classes :

1° Ceux qui se rattachent à une paralysie essentielle ou symptomatique des muscles de l'appareil vocal ;

2° Ceux qui reconnaissent pour cause unique la lésion de cette faculté, qui préside à l'enchaînement des syllabes et à la valeur conventionnelle des mots.

Ces deux états pourront le plus souvent être distingués. En effet, dans les cas de la première catégorie, la langue peut à peine être tirée hors de la bouche ; les mouvements qu'elle exécute sont incomplets, manquent de régularité et de précision ; parfois aussi les lèvres paralysées retombent flasques et pendantes, et la salive s'écoule incessamment : tel était un malade qu'on a pu récemment observer dans le service. Si la paralysie envahit un plus grand nombre de muscles, il n'est pas rare d'observer des troubles de la mastication et de la déglutition ; mais, au milieu de ce désordre, le malade conserve intacte la connaissance de la valeur et de la composition des mots ; il comprend parfaitement tout ce qu'on lui dit, et, s'il écrit, les phrases, les syllabes se succèdent correctes et régulières. Lorsque, grâce au traitement et en suivant son cours naturel, la maladie tend à disparaître, la parole revient à mesure que les muscles de la langue reprennent leur contractilité normale; chaque expression est toujours parfaitement appropriée à l'objet qu'elle veut désigner ; mais les mots restent fort longtemps confus, mal articulés et même inintelligibles quand le malade veut parler vite.

L'abolition de la parole est-elle due à une lésion subite de cette faculté qui préside à la coordination des mots, voici ce qu'on observe : les mouvements de la langue et de la bouche ont conservé toute leur précision et leur intégrité. Si le malade ne peut prononcer une parole, c'est qu'il a oublié quelles inflexions il doit communiquer à la langue pour arriver à exprimer sa pensée; il lui arrive bien encore de pouvoir prononcer un mot, mais ce mot lui échappe comme involontairement, et ne correspond nullement à l'idée qu'il a en vue. Vient-on à lui mettre la plume en main, le plus souvent, quelque complète que soit son éducation, il ne sait comment écrire ce qu'on lui dicte. Chaque lettre est bien dessinée, mais il ne saurait les réunir pour en former des syllabes. En même temps que la faculté d'expression par la parole, la faculté d'expression par l'écriture se trouve donc abolie. Plus tard, quand la guérison arrive, la parole revient d'emblée, claire, précise et parfaitement articulée; mais si le malade veut exprimer une idée très distincte dans son esprit, il ne sort le plus souvent de sa bouche qu'une série de mots incohérents et sans aucun rapport avec la pensée qu'il a en vue. Dans un fait observé par M. Sandras, l'attention la plus soutenue ne pouvait faire répéter au malade un mot qu'on disait devant lui; il en prononçait un autre, et cela malgré tous ses efforts.

Il ne faut pas croire toutefois que ces deux phénomènes : lésion de la faculté d'expression par la parole, lésion de la faculté d'expression par l'écriture, se produisent toujours simultanément et que l'un ne puisse aller sans l'autre. Dans l'observation qu'on va lire, il y avait à la fois abolition de la parole par suite de la paralysie des muscles de l'appareil vocal, et malgré l'intégrité parfaite des mouvements du bras, impossibilité de représenter un mot à l'aide de l'écriture. En sorte que dans trois cas d'abolition de la parole, voilà déjà trois combinaisons différentes des divers éléments qui constituent cette maladie :

1° Abolition des mouvements de la langue, conservation de la faculté d'expression par l'écriture;

2° Abolition des facultés d'expression par la parole et par l'écriture;

3° Abolition des mouvements de la langue, conservation de la faculté d'expression par l'écriture.

Le nommé Jeuraux (Auguste), âgé de trente-sept ans, sommelier dans un grand restaurant de Paris, est amené le 5 novembre au matin à la consultation de M. Sandras pour être admis à l'hôpital Beaujon (salle Saint-François, n° 10).

Cet homme est fort intelligent ; il a reçu une certaine éducation, sait très bien lire, et même avant de tomber malade écrivait couramment. Sa constitution est robuste, ses habitudes sobres et régulières. Il n'a jamais eu antérieurement de maladie grave, quoiqu'il passe une grande partie de la journée dans un endroit humide. Il s'est couché assez tard et en très bonne santé hier soir, après avoir travaillé tout le jour. Ce matin, 5 novembre, au réveil, il s'est trouvé dans l'impossibilité absolue de prononcer une seule parole.

Ce qui frappe tout d'abord lorsqu'on examine le malade, c'est une légère déviation de la commissure labiale qui est entraînée à gauche, surtout dans certains mouvements de la figure. Il y a donc un peu de faiblesse des muscles de la moitié droite de la face; elle est vraiment peu considérable, car le malade fait la moue, enfle ses joues, ferme les deux yeux et fronce les sourcils de chaque côté. La vue est intacte; toutefois la pupille droite est plus dilatée que l'autre. Rien d'anormal du côté de l'ouïe. La langue peut être tirée légèrement hors de la bouche; elle peut être portée, mais faiblement, en haut, en bas et latéralement; enfin, elle offre une déviation à droite constante et des plus caractérisées. Intégrité de la sensibilité tactile et gustative de la muqueuse.

Lorsqu'on adresse au malade une question, il indique par les gestes et par les mouvements des yeux qu'il comprend parfaitement, mais qu'il ne peut articuler une réponse; si on lui dit de faire un grand effort pour parler, il se produit seulement un son rauque et inarticulé. Après avoir constaté cette paralysie des muscles phonateurs, on lui met une plume en main pour écrire son nom et sa profession : il affirme par signes se les rappeler parfaitement; mais, lorsqu'il s'agit de tracer des caractères, il hésite, et écrit, non sans s'interrompre à diverses reprises, un mot sans signification, *bauru*, par exemple. On lui prononce à haute voix le mot qu'il a écrit; alors il s'impatiente contre lui-même, hausse les épaules de dépit et proteste que ce n'est point là ce qu'il a voulu écrire. Lorsqu'on lui dicte un mot, la première syllabe est régulière, la seconde se compose de lettres assemblées au hasard ; lui fait-on copier une phrase qu'on met sous ses yeux, il copie exactement; mais, pour peu qu'on lui cache un mot qu'il vient de lire, il s'arrête ou écrit des lettres sans suite. Il écrit sans peine un nombre composé d'un seul chiffre ; il s'égare de suite pour peu que le nombre soit compliqué : tous ces faits ont été constatés à diverses reprises.

Au milieu de tout cela, l'état général n'offre absolument rien de grave : aucun trouble de la motilité ou de la sensibilité, tant aux membres supérieurs qu'aux membres inférieurs; un peu de douleur de tête à gauche, irradiant dans la moitié gauche de la face; le pouls est médiocrement développé et tout à fait apyrétique; la langue est saburrale; anorexie. — Diète, limonade, une bouteille d'eau de Sedlitz.

Le 6 novembre, le purgatif a amené plusieurs selles, et déjà l'état du malade s'est amélioré; il prononce des mots de deux syllabes, habit, bouton, papier, selon les objets qu'on lui présente et sans jamais commettre d'erreurs; mais il se trompe toujours en écrivant.

Le 8, moins de céphalalgie; mais la pupille droite est toujours plus dilatée et la langue fortement déviée à droite. La prononciation s'améliore graduellement, mais les labiales et les dentales sont surtout difficilement énoncées; toujours le malade se trompe en écrivant : ce matin, sans s'en apercevoir, il écrivait entonnoir au lieu de Bourgogne qu'on lui dictait. La langue est toujours saburrale et l'anorexie persiste. — Potages, lavements purgatifs.

L'amélioration persiste les jours suivants; le traitement est purement expectant.

Le 15, plus de céphalalgie; la déviation de la commissure, la dilatation de la pupille droite ont totalement disparu. La langue est encore très légèrement entraînée à droite, mais ses mouvements sont plus étendus. La parole revient chaque jour, et, pour peu que le malade parle lentement, il prononce des phrases entières d'une manière fort distincte, et toujours les expressions sont parfaitement appropriées; dès qu'il veut parler vite, il devient inintelligible. La plume à la main, il peut signer son nom et écrire les phrases qu'on lui dicte, mais toujours avec une certaine hésitation.

Le 28, la langue est maintenant parfaitement droite; le malade écrit sans peine et sans hésitation. Il converse toute la journée avec ses camarades, et de tous les symptômes observés il ne reste plus qu'un peu d'empâtement de la parole, qui probablement subsistera longtemps encore.

L'existence d'une légère paralysie du nerf facial droit, la dilatation de la pupille, la déviation de la langue, dont les mouvements, en outre, étaient incomplets et irréguliers, tout indique ici une lésion cérébrale, congestion ou apoplexie, qui a aboli momentanément la contractilité d'un certain nombre de muscles, entre autres des muscles de la phonation. Si l'impossibilité d'écrire une phrase ou un nombre indique une perturbation dans la faculté d'expression à l'aide de l'écriture, la manière dont s'est opéré le retour de la parole annonce au contraire que cette faculté était parfaitement conservée en ce qui concerne la voix articulée. Sans doute, il eût été curieux de voir quel pouvait être le siége d'une lésion amenant des troubles fonctionnels si singuliers; mais, malgré l'absence d'autopsie, le fait n'en restera pas moins curieux à plus d'un titre. M.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Traitement des fièvres périodiques par les inspirations d'éther quinique.

Les fièvres périodiques sont assez fréquentes en Italie; rien donc de plus naturel que nos voisins aient cherché des équivalents au sulfate de quinine, aujourd'hui si cher dans le commerce.

Ainsi, récemment ils ont essayé contre ces fièvres un médicament assez connu, mais très peu usité en France; nous voulons parler des insufflations d'éther quinique employées par le professeur Pignacca (de Pavie) dans un très grand nombre de fièvres périodiques. On en faisait inspirer aux malades deux, trois fois par jour, quatre ou cinq minutes chaque fois. Ses effets ont été constants.

Voici les considérations qui peuvent faire choisir l'emploi de ce remède :

1° Son prix modéré et la facilité de sa préparation;

2° Sa combinaison facile avec d'autres bases, telles que la magnésie, l'ammoniac, la quinine, la cinchonine, formant ensemble des sels très solubles;

3° Son goût, qui n'est pas désagréable;

4° Enfin cet éther se recommande lorsque les préparations de quinine sont indiquées, mais quand on ne peut pas s'en servir à cause des vomissements, de la diarrhée, de la cyanose, du froid algide de la peau, comme dans les cas de fièvres pernicieuses cholériques, qui empêchent toutes médications par les voies ordinaires, pendant qu'elles peuvent toujours s'accomplir par les poumons.

Ce même moyen d'introduction des remèdes dans l'organisme ne serait-il pas appelé à rendre de grands services dans le traitement du choléra?

Emploi du quercus mesto contre l'hydrophobie.

Divers journaux italiens et espagnols contiennent des indications relatives à l'emploi médical de l'écorce de l'arbre appelé *mesto* par les Italiens. Le mesto est un arbre du genre *quercus* (*quercus cerris*); les Espagnols l'appellent *quercus mesto*. On le trouve en Espagne, dans le Piémont et dans quelques parties de la France et de l'Italie. Il passe au delà des Pyrénées, surtout à Valence, où il croît en abondance, pour un excellent remède contre la morsure d'animaux enragés. Bien que nous ayons peu de confiance dans cette réputation, il suffit que la science à l'étranger s'en préoccupe sérieusement pour que nous en disions un mot à nos lecteurs.

Le docteur Demarchi, à qui l'on doit des indications sur le mode d'administration de l'écorce du mesto, en ayant transmis une certaine quantité à M. Abbene, celui-ci en a fait l'objet de quelques recherches chimiques dont il a entretenu l'Académie royale de Turin. D'un autre côté, M. Velasco (de Malaga) assure, dans *El Heraldo medico*, avoir employé avec succès le mesto dans vingt cas de morsure d'animaux enragés.

Mais le *Porvenir medico* présente à ce sujet quelques remarques pleines de justesse. On n'a aucune certitude que les chiens qui avaient fait les morsures étaient réellement enragés, attendu qu'on les a sacrifiés avant d'avoir établi à leur égard un diagnostic précis. Plusieurs affections dont les chiens peuvent être atteints sont susceptibles de simuler la rage. Puis, on sait que tous ceux qui sont mordus par des chiens enragés ne prennent pas la maladie. Dès lors, sur les vingt cas cités par M. Velasco, il y en a au moins un certain nombre à qui le traitement n'a dû ni pu rendre aucun service. Ajoutons que tous les remèdes qui ont été prônés contre l'hydrophobie se sont présentés d'abord avec un cortége de guérisons aussi nombreuses au moins que celles dont se prévaut notre confrère espagnol.

Le résultat des recherches de M. Abbene se réduit à ceci : que la décoction de mesto contient beaucoup de tannin, des traces de matière sucrée et un peu de gomme ; que la combustion laisse 17 p. 100 d'une cendre qui renferme du carbonate de potasse, du carbonate de chaux, des traces de sulfate de potasse, de chlorure potassique, de fer, etc. Aucune induction à tirer de ces résultats au point de vue thérapeutique. (Pour tous les travaux dont il est question dans cet article, consultez: *Gazetta medica Toscana*, n° 41, et *Gaz. hebdomadaire*.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

(L'importance et la longueur du résumé de M. Robert sur la discussion du chloroforme, lu dans les séances des 9, 16 et 23 novembre, ne nous a pas permis de publier plus tôt les procès-verbaux de ces séances.)

Séance du 9 novembre 1853. — Présidence de M. Denonvilliers.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. Dantau présente à la Société un enfant nouveau-né dont l'une des jambes est coudée dans son tiers inférieur à angle saillant en avant. Cette difformité, qu'on peut rapporter à une fracture mal consolidée, s'accompagne d'une cicatrice de la peau au niveau de l'angle, d'une rétraction notable du tendon d'Achille et d'une absence aux deux pieds

du cinquième orteil. La mère de cet enfant n'a éprouvé pendant sa grossesse aucun accident.

M. Danyau consulte la Société pour savoir quelle conduite le chirurgien doit tenir dans ce cas.

M. Guersant rappelle qu'il y a quelques années il fit voir à la Société un enfant de sept ans qui avait une fracture analogue consolidée à angle; toutefois, cette fracture n'avait point été produite pendant la vie intra-utérine; M. Malgaigne en excisa l'angle, et le jeune enfant succomba. Son opinion sur le cas présenté par M. Danyau est contraire à celle qu'il émit alors. Il pense que dans un mois ou six semaines après la vaccination il serait convenable de redresser ce membre; pour cela, point d'opération sanglante; la section du tendon d'Achille permettrait de réduire facilement le membre, qu'on placerait ensuite dans un appareil jusqu'à la consolidation complète de la fracture.

M. Huguier fait remarquer qu'on ne peut pas comparer cet enfant avec celui auquel fait allusion M. Guersant. L'enfant opéré par M. Malgaigne était âgé de sept ans et avait un cal très dur. Les accidents de tétanos qui survinrent furent amenés par la résection. Après avoir fait la section du tendon d'Achille, M. Huguier remettrait en place les fragments, mais n'attendrait pas un mois, comme le conseille M. Guersant.

M. Deguise fils est d'avis qu'il y a dans ce cas une fausse articulation. Le redressement des os ne suffira point; il faudra soit faire la résection, soit par le séton lutter contre la pseudarthrose.

M. Danyau pense, comme M. Deguise, qu'il y a là une fausse articulation.

M. Lenoir croit aussi à l'existence d'une pseudarthrose; il ajoute que dans ce cas les fragments osseux sont dans les muscles : c'est une variété de pseudarthrose signalée par M. Norris. Ces fragments ne peuvent pas se consolider. Deux fois il s'est bien trouvé du procédé suivant, qu'il conseille dans ce cas : c'est, après avoir redressé le membre et rapproché les fragments, de passer des aiguilles dans l'espace intermédiaire aux extrémités osseuses. On augmente le nombre des aiguilles en proportion de l'intensité de l'inflammation qu'on désire obtenir.

M. Guersant insiste de nouveau pour qu'après la ténotomie on mette les fragments en face l'un de l'autre. Il croit qu'on obtiendra beaucoup par ce moyen.

M. Houel rappelle que M. Broca a présenté à la Société de chirurgie un fait analogue remarquable par l'absence de certains os. Or, dans le cas présent, le cinquième orteil manque; M. Houel n'a pu trouver la malléole externe, et il est d'avis que le péroné fait défaut. Il y a là encore, comme dans le cas de M. Broca, renversement du pied en dehors.

M. Danyau a constaté la présence de la malléole externe. Il pense que le péroné en se courbant se perd dans la profondeur des chairs.

Amputation de Chopart. — M. Lenoir, à propos de la discussion soulevée par M. Sédillot, met sous les yeux de la Société un malade auquel il a pratiqué l'amputation de Chopart et qui se trouve aujourd'hui guéri. La réunion a été primitive; le lambeau plantaire forme en avant un coussinet épais; il n'y a qu'une légère ascension du talon, et ce malade marche avec assurance sur son moignon.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Blasius, professeur de clinique chirurgicale à l'Université d'Italie, pour obtenir le titre de membre correspondant étranger. (Commissaires : MM. Michon, Larrey, Broca.)

2° Un dépôt fait par M. Soupart, professeur de médecine opératoire à l'Université de Gand, d'un mémoire sur de nouveaux modes et procédés pour l'amputation des membres. (Commissaires : MM. Monod, Denonvilliers, Verneuil.)

3° L'envoi de divers journaux de médecine.

LECTURE.

M. Robert commence la lecture de son rapport sur la mort par le chloroforme.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le vice-secrétaire, E. Follin.

Séance du 16 novembre 1853. — Présidence de M. Denonvilliers.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. Guersant présente une jeune fille âgée de treize ans, qui fit il y a un an une chute sur l'épaule gauche. Dès le lendemain la malade assure qu'il y eut une tumeur au niveau de l'extrémité sternale de la clavicule. On appliqua sans succès des résolutifs; la tumeur ne cessa de s'accroître. Elle offre aujourd'hui le volume d'un œuf; elle est dure, se laisse déprimer en produisant sous le doigt un bruit de parchemin; elle est adhérente profondément à la clavicule.

M. Huguier pense qu'il s'agit d'une dégénérescence probablement encéphaloïde de l'extrémité sternale de la clavicule. L'os a presque complètement disparu; il n'en reste qu'une lamelle fine qui sert d'enveloppe à la tumeur. Quant au traitement, il propose l'ablation de la tumeur.

M. Morel-Lavallée ne peut admettre que la violence produite sur l'épaule ait dans ce cas donné lieu à une luxation de l'extrémité sternale de la clavicule, car cet os conserve sa direction, et l'articulation n'est pas déformée. En outre, le sterno-mastoïdien n'est pas porté en arrière, comme cela a lieu dans ce genre de déplacement. Deux hypothèses seulement restent dans ce cas : ou il y a eu une fracture, et consécutivement une affection du cal; ou, par suite de la contusion, il s'est formé une maladie de l'os. On ne saurait de suite opter entre ces deux opinions, et avant de prendre un parti il serait convenable d'étudier avec soin la malade, et de rechercher si rien dans les antécédents ne pourrait mettre sur la voie d'un diagnostic précis.

M. Giraldès est frappé de la forme que présente la tumeur, et il serait porté à croire à l'existence d'un de ces kystes développés dans les os, kystes que l'on a bien étudiés dans ces derniers temps. Aussi serait-il disposé à pratiquer tout d'abord une ponction exploratrice. Si l'on a affaire à un kyste liquide, on pourra guérir la malade sans faire la résection de l'os.

— M. Danyau, à propos de la lecture du procès-verbal, donne de nouveaux détails sur le jeune enfant qu'il avait présenté dans la dernière séance. Il a pu acquérir la certitude que le péroné manque absolument, comme l'avait pensé M. Houel.

M. Chassaignac donne actuellement des soins à un enfant qui présentait aussi une fracture congéniale du tibia. Le membre est considérablement atrophié, la jambe est maintenue fléchie sur la cuisse. Comme la saillie formée par les fragments est peu marquée, M. Chassaignac se contente pour le moment de ramener la jambe dans l'extension. La fracture, dans ce cas, coïncide avec une difformité. Il manque trois orteils.

M. Broca. M. Chassaignac vient de faire remarquer que sur son petit malade, comme sur celui de M. Danyau, la fracture congéniale avait coïncidé avec un vice de conformation du membre. J'ajoute que cette coïncidence est bien réelle, mais qu'elle n'est pas due au hasard, et que, selon toutes probabilités, dans les cas de ce genre la division de l'os n'est pas le résultat d'une fracture.

J'admets la possibilité des fractures produites pendant l'accouchement, mais je conserve des doutes sur les fractures intra-utérines. Il me paraît certain, en tout cas, que beaucoup de faits cités comme des exemples de fractures congéniales se rapportent à des causes toutes différentes. M. Depaul, qui s'est occupé de cette question, a prouvé que dans un grand nombre de ces cas ces prétendues fractures sont la conséquence d'un développement vicieux et incomplet. Au lieu d'être formée d'une pièce unique, la diaphyse de certains os est formée de plusieurs pièces ou segments superposés, unis simplement par une substance fibreuse, et ce qu'il y a de remarquable, c'est que la terminaison brusque de ces segments présente quelque analogie avec le trait d'une fracture. Certains fœtus ont sur chaque membre plusieurs de ces prétendues fractures. J'en ai lu plusieurs observations, et je crois me souvenir que M. Notta a présenté à la Société anatomique un fœtus qui était dans ce cas. Je sais que les avis furent partagés sur ce dernier fait, mais il y en a d'autres sur lesquels le doute n'est plus possible.

Les faits de MM. Danyau et Chassaignac me paraissent, eux aussi, dus à une aberration du développement. A mes yeux, les os soi-disant fracturés n'ont jamais formé une diaphyse solide dont la continuité aurait été interrompue plus tard; mais depuis leur origine ces os ont été composés de deux pièces distinctes qui ne se sont pas réunies. N'est-il pas remarquable qu'il manque un ou plusieurs orteils précisément sur les membres qui correspondent à la lésion qui nous occupe? Et n'est-ce pas la preuve que le développement de ces membres a été vicieux? D'ailleurs, comment comprendre la production d'une fracture sur un fœtus encore contenu dans le sein de sa mère et plongé dans le liquide amniotique?

M. Giraldès. Ce qui vient à l'appui de l'opinion de M. Broca, c'est la multiplicité étonnante de ces prétendues fractures dans certains cas. J'ai vu dans le musée de Van der Kolk Utrecht à Londres un fœtus sur lequel il y en avait plus de cent. Il est bien clair qu'aucune cause traumatique ne peut produire de semblables effets sur un fœtus encore contenu dans la poche amniotique.

M. Danyau. M. Broca base surtout son opinion sur l'existence simultanée d'une fracture et d'un vice de conformation du membre correspondant. Cette coïncidence me semble facile à expliquer. Sur mon petit malade, par exemple, le péroné manquait, la résistance du membre était amoindrie, et on conçoit très bien que cette circonstance ait donné prise aux causes fracturantes. Supposez le liquide amniotique en petite quantité, et faites intervenir un choc sur l'abdomen de la mère, et la production de cette fracture n'aura plus rien d'embarrassant.

M. Huguier. Je ferai remarquer à M. Broca qu'il y a une cicatrice au niveau de l'extrémité du fragment. Cela indique qu'il y a eu issue des os à travers une déchirure des téguments, et cela ne s'accorde guère avec l'idée d'un vice de conformation pur et simple.

M. Broca. Je persiste à croire que les actions traumatiques n'ont guère de prise sur un fœtus qui nage dans la cavité de l'amnios. Quant à la diminution de résistance qui a été la conséquence de l'absence du péroné, elle me semble minime, le péroné ayant pour usage d'assurer la solidité de l'articulation tibio-tarsienne bien plus que celle de la jambe. La présence d'une cicatrice au niveau de la fracture constitue à mes yeux une objection plus sérieuse. Je ferai remarquer toutefois qu'il n'est pas facile de reconnaître des cicatrices qui remontent à une époque reculée de la vie intra-utérine. Le froncement, la roideur et la couleur pâle de la peau peuvent simuler une cicatrice qui n'existe pas. C'est ce qui a lieu, par exemple, dans certains cas d'amputations congéniales. On croit avoir sous les yeux un moignon cicatrisé, et cependant le plus souvent il n'y a eu aucune amputation, mais seulement développement incomplet du membre.

Le fait que j'ai présenté il y a quelque temps à la Société répond à toutes les objections qui m'ont été faites. Dans ce cas, le tibia faisait sous la peau une saillie considérable, tellement considérable que le tégument l'entourait de toutes parts, comme un doigt de gant, dans une étendue de 1 centimètre, et sur le sommet de cette saillie la peau froncée, épaissie et décolorée, semblait avoir été dans le temps perforée par la saillie de l'os. Supposera-t-on que ce désordre ait été la conséquence d'une cause traumatique? Non; car il n'est pas admissible qu'une pareille cause ait agi rigoureusement d'une manière identique sur les deux jambes de cette petite fille; les hasards du traumatisme ne comportent pas une semblable régularité. Croira-t-on que cette saillie osseuse soit due à une fracture intra-utérine qui ne se serait pas consolidée, et par suite de laquelle le fragment supérieur du tibia aurait soulevé isolément la peau? Mais, s'il s'agissait d'une fracture, on devrait trouver quelque part le fragment inférieur, et il est facile de s'assurer que le tiers inférieur du tibia manque entièrement. Il est clair par conséquent que sur ma petite fille il n'y avait pas de fracture, et qu'il s'agissait du développement imparfait d'un tibia. Dès lors, l'apparence inodulaire de la peau sur le sommet de la saillie du tibia prouve de deux choses l'une : ou que cette apparence peut se produire et simuler une cicatrice sans qu'il y ait eu perforation du tégument, ou que, sans fracture, sans cause traumatique, une saillie osseuse due à un développement vicieux du membre peut perforer la peau de dedans en dehors par une sorte d'ulcération : ce qui me paraît répondre à l'objection de M. Huguier.

M. Houel, sans attaquer d'une manière générale l'opinion de M. Broca, croit que dans le cas de M. Notta il s'agissait réellement de fractures intra-utérines. Il y en avait une dizaine. Les unes paraissaient récentes, d'autres étaient en voie de consolidation; quelques-unes même étaient tout à fait consolidées.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Fabre adresse à la Société, de la part de M. le docteur Ancelon, médecin de l'hôpital de Dieuze, un travail sur un cas de fracture double de la mâchoire inférieure, d'abord abandonnée à elle-même. (Commissaires : MM. Laborie, Morel-Lavallée et Houel.)

Mémoire sur l'infanticide, par MM. Degranges et Lafargue.

LECTURE.

M. Robert continue la lecture de son résumé sur le chloroforme.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS.

Du débridement de l'urètre. — M. Maisonneuve fait la communication suivante :

On s'est beaucoup occupé dans ces derniers temps de l'urétrotomie. J'ai bien des fois déjà pratiqué cette opération, et je me suis convaincu que pour l'exécuter convenablement on n'avait pas besoin de nouveaux instruments. J'ai donc renoncé à l'instrument de M. Reybard, et, suivant la profondeur du rétrécissement, je me sers ou du bistouri caché de Blandin, ou du lithotome de frère Côme légèrement modifié; ainsi la lame ne coupe pas dans toute son étendue, et même, comme dilatateur du canal, on peut encore se servir de cet instrument en substituant à la lame une tige mousse.

L'introduction du lithotome est facile; en ouvrant l'instrument, on débride avec une extrême facilité.

M. Robert fait remarquer que M. Maisonneuve, tout en annonçant son désir de diminuer le nombre des instruments, en a, au résumé, imaginé un nouveau. Ce serait là, du reste, dit M. Robert, un bien petit inconvénient; mais ce qui me paraît plus grave, c'est que ce nouvel instrument est loin d'être préférable à celui de M. Reybard. Il a d'abord plus de volume; en outre, cette lame, qui se développe dans une si grande étendue, ne permet pas de n'agir que précisément sur le point qui doit être incisé.

M. Maisonneuve maintient que son instrument a moins de volume que l'urétrotome de M. Reybard; il ne veut pas parler du scarificateur, qui en effet est d'un volume moindre. Quant à ce qui est de limiter le débridement, il ne pense pas qu'avec son instrument on ne puisse pas limiter l'incision.

M. Robert, traçant sur tableau les deux figures des deux instruments de M. Reybard et de M. Maisonneuve, insiste sur les avantages du premier, que l'on ne développe que derrière le rétrécissement, de manière à être bien certain que l'on va agir sur le point malade; tandis que le lithotome modifié, se développant dans toute la longueur de l'instrument, peut déterminer, lorsqu'on le retire pour franchir le rétrécissement, une dilatation grave et même une déchirure du canal.

M. Maisonneuve, qui a déjà plusieurs fois opéré avec son lithotome modifié, assure qu'il a toujours bien réussi.

M. Gerdy fait observer que, les rétrécissements ne pouvant être divisés que par la pression et le mouvement de scie des sécateurs, il en résulte nécessairement, lorsque la résistance du tissu fibreux a été vaincue, que, si l'instrument n'est pas retenu dans une certaine limite, alors il peut agir trop profondément et déterminer des dégâts sérieux. L'instrument de M. Maisonneuve offrirait spécialement ce grave inconvénient.

A ce propos, M. Gerdy, revenant sur l'appréciation de la première commission académique relative à l'instrument de M. Reybard, dit que la commission avait été frappée du mérite, de l'originalité des travaux de ce confrère; elle n'avait cependant pas cru devoir le couronner, trouvant que cette méthode de traitement n'était pas encore suffisamment parfaite. Depuis, la deuxième commission, en donnant le prix à M. Reybard, a jugé justement, car rien ne s'était produit de supérieur à la nouvelle méthode.

Le secrétaire de la Société : E. Laborie.

Séance du 23 novembre 1853. — Présidence de M. Denonvilliers.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

A propos d'un fait consigné dans ce procès-verbal, M. Danyau communique à la Société un nouveau cas de *fracture du tibia pendant la vie intra-utérine*, qu'il vient d'observer à la Maternité. La fracture a eu lieu à la partie moyenne du tibia droit; elle est consolidée à angle aigu saillant en avant. Au niveau de la saillie des fragments, on trouve une petite cicatrice qui semble indiquer qu'au moment de l'accident une des extrémités osseuses a perforé la peau. Il existe en même temps une rétraction du tendon d'Achille, un pied-bot valgus, une absence des deux derniers orteils. Le gros orteil est libre; les deuxième et troisième sont réunis par une palme. Le péroné manque aussi et avec lui les deux derniers métatarsiens, et probablement aussi quelques os du tarse. La mère de cet enfant reçut, le 8 octobre, pendant sa grossesse, une forte contusion sur le ventre par l'angle d'une commode qu'elle aidait son mari à charger sur son dos; or, l'enfant se trouvant en première position du sommet, la jambe droite se trouvait en rapport avec la paroi antérieure de l'utérus.

M. Danyau rappelle qu'il a de nouveau interrogé la mère du premier enfant présenté à la Société, et dont la jambe avait aussi été fracturée pendant la vie intra-utérine; cette femme lui a déclaré que pendant sa grossesse elle avait fait une chute dans un escalier.

Tumeur de la clavicule. — M. Guersant donne quelques détails

sur la jeune fille atteinte d'une tumeur de la clavicule, et qu'il a présentée à la Société. La plupart des membres qui ont examiné cette malade ont pensé qu'il s'agissait d'un kyste osseux. Une ponction a été pratiquée, et il s'en est écoulé un liquide roussâtre. Dès lors M. Guersant a agrandi la ponction par une incision. Le doigt porté à l'intérieur du kyste a révélé l'existence d'une cavité parfaitement lisse. Le chirurgien pense qu'après cette issue donnée au liquide il faut attendre; une communication ultérieure sera faite à la Société sur l'état de cette malade.

— M. LE PRÉSIDENT annonce que M. le docteur Fleury, chirurgien de la marine, correspondant de la Société, assiste à la séance.

CORRESPONDANCE.

La correspondance manuscrite comprend :

Une lettre de M. Arlaud, chirurgien-professeur de la marine, qui demande le titre de membre correspondant de la Société, et envoie une observation intitulée *Plaie étendue de la verge; section complète du canal de l'urètre; autoplastie. Guérison.* (Renvoi à une commission composée de MM. Michon, Monod et Huguier.)

— La correspondance imprimée comprend :

1° L'envoi d'un livre intitulé *Elementi di medicina operatoria*, par Giovanni Masnata, professeur à l'Université de Cagliari. (Commissaire, M. Follin.)

2° M. Giraldès offre à la Société, au nom de M. Prescott Hewett, un portrait de Brodie et un médaillon en bronze du même chirurgien. (Des remercîments sont adressés à M. Prescott Hewett.)

3° Le même membre remet, au nom du conseil de la Société pathologique de Londres, le 4e volume des *Transactions* de cette Société.

4° M. Le Roy-d'Etiolles adresse une *notice sur le traitement des anévrismes et des varices par la coagulation du sang.*

La Société reçoit plusieurs journaux de médecine.

— M. DEBOUT lit une note sur l'emploi des *injections de perchlorure de fer comme traitement des tumeurs anévrismales et des varices.* Après un historique succinct de la question, M. Debout cherche à démontrer que dans aucun des faits où ces injections ont été pratiquées la méthode de Pravaz n'a été appliquée avec les précautions convenables. En présence d'expérimentations incomplètes, il croit utile d'ajourner toute discussion, et rappelle le fait de M. Valette relatif à une guérison complète d'un anévrisme du pli du coude à l'aide des injections de perchlorure de fer.

Le fait de M. Valette, d'après M. Debout, ne laisse aucun doute sur la possibilité de la coagulation du sang dans l'intérieur d'un sac anévrismal, sans provoquer une inflammation morbide de ses parois. Il tranche une question plus importante, la possibilité de la résorption du caillot. Là était, en effet, le point douteux de la question; car le caillot constitue une sorte de magma qui doit tendre à jouer le rôle de corps étranger. Cette cause de dangers me porte à mettre en relief un fait nouveau que M. Valette signale dans les réflexions qui accompagnent son observation. « Le caillot qui se forme, dit notre savant confrère, n'a pas tout d'abord le volume qu'il doit avoir. Je m'explique. Si l'on injecte 10 gouttes, je suppose, de perchlorure dans un vaisseau, on a un caillot dont le volume est représenté par 3. Mais le lendemain ce caillot a augmenté de volume. A quoi cela tient-il? Je l'ignore. Toujours est-il que, si l'on injecte dans un anévrisme assez de perchlorure pour que ce caillot distende le sac, le lendemain la distension sera bien plus considérable, et si la quantité de liquide injecté est trop forte, la distension pourra amener les résultats les plus déplorables : une inflammation suppurative, par exemple. « Ainsi, aux deux causes d'accidents que nous avons signalés, la production d'un caillot trop dense pour que son élimination soit possible, et l'inflammation des parois du sac anévrismal, M. Valette en ajoute une troisième, l'expansion du caillot. Cette source de danger est-elle bien réelle dans le cas de tumeurs anévrismales? Et cet écueil n'est-il pas plutôt à signaler dans les cas d'injection de perchlorure comme traitement des varices? C'est un point que nous serons amené à discuter dans la seconde partie de ce travail.

Enfin, une dernière remarque que présente M. Valette, et dont, plus que tout autre, vous sentirez la valeur, est celle-ci : « Il est de la dernière importance d'isoler l'anévrisme par la compression; car la coagulation du sang n'est pas instantanée. Si la circulation est libre dans la tumeur, une certaine quantité de perchlorure sera chassée dans les artères, et la coagulation du sang se fera, non pas dans le sac, mais dans les vaisseaux. C'est à cette circonstance qu'il faut, à mon avis, attribuer la gangrène du bras qui a suivi une tentative d'opération. » Cette dernière assertion sur les résultats du transport du perchlorure dans les divisions d'un tronc artériel est-elle bien exacte, du moins avec les solutions que l'on emploie pour le traitement des anévrismes? Nous n'hésitons pas à répondre non. Voici sur quel fait nous avons, M. Leblanc et moi, injecté dans l'artère sous-zygomatique d'un cheval 25 gouttes de perchlorure à 30 degrés, sans établir aucune compression; cette quantité de solution n'a amené aucun accident. Maintenant, devons-nous faire une réserve à l'égard de l'état neutre de la préparation dont nous nous sommes servis? Nous n'osons répondre.

Toujours est-il que dans les applications du perchlorure au traitement des anévrismes, rien n'importe plus, à nos yeux, que la bonne préparation du liquide, et surtout l'état neutre des solutions. Nous en avons aujourd'hui un exemple bien remarquable, puisque le seul fait de guérison obtenu jusqu'ici l'a été avec une solution à 30 degrés préparée par M. Burin-Dubuisson. Sans le concours actif de ce chimiste, la méthode Pravaz serait encore à attendre son premier cas de succès. Ainsi se trouvent légitimées la différence des résultats des essais tentés dans les hôpitaux de Paris et de Lyon, et la recommandation que nous n'avons pas hésité à faire aux chirurgiens de s'assurer tout d'abord de la bonne préparation du nouvel agent coagulateur.

Pour arriver à ce résultat, il importait de fournir aux expérimentateurs les moyens de préparer eux-mêmes leurs solutions ferriques au degré de concentration voulu, et exemptes de tout excès d'acide. Voici, à cet égard, les renseignements que nous a adressés M. Burin-Dubuisson, en nous envoyant une bouteille de perchlorure à 45 degrés, aussi neutre que possible, plus, de l'hydrate de fer. « Pour avoir des solutions plus étendues, nous dit-il, vous vous procurez un aréomètre (pèse-sirops, pèse-sels ou pèse-acides concentrés), plus, une éprouvette en verre. Ainsi armé, vous voulez, je suppose, avoir une solution à 20 degrés; vous ajoutez de l'eau à la solution ci-dessus jusqu'à descendre ce degré de 45 à celui de 24 ou 25. Cela fait, vous délayez dans ce liquide une ou deux cuillerées d'*hydrate ferrique*, et vous agitez le mélange pendant quelques minutes, puis vous laissez en contact deux ou trois heures, en agitant de temps à autre. Vous laissez déposer et vous filtrez le liquide, qui sera aussi neutre que *possible*. Vous pesez de nouveau et vous ajoutez l'eau distillée nécessaire pour avoir le degré désiré. Comme vous voyez, vous pouvez, de cette manière, avoir avec facilité des liquides de toute densité et neutres. » N'y aurait-il pas un moyen plus simple d'arriver au même résultat? C'est un point que nous discuterons plus tard.

M. Debout termine sa communication en rappelant que les chirurgiens ont parfois évité de doser le liquide, qu'ils ont négligé la compression, et qu'en présence de cet oubli de toutes les précautions propres à assurer le succès de la méthode Pravaz, on ne peut en imposer le rejet.

LECTURE.

M. ROBERT continue la lecture de son résumé sur les accidents produits par le chloroforme, etc.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. FORGET met sous les yeux de la Société deux pièces d'anatomie pathologique. Ce sont deux tumeurs de nature fibreuse qu'il a récemment extirpées, l'une de la région poplitée d'une dame âgée de quarante-cinq ans; l'autre de la cavité utérine, sur une dame malade âgée de quarante-huit ans.

Tumeur fibreuse de la région poplitée. — Je dirai peu de chose, dit M. Forget, de la première de ces tumeurs. Parfaitement arrondie, d'une dureté presque osseuse, elle était interposée à la peau et à l'aponévrose, à laquelle elle adhérait par un prolongement qui nécessita l'excision d'une petite portion de celle-ci. Ce corps fibreux existait depuis trois ans; son développement avait suivi un effort fait par la malade en mettant son bas. Aujourd'hui il a le volume d'une boule de billard, et il a la consistance du tissu cartilagineux. Est-ce un enchondrome? Cela est possible. Quoi qu'il en soit, je considère cette tumeur comme étant de nature bénigne et non sujette à récidiver.

Polype interstitiel de l'utérus. Difficulté de diagnostic et d'opération. — Le second fait, qui me paraît, à plus d'un titre, mériter de fixer l'attention de la Société, est relatif à une dame âgée de quarante-huit ans, souffrante depuis six ans, et ayant depuis deux ans des métrorrhagies de plus en plus abondantes qui l'avaient réduite, il y a trois mois, époque à laquelle je fus pour la première fois consulté, à un état de chloro-anémie excessivement grave. Décoloration de la peau et des membranes muqueuses; faiblesse musculaire; bruit de souffle au cœur et dans les gros vaisseaux, bourdonnements d'oreilles, éblouissements, oppression, palpitations, petitesse du pouls, anorexie, tension et ballonnement du ventre; douleurs de l'hypogastre se renouvelant avec beaucoup d'intensité à chaque époque menstruelle, qui est indiquée par l'augmentation de l'écoulement sanguin vaginal : tels sont les symptômes que la malade présentait.

Le toucher par le vagin me permit de constater l'existence dans la cavité du col de l'utérus, considérablement dilaté et aminci, d'une tumeur charnue du volume d'un œuf de dinde, dont la limite, en arrière et en haut, ne put être atteinte avec le doigt, quelque effort que je pusse faire. En avant, le doigt pénétrait entre la paroi du col et la tumeur à 6 centimètres environ de profondeur; et, arrivé là, on la sentait arrêtée par des adhérences qui, disposées en forme d'un demi-anneau, fixaient solidement le corps étranger à la paroi correspondante de l'utérus. Il résultait de cette disposition qu'en avant le doigt arrivait dans un véritable cul-de-sac, où il était aussi impossible qu'en arrière de circonscrire quoi que ce soit qui ressemblât au pédicule d'un polype.

Dans l'état de santé déplorable où se trouvait cette femme, je pensai qu'avant de songer à aucune opération il convenait d'améliorer sa situation et de relever ses forces. Dans ce but, je lui mis à l'usage des ferrugineux et des préparations de quinquina, je lui prescrivis le repos, une alimentation substantielle, et en même temps des injections avec l'eau aluminée froide furent faites trois fois par jour dans le vagin.

Sous l'influence de cette médication, il s'opéra dans l'espace de six semaines un changement notable dans la santé de la malade : plus d'hémorrhagie utérine, cessation ou amélioration sensible des phénomènes morbides qui ont été signalés; tout écoulement vaginal a même disparu depuis quelques jours. Il y a de l'appétit; le teint commence à se colorer; le ventre est détuméfié à tel point que la malade nous fait observer qu'elle est obligée de raccourcir la ceinture de sa robe. Elle demande vivement à être opérée, afin de pouvoir retourner dans sa famille.

Bien que l'opération me parût indiquée, et bien qu'elle seule, à mon avis, fût de nature à prévenir le retour des hémorrhagies qui avaient déjà compromis les jours de ma malade, je ne voulus pas m'en rapporter seulement à mon jugement, je pris l'avis de deux de mes confrères. L'un pensa qu'il fallait attendre, pour attaquer la tumeur, qu'elle s'engageât plus avant dans le vagin; et dans le but de la faire descendre, il conseilla d'administrer du seigle ergoté. L'autre partagea mon opinion sur la nécessité d'opérer, se fondant, comme moi, sur la rigidité des adhérences qui liaient le corps fibreux à l'utérus, et qui s'opposaient à ce qu'il pût s'engager dans le conduit utéro-vulvaire.

Je temporisai néanmoins, et j'administrai le seigle ergoté. La malade en prit cinq doses de 5 grains en trois jours, en même temps qu'elle se tint debout et qu'elle fit des promenades assez longues. L'ayant alors touchée, je m'aperçus que le col utérin avait plus de densité, qu'il était revenu sur lui-même, qu'il embrassait plus exactement le polype, et que ce dernier, devenu moins accessible, était remonté dans l'utérus. Je cessai immédiatement l'usage du seigle ergoté, j'attendis quelques jours et je procédai à l'extirpation de la tumeur de la manière suivante :

La malade ayant été mise dans une position convenable, les cuisses maintenue fortement écartées, je saisis largement, au moyen d'un spéculum bivalve préalablement introduit dans le vagin, le corps fibreux avec une forte pince-érigne de Museux; le spéculum fut alors retiré, et au moyen de tractions lentes et progressives, j'abaissai le corps fibreux, et avec lui l'utérus.

Un aide se chargea alors de l'érigne et continua à exercer une traction modérée; tandis que sur le doigt indicateur de la main gauche, introduit en avant jusqu'au contact des adhérences qui liaient le polype à la paroi utérine, je conduisis de forts ciseaux à lames très courtes dans le but d'attaquer ces adhérences et de les détruire par petits coups. En accomplissant ce temps de l'opération, je m'aperçus bientôt, en continuant à faire agir les ciseaux, que je tombais dans l'épaisseur même du corps fibreux, dont une portion restait au-dessus de la division que j'avais opérée et était enveloppée par le tissu de la matrice; j'avais donc affaire à un polype interstitiel, du moins dans une partie de son étendue.

Une seconde érigne de Museux fut alors appliquée sur la tumeur, qui fut plus énergiquement abaissée. Cela fait, je portai l'indicateur de la main droite dans le point divisé par les ciseaux; je pus le glisser entre le tissu de l'utérus et le polype, que j'énucléai en partie en faisant décrire à mon doigt un demi-cercle. J'engageai l'aide auquel les érignes étaient confiées à porter la tumeur fortement en avant afin de la disséquer en arrière; dans ce mouvement, elle céda en partie, et il me devint possible d'apercevoir le point d'adhérence à l'utérus de son sommet, qui était large, mamelonné et arrondi. Mon doigt indicateur de la main gauche protégeant le tissu utérin, je détachai par petits coups le corps fibreux, qui finit par céder et qui put ainsi être enlevé en totalité, comme vous pouvez vous en convaincre par l'examen de la pièce anatomique que je vous soumets. Ce corps fibreux est du volume du poing; il est d'un blanc nacré dans toute son épaisseur, et il n'offre à l'intérieur aucune trace de vascularisation, ce qui explique l'absence de toute hémorrhagie pendant et après l'opération.

Le toucher, pratiqué lorsque celle-ci fut achevée, permit de constater le développement d'une espèce de poche qui contenait le polype, la souplesse et l'amincissement de l'utérus dans le point correspondant et la continuité non interrompue de son tissu dans toute son étendue.

En résumé, dit M. Forget en terminant, j'ai cru, messieurs, que ce fait renfermait un enseignement utile : 1° au point de vue du diagnostic, qui a présenté des obscurités qui ne se sont dissipées qu'au moment de l'opération; 2° au point de vue de celle-ci, qui a offert des difficultés qu'il est toujours quelque peu hasardeux d'affronter, et qu'on ne doit pas aborder, suivant moi, sans une nécessité absolue. Or c'était bien, si je ne me trompe, le cas dans lequel se trouvait être la malade qui fait le sujet de cette communication.

Fracture du tibia. — M. GERDY met sous les yeux de la Société une fracture du tibia de la variété dite en rave. Cette communication a pour but d'affirmer de nouveau l'existence de cette fracture, niée dans ces derniers temps par M. Malgaigne.

M. MOREL-LAVALLÉE fait remarquer que sur les os rachitiques on produit mieux que sur d'autres os la fracture en rave; elle a lieu surtout aux points où abonde le tissu spongoïde.

— M. le docteur O. LECONTE fait voir à la Société un corps arrondi, du volume d'une petite bille de billard, du poids de 55 grammes, trouvé libre dans la cavité péritonéale, au fond du cul-de-sac recto-vésical, chez un vieillard de soixante-sept ans, mort d'une affection organique du cœur. Ce corps étranger du péritoine, comme ceux des articulations, est formé : 1° d'une portion périphérique à couches concentriques fibro-cartilagineuses; 2° d'un noyau central calcaire.

L'examen microscopique fait par M. Robin a montré la composition suivante :

Le noyau est composé des éléments ordinaires des incrustations calcaires. La partie périphérique est formée : 1° de fibres volumineuses s'anastomosant entre elles par de courtes ramifications; 2° de parties homogènes qu'on peut seulement déchirer en lamelles; 3° de gouttelettes d'huile en très grand nombre.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le vice-secrétaire de la Société, E. FOLLIN.

M. Nonat, médecin de l'hôpital de la Pitié, commencera ses leçons cliniques le mardi 6 décembre 1853, et les continuera les mardis, jeudis et samedis.

Visite des malades à huit heures du matin.

— M. Bernard, suppléant M. Magendie, commencera son cours au Collége de France vendredi prochain, 9 décembre, à midi, et le continuera les mercredi et vendredi de chaque semaine à la même heure.

Dans l'article publié samedi sur la ceinture à deux pelotes de M. le docteur Rémondet, nous avons omis de dire que cette ceinture est fabriquée par M. Pouillien.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés se trouvent à Bruxelles, à la librairie polytechnique d'Aug. DECQ. — Les abonnements à la GAZETTE DES HÔPITAUX sont reçus à cette librairie au même prix qu'à Paris.

Traité de médecine opératoire, bandages et appareils; par le docteur Ch. SÉDILLOT, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Strasbourg, médecin principal de 1re classe, officier de la Légion d'honneur. — Deuxième édition, tome 1er, deuxième partie, avec 100 figures. — A Paris, chez V. Masson, libraire-éditeur, place de l'Ecole-de-Médecine, 17.

LE SOURD.

Paris. — Typographie de PLON frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie méridionale, Suisse.	Trois mois. . . . 8 fr. 50 c. / Six mois. . . . 16 » / Un an. . . . . 30 »
Grèce, Hollande, Piémont, Sardaigne, Savoie, Turquie, Amérique et Colonies.	Trois mois. . . . . 9 fr. / Six mois. . . . . . 17 / Un an. 33
Espagne, Portugal, Toscane, Gibraltar.	Trois mois. . . . . 10 fr. / Six mois. . . . . . 20 / Un an. 38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie de médecine. — ACADÉMIE DE MÉDECINE (séance annuelle du 6 décembre). Distribution des prix. — Eloge de M. Orfila — Chronique et nouvelles.

PARIS, LE 7 DÉCEMBRE 1853.

Séance de l'Académie de Médecine.

Une solennité annuelle nous attirait hier à l'Académie de médecine; nous avions à entendre la proclamation des prix et l'éloge d'Orfila par l'éloquent secrétaire perpétuel.

L'Académie nous avait ménagé une agréable surprise; elle a fait droit à nos justes réclamations, en faisant placer de nouvelles banquettes destinées aux rédacteurs des divers journaux.

Les yeux se reposaient d'abord avec plaisir sur l'hémicycle, garni de plusieurs rangs de dames auxquelles on avait eu la politesse de céder ces places d'honneur, et qui, pour répondre à cette galanterie académique, se sont fait un devoir de suivre, comme nous, avec intérêt les diverses phases de la séance.

Après la lecture du rapport sur les prix par le secrétaire annuel, M. Gibert, et la proclamation des lauréats par M. le président, M. Dubois (d'Amiens) a pris la parole et lu d'une voix claire et accentuée l'éloge d'Orfila.

Des détails intéressants sur la jeunesse de cet homme célèbre, sur ses premiers rapports avec la France sa nouvelle patrie, sur l'amitié dont Fourcroy et Vauquelin l'ont honoré dès ses premières années de professorat particulier, ont jeté un vif intérêt sur cette lecture. La vie quelque peu aventureuse d'Orfila, ses relations de salon, son goût ardent pour la musique, son avidité de renommée, ont été appréciés avec talent et délicatesse par M. Dubois, qui a su être juste sans sévérité, approbateur sans flatterie. On voyait que M. Dubois n'était pas un de ces écrivains qui, après avoir caressé l'homme puissant, l'avaient dénigré à sa chute, et qu'il n'aurait jamais, comme d'autres, pris le voile de l'anonyme pour écrire des attaques honteuses de la même main qu'ils ne craignaient pas de lui présenter tachée encore de l'encre qui avait servi à le dénigrer.

M. Dubois a fait acte d'honnête homme et donné une preuve nouvelle de son talent littéraire. Il en a été récompensé par l'approbation unanime et par des applaudissements mérités.

Nous publions en entier son remarquable discours, que nos lecteurs pourront ainsi apprécier eux-mêmes.

— Le défaut d'espace nous force à renvoyer au prochain numéro le compte rendu de la séance de l'Académie des sciences.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance annuelle du 6 décembre 1853. — Présidence de M. BÉRARD.

L'Académie de médecine a tenu aujourd'hui sa séance annuelle en présence d'un public nombreux de médecins et d'élèves. L'hémicycle était rempli de dames, auxquelles la politesse de MM. les académiciens avait concédé ces places d'honneur. La savante Compagnie avait non-seulement à procéder à l'examen des mémoires qui lui avaient été soumis et à distribuer les prix ordinaires, mais à décerner à titre d'encouragement une somme de 1,000 fr. que le ministre de l'intérieur avait mise à sa disposition.

La séance a commencé par un rapport du secrétaire annuel sur les prix décernés par l'Académie en 1853 et sur les prix proposés pour les trois années suivantes. Ensuite M. le président a proclamé les lauréats.

PRIX DE 1853 (1).

Prix de l'Académie. — L'Académie avait mis au concours la question suivante : « Existe-t-il des paraplégies indépendantes de la myélyte ? » En cas d'affirmative, tracer leur histoire.

(1) Par suite du décret du 14 mars 1852, qui convertit la rente 5 pour cent en 4 1/2, la rente annuelle des prix Portal, Civrieux, Itard et d'Argenteuil, a subi la diminution suivante à dater du 22 septembre 1852 :

La rente annuelle des prix Portal, qui était de 600 fr., est réduite à 540 fr.

—	—	Civrieux,	1,000	—	900
—	—	Itard,	1,000	—	900
—	—	d'Argenteuil,	1,373	—	1,235

Ce prix était de 1,000 fr. — Grâce à la bienveillance de M. le ministre de l'instruction publique, l'Académie ayant pu disposer d'une somme de 2,000 fr., elle a décerné :

1° Un prix de 1,000 fr. à M. le docteur Raoul Leroy-d'Etiolles, auteur du mémoire n° 6 ;

2° Un prix de 700 fr. à M. le docteur Abeille, auteur du mémoire n° 3;

3° Un encouragement de 300 fr. à M. le docteur Landry (Octave), auteur du mémoire n° 5.

Prix fondé par M. le baron Portal. — L'Académie avait proposé pour question : « De l'anatomie pathologique des différentes espèces de *goître*, du traitement préservatif et curatif de cette maladie. »

Ce prix était de 1,000 fr.

L'Académie décerne ce prix à M. le docteur Bach (de Strasbourg), auteur du mémoire n° 1.

Des mentions honorables sont accordées à M. le docteur Philippeaux (de Lyon), auteur du mémoire n° 3, et à M. le docteur Le Tertre Vallier, médecin militaire à Amiens, auteur du mémoire n° 6.

Prix fondé par madame Bernard de Civrieux. — L'Académie avait proposé la question suivante : « Faire l'histoire du *tétanos*. »

L'Académie pouvait disposer d'une somme de 1,500 fr.; elle a accordé :

1° Un prix de 1,000 fr. à M. Emile Rémilly (de Versailles), interne des hôpitaux de Paris, auteur du mémoire n° 3 ;

2° Un encouragement de 500 fr. à M. le docteur Jules Gimelle, auteur du mémoire n° 1.

Prix fondé par M. le docteur Capuron. — La question posée par l'Académie, en ce qui concerne l'*art des accouchements*, était la suivante : « Des conditions physiologiques et pathologiques de l'état puerpéral. »

Ce prix était de la valeur de 1,000 fr.

A l'exception d'un travail qui n'avait point trait à la question proposée, aucun mémoire n'a été envoyé à l'Académie.

L'Académie décide que cette question ne sera pas remise au concours.

La question proposée par l'Académie, en ce qui concerne les *eaux minérales*, était la suivante : « Trouver une méthode d'expérimentation chimique propre à faire connaître dans les eaux minérales les corps simples ou composés, tels qu'ils existent réellement à l'état normal.

Ce prix était de la valeur de 1,500 fr.

L'Académie n'a pas décerné de prix, mais elle accorde :

1° Une médaille d'encouragement de la valeur de 700 fr. à M. Ernest Baudrimont, auteur du mémoire n° 2 ;

2° Une médaille d'encouragement de la valeur de 300 fr. à M. Filhol, professeur de chimie à l'Ecole de Toulouse, auteur du mémoire n° 1.

Prix fondé par M. Nadau. — Ce prix, qui est de la valeur de 3,000 fr., doit être décerné au médecin ou professeur qui aurait fait ou publié le meilleur cours d'hygiène populaire divisé en 25 leçons.

L'Académie a décidé que ce concours restera ouvert jusqu'au 31 décembre 1853, et que le prix, s'il y a lieu, sera décerné ultérieurement.

PRIX ET MÉDAILLES ACCORDÉS A MM. LES MÉDECINS VACCINATEURS.

L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'agriculture et du commerce a bien voulu accorder :

1° Un prix de 1,500 fr., partagé entre les trois médecins dont les noms suivent :

M. Boissat (de Bourdeilles), directeur de la vaccine dans la Dordogne, pour avoir de nouveau donné, par son activité, ses soins et son zèle infatigables, un développement considérable à la propagation de la vaccine dans ce département ;

M. Morillon, officier de santé à Coulonges (Deux-Sèvres), pour le grand nombre de vaccinations qu'il a pratiquées et les efforts qu'il n'a cessé de faire pour la propagation de la vaccine.

M. le docteur James, d'Amiens (Somme), pour l'excellent rapport qu'il a fait au comité central de vaccine de ce département dans la séance publique de 1852.

2° Quatre médailles d'or :

A M. Hullin, de Mortagne (Vendée), pour le mémoire qu'il a adressé à l'Académie, ayant pour titre : *Sur la variole, la vaccine et les revaccinations*, et aussi pour le grand nombre de vaccinations qu'il a pratiquées;

A M. Héritier, médecin à Château-Ville-Vieille (Hautes-Alpes), pour le rapport judicieux qu'il a fait à M. le préfet sur une épidémie de variole qui a régné dans le canton d'Aiguilles, et aussi pour le grand nombre de vaccinations qu'il a pratiquées ;

A M. Renault, d'Alençon (Orne), chirurgien, vice-directeur du service de la vaccine, pour le zèle qu'il ne cesse de montrer, ayant pratiqué à lui seul 2,503 vaccinations, les vaccinateurs venant après lui n'ayant pas atteint le chiffre de 300;

La rente du prix Lefèvre est en 4 pour cent. — La rente du prix Capuron est en 3 pour cent.

A M. Andriot, de Fontaine-Française (Côte-d'Or), dont les services ont été justement appréciés par M. le directeur du service de la vaccine dans le département, et que son zèle a fait ainsi placer en première ligne.

3° Cent médailles d'argent aux vaccinateurs qui se sont fait remarquer, les uns par le grand nombre de vaccinations qu'ils ont pratiquées, les autres par des mémoires et observations qu'ils ont transmis à l'Académie.

MÉDAILLES ACCORDÉES A MM. LES MÉDECINS INSPECTEURS DES EAUX MINÉRALES ET A MM. LES MÉDECINS DES ÉPIDÉMIES.

L'Académie, chargée de faire annuellement un rapport général à l'autorité sur le service des eaux minérales et sur le service des épidémies, a décidé que, pour encourager le zèle des médecins, des médailles seraient accordées à ceux qui lui auraient envoyé les meilleurs travaux.

En conséquence, elle accorde, pour ce qui concerne le service des *eaux minérales :*

Une médaille d'argent à chacun des savants dont les noms suivent, savoir :

1° A M. Mazade, pharmacien à Valence, qui le premier a signalé dans les eaux minérales de Neyrac la présence du cobalt, du nickel, du titane, de la zircone, etc.;

2° A M. Alibert (Constant), qui a fait parvenir à l'Académie un remarquable mémoire sur les eaux d'Ax (Ariége), dont il est médecin inspecteur, et une bonne notice sur les eaux peu connues de Marens, Carcanière et d'Escouloubre, monographie qui manquait à la science hydrologique ;

3° A M. Charles Petit, qui a étudié avec une remarquable exactitude les effets physiologiques et thérapeutiques des principes minéralisateurs des eaux de Vichy ;

4° A M. Durand-Fardel, qui a adressé à l'Académie un mémoire très étendu sur les résultats cliniques de cinq années de pratique à Vichy.

5° A M. Bailly fils, qui a fait une judicieuse appréciation des propriétés médicales des eaux de Bains (Vosges).

6° A M. Kuhn, qui a transmis pour 1852 un rapport renfermant des considérations du plus haut intérêt sur les eaux de Niederbronn (Bas-Rhin).

7° A M. Niepce, pour ses deux rapports sur les eaux d'Allevard (Isère) et pour ses notes sur les eaux minérales des Hautes et Basses-Alpes.

Et des médailles de bronze :

1° A M. Pagès, inspecteur des eaux de Baréges, pour ses rapports de 1851 et 1852.

2° A M. Affre, médecin inspecteur des bains de mer de Biaritz (Basses-Pyrénées), pour son rapport de 1852.

3° A M. Bernard, médecin inspecteur adjoint à Uriage (Isère), pour son rapport de 1852.

L'Académie accorde en outre, pour ce qui concerne le service des *épidémies*, une médaille d'argent à chacun des médecins dont les noms suivent :

1° A M. Foucault, d'Epernay (Marne), pour son rapport sur plusieurs épidémies d'angine couenneuse.

2° A M. Pone, de Pontarlier (Doubs), pour son rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde.

3° A M. Druhen aîné, de Besançon (Doubs), pour son rapport sur plusieurs épidémies de fièvre typhoïde.

4° A M. Dubourg, de Marmande (Lot-et-Garonne), pour ses travaux sur diverses épidémies.

Et des médailles de bronze :

1° A M. Mangin, de Neufchâteau (Vosges), pour son rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde.

2° A M. Germain, de Salins (Jura), pour son rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde.

3° A M. Motte, des Andelys (Seine-Inférieure), pour son rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde.

4° A M. Closmadeuc, de Vannes (Morbihan), pour son rapport sur une épidémie de dyssenterie.

PRIX PROPOSÉS POUR 1854.

PRIX DE L'ACADÉMIE.

De l'huile de foie de morue considérée comme agent thérapeutique.

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

PRIX FONDÉ PAR M. LE BARON PORTAL.

Anatomie pathologique des cicatrices dans les différents tissus.

Ce prix sera de la valeur de 1,500 fr.

PRIX FONDÉ PAR MADAME BERNARD DE CIVRIEUX.

Déterminer par des faits rigoureux et bien observés l'influence positive des affections morales sur le développement des maladies du cœur.

Ce prix sera de la valeur de 1,500 fr.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR LEFÈVRE.

De la mélancolie.

Ce prix sera de la valeur de 3,000 fr.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR CAPURON.

De l'albuminurie dans l'état puerpéral et de ses rapports avec l'éclampsie.

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

PRIX FONDÉ PAR M. NADAU.

Ce prix, dont le concours reste ouvert juqu'au 31 décembre 1853, sera décerné en 1854 à celui qui aura professé ou publié le meilleur cours d'hygiène populaire en 25 leçons.

PRIX PROPOSÉS POUR 1855.

PRIX DE L'ACADÉMIE.

Déterminer par des faits précis le degré d'influence que les changements de lieux, tels que l'émigration dans des pays chauds et les voyages sur mer, exercent sur la marche de la tuberculisation pulmonaire.

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

PRIX FONDÉ PAR M. LE BARON PORTAL.

Du goître endémique; étiologie, anatomie pathologique, prophylaxie; rapports avec le crétinisme.

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

PRIX FONDÉ PAR MADAME BERNARD DE CIVRIEUX.

De la catalepsie.

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR CAPURON.

Question relative à l'art des accouchements. — Des morts subites dans l'état puerpéral.

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Question relative aux eaux minérales. — Déterminer par l'observation médicale l'action physiologique et thérapeutique des eaux minérales *alcalines*, et préciser nettement les cas de leur application.

Ce prix sera de la valeur de 1,500 fr.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR ITARD.

Ce prix, qui est triennal, sera décerné à l'auteur du meilleur livre ou mémoire de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée.

Pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il sera de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication.

Ce prix sera de la valeur de 3,700 fr.

PRIX PROPOSÉS POUR 1856.

PRIX FONDÉ PAR M. LE MARQUIS D'ARGENTEUIL.

Ce prix, qui est sexennal, sera décerné à l'auteur du perfectionnement le plus notable apporté aux moyens curatifs du rétrécissement du canal de l'urètre pendant cette troisième période (1850 à 1856), ou subsidiairement à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté durant ces six ans au traitement des autres maladies des voies urinaires.

La valeur de ce prix sera de 12,000 fr.

Les mémoires pour les prix à décerner en 1854 devront être envoyés à l'Académie avant le 1er mars, à l'exception du prix fondé par M. Nadau, dont le concours sera clos le 31 décembre 1853.

N. B. — Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement sera, par ce seul fait, exclu du concours. (*Décision de l'Académie*, du 1er septembre 1838.)

Les concurrents aux prix fondés par MM. Itard, d'Argenteuil et Nadau sont seuls exceptés de ces dispositions.

— Un grand nombre de médailles ont, en outre, été accordées à des médecins inspecteurs des eaux minérales, à des médecins des épidémies, etc.

Après la proclamation de ces récompenses, M. Dubois (d'Amiens), secrétaire perpétuel de l'Académie, a pris la parole en ces termes :

Éloge de M. Orfila.

Messieurs,

Neuf mois à peine se sont écoulés depuis la mort de M. Orfila, et déjà il semble qu'on attend de l'histoire contemporaine le récit de cette vie trop tôt interrompue, de cette vie si pleine, si utile, si brillante.

Aux grands noms de Bertholet, de Chaptal et de Vauquelin, qui jettent tant d'éclat sur l'histoire des membres de cette Académie, celui de M. Orfila vient naturellement se joindre. C'est un savant disciple que je dois me hâter de placer à côté de ses maîtres.

Je vais donc essayer, messieurs, de mettre sous vos yeux les vicissitudes d'un carrière noblement parcourue; des documents fournis par la famille me permettront de faire connaître avec quelques détails la jeunesse de M. Orfila, et de rattacher à des dates certaines les principaux événements de sa vie. Je raconterai les aventures du jeune étudiant; je dirai les débuts heureux du chimiste toxicologue, les succès constants du professeur, les travaux de l'académicien, les services de l'administrateur, les découvertes du médecin légiste; je montrerai enfin qu'au moment où la vie lui échappait, il allait, par de magnifiques donations, ressaisir et continuer cette tutelle scientifique qu'il avait si longtemps exercée.

Fils adoptif de la France, M. Orfila a bien mérité d'elle, en servant les sciences, en instruisant la jeunesse, en éclairant la justice; ce sera donc pour moi un devoir à la fois doux et facile d'honorer par un éloge public la mémoire d'un homme qui, après avoir été l'une des gloires du monde médical, voulut en rester le bienfaiteur.

Mathéo-José-Bonaventure Orfila naquit à Mahon, dans l'île de Minorque, le 24 avril 1787. Il aurait pu trouver dans l'ancienneté de sa famille une sorte de noblesse, car un de ses aïeux, Guillaume-Puig Orfila, citoyen de Collioure, après avoir fondé dans sa ville natale un couvent de dominicains, et l'hôpital des Pauvres qui subsiste encore aujourd'hui, était allé, vers le commencement du quatorzième siècle, s'établir à Perpignan; puis, appelé dans les conseils du roi de Majorque; Jacques Ier, il avait quitté la France pour les îles Baléares.

Mais M. Orfila se disait tout simplement issu d'une famille d'honnêtes marchands. Cet Orfila du quatorzième siècle avait eu à Perpignan des ateliers de draperie, toute sa lignée était restée dans le commerce, et le père de notre Orfila était un marchand de Minorque, ayant boutique, mais assez riche pour contribuer à l'entretien de ces navires baléares qui vont, chaque année, chercher du blé en Orient pour en fournir les pays où les récoltes ont manqué.

La première éducation de M. Orfila fut très mélangée, et cependant poussée assez loin. Comme il n'y avait à Minorque ni collége, ni pension, on lui avait donné pour précepteur un Cordelier, nommé le père François. C'était un assez bon grammairien et le meilleur des hommes; mais le genre d'éducation qu'il entreprit de donner à son élève appartenait bien à l'Espagne du dix-huitième siècle. C'était à peu près l'enseignement que Gil-Blas reçut à Oviédo : un peu de grec, un peu de latin, mais beaucoup de scolastique, le tout pour former l'enfant à la dispute, pour le mettre à même d'argumenter envers et contre tout. Or, comme il avait de la mémoire et de l'assurance, il devint bientôt un disputeur des plus redoutables aux yeux de ses compatriotes; il n'arrêtait point, il est vrai, les passants pour disputer avec eux, mais on le vit soutenir publiquement une thèse de philosophie dans la grande église du couvent de Saint-Jean contre des moines et des prêtres, ses argumentateurs. La lutte dura trois heures : l'enfant en sortit vainqueur, aux applaudissements de la foule; mais, loin d'être fier de ce succès et de croire, comme le héros de Lesage, qu'avec sa science, quelques réaux et une mule il pouvait se mettre en route pour aller chercher fortune : Hélas! disait-il à son père, je ne sais rien, et je crois qu'on me fait faire fausse route!

Cependant, comme on voulait lui faire tout apprendre à la fois, sciences, arts et belles-lettres, dès l'âge de huit ans on l'avait mis sous la direction d'un prêtre qui avait la prétention d'enseigner à chanter. Ce prêtre, loin de ressembler au bon père François, était un brutal qui se plaisait à meurtrir avec une lourde palette en bois les mains des pauvres enfants qu'on lui confiait; de sorte qu'Orfila prit tout d'abord la musique en horreur, et au bout de trois ans d'exercice il n'en savait pas plus que le premier jour; il lui était surtout impossible de rien comprendre à la *mesure*. Son oreille était juste; il chantait même avec goût quand on l'associait à d'autres enfants; mais il ignorait complétement pourquoi et comment on bat la mesure, et lui qui devait un jour acquérir un si beau talent, lui dont la qualité dominante devait être la précision de la mesure, il allait tout abandonner, quand un ami de sa famille, un docteur Siguier, musicien distingué, le prit à part et lui dit : « Ecoute, mon enfant, tu ne comprends » rien aux lois de la musique; elles te font peur; tu es humilié de ne » pouvoir ni chanter ni jouer en mesure. Eh bien, en un quart d'heure » je vais te rendre aussi savant que moi sur ce point. »

Prenant alors un bâton d'un mètre environ de longueur, le docteur le partage en deux parties égales; puis il divise chacune de celles-ci en deux moitiés égales encore : « Voilà, lui dit-il, la mesure à quatre » temps. Ces quatre morceaux de bois d'égale longueur représentent » quatre *noires*, et il faut que tu t'arranges, en battant la mesure, pour » ne pas donner à l'une d'elles une valeur ou une étendue qui dépas» serait celle des autres. Ces quatre noires réunies composeront ta » mesure, absolument comme ces quatre morceaux de bois, placés bout » à bout, constituent la totalité de ce bâton. »

Cette comparaison, si simple et en même temps si juste, fut un trait de lumière pour le jeune Orfila. A dater de ce moment toutes difficultés disparaissent; le goût renaît en lui, et quand viendront les grands maîtres, il se sentira capable de marcher sur leurs traces.

Mais ici vient se placer un incident qui faillit tout gâter. A peu de jours de là, le jeune Orfila commit une faute; son père voulut le corriger, mais il le fit avec emportement et d'une manière barbare. L'enfant s'endormit en pleurant; le lendemain il bégayait horriblement, et, loin de s'amender, le mal allait toujours en s'aggravant. Le bon docteur Siguier fut encore consulté; il ne trouva rien de mieux à faire que d'envoyer le jeune garçon chanter au lutrin. Pendant huit mois Orfila suivit tous les exercices religieux; il s'unissait au clergé et chantait de tout cœur. Après trois mois il y eut une amélioration notable, puis une guérison complète.

Que de fois je me suis démandé, disait M. Orfila, ce que je serais devenu avec une pareille infirmité, moi qui ai dû presque tous mes succès au professorat!

Mais nous n'en avons pas encore fini sur ce point. Avant de quitter son île natale, le jeune Orfila devait donner à ses compatriotes comme un pressentiment de ce qu'il ferait un jour dans cet art musical qui jusque-là ne lui avait guère causé que des ennuis.

Le moyen qu'avait imaginé le docteur Siguier pour le guérir de son bégaiement avait fini par lui inspirer une véritable passion pour la musique religieuse; et comme déjà il ne doutait de rien, il résolut d'arranger une messe en musique à trois voix et de l'exécuter lui-même dans la principale église de Minorque, un jour de grande fête religieuse, avec deux musiciens du pays.

Disons tout de suite que sa jeune audace étant, après tout, fondée sur quelques notions positives de musique, il n'eut point le sort qu'éprouva J.-J. Rousseau à Lausanne, lorsque, dans un jour de sa jeunesse vagabonde, il eut l'étrange idée de composer une pièce pour un concert, aussi effrontément, a-t-il dit lui-même, que s'il avait su comment s'y prendre; au lieu donc de l'immense confusion dont fut couvert le pauvre Jean-Jacques, ce fut une admiration générale pour Orfila, et ses compatriotes émerveillés le déclarèrent tout d'une voix un petit Haydn et un petit Mozart!

Mais pour ce précoce enfant ce n'était là que de simples distractions; il s'était en même temps livré à des études plus sérieuses. Servi par d'heureuses circonstances, il avait appris presque en même temps la langue française et la langue anglaise; la première, grâce à un abbé languedocien que la révolution de 1789 avait jeté dans l'île; la seconde, grâce à un prêtre irlandais nommé John Father.

Ce double enseignement s'était fait plutôt par des conversations que par des études grammaticales; aussi le jeune Espagnol avait-il pris jusqu'aux défauts de ses maîtres : on l'aurait cru Languedocien quand on l'entendait parler français, et Irlandais lorsqu'il venait à s'exprimer en anglais.

Tout cela prouvait une merveilleuse facilité, et, comme rien ne l'arrêtait, il s'était mis en même temps à étudier les mathématiques; il n'en connaissait pas le premier mot : n'importe, il achète des livres, et finit par découvrir, dans ce pays si arriéré, un homme qui le conduit jusqu'aux logarithmes et qui lui donne des notions élémentaires de géométrie.

Mais voilà que dès la sixième leçon il est pris d'une bien autre ambition : il veut tout simplement devenir professeur! Il cherche, et bientôt il trouve deux garçons à peu près de son âge (quatorze ans) qui consentent à devenir ses élèves. Il a donc un auditoire, et il va se faire écouter; car déjà se révèle l'homme qui cherchera partout ses succès et sa gloire dans le sein des plus brillantes réunions comme sur le théâtre plus ou moins agrandi du professorat. Il suivait du reste le meilleur chemin pour s'instruire lui-même, en se chargeant ainsi d'enseigner aux autres ce qu'il lui fallait apprendre au jour le jour.

Pendant une année entière il est donc occupé de mathématiques, et cette fois à la grande satisfaction de son père, qui, ayant résolu d'en faire un marin, insistait pour qu'il se mît au fait des notions les plus usuelles de navigation. Ce père, au fond, ne voyait pas plus loin que ses compatriotes : pour tous ces insulaires il n'y avait que deux carrières possibles, l'église ou la mer. Or, comme c'était à ce dernier parti qu'il s'était arrêté, il cherchait à enflammer l'imagination de son fils par des récits plus merveilleux que ceux de Simbad le Marin. Tantôt il lui parlait des aventures de mer, du plaisir qu'on éprouve à voir des peuples nouveaux, à contempler les monuments que nous a légués l'antiquité; et puis il lui parlait de ces délicieuses contrées que baigne la Méditerranée, de Naples, de Portici, Castellamare, Sorrente, Pouzzole, Baïa! Noms harmonieux et poétiques, bien faits pour séduire une jeune imagination.

Voilà donc son fils marin. Il n'a que quinze ans; il s'embarque à bord d'un brick marchand.

Ce navire allait en Egypte : c'était un beau début! Commencer par visiter la terre des Pharaons! Mais ce pays si intéressant, si poétique pour d'autres, si plein de souvenirs, fit une assez triste impression sur l'esprit tout positif du jeune Orfila. Obligé de séjourner trois mois dans la baie d'Alexandrie, il s'ennuyait à mourir quand il allait à terre; de sorte qu'il passait presque tout son temps à lire sur le pont du navire ou dans sa chambre.

De retour à Mahon, il fut assez heureux pour y trouver un homme plein d'instruction qui voulut bien s'occuper de lui. C'était un Allemand d'un caractère aimable et d'un esprit fort distingué; très versé dans les sciences physiques et mathématiques, il avait l'habitude de l'enseignement. Dès les premières leçons il fit sentir à son élève le vide de ses prétendues connaissances; il lui fit reprendre l'étude des mathématiques, puis celle de la physique expérimentale et de l'histoire naturelle. Orfila resta deux ans sous sa direction, c'est-à-dire jusqu'en 1804, époque où, ayant atteint sa dix-septième année, il dut quitter sa ville natale pour aller à l'Université de Valence.

Ici, messieurs, nous allons retrouver l'Espagne avec ses vieilles routines et son respect aveugle pour les anciennes traditions. On enseignait à Valence la médecine et les sciences accessoires; le cours de chimie était même confié à un homme instruit, le docteur Pircueta. Mais les règlements de l'Université prescrivaient à ce malheureux professeur de ne pas s'écarter du livre de Macquer, de Macquer qui, en 1804, et après les travaux de Lavoisier, de Priesley et de Fourcroy, maintenait comme une vérité incontestable que l'air et l'eau sont des *corps élémentaires!* On prescrivait en outre aux élèves d'apprendre et de réciter chaque jour quatre ou cinq pages dudit Macquer! Qu'on juge de la position du pauvre professeur, qui, connaissant l'insuffisance du traité de Macquer, cherchait, mais sans faire aucune expérience, à mettre ses élèves au courant des découvertes récentes en chimie!

Orfila comprit bientôt de quel côté était la vérité. Les grands noms de Lavoisier, de Bertholet, de Fourcroy n'avaient point retenti en vain à son oreille; il s'empressa d'acheter leurs ouvrages, et, après en avoir lu les premières pages, son parti est pris : il n'assistera plus aux leçons de l'Université; c'est chez lui, dans sa petite chambre qu'il va étudier, n'ayant d'autre guide que ses livres, d'autre mobile que son insatiable besoin d'apprendre. Il n'avait jamais vu faire d'expériences, il va en faire, sa chambre est transformée en laboratoire. La chimie a cela de particulier dans son étude que les plus petites opérations intéressent et excitent l'esprit. Il suffit de quelques réactifs et d'un petit nombre d'ustensiles pour instituer des expériences qui vont faire palpiter le cœur d'un jeune adepte et le faire tressaillir d'aise quand il verra s'opérer sous ses yeux ce qu'il vient de lire dans un ouvrage. Cette étude avait tant de charmes pour Orfila, elle lui inspira tant d'enthousiasme, que pendant près d'une année il ne prit pas plus de trois à quatre heures de sommeil par nuit. Tout Valence pouvait voir la fenêtre du jeune étudiant éclairée jusqu'à minuit; puis, avant l'aube, on la voyait briller de nouveau comme l'étoile du matin. Chacun savait qu'un de ces *serenos* qui, en Espagne, annoncent aux habitants des villes l'état du ciel, allait tous les soirs allumer sa lanterne à la lampe du laborieux jeune homme, et qu'après une tournée de trois heures, il venait rendre à cette lampe studieuse la lumière qu'il lui avait empruntée.

Des travaux si opiniâtres, des études faites avec tant d'ardeur devaient être suivis d'un véritable triomphe. L'Université de Valence avait fini par être menacée dans son existence; un long cri de réprobation s'était élevé contre elle; on se disait de toutes parts que l'enseignement y était déplorable et qu'il fallait la supprimer.

Dans sa détresse, l'Université fit un appel à ses enfants; mais, chose bien étrange, ce fut celui qui s'était exilé de son sein qui allait la sauver.

C'était vers la fin de 1805. Un grand concours est annoncé : il aura lieu entre les élèves les plus distingués de l'école, et aura pour juges des savants pris en dehors de l'Université.

Quand vint le jour des épreuves, Matheo Orfila, dans une improvisation qui dura plus de deux heures, montra un si beau talent d'ex-

position et fit preuve de connaissances si approfondies, qu'il enleva tous les suffrages et fut déclaré vainqueur.

Chacun comprit alors ce que peut produire un travail solitaire soutenu par une forte volonté. Le professeur Picuerta ne pouvait cacher sa joie et sa surprise : « Mais, mon enfant, lui disait-il, où avez-vous donc appris tout cela? Qui a pu vous enseigner tout ce que vous avez dit? »

Le jeune lauréat, fêté de tout le monde, déclaré sauveur de l'Université, était dans l'ivresse; mais quelle n'est pas sa terreur le lendemain quand on vient lui intimer l'ordre de se rendre près du grand inquisiteur! Il avait, dit-on, émis des principes qui n'étaient rien moins qu'orthodoxes! Orfila obéit. Le grand inquisiteur était un homme d'une taille élevée, d'une figure grave et imposante; « Vous avez eu hier un magnifique succès, lui dit-il, j'y ai applaudi tout le premier, j'aime la jeunesse studieuse. Qui êtes-vous? d'où venez-vous? et qu'allez-vous faire? » Rassuré par ces bienveillantes paroles, Orfila répondit avec une respectueuse déférence. « Mais, reprit le grand inquisiteur, lorsqu'il a été question de géologie, n'avez-vous pas laissé entrevoir, et cela en vous appuyant sur les assertions d'auteurs français, que le monde est plus ancien que ne l'enseigne l'Église? Dites-moi la vérité; quelle est votre opinion? » Orfila répondit sans se troubler, et de manière à concilier les assertions de la géologie avec celles de la théologie. Il le fit même avec tant de succès, que le grand inquisiteur, charmé d'une science de si bon aloi, lui dit en souriant: « Allez, jeune homme, poursuivez vos études, honorez l'Espagne, et sachez que l'inquisition n'est ni aussi tracassière, ni aussi barbare qu'on le suppose! » Orfila aurait donc pu rester à Valence et y jouir pleinement de son triomphe; mais que faire désormais dans un pays si arriéré? « Rester ici, écrivait-il à son père, ce serait perdre mon temps, et ce n'est point là sans doute ce que vous voulez. »

Cette fois, c'est à Barcelone qu'il va se rendre; mais si dans les grandes villes il y a plus de ressources pour l'instruction, il y a aussi plus de causes de distraction. On professait à Barcelone à peu près comme cela se pratique en France. Carbonnell y enseignait la chimie; mais il y avait un théâtre italien et d'excellents sujets: c'était une furieuse tentation pour notre étudiant. Un jour donc, n'y tenant plus, il achète un billet et prend place au parterre. Qu'on juge de son ravissement! lui qui n'avait jamais entendu chanter qu'au lutrin de son pays! On jouait la *Molinara*, le chef-d'œuvre de Paësiello! Jamais musique ne produisit un pareil effet sur une organisation humaine! Le voilà fou de chant italien; il chante en s'en retournant chez lui; il se met au lit et ne peut dormir; il veut reproduire ces grands effets de voix qu'il a entendus: impossible; sa voix est lourde, rebelle et traînante. Il attend le jour avec impatience, et, au lieu d'aller dans l'amphithéâtre de chimie, il va chercher à dompter sa voix, non pas, comme Démosthène, en se mettant des cailloux dans la bouche et en luttant avec le bruit des flots, mais en jetant sa voix au milieu des airs; et, pour cela, il gravit une haute montagne qui domine Barcelone, le mont Jouy. Il était cinq heures du matin; il se met à vocaliser de toutes ses forces. A dix heures, il tenait ses roulades et rentrait dans Barcelone tout joyeux de sa conquête. Mais cela ne lui suffit pas, il s'exerce sur toutes sortes d'instruments: la flûte, le piano, la guitare, le violon; toutefois il finit par opter, et, en véritable Espagnol, il se décide pour la guitare.

Tout cela avait amené quelque ralentissement dans ses études; mais ce premier moment de fougue passé, il reprit sa place parmi les élèves, c'est-à-dire au premier rang.

Deux ans s'étaient ainsi passés, quand la junte de Barcelone, ayant résolu d'envoyer un jeune pensionnaire à Madrid d'abord, puis à Paris, pour y étudier la chimie appliquée aux arts, jeta les yeux sur Orfila. Il devait rester deux ans à Madrid et autant à Paris, puis revenir à Barcelone, où on instituerait pour lui une chaire de chimie.

Ce fut vers la fin de 1807 qu'il quitta Barcelone. Il comptait trouver à Madrid le professeur Proust; mais ce savant venait de rentrer en France. Orfila, voyant qu'à Madrid on n'en savait pas beaucoup plus qu'à Barcelone, demanda et obtint l'autorisation de se rendre immédiatement à Paris. Il possédait 1,100 francs: c'était beaucoup plus qu'il n'en fallait pour faire le voyage; mais un ami d'enfance demande à lui emprunter 1,000 francs, assurant qu'ils lui seront rendus à Burgos, poste restante. Orfila les lui donne, et les deux amis se quittent en pleurant. Arrivé à Burgos, Orfila court à la poste; rien! Il pense que c'est un retard, et pousse jusqu'à Bayonne; rien encore! et la diligence part le lendemain, et il ne lui reste pas un sou! Sa gaîté n'en est pas altérée: il ne peut croire à tant de perfidie. Il vend sa montre, une bague de prix, et jusqu'à sa guitare! Mais il est en France et il a vingt ans! Age heureux! toujours riche, riche dans le présent et plus riche encore dans l'avenir. Il monte donc résolûment dans la voiture publique, où il trouve deux médecins qui lui font l'accueil le plus cordial, un avocat, homme de beaucoup d'esprit, et une jeune dame d'une rare beauté, qui s'amuse infiniment d'entendre ce jeune Espagnol parler le pur languedocien.

Ce voyage dura dix jours; le 11 juillet 1807, M. Orfila était à Paris. En descendant de voiture dans la cour des messageries, il lui restait 50 centimes; mais un oncle qu'il avait à Marseille, instruit de sa détresse, avait donné ordre à son banquier de lui compter 300 francs, et la junte de Barcelone lui faisait payer un mois d'avance.

Ce n'était là, du reste, que des contre-temps: M. Orfila n'a pas eu à lutter, dans sa jeunesse, contre l'adversité, à se trouver aux prises avec l'infortune; il ne devait point passer par cette école du malheur qui trempe et fortifie les caractères; mais, à défaut de cet aiguillon de l'indigence, il portait dans son cœur les germes d'une vaste ambition, et déjà ses succès d'enfance avaient vivement excité en lui ces désirs de renommée. Maintenant qu'il est en France, chez un peuple éminemment sociable, ami des étrangers, nous allons le voir marcher de succès en succès, jusqu'au moment où il se condamnera à traîner ce que j'appellerai le boulet de la faveur publique. Et puis l'ingratitude et l'oubli viendront assombrir cette carrière si heureusement commencée! Mais nous n'en sommes encore qu'à ses débuts; insistons sur ses premières années; disons l'accueil qu'il reçut en France, les amitiés qu'il va y former et les encouragements qu'il trouvera de toutes parts.

Depuis la mort de Lavoisier, le sceptre des sciences chimiques était tenu par Fourcroy; déjà Bertholet, Chaptal, Vauquelin et Thénard avaient acquis une juste célébrité. M. Orfila connaissait ces grands maîtres par leurs écrits; il se fit présenter à Fourcroy et à Vauquelin. Celui-ci l'admit bientôt dans son laboratoire; Fourcroy le chargea de préparer sept à huit leçons qu'il voulait faire sur la chimie animale.

Mais M. Orfila n'était pas disposé à se contenter longtemps d'un rôle subalterne: il lui fallait un laboratoire et un local convenable pour professer; un riche propriétaire de la rue du Bac y pourvut, il ouvrit son premier cours de chimie. L'auditoire était peu nombreux; mais si le théâtre était modeste, il s'y passa dès les premiers jours un événement qui fit le plus grand honneur au jeune étranger. Il était à faire sa leçon devant son petit auditoire; deux graves personnages se présentent et prennent place sur les banquettes au milieu des élèves. M. Orfila jette sur eux les yeux. Quelle n'est pas sa surprise! Ces deux nouveaux venus sont Fourcroy et Vauquelin! Mais M. Orfila ne se troublait pas facilement; il se lève comme tout l'auditoire, s'incline devant ces deux grands maîtres, puis, après leur avoir donné ce témoignage de respect, il reprend sa leçon là où il l'avait interrompue, et, électrisé en quelque sorte par la présence de ces hommes illustres, il redouble d'efforts, se surpasse, et se montre véritablement digne de l'honneur qu'ils viennent de lui apporter.

Mais Vauquelin était plus qu'un maître pour lui, il était presque un père: on va en juger.

M. Orfila, bien accueilli en France et ne se mêlant en aucune manière de politique, était plein de sécurité comme tous ses compatriotes, lorsque, vers le milieu de 1808, on apprit à Paris que Murat, campé sous les murs de Madrid, venait de bombarder cette ville qui s'était mise en pleine insurrection. C'était le signal d'une guerre longue et meurtrière. Vers le mois de septembre, le bruit se répand que le général Dupont vient d'être défait à Baylen par Castagnoz. Napoléon est indigné: c'est le premier échec qu'éprouvent ses armes. Avant de quitter Paris, il donne ordre au préfet de police de faire arrêter tous les Espagnols qui sont dans la capitale et de les diriger deux par deux dans les départements.

M. Orfila, pour se mettre en règle et conformément à l'invitation de son ambassadeur, était allé de lui-même à la préfecture de police demander un permis de séjour. On l'arrête et on le jette en prison. Toutefois, on avait bien voulu le prévenir que, s'il se faisait réclamer par une personne honorable, on le mettrait en liberté. Il ne perd pas un instant: il écrit à Fourcroy et à Vauquelin. C'était une bonne inspiration: le jour suivant, à sept heures du matin, on vient le chercher pour le conduire dans le cabinet du préfet. Il pensait que c'était pour quelque interrogatoire; pas du tout: il y trouve Vauquelin, le bon Vauquelin, en grand costume de l'Institut, l'épée au côté et couvert de ses décorations. « Je viens réclamer monsieur, dit le savant; je réponds de lui; il ne troublera jamais l'Etat, et je l'emmène. — Soit, » répondit le chef du cabinet. Vauquelin tend la main à son élève; celui-ci se précipite dans ses bras.

Rendu ainsi à la liberté et à ses études, Orfila, de 1808 à 1811, put compléter son instruction médicale. Le 27 septembre il était reçu docteur. Pour lui, les études qu'on nomme *accessoires* étaient restées les études principales, et ce n'était qu'accessoirement qu'il avait étudié la médecine; mais, la guerre entre la France et l'Espagne étant devenue chaque jour plus meurtrière, la junte de Barcelone avait cessé d'avoir des relations avec son pensionnaire; ses parents avaient essuyé des pertes considérables, et son père lui avait fait intimer l'ordre de revenir à Mahon dès qu'il serait reçu docteur; 300 francs même lui avaient été remis avec l'injonction de revenir sur-le-champ. Tout autre sans doute aurait obéi; mais ici se montre encore le caractère de M. Orfila. Confiant, comme toujours, dans sa fortune, il écrit à son père: « Je reste, et je vous renvoie les 300 francs qui devaient payer mon voyage. » Il est vrai qu'il avait des amis sur lesquels il pouvait compter: Béclard, Edwards l'aîné, Marjolin et beaucoup d'autres. Ces amis se mirent à lui recruter des élèves, et le 8 janvier 1812 il put ouvrir un cours de chimie chez un pharmacien de la rue Croix-des-Petits-Champs. Ce cours était suivi par 40 élèves qui lui payaient chacun 40 fr. Béclard, Edwards, Hippolyte et Jules Cloquet étaient au nombre des élèves les plus assidus.

Ce cours est à peine terminé qu'il en ouvre un second rue du Foin-Saint-Jacques. C'était le beau temps de l'enseignement particulier, et cette rue du Foin-Saint-Jacques était comme le berceau des grandes réputations professorales. Quelques années plus tard, Broussais devait y jeter les premiers fondements de la science; celle de M. Orfila commençait à grandir. Envoyé par son gouvernement pour étudier la chimie appliquée aux arts, il n'avait guère fait jusque-là que marcher sur les pas de ses maîtres; mais dès que, livré à lui-même, il en vint à la *médecine légale*, on le vit procéder par des voies toutes nouvelles: il avait enfin trouvé sa veine; le grand *toxicologue* commençait à se montrer.

Disons comment un incident, pur effet du hasard, était venu tout à coup lui révéler au milieu d'une leçon et l'impuissance de la toxicologie telle qu'on l'enseignait alors, et le problème qu'il y avait à résoudre pour que la médecine légale pût en tirer ses plus précieuses ressources.

Il venait d'exposer à ses élèves l'histoire de l'*acide arsénieux*; il leur avait montré les précipités que la dissolution de ce corps peut former avec différents réactifs; il leur avait dit que la même chose aurait lieu si l'acide arsénieux se trouvait mêlé à des liquides alimentaires, tels que du vin, du café, du bouillon, et, comme il avait par hasard à côté de lui une tasse de café à l'eau, il y verse de la dissolution arsenicale, puis de l'*eau de chaux*; mais voilà qu'à son grand étonnement, au lieu du *précipité blanc* qu'il avait annoncé, il se produit un *précipité gris-violacé*. Il change de réactif, il se sert de *sulfate de cuivre ammoniacal*; mais, au lieu du *précipité vert-pré* qu'il attendait, il obtient un *précipité olive noirâtre*! Toutes ses idées sont bouleversées: il n'en fait rien paraître, car il avait pour principe qu'un professeur ne doit jamais se tromper devant ses élèves. Il attribue ces résultats à la présence de quelques matières organiques colorées, et remet à leur expliquer tout cela ultérieurement.

Mais sa leçon est à peine terminée qu'il court chez lui se procurer du vin, du bouillon, du thé, et qu'il se met à répéter les mêmes expériences pour savoir à quoi s'en tenir. Or toujours il trouve que les poisons mêlés à des liquides préparés avec des substances animales ou végétales ne peuvent plus être décelés par les moyens mis en usage jusqu'alors. Il consulte en même temps les auteurs les plus accrédités: Frank, Plenk et beaucoup d'autres, et de ces recherches il résulte pour lui ce fait capital que la *toxicologie n'existe pas!* Cette toxicologie du moins qui est fille de la chimie, qui seule peut mettre l'esprit sur la trace du poison et lui en faire connaître la nature, qui seule peut indiquer au médecin le contre-poison à administrer, qui seule enfin, par la certitude de ses procédés, doit être la plus puissante garantie de la morale publique et de la société.

Mais quel sera l'auteur ou plutôt le créateur de cette nouvelle toxicologie? Quel sera l'esprit assez entreprenant, assez sûr de lui pour ne plus tenir compte des travaux des devanciers et pour reprendre les faits sur de nouvelles bases? M. Orfila a tout aussitôt la conviction que ce sera lui-même, et il a si bien cette conviction que le jour même il court chez un libraire, et, sans avoir en main une seule page de manuscrit, il offre de lui vendre un *Traité de toxicologie générale* en deux forts volumes in-8.

Le libraire, assez étourdi de la proposition, lui demande d'abord à qui il a l'honneur de parler.

— Je suis Orfila.

— J'ai beaucoup entendu parler de vous par vos élèves, réplique le libraire; mais vous me donnerez bien le temps de réfléchir.

— Pas une heure, reprit M. Orfila; c'est à prendre ou à laisser.

— Comment! dit le libraire, à prendre ou à laisser? vous n'avez rien à m'offrir!

— J'ai ma parole, dit Orfila, et cela doit suffire.

— Eh bien, vous avez raison; je consens à traiter avec vous, ne serait-ce que pour la rareté du fait, ajouta le libraire, et séance tenante le contrat fut signé.

Il fallait, on en conviendra, que ce jeune professeur inspirât au libraire une grande confiance, car celui-ci aurait pu tout d'abord lui objecter qu'il venait lui vendre la peau de l'ours avant de l'avoir tué; il fallait aussi que le futur auteur eût une grande confiance en lui-même pour considérer comme une propriété à lui une science qui, de son aveu, n'existait pas, et comme une propriété si bien à lui que d'avance il veut en faire la vente et signer le contrat!

Quoi qu'il en soit, M. Orfila, à qui il ne restait plus qu'à trouver sa science et à la constituer en corps de doctrine, n'avait pas la moindre inquiétude à ce sujet. Le lendemain de la signature du contrat, il va se confiner dans une profonde retraite, à Villeneuve-le-Roi, et y passe tout l'été à faire des expériences, à reprendre ses essais chimiques sous toutes les formes et à tuer des milliers de chiens. En même temps il écrit son livre; invention et rédaction, il fait tout marcher de front, et la moitié du premier volume est livrée à l'impression pendant l'hiver de 1813 à 1814, et les autres successivement; en 1815 tout avait paru.

Arrivé à ce point, M. Orfila pouvait se dire qu'il venait de marquer sa place dans la science et sur un terrain nouveau. Son livre reçut l'accueil le plus favorable des hommes compétents: l'Académie des sciences déclara par l'organe d'une commission composée de MM. Pinel, Percy et Vauquelin que cet ouvrage méritait l'approbation de la classe et faisait le plus grand honneur à M. Orfila.

C'étaient là de beaux succès qui attachaient de plus en plus M. Orfila à la France; mais des engagements qu'il regardait comme sacrés le liaient encore à l'Espagne.

Voici comment ceux-ci furent rompus:

La paix ayant été rétablie en 1814, M. Orfila s'était empressé d'écrire à la junte de Barcelone; il lui avait dit que, réduit à ses propres ressources, il avait terminé toutes ses études, et qu'il était prêt à retourner à Barcelone si la municipalité consentait à créer la chaire qui lui avait été promise.

La junte répondit que, la guerre ayant épuisé toutes ses ressources, il lui était impossible de s'imposer des charges nouvelles; mais, en même temps, elle lui annonçait que le gouvernement espagnol, dans le désir de l'attacher à son pays, venait de le nommer professeur de chimie à Madrid en remplacement de Proust.

La position de M. Orfila devenait difficile: d'un côté, il aurait voulu répondre à la confiance de son pays; d'un autre côté, il sentait que la France, que Paris était le seul théâtre où il pouvait trouver l'emploi de ses facultés. Dans ces circonstances, il crut devoir faire ses conditions: il répondit au gouvernement espagnol qu'il acceptait avec reconnaissance les fonctions dont on voulait bien le charger, mais qu'il y avait de grandes réformes à apporter dans l'enseignement en Espagne, qu'une réorganisation était indispensable, et qu'il demandait à soumettre un plan d'études.

Le ministère espagnol répliqua que ce n'était pas à M. Orfila à proposer un plan d'études, que s'il voulait accepter sans condition il pouvait se mettre en route. M. Orfila resta à Paris.

Il est donc désormais à la France, et de longtemps encore sa carrière ne sera qu'un cours inouï de prospérités.

L'année 1815, en particulier, a dû compter comme une des plus heureuses de sa vie. J'ai dit que les savants avaient fait à son *Traité de toxicologie* l'accueil le plus flatteur; M. Hallé se l'était fait lire d'un bout à l'autre, et comme une place de correspondant était vacante à l'Institut, il engagea M. Orfila à se mettre sur les rangs. M. Orfila fut placé en tête de la liste, et son élection eut lieu vers la fin de 1815.

Presque en même temps on l'avait attaché à la maison du roi Louis XVIII en qualité de médecin par quartier. C'était une place un peu subalterne et qui ne le mettait guère en rapport qu'avec la domesticité du Château, mais ce pouvait être un acheminement à de plus hauts emplois. Ajoutons qu'à cette époque M. Orfila n'était pas seulement un des jeunes docteurs les plus habiles de l'école de Paris, c'était encore dans le monde un des hommes les plus aimables; son goût pour la musique était resté chez lui au degré d'une passion, et il avait acquis un talent de premier ordre, à ce point que des offres lui avaient été faites pour entrer au théâtre Italien à raison de 25,000 francs par an. « Non, avait répondu M. Orfila, je refuse toute fortune qui me » viendra d'un autre côté que de la science. » Mais si sa raison lui montrait ainsi quelle était pour lui la carrière la plus honorable et la plus digne, on va voir qu'un beau talent musical, une belle voix étaient encore ce qui avait le plus de prise sur son cœur.

Admis depuis longtemps dans la famille d'un artiste distingué, de-

puis membre de l'Institut, M. Lesueur, il n'avait pu voir sans émotion une jeune personne qui était alors dans tout l'éclat de sa jeunesse et de son talent : c'était Mlle Gabrielle Lesueur. Douée d'une voix d'un timbre délicieux et d'une justesse irréprochable, on la comparait à l'incomparable Mme Barilli. Qualités du cœur, dons de l'esprit, charmes de l'art, Mlle Lesueur réunissait tout ce qui pouvait séduire un homme d'ailleurs plein de délicatesse et d'honneur. Aussi M. Orfila ne se crut véritablement heureux qu'après avoir obtenu la main de cette jeune personne, en juillet 1815.

C'était, comme on le voit, dans les premiers temps de la Restauration, à l'époque où la société, à peine remise des puissantes émotions de la guerre, venait en quelque sorte de se retrouver. De nombreux salons étaient ouverts; celui de Mme la princesse de Vaudemont réunissait tout ce que Paris avait de plus distingué, on y trouvait presque tous les grands personnages de l'époque. Grâce à leur amabilité, ou plutôt grâce à leurs talents, M. Orfila et sa jeune épouse étaient non-seulement bien accueillis, mais vivement désirés dans ces brillantes réunions, et ils en faisaient les délices.

Des esprits sévères trouveraient peut-être qu'il eût été plus désirable pour M. Orfila, plus digne de sa réputation naissante, de figurer parmi ces nobles invités comme homme de science. Moi-même j'aurais aimé à dire que dans le salon de Mme de Rumfort, veuve de l'illustre et infortuné Lavoisier, M. Orfila se trouvait au même titre que MM. de Laplace, Fourrier et de Prosny. Mais il ne faut pas oublier que M. Orfila, à cette époque, n'en était encore qu'au début de sa carrière scientifique, qu'il n'était encore chargé d'aucun enseignement officiel, et que par conséquent il n'était pas tenu à cette gravité de mœurs et de manières qu'impose la robe de professeur à ceux qui en sont revêtus; et j'ajoute que ce fut pour lui l'origine de quelques-unes des puissantes protections qui plus tard lui furent si utiles dans ses fonctions administratives.

Cependant, au milieu du tourbillon du monde parisien, M. Orfila n'avait pas oublié son pays natal, sa petite Baléare, comme disaient les anciens, et ce souvenir lui revenait avec d'autant plus de vivacité qu'il se sentait plus heureux; il lui tardait de faire partager ce bonheur à sa famille et de lui présenter sa jeune épouse.

Il y avait douze ans qu'il avait quitté le toit paternel, lorsqu'il résolut d'aller y raviver ses souvenirs d'enfance, s'y livrer à ce charme délicieux et mélancolique qui nous saisit à l'aspect des lieux où se sont écoulées nos premières années, et se retremper enfin dans ce bonheur domestique qui pour lui avait encore toute sa fraîcheur.

Il arriva à Mahon dans le plus beau mois de l'année, en mai 1816. Ce fut un événement dans cette petite île que l'arrivée de M. Orfila; car c'était chose inouïe qu'un de ces insulaires eût jamais quitté son pays, si ce n'est comme marin ou pour faire le commerce. Or Mathéo Orfila y revenait comme un savant médecin et réputé tel dans le grand pays de France. Qu'on juge de l'enthousiasme de ses compatriotes! la foule accourait sur ses pas, son père le montrait avec orgueil, sa mère pleurait de joie!

Les malades, les infirmes, les incurables venaient de tous les points de l'île réclamer ses conseils. Il passa toute la belle saison au milieu de sa famille, mais en septembre il fallut se quitter. Le professorat à la Faculté de médecine de Paris, c'était là où devaient tendre tous ses vœux; deux années toutefois s'écoulèrent encore; puis en 1818 de premières ouvertures lui furent faites par Marjolin : on allait créer une chaire de *maladies mentales*, et une permutation devait laisser vacante celle de *médecine légale*. Pour occuper une place dans l'enseignement, M. Orfila devait se faire naturaliser Français. Il avait à peine soumis cette demande au garde des sceaux que la Faculté dut faire sa présentation : M. Orfila fut mis en première ligne *ex æquo* avec M. Husson ; M. Pariset fut placé en seconde ligne.

Le jour de la nomination, la Faculté était au grand complet; M. Hallé, depuis longtemps retenu chez lui par l'affection calculeuse qui devait le conduire au tombeau, s'était fait transporter à l'école dans une chaise à porteurs; et, comme on le félicitait de l'amélioration que sans doute il éprouvait dans sa santé : « Je ne suis pas mieux, dit-il, mais je n'ai pas voulu laisser échapper cette occasion de rendre un dernier service à la Faculté en venant voter pour M. Orfila. » — « Eh bien ! ceci me décide, dit à son tour M. Boyer; moi aussi je voterai pour M. Orfila. »

Voilà donc M. Orfila en possession d'une chaire qu'il avait si longtemps désirée, le voilà professeur!

Heureux s'il avait su borner ses désirs et ne pas chercher d'autres joies que celles que devait lui donner cet enseignement! Pour le moment, du reste, il n'en soupçonnait pas d'autre, et sa satisfaction était immense en voyant la foule se presser pour l'entendre dans le vaste amphithéâtre de l'École.

Sa voix bien timbrée, sonore et puissante, dominait ces flots d'auditeurs; elle se faisait entendre de tous les élèves. Son débit était clair, méthodique, simple; il n'entretenait ses auditeurs que de ce qui leur était rigoureusement indispensable; il évitait toute espèce de digression, et, autant que possible, il démontrait par des expériences les faits qu'il venait d'énoncer.

Mais j'aurai à revenir sur son enseignement quand il sera question de son cours de chimie; je veux dire ici quelques mots de ses tournées comme *président* des jurys médicaux.

C'est en 1820 que M. Orfila fut appelé avec Béclard à présider annuellement ces jurys. L'institution des officiers de santé était déjà l'objet de nombreuses réclamations; on s'élevait de toutes parts contre la déplorable facilité avec laquelle on procédait à leur réception : ce n'était partout qu'ignorance et corruption. Pour mettre un terme à cet état de choses, la Faculté de Paris avait résolu de placer à la tête des jurys de réception deux hommes d'une intégrité et d'une sévérité reconnues.

Pour sa part, M. Orfila eut, dans la première année, cent vingt aspirants à interroger; il en refusa quatre-vingt-dix-neuf! Béclard n'avait pas montré moins de fermeté.

Cette première campagne fit comprendre aux récipiendaires qu'on ne pourrait fléchir ces nouveaux juges qu'en faisant preuve d'instruction et de capacité.

Il y eut bien encore quelques tentatives de corruption et même d'intimidation, mais M. Orfila sut les réprimer avec un admirable sang-froid. Ainsi, un jour un candidat lui demande un entretien particulier : « Vous m'avez odieusement tourmenté hier, lui dit-il, vous allez sans doute me refuser aujourd'hui; mais vous ne me connaissez pas, monsieur, je suis homme à vous tuer ! » — « Tuez-moi, » répondit tranquillement M. Orfila, et le jour même le candidat était refusé.

Un autre jour M. Orfila interrogeait un candidat qui, du reste, ne paraissait pas manquer d'instruction; mais quelqu'un placé derrière lui lui dit à voix basse : « Vous ne savez pas qui vous interrogez! Cet homme est le bourreau d'Auxerre, et son père est le bourreau de Melun ! » M. Orfila est stupéfait; mais à l'instant son parti est pris, il n'admettra jamais un bourreau dans le corps médical : il le refuse et il informe de cet incident le ministre de l'intérieur et M. Cuvier.

M. Cuvier fut très explicite; il donna son approbation pleine et entière à ce qu'avait fait M. Orfila.

Le ministre fut moins décidé : « La question me paraît délicate, » écrivait-il à M. Orfila, et je ne sais pas ce que ferait la Chambre des » députés, si un arrondissement lui envoyait son bourreau pour le re- » présenter dans son sein! »

Cependant M. Orfila continuait de professer la médecine légale, quand vint la dissolution de l'École en 1822, et sa réorganisation en 1823. La chaire de maladies mentales fut supprimée, son titulaire passa à celle de médecine légale, et M. Orfila, ainsi déposédé, fut prévenu qu'on allait le nommer professeur de chimie en remplacement de Vauquelin, destitué.

M. Orfila était trop honnête homme pour oublier que Vauquelin avait été son maître et son bienfaiteur; son chagrin fut extrême. D'un côté, il se voyait enlevé à un enseignement qu'il avait pour ainsi dire créé, dont le succès avait dépassé ses espérances; d'un autre côté, c'était Vauquelin, violemment expulsé, qu'il allait remplacer. Voici, dans cette circonstance, quelle fut sa conduite : il alla tout d'abord trouver Vauquelin, et lui dit tout ce qui se tramait contre lui. « Ce n'est pas possible, s'écria Vauquelin, ils n'oseront pas! — Ils l'oseront, reprit Orfila. — Eh bien, répliqua Vauquelin, je vous conjure d'accepter ma place; je l'exige. Vous êtes jeune, vous avez de l'avenir, point de fortune. Que pourrais-je gagner à votre refus? Quelle créature placerait-on là? » Ces paroles décidèrent M. Orfila, et l'expérience ne tarda pas à prouver combien l'enseignement avait gagné à ce changement de personne.

Assurément Vauquelin était, comme savant, bien supérieur à M. Orfila, et sa présence dans le corps des professeurs honorait la Faculté. Le gouvernement de l'époque avait donc fait à la fois une mauvaise action et un acte impolitique en effaçant ce grand nom de la liste des professeurs; mais une fois ce méfait accompli, il eût été impossible de faire un meilleur choix.

M. Orfila s'était en effet imposé une grande tâche, celle de faire participer les sciences médicales à presque tous les progrès que la chimie avait faits dans ces derniers temps; personne n'a combattu avec plus de succès que lui le fatal préjugé qui tend à établir que les physiciens et les chimistes sont incompétents dans toute question où il s'agit du phénomène des êtres vivants; fatal préjugé, dis-je, philosophie erronée et absurde; car, tout en flattant certaines croyances, elle arrête tout progrès et ne tend à rien moins qu'à laisser la médecine dans une éternelle enfance.

Honneur donc à l'École de Paris, qui a su comprendre et professer hautement que toutes les sciences doivent converger vers ce but définitif, le perfectionnement de l'art médical!

C'étaient là les idées que professait M. Orfila, et chacun comprit bientôt quelle devait être l'utilité d'un cours qui embrassait ainsi toutes les applications médicales de la chimie.

Aussi la foule des élèves devint telle, que M. Orfila dut quitter l'amphithéâtre de chimie pour le grand amphithéâtre de l'École; et encore ce grand amphithéâtre lui-même devint insuffisant : plus de la moitié des auditeurs étaient obligés de se tenir debout; ils encombraient les couloirs et l'hémicycle. On y voyait de jeunes docteurs, des praticiens de la ville et jusqu'à des professeurs de la Faculté, qui venaient ainsi entendre un de leurs collègues.

M. Orfila, de son côté, pour répondre à cet empressement, redoubla d'efforts : il en vint jusqu'à faire cent vingt leçons par an, chacune de cinq quarts d'heure au moins; et, chose inouïe! ce zèle ne s'est pas un moment démenti pendant une période de trente années : de 1823 à 1853 !

Ainsi, comme professeur, le mérite de M. Orfila était incontestable; son talent, sa supériorité étaient parfaitement établis; mais il allait avoir à subir une autre épreuve : il allait, et en des temps difficiles, avoir à diriger l'administration du corps auquel il appartenait; une révolution allait le porter à ce pouvoir, en attendant qu'une autre révolution vînt l'en précipiter. (*La fin au prochain numéro.*)

L'espace nous manque aujourd'hui pour continuer l'appréciation des cas de choléra qui se sont présentés dans les hôpitaux et des traitements employés dans les divers services. Nous y reviendrons dans le prochain numéro.

Dès aujourd'hui nous pouvons dire qu'une mesure a été prise par l'administration, qui rendra plus faciles nos investigations. Sur l'avis de plusieurs médecins, elle a décidé la séparation des cholériques, qu'elle doit faire placer dans des salles particulières. Cette mesure est déjà en activité à l'Hôtel-Dieu et, nous assure-t-on, à l'hôpital Necker.

Voici du reste le relevé des cas admis dans les hôpitaux, et des décès qui ont eu lieu soit dans ces établissements, soit en ville, jusqu'au 3 décembre inclusivement.

Malades admis dans les hôpitaux.	238
Cas développés à l'intérieur.	83
Total.	321

Décès jusqu'au 3 décembre.

Hôpitaux civils et militaires.	134
A domicile.	99
A Bercy.	29
A Grenelle.	4
A Puteaux.	2
A Meudon.	1
Total.	269

Le nombre des malades admis dans les divers hôpitaux a été peu considérable depuis deux jours.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Un décret impérial du 15 novembre dernier, inséré au *Bulletin des lois*, autorise l'Académie des sciences à accepter le legs d'une somme de 100,000 fr. fait à l'Institut par M. Bréant, aux termes de son testament en date du 28 août 1849, et aux clauses et conditions qui y sont énoncées.

Voici les dispositions de ce testament qui sont relatives au legs dont il s'agit :

« J'institue et donne après ma mort, pour être décerné par l'Institut de France, un prix de cent mille francs à celui qui aura trouvé le moyen de guérir le choléra asiatique, ou qui aura découvert les causes de ce terrible fléau.

» Dans l'état actuel de la science, je pense qu'il y a encore beaucoup de choses à trouver dans la composition de l'air et dans les fluides qu'il contient. En effet, rien n'a encore été découvert au sujet de l'action qu'exercent sur l'économie animale les fluides électrique, magnétique et autres. Rien n'a été découvert également sur les animalcules qui sont répandus en nombre infini dans l'atmosphère, et qui sont peut-être la cause ou une des causes de cette cruelle maladie.

» Je n'ai pas connaissance d'appareils aptes, ainsi que cela a lieu pour les liquides, à reconnaître l'existence dans l'air d'animalcules aussi petits que ceux que l'on aperçoit dans l'eau en se servant des instruments microscopiques que la science met à la disposition de ceux qui se livrent à cette étude.

» Comme il est probable que le prix de cent mille francs institué, comme je l'ai expliqué plus haut, ne sera pas décerné de suite, je veux, jusqu'à ce que ce prix soit gagné, que l'intérêt dudit capital soit donné par l'Institut à la personne qui aura fait avancer la science sur la question du choléra ou de toute autre maladie épidémique, soit en donnant de meilleures analyses de l'air, en y démontrant un élément morbide, soit en trouvant un procédé propre à connaître et à étudier les animalcules qui jusqu'à ce moment ont échappé à l'œil du savant, et qui pourraient bien être la cause ou une des causes de ces maladies.

» Si l'Institut trouvait qu'aucun des concurrents ne méritât le prix annuel formé des intérêts du capital, ce prix pourra être gagné par celui qui indiquera le moyen de guérir radicalement les dartres ou ce qui les occasionne, en faisant connaître l'animalcule qui, dans ma pensée, donne naissance à cette maladie, ou en démontrant d'une manière positive la cause qui la produit.

» L'Institut sera juge souverain des conditions accessoires et d'aptitude à imposer aux concurrents et des sujets à proposer en concours, mais seulement dans les limites que je viens de poser. Je lui confie ma pensée, convaincu que les lumières de ses membres assureront la pleine exécution de mon intention.

» Ma succession ne pourra pas être contrainte au payement de la somme capitale de cent mille francs avant deux ans du jour de ma mort; mais elle devra annuellement les intérêts de ce capital au taux de cinq pour cent, et, s'il convenait à mes héritiers ou légataires universels de ne point s'en libérer avant que le prix principal de cent mille francs soit gagné, ils auront le droit de le faire en servant chaque année les intérêts de ladite somme au taux ci-dessus fixé. En tout cas, le capital et les intérêts devront être garantis par hypothèque reconnue suffisante.

» Tous droits de mutation et autres relatifs aux legs et dispositions contenus en mon testament seront payés par ma succession. »

— Nous avons à diverses reprises parlé de l'intention du gouvernement de fonder un nouvel hôpital des enfants dans le faubourg Saint-Antoine. Cette institution si utile est définitivement arrêtée. Voici les termes dans lesquels l'annonce le *Moniteur* :

« L'hôpital des Enfants malades a été fondé à la fin du siècle dernier, dans le but d'éviter la confusion toujours fâcheuse des enfants et des adultes.

» Par sa situation au delà du boulevard des Invalides, à une grande distance des faubourgs Saint-Antoine, du Temple, Saint-Martin, Saint-Denis, Montmartre et même d'une partie du faubourg Saint-Marceau, il expose les indigents de ces quartiers à des déplacements pénibles et dispendieux.

» Un tel inconvénient ne pouvait échapper aux généreuses investigations de S. M. l'Impératrice; dans sa sollicitude pour les classes nécessiteuses, elle a inspiré à l'administration un projet dont la réalisation sera bénie par les mères déshéritées de la fortune et frappées dans la santé de leurs enfants.

» M. le préfet de la Seine a fait mettre à l'étude la construction d'un hôpital de 400 lits, sur les terrains contigus à l'hôpital Saint-Antoine, au centre du faubourg le plus vaste de Paris. Les enfants y seront admis aux mêmes conditions qu'à l'hôpital actuel, et pourront y recevoir de plus fréquentes visites de leurs familles.

» M. Labrouste, architecte connu par des travaux importants, est chargé de préparer le projet.

» L'établissement sera placé sous le patronage de S. M. l'Impératrice. »

— Aujourd'hui jeudi, à neuf heures du matin, M. Gendrin, médecin de la Pitié, fera une première leçon sur le choléra-morbus. Il continuera le samedi 10 décembre à la même heure.

Nos abonnés nous ont souvent demandé de leur rendre de petits services, comme de transmettre leurs mémoires aux académies, de leur faire parvenir du vaccin, des livres, des instruments, etc., etc. Une personne fort entendue à cet égard est attachée à l'administration de la *Gazette*, et leur rendra ces bons offices avec tout le zèle et l'empressement désirables.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 146. — SAMEDI 10 DÉCEMBRE 1853. (26e ANNEE.) N° 146. — SAMEDI 10 DÉCEMBRE 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40; EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE.	Trois mois. . . . 8 fr. 50 c. Six mois. . . . 16 » Un an. . . . . . 30 »
GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES.	Trois mois. . . . . . 9 fr. Six mois. . . . . . . 17 Un an. 33
ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR.	Trois mois. . . . . . 10 fr. Six mois. . . . . . . 20 Un an. 38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Choléra. Prodromes et symptômes. — Note sur les granulations intestinales (psorentérie) de MM. Serres et Nonat. — HÔPITAL DE LA PITIÉ (M. Gendrin). Leçons sur le choléra-morbus. — ACADÉMIE DE MÉDECINE (addition à la séance annuelle du 6 décembre). Eloge de M. Orfila. — ACADÉMIE DES SCIENCES, séance du 28 novembre.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Choléra. — Prodromes et symptômes.

M. Rostan distingue dans le choléra plusieurs périodes et plusieurs formes. Les diverses formes de la maladie peuvent être ramenées à trois; ce sont, comme dans la fièvre typhoïde, la forme abdominale, la plus commune; la forme thoracique et la forme encéphalique. Tout ce qui est relatif à ces diverses formes ressortira mieux de l'histoire des périodes auxquelles elles se rattachent. Ces périodes sont aussi au nombre de trois et très distinctes :

1° Période d'invasion;

2° Période cyanique;

3° Période de réaction.

1° *Période d'invasion.* — On a beaucoup parlé depuis peu (et cela a été répété par tous les journaux de médecine et même par les journaux politiques) de la diarrhée prodromique du choléra, à laquelle les médecins anglais ont donné le nom de diarrhée prémonitoire. Ce fait avait déjà été signalé depuis longtemps en France, et notamment dès 1832 par M. J. Guérin, qui y a beaucoup insisté depuis. M. Rostan admet ce fait, mais il pense qu'on en a exagéré l'importance, et que l'opinion des médecins qui le considèrent comme constant est trop exclusive. L'invasion du choléra peut être brusque, instantanée, sans aucuns prodromes. Il y a des cas foudroyants. M. Rostan cite, entre autres exemples de ce genre, l'histoire d'une dame qui étant allée voir une de ses amies atteinte du choléra dans le quartier Saint-Germain, auprès de laquelle il se trouvait lui-même en ce moment, roula tout d'un coup sur le parquet en proie aux symptômes les plus violents du choléra. Cette dame fut immédiatement transportée chez elle, et lorsque M. Rostan, invité à s'y transporter aussitôt, arriva auprès d'elle, elle était déjà morte. Tel est encore le fait d'un médecin qui fut pris dans la rue pendant qu'il faisait ses visites, et transporté immédiatement chez lui, succomba au bout de quelques heures. Il y a donc des cas de choléra sans prodromes, sans diarrhée prémonitoire. Parmi les malades actuels, la plupart il est vrai ont eu cette diarrhée prémonitoire, mais enfin ils ne l'ont pas eue tous.

D'un autre côté, cette circonstance des prodromes, intéressante à connaître sans doute, n'a peut-être pas toute l'importance qu'on a voulu lui donner au point de vue de la prophylaxie. Il n'est pas toujours aussi facile qu'on le pense d'arrêter cette diarrhée prodromique, et dans bien des cas, quoi qu'on fasse pour l'arrêter, elle persiste, et le choléra éclate à sa suite sans que rien ait pu le prévenir.

2° *Période algide et cyanique.* — Il y a une complète inappétence, soif ardente. Cette soif s'indique par un état inflammatoire; elle résulte de l'abondance des évacuations et des déperditions considérables de fluides que fait l'économie. Les évacuations par les vomissements et par les selles sont en effet presque incessantes, surtout par les selles. Les vomissements, en général très abondants, peuvent manquer quelquefois, mais les selles sont toujours fréquentes et copieuses. Quelquefois mêlées à des matières fécales mal élaborées dans le principe, elles ne tardent pas à prendre le caractère qui leur est spécial. Elles sont extrêmement fluides, le plus souvent involontaires, d'une couleur blanchâtre-sale légèrement grisâtre, contenant de petits grumeaux de même couleur, ce qui leur donne cet aspect de décoction de riz à laquelle on les a si généralement comparées. Les vomissements sont le plus habituellement muqueux; leur couleur et leur aspect sont d'ailleurs plus ou moins modifiés par la couleur des tisanes, des potions et des diverses boissons ingérées. Il y a une vive douleur épigastrique, de l'oppression, une anxiété précordiale considérable. La langue est froide, mollasse, un peu sale et grisâtre.

Les matières évacuées, soit par l'estomac, soit par les selles, donnent en général une réaction alcaline très manifeste; elles sont aussi généralement albumineuses. On a cru y constater l'existence d'animalcules d'une nature spéciale, mais il n'y a à cet égard rien de certain.

Les urines sont supprimées ou extrêmement rares dans cette période. Dans les cas les plus intenses, la sécrétion urinaire est entièrement suspendue : il y a acrynie. Ce phénomène se comprend assez bien, du reste, par l'abondance excessive des pertes de liquides que fait l'économie par les autres voies. Mais il n'en est pas toujours ainsi. Alors même que la sécrétion urinaire a cessé d'avoir lieu, la sécrétion de l'urine ne s'en produit pas moins dans quelques cas, ainsi que M. Rostan l'a constaté plusieurs fois en faisant sonder les sujets ou à l'examen des cadavres. Sur un des malades récemment entrés, par exemple, et qui n'urinait plus, il a trouvé dans la région hypogastrique un son mat circonscrit dans une étendue qui répondait à la situation et au volume de la vessie. Le malade ayant été sondé, on retira de la vessie une très grande quantité d'urine. L'absence de miction n'est donc pas toujours l'indice d'une suppression de la sécrétion urinaire, mais elle paraît résulter, dans quelques cas, d'une sorte de paralysie de la vessie.

Les urines des cholériques contiennent de l'albumine. C'est là un fait qui a été découvert en 1849 et confirmé depuis par de nombreuses recherches. Cette découverte, annoncée au monde savant par M. Michel Lévy, mais que M. Rostan lui-même avait faite quelque temps avant sur les malades de son service, a une importance réelle au double point de vue du diagnostic et du pronostic, car l'abondance de l'albumine dans les urines a été trouvée généralement proportionnelle à l'intensité des symptômes cholériques et surtout à l'abondance des déperditions par les évacuations. On n'a point trouvé d'albumine chez plusieurs des derniers malades, mais aussi ont-ils presque tous atteint promptement la convalescence.

Les fonctions de la respiration sont troublées comme toutes les autres fonctions. Dans certains cas, la respiration est extrêmement anxieuse. Il semble que des griffes de fer retiennent la poitrine et l'empêchent de se dilater. Les malades font des efforts inouïs pour respirer. Et cependant on n'entend aucun râle, seulement le murmure respiratoire est extrêmement faible. Les malades ne toussent jamais, à moins de complication. Il n'y a, en somme, qu'une grande anxiété et une fréquence plus ou moins grande des mouvements respiratoires.

Mais c'est du côté de la circulation surtout qu'est le plus grand désordre. Il y a asphyxie dans toute la force de l'expression. Le pouls, extrêmement faible d'abord, cesse complétement de se faire sentir à l'artère radiale. Le cœur bat à peine; on entend un léger bruit de soufflet. Comment expliquer ce phénomène? C'est sans doute par l'espèce de frottement qui résulte du passage du sang épaissi à travers les orifices du cœur. En effet, le sang est épais, caillebotté, comme pris en gelée.

Enfin, la chaleur animale est abaissée, non-seulement à la périphérie du corps, mais même à l'intérieur, ainsi qu'on peut le constater par le refroidissement de la langue, des parois buccales et pharyngiennes et des divers orifices muqueux.

Quant à la nutrition, c'est quelque chose d'effrayant que de voir l'amaigrissement qui survient en quelques heures, presque en quelques instants. Une personne douée d'embonpoint, et qui est en proie à une attaque de choléra grave, au bout de quelques heures n'a plus que la peau sur les os. C'est là un des caractères particuliers de cette affection.

Tel est l'ensemble des symptômes de la période algide ou cyanique du choléra. L'histoire de la période de réaction fera le sujet de la prochaine leçon.

Note sur les granulations intestinales (psorentérie) de MM. Serres et Nonat.

Il est une lésion de l'intestin sur laquelle les médecins allemands ont fixé leur attention et que j'ai étudiée d'une manière toute particulière avec M. Serres; je veux parler de boutons isolés, granuleux. Ces boutons occupaient surtout les deux tiers inférieurs de l'iléon; mais ils se rencontraient également sur les différentes parties du duodénum, du jéjunum et du côlon. Dans quelques cas même, nous les avons vus envahir toute l'étendue de la membrane muqueuse intestinale. Plus ou moins rapprochés les uns des autres, ils étaient parfois si multipliés, qu'ils ne laissaient entre eux qu'un intervalle très léger; ils étaient presque confluents; d'autres fois ils étaient placés à une plus grande distance : en général, leur nombre était moins considérable au niveau des plaques de Peyer que dans l'intervalle de ces glandes. Le volume des boutons granuleux ne variait pas moins que leur nombre, tantôt à peine gros comme un grain de millet, tantôt égalant un grain de chenevis; ils atteignaient, en général, leur plus grand développement dans l'iléon et surtout dans le tiers inférieur de cet organe. La plupart étaient arrondis au sommet, quelques-uns déprimés. Ceux qui présentaient une dépression centrale occupaient le duodénum, l'extrémité inférieure de l'iléon et le côlon; ils avaient une coloration blanchâtre, rosée ou fraisée, ce qui du reste variait suivant que la membrane muqueuse était elle-même plus ou moins injectée. Ces boutons offraient dans leur texture des différences notables; tantôt ils étaient solides, papuleux; tantôt ils contenaient un liquide séreux ou laiteux, transparent ou opaque, et ressemblaient aux pustules argentines de la variole : ces derniers disparaissaient presque entièrement par la pression. Nous devons faire observer que les boutons ainsi remplis de liquide vésiculeux occupaient principalement l'iléon et le gros intestin.

Examinés au microscope, ces corpuscules granulés se présentaient sous la forme de boutons arrondis ou déprimés au sommet, et couverts de villosités dont le nombre était plus considérable à la base qu'au sommet. Placés sous le champ du microscope, ils versaient une certaine quantité de liquide, si l'on exerçait sur eux une compression, et ils diminuaient notablement de volume; mais nous n'avons pu découvrir sur la plupart l'orifice par lequel ils laissaient échapper le liquide contenu dans leur intérieur. Des opinions différentes ont été émises sur la nature de ces corpuscules granulés.

Quelle que soit la structure de ces granulations, cette lésion se rencontrait chez les cholériques dans l'immense majorité des cas; mais elle variait aux diverses périodes de la maladie. Quand la mort survenait au bout de huit ou dix heures, malgré l'investigation la plus attentive, elles étaient à peine visibles, rudimentaires. Quand la maladie avait duré de 24 à 48 heures, l'éruption granuleuse était arrivée à son développement parfait; les granulations étaient remplies de liquide, vésiculeuses. Si la vie se prolongeait au delà de deux jours, l'éruption diminuait peu à peu; et enfin, à l'exception de quelques cas, du sixième au huitième jour, elle était complétement effacée. D'ailleurs, les granulations suivaient dans leur diminution le même ordre que dans leur développement; elles persistaient en dernier lieu dans l'iléon. Parfois elles conservaient un assez grand développement pendant la période de réaction. Dans trois cas même elles ont continué de s'accroître, et elles se sont offertes à nous sous la forme de boutons confluents dont le volume égalait environ celui d'un pois à cautère; dans deux de ces cas elles étaient d'un rouge brunâtre, et commençaient à s'ulcérer à leur sommet. Chose digne d'intérêt, les plaques de Peyer conservaient leur état sain, même alors que l'éruption granuleuse était devenue le siége d'un travail consécutif d'inflammation. Dans trois cas de ce genre, les plaques de Peyer se dessinaient à la face interne de l'iléon par autant de plaques elliptiques, déprimées au-dessous des parties ambiantes qui étaient couvertes de granulations confluentes.

Cet ordre de faits est extrêmement digne d'intérêt, car il nous prouve que la cause inconnue du choléra portait son influence spéciale sur les glandes isolées de la membrane muqueuse gastro-intestinale, circonstance qui est précisément l'inverse de ce qu'on observe dans la fièvre typhoïde ou entéro-mésentérique. (Voyez *Mémoire sur le choléra de Paris ou psorentérie*, par MM. Serres et Nonat.)

NONAT.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. GENDRIN.

Leçons sur le choléra-morbus.

(Premier article.)

Une foule immense se pressait hier jeudi dans l'enceinte de l'hôpital de la Pitié pour assister à la leçon. Plus de deux cents personnes n'ont pu trouver place dans l'amphithéâtre.

C'est pour la troisième fois, a dit M. Gendrin, que nous voyons le choléra sévir dans nos contrées. En 1832, cette maladie n'était connue que par les écrits des médecins qui pratiquaient dans l'Inde; car là elle est connue de toute antiquité, et se trouve fort bien décrite dans les livres sacrés des Indiens.

Je n'ai pas besoin de tracer ici l'historique du voyage du choléra, parti du Delta du Gange en 1817, et allant parcourir toute l'Europe, puis passant en Amérique et sévissant ensuite dans les îles de l'océan Atlantique.

Le choléra est une de ces maladies que les pathologistes doivent rechercher; car c'est une de celles dont les éléments sont le plus facilement appréciables, dans lesquelles on peut le plus logiquement déterminer la genèse des phénomènes, et par suite déduire les indications d'une thérapeutique rationnelle. Nous soutenons qu'elle est facile à concevoir et à instituer, et nous dirons avec

assurance que le plus grand obstacle à un traitement heureux de cette maladie se trouve dans la philosophie empirique qui pèse depuis soixante ans sur la médecine et la réduit à des observations sans valeur; car elles sont infructueuses.

Pour que vous puissiez vous faire une idée nette du choléra, il faut que nous posions quelques points de physiologie par la connaissance desquels nous serons conduits à l'interprétation des phénomènes de cette maladie.

La muqueuse intestinale est composée principalement de cryptes destinées à verser continuellement à sa surface un produit de sécrétion, et cette sécrétion muqueuse sert d'émonctoire à beaucoup de liquide séreux qui se mêle aux aliments et aux fèces. Ces cryptes peuvent passer à des conditions de sécrétion anormale, par suite desquelles la surface du tube digestif peut se trouver tout d'un coup couverte d'un produit de sécrétion plus considérable. Cette sécrétion puise ses matériaux dans le sang, et s'ils se produisent en excès, on aura une perturbation dans les fonctions plastiques, puisqu'elles puisent leurs éléments d'action dans l'appareil circulatoire.

Toutes les sécrétions, dans leurs perturbations, sont liées à deux phénomènes principaux : ceux qui appartiennent à la modification de l'acte sécrétoire, et ceux qui appartiennent à la modification de nature des liquides sécrétés dans l'organisme. Nous avons donc là deux ordres de phénomènes diacritiques : les uns se rapportant à la fonction en elle-même, les autres se rapportant aux altérations introduites dans l'économie par les altérations des liquides destinés aux sécrétions. Mais si ces produits de sécrétion franchissent les bouches des cryptes sans avoir été élaborés, ces cryptes deviennent comme des soupapes qui, en s'ouvrant, laissent échapper les matériaux immédiats de la vitalité : c'est là le choléra, qui n'est autre chose qu'une modification de sécrétion survenue dans des appareils sécréteurs sans maladie de ces appareils; aussi arrive-t-il dans cette maladie que les fluides franchissent les bouches exhalantes des cryptes pour passer dans le tube digestif et de là être expulsés au dehors en entraînant les éléments immédiats des fonctions plastiques; c'est donc autour de l'altération des sécrétions du tube digestif que se groupent les phénomènes du choléra.

DESCRIPTION. — Tous les choléra-morbus se présentent dans une des cinq périodes que nous allons décrire, mais ne parcourent pas ces cinq périodes, qui ne peuvent jamais se succéder chez le même malade; et quand nous aurons décrit successivement chacune d'elles, nous montrerons comment les diverses formes de choléra se singularisent selon que les périodes sont plus ou moins avancées, ou qu'elles se sont assemblées diversement.

1re PÉRIODE. — *Prodromes.* — Tous les sujets frappés de choléra présentent des prodromes, sans exception, quoi qu'on en ait dit. Nous avons déjà vu bien des centaines de choléra, et nous en sommes encore à en trouver un qui ait débuté sans prodromes.

2e PÉRIODE. — *Phlegmorrhagique.* — La deuxième période, ou période phlegmorrhagique, est celle dans laquelle un liquide en quantité anormale est versé sur la surface de l'intestin.

3e PÉRIODE. — *Cyanique.* — La troisième période, ou période cyanique, est celle dans laquelle on observe de la cyanose sur les extrémités et même sur le tronc. Cette cyanose peut être plus ou moins complète.

4e PÉRIODE. — *Asphyxique.* — La quatrième période, ou période asphyxique, est celle pendant laquelle on voit le ralentissement progressif des fonctions plastiques principales, et qui se caractérise surtout par le ralentissement de la respiration.

5e PÉRIODE. — *Réactionnelle.* — La cinquième période, ou période réactionnelle, est celle qui présente une réaction pyrétique, et encore là on voit des accidents accessoires constituant des crises ou des phénomènes de coction, par conséquent, ou bien des phénomènes spéciaux appelés métastases.

1° *Prodromes.* — Il y a deux formes possibles de prodromes dans le choléra : la plus commune est la forme diarrhéique; l'autre l'est infiniment moins, c'est la forme vertigineuse.

Les diarrhées prodromiques du choléra ont des caractères spéciaux; nous appuyons sur ce point, parce qu'on a un peu trop légèrement écrit et répété que les diarrhées survenant pendant le cours d'une épidémie de choléra plaçaient les sujets à la porte de l'invasion de la maladie.

Elles ont des caractères qui leur sont propres et qui sont constants, et constituent une forme spéciale de maladie. Elles consistent dans des déperditions de matière muqueuse seulement, sont précédées tout au plus de quelques douleurs tormineuses obtuses, de sensation de pesanteur dans l'abdomen; elles sont accompagnées de suspension complète de l'appétit et de douleurs de tête gravatives. Les malades ressentent de la fatigue, de la courbature, de la réfrigération dans les extrémités inférieures : c'est la *diarrhée prémonitoire* des Anglais.

Cette diarrhée muqueuse ne doit pas être confondue avec les douleurs intenses auxquelles donnent lieu les flux bilieux, avec les douleurs tormineuses et lancinantes avec épreintes et ténesme, qui forment le caractère essentiel du catarrhe intestinal et de la dysenterie.

Cette première période peut durer de un à six jours, et certains malades sont frappés dès la fin du premier jour, mais c'est exceptionnel; en général, ce n'est qu'après le deuxième jour.

Une autre forme de cette période est la forme vertigineuse, plus rare que la précédente, et qui cependant cette année, d'après les cas peu nombreux encore que nous avons pu observer, paraît être plus fréquente que dans les épidémies précédentes.

Au milieu du meilleur état de santé, les sujets sont pris d'étourdissements dont ils ne se rendent pas compte; puis ils ressentent une douleur gravative au-dessus des yeux, puis une douleur de fatigue, un sentiment de courbature, une sensation de constriction au-dessus du jarret, sensation que les malades comparent à celle d'une jarretière trop serrée. Les malades éprouvent un sentiment de malaise dans le ventre, sans diarrhée, mais avec borborygmes. Ils ne se doutent pas encore de la maladie qui les menace et qui va bien rapidement, car on la voit souvent éclater dans la journée même des accidents vertigineux; mais, en général, c'est après le second jour.

2° *Période phlegmorrhagique.* — Cette période est considérée comme la première période par presque tous les médecins, et elle est caractérisée par une diarrhée séreuse, abondante, survenue subitement, et qui sort par l'anus sans déterminer d'ardeur, sans ténesme, sans épreintes. Le malade est pris tout d'un coup; il rend d'abord les matières fécales que contient l'intestin, puis bientôt survient la diarrhée séreuse avec gargouillements dans le ventre, borborygmes répétés et une douleur obtuse à peine tormineuse. Le malade rend d'abord des gaz ayant odeur de fèces, mais bientôt ce phénomène disparaît; les liquides sortent de l'anus du sujet sans qu'il en ait conscience; il éprouve des sensations de nausées et des vomissements qui manquent assez souvent, mais les nausées ne manquent jamais.

Les matières expulsées du tube digestif sont liquides, aqueuses, filant entre les doigts, semblables à de l'eau contenant des grumeaux irréguliers comme du riz bouilli : c'est de la matière muqueuse dans laquelle nagent des détritus d'épithélium; on n'y voit pas de bile mélangée.

A peine cet état de choses est-il établi que le malade éprouve une sensation de froid avec pâleur des membres à leur extrémité; le pouls remonte vers les saignées; le ventre est indolent, bouffi, assez mou. En même temps surviennent des crampes souvent assez modérées, quelquefois excessives : d'instant en instant, de minute en minute, les masses musculaires des membres et souvent même du tronc sont prises de contractures involontaires violentes qui donnent lieu à des nodus et à des douleurs très vives dans ces masses musculaires.

Presque aussitôt après les évacuations de la matière séreuse arrive de l'accélération dans le pouls avec rétrécissement des battements artériels : la pâleur des traits se prononce, les yeux s'excavent et présentent un sillon profond brunâtre qui les entoure.

Cette période constitue la totalité de la maladie pour un certain nombre de sujets, car elle sera coupée chez eux par la période de réaction.

Dans les épidémies peu intenses, ou vers la fin des épidémies, on verra un grand nombre de malades dans ce cas. Mais quand la maladie est grave, à peine cette période dure-t-elle quelques heures; tandis que, si elle l'est peu, elle pourra durer un, deux et trois jours, et ensuite les chances fâcheuses pour le malade se rapporteront à d'autres accidents.

3° *Période cyanique.* — Cette période se montre par la manifestation avec la continuation des évacuations alvines séreuses et des vomissements séreux, d'une teinte bleuâtre vers les extrémités et sur le fond de la face : le cercle des yeux, qui dévoile la dépression des graisses de l'orbite, augmente de profondeur; il devient brun et livide; le froid qui se manifeste aux extrémités est appréciable non-seulement pour les malades, mais encore pour les assistants; la peau des mains se ride et présente le caractère de corrugation, c'est-à-dire qu'elle se plisse, devient mollasse comme quand on a laissé macérer un membre dans l'eau. Les extrémités bleuissent, la peau devient molle sur les autres parties du corps sans présenter encore cependant la mollesse de la pâte; les veines sont effacées, et, si on les vide par friction du sang qu'elles contiennent, il n'y revient que lentement; il faut un certain temps pour remplir de nouveau la veine.

Les traits s'affaissent, les formes extérieures se dépriment, et le sujet prend l'aspect d'un squelette recouvert par peu de parties molles et la teinte d'un asphyxié qu'on retirerait de la rivière.

Souvent à cette période les évacuations se suppriment, les vomissements surviennent avec plus ou moins de rapidité; s'ils sont rapides et fréquents, le malade éprouve une ardeur brûlante à l'épigastre, et la pression détermine une douleur manifeste. La soif est très vive, et fait que les malades demandent surtout des boissons fraîches. Dans cet état ils cherchent à se découvrir, et rejettent continuellement les couvertures qu'on ramène sur eux, car la respiration est gênée et fort anxieuse.

A la période cyanique, les urines sont supprimées et la vessie est vide. Les crampes continuent à se faire sentir.

La période cyanique peut être courte, et dans les cas graves ne durer qu'une heure ou deux; mais dans les cas moins graves elle peut se prolonger, et il n'est pas très rare, comme on a pu le voir vers la fin de l'épidémie de 1849, qu'elle dure deux ou trois jours en présentant des alternatives de rémission et d'exacerbation.

Le froid de la peau, sensible à la main de l'observateur, est sensible aux instruments, et l'abaissement de la température varie entre 4 et 5 degrés seulement, quoiqu'on soit tenté de croire au premier abord qu'il est infiniment plus considérable.

Le refroidissement se montre aussi à l'intérieur, et par là on voit comment les lésions des fonctions plastiques sont profondément enfoncées dans l'organisme chez les cholériques. La langue est livide et froide; la muqueuse de la bouche et des gencives est froide et violâtre, ainsi que la muqueuse bucco-pharyngienne; l'haleine elle-même est refroidie.

4° *Période asphyxique.* — Elle succède à la période cyanique, et constitue le plus haut degré du choléra-morbus. Les chairs deviennent molles et se malaxent comme de la pâte aux extrémités et sur les parois de l'abdomen; les teintes de la peau deviennent violâtres, et si le choléra se prolonge sans une très grande intensité, on voit survenir de petits points ecchymotiques qui peuvent être très nombreux, très rapprochés, se confondre, se réunir en plaques et former de véritables sugillations. La respiration est ralentie, les battements du cœur sont faibles et en rapport avec les diastoles artérielles, qui sont singulièrement faibles et rétrécies, et souvent le pouls ne se perçoit plus que dans les très grandes artères, ayant complétement disparu dans celles des extrémités.

Si on tire du sang à un malade atteint de choléra dès le commencement de la période cyanique, le sang coule difficilement, est poisseux, noir, se coagule lentement, ne se sépare pas en sérum et en cruor, et il présente l'aspect de gelée de groseilles. Si c'est dans la période asphyxique, on obtient du sang très difficilement, et en frictionnant la veine il sort alors noir, épais, demi-coagulé, et après la friction la veine reste vide pendant un certain temps.

Cette suppression de la circulation dans les extrémités, cette altération du sang qui ne contient plus ses éléments normaux, cette suppression des urines et des sécrétions en général, montrent que les fonctions organiques sont considérablement altérées et ne permettent plus d'espérer un succès, même passager. Jamais un malade qui est arrivé à la période asphyxique n'a guéri du choléra.

5° *Période de réaction.* — J'ai dit que tous les malades atteints de choléra ne passaient pas par les diverses périodes que je viens de décrire; la période de réaction est celle par laquelle doivent passer les malades pour être conduits à la guérison; et encore, dans cette période, peuvent-ils devenir victimes d'accidents consécutifs qui les précipitent au tombeau.

Quand cette période commence, la cyanose s'efface du centre à la circonférence, les formes extérieures déprimées reprennent un peu, le cercle noirâtre et creux qui entoure les yeux tend à s'effacer, le pouls commence à se faire sentir, et la peau perd cette sensation de refroidissement qui est tout à fait analogue à celle que donne la peau d'un cadavre; l'haleine redevient humide et chaude, la langue perd de sa teinte violette et sa température se relève. Le malade éprouve moins de malaise, il ressent même un certain bien-être; l'agitation de la période cyanique diminue, les évacuations se suspendent, et il survient un état fébrile tout à fait analogue à celui de la fièvre synoque.

La peau devient halitueuse, la diaphorèse reparaît, les urines se rétablissent, en sorte que cette période montre les effets d'une fièvre éphémère qui succéderait aux accidents de dépression générale des fonctions plastiques, résultat des déperditions séreuses énormes qui se sont produites.

La maladie peut alors prendre une marche variable. Souvent la réaction continue tranquillement, la chaleur persiste, la sécrétion diaphorétique revient après deux, quatre, six jours, les forces remontent et le malade éprouve un véritable bien-être. La douleur de tête, qui était redevenue apparente, s'efface, l'appétit revient peu à peu, mais lentement, et les malades peuvent arriver à la convalescence sans symptômes prononcés, surtout si le choléra n'a pas été très intense.

Mais chez un certain nombre de sujets on voit arriver des accidents métastatiques par lesquels on perd souvent autant de malades que par les accidents asphyxiques. La fièvre se rétablit, la peau se colore, la respiration s'accélère; les fonctions de l'estomac, suspendues par l'anorexie, se rétablissent; plus de vomissements, plus d'évacuations alvines; les urines se rétablissent, et on se flatte d'un succès; on compte sur la guérison du malade, quand tout à coup le pouls s'accélère davantage et devient plus étroit; le malade tombe dans l'assoupissement, et, si on le réveille, il répond bien, mais y retombe bientôt avec une espèce de délice et sans souffrir. Le pouls s'accélère encore, se déprime; le froid revient aux extrémités, mais sans cyanose; le malade s'engourdit; il est dans le coma, et on ne peut bientôt plus l'en faire sortir; la respiration se suspend peu à peu, et le sujet passe par une pente très lente de la vie à la mort sans qu'on puisse y apporter remède. Ce coma est le résultat d'une métastase vers le cerveau.

Chez d'autres, après la réaction, il survient de la tension dans l'abdomen, de la répugnance pour les boissons et les aliments; les vomissements se montrent et bientôt se font à sec, c'est-à-dire que le malade fait des efforts violents et douloureux pour ne rejeter que quelques mucosités. Il a des évacuations de matières muqueuses et bilieuses avec ténesmes et épreintes; cette sorte de métastase donne les symptômes de la gastrite chronique lente qui mène les malades au tombeau en plusieurs semaines. Ainsi meurent certains sujets par un véritable état catarrhal du tube digestif.

Dans certains cas plus intenses, l'abdomen est tendu, la douleur est vive, la chaleur à la peau âcre, de la douleur dorsale, de la céphalalgie, une fièvre continue, la langue se sèche et se fendille, les vomissements se montrent opiniâtres sous l'influence des boissons en petite quantité et des plus douces, et, au bout de huit ou dix jours de fièvre continue, le malade succombe après avoir présenté cet état inflammatoire qui constitue la gastro-entérite folliculeuse intense, et qui est bien différente de l'inflammation qu'on rencontre dans les typhus, quoiqu'on ait qualifié cette période de la réaction du nom de période typhique.

Ce n'est pas que le typhus ne puisse compliquer le choléra;

mais il faut pour cela que l'épidémie ait lieu dans des conditions spéciales, que les malades soient accumulés en grand nombre, ou qu'ils soient traités dans des salles basses, étroites, trop chauffées, enfin qu'ils se trouvent dans des conditions d'encombrement.

Mais souvent, et c'est ce qui a pu être vu maintes fois dans l'épidémie de 1832 à Vienne, pendant que la période réactionnelle s'établissait avec facilité, un certain nombre de malades étaient pris de catarrhe gastrique ou gastro-intestinal qui peut déterminer la mort, et, en général, quand il a franchi la période nette d'accidents aigus, il laisse encore une irritabilité du tube digestif qui dure plus ou moins longtemps.

Dans des cas presque exceptionnels, aux accidents comateux se joignent des accidents cérébraux qui peuvent s'élever ou jusqu'à la forme du délire tranquille des cérébrites chroniques, ou jusqu'à celle du délire agité de la méningite.

Les métastases ne sont pas toutes fâcheuses. Dans l'épidémie de 1849 elles se produisirent surtout du côté de la peau; il survenait des papilles plus ou moins irrégulièrement disséminées sur les côtés de l'abdomen et à la partie antérieure des cuisses et des bras, et ne donnant pas de sensation prurigineuse; elles étaient violâtres, formant une saillie sur la peau. Dans certains cas elles s'agglomeraient et formaient des plaques comme dans la fièvre herpétique, à l'exception des phlyctènes qu'elles ne présentaient pas. Elles peuvent envahir une grande surface de la peau et déterminer un haut degré de malaise, mais elles n'entraînent pas après elles d'accidents sérieux.

Arrivé à la convalescence, la débilité reste grande; les fonctions digestives sont irritées. On voit survenir de la diarrhée muqueuse ou mucoso-bilieuse, des coliques, et les malades sont longtemps à reprendre.

Chez certains sujets, le système nerveux présidant à la locomotion est tellement frappé, qu'ils ne peuvent plus faire de marches un peu prolongées sans s'arrêter souvent, et ne peuvent plus se livrer à leurs travaux habituels.

Chez quelques-uns il survient des paralysies complètes de membres, et en 1832 comme en 1849 nous avons vu des paraplégies complètes qui se guérirent au bout d'un certain temps et sans médication, comme se termine la débilité musculaire qui persiste constamment après le choléra.

L'enchaînement de ces diverses périodes constitue les différentes formes de la maladie cholérique. Si un sujet est frappé de prodromes cholériques, il ne reviendra à la santé qu'en passant par la période réactionnelle. Celui qui a la diarrhée prémonitoire ne reviendra pas non plus à la santé sans passer par la réaction; et bien plus, si la diarrhée est guérie, qu'on s'arrête là et qu'on ne continue pas le traitement, après plusieurs jours de malaise la maladie recommencera comme au premier jour. On ne conserve les malades qu'en combattant les accidents précurseurs de manière à obtenir des phénomènes réactionnels. Il faut qu'il survienne de la fièvre, des évacuations critiques par l'intermédiaire d'une fièvre réactionnelle plus ou moins prononcée.

Quand le malade n'est qu'à la période phlegmorrhagique, les phénomènes de réaction peuvent s'obtenir plus facilement qu'à une période plus avancée. La réaction fébrile avec ses crises, ses phénomènes de coction, est encore la forme transitoire à parcourir pour le retour à la santé, et on peut avoir des choléras qui ne consistent que dans la période phlegmorrhagique.

Après la période cyanique, les phénomènes réactionnels se montrent plus intenses, et c'est dans ces cas qu'on voit survenir ces accidents comateux qui tuent beaucoup de malades, surtout si l'on a adopté des manières de traiter familières aux médecins empiriques.

La période asphyxique, c'est la mort; jamais il ne se fait de réaction. Avec une grande habitude il serait facile de faire le partage des malades qu'on peut traiter avec quelques chances de réussite et ceux qu'il est inutile de traiter, et jamais, quelque manière de traiter qu'on emploie, nous n'avons vu se produire la moindre lueur de succès même momentanée dans la période asphyxique.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

ADDITION A LA SÉANCE ANNUELLE DU 6 DÉCEMBRE 1853.

Éloge de M. Orfila (1).

Dès les premiers jours qui suivirent la chute de la branche aîné des Bourbons, Antoine Dubois avait été nommé doyen de la Faculté de médecine de Paris; on avait eu besoin de son nom resté populaire, de sa grande réputation et de sa longue expérience; mais bientôt fatigué des détails administratifs, bien que déjà il eût pour premier assesseur M. Orfila, le 30 avril 1831, il pria celui-ci de l'accompagner chez M. de Montalivet, ministre de l'instruction publique. A peine entré dans le cabinet du ministre, Antoine Dubois lui dit tout simplement: « Je suis âgé, monsieur le ministre; peu jaloux de conserver des fonctions administratives, je viens vous prier d'accepter ma démission. Permettez-moi de vous présenter M. Orfila, pour qui je vous demande la place vacante. »

M. de Montalivet n'avait jamais vu M. Orfila. Après avoir exprimé tous ses regrets à M. Dubois, il lui déclara que la nomination de son protégé serait signée le lendemain; en effet, le 1er mai, M. Orfila recevait l'arrêté qui l'appelait à remplir les fonctions de doyen.

Dans la Faculté de médecine de Paris, messieurs, le décanat est à peu près ce qu'est le gouvernement. Celui-ci est-il fort, calme, obéi, le décanat est paisible et respecté; la société est-elle agitée, factieuse, mal contenue, l'Ecole s'agite encore plus; elle devient séditieuse, indisciplinable; elle a ses tribuns! Déjà Antoine Dubois avait eu à réprimer des mécontentements, à calmer des agitations; mais son âge, son nom, ses longs services et aussi son habileté en avaient prévenu les suites. Ces ferments n'en existaient pas moins, et son successeur allait les retrouver.

(1) Fin. — Voir le numéro précédent.

M. Orfila dut penser que, pour se concilier l'affection des élèves, il suffirait de leur être utile, de faciliter leurs études, de récompenser leur zèle; il avait à la fois à apporter des améliorations dans le matériel de l'Ecole, à introduire des réformes dans l'enseignement; il ne recula devant aucune difficulté.

Les pavillons de dissection étaient insuffisants: il en fit construire de nouveaux qui furent livrés aux élèves en 1833.

On désirait que des cliniques fussent rapprochées de l'Ecole: l'hôpital des Cliniques fut ouvert en 1834.

Ces constructions avaient amené la destruction du jardin botanique: une portion de la pépinière du Luxembourg fut affectée à l'établissement d'un nouveau jardin plus riche et plus spacieux.

Dupuytren, par une clause de son testament, avait légué des fonds pour la création d'une chaire d'anatomie pathologique. Grâce aux démarches de M. Orfila, cette clause fut modifiée: une partie des fonds put être affectée à l'établissement du musée d'anatomie pathologique qui porte le nom de *Musée Dupuytren*.

Les cabinets de matière médicale, de physique et de chimie étaient incomplets: ils reçurent d'importantes améliorations.

Enfin, en 1844, M. Orfila, après avoir vu à Londres le musée de Hunter, conçut l'idée de former dans les bâtiments de l'Ecole une vaste galerie d'anatomie comparée. Quelques objections, il est vrai, lui avaient été faites sur ce dernier point; on lui avait représenté que l'Ecole devait, avant tout, posséder un musée d'anatomie humaine, que déjà le jardin des Plantes avait de riches collections d'anatomie comparée. M. Orfila ne crut pas devoir tenir compte de ces remarques. M. Villemain, sollicité par lui, avait promis de demander aux chambres une allocation; M. de Salvandy, plus expéditif, signa un arrêté, et, le 1er novembre 1845, l'établissement était ouvert au public; un second arrêté ministériel lui donnait le nom de *Musée Orfila*.

Ce n'est pas tout: concurremment avec ces améliorations on vit l'enseignement se fortifier et s'étendre; déjà quelques professeurs avaient ramené les élèves dans l'amphithéâtre de l'Ecole: c'étaient Béclard, Marjolin et M. Orfila. A partir de 1831, d'autres professeurs obtinrent le même succès; le doyen donna l'exemple: il voulut participer aux examens pendant toute la durée des années scolaires. Ces examens devinrent plus sérieux: ils durèrent sept quarts d'heure pour quatre candidats, et, à partir de 1846, il y eut des examens de fin d'année.

On traça aux élèves la marche à suivre dans le cours de leurs études: on les obligea à suivre les leçons avec assiduité et à prendre régulièrement leurs inscriptions; enfin, l'obligation du baccalauréat ès sciences, supprimée dans des jours de trouble, fut rétablie en 1836.

Mais, je l'ai dit tout à l'heure, les temps avaient fait de la position de doyen une position difficile, délicate et parfois brûlante; il ne fallait rien moins que l'aplomb de M. Orfila, son inconcevable activité et toutes les ressources de son esprit pour conserver à la fois sa *popularité* et son *autorité*, et il n'y parvenait pas toujours (1).

Il y avait donc des hauts et des bas dans la position de M. Orfila; il eut souvent à lutter contre de violents orages: il eut ses jours d'émeute et ses jours de répression; et comme tout pouvoir devait alors trouver son opposition, la presse médicale, le prenant aussi à parti, le décanat était parfois pour lui le plus rude des métiers.

Sa position d'étranger elle-même lui créait de nouvelles difficultés; il avait obtenu, en 1834, des lettres de grande naturalisation. A la chambre des pairs M. le comte de Bastard, à la chambre des députés M. de Las-Cases avaient fait une juste appréciation de son mérite et énuméré les services qu'il avait rendus à la France; mais ces éloges eux-mêmes excitaient l'envie et la malveillance. Il avait donc à se faire pardonner d'être né hors de la France, puis, et surtout, les hautes dignités auxquelles il était parvenu.

M. Orfila, en effet, n'était doyen que depuis environ deux ans quand il fut nommé membre du conseil général des hospices; présenté en 1832 pour succéder à Portal, il avait été choisi parmi cinq candidats.

Un an après, en 1833, l'Association de prévoyance des médecins de Paris, fondée par lui, l'avait nommé président à l'unanimité, et cette dignité devait se perpétuer dans sa personne.

La mort de M. Cuvier, survenue à peu près à la même époque, avait laissé une place vacante dans le conseil royal de l'instruction publique: c'était une haute position à laquelle M. Orfila croyait pouvoir aspirer; toutefois les choses en restèrent là jusqu'à la mort de M. Gueneau de Mussy, c'est-à-dire jusqu'en février 1834. M. Guizot voulut bien alors accéder aux désirs de M. Orfila, et trois jours après celui-ci prenait place au conseil.

Enfin, vers la fin de 1834, il s'était présenté aux électeurs du 11e arrondissement de la ville de Paris, et, au premier tour de scrutin, il avait été élu membre du conseil municipal et du conseil général du département de la Seine.

Quand on songe, messieurs, à toutes les places qu'a occupées M. Orfila, aux nombreuses fonctions qu'il avait à remplir, aux devoirs impérieux qui chaque jour devaient le retenir, on ne comprend pas comment il pouvait suffire à toutes ces exigences; il en donnait lui-même pour raison sa vigoureuse constitution, son amour du travail, son désir d'être utile, sa forte volonté et la variété de ses occupations.

Il passait en effet chaque jour de son laboratoire dans la chaire du professeur, du conseil de l'instruction publique dans celui des hospices ou dans le conseil départemental, ou même, comme je le dirai tout à l'heure, dans le sein de quelque tribunal pour y déposer comme expert. Il devait enfin passer de longues heures dans son cabinet; car c'est là qu'il a composé les importants ouvrages dont il me reste à parler.

(1) Sur ce dernier point, il avait une sorte de thermomètre ou d'indice assez curieux qu'un jour il fit connaître au roi Louis-Philippe avec assez de sans façon.

— Eh bien! monsieur le doyen, lui disait le roi, comment êtes-vous actuellement avec MM. les élèves?

— Voyez mon chapeau, sire, répondit M. Orfila.

— Il n'est pas brillant, répliqua le roi, il est même assez fatigué; mais que faut-il en conclure?

— Que je suis au mieux avec les élèves, reprit M. Orfila; car il n'y a pas un mois que je le porte. Quand je suis mal avec eux, mes chapeaux durent éternellement, par la raison qu'aucun d'eux ne me faisant l'honneur de me saluer, je n'ai pas à y mettre la main; quand, au contraire, ma popularité est revenue, je suis accablé de coups de chapeau, et vous voyez dans quel état je mets le mien!

Indépendamment, en effet, d'une foule d'articles donnés par lui, soit à des dictionnaires, soit à des recueils périodiques, M. Orfila avait trouvé assez de loisir pour composer plusieurs grands traités devenus classiques, et d'abord celui dont j'ai déjà parlé.

Le *Traité de Toxicologie générale*. Envisagé sous le triple rapport de la physiologie, de la pathologie et de la médecine légale, cet ouvrage avait opéré une véritable révolution dans la science. J'ai dit que M. Orfila avait démontré le premier, comme fait général, que les poisons, associés à des matières organiques, ne peuvent plus être décelés par les moyens qu'on met en usage quand ils sont seuls ou à l'état de pureté; d'où nécessité de se débarrasser à tout prix de la matière organique dans la recherche analytique des poisons.

Cette influence immense de la matière organique constitue en effet la donnée capitale de la toxicologie, et l'on peut dire que l'art du toxicologue n'a existé qu'à dater du jour où cette découverte a été faite.

Quant aux *Eléments de Chimie* publiés par M. Orfila, ils n'ont eu d'autre mérite, et cet aveu lui appartient, que celui de la coordination des faits et celui de la clarté qui a présidé à leur exposition. A très peu d'exceptions près, tout ce qu'on y trouve appartient à d'autres. M. Orfila ne revendiquait que la méthode qu'il avait adoptée et l'ordre qu'il avait suivi.

Le *Traité de Médecine légale*, au contraire, est un livre original dans beaucoup de ses parties; il appartient en propre à M. Orfila. Au lieu des suppositions et des dissertations qui remplissaient les anciens traités, celui-ci ne renferme que des faits, et ces faits sont tous constatés par des expériences. C'est le véritable guide des médecins légistes; toutes les grandes questions y sont traitées, tous les problèmes y sont résolus; c'est enfin une source de lumières aussi bien pour le magistrat que pour le médecin.

J'en dirai autant du *Traité des Exhumations juridiques*; c'est encore un livre nouveau et d'une utilité incontestable. Toutes les questions relatives à la putréfaction des corps y sont expérimentalement élucidées.

C'était là, certes, de grands travaux, et qui auraient pu suffire à la vie d'un médecin légiste; mais il était réservé à M. Orfila d'arriver à des faits d'une bien autre importance.

Jusque-là, comme il le disait lui-même dans son langage figuré, on n'avait opéré que sur *une rive du fleuve*; il en était une autre qui nous était inconnue, et sur laquelle il fallait passer pour compléter nos connaissances: or c'est là ce que M. Orfila a fait par son travail sur les *poisons absorbés*.

Que savait-on, en effet, avant ses recherches, ou plutôt que faisait-on dans les expertises médico-légales? On se bornait à chercher les poisons dans ce qu'on appelle les *premières voies*, c'est-à-dire dans l'estomac et dans les intestins. Si on y décelait leur présence, le problème était résolu; mais si on ne les y trouvait pas, de deux choses l'une: on déclarait qu'il n'y avait pas eu empoisonnement, ou bien on laissait le fait indécis. Or, dans le premier cas, on pouvait faire absoudre un coupable; dans le second, on laissait la justice désarmée.

Ces poisons, en effet, pouvaient avoir été expulsés hors des premières voies; mais ils pouvaient aussi avoir passé par l'absorption dans les secondes, c'est-à-dire sur cette autre rive dont parlait M. Orfila. Sans doute on pouvait en chercher les traces dans les matières expulsées; mais on ignorait l'art de retrouver jusqu'au sein des viscères cette portion du poison qui avait tué les victimes. Or, c'est là qu'il fallait encore le poursuivre, et, je le répète, c'est ce qu'a fait M. Orfila, d'abord pour l'acide arsénieux, puis pour la plupart des autres poisons.

Mais que d'obstacles! que de difficultés pour suivre ainsi ces poisons jusque dans les dernières molécules de l'organisme, pour constater leur présence dans ces régions reculées!

Comment déterminer les lois de leur parcours dans l'économie, constater les accidents si variés de leur distribution, aussi bien dans les liquides que dans les solides, et enfin les suivre jusque dans leurs voies d'élimination? Et quels merveilleux instruments ne fallait-il pas pour aller les chercher jusque dans ces replis profonds?

Ces poisons, en effet, que l'absorption aura fait passer dans les secondes voies, savez-vous dans quelle proportion il est possible d'en déceler la présence? J'ose à peine le dire, tant cette proportion est d'une effrayante exiguïté! S'il s'agit d'un viscère qui pèse 1 ou 2 kilogrammes, du foie, par exemple, c'est tout au plus si dans cette masse on pourra trouver 5 à 6 milligrammes d'acide arsénieux! et si l'on n'opère, comme la prudence le veut, que sur la moitié de ce viscère, on aura à détruire 1,000 grammes de matière organique pour arriver à mettre à nu 1 ou 2 milligrammes d'arsenic! Et la vie d'un accusé dépendra du résultat de ces opérations!

Tout autre que M. Orfila aurait été effrayé d'assumer une semblable responsabilité; et c'était avec une sorte de terreur qu'on le voyait attribuer à sa science cette espèce d'infaillibilité; on se sentait profondément ému, lui ne l'était pas le moins du monde. Ses longs travaux, ses immenses recherches lui avaient donné une assurance inaltérable. Il avait, en effet, traité à fond et élucidé toutes ces questions dans plus de vingt mémoires lus par lui dans le sein de cette Académie ou publiés dans les recueils de l'époque.

Aussi était-ce avec un calme profond, une confiance sans bornes qu'il se rendait dans le sein des tribunaux pour aider les magistrats de ses lumières. Chimiste-juré des causes célèbres, il était devenu l'effroi des empoisonneurs: son nom seul les faisait trembler; on savait que rien ne pouvait mettre à l'abri de ses recherches. En vain les débris des victimes avaient été, et depuis de longs mois, enfouis dans le sein de la terre; en vain des mains criminelles les avaient jetés dans des fosses d'aisances, précipités au milieu des flots ou cachés sous des monceaux de fumier; en vain ils étaient à demi putréfiés, M. Orfila s'en emparait, son art les interrogeait, et bientôt il en faisait sortir la preuve matérielle du crime!

Qu'on se figure l'effet que devait produire dans ces circonstances l'apparition de cet inexorable expérimentateur. C'était presque toujours après de longs débats, quand, d'une part, le ministère public

avait fait tous ses efforts pour maintenir une accusation, et quand, d'autre part, les défenseurs avaient tout épuisé pour sauver un accusé : les jurés sont encore indécis, le public est dans l'anxiété : on sait qu'un savant chimiste a été mandé de Paris; c'est M. Orfila. Il est là, dans une pièce voisine; il expérimente; sa science interroge quelques débris informes de cadavre. Tout à coup, au milieu d'un profond silence, d'une attente générale, on annonce M. Orfila. Il s'avance au milieu du prétoire; sa belle figure a pris un caractère d'une effrayante sévérité : il a l'impassibilité du destin! Et alors, d'une voix ferme et vibrante, il déclare qu'il y a eu ou qu'il n'y a pas eu empoisonnement. Et qu'on ne croie pas que ce soit là un tableau fait à plaisir ou que j'exagère les faits : vingt drames se sont ainsi dénoués en cour d'assises.

Qui ne se rappelle l'intervention de M. Orfila dans le procès de Castaing? sa déposition accablante dans l'affaire de la veuve Boursier, et ce procès de Mercier, dans lequel pour la première fois il fit l'application de ses recherches sur les poisons absorbés? Qui n'a encore présent à la mémoire le sombre épisode du château du Glandier? Une jeune femme appartenant à la plus haute classe de la société, pleine d'attraits, remplie de talents, était accusée d'avoir empoisonné son époux après six mois de mariage. On avait saisi et publié sa correspondance; chacun s'empressait de lire ces lettres si spirituelles, si piquantes. Son mari avait succombé avec tous les symptômes de l'empoisonnement; mais les premières analyses avaient été contradictoires. Le procès avait marché, et c'est dans les dernières heures seulement que M. Orfila s'était trouvé en mesure de se prononcer.

Jamais cause n'avait excité un si puissant intérêt. La jeunesse, l'amabilité, l'esprit, le sang-froid de l'accusée, la consternation de sa famille, le talent de ses défenseurs, l'hésitation des magistrats, l'anxiété d'un immense auditoire, tout faisait un événement de la déposition de M. Orfila. Aussi quand il vint à ce moment suprême, au milieu d'un silence de mort, prononcer ces fatales paroles : « De l'arsenic a été » retiré du cadavre; je vais le mettre sous les yeux des magistrats et » des jurés! » l'accusée, jusque-là pleine d'espoir, forte de l'intérêt qu'elle avait inspiré, des séductions qu'elle avait exercées, se sentit frappée comme d'un coup de foudre. Quelques heures après, elle était condamnée aux travaux forcés à perpétuité!

C'étaient là de ces scènes qui plaisaient à M. Orfila. Ce grand concours de monde, cette attente générale, ces milliers de regards fixés sur lui quand il venait, comme l'interprète inflexible de la science, prononcer son arrêt, tout cela avait un charme indicible pour lui. Mais il ne lui fallait pas d'opposant, de contradicteur, d'adversaire ; là, comme partout, il voulait régner en maître, exercer une sorte de dictature. Aussi lorsque plus tard, aux assises de Riom, la défense fit intervenir deux experts nouveaux qu'elle avait été chercher à Paris, uniquement parce qu'elle savait qu'ils étaient les ennemis de M. Orfila, qu'ils avaient du moins cherché à invalider ses travaux, M. Orfila, froissé dans son amour-propre, blessé dans sa dignité, prit immédiatement la résolution de ne plus répondre aux demandes d'expertises qui lui seraient faites par les magistrats; et bien qu'ensuite son assistance eût été invoquée plus que jamais, on ne le vit plus devant les tribunaux.

Je me trompe : une fois encore il voulut bien, mais exceptionnellement, prêter son ministère. Ce fut à la demande du chancelier de la Chambre des pairs, dans une affaire soumise à la juridiction de la noble chambre.

Il était ainsi arrivé aux années 1846 et 1847, qui ont marqué en quelque sorte l'apogée de sa réputation. C'est alors qu'il entreprit ce voyage en Espagne qui devait être pour lui une longue suite d'ovations.

Sauf son excursion à Minorque et à Barcelone en 1816, il y avait près de quarante ans qu'il n'avait revu la Péninsule. Il quitta Paris en août 1846, et peu de jours après il visitait ces antiques cités autrefois si célèbres : Valence, Alicante, Carthagène, Malaga, Cadix, Séville, Grenade et Madrid. Partout il était reçu avec enthousiasme; l'Espagne voyait en lui un de ses plus glorieux enfants. Les Académies de Madrid, Cadix et Séville s'empressèrent de l'inscrire au nombre de leurs membres; la reine Isabelle, sur la proposition de la Faculté de médecine, lui conféra, par un décret spécial, le diplôme de docteur, sans examen et sans frais; les journaux de toutes les localités annonçaient son arrivée et son départ, comme s'il s'agissait d'une tête couronnée.

Il était à cette même époque couvert de décorations. Dès l'année 1821, il avait été nommé chevalier de la Légion d'honneur;

En 1832, l'empereur du Brésil lui avait envoyé les insignes de l'ordre de Cruzaro;

En 1834, le jour où il avait réprimé une émeute à l'École, M. Guizot lui avait fait obtenir la croix d'officier;

En 1838, au retour d'une mission scientifique, M. de Salvandy lui avait fait avoir la croix de commandeur;

En 1847, le roi Léopold, voulant lui donner un témoignage public de satisfaction, l'avait nommé officier de son ordre;

Enfin, dans ce même mois de février 1848 qui allait lui être si fatal, le 20, l'empereur de Russie signait sa nomination de commandeur de l'ordre de Sainte-Anne!

Je ne sais, en vérité, si M. Orfila lui-même ne devait pas être effrayé de tant de prospérités! Tout lui succédait; il était au faîte des grandeurs scientifiques; il était dans le corps médical l'arbitre et le dispensateur de toutes les grâces et de toutes les faveurs. Bien à la cour, populaire à l'Ecole, omnipotent dans les hôpitaux et, en ce qui concernait les affaires médicales, dans le conseil de l'instruction publique et dans le conseil général de la Seine. Il aurait dû peut-être se demander s'il n'y avait pas quelque chose de menaçant pour lui dans cette constante faveur de la déesse, et peut-être aurait-il trouvé que le moment était venu de faire comme le tyran de Samos, de jeter son anneau à la mer!

Quoi qu'il en soit, M. Orfila, plein de sécurité, venait d'être réélu doyen pour cinq ans quand éclata la révolution de février. Le 28 au soir, un membre du gouvernement provisoire, lié depuis longtemps avec lui d'amitié, vint le trouver et lui dit :

« Je suis chargé d'une commission bien désagréable : je viens vous demander votre démission du décanat; quoi que j'aie pu faire aujourd'hui pour vous défendre, et cela malgré vos opinions déplorables, il a été arrêté que, si vous ne donnez pas votre démission, vous serez destitué. »

M. Orfila répondit qu'il aimait mieux être destitué. Le 1er mars sa destitution était insérée au *Moniteur;* mais, avant qu'elle fût rendue publique, l'opinion s'était prononcée de la manière la plus vive en faveur de l'ancien doyen; il avait été accueilli dans son amphithéâtre au bruit des plus vifs applaudissements, et plus de quinze cents élèves étaient allés à l'hôtel de ville demander son maintien.

Mais les persécutions allaient commencer pour lui et lui rendre la vie bien amère. Une commission avait été nommée pour examiner sa gestion. Après trois mois d'enquête, elle déclara que M. Orfila avait, il est vrai, dépassé ses crédits pendant la dernière année de son administration, mais que les sommes allouées avaient toutes été employées à solder les mémoires produits; elle reconnaissait, en outre, que M. Orfila avait doté l'Ecole d'un établissement considérable : le musée d'anatomie comparée.

Son honneur était sauf, mais il restait en défaveur, en disgrâce. De là toutes ses douleurs. Il avait bu à cette coupe enchanteresse du pouvoir, et il se trouvait condamné à une mortelle inaction! Lui, si fier en d'autres temps de veiller aux intérêts de la science et à la prospérité des établissements qu'il avait formés; lui, si empressé, si heureux de servir ses amis, au risque même de méconnaître certains droits; lui, enfin, jusque-là si recherché, si écouté, si obéi, il se voyait méconnu et presque outragé, en butte aux sourdes menées de la malveillance, de la calomnie et de l'ingratitude. Il luttait encore, néanmoins, et gardait un front superbe; mais qui aurait pu sonder sa pensée et dire ce qui se passait dans son âme? Sans doute, il aimait la science, mais il aimait encore plus la gloire et ses enivrements. Il n'était point de ceux qui trouvent leurs plus douces jouissances seuls à seuls dans le silence du cabinet; ce qu'il avait surtout ambitionné, c'était le succès, la célébrité et tout ce qui pouvait ajouter à l'éclat de son nom; c'était là ce qu'il avait cherché dans ses publications, dans son enseignement et jusque dans son administration.

Quand vinrent donc ces jours de retraite forcée et de disgrâce indéfinie, il fut tout d'abord mortellement frappé.

Et cependant, messieurs, dans ces jours d'affliction ses vrais amis s'étaient serrés autour de lui; vous-mêmes, je l'ai dit ailleurs, dans votre désir de lui prouver qu'il avait conservé l'estime des honnêtes gens, vous l'aviez élevé à l'honneur de présider cette assemblée, et vous l'aviez chargé de défendre vos intérêts les plus chers; mais sa sortie du conseil de l'instruction publique acheva de tuer cette puissante organisation.

Toutefois, messieurs, et c'est là le dernier acte dont il me reste à parler, M. Orfila, semblable à ces Titans foudroyés qui, dans un suprême effort, arrachent encore au monde un cri de surprise et d'admiration, M. Orfila, dis-je, entreprit de répondre à ces coups incessants du destin par un acte d'une grandeur et d'une générosité jusque-là sans exemple.

On le vit, en effet, distraire de sa propre fortune une portion considérable, 120,000 fr. au moins, et de son vivant les consacrer à la fondation d'encouragements, de prix et de donations pour la Faculté, pour l'Académie, l'Ecole de pharmacie, l'Association de prévoyance et même pour quelques écoles de province.

Ayant ainsi taillé de la besogne, disait-il, pour cette studieuse jeunesse qu'il avait tant aimée, il voulait voir, du moins dans les premières années, comment elle s'y prendrait pour mériter ses récompenses et l'aider de ses conseils.

Cette satisfaction ne lui a pas été donnée : c'était son testament de mort qu'il venait de dicter.

Le 4 janvier 1853, il en avait donné lecture lui-même à l'Académie en séance publique; le 12 mars suivant il avait cessé d'exister.

Jusque dans ses derniers moments il s'inquiétait de l'avenir réservé à son nom; on le vit, à ces heures suprêmes, se faire lire dans les feuilles publiques ce qui pouvait le concerner. D'avance il aurait voulu savoir ce qu'on allait dire de sa mort et comment on jugerait sa vie.

Ce jugement, messieurs, nous n'avons pas eu la prétention de le porter; nous nous sommes borné à tracer une esquisse impartiale et fidèle de cette existence si active, si agitée, et néanmoins si bien remplie. Nous avons montré M. Orfila tel que nous l'avons connu, tout entier à ses devoirs et tout entier aussi à ce désir excessif de célébrité et de gloire; mais ce désir, après tout, n'est-il pas le plus noble mobile des actions humaines? Peut-on faire quelque chose de grand et de durable sans cet amour de l'approbation publique? N'est-ce pas lui qui anime les grands cœurs et les empêche de sommeiller? O Athéniens, aurait pu s'écrier M. Orfila, que de peines je me donne pour mériter votre approbation!

Aimons donc, messieurs, tenons en grande estime ceux que consume ce violent amour, et disons avec Tacite que « celui qui méprise » la gloire méprisera bientôt la vertu. »

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 28 novembre 1853. — Présidence de M. Combes.

Sur la quantité d'ammoniaque contenue dans la pluie recueillie loin des villes. — M. Boussingault communique à l'Académie le résultat des nouvelles recherches qu'il vient de faire pour déterminer la quantité d'ammoniaque contenue dans les eaux pluviales. Il a eu l'occasion de constater que cette quantité est loin d'être la même au commencement et à la fin d'une pluie. Ainsi, pendant un orage, l'eau qu'il avait recueillie d'abord renfermait par litre 5 dix-milligrammes d'ammoniaque; dans celle que l'on reçut ensuite, on n'en trouva que 4; et quelques heures plus tard on ne put y constater au delà de 6 cent-milligrammes d'alcali.

Il résulte de diverses expériences que rapporte l'auteur, que dans une même journée et pour un volume d'eau déterminé, la fin d'une pluie a toujours fourni moins d'ammoniaque que le commencement de la nouvelle pluie, quelque court d'ailleurs qu'ait été l'intervalle pendant lequel il avait cessé de pleuvoir.

D'autres résultats montrent que, après une forte sécheresse, la pluie est bien plus riche en ammoniaque que celle qui tombe par intermittences pendant une période pluvieuse.

La rosée et le brouillard contiennent une proportion notable d'ammoniaque.

Ces faits s'expliquent, d'après M. Boussingault, par la nature même du carbonate, qui fournit à la pluie la plus forte proportion de l'ammoniaque qu'elle renferme. Ce carbonate est volatil et soluble; par suite de la première de ces propriétés, l'air le contient à l'état de vapeurs que le sol émet continuellement quand il est convenablement humide. On comprend dès lors qu'en raison de sa solubilité ce sel fasse partie des eaux météoriques, et que la pluie qui commence en contienne plus que celle qui finit. Aussitôt que la pluie a cessé, le sel volatil tend à passer dans l'air, en vertu de la tension qui lui est propre, et ce passage est d'autant plus rapide que la température est plus élevée, les conditions physiques et la constitution chimique de la terre plus favorables à l'émission. Un temps très court pendant lequel il ne pleut pas suffit pour reporter dans les couches de l'atmosphère les plus rapprochées du sol du carbonate d'ammoniaque, dont la prochaine pluie s'emparera pour le ramener sur la terre. C'est un jeu permanent d'émissions à l'état de vapeur et de retours à l'état de dissolution.

Quant au nitrate d'ammoniaque qu'on rencontre aussi dans les eaux météoriques, il y a sur son origine une distinction à établir. On sait que toutes les fois qu'une étincelle électrique est excitée dans l'air humide il se forme de l'acide nitrique et de l'ammoniaque. Or, comme dans le cas le plus général il pleut quand il tonne, le sel est immédiatement dissous. Il y a donc au sein des nuages orageux formation de nitrate d'ammoniaque.

Mais on ne rencontre pas le nitrate d'ammoniaque seulement dans les pluies d'orages; M. Ben-Jones en Angleterre, M. Barral en France l'ont reconnu dans des pluies recueillies à toutes les époques de l'année, et par conséquent dans des circonstances où l'atmosphère n'offre aucun signe apparent d'électricité. Si ce nitrate était volatil, sa présence serait, comme pour le carbonate, la conséquence de cette propriété. Or, ce sel est fixe; il doit donc, comme le sel marin, les iodures, et en général toutes les substances solubles et non volatiles qu'on décèle dans les eaux météoriques, avoir fait partie des poussières tenues en suspension dans l'air. Sans doute on hésite à admettre que des corpuscules solides restent suspendus dans un milieu gazeux; mais quand on réfléchit à l'extrême ténuité que ces corpuscules acquièrent dans quelques circonstances, l'hésitation devient moins forte. Lorsque, par exemple, des particules d'eau de mer, si petites qu'il serait difficile de leur assigner un poids, sont enlevées à la buée que la vague fait naître sur un récif, ces molécules liquides que M. Arago considérait comme les poussières de l'Océan abandonnent bientôt à l'air des molécules solides de chlorure bien plus petites encore, puisque l'eau de la mer ne tient guère en dissolution que 0,03 cent-milligr. de matières salines.

Les vents en agitant violemment l'atmosphère, les courants ascendants dus aux inégalités de température, les volcans en émettant d'une manière incessante des gaz, des vapeurs et des cendres tellement divisées que souvent elles vont s'abattre à de prodigieuses distances, portent et maintiennent dans les plus hautes régions des corpuscules enlevés à la surface du sol ou arrachés à la partie interne et peut-être encore incandescente du globe. Dans les phénomènes liés à l'organisme des plantes et des animaux, ces substances si ténues, d'origines si diverses, dont l'air est le véhicule, exercent vraisemblablement une action plus prononcée qu'on n'est communément porté à le supposer. Leur permanence est d'ailleurs mise hors de doute par le seul témoignage des sens lorsqu'un rayon de soleil pénètre dans un lieu peu éclairé; l'imagination se figure aisément, mais non sans un certain dégoût, tout ce que renferment ces poussières que nous respirons sans cesse, et que M. Bergman a parfaitement caractérisées en les nommant les immondices de l'atmosphère. Elles établissent en quelque sorte le contact entre les individus les plus éloignés les uns des autres, et, bien que leur proportion, leur nature et par conséquent leurs effets soient des plus variés, ce n'est pas s'avancer trop que de leur attribuer une partie de l'insalubrité qui se manifeste si fréquemment dans les grandes agglomérations d'hommes.

Les eaux météoriques entraînent ces poussières en même temps qu'elles en dissolvent les matières solubles, parmi lesquelles se trouvent des sels fixes ammoniacaux, comme elles dissolvent les vapeurs de carbonate, d'ammoniaque et le gaz acide carbonique répandues dans l'air. Une pluie, lorsqu'elle commence, doit donc renfermer plus de principes solubles que lorsqu'elle finit; et, si cette pluie se prolonge par un temps calme, il arrivera un instant où l'eau ne contiendra plus que de très faibles indices de ces principes. C'est, en effet, ce qui a lieu, comme l'établissent pour les sels ammoniacaux les observations rapportées dans ce mémoire.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés se trouvent à Bruxelles, à la librairie polytechnique d'Aug. Decq. — Les abonnements à la Gazette des Hôpitaux sont reçus à cette librairie au même prix qu'à Paris.

Système pénitentiaire. Le bagne, la prison cellulaire, la déportation; par Alm. Lepelletier de la Sarthe, membre de l'Académie impériale de médecine, chevalier de la Légion d'honneur. Un volume grand in-8°; avec 4 lithographies représentant les divers types des forçats. Prix : fr. — Le même ouvrage, avec le *Voyage en Bretagne* et un Précis historique sur cette province, un volume grand in-8° jésus, avec 10 belles gravures, prix : 10 fr. — Chez Plon frères, éditeurs, rue de Vaugirard, 36, à Paris, et Monnoyer, éditeur, au Mans (Sarthe).

Précis des maladies vénériennes, de leur doctrine et de leur traitement; par A. Bertherand, docteur en médecine de la Faculté de Paris, médecin principal, ex-professeur des hôpitaux militaires d'instruction, lauréat du Val-de-Grâce (1839) et des concours annuels de chirurgie militaire (1848 et 1849), chevalier de la Légion d'honneur, membre des sociétés de médecine de Strasbourg, Metz, etc. Ouvrage couronné (médaille d'or) par le ministre de la guerre. Un vol. in-8° de 400 pages, avec 2 planches lithographiées. — Prix : 5 fr. 50 c. A Paris, chez J.-B. Baillière, rue Hautefeuille, 19; à Strasbourg, chez Mme veuve Berger-Levrault et fils.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40; EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE.	Trois mois. . . . 8 fr. 50 c.	Six mois. . . . 16 »	Un an. . . . . . 30 »
GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES.	Trois mois. . . . . . 9 fr.	Six mois. 17	Un an. 33
ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR.	Trois mois. . . . . . 10 fr.	Six mois. 20	Un an. 38

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

PARIS LE 12 DÉCEMBRE 1853.

Il y a eu pendant la semaine qui vient de s'écouler une légère augmentation dans la proportion jusque-là assez minime des admissions ou des invasions quotidiennes dans les hôpitaux, admissions et invasions qui, dans la semaine précédente, oscillaient autour d'une moyenne de 20 par jour environ pour tous les hôpitaux de Paris. Cette augmentation peut être évaluée à une dizaine de cas de plus par jour, à en juger par la moyenne des réceptions de la semaine, qui est d'environ 30 par jour. Les décès pour la même période ont été d'environ 12 par jour en moyenne. Ajoutons toutefois que cette augmentation n'est pas telle que les mesures récemment adoptées dans les principaux hôpitaux, mesures dont l'opportunité est contestée par quelques personnes, et sur laquelle nous aurons à dire notre opinion plus tard, n'aient été jusqu'ici de beaucoup au-dessus des besoins auxquels elles sont destinées à donner satisfaction. Ainsi, à l'Hôtel-Dieu, où deux services ont été spécialement affectés aux cholériques, c'est à peine s'ils occupent une moitié des lits, et encore avons-nous vu parmi eux beaucoup de malades atteints de simples cholérines.

Quoi qu'il en soit, voici quel est le chiffre général pour les hôpitaux, depuis le commencement de l'épidémie jusqu'au 8 décembre :

Admissions et cas déclarés dans l'intérieur. 478
Décès. 192

Pour ce dernier septenaire, le nombre de cas nouveaux peut être évalué à 200 environ.

Nous avons à signaler une modification à l'égard de la proportion des invasions sur lieux et des admissions du dehors. On se rappelle que, dans le principe, nous avions indiqué comme se balançant à peu près également le chiffre des cas déclarés à l'intérieur et celui des cas venus du dehors. Plus tard, une légère augmentation a eu lieu dans la proportion de ces derniers. Dans la semaine passée, cette proportion est devenue encore beaucoup plus sensible. Ainsi, nous trouvons dans la moyenne générale de 30 cas par jour, pour la dernière semaine, une moyenne de 23 pour les cas venus du dehors et de 7 pour les invasions sur place.

Quant à la répartition des cas nouveaux dans les hôpitaux, sans pouvoir l'indiquer d'une manière précise, voici ce que nous ont appris un coup d'œil général dans les différents établissements et les renseignements que nous avons pu recueillir. L'Hôtel-Dieu conserve toujours son rang comme le plus chargé de cholériques; vient ensuite la Charité, dont le chiffre, bien que de beaucoup inférieur à celui de l'Hôtel-Dieu, ne laisse pas que de dépasser de beaucoup encore celui des autres hôpitaux. Beaujon, Necker, Cochin ne comptent toujours qu'un petit nombre de cas. Nous avons appris qu'à la Pitié, où l'on n'en avait eu que 5 ou 6 à peine à la fin de novembre, il y avait eu, dans les derniers jours de la semaine passée, une invasion simultanée d'un assez grand nombre de cas dans les salles. Enfin, l'hôpital de la Clinique, jusque-là indemne de toute influence cholérique, mais fort éprouvé par la fièvre puerpérale et les complications graves dont étaient suivies un certain nombre d'opérations, la Clinique vient à son tour de subir l'action épidémique; 5 ou 6 cas, tous assez graves, et dont 2 ont été mortels, se sont déclarés dans le courant de la semaine sur les femmes en couches. En ce moment même nous venons de voir une femme accouchée depuis quatre jours qui a été prise hier de diarrhée et de nausées, et qui présente ce matin tous les caractères du choléra le plus intense. Un cas s'est également développé avant-hier sur une femme du service de chirurgie que M. Nélaton avait opérée l'avant-veille pour une hernie étranglée, et quelques autres sur des malades de la clinique d'accouchements.

Pour les grands hospices excentriques, nous n'avons eu connaissance jusqu'aujourd'hui que de 2 cas à Bicêtre, dont un venu du dehors et un déclaré sur l'un des employés de l'établissement.

Enfin, voici les derniers renseignements qu'il nous a été possible d'avoir jusqu'ici sur la situation des choses en ville et dans la banlieue.

On calcule qu'il y aurait eu depuis le commencement de l'épidémie jusqu'au 7 décembre 334 cas, et 146 décès.

Du 1er au 7 décembre, la mortalité dans la ville aurait été de 92, ce qui accuse une augmentation sensible sur les deux semaines précédentes.

A Bercy, qui est, comme on le sait, la commune de la banlieue la plus fortement atteinte jusqu'à présent, le nombre des décès s'élevait à la même époque à 38; on en comptait 4 à Grenelle, 2 à Puteaux et 3 à Meudon.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. GENDRIN.

Leçons sur le choléra-morbus (1).

(Deuxième article.)

Anatomie pathologique. — Vous comprenez qu'une maladie aussi grave et aussi singulière que le choléra a vivement appelé l'attention des médecins sur les désordres survenus pendant son cours; aussi possédons-nous des résultats d'ouvertures de corps faites dans toutes les régions du globe où a sévi le fléau, et partout on a constaté les mêmes phénomènes.

A l'ouverture du corps de sujets succombant pendant la période cyanique, et c'est surtout dans le cours de cette période que survient la mort, pourvu qu'elle n'ait pas été trop prolongée, on observe sur le tube digestif des altérations constantes consistant dans la tuméfaction des cryptes mucipares qui entrent dans la structure de la muqueuse de l'intestin. Ils se présentent à la vue sous forme de petits corps arrondis, comme si l'on avait répandu sur la muqueuse des grains de millet en plus ou moins grande quantité; ce sont les utricules crypteux distendus par la matière cholérique qu'ils contiennent, et en passant le doigt dessus et pressant un peu ils s'affaissent et disparaissent. Ce n'est donc pas à la suite d'altérations dans leur structure qu'ils se développent, mais bien par la distension du crypte produite par le fluide sécrété dans sa cavité.

Dans quelques cas on trouve des cryptes ainsi distendus depuis la deuxième moitié de l'estomac jusqu'à la fin du gros intestin, commençant à se faire voir ainsi à partir du point que l'on assigne pour limite à l'appareil intestinal supérieur d'une part, et à l'appareil intestinal inférieur d'une autre part. Dans la plupart des cas, l'éruption crypteuse se borne à la surface de l'intestin grêle et du commencement du gros intestin.

Indépendamment de cette lésion, l'appareil digestif présente encore un réseau vasculaire chargé de matière colorante; ce sont les veines intestinales et les dernières ramifications des artères colorées par du sang noir et poisseux. En frottant ces places avec le doigt les vaisseaux se vident, pâlissent, et la partie de l'intestin tachée en apparence par la phlogose reprend la couleur blanche qu'elle présente normalement. Il n'y avait pas là interposition de la matière colorante du sang dans la structure de l'intestin, il n'y avait donc pas phlogose.

Tout l'appareil vasculaire contenu dans le mésentère et celui qui se trouve distribué derrière la lame péritonéale présentent une injection variable en étendue, et qui partout se montre avec la couleur livide caractéristique. Dans les grosses veines de l'abdomen, dans le système de la veine porte, dans les veines sus-hépatiques on rencontre du sang noir et poisseux en grande quantité.

En passant le doigt sur la surface péritonéale, on sent qu'elle est poisseuse; c'est que cette surface, desséchée d'abord, s'enduit ensuite d'une matière qui donne cette sensation. Cette matière poisseuse est celle qui se retrouve dans tous les tissus, excepté dans ceux des viscères parenchymateux. Ainsi, dans tout le tissu cellulaire, dans le tissu musculaire on voit cette matière poisseuse qui adhère aux doigts qui les pressent.

Dans les viscères de la poitrine, sauf une coloration bronzée du poumon, on ne trouve pas de lésion de texture. Si le sujet est mort déjà depuis quelque temps, la partie postérieure du poumon qui se trouve dans la position déclive sera noirâtre et ramollie; mais dans les vaisseaux pulmonaires, et surtout dans les veines, on trouve un engorgement vasculaire prononcé. Dans l'artère pulmonaire et ses divisions se voit un sang noir et poisseux; ce sang montre que l'hématose a cessé de se faire progressivement avant la mort, et cette cessation progressive de l'hématose peut s'observer sur le cadavre où l'on trouve du sang avec les propriétés que nous lui connaissons enveloppant des caillots plus solides qui présentent à leur centre des vestiges d'une matière coagulable se rapprochant par son apparence de celle qui se trouve dans le sang à l'état sain. C'est que, l'hématose devenant imparfaite, les veines pulmonaires ne rapportent plus au cœur que du sang mal hématosé, la marche du sang est ralentie par le ralentissement de la circulation, et s'il se fait des caillots dans les veines, le sang poisseux les entoure au moment de la mort du sujet.

La pénétration et la stase de la matière du sang non hématosé dans la profondeur des tissus sont si manifestes chez les sujets morts dans la période cyanique, que dans les os mêmes on trouve des injections vasculaires prononcées; et dans l'épidémie de 1832 comme dans celle de 1849 on a fait une remarque, c'est que la pénétration de la matière colorante du sang dans les capillaires des tissus durs du corps est tellement évidente que jusque dans les dents le sang était déposé, et leur donnait une coloration qu'on ne pouvait enlever; aussi les garçons d'amphithéâtre ne purent-ils pour ces sujets faire le commerce de dents auquel ils étaient habitués. Ce n'est pas du reste que dans le choléra que ce produit ce phénomène. Telles sont les lésions de la période cyanique.

Quelques malades sont emportés dès le début du choléra, avant la période cyanique, ce sont les sujets affaiblis par des maladies précédentes et chez lesquels les déperditions de la période phlegmorrhagique entraînent la mort. C'est chez eux que les cryptes mucipares seront surtout évidentes. Mais si on ouvre des malades morts dans la période cyanique avancée vers l'époque de son passage à la période asphyxique, on verra encore ces cryptes apparents, mais pas tout à fait au même degré : ils seront en partie dégorgés et débarrassés de la distension qu'ils éprouvaient; ou bien on trouvera une lividité inflammatoire de la muqueuse intestinale sans gouflement des cryptes, ou si ce gonflement existe ce sera surtout dans ceux qui sont situés dans la partie de l'intestin opposée à l'insertion du mésentère. Le gonflement est un gonflement inflammatoire au premier degré.

Chez les malades succombant pendant la réaction, surtout si elle donne lieu à des métastases sur le tube digestif, on trouve sur l'intestin des traces de phlogose ne disparaissant pas sous la pression du doigt; ce sont des marbrures rouges qu'on ne peut enlever ni par le frottement ni par le lavage : c'est un état véritablement inflammatoire de la muqueuse de l'intestin, et, si le malade avait des symptômes de gastrite ou de gastro-entérite, la muqueuse est enflammée dans un espace plus étendue, et on trouve des plaques crypteuses présentant des traces d'inflammation; les érosions sont rares et presque exceptionnelles.

Dans les cas de choléra dans lesquels la métastase s'est faite sur les viscères abdominaux et y laisse des traces incontestables, si les cryptes se trouvent enflammés et rapprochés les uns des autres de manière à former des plaques agminées, jamais on ne trouve d'engorgement inflammatoire des ganglions lymphatiques du mésentère. Ils peuvent être injectés, remplis de sang, mais on n'y trouve pas cet engorgement inflammatoire qui appartient exclusivement au typhus, et c'est là la différence capitale qui sépare le typhus de certains états inflammatoires de l'intestin qui succèdent au choléra-morbus. On peut faire cette objection à ceux qui veulent voir dans le choléra une maladie analogue aux fièvres typhoïdes.

Chez les sujets qui présentaient des symptômes comateux et même chez les sujets morts dans la période cyanique, au moins pour les malades soumis aux routines de traitement qu'on applique généralement à ces maladies, on rencontre en examinant le cerveau l'appareil des sinus de la dure-mère engorgé par un sang noir et visqueux. Ce sang a conservé la lenteur de circulation qui lui appartient naturellement et qui s'est aggravée par la viscosité du sang; c'est la congestion qui en résulte qui détermine secondairement la congestion dans l'appareil capillaire cérébral et constitue ces métastases cérébrales qui donnent lieu au coma, phénomène si fréquent et si saillant chez ceux qui ont franchi d'une manière imparfaite la période cyanique.

Dans la période asphyxique, il se produit au moment de la mort et quelquefois avant un phénomène extrêmement saillant et dont on trouve la cause par l'examen des cadavres. Il se produit une dessiccation de la cornée transparente, qui devient parcheminée, jaunâtre et opaque, et s'aperçoit entre les bords libres des paupières, qui ne se ferment plus complétement. Cette inocclusion des paupières se produit par deux causes : par l'adynamie et l'épuisement dans lequel l'organisme est plongé d'abord, puis par la cessation de la sécrétion des larmes, qui ne viennent plus lubrifier les surfaces de la conjonctive et favoriser le glissement. L'œil se dessèche, et c'est un aspect hideux de voir des gens qui conservent leurs facultés intellectuelles, qui parlent encore, et sont déjà morts par certains organes, celui de la vision, par exemple, car ils ont perdu la vue. On voit un plissement du globe oculaire; la sclérotique est plissée, ainsi que les membranes internes de l'œil, sans traces d'inflammation. L'humeur aqueuse, naturellement fluide, est devenue, comme le sang des vaisseaux, visqueuse et collante.

Relativement aux altérations des viscères internes, voici ce que l'on rencontre : la bile, chez les sujets morts dans la cyanose, gon-

(1) Voir le n° du 10 décembre.

fle la vésicule et présente une couleur noirâtre ; on la retrouve dans le système des canaux hépatique et cholédoque et dans le duodénum ; mais, quand la cyanose s'est prolongée et a passé à la période asphyxique ayant duré longtemps, on ne trouve plus de bile normale dans la vésicule ni dans le canal cholédoque, seulement un peu de bile devenue blanchâtre : la sécrétion hépatique s'est suspendue, et, comme elle puise ses éléments dans les ramifications de la veine porte, on conçoit que l'altération dans la circulation du foie produise cette perturbation dans la sécrétion de la bile.

Les reins sont vides, et on ne trouve qu'un peu d'urine trouble dans les bassinets; la vessie est vide, et les urines ont diminué à mesure que les excrétions séreuses se faisaient dans l'intestin pour se supprimer complétement au moment où le malade a franchi la période phlegmorrhagique pour entrer dans la période cyanique.

Quand les malades sont atteints de choléra-morbus, les excrétions qu'ils rendent par les selles et les vomissements donnent lieu à un examen particulier. On les a analysées, et ces analyses ont été faites par beaucoup de médecins et surtout par M. Hermann, qui a consigné ses résultats dans un mémoire publié à Saint-Pétersbourg en 1829. Ces analyses, vérifiées sur notre invitation par M. Lecanu, ont fait reconnaître les lésions suivantes :

La matière des déjections, blanchâtre, diaphane, contenant des grumeaux semblables à des grains de riz mal cuit et qui a l'odeur de lait un peu gâté, est formée par de l'eau contenant en suspension de l'albumine, de la fibrine et pas mal de sels alcalins.

Le sang contenu dans les vaisseaux a perdu son sérum dans la proportion d'environ moitié pour les malades succombant sans réaction. Le sang ne se sépare plus en sérum et en cruor; on le voit dans la poëlette lorsqu'on a saigné le malade, on le voit en jetant le sang sur un filtre. On sait qu'à l'état normal le sérum du sang contient de la fibrine en dissolution et que cette fibrine s'en sépare au bout d'un certain temps ; en jetant le sang sur un filtre, le sérum qui passe contient de cette fibrine encore en dissolution et qui se dépose ensuite : c'est ce qui se produit dans le choléra.

Par cet examen attentif, on arrive à ce fait capital, que l'exhalation du liquide qui se fait sur la surface interne de l'intestin enlève au sang, et par conséquent à l'organisme, la plus grande partie de sa matière albumineuse, le sérum, les sels alcalins qui favorisent la liquidité du sang et un peu de fibrine, en sorte que l'exténuation des sujets tient non-seulement aux déperditions en elles-mêmes, mais encore à l'effet produit par les altérations que ces déperditions occasionnent dans les liquides de l'organisme. La viscosité du sang est le résultat de la déperdition liquide et de l'épuisement de la sérosité qu'il doit contenir.

Appréciation des phénomènes. — Pour peu que vous arrêtiez vos réflexions sur les phénomènes observés dans le choléra, sur leur enchaînement aux diverses périodes et sur les recherches anatomiques et cliniques dont nous avons parlé plus haut, il vous sera facile de vous faire une idée nette des phénomènes morbides, d'établir la doctrine réelle des accidents cholériques; je veux vous faire comprendre la nature de cette affection.

Le malade atteint de choléra est manifestement frappé d'emblée d'une déperdition de liquide qui se fait sur la muqueuse du tube digestif, si abondamment que l'organisme manifeste l'épuisement qui en résulte pendant qu'on voit arriver au dehors les causes de cet épuisement, ce sont les excrétions morbides. Ce point de départ, qui existe *à priori* dans le choléra, est la clef de tous les accidents qui se succèdent.

Quand on voit ces déperditions de liquides qui normalement se trouvent dans le sang, et qui s'en séparent après avoir été plus ou moins élaborés, on conçoit que l'organisme doit souffrir, et cette souffrance se manifeste par le refroidissement des extrémités, refroidissement causé non par la déperdition du calorique, puisqu'on ne peut y remédier par une production artificielle de chaleur, mais bien par la déperdition de l'activité des fonctions plastiques. Le sentiment de faiblesse éprouvé par les malades, la débilité qui croît avec lui, est donc un phénomène qui peut s'expliquer et qu'on comprend parfaitement.

L'anorexie commence avec la maladie cholérique et se continue avec elle. La digestion n'est possible que par la sécrétion normale des liquides destinés à l'accomplir. Cette sécrétion est tarie, ou du moins la sécrétion du suc gastrique est convertie en un flux séreux anormal.

Les autres sécrétions sont supprimées; il ne se produit plus d'urine, et si la diaphorèse survient, ce n'est guère autre chose qu'une exsudation qui se produit sur un cadavre commençant, c'est une exsudation qui se fait sans circulation, sans turgescence de la peau, comme on la voit presque toujours survenir chez les moribonds. On comprend que les sécrétions se suppriment; car c'est dans le sang qu'elles puisent à chaque instant leurs principes constituants, et le sang, altéré dans sa composition, ne peut plus les leur fournir.

Il arrive que la maladie cholérique s'arrête; alors les déperditions se suspendent, et le malade peut retrouver en lui-même assez d'activité fonctionnelle pour réagir et récupérer un état de son organisme qui puisse le conduire à la santé en passant par la période réactionnelle : alors la question change complétement de face.

Nous touchons là à une des plus importantes questions de pathologie générale. Le phénomène de la réaction, c'est-à-dire la surexcitation vasculaire allant jusqu'à la fièvre et favorisant les sécrétions, se montre chez beaucoup de malades. Il s'établit dans l'organisme en vertu de la loi que nous allons énoncer : » Toutes » les fois que sous l'influence d'une cause quelconque une certaine dépression se montre dans les appareils de la plasticité, elle » a pour résultat de ralentir l'activité circulatoire, de créer la torpeur et l'engourdissement. Dès que cette dépression s'arrête, soit » par épuisement de la cause productrice, soit par la perturbation » que la médication peut apporter dans l'économie, l'organisme » continue d'agir et d'accomplir ses fonctions dans la limite de la » dépression; alors l'activité fonctionnelle se relève progressivement et tend à favoriser la circulation ralentie momentanément, » et à détruire la stase sanguine qui existait dans les capillaires. La » circulation reporte dans les vaisseaux du sang qui a repris ses » qualités physiologiques ; l'appareil vasculaire est surexcité par ce » sang auquel il n'est plus habitué, c'est ce qui constitue l'état » fébrile et une grande propension aux phlogoses. » N'est-ce pas un phénomène analogue qui se produit chez un homme enfermé longtemps dans l'obscurité, et à qui l'on rend tout d'un coup la lumière du jour; il ne peut la supporter, et elle détermine chez lui un état de souffrance, un véritable état pathologique.

En appliquant cette doctrine au choléra, le phénomène se spécialise par les modifications fonctionnelles que cette maladie entraîne dans l'appareil vasculaire périphérique.

Dans le choléra-morbus, aussi longtemps que les déperditions continuent, aussi longtemps que les capillaires sont en contact avec le sang qui ne s'hémathose plus et qui est devenu visqueux, la débilité persiste dans les appareils des fonctions plastiques; mais sitôt que les accidents cessent, l'hématose revient peu à peu; ces appareils sont surexcités par le sang revivifié, et il se produit de la fièvre sinoque de réaction qui appartient à tous les choléras.

Toutes les fois que l'organisme est maintenu dans un état fébrile, il est dans un état insolite qui a pour caractère principal l'aptitude au développement des états morbides, des phlogoses en particulier. Ne voit-on pas cela chez les sujets maintenus dans un état fébrile par une cause traumatique, par une opération chirurgicale, par exemple? ils sont toujours à la porte de phlogoses intercurrentes.

Dans toutes les maladies où se produit une période réactionnelle, il y a danger pour l'apparition d'inflammations diverses, et de ces phlogoses qui déterminent ces métastases épigénétiques qui se montrent à la suite de tant de choléras; aussi, dans tous les écrits bien faits, trouve-t-on que, quand la réaction est très énergique, il faut la réprimer par une médication appropriée pour réprimer les accidents inflammatoires de l'encéphale auxquels elle donne lieu. Par là j'arrive à vous montrer comment la réaction, bien que succédant au choléra et constituant un phénomène indispensable pour le retour du sujet à la santé, peut devenir la cause d'accidents épigénétiques et engendrer cette série de phlogoses qui se développent soit dans l'encéphale, soit dans le tube digestif, soit sur la peau, soit dans les parotides, soit enfin dans d'autres organes encore.

Vous voyez qu'en vous expliquant comme je les comprends les phénomènes que l'on observe pendant le cours du choléra je n'ai pas eu à faire un bien grand effort de logique, et que j'avais raison de vous dire que la genèse des phénomènes qui se produisent dans cette maladie était facile à concevoir ; cela me mène naturellement à vous entretenir de la nature proprement dite du choléra.

Nature du choléra. — La découverte de la nature du choléra a occupé bien des médecins, et bien des hypothèses diverses ont été présentées; et comme elles ont motivé des traitements différents, il est important d'en dire un mot.

En 1832, on a émis une hypothèse qui a été prônée dans les Académies, ce qui ne veut pas dire qu'elle soit bonne, et qui a été assez généralement admise; on a dit que c'était un ralentissement de l'action du cœur : le mouvement du cœur se ralentit, disait-on, de telle sorte que son action cessait d'abord de se faire sentir dans les artères les plus éloignées et les plus petites, puis successivement dans les troncs artériels plus considérables, si bien qu'il arrivait à ne plus être perçu dans les grosses artères. Mais ce raisonnement peut s'appliquer à toutes les maladies, et c'est le phénomène qu'on observe constamment chez les sujets à l'agonie. Cela ne prouve pas que le choléra-morbus soit le résultat de la suspension de la circulation du cœur, car le cœur continue son action, et, de plus, le phénomène de la lenteur circulatoire est secondaire aux déperditions de liquide qui commencent la scène et qu'on ne pourrait pas expliquer, du reste, par la suspension des mouvements du cœur.

Je ne m'appliquerai pas à réfuter l'opinion généralement accréditée en Allemagne que le choléra est une maladie nerveuse, se fondant sur l'apparition constante des crampes dans cette maladie; mais il est bien d'autres maladies dans lesquelles il se produit des crampes, dans les coliques de plomb, dans les flux hépatiques, dans la fièvre jaune : c'est, du reste, un phénomène secondaire de la production duquel on ne se rend pas parfaitement compte.

Toutes les fois que l'organisme est modifié par des phlegmorrhagies se produisant dans l'intestin, il y a des crampes; c'est ce qu'on voit bien à la suite de ces flux bilieux abondants qui dépriment les malades. Elles ne se montrent pas, du reste, avant la phlegmorrhagie ; elles ne constituent donc pas l'accident principal et primordial de l'affection cholérique.

Nous pensons, nous, que le choléra est une maladie diacritique résultant de l'altération de fonctions des organes sécréteurs, et dont la cause nous échappe, comme au reste la cause de presque toutes les maladies. Nous supposons qu'elle résulte de l'introduction dans l'organisme d'un ferment puisé nous ne savons où, mais qui déterminerait immédiatement des altérations des liquides menant à la colliquation. Nous ne serions guère, du reste, plus avancés si nous connaissions la nature de ce ferment, puisqu'il est plus que probable que nous n'aurions pas de médication spéciale à lui opposer; ce que nous avons à combattre, ce sont les phénomènes essentiels de la maladie, et il importe peu de connaître la nature intime de la cause qui sans doute restera toujours secrète.

Marche du choléra. — Le choléra-morbus est une maladie qu'on ne rencontre que très rarement à l'état sporadique, il se montre d'emblée épidémiquement. La description de la marche du choléra doit donc consister dans la description de l'épidémie cholérique, ce qui est très court.

Toutes les épidémies de choléra qui se sont montrées jusqu'à présent peuvent être divisées en deux périodes : la première durant deux à trois mois, et pendant laquelle la maladie sévit sur un grand nombre de sujets; puis arrive une suspension momentanée du fléau durant environ deux semaines, puis arrive une recrudescence. Elle semble donc constituer deux épidémies successives : une plus intense d'abord, qui présente des cas plus graves; puis une seconde qui frappe moins énergiquement, et présente un plus grand nombre de cas légers.

En 1832, le choléra, comme toutes les maladies qui sévissent pour la première fois épidémiquement dans un pays, s'est montré tout à coup avec une intensité effrayante, comme on a vu sévir l'épidémie catarrhale du quinzième siècle, la coqueluche en l'année 1414 et la variole au sixième siècle : il commença le 25 mars, et ce jour-là vit sept malades pris; quinze jours après, il mourait plusieurs centaines de personnes dans Paris. Les hôpitaux étaient encombrés, les maisons étaient remplies de malades, et on eût pu dire avec Lucrèce parlant de l'épidémie du Péloponèse :

Atque catervatim morbo mortique dabantur.

Puis la marche de l'épidémie se ralentit le 12 juin, et on ne vit presque plus de choléras; on la croyait terminée, lorsque quinze jours après elle reparut, mais avec plus de bénignité, et dura encore deux mois.

En 1849, l'épidémie se déclara vers le 15 mars, mais avec plus de lenteur, et les premiers atteints présentèrent une grande proportion frappée à un haut degré. Cette première période dura trois mois, et, après une quinzaine de jours de suspension, elle reprit, mais avec peu d'intensité, et se termina après avoir duré en tout environ six à sept mois.

Cette année le nombre des malades est peu considérable; cependant la maladie semble généralement assez grave et plus grave qu'en 1849. Aura-t-elle deux périodes? C'est ce qu'il n'est pas facile de spécifier; il est probable cependant qu'après l'hiver la maladie s'arrêtera momentanément pour reprendre vers le mois de mars.

Ainsi, en général, les épidémies de choléra présentent deux périodes mesurant un espace de cinq à six mois; la gravité apparaît surtout à la première période, et on obtient plus de succès dans la seconde.

L'influence épidémique du choléra s'annonce en imposant son cachet sur les sujets sains et troublant plus ou moins leur santé. En 1832, on peut dire que toute la population de Paris était malade : ceux qui n'étaient pas pris de choléra avaient des douleurs obtuses revenant plusieurs fois pendant le jour ; l'appétit se perdait; il survenait des dyspepsies, des diarrhées abondantes. Ces dispositions aux diarrhées, ces douleurs tormineuses tombant sur un grand nombre de sujets ne laissent pas de doute sur l'influence épidémique.

En 1849, le même phénomène s'est produit. Les sujets affectés de dyspepsies habituelles les ont vues s'exagérer au moins pendant la première période de l'épidémie. Nous voyons la même chose depuis environ vingt jours; le nombre de dyspepsies de toute espèce avec douleurs gravatives dans tout le corps a singulièrement augmenté.

Le choléra a frappé pour la plupart des sujets dont la santé était chancelante, ce qui a fait dire avec raison que, s'il n'influait pas plus sur la diminution des populations, c'est qu'en général il emportait des individus que leur maladie habituelle devait dans un temps plus ou moins éloigné conduire nécessairement à la mort.

Le choléra frappe des sujets affectés de maladies chroniques variables, et il faut déterminer les états pathologiques qui ont été des causes prédisposantes assez grandes pour que les sujets qui les portaient fussent plus immédiatement sous le coup de la maladie régnante. Il faut le dire, cependant, certains de ces malades ont été frappés, tandis que d'autres dans les mêmes conditions ont été préservés.

Les phthisiques, qui sont si nombreux dans les grands centres de population et surtout à Paris, ont été plus atteints que les autres en 1832 comme en 1849 : aussi a-t-on vu mourir presque tous ceux qui dans les salles d'hôpital étaient exposés au contact des cholériques agglomérés.

Les cancéreux ont peu contracté le choléra; nous en avons vu beaucoup exposés au contagium, et pas un seul, à notre connaissance, n'a été atteint; est-ce le sort qui nous a favorisé? Cela peut être, mais en réalité des cancéreux dans les salles en 1832 et 1849 n'ont pas été atteints.

Nous n'avons pas vu un seul cas de complication de maladie spéciale par le choléra-morbus; des sujets atteints de variole, de rougeole, de scarlatine, de typhus ont pu traverser l'épidémie sans en être atteints tant que durait leur maladie; mais ils pouvaient être pris dans la convalescence. Aussi, pour nous, le choléra présente cette particularité qu'étant une maladie à principe spécifique il peut succéder aux maladies à principe analogue, mais ne s'y associe jamais.

Les sujets exposés aux flux hépatiques pouvant élever leurs accidents jusqu'à déterminer des calculs et des diarrhées bilieuses abondantes ne sont pas nécessairement exposés au choléra; les malades affectés de dyssenterie sont dans le même cas, et nous n'avons pas prescrit aux sujets affectés de diarrhée bilieuse et de dyssenterie de médication préservatrice du choléra, car nous ne les avons pas considérés comme prédisposés à cette maladie. Si on agissait de même quand on a affaire à des diarrhées muqueuses, on s'exposerait à de graves accidents. Les maladies dans lesquelles les fonctions sécrétoires du foie sont exagérées seulement sont à l'abri de la complication cholérique aussi longtemps que ces maladies se prolongent.

Un sujet peut contracter deux fois le choléra, mais quand il se trouve dans des conditions très défavorables, et encore c'est extrêmement rare. En 1832, surtout dans la seconde période de l'épidémie, on reçut dans les hôpitaux un grand nombre de malheureux provenant de l'armée que don Pédro avait menée en Portugal, et qui à son débarquement à Oporto fut envahie par le choléra; pas un seul ne l'a contracté à Paris. On doit donc retrancher d'abord les sujets qui ont eu le choléra de la population que l'on regarde comme accessible à ce fléau.

Nous n'avons pas vu en 1849 un seul malade qui l'ait eu en 1832. Il est vrai qu'on ne peut guère s'en rapporter aux assertions des malades. Cependant nous n'avons vu qu'une femme l'ayant contracté deux fois : une fois dans la première période, puis une deuxième fois dans la seconde période de l'épidémie; elle rentra dans le service, et y mourut dans la période asphyxique.

HOSPICE DES ENFANTS-TROUVÉS.

M. Morel-Lavallée.

De la chloroformisation chez les jeunes enfants, spécialement dans les maladies des yeux.

Epargner la douleur est sans doute un avantage bien précieux à tout âge; mais s'il importe d'endormir la sensibilité, c'est surtout à cette époque de la vie où la raison n'a point encore appris à maîtriser la souffrance et l'agitation qu'elle entraîne. Nulle part peut-être ces considérations ne s'appliquent mieux qu'à l'examen des yeux chez les enfants et aux opérations qui se pratiquent sur ces organes. Pour ouvrir les paupières, on avait toujours à lutter contre le spasme de l'orbiculaire, et cette exploration violente offrait dans les cas les plus simples l'inconvénient d'aggraver la maladie. Lorsque la cornée était ramollie, profondément ulcérée ou déjà perforée, la contraction spasmodique de l'orbiculaire et la tension sympathique des muscles du globe oculaire exerçaient une pression qui l'exposait souvent à se vider. Il était donc d'un vif intérêt de savoir si la chloroformisation était applicable aux enfants, et ce problème est aujourd'hui résolu dans le sens le plus favorable.

On ne devait s'engager dans cette voie qu'avec toute la prudence que commande la faiblesse de la résistance vitale dans un âge si tendre, aussi M. Morel-Lavallée a-t-il commencé par des doses de chloroforme infiniment petites; mais il a fallu promptement arriver à une dose au moins aussi considérable que chez l'adulte. Ce fait, qui semble inadmissible, est cependant très réel. Il s'explique par une perte de la vapeur anesthésique pendant son administration, et aussi par ce qu'on peut appeler une capacité remarquable pour le chloroforme.

Voici comment procède M. Morel-Lavallée : il se sert d'une petite éponge en godet. Le chloroforme est versé dans la cavité de cette éponge renversée sur son sommet; puis, dans cette position, l'éponge est pressée avec la main, afin que le liquide l'imbibe surtout vers son sommet, et laisse à sec le rebord de sa base, destiné à s'appuyer sur la peau. On évite ainsi l'irritation des lèvres et des narines. L'éponge est en effet appliquée sur ces deux orifices.

Souvent, après avoir fait quelques aspirations de vapeur chloroformique avec une sorte d'avidité, l'enfant la refuse obstinément. Il ferme la bouche, s'agite, et la respiration semble suspendue tant que l'éponge couvre la bouche et les narines. Il faut saisir l'instant où, l'éponge enlevée, l'enfant pousse des cris, pour la réappliquer pendant les inspirations. De cette façon, une grande quantité de vapeur chloroformique se perd, et celle qui est aspirée, ne l'étant pas d'une manière continue, agit plus lentement. Malgré cette intermittence, l'enfant absorbe une dose surprenante de vapeur avant d'en éprouver suffisamment les effets.

M. Morel-Lavallée a fait les remarques suivantes sur la marche de la chloroformisation :

1° Sa durée varie de 1 à 5 minutes; elle est, en moyenne, de 2 à 3 minutes.

2° Quelquefois l'enfant ouvre spontanément les yeux avant que l'anesthésie soit complète, lorsque le gonflement des paupières n'oppose pas un obstacle mécanique à leur écartement.

3° Mais la plupart du temps, il est nécessaire de pousser l'inhalation jusqu'à ce que l'enfant ne retire plus sa main fortement pincée ou piquée avec une épingle.

4° Il arrive même très souvent que sous la pression des écarteurs les paupières se contractent encore, et se contractent violemment alors que la peau a perdu sa sensibilité. La sensibilité s'éteint plus tardivement dans la conjonctive enflammée.

5° Presque toujours l'écume vient à la bouche de l'enfant, et très promptement.

6° Le pouls, qu'on ne peut pas toujours bien suivre, à cause de la petitesse de la radiale, ne se modifie notablement que lorsque la respiration est comme suspendue; à ce moment il devient faible et précipité.

Dans les deux cas suivants, la chloroformisation a été extrêmement utile pour l'examen de l'œil, et surtout pour la cautérisation, qui s'est faite avec une remarquable facilité. Ils montrent qu'avec l'anesthésie on n'a plus besoin d'instruments spéciaux pour la cautérisation des vaisseaux qui tendent à couvrir la cornée d'un pannus. Avec l'anesthésie, on promène à son gré le crayon de nitrate d'argent au pourtour de la cornée. Ces observations ont été recueillies par l'interne du service.

Kératite vasculaire. — Cautérisation circonférentielle. — Guérison.

Le 26 juillet, est entrée dans la salle des ophthalmies la nommée Montfort (Joséphine), âgée de neuf ans et demi, d'une constitution lymphatique prononcée et d'une santé faible, quoique n'ayant jamais fait de grave maladie.

Cette enfant présente une ophthalmie intense des plus compliquées (kératite). Les paupières sont injectées, et chaque matin les cils sont collés par une sécrétion abondante des follicules. La conjonctive palpébrale est rouge, mais ne suppure pas; celle de l'œil est aussi dans les mêmes conditions. La cornée est évidemment enflammée assez fortement, et l'anneau vasculaire radié est très prononcé. La photophobie est intense, mais il n'y a pas de fièvre, et l'enfant n'accuse pas la moindre douleur. — Traitement général tonique, huile de foie de morue; collyre à 40 centigrammes (de nitrate d'argent pour 30 grammes d'eau distillée); un purgatif pour le lendemain (calomel).

Deux jours après, rien de nouveau; pas d'amélioration.

Pendant huit jours que ce traitement a été continué, à l'exception du calomel, le mal a continué sa marche et n'a jamais rétrogradé. Au bout de ce temps, la cornée est devenue vasculaire; des pinceaux, au nombre de cinq ou six, partant de la circonférence pour se réunir au centre, couvrent presque toute la cornée et lui donnent un aspect rougeâtre. — Le collyre a été porté à 80 centigrammes.

Ce qu'il y a de remarquable, c'est que l'enfant n'a jamais accusé de douleur dans l'œil ni aux environs.

Le 3 août, on soumet la malade au chloroforme et on cautérise avec la pierre, autour de la cornée, l'origine des pinceaux vasculaires.

Le lendemain, une opacité énorme occupe toute la cornée. Un ramollissement avec suppuration s'étend en sillon sur cette membrane de haut en bas et de dedans en dehors; son aspect blanchâtre est loin d'être rassurant, et fait craindre au contraire que toute la cornée ne subisse le même sort. Ce qu'il y a de singulier, c'est que la malade prétend y voir beaucoup mieux depuis la cautérisation.

Le 5, on applique un large vésicatoire à la nuque; il suppure beaucoup, et l'œil commence à se dégorger un peu. Cependant il reste toujours ce sillon transversal offrant l'aspect d'un coup d'ongle donné à la cornée.

On ne peut rien dire encore sur l'état futur de la cornée le 6 et le 7. Le 8, on remplace le vésicatoire à la nuque par un nouveau à chaque bras, et le 10 on applique un séton à la place du premier vésicatoire à la nuque. Dès ce moment, les symptômes se sont sensiblement améliorés; toute trace de suppuration a disparu; la cornée a repris de sa transparence; seulement il reste en dehors encore, et assez rapproché du centre, un épaississement qui fait craindre pour la vue.

Le 14, les faisceaux que nous avons déjà cités existent encore à peu près dans la même disposition que précédemment, et l'on peut craindre qu'il ne soit nécessaire de les exciser un peu à la circonférence. Cependant on attend, et on porte le collyre à 80 centigrammes.

Le 20 septembre, sortie. L'amélioration a marché avec une rapidité surprenante, au point qu'aujourd'hui il ne reste plus qu'un vaisseau (en haut) qui passe sur la cornée, et ce vaisseau est petit. Cette membrane offre à peine quelques taches opalines qui sans doute disparaîtront avec le vaisseau.

Ainsi, après la cautérisation circonférentielle, le vaisseau avait augmenté, ainsi que la phlogose oculaire, puis une réaction heureuse et constante s'est manifestée. — Le séton est encore entretenu.

2e cas de kératite vasculaire. — Guérison.

Une jeune fille de quatorze ans entre dans la salle des ophthalmies le 23 avril 1853 avec une inflammation violente de la cornée datant de trois ou quatre jours seulement. Voici l'état de la malade :

D'un tempérament scrofuleux, mais n'ayant jamais fait de grave maladie, elle croit se rappeler avoir eu l'œil malade il y a plusieurs années, mais ne sait rien de précis à ce sujet. Aujourd'hui l'œil gauche est considérablement enflammé, les paupières rouges et collées le matin, la conjonctive injectée, et la cornée présente quelques traces légères de vascularisation partant de la circonférence. Cette dernière est comme ternie et un peu bleuâtre. En même temps il y a une déformation sensible de la pupille, dont le diamètre transversal est augmenté; mais comme l'iris ne présente pas d'autres altérations, il est évident qu'il y a eu anciennement une iritis, et que la kératite est actuellement toute la maladie.

La photophobie est des plus intenses, la douleur considérable et s'irradiant sur tout le côté de la tête, la fièvre assez forte.

Le premier jour, on prescrit une bouteille de limonade purgative. Usage de l'huile de foie de morue : une cuillerée chaque matin.

Collyre au nitrate d'argent à 20 centigr. de sel pour 30 grammes d'eau. Diète.

Le lendemain et deux jours après, pas d'amélioration; l'état est le même, la douleur persiste. — Même traitement.

Au sixième jour de la maladie, application de 15 sangsues. Un soulagement assez notable se fait remarquer; le collyre dans l'intervalle a été porté à la dose de 60 centigr.; mais, quoique les phénomènes généraux aient diminué d'intensité, l'état de l'œil n'a pas suivi la même marche.

Ainsi les vaisseaux, à peine perceptibles au début sur la cornée, ont augmenté de nombre et de volume, et sont, les premiers jours de mai, distincts en quatre ou cinq faisceaux qui convergent vers le centre de la cornée; cette dernière d'ailleurs est devenue presque opaque dans deux points, l'un en haut et l'autre en dehors.

Le 3 mai, on donne 25 centigr. de calomel, qui n'agit pas beaucoup. Le collyre est porté à 80 centigr. — Régime très léger.

Le 8, le chloroforme permet de constater l'épaississement de la cornée aux endroits précités; sa teinte générale est opaline et sa surface paraît irrégulière. *On cautérise au crayon*, en dehors, la circonférence de la cornée; on applique ensuite des compresses d'eau fraîche sur l'œil pendant la matinée jusqu'à ce que la douleur ait sensiblement diminué, ce qui n'a lieu qu'après deux heures de l'après-midi.

Le 9, l'œil examiné, mais rapidement et sans efforts violents, offre un aspect blanchâtre, comme si toute la cornée allait se fondre.

Pendant trois jours encore, il est impossible de rien dire sur l'issue de cette opacité.

Le 12 ou le 13, un examen plus attentif permet de constater que les vaisseaux ont disparu en grande partie et que la cornée tend à reprendre son aspect normal; les plaques diminuent d'opacité, les vaisseaux d'épaisseur, mais la marche est lente.

A partir de ce jour, le mieux a été plus facile à constater, et le 18 mai la malade était dans un état satisfaisant.

Ces observations sont encore remarquables à d'autres points de vue qu'à celui de la chloroformisation. Elles le sont encore et surtout sous le rapport du succès de la cautérisation énergique et de la teinte opaque que prend la cornée après qu'elle a été cautérisée et qu'elle conserve plusieurs jours, aspect réellement alarmant si ces deux faits ne démontraient pas qu'on peut compter sur le retour d'une parfaite transparence dans la vitre oculaire.

Sur mille à douze cents chloroformisations faites par M. Morel-Lavallée, il n'y a pas eu le moindre accident, pas même l'ombre d'un danger.

HOPITAL BEAUJON. — M. Sandras.

Choléra-morbus. — Mort. — Absence de prodromes et de lésions anatomiques.

Nous avons publié le 6 décembre une observation de choléra mortel dans laquelle de nombreuses lésions anatomiques existaient et constataient l'état appelé par MM. Serres et Nonat *psorentérie*. Nous croyons devoir faire connaître le cas suivant, remarquable par l'absence de lésions de ce genre.

Le 28 novembre, à une heure de la nuit, on apporte à l'hôpital Beaujon le nommé Petit-Jean (Manuel), manœuvre, âgé de dix-neuf ans. Il est couché salle Saint-François, n° 16, service de M. Sandras.

Le dimanche au matin cet homme, qui les jours précédents était dans un état de santé parfaite, est atteint de diarrhée et d'un malaise extrême. Il prend plusieurs verres de vin chaud, et même de l'eau-de-vie. Mais son état ne fait que s'aggraver, et vers midi les vomissements surviennent; les évacuations se succèdent avec une rapidité et une abondance extrêmes. Surviennent bientôt les crampes, la teinte cyanique des mains, le refroidissement des extrémités. A son entrée à l'hôpital, l'état général était des plus graves, le pouls insensible à la radiale.

On eut recours à *des sinapismes fréquemment répétés*, *à des frictions excitantes*. On donna *une potion avec l'éther et le laudanum.*

Le lundi 28 novembre au matin, les extrémités s'étaient réchauffées, et l'on percevait bien faiblement le pouls; mais la voix était éteinte, les crampes persistaient, la cornée était terne, et les évacuations se succédaient, quoique à intervalles plus éloignés. Le malade succomba le soir à huit heures, sans qu'on ait pu obtenir un commencement de réaction franche et légitime. La mort avait lieu trente-six heures après l'invasion des accidents, et sans l'apparition de la diarrhée prodromique.

A l'autopsie, faite trente heures après la mort, on trouve le cœur à l'état normal, mais renfermant une assez grande quantité de sang noir, poisseux, non coagulé, et tout à fait caractéristique.

Les poumons retenus par des adhérences, mais sains du reste.

Le foie fortement congestionné; la vésicule était distendue par une grande quantité de bile.

A l'extérieur, l'intestin n'offrait rien d'extraordinaire; seulement l'S iliaque du côlon était très revenue sur elle-même.

La muqueuse stomacale offre au niveau de la grande courbure des ecchymoses sous-muqueuses au nombre de quatre ou cinq, mais du reste pas d'autre altération.

Dans le duodénum et le jéjunum, la muqueuse offre une couleur rosée, mais non uniforme, et siégeant surtout par plaques. Il y a en outre des arborisations nombreuses et très finement dessinées; les valvules sont comme boursouflées et œdémateuses; en les râclant, on enlève une certaine quantité de mucus visqueux, rougeâtre et adhérent; pas de ramollissement de la muqueuse. Les plaques de Peyer sont en certains points un peu saillantes; mais l'examen le plus attentif ne fait découvrir qu'un seul de ces follicules durs, saillants, qui constituent la psorentérie, et encore est-il peu caractérisé et même révoqué en doute par quelques-uns des assistants.

Dans le cœcum on rencontre, comme dans l'estomac, des ecchymoses sous-muqueuses assez abondantes; du reste tout le gros intestin est parfaitement sain, à part un lombric et quelques tricocéphales. La cavité intestinale contenait une assez grande quantité de liquide tout à fait analogue aux déjections cholériques. M.

QUELQUES RÉFLEXIONS

A propos de la capsule hémorrhoïdaire de M. le docteur Jobert (de Lamballe);

Par M. le docteur BARTHÉLEMY (de Saumur).

C'est le 1er octobre dernier que M. le docteur Jobert (de Lamballe) a fait connaître dans ce journal un nouveau procédé de cautérisation des tumeurs hémorrhoïdales par le caustique de Vienne.

En voyant la capsule hémorrhoïdaire, il m'a de suite semblé qu'elle serait insuffisante dans un grand nombre de cas qui s'offrent chaque jour aux praticiens.

Croyant que quelqu'une de nos sommités chirurgicales allait prendre la plume pour faire cette démonstration à l'honorable M. Jobert, j'ai attendu... ; mais comme personne n'a parlé, je viens le faire, en m'appuyant sur l'expérience que de nombreuses opérations hémorrhoïdaires ont pu me donner.

Je commencerai par une petite digression que le lecteur me pardonnera, j'espère, vu son à-propos. Dans un mémoire sur diverses maladies chirurgicales de l'anus, que j'ai publié en 1844, je disais, en parlant de la fissure :

« M. Jobert (de Lamballe) vient d'appliquer, à Saint-Louis, l'excision aux fissures anales. Après avoir rendu la fissure visible au moyen de tractions faites par des aides, il saisit la muqueuse fissurée avec de petites pinces à dents, la soulève et l'excise à l'aide de ciseaux courbes sur le plat. Il y a loin de cette opération, aussi *simple* que peu *douloureuse*, ajoute le rédacteur de l'article, à celle que conseillait Boyer, c'est-à-dire la section du sphincter anal.

» Je vois avec satisfaction que, comme moi, M. Jobert rejette la section des sphincters, préconisée par Boyer; mais je suis loin de regarder comme *simple* et peu *douloureuse* une opération qui exige que l'on écarte fortement la fissure, qu'on accroche la muqueuse *malade* avec une pince à dents, et qu'on la dissèque dans toute l'étendue qu'offre la fissure elle-même.

» Je dis, au contraire, que cette opération présentera *toujours*, à cause des contractions anales, des difficultés qu'a pu vaincre l'habileté bien connue de M. Jobert, mais qui deviendront insurmontables à d'autres opérateurs.

» Je dis surtout que ce sera éternellement une chose des plus douloureuses que de saisir une muqueuse *enflammée* avec une griffe et de la disséquer dans une certaine étendue.

» Et, tout en admettant les bons résultats du nouveau procédé de M. Jobert, je me demande pourquoi on se donnerait tant de peine, ainsi qu'au malade, quand, par une incision simple et superficielle, on peut convertir la fissure en une plaie nouvelle, régulière et facile à cicatriser. »

Il y a huit ans que ces lignes ont été écrites; et, d'après des informations que j'ai lieu de croire parfaitement exactes, c'est à peine si quelques chirurgiens des hôpitaux ont essayé d'appliquer au traitement des fissures *anciennes* et *calleuses seulement* le procédé d'excision proposé par M. Jobert Les obstacles qu'ils ont eu à surmonter, l'impossibilité qu'ils ont éprouvée d'atteindre la partie supérieure de la fissure dans les cas où elle se prolongeait un peu haut dans l'intestin, et par conséquent l'incertitude des résultats les ont bientôt fait renoncer à une opération qui n'a plus trouvé et ne trouve aujourd'hui d'autres partisans que M. Jobert lui-même.

Je tenais à constater ce fait pour que mes confrères ajoutent quelque créance à mes paroles quand je viens leur annoncer que la capsule hémorrhoïdaire de M. le docteur Jobert aura vraisemblablement le même sort que son procédé d'excision des fissures anales.

En voici les raisons :

La capsule hémorrhoïdaire est d'une application impossible dans les cas où les tumeurs ne sortent pas de l'intestin et où l'on ne peut les attirer au dehors. M. Jobert semble croire que par des tractions faites avec les doigts d'aides intelligents, armés au besoin d'érignes, la chose est toujours possible : c'est une erreur; il est certaines tumeurs hémorrhoïdales à base large, peu saillantes et tellement bien cachées dans la partie élargie du rectum que l'on chercherait vainement à les amener au dehors. En supposant que la contraction des sphincters pût toujours être vaincue, les érignes déchireraient ces tumeurs sans les conduire au point où la capsule pourrait leur être appliquée.

Voici donc une catégorie de tumeurs sur lesquelles ce procédé est tout à fait impraticable :

Les tumeurs hémorrhoïdales peuvent, sous le rapport du volume, être divisées en petites, moyennes et volumineuses. En parlant de ces dernières, il me revient à la mémoire le cas d'un nommé Gibaud, sapeur au 15e régiment de ligne, dont j'étais alors le médecin-major. Cet homme portait depuis vingt ans plusieurs tumeurs hémorrhoïdales qui sortaient à chaque garde-robe entraînant avec elles une notable quantité de muqueuse rectale, si bien que ce malheureux ne satisfaisait jamais au besoin de la défécation sans pousser au dehors une tumeur qui présentait pour le moins le volume du poing. Gibaud ayant été placé, à l'hôpital du Gros-Caillou, dans le service de mon excellent ami M. le baron Larrey, ce dernier voulut par déférence pour un ancien camarade que je m'associasse au traitement. Nous fîmes chacun sur l'une des parties de la tumeur, qui se trouvait bilobée, une application de la pince transversale de M. Amussat. A chaque cautérisation, tous les tissus à la base desquels le caustique de Vienne avait été appliqué se détachèrent sans qu'il y eût le moindre écoulement de sang, et nous obtînmes une complète guérison.

J'ai revu Gibaud un an après cette grave opération, et les résultats satisfaisants n'avaient fait que se consolider.

Eh bien ! je suppose que M. Jobert eût voulu appliquer son nouvel instrument sur cette tumeur : il eût fallu que les deux moitiés de sa capsule fussent quatre ou cinq fois plus grandes que celle qu'il nous a présentée, et qu'en se rapprochant elles formassent une concavité de la grandeur et de la profondeur d'une large tasse à thé ; il eût fallu aussi qu'il appliquât une quantité considérable de caustique de Vienne, et, chose que l'on aura quelque peine à comprendre, il ne serait pas parvenu à brûler complétement du premier coup cette volumineuse tumeur. Voici en effet ce qui arrive dans ces cas-là :

Quand le caustique de Vienne a mis à nu le lacis de vaisseaux qui constitue les tumeurs hémorrhoïdales, le sang coule avec une certaine abondance et se mêle au caustique en fusion ; il en résulte une couche épaisse d'une espèce de bouillie rougeâtre au-dessous de laquelle les couches superficielles du caustique ne peuvent plus agir. En sorte qu'il faudrait en faire deux ou trois applications successives pour détruire entièrement une tumeur comme celle que je viens de citer. L'observation rapportée par l'interne de M. Jobert vient du reste à l'appui de ce que j'avance : j'y vois, en effet, qu'un bourrelet hémorrhoïdal, attaqué le 15 septembre avec la capsule, dut subir une nouvelle cautérisation le 19, et que, lorsque toutes les eschares furent détachées, il restait une saillie rosée d'environ 4 millimètres d'élévation.

Ce qui prouve que, lorsqu'il s'agit de grosses tumeurs, la capsule hémorrhoïdaire est loin d'être d'un usage avantageux. Elle réussirait mieux, j'en conviens, sur des tumeurs moyennes ou petites; mais pour ces cas, comme pour les grosses tumeurs hémorrhoïdales, le procédé de M. Amussat est évidemment préférable. En se servant des pinces de cet habile chirurgien, on ne porte le caustique que sur le pédicule ou la base des tumeurs, ce qui est bien plus rationnel et surtout moins douloureux que de les brûler en totalité.

Qu'il me soit permis, à propos du procédé de M. Amussat, d'adresser un reproche au rapporteur de l'observation de M. Jobert. Comment se fait-il qu'en en parlant il se borne à ces mots : *On avait même inventé des gouttières à l'aide desquelles on ne mettait la pâte de Vienne en contact qu'avec le pourtour du bourrelet.*

Ne semblerait-il pas qu'il s'agit d'une chose surannée, de l'un de ces procédés anciens sur lesquels le temps et l'oubli ont passé ? et cependant le rapporteur et M. Jobert surtout savent très bien que le procédé de M. Amussat est au contraire plein de vie, qu'il est peu de chirurgiens tant soit peu répandus à Paris qui ne s'en soient servis. Je l'ai, pour mon compte, mis quinze fois en usage, et toujours avec succès.

Il était donc convenable qu'au lieu de se borner à une citation oblique, on abordât franchement le procédé en question. Quand on s'occupe de belle et bonne chirurgie, le nom de l'honorable M. Amussat arrive tout naturellement à l'esprit, et chaque fois qu'il sera question de l'application du caustique de Vienne aux hémorrhoïdes, il y aura déni de justice à ne pas le citer.

Un dernier mot : On a dit en commençant l'article en question qu'il ne reste plus que deux méthodes de traitement pour les hémorrhoïdes, la cautérisation et l'excision. A mon avis, il n'en reste qu'une, la cautérisation, faite soit avec le fer rouge, soit avec le caustique de Vienne. Quelque habiles que puissent paraître les modifications apportées en 1839 à l'extirpation en masse des tumeurs hémorrhoïdales par M. le docteur Jobert, modifications qui consistent à couper à petits coups en dédolant et à lier tous les vaisseaux immédiatement ; quelque séduisantes que soient ces spéculations bien plus théoriques que pratiques, l'expérience démontre que, lorsque l'on porte le bistouri sur ces tumeurs, l'hémorrhagie et la phlébite sont toujours fort à redouter.

J'ai vu enlever à un capitaine des chasseurs de Vincennes une tumeur hémorrhoïdale par un chirurgien militaire qui manie l'instrument tranchant avec une prestesse rivale de celle de M. le docteur Jobert. Il suivit de point en point le mode d'excision indiqué par ce praticien ; chaque vaisseau artériel ou veineux qui donnait du sang fut lié à l'instant même, ce qui n'empêcha pas une hémorrhagie foudroyante de survenir vers les cinq heures du soir et de mettre le malade à deux doigts de sa perte.

Cette juste appréhension de l'hémorrhagie a de tout temps vivement préoccupé les opérateurs. L'homme de génie, le grand chirurgien qui a trôné avant M. Jobert (de Lamballe) dans le fauteuil de l'Hôtel-Dieu, Dupuytren, que de graves revers avaient rendu plus que circonspect à propos de l'ablation par le bistouri des tumeurs hémorrhoïdales, ne pratiquait jamais, vers la fin de sa carrière, une de ces opérations sans avoir comme adjuvant *indispensable* de l'instrument tranchant un fer rougi à blanc.

Mais alors l'extirpation d'une tumeur hémorrhoïdale devenait une opération aussi compliquée que cruelle.

Je me résume en disant :

1° Que l'idée qu'a eue dans le temps M. Jobert d'exciser les fissures anales n'a pas été heureuse, comme le temps l'a démontré ;

2° Qu'il y a tout lieu de croire qu'en proposant la capsule hémorrhoïdaire il n'a pas été mieux inspiré ;

3° Que l'excision des tumeurs hémorrhoïdales qu'il pratique encore quelquefois, malgré les modifications qu'il y a apportées, a toujours été et sera toujours un acte de témérité d'autant moins excusable que, par le procédé de M. Amussat bien manié, il n'est pas de tumeur hémorrhoïdale dont on ne puisse avoir raison presque sans inconvénients.

BARTHÉLEMY.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 30 novembre 1853. — Présidence de M. DENONVILLIERS.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. CHASSAIGNAC présente un malade auquel il a pratiqué une injection de perchlorure de fer dans des varices de la saphène interne. Il est facile de constater que le paquet variqueux, situé un peu au-dessus du genou, est rempli par un caillot dur qui remonte dans l'étendue de 18 centimètres à l'intérieur de la veine. Une légère phlogose s'est manifestée deux jours après cette opération ; mais le malade n'a éprouvé aucun accident. M. Chassaignac s'est servi de 16 gouttes de solution, car il pense qu'avec de trop petites doses la résorption du caillot s'opère trop facilement.

M. GIRALDÈS s'élève contre cette dernière opinion formulée par M. Chassaignac, et il rappelle à cet égard plusieurs observations qui lui sont propres. Ainsi, chez un malade, il a injecté pour des varices 5 gouttes de perchlorure de fer ; la coagulation s'est faite immédiatement et se maintient depuis un mois. Chez une femme, 4 gouttes ont suffi pour amener la coagulation. Enfin, chez un troisième malade, M. Giraldès n'a employé que 3 gouttes. Ces injections à petites doses produisent une coagulation immédiate ; puis, au bout de deux ou trois jours, il s'établit une légère phlogose et l'induration est complète.

M. DEBOUT fait remarquer que M. Desgranges (de Lyon) a déjà recommandé 3 ou 4 gouttes de solution, et il rappelle l'agrandissement du caillot signalé par M. Valette lorsque la dose de perchlorure est trop considérable. Il est très urgent de proclamer que les petites doses de solution de perchlorure suffisent pour ces opérations.

M. MOREL-LAVALLÉE admet l'oblitération des veines par un caillot ; mais il se demande quel sera le résultat définitif de ces oblitérations artificielles. Quand l'on a vu la circulation veineuse se rétablir à la suite de la ligature des veines, l'on est en droit de craindre la réapparition des varices après les injections coagulantes.

M. CHASSAIGNAC répond qu'il croit ces oblitérations veineuses temporaires ; mais l'innocuité probable de cette injection permettrait peut-être à un malade de faire répéter ces injections à plusieurs intervalles de temps éloignés.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

1° L'envoi d'un mémoire de M. le docteur Guisard, ancien chirurgien de l'hôpital de Guéret. Ce travail a pour titre : *Sur un accouchement dans lequel l'enfant et le placenta ont été expulsés dans la cavité abdominale par suite d'une antéversion et de la rupture du plancher abdominal.* — Ce mémoire est renvoyé à l'examen de M. Lenoir.

M. le docteur Guisard joint à ce travail un exemplaire de son *Mémoire sur l'opération césarienne*, inséré dans les *Mémoires de l'Académie de médecine.*

2° M. le docteur Scrive, médecin principal de 2e classe, chef du service médical de l'hôpital militaire de Tlemcen, envoie une observation intitulée *Coup de feu à bout portant ayant désorganisé la presque totalité de la main gauche; ablation de tout le carpe, des quatre derniers métacarpiens et des doigts correspondants ; conservation du pouce et de son métacarpien; guérison.*

LECTURES.

M. le docteur FANO, prosecteur de la Faculté, lit un travail intitulé *Observation d'hydrocèle de la tunique vaginale des deux côtés remontant jusque dans l'intérieur de la cavité abdominale à travers le canal inguinal.* — Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Denonvilliers, Marjolin et Chassaignac.

— M. ROBERT termine la lecture de son rapport sur les accidents produits par le chloroforme.

La Société décide que ce rapport, aussitôt après son impression, sera distribué.

La discussion des conclusions aura lieu dans la séance du 14 décembre.

— La Société se forme en comité secret à cinq heures.

Le vice-secrétaire de la Société : E. FOLLIN.

CHOLÉRA DE LONDRES.

Semaine du 26 novembre au 3 décembre. — Rapport officiel.

Mortalité générale. 1,414

— due au choléra. 28

Le baromètre s'est tenu à une hauteur moyenne de 29 p. 9/10. = 75,19 centim.

Le thermomètre à 40° Fahr. = 4°,4 centigr.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Ainsi que nous l'avions prévu et annoncé, et conformément au vote émis par la Faculté elle-même, un décret inséré aujourd'hui dans le *Moniteur*, et rendu sur le rapport de M. le ministre de l'instruction publique, supprime la chaire de chimie médicale en ces termes :

Art. 1er. La chaire de chimie médicale de la Faculté de médecine de Paris est et demeure supprimée.

Une chaire de pharmacie est créée à ladite Faculté.

Art. 2. La chaire de chimie organique de la même Faculté prendra à l'avenir le titre de chaire de chimie organique et de chimie minérale.

Art. 3. M. Soubeiran, docteur en médecine, professeur à l'école supérieure de pharmacie de Paris, membre de l'Académie de médecine, est nommé professeur de pharmacie à la Faculté de médecine de Paris (fonctions nouvelles).

Art. 4. Notre ministre secrétaire d'Etat au département de l'instruction publique et des cultes est chargé de l'exécution du présent décret.

— Les épreuves orales du concours pour la nomination de chef des travaux anatomiques ont commencé hier lundi à quatre heures.

Le Gérant, Le Soued.

Paris. — Typographie de PLON frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 148. — JEUDI 15 DÉCEMBRE 1853. (26e ANNEE.) N° 148. — JEUDI 15 DÉCEMBRE 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40; EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, 40, rue des Saints-Pères, en face de l'Académie de médecine.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris ou en mandats de poste.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Les lettres et paquets non affranchis sont rigoureusement refusés.

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, ITALIE MÉRIDIONALE, SUISSE.	Trois mois. . . . 8 fr. 50 c. Six mois. . . . 16 » Un an. . . . . 30 »	
GRÈCE, HOLLANDE, PIÉMONT, SARDAIGNE, SAVOIE, TURQUIE, AMÉRIQUE ET COLONIES.	Trois mois. . . . . 9 fr. Six mois. . . . . 17 Un an. 33	
ESPAGNE, PORTUGAL, TOSCANE, GIBRALTAR.	Trois mois. . . . . 10 fr. Six mois. . . . . . 20 Un an. 38	

Le prix des abonnements expédiés par la voie d'Angleterre est de 45 francs.

PARIS, LE 14 DÉCEMBRE 1853.

Séances des Académies.

La place nous manque tellement aujourd'hui, que nous nous contenterons d'indiquer les sujets qui ont fourni matière aux communications académiques.

A l'Académie de médecine, les communications relatives au traitement du choléra commencent à arriver en masse. Peut-être est-ce pour nous donner la patience d'attendre le rapport de la commission; mais, soit dit sans jeter aucun blâme sur les auteurs des nouvelles panacées, nous aimerions mieux le rapport.

L'Académie des sciences n'attend pas de rapport, et pourtant les communications sur ce sujet commencent aussi à y arriver. Un prix de 100,000 fr. est si séduisant !

A l'Académie de médecine, M. Pétrequin a adressé la relation d'un fait d'anévrisme de la sous-clavière traité par une méthode mixte : la méthode de Brasdor et les injections de perchlorure. Nous renvoyons nos lecteurs au compte rendu de cette communication, qu'il est assez difficile d'apprécier de prime abord et sur un seul fait.

Des succès dans l'élève des sangsues mériteront sans doute une médaille à l'auteur, M. Borne. Ce sera bien fait, car la chose est utile.

Nous ne ferons que mentionner la nouvelle communication faite à l'Académie des sciences par M. Virchow sur une substance animale analogue à la cellulose végétale, et deux réclamations adressées à l'Académie de médecine par M. Burin-Dubuisson sur son perchlorure, et par M. Bonnafont sur un instrument qui aurait de l'analogie avec l'urétroscope de M. Desormeaux, et qu'il aurait employé depuis longtemps pour l'examen du conduit auditif.

Nous renvoyons au prochain numéro une note de M. L. Boyer sur un nouveau bandage inguinal dont l'idée appartient à Foulloy.

Enfin, M. Bricheteau a lu un rapport que nous sommes forcé aussi de renvoyer au prochain numéro.

Depuis notre dernier bulletin du choléra, la proportion des invasions nouvelles a encore augmenté. De 30 par jour où s'étaient élevés en moyenne les cas nouveaux (du 4 au 8 décembre), ils se sont élevés pour les quatre jours suivants (du 8 au 12) à une moyenne de 38 : augmentation dans la moyenne de 8 par jour.

Voici quels sont les chiffres relevés pour les journées du 8, du 9, du 10 et du 11 :

Le 8 décembre. . . . . 35 cas.
9 — 45
10 — 47
11 — 25

Quant à la proportion des invasions sur place, par rapport aux admissions du dehors, elle continue à baisser relativement. Ainsi, sur le nombre total de 152 cas pour les quatre jours sus-indiqués, les cas déclarés à l'intérieur des hôpitaux ne figurent que pour moins d'un tiers (45 sur 152. — 107 venus du dehors).

Le chiffre des décès dans les hôpitaux, pour ces quatre mêmes jours, s'est élevé à 59 : augmentation de 7 sur le chiffre des décès correspondant aux quatre jours précédents (52).

— A la Pitié, le 13 décembre, au matin, il y avait eu :

Admissions et pris dans les salles, 74 : hommes, 35; femmes, 39.
Décès, 31 : hommes, 16; femmes, 15.
Sorties, 10 : hommes, 5; femmes, 5.
Restent 33 : hommes, 14; femmes, 19.

Quant au chiffre total des décès déclarés aux mairies et dans la banlieue, il s'élevait, le 7 décembre, à 385.

Au prochain numéro des détails plus circonstanciés sur les hôpitaux.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. GENDRIN.

Leçons sur le choléra-morbus (1).

(Troisième article.)

Diagnostic. — Le diagnostic du choléra se trouve implicitement exposé dans l'histoire détaillée des symptômes de cette maladie. Toutefois il est quelques affections qui se rapprochent du choléra-morbus au point d'avoir pu donner naissance à plusieurs opinions dogmatiques au moment de la première apparition du fléau.

Il y a eu des médecins à Paris, en 1832, et à l'étranger, dans les épidémies qui ont précédé, qui ont pensé que le choléra n'était pas autre chose qu'une forme de la fièvre pernicieuse cholérique. Nous allons dire à quels signes on distingue ces deux affections.

La fièvre pernicieuse cholérique a un caractère indépendant des accidents cholériques eux-mêmes : c'est leur périodicité; tandis que dans le choléra-morbus simple ils sont continus, et quand il a franchi les différents intervalles souvent peu appréciables qui séparent les diverses périodes, on ne voit pas la maladie recommencer, se reproduire comme dans la fièvre intermittente pernicieuse cholérique.

Cette dernière est, du reste, une maladie peu commune; elle existe cependant; il y en a des observations; et vous pourrez peut-être en voir qui se présenteront avec la forme épidémique. Dans des observations recueillies par P. Franck à la clinique de Pavie, on trouve la preuve que les accidents du choléra, le flux abdominal muqueux, les évacuations séreuses de l'estomac, peuvent se produire avec intermittence et se joindre aux stades de fièvre, de chaleur et de sueur qui révèlent presque constamment les accidents de la fièvre intermittente. Les accidents cholériques simples sont constants, et on ne peut facilement confondre ces deux affections.

Le choléra-morbus épidémique ne peut être confondu avec ces choléras passagers qu'on observe sous leur forme la plus habituelle dans l'exercice de la médecine de nos contrées. Ce n'est pas qu'on ne rencontre des sujets affectés de la diarrhée séreuse tenant en suspension des grumeaux analogues à des grains de riz ou d'orge crevés, ce n'est pas qu'on ne les voie se reproduire avec assez d'intensité pour amener de la faiblesse dans les membres, du refroidissement des extrémités; mais jamais ils ne se présentent avec ces accidents élevés jusqu'à amener ce cortége de symptômes pernicieux qui brisent rapidement les forces, suspendent la circulation dans les extrémités et constituent les diverses périodes par leur apparition successive.

Je n'attache d'importance aux distinctions diagnostiques que pour celles qui portent sur le moyen de détruire la confusion entre les diarrhées prodromiques et les diarrhées de toute autre nature; car la médication doit être tout autre, selon qu'on a affaire à l'une ou à l'autre.

Pour la diarrhée prémonitoire, elle est toujours muqueuse, c'est-à-dire formée par du liquide séro-muqueux, filant, collant aux doigts, et tenant en suspension des détritus soit d'albumine coagulée, soit d'épithélium de la muqueuse intestinale, qu'on ne doit pas confondre avec les déjections de sérosité qu'on observe dans le choléra confirmé, mais qui déjà s'en rapproche assez sensiblement. Cette diarrhée arrive presque sans douleur, ou du moins, s'il se produit quelques douleurs tormineuses, elles sont si fugaces que les malades n'accusent pas, en général, vers le ventre de sensation pénible. Il se produit en même temps une sensation de débilité et de lassitude dans les membres, une sensation de constriction autour des articulations, surtout des articulations inférieures, de la douleur de tête et quelques vertiges fugaces. Telle est la diarrhée qui doit conduire au choléra confirmé si on n'en arrête pas les progrès par une méthode rationnelle de traitement.

Toutes les fois qu'un sujet se présente avec une diarrhée constituée surtout par des matières fécales plus ou moins ramollies, ayant une odeur puante et mélangée de liquide verdâtre, quand le malade éprouve de vives douleurs tormineuses, s'il a du ténesme et des épreintes dans l'acte de la défécation, si les évacuations alvines sont mêlées de râclures de boyaux ou de liquide ressemblant à de la lavure de chair, on n'a pas à redouter le choléra-morbus. Jamais la diarrhée prémonitoire ne présente ces caractères; elle se présente moins encore avec douleur, tension dans le ventre, élévation de la température des parois de l'abdomen et avec de la réaction fébrile, comme dans les catarrhes intestinaux et les entérites proprement dites.

Quant aux autres maladies contenues dans le cadre nosologique, je n'en vois aucune qui puisse être confondue avec le choléra; en sorte que le diagnostic est, pour nous au moins, un point de pathologie très tranché, très net et qui ne peut donner lieu à aucune hésitation.

Pronostic. — On conçoit facilement, après l'énoncé des symptômes du choléra, que le pronostic de cette affection est toujours très grave, puisqu'en définitive, en prenant en masse tous les sujets atteints, le nombre des morts dépasse la moitié des malades; en sorte que le choléra-morbus peut être présenté comme une maladie faisant périr la moitié au moins de ceux qu'elle atteint.

Il s'en faut que la proportion des morts soit aussi forte dans la pratique civile, où l'on rencontre le plus souvent des personnes pouvant se faire donner tous les secours nécessaires; en général, dans ces circonstances, on ne perd pas la moitié des malades. Mais il faut tenir compte des malades des hôpitaux recrutés dans la classe pauvre, où l'on est habitué à ne pas tenir grand compte des indispositions qui ne forcent pas le sujet à s'arrêter complétement, quoique graves, puisqu'elles sont précurseurs du choléra-morbus.

Nous disons que, par la médication convenable appliquée à des individus placés dans les conditions hygiéniques ordinaires, et appliquée à temps, il s'en faut de beaucoup qu'on perde le nombre de malades mentionné dans les statistiques; cependant il en est chez lesquels la maladie marche si vite et les périodes se succèdent si rapidement qu'aucune médication ne peut en enrayer la marche.

Les choléras qui surviennent après une diarrhée longtemps prolongée sont, toutes choses égales d'ailleurs, plus graves, et la guérison s'obtiendra plus facilement chez les malades qui n'ont eu des prodromes diarrhéiques ou vertigineux que pendant un jour ou deux, que chez ceux qui pendant des semaines entières ont eu des diarrhées, allant et venant avec courbature, prostration; ils sont épuisés quand la maladie vient à les frapper, et leur organisme ayant profondément souffert à la suite de ces déperditions, ils marchent rapidement et promptement à la période asphyxique, qui est sans ressources.

Pour le pronostic général à porter sur le choléra, il faut tenir compte de l'état de l'organisme du sujet affecté. Comme il survient chez beaucoup de sujets ayant des maladies chroniques, surtout chez les phthisiques, il se lie à cet état de maladie antérieure qui augmente sa gravité, et les malades résistent d'autant moins que leur organisme est plus profondément détérioré.

Parmi les symptômes, il en est qui impriment à la maladie, dès son début, un caractère plus fâcheux : quand les crampes sont nombreuses et très violentes, les forces sont plus rapidement brisées, et les malades marchent plus rapidement et plus sûrement à une terminaison funeste.

Dans la marche du choléra, la période de réaction est la plus importante; c'est par elle qu'on peut dire que le malade retourne à l'état de santé. Quand la réaction s'établit imparfaitement, si le malade reste avec de la fièvre, de la chaleur à la peau et du refroidissement des extrémités; si on le voit successivement en proie, d'heure en heure, par exemple, à du frisson; s'il passe de la cyanose à la chaleur; s'il présente des alternatives de la maladie franche et de la réaction, la marche sera fâcheuse : ces accidents se répéteront un grand nombre de fois, et il se manifestera rapidement de la métastase cérébrale qui conduit inévitablement à la mort. Quand on n'a pas vu de grandes épidémies de choléra, on se fait difficilement idée du grand nombre de malades qui meurent pendant la période de réaction, surtout à forme comateuse.

Relativement aux âges, au sexe et aux conditions physiques des sujets, il y a des circonstances à noter pour établir le pronostic. Dans les épidémies cholériques qui ont régné sur différents points, de 1830 à 1833, on a remarqué, et c'est une circonstance assez singulière, qu'il a été plus fâcheux chez les femmes que chez les hommes; il en a été de même pendant l'épidémie de 1849, et, pour notre compte, nous avons vu, dans les relevés de cette année-là sur l'hôpital de la Pitié, que le même fait s'est reproduit, et qu'il y avait eu plus de terminaisons funestes chez les femmes que chez les hommes.

Chez les jeunes enfants, surtout chez les enfants à la mamelle, le choléra se termine d'une manière funeste et très rapidement; la réaction chez eux est très difficile à déterminer. Chez les indi-

(1) Voir les numéros des 10 et 13 décembre.

vidus avancés en âge, la maladie est également mortelle dans la presque totalité des cas.

C'est surtout entre l'âge de la puberté et l'âge de trente ans que le nombre des morts est moins grand relativement à celui des malades. Dans cet âge en effet, qui est celui de la stabilité des fonctions, les conditions organiques sont plus favorables pour résister aux influences morbigènes et aux accidents continus de la maladie elle-même.

Etiologie. — La recherche de l'étiologie dans cette maladie, comme dans bien d'autres, ne peut pas porter, pour des gens raisonnables au moins, sur la cause intime et occulte qui produit le choléra. Cette cause, qui agit sur les populations d'une contrée et se transporte sans que nous sachions pourquoi ni comment, est une de celles sur lesquelles nous n'avons pas de données; elle rentre dans la cause inappréciable qu'Hippocrate appelait Τὸθεῖον, ou influence divine et surnaturelle. Il n'est pas dans la science une seule donnée acceptable qui fasse connaître ou qui mette sur la voie de la cause occulte de cette maladie, pas plus que de celle de l'influence ou grippe qui parcourt l'Europe, ou de presque toutes les maladies épidémiques.

Vous comprenez qu'il ne convient pas à des médecins philosophes d'aller faire des recherches sur toutes les hypothèses déraisonnables qui ont été apportées pour la connaissance de cette cause: ne citons que celle des animalcules répandus dans l'air, et qui engendreraient la maladie; de pareilles billevesées ne sont bonnes que pour les niais.

Il est des causes dont l'influence ne peut être niée. Si vous prenez toutes les histoires des épidémies de choléra, depuis celle qui régna sur la côte de Coromandel en 1774 jusqu'à celle que nous observons de nos jours, vous voyez qu'il en résulte des faits dont il faut tenir compte dans l'étiologie de cette maladie.

Toutes les fois qu'il y aura quelque part une agglomération d'hommes, si le choléra vient à y sévir, il ira plus activement parmi eux que parmi ceux qui sont disséminés sur une grande surface, et là où il a de la tendance à se développer, il éclate par cette seule circonstance de l'agglomération d'hommes. Ainsi, Curty raconte qu'en 1715 les Indiens s'étant réunis au nombre d'un à deux millions pour une cérémonie religieuse qui se célèbre tous les douze ans, le choléra éclata parmi eux et en fit périr environ vingt mille en sept jours, tandis que les villages voisins n'en furent pas atteints. Ils se disséminèrent après avoir terminé leur cérémonie, et le choléra disparut. Les Anglais ayant aggloméré des corps de troupes considérables pour des manœuvres militaires, le choléra sévit avec violence sur ces troupes tant qu'elles furent réunies, et aussitôt qu'elles furent disséminées il disparut. Remarquez toutefois que ces faits avaient lieu dans un pays où il est endémique, puisque tous les ans il y règne avec une intensité variable.

En 1831, il régnait en Pologne pendant la guerre de l'insurrection, et fut particulièrement concentré dans les corps de troupes, et surtout dans ceux qui étaient placés dans les lieux humides et marécageux ou sur le bord des fleuves.

Constamment dans les épidémies d'Europe il fut plus intense dans les lieux situés près des cours d'eau. Ainsi en 1831, à Berlin, il se circonscrivit dans les quartiers situés sur les bords du canal de la Sprée, et en 1832 les quartiers de Paris les plus fortement atteints furent ceux qui se rapprochaient des cours d'eau. Ce quartier-ci, par exemple, qui est sur le cours de la Bièvre; le faubourg Saint-Germain, construit sur un cours d'eau souterrain, furent les plus gravement atteints. L'hospice de la Salpêtrière, à cheval pour ainsi dire sur la Bièvre, fut gravement frappé en 1832, et surtout en 1849. Nous ne savons ce qui se passe maintenant dans cet hospice, mais ce que nous pouvons dire, c'est que presque tous les malades qui nous arrivent demeurent sur le cours de la Bièvre. La rue Poliveau, qui se trouve si bien dans ces conditions, fut presque dépeuplée dans l'épidémie de 1849.

On a vu le choléra régner dans des pays éloignés des cours d'eau et y sévir avec violence, mais il est en général plus intense, fait plus de victimes dans le cas contraire, et frappe plus particulièrement sur les populations habitant les lieux humides et les terres glaises, sous lesquelles se forment naturellement des nappes d'eau. Il est incontestable qu'il y a des localités qui sont dans ces conditions et qui ont été épargnées; ainsi la ville de Lyon, en 1832 et 1849, jouit d'une immunité complète, et cependant elle est placée sur le cours de deux rivières, et fréquemment une portion de la ville est inondée par les débordements. On ne peut se rendre compte de ces exceptions, mais on ne peut nier que le choléra se montre dans les lieux humides avec une sorte de prédilection.

Les causes générales ne le font pas naître spontanément dans nos climats; il a fallu qu'il arrive chez nous par un acheminement progressif depuis l'Inde jusque dans notre pays: les causes d'agglomération seules ne peuvent produire cette maladie; il faut constamment qu'il s'y ajoute cette cause générique qui depuis 1817 parcourt le globe dans tous les sens.

Il faut le concours de circonstances multiples pour produire le choléra, et elles peuvent devenir saillantes dans l'organisme des sujets dans les conditions que je vais vous indiquer. Toutes les fois que le choléra s'était produit dans un lieu resserré sur un certain nombre d'individus, ceux qui approchaient ces individus devenaient plus aptes à le contracter. Les uns ont vu là la contagion toute simple, d'autres ont voulu y voir une influence morale donnant une prédisposition à la maladie cholérique, quand toutefois l'influence épidémique existait.

Il n'est pas impossible, en effet, que le développement de cette maladie sur un nombre plus ou moins considérable de sujets, dont quelques-uns vous sont attachés par des liens de famille ou d'affection, exerce une impression morale assez grande pour vous mettre dans des conditions prédisposantes à la maladie, car on a vu que l'on contractait plus facilement une affection quelconque quand on est dans un état de débilité, et il n'est pas de cause débilitante qui atteigne l'organisme plus énergiquement que la terreur ou les passions tristes, le chagrin surtout.

Cependant, à côté de ces faits, il en est d'autres qui montrent qu'il y a des causes différentes de la terreur ou du chagrin pouvant produire le même résultat. Ainsi, le choléra ne règne pas dans une salle d'hôpital; si on y apporte un malade, il est rare qu'il ne s'en manifeste pas aussitôt quelques-uns; c'est ce qui arrive journellement dans tous les hôpitaux: il est difficile d'admettre que la présence de ce malade exerce une assez grande terreur sur les autres malades de la salle pour faire éclater le choléra parmi eux.

Il est d'autres observations recueillies en Allemagne et en France qui tendent à admettre une influence contagieuse. Ainsi, en 1849, le choléra fut transporté loin de Paris par des nourrices, qui en rentrant dans leurs familles l'avaient apporté dans la maison, communiqué à leurs maris et aux autres personnes qui les approchaient, et M. Brochard, un de mes anciens élèves, a fait une description de choléra-morbus apporté à Nogent-le-Rotrou par des nourrices et qui n'a pas quitté le point qu'il avait envahi; il ne sévit pas épidémiquement dans la ville, mais gagna, en se propageant de maison en maison, à mesure que les contacts se faisaient.

Dans la monographie du choléra que nous avons fait paraître en 1832, nous étions encore au commencement de l'épidémie, et nous ne pouvions guère voir que l'influence épidémique: aussi étions-nous presque porté à éloigner la contagion comme possible; mais dans la deuxième période, nous étant un instant éloigné de Paris, nous avons eu à observer un malade qui arriva dans un village isolé du plateau de la Beauce, et dans ce village la maladie se communiqua à 17 sujets, contractée qu'elle avait été par contact d'individu à individu.

On ne peut admettre que toutes ces causes énoncées plus haut suffisent pour produire une maladie aussi spéciale et avec des formes aussi insolites dans les diverses contrées du globe où elle se produit: elle a donc évidemment pour origine première l'influence épidémique, qui, comme nous l'avons vu plus haut, est constituée par un principe qui nous échappe complètement.

Je touche en passant le point important du choléra, c'est-à-dire cette forme identique et toujours la même qu'on retrouve dans tous les pays et dans toutes les descriptions, depuis celles qu'on trouve dans les anciens livres des Indiens jusqu'à celles que nous possédons. Il présente les mêmes caractères, les mêmes symptômes; c'est certainement la maladie la plus invariable qui existe, et elle se rapporte évidemment à une cause spécifique. C'est là la seule hypothèse qui rende compte d'un état pathologique conservant un aspect si identique dans quelque lieu et dans quelque temps qu'on l'observe.

Ces causes accessoires du choléra-morbus sont d'une grande importance, car elles servent à trouver les indications de l'hygiène à instituer pour les individus et les populations, afin de prévenir non pas le développement, ce qui est impossible, mais au moins les ravages exagérés des épidémies.

CLINIQUE DE LA VILLE. — M. JOBERT (de Lamballe).

Fistule vésico-vaginale datant de vingt-quatre ans. — Gangrène. Perte de substance. — Autoplastie par glissement. — Guérison prompte.

Si, de nos jours, on a droit de s'étonner de la difficulté avec laquelle de tout temps les grandes découvertes industrielles, scientifiques ou morales sont parvenues à être adoptées dans l'intérêt de la société; s'il est curieux de constater les obstacles qu'il a fallu surmonter pour vaincre l'obstination routinière ou apathique des contemporains, il est bien plus extraordinaire encore de voir ignorer si longtemps ou méconnaître l'utilité pratique d'une application chirurgicale nouvelle.

Les premières, en effet, se trouvent souvent placées dans des circonstances particulières qui nuisent soit à leur appréciation exacte, soit à leur propagation.

Tout le monde ne possède pas une instruction suffisante pour juger sainement la valeur abstraite d'une idée scientifique; et quant aux découvertes industrielles, elles ne peuvent, en général, être appréciées que par leur mise en pratique. Or, cette application exige souvent des matériaux que l'on ne peut pas toujours se procurer, des capitaux que l'on n'a pas toujours à sa disposition. Toutes ces circonstances défavorables, si elles n'excusent pas, donnent au moins l'explication du peu d'empressement que le public défiant, ignorant ou craintif, met à les adopter. Il n'en est pas de même des découvertes chirurgicales; leur application est immédiate et le succès rend leur utilité incontestable, évidente pour tout le monde. Ici tout se réduit à la constatation d'un fait dont la vérification est toujours facile; et cependant, chose triste à dire, malgré toutes ces conditions favorables, ces vérités n'arrivent à être connues et reconnues qu'après un temps souvent très long.

Mais ce n'est pas seulement triste, c'est, de plus, malheureux; ainsi, la malade dont nous allons rapporter l'observation, et qui était affectée d'une fistule vésico-vaginale, a vécu misérablement dans son pays pendant vingt-quatre ans avec sa dégoûtante infirmité; et à Paris, grâce à l'ingénieuse méthode autoplastique de M. Jobert (de Lamballe), quelques jours ont suffi pour l'en débarrasser. Voilà déjà huit ans passés que l'habile chirurgien de l'Hôtel-Dieu obtient, à l'aide de sa méthode, les succès les plus éclatants, et cependant elle est encore ignorée du plus grand nombre des praticiens de province. Il ne nous appartient pas, assurément, de convaincre ceux qui ne veulent pas être convaincus; mais nous regardons comme un devoir de rendre publics les faits qui arrivent à notre connaissance, et qui sont destinés à propager, autant que possible, une vérité que nous regardons comme profitable et utile.

Mme L..., âgée de cinquante ans, est affectée d'une fistule vésico-vaginale depuis vingt-quatre ans. Cette dame, qui habite un des départements du midi de la France, paraît douée d'une constitution robuste; cependant elle n'a jamais joui d'une bonne santé. C'est ainsi qu'elle a eu dans son enfance une affection des yeux, et plus tard d'autres maladies qui l'ont forcée de suivre constamment un traitement. Du reste, elle n'a jamais eu d'engorgement ganglionnaire, et ne porte sous la mâchoire inférieure aucune cicatrice qui soit de nature à révéler l'existence antérieure d'une diathèse scrofuleuse quelconque.

A l'âge de dix-huit ans, la fonction menstruelle s'établit sans difficulté et sans apporter aucun dérangement notable dans l'état ordinaire de la santé, et cependant elle fut toujours très irrégulière dans sa manifestation.

Mariée à vingt-six ans, Mme L... devint enceinte après quatre mois de ménage. Cette première grossesse, qui ne présenta rien de particulier, et pendant toute la durée de laquelle la santé parut plutôt améliorée, arriva à son terme normal sans qu'on ait eu à signaler le moindre accident ni même la plus petite indisposition. L'accouchement ne se passa pas aussi régulièrement. Commencé le mardi par des douleurs peu vives, le travail continua ainsi pendant plusieurs jours sans que la sage-femme qui assistait notre malade prescrivît rien qui fût de nature à augmenter l'intensité des douleurs; malgré cela, dès le vendredi l'enfant était arrivé à l'entrée de la vulve; mais comme il n'avançait pas davantage et qu'il était à craindre qu'il mourût avant de venir au jour, il reçut le sacrement du baptême. Bien que le lendemain samedi, Mme L... perçût distinctement les mouvements qu'il exécutait, la précaution ne fut pas inutile; car lorsque l'accouchement fut terminé, le dimanche, l'enfant était mort. Il était extrêmement volumineux; c'est tout ce que se rappelle la malade, dont la mémoire infidèle ne lui permet pas de nous donner les détails de tout ce que l'on a fait et de ce qui s'est passé dans les dernières heures qui précédèrent son extraction. Quant à la délivrance, elle fut opérée de suite et sans aucune difficulté.

Les suites de couches n'offrirent rien qui fût digne d'être noté, et au bout de quinze jours Mme L..., complétement rétablie, était en état de sortir.

Jusque-là la malade avait toujours parfaitement uriné seule, et jamais il n'avait été nécessaire de pratiquer le cathétérisme, lorsque, dans une des premières promenades qu'elle fit, elle se sentit tout à coup inondée par l'urine qui s'écoulait involontairement, en donnant lieu à des douleurs extrêmement vives dans la région des parties génitales externes. Ne pouvant se rendre compte d'un semblable phénomène, Mme L... rentra de suite chez elle très effrayée et envoya chercher M. le docteur R..., qui dans un examen constata l'existence de la perte de substance qui existait à la cloison vésico-vaginale, sans pour cela prescrire aucun traitement susceptible d'en atténuer les inconvénients.

Quelque temps après elle consulta M. le docteur Salonieux; comme M. le docteur R..., il reconnut l'existence de la fistule, mais il tenta d'en obtenir l'oblitération au moyen de cautérisations pratiquées avec le nitrate d'argent et d'une sonde mise à demeure dans l'intérieur de la vessie. Ce traitement, continué pendant quatre mois, resta sans résultat, et après comme avant les urines s'écoulaient involontairement et d'une manière incessante par le vagin; quelquefois cependant, lorsque Mme L... était assise, il s'accumulait dans le réservoir urinaire une certaine quantité de liquide qui s'échappait à flots au moindre mouvement. A partir de ce moment, notre malade résolut, quoique à regret, de ne plus se soumettre à aucun traitement et de conserver son infirmité.

Quatre mois après l'accouchement dont nous venons de retracer l'histoire, elle devint de nouveau enceinte, et cela sans qu'elle puisse se souvenir du rétablissement préalable de la menstruation; cette seconde grossesse ne présenta rien de particulier, et au bout de neuf mois Mme L... accoucha fort heureusement d'un enfant très bien portant. Au bout d'un an les règles reviennent, et huit mois environ après leur réapparition elle devient de nouveau enceinte. Il en fut de cette couche comme de la précédente, ainsi que de celles qui suivirent, et il y en eut sept: toutes furent heureuses, mais aucune n'apporta la moindre modification dans l'état des organes génito-urinaires. La dernière eut lieu le 28 mai 1848.

Un an après, la menstruation se rétablit pour disparaître définitivement au mois de septembre 1851 à la suite d'une émotion morale vive et qui devint la cause d'une maladie grave sur la nature de laquelle il nous est impossible d'obtenir un renseignement précis. Le plus important, du reste, c'est que la malade se rétablit complétement, et au mois de septembre 1853, profondément ennuyée de l'infirmité qu'elle traîne péniblement avec elle depuis si longtemps, elle alla s'adresser à un jeune docteur de la Faculté de Paris, M. Monteils, ancien élève des hôpitaux.

Après un examen préalable, qui lui permit de reconnaître l'existence de la fistule vésico-vaginale, notre jeune et distingué confrère conseilla à Mme L... de venir à Paris se confier aux soins de M. Jobert, et lui donna l'assurance que là seulement elle pourrait être guérie. Elle suivit, en effet, l'avis qui lui avait été donné, et arrivée à Paris, dans un examen fait par M. Jobert, nous pûmes constater l'état suivant:

1° Les grandes et les petites lèvres, ainsi que les parties supérieures et internes des cuisses, sont couvertes de plaques érythémateuses, de pustules d'acné et d'ulcérations qui sont le siége de cuissons d'autant plus vives que toutes ces parties sont constamment baignées par le liquide urinaire qui s'écoule involontairement et d'une manière inces-

sante, et cela sans que notre malade prenne les soins de propreté nécessaires pour diminuer au moins les effets du contact immédiat du liquide irritant. Au moment où elle est examinée, en effet, nous trouvons tous ses vêtements, sa chemise, ses bas, mouillés et répandant une odeur urinaire très désagréable.

2° En déprimant la paroi recto-vaginale avec le spéculum univalve et écartant à droite et à gauche les grandes et les petites lèvres, on ne tarde pas à apercevoir sur la paroi vésico-vaginale un enfoncement infundibuliforme au fond duquel on doit très probablement rencontrer la solution de continuité; si, en effet, avec une sonde d'argent ou un instrument mousse quelconque, on explore les parties, il est facile de constater sa présence.

3° Cette perte de substance, irrégulièrement arrondie et dans laquelle une sonde cannelée pénètre facilement, est située au niveau du col de la vessie, un peu à gauche de la ligne médiane.

4° Les lèvres de cette ouverture fistuleuse sont recouvertes de petites tumeurs formées par la hernie de la vessie; elles sont d'autant plus apparentes que les tissus qui les avoisinent sont blancs et formés par du tissu inodulaire dur et résistant.

5° En arrière de la fistule se trouve le col de l'utérus, qui n'offre rien de particulier.

6° L'urètre est libre et laisse pénétrer facilement la sonde d'argent.

7° Enfin, pour ne rien omettre, nous noterons un prolapsus de la paroi recto-vaginale, et qui constitue ce que les auteurs ont désigné, à tort, sous le nom de rectocèle vaginale.

Après avoir laissé la malade se reposer des fatigues du voyage et l'avoir préparée par les moyens qu'il emploie en pareille circonstance, M. Jobert pratique l'opération, le 5 novembre 1853, de la manière suivante en présence de MM. Bégin, Michel Lévy, Pietra-Santa et de ses élèves :

1° La malade est couchée sur le dos, le siége placé sur le bord du lit à opération, les jambes écartées fléchies sur les cuisses, celles-ci sur le bassin.

2° Le spéculum univalve déprime la paroi postérieure du vagin, tandis que les grandes et les petites lèvres sont écartées soit avec les léviers, soit avec les doigts des aides.

3° Une sonde d'argent est introduite dans la vessie et dirigée de manière que son extrémité vésicale fait saillir autant que possible la partie de la cloison où se trouve la perte de substance, qui, de cette manière devient facile à apercevoir et qui se trouve facilement accessible à l'instrument tranchant.

4° A l'aide d'une pince à dents et d'un long bistouri ou de ciseaux, les lèvres de la fistule sont ravivées en deux temps : dans le premier M. Jobert enlève d'une manière complète le conduit fistuleux, et dans le second il prolonge le ravivement de manière à obtenir une surface saignante d'une étendue circonférentielle de 0,01 centimètre au moins. Cette partie de l'opération ne présenta de difficulté que celle résultant de la dureté et de la résistance des tissus qu'il fallait exciser.

Elle eut pour résultat immédiat, comme il est facile de le comprendre, d'augmenter les dimensions de la perte de substance, dans laquelle il est facile alors de faire pénétrer le doigt indicateur.

5° Trois points de suture entrecoupée sont appliqués d'avant en arrière et tiennent les lèvres de la fistule en contact ; pratiqués avec des lacets cirés de 3 millimètres de largeur, ils sont distants les uns des autres de 0,01 centimètre.

6° Après s'être assuré qu'entre chaque point de suture il n'existe aucun espace susceptible de laisser passer le liquide urinaire, M. Jobert détache le vagin de son insertion au col au moyen d'une incision demi-circulaire qui s'étend un peu plus à gauche qu'à droite, à cause de la position de la suture ; de plus, il pratique, à droite et à gauche de cette dernière, deux longues incisions de débridement qui s'étendent depuis le fond du vagin jusque sur les côtés du méat urinaire : toutes ces incisions produisent le relâchement complet des parties réunies.

7° Les fils sont coupés à une petite distance du nœud ; puis, après plusieurs injections d'eau froide, un tampon d'agaric est enfoncé dans le vagin.

8° Enfin la malade est reportée dans son lit, et une sonde est mise à demeure dans la vessie.

Quelques heures après Mme L... est prise de vomissements résultant d'une indigestion causée par les aliments qu'on a eu l'imprudence de lui laisser prendre deux heures avant d'être opérée. Ces efforts retentissent sur l'organe urinaire et y provoquent des contractions qui chassent la sonde au dehors. A part cette circonstance fâcheuse, la journée s'est assez bien passée. Le soir le tampon est retiré, et une nouvelle sonde est placée dans la vessie. — Tilleul coupé avec de l'eau de Seltz ; potion calmante.

Le lendemain matin la malade est mieux ; il existe cependant encore des nausées. La sonde fonctionne assez bien; il ne s'est écoulé qu'une petite quantité de sang.

Le 7, il y a encore eu quelques vomissements la nuit. La sonde marche très bien, et donne issue à de l'urine claire et limpide. — Limonade, sirop de cerises.

Le 8, l'opérée est assez bien ; elle se sent faible, et tourmente pour qu'on lui donne des aliments comme on en mange dans son pays, et qui sont d'une digestion difficile. Malgré les recommandations de M. Jobert, on est forcé de céder à son désir. Les vomissements reparaissent. Elle est mise alors à la diète absolue.

Le 10, à trois heures, M. Jobert examine les parties; il enlève les trois points de suture. Tout paraît être dans l'état le plus satisfaisant. La malade est immédiatement reportée dans son lit, et une sonde est remise à demeure dans la vessie ; elle donne issue à une certaine quantité d'urine transparente.

Le 11, dans la nuit, sans cause appréciable, ou par suite de quelque nouvelle imprudence tenue secrète, les vomissements reparaissent avec une nouvelle intensité et accompagnés d'une assez forte douleur dans la région hypogastrique. — Limonade ; diète.

Le 12, Mme L... est purgée. La sonde continue de donner issue à la totalité de l'urine.

Les jours suivants la malade est mieux, et le 14 elle dit avoir appétit.

Le 17, à trois heures, elle est de nouveau examinée. L'état des parties est tel que M. Jobert juge possible de retirer définitivement la sonde. Dès le jour même Mme L... urine seule, et ne perd plus une seule goutte d'urine. Les premiers jours les envies d'uriner se font sentir toutes les deux heures; les jours suivants elles s'éloignent de plus en plus, et le 29 novembre elle n'éprouve plus le besoin d'uriner que deux fois dans l'espace de douze heures. Elle est alors examinée une dernière fois en présence de M. Michel Lévy et de M. le docteur Pietra-Santa; on constate alors l'état suivant :

1° Les grandes et les petites lèvres, ainsi que les parties supérieures et internes des cuisses sont parfaitement sèches et revenues à leur état normal, c'est-à-dire que les plaques érythémateuses, les pustules d'acné et les ulcérations ont complétement disparu.

2° En déprimant la paroi recto-vaginale, on voit que le vagin lui-même est sec; au fond seulement on aperçoit encore un peu de pus.

3° L'urètre est libre.

4° Au niveau du col de la vessie, dans l'endroit où existait la perte de substance, on aperçoit une cicatrice blanche transversale et coupée à différents intervalles de trois sillons longitudinaux un peu rosés, produits par les fils qui ont servi à l'application des points de suture.

5° A droite et à gauche on voit deux autres cicatrices longitudinales.

6° Enfin, en arrière, immédiatement au-devant du museau de tanche, on aperçoit une surface qui est encore recouverte de bourgeons charnus qui fournissent une certaine quantité de pus qui s'accumule au fond du vagin. Cette surface résulte de l'incision semi-circulaire pratiquée au-devant du col, laquelle n'est pas encore entièrement cicatrisée.

7° En introduisant une sonde d'argent dans la vessie, on retire une assez grande quantité d'urine, sans qu'on en voie une seule goutte couler dans le vagin.

8° Le vagin s'insère un peu plus haut que dans l'état normal.

L'observation qu'on vient de lire est curieuse au point de vue de la promptitude avec laquelle la guérison a été obtenue, et cela malgré quelques accidents qui assurément auraient été de nature à en compromettre le succès, si celui-ci n'avait été assuré par toutes ces incisions de débridement qui constituent dans leur ensemble ce que M. Jobert a désigné sous le nom d'autoplastie par glissement. Il ne faudrait cependant pas croire que l'on pût impunément se dispenser de toute espèce de précaution; la prudence est toujours nécessaire, et surtout celle qui a pour résultat d'empêcher les efforts faits sur les organes génito-urinaires.

On a vu que notre malade était devenue enceinte tout en ayant son infirmité. Bien que M. Jobert ait constaté plusieurs fois ce phénomène, et qu'il l'ait consigné dans son *Traité de chirurgie plastique*, il était bon de ne pas le laisser passer inaperçu. S'il n'est pas tout à fait impossible, il est au moins très rare, et cela est d'autant plus facile à comprendre que constamment l'urine qui s'écoule par le vagin exerce une action qui a toujours pour but de modifier plus ou moins l'état des fonctions de l'utérus. Sans doute ces fonctions finissent presque toujours par se rétablir, mais le plus souvent elles se trouvent influencées de manière à empêcher que ce rétablissement ne soit complet et que l'organe gestateur ne revienne entièrement à son état normal.

A. ROZÉ.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 13 décembre 1853. — Présidence de M. BÉRARD.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Épidémies. — M. le ministre du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Roussel, médecin cantonal à Sarreguemines, sur une épidémie de dyssenterie qui a régné dans la commune de Grosbliederstoff pendant les mois de juillet, août et septembre de cette année;

2° Le rapport final de M. le docteur Jacquez, médecin des épidémies de l'arrondissement de Lure, sur une épidémie de rougeole compliquée de dyssenterie qui a régné dans la commune de Saint-Loup depuis le 1er janvier 1853 jusqu'au 12 mai de la même année ;

Eaux minérales. — 3° Un rapport rédigé par M. le docteur Barthez, médecin en chef de l'hôpital thermal militaire de Vichy, contenant des observations relatives aux malades qui ont fait usage des eaux minérales de cette localité pendant la saison de l'année 1853;

4° Des échantillons pour analyse d'une eau minérale de la source d'Escoulonbre (Aude);

5° Des demandes d'avis sur divers remèdes secrets ou nouveaux.

Chorée syphilitique. — M. Costilhes adresse une observation de chorée syphilitique recueillie à l'hôpital Saint-Lazare. (Commissaire : M. Ricord.)

Tannate d'iode. — M. Guilliermont (de Lyon), au nom de M. Socquet, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon, communique une note relative à une préparation pharmaceutique qu'il désigne sous le nom de tannate d'iode, et aux applications dont cette préparation serait susceptible en thérapeutique. (Commissaires : MM. Bouchardat et Boullay.)

Traitement de la fièvre typhoïde par le sulfate de quinine. — M. Florentin (de Corrèze) adresse un mémoire sur le traitement de la fièvre typhoïde par le sulfate de quinine. (Commission des épidémies.)

Trachéotomie. — M. Chassaignac écrit, au sujet de la réclamation de M. Moreau-Boutard sur la priorité d'invention du procédé de trachéotomie qu'il a communiqué à l'Académie, pour démontrer qu'il n'y a aucune ressemblance entre le procédé décrit par M. Moreau-Boutard et le sien. (Commission nommée.)

Effets de l'iode sur la gestation. — M. Delfrayssé adresse une note relative à l'étude des effets de l'iode pendant la gestation. M. Delfrayssé, ayant observé par des expériences sur quelques mammifères domestiques que l'iode diminuait la nutrition de l'utérus et par suite celle du produit de la conception sans nuire à sa prospérité, a eu l'idée d'essayer ce médicament sur la femme enceinte pour diminuer le volume du fœtus dans les cas où la filière du bassin n'aurait pas les dimensions nécessaires à un accouchement naturel. Il rapporte des faits qui tendraient à justifier l'emploi de ce moyen. (Commissaire : M. Cazeaux.)

Kystes osseux. — M. Missoux (de Tournols) communique des observations de deux kystes osseux, pour servir de complément à celle précédemment adressée de spina-ventosa, qui tend à confirmer la puissance ostéogénique du périoste. (Commissaire : M. Gimelle.)

Traitement du choléra. — M. Gouyon (de Clermont-Ferrand) propose comme moyen de traitement du choléra d'injecter dans les veines ou même sous la peau tel liquide qui paraîtra le moins dangereux et le plus approprié à la nature de la maladie, tels que la teinture d'iode, la dissolution du sulfate de quinine, l'eau tiède, le vin, l'éther, etc. (Commission du choléra.)

Urétroplastie. — M. Alquié, ayant eu connaissance du fait d'urétroplastie pour un cas d'oblitération de l'urètre pratiquée par M. Maisonneuve, adresse un travail dans lequel il a consigné l'observation d'un homme qu'il est parvenu à guérir d'une semblable infirmité par une opération du même genre. (Commissaires : MM. Malgaigne et Ségalas.)

Traitement préventif du choléra. — M. Sémanas (de Lyon) met sous les yeux de l'Académie les propositions ci-après, relatives à un traitement préventif, général et spécifique du choléra épidémique :

1° Le mode de traitement le plus en rapport avec la manière d'agir particulière au choléra épidémique est un traitement préventif.

2° Un traitement préventif du choléra épidémique doit, pour être complet, s'adresser non-seulement à la diarrhée prémonitoire ainsi qu'aux autres indispositions cholériques préalables, s'il en existe, mais encore à tous les états morbides sans exception régnant en même temps que le fléau cholérique.

3° Le quinquina dans toutes ses formes, et notamment le sulfate de quinine (4 à 2 grammes, pas moins, dans un quart de lavement, décoction kina jaune concentrée), est dans l'espèce le médicament préventif, spécifique, devant être employé dans tous les cas morbides, réserves faites des moyens auxiliaires appropriés à chaque cas morbide en particulier. (Commission du choléra.)

Remède contre le choléra. — M. J. Gauthier (de Nogent-sur-Seine) soumet à l'Académie la formule d'un remède contre le choléra-morbus. Un heureux hasard lui a fait découvrir la composition de ce remède, dont voici la formule :

Dès les premiers symptômes de la maladie, faire prendre par le bas deux cuillerées à café de capsicum en poudre infusé dans un verre d'eau bouillante.

Immédiatement après, faire prendre par le haut deux cuillerées à café de la même poudre dans une tasse d'infusion de feuilles de framboisier.

Combinaison de la méthode de Brasdor avec les injections coagulantes dans le traitement des anévrismes. — M. Pétrequin adresse une communication sur l'emploi d'une opération particulière, à savoir : la combinaison de la méthode Brasdor et des injections coagulantes dans le traitement de certains anévrismes. Voici un extrait de la lettre de M. Pétrequin :

..... Rationnelle en principe, mais malheureuse en pratique, la méthode de Brasdor constitue une médication qu'on ne doit pas négliger et qu'il importerait essentiellement de perfectionner.

Il m'a semblé qu'on réussirait à augmenter les chances heureuses de la méthode en trouvant le moyen de coaguler rapidement le sang dans l'anévrisme, et que la combinaison des injections hémoplastiques et de la ligature artérielle pourrait dans les cas désespérés conduire à des résultats favorables, d'autant mieux que ni l'une ni l'autre de ces deux méthodes ne pouvait être appliquée séparément. Cette idée me parut fournir le germe d'un progrès pour la thérapeutique chirurgicale, et je m'occupai des meilleurs procédés d'application.....

J'imaginai d'utiliser dans ce but les injections coagulantes, à titre de méthode mixte... Il s'agissait de venir en aide à la méthode de Brasdor par un procédé hémoplastique.

Le malade avait un anévrisme de l'artère sous-clavière droite; je liai d'abord l'axillaire par le procédé de Marjolin et Lisfranc au point où elle prend naissance sous la clavicule. Je fis ensuite une ponction sur la tumeur; mais la canule s'étant faussée, l'injection ne put pénétrer, je fus obligé de la renvoyer au surlendemain. Je pratiquai alors une seconde ponction. Je fis établir préalablement une compression méthodique sur le tronc innominé.

Le choix et le mode d'emploi du perchlorure ne sont point indifférents. M. Velpeau a eu raison de dire que le perchlorure à 30° n'est point un caustique ; les nombreuses opérations de varices pratiquées à l'Hôtel-Dieu de Lyon l'ont surabondamment démontré. Pour les varices, 3 à 5 gouttes suffisent par piqûre ; il en faut davantage pour les anévrismes, eu égard à leur volume. Quant à la densité du liquide, l'expérience nous a maintes fois prouvé que le perchlorure à 30° réussit parfaitement pour les varices; faut-il abaisser le titre pour les anévrismes? Nous avons à cet égard entrepris avec MM. Desgranges et Burin, sur des perchlorures à 20 et 25° de densité, une série d'expériences dont on fera plus tard connaître les résultats. En attendant, je ferai remarquer que M. Valette s'est servi avec succès du perchlorure à 30° pour l'anévrisme qu'il a guéri. J'employai du perchlorure ferro-manganique à 30° préparé par M. Burin-Dubuisson ; j'en injectai 8 à 9 gouttes. Ce que je voulais produire avec le perchlorure, je fus assez heureux pour l'obtenir : la tumeur, qui depuis la ligature n'avait pas notablement changé en deux jours, durcit sensiblement après l'injection. Ce premier résultat fut assez décisif ; il le devint encore davantage le lendemain, comme le témoignent les détails cliniques dans lesquels entre M. Pétrequin.....

Nous remarquerons, ajoute-t-il, que, bien qu'une inflammation suppurative soit survenue à la suite des deux piqûres faites pour l'injection, cependant ce n'est pas de ce côté que l'hémorrhagie a eu lieu. Toutefois, il sera toujours utile d'éviter la multiplicité des piqûres, et l'on devra prendre les plus grandes précautions pour prévenir l'infiltration du perchlorure dans le tissu cellulaire ; ce sont deux causes

puissantes de phlogose et de suppuration. J'avais ponctionné au-dessus de la clavicule; l'hémorrhagie venait sourdre au-dessous; elle provenait de la section prématurée du vaisseau; or c'est là un accident malheureusement très commun aux ligatures en général (Lisfranc note 7 hémorrhagies sur 31 ligatures par la méthode ancienne, et 32 hémorrhagies sur 172 ligatures par la méthode d'Anel) et à la méthode de Brasdor en particulier (sur 12 morts dont les causes ne sont pas toutes spécifiées, l'hémorrhagie est nettement accusée deux fois). D'ailleurs cette opération est toujours des plus graves : sur 32 ligatures de l'axillaire et de la sous-clavière, Lisfranc marque 15 morts, et M. Velpeau 25 sur 60 pour la sous-clavière. Or on ne peut pas en accuser le perchlorure, qui n'était alors ni usité ni connu. Mon opération n'offre rien d'extraordinaire à cet égard; on pourrait espérer à l'avenir mieux conjurer ce funeste résultat en s'éloignant davantage du sac; j'avais bien cherché à le faire, mais peut-être aurais-je mieux réussi en plaçant la ligature plus bas encore sur l'axillaire.

Il nous semble qu'avec cet ensemble de modifications la combinaison des injections coagulantes et de la méthode de Brasdor pourra devenir une ressource précieuse dans le traitement de certains anévrismes. (Commissaires : MM. Roux, Laugier, Malgaigne, Leblanc et Velpeau.)

— M. Burin-Dubuisson adresse une nouvelle lettre de réclamation au sujet des critiques dont ses premières communications ont été l'objet dans la discussion qui vient d'avoir lieu à l'Académie.

Urétroscope. — M. Bonnafont adresse une lettre relative à l'instrument que M. Desormeaux a présenté dans la dernière séance, instrument destiné à porter la lumière dans le canal de l'urètre. Cet appareil, dit M. Bonnafont, est en tous points semblable à celui dont je me sers depuis bientôt vingt ans pour éclairer le conduit auditif externe. Je viens donc réclamer la priorité pour l'idée et pour la construction d'un instrument ayant pour but de porter la lumière dans de grandes profondeurs au moyen d'un foyer lumineux reçu par un miroir réflecteur.

Toutes les parties d'ailleurs décrites par M. Desormeaux pour la composition de son instrument se trouvent dans celui que j'ai l'honneur de présenter à l'Académie, et qui a été construit, d'après mes indications, par M. Juglar, opticien de la marine, à Toulon, en 1833.

On y voit : 1° Un cylindre pour recevoir le foyer lumineux d'une lampe quelconque, présentant une ouverture munie d'une lentille destinée à concentrer tous les rayons lumineux;

2° Un miroir réflecteur de platine incliné à 45°, destiné à recevoir et à réfléchir ces rayons dans une direction droite, lequel miroir présente à son centre un oculaire par lequel le rayon visuel peut apercevoir les objets éclairés sans déranger le mécanisme de l'appareil réflecteur.

Notre instrument présente de plus un appareil microscopique placé en avant du miroir, destiné à grossir les objets et à les rendre ainsi plus accessibles à l'œil de l'observateur.

L'idée de cet instrument remonte déjà à 1830, car avant mon départ pour l'expédition d'Afrique je la communiquai à M. Samson. M. Désormeaux attribue à M. Léon Foucault l'idée première du miroir percé à son centre d'un oculaire. Reste à savoir si le savant physicien en faisait usage avant l'époque que nous venons d'indiquer. Dans un mémoire que j'adressai à l'Académie des sciences en 1834 sur le mécanisme de la membrane du tympan et des osselets de l'ouïe, que j'avais étudié à Alger à l'aide de cet appareil, j'y joignis le dessin de cet instrument qui, ainsi que le mémoire, doit se trouver dans les cartons du savant physiologiste qui en fut nommé rapporteur, et qui n'a jamais fait de rapport.

Cet instrument, que j'appelai alors *phosactéon* (conducteur de lumière), et que depuis j'ai simplifié et nommé *otoscope*, a été remarqué par les nombreux confrères qui ont pu reconnaître combien ce moyen est précieux pour éclairer le conduit auditif et pour rendre faciles toutes les opérations qu'on est appelé à y pratiquer. (Commissaires : MM. Ricord, Ségalas, Laugier.)

Mort de M. Bouriat. — M. le président annonce à l'Académie la mort de M. Bouriat, l'un de ses plus anciens membres, âgé de quatre-vingt-dix ans.

M. Bousquet est invité à donner lecture du discours qu'il a prononcé sur la tombe de M. Bouriat. Cette lecture est accueillie par les applaudissements de l'assemblée.

Elève des sangsues. — M. Soubeiran lit une notice sur les marais à sangsues de Clairefontaine (Seine-et-Oise), établissement fondé par M. Borne.

Sur la proposition de quelques membres, une commission sera désignée pour examiner s'il y aura lieu à proposer qu'une médaille soit décernée à M. Borne pour les perfectionnements qu'il a apportés à cette industrie.

— M. Bricheteau lit un rapport sur un mémoire de M. Druhen relatif à l'histoire des épidémies qui ont régné dans le département du Doubs de 1836 à 1850. Le rapport porte spécialement sur une partie du mémoire consacrée à la réfutation de l'hypothèse de MM. Carnot et Bayard sur l'influence de la vaccine sur la mortalité. (Nous en renvoyons l'extrait au prochain numéro.)

— M. L. Boyer montre un bandage herniaire crural dont l'idée appartient à M. Foulloy. (Nous renvoyons cette communication au prochain numéro.)

— La séance est levée à cinq heures.

CORRESPONDANCE.

A M. le Rédacteur de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Paris, le 10 décembre 1853.

Monsieur le rédacteur,

On lit dans votre numéro de ce jour, à propos de l'albuminurie cholérique : « Cette découverte, annoncée au monde savant par » M. Michel Lévy, mais que M. Rostan lui-même a faite quelque temps » avant sur les malades de son service, a une importance réelle, etc.»

Permettez-moi, puisqu'on m'y oblige, de revendiquer cette fois encore, comme en 1849, la priorité de cette découverte à Paris. Dès les premiers jours de mars 1849, j'ai constaté la présence de l'albumine dans l'urine des premiers cholériques admis dans mon service au Val-de-Grâce; le 7 avril 1849, j'adressai à l'Académie de médecine une note qui a été lue dans la séance *du 10 avril* et imprimée dans le *Bulletin*; le fait de l'albuminurie y est étudié avec détail, et les considérations diagnostiques et pronostiques qu'il suggère à M. le professeur Rostan y sont consignées.

C'est un mois après ma communication, le 10 mai 1849, qu'il a été fait mention pour la première fois, dans un compte rendu de leçon clinique publié par votre journal, des recherches de l'honorable M. Rostan sur le même sujet, et vous avez accueilli dans votre numéro du 13 mai 1849 ma réclamation de priorité, qui est restée sans réponse.

Si je me décide à la renouveler aujourd'hui à l'occasion de votre article de ce jour, c'est que j'attache, comme M. Rostan, comme vous, une sérieuse importance au fait de l'albuminurie chez les cholériques, c'est que j'en ai déduit immédiatement des conséquences que l'expérience a confirmées. Dans ma note à l'Académie, en date du 10 avril 1849, je l'ai signalée comme une sorte de mesure de l'intensité du choléra, comme le régulateur de la prognose et de l'action thérapeutique. Je ne me suis pas borné à rechercher l'albumine dans l'urine excrétée : je l'ai constatée dans l'urine extraite à l'aide du cathétérisme chez des cholériques cyaniques et algides. J'ai même le regret de ne pouvoir partager l'opinion du savant professeur de l'Hôtel-Dieu sur la disparition de l'albumine dans la réaction cholérique; je l'ai vue fréquemment persister dans cette période, et ce phénomène présageait alors une réaction fugitive, caduque; il persiste aussi assez ordinairement dans la forme de réaction qui se caractérise par un état torpide. J'ai fondé sur cette persistance de l'albuminurie jusque dans la réaction la notion de l'identité de cette période avec celle qui précède, et j'ai été conduit, par cette donnée et par l'observation clinique appuyée sur l'investigation minutieuse des altérations matérielles, à rejeter l'idée de typhus consécutif, de transformation typhoïde, appliquée à l'appréciation de la période réactionnelle du choléra, qu'il faut tout simplement se contenter d'appeler période ou phase de réaction, car elle est cholérique et non typhoïde.

Mes recherches et celles de mes collaborateurs MM. Masselot et Tholosan ont fait ressortir la part qui revient aux lésions anatomiques dans les différents aspects que revêt le choléra à sa phase réactionnelle, dans certaines localisations qui la caractérisent chez des groupes plus ou moins nombreux de malades (état torpide, diarrhée persistante, ictère consécutif, pneumonie secondaire, etc.).

Au demeurant, l'honorable professeur M. Rostan a pu, de son côté, constater l'albuminurie cholérique en même temps que moi, mais non avant moi; car si je l'ai cherchée et trouvée dès le début de l'épidémie, en 1849, et quand j'ai communiqué mes observations à l'Académie, le 10 avril 1849, j'ignorais ce qu'il ne devait publier que le 10 mai suivant. Cette réserve faite, la coïncidence de ses vues avec les miennes est un renfort d'autorité que je tiens en haute estime, comme je sais apprécier l'excellente direction que ce professeur éminent a toujours imprimée aux études cliniques.

J'ose espérer que l'intérêt qui s'attache malheureusement encore aux difficiles problèmes du choléra ne vous fera point paraître cette lettre trop longue, et que votre impartialité vous décidera à la publier dans un prochain numéro.

Agréez, etc. MICHEL LÉVY.

CHRONIQUE JUDICIAIRE.

Quelques-uns de nos lecteurs se rappellent peut-être que, dans les premiers jours de cette année, nous avons dû nous adresser à la justice pour obtenir la répression de plusieurs faits que nous avions à reprocher à un homme qui avait été, jusqu'à la veille du jour où ces faits étaient venus à notre connaissance, employé à la rédaction de la *Gazette des Hôpitaux*.

Un jugement du tribunal civil de la Seine, en date du 25 avril 1853, statua en ces termes sur les questions que nous lui avions soumises :

« Attendu que le 12 janvier 1849, Fabre, rédacteur en chef du journal la *Lancette française, Gazette des Hôpitaux civils et militaires*, a cédé à de Castelnau la rédaction principale dudit journal, et que Le Sourd, propriétaire dudit journal, a donné son consentement à cette cession;

» Attendu qu'au mois de décembre 1852, H. de Castelnau, dans le but par lui annoncé d'entreprendre une œuvre nouvelle, et en expliquant qu'il créait un organe où son autorité serait au niveau de sa responsabilité, s'attacha en qualité de rédacteur en chef à un journal nouveau sur les mêmes matières intitulé le *Moniteur des Hôpitaux;*

» Attendu que, dans l'intérêt de cette spéculation, H. de Castelnau a fait usage des listes des abonnés de la *Gazette des Hôpitaux*, qui n'étaient entre ses mains qu'à raison de ses fonctions de rédacteur principal de ladite feuille, et que pendant trois mois il a fait adresser le nouveau journal aux abonnés de la *Gazette*, dans le but de les enlever à l'entreprise où il était entré comme rédacteur principal, et de les attacher à l'entreprise qu'il créait;

» Attendu, en outre, qu'à la même époque H. de Castelnau s'est permis de proposer à divers libraires qui avaient l'habitude de faire insérer leurs annonces dans la *Gazette des Hôpitaux* d'en faire paraître dans un tirage extraordinaire à 20,000 exemplaires, et qu'il les a reçues d'eux et fait insérer dans le spécimen de la nouvelle feuille qui a été publiée, en leur faisant croire qu'il agissait toujours dans l'intérêt de la *Gazette des Hôpitaux*, à laquelle on le savait attaché;

» Attendu que ces faits constituent une concurrence déloyale qui doit être réprimée;

» Qu'ils ont causé à Le Sourd un préjudice dont la réparation lui est due, et que le Tribunal possède les éléments nécessaires pour l'évaluer;

» Que l'équité exige également que des mesures soient prises pour que ces moyens blâmables ne profitent pas à l'avenir à celui qui les a employés;

» Par ces motifs :

» Condamne H. de Castelnau, même par corps, à payer à Le Sourd 500 francs de dommages-intérêts; fixe à une année la durée de la contrainte par corps; dit que H. de Castelnau sera tenu de s'abstenir pendant six mois, à compter de l'expiration de la huitaine de la signification du présent jugement, de faire figurer son nom, soit comme rédacteur en chef du *Moniteur des Hôpitaux*, soit comme rédacteur d'aucun des articles qui y seront insérés; lui fait défense d'adresser gratuitement ledit journal aux abonnés de la *Gazette des Hôpitaux*, à peine de 100 fr. de dommages-intérêts, et par corps, par chaque contravention; dit que le dispositif du présent jugement pourra être inséré dans trois journaux de la capitale, au choix de Le Sourd et aux frais de Castelnau;

» Condamne H. de Castelnau aux dépens. »

A ce jugement si net, si explicite et si justement sévère, le condamné répondit par des injures d'abord, et ensuite par un appel. Après plusieurs remises successives l'affaire est enfin venue devant la 4e chambre de la Cour impériale.

Là, Me Paillard de Villeneuve, dans une longue et habile plaidoirie, a essayé d'atténuer les torts de son client. Il a prétendu que les libraires qui lui avaient remis des annonces devaient savoir qu'elles étaient destinées à un journal autre que la *Gazette*; et que, quant aux listes d'abonnés, il avait eu tort sans doute d'en faire usage; mais que cet usage n'avait pas porté un grand préjudice à la *Gazette des Hôpitaux*, puisqu'il pouvait prouver par les livres de M. de Castelnau que 37 abonnés seulement de la *Gazette* étaient passés au nouveau journal, et que dans ce nombre 24 étaient des amis personnels de son client.

Me Freslon, avocat du propriétaire de la *Gazette*, s'est ensuite levé, et, en termes pleins de fermeté et d'énergie, justifiant le jugement de 1re instance qui les avait qualifiés avant lui, il a flétri les actes de déloyale concurrence et d'abus de confiance dont M. de Castelnau s'était rendu coupable. Puis dans un mouvement où le sérieux se mêlait au comique, il s'est écrié : « A voir le ton de supériorité dédaigneuse dont M. de Castelnau traite les hommes le plus haut placés dans la science; à voir la vaniteuse outrecuidance avec laquelle il se pose comme le champion du corps médical, comme le seul juste appréciateur de sa dignité, vous avez cru sans doute que ce monsieur est..... Que vous dirai-je? Le doyen de la Faculté, le professeur le plus éminent de l'Ecole, ou tout au moins un de ces écrivains dont l'opinion fait règle... Du tout, messieurs. M. de Castelnau est..... mais j'aime mieux vous dire ce qu'il n'est pas. M. de Castelnau n'est pas docteur en médecine; il n'est pas même officier de santé. C'est... Faut-il le dire? C'est un étudiant de dix-septième année ! »

M. le président réprime avec peine un sourire, et, interrompant Me Freslon, il lui dit avec bienveillance : « Assez, maître Freslon, la cause est entendue. »

La Cour se lève aussitôt, et adoptant tous les motifs exprimés au jugement cité plus haut, elle en confirme les dispositions et maintient aux actes de M. de Castelnau toutes les qualifications données par le jugement de 1re instance.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Le préfet de police vient de faire publier une instruction populaire du conseil d'hygiène publique, relative aux soins à prendre contre les symptômes qui précèdent l'invasion du choléra.

— La commission nommée pour présenter à l'Académie des sciences une liste de candidats à la place de secrétaire perpétuel a présenté dans la dernière séance : MM. Lamé, Pouillet et Ch. Dupin.

— On annonce qu'il est question de démolir la maison de santé du faubourg St-Denis et de la transporter dans le quartier Beaujon.

— Une amélioration d'autant plus importante que dans plusieurs pays on n'hésite pas à attribuer à la mauvaise qualité des eaux l'aggravation de l'épidémie du choléra vient d'être introduite à l'hospice de la Salpêtrière. Cet établissement est alimenté par les eaux de l'aqueduc d'Arcueil, qui sont éminemment chargées de matières calcaires. La grande quantité de sédiments qu'elles déposent les rendant impropres à un grand nombre de préparations pharmaceutiques, on était obligé de distiller l'eau pour s'en servir. L'amélioration dont nous parlons consiste en un filtre nouveau que vient d'essayer la pharmacie. Ce filtre rend presque instantanément l'eau qu'on lui confie, et la donne pure et complétement dégagée de toute matière hétérogène.

— Un décret de l'Empereur a approuvé la délibération par laquelle la commission municipale de Paris, dans le but d'honorer la mémoire du célèbre naturaliste Lacépède, a émis le vœu que la rue Copeau, sise dans le douzième arrondissement, et avoisinant le Jardin-des-Plantes, prît à l'avenir le nom de la rue Lacépède.

M. le docteur F. Roubaud nous prie d'annoncer que la mise en vente de l'*Annuaire médical pour* 1854, qui devait avoir lieu aujourd'hui, est retardée de quelques jours, attendu que la prochaine ouverture de l'hôpital de La Riboisière et la démission de M. Louis vont être l'occasion d'un mouvement considérable dans le personnel médical des hôpitaux de Paris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés se trouvent à Bruxelles, à la librairie polytechnique d'Aug. DECQ. — Les abonnements à la GAZETTE DES HÔPITAUX sont reçus à cette librairie au même prix qu'à Paris.

Traité du choléra-morbus, contenant l'historique, les causes, les symptômes, la convalescence, la marche, la durée, la terminaison, l'anatomie pathologique, le pronostic, le traitement, le mode de propagation et la prophylaxie, etc., etc.; par le docteur C. ROUSSET (de la Marne). Seconde édition. Un vol. in-8° Prix : 3 fr. 50. — Chez l'auteur, quai Bourbon, 11, et chez Labé, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, 23.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de PLON frères, rue de Vaugirard, 36.

N° 149. — SAMEDI 17 DÉCEMBRE 1853. (26e ANNÉE.) N° 149. — SAMEDI 17 DÉCEMBRE 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. 30 »

Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes. Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs.

PARIS, LE 16 DÉCEMBRE 1853.

Le chiffre total des cas reçus ou déclarés dans les hôpitaux de Paris jusqu'au 13 décembre inclusivement était de 624, et le nombre des décès de 253.

Nous n'avons à faire connaître, pour le mouvement quotidien des hôpitaux, que les chiffres relatifs aux journées du 12 et du 13.

Le 12, le chiffre total des nouveaux cas a été de 29.

Le 13, de 27.

Diminution sensible sur les quatre journées précédentes, dont la moyenne était de 38, et sur les journées de la semaine précédente, qui nous avaient donné une moyenne de 30.

Le départ, entre les cas reçus du dehors et ceux qui se sont déclarés à l'intérieur, donne pour ces deux journées une augmentation proportionnelle de ces derniers. Ainsi, sur les 29 cas nouveaux du 12, nous trouvons 19 cas venus du dehors, et 10 (un peu plus de moitié) déclarés dans les salles. Sur les 27 cas du 13, il y a eu 19 admissions et 8 invasions sur place.

A en juger par les observations que nous avons faites dans nos dernières visites, le nombre des admissions du dehors paraîtrait avoir encore diminué le 14 et le 15; mais nous ne serions pas surpris de voir augmenter proportionnellement le chiffre des invasions à l'intérieur, car dans un seul service de l'Hôtel-Dieu, nous avons vu plusieurs cas développés sur les malades de la salle depuis la veille. Nous constatons que c'est toujours sur des malades ou convalescents de fièvre typhoïde que frappent le plus grand nombre de ces invasions. Nous avons vu aussi une nouvelle invasion sur une accouchée de la Clinique, et une dans les salles de chirurgie, dont nous rapportons l'histoire dans ce numéro.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. GENDRIN.

Leçons sur le choléra-morbus (1).

(Quatrième article.)

Traitement. — Le choléra-morbus existant, il faut en instituer la curation, et c'est ce qui constitue le traitement de cette maladie.

Il n'y a rien de plus affreux pour l'esprit humain que la lecture de tout ce qui a été écrit sur le traitement du choléra-morbus, et il n'est peut-être pas un seul médicament actif qui n'ait été essayé. C'est là le danger des doctrines empiriques; l'empirique essaie toujours, et il croit qu'il sera bientôt assez heureux pour mettre la main sur le bon médicament. Souvenez-vous qu'il n'y a pas de remède en médecine duquel vous puissiez attendre la guérison d'une maladie déterminée; il n'y a pour ceux qui raisonnent que des méthodes de traitement; il n'y a que des agents perturbateurs par lesquels on peut modifier ou arrêter les maladies, quand on sait les employer d'une manière convenable. Voilà la thérapeutique qu'il ne faut pas confondre avec la matière médicale, et c'est une confusion que font constamment les gens qui ne raisonnent pas. Tous les médicaments ont été employés contre le choléra, depuis le phosphore jusqu'au sang de bouc; mais alors on ne réfléchissait pas à la nature de la maladie.

Il y a une thérapeutique rationnelle qui obtient beaucoup de succès à notre sens, et les malades atteints d'un choléra curable, c'est-à-dire qui ne sont pas arrivés à la période asphyxique, ont par lui peut-être autant de chances de guérison que ceux atteints de pneumonies intenses. Vous comprendrez par là pourquoi je ne m'arrête pas à l'exposé de tous ces essais qui marquent une ignorance complète de la maladie, et que par conséquent je regarde comme nuls.

Parmi les médecins, presque tous ont employé les excitants diffusibles; car, la circulation étant ralentie, on a recours à tous les médicaments destinés à réchauffer le malade par le rétablissement de la circulation.

Les évacuations alvines sont extrêmement abondantes; on a dû nécessairement avoir recours aux médicaments narcotiques et astringents, qui sont de tous les plus convenables pour arrêter ces déperditions, et on n'a pas même pensé que dans de pareilles circonstances il n'y avait presque pas d'action topique. Ainsi, ceux qui ont administré le nitrate d'argent en lavement ne se sont pas doutés que les lavements ne montaient même pas jusqu'à la valvule de Bauhin, tandis que les altérations sont pour la plus grande partie dans l'intestin grêle, et que, de plus, ces lavements, destinés à agir topiquement, étaient aussitôt neutralisés par les matières liquides organiques avec lesquelles on les mettait en contact.

On est frappé de cette circonstance que tous les médecins ont compris qu'il fallait avoir recours à une médication stimulante énergique contre les dépressions produites par les accidents cholériques, et on est frappé de voir que tous ont cherché à se rendre maîtres des déperditions intestinales, car tous ont vu que c'était là le point de départ des plus graves accidents qu'entraîne le choléra-morbus; en sorte que, même chez les empiriques, qui ne peuvent quelquefois se défendre de réfléchir, on voit poindre quelques principes de médication rationnelle appliquée à cette maladie.

En 1832, nous n'avons pas pu d'abord asseoir bien nettement nos idées sur le traitement rationnel à établir; ce n'a été que postérieurement, en étudiant avec soin la marche de la maladie et l'enchaînement de ses périodes, que nous sommes arrivé à une doctrine rationnelle pour établir le traitement du choléra, en suivant les conseils des praticiens de l'Inde et surtout d'Annesley.

En voyant les malades cyanosés et marchant vers l'asphyxie, on s'est bientôt aperçu que par l'administration de certains excitants, ou à la suite de la cessation des évacuations, le malade se réchauffait et entrait dans la période réactionnelle; alors on le regardait comme guéri et on croyait à une convalescence apparente, puis on a vu survenir des accidents métastatiques qui emportaient les malades, et on s'est aperçu qu'il y avait d'autres indications à remplir que celles de supprimer les évacuations alvines; de sorte qu'en rationalisant, on arrive à des déductions qui découlent directement des bases suivantes.

Tous les accidents apparents du choléra sont, en premier lieu, groupés autour des déperditions abdominales, qui le plus souvent sont le point de départ de la maladie. Après eux, surviennent les phénomènes d'imperfection de la circulation capillaire, portant particulièrement sur les extrémités, et la cyanose se produit. La suspension de la circulation suspend les fonctions plastiques et les fonctions de sécrétion, et c'est là la cause des stases sanguines et des stases des fonctions organiques: de là une indication thérapeutique placée à côté de celle qui ressort des premiers accidents, et qui doit venir immédiatement après elle.

Les déperditions abdominales une fois suspendues, la débilité circulatoire étant également suspendue, le malade commence à entrer dans la série des phénomènes de réaction, et ces phénomènes peuvent entraîner à leur suite des métastases diverses, et surtout des congestions cérébrales faisant succomber un grand nombre de malades, et qui, quoique pouvant être rangées dans les accidents de troisième ordre, n'en deviennent pas moins, à cause même du danger auquel ils exposent le sujet, la source d'indications rationnelles qu'il faut faire entrer dans la thérapeutique à opposer au choléra.

L'expérience a démontré que les malades ne sortaient des accidents qu'après avoir épuisé les effets de la cause première productrice de la maladie, ou la cause première elle-même par la manifestation de phénomènes critiques qui doivent fournir l'indication de méthodes thérapeutiques destinées à les favoriser ou à les empêcher d'entraîner des accidents mortels pour le sujet. C'est par ces diverses indications qu'on peut constituer la thérapeutique rationnelle du choléra, qui est la seule que nous ayons appliquée depuis la seconde période de l'épidémie de 1832. Voici comment nous la concevons.

Un malade se présente avec les accidents de la période cyanique; il a des évacuations alvines colliquatives plus ou moins abondantes, les extrémités sont froides, le malade ressent des crampes, surtout dans les membres inférieurs; enfin, il y a de la cyanose. Il s'agit d'apporter un remède à l'état de ce malade. Ce remède doit consister dans les moyens propres à suspendre le plus rapidement possible les sécrétions anormales du tube digestif. Dans ce but, nous administrons, comme le font du reste les empiriques, des boissons tièdes, et même chaudes, en grande quantité; et en distendant le tube digestif par beaucoup de liquide, nous favorisons les sécrétions sans qu'elles aient besoin d'emprunter au sang l'élément séreux qui les composent en grande partie; nous y joignons les narcotiques, et surtout l'opium, qui est le médicament par excellence pour suspendre les sécrétions, et nous lui associons des substances stimulantes destinées à favoriser la circulation, déjà fortement lésée; c'est pourquoi nous administrons, en général, une potion contenant 15 grammes d'acétate d'ammoniaque et 4 grammes de laudanum de Sydenham.

En prescrivant ces médicaments, nous ne nous en exagérons pas l'influence, qui est toujours très limitée, car l'action topique qu'ils exercent est peu considérable; et de plus, leur influence devant se faire sentir en dehors de la circulation, qui ne fournit plus son intermédiaire, elle doit être assez bornée. En effet, le liquide cholérique excrété s'interpose continuellement entre le médicament et le crypte malade: aussi cette médication, si on l'employait seule, compterait-elle peu de succès.

On doit employer en même temps des médications extérieures consistant surtout dans des frictions vigoureuses et souvent renouvelées faites avec des substances stimulantes, du baume de Fioraventi, par exemple, mêlé à parties égales avec l'eau vulnéraire spiritueuse, que nous employons de préférence, ou tout autre liquide stimulant, car ce mélange n'a pas d'action spéciale sur la maladie cholérique.

Les frictions ont pour but d'agir immédiatement sur la circulation capillaire et de la favoriser, d'empêcher la stase du sang dans les vaisseaux capillaires, où il noircit et devient impropre aux fonctions plastiques, d'activer la circulation dans le système veineux et de reporter vers l'appareil circulatoire central ce sang altéré, qui de là va se revivifier dans les organes de l'hématose. De plus, les frictions restituent à l'organisme les fonctions plastiques et ramènent ainsi la production du calorique suspendue en partie chez les sujets cholériques.

Les applications chaudes faites dans le but de réchauffer les malades refroidis ne doivent être employées qu'avec une certaine mesure. Elles doivent empêcher que le cholérique ne cède à l'extérieur le peu de calorique qu'il possède encore; mais, si l'on veut par ce moyen réchauffer le malade, il porte à faux; car, si le malade n'a pas en lui-même de quoi réagir et si les fonctions plastiques sont nulles, au lieu de le réchauffer on le cuit, comme on fait d'un membre gelé qu'on rapprocherait du feu; il tombe en gangrène, et, pour notre part, nous avons vu des malades qui avaient été littéralement cuits par des briques chaudes dont on les avait entourés.

Nous croyons que l'influence exercée sur la circulation générale par les frictions vigoureuses et répétées est beaucoup plus grande pour suspendre les sécrétions anormales du tube digestif que celle des moyens internes, quoiqu'ils ne doivent pas être négligés.

Par ces divers traitements, on peut arrêter en général la marche des choléras peu intenses, et c'est à ces moyens à peu près que se borne aujourd'hui la médication des empiriques; disons-le cependant, ils ont des avantages incontestables dans les cas modérés.

Parallèlement à ces moyens de traitement, nous en employons un bien plus énergique et que nous répétons itérativement. Quelque avancé que soit le choléra, à quelque période qu'il se présente à nous, nous pratiquons une, deux, trois et même quatre émissions sanguines avec la lancette. Ces saignées sont destinées à débarrasser l'appareil circulatoire d'une certaine quantité de sang noir et à demi coagulé, à le rendre plus liquide et moins abondant dans les vaisseaux, à favoriser le dégorgement des capillaires et par conséquent à détruire la stase qui donne lieu à la cyanose.

Quand le choléra est très prononcé, quand la circulation est très compromise, il est plus difficile d'obtenir du sang; on fait alors des frictions tout le long de la veine pour en obtenir un peu à l'ouverture, et dans bien des cas, lorsque par les premières saignées nous ne pouvons obtenir que quelques cuillerées de sang, nous avons pu en avoir une quantité suffisante après des saignées réitérées. Pour nous, l'ancre de salut des malades est la saignée.

N'allez pas cependant exténuer les sujets par des saignées trop abondantes; il faut les faire petites, mais les répéter souvent. Nous ne passons pas, tout le monde le sait, pour aimer beaucoup les saignées, et nous sommes peut-être un de ceux qui les employons le moins en général; mais dans le choléra nous les considérons comme devant constituer la médication principale.

Si nous avons affaire à un choléra moins avancé, à un choléra dans la période phlegmorrhagique, la saignée est tellement souveraine qu'elle peut suspendre instantanément les déperditions intestinales; dans ces circonstances, elle est plus facile et peut être employée plus largement.

Ainsi, en partant des principes fondamentaux des indications thérapeutiques fournies par le choléra, nous sommes arrivé à ceci: applications stimulantes à l'extérieur secondées par les frictions, boissons à l'intérieur tièdes et en grande quantité avec addition de

(1) Fin. — Voir les numéros des 10, 13 et 15 décembre.

substances stimulantes et narcotiques à haute dose, car il y en a peu d'absorbé dans le tube digestif; enfin des émissions sanguines générales peu abondantes, mais répétées à de petits intervalles.

Si les malades arrivent à la période de réaction, il faudra autant que possible les mettre à l'abri des accidents métastatiques, qui, je le répète, font périr autant de malades que les accidents immédiats de la maladie. Pour nous, nous en perdons très peu dans ces conditions, et nous attribuons ce résultat à ce que chez nos malades la circulation a été favorisée par la déplétion de l'appareil circulatoire et surtout des sinus cérébraux.

Dans la période de réaction, nous nous tenons sur nos gardes. Si elle se fait facilement, nous laissons marcher la maladie : la nature se charge de tout. Mais si la maladie est incertaine dans sa marche, si le malade hésite entre des alternatives de frisson et de chaleur, nous tâchons de la favoriser et de la soutenir par un moyen de traitement énergique, par le développement dans l'organisme d'une irritation voisine de la phlogose, par l'application de cataplasmes sinapisés ou même de larges vésicatoires à l'épigastre. Cette méthode de traitement a pour résultat, en activant la circulation capillaire, et secondairement en excitant la circulation générale, de la rendre plus parfaite, de rendre les excrétions et les sécrétions plus faciles, et par conséquent de favoriser les sueurs critiques.

Quand les malades se présentent n'ayant que de la diarrhée ou des vertiges, nous ne croyons pas nécessaire d'employer une médication aussi énergique; mais nous ne croyons pas qu'on doive se contenter des moyens qui vous sont indiqués par les petits manuels que vous avez entre les mains : ainsi le repos au lit, une alimentation légère, quelques astringents et narcotiques; alors, disent-ils, la diarrhée se suspend, la chaleur revient dans les extrémités, et le malade repasse à l'état de santé. Nous vous en avons déjà prévenus, on n'arrêtera pas par ces seuls moyens les accidents du choléra. Leur erreur tient à ce qu'ils ont confondu ensemble toutes les diarrhées qui peuvent survenir. Il faut pour guérir le choléra, quelque léger qu'il soit, déterminer une réaction allant jusqu'à l'état fébrile : aussi voulons-nous produire une certaine excitation par l'application des sinapismes et l'ingestion d'excitants diffusibles en certaine proportion. Il faut exciter cette fièvre de réaction pendant qu'on suspend la phlegmorrhagie intestinale; il faut en un mot les traiter comme s'ils étaient véritablement affectés de choléra.

Nous faisons en général appliquer cette méthode de traitement pourvu qu'il y ait de la douleur de tête et de la courbature. Dans ces cas, les émissions sanguines n'ont pas seulement pour résultat de faire cesser les évacuations diarrhéiques en rendant la circulation plus facile, elles favorisent encore les sécrétions et les excrétions; les sueurs se rétablissent. Les urines se rétablissent aussi, ou augmentent de quantité en devenant sensiblement plus animalisées.

Quand les sujets sont convalescents, c'est-à-dire quand chez eux la réaction a marché sans accidents métastatiques, nous avons recours à une médication en rapport avec les indications qui se présentent.

Chez les sujets dans la réaction, un phénomène qui prédomine est l'irritabilité insolite de la muqueuse du tube digestif; irritabilité qui rend difficile l'ingestion même des boissons alimentaires, et détermine des vomissements avec la plus grande facilité. Dans ces cas, où le tube digestif est placé pour ainsi dire à la porte d'une phlogose, il faut une diététique en rapport avec cette phlogose. Si elle est assez prononcée, il est bon de la combattre par des émissions sanguines locales consistant surtout dans des applications de sangsues à l'anus, par des bains, par des cataplasmes émollients sur l'épigastre; enfin par le cortège d'émollients propres au catarrhe gastro-intestinal. Pour nourriture, on donnera du lait étendu et coupé d'eau, du bouillon de poulet, etc. Enfin on gagnera du temps par ce moyen, et c'est beaucoup, car la maladie étant détruite, la cause de la maladie étant détruite dans ses effets, l'organisme ne ramène que peu à peu les fonctions à leur état physiologique. De là la médication expectante et antiphlogistique à la fois; et il est bon d'apporter une certaine mesure dans l'institution du régime à suivre et des moyens de traitement pour ne pas dépasser les limites. Voilà ce qu'il convient de faire dans la convalescence du choléra.

Il est des moyens de traitement qui se rattachent aux causes du développement de la maladie. Puisqu'il sévit aussitôt qu'il se produit des agglomérations d'hommes et qu'il persiste tant que continuent ces agglomérations, il faut disséminer ceux qui en sont atteints et, autant que possible, les éparpiller sur un grand espace.

Puisqu'il se développe sous des influences météorologiques, secondairement toutefois à la cause principale dont ces influences favorisent l'action, il faut placer les sujets dans des conditions qui puissent les leur faire éviter : aussi celui qui a des prédispositions à la maladie cholérique et qui se sauve du lieu où elle règne fait bien, et il faudrait disséminer le plus possible les sujets parmi lesquels sévit le choléra.

Il est d'autres moyens généraux qu'on peut employer dans le même but. Si les individus sont réunis dans des lieux étroits et peu aérés par eux-mêmes, comme les salles d'hôpital, il faut ventiler; aussi, depuis l'épidémie de 1832, faisons-nous ouvrir les croisées d'une manière permanente en entretenant dans les salles des foyers constants qui aident au renouvellement de l'air, et par ce moyen nous n'avons pas vu le typhus venir compliquer la maladie cholérique.

A ce sujet, nous avons quelques réflexions à faire sur la réunion des malades dans les hôpitaux et sur les agglomérations des armées. Tout le monde sait que l'agglomération des hommes développe le typhus, et surtout l'agglomération des hommes malades. Parmi les cholériques, le typhus a encore plus de tendance à se développer, car les déjections intestinales abondantes et fétides ont beaucoup d'influence pour sa production; aussi faut-il empêcher l'encombrement de ces malades. Cet encombrement détermine facilement le typhus qui vient éclater au moment de la réaction, comme je l'ai vu si souvent en 1832 à l'Hôtel-Dieu, dans une salle dont les croisées étaient tenues fermées; il aggrave les phénomènes réactionnels, et, arrivant chez des sujets déjà épuisés, il présente bien plus de danger et, dans bien des cas, a emporté les malades assez rapidement.

Dans le traitement du choléra grave, il est une grande quantité d'agents thérapeutiques favorables qu'on peut employer, et parmi eux il en est quelques-uns qu'il convient de choisir.

Chez les sujets affectés de choléra qui présentent une grande intensité des accidents nerveux, comme des crampes violentes, et qui se rencontrent surtout parmi les femmes, les stimulants diffusibles qui sont antispasmodiques ont eu de bons résultats, et il nous est arrivé de prescrire avec succès l'éther, mais à dose élevée et en dissolution dans l'eau, ou plutôt enfermé dans des capsules (1), puisque depuis quelque temps on a trouvé le moyen de l'administrer ainsi; de sorte qu'il n'y en a aucune portion qui se perde par l'évaporation. L'éther ne guérit pas le choléra, mais il calme les accidents nerveux secondaires et surtout les crampes, qui sont si douloureuses.

On a préconisé l'huile de Cajéput, comme ayant une action antispasmodique analogue. Cette huile a un goût repoussant qui faisait rejeter son emploi; mais on peut maintenant l'administrer dans les capsules à étui. Elle est irritante à un haut degré, aussi faut-il l'administrer avec modération; car il faut prévenir la phlogose, qui se montre souvent du côté du tube digestif dans la réaction; et on doit, à ce point de vue, s'abstenir un peu de l'emploi des médicaments trop excitants.

Chez les sujets qui ont traversé le choléra, on voit souvent arriver, sous l'influence de l'ingestion des substances même les plus douces, des vomissements opiniâtres qui ne cèdent qu'à l'application d'un vésicatoire sur l'épigastre, traitement qui réussit bien aussi dans le hoquet continu, que l'on voit quelquefois se produire.

Je vous ai parlé de l'éruption cutanée qui se montre pendant la réaction cholérique, mais chez peu de sujets : elle ne présente pas de gravité, et jamais elle ne compromet la peau au point qu'il y ait lieu d'employer une médication; elle guérit, en général, spontanément. Si elle détermine un prurit très vif, on pourra conseiller les bains, les onctions émollientes et les frictions avec les corps gras, et en peu de jours ces accidents se dissiperont d'eux-mêmes.

Vous voyez les principaux chefs du traitement que nous employons, et toujours nous en subordonnons l'action à l'étude des phénomènes de la maladie. Il faut se pénétrer de cette vérité que la thérapeutique du choléra puise ses doctrines dans l'appréciation des éléments constitutifs de cette affection et dans l'appréciation des phénomènes qui se succèdent depuis son invasion jusqu'à sa terminaison.

Je n'ai pu vous parler des variations d'évolution et des diverses formes de choléra, des différences qu'il emprunte à l'idiosyncrasie des sujets et aux conditions dans lesquelles il se produit; c'est ce dont je traiterai dans les leçons cliniques que j'aurai occasion de faire sur les malades qui entreront dans le service. Quant à la doctrine générale du choléra, je crois l'avoir épuisée dans ces leçons et n'avoir plus rien à y ajouter.

(1) Ces capsules ou perles d'éther, inventées par M. le docteur Clertan (de Dijon), ont déjà été employées avec succès à l'Hôtel-Dieu par M. le professeur Trousseau.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

De la myosite.

Au n° 21 de la salle Sainte-Catherine est couchée une femme âgée de cinquante-deux ans, d'une bonne constitution, jouissant habituellement d'une parfaite santé. Depuis plusieurs jours elle éprouve dans la jambe droite de vives douleurs qui s'exaspèrent encore quand elle cherche à exécuter quelques mouvements, et en particulier à fléchir son pied sur sa jambe. La position dans laquelle les douleurs sont le moins vives, c'est la flexion de la jambe sur la cuisse, le pied étant dans l'extension. La jambe est doublée de volume; le gonflement, mal limité d'ailleurs, occupe surtout le mollet. Il y a en même temps de la rougeur, mais elle est peu intense; on dirait qu'elle est profonde, et ne se dessine qu'à travers la transparence des tissus superficiels. On constate un certain empâtement, mal circonscrit, également profond, car la peau, souple et glissant facilement sur les tissus sous-jacents, semble ne pas participer à l'affection; enfin il existe une réaction générale, de l'anorexie, etc.

Voilà une maladie de nature inflammatoire; mais à quelle espèce de phlegmasie devons-nous la rapporter? Est-ce à l'érysipèle, à l'angioleucite, à la phlébite, à l'érythème, au phlegmon?

D'abord, pour ce qui est de l'*érysipèle*, c'est une affection essentiellement superficielle. Ici, au contraire, ce sont surtout les parties profondes que la phlegmasie a envahies; puis la rougeur n'est pas ce qu'elle est dans l'érysipèle, où elle se termine par une bordure festonnée et faisant relief au-dessus du niveau des téguments voisins, où d'ailleurs elle est plus vive sur les contours que dans le centre même. Chez notre malade, la rougeur est en quelque sorte vague, diffuse; elle est surtout manifeste au centre, et de là va s'éteignant vers la circonférence.

L'*angioleucite* se présente sous la forme de plaques rouges, disséminées, reliées entre elles par des traînées rouges plus ou moins apparentes, et formant comme autant de petits phlegmons circonscrits; la rougeur dont elle s'accompagne, sans être terminée par une bordure saillante, occupe le centre de chacune de ces plaques et va en diminuant de ce centre vers la périphérie.

Dans la *phlébite*, nous trouvons de la rougeur, de l'empâtement et des noyaux indurés situés sur le trajet des veines; mais le gonflement n'occupe pas la totalité du membre, comme dans le cas qui nous occupe.

L'*érythème*, avec la rougeur un peu jaunâtre, avec son siége tout superficiel, avec la douleur à peine appréciable dont il s'accompagne, ne saurait en imposer pour la maladie que nous avons sous les yeux.

Il ne nous reste plus à examiner que le *phlegmon diffus*. Cette maladie offre plusieurs caractères analogues à ceux de l'érysipèle, d'où lui vient la dénomination d'érysipèle phlegmoneux par laquelle on la désigne souvent. Quelquefois, cependant, il est des signes qui permettent d'établir entre ces deux affections une différence assez tranchée. Ainsi dans l'érysipèle la rougeur est très vive, plus vive à la périphérie qu'au centre; elle est plus prononcée dans les points qu'elle a récemment envahis que dans ceux où elle est établie depuis quelques jours. Il en est de même pour la tuméfaction et la douleur. Dans le phlegmon, au contraire, la rougeur, le gonflement et la douleur sont plus intenses au centre qu'à la périphérie.

Chez la malade qui nous occupe, il y a bien vers le milieu du mollet une masse centrale plus indurée, plus douloureuse que les parties voisines; mais la rougeur de la peau est si faible, il y a si peu d'empâtement dans la couche sous-cutanée que nous ne pouvons évidemment rapporter cette affection ni à l'érysipèle phlegmoneux, ni au phlegmon diffus profond. C'est donc une inflammation qui ne rentre pas dans le cadre des inflammations ordinaires. Les phénomènes spéciaux qu'elle présente tiennent au siége qu'elle occupe; elle réside dans le corps des muscles; c'est ce qui l'a fait désigner sous le nom de *myosite*.

Si l'on étudie les inflammations d'une manière générale, on reconnaît qu'elles ont toujours pour siége le tissu cellulaire. Ce tissu, vous le savez, se trouve répandu dans tous les organes, dont il est pour ainsi dire la trame, la gangue. Mais, il faut le reconnaître, sa texture varie; il n'est pas le même à la peau, dans les aponévroses, dans les viscères, autour des muscles. Les modifications qu'il subit dans sa texture expliquent les différences des inflammations qui l'atteignent. Ainsi il faut tenir compte de l'arrangement de ce tissu cellulaire dans la région malade; il faut encore prendre en considération les organes qui avoisinent le foyer phlegmasique, leur structure, leur position superficielle ou profonde, enfin l'abondance du tissu graisseux qui les entoure. Chacune de ces conditions en quelque sorte mécanique exerce son influence sur la marche des inflammations. Dans la myosite, c'est bien aussi le tissu cellulaire qui est enflammé, mais non pas le tissu cellulaire qui entoure les muscles, qui les isole les uns des autres, car alors c'est un phlegmon circonscrit ou diffus qui se produit; dans la myosite, il y a, au contraire, inflammation du tissu cellulaire placé dans le corps même du muscle. Rappelons-nous que chaque faisceau d'un muscle, du deltoïde, du grand fessier, par exemple, a sa gaîne celluleuse propre, que chaque fibre et chaque fibrille sont entourées d'une enveloppe celluleuse. On comprend que l'inflammation des gaînes fibrillaires ne doit pas se présenter avec les mêmes caractères que l'inflammation des gaînes aponévrotiques enveloppant un muscle tout entier. En effet, il y a alors une série de petits points enflammés si rapprochés les uns des autres qu'ils ne forment pas de foyers distincts, mais se réunissent et se confondent tous en une masse ferme et résistante : on trouve dans ce cas un noyau qui semble résulter de l'inflammation du tissu charnu, du parenchyme du muscle.

Cette maladie présente des caractères particuliers sur lesquels j'attire toute votre attention.

Les inflammations sont, en général, ou circonscrites avec l'apparence d'un noyau, ou répandues sous la forme d'une large surface rouge, empâtée, douloureuse. La suppuration, qui suit les mêmes lois, tantôt se rassemble en un foyer plus ou moins volumineux, tantôt se répand en fusées purulentes. Dans la myosite, un noyau ou une plaque se forme d'abord sous l'aponévrose; sa présence n'est révélée par aucune rougeur, par aucun gonflement apparent; la pression seule permet de constater une tuméfaction dure et douloureuse, profondément située. Ce n'est qu'au bout de plusieurs jours qu'on peut reconnaître par la vue le gonflement du membre et la rougeur des téguments. En même temps, les malades ne peuvent faire exécuter aux muscles affectés aucun mouvement sans en éprouver de vives douleurs. Si dans le phlegmon intermusculaire la douleur est vive aussi, elle n'est pas telle cependant qu'elle force les malades à adopter de préférence une attitude déterminée du membre et à la garder d'une manière permanente. Voyez, au contraire, notre malade : elle place d'elle-même son membre de manière à mettre les muscles dans le plus complet relâchement; sa jambe est fléchie, son pied étendu; toute tentative de contraction ou d'extension des muscles augmente singulièrement les souffrances.

Cette inflammation offre peu de rapidité dans ses allures; elle n'arrive que lentement à ses terminaisons naturelles. L'anatomie

nous explique ce phénomène. On peut établir en proposition générale que les inflammations marchent d'autant plus vite et aboutissent d'autant plus promptement à la suppuration que le tissu cellulaire est plus abondant et plus foliacé, et réciproquement la marche des inflammations est d'autant plus lente, la suppuration d'autant moins rapide que le tissu cellulaire est moins abondant et plus serré. Il n'est donc pas étonnant que dans le tissu cellulaire des muscles qui présentent ces dernières propriétés les accidents inflammatoires se développent avec lenteur. Aussi, tandis qu'il faut pour produire du pus six à huit jours dans le phlegmon circonscrit, qu'il suffit de trois à quatre pour le phlegmon diffus, on peut encore espérer éviter la suppuration huit, dix et même quinze jours après le début de la myosite.

Etiologie. — Cette affection résulte de fatigues excessives, d'actions musculaires exagérées, d'efforts violents et prolongés. Ainsi, une marche forcée produira une inflammation des muscles de la jambe; des mouvements exagérés du bras auront pour conséquence une myosite du grand pectoral ou du deltoïde, etc. Il n'est pas rare, à la suite d'un exercice violent, de ressentir une douleur dans les membres. Cette *courbature*, comme on l'appelle, est souvent le point de départ d'une myosite. Notre malade nous dit avoir joui autrefois d'une certaine aisance; aujourd'hui elle est forcée de se livrer comme domestique à des exercices musculaires plus ou moins rudes. Elle en éprouve une fatigue d'autant plus pénible qu'elle y était moins habituée.

Pronostic. — La myosite se résout le plus souvent d'elle-même, sans qu'il soit besoin d'un traitement énergique. Mais cette terminaison elle-même, quelque heureuse qu'elle soit, n'est pas exempte de quelques inconvénients : il peut rester dans les muscles une induration très persistante, souvent indélébile, et qui trouble pendant longtemps les fonctions de ces organes. L'inflammation, en effet, détruit la flexibilité et la mobilité du tissu cellulaire; elle soude les fibres musculaires les unes aux autres, comme les fausses membranes agglutinent les surfaces opposées de la plèvre, comme le phlegmon soude la peau au tissu sous-cutané, ou rend les tendons immobiles dans leurs gaînes synoviales, etc. Or, dans l'acte normal de la contraction musculaire, les fibrilles charnues peuvent et doivent se contracter isolément. Après l'inflammation, confondues entre elles, elles ne forment plus qu'une masse homogène qui a perdu toute souplesse. Plus tard il peut même arriver que le produit de l'exsudation inflammatoire s'organise, s'hypertrophie, et que les fibres charnues incessamment gênées dans leurs fonctions finissent par disparaître plus ou moins complétement, ne laissant à leur place qu'une corde fibreuse.

Traitement. — Nous avons vu qu'il ne fallait pas s'en laisser imposer par l'apparente bénignité que cette affection présente à son début; il faut donc agir avec assez d'énergie pour hâter la résolution. Si le sujet est fort, pléthorique, et s'il n'y a pas de contre-indication, les émissions sanguines générales peuvent être utiles; les saignées locales doivent dans tous les cas être employées. On appliquera donc des sangsues en grand nombre sur la partie enflammée, et l'on pourra du premier au huitième jour tirer un grand parti de ce traitement. Est-on appelé de bonne heure, alors que la suppuration n'est pas encore établie, le meilleur moyen que l'on puisse employer, c'est de faire une compression méthodique à l'aide d'un bandage roulé et de compresses graduées. Lorsqu'on est arrivé à cette période de la maladie où la suppuration, quoique probable, n'est cependant pas encore évidente, l'application d'un large vésicatoire volant couvrant tout le membre malade pourra rendre de grands services. Quand la résolution a été obtenue à l'aide de ces moyens, mais qu'il reste un noyau, une induration profonde, on aura recours aux frictions résolutives : onguent napolitain, iodure de plomb, etc. Les révulsifs intérieurs, les purgatifs, les bains sont encore très utiles. A ce moment encore on pourra avoir recours à la compression, non plus pour faire avorter l'inflammation, mais pour hâter la résolution de l'engorgement dont nous avons parlé. Lorsque la suppuration s'est faite, que des abcès se sont formés, il faut les ouvrir; mais il ne faut le faire ni trop tôt, avant que la fluctuation soit évidente (l'incision serait inutile); ni trop tard, parce que le pus pourrait gagner la cloison inter-musculaire et donner naissance à un phlegmon diffus profond.

Eugène MOYNIER.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. NÉLATON.

Hernie inguinale étranglée chez une femme jeune encore. Difficulté du diagnostic. — Débridement. — Invasion du choléra le surlendemain de l'opération. — Mort.

Une jeune femme est entrée à la Clinique le 8 décembre présentant des symptômes, d'abord douteux, de hernie crurale étranglée, qui plus tard, s'étant reproduits de manière à ne plus laisser de doute sur l'existence d'un étranglement, ont nécessité l'opération. Elle a été pratiquée dans les meilleures conditions, et alors que tout faisait espérer que les suites en seraient heureuses, cette malade a été prise d'accidents cholériques des plus intenses auxquels elle n'a pas tardé à succomber. Les difficultés de diagnostic qu'a présentées ce cas et qui ont tenu en suspens pendant plusieurs jours l'opinion de M. Nélaton, les particularités qu'a offertes l'opération, et enfin la complication d'accidents cholériques qui sont venus enlever cette malade quelques jours après l'opération, alors que tout faisait espérer un prochain rétablissement des suites de l'opération; toutes ces circonstances impriment à l'histoire de cette malade un intérêt qui nous fait un devoir d'en reproduire aussi fidèlement que possible les principaux incidents, ainsi que les réflexions et les préceptes pratiques dont elle a été l'objet de la part de M. le professeur Nélaton.

Cette femme portait depuis dix ans une hernie qu'elle croyait s'être produite à l'occasion d'un effort violent et brusque. Cette hernie n'avait pas été contenue, ou plutôt elle avait été mal contenue par un bandage dont la plaque pressait sur la hernie même au lieu de presser sur l'anneau. Quoi qu'il en soit, ces dix ans s'étaient écoulés sans accident, lorsque le 4 de ce mois, pour la première fois, le soir vers dix heures, la malade fut prise sans cause appréciable de vomissements; elle crût d'abord n'avoir qu'une indigestion; mais une plus grande sensibilité qu'à l'ordinaire dans la région occupée par la hernie ayant attiré son attention sur ce point, elle remarqua bientôt que la tumeur avait augmenté de volume. Un médecin fut appelé aussitôt, qui se livra à des tentatives longuement répétées de taxis. Quel en fut le résultat ? Il eût été intéressant de le savoir; mais on n'a à cet égard aucune donnée précise. La malade, interrogée sur ce point, dit que le médecin avait cru avoir réduit la hernie. Cependant le lendemain les vomissements continuèrent, et à partir de ce moment il se produisit un symptôme nouveau, l'absence des selles. Nouvelles tentatives de réduction, mais sans plus de résultat probablement que les premières, puisque la tumeur persista. Enfin, le surlendemain mardi, la malade, commençant à concevoir des inquiétudes sérieuses sur son état, se décida à entrer à l'hôpital.

Son état général ne présentait à ce moment rien de grave en apparence; elle n'avait nullement l'aspect d'une personne très malade; elle ne paraissait même pas souffrir beaucoup. Les vomissements étaient suspendus; elle n'avait pas vomi depuis la veille; mais les selles n'avaient point paru encore depuis le samedi précédent, c'est-à-dire depuis trois jours.

L'interne de garde crut convenable de prescrire un lavement purgatif, qui était en effet indiqué.

Le lendemain matin mercredi, à la visite, M. Nélaton, qui la voit pour la première fois, apprend que le lavement prescrit la veille a été suivi d'une selle stercorale. L'état général d'ailleurs était assez bon en apparence; le pouls était peu fréquent et d'une résistance normale. Les vomissements n'avaient pas reparu. Il y avait donc lieu à beaucoup d'incertitude sur le diagnostic. Cependant M. Nélaton n'était pas parfaitement rassuré : il pouvait y avoir un étranglement, sur l'existence duquel il était très important d'être fixé. Il prescrivit en conséquence 15 grammes d'huile de ricin.

Un changement inquiétant s'était produit du mercredi au jeudi et venait confirmer les appréhensions manifestées la veille. L'huile de ricin avait été rendue par le vomissement; absence complète de selles, et à la suite de ce vomissement il était survenu des coliques, du hoquet, des nausées; le pouls était devenu petit et fréquent.

Voici dans quel état M. Nélaton trouva la malade le jeudi matin à la visite :

Il existait dans la région inguinale une tumeur du volume d'un petit œuf de pigeon, dont le grand diamètre était dirigé obliquement sur le trajet du canal inguinal; cette tumeur présentait au toucher une dureté assez considérable, qui eût pu au premier abord en imposer pour un ganglion lymphatique engorgé. Ayant fait quelques tentatives de réduction infructueuses, M. Nélaton n'insista pas.

Les commémoratifs présentaient sans doute de fortes raisons pour faire soupçonner une hernie : existence depuis dix ans d'une tumeur dans la région inguinale, dont le volume augmentait généralement dans la soirée. Cependant il n'y avait pas encore là des raisons d'une valeur absolue et suffisante pour décider immédiatement la question. Il y avait un moyen plus direct de s'en assurer. Le doute ne pouvait porter qu'entre deux choses : une hernie et un ganglion. Dans une hernie, la tumeur a toujours un pédicule qui a son origine dans la cavité abdominale. Or, par une exploration attentive au-dessus de la branche des pubis et en soulevant la tumeur, on sentait distinctement ce pédicule comme un cordon dur qui contournait l'arcade pubienne au point où il s'engageait dans la cavité abdominale. C'était donc une hernie. Mais cela ne suffisait pas encore pour la détermination grave qu'il s'agissait de prendre. La hernie étant constatée, cette hernie était-elle étranglée ? Les symptômes constatés jusque-là étaient-ils le résultat d'un étranglement ? Ce second point de diagnostic ne laissait pas encore que d'offrir quelques difficultés. Ces difficultés cependant ont été levées, ainsi qu'on va le voir.

D'abord le lavement purgatif avait provoqué une selle stercorale. Mais cela indiquait-il qu'il n'y eût point d'interruption entre les deux extrémités du tube digestif? Nullement. Personne n'ignore que lorsqu'il existe un étranglement sur l'un des points de l'intestin grêle, ce qui est le cas le plus commun, des selles (et des selles stercorales) peuvent se produire encore pendant plusieurs jours, même après l'étranglement, sans qu'on doive en inférer que le circuit intestinal, un moment interrompu, a été rétabli.

D'un autre côté, la tumeur chez cette malade était peu douloureuse, même à la pression. Mais il importe de savoir, pour réduire ce signe à sa juste valeur, que les tumeurs herniaires étranglées sont souvent indolentes, et que le taxis même n'y provoque aucune douleur.

Ces signes n'avaient donc par eux-mêmes aucune valeur ni pour ni contre l'étranglement. Mais un signe d'une valeur réelle, dont nous n'avons pas parlé encore jusqu'ici, et qui, joint à ceux qui ont été indiqués plus haut, ne laissait plus aucun doute, ce sont les vomissements stercoraux qui sont survenus du samedi au jeudi.

Toute incertitude étant levée, et l'indication paraissant urgente, M. Nélaton s'est donc décidé à opérer immédiatement.

Après avoir pratiqué une large incision sur les téguments, il a successivement incisé le fascia superficialis, puis une masse graisseuse assez semblable à l'épiploon, et qu'avec une attention superficielle on eût pu prendre pour cet organe; erreur facile à éviter d'ailleurs, lorsqu'on est prévenu qu'il existe toujours une masse graisseuse plus ou moins considérable autour des hernies anciennes, et sachant bien d'ailleurs que le sac herniaire n'avait pas été ouvert. Ayant donc incisé profondément cette masse cellulo-graisseuse, l'opérateur est arrivé sur le sac, qu'il a été facile de reconnaître à sa transparence et à la coloration bleuâtre-veineuse que lui imprime le liquide séro-sanguinolent dans lequel baigne l'anse intestinale herniée. Le sac a été incisé à son tour, et il s'est écoulé aussitôt un jet de liquide qui a averti les assistants qu'il était ouvert. La hernie, mise à découvert, a été aussitôt réduite, ce qui n'a offert aucune difficulté. Nous reviendrons d'ailleurs sur quelques-uns des détails du procédé opératoire, à l'occasion desquels M. Nélaton a émis quelques préceptes pratiques qu'il est utile de faire connaître.

Les résultats de cette opération paraissaient s'annoncer de la manière la plus heureuse; la malade allait on ne peut mieux le lendemain vendredi, lorsque le jour suivant, c'est-à-dire deux jours après l'opération, M. Nélaton fut frappé à la visite de l'état profond d'altération des traits, et surtout de l'altération de la voix. On lui apprit alors que la malade avait eu dans le cours de la nuit un grand nombre de selles. Elle n'avait point vomi. Le pouls était petit, la peau encore chaude, mais avec tendance au refroidissement. Du reste, absence totale d'accidents dépendant de la hernie. Point de ballonnement du ventre, rien du côté de la plaie. — Potion éthérée, lavement laudanisé.

Le dimanche matin la malade était dans l'état le plus déplorable; la face cyanosée, les yeux excavés, la parole éteinte, tout le corps froid, surtout aux extrémités; pouls à peine perceptible. — Potion *ut suprà*, vin chaud, moyens calorifiques.

Le lundi matin la malade est à peu près dans le même état. Le pouls est complétement absent à la radiale, et même à la brachiale. Les bruits du cœur sont très faibles. La plaie de la hernie ne présente plus aucun travail vital; il s'y fait une sorte de décomposition putride; le fond en est grisâtre. Point de réaction ni de douleur. Enfin, on remarque une tache noire vers le bord interne de la cornée, signe du dessèchement de la sclérotique, absolument comme sur un cadavre. La malade a succombé dans la journée.

Nous ferons connaître les résultats de l'autopsie.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

ADDITION A LA SÉANCE DU 13 DÉCEMBRE 1853.

Maladies épidémiques. — M. Bricheteau lit un rapport sur un mémoire de M. Druhen aîné, membre du comité d'hygiène du département du Doubs, sur l'histoire des maladies épidémiques qui ont régné dans le département depuis 1836 jusqu'en 1850.

Une partie de ce mémoire a pour objet l'examen critique des documents invoqués pas la statistique et la méthode numérique, à l'appui d'une hypothèse dont l'idée première appartient à un mathématicien, mais qui a été transformée et formulée par un médecin (M. Bayard) de la manière suivante :

« La variole confluente et la fièvre typhoïde ne sont qu'une seule et » même maladie, tantôt externe, tantôt interne, produite par la combi- » naison de la variole et du typhus, c'est-à-dire, en d'autres termes, » que la petite vérole, dont on prévient le développement par la vac- » cine, est métamorphosée plus tard en une espèce de variole inté- » rieure qui n'est autre chose que la fièvre typhoïde; en sorte que la » mortalité du jeune âge, suspendue par l'inoculation vaccinale, se » trouve déplacée et portée à une époque plus avancée de la vie; seu- » lement, au lieu de mourir de la variole, on meurt de la dothinenté- » rie. Par conséquent, la vaccine, loin d'être un préservatif utile à » l'enfance, serait un présent funeste fait à l'humanité, qui lui conser- » verait des victimes pour être immolées dans l'adolescence et l'âge » adulte. »

Les calculs statistiques qui ont été invoqués à l'appui de cette hypothèse ont paru à M. Druhen reposer sur des bases inexactes et fautives, ce qui l'a déterminé à en faire une critique sérieuse.

Voici en résumé les principaux arguments produits par M. Druhen.

On sait que M. Carnot, dans son *Essai sur la mortalité*, a émis cette espèce d'aphorisme : « La mort, sous des noms inconnus au dix-hui- » tième siècle, prélève aujourd'hui sur la jeunesse le tribut que la » petite vérole imposait autrefois à l'enfance. » M. Carnot appuie cet aphorisme sur trois propositions capitales, appuyées elles-mêmes sur de nombreux calculs statistiques. Les observations critiques de M. Druhen sur ce travail tendent à prouver que les chiffres invoqués par M. Carnot ne sont pas concluants, et que les tableaux de mortalité sur lesquels il s'appuie sont contestables.

Ainsi, par exemple, en ce qui concerne la première proposition de M. Carnot, savoir : « que de 1800 à 1815 la mortalité a doublé dans » les rangs de la population de 20 à 30 ans; que cette mortalité n'a » fait que se déplacer; qu'au lieu de frapper l'enfance, comme elle le » faisait avant la vaccine, elle choisit ses victimes entre 20 et 30 ans, » M. Druhen fait remarquer que le point de départ de ces calculs (*Tables* de Deparcieux) n'est pas à l'abri de reproches. Les relevés statistiques concernant les décès faits avant 1789 ne doivent être admis, suivant lui, que comme des renseignements incomplets, sans

pouvoir servir de terme rigoureux de comparaison. Quant aux tableaux de mortalité pour la ville de Paris, beaucoup plus exacts, ils sont également loin d'être irréprochables relativement à la nature des maladies qui ont causé la mort.

Au sujet de la deuxième proposition de M. Carnot, ainsi conçue : « Les maladies du poumon n'ont pas eu de part sensible à l'accroissement de la mortalité de la jeunesse depuis 1817, » M. Druhen fait remarquer que, pour apprécier sa valeur, il faudrait plusieurs autres documents statistiques qui viendraient se fondre dans une moyenne qu'il est impossible de déduire de ceux cités par M. Carnot.

Il résulte finalement des remarques de M. Druhen que, pour qu'une statistique ait toute sa valeur, il faut tenir compte de beaucoup de particularités que M. Carnot a omises. Il faut ajouter encore que les soldats, objets du calcul de l'auteur, sont des hommes choisis par le conseil de révision, dont le devoir est de dispenser du service tous ceux qui portent le germe d'une maladie quelconque de la poitrine, auxquelles, par cela même, ils donnent peu de prise; qu'enfin l'intempérance familière à beaucoup d'entre eux les dispose d'une manière toute particulière aux maladies gastro-intestinales.

Comme on peut inférer du sens de la première proposition qu'il combat que la fièvre typhoïde est une maladie nouvelle, M. Druhen a consulté les archives médicales de Besançon, qui renferment des documents sur les épidémies, pour prouver qu'il a régné dans cette ville, à des époques éloignées, des formes adynamiques contagieuses qui n'étaient autre chose que la fièvre typhoïde, dont le nom seul est nouveau.

M. le rapporteur, après avoir reproduit les arguments dont nous ne venons d'indiquer que les points principaux, appuie lui-même l'argumentation de l'auteur par de nouveaux exemples, et en s'étayant de l'autorité de divers statisticiens, notamment de J.-B. Say et de M. Villermé.

Quant aux conclusions du rapport, M. le rapporteur s'en réfère à celles qui ont été formulées dans le rapport général sur les épidémies, dont celui-ci n'est qu'un fragment détaché, et conformément auxquelles une médaille a été décernée à M. Druhen.

Bandage herniaire crural. — M. Lucien Boyer présente un bandage pour hernie crurale, non pas nouveau, mais généralement inconnu, et qui lui paraît offrir des avantages positifs sur tous ceux que l'on emploie ordinairement.

Ce bandage n'est point de mon invention, dit M. L. Boyer; il appartient à l'un des plus distingués et plus regrettables correspondants de l'Académie, le docteur Fouilloy, ancien inspecteur général du service de santé de la marine.

Du vivant de M. Fouilloy je l'avais deux fois employé par ses conseils; ayant eu dernièrement besoin d'y recourir de nouveau, je n'ai pu rien trouver d'analogue chez aucun bandagiste, et il m'a été impossible de retrouver l'ouvrier qui l'avait seul fabriqué il y a plusieurs années sur les indications de M. Fouilloy : de sorte que j'ai dû en diriger moi-même la confection.

Ce bandage est établi sur les données suivantes très judicieusement formulées par son auteur : « Lui donner pour point d'appui fixe et invariable toute la circonférence de la ceinture osseuse du bassin; le placer à l'abri de toute influence de la part des agents musculaires et de la flexion de la cuisse; éviter toute obliquité capable de favoriser son glissement. »

D'une pelote postérieure appliquée sur le sacrum se détachent deux ressorts exactement moulés sur la circonférence du bassin et passant horizontalement entre la saillie formée par le grand trochanter et la crête de l'os des iles. Ces deux ressorts sont réunis antérieurement au moyen de deux courroies d'attache, qui complètent une ceinture horizontale placée à l'abri de l'action de tous les muscles moteurs de la cuisse, de tous les mouvements du membre et du tronc lui-même. De l'un de ces ressorts se dégage à angle droit le collet de la pelote dirigé verticalement en bas. L'élasticité qui fournit à celle-ci la force nécessaire à la compression de la hernie réside :

1° Dans la flexion sur son plat de cette portion verticale qui supporte la pelote;

2° Dans une certaine torsion imprimée à la branche de ceinture horizontale, près de l'angle de jonction de ces deux parties.

C'est cette seconde condition qui est particulièrement délicate dans la fabrication de l'appareil, et efficace dans son application. La pelote agit exactement de bas en haut et d'avant en arrière sur l'orifice de l'anneau, et se trouve placée à la partie supérieure du triangle crural entre les muscles adducteurs et le droit antérieur de la cuisse, dont elle évite l'action, en même temps qu'elle se trouve à l'abri du soulèvement produit par la flexion du membre. Il en résulte que les sous-cuisses, souvent si gênant pour les malades, est complétement inutile. Dans le cas de double hernie, l'appareil peut tout aussi bien se terminer antérieurement par deux pelotes.

Ce bandage, tout en n'offrant qu'un très petit volume, maintient la hernie parfaitement réduite dans toutes les positions, et me paraît le plus efficace et le moins gênant. Je l'ai dernièrement encore employé avec un succès complet sur deux nouveaux malades, qui en avaient inutilement employé un grand nombre d'autres.

En présentant à l'Académie cet appareil que je pourrais presque appeler l'œuvre posthume de l'un de ses membres, persuadé qu'elle lui reconnaîtra des avantages réels, je n'ai d'autre but que d'appeler son attention sur un bandage qui, dans ma conviction, rendrait, s'il était plus connu, de véritables services dans un grand nombre de cas.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 5 décembre 1853. — Présidence de M. Combes.

Commission pour préparer une liste de candidats pour la place vacante de secrétaire perpétuel. — La commission qui avait été nommée dans l'avant-dernière séance pour préparer une liste de candidats pour la place vacante de secrétaire perpétuel étant devenue incomplète par la démission de M. Biot, l'Académie procède par la voie du scrutin à la nomination d'un nouveau membre.

M. Binet, ayant obtenu la majorité des suffrages, est déclaré membre de la commission.

Commission des prix de médecine et de chirurgie. — L'Académie, sur la demande de la commission des prix de médecine et de chirurgie, désigne également par la voie du scrutin un membre de la section de chimie, M. Chevreul, pour faire partie de cette commission.

Substance animale analogue à la cellulose végétale. — M. Virchow adresse de nouvelles observations sur ce sujet.

Dans une note antérieure, dit-il, j'ai annoncé à l'Académie la découverte d'une substance particulière trouvée dans le cerveau et la moelle épinière de l'homme, et donnant lieu aux mêmes réactions chimiques que la cellulose végétale. Désirant poursuivre cette découverte, j'ai cherché la nouvelle substance dans la plupart des tissus sains et morbides du corps humain, et je l'avais cherchée en vain lorsqu'elle s'est présentée à moi dans un cas pathologique rare, dans une affection assez mal décrite de la rate humaine, qui commence par une dégénération presque colloïde des follicules (corpuscules blancs de Malpighi).

En Allemagne, on désigne communément sous le nom de *Wachsmilz* (rate cireuse) cette dégénération, qui est considérée par quelques pathologistes comme un épanchement albumineux ou fibrineux, par les autres comme une dégénération graisseuse ou vraiment colloïde. En effet, les follicules (vésicules, corpuscules blancs) de la rate sont transformés, de la périphérie au centre, en une masse d'apparence homogène, transparente, grisâtre ou jaunâtre, qui se présente sous la forme de grains comparables aux grains de sagou cuits. Depuis longtemps je savais que ces grains se composent de petits corpuscules microscopiques un peu irréguliers, mais tout à fait homogènes, qu'on peut considérer comme résultant de la transformation des cellules lymphatiques qui forment le contenu des follicules spléniques. En observant au microscope les effets des agents chimiques sur ces corpuscules, on voit qu'ils deviennent pâles par l'acide acétique, et l'on obtient un précipité granuleux dans les interstices des corpuscules quand on ajoute à la préparation acidulée un peu de ferrocyanate de potasse. L'acide nitrique chaud produit une couleur jaune qui devient brunâtre par l'addition de l'ammoniaque caustique, couleur due évidemment à l'acide xanthoprotéique. C'est pour ces raisons que j'avais considéré autrefois les corpuscules comme composés d'une substance albuminoïde solide. Cependant, frappé par la ressemblance des corpuscules cireux de la rate et des corpuscules amylacés du cerveau, je tentai dans un cas nouveau l'action de l'iode et de l'acide sulfurique, et je vis apparaître avec une promptitude surprenante la couleur vive violacée de la cellulose.

Je dois ajouter que j'ai pu constater l'exactitude de cette réaction dans plusieurs préparations anciennes de notre collection pathologique, conservées dans une faible dissolution d'alcool. La substance jouit d'une telle fixité, qu'elle est encore sans altération dans une rate macérée dans l'eau courante pendant quinze jours.

J'ajouterai, en terminant, que cette dégénération singulière de la rate appartient principalement aux états de cachexie, et qu'elle se trouve le plus souvent chez des malades soumis à des affections ulcéreuses très prolongées. (Commissaires : MM. Serres, Flourens et Pelouze.)

Nouvelles recherches sur la nature et le traitement du choléra épidémique. — M. Beauregard avait déjà, en 1849, adressé à l'Académie les résultats de ses études sur cette maladie. (Voir *Comptes rendus*, tome XXVIII, pages 781 et suivantes.) Postérieurement à cette communication, les objections présentées par quelques praticiens distingués le portèrent à essayer de modifier la méthode de traitement qui lui avait jusque-là réussi. La haute dose à laquelle il administrait dans la première période, ou période de dépression, l'éther laudanisé avait inspiré des craintes, et l'on supposait que des doses réduites produiraient le même effet, sans exposer aux inconvénients qu'on redoute toujours de l'ingestion des opiacés à haute dose.

Des essais comparatifs furent faits en conséquence, mais ne durent pas être continués longtemps, parce que la proportion des cas de guérison était notablement réduite.

M. Beauregard a eu cette année l'occasion de traiter encore à Graville des cas de choléra, et a obtenu de sa méthode de traitement les mêmes succès. (Commissaires : MM. Serres, Andral et Rayer.)

Effets de la diminution de la pression atmosphérique sur les animaux. — M. Marchal (de Calvi) adresse sous ce titre une note résumée en ces termes :

L'auteur croit pouvoir conclure des expériences rapportées dans cette note que les variations de pression atmosphérique sont loin d'exercer l'influence qu'on leur suppose. Suivant lui, l'erreur vient de ce que, dans la plupart des cas que l'on a considérés, en même temps qu'il y a diminution de pression à la surface du corps, il y a raréfaction de l'air qui pénètre dans nos poumons et, par suite, diminution de la quantité d'oxygène nécessaire pour l'accomplissement normal de l'hématose. (Commissaires : MM. Dumas, Regnault et Rayer.)

— M. Missoux adresse, de Fournols, l'observation d'un cas qui s'est présenté dans sa pratique chez une femme sur laquelle il avait pratiqué l'amputation de la mamelle. Dix-huit mois après cette opération, le mamelon correspondant a fourni du lait pendant toute la période de la lactation.

Expériences sur le venin des serpents à sonnettes; effets de ce venin et moyen de neutraliser son absorption. — M. D. Brainard, professeur de chirurgie au Collége médical de Chicago (Illinois), communique les expériences suivantes.

Ces expériences ont été faites en général sur des pigeons. Les serpents appartenaient tous à l'espèce des *crotalophorus trigeminus*, espèce dont les morsures passent pour être moins dangereuses que celles d'autres crotales, ce qui s'expliquerait peut-être par leur moindre taille.

L'auteur décrit les symptômes qu'il a observés chez les animaux mordus et les résultats des altérations que lui a fait connaître l'autopsie cadavérique. Parmi ces derniers faits, il faut signaler :

1° Un changement dans la forme des globules rouges du sang, qui, chez les animaux morts à la suite d'une morsure, paraissent s'être rapprochés de la forme sphérique;

2° L'abondance des corpuscules blancs, qui se groupent entre eux et forment des masses mamelonnées;

3° Quand la mort n'a pas été rapide, l'état très prononcé de liquidité du sang contenu dans les cavités du cœur.

Chez les mammifères, on a remarqué aussi, dans les cas où la mort ne survient pas promptement, qu'il y a tendance aux hémorrhagies par les muqueuses et quelquefois apparition sur la peau de taches pétéchiales.

Parmi les symptômes observés pendant la vie, un des plus apparents, et qui est, chez les pigeons, très facile à observer, c'est la constriction de la glotte. La trachéotomie, si utilement employée dans les cas d'empoisonnement par la strychnine, se trouvait très naturellement indiquée. Elle a eu pour résultat de retarder la mort, mais non de la prévenir. L'action des ventouses appliquées sur les points mordus a agi dans le même sens, et a semblé même plus efficace, mais encore insuffisante. Toutefois, l'application des ventouses, en retardant l'absorption du poison, donne le temps de faire pénétrer par infiltration dans la plaie et dans les parties environnantes des substances médicamenteuses. Celles que M. Brainard a essayées sont le lactate de fer et l'iodure de potassium, l'un et l'autre à l'état de solution aqueuse. On les fait pénétrer à l'aide d'une petite seringue convenablement disposée. Au moyen de ces deux substances employées en temps utile et avec les précautions nécessaires, on a, dans le plus grand nombre des cas, sauvé la vie d'animaux qui, privés de secours, auraient nécessairement succombé. M. Brainard croit reconnaître dans l'iodure de potassium une action plus certaine que dans le lactate de fer.

(Une commission, composée de MM. Duméril, Magendie, Flourens et Pelouze, est chargée de prendre connaissance de ce travail.)

Sociétés hydrologiques de Bordeaux et de Toulouse.

Sous le nom de Société hydrologique, vient de se fonder à Bordeaux et à Toulouse une réunion de docteurs en médecine et de pharmaciens des écoles spéciales. Le but de cette association est l'étude de tout ce qui a rapport à l'emploi, en thérapeutique et en hygiène, de l'eau, des eaux minérales, de l'eau de mer, etc. On sait combien cette partie de la science est encore dans l'enfance, et cependant combien de riches matériaux ne possède-t-on pas dont l'étude, faite avec soin, rendrait peut-être des services dont on est loin de soupçonner l'importance! Mais pour arriver à des résultats fructueux, il ne faut pas se borner à de stériles travaux particuliers, il est nécessaire de les envisager dans leur ensemble et de faire de nombreux rapprochements; et, de ces parallèles, de ces comparaisons, il sera possible alors de tirer des déductions pratiques utiles.

Pour arriver à ce résultat, deux hommes honorablement connus dans la science, MM. Pouyer (de Bordeaux), inspecteur des bains de mer de Royan depuis près de vingt ans, et Léon Boyer, professeur à l'école de Montpellier, ont pensé qu'il n'y avait d'autre moyen que de recourir à l'association, un des leviers, à leur avis, les plus puissants pour arriver à des choses grandes et durables. Ce sont eux qui ont eu l'idée première de fonder la Société actuelle, non-seulement en réunissant des médecins hydrologistes entre eux, mais encore en faisant appel à des confrères éloignés, et constituant ainsi une commune solidarité d'observations et d'études.

Dans un discours prononcé au congrès de Toulouse le 10 mai de cette année, M. le professeur Léon Boyer, auquel on doit déjà une spirituelle *Critique des prétendues découvertes hydrologiques modernes*, a tracé en quelque sorte un programme des travaux de la Société, a indiqué le but qu'elle voulait atteindre, les moyens qu'elle devait employer, la marche qu'elle avait à suivre. Il a envisagé la question de l'hydrologie d'un point de vue élevé, en a rapidement tracé l'historique, en a fait ressortir toute l'importance; importance, a-t-il dit, qui se manifestera d'une manière de plus en plus évidente à mesure que la Société avancera dans ses travaux.

Après une discussion approfondie du programme et des conclusions de M. Boyer, ont été constituées les deux Sociétés ou plutôt les deux sections de la même Société, qui comptent parmi leurs membres la plupart des professeurs des écoles secondaires de Bordeaux et de Toulouse, presque tous les médecins inspecteurs des eaux minérales du midi de la France et plusieurs professeurs de la Faculté de Montpellier.

Les réunions de la Société seront bisannuelles; et dans la séance générale, qui se tiendra en avril prochain, M. Boyer présentera un projet de règlement qui sera immédiatement discuté, voté et publié.

Nous tiendrons nos lecteurs au courant des travaux de la nouvelle Société.

M. Coste, membre de l'Institut, ouvrira son cours d'embryogénie comparée, au Collége de France, le mardi 20 décembre, à une heure précise.

Un grand nombre de nos abonnés nouveaux nous ont exprimé le désir d'acheter soit les premiers mois de l'année courante, soit les années antérieures, sans avoir beaucoup d'argent à débourser à la fois. Nous nous empressons de leur dire que nous tenons à leur disposition les premiers mois de 1853, qu'ils pourront prendre à leur gré par un ou plusieurs mois ensemble, à raison de 1 fr. par mois.

Les années antérieures, toutes reliées, se vendent 12 fr. prises au bureau du journal.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés se trouvent à Bruxelles, à la librairie polytechnique d'Aug. Decq. — Les abonnements à la Gazette des Hôpitaux sont reçus à cette librairie au même prix qu'à Paris.

Névrologie, ou description et iconographie du système nerveux et des organes des sens de l'homme avec leur mode de préparation; par MM. Ludovic Hirschfeld, docteur en médecine de la Faculté de Paris, et J.-B. Léveillé, dessinateur. Paris, 1853, 10e livraison. In-4°, figures noires, 5 fr.; fig. coloriées, 10 fr. L'ouvrage complet, comprenant 368 pages et 92 planches, fig. noires, 50 fr.; fig. coloriées, 100 fr. — A Paris, chez J.-B. Baillière, rue Hautefeuille, 19.

Le Sérant.
Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 150. — MARDI 20 DÉCEMBRE 1853. (26e ANNÉE.) N° 150. — MARDI 20 DÉCEMBRE 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes. Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs.

PARIS, LE 19 DÉCEMBRE 1853.

La décroissance que nous signalions samedi dernier dans la marche de l'épidémie devient de plus en plus sensible. Nous ne trouvons dans les relevés des hôpitaux, pour les journées du 14 et du 15 décembre, que 46 cas en tout;

24 pour le 14, et 22 pour le 15.

Les décès du 14 étaient au nombre de 11; ceux du 15, de 8.

A mesure que le chiffre total des invasions diminue, il semble que la proportion des cas déclarés sur place augmente et tende à reproduire le rapport de premiers jours de l'épidémie. Nous trouvons en effet, sur les 24 cas déclarés le 14 : 18 cas reçus du dehors, et 6 cas déclarés à l'intérieur (un tiers); et sur les 22 cas du 15 : 15 cas reçus du dehors, et 7 déclarés à l'intérieur (presque la moitié).

Voici quelle a été la situation des hôpitaux et hospices jusqu'au 15 décembre inclusivement :

Cas déclarés, 697. Sortis, 137; décédés, 285; restants, 275.

Il faut joindre à ces chiffres 27 décès pour les hôpitaux militaires, y compris les Invalides, qui ont donné 6 décès.

Nous ferons remarquer que les hospices n'ont fourni à ce contingent général qu'un chiffre presque insignifiant. Bicêtre n'a eu jusqu'ici à notre connaissance que 2 ou 3 décès, et la Salpêtrière, à la date du 15, n'en comptait pas encore un seul.

Voici un relevé statistique des hôpitaux, qui donne la classification des cholériques entrés du 28 novembre au 13 décembre par provenance des divers arrondissements :

1er arrondissement, 15 cholériques; 2e, 22; 3e, 13; 4e, 12; 5e, 34; 6e, 38; 7e, 31; 8e, 48; 9e, 32; 10e, 53; 11e, 33; 12e, 84.

En résumé, le chiffre total des décès, à la date du 15 décembre inclus, s'élève à 312 pour les hôpitaux, 224 à domicile et 80 dans les communes rurales. En tout, 616 décès.

HOPITAL BEAUJON. — M. SANDRAS.

Kyste volumineux de l'ovaire à droite. — Ponctions. Injections iodées. — Insuccès.

Mathieu (Marie), trente-neuf ans, couturière, salle Sainte-Claire, n° 42.

Cette femme est brune et d'une assez bonne constitution. Elle a été réglée à onze ans pour la première fois, sans aucun accident et sans avoir éprouvé les années suivantes le moindre trouble dans la menstruation. A vingt-sept ans elle s'est mariée, mais jamais n'est devenue enceinte ; à trente-cinq ans elle fut soignée et guérie d'un tænia dont elle rendait des fragments depuis douze ans, affirme-t-elle, et qui avait occasionné, surtout dans les dernières années, des troubles nombreux du côté des organes digestifs et un notable amaigrissement.

Pendant deux années la santé de cette femme se maintint dans un état parfait, et elle reprit de la fraîcheur et de l'embonpoint ; mais au bout de ce temps, en 1849 (elle avait alors trente-cinq ans), l'abdomen commença à se tuméfier, surtout vers le flanc droit ; il survint quelques coliques passagères, puis la marche devint pénible et fatigante, et la malade s'essoufflait avec une grande facilité. Au milieu de tout cela, les fonctions menstruelles s'étaient parfaitement conservées ; chaque mois les règles apparaissaient peu abondantes, il est vrai, mais régulières ; jamais de leucorrhée.

Pendant dix-huit mois on se borna, en ville, à un traitement palliatif qui fut absolument sans résultat; chaque jour les symptômes généraux devenaient plus pénibles, en même temps que le volume du kyste augmentait. Ce fut alors que la malade se décida à entrer à l'hôpital (milieu de 1850). Une ponction simple fut pratiquée. Au bout de deux mois de séjour, la malade sortit parfaitement guérie en apparence. Dix mois après, le ventre avait repris son volume primitif; les troubles de la digestion, l'anhélation reparaissaient plus intenses que jamais.

En février 1852, nouveau séjour à l'hôpital. On pratiqua une seconde ponction, suivie cette fois d'une injection iodée; la réaction fut assez vive, il y eut de la fièvre, beaucoup de douleur et menace d'une péritonite. Toutefois, au bout de trois mois, la malade put quitter les salles et être employée comme ouvrière à la lingerie de l'hôpital.

Le 12 avril 1853, un an après son départ, cette femme reparaît de nouveau à la salle Sainte-Claire. Le kyste remplit tout l'abdomen et refoule tout à fait à gauche la masse intestinale ; la distance des deux épines iliaques antéro-supérieures est de 44 centimètres en passant par la paroi antérieure de l'abdomen. Le toucher vaginal indique que l'utérus est sain, nullement dévié, dépourvu de toute connexion avec la tumeur; on constate, en outre, qu'il est impossible de sentir dans le vagin aucune saillie bien nettement appréciable du kyste abdominal.

Du reste, les symptômes généraux ont augmenté de gravité : coliques incessantes, malaise, anorexie, anhélation, crampes parfois très douloureuses dans la jambe droite et que l'on explique par la compression du plexus lombaire correspondant; la menstruation n'a éprouvé aucun trouble. On réclame l'assistance de M. Boinet, qui pratique la ponction du kyste dans son point le plus déclive, à 3 ou 4 centimètres audessus du ligament de Poupart, en se rapprochant de l'épine iliaque antéro-supérieure. Après avoir ainsi donné issue à deux litres à peu près de sérosité trouble, couleur chocolat, on constate que les parois du kyste reviennent très bien sur elles-mêmes, et qu'il existe au niveau du pédicule une petite tumeur du volume d'un marron à peu près. On injecte, à l'aide d'une sonde en gomme élastique introduite dans la canule du trocart, une solution faite suivant la formule de Guibourt, avec 50 grammes de teinture d'iode, 50 grammes d'eau distillée et 2 grammes d'iodure de potassium : au bout de quelques instants, on donne issue à l'injection, et, après avoir retiré la canule, on applique sur le ventre un bandage de corps maintenu par des sous-cuisses et assez serré.

Le lendemain, 11 mai, le pouls est à 96, l'abdomen est légèrement douloureux à la pression, et cette douleur retentit dans tout le membre inférieur droit; il y a de plus un peu d'œdème de la paupière supérieure droite, du coryza, de la bronchite, de la céphalalgie; dans l'arrière-gorge une saveur métallique très prononcée, une soif extrêmement vive, phénomènes qui peuvent s'expliquer par l'absorption de l'iode resté dans la cavité du kyste.

Le 12 mai, la céphalalgie, la bronchite avaient totalement disparu; la saveur amère de la bouche a seule persisté pendant quelques jours encore; le ventre est tout à fait indolent.

Au bout de douze jours, en examinant l'abdomen avec soin, on rencontre à droite une nouvelle tumeur grosse comme les deux poings, et dont chaque jour on avait pu suivre les progrès. Une compression énergique n'amène aucun résultat, et au bout d'un mois le ventre avait acquis tout le volume qu'il offrait auparavant. La malade quitte l'hôpital.

Enfin cinq mois après, les mêmes phénomènes déterminant les mêmes accidents, la malade vient réclamer avec insistance une opération nouvelle qui puisse la soulager.

Le 27 octobre 1853, l'état général étant toujours excellent, on pratique au même point que précédemment une quatrième ponction, qui donne issue à près de trois litres d'une sérosité couleur chocolat, épaisse et trouble, surtout vers la fin. On injecte ensuite 300 grammes de solution de Guibourt, qu'on laisse au moins cinq minutes dans le kyste, en ayant soin de le malaxer légèrement, et même de ne le vider qu'incomplétement.

Le 28, le pouls est un peu fébrile, il y a 102 pulsations et 45 respirations par minute; l'abdomen est médiocrement douloureux à la pression, et souple en tous les points; facies rouge et animé, malaise, agitation, saveur métallique très intense dans l'arrière-gorge, difficulté de la déglutition. L'urine, examinée avec l'acide nitrique et la solution d'amidon, révèle, en prenant une couleur bleue, des quantités d'iode assez considérables.

Le 29, le pouls est à 102. Hier, il y a eu dans la journée de légers frissons, qui ne se sont pas reproduits. Toujours dans l'arrière-gorge il reste une saveur métallique très désagréable; un peu de leucorrhée.

Deux jours après, la fièvre avait entièrement cédé; l'abdomen était indolent dans toute son étendue; mais, en le percutant, on trouve à droite de la matité dans l'étendue de 6 à 7 centimètres carrés : déjà le kyste, recouvert auparavant par les anses intestinales, a repris du développement et se rapproche de la paroi antérieure de l'abdomen. Du reste, il est remarquable que ce jour-là, et même le neuvième jour après la ponction, les réactifs indiquaient encore une quantité appréciable d'iode dans les urines.

A partir du 31, le ventre a commencé à se développer rapidement; au bout de trois semaines, il avait acquis tout le volume qu'il offrait auparavant, et la malade quitta l'hôpital sans avoir retiré aucun bénéfice des diverses tentatives faites pour la guérir.

1° Dans cette observation se voit une preuve de l'immunité singulière et difficile à expliquer dont jouissent certains sujets : il y a quelques mois, dans le même service, chez une femme d'une soixantaine d'années atteinte d'un énorme kyste multiloculaire, on fut obligé, tant l'anxiété respiratoire était grande, de pratiquer une simple ponction évacuatrice dans une des loges du kyste; la piqûre s'enflamma; en moins de huit jours, une péritonite mortelle enleva la malade. Ici, au contraire, nous voyons trois injections iodées, faites dans une cavité considérable et ayant avec le péritoine les rapports les plus immédiats, s'accompagner à peine pendant quelques jours d'un peu de douleur de ventre et d'une réaction fébrile qui dure trente-six ou quarante-huit heures; or il n'est pas certain qu'en examinant scrupuleusement l'état général du sujet, le volume et la nature du kyste, les circonstances de l'opération, on se rende toujours un compte exact de ces différences considérables dans le degré de la réaction inflammatoire.

2° Il est certain que, dans tous les kystes de l'ovaire un peu volumineux, une seule injection iodée sera insuffisante. Mais faudra-t-il, suivant une méthode récemment préconisée, faire une injection nouvelle dès que le kyste aura repris un volume appréciable ? L'hésitation sera bien naturelle dans les cas où le liquide se reproduit en très peu de jours, comme dans l'observation que nous venons de citer; car, si des injections isolées restent parfaitement innocentes, en sera-t-il de même si on les répète à intervalles rapprochés et alors que le travail inflammatoire suscité dans le kyste par la précédente ponction n'aura peut-être pas complétement disparu ?

3° Les phénomènes d'absorption de l'iode qui se sont manifestés d'une manière si remarquable à la suite des deux dernières injections, soit par le coryza, la bronchite et cette saveur métallique spéciale qui a son siége dans l'arrière-gorge, soit par la présence de l'iode dans les urines pendant les huit ou dix premiers jours qui suivent l'injection, prouvent toute la puissance absorbante de la membrane interne des kystes. Ce fait, bien connu d'ailleurs, peut avoir sa part d'influence dans l'action si puissante des injections iodées. Sans doute, dans une maladie comme un kyste de l'ovaire, où n'apparaît que d'une manière douteuse l'influence des causes constitutionnelles, la guérison, lorsqu'elle arrive, est due presque entièrement à l'action locale du médicament. Mais dans les abcès froids, dans les abcès ossifluents, dans toutes les affections chroniques de nature scrofuleuse, on est en droit de se demander si cette absorption énergique, qui entretient l'économie dans un état de saturation iodée continue, n'agit pas sur la marche de la maladie en modifiant toutes les sécrétions, même la sécrétion du pus et de la lymphe plastique. La guérison, dans ces cas-là, aurait lieu peut-être autant par l'action générale que par l'action locale du médicament; mais c'est un point qui ne peut être établi que par de nombreuses observations.

CLINIQUE DE LA VILLE.

Anesthésie par le chloroforme. — Syncope à la suite d'une amputation du troisième métacarpien.

(Observation recueillie par M. le docteur René BRIAU.)

Le fait suivant d'inhalation du chloroforme a été accompagné de circonstances qui me paraîtraient dignes d'attirer l'attention des médecins lors même que la discussion qui vient d'avoir lieu à la Société de chirurgie sur l'emploi des anesthésiques ne lui donnerait pas un intérêt particulier d'actualité.

Mme X..., âgée de cinquante-huit ans, fortement constituée, d'un embonpoint plus qu'ordinaire, ayant habituellement une bonne santé, mère de plusieurs enfants, ayant été régulièrement menstruée jusqu'à l'âge de près de cinquante-six ans, s'aperçut, il y a environ trois ans, de la naissance d'une petite tumeur à la face palmaire de la main droite, au-devant de l'articulation métacarpo-phalangienne du doigt médian. Cette tumeur, qui se développa lentement en tournant autour de l'articulation sans l'intéresser, ayant paru de nature suspecte, la malade, après avoir pris conseil, résolut de s'en débarrasser par l'opération.

Je passe sous silence toutes les circonstances relatives à la pathologie et à la médecine opératoire de ce fait, ayant le dessein de ne parler, quant à présent, que de ce qui a rapport à l'inhalation du chloroforme.

Lundi dernier, 12 décembre, M. le docteur Demarquay, accompagné de M. Thery, élève en médecine, se rendit près de ma cliente, chez laquelle je l'avais précédé, et se mit en mesure de pratiquer l'amputation du troisième métacarpien. Mme X... avait été d'avance convenablement préparée par un bon régime, et elle se trouvait à jeun; mais son moral était depuis plusieurs jours fortement ébranlé par des émotions inséparables de la résolution qu'elle avait prise et par des impressions pénibles résultant de circonstances de famille. En outre, toute sa vie elle avait été sujette à se trouver mal très facilement sans qu'aucune cause physique ait pu expliquer cette prédisposition. Du reste, à part cet état moral, elle était dans de bonnes conditions pour subir son opération.

Je fus chargé de lui administrer le chloroforme. J'en versai quelques gouttes sur un mouchoir, que je tins d'une main à une distance moyenne de son nez, pendant qu'avec l'autre main je tenais sous mes

doigts l'artère radiale du bras sain. Peu à peu, je rapprochai le mouchoir, sans toutefois intercepter l'air qui arrivait facilement à la malade avec les vapeurs anesthésiques, et j'augmentai la dose du chloroforme. Mme X... s'agitait, faisait de petites respirations courtes et entrecoupées ; aussi l'insensibilité se fit longtemps attendre. Nous ne pûmes l'obtenir qu'au bout de douze minutes (un parent de la malade avait sa montre à la main). Le pouls était bon. Ayant alors fortement pincé la patiente, qui ne témoigna aucune douleur, j'engageai M. Demarquay à commencer l'opération.

Au premier coup de bistouri, notre malade jeta un cri et accusa une vive souffrance. On versa une nouvelle dose très faible de chloroforme, et après quelques mouvements assez violents elle tomba dans l'affaissement. L'opération fut rapidement terminée. J'avais enlevé le mouchoir avant que le métacarpien fut scié, et je n'avais pas un seul instant quitté l'artère radiale, le parent qui nous assistait s'étant chargé de me verser la liqueur anesthésique. On allait s'occuper du pansement; mais à ce moment je sentis tout à coup le pouls se déprimer et les battements devenir plus rares; puis, après deux ou trois pulsations irrégulières (la dernière fut presque imperceptible) je ne sentis plus rien. Tout cela se passa en moins de temps qu'on ne peut en mettre à le dire. Je criai aussitôt : Demarquay ! je ne sens plus rien, regardez ! ! Il leva les yeux; la patiente ne respirait plus; une pâleur mortelle avait remplacé la coloration habituelle de son visage, et en même temps il s'aperçut que le sang qui coulait des artérioles coupées s'était arrêté. Alors, par un mouvement rapide comme la pensée, il saisit Mme X... par le milieu du corps, lui imprima plusieurs mouvements brusques en comprimant la poitrine, puis lui enfonça deux doigts dans la bouche et attira la langue en avant. Pendant ces manœuvres, je frictionnai vigoureusement la région précordiale, et j'essayai de pratiquer la respiration artificielle par des pressions ménagées. Tout cela fut fait rapidement, sans désordre, avec sang-froid et sans perdre une seconde. J'avais, dès le premier moment, fait ouvrir la croisée près de laquelle nous opérions.

Aussitôt que M. Demarquay eut attiré la langue en avant, la malade fit une inspiration qui nous ôta une partie des angoisses que nous éprouvions. Je saisis de nouveau l'artère radiale, et je sentis des pulsations d'abord très faibles et à de longs intervalles, puis un peu plus fortes. Mme X... se mit ensuite à nous répondre : elle était sauvée.

Toutefois, pendant environ deux heures après l'opération, elle conserva une grande pâleur et une tendance peu rassurante à retomber en syncope. Je ne dois pas omettre de dire que la dose totale du chloroforme inhalé fut de 12 grammes.

Après ce récit pur et simple du fait tel que nous l'avons observé, je crois devoir attirer l'attention du lecteur sur quelques détails qui nous ont été racontés par la malade en nous rendant compte des sensations qu'elle a éprouvées. C'est une femme intelligente, dont le récit peut nous mettre à même d'expliquer plusieurs phénomènes extrêmement importants. Dans une semblable observation, aucune particularité n'est indifférente; et on ne doit rien omettre de ce qui est relatif à l'histoire de l'anesthésie et à l'instruction de ceux qui emploient un agent aussi redoutable que le chloroforme.

D'abord, pendant les douze premières minutes de l'inhalation, Mme X... ne sentit aucun bruit dans les oreilles; elle répondit avec une parfaite lucidité à toutes nos questions, et nous dit : Ça me fait comme si j'allais me trouver mal. Ses perceptions se conservèrent dans leur intégrité; elle parut extrêmement préoccupée de ce qu'on allait lui faire, et surtout de la peur qu'on ne commençât l'opération avant qu'elle fût endormie. Bien qu'elle ne manifestât aucune douleur quand je la pinçai, au bout de douze minutes, cependant elle fit un mouvement violent au premier coup de bistouri, et s'écria douloureusement qu'on lui faisait bien mal. Plusieurs fois depuis l'opération elle m'a affirmé qu'elle avait eu la perception nette et distincte de cette première douleur, après quoi elle perdit tout sentiment pour un instant. Elle reprit connaissance aussitôt que j'enlevai le mouchoir imprégné de chloroforme, et pendant qu'on sciait le métacarpien; car elle se rappelle parfaitement avoir de nouveau éprouvé une vive souffrance à ce moment, qui pourtant précéda de peu d'instants la syncope; de sorte que la perte de la sensibilité n'a duré que pendant le temps moyen de l'opération. Il semble, en un mot, que la malade n'était pas, à proprement parler, anesthésiée pendant cette période moyenne qui commence après l'incision de la peau et qui finit avant qu'on scie l'os; je serais porté à croire qu'elle était plutôt dans un état d'asphyxie et d'intoxication commençantes. Je me sers de ces deux mots sans y attacher un sens très rigoureux, et pour exprimer que la perte de connaissance et de sensibilité ne provenait pas de la tolérance de l'agent anesthésique; car il est évident pour moi que le chloroforme n'a pas été toléré.

Une autre particularité intéressante à connaître, c'est que, aussitôt que la malade put parler après la syncope, elle nous dit : « Oh ! que vous m'avez fait de bien en me secouant ! » Cette sensation de bien-être produite par les secousses lui a laissé le souvenir le plus vif et le plus profond. Depuis l'opération elle m'en a parlé bien des fois, en me disant que cette manœuvre avait fait renaître et dilater son cœur; qu'auparavant elle se sentait *s'en aller*, pour me servir de son expression, et qu'en la secouant on lui avait ôté de dessus le cœur un poids énorme qui l'oppressait. Ce qu'il y a ici de singulier, c'est qu'elle n'a aucune connaissance qu'on lui ait mis les doigts dans la bouche, quoique cette manœuvre ait suivi immédiatement la secousse et qu'il n'y ait eu entre elles que quelques secondes d'intervalle; et pourtant, c'est seulement après que M. Demarquay eut attiré la langue en avant qu'un mouvement respiratoire eut lieu. On serait porté à induire de cette circonstance que la vie organique avait été suspendue quelque temps avant la suspension des principaux phénomènes de la vie de relation, ou, pour m'exprimer dans un langage moins médical, mais qui rend peut-être mieux ma pensée, la vie physique s'était arrêtée avant la vie intellectuelle; car le pouls et la respiration avaient complètement disparu, et la patiente avait encore la perception nette et claire de ce qui se passait en elle.

Si on analyse bien exactement ce qui a eu lieu dans ce fait, que je regarde comme très intéressant, voici la succession des phénomènes constatés : après douze minutes d'inhalation, il y a eu plutôt perte de connaissance que véritable anesthésie; on cesse le chloroforme, et à l'instant la sensibilité revient; quelques secondes ensuite la circulation et la respiration s'arrêtent, mais la malade ne perd pas immédiatement tout sentiment; un court intervalle s'écoule pendant lequel le sentiment de ce qui se passe en elle subsiste dans toute son intégrité et s'anéantit enfin jusqu'à ce que la circulation et la respiration soient rétablies.

Je crois qu'on peut sans témérité tirer de cette observation les conséquences pratiques qui suivent :

1° L'état du pouls est le guide le plus prompt, le plus sûr et le plus fidèle pour indiquer quand il faut agir contre une syncope imminente.

2° Si on agit avec rapidité et précision au moment de la dépression et de la disparition du pouls, il y a toute chance de sauver le malade par les moyens connus.

Dans aucune des observations publiées jusqu'ici, on n'a recueilli de la bouche des patients des renseignements aussi précis, aussi importants que ceux donnés par Mme X.... Si je ne m'abuse pas sur leur valeur, les médecins en tireront quelques avantages; ils prouvent en effet que dans la mort par le chloroforme la sidération n'est pas tellement instantanée qu'on ne puisse faire revenir les malades, si on a assez de présence d'esprit et de sang-froid pour saisir rapidement le moment où la vie paraît cesser, et pour employer sans perdre une seconde les moyens si bien indiqués par M. Robert dans son dernier rapport sur les anesthésiques. C'est là une vérité rassurante à laquelle le récit fait par Mme X... donne un degré de certitude qu'aucun autre fait ne peut détruire, du moins quant à présent. Cette conclusion doit faire cesser une partie des craintes que les cas de mort par le chloroforme ont inspirées à un très grand nombre de médecins; mais il faut pour cela que l'état du pouls soit exactement constaté à tous les instants de l'inhalation et jusqu'à ce que les malades soient revenus à leur état normal.

DE L'EMPLOI DE L'URATE D'AMMONIAQUE

dans les fièvres intermittentes et le choléra-morbus européen;

Par M. le docteur BAUR (de Tubingen).

Mon cher confrère,

Je reçois de M. le docteur Baur, de Tubingen (Wurtemberg), une lettre que je vous prie de vouloir bien insérer dans un de vos plus prochains numéros, à cause de son intérêt réel d'actualité. Je l'ai traduite textuellement de l'allemand.

Agréez, etc. SICHEL, D.-M.-P.

« Depuis huit ans, je fais des observations étendues sur les vertus médicales de l'*urate* d'ammoniaque; de nombreuses expériences ont eu pour résultat deux faits positifs qui ne sont pas sans valeur pour la pratique.

» D'abord j'ai trouvé que l'urate d'ammoniaque est un moyen extrêmement actif dans les affections intermittentes, qu'il s'agisse de *fièvres intermittentes* ou de *névroses périodiques*. Après m'être assuré de ses effets dans beaucoup de cas, je me suis rendu l'été dernier, avec les recommandations du docteur de Handschuh (de Munich), médecin d'état-major général de l'armée bavaroise, à la forteresse de Germersheim (Bavière rhénane), pour y faire des essais en grand avec le moyen contre les fièvres intermittentes. Dans la majorité des cas, le médicament avait un effet favorable, bien qu'à l'époque des expériences l'intensité des fièvres eût beaucoup augmenté. D'ordinaire, le moyen était administré toutes les deux heures, à la dose de 10 à 15 centigrammes, en poudre, avec du sucre.

» Une seconde action favorable du moyen est celle que j'ai souvent éprouvée dans le *choléra européen*. Dans cette affection, je l'employais d'ordinaire *en lavements*, à la dose de 25 centigrammes, avec un peu d'amidon et un quart de litre d'eau chaude. Il faut que le malade tâche de garder le lavement quelque temps. Le lavement peut être réitéré, selon les circonstances. Dans le choléra européen, je n'ai pas trouvé nécessaire de le réitérer fréquemment; une ou deux applications ont toujours jusqu'ici coupé rapidement la maladie. On peut aussi remplacer le lavement par une pommade préparée avec 2 à 4 grammes d'urate d'ammoniaque pour 30 grammes de cérat simple. On en emploie d'heure en heure une cuillerée à café en onctions sur les téguments abdominaux. Il est vraiment remarquable combien est rapide l'action du moyen administré en lavement; il procure immédiatement au malade un sentiment de bien-être et arrête les évacuations cholériques, tout en favorisant les garde-robes normales, le retour de la transpiration et du pouls, et en faisant cesser les crampes. D'aucun autre moyen je n'ai vu une action semblable.

» Puisque la majorité des médecins est de plus en plus convaincue que le choléra asiatique ne diffère pas essentiellement et spécifiquement du choléra européen, et ne s'en distingue que par son développement épidémique et sa plus grande intensité, j'ai depuis longtemps désiré de pouvoir expérimenter l'urate d'ammoniaque dans le choléra asiatique; mais depuis que je connais le moyen, je n'ai plus eu occasion de voir une épidémie cholérique. J'ai donc recours à votre amitié pour vous prier ou de faire vous-même des expériences avec l'urate d'ammoniaque, ou de faire un appel aux médecins de Paris, et surtout aux médecins des hôpitaux, afin qu'ils veuillent bien expérimenter dans l'épidémie actuelle l'urate d'ammoniaque, dont la préparation est très facile : il suffit de mettre l'acide urique en contact avec l'ammoniaque caustique et de faire sécher ce produit. Il serait bon de choisir pour les premiers essais des cas d'une intensité moins grande, puis d'expérimenter le moyen dans des cas plus graves. Il sera probablement nécessaire d'administrer des doses plus élevées que celles que j'ai employées dans le choléra européen. »

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 6 décembre 1853. — Présidence de M. DENONVILLIERS.

PRÉSENTATION DE MALADE.

Variété de hernie inguinale — M. LENOIR présente à la Société un malade qui porte une tumeur herniaire du volume d'une tête de fœtus. Cette tumeur, par sa position et par la direction qu'elle affecte dans la région inguinale droite, pourrait au premier examen être considérée comme une hernie crurale; elle ne suit pas, en effet, la direction du canal inguinal; elle se porte en dehors dans le pli de l'aine.

On parvient assez facilement à réduire cette hernie, et on peut alors reconnaître son point de départ. Elle s'est produite par une éraillure de la paroi antérieure du canal inguinal.

En examinant par le toucher les éléments contenus dans le sac herniaire, on rencontre une petite tumeur assez résistante et qui, si on la presse entre les doigts, détermine chez le malade des douleurs analogues à celles que produisent les contusions du testicule. C'est en effet le testicule qui, au dire du malade, n'est jamais de ce côté parvenu dans le scrotum. Cette particularité peut mettre sur la voie de l'étiologie de la hernie, dit M. Lenoir; suivant toute probabilité le testicule, retenu dans le canal inguinal, s'est engagé dans une éraillure de sa paroi antérieure et a été suivi par les viscères.

Du reste, le malade n'éprouve aucune incommodité par le fait de cette hernie, qui est engagée dans une éventration assez large pour qu'il n'y ait pas à craindre d'étranglement.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Perdrix, secrétaire général de l'Association des médecins de Paris, adresse au nom de la commission générale une lettre de remercîments à la Société de chirurgie pour la somme qu'elle a envoyée à l'Association.

— M. le professeur Nélaton fait hommage de son ouvrage sur la pathologie chirurgicale. (Remercîments.)

LECTURE.

M. le docteur Brainard, de l'Etat de l'Illinois, candidat pour une place de membre correspondant étranger, donne lecture d'un mémoire intitulé *Des injections d'iode dans les tissus et les cavités du corps pour la guérison du spina-bifida, de l'hydrocéphale chronique, de l'œdème, des épanchements fibrineux, de l'érysipèle œdémateux*, etc., etc. (Commissaires : MM. Michon, Larrey et Monod, rapporteur.)

RAPPORTS.

M. LARREY donne lecture d'un rapport sur le mémoire de M. Bouvier relatif à l'emploi du séton. Ce rapport et le mémoire sont renvoyés au comité de publication. Quant aux conclusions, favorables, elles sont adoptées par la Société.

— M. RICHET donne lecture d'un rapport sur un mémoire de M. A. Richard, chirurgien du bureau central, professeur agrégé. Voici le travail de M. A. Richard;

Note sur un cas d'extirpation du bras pour un cancer de l'extrémité supérieure de l'humérus. — Ce n'est pas une histoire du cancer des os que je veux présenter ici, pas même un aperçu monographique de l'ostéosarcome de la portion supérieure de l'humérus; et, bien qu'il eût été certainement intéressant de grouper autour du fait curieux dont je vais donner l'histoire les exemples analogues que m'auraient pu fournir les différents recueils de chirurgie ou les leçons de mes maîtres, je viens purement soumettre, et en quelques mots, une question de pratique opératoire à la Société de chirurgie.

J'ai fait l'extirpation du bras pour un cancer de l'humérus : mon malade est mort, et promptement. Ma conviction est qu'il a succombé à une trop grande perte de sang, et que j'aurais peut-être évité ce malheur en liant préventivement l'artère sous-clavière.

Poser comme règle cette ligature primitive dans des cas pareils, tel est le but de cette note.

Le 1er décembre 1852, pendant que je remplaçais à l'hôpital Saint-Louis M. le professeur Malgaigne, on nous amena un jeune homme, nommé Désiré Turon, en nous priant de l'admettre dans les salles pour le guérir, disait-on, d'une *fraîcheur* de l'épaule. C'est un garçon de vingt-six ans, batteur en grange, qui habite Sceaux et y est marié depuis quatre ans. Son enfance et sa première jeunesse se sont écoulées dans une santé parfaite, et il était tout entier à son travail quand, il y a juste trois mois, dans les premiers jours de septembre, il ressentit une douleur dans l'épaule droite. Il n'en continua pas moins ses rudes occupations; car au bout de quelques instants la douleur disparaissait, dès qu'il était, comme il dit, échauffé par le travail.

L'incubation de la cruelle maladie qui commençait chez ce malheureux se prolongea ainsi durant près de deux mois, voilée pour ainsi dire sous une simple douleur, qu'il compare à celle des rhumatismes. A cette époque, c'est-à-dire cinq semaines avant l'entrée à l'hôpital, à la fin d'octobre, un médecin d'Orsay fut enfin consulté, lequel conseilla l'application de cinq petits vésicatoires volants, deux sur l'épaule même, les autres espacés sur le reste du membre.

Jusque-là le malade n'avait point remarqué que son épaule fût grossie. C'est à dater de l'application des vésicatoires que ce nouveau symptôme le frappa; c'est depuis lors aussi que les fonctions du membre se perdent entièrement, et que la douleur, la pesanteur du bras, l'état général l'obligent enfin à un repos presque absolu.

Ce n'est pourtant que depuis son séjour dans nos salles qu'il reste complétement alité.

Le premier jour de son entrée à Saint-Louis, tout le membre thoracique du côté droit est augmenté de volume. Dans la moitié inférieure

du bras, dans presque tout l'avant-bras, c'est un simple œdème, mais dur, un peu douloureux. Ce cylindre œdématié du membre est surmonté d'une tumeur uniforme occupant tout le moignon de l'épaule, tout le tiers supérieur du bras et dont la grande circonférence est à peu près le double de celle mesurée sur la région saine correspondante. Il est facile de constater que le membre est amplifié dans tout son pourtour, dans l'aisselle comme vers l'omoplate. Sous une peau un peu amincie, rougeâtre et violacée par plaques, mais point vascularisée, on sent une surface bien égale et irrégulièrement arrondie, une élasticité qui presque dans tous les points va jusqu'à la sensation de flot sans qu'on puisse dire si c'est là à coup sûr la fluctuation d'un liquide. En appuyant le doigt avec un peu plus de force, on a la conscience de quelque chose qui s'écrase, et ce signe nous parut avoir une valeur pathognomonique. Point de frémissements, de battements sous la main; rien non plus à l'auscultation, pas de soulèvement perceptible à la vue. Pouls radial et cubital conservés à l'avant-bras. Douleurs cruelles dans la tumeur et dans le reste du membre venant par bouffées; celles que provoque la palpation du chirurgien accusées surtout au niveau de la jointure acromio-claviculaire demi-luxée.

L'état général était loin d'être alarmant à son entrée dans nos salles. Le pauvre garçon était seulement faible, inquiet, tourmenté par l'insomnie. Mais, quand, après quelques jours d'un examen soigné, nous lui eûmes déclaré qu'il devait se préparer au sacrifice de son membre, il tomba dans un grand accablement interrompu par des heures d'excitation. La fièvre devint continue, l'appétit se perdit entièrement, et en même temps, chose extraordinaire, pendant les trois jours qu'il resta ainsi soumis à notre observation, la tumeur augmenta sous nos yeux et *graduellement* d'un tiers environ de son volume!

Ce fut surtout cette dernière circonstance qui leva nos doutes. M. Malgaigne nous avait montré tous les dangers de l'opération, le peu de probabilité qu'elle offrait pour sauver la vie de ce malheureux. Mais il nous parut cruel de lui refuser cette chance suprême de vivre, quelque faible qu'elle pût être. L'examen de la poitrine, celui de l'abdomen ne fai aient découvrir aucune généralisation du cancer. Encouragé et assisté par notre excellent maître M. Denonvilliers, en présence de M. Richet, de M. Broca et de la plupart des élèves de l'hôpital, je procédai à l'extirpation du bras.

La Société a sous les yeux l'incision qui fut pratiquée dans ce but. La désarticulation se fit avec facilité, à cause de l'intégrité des cartilages de la tête humérale, particularité importante que l'on retrouve dans presque tous les cas analogues à celui-ci.

Quand le bras fut détaché, et qu'aussi rapidement que possible une ligature eut entouré l'artère axillaire, le sang coulait d'un grand nombre de points de la vaste plaie; des prolongements du cancer avaient été laissés en avant et en arrière de l'aisselle. Il avait en effet fallu se presser d'achever la désarticulation. La masse morbide, intéressée par les premiers traits de couteau, s'était ouverte dès le principe et laissait échapper le sang en abondance. Nous jetâmes des fils sur les vaisseaux qui en donnaient le plus, tout en achevant l'extirpation des portions restées de la tumeur. Mais tout cela prolongea singulièrement les manœuvres; le malade était décoloré, sans pouls perceptible, et nous crûmes à plusieurs reprises qu'il allait passer dans nos mains. La déclivité de la tête, les frictions prolongées, l'application de boules d'eau chaude le ranimèrent pourtant, et il put être ramené à son lit, où il succomba à quatre heures dans la journée.

En regard de cette pénible opération, de ce déplorable résultat, quelle facilité et quelles garanties n'aurais-je pas trouvées dans la ligature préventive de l'artère sous-clavière! Je me souviens d'avoir vu pratiquer à M. le professeur Roux l'extirpation, chez une femme d'une cinquantaine d'années, d'une volumineuse tumeur de la partie latérale droite du cou. Il lia préalablement l'artère carotide primitive, et tout se passa avec une merveilleuse simplicité.

On objecte généralement de nos jours contre les ligatures préventives qu'elles sont inutiles, parce que, dit-on, il est toujours bien temps de lier les artères lésées au moment même où elles sont ouvertes. C'est là souvent, je crois, une grande exagération. Apercevoir, isoler, saisir, lier une artère qui donne du sang, tout cela, même par les mains les plus habiles, avec les aides les mieux exercés, ne se fait quelquefois qu'avec de longs et pénibles tâtonnements. Et j'invoque ici le résultat des observations de mon maître M. Nélaton, l'hémorrhagie est une cause fréquente, bien qu'ignorée, de la mort des opérés, non pas immédiatement, mais au bout d'un temps qu'on ne saurait fixer. J'ai vu le professeur de l'Hôtel-Dieu que je citais tout à l'heure n'entreprendre l'extirpation d'un cancer étendu de la langue qu'après avoir lié les deux linguales. Et servant il y a peu de temps d'aide à M. Nélaton pour une opération de ce genre, les difficultés extrêmes que nous rencontrâmes pour nous rendre maîtres du sang me firent bien promettre que dans des cas pareils j'imiterais toujours la prudente précaution de M. Roux.

La discussion soignée des cas qui réclament la ligature préventive des artères est un chapitre entièrement oublié de nos traités de médecine opératoire, et je serais heureux que la relation du fait précédent donnât, au sein de la Société, l'occasion à nos maîtres de nous donner les résultats de leur expérience à ce sujet, et de poser quelques règles capables de guider le jeune chirurgien.

Peu de jours s'étaient écoulés depuis la mort de mon malade, quand on m'apprit qu'il existait un cas absolument semblable dans les salles de M. Velpeau à la Charité. La comparaison de ces deux faits présente sous un certain point de vue un grand intérêt.

La malade de M. Velpeau était une jeune femme de dix-neuf ans, Marie Th..., domestique, née à Rennes, ayant habité en dernier lieu à Paris, quai d'Orléans, 6, couchée au n° 2 de la salle Sainte-Catherine depuis le 23 octobre 1852.

Au mois de mai précédent, n'ayant jusque-là rien éprouvé d'anormal, elle ressentit une douleur dans l'épaule gauche. Ce fut en jouant; on lui secouait les mains avec une certaine violence, et cette sensation douloureuse s'accompagna d'une sorte de craquement. Cela du reste fut l'affaire de cinq minutes, au bout de quoi elle n'y pensa plus. Deux mois après la douleur revint, cette fois presque spontanément, et cette douleur se réveillait à coup sûr chaque fois que la jeune fille élevait le bras. Elle habitait alors avec ses maîtres la campagne, et le médecin du lieu lui prescrivit des pommades, puis des vésicatoires qui n'amenèrent aucune amélioration. Ce que voyant, il examina de plus près, reconnut une tumeur dans l'aisselle, crut à une luxation, et fit, deux aides vigoureux fixant la patiente, des tentatives de réduction qui ne servirent qu'à provoquer d'atroces souffrances.

C'est le surlendemain de ces manœuvres que, de retour à Paris, elle entra à l'hôpital de la Charité.

La tumeur étant alors manifeste, bien qu'assez peu volumineuse encore, on reconnut l'existence d'un cancer de l'humérus, et l'amputation lui fut proposée. Cette pauvre fille ne put croire qu'une aussi terrible mutilation fût sa seule ressource : elle s'y refusa, et chaque jour on put constater les effrayants progrès du mal.

Le dessin que j'offre à la Société représente l'état de la malade peu de temps avant sa mort. Celle-ci arriva le 28 février 1853, cinq mois après l'apparition de la tumeur, huit mois après le premier symptôme douloureux qui fixe le début. Minée déjà par d'atroces douleurs qui croissaient à chaque instant avec l'énorme développement du bras, ses derniers moments furent hâtés par des symptômes aigus qui éclatèrent du côté du poumon.

Le hasard avait ainsi mis en même temps sous nos yeux deux exemples absolument semblables d'une maladie qu'on observe encore assez rarement : l'un et l'autre deux très jeunes gens, sans cause, sans antécédents de cancer dans la famille, au milieu d'une santé parfaite; pendant deux ou trois mois le même et unique symptôme initial; la douleur, la tuméfaction ne se montrant qu'après cette époque, et dès lors ne s'arrêtant plus; même marche foudroyante dans l'un et l'autre cas, véritable cancer aigu augmentant toute la région du double de son volume normal dans l'espace d'un mois.

L'autopsie nous dévoila identiquement les mêmes altérations, comme on peut le voir sur les figures.

A la place de l'extrémité supérieure de l'humérus qui a disparu, sauf le haut de la tête humérale, c'est la coupe ordinaire du cancer encéphaloïde, avec cette particularité dans les deux cas qu'une cavité centrale occupe une grande partie de la masse. Cette cavité est pleine de sang et de caillots; ses parois, irrégulières, sont hérissées de gros mamelons fongueux du tissu morbide. Le cancer offre dans les deux autopsies la même coloration, la même consistance, la même disposition du voisinage. Et pourtant, l'examen ayant été poussé plus loin, voici quel fut le résultat microscopique, sous la garantie de ceux de nos confrères qui font autorité à cet égard : chez mon homme de Saint-Louis, *cellules cancéreuses* avec tous leurs caractères; chez la malade de M. Velpeau, *éléments fibro plastiques*, pas autre chose. Or, tous les micrographes furent d'accord du reste.

Ce très inattendu résultat devient plus étrange encore si j'ajoute que, chez mon opéré, une autopsie soignée ne fit découvrir aucune trace de cancer généralisé; tandis que chez la femme au sarcome fibro-plastique je trouvai les deux poumons criblés d'une trentaine de tumeurs cancéreuses, la plupart du volume d'un petit œuf de pigeon.

Les études microscopiques ont amené la plus heureuse, la plus féconde révolution dans toutes les sciences qui s'occupent des êtres organisés et, pour ce qui nous touche, dans la plupart des branches des connaissances médicales. Le microscope prononce pour ainsi dire en souverain sur la nature et le pronostic des tumeurs du sein, par exemple, et d'une façon générale sur les altérations des glandes, des muqueuses, de la peau.

Mais l'unicité histologique du cancer, la spécificité absolue de la cellule dite cancéreuse peuvent et doivent, suivant nous, être rejetées sans porter la moindre atteinte aux résultats micrographiques : c'est, en effet, une pure affaire d'interprétation, une doctrine discutable et ruinée déjà par l'observation clinique.

Une discussion récente au sein de cette Société l'a démontré pour ce qui concerne les tumeurs fibro-plastiques, et je crois qu'il serait impossible de trouver un exemple plus frappant pour achever d'éclairer cette vérité que la comparaison des deux faits précédents.

RAPPORT.

Dans la séance du 19 juillet, à l'appui de sa candidature pour une place de membre titulaire, M. le docteur Adolphe Richard vous a lu une note *sur un cas d'extirpation du bras pour un cancer de l'extrémité supérieure de l'humérus*, dont MM. Marjolin, Michon et moi avons été chargés de vous rendre compte.

Dans cette note, très concise d'ailleurs, notre confrère se borne à rapporter l'histoire de son malade et à poser, sans la développer ni la résoudre, une haute et importante question de chirurgie pratique.

Permettez-moi de vous présenter un résumé succinct de cette observation pour vous faire comprendre le but qu'il s'est proposé.

Ayant à traiter un jeune homme de vingt-six ans atteint d'une de ces énormes tumeurs dont le point de départ est l'humérus, et qui se développent au point d'envahir par leurs prolongements la région pectorale et la face sous-scapulaire, donnant ainsi au membre l'apparence d'un énorme *gigot*, M. le docteur Richard se décida à pratiquer l'extirpation du membre.

L'opération fut pratiquée en présence de MM. Denonvilliers et Broca; j'y assistais également. Le bras fut rapidement détaché; mais l'opération dura cependant beaucoup plus longtemps qu'on n'eût pu le présumer d'abord, parce qu'il fallait poursuivre dans la fosse sous-épineuse et sous le grand pectoral des prolongements de la tumeur qu'on n'avait pu énucléer chemin faisant. Le malade, qui avait été chloroformé et qu'on avait placé dans la position horizontale, perdit une quantité de sang assez grande, mais qui ne me parut point cependant exagérée; et les derniers coups de bistouri étaient à peine donnés qu'on s'aperçut que son visage pâlissait, que sa langue et ses gencives se décoloraient, que les mouvements respiratoires devenaient rares et éloignés, que les battements du cœur se ralentissaient, qu'en un mot tous les symptômes d'une syncope prochaine se manifestaient. On s'empressa de donner de l'air au malade, on pressa alternativement les parois de la poitrine pour suppléer artificiellement à la respiration naturelle qui menaçait de s'éteindre, et enfin, au bout de quelques minutes, le malade put faire quelques inspirations et les battements du cœur redevinrent appréciables. Le pansement fut alors promptement achevé et le malade reporté dans son lit; mais la peau resta froide et décolorée, le pouls petit et filiforme, et la mort ne tarda pas à survenir sans que le plus léger symptôme de réaction se manifestât.

Vivement frappé de cette mort rapide, qu'il n'hésite pas à attribuer à la perte de sang, selon lui, trop considérable qu'aurait subie le malade, M. Richard se demande s'il n'aurait pas dû lier préalablement l'artère sous-clavière; et sans entrer d'ailleurs dans aucun développement à l'appui de cette manière de voir, il demande à la Société de chirurgie d'éclairer par une discussion ce point important de pratique.

Enfin notre confrère termine son mémoire en relatant un cas semblable de tumeur de l'extrémité supérieure de l'humérus qu'il a observée quelque temps après dans le service de M. Velpeau, qui présente avec le sien de frappantes analogies, mais qui en diffère aussi en ce que l'examen microscopique démontre qu'on n'avait point affaire, comme dans le premier cas, à l'élément cancéreux proprement dit, mais à l'élément fibro-plastique. Chose remarquable! chez le malade de M. Richard, où la tumeur était exclusivement constituée par des cellules cancéreuses, l'autopsie ne fit découvrir aucune trace de la maladie dans les viscères; tandis que chez le malade de M. Velpeau, où l'on n'y rencontra que l'élément fibro-plastique, on trouva disséminées dans les poumons une trentaine de tumeurs semblables : nouvelle preuve à ajouter à tant d'autres déjà produites au sein de votre Société que ces variétés de tumeurs qu'on a nommées *fibro-plastiques* peuvent, comme les tumeurs composées de cellules cancéreuses, se généraliser et, comme elles, donner naissance à un état diathésique tout aussi grave, ce qui, pour me servir d'une expression de l'auteur du mémoire, doit tendre à faire rejeter l'*unicité* histologique du cancer, la spécificité absolue de la cellule dite cancéreuse, sans pour cela porter atteinte aux résultats micrographiques dont l'exactitude ne saurait être, selon nous, contestée.

Telle est, messieurs, en substance la note soumise à notre appréciation; la partie importante est, sans contredit, celle qui a trait à la question de savoir quelle conduite doit tenir le chirurgien en présence d'une opération qui peut entraîner une perte de sang présumée assez considérable pour compromettre les jours du malade.

Votre commission regrette que l'auteur du mémoire, qui déjà plusieurs fois vous a donné des preuves de la justesse de son esprit et de sa brillante facilité, ait cru devoir garder le silence sur les raisons qui l'ont fait pencher visiblement vers la ligature préalable, et qu'il se soit borné à vous demander un conseil; mais, de notre côté, nous n'avons pas pensé que ce fût le moment d'engager une discussion sur une question aussi capitale que celle de la ligature préventive en général dans les opérations, et cela à propos de la désarticulation scapulo-humérale, lorsqu'elle peut se présenter à chaque moment et d'une manière beaucoup plus opportune pour des opérations qui la réclament d'une façon bien plus impérieuse.

Nous avons donc cru devoir, nous renfermant dans un cadre plus restreint, nous borner à examiner si, dans les cas de tumeur de l'extrémité supérieure du bras qui nécessitent l'extirpation du membre, on doit lier préalablement la sous-clavière.

Il semble que l'extrémité spongieuse des os longs, et particulièrement l'extrémité inférieure du fémur et supérieure de l'humérus, soient le siége de prédilection des tumeurs qui se développent dans les os, et particulièrement du cancer. Toutefois, cette dernière dégénération n'est pas la seule qu'on y trouve; vous venez d'y voir un exemple de tumeur fibro-plastique. J'ai, pour mon compte, rencontré une fois une dégénérescence chondro-fibreuse, une autre fois un véritable anévrisme osseux, et il ne serait pas difficile de rassembler d'autres exemples de tumeurs analogues.

Toutes, elles ont ce caractère commun que, se développant au centre du membre, elles le grossissent démesurément du côté de l'épaule, et lui donnent la forme qu'offraient autrefois les bras des femmes lorsqu'ils étaient ornés de cet ajustement de toilette qu'on appelait les manches à gigot. On peut, sur le dessin ci-contre, se faire une idée de cette forme bizarre.

Dans ces cas il est impossible de songer à enlever la tumeur en conservant le membre. On a donc dû recourir à la désarticulation scapulo-humérale, comme seule capable d'offrir au malade une chance de vivre. Mais il semble que jusqu'ici le besoin de lier, préalablement à cette opération, l'artère sous-clavière ne se soit pas fait sentir, puisque, à notre connaissance du moins, aucun de ceux qui ont pratiqué cette désarticulation dans ces circonstances, rares d'ailleurs, n'a cru devoir y recourir.

De son côté, votre rapporteur, qui deux fois déjà s'est trouvé, par un hasard singulier, dans la nécessité d'extirper le bras pour des tumeurs présentant avec celles qui font le sujet de l'observation de M. Richard une certaine analogie de forme, sinon de structure, a procédé à l'opération par la méthode ordinaire, et n'a point eu à s'en repentir; car c'est à peine si, malgré les difficultés qu'opposait dans ces deux cas l'énorme volume de la tumeur (l'une d'elles, déposée au musée Dupuytren, ne pesait pas moins de 45 livres); c'est à peine, dis-je, si les malades, grâce aux précautions que j'indiquerai bientôt, et aussi à une compression bien faite, ont perdu plus de sang que dans une désarticulation pratiquée pour toute autre lésion.

Voici quelles sont, messieurs, les raisons qui, après mûre réflexion, m'avaient engagé à repousser cette ligature préalable de la sous-clavière, qui s'était d'abord présentée tout naturellement à mon esprit :

1° Les gros vaisseaux, et particulièrement l'artère et la veine humérale, ne doivent, je dirai plus, ne peuvent être intéressés que dans le dernier temps de l'opération, quel que soit le procédé employé, puisque la tumeur, née dans l'os et au centre du membre, tend à repousser excentriquement toutes les parties molles qui l'environnent, et par conséquent refoule dans le creux de l'aisselle le paquet vasculo-nerveux, auquel l'instrument n'arrive nécessairement qu'en dernier lieu. C'est ce qui avait lieu chez mes deux malades, comme chez celui de notre confrère; dans tous les cas il me fut facile, avant l'opération, de préciser le point où se trouvait l'artère, qui n'était nullement déviée, et j'ai la conviction que, si jamais elle l'était, il ne serait pas difficile de s'assurer de sa direction par l'exploration de ses battements, et par conséquent de la ménager.

Quant aux autres artères un peu volumineuses, comme la scapulaire inférieure ou les circonflexes, à leur origine, on peut dire qu'elles sont également situées dans le creux axillaire, et ne sont divisées que

dans le dernier temps des manœuvres opératoires ; en sorte que l'on peut pratiquer les deux tiers de l'opération, c'est-à-dire, quand on a recours au procédé de Larrey, employé dans les trois cas auxquels je fais allusion, disséquer les deux lambeaux et désarticuler l'humérus avant d'avoir ouvert d'autres vaisseaux que les branches terminales des artères sus-acromiales, sus-scapulaires et circonflexes.

2° Dans les trois cas que j'ai observés, la tumeur, en se développant, avait soulevé l'extrémité externe de la clavicule, et, après l'avoir véritablement luxée sur l'acromion, l'avait rejetée en haut et en arrière, à tel point que le creux sus-claviculaire était réellement effacé, en sorte que par des explorations attentives et répétées je m'étais convaincu que la ligature préalable de la sous-clavière au-dessus de la clavicule aurait présenté des difficultés telles, à cause du resserrement et de la profondeur inusitée du creux sus-claviculaire, et aussi du déplacement probable de toutes les parties, que le succès eût été chèrement acheté.

Quant à lier cette artère au-dessous de cet os, il n'y fallait pas penser, tant les prolongements que la tumeur envoyait sous le grand pectoral auraient apporté de complication à cette opération déjà si difficile en elle-même.

3° Enfin, j'avais espéré pouvoir séparer et isoler complétement la tumeur dans la moitié de sa circonférence supérieure, et par conséquent pouvoir la dégager de l'omoplate et de l'extrémité externe de la clavicule, avant d'être obligé d'entamer la dissection de sa moitié inférieure là où j'avais à redouter tous les gros vaisseaux ; de la sorte, j'avais pensé qu'une fois la masse détachée, la clavicule pouvant alors être abaissée et ramenée en avant, il serait facile de comprimer l'artère pendant le moment réellement critique de l'opération. Eh bien ! je puis dire que le succès dépassa mes prévisions ; à ce point, que M. Després, qui m'assistait dans la première de ces opérations, ainsi que notre collègue M. Michon, aux souvenirs duquel je fais appel en ce moment, purent dès lors, à l'aide du pouce, comprimer la sous-clavière sur la première côte assez efficacement pour que j'aie pu achever l'opération sans que le malade perdît autre chose que du sang veineux.

En dehors de ces considérations, d'ailleurs toutes locales, et puisées dans l'examen approfondi des cas cliniques qui sont passés sous mes yeux, et sans parler des dangers inhérents à la ligature préventive et à ses suites, je pourrais, de plus, faire valoir cette raison générale que, si les ligatures préventives peuvent être adoptées en principe comme bonnes dans les extirpations de tumeurs ou dans les opérations qui ne peuvent être soumises à des règles précises et certaines, il n'en est pas de même des opérations qui sont parfaitement réglées, dont tous les temps peuvent être calculés à l'avance ; or l'extirpation du bras, même pour ces cas de tumeurs avec énorme développement, est de ce nombre. On ne saurait objecter, en effet, que l'opération ne peut plus être alors ramenée à des règles certaines, et j'espère démontrer dans un mémoire que je me propose de lire bientôt sur ce sujet à la Société :

1° Que dans les dégénérations si diverses qui peuvent atteindre la partie supérieure de l'os du bras, le cartilage articulaire, véritable bouclier contre les progrès du mal, résiste indéfiniment et s'oppose efficacement, comme l'avait déjà remarqué d'ailleurs J.-L. Petit, à ce que l'affection se transmette à l'omoplate, circonstance anatomique qui facilite singulièrement la manœuvre opératoire, puisqu'elle donne l'assurance de trouver l'articulation libre et l'omoplate intacte ;

2° Que la tumeur, partie du centre de l'os, rencontre dans le périoste qui s'hypertrophie un obstacle à la diffusion, en sorte que pendant très longtemps elle reste enkystée et recouverte d'une toile fibreuse épaisse et résistante, ce qui permet de disséquer avec facilité non-seulement les téguments, mais encore les couches musculaires qui les recouvrent, et ne subissent que plus tard, et toujours *partiellement*, la dégénérescence.

Revenant maintenant au cas spécial que M. Richard a soumis à votre appréciation, je dirai d'abord que l'opinion qu'il émet au sujet de la mort de son malade ne nous a point paru suffisamment justifiée. Présent à l'opération, je n'ai pas remarqué qu'il se soit écoulé plus de sang que chez les individus auxquels on pratique l'amputation de la cuisse par le procédé de Larrey, qui fut mis en usage ; la dissection des lambeaux, la désarticulation de l'humérus furent rapidement effectuées, et les gros vaisseaux ne furent divisés que lorsqu'un aide put les saisir et empêcher ainsi un écoulement trop abondant.

La tumeur, il est vrai, très volumineuse, renfermait une notable quantité de sang qui s'écoulait à chaque incision. Mais ce sang était surtout veineux, et depuis longtemps l'organisme avait dû s'habituer à se passer de cette portion du fluide nourricier, retenu là comme en dépôt, en sorte que son écoulement ne constituait pas en réalité une perte.

Le malade, dira-t-on, a cependant présenté plusieurs symptômes de la syncope par hémorrhagie, tels que la pâleur de la face, la suspension momentanée des battements du cœur, etc. Mais il ne faut pas oublier qu'il avait été soumis aux inhalations chloroformiques, que tous ces symptômes ont été observés dans les cas de mort par intoxication chloroformique, et que de plus nous avons constaté la suspension des mouvements respiratoires, phénomène qui paraît se rapporter plus particulièrement à l'influence de ce dernier agent.

Il aurait donc été important pour décider la question de noter à l'autopsie l'état des muqueuses, des viscères, et particulièrement du cœur après la mort. Malheureusement c'est là une lacune que votre commission regrette d'avoir à signaler.

Sans donc rejeter complétement l'idée de M. Richard, et tout en admettant que la perte du sang doit être mise en ligne de compte pour s'expliquer cette mort rapide, votre commission pense que, comme dans beaucoup de cas analogues, le chloroforme n'a pas été étranger à cette brusque suspension des mouvements respiratoires et de la circulation, et que ces deux causes, intoxication chloroformique et soustraction du sang, ont dû agir simultanément, la première toutefois dominant la seconde. Peut-être en faudrait-il tirer cette conclusion que chez les malades qui doivent être soumis à une déperdition de sang qu'on suppose devoir être considérable il faut dans l'administration du chloroforme redoubler de précautions.

Quoi qu'il en soit, il ne nous semble pas possible de tirer de cette observation cette conclusion que dans des cas semblables il faudra préalablement lier l'artère sous-clavière, opération qui nous semble, par les raisons précédemment développées, sinon impraticable, du moins très difficile, dangereuse, et surtout inutile. Nous pensons donc :

Que dans les cas de tumeurs développées dans l'extrémité supérieure dr l'humérus qui donnent au membre cette forme conique signalée précédemment, lorsque l'extirpation du membre est jugée indispensable, on peut et on doit pratiquer l'opération sans recourir à la ligature préventive de l'artère sous-clavière.

M. le docteur A. Richard est déjà depuis longtemps connu de vous. Sans parler de ses travaux sur la muqueuse utérine, sur la vraie nature de la fissure labio-palatine, sur un symptôme négligé de certaines tumeurs du sein, tous publiés en dehors des recueils de notre Société, je vous rappellerai que vous avez inséré dans vos *Mémoires* deux notices très intéressantes, l'une sur le siége présumé des hydrocèles du cou, et l'autre sur les kystes *tubo-ovariens*, qui ont été déjà l'objet d'une savante et élogieuse appréciation par les rapporteurs nommés à cet effet.

De plus, M. Richard est agrégé de la Faculté et chirurgien des hôpitaux. A ces divers titres, nous vous proposons :

1° L'insertion dans vos *Bulletins* de la note qui fait le sujet de ce rapport ;

2° La nomination de M. Richard à la place de membre titulaire de la Société de chirurgie.

M. Broca, après la lecture du rapport, demande son insertion dans les *Bulletins*, en y joignant l'observation de M. Richard, qui lui paraît offrir un grand intérêt comme étant un exemple d'un cancer aigu. Les faits de ce genre ne sont pas communs, et il serait utile de donner de la publicité à cette observation.

M. Larrey appuie la proposition de M. Broca d'autant plus volontiers que, dans un fait à peu près analogue dont il avait entretenu la Société, il avait eu le regret de ne pouvoir donner l'observation avec des détails suffisants.

La Société vote l'insertion du mémoire et du rapport dans les *Bulletins*.

M. Forget demande ensuite à M. Richet quelques explications sur l'appréciation qu'il a donnée relativement aux causes de la mort du malade.

Est-ce le chloroforme qui a causé cette mort ? Devait-on s'abstenir des anesthésiques dans une opération de ce genre qui devait entraîner une perte de sang considérable ?

Si l'autopsie avait été faite, ajoute M. Forget, on aurait bien reconnu si la mort avait été causée par le chloroforme, car, ainsi que je le dirai à propos de la discussion du rapport de M. Robert, il est très facile de reconnaître la présence du chloroforme dans le sang.

M. Richet répond que dans les opérations qui doivent amener une perte considérable de sang on doit s'abstenir de produire l'anesthésie complète ; il faut se contenter simplement d'émousser la sensibilité.

Quant à l'autopsie, M. Richet aurait désiré surtout qu'elle fût faite pour juger, non pas si la mort était due au chloroforme, mais si l'état des muqueuses pouvait faire admettre que l'hémorrhagie ait été la cause de cet accident.

— M. Chassaignac donne ensuite lecture d'un rapport sur une communication de M. Fano. Le rapport de M. Chassaignac et le travail de M. Fano sont aussi renvoyés au *Bulletin*.

(Nous donnerons la suite de cette séance dans le prochain numéro.)

Le secrétaire de la Société : E. Laborie.

CORRESPONDANCE.

Présence de l'albumine dans les urines des cholériques.

Jeudi 15 décembre 1853.

Monsieur le Rédacteur,

Suis je dans l'illusion relativement à la date de la découverte, hélas ! si minime de la présence de l'albumine dans les urines des cholériques ? Cela doit être, puisque c'est l'opinion de notre honorable confrère M. Michel Lévy. Cependant je me hasarderai à vous adresser les faits suivants relevés sur les registres officiels de l'Hôtel-Dieu et du Val-de-Grâce par notre confrère M. le docteur Bouchut en 1849 :

Le premier de tous les cholériques admis dans les hôpitaux de Paris l'a été le 9 mars à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Honoré ;

Le deuxième cholérique, le 10 mars à l'Hôtel-Dieu dans mon propre service ;

C'est le 16 mars *seulement* qu'est entré le premier cholérique au Val-de-Grâce.

Le 11 mars, à la visite, l'urine de la cholérique entrée la veille a été analysée (*comme je le fais depuis plus de vingt-cinq ans pour tous les malades qui entrent dans mon service*) *devant toutes les personnes qui suivaient la visite ; la présence de l'albumine dans l'urine y fut publiquement constatée.*

Le 17 mars, M. Bouchut présentait à la Société de biologie des *reins* de cholériques albuminuriques.

Le 10 avril, M. Michel Lévy communique sa découverte à l'Académie de médecine.

Si à cette époque j'ai laissé sans réponse la réclamation faite par notre honorable confrère, c'est que je fuis autant que je le peux les occasions d'occuper le public de ma petite individualité, que je n'ai jamais de ma vie répondu à une seule critique, et que j'ai une frayeur mortelle du ridicule qui s'attache aux réclamations de priorité. Cette crainte est portée si loin que j'ai toujours préféré, sur des questions bien autrement graves et importantes pour moi, laisser à d'autres les honneurs et les récompenses de mes faibles travaux.

Si je réponds aujourd'hui, c'est que trois accusations implicites pèsent sur moi et que je tiens à m'en laver :

D'abord celle de vouloir m'emparer du mérite d'autrui ;

En second lieu, celle d'avoir été réduit au silence parce que j'étais dans mon tort ;

En troisième lieu, celle de n'avoir ni le courage, ni l'intelligence, ni la politesse de répondre.

Je pense que vos lecteurs seront suffisamment édifiés sur toutes ces questions, et j'espère qu'ils me pardonneront cette lettre, la seule que j'aie commise jusqu'à ce jour.

Agréez, etc. Rostan.

CHOLÉRA DE LONDRES.

Semaine du 5 au 12 décembre.

Mortalité générale. 1,308

— due au choléra. 13

Sur ces 13 cas, 1 a été observé dans les districts de l'ouest, 6 à l'est et 6 dans les quartiers méridionaux.

Sous le rapport des sexes, 6 hommes et 7 femmes ont succombé.

Sous le rapport des âges : au-dessous de 15 ans, 4 ; de 15 à 30 ans, 4 ; de 30 à 40 ans, 3 ; de 60 à 70 ans, 2.

Observations météorologiques.

Le baromètre s'est tenu à une hauteur moyenne de 30 p. = 76° centim.

Le thermomètre à 39°,8 Fahr. = 3°,9 centigr.

Bien que l'épidémie cholérique fasse moins de victimes, la mortalité générale se maintient à un chiffre très élevé ; et cette augmentation paraît tenir aux décès plus nombreux causés par les affections thoraciques et la fièvre typhoïde. Ainsi, 56 individus ont succombé pendant cette semaine à la coqueluche, et 64 à la fièvre typhoïde.

M. le docteur Laboche, de Segur (Corrèze), nous prie de proposer à la solution de nos confrères la question suivante :

« Désigner quels sont les signes positifs et certains qui, en l'absence » du sommeil, des forces et de l'appétit, indiquent, dans le cours d'une » maladie quelconque, l'opportunité et le besoin réel d'alimentation et » la possibilité des digestions. »

Quelque peu susceptible d'une solution exacte que nous paraisse la question proposée par M. Laboche, nous ne croyons pas devoir lui refuser l'insertion qu'il sollicite ; mais nous pensons que dans la plupart des circonstances c'est plutôt le tact médical qui devra guider le praticien que la détermination de signes certains et positifs.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

L'Académie des sciences a nommé dans la séance d'aujourd'hui lundi, 19 décembre, et au second tour de scrutin, M. Elie de Beaumont à la place de secrétaire perpétuel, vacante par la mort de M. Arago.

M. Elie de Beaumont a eu au deuxième tour 29 voix ;
M. Ch. Dupin, 17,
M. Pouillet, 5 ;
M. Lamé, 1 ;
M. de Sénarmont, 1.

— On ne lira pas sans intérêt les détails suivants sur la construction du nouvel Hôtel-Dieu :

Cet édifice sera élevé au nord de Notre-Dame, sur l'espace compris entre la rue d'Arcole, celle du Cloître-Notre-Dame et le quai Napoléon. Cet emplacement a la forme d'un triangle, et contient une superficie d'environ 25,000 mètres.

Le nouvel hôpital contiendra autant de lits que l'Hôtel-Dieu actuel (environ 800) ; c'est-à-dire 200 de plus que l'hôpital de La Riboissière.

Il sera divisé en salles d'environ trente-six lits. L'expérience a démontré que de pareilles salles permettent d'apporter dans le service l'économie désirable, et placent les malades dans des conditions convenables sous le rapport de la salubrité.

On peut estimer à 10,000,000 la dépense qu'entraînera l'acquisition des terrains et des maisons qui y sont construites, et à 5 ou 6,000,000 celle des constructions.

L'administration semble très disposée à hâter le plus possible le moment où ces travaux seront commencés.

— M. le docteur A. Millet (de Tours), ayant fait hommage à Sa Sainteté Pie IX de son ouvrage sur le choléra-morbus épidémique, vient de recevoir du souverain pontife la décoration de l'ordre de Saint-Sylvestre.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Le Sourd.

Paris. — Typographie de Plon frères, rue de Vaugirard, 36.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. 30 »

Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.
Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs.

PARIS, LE 21 DÉCEMBRE 1853.

Médecins de colonisation.

Dans notre numéro du 21 mai dernier, nous avons publié un article, répété par le *Moniteur* du 26, sur un rapport fait au ministre de la guerre par notre honorable confrère et ami M. le docteur Baudens, inspecteur général du service de santé des armées, à la suite d'une mission spéciale qu'il venait de remplir en Algérie. Dans cette mission, il avait dû porter son attention vers l'organisation, sur un vaste plan, du service médical, confié jusqu'ici aux médecins militaires, et il proposait la création d'un certain nombre de circonscriptions civiles où seraient nommés des médecins choisis par le ministre de la guerre, qui recevraient des honoraires convenables et seraient tenus de donner gratuitement leurs soins aux indigents.

Ces propositions si utiles aux intérêts sanitaires de notre colonie d'Afrique viennent d'être adoptées, et le *Moniteur* contient un article que nous nous empressons de reproduire en entier ; il sera accueilli avec une vive approbation par le corps médical et par nos populations africaines. Nous avons à nous féliciter, en particulier, d'avoir été les premiers à faire connaître l'excellent rapport de M. Baudens et à appeler l'attention du public médical sur cette question importante.

Beaucoup de jeunes médecins de talent pourront trouver dans cette vaste colonie une position convenable, et accepteront avec empressement ces missions de confiance. Le nombre des circonscriptions médicales est fixé quant à présent à 60, et les titulaires recevront 2,000 fr. de traitement et 500 fr. pour la nourriture d'un cheval.

Voici du reste l'article du *Moniteur :*

« Sous le titre de *Médecins de colonisation*, il existe en Algérie une institution dont l'objet spécial est d'assurer aux populations rurales, sur tous les points du territoire colonisé, l'assistance du médecin.

» Cette institution remonte à la formation des premiers villages ; elle a suivi les progrès de l'immigration européenne, et ses nombreux services ont consacré son utilité. Mais elle n'avait jamais été réglementée, et, faute d'une organisation unitaire, d'attributions bien définies, de rapports hiérarchiques nettement établis, elle ne fonctionnait pas toujours avec l'ensemble et la régularité désirables ; le service présentait, d'ailleurs, des lacunes fâcheuses dans sa répartition, et ne se trouvait plus dès lors au niveau des besoins.

» Le principe était excellent, et pour qu'il produisît toutes ses bonnes conséquences, il ne restait plus qu'à organiser, par quelques dispositions précises et bien entendues, une institution que la France enviera bientôt à la jeune colonie. C'est ce que vient de faire M. le maréchal ministre de la guerre par deux arrêtés récents, dont nous allons résumer les dispositions fondamentales.

» Tous les territoires livrés à la colonisation en Algérie sont divisés en *circonscriptions médicales*. Chaque circonscription est desservie par un homme de l'art qui reçoit le titre de *médecin de colonisation*. Le titulaire, pris parmi les docteurs en médecine, est nommé par le ministre. Il lui est alloué un traitement annuel de 2,000 fr., et si l'étendue de sa circonscription exige qu'il soit monté, il reçoit, en outre, une indemnité spéciale fixée à 500 fr. par an.

» Le médecin de colonisation doit gratuitement ses soins et les secours de son art à toute personne indigente de sa circonscription. Un tarif arrêté par le gouverneur général de l'Algérie détermine les honoraires qui lui sont dus pour les visites et opérations par lui faites aux personnes non indigentes de sa circonscription.

» Dans les localités où il n'existe pas de pharmacie, le médecin de colonisation délivre les médicaments à ses malades. Cette délivrance a lieu gratuitement pour les indigents, aux prix fixés par un tarif officiel pour les autres personnes. Les remèdes sont tirés du dépôt de pharmacie des hôpitaux civils et militaires.

» Les médecins de colonisation sont tenus de résider au chef-lieu de leur circonscription. Ils sont placés pour tout ce qui concerne leur service sous les ordres immédiats et sous la surveillance de l'autorité administrative.

» Ils portent un uniforme, qui est le même dans son ensemble que celui des aides-majors de l'armée, sauf que les broderies de l'habit sont en argent et que le pantalon est en drap bleu sans bande ni passe-poil.

» Les médecins de colonisation sont tenus :

» 1° De faire des tournées périodiques dans chacun des centres ou groupes de population compris dans leur circonscription ;

» 2° De tenir au lieu de leur résidence, à jour et heures fixes, un bureau de consultations gratuites pour quiconque s'y présente ;

» 3° De propager la vaccine ;

» 4° D'exécuter gratuitement au lieu de leur résidence, à défaut d'un médecin spécial, les visites périodiques du dispensaire de police ;

» 5° De constater les décès, préalablement au permis d'inhumation, au chef-lieu de leur résidence, conformément à l'art. 77 du Code Napoléon ;

» 6° De fournir à l'administration tous les renseignements et documents de statistique nosographique auxquels peuvent donner lieu la constitution médicale et l'hygiène publique de leur circonscription.

» Ils ont, en outre, la direction médicale des infirmeries civiles établies dans leur circonscription. Ils doivent en visiter régulièrement les malades et constater leurs visites sur le registre de chaque infirmerie.

» Il est fait chaque année une inspection générale du service des médecins de colonisation.

» Le nombre des circonscriptions médicales est fixé à *soixante*, quant à présent.

» 33 de ces circonscriptions sont desservies par des médecins civils et 27 par des médecins militaires. Ces derniers ne reçoivent qu'une indemnité fixée à 300 ou 600 fr., suivant l'importance de la circonscription qui leur est assignée.

» En général, les circonscriptions confiées aux officiers de santé de l'armée sont des centres épars sur le territoire militaire, où la colonisation européenne ne fait que commencer et n'a pas encore reçu son développement normal.

» Ces 27 circonscriptions militaires ne comprennent que 34 localités, dont la population coloniale peut être évaluée, en nombres ronds, à 10,000 individus.

» Les 33 circonscriptions desservies par les médecins civils comprennent dans leur ensemble 144 centres de colonisation, dont la population s'élève, en nombres ronds, à 50,000 habitants. C'est en moyenne 1 médecin pour 4 villages et pour 1,540 habitants.

» Il résulte de cette organisation qu'il n'est pas une localité renfermant un groupe de population européenne qui ne se rattache à une circonscription médicale et qui par conséquent, conformément aux instructions du ministre, ne doive recevoir au moins deux fois par semaine la visite du médecin, et, dans toutes les circonstances, l'assistance et les soins gratuits de ce praticien pour la population indigente.

» La position relativement avantageuse faite aux praticiens chargés de ce service attirera nécessairement vers cette carrière nouvelle, à la fois si honorable et si méritante, une foule de jeunes capacités médicales, qui trouvent si difficilement à se produire et à s'employer utilement dans les villes de la métropole, étouffées qu'elles sont par l'encombrement de la concurrence.

» La France et les diverses nationalités européennes qui concourent au peuplement de notre colonie verront dans le système d'assurance médicale que nous venons d'exposer un nouveau témoignage de la persévérance et, pouvons-nous ajouter, de la libéralité éclairée avec lesquelles la haute administration de l'Algérie sait pourvoir à tous les besoins des émigrants. On reconnaîtra sans doute qu'il était impossible d'aborder avec plus de résolution et d'intelligence la solution d'un problème qui, à toutes les époques et à si juste titre, a été l'objet de la sollicitude gouvernementale, savoir : constituer efficacement la médecine des pauvres au profit des travailleurs agricoles. »

Séances des Académies.

Que dire aujourd'hui de l'Académie de médecine ? La séance presque entière a été occupée par des scrutins pour le renouvellement du bureau. Comme on s'y attendait, M. Nacquart a été nommé président ; M. Jobert, vice-président ; M. Gibert, réélu secrétaire annuel.

Une motion que nous appellerons *antipersonnelle* a été faite par M. Bérard. L'honorable président a demandé qu'à l'avenir le président sortant ne soit pas nommé membre du conseil d'administration, et que le vice-président élu y soit reçu à sa place. Il nous semble, comme à M. Boullay, qu'il vaudrait mieux que l'un et l'autre fussent admis au conseil ; le vice-président entrant pour y faire *son stage*, le président sortant pour répondre à certaines questions que l'on peut avoir besoin de lui adresser sur l'année écoulée sous sa présidence. L'Académie a pensé comme nous ; mais comme cette proposition, faite par M. Boullay, nécessite une modification au règlement, elle est adoptée en principe, et devra être examinée plus tard.

M. Duchenne (de Boulogne) a adressé un mémoire sur la sensibilité musculaire, et M. Leblanc a présenté l'artère carotide d'un cheval où l'on a injecté du perchlorure.

Nous renvoyons nos lecteurs au compte rendu.

L'Académie des sciences a reçu une communication intéressante de M. Chassaniol sur l'altération du sang et de l'urine dans la fièvre jaune. On rapprochera avec intérêt cette analyse de celles du choléra, et on y verra que la *fameuse découverte* de l'albumine y a été faite aussi dans les urines.

Le reste de la séance a été consacré à des communications sur le choléra.

Après une décroissance successive et assez rapide pendant la semaine dernière, nous avons à signaler pour les trois derniers jours (du 16 au 18) une augmentation assez sensible, contrairement à ce qu'il était permis de présumer, s'il y a quelque présomption possible en fait de choléra.

Le 16 décembre, le nombre des cas nouveaux reçus du dehors ou déclarés dans les hôpitaux s'est élevé à 37 ; c'est presque le maximum constaté jusqu'à ce jour (38).

Le 17, ce nombre est le même ; le 18, il est de 20.

Ces trois nombres se décomposent ainsi qu'il suit :

Pour le 16 décembre : reçus du dehors, 28 ; cas déclarés à l'intérieur, 9. — Total, 37.

Pour le 17 : reçus du dehors, 25 ; cas déclarés à l'intérieur, 12. — Total, 37.

Pour le 18 : reçus du dehors, 14 ; cas déclarés à l'intérieur, 6. — Total, 20.

On voit par ces chiffres que la proportion des cas déclarés dans les hôpitaux continue à être assez élevée : elle oscille toujours entre 1/3 et moitié.

Les décès constatés dans les hôpitaux pour ces mêmes jours sont : pour le 16, de 21 ; pour le 17, de 21 ; pour le 18, de 10.

Enfin, la récapitulation générale du mouvement des hôpitaux jusqu'au 14 décembre inclusivement donne :

Admissions, 476 ; cas déclarés à l'intérieur, 180. — Total, 656.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. GUERSANT.

Leçon clinique sur le pronostic et le traitement de l'entorse et des contusions articulaires chez les enfants.

A cet âge, dit M. Guersant, les articles du membre supérieur sont involontairement soumis à des tiraillements brusques, dont un des effets saillants est la luxation du radius en arrière, si bien décrite par Boyer. On tient un enfant par la main, l'avant-bras étant fortement porté dans la pronation ; vient un moment auquel, pour jouer ou faire franchir un obstacle à l'enfant, on le soulève brusquement, le radius glisse sur le condyle et se porte en arrière. Il y a dans ce cas luxation complète du radius avec saillie de la tête de cet os en arrière, pronation exagérée et impossibilité du mouvement de supination, etc. M. Guersant pense que très souvent la violence n'arrive pas à produire un effet aussi prononcé, qu'il y a eu seulement un glissement de la cupule du radius sur le condyle, un déplacement incomplet et momentané avec tiraillement de ligament, diastasis de l'articulation radio-cubitale ; puis, la violence venant à cesser, les surfaces articulaires ont repris leurs rapports aussi vite qu'elles les avaient quittés. Le seul symptôme qui reste consiste dans une douleur assez vive, qui s'exaspère par la pression et les mouvements imprimés à la jointure ; dans une

telle circonstance, qui n'est pas rare, il faut s'assurer qu'il n'y a rien autre chose que l'accident qui vient d'être décrit, fixer le membre supérieur le long du tronc, l'avant-bras étant fléchi, et assurer aux parents qu'après quelques jours de cette position le petit malade sera complétement guéri. Si la violence a été portée à un degré plus élevé; s'il existe de la tuméfaction, un épanchement de sang, des déchirures probables des tissus fibreux péri-articulaires, vous avez affaire à une affection qui demande la plus sérieuse attention. Les traités de pathologie n'ont pas assez tenu compte de l'âge dans le pronostic de l'entorse, et nous pouvons vous dire qu'il n'est pas d'époque de la vie où cette lésion conduise aussi fréquemment à l'établissement d'une tumeur blanche que pendant l'enfance. Si le sujet est d'une bonne constitution, les appréhensions doivent être d'autant moindres; mais si, au contraire, il est faible, lymphatique, on ne saurait être trop en garde. La plupart des enfants qui entrent dans nos salles avec des affections chroniques des jointures ont été exposés à une violence dont l'action a porté sur l'articulation actuellement malade. Il faut surtout être prévenu de cette gravité pour le cas où on a des conseils à donner aux enfants de la classe pauvre, moins soignés, moins surveillés, et qui le plus souvent continuent à faire agir les parties malades jusqu'au moment où le mal est assez avancé pour qu'on n'y puisse que difficilement porter remède.

Dans le cas d'entorse chez un adulte, on emploie, outre l'immobilité, les moyens suivants : l'application prolongée de l'eau froide, les cataplasmes froids, les applications astringentes et la compression.

M. Guersant, tout en reconnaissant l'efficacité des moyens précédents chez l'adulte, les regarde comme insuffisants dans l'enfance, et capables de laisser s'établir une inflammation chronique des tissus articulaires. L'expérience l'a conduit au mode de traitement suivant : dès le premier jour, il fait une application de sangsues; 5, 10, 15, suivant l'âge de l'enfant (de cinq ans à quinze, par exemple).

Bien des médecins objecteront que l'on peut guérir sans cela; ce qui sera souvent vrai. Mais quand les conséquences ultérieures peuvent être assez graves pour amener une tumeur blanche, on ne saurait trop prendre de précautions contre l'avenir. Or, c'est cette considération qui a conduit M. Guersant à faire la saignée locale, malgré sa répugnance habituelle à retirer du sang aux enfants.

Les jours suivants, l'articulation est entourée de cataplasmes émollients et tenue dans l'immobilité. Au bout de cinq ou six jours, quand la tuméfaction a déjà diminué, qu'il ne s'est montré aucun phénomène inflammatoire, on pourrait en remplir une autre indication, celle d'immobiliser l'articulation en la soumettant en même temps à une compression à l'aide d'un bandage inamovible; il n'est pas de moyen qui hâte plus l'absorption des liquides épanchés et précipite autant la résolution; mais il demande à être employé à temps et convenablement. Ce serait une grave faute de l'appliquer les premiers jours, quand le gonflement est encore possible et qu'on n'a pas eu le soin de se prémunir contre le développement de phénomènes inflammatoires.

En procédant de cette façon, on s'exposerait au résultat déplorable produit par le charlatanisme sur un petit garçon couché au n° 29 de la salle Saint-Côme. Il y a un an environ, cet enfant se donna une violente entorse de l'articulation tibio-tarsienne; un rebouteur, auquel on le conduisit, imprima d'abord des mouvements à l'articulation malade, puis appliqua aussitôt un bandage inamovible. Cinq semaines après, quand on leva l'appareil, on trouva l'articulation tuméfiée, les tissus péri-articulaires indurés et déjà plusieurs fistules; nous serons probablement obligé d'amputer la jambe de ce pauvre enfant, qui eût pu être guéri par l'emploi d'un traitement rationnel.

L'articulation sur laquelle on veut appliquer le bandage dextriné doit être entourée d'ouate, précaution indispensable chez les petits malades, dont la peau fine ne supporterait pas sans s'excorier l'application directe; la carde de coton est maintenue par quelques tours d'une bande sèche, sur laquelle on applique une bande dextrinée. Si l'enfant souffre, au bout de quelques jours il faut retirer l'appareil et voir à quelle cause tient la douleur; ce bandage peut s'appliquer à presque toutes les jointures; quand c'est au coude, il faut placer l'avant-bras dans la flexion sur le bras. On le lève au bout de dix, quinze ou vingt jours, plus ou moins, mais pas au delà. Les mouvements, comme dans toutes les circonstances où il y a eu immobilité un peu prolongé, sont douloureux; il y a de la roideur, qui disparaît au bout de quelques jours.

Toutes les considérations qui précèdent s'appliquent sans exception aussi bien aux contusions, produit de coups, de chutes sur les régions articulaires, qu'à l'entorse proprement dite, et sous le rapport des conséquences et du traitement à leur appliquer, ce sont deux affections identiques.

Quand il s'est écoulé dix ou quinze jours depuis l'accident, M. Guersant n'a pas vu que les sangsues fussent d'un bon effet contre l'affection articulaire, qui a dès lors une grande tendance à passer à l'état chronique, et il a recours à l'immobilisation aidée par des onctions résolutives, onguent napolitain, pommades iodurées, mais surtout aux cautérisations transcurrentes faites autour de l'article.

Après ces réflexions, M. Guersant fait l'amputation de la jambe à une petite fille de douze ans, qui porte une tumeur blanche de l'articulation tibio-tarsienne droite et au sujet de laquelle il a été amené à faire sa leçon. Cette enfant s'est donné au mois de mai une entorse qui a été négligée dès le principe; au mois de septembre, elle est entrée à l'hôpital présentant une mobilité considérable de l'articulation, dégénérescence des parties qui la constituent et des trajets fistuleux; depuis cette époque, les pommades résolutives, l'immobilité et les raies de feu ont été mises en œuvre sans enrayer le mal; en même temps, l'émaciation fait des progrès, et l'état général ne permet pas de différer l'emploi du seul moyen qui reste de conserver la vie. E. G.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS.

Note sur la nature et le traitement de la fissure à l'anus dans l'enfance;

Par M. E.-A. Ancelon, médecin de l'hôpital de Dieuze.

La fissure à l'anus est une maladie beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit généralement; elle est souvent méconnue dans la vieillesse; la plupart du temps honteusement déguisée dans l'âge adulte, et presque toujours on a rapporté à d'autres affections les atroces douleurs qu'elle inflige à l'enfance.

Dans la longue liste des causes variées qu'on lui assigne, on a oublié d'inscrire la constitution scrofuleuse des enfants, quoique cependant, dès le dix-septième siècle (Phi. Gruling, Lemonnier), on ait comparé la fissure de l'anus aux gerçures des mains et des lèvres.

Chez les très jeunes sujets qui viennent au monde avec des dispositions aux scrofules, la fissure de l'anus naît spontanément, d'une manière insensible, ou se développe après la vaccination, comme la kératite strumeuse, les gerçures des narines et des lèvres; et, comme ces désordres scrofuleux de la face, elle s'exaspère au printemps et à l'automne. La constipation n'est qu'un effet de l'état particulier du rectum, du retard volontairement apporté par les jeunes sujets à l'acte de la défécation qu'ils redoutent; elle ne saurait être élevée jusqu'au rang d'une puissance étiologique. Malgré l'imposante autorité de Boyer, il ne faut pas voir non plus dans la constriction de l'anneau musculaire qui entoure la fin du rectum autre chose qu'un symptôme; car, en cherchant bien, on se convaincra qu'il n'y a point de constriction sans fissure.

L'observation suivante contient tout ce que j'ai à dire à propos des symptômes et du traitement de cette douloureuse affection dans l'enfance.

A. L..., petite fille de neuf ans, née dans une contrée humide, paludéenne, de parents et d'ascendants affligés d'une constitution strumeuse, a toujours eu beaucoup d'embonpoint, une extrême fraîcheur, la peau fine et transparente, la lèvre supérieure un peu épaisse.

Après sa vaccination, qui eut lieu vers l'âge de dix mois, on remarqua qu'elle était habituellement constipée; que plus elle avançait en âge, plus elle redoutait l'heure des garde-robes, surtout aux approches du printemps et de l'automne. On crut à une constipation constitutionnelle, et l'on ne s'en occupa guère que pour faire prendre de temps en temps à l'enfant des clystères à peu près inutiles.

Vers l'âge de huit ans, époque où la deuxième dentition, comme la vaccine, tenait le tempérament de la malade sous sa dépendance, les douleurs étant devenues progressivement intolérables, les gens qui donnaient des soins à la malheureuse enfant crurent à l'existence d'entozoaires, d'une phlegmasie gastro-intestinale, etc., etc., et la traitèrent en conséquence. Bientôt on ne sut plus à quoi attribuer les crises atroces qui se reproduisaient chaque jour à des intervalles inégaux.

On me l'amena vers la fin de mai 1852 dans l'état suivant : elle a perdu un peu de son embonpoint et presque toute sa fraîcheur; les yeux, légèrement excavés, sont entourés d'un cercle livide. On ne se rappelle pas depuis quand elle n'a plus eu de selles. Tous les jours, tantôt à une heure, tantôt à une autre, elle commence à se plaindre, saisissant d'abord avec une sorte de délire nerveux tout ce qui se trouve à sa portée; puis ensuite, se mettant à tourner sur elle-même, elle pousse des cris déchirants; le visage devient pourpre, les yeux saillants; il semble qu'elle soit sur le point d'être prise de convulsions. Cet état se reproduit par accès et se prolonge tant que le besoin d'aller à la selle n'a pas été satisfait. La langue, couverte d'un enduit blanchâtre, n'est point rouge à son limbe; il y a de l'anorexie; le ventre est volumineux, presque indolent et assez dur; les selles difficiles, redoutées par la malade parce qu'elles sont douloureuses, comme on vient de le voir, ne fournissent que des scybales dures, d'un blanc grisâtre et enduites de mucosités sanguinolentes. L'anus, profondément rétracté, laisse depuis fort longtemps déjà écouler un suintement analogue à celui que l'on remarque quelquefois aux organes sexuels des petites filles scrofuleuses. En déplissant l'anus, dont la peau est intacte, et qui ne cède qu'avec une difficulté extrême, je remarque en arrière et sur le côté gauche l'extrémité inférieure de deux fissures à fond rouge et grisâtre, tranchant sur la couleur livide de la muqueuse anale boursouflée. Impossible d'introduire le petit doigt dans l'anus sans provoquer une douleur atroce, surtout vis-à-vis les points où se trouvent les deux fissures. Les bords de celles-ci sont durs, calleux et tendus.

Ici, j'avais affaire à des fissures de l'anus méconnues, siégeant vis-à-vis le sphincter; et pour parer aux accidents qui semblaient plus immédiatement compromettre la vie, je conseillai pour boisson l'usage de la limonade magnésienne. Il y eut des garde-robes moins dures, un peu moins difficiles peut-être, mais toujours aussi douloureuses. Au bout de six jours, j'ai essayé les injections de cachou dans le rectum. Ces moyens, continués avec toutes les précautions et tous les soins imaginables, restèrent sans succès; les accidents se reproduisaient avec toute la violence première chaque fois que le rectum était sollicité par les résidus alimentaires.

La nature éminemment strumeuse de cette affection me fit reporter ma pensée vers les succès que j'obtiens chaque jour, depuis 1842, en enduisant, comme moyen prophylactique de l'ophthalmie, de pommade au nitrate d'argent les lèvres et les *narines gercées* des enfants scrofuleux; je m'avisais de mettre au bout d'une baleine et d'introduire deux fois par jour dans l'anus de l'enfant une petite éponge conique chargée de pommade contenant 50 centigrammes d'azotate d'argent pour 30 grammes d'axonge. Le succès dépassa mes espérances. Dès le second jour la selle fut moins douloureuse, l'introduction de l'éponge beaucoup plus facile. Le cinquième jour la muqueuse, revenue sur elle-même, avait repris l'aspect normal; l'œil ne pouvait plus rien percevoir des fissures, si bien que l'on déplissât l'anus; enfin, le mieux fit de tels progrès, que la guérison fut complète en dix jours. Je ne dus pas m'en tenir, on le comprend, à la disparition du mal, je me conformai à la saine thérapeutique des maladies scrofuleuses en prescrivant pour longtemps le régime, les amers et les dépuratifs connus.

Aujourd'hui A. L... a repris son embonpoint, sa fraîcheur, sa belle santé, et se souvient à peine des douleurs qui l'ont torturée jusqu'à l'âge de neuf ans.

DE L'INFLUENCE DE LA TEMPÉRATURE

sur la coagulation du sang.

Le docteur Jean Polli (de Milan) a conclu d'un très grand nombre d'expériences sur ce sujet :

1° Que la coagulation du sang n'offre aucune analogie avec la gelée des liquides ou la coagulation des matières qui sont liquides à une certaine température, et qui se solidifient avec le refroidissement, comme la gélatine.

2° La coagulation du sang est hâtée par une température égale ou supérieure à celle du corps humain, pendant qu'elle est ralentie par une température de près de *zéro*.

3° Le sang peut se *glacer* sans perdre sa coagulabilité; il ne reprend, au contraire, son mouvement de coagulation que lorsqu'il est fondu, en employant dès ce moment plus de temps qu'il ne faut pour la formation du caillot d'un sang récemment tiré d'une veine, et qui n'est pas encore modifié par le froid de la température. (*Annales de chimie appliquée à la médecine.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 20 décembre 1853. — Présidence de M. Bérard.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Epidémies. — Le ministre du commerce transmet :

1° Le rapport final de M. le docteur Bourdin, médecin cantonal à Pesmes (Haute-Saône), sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Clamecy depuis le 20 septembre jusqu'au 20 octobre dernier. (Commission des épidémies.)

2° Le rapport final de M. le docteur Despiotte, médecin des épidémies du canton de Grassery-le-Château, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Solives (Côte-d'Or). (Commission des épidémies.)

Instruction pour la conservation du vaccin. — 3° Une lettre écrite par M. le docteur Lalazade (d'Albi), et un mémoire de ce médecin sur un nouveau procédé dont il prétend se servir avec avantage pour la conservation du virus vaccin, ainsi qu'un instrument dont il se sert pour introduire le vaccin dans les tubes destinés à conserver ce fluide. (Commission de vaccine.)

Remède contre l'hydrophobie. — 4° Une recette d'un remède contre l'hydrophobie. (Commission des remèdes secrets.)

Eaux minérales. — 5° Une demande d'analyse de la source des Dames, à Cusset (Allier). (Commission des eaux minérales.)

6° Une lettre relative aux eaux minérales de Villaines-Saint-Aubin (Loiret). (Même commission.)

7° Une demande d'analyse d'une source de Plombières (Vosges). (Même commission.)

Médaille à Me Chaix d'Est-Ange. — M. le ministre de l'instruction publique informe l'Académie qu'il approuve la décision prise par son conseil d'administration de faire remettre à Me Chaix d'Est-Ange, qui a assisté l'Académie avec le plus noble désintéressement dans la contestation qui s'est élevée entre cette compagnie et les héritiers d'Argenteuil, une médaille comme témoignage de sa gratitude.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Choléra du Havre. — M. Beauregand (de Graville-le-Havre) adresse un rapport général sur les ravages du choléra dans l'arrondissement du Havre. (Commission du choléra.)

Huile de foie de morue. — M. Cordier présente un échantillon d'une nouvelle préparation d'huile de foie de morue destinée à faciliter l'administration de ce médicament. (Commission de MM. Chevallier, Bouchardat, Gibert.)

Elève des sangsues. — M. Rollet (de Bordeaux) adresse un mémoire relatif à l'élève des sangsues, à l'occasion de la communication récente de M. Soubeiran sur ce sujet. (Commission de MM. Desportes, Chevallier, Adelon et Soubeiran.)

Sensibilité musculaire. — M. Duchenne (de Boulogne) adresse un mémoire intitulé *Recherches électro-physiologiques et pathologiques sur les usages de la sensibilité musculaire*. L'auteur résume son mémoire dans les conclusions suivantes :

1° Il paraît exister un sens qui siége dans le muscle et qui sert à l'accomplissement de la contraction musculaire volontaire. C'est lui qui, excité par le cerveau, et réagissant sur lui, l'éclaire pour ainsi dire sur le choix des muscles dont il doit provoquer la contraction. Je propose de l'appeler sens musculaire.

2° Il ne faut pas confondre le sens musculaire qui, dans l'acte des mouvements volontaires, semble précéder et déterminer la contraction, avec la sensation qui donne la conscience de la pesanteur, de la résistance, etc., et qui a été justement appelée par M. Gerdy *sensation d'activité musculaire*. Cette dernière est le résultat ou le produit de la contraction musculaire. On doit distinguer aussi le sens musculaire e

de la sensibilité musculaire générale, sensibilité caractérisée par la douleur qui résulte d'une cause externe (l'excitation électro-cutanée, la pression, la contusion, etc.).

3° Le sens musculaire peut exister indépendamment de la sensation d'activité musculaire.

4° Le sens musculaire est nécessaire à la contraction musculaire volontaire et à la cessation de cette contraction.

5° Cependant le sens de la vue est l'auxiliaire du sens musculaire, qu'il peut suppléer.

6° La perte simultanée du sens musculaire et du sens de la vue produit conséquemment la paralysie des mouvements volontaires. (Commission nommée, M. Bérard, rapporteur.)

Motion administrative. — Avant de procéder au scrutin, M. le président propose qu'à l'avenir, au lieu d'appeler le président sortant à faire partie du conseil d'administration, ainsi que cela s'est fait jusqu'à présent, on appelle dans le conseil le vice-président nouvellement élu. Le conseil d'administration a pensé qu'il serait utile de substituer à l'avenir cet usage à l'usage en vigueur jusqu'à présent; le vice-président pouvant d'un jour à l'autre être appelé à présider l'Académie, il lui a paru utile qu'il fît partie de ce conseil, afin d'être toujours au courant des affaires de l'Académie.

M. Boullay voudrait que le vice-président fît partie du conseil d'administration de droit, et non au préjudice de l'un des trois membres que l'Académie est appelée à élire.

M. le Président. Ceci entraînerait la nécessité d'une modification au règlement.

M. Boullay. J'en fais la proposition formelle.

M. le Président. Cette proposition sera examinée par le conseil et soumise, s'il y a lieu, à l'examen d'une commission; mais elle ne saurait être appliquée dès à présent.

M. Moreau rappelle qu'il a déjà fait lui-même cette proposition à l'époque où il a eu l'honneur de présider l'Académie. Il a même cherché à créer le précédent que l'on voudrait établir aujourd'hui en donnant sa démission de membre du conseil au sortir de sa présidence. Il appuie donc la proposition.

L'Académie adopte le principe de cette proposition sans opposition.

— L'ordre du jour amène le renouvellement du bureau.

— L'Académie procède successivement au scrutin pour la nomination d'un président, d'un vice-président, d'un secrétaire annuel et de trois membres du conseil d'administration.

Pour la présidence :

M. Nacquart obtient. . . . . . . 56 voix.
M. Laugier. 9
M. Robert. 1

M. Nacquart est nommé président.

Pour la vice-présidence :

M. Jobert (de Lamballe) obtient. . . 39 voix.
M. Laugier. 26
MM. Renault et Larrey chacun. . . 1

M. Jobert (de Lamballe) est nommé vice-président.

Secrétaire annuel :

M. Gibert obtient. . . . . . . 50 voix.
Voix perdues. 8

M. Gibert est réélu secrétaire annuel.

Sont nommés membres du conseil : MM. Jobert, Michel Lévy et Soubeiran.

Injection de perchlorure de fer dans les artères d'un cheval. — M. Leblanc présente l'artère carotide droite d'un cheval dans laquelle il a, avec le concours de M. Debout, injecté, le 27 novembre dernier, entre deux points comprimés distants l'un de l'autre de 0,10 centimètres, 30 gouttes de solution de perchlorure de fer à 15° préparé par M. Soubeiran.

Cette injection a eu pour résultat de déterminer la production d'un magma cylindrique de 0,08 centimètres de long et de 0,01 centimètre de diamètre, qui a favorisé la formation de caillots sanguins obturateurs solides et adhérents. Le magma a pu être absorbé à quelques vestiges près en vingt-deux jours. Ce résultat a été obtenu sans accident grave et sans que l'animal ait présenté de symptômes généraux de quelque durée et de quelque importance.

— La pièce soumise aux recherches de M. Ch. Robin a donné les résultats suivants :

L'extrémité libre du caillot, du côté opposé au point où a été faite l'injection, a été trouvée composée de fibrine très nettement caractérisée par son aspect fibrillaire et par les fines granulations dont elle est partout parsemée; elle offre de nombreux globules blancs du sang.

L'extrémité de ce caillot correspondant à la cavité qui contenait le magma diffère de la précédente en ce que la fibrine a perdu son aspect fibrillaire et est devenue complétement homogène; elle est encore parsemée de globules blancs, semblables à ceux de l'autre extrémité du caillot. Elle renferme, en outre, des globulins dits de la lymphe ou du sérum. Enfin elle contient des globules rouges, mais irréguliers, de teinte plus foncée et d'une plus grande consistance qu'à l'ordinaire. Il existe au milieu de ces globules de petits fragments, de même couleur et de même aspect, qui semblent n'être que des fragments de globules désagrégés. Ces fragments se distinguent du perchlorure par une coloration moins foncée et plus de transparence.

Les tractus rougeâtres qui unissent les portions de caillots voisines de la cavité aux parois du vaisseau sont formés uniquement de fibrine nettement fibrillaire, colorée par des globules sanguins un peu irréguliers, mais parfaitement reconnaissables. Ils ne sont mélangés d'aucun fragment de perchlorure de fer; on n'y trouve que de rares globules blancs.

L'épithélium, au-dessous de la couche mince de perchlorure, est complétement détruit. La membrane interne de l'artère est à découvert.

— La séance est levée à cinq heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 12 décembre 1853. — Présidence de M. Combes.

Sur l'altération du sang dans la fièvre jaune. — M. Chassaniol, chirurgien-major d'infanterie de marine, adresse un mémoire sur ce sujet.

M. Chassaniol a suivi avec attention les différents modes de traitement opposés à la fièvre jaune. Ayant fait choix d'une médication après bien des tâtonnements, il a cherché dès lors à s'expliquer comment ce mode de traitement pourrait rendre compte des avantages qu'on en retirait.

Voici en quelques mots le point de départ de son hypothèse :

Les signes observés dans cette pyrexie sont pour tous les médecins de nature à se partager en deux périodes bien tranchées : l'une, que j'appellerai de réaction contre l'agent délétère à l'état latent dans l'air atmosphérique; l'autre de dissolution du fluide sanguin par un agent septique puisé dans l'économie. Or la médication dans cette seconde période est essentiellement tonique et fébrifuge; si nous ajoutons qu'il est impossible qu'elle ne soit pas antiseptique, nous aurons l'explication de son efficacité au point de vue de notre hypothèse.

Continuant notre raisonnement, nous avons dû rechercher si la chute de la première période à la seconde n'était pas le résultat du passage et du séjour prolongé d'un agent septique provenant de la sécrétion urinaire, car il est d'observation constante que dans la seconde période de la fièvre jaune cette importante sécrétion est considérablement diminuée. Nous avons de suite pensé à l'urée et recherché si ce principe se trouvait dans le sang en quantité notable; nous avons dû en même temps constater son absence dans l'urine.

Voici le résultat des recherches que l'auteur a faites avec le concours de Watter, de M. Vardon, pharmacien, et de M. Huand, chirurgien de la marine, sur la quantité d'urée contenue dans les urines et dans le sang des sujets atteints de fièvre jaune :

Urine recueillie sur le cadavre quelques heures après la mort. — 200 grammes d'urine évaporée au bain-marie jusqu'en consistance sirupeuse, reprise par l'alcool, filtrée et évaporée, puis traitée par l'acide azotique, ont donné de l'azotate d'urée, lequel, après avoir été lavé, exprimé et séché, a été pesé. D'après le poids de l'azotate, la quantité d'urée a été trouvée de 1,90.

Cette urine contenait, en outre, 0,45 pour 100 d'albumine. Aucune trace d'acide urique n'a été dénotée.

Sang du même sujet recueilli à l'autopsie. — 200 grammes de sérum soumis à l'analyse ont donné pour résidu un azotate d'urée. Cet azotate d'urée a été dissous dans l'eau et on l'a fait cristalliser. La quantité obtenue a été très sensible.

Ce résultat a engagé l'auteur à faire d'autres essais, afin de déterminer le plus exactement possible la quantité d'urée contenue dans le sang et la diminution sensible de cette substance dans les urines. De nombreuses autopsies en ont fourni les moyens.

15 grammes d'urine recueillie sur un cadavre quelques heures après la mort ont été soumis à l'analyse et ont donné 0,08 d'urée, 0,50 d'albumine; aucune trace d'acide urique.

Le sang du même sujet, pris dans le cœur (50 grammes), a donné 0,21 d'urée.

D'autres essais ont encore été faits et ont donné à peu près les mêmes résultats.

Enfin, l'auteur a fait une dernière analyse d'urines recueillies à la première période de la maladie et quelques heures après la mort. Les résultats ont fait voir combien est sensible la diminution de l'urée contenue dans les urines et combien est grande la quantité de cette substance dans le sang. M. Chassaniol pense même que tout le sang qu'il a examiné doit contenir une plus grande proportion d'urée, et que la quantité qui a échappé à son investigation s'est trouvée probablement dérobée par l'albumine, qui, en raison de sa coagulation, a dû en empêcher la séparation complète.

Instrument destiné à injecter les médicaments dans les veines. — M. Gouyon, médecin à Clermont-Ferrand, adresse une note sur l'intérêt qu'il y aurait, pour le traitement des maladies dont l'invasion est soudaine et la marche très rapide, à pouvoir porter directement dans les veines les médicaments jugés nécessaires. Il a imaginé à cet effet, et principalement en vue des cas de choléra-morbus, une seringue munie d'un petit trocart, à l'aide de laquelle l'ingestion doit, suivant lui, se faire facilement, promptement et sans danger immédiat. (Section de médecine et de chirurgie.)

Choléra. — M. Belon adresse une note sur le choléra-morbus et sur les moyens préservatifs, avec des considérations physiologiques et pathologiques.

L'auteur croit voir dans la suspension du travail éliminatoire des reins la source principale des désordres qui rendent si grave cette maladie. En conséquence, la médication qu'il propose a surtout pour objet de rétablir la sécrétion de l'urine. Les moyens préservatifs qu'il indique sont aussi conçus conformément à cette idée. (Section de médecine et de chirurgie.)

— L'Académie renvoie à l'examen de la même section trois notes de MM. Cavaillon, Bousquet et Limosin, également relatives au choléra et au traitement qui lui convient.

Traitement des dartres. — M. Cuinet (Michel) annonce être en possession d'une méthode de traitement au moyen de laquelle il guérit les dartres les plus rebelles. Il pense que cette méthode est un titre à recevoir un des encouragements du legs Bréant. (Même section.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

FIN DE LA SÉANCE DU 6 DÉCEMBRE 1853.

Observation d'hydrocèle de la tunique vaginale des deux côtés, remontant jusque dans l'intérieur de la cavité abdominale, à travers le canal inguinal; par M. le docteur Fano, prosecteur de la Faculté de médecine de Paris. (MM. Denonvilliers, Marjolin et Chassaignac, rapporteur.) — Le nommé Levasseur, âgé de vingt-quatre ans, exerçant la profession de journalier, est entré à l'hôpital Saint-Antoine le 2 décembre 1847. C'est un jeune homme d'une taille élevée, d'une intelligence obtuse. Il n'a jamais eu de hernie ni de grosseur des bourses.

Il y a environ deux ans, le scrotum s'est tuméfié à la suite d'un coup de pied donné par un âne sur ces parties. Depuis cette époque, le gonflement a continué, sans être jamais accompagné de douleur.

Il y a un an, les membres inférieurs sont devenus le siége d'une tuméfaction qui, au bout de six mois, a atteint les proportions énormes qu'elle offre au moment où nous examinons le malade pour la première fois.

Levasseur n'a subi dans son pays, Chaumont (Oise), aucun traitement. Pendant son séjour à l'hôpital, M. Marjolin, aux soins duquel il a été confié dans les premiers temps, lui a pratiqué une ponction à la partie inférieure des bourses. L'ouverture faite par le trocart a laissé écouler une quantité de liquide évaluée à deux litres environ.

Voici quel est l'état du malade le 7 janvier 1848 :

1° La peau des pieds et des jambes est le siége de cette altération décrite et connue sous le nom d'*éléphantiasis des Arabes*, *jambe des Barbades:* c'est-à-dire que la peau de ces parties est tuméfiée, inégale, rugueuse, fendillée, noirâtre. Le tissu cellulaire sous-cutané paraît un peu infiltré, car il conserve l'impression du doigt. Au niveau de l'articulation du pied et de la jambe, existe un sillon profond. Sur la face dorsale du pied droit, près de la base des orteils, se trouvent des tubercules isolés des parties voisines par des sillons superficiels.

Cette altération de la peau s'étend jusqu'au quart supérieur de la jambe, de chaque côté. Dans toute l'étendue des parties où elle existe, le tégument externe possède une sensibilité moins grande que sur le reste du corps.

Il n'y a aucune trace d'engorgement ganglionaire, ni dans les régions inguinales, ni dans les régions poplitées.

2° Les bourses présentent toutes les deux un volume considérable. Chacune d'elles est constituée par une tumeur ovalaire ayant environ 18 à 20 centimètres dans son grand diamètre, et 10 centimètres dans le diamètre transversal.

Du côté droit, la tumeur est molle, fluctuante, d'une pesanteur peu considérable. Il est impossible, en raison du volume des deux tumeurs, de juger, à l'aide d'une lumière placée derrière l'une d'elles, si elles sont transparentes.

La tumeur du côté droit se prolonge au-dessus du pubis à environ 5 ou 6 centimètres, suivant la direction du canal inguinal. Par la percussion de l'abdomen, il est facile d'en déterminer les limites. En exerçant alternativement une pression sur la partie inférieure et sur la partie supérieure de la tumeur, on perçoit la sensation d'un flot de liquide, une sensation non douteuse de fluctuation.

Du côté gauche, la tumeur présente les mêmes caractères que du côté droit. La portion qui se prolonge dans l'abdomen remonte plus haut de 1 ou 2 centimètres environ; elle est moins tendue que la portion correspondante droite, ce qui tient probablement à une sorte de débridement opéré par l'excision d'une eschare qui s'est formée à la partie la plus inférieure de la tumeur. Cette excision a mis à découvert une espèce de bourbillon blanchâtre, formé par du tissu cellulaire sous-cutané dont la mortification est évidente.

Le malade n'accuse dans les tumeurs des bourses aucune sensation douloureuse.

A deux reprises différentes, des douleurs se sont manifestées dans l'abdomen; la pression les exaspérait sensiblement. Ces accidents ont été conjurés par des applications de sangsues. Le ventre est revenu à son état normal, souple, indolent à la palpation.

Il n'existe aucun trouble du côté des organes digestifs. Le pouls est à 80; il n'offre pas de redoublement le soir. L'état général est des plus satisfaisants.

Le 8 janvier, on excise une nouvelle portion d'eschare de la bourse gauche, à la partie inférieure de laquelle on constate l'existence d'un petit trajet fistuleux. Une sonde de femme est introduite dans ce dernier, promenée dans la cavité de la bourse, et peut être facilement portée jusqu'à la partie supérieure de la tumeur. Nul doute que par le fait d'une filtration lente le liquide ne se soit écoulé, ce qui explique très bien l'affaissement de la portion de tumeur contenue dans l'abdomen.

Le 10 janvier, on reconnaît une fluctuation manifeste à la partie antérieure de la bourse gauche. Une incision pratiquée à l'aide d'un bistouri convexe donne lieu à l'écoulement d'un liquide purulent. L'ouverture ayant été agrandie par un bistouri boutonné, il s'en échappe un demi-verre environ de pus de bonne nature. Le doigt, promené dans la cavité purulente, remonte jusqu'au delà de l'anneau inguinal. Il est donc probable que, sous l'influence du travail inflammatoire qui a présidé à l'élimination de l'eschare, l'intérieur du kyste s'est enflammé, et cette inflammation s'est terminée par suppuration.

Cette évacuation de pus soulage notablement le malade; le sommeil est recouvré, l'état général s'améliore. Dès le 14 janvier, des bourgeons charnus couvrent les bords de l'incision. La tumeur s'affaisse de plus en plus; elle fournit une suppuration de moins en moins abondante. La portion intra-inguinale de la tumeur disparaît entièrement; à la place d'un son mat, on obtient dans ce point un son tympanique, indice du retour de l'intestin à ce niveau.

Le 21 janvier, il existe déjà un commencement de réunion entre les lèvres de la plaie; le pus s'en écoule en quantité médiocre. Toutefois, la cicatrisation n'est définitive qu'au bout de plusieurs mois. Le 22 mai, à la visite du matin, elle est complète.

La tumeur qui occupe la bourse du côté droit ayant conservé le même volume, M. le professeur Denonvilliers pratique, le 13 juin, une ponction à sa partie inférieure au moyen d'un trocart. Par la canule de l'instrument s'écoule un liquide entièrement comparable à celui d'une hydrocèle simple, c'est-à-dire un liquide transparent. Un carré de diachylon recouvre la petite plaie.

La tumeur n'ayant pas tardé à se reproduire, on revient le 20 juillet à une nouvelle ponction, et cette fois M. Denonvilliers pratique une injection iodée.

Le 12 août, la tumeur a repris son volume primitif; les parois en sont plus épaisses, ce qui s'oppose à ce que l'on en constate la transparence. Une nouvelle ponction en fait sortir un liquide très limpide; deux injections, de la durée de quatre minutes chacune, y sont faites

avec du vin chaud. Cette opération est suivie d'une réaction locale assez vive et nécessite, deux jours après, l'application de vingt sangsues sur le trajet du cordon spermatique droit. Sous l'influence de ce traitement, il se manifeste une amélioration notable ; la bourse devient moins tendue, moins douloureuse. Néanmoins, la partie inférieure conserve de la rougeur et présente de l'œdème. L'ouverture du trocart ne se cicatrise point et passe à l'état fistuleux. Un stylet introduit par l'orifice pénètre dans la tunique vaginale. Après plusieurs jours employés à faire un pansement méthodique dans le but d'obtenir la cicatrisation de cette fistule, qui ne cesse de fournir du pus, M. le professeur Denonvilliers incise les téguments sur une sonde cannelée introduite dans la fistule. Cette petite opération ne tarde pas à être suivie du succès le plus satisfaisant. L'incision marche rapidement vers la cicatrisation; pendant longtemps, cependant, il reste un petit ulcère cutané qui nécessite plus tard un nouveau débridement, et n'est complétement guéri qu'à la fin du mois de septembre, six semaines conséquemment après la ponction et l'injection iodée pratiquées dans l'hydrocèle du côté droit.

Le malade était donc à ce moment complétement débarrassé de la double hydrocèle dont il était affecté. Néanmoins on le laissa encore à l'hôpital, et à la fin de l'année 1848, au moment où nous quittions le service chirurgical de M. le professeur Denonvilliers, nous constations l'état suivant :

Du côté droit, le testicule semble un peu plus volumineux qu'à l'état normal; l'épididyme est parfaitement distinct du corps même du testicule. Le cordon spermatique n'est nullement engorgé. L'anneau inguinal externe est manifestement dilaté. Lorsque le malade tousse, il se forme dans ce point une tumeur parfaitement réductible et qui a tous les caractères d'une hernie.

A gauche, le testicule présente également un volume considérable. Au niveau de l'anneau inguinal externe, on constate une impulsion pendant les efforts de toux; mais il n'existe dans ce point aucune tumeur herniaire appréciable.

L'état général est des plus satisfaisants. Les bourses ne sont le siége d'aucune douleur. L'éléphantiasis des membres subsiste toujours.

A partir de cette époque, nous avons perdu de vue Levasseur.

Dix-huit mois après, nous l'avons retrouvé dans le service de M. Cazenave, à l'hôpital Saint-Louis, où il était entré dans l'espérance de guérir de l'éléphantiasis. Une affection aiguë l'a enlevé, et malgré toutes les précautions que nous avions prises pour assurer, après la mort, l'examen des parties anciennement malades, il nous a été impossible d'en faire l'autopsie.

Réflexions. — L'hydrocèle de la tunique vaginale est une affection très commune; dans tous les hôpitaux consacrés au traitement des affections externes, on en voit chaque année un certain nombre d'exemples. Dans tous les cas, la tumeur, parvenue à un degré de développement plus ou moins considérable, occupe une portion plus ou moins étendue du scrotum; mais il n'est certes pas commun de la voir franchir l'anneau inguinal. On se rendra aisément compte de ce fait, en se rappelant que la tunique vaginale du testicule s'arrête au niveau du point où le cordon testiculaire se continue avec l'épididyme, et que la distension de la séreuse des bourses rencontre ainsi des obstacles du côté de la partie supérieure de ces organes. Il n'en est pas de même de l'hydrocèle du cordon; celle-ci se prolonge fort souvent dans le canal inguinal, et P. Pott (*Œuvres chirurgicales*, t. V, p. 57) en a rapporté un exemple fort curieux, en ce sens que la tumeur s'étendait jusque dans la cavité abdominale.

Il est encore un autre genre d'hydrocèle de la tunique vaginale qui se manifeste par une tumeur occupant à la fois le scrotum, le canal inguinal et même une portion de l'abdomen; c'est la variété désignée sous le nom d'*hydrocèle congénitale*, et que M. Chassaignac a tout récemment proposé d'appeler *hydrocèle péritonéo-vaginale*.

S'agissait-il, dans l'observation que nous venons de rapporter, de cette dernière variété d'hydrocèle? Nous ne le pensons pas. Sans aucun doute, ainsi que l'a fait observer très judicieusement M. Chassaignac, le nom d'hydrocèle congénitale n'implique pas le moins du monde l'idée d'une accumulation séreuse qui se fait à la naissance, mais bien la persistance de la communication entre la tunique vaginale et le péritoine. A ce compte, l'hydrocèle congénitale peut se développer à un âge plus ou moins avancé de la vie. Mais remarquons que dans cette variété d'hydrocèle, appelée désormais *péritonéo-vaginale*, la communication qui existe entre les deux sacs séreux des bourses et de l'abdomen permet au liquide renfermé dans le scrotum d'être refoulé dans le ventre lorsque le malade est dans une position horizontale, et l'une des observations rapportées par M. Chassaignac vient précisément à l'appui de cette opinion. Il n'en était pas ainsi chez Levasseur, la position n'avait aucune influence sur l'état de la tumeur extra-abdominale. Ce n'était certes pas non plus une hydrocèle du cordon spermatique, car l'affection avait débuté par la partie inférieure des bourses.

C'est donc bien à une double hydrocèle de la tunique vaginale, et non congénitale, que nous avions affaire. Ce genre de tumeurs paraît avoir été entrevu par Dupuytren, qui lui a donné le nom d'hydrocèle *en bissac*. On trouve dans sa *Clinique* (t. IV, p. 444, 1re édition) l'observation d'un malade reçu en 1824 à l'Hôtel-Dieu, et chez lequel une portion de la tumeur occupait le scrotum, tandis que l'autre était située dans l'abdomen et se dilatait au-dessus de l'anneau. Lorsque le malade était debout, la partie apparente de la tumeur se remplissait davantage; s'il toussait, elle se tendait; elle se vidait lorsque le sujet se couchait horizontalement ou lorsqu'on la comprimait.

Il resterait à rechercher quelle est la disposition anatomique qui permet ainsi à la tunique vaginale distendue par un liquide de se porter à travers le canal inguinal jusque dans l'intérieur de l'abdomen. Serait-il permis ici de hasarder l'opinion que chez quelques sujets l'oblitération entre la tunique vaginale et le péritoine ne se fait pas dans le même point que chez la plupart des hommes, et qu'en conséquence la tumeur aurait plus de facilité que dans l'état ordinaire à se prolonger dans le canal inguinal?

L'observation de Levasseur offre quelques autres particularités que nous nous contenterons de mentionner. Ainsi, l'hydrocèle du côté gauche a guéri spontanément à la suite d'une inflammation terminée par suppuration qui s'est développée dans la tumeur, l'hydrocèle du côté droit a résisté à une ponction suivie d'une injection iodée. Il a fallu pratiquer une injection vineuse pour obtenir une adhérence entre les deux feuillets de la tunique vaginale : conséquemment l'oblitération du sac séreux.

Rapport sur le travail précédent. — M. Chassaignac : Messieurs, vous avez chargé une commission composée de MM. Denonvilliers et Marjolin de vous présenter un rapport sur la dernière communication que M. Fano a faite à la Société de chirurgie dans la séance du 30 novembre 1853.

Il s'agit d'une observation très curieuse d'hydrocèle de la tunique vaginale existant des deux côtés chez le même sujet, et présentant de chaque côté, comme caractère exceptionnel, l'existence de deux poches, l'une placée dans le scrotum, l'autre dans le canal inguinal, ces deux poches communiquant librement entre elles, mais offrant à l'extérieur, comme indice d'une séparation apparente, une sorte d'encoche ou de collet dû à l'anneau du grand oblique.

Quoique très rare, cette variété d'hydrocèle n'est point inconnue: Dupuytren (*Clinique chirurg.*, t. IV, p. 444, 1re édit.) l'a mentionnée d'une manière non douteuse sous le nom d'hydrocèle en bissac. Nous préférons la dénomination d'hydrocèle en sablier, qui indique mieux la superposition des deux poches.

Nous avons de notre côté publié un fait de ce genre (*Revue médico-chirurgicale* de M. Malgaigne, juin 1853), fait d'autant plus important qu'il donna lieu à l'examen anatomico-pathologique de la double tumeur.

La difficulté diagnostique constitue le point essentiellement pratique de la communication de M. Fano. C'est un motif pour votre commission d'examiner ce point, puisque, sur les trois seules observations venues à notre connaissance, celle de Dupuytren, celle de M. Fano et celle qu'a publiée votre rapporteur, il en est une dans laquelle on voit que l'erreur du diagnostic a entraîné les conséquences les plus fâcheuses.

Quelles sont donc les circonstances qui peuvent à cet égard en imposer au chirurgien?

Il faut noter avant tout que ces hydrocèles en sablier donnent lieu à des symptômes très différents, suivant le degré de plénitude et de distension que présentent les deux poches dont cette hydrocèle se compose. Les deux poches sont-elles bien pleines et bien tendues, les changements d'attitude du malade n'influent pas beaucoup sur la forme et les apparences de la tumeur. Si au contraire la distension de l'hydrocèle est médiocre, le liquide pouvant se porter alternativement de la poche supérieure dans l'inférieure, *et vice versâ*, il résulte de ce déplacement que la tumeur peut être prise pour une hernie ou pour une hydrocèle péritonéo-vaginale.

En effet, quel est habituellement le caractère le plus saillant de ces diverses affections? N'est-ce pas de devenir très apparentes quand le sujet est debout, et de disparaître, du moins en partie, quand il est couché sur le dos?

Dans le cas d'hydrocèle en sablier demi-pleine ce caractère existe d'une manière très prononcée. La transparence complète de la tumeur est un excellent caractère différentiel, eu égard à la hernie.

La disparition complète et absolue du liquide dans le cas d'hydrocèle péritonéo-vaginale lorsque le sujet est couché est encore un signe d'une grande valeur, surtout si l'on a soin de noter que dans l'hydrocèle en sablier, quelque peu distendue qu'elle soit, il doit toujours exister à la paroi antérieure de l'abdomen une saillie plus ou moins marquée quand la poche scrotale s'est vidée dans la poche pariéto-abdominale.

On voit par ce qui précède qu'on ne saurait attacher trop d'importance à recueillir avec le plus d'exactitude possible les exemples d'hydrocèle de ce genre qui peuvent se présenter à l'observation. Ce ne sera en effet qu'en réunissant un certain nombre de faits analogues, bien complets et bien authentiques, qu'on peut espérer de tracer un jour une histoire satisfaisante de cette curieuse variété d'hydrocèle.

M. Fano, qui a recueilli un cas de ce genre observé d'une manière suivie dans le service de deux de nos honorables collègues, MM. Denonvilliers et Marjolin, a rendu un véritable service en fournissant des matériaux qui aideront à éclaircir un point encore obscur de la pathologie. C'est un titre qui vient s'ajouter à ceux par lesquels M. Fano se recommande déjà à l'attention de la Société de chirurgie.

Vous ne pouvez oublier, messieurs, que cet honorable candidat a déjà présenté sur la commotion du cerveau un travail que vous avez jugé digne d'être inséré parmi vos *Mémoires*.

M. Fano a été successivement aide d'anatomie et prosecteur de la Faculté; il a concouru de la manière la plus distinguée pour l'agrégation et pour le Bureau central; il a donné des preuves non douteuses de la droiture et de la dignité de son caractère. Votre commission a pensé qu'en considération de tous ces titres elle pouvait vous exprimer le désir qu'il fût porté sur la prochaine liste de candidature.

Votre commission a donc l'honneur de vous soumettre les conclusions suivantes :

1° Insérer, non dans les *Mémoires*, puisqu'il ne s'agit pas d'un travail complet, mais seulement dans le *Bulletin*, l'observation de M. Fano;

2° Le porter sur la prochaine liste de candidature de la Société de chirurgie.

— A la suite de cette lecture, M. le Président nomme une commission pour faire un rapport définitif sur les candidats à la place de membre titulaire déclarée vacante. Cette commission se compose de MM. Larrey, Richet et Chassaignac.

— M. Debout donne ensuite lecture d'un rapport sur un travail de M. Bouisson, intitulé *Des hémorrhagies périodiques qui compliquent les suites des opérations, et de l'utilité de leur traitement médical.*

L'heure avancée n'a pas permis de voter sur les conclusions de ce rapport, qui seront reproduites dans le prochain procès-verbal.

Le secrétaire de la Société : E. Laborie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Par décret impérial en date du 14 de ce mois, M. Darralde, médecin consultant de S. M. l'Impératrice, médecin inspecteur aux Eaux-Bonnes, a été promu au grade d'officier de l'ordre impérial de la Légion d'honneur.

— Le relevé que l'administration de l'assistance publique fait faire avec beaucoup de soin sur tous les cholériques admis dans les hôpitaux, de toutes les circonstances antérieures commémoratives, donne ce résultat que, jusqu'ici, le choléra s'est surtout manifesté sur des personnes qui habitaient Paris depuis peu de temps.

Ce relevé confirme aussi, et dans des proportions considérables, le grand fait de l'existence de la diarrhée prémonitoire sur laquelle est basé le système des mesures préventives.

— L'administration de l'assistance publique a fait disposer la ferme Sainte-Anne et un pavillon de l'hôpital de La Riboissière pour servir de maisons de convalescence pour les cholériques des hôpitaux. Déjà un certain nombre de malades ont été envoyés à la ferme Sainte-Anne.

— Le navire *Marathon*, parti de Liverpool le 22 septembre avec 522 émigrants, est arrivé à New-York après un voyage de cinquante-neuf jours pendant lequel il a perdu 64 personnes du choléra.

— On a appris par l'arrivée du *Canada* à Liverpool que le choléra s'est déclaré à la Nouvelle-Orléans, déjà si éprouvée par les ravages de la fièvre jaune, et qu'on y comptait 214 victimes dans l'espace de quelques jours.

— La distribution des prix et des diplômes à l'Ecole impériale vétérinaire de Toulouse a eu lieu en présence des autorités du département.

Le discours d'ouverture a été prononcé par M. Lafosse, professeur de clinique.

M. le professeur d'anatomie, Lavocat, a donné lecture du compte rendu des différentes chaires.

M. le préfet a ensuite adressé aux élèves une allocution, dont tout l'auditoire a senti le mérite et la portée, et qui a été vivement applaudie.

La séance a été close par M. Baillet, qui a donné lecture des opérations du jury d'examen, et a proclamé les noms des élèves qui ont obtenu des récompenses ou ont été jugés dignes de recevoir le diplôme de vétérinaire. Voici la liste des élèves qui ont obtenu des prix :

Première année d'études. — 1er prix : M. Couthures (Bernard), de Lot-et-Garonne. — 2e prix : M. Boucharel (Jean-Louis), de l'Aude. — 1er accessit : M. Etchecoin (Arnaud), des Basses-Pyrénées. — 2e accessit, *ex æquo* : MM. Guimberteau (Antoine-Barthélemy), de la Dordogne; Nicouleau (Frédéric-Guillaume), de Lot-et-Garonne. — Mention honorable : M. Bordes (Pierre-Benjamin), de Lot-et-Garonne.

Deuxième année d'études. — 1er prix : M. Larrouy (Henri-Bertrand), des Basses-Pyrénées.

Le jury n'a pas cru devoir accorder un second prix, ni des accessits aux élèves de cette année.

Troisième année d'études. — 1er prix : M. Domecq (Jean), des Landes. — 2e prix : M. Arséguet (Pierre), de la Gironde. — 1er accessit : M. Despin (Pierre), de la Gironde. — 2e accessit : M. Duvoisin (Martial) de la Haute-Vienne.

Quatrième année d'études. — 1er prix : M. Dupuy (Joseph), de l'Héraut.

Le jury n'a pas cru devoir accorder le second prix, les exercices pratiques de chimie n'ayant pas été satisfaisants.

1er accessit : M. Lepoudré (Eugène), de Maine-et-Loire. — 2e accessit : M. Cormeau (Jean-Baptiste-Adolphe), de Maine-et-Loire. — Mentions honorables : MM. Dubut (Léonard), de la Dordogne, et Baron (Emile-Adolphe), de la Loire-Inférieure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés se trouvent à Bruxelles, à la librairie polytechnique d'Aug. Decq. — Les abonnements à la Gazette des Hôpitaux sont reçus à cette librairie au même prix qu'à Paris.

Traité des maladies du sein et de la région mammaire, par M. le professeur Velpeau. Un fort volume in-8° de 752 pages, accompagné de 8 planches tirées en couleur et retouchées au pinceau. Prix : 12 fr. — Chez Victor Masson, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, 17, à Paris.

Iconographie ophthalmologique, ou description avec figures coloriées des maladies de l'organe de la vue, comprenant l'anatomie pathologique, la pathologie et la thérapeutique médico-chirurgicales, par J. Sichel, docteur en médecine des Facultés de Berlin et de Paris, etc., etc. 7 livraisons grand in-4° de 4 feuilles de texte avec 4 planches. — Paris, 1853. Prix : 7 fr. 50. Les livraisons 1 à 6 sont en vente au prix de 45 fr., chez J.-B. Baillière, rue Hautefeuille, 19.

Agenda-formulaire des médecins praticiens pour 1854, publié par le docteur A. Bossu (4e année). Il contient : 1° *Petit dictionnaire de pathologie ; de matière médicale et de posologie ;* 2° *Annuaire de thérapeutique* pour 1854 ; 3° *Choix des eaux minérales* dans les maladies; 4° *Tableau des Facultés, Ecoles préparatoires*, Sociétés de médecine, journaux, services médicaux, etc.; 5° *Adresses de tous les médecins de Paris ;* 6° *Tarif des médicaments*, etc., etc. — Prix depuis 3 fr. jusqu'à 7, selon la reliure; broché, 2 fr. — Chez l'éditeur, 31, rue de Seine, et dans les librairies médicales; en province par l'entremise des pharmaciens, des libraires, etc.

Reliures diverses.

		fr.	c.
N° 1.	Mouton maroquiné fermant au crayon.	3 fr.	»
N° 2.	— à patte.	3	75
N° 3.	— à serviette, trimestres séparés.	4	50
N° 4.	Chagrin doublé de soie, à patte.	5	»
N° 5.	— avec petite trousse.	6	»
N° 6.	— — et trimestres séparés.	7	»

La Sorau.

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 152. — SAMEDI 24 DÉCEMBRE 1853. (26e ANNÉE.) N° 152. — SAMEDI 24 DÉCEMBRE 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 » | Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes. Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs.

Nous prions nos abonnés des départements de vouloir bien nous envoyer le montant de leur renouvellement avant le 1er janvier en mandats de poste ou en traites sur Paris. La même recommandation s'adresse aux abonnés de l'étranger. Malgré l'augmentation des tarifs des postes pour plusieurs pays, ils n'auront à subir aucune augmentation pour l'année 1854.

*En ajoutant 3 francs au prix de l'abonnement, nos souscripteurs ont droit à un exemplaire de l'*ANNUAIRE MÉDICAL *pour 1854. Ceux qui voudraient le recevoir* franco *par la poste devraient envoyer 4 francs.*

PARIS, LE 23 DÉCEMBRE 1853.

L'élévation dans le nombre des nouveaux cas que nous avons signalée dans notre précédent numéro n'a pas eu de suite. Ainsi, on se rappelle que déjà le 18, après s'être élevé les deux jours précédents à 37, le chiffre est descendu à 20. Le 19, il a été de 16, et le 20, de 27.

Le 19, il n'y a eu que 2 cas seulement déclarés dans les hôpitaux; le 20, il y en a eu 8.

Le nombre des décès dans les hôpitaux a été, pour le 19, de 16, et pour le 20, de 15.

Les décès pour ce dernier jour (20) ont été de 2 seulement pour les hôpitaux militaires, de 12 à domicile, et de 7 dans les communes rurales.

La récapitulation générale pour les hôpitaux civils donne, jusqu'au 21 au matin : 834 cas, dont 611 venus du dehors et 223 (plus du tiers) déclarés à l'intérieur.

Le total des décès jusqu'au même jour donne :

Pour les hôpitaux civils.	364
Pour les hôpitaux militaires.	36
A domicile.	263
Dans les communes rurales.	90

Meudon seul compte 12 cas, dont 4 morts, 4 guéris et 4 encore en traitement.

Total général des décès. 753

— A Beaujon, depuis deux jours, il y a eu plusieurs cas de choléra foudroyant déclarés dans les salles sur des malades en traitement pour d'autres affections.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Deux exemples de choléra survenu pendant la grossesse double dans un cas. Mort. — Avortement dans le premier ; continuation de la gestation dans l'autre.

Salle du Rosaire, n° 8, dans le service de M. Gendrin, entra, le 14 décembre, une femme de vingt-deux ans, d'assez forte constitution, atteinte de choléra-morbus depuis la veille, et arrivée à la période cyanique avec tous ses accidents : diarrhée, vomissements, refroidissement général, cyanose de tout le corps, yeux caves, etc.; de plus, cette femme était enceinte de sept mois.

En même temps qu'elle, entrait aussi son enfant, âgé d'un an, de tempérament très lymphatique, ayant les deux cornées troublées par des ophthalmies antérieures, et l'une d'elles présentant un staphylome. Cet enfant était également atteint de choléra-morbus caractérisé par un dévoiement très considérable, avec quelques vomissements, du refroidissement général avec teinte plombée de la peau et de l'enfoncement dans l'orbite des yeux cerclés de noir. De temps en temps il poussait des cris violents; peut-être avait-il des crampes.

La mère fut soumise au traitement qu'emploie toujours M. le docteur Gendrin, consistant en saignées répétées, frictions, sinapismes et potion contenant, en général :

Eau de cannelle.	100 grammes.
Acétate d'ammoniaque.	15 —
Laudanum de Sydenham	4 —
Sirop d'écorce d'oranges	60 —

Dans la nuit du 15 au 16 décembre, l'interne de garde, appelé à trois heures du matin, trouva la femme en train d'accoucher sans paraître souffrir beaucoup; la poche des eaux, non rompue, était en partie au dehors, et cette portion contenait la tête du fœtus sorti hors de la vulve. L'accouchement se termina rapidement par l'extraction de l'enfant mort, et aussitôt la mère put être délivrée : elle perdit à peine un petit caillot de sang noir et diffluent, et le placenta, de couleur rosée, presque exsangue, était très petit, ne présentant qu'à peine 10 centimètres de long et 6 de large ; le cordon était flétri.

Le fœtus semblait avoir sept mois et demi, et était mort depuis au moins deux jours; car en frottant la peau l'épiderme s'enlevait facilement. Je ne parle pas de la teinte cyanosée de l'enfant; il n'avait pas encore respiré, et dans ce cas elle pourrait être attribuée à cette cause.

Le fœtus fut ouvert le matin même, et l'intestin, examiné avec le plus grand soin, ne présenta pas la moindre trace de crypte mucipare distendu par le liquide muqueux, qui, du reste, se trouvait en assez grande quantité dans l'intestin grêle; pas le moindre semis rappelant celui du choléra-morbus. Les poumons ne surnageaient pas.

Revenons à la mère. La saignée fut renouvelée le 16 et le 17 décembre; le même traitement continué avec addition d'un vésicatoire volant sur l'épigastre. Tout fut inutile; la malade ne put être réchauffée; elle tomba dans le coma sans qu'on pût obtenir de réaction; la période asphyxique survint et l'emporta le 18, à trois heures du soir.

L'autopsie fut faite le 20, à huit heures du matin; et sans parler de la congestion de tous les vaisseaux et de l'état poisseux de tous les liquides, disons tout de suite qu'il fut à peu près impossible de retrouver le semis de cryptes mucipares gonflées par le liquide cholérique; il fallut beaucoup de bonne volonté pour en soupçonner quelques-uns. C'est que lorsque la maladie cholérique se prolonge, ces follicules disparaissent, exactement comme quand on attend trop longtemps pour examiner la surface muqueuse de l'intestin. Vingt-quatre heures, en général, après l'autopsie on ne peut plus guère les retrouver. C'est probablement à des cas de ce genre qu'on doit les observations de choléra sans ces altérations anatomiques.

L'utérus présentait encore environ de 20 à 25 centimètres de long et 15 de large; il était flasque, aplati, et on voyait en l'ouvrant toute sa surface interne d'un rouge foncé et non encore cicatrisée, surtout vers la partie supérieure du côté droit, point où était inséré le placenta.

L'enfant d'un an fut traité par des frictions souvent répétées et l'application d'un vésicatoire volant sur l'épigastre. Sous l'influence de cette médication il put réagir; la diarrhée se tarit, les membres se réchauffèrent, et il présentait un état satisfaisant lorsque sa mère mourut. Il fut transporté aux Enfants-Trouvés.

— Comme pendant à cette observation, rapportons celle d'une autre femme entrée le 19 décembre, et couchée au n° 14 de la même salle du Rosaire.

Cette femme, maigre, de constitution nerveuse, a le dévoiement depuis huit jours, et se trouve malade surtout depuis la veille. Le matin même de son entrée son mari est mort du choléra. Apportée à l'hôpital dans la période cyanique avancée, avec crampes violentes, diarrhée abondante, vomissements, excavation des yeux cerclés de noir, teinte violacée intense de tout le corps et refroidissement général, elle est trouvée grosse de sept mois environ.

Le traitement dont nous avons parlé précédemment fut sans efficacité, comme on pouvait s'y attendre dans un cas aussi avancé et aussi intense; et passant à la période asphyxique, la malade mourut le 20 décembre, à huit heures du matin, sans avoir présenté aucun phénomène réactionnel.

L'autopsie fut faite vingt-quatre heures après la mort. Teinte cyanosée conservée, avec une rigidité extrême des membres.

L'utérus, très volumineux, recouvre une partie des intestins et est enlevé avec précaution.

Tout l'intestin grêle et le gros intestin sont fortement arborisés et distendus moitié par des gaz, moitié par un liquide séreux contenant en grande quantité des mucosités et des débris d'épithélium. Ce liquide ne présente pas de traces de sang.

L'intestin ouvert laisse voir une muqueuse assez injectée; les valvules conniventes présentent un développement et une rougeur insolites; et dans toute l'étendue de l'intestin grêle, surtout vers la valvule de Beaulin, peut être vu ce semis de cryptes semblables à des grains de millet; on en trouve jusque dans la portion pylorique de l'estomac; on en trouve encore dans le gros intestin. Çà et là quelques plaques érythémateuses.

Sang poisseux et gluant gorgeant le système vasculaire. L'utérus, dont le col présente une dilatation de 4 à 5 centimètres, laissant

FEUILLETON.

Nous devons à l'obligeance de M. le docteur F. Roubaud la communication de ce fragment de son *Annuaire*, qui sera mis en vente lundi prochain.

Ce travail complète la statistique médicale et pharmaceutique de la France, publiée pour la première fois dans l'édition de l'année dernière, et que M. Roubaud a conservée dans l'édition de 1854, pour accéder aux désirs des personnes qui n'ont pu avoir l'*Annuaire* de 1853.

De même que l'année dernière, des tableaux nombreux venaient à l'appui de sa statistique; de même cette année, M. Roubaud a mis à côté de sa statistique de Paris les preuves de son travail; mais au lieu de tableaux nécessairement trop restreints, l'auteur a jugé avec raison qu'il serait plus utile et plus agréable en même temps de classer les docteurs, les officiers de santé et les pharmaciens par arrondissements et par rues, et d'offrir ainsi tout à la fois des facilités nouvelles pour la recherche des médecins de la capitale et un contrôle pour la liste générale des praticiens.

STATISTIQUE MÉDICALE ET PHARMACEUTIQUE DE LA VILLE DE PARIS.

1. La population totale de Paris est de 1,053,262.

Pour soigner cette population, Paris renferme : 1,351 docteurs en médecine ou en chirurgie, 164 officiers de santé et 416 pharmaciens; par conséquent, on compte :

1 docteur sur 779 habitants.
1 offic. de santé sur 6,422 »
1 pharmacien sur 2,531 »

Si l'on rapproche ces chiffres de ceux que j'ai trouvés l'année dernière pour toute la France, on conviendra que Paris est excessivement riche en médecins et en pharmaciens.

La statistique de la France m'avait donné pour les médecins (docteurs et officiers de santé réunis) :

1 sur 1,940 habitants,

et pour les pharmaciens :

1 sur 6,914 »

A Paris, les docteurs et les officiers de santé réunis sont avec les habitants dans la proportion de :

1 sur 695 »

Ainsi, pour que la population entière de la France eût à son service autant de médecins et de pharmaciens que la population de Paris, il faudrait tripler le nombre des médecins et des pharmaciens existant aujourd'hui dans notre pays.

Cependant toutes les parties de la grande ville ne participent pas aux bénéfices de cette inégale répartition, et il est même certains arrondissements beaucoup moins bien partagés que le reste de la France.

Ainsi, en comparant le nombre des docteurs (1) de chaque arrondissement avec la population, nous trouvons dans le

2e arrondissement,	1 médecin sur	388	habitants.
1er »	1 »	496	»
10e arrondissement,	1 médecin sur	593	habitants.
3e »	1 »	653	»
11e »	1 »	695	»
4e »	1 »	1,092	»
12e »	1 »	1,287	»
5e »	1 »	1,567	»
9e »	1 »	1,619	»
8e »	1 »	1,904	»
6e »	1 »	2,049	»
7e »	1 »	2,249	»

(1) Je ne tiens pas compte dans les calculs suivants des officiers de santé, dont les 19/20e exercent la profession de dentiste.

Il ne faut pas croire que le nombre des médecins augmente dans chaque arrondissement avec le chiffre de la population; car, s'il en était ainsi, les arrondissements, au lieu d'être placés comme dans le tableau précédent, seraient classés dans l'ordre qui suit :

2e arrondissement.	12e arrondissement.
8e »	7e »
10e »	11e »
1er »	3e »
6e »	9e »
5e »	4e »

Le chiffre de la population n'est pas, il faut le reconnaître, un appât pour le lieu d'élection du médecin, puisque, dans le 8e arrondissement, dont la population égale, à peu de chose près, celle du 2me, les médecins sont dans la proportion de 1 sur 1,904 habitants, tandis que dans le 2e on compte 1 médecin sur 388 habitants.

Il faut donc chercher ailleurs la cause de ces différences.

La trouverons-nous dans la répartition fort inégale des circonstances

poindre le sommet de la tête d'un enfant, est ouvert dans toute sa longueur sur la face antérieure, et permet de voir dans sa cavité deux fœtus du sexe féminin, celui du fond de l'utérus étant beaucoup plus gros que celui qui est à l'entrée.

Chacun de ces fœtus est contenu dans une poche particulière, et présente son cordon ombilical allant s'insérer sur un placenta distinct, et ce n'est que par leur bord et dans une très petite étendue que ces deux placentas se touchent et communiquent ensemble. On les sépare facilement, mais les surfaces obtenues laissent voir quelques altérations. Ces deux placentas ne sont pas exsangues, et les cordons ne sont pas flétris.

Les deux fœtus, dont l'épiderme ne s'enlève pas par un simple frottement, sont probablement morts en même temps que la mère, ou au moins bien peu de temps avant elle. Leurs intestins, examinés avec soin comme dans le cas précédent, ne laissent voir aucune altération anatomique du choléra.

On voit d'abord dans ces deux cas que les fœtus des femmes mortes du choléra ou avortant pendant le cours de leur maladie ne présentent pas d'altérations anatomiques.

Dans le premier cas la femme avorte, dans le second la grossesse continue. Le choléra détermine-t-il ou non l'accouchement prématuré? On conçoit que le choléra se bornant à la période phlegmorrhagique sans cyanose, sans arrêt de circulation, laisse vivre le fœtus; mais quand la période cyanique arrive, comme dans les deux cas précités, la lésion profonde qui survient dans la circulation capillaire faisant stagner le sang dans ces capillaires, le fœtus ne peut plus, comme à l'état normal, y puiser sa nourriture : il meurt nécessairement.

Nous croyons que ce résultat a eu lieu dans le second cas aussi bien que dans le premier; mais le produit de la conception peut être gardé par la mère un certain temps après qu'il a cessé de vivre, et si la mère meurt rapidement l'accouchement prématuré ne se fera pas. C'est ce qui est arrivé pour la femme du n° 14 de la salle du Rosaire : le choléra l'a tuée avant que l'avortement ait eu le temps de se produire.

Il est rare, dans tous les cas de ce genre, qu'après la parturition la femme puisse traverser les accidents de la maladie et arriver à guérison, mais cela peut s'observer, et une femme couchée actuellement dans le service de M. le docteur Marrotte en offre un exemple.

Tumeur sanguine rétro-utérine (hématocèle rétro-utérine). Mode de solution habituelle de ces sortes de tumeurs. — Pourquoi il convient de s'abstenir, en pareil cas, de toute opération.

Si le rôle de la presse médicale est de faire connaître les méthodes et les procédés opératoires nouveaux, de signaler les conquêtes de la chirurgie, et de se faire, à cet égard, l'écho des succès et des heureuses tentatives des maîtres de l'art, elle a aussi un autre rôle, plus humble peut-être, mais non moins utile, c'est de prémunir les jeunes chirurgiens contre une tendance trop générale à faire appel aux ressources opératoires, et de leur signaler les dangers ou les contre-indications de certaines opérations, qu'en raison de la facilité de leur exécution ils pourraient être tentés d'entreprendre. Les exemples fourmillent, et pour le moment nous n'en voulons présenter qu'un seul, en nous étayant de l'expérience et de l'autorité de M. le professeur Nélaton, au service duquel nous l'emprunterons.

Une femme est entrée à la Clinique présentant une affection utérine qui, sans être très rare, n'offre pas moins un certain intérêt. Cette femme, devenue enceinte il y a quatorze ou quinze mois, fit une fausse couche de trois à quatre mois. Elle se rétablit assez bien; mais à dater de ce moment elle resta sujette à des migraines, puis la menstruation devint irrégulière. Jusque-là il n'y avait aucune apparence de désordre du côté de l'utérus; mais il y a environ quinze jours elle a commencé à éprouver des douleurs dans le bas-ventre et dans les parties sexuelles, qui l'ont décidée à entrer à l'hôpital. Au premier examen, le diagnostic parut d'abord assez difficile. Le doigt rencontrait le col à peu de profondeur, et placé un peu en avant; il était petit, un peu aplati d'arrière en avant, comme s'il avait été comprimé dans ce sens.

L'orifice utérin était très étroit. Le col paraissait sain d'ailleurs, et il se laissait assez facilement refouler en haut. Presque immédiatement derrière le col, on sentait une masse formant un relief très prononcé, dur et volumineux. D'un autre côté, on sentait à la région hypogastrique, derrière la symphyse pubienne, une tumeur semblable, de forme oblongue transversalement. En comprimant alternativement ou simultanément sur ces deux tumeurs immobiles et irréductibles, on reconnaissait aisément qu'elles communiquaient l'une avec l'autre ou plutôt qu'elles ne formaient qu'une seule et même tumeur située derrière et au-dessus de la matrice, qu'elle refoulait un peu en bas et en avant. Il était aisé de reconnaître, en effet, à la mobilité de l'utérus, d'une part, et, d'autre part, à l'immobilité de la tumeur en question, que celle-ci ne lui était que contiguë et qu'elle en était indépendante. Enfin, par l'examen au spéculum, on constatait dans la portion de muqueuse vaginale qui recouvrait la tumeur, correspondant au cul-de-sac postérieur, une coloration violacée par transparence, qui, jointe aux symptômes précédents, ne laissait plus aucun doute sur l'existence d'une de ces tumeurs sanguines désignées par les auteurs sous le nom d'hématocèle rétro-utérine.

Que faire en pareil cas? Ponctionner ou inciser? Rien de plus aisé assurément. Et cependant non-seulement M. Nélaton s'en est abstenu, mais il érige l'abstention ou tout au moins la temporisation en précepte en pareil cas. Cette abstention est motivée, d'une part, sur les dangers réels et sur les graves accidents qui ont suivi cette opération dans plusieurs cas, alors qu'elle avait paru le mieux indiquée et qu'elle avait été le plus facile à faire; d'autre part, sur ce que l'expérience a appris à M. Nélaton que ces tumeurs, assez communes à en juger par le nombre de celles qu'il a eu l'occasion de rencontrer, finissent par disparaître quelquefois à la longue par le fait d'un travail de résorption, ou bien qu'elles se vident soit par le vagin ou par le rectum. La ponction ne doit donc être faite que lorsqu'on ne peut plus compter sur l'absorption et dans les cas seulement d'absolue nécessité.

Kyste hydropique multilobulaire de l'ovaire.

Ce que nous venons de dire d'une manière générale à l'occasion de la tumeur hématique du bassin pourrait s'appliquer aussi, mais à un autre point de vue, au fait suivant, que nous venons d'observer à la clinique de M. Rostan. Ici ce n'est pas le danger qui était de nature à retenir la main de l'opérateur, mais l'incertitude, pour ne pas dire l'impossibilité presque absolue ou de distinguer si l'on a affaire à une poche unique ou à une cavité multilobulaire.

Une femme de soixante-quatre ans, journalière, est entrée dans les derniers jours de novembre au n° 6 de la salle Saint-Antoine. Cette femme est malade depuis quatre ans et demi. Elle commença par ressentir à cette époque des douleurs sourdes dans la fosse iliaque droite. Ces douleurs augmentaient lorsqu'elle faisait des efforts ou dans certains mouvements, comme celui de se baisser, par exemple. Au bout de deux mois environ, elle s'aperçut de l'existence d'une tumeur dans cette région, et à dater de ce moment cette tumeur n'a pas cessé de s'accroître, sans toutefois que la malade ait été arrêtée dans ses occupations. Il n'y a que dix-huit mois environ que la tumeur ayant acquis un volume considérable, force fut de cesser tout travail. Après quelques tentatives infructueuses de traitement, elle se décida enfin à entrer à l'hôpital. Là on constata l'existence d'une tumeur extrêmement volumineuse dans la région hypogastrique, remontant jusqu'à l'ombilic, et comprenant toute la fosse iliaque droite. La tumeur était dure, solide, sans fluctuation appréciable dans aucun point. Le foie était refoulé en haut dans la cavité thoracique. La respiration était gênée, et l'infiltration des membres inférieurs indiquait que depuis longtemps la circulation était embarrassée.

M. Rostan diagnostiqua une tumeur de l'ovaire du côté droit et crut prudent de s'abstenir de tout traitement actif, se bornant à prescrire quelques-uns des soins et le régime appropriés à l'état de cette femme.

Au bout de quelques jours de séjour à l'hôpital, la malade fut prise de diarrhée avec fièvre, dyspnée. La diarrhée étant devenue de plus en plus abondante malgré les moyens employés pour la modérer, cette femme finit par succomber dans les premiers jours du mois de décembre.

A l'autopsie, on trouva effectivement, ainsi qu'on l'avait diagnostiqué, un énorme kyste hydropique de l'ovaire. Mais ce qu'aucun moyen de diagnostic n'aurait pu faire reconnaître, c'était la disposition intérieure de ce kyste, disposition telle que l'emploi des injections le mieux dirigé eût certainement échoué. En effet, bien que la tumeur fût parfaitement lisse, unie et régulièrement globuleuse extérieurement, comme si elle n'eût constitué qu'une poche unique, elle était en réalité composée d'une multitude de poches secondaires greffées les unes sur les autres et contenant chacune un liquide de nature différente; l'une d'elles contenait un liquide aqueux, transparent, d'une parfaite limpidité; une autre contenait un liquide séreux, filant, opalin; une autre un liquide brun; une autre un liquide légèrement sanguinolent, lie-de-vin; un dernier, enfin, contenait une matière en tout comparable à celle des kystes hydatifères.

Or, nous le demandons, quel eût pu être dans ce cas le résultat d'une injection iodée ou de toute autre nature? En admettant qu'on eût obtenu l'adhésion des parois de la première poche, on n'eût pas empêché les autres de continuer à se développer.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS.

Traitement préservatif et curatif de la diarrhée, de la cholérine et du choléra sporadique par l'acide sulfurique dilué et les bains salés. — Application de ce traitement au choléra épidémique.

Par M. le Dr Lepetit (Emile), chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Poitiers.

Nous publions *in extenso* le mémoire de M. Lepetit, en raison de l'intérêt pratique qui s'y rattache et qui relève de l'influence épidémique actuelle. Vingt-deux observations suivent ce mémoire. Ne pouvant les publier toutes, nous choisirons parmi elles quelques-unes des plus intéressantes, afin de montrer que le diagnostic de la maladie a toujours été bien établi.

Je n'ai point à retracer dans ce travail les ravages du choléra, qui depuis vingt ans décime à des périodes trop rapprochées les populations de l'Europe : le tableau effrayant en est présent à toutes les mémoires; ce que je tiens à constater, c'est que malgré les plus louables efforts, les recherches les plus assidues, les hommes de l'art sont restés impuissants, et le remède du moins constamment efficace et assuré est encore à trouver.

Je regarde donc comme un devoir pour tout médecin de donner le plus de publicité possible aux remarques que la pratique lui a permis de faire, aux découvertes qui sont venues à sa connaissance et dont l'expérience lui a démontré la supériorité contre cette terrible maladie.

Ce que je me propose de faire ici, je l'ai déjà tenté en 1849, en adressant à l'Académie deux mémoires sur les causes du choléra et sur les inhalations phosphorées. Ces premiers travaux, je l'avoue, laissaient beaucoup à désirer, et si je me hasarde aujourd'hui à publier les observations nouvelles que j'ai eu l'occasion de faire, c'est moins pour faire connaître ces observations, quelque décisives qu'elles me paraissent, que pour signaler à l'attention des praticiens la découverte assurément très précieuse des médecins anglais Thomson, Smith, Hunt et Griffith. Je veux parler de l'emploi de l'acide sulfurique comme moyen curatif et préservatif du choléra.

C'est en 1851, à Londres, que le docteur Griffith a employé cet agent dans plusieurs cas de diarrhée accompagnée de violentes co-

---

qui favorisent le plus les maladies et la mort, c'est-à-dire la misère, et qui, par conséquent, réclament plus impérieusement l'intervention de la médecine?

Si, d'après les derniers comptes rendus de l'assistance publique à Paris, on rapproche de la population totale de chaque arrondissement le nombre des indigents inscrits sur les registres de son bureau de bienfaisance, on arrive à classer les douze arrondissements de Paris dans l'ordre suivant, en commençant par celui qui en compte le moins.

2e	arrondissement,	1 indigent	sur	29	habitants.
3e	»	1	»	24	»
1er	»	1	»	23	»
10e / 4e	»	1		17	»
6e	»	1	»	15	»
11e	»	1	»	14	»
5e / 7e	»	1	»	13	»
9e	»	1	»	10	»
8e	»	1	»	8	»
12e	»	1	»	6	»

Évidemment les médecins ne se portent pas sur les points où les secours de la médecine sont le plus urgents; c'est le contraire qui ressort des chiffres que je viens de donner, et, sauf une ou deux exceptions que j'expliquerai tout à l'heure, on en peut déduire d'une manière générale que les médecins fixent de préférence leur résidence dans les arrondissements riches.

Mais cette répartition semble elle-même obéir à une loi qu'il est facile de faire ressortir.

Chaque arrondissement a, pour ainsi dire, sa source propre de richesse : les uns, comme le 1er et le 10e, sont le rendez-vous des rentiers; les autres, comme le 2e, le 3e, le 4e et le 5e, ont les banques, le luxe, le commerce de détail, c'est-à-dire la richesse financière; ceux-ci, comme le 9e et le 8e, sont producteurs, c'est-à-dire ont la richesse industrielle; enfin, ceux-là, comme le 6e et le 7e, trafiquent en grand, c'est-à-dire ont la richesse commerciale.

Dans l'énumération que je viens de faire, j'ai omis de mentionner le 11e et le 12e arrondissement, qui constituent les exceptions dont je parlais plus haut; c'est que l'un et l'autre étant le siége de tous les établissements scientifiques *théoriques* (Faculté de médecine, Collége de France, Faculté des sciences, Muséum d'histoire naturelle, etc.), sont peuplés d'une foule de savants qui, munis du titre de docteurs en médecine, et en cette qualité compris dans ma statistique, ne pratiquent pas l'art de guérir et se sont fixés dans le voisinage des lieux où les appellent soit leur goût, soit les nécessités de leur position, comme les professeurs du Jardin des Plantes, les répétiteurs des étudiants, etc., etc.

Or, donc, en faisant abstraction de ces deux arrondissements, on peut établir, comme première loi, que les médecins recherchent le voisinage tranquille des grands rentiers, et qu'ils préfèrent le silence des vastes hôtels à l'animation de la finance, au bruit de l'industrie et surtout au mouvement du commerce.

Cependant l'arrondissement placé en tête du tableau présentant la répartition de la population médicale de Paris, semble donner un démenti à cette loi; le 2e arrondissement, en effet, qui comprend la Bourse dans son périmètre, compte un très-grand nombre de banquiers, d'agents de change, en un mot, de commerçants d'argent; mais si l'on réfléchit que le 2e arrondissement est situé au centre de Paris, qu'il est le rendez-vous de la mode, des plaisirs et des arts, qu'il renferme les théâtres les plus en vogue : l'Opéra, l'Opéra-Comique, les Italiens, les Français, les Variétés, le Vaudeville et le Palais-Royal; qu'il est sillonné par le boulevard des Italiens, que nous envient toutes les capitales, et dont le luxe inouï efface le souvenir de la gloire presque éteinte du Palais-Royal, qu'il conserve cependant encore parmi ses merveilles; si l'on réfléchit, dis-je, à cette réunion exceptionnelle de circonstances heureuses qui offrent une étendue immense à tous les riches étrangers qui, pendant une partie de l'année, viennent demander à Paris les jouissances de toutes sortes de la capitale du monde civilisé, on comprendra l'avidité avec laquelle les médecins recherchent un pareil voisinage, dont la richesse est tout à la fois alimentée par la rente et la finance.

Après les arrondissements aristocratiques des faubourgs Saint-Germain et Saint-Honoré, viennent se placer, dans la répartition de la population médicale à Paris, les arrondissements connus par leur commerce d'argent et des objets de luxe. C'est dans le 3e arrondissement que se trouvent les quartiers du faubourg Poissonnière, Montmartre et du Mail; et dans le 4e, le quartier de la Banque de France.

Cette observation est si vraie, que le 4e arrondissement, dans le périmètre duquel se rencontre le quartier des marchés, voit diminuer le nombre de ses médecins dans une proportion énorme, vis-à-vis le 3e.

Les 5e et 9e arrondissements, dont le nombre des médecins, en rapport avec la population de chacun d'eux, est égal à peu de chose près, présentent tous deux une physionomie qui explique leur place dans le tableau que j'examine, et en même temps une similitude bien remarquable. L'un et l'autre possèdent un quartier où élisent domicile les petits rentiers, les boutiquiers retirés du commerce : dans le 5e, c'est le quartier Bonne-Nouvelle, et dans le 9e, le quartier de l'Ile-Saint-Louis; puis tous deux sont envahis dans leurs trois autres quartiers par une population laborieuse, aux besoins quelquefois pressants; c'est en

liques, et les résultats obtenus n'ont rien laissé à désirer. Une note insérée par M. Griffith dans le journal *the Lancet* fait connaître la supériorité du traitement employé par lui et la manière de l'appliquer. Vers le même temps, et pendant que M. Griffith faisait ses expérimentations à Londres, MM. Smith et Hunt, de Glossop (dans le comté de Derby), se servaient avec la même efficacité de l'acide sulfurique pendant l'invasion d'une sorte de choléra indigène dans plusieurs localités manufacturières des environs de Manchester. Des selles aqueuses, des vomissements et des crampes caractérisaient surtout l'épidémie, et dans tous les cas, suivant l'expression du docteur Hunt, l'acide sulfurique *agissait comme un charme.*

Frappé des avantages d'un si merveilleux curatif, et étonné qu'après avoir été signalé par les journaux de médecine il ait été laissé dans le plus profond oubli, j'ai voulu juger par moi-même quelle en était la puissance, et jusqu'à quel point il méritait les éloges des médecins anglais. J'ai donc, aussi souvent que j'en ai eu l'occasion, donné l'acide sulfurique dilué, et généralement avec succès, soit que j'eusse à traiter des diarrhées passives par la méthode du docteur Griffith, soit la cholérine ou le choléra sporadique par la méthode de Smith et Hunt. J'ai fait des expériences depuis 1851 jusqu'à ce jour, et je n'ai qu'à m'applaudir des résultats obtenus. Aujourd'hui, je ne crains point d'être taxé d'engouement ou de témérité en affirmant que les docteurs anglais ont mis au service de la science dans les cas de diarrhée et de choléra un agent thérapeutique aussi prompt qu'efficace. Je dois cependant indiquer certaines modifications à apporter dans le traitement anglais, modifications qui sont le résultat des observations que j'ai faites lorsque j'ai eu à combattre la diarrhée passive, la cholérine et le choléra sporadique.

Voici le résultat de mes observations :

1° L'acide sulfurique dilué, donné seul dans la diarrhée passive, supprime le plus souvent la diarrhée dans un espace de temps qui varie de deux à huit jours.

2° Quelquefois, et exceptionnellement, l'action de l'acide sulfurique dilué est nulle : dans ces cas rares, si, tout en continuant à donner l'acide sulfurique, vous plongez le malade matin et soir dans un bain chaud et salé, vous obtenez une guérison radicale avec une rapidité extraordinaire.

3° Si un malade est pris de diarrhée passive, donnez dès le début les bains salés et l'acide sulfurique dilué : la maladie disparaîtra promptement.

4° Dans la cholérine et le choléra sporadique, si vous donnez l'acide sulfurique dilué seul, les vomissements cèdent à la sixième cuillerée; les crampes persistent pendant douze heures environ. La période algide est fort longue.

5° Si vous faites usage des bains salés et de la potion diluée dès le début, les effets ne sont plus les mêmes ; les crampes disparaissent quelques minutes après avoir plongé le malade dans le bain, les vomissements cèdent à la quatrième cuillerée. On peut donner la potion quand le malade est dans le bain.

6° Il faut également interdire au malade toute boisson le premier jour, et, si la soif est très vive, se borner à quelques cuillerées d'eau fraîche ou sucrée.

7° Les médecins anglais donnent l'acide sulfurique dilué à une dose trop faible ; pour mieux réussir, on peut donner jusqu'à 20 grammes d'acide sulfurique dilué dans 250 grammes d'eau (1).

8° L'acide sulfurique et les bains salés ne guérissent pas instantanément la cholérine ou le choléra sporadique, mais ils arrêtent les vomissements et coupent la diarrhée très rapidement, du deuxième au quatrième jour ; cependant il convient de continuer l'emploi des remèdes huit ou dix jours encore après la guérison.

L'expérience, je le répète, m'a prouvé l'efficacité de l'acide sulfurique comme curatif du choléra, surtout avec les modifications précédemment indiquées ; mais cette découverte n'a pas reçu toute son extension. En effet, Thomson, Griffith, Hunt et Smith ont parlé du traitement de la diarrhée et du choléra par l'acide sulfurique, sans chercher comme nous à le donner comme préservatif. Il est certain cependant que, si des accidents du choléra sont enrayés par l'acide sulfurique dilué, il suffira, pour se préserver de cette maladie, de prendre chaque jour, en temps d'épidémie, une certaine quantité d'acide sulfurique dilué, sans attendre le symptôme précurseur, la diarrhée ; puis, si, malgré ce traitement, la diarrhée se déclarait, on augmenterait la dose de l'acide, et on ferait usage des bains fortement salés dont nous avons tant de fois constaté l'efficacité. Les gens aisés feront bien d'associer les deux remèdes ; seulement l'acide sulfurique sera pris chaque jour, tandis que deux bains salés dans la semaine suffiront. Je ne crains pas d'affirmer que ces deux moyens réunis constituent un excellent préservatif. Parlons d'abord du remède principal, l'acide sulfurique dilué.

Comment opère l'acide sulfurique dilué ? De deux manières :

1° Comme sédatif et styptique sur la membrane muqueuse de l'estomac ; il contracte légèrement cet organe sans irritation et sans cautérisation ; le même effet se produit sur l'intestin grêle. Son action locale sur les tissus de l'estomac est nulle, et même, après un usage d'un mois, il n'occasionne aucune douleur. Il est agréable au goût et plaît aux malades. Il n'a d'autre inconvénient que de laisser un peu de sécheresse au pharynx ou une gêne passagère dans la déglutition. Il est un préservatif innocent.

2° Comme reconstituant, l'acide sulfurique est un des agents médicaux auxquels la thérapeutique peut accorder une grande confiance. C'est un reconstituant qui ne fait jamais défaut et qui jouit de propriétés analeptiques. Outre ses merveilleuses propriétés, c'est un remède d'un bas prix et qui est facile à préparer : le pauvre comme le riche peut se le procurer. A ce dernier point de vue, il est d'une ressource inappréciable, car n'est-ce pas sur la classe ouvrière et nécessiteuse que le choléra sévit avec le plus de fureur ? Elle vit, en effet, dans des conditions hygiéniques déplorables : habitations malsaines, mauvais aliments, manque de vêtements, privations de toute nature qui amènent peu à peu chez les gens pauvres une dissolution complète du sang. Or, le meilleur moyen de reconstituer ce sang appauvri, c'est l'emploi de l'acide sulfurique. Quelques bouteilles d'eau et quelques grammes d'acide suffiront pour amener cet heureux résultat. La dépense, d'après les calculs que j'ai faits moi-même, est de moins de cinq centimes par jour. En mêlant, en effet, à 500 grammes d'eau 4 grammes d'acide sulfurique à raison d'un centime le gramme, on aura un spécifique suffisant pour quatre jours de traitement. Prise comme préservatif, la dose est de neuf cuillerées à bouche par jour : trois le matin, trois à midi et trois le soir. Il n'est même pas nécessaire d'employer de l'eau distillée ; les eaux de puits, de fontaine ou de rivière sont également bonnes, car l'acide sulfurique ne décompose point les sels qu'elles contiennent. J'ai donc raison d'affirmer qu'aucun autre médicament n'est plus simple, ni moins coûteux.

Le tableau suivant a pour but d'indiquer la préparation de ce médicament, comme aussi d'en régler l'emploi suivant l'âge des personnes.

TABLEAU N° 1. — *Formules des potions préservatives contre le choléra selon les âges.*

On peut, pour préparer ces potions, se servir de l'acide sulfurique dilué de la pharmacopée de Londres ou de l'acide sulfurique médicinal.

1° Avec l'acide sulfurique dilué de la pharmacopée de Londres.		*2° Avec l'acide sulfurique médicinal.*	

Pour les enfants de trois à six mois :

Eau	115 gram.	Eau	116 gram.
Acide sulfuriq. dilué	1,25	Acide sulfurique	0,20

On donnera chaque jour neuf cuillerées à café, trois le matin, trois à midi et trois le soir.

Pour les enfants de six mois à deux ans :

Eau	115 gram.	Eau	116 gram.
Acide sulfuriq. dilué	1,75	Acide sulfurique	0,30

On donnera également neuf cuillerées à café dans la journée.

De deux ans à cinq ans :

Eau	225 gram.	Eau	218 gram.
Acide sulfur. dilué	de 2 à 3 —	Acide sulfurique	de 35 à 50c.

On donnera neuf cuillerées à bouche.

De cinq ans à dix ans :

Eau	225 gram.	Eau	230 gram.
Acide sulfuriq. dilué	4 —	Acide sulfurique	0,65

Tous les jours neuf cuillerées à bouche.

De dix ans à quinze ans :

Eau	225 gram.	Eau	240 gram.
Acide sulfuriq. dilué	8 —	Acide sulfurique	1,15

Prendre neuf cuillerées à bouche.

De quinze ans à vingt-cinq ans :

Eau	225 gram.	Eau	250 gram.
Acide sulfuriq. dilué	12 —	Acide sulfurique	1,75

Neuf cuillerées à bouche.

De vingt-cinq ans à l'âge le plus avancé :

Eau	225 gram.	Eau	250 gram.
Acide sulfuriq. dilué	16 —	Acide sulfurique	2,15

Neuf cuillerées chaque jour.

On tempérera l'acidité du remède en sucrant les potions qui seront données, en temps d'épidémie, à toutes les personnes atteintes ou non de la diarrhée.

Les *formules des potions curatives* sont les mêmes, avec une augmentation dans la dose de l'acide sulfurique.

1° Avec l'acide sulfurique dilué.		*2° Avec l'acide sulfurique médicinal.*	

Pour les enfants de trois à six mois :

Eau	115 gram.	Eau	117 gram.
Acide sulfuriq. dilué	2 —	Acide sulfurique	0,35

On donnera deux cuillerées à café de deux heures en deux heures, jusqu'à ce que les vomissements aient cessé ; on pourra rapprocher les cuillerées si elles étaient rejetées.

De six mois à deux ans :

Eau	115 gram.	Eau	117 gram.
Acide sulfuriq. dilué	2,75	Acide sulfurique	0,45

Même prescription.

De deux ans à cinq ans :

Eau	225 gram.	Eau	230 gram.
Acide sulfur. dilué	de 4 à 5 —	Acide sulfuriq.	de 60 c. à 75 c.

On donnera deux cuillerées à bouche de deux heures en deux heures, etc.

De cinq ans à dix ans :

Eau	225 gram.	Eau	240 gram.
Acide sulfur. dilué	de 5 à 8 —	Acide sulfuriq.	de 75c. à 1 g. 15 c.

Même prescription.

De dix ans à quinze ans :

Eau	225 gram.	Eau	250 gram.
Acide sulf. dilué	de 8 à 12 —	Acide sulf.	de 1 g. 15 c. à 1 g. 75 c.

Même prescription.

De quinze ans à vingt-cinq ans :

Eau	225 gram.	Eau	250 gram.
Acide sulf. dilué	de 12 à 16 —	Acide sulf.	de 1 g. 75 c. à 2 g. 15 c.

Même prescription.

De vingt-cinq ans à l'âge le plus avancé :

Eau	225 gram.	Eau	250 gram.
Acide sulf. dilué	de 16 à 20 —	Acide sulf.	de 2 g. 15 c. à 2 g. 75 c.

Même prescription.

Nota. — On ajoutera à chaque potion une suffisante quantité de sucre.

De la quantité de sel à mettre dans les bains. — Les bains seront préparés de la manière suivante : on mettra 500 grammes de sel gris par décalitre d'eau, ce qui fait pour une baignoire d'adultes contenant 2 hectolitres 10 kilogrammes de sel gris, et pour un bain d'enfant de trois à six mois 500 grammes de sel dans un décalitre d'eau (1).

(1) Smith et Hunt n'ont jamais donné plus de 16 grammes d'acide sulfurique dilué pour 250 grammes d'eau.

(1) Le seau ordinaire contient un décalitre d'eau. Il suffira, pour préparer un bain salé, de mettre autant de fois 500 grammes de sel qu'il y aura de seaux d'eau dans la baignoire.

effet dans le 5e arrondissement que se trouvent les quartiers du faubourg Saint-Denis, de la Porte-Saint-Martin et Montorgueil, et dans le 9e les quartiers de l'Hôtel-de-Ville, de la Cité et de l'Arsenal.

Si jusqu'à présent il m'a été possible d'expliquer, dans de certaines limites, les résultats obtenus par la statistique, j'avoue que mon embarras est grand en face des trois arrondissements qui me restent à examiner.

L'un, le 8e, qui comprend les quartiers du Marais, Popincourt, Faubourg-Saint-Antoine et des Quinze-Vingts, et où se fabriquent les objets d'ébénisterie, les bronzes, les pendules, les bijoux, en un mot tous les articles dits de Paris, possède une immense population ouvrière.

Les deux autres, le 6e et le 7e, qui sont composés, le premier des quartiers de la porte Saint-Denis, de Saint Martin-des-Champs, des Lombards et du Temple, et le second des quartiers Sainte-Avoie, du Mont-de-Piété, du marché Saint-Jean et des Arcis, sont les foyers du haut négoce, du commerce d'importation et d'exportation des objets de toutes sortes.

Le commerce, et cette observation est à l'état d'axiome parmi les praticiens, est de toutes les professions celle qui rétribue le plus exactement et souvent le plus généreusement les soins du médecin. En conséquence, comment se fait-il que les arrondissements commerciaux soient précisément ceux qui comptent le moins de médecins, moins que l'arrondissement industriel où l'on compte 1 indigent sur 8 habitants ? Ainsi, tandis que dans dix arrondissements la proportion des médecins est constamment supérieure à celle de la France, deux arrondissements seuls, riches, commerçants, très-peuplés, font exception à la règle, et ont un nombre évidemment insuffisant d'hommes de l'art.

Ces résultats ont une certaine importance si l'on réfléchit qu'en temps d'épidémie, ces deux arrondissements, héritage du vieux Paris, sont toujours les plus fortement éprouvés.

Les faits que nous signale la statistique médicale de Paris ne sont que la reproduction de ceux que j'avais constatés l'année dernière pour la population médicale de toute la France. Les uns et les autres obéissent aux mêmes lois : partout, à Paris comme dans le reste du pays, les médecins éprouvent une certaine répugnance à se fixer dans les régions industrielles et commerciales, et cette répugnance va même jusqu'à leur faire préférer les régions pauvres ; c'est en effet dans les zones du nord de la France et dans les 8e, 7e et 6e arrondissements de Paris, les uns et les autres essentiellement remarquables par leur industrie ou leur commerce, que se trouve proportionnellement le moins de médecins ; tandis que les zones du midi et les 1er et 10e arrondissements de la capitale, dont les physionomies calmes reflètent le caractère de ses habitants, presque tous propriétaires fonciers ou rentiers, présentent un chiffre proportionnellement très-grand de praticiens médicaux. Décidément, les médecins ont une aversion si instinctive et si profonde pour les professions industrielles et commerciales, que non-seulement ils s'indignent de se voir assimilés aux fabricants et aux négociants, mais encore qu'ils éloignent leurs résidences des leurs.

Les pharmaciens partagent jusqu'à un certain point les goûts aristocratiques des médecins, et, sans les nécessités de leur profession qui les forcent à tenir boutique ouverte et à faire, par conséquent, irruption dans les quartiers *boutiquiers,* ils ne laisseraient pas, je suis sûr, aux quatrième et cinquième rangs, sous le rapport de leur répartition, les 1er et 10e arrondissements de Paris.

Voici le tableau de cette répartition en commençant par l'arrondissement qui compte le plus grand nombre de pharmaciens :

Arrondissement		Pharmacien		Habitants	
4e arrondissement,		1 pharmacien sur		1,092 hab.	
2e	»	1	»	1,736	»
3e	»	1	»	1,980	»
1er	»	1	»	2,203	»
10e	»	1	»	2,846	»
5e	»	1	»	2,917	»
6e	»	1	»	2,958	»
11e	»	1	»	3,479	»
7e	»	1	»	3,486	»
12e	»	1	»	4,762	»
8e	»	1	»	5,441	»
9e	»	1	»	5,577	»

En examinant ce tableau, et en tenant comme exceptionnel le 4e arrondissement, dans lequel se trouve le quartier des Marchés, où les pharmaciens en gros, droguistes et herboristes, ont établi leur résidence, on constate que le pharmacien est avant tout boutiquier et que, cette nécessité satisfaite, il partage les goûts et les préférences du médecin.

Cependant cette similitude ne se poursuit pas jusqu'au bout, et le pharmacien, mieux inspiré sur ses intérêts, ne s'établit qu'avec peine dans les arrondissements pauvres, comme le 12e, ou peuplés de fabriques et d'ouvriers, comme les 8e et 9e.

Telles sont les bases d'après lesquelles j'ai expérimenté la puissance de l'acide sulfurique pendant près de trois années.

Il ne me reste plus qu'à bien établir les principales règles qui doivent guider le praticien dans l'emploi d'un traitement aussi nouveau.

§ I. EMPLOI DE L'ACIDE SULFURIQUE ET DES BAINS SALÉS COMME PRÉSERVATIFS.

Si, pour combattre des affections aussi graves que le choléra sporadique, l'acide sulfurique jouit de propriétés puissantes et incontestables, nul doute qu'il ne puisse être employé avec le même avantage lorsqu'il s'agit de prévenir ces affections.

Je le recommande donc comme préservatif; dans ce dernier cas, il suffira :

1° De prendre chaque jour neuf cuillerées de potion diluée et graduée selon les formules données plus haut (tableau n° 1);

2° De faire usage de bains salés, ou tout au moins, si des raisons d'économie s'y opposent, de saler plus fortement les aliments et surtout le pain, qui doit être toujours bien cuit;

3° De s'abstenir en cas d'épidémie de toute nourriture difficile à digérer, et particulièrement de moules, de crabes, de homards, de légumes, etc., etc., et de préférer l'usage de la viande.

§ II. TRAITEMENT CURATIF DE LA CHOLÉRINE, DU CHOLÉRA INFANTILIS ET DU CHOLÉRA SPORADIQUE.

1° Dans le choléra sporadique, on fera usage des potions tableau n° 2.

2° Dans les cas de cholérine, de choléra sporadique, on fera prendre le plus tôt possible la potion diluée à haute dose, et l'on fera préparer sur-le-champ un bain fortement salé et très chaud. Le malade restera dans le bain une demi-heure au moins.

3° La période algide cède ordinairement au seul emploi de ces moyens. Le bain salé est, à mes yeux, tellement indispensable que dans le cas d'épidémie je serais d'avis qu'on établît dans les villes atteintes par le fléau, non-seulement dans les hôpitaux, mais encore dans les quartiers les plus populeux, des piscines d'eau chaude et salée; on pourrait ainsi plonger de suite dans ces piscines les malheureuses victimes de l'épidémie, et, en créant à côté des ambulances, leur fournir immédiatement des potions diluées et graduées selon l'âge des malades et l'intensité de la maladie.

4° Dans la cholérine et le choléra sporadique, on ne donnera pas à boire au malade pendant la durée des vomissements; lorsque les vomissements auront cessé, on pourra faire prendre à des intervalles éloignés une cuillerée d'eau froide et sucrée.

5° Si dans les cas de cholérine ou de choléra sporadique les deux premières cuillerées de la potion sont rejetées par le malade, on recommencera, un quart d'heure après, à donner une nouvelle cuillerée, et ainsi de suite après chaque vomissement jusqu'à ce que ce symptôme ait cessé complétement; car l'acide sulfurique agit alors de deux manières, et comme sédatif et comme reconstituant.

6° Les vomissements ayant cessé, on ne donnera qu'une cuillerée à bouche de deux heures en deux heures et surtout après chaque évacuation.

7° Si le malade se plaint de chaleur à la gorge et s'il éprouve de la difficulté à avaler, on éloignera la potion, sauf le cas où le vomissement persisterait.

8° Le nombre des cuillerées ne peut être limité le premier jour de la maladie; mais lorsque les premiers accidents auront été conjurés et qu'il ne restera plus à combattre que la diarrhée, la dose sera de neuf cuillerées par jour; on donnera également deux bains salés dans la journée. Ces bains agiront comme calmant, régulariseront le système nerveux et reconstitueront l'économie par l'absorption du chlorure de sodium.

9° Le second jour, selon l'état du malade, on permettra la tisane de riz sucrée et le bouillon gras, mais en petite quantité et avec précaution.

10° Lorsque l'amélioration sera évidente, on pourra prescrire des potages ou des soupes légères. Les spiritueux ne seront permis que lorsque les selles seront jaunes et bien liées.

§ III. EMPLOI DE L'ACIDE SULFURIQUE ET DES BAINS SALÉS COMME CURATIFS DE LA DIARRHÉE.

1° L'acide sulfurique dilué ne doit jamais être donné si les diarrhées accompagnent des maladies inflammatoires.

2° Il doit être donné contre les diarrhées passives, quelles qu'elles soient.

3° Lorsque l'acide sulfurique sera employé comme curatif dans les diarrhées passives, on pourra suivre rigoureusement la formule du tableau n° 1, et la dose sera de huit à neuf cuillerées à bouche pour les malades au-dessus de deux ans jusqu'à l'âge le plus avancé. Pour les enfants au-dessous de deux ans, on ne donnera que des cuillerées à café un peu fortes.

4° Lorsque la diarrhée passive et sans vomissements n'est pas arrêtée ou ne s'est pas modifiée vers le troisième jour, on doit recourir à l'usage des bains salés, qui seront préparés selon la manière indiquée plus haut.

5° On prendra un bain d'une heure matin et soir.

6° On peut donner du bouillon gras et de la tisane astringente; les aliments solides et les spiritueux doivent être sévèrement défendus pendant la durée de la diarrhée.

Application de ce traitement au choléra asiatique. — Nous n'avons pas eu un seul cas de choléra asiatique dans les contrées où nous exerçons; mais des observations que nous publions ne sommes-nous pas en droit d'appliquer au choléra asiatique le traitement du choléra sporadique en nous basant sur les considérations suivantes?

Le choléra asiatique ou épidémique, désigné encore sous le nom de choléra bleu parce que immédiatement les individus qui en sont atteints deviennent cyanosés, est depuis quelques années toujours précédé d'une diarrhée. Il frappe de préférence les malheureux ouvriers, ceux chez lesquels le bien-être matériel n'existe pas.

Or, si par l'acide sulfurique dilué et les bains salés nous arrêtons la diarrhée qui précède le choléra sporadique, pourquoi la diarrhée qui serait suivie du choléra asiatique ne serait-elle pas combattue aussi avantageusement?

Si le choléra sporadique est guéri presque instantanément par l'acide sulfurique dilué et les bains salés, pourquoi ce traitement ne serait-il pas aussi efficace contre le choléra asiatique? Les crampes, les vomissements, les diarrhées aqueuses de la forme sporadique disparaissent comme par enchantement; pourquoi n'obtiendrait-on pas un résultat aussi avantageux dans une variété plus grave?

Comme préservatif contre le choléra asiatique, quel remède peut être comparé à l'acide sulfurique? D'abord son prix est nul, et d'un autre côté, s'il est vrai que le choléra asiatique frappe sur les classes malheureuses, avec une petite quantité d'acide sulfurique et quelques cuillerées d'eau vous préservez une famille entière d'une maladie épouvantable, qui, si elle frappe le chef de la maison, peut plonger dans la misère la plus complète une femme et de pauvres enfants.

En écrivant ce mémoire, je suis convaincu de l'efficacité du traitement que je publie, et j'ai la certitude que les praticiens qui traiteront par les bains salés et l'acide sulfurique dilué le choléra asiatique, comme j'ai traité jusqu'à ce jour le choléra sporadique, n'auront qu'à se louer d'avoir adopté cette méthode.

Je suis persuadé même qu'avant peu cette thérapeutique simple et facile, dont l'idée première appartient au vieux docteur anglais Thomson, deviendra générale, et que le fléau dont le seul nom suffit aujourd'hui pour effrayer les masses perdra de son intensité devant une médication aussi énergique.

(Dans le prochain numéro, nous publierons la fin de ce mémoire avec quelques-unes des observations qui l'accompagnent.)

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Quelques préparations iodées.

Par M. le docteur Hamon, d'Ecomoy (Sarthe).

Frappé des résultats avantageux auxquels donne lieu l'administration des diverses préparations iodurées; considérant que l'iodure de potassium, si préconisé dans ces derniers temps par tant d'habiles praticiens, devait à l'iode seul ses précieuses propriétés thérapeutiques; convaincu que la substance qui entre dans la composition de ce dernier médicament ne pouvait incontestablement qu'atténuer ses vertus, je pensai que ce métalloïde agirait encore avec plus d'efficacité s'il était administré en nature.

J'ai donc entrepris une série d'expériences que j'ai répétées un nombre infini de fois depuis quatre ans sur moi-même et sur un grand nombre de malades. Satisfait des résultats avantageux que m'a constamment fournis le médicament dont il s'agit, je vais faire connaître quelques-unes des formules dont je me sers habituellement.

Ces diverses préparations peuvent être employées dans toutes les circonstances, et elles sont fort nombreuses, où les médicaments iodés sont indiqués. J'en ai surtout obtenu des résultats surprenants dans les cas d'atonie des voies digestives, d'asthénie générale et d'affections tuberculeuses soit des os, soit des parenchymes. Je donne encore en ce moment mes soins à trois malades atteints, deux de pneumophymie sclérosique, l'autre de rachysophymie, qui se sont tellement bien trouvés de l'usage de ces préparations, que j'ai tout lieu de compter pour eux sur une guérison certaine.

1° *Saccharure.*

Iode. 0,10
Sucre blanc. 20

Triturez exactement dans un mortier, et conservez dans un pli de papier, l'iode se volatilisant dans un flacon et venant s'attacher au bouchon.

Pour 20 doses, chacune de 0,005. Une le matin, une autre le soir, sur une petite tartine. Augmenter progressivement la dose.

2° *Mellite iodé* (n° 1).

Iode. 0,10
Sucre. 20

Triturez; ajoutez ensuite :

Miel. 300

F. mellite S. A.

Chaque cuillerée à café de ce mellite contiendra environ 0,005 d'iode. On pourra à volonté augmenter la dose de ce dernier.

Une cuillerée à café soir et matin sur un petit morceau de pain. Augmenter progressivement la dose.

3° *Pilules iodées.*

Iode. 0,10
Mie de pain. . . . . . . Q. S.

F. S. A. 20 pilules, à prendre de 1 à 4 par jour au moment des repas.

4° *Huile iodée.*

Huile d'olives. . . . . . 10 grammes
Iode. . . . . 1 —

Triturez dans un mortier chauffé et filtrez. Chaque goutte de cette huile représente environ 0,005 d'iode.

Dose : de 1 à 4 gouttes par jour, en suspension dans un jaune d'œuf, un mucilage, etc. (Bonnes préparations.)

5° *Mellite iodé* (n° 2).

Miel. . . . . 300 grammes
Huile iodée (n° 4). . . . . 20 gouttes

M. S. A. De 1 à 4 cuillerées à café par jour, sur un petit morceau de pain. (Très bonne préparation.)

6° *Sirop iodé.*

Sirop de gomme. . . . . . 250 grammes
Sirop de baume de Tolu. . . 50 —
Essence de lavande. . . . . 5 gouttes
Alcool. . . . . 5 grammes
Huile iodée (n° 4). . . . . 20 gouttes

F. sirop S. A. — De 1 à 4 cuillerées à café de ce sirop par jour.

On peut, en doublant, triplant la dose d'huile iodée, faire les sirops n°s 2 et 3. (Très bonne préparation.)

7° *Pâte iodée.*

Pâte de lichen du *Codex.*

Ajoutez, avant de la mettre en triture, une telle proportion d'huile iodée (n° 4) que chaque tablette de pâte en contienne une ou deux gouttes, c'est-à-dire 0,005 ou 0,01 d'iode.

Dose : de 1 à 4 tablettes de la pâte n° 1 par jour.

L'huile revient à la surface de la pâte, mais l'iode, emprisonné dans la trame pâteuse, ne se volatilise qu'en assez faible proportion. Pour s'en assurer, il suffit de faire fondre une tablette de pâte dans l'eau : ce médicament se précipite au fond du vase.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

A la suite d'un brillant concours, M. le docteur Jarjavay, agrégé de la Faculté, chirurgien des hôpitaux, auteur d'un *Traité d'anatomie chirurgicale* fort estimé, vient d'être nommé chef des travaux anatomiques de la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Gosselin, dont les fonctions ont expiré cette année. Son concurrent, qui a soutenu les épreuves avec talent, et qui est connu par des travaux anatomiques également estimés, était M. Sappey.

— Le concours pour les prix des internes est terminé : M. Laboulbène a eu la médaille d'or, M. Marcé la médaille d'argent.

Nous donnerons dans un prochain numéro les noms des élèves qui ont obtenu des mentions honorables.

— Le concours pour l'internat des hôpitaux de Paris vient de se terminer par les nominations suivantes :

MM. 1 Baillon, 2 Gubriac, 3 Millard, 4 Liégeois, 5 Bonfils, 6 Guyon, 7 Koechlin, 8 Lorut, 9 Letellier, 10 Besnier, 11 Moilin, 12 Moysant, 13 Robinet, 14 Defoville, 15 Warmont, 16 Nadau-Desislets, 17 Godart, 18 Provent, 19 Gombault, 20 Decès, 21 André, 22 Binet, 23 Blachez, 24 Frémineau, 25 Lallemant, 26 Luys, 27 Chairou, 28 Lhonneur, 29 Parisot, 30 Pillon, 31 Bertholle, 32 Labbé, 33 Ravin, 34 Tassel, 35 Joseph, 36 Deval, 37 Voisin, 38 Basset.

Internes provisoires. — MM. 1 Tilloc, 2 Wieland, 3 Bodereau, 4 Touzelin, 5 Guyot, 6 Tamarelle-Mauriac, 7 Marée, 8 Aubrée, 9 Nélaton, 10 Molland, 11 Pineau, 12 Lefebvre, 13 Blondet, 14 Cavasse, 15 Mercier (Zéphirin), 16 Dubrisay, 17 Despaignet, 18 Créquy, 19 Lobligeois, 20 Moineau, 21 Desprez, 22 Danner, 23 Colin (Hippolyte), 24 Sarazin, 25 Morel.

— La Société de médecine de Paris, séant à l'hôtel de ville, a formé son bureau ainsi qu'il suit pour 1854 :

Président, M. Brierre de Boismont; vice-président, M. Géry; secrétaire général, M. Boys de Loury; secrétaires particuliers, MM. Pietra Santa et Guibout; trésorier, M. Jacquemin; membres du conseil, MM. Requin et Camus.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés se trouvent à Bruxelles, à la librairie polytechnique d'Aug. Decq. — Les abonnements à la Gazette des Hôpitaux sont reçus à cette librairie au même prix qu'à Paris.

Nouveau dictionnaire lexicographique et descriptif des sciences médicales et vétérinaires (2e livraison), comprenant l'anatomie, la physiologie, la pathologie générale, la pathologie spéciale, l'hygiène, la thérapeutique, la pharmacologie, l'obstétrique, les opérations chirurgicales, la médecine légale, la toxicologie et les sciences accessoires, avec planches intercalées dans le texte; suivi d'un *Vocabulaire biographique*, par MM. les docteurs Raige-Delorme, Ch. Daremberg, H. Bouley, J. Mignon, avec la collaboration de M. Ch. Lamy, pour la chimie.—Prix de cette 2e livraison : 5 fr. 25 c., *franco* par la poste. Chez Labé, place de l'Ecole-de-Médecine, 23.

Dictionnaire d'hygiène publique et de salubrité, ou Répertoire de toutes les questions relatives à la santé publique, considérées dans leurs rapports avec les subsistances, les épidémies, les professions, les établissements et institutions d'hygiène et de salubrité, complété par le texte des lois, décrets, arrêtés, ordonnances et instructions qui s'y rattachent; par M. le docteur Amb. Tardieu, médecin des hôpitaux, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, etc., etc. — 3 forts volumes grand in-8. Les tomes I et II sont en vente. Prix de chaque : 8 fr. Le tome III et dernier sera publié fin février 1854. A Paris, chez J.-B. Baillière, rue Hautefeuille, 19.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 153. — MARDI 27 DÉCEMBRE 1853. (26e ANNÉE.) N° 153. — MARDI 27 DÉCEMBRE 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes. Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs.

PARIS, LE 26 DÉCEMBRE 1853.

Les deux journées du 21 et du 22 décembre nous ramènent à la décroissance lente mais graduelle que nous signalons depuis dix à douze jours, et qui n'a été interrompue que par l'élévation brusque constatée dans notre avant-dernier bulletin.

Pour le 21 décembre, on compte 19 cas nouveaux dans les hôpitaux, dont 13 venus du dehors, et 6 déclarés dans les salles.

Pour le 22, 14 admissions du dehors : 3 cas déclarés dans les salles. Total : 17.

Les décès dans les hôpitaux ont été au nombre de 13 le 21, et de 6 le 22.

Voici quel est le chiffre total connu des entrées dans les hôpitaux et des décès, tant dans les hôpitaux civils et militaires qu'en ville et dans la banlieue, depuis le commencement de l'épidémie jusqu'au 22 décembre.

Entrées dans les hôpitaux et hospices. . .	871
Décès dans les hôpitaux et hospices. . . .	425
— à domicile.	280
— dans les communes rurales.	92

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS.

Traitement préservatif et curatif de la diarrhée, de la cholérine et du choléra sporadique par l'acide sulfurique dilué et les bains salés.—Application de ce traitement au choléra épidémique (1).

Par M. le Dr LEPETIT (Emile), chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Poitiers.

Nous avons dit dans notre dernier numéro que le mémoire de M. Lepetit était accompagné de 22 observations très concluantes ; on en pourra juger par celles que nous mettons sous les yeux du lecteur.

OBS. II. — *Diarrhée passive depuis une année guérie par l'acide sulfurique dilué.*

Le 20 janvier 1852, se présente à la consultation M. G..., clerc de notaire, demeurant à Poitiers. Cet individu, âgé de vingt-quatre ans, portait sur sa physionomie les traces d'une longue souffrance ; son teint ictérique, ses pommettes saillantes, ses joues creuses et ses mains décharnées étaient le résultat d'une lienterie qui existait depuis une année, et contre laquelle tous les efforts de son médecin avaient échoué. G... allait à la selle toutes les nuits, le jour il n'était point dérangé. Il mangeait d'un fort bon appétit, mais lorsque le soir arrivait le ventre devenait douloureux, et le malade allait à la garde-robe sept ou huit fois dans la nuit. Je traitai cette affection en donnant la viande crue ; je n'obtins aucun résultat satisfaisant.

Le 21 janvier, je prescrivis la potion de Griffith : eau, 250 grammes ; acide sulfurique dilué, 12 grammes. Le malade prenait trois cuillerées à bouche le matin à jeun, trois à midi et trois le soir. J'ordonnai une nourriture substantielle. Ce traitement fut suivi pendant un mois et avec succès.

Le 20 février, la santé du malade était améliorée, ses forces revenaient. Le même traitement fut continué encore pendant un mois et sans interruption. Le malade allait chaque jour une seule fois à la garde-robe ; les matières fécales étaient normales. La potion avait été supportée sans occasionner la plus petite irritation à l'estomac. La gaieté, l'embonpoint et les forces étaient revenus à notre client.

Le 20 mars, il voulut, malgré mon avis, cesser la potion diluée.

Le 23, il vint à la consultation, accusant une diarrhée terrible.

Le 24, le traitement fut repris, et il fut continué sans interruption jusqu'au 24 juin 1853. A cette époque on cessa l'acide sulfurique. La guérison a été radicale.

OBS. III. — *Choléra infantile guéri par l'acide sulfurique dilué et les bains salés.*

Le 15 août 1853, la femme C..., demeurant à Poitiers, amena à la consultation son dernier enfant, âgé de neuf mois. Cette pauvre femme était en proie à une vive douleur ; son enfant, pauvre créature qu'elle élevait au biberon, était atteint depuis quatre ou cinq jours d'une diarrhée verte accompagnée de vomissements. Elle n'avait point fait attention à ces symptômes, les attribuant au travail de la dentition.

Le 14 août, la diarrhée n'était plus verdâtre ; les selles ressemblaient à des blancs d'œufs, selon l'expression de cette femme.

Dans la nuit du 14 au 15, l'enfant refusa sa bouteille.

Le 15, à midi, sans symptômes précurseurs, l'enfant devint froid et inanimé ; son visage pâlit, ses yeux tournèrent dans l'orbite, et en même temps des vomissements glaireux se manifestèrent. La vie ne semblait être conservée que par la respiration. Le cas pour moi n'était pas douteux. Je prescrivis : l'acide sulfurique dilué, 2 grammes ; eau, 190 grammes, et sirop, 40 grammes.

Je fis mettre de suite l'enfant dans un bain fortement salé et très chaud, puis au milieu du bain je lui donnai une cuillerée à bouche de cette potion ; elle fut rejetée. Une heure après, une seconde cuillerée fut donnée ; elle fut rejetée. Quand une potion est vomie deux fois de suite, c'est qu'elle n'est pas assez forte. Je fis donc ajouter un gramme de plus à la potion, et je prescrivis un nouveau bain salé. Je donnai alors une cuillerée de la potion additionnée, elle fut conservée ; deux heures après, une seconde cuillerée fut donnée et tolérée : les selles n'avaient pas diminué.

Le 15 au soir, l'enfant était cependant réchauffé, son pouls se relevait ; mais, malgré cela, le facies était hippocratique, les cris de l'enfant étaient des cris de douleur ; il ne voulait rien prendre que sa potion, qui fut donnée le 16, à la dose de six cuillerées à café, dans la journée. Le soir, l'enfant ne pouvait plus crier ; il refusait également la potion et tout ce qu'on lui présentait ; le pouls était assez régulier et peu fréquent ; les selles, toujours liquides, étaient jaunâtres et moins répétées. Le malade passa la nuit assez calme, mais sans rien prendre. Les yeux étaient à moitié fermés.

Le lendemain 17, on lui présenta la potion, il la repoussa. J'examinai alors les lèvres et la gorge : il y avait sur le pharynx et dans toute la bouche une très grande sécheresse ; cette sécheresse était-elle due à l'action de l'acide sur le pharynx, ou bien à la maladie ? Je l'attribuai de préférence à l'action styptique de l'acide sur ces organes. A midi, l'enfant allait à la garde-robe ; les matières étaient assez consistantes, mais très jaunes. L'enfant refusant de prendre la potion qui avait été si utile, je prescrivis la potion de Sydenham sans addition, qui fut parfaitement acceptée.

Le 18, il but une demi-bouteille de la potion de Sydenham, mais sans vouloir prendre autre chose.

Le 19, l'enfant, indépendamment de la potion, prit quelques cuillerées de bouillon de poulet.

Le 20, l'amélioration continuant, on lui donna un petit potage léger.

J'avais oublié de parler des bains salés, qui furent continués chaque jour au nombre de deux ; le bain était toujours chaud et d'une durée de vingt minutes.

Le 30, l'enfant avait repris son biberon.

Cette observation est intéressante en ce sens qu'après avoir donné ou en donnant la potion diluée on peut faire usage de la décoction blanche de Sydenham.

OBS. IV. — *Cholérine guérie par l'acide sulfurique dilué.*

Le 18 août 1853, je fus appelé auprès de Mme P..., demeurant à la caserne de passage à Poitiers ; cette dame avait été prise depuis trois jours de diarrhée et de coliques. La diarrhée était d'une couleur jaune. Dans la nuit du 17 août, Mme P... fut prise de vomissements accompagnés de selles liquides et incolores ; quand je vis la malade, elle avait de fortes coliques sans fièvre ; les selles étaient nombreuses. La potion diluée fut prescrite : 12 grammes d'acide dilué pour 200 grammes ; prendre neuf cuillerées dans la journée et la diète complète. Pour calmer la soif, une cuillerée à bouche d'eau sucrée de temps en temps ; cataplasmes sur le ventre.

Le 19, amélioration ; les vomissements ont cessé, la diarrhée a diminué de moitié. — Même potion. On permet de l'eau de riz et des potages.

Le 20, la malade me fait dire qu'elle est rétablie. En effet, les selles étaient jaunes et liées.

OBS. XXII. — *Choléra sporadique guéri en vingt-quatre heures par l'acide sulfurique dilué et les bains salés.*

M. L..., boulanger, était atteint depuis le 7 novembre 1853 d'une diarrhée assez intense ; il ne cherchait point à l'arrêter.

Le 9 novembre, à sept heures du soir, M. L... était au milieu de ses ouvriers, quand il tomba à la renverse froid et inanimé ; en même temps, il fut pris de vomissements glaireux et de selles semblables à la décoction de riz ; on le souleva pour le porter dans son lit ; il poussait des cris affreux, criant les jambes, les cuisses, les bras et l'estomac.

Lorsque j'arrivai, la famille était en larmes ; M. L... éprouvait des crampes épouvantables ; il ne pouvait plus parler ; une sueur froide couvrait le visage ; les lèvres étaient cyanosées, le facies était hippocratique ; les extrémités étaient froides, mais sans cyanose ; les vomissements se rapprochaient sans cesse ; le malade faisait sous lui sans s'en apercevoir.

Le cas était très grave ; un bain salé fut prescrit : 10 kilogrammes pour un bain, et en même temps la potion diluée à la dose de 18 grammes d'acide dilué pour 250 grammes d'eau ; on mit le malade dans le bain ; les crampes cessèrent ; on lui donna dans le bain deux cuillerées à bouche de la potion ; elles furent supportées ; seulement M. L... nous accusait de l'empoisonner : Vous m'avez donné du feu, disait-il sans cesse. Au bout de vingt minutes, on sortit le malade du bain ; on le couvrit bien dans son lit ; il était réchauffé. On donna huit cuillerées de la potion dans la nuit, et on ne permit aucune boisson, car j'ai remarqué que les boissons favorisaient les vomissements.

Le 10, les vomissements n'avaient pas reparu, les crampes avaient cessé ; le malade avait dormi ; il avait soif ; la gorge était sèche. Il y avait eu sept garde-robes dans la nuit, toujours semblables à la décoction de riz. Un bain salé et neuf cuillerées de potion diluée furent prescrits.

Le 10 au soir, le malade est bien ; il a eu une selle ; il veut manger.

Le 11, la potion est continuée à une dose plus faible, quatre cuillerées ; il n'y a eu une seule garde-robe. On donne du bouillon en plus grande quantité.

Le 12, l'amélioration continue ; il n'y a pas eu de selles ; le malade a mangé des soupes.

Le 13, le malade est très bien guéri ; il eut une selle naturelle dans la journée.

(1) Fin. — Voir le numéro précédent.

HOPITAL MILITAIRE DU GROS-CAILLOU.

M. WORMS.

De l'emploi de l'acide sulfurique dans le choléra.

Nous recevons de M. le docteur Worms, médecin principal à l'hôpital du Gros-Caillou, la communication suivante, dans laquelle cet honorable confrère réclame la priorité de l'emploi de l'acide sulfurique dans le choléra, que M. Lepetit attribue à des médecins anglais. On lira d'ailleurs avec intérêt les détails donnés par M. Worms sur cette médication, qu'il a adoptée depuis 1849, et sur les cas qui se sont présentés dans son service depuis le début de l'épidémie actuelle.

Je viens de lire avec un vif intérêt, un travail de M. le docteur Lepetit (de Poitiers), où ce praticien préconise avec enthousiasme l'emploi de l'acide sulfurique dilué comme moyen curatif de la diarrhée et du choléra sporadique, et où il propose ce médicament pour le traitement du choléra épidémique sans l'y avoir encore employé. Son but est, dit il, de signaler à ses confrères cette découverte *assurément très précieuse (sic)*, dont, avec force éloges, il attribue le mérite à MM. Thomson, Smith, Hunt et Griffith, médecins anglais qui l'auraient faite en 1851.

Je ne puis qu'être fort reconnaissant à M. le docteur Lepetit de venir confirmer par le témoignage de son expérience les succès d'une méthode de traitement qui depuis longtemps est l'objet de mes méditations ; et de son côté il sera, je n'en doute pas, très charmé d'apprendre que l'invention qu'il proclame avec éloges est d'origine française et d'une date un peu plus ancienne qu'il ne le supposait ; il s'en convaincra très facilement en ouvrant la collection de la *Gazette médicale de Paris*, année 1849, numéro du 27 juillet, où, à la page 525, il pourra trouver l'exposition de cette méthode sous le titre de *Note sur le traitement de la première période du choléra confirmé par les acides.* J'en extrais les passages suivants :

« Depuis assez longtemps déjà j'avais, dans mon service des cholériques, substitué l'usage de la limonade citrique à celui des infusions, et je m'en trouvai bien. Dans la dernière moitié de juin, quand je n'étais plus chargé des cholériques, je reçus dans mes salles, du 13 au 24 juin, sept hommes atteints de diarrhée. Selon ma pratique ordinaire, je leur fis donner un vomitif, de l'eau de riz et ensuite des potions avec 2 grammes de laudanum, ainsi que des lavements amylacés et opiacés.

» Mais, loin de voir l'amélioration survenir à la suite de cette médication, je constatai une aggravation alarmante. Aux déjections alvines qui se succédaient avec fréquence vinrent se joindre des vomissements ; les matières rendues prirent le caractère cholérique ; la voix faiblit et s'éteignit chez deux d'entre eux ; la peau se refroidit sans algidité ; le pouls devint imperceptible, et l'altération caractéristique de la face ne me laissa plus aucun doute sur la nature de la maladie. Je mis immédiatement ces malades à l'usage de la limonade minérale, *mais avec double dose d'acide sulfurique* (20 grammes pour un kilogramme d'eau), *et je supprimai toute autre médication.*

» *L'effet fut des plus frappants* ; le lendemain déjà le facies s'était amélioré, les déjections avaient diminué, la peau avait repris

» de la chaleur, et je trouvai, à la place du pouls filiforme presque » imperceptible de la veille, un pouls développé, résistant, annon» çant un retour de vitalité remarquable. Tous les malades ont » promptement guéri. »

J'ajoutais que, tout en me félicitant de ne plus voir entrer de cholériques, je regrettais de ne plus avoir l'occasion d'expérimenter l'action des acides minéraux dans les cas de choléra avec cyanose et algidité, puis après quelques propositions théoriques je terminais ainsi :

« Tout me porte donc à croire que c'est dans l'emploi des *acides* » qu'on doit trouver le remède le plus approprié à la première pé» riode du choléra, et que le traitement probablement le plus ra» tionnel et le plus efficace est :

» 1° De faire vomir le malade avec l'ipécacuanha, si son épuise» ment et la gravité du cas ne s'y opposent pas;

» 2° De donner pour boisson l'oxymel ou la limonade sulfurique » *à double dose d'acide*, et de laisser le malade boire tant qu'il » voudra, *sans s'inquiéter de la fréquence des vomissements, qu'il* » *ne faut point chercher à supprimer;*

» 3° De faire prendre d'heure en heure une potion dans laquelle » l'acide sulfurique, acétique ou chlorhydrique entre à la dose » de 4 à 8 grammes. »

Voilà ce que j'écrivais en 1849. Depuis cette époque, j'ai traité de la même manière et avec le même succès les diarrhées séreuses, et de plus une dizaine de cas de choléra sporadique.

Cette dernière maladie cédait à la médication avec une promptitude surprenante; mais je n'oserais affirmer avec mon honorable confrère de Poitiers que *les vomissements s'arrêtent à la sixième cuillerée, que les crampes cessent à la douzième heure, et que la période algide est très longue*, parce que les cas que j'ai vus depuis 1849, probablement beaucoup plus civilisés que ceux qu'il a eu l'occasion d'observer à Poitiers, m'ont présenté très rarement des crampes, et moins souvent encore une algidité très prononcée.

Quant à l'action styptique et sédative qu'il attribue aux acides, les faits m'ont imposé une opinion tout à fait différente, comme le prouvera la suite de cette lettre, que je termine en vous donnant quelques détails sur l'épidémie qui vient de commencer.

Depuis le 21 novembre, jour où j'ai pris le service de la division des cholériques au Gros-Caillou, jusqu'au jour où je vous écris, j'ai reçu et traité 95 cas de diarrhée et 72 cas de choléra confirmé.

Les hommes atteints de diarrhée, après avoir pris un vomitif (ipécacuanha), ont eu pour tout médicament la limonade sulfurique, et, à trois ou quatre exceptions près, ont tous guéri dans l'espace de 24 à 36 heures.

Quant au choléra confirmé, voici comment il est traité dans mes salles :

Déjà depuis 1849 j'ai renoncé à fatiguer les malades de frictions presque toujours inutiles et souvent nuisibles.

On les laisse dans le repos le plus complet; l'air du lit est réchauffé de temps à autre par un appareil très simple, et on leur donne la limonade sulfurique à discrétion. Quelques hommes en ont consommé jusqu'à 18 et 20 litres dans une nuit.

Dans les cas très graves, et où je redoute des accidents cérébraux pour le moment de la réaction, on fait recouvrir la tête d'une flanelle trempée dans le liquide dont j'ai donné la formule dans le numéro du 7 avril 1849 de la *Gazette médicale*.

Au bout de peu de temps les selles diminuent, mais les *vomissements* persistent, et je les vois sans aucune inquiétude se prolonger quelquefois jusqu'au quatrième jour; ces cas sont précisément ceux où j'ai obtenu les guérisons les plus franches et les plus promptes.

Je ne fais précéder ces soins d'un vomitif que dans les cas légers et où le pouls offre de la résistance.

Quand la gêne de la respiration est très forte, signe toujours fort alarmant, je fais appliquer de larges vésicatoires en avant ou sur les côtés du thorax.

Mais dans aucune circonstance il n'est administré ni opium ni autre médicament destiné à supprimer les évacuations; déjà dans la précédente épidémie j'avais pu apprécier les dangers d'une telle médication et reconnaître que la persistance des vomissements est un signe favorable.

Je n'ai pas besoin de faire remarquer que toutes les boissons et les préparations alcalines sont exclues du traitement.

Jusqu'au milieu de ce mois, je m'étais borné à l'emploi de la limonade sulfurique.

Mais du 18 au 19 décembre, j'ai reçu le premier jour 5 cholériques, le second jour 7, qui tous étaient dans un état des plus graves : le pouls chez tous était, sinon tout à fait, à peu près insensible, et les confrères qui les ont vu apporter auguraient généralement assez mal de l'issue.

Je partageais cette crainte, et elle me détermina à recourir à une médication plus énergique, quoique conçue dans le même ordre d'idées.

Je fis immédiatement administrer à tous ces hommes d'heure en heure, par cuillerée à bouche, la potion suivante :

Décoction de guimauve.	150 grammes.
Acide azotique fumant.	4 grammes.
Eau de menthe.	4 grammes.
Sirop simple.	30 grammes.

Je quittai mes malades à quatre heures, et à ma visite de huit heures du soir le pouls avait reparu chez tous et présentait du volume et de la force; la réaction s'était faite franchement une heure au plus après l'administration de la première cuillerée, à la grande surprise du chirurgien de garde, qui en avait surveillé l'emploi.

Deux de ces malades ont succombé au bout de cinq jours à une congestion cérébrale; les dix autres sont en pleine convalescence et mangent le quart et la côtelette aujourd'hui, septième jour de leur arrivée à l'hôpital. Cette dernière circonstance prouve suffisamment que l'acide à cette dose n'a pas eu d'inconvénient pour le tube digestif. Un de ces hommes avait été pris de choléra sans prodromes.

Si l'expérience acquise dans les épidémies que j'ai observées en Pologne, deux fois en Afrique et trois fois en France ne me trompe pas, je crois pouvoir affirmer :

1° Que l'administration des acides minéraux, même à faible dose (un ou deux grammes d'acide concentré pour un kilogramme d'eau), est aujourd'hui le moyen le plus sûr d'arrêter en temps d'épidémie *les diarrhées suspectes*, et de prévenir ainsi, chez ceux qui en *sont atteints, l'invasion du choléra;*

2° Que dans les cas de choléra graves les acides minéraux à dose plus élevée sont le seul moyen à l'aide duquel on puisse, *sans compromettre le salut du malade*, espérer provoquer et assurer la réaction.

Mais je dois faire remarquer une circonstance de l'action de ce médicament qui est tout à fait en désaccord avec les prévisions formulées par M. le docteur Lepetit.

Non-seulement, ainsi que je l'ai indiqué plus haut, l'usage des acides n'a pas pour résultat de supprimer les vomissements; mais encore il est un cas où *à cet agent seul* j'ai reconnu le pouvoir de les provoquer.

Jusqu'ici j'ai toujours vu que, quand chez un cholérique les évacuations ont cessé avant que la réaction circulatoire ait commencé, la mort était imminente et inévitable. Alors même, avec l'ipécacuanha, on ne peut obtenir les vomissements que souvent le malade demande avec instance.

Aussitôt, au contraire, qu'on administre la potion avec l'acide, les vomissements reparaissent et ne cessent plus qu'au moment de la réaction ou de la mort.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 14 décembre 1853. — Présidence de M. DENONVILLIERS.

CORRESPONDANCE.

M. LARREY remet de la part de M. le docteur Laforgue, chirurgien adjoint à l'Hôtel-Dieu de Toulouse, un mémoire *sur le traitement des anévrismes par la méthode de Hunter et le procédé de Jones*. Ce travail est accompagné d'une demande pour obtenir le titre de membre correspondant.

M. Laforgue fait, en outre, hommage des travaux qui suivent :

Opération césarienne pratiquée avec succès dans un cas de mort au huitième mois de la grossesse;

Statistique des maladies observées pendant l'année 1850 dans les salles de chirurgie de l'Hôtel-Dieu de Toulouse (service de MM. Dieulafoy et Laforgue);

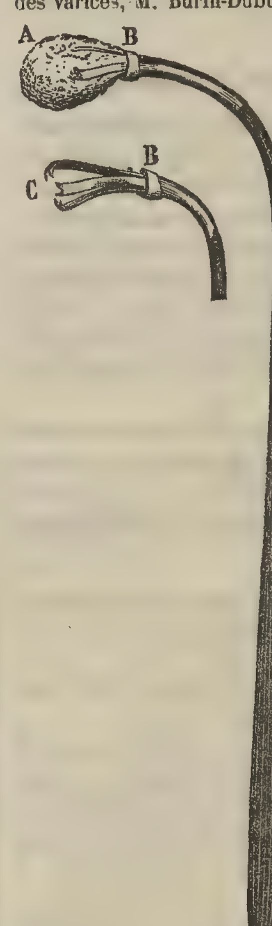
Quelques considérations sur l'opération du bec-de-lièvre;

Tumeur hydatique du foie; ouverture par une incision. Guérison radicale sous l'influence d'une grossesse;

Mémoire sur les tumeurs qui se développent dans la bourse muqueuse anté-rotulienne.

(Commissaires : MM. Larrey, Lenoir et Huguier).

— A l'occasion des diverses communications qui ont été faites sur l'emploi du perchlorure de fer dans le traitement des anévrismes et des varices, M. Burin-Dubuisson adresse une lettre très détaillée dans laquelle il dit qu'il a été admis théoriquement à n'employer dans les anévrismes que des solutions de perchlorure de fer aussi privées que possible d'acide libre, surtout lorsqu'on fait usage de solutions très concentrées. Cependant, la présence d'une très légère quantité d'acide étant nécessaire à la conservation des solutions de perchlorure, il n'est pas étonnant que l'analyse chimique en ait démontré la présence dans les solutions qu'il avait envoyées. Cette quantité très minime d'acide est-elle nuisible? M. Burin ajoute que non, car c'est avec le liquide préparé suivant sa formule que M. Valette (de Lyon) a fait depuis trois mois des injections dans des veines variqueuses. Ne trouvant, du reste, aucun avantage, même au point de vue chimique, à modifier son mode de préparation, il termine en disant qu'il s'en tiendra à celui qu'il a employé jusqu'à ce jour.



— A propos de la correspondance, M. ROBERT fait la communication suivante :

M. le docteur Adams, médecin à New-York, fait hommage à la Société de chirurgie d'un instrument destiné à cautériser le pharynx et le larynx. C'est une tige en baleine courbe, portant à son extrémité trois tiges en crochet embrassant et retenant une petite éponge. Cet instrument a été imaginé par M. le docteur Buck, médecin de City hospital à New-York. (Nous en reproduisons un dessin.)

— M. LARREY, prié par M. Tassart, médecin aide-major à l'hôpital de Thionville, de communiquer un travail *sur l'emploi du chloroforme dans le tétanos*, est chargé de faire un rapport.

— M. le docteur Credé, professeur d'accouchements à Berlin, écrit pour obtenir le titre de membre correspondant. A l'appui de sa demande, il adresse le 1er volume de son *Traité clinique d'accouchements.* (M. Danyau est nommé rapporteur.)

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. CHASSAIGNAC présente un jeune enfant affecté d'une tumeur érectile. Il veut seulement le soumettre à l'examen de la Société avant d'employer le traitement par le perchlorure de fer. Il communiquera ultérieurement la suite de cette observation.

Élection. — La Société procède au vote sur les conclusions du rapport de M. Debout relatif au travail de M. Bouisson. Ces conclusions, que nous transcrivons, sont adoptées.

1° Renvoyer le travail de M. Bouisson au comité de publication;

2° Nommer M. Bouisson membre correspondant.

RAPPORT.

M. CULLERIER communique le rapport suivant, dont l'impression dans les *Bulletins de la Société* a été votée à l'unanimité.

Syphilisation. — Messieurs, vous m'avez chargé de vous rendre compte de l'ouvrage dont vous a fait hommage M. le docteur Casimir Sperino (de Turin), et qui a pour titre : *La sifilizzazione studiata qual mezzo curativo e preservativo delle malattie veneree;* la syphilisation étudiée comme méthode curative et comme moyen prophylactique des maladies vénériennes.

J'éprouve un tel éloignement à m'occuper de tout ce qui a trait à la syphilisation que, pour me décider à faire ce rapport, il m'a fallu être sollicité d'abord par le sentiment d'un devoir à remplir envers la Société, et ensuite parce que j'ai pensé que, si la doctrine était déjà irrévocablement condamnée dans l'esprit de la plupart d'entre vous, il pouvait néanmoins s'en trouver quelques-uns qui, incertains encore de l'opinion qu'ils doivent se former, attendent de la lecture de ce livre des documents capables de les éclairer.

Ce n'est pas la première fois que la question de la syphilisation se présente devant la Société de chirurgie, et déjà dans deux circonstances nous avons eu à nous en occuper. C'est ici, en effet, que s'est produite la doctrine dans un mémoire dont nous avons dû entendre la lecture, et sur lequel il nous a été ensuite impossible d'entamer une discussion, parce que presque immédiatement il fut retiré par son auteur. C'est ici qu'il nous fut donné d'observer une des premières et une des plus retentissantes applications de cette doctrine, celle qui eut lieu sur le jeune médecin allemand, qui voulut bien se soumettre à notre examen; c'est ici, on s'en souvient, qu'à la vue du hideux tableau qui passa sous nos yeux, la syphilisation reçut une grave atteinte au point de vue moral et une réprobation à peu près unanime au point de vue de son opportunité; et cela, qu'on me permette de le rappeler avec quelque satisfaction, par un élan spontané qui eut lieu à la suite de quelques paroles que je prononçai et où j'annonçais le peu de fondement de la doctrine et le triste avenir qui lui était réservé.

Il est vrai qu'alors et depuis cette époque on a prétendu que la Société avait condamné la syphilisation sans la discuter; on a dit que cela avait été pour nous une affaire de sentiment, et que ce n'est point ainsi que doivent procéder des hommes de science. Messieurs, il me semble qu'une réunion de travailleurs, qui avant tout veut pour elle-même la moralité dans l'art et qui a droit de l'exiger dans les autres, eût été mal venue et eût menti à son premier principe en accueillant des doctrines qui choquent également le sens moral et la raison scientifique. On a dit que nous voulions opposer au progrès une barrière aveugle. Dans la question actuelle, la Société de chirurgie peut accepter ce reproche, car elle sait que c'est là l'argument ordinaire des novateurs de tous les ordres. Elle a été assez intelligente pour ne pas se laisser prendre ou pour ne pas s'enthousiasmer à ces rêves d'utopistes, parce qu'elle y a vu dès l'abord un danger réel pour les malheureux sur lesquels on en ferait l'expérimentation. La Société de chirurgie a-t-elle aujourd'hui à regretter ce qu'elle a fait? S'est-il produit une seule observation authentique qui soit venue militer en faveur de ces théories nouvelles? Et, au contraire, tout dans ce que nous avons vu jusqu'à présent de la syphilisation n'est-il pas la négation la plus absolue de ses pompeuses promesses?

L'ouvrage dont j'ai à vous rendre compte est-il enfin appelé à jeter une grande lumière sur la question, ou tout au moins à dissiper les doutes qui l'environnent? Vous allez en juger.

Le premier chapitre traite de l'inoculation appliquée à l'étude des maladies vénériennes, et M. Sperino n'hésite pas à dire qu'on est redevable à l'inoculation artificielle d'avoir « fait crouler une foule de » théories absurdes et d'avoir rectifié plusieurs idées erronées. » Il l'envisage d'abord dans l'étude du chancre et dans celle du bubon; mais, dans les deux cas, il lui dénie à peu près toute utilité, d'un côté, « parce que le chancre n'est pas fatalement inoculable à toutes ses » périodes, et, de l'autre, dans le bubon dit d'emblée », celui pour lequel elle doit être si précieuse, « le nombre des faits, la loyauté re» connue, l'habitude d'observer des maladies vénériennes de la plupart » des auteurs qui en ont admis la possibilité, et les cas qu'il a lui» même observés dans sa pratique, ne permettent pas de douter de » son existence. »

Il examine les services que l'inoculation a pu rendre à la question de savoir si la blennorrhagie est ou non de nature syphilitique, et il résume ses objections en disant « qu'il résulte d'une manière évidente » que, si la blennorrhagie est quelquefois le résultat d'une simple uré» trite, si d'autres fois elle reconnait pour condition pathognomique le » chancre urétral larvé, le plus souvent elle est syphilitique, et la » preuve, c'est que le muco-pus blennorrhagique a dans quelques cas » donné naissance à des tubercules muqueux, et que dans d'autres cas » il en a été le produit. »

L'inoculation comme moyen de diagnostic peut-elle servir à faire distinguer les symptômes syphilitiques primitifs des constitutionnels? Telle est la question que discute M. Sperino, et à laquelle il répond par la négative, « d'après l'opinion des auteurs les plus anciens, à » commencer de Jacques Cataneo; d'après les expériences de Wallace, » celles du docteur Gamberini, celles de MM. Vidal (de Cassis), Caze» nave, Bouley et aussi d'après les siennes propres, » car il prétend

voir inoculé avec un résultat positif le produit de sécrétion des tubercules plats.

L'inoculation artificielle aide-t-elle à prouver que la syphilis appartient exclusivement à la race humaine, ou qu'au contraire on peut la communiquer aux animaux? Il va sans dire que M. Sperino adopte entièrement cette dernière manière de voir, et il le fallait bien, car c'est là qu'a été le point de départ de la syphilisation. Il va sans dire aussi qu'il fait très bon marché des expériences de M. Ricord, de celles de M. de Castelnau ainsi que des miennes, qu'il regarde comme entachées d'erreur, si ce n'est de mauvaise foi. Mais ce n'est pas d'après ses propres expériences que l'auteur juge la question, car celles qu'il a faites sont, dit il, peu nombreuses et très imparfaites, mais il s'appuie sur celles de M. Auzias Turenne (de Paris), de M. Diday (de Lyon) et du professeur Sigmund (de Vienne).

Ainsi, incertitude de l'inoculation artificielle dans la détermination de la nature des ulcérations douteuses, identité du chancre et de la blennorrhagie, inoculabilité des accidents constitutionnels, transmission possible de la vérole de l'homme aux animaux, telles sont en syphilis les croyances de M. Sperino. Or, les doctrines dont il est imbu sont précisément toutes celles qui régnaient dans l'étude des maladies vénériennes avant que l'inoculation fût mise en pratique comme moyen de diagnostic, c'est ce me semble à bon droit qu'on peut s'étonner de lire au commencement du chapitre dont je viens de donner une courte analyse que « l'inoculation artificielle expérimentale a porté une grande lumière dans cette partie des sciences médicales, et qu'elle les a tirées de l'obscurité profonde dans laquelle elles étaient plongées. »

Cependant l'auteur ne refuse pas absolument toute utilité à l'inoculation, et il fait ressortir qu'elle a contribué à constater l'existence du virus syphilitique. Je ne puis m'empêcher de faire remarquer que si l'inoculation artificielle n'avait pas eu d'autres avantages elle serait loin d'avoir obtenu le retentissement qu'elle a acquis; car, de bonne foi, est-ce là son principal mérite, et n'a-t-il pas toujours suffi d'avoir des yeux et de savoir observer pour croire à l'existence du virus vénérien? Si les efforts de l'école physiologique ont été impuissants à en ébranler le dogme, c'est qu'il pouvait se passer de l'épreuve de l'expérimentation.

J'en aurai fini avec l'exposition des doctrines générales auxquelles se range M. Sperino quand j'aurai dit que pour lui l'évolution de la syphilis n'est sujette à aucun ordre, à aucune loi, et que le hasard seul détermine la manifestation des symptômes.

Messieurs, je ne sais si c'est une fausse interprétation de ma part, mais à la lecture attentive de ce chapitre j'ai été tenté de supposer qu'en exaltant comme il l'a fait l'utilité de l'inoculation artificielle, et en lui déniant cependant ensuite à peu près tous les résultats auxquels elle prétend, l'auteur n'avait eu d'autre but que de lui assimiler sa méthode de syphilisation, et de la faire accepter plus facilement dans la science en la mettant pour ainsi dire sous le patronage du grand nom de Hunter et sous celui d'autres expérimentateurs plus modernes. S'il en était ainsi, je ne saurais assez protester contre cette assimilation, aussi fausse qu'elle serait intéressée, et en cela je serais approuvé, je l'espère, par ceux d'entre vous qui n'ont pas craint de se livrer à l'expérimentation, très licite à mon sens, dans l'étude de la grande question du diagnostic des maladies vénériennes.

Dans le second chapitre de son ouvrage, M. Sperino indique les motifs qui l'ont conduit à étudier la syphilisation chez l'homme. Ces motifs, c'est que « les chancres, quoique indurés mais vastes, phagédéniques et suppurant abondamment, ou qui sont devenus chroniques » ou calleux, sont beaucoup plus rarement suivis de bubons virulents » que non pas les chancres petits, indurés ou non, peu ou beaucoup » enflammés, qui guérissent en peu de jours après quelques cautérisa- » tions ou même spontanément;

» C'est que les vastes chancres chroniques existant depuis plusieurs » années et situés sur une base calleuse sont assez rarement suivis de » syphilis constitutionnelle;

» C'est que les individus qui ont été souvent, et à des intervalles » très rapprochés, affectés de chancres sont plus rarement atteints de » la syphilis constitutionnelle que ceux qui n'ont eu qu'une seule in- » fection, qui souvent n'a été que très légère;

» C'est que les chancres qu'on inocule comme moyen de diagnostic » paraissent activer la cicatrisation des ulcères sur lesquels le pus a » été pris;

» C'est enfin que sur les animaux on observe la diminution progres- » sive des chancres artificiels. »

Messieurs, je ne puis pas, à l'occasion d'un rapport de la nature de celui-ci, discuter les questions les plus graves de l'histoire de la syphilis, mais je demande comment un médecin placé depuis un certain nombre d'années déjà à la tête d'un service de maladies vénériennes a pu invoquer de pareilles raisons pour légitimer les expériences auxquelles il s'est livré.

Est-ce que, par exemple, jamais un chancre induré ne s'est pas accompagné d'un retentissement ganglionaire, et le bubon indolent n'en est-il pas au contraire la complication obligée? n'est-il pas de l'observation la plus élémentaire que plus le chancre s'indure plus l'adénopathie est évidente?

Et puis qu'est-ce que c'est que des chancres calleux qui ne sont pas des chancres indurés, ou des ulcérations qui deviennent calleuses après avoir été indurées?

« Toutes les années, dit M. Sperino, nous avons dans le syphylocome » plus de trente femmes affectées de chancres chroniques existant de- » puis plusieurs années, situés sur une base calleuse, accompagnés de » destruction d'une grande partie de l'urètre ou des tissus vulvo-vagi- » naux, qui souvent ne se cicatrisent qu'après que l'on a plusieurs fois » et profondément excisé le tissu ulcéré, et ces chancres sont assez » rarement suivis de syphilis constitutionnelle. »

Ici, je ne veux pas mettre en avant mon expérience personnelle, mais j'en appellerai au souvenir de ceux de nos honorables collègues qui ont passé par l'hôpital de Lourcine, afin qu'ils disent s'ils y ont jamais observé des chancres semblables à ceux que décrit M. Sperino. Et à la lecture de ce passage, dans ces chancres à base calleuse avec destruction d'une grande partie de l'urètre et des tissus vulvo-vaginaux, n'ont-ils pas reconnu tout d'abord ou le chancre phagédéniforme ou l'esthiomène de la vulve, maladie beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit chez les femmes jeunes, dont notre collègue M. Huguier a fait un tableau si exact, et dont il a donné une description si saisissante?

Il est d'observation que l'esthiomène de la vulve est une affection complétement étrangère à la syphilis; il est d'observation aussi que le phagédénisme, qui peut durer des années entières et détruire des portions énormes de parties molles, a le privilége, si toutefois il ne commence par le chancre induré, de mettre l'économie à l'abri de manifestations constitutionnelles. Comment est-il donc permis d'invoquer ces deux lésions pour justifier la syphilisation?

Mais voici qui va singulièrement vous surprendre, messieurs; c'est à la page 67 que M. Sperino parle de chancres calleux chroniques qui ne sont pas suivis de syphilis constitutionnelle, et à la page 570 il écrit: « On ne peut pas appeler syphilitiques des chancres chroni- » ques qui ne sont plus virulents; » et par l'inoculation, il a essayé leur virulence, qui a été négative. « On ne peut pas davantage croire » qu'ils sont entretenus par la syphilis constitutionnelle, parce qu'on » voit des individus affectés de chancres chroniques pendant des mois » et des années sans qu'il se soit manifesté chez eux aucun autre symp- » tôme certain de syphilis constitutionnelle, et parce qu'aussi ces » chancres ont résisté aux traitements antivénériens ordinaires! »

Ainsi, cette ulcération qui, suivant l'auteur lui-même, ne tient à la vérole ni comme accident primitif, ni comme accident secondaire, est invoquée par lui comme motivant la syphilisation. Il faut vraiment avoir lu le livre pour croire à tant de contradiction.

« La syphilis constitutionnelle arrive rarement chez les malades qui » ont eu des chancres à des intervalles rapprochés; et, au contraire, » elle est fréquente chez ceux qui n'ont eu qu'une seule infection. » Pour admettre cette proposition de M. Sperino, il faudrait, ce me semble, être bien renseigné sur les ulcérations passagères que les malades ont pu avoir du côté des organes génitaux, et qu'on décore trop souvent du nom de chancre. Je ne crois pas que pour voir survenir une syphilis constitutionnelle il faille de toute nécessité que le chancre infectant ait été induré; mais je suis d'avis que les cas d'affection générale après un chancre superficiel sont très rares, et qu'ils n'ont pas pu donner à M. Sperino une masse de faits assez imposante pour en déduire des conséquences.

Je n'ai jamais vu non plus que l'inoculation artificielle, comme moyen de diagnostic, ait eu la moindre influence sur le chancre dans lequel on avait puisé le pus inoculable, à moins qu'elle ne se soit accompagnée d'une violente inflammation, ce qui rentrerait alors dans la classe des dérivatifs, mais des dérivatifs purs et simples, sans rien de spécifique.

Quant aux faits de diminution progressive des chancres sur les animaux, je me suis déjà expliqué à cet égard, et je ne crains pas d'affirmer que c'est là encore une prétention que l'on mettra à néant quand on voudra refaire avec scrupule et avec bonne foi les expériences auxquelles je me suis livré, que j'ai fait connaître, et desquelles il résulte qu'on ne donne pas plus de chancres primitifs aux brutes qu'on ne leur donne la vérole constitutionnelle.

On a rapporté, je le sais, des exemples de chancres passés de l'homme au singe ou au chat, puis repassés du singe ou du chat à l'homme, et l'on a cité les faits de M. Robert de Veltz et de M. Diday. Ces faits, je les ai expliqués dans le temps par la transplantation et la contagion médiate. On a ri d'abord de cette théorie, aujourd'hui on en fait honneur à M. Ricord. Quelle soit de cet estimable collègue ou qu'elle m'appartienne, peu importe si elle est bonne, comme je le crois.

Dans le troisième chapitre de son livre, M. Sperino indique les principes qu'il a suivis dans la pratique des inoculations. Les syphilisateurs attachent une grande importance à leur *modus faciendi;* et quand on leur cite quelques faits malheureux, ils s'empressent de se retrancher derrière cet argument, que les règles de la méthode n'ont pas été bien suivies. Sans doute M. Sperino peut se plaindre avec juste raison de la manière dont quelques prétendues syphilisations ont été faites; et en rejetant les conséquences d'expériences incomplètes, il est dans son droit; mais ce n'est pas un motif pour donner au procédé opératoire une valeur exagérée. C'est la chose la plus simple que de prendre du pus virulent sur une lancette et de le porter dans des tissus sains; c'est la chose la plus facile de l'y porter avec les précautions voulues et en suivant les règles indiquées. Aussi, pour imiter M. Sperino, ce n'est pas l'habileté qui est nécessaire; c'est un genre de courage qui n'est pas donné à tout le monde. Je ne fatiguerai donc pas la Société des détails de la syphilisation; je ne lui rappellerai pas les tâtonnements des premières expériences qui étaient faites à de longs intervalles, puis de la répétition plus fréquente et en plus grand nombre des inoculations dans les observations subséquentes; c'est d'un point de vue plus élevé que j'envisage tout l'ouvrage, et en ne m'arrêtant que sur les faits capitaux. Mais je ne dois pas taire quelques règles de conduite qui se trouvent dans cette partie de l'ouvrage, et qui font le plus grand honneur à M. Sperino.

« D'abord, dit-il, on ne commença jamais les expériences sur un » sujet sans son consentement plein et raisonné; ensuite, tous les » sujets que je choisis pour les soumettre au traitement syphilisant fu- » rent pris parmi ceux qui étaient atteints de maladies syphilitiques » primitives ou constitutionnelles, le plus souvent graves, et qui, tôt » ou tard, devaient exiger une cure mercurielle. »

Il ajoute: « Je n'ai jamais inoculé le virus syphilitique sur des su- » jets sains, et je crois qu'on ne doit jamais le faire, parce que:

» 1° Il y a des sujets qui ont peu d'aptitude à contracter la syphilis;

» 2° Quelques-uns sont peu exposés à cette infection: on ne doit » donc pas leur inoculer un virus pour prévenir une maladie dont ils » ne seront jamais atteints;

» 3° Il n'est pas nécessaire de syphiliser l'homme sain pour étudier » le nouveau phénomène de la syphilisation. »

Je sais un gré infini à M. Sperino d'avoir écrit ce passage, qui condamne d'une manière absolue la syphilisation préventive. Je n'oublie pas qu'une manifestation semblable a eu lieu chez nous de la part d'un éminent syphilisateur, M. Marchal (de Calvi), qui, dans une des séances de la commission instituée par le préfet de police, s'était officiellement et énergiquement écrié que la syphilisation préventive lui faisait horreur; mais j'ai été d'autant plus heureux de cet accord entre notre confrère et l'auteur italien, que tous les syphilisateurs n'ont pas toujours eu la même prudence.

Le chapitre IV, qui forme une partie considérable de l'ouvrage, puisqu'il ne compte pas moins de 382 pages, est consacré à l'exposition très détaillée de quatre-vingt-seize observations de syphilisation pratiquée pour combattre des accidents vénériens primitifs ou constitutionnels. Il y aurait peut être bien des choses à dire sur quelques-unes de ces observations; mais ce qu'il importe le plus de considérer, ce sont les conséquences qu'en a déduites l'auteur. Cependant il est une remarque que je ne puis m'empêcher de soumettre à la Société. M. Sperino, je l'ai dit il n'y a qu'un instant, a déclaré qu'il croyait à la nature contagieuse des produits de sécrétion des symptômes secondaires de la syphilis; comment donc se fait-il alors que dans toutes ses observations, où les inoculations se comptent par milliers, c'est toujours au pus du chancre primitif qu'on a eu recours, et jamais à celui de l'accident constitutionnel? L'occasion était belle pourtant d'expérimenter en grand cette question si controversée de la science, l'ouvrage y eût gagné une valeur réelle. M. Sperino dit quelque part: « De même que » le pus ne possède pas dans toutes les périodes du chancre primitif les » qualités qui le rendent plus apte à transmettre l'infection, de même » il est à croire qu'il y a dans les symptômes secondaires une période » contagieuse qui peut être très courte, et qu'ainsi s'expliquerait la » différence des résultats obtenus par les divers expérimentateurs. » Cette idée est ingénieuse; il est fâcheux qu'elle ne soit étayée par aucun fait tant soit peu positif; et s'il y a là une lacune dans l'observation, ainsi qu'il est tenté de le croire, M. Sperino aurait dû chercher à la combler; mais il s'est bien gardé de le faire, car il aurait été obligé de revenir sur une erreur trop facilement acceptée, et qui, en définitive, ne repose que sur des faits d'autant moins probants, qu'avec la facilité qu'ont tous les syphiliographes de les reproduire, ils demeurent rares et exceptionnels.

Il est d'autant plus regrettable que M. Sperino n'ait pas élucidé ce point si contesté, que l'on trouve dans la lecture de ses observations des documents importants, et dont, grâce au nombre prodigieux de ses expériences, il a su tirer très bon parti. Ainsi, par exemple, on s'est souvent posé la question de savoir si la nature du pus syphilitique inoculable était toujours la même: c'est-à-dire si, introduit dans la peau, il y déterminait indifféremment un chancre simple, un chancre induré ou un chancre phagédénique; ou si, au contraire, le pus du chancre simple engendrait le chancre simple, celui du chancre induré le chancre induré, et celui du chancre phagédénique le phagédénisme. Le raisonnement et quelques faits bien observés avaient déjà répondu que la virulence est une, mais que sa manifestation se modifie suivant des circonstances individuelles souvent difficiles à pénétrer. Eh bien, les innombrables expériences que M. Sperino a faites avec le pus d'ulcérations primitives ont démontré que le raisonnement était juste; car les différences dans les résultats qu'il obtint ne varièrent que suivant les conditions diverses dans lesquelles se trouvaient les individus que l'on soumettait aux inoculations.

C'est comme moyen thérapeutique contre toute espèce de manifestation de la vérole que M. Sperino a employé la syphilisation. Dans maintes circonstances, il l'a adressée à des chancres simples ou à des chancres indurés existant seuls ou compliqués déjà d'accidents constitutionnels. Une seule fois il l'a tentée pour un chancre phagédénique, et dans cette expérience unique il a constaté que non-seulement le chancre déjà phagédénique n'était nullement modifié par les nouveaux chancres d'inoculation, mais encore que ceux-ci passèrent également au phagédénisme. Aussi a-t-il soin d'ajouter: « Depuis, averti par » l'expérience, je n'ai plus fait d'inoculation dans de semblables cir- » constances jusqu'à ce que la période du phagédénisme fût entière- » ment passée. » Déclaration précieuse qui témoignerait une fois de plus, s'il en était besoin, de la réserve honorable, ainsi que de l'entière bonne foi de M. Sperino, et dont il est fâcheux que les hommes sérieux qui ont pu se laisser prendre aux promesses de la doctrine n'aient pas eu connaissance avant de conseiller la syphilisation à l'un de nos jeunes et laborieux confrères affecté depuis longtemps d'un ulcère phagédénique du pli de l'aine encore en voie de progrès malgré près de deux cents inoculations successives, et qui de plus est affecté aujourd'hui de larges chancres également phagédéniques qui se sont développés aux bras et à la poitrine dans les piqûres qui y ont été faites artificiellement.

C'est principalement dans les cas d'affections vénériennes secondaires que l'auteur a employé la syphilisation. Les plaques muqueuses figurent pour un quart à peu près dans ses observations; puis les syphilides exanthématiques, pustuleuses, squameuses, tuberculeuses pour un tiers. Le reste comprend des accidents tertiaires de différente nature et de différentes formes, douleurs ostéocopes, gommes ulcérées ou non, maladies des os, du tissu fibreux. Je n'ai trouvé qu'une seule observation de maladie des yeux, c'était une iritis se développant pendant l'évolution d'autres accidents graves.

Les personnes qui ne sont pas initiées à toutes les prétentions de la thérapeutique syphilisante s'imaginent sans doute qu'elle n'est mise en pratique par ses sectateurs que pour les affections rebelles aux traitements antisyphilitiques ordinaires. C'est là une naïve erreur, de laquelle il faut revenir quand on a lu les observations de M. Sperino; pour lui, la syphilisation, cette énormité qui est née d'hier, laisse déjà loin derrière elle les traitements mercuriels ou iodiques les mieux combinés, et il ne craint pas d'établir le parallèle entre ces traitements et sa méthode. Ce parallèle, je ne le ferai pas passer en entier sous vos yeux, mais permettez-moi de vous en donner au moins quelques aperçus.

L'iodure de potassium, étant, au dire de l'auteur, toujours insuffisant pour guérir radicalement la syphilis, est traité par lui très cavalièrement, et c'est à peine s'il s'y arrête pour signaler quelques-uns de ses inconvénients. Et ainsi il oublie qu'à la page 586 il a écrit: « Dans » les lésions du système osséo-fibreux ne convient-il pas de faire pré- » céder la syphilisation dont l'action est lente par quelques doses » d'iodure de potassium. » Il oublie que, sur trois malades traités de gommes ulcérées par la syphilisation, il fut obligé chez deux d'avoir recours à l'iodure de potassium? Il oublie que, dans treize cas d'affection des os ou du périoste traitée par la syphilisation, il administra

en même temps sept fois l'iodure de potassium et trois fois le traitement iodo-mercuriel. Il oublie que, chez la malade de l'observation 88ᵉ, celle relative à l'iritis que j'ai mentionnée, on employa à diverses reprises, avant, pendant et après la syphilisation, l'iodure de potassium. Et voyez jusqu'où est portée chez lui la prévention en faveur de sa méthode au détriment de toute autre, puisqu'on peut lire dans l'ouvrage cette phrase : « Dans les cas où la syphilis ne s'est pas re» produite après avoir été traitée simultanément par l'iodure de po» tassium et la syphilisation, la guérison doit être attribuée à la cure » syphilisante. »

Mais c'est surtout au mercure que s'en prend M. Sperino : « Les » préparations hydrargyriques, quelles qu'elles soient, dit-il, proto» iodure de mercure, pilules de Sédillot, mercure gommeux de Plenck » et autres semblables, déterminent fréquemment des stomatites in» tenses, des inflammations gastro-entériques très graves accompa» gnées de diarrhée rebelle. Elles rendent le malade plus impression» nable aux vicissitudes atmosphériques; il est sujet à des inflammations » plus ou moins graves, à des douleurs rhumatoïdes. L'action chimi» que du mercure altère la crâse du sang, diminue sa plasticité, en» gendre une disposition au scorbut, fait prédominer le système lym» phatique, enfin affaiblit considérablement le malade, dont l'état de » santé ne s'améliore que lentement et chez lequel on n'observe point » ce bien-être progressif que l'on remarque chez le syphilisé. Quant à » l'usage du deuto-chlorure de mercure, qui est encore préconisé par » une foule de praticiens, je dirai (c'est toujours M. Sperino qui » parle), je dirai que celui qui regarde ce remède comme funeste ne » se trompe peut-être pas, car il favorise quelquefois le développement » de la phthisie tuberculeuse et de lésions cérébrales très graves, pa» ralysie, démence, épilepsie. »

Messieurs, je ne voudrais pas être trop sévère vis-à-vis de M. Sperino; mais est-il possible, en vérité, de rester froid devant ce catalogue des méfaits du mercure et peut-on n'être pas douloureusement affecté de trouver dans un ouvrage qui a la prétention d'être sérieux la folie, l'épilepsie, la phthisie mercurielles, banalités que nous avons vues souvent dans des livres moins volumineux que celui-ci ou sur des affiches destinées à faire prévaloir le traitement végétal.

Dans la bouche de charlatans vulgaires, ces reproches au mercure ont une raison d'être, puisqu'ils tendent à ébranler la confiance du public et qu'ils le poussent ainsi vers l'empirisme; sous la plume d'un praticien comme M. Sperino, ce n'est plus une faute professionnelle, je l'en crois incapable, mais c'est une erreur scientifique.

Certes, messieurs, je n'accuserai pas M. Sperino d'ignorer les travaux syphiliographiques modernes; mais je ne puis m'empêcher de douter qu'il soit bien au courant des idées qui sont aujourd'hui généralement adoptées en France, à quelque opinion qu'on appartienne, en syphilis. Ainsi tout le monde sait que les douleurs rhumatoïdes que M. Sperino attribue au mercure sont tout à fait sous la dépendance de la vérole, qu'elles précèdent ou qu'elles accompagnent les affections cutanées ou muqueuses secondaires et qu'elles se montrent tout aussi bien chez les malades qui font usage du mercure que chez ceux qui jamais n'en ont pris un atome.

Tout le monde sait qu'il y a des paralysies qui dépendent de compressions du cerveau dans les altérations tertiaires du tissu osseux.

Tout le monde sait qu'il se forme dans la masse cérébrale des épanchements plastiques qui donnent lieu à des phénomènes nerveux épileptiformes.

Tout le monde sait que des productions fibro-plastiques de la même nature peuvent se développer dans le tissu pulmonaire et faire croire à la phthisie tuberculeuse, et à ce sujet je suis heureux de pouvoir citer la thèse inaugurale de M. Lagneau fils, qui en a rassemblé un bon nombre d'exemples.

Quant à l'altération de la crâse du sang et à la disposition au scorbut que M. Sperino met encore sur le compte du mercure, tout en reconnaissant que ce médicament peut diminuer la plasticité, je suis encore obligé de le renvoyer aux recherches de MM. Ricord et Grassi, qui ont démontré l'appauvrissement du sang dans la vérole constitutionnelle, vierge ou non de tout traitement mercuriel, et, bien plus, la reconstitution normale des globules pendant l'administration du mercure.

En opposition à tous les désastres des traitements mercuriels ou iodiques que signale M. Sperino, il énumère, bien entendu, les avantages de la syphilisation. Suivant lui, « c'est un traitement commode, » qui n'empêche pas le malade de se livrer à ses occupations habi» tuelles, qui fait que toutes ses fonctions s'accomplissent sans trouble » ni altération, que son état de santé s'améliore progressivement, » qu'il offre l'aspect d'un homme qui rentre peu à peu dans son état » normal. »

A la vérité, l'auteur fait immédiatement la critique sanglante de sa méthode en ajoutant : « Ces avantages ne seront obtenus que si la sy» philisation est pratiquée d'après les préceptes indiqués, si le malade » n'est exposé à aucune des causes qui peuvent faire naître chez lui » une maladie inflammatoire étrangère à la syphilis et capable de dé» terminer le phagédénisme ou la gangrène dans les chancres inoculés.» Puis il ajoute : « Le malade éprouve bien quelques douleurs dans les » points où se trouvent les premiers chancres artificiels. Les cicatrices » que laisse la syphilisation sont bien un grave inconvénient, parce » que ce sont des traces indélébiles du traitement qu'on a subi; mais » il faut remarquer qu'elles se rétrécissent et qu'après quelques mois » elles deviennent des taches blanches semblables à celles de la vac» cine ou d'une piqûre de sangsue, et qu'elles ne sont difformes que » dans les cas où les chancres artificiels sont devenus phagédéniques » ou gangréneux. »

Je m'arrête, messieurs, devant ce phagédénisme possible et cette gangrène imminente dans les chancres d'inoculation, devant ces traces indélébiles du traitement syphilisant signalées par l'auteur lui-même, devant cette thérapeutique prétendue si commode et d'une durée si courte. Mais demandez aux malades qui se sont soumis à la méthode s'ils ont trouvé du bien-être alors qu'ils avaient des centaines de plaies artificielles sur la poitrine, sur les bras, sur le ventre, sur les cuisses; demandez-leur s'ils ont trouvé que le temps fût court quand, pendant deux mois, trois mois et jusqu'à six mois, ainsi qu'on en peut lire des observations dans l'ouvrage, on est revenu journellement à de nouvelles piqûres; demandez à ceux qui, traités pour des ulcérations phagédéniques anciennes, n'ont retiré de la syphilisation que de nouveaux ulcères de même nature, s'il n'y a pas après un pareil traitement une amère déception; demandez enfin à ceux qui, en l'absence de toute cachexie, ont vu passer au phagédénisme ou à la gangrène des inoculations pratiquées contre une affection vénérienne secondaire des plus simples, quels n'ont pas été leurs regrets. Cherchez aussi dans vos souvenirs si jamais les traitements antisyphilitiques rationnels et ordinaires que vous avez mis ou que vous avez vu mettre en usage ont été si impuissants et si dangereux qu'on a voulu les représenter. Sachez enfin que, sur les 96 observations que présente M. Sperino, il y en a 40 dans lesquelles le mercure ou l'iodure de potassium ont été administrés avant, après ou concurremment à la syphilisation, et que le plus grand nombre des autres se compose de chancres ou de tubercules plats, accidents que tous les jours nous voyons guérir sans traitement spécifique et souvent sous l'influence de simples soins hygiéniques ! ! Pesez toutes ces circonstances, messieurs, et dites vous-mêmes de quel nom il faut caractériser la doctrine.

Encore s'il restait au malade qui a subi le traitement de la syphilisation quelque certitude d'être préservé d'une nouvelle infection ou à l'abri d'une rechute; mais il est loin d'en être ainsi, même dans l'opinion de M. Sperino, car voici comment il s'exprime dans les corollaires qui suivent l'exposition de ses observations : « La propriété pro» phylactique absolue de la syphilisation est encore douteuse; il y a » des cas dans lesquels l'immunité paraît se maintenir, mais il y en a » d'autres dans lesquels elle n'a été que temporaire. » Voilà pour la prophylaxie. Quant à la cure radicale, il écrit : « La syphilisation est » un moyen thérapeutique nouveau qui n'a pas toujours donné des ré» sultats entièrement satisfaisants. » Et plus loin, dans ses conclusions, il émet les deux propositions suivantes : « 1° La syphilisation pratiquée » comme traitement de la syphilis primitive *paraît* préserver de l'in» fection générale les individus qui ont suivi ce traitement d'une ma» nière régulière et complète; 2° *il est assez probable* que la syphili» sation guérit radicalement l'infection constitutionnelle »

Messieurs, j'ai souligné avec soin les mots *il paraît* et *il est assez probable*, car ils sont vraiment curieux à la fin d'une œuvre de plus de 800 pages destinée à faire prévaloir une théorie qui se dit si puissante, et j'avoue que cette humilité du doute dans les conclusions, qui n'est plus en rapport avec le ton d'assurance qui règne dans tout l'ouvrage, et que les réticences nombreuses, ainsi que les contradictions qu'on y rencontre, sont bien suffisantes pour justifier les préventions avec lesquelles l'auteur se plaint qu'on a accueilli l'annonce de sa méthode, et qu'elles sont bien faites pour venir en aide à l'opposition et aux critiques que soulèvera la publication de son livre.

Maintenant, messieurs, je pourrais, prenant en main le rapport fait à l'Académie royale de médecine de Turin, vous dévoiler bien des démentis donnés aux résultats annoncés dans l'ouvrage de M. Sperino par ses propres collègues, qui ont pu voir les malades soit pendant, soit surtout après la syphilisation. Je pourrais vous montrer de malheureuses femmes rentrant au Syphilicome ou se faisant admettre dans d'autres hôpitaux pour des récidives qu'on avait déclarées impossibles, ou pour des affections déterminées par des inoculations qu'on disait innocentes, mais cela serait outrepasser les bornes du compte rendu que j'avais à vous faire de l'ouvrage; et d'ailleurs je suppose que vous approuverez mon silence, après ce dernier aveu qui échappe au découragement de M. Sperino : « Afin, écrit-il en terminant son livre, afin de » prouver que je n'ai été guidé dans mes expériences ni par l'enthou» siasme ni par le fanatisme, mais seulement par le désir d'être utile à » l'humanité, en recherchant ce qu'il y a de vrai et de pratique dans » la syphilisation, je continuerai à en suivre les effets éloignés sur les » personnes qui ont été syphilisées jusqu'ici, mais j'ai décidé de ne » plus y avoir recours que dans quelques cas graves de syphilis consti» tutionnelle. »

Nous aussi, monsieur Sperino, nous sommes guidés par le désir d'être utiles à nos semblables, et c'est pour cela précisément que nous condamnons votre méthode. D'avance et sans la connaître à fond, nous nous étions révoltés contre elle, parce que sa seule exposition alarmait nos instincts scientifiques. Aujourd'hui que nous l'avons vue à l'œuvre et que nous avons pu en constater si ce n'est le danger, du moins l'impuissance et le mensonge, nous vous disons, à vous le plus zélé des syphilisateurs, ainsi qu'à tous vos adeptes : comme hommes privés, nous pouvons vous accorder encore notre estime; comme hommes de science, nous reconnaissons volontiers que vous êtes des rhéteurs ou des écrivains habiles, mais comme praticiens vous n'avez rien à attendre de notre approbation.

Messieurs, je propose que des remercîments soient adressés à M. Sperino, et que son ouvrage soit déposé très honorablement dans nos archives.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Affection de l'articulation fémoro-iliaque. — M. Morel-Lavallée présente une pièce d'anatomie pathologique trouvée dans les conditions suivantes :

Sur un des cadavres servant à ses démonstrations dans le cours de chirurgie qu'il fait à l'Ecole pratique, il crut reconnaître l'existence d'une luxation du fémur dans la fosse iliaque externe. L'attitude du membre était telle que l'on pouvait retrouver tous les signes de ce genre de déplacement; mais à la dissection, il reconnut une altération des parties constituantes de l'articulation iléo-femorale. La tête du fémur, énormément tuméfiée, débordait en dehors de la cavité cotyloïde, et il en résultait une saillie qui pouvait être considérée comme le résultat d'une luxation, tandis que, pour compléter l'illusion, le membre était porté dans la rotation en dedans.

Dans l'intérieur de l'article on trouvait des corps étrangers aplatis. C'est là un exemple de ces affections décrites sous les noms d'arthrite sèche et d'arthrocace sénile.

M. Broca a eu d'assez fréquentes occasions de voir des altérations de ce genre auxquelles il conserve le nom d'arthrite sèche. La pièce présentée par M. Morel-Lavallée est intéressante par son degré déjà très avancé d'altération. Quelquefois cette altération est telle que le fémur peut être déplacé et complètement luxé.

— A l'occasion de la communication faite par M. Morel-Lavallée, M. Chassaignac rappelle que dans le compte rendu des travaux de la Société anatomique pour l'année 1834 il a mentionné, sous le nom d'hypertrophie de l'articulation coxo-fémorale, un fait analogue à celui que présente M. Morel-Lavallée. Les seules différences consistaient en ce que la tête du fémur, bien qu'offrant le double de son volume ordinaire, conservait dans sa forme une régularité parfaite. De plus, l'ossification du bourrelet cotyloïdien et le relief considérablement accru du pourtour de la cavité cotyloïde avaient déterminé l'incarcération de la tête du fémur, qui ne pouvait plus être retirée de sa cavité. La pièce avait été apportée par M. Andral neveu. Il n'existait sur cette pièce aucun vestige du ligament rond.

M. Morel-Lavallée a eu surtout l'intention de fixer l'attention de la Société sur la modification d'attitude imprimée au membre malade, modification qui pouvait en imposer au point de vue du diagnostic. Déjà, dans un fait semblable, une affection du même genre portant seulement sur la cavité cotyloïde, en agrandissant son diamètre de haut en bas, avait fait croire à une fracture, en raison de la mobilité de la tête fémorale, qui, ayant conservé son volume normal, jouait librement dans la cavité articulaire.

M. Richet demande si dans ce cas il n'y aurait pas eu précédemment une fracture.

M. Morel ne le pense pas; mais il fera une coupe longitudinale qui pourra donner la solution de cette question.

Le secrétaire de la Société, E. Laborie.

CORRESPONDANCE.

Paris, le 23 décembre 1853.

Monsieur le rédacteur,

Je ne répondrai pas longuement à la lettre de l'honorable M. Rostan. En matière scientifique, la priorité se constate par les publications ou les communications académiques. C'est le 10 avril 1849 que j'ai fait ma communication détaillée à l'Académie de médecine; c'est le 10 mai suivant qu'il a été fait mention pour la première fois, dans votre journal, des observations de M. Rostan. Quant à la communication faite par M. Bouchut à la Société biologique, elle n'est mentionnée que dans le n° du 28 avril 1849 de la *Gazette médicale*, et je n'en ai eu connaissance que par cette voie; s'il en est une autre, vous m'obligerez de me l'indiquer.

Agréez, etc. Michel Lévy.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Voici d'après l'*Annuaire médical* les mutations qui auront lieu au 1ᵉʳ janvier dans le personnel des hôpitaux de Paris :

De Beaujon,	M. Sandras passe à l'Hôtel-Dieu.
De id.	M. Legroux id. id.
De Necker,	M. Hervez de Chégoin passe à La Riboisière.
De l'Hôtel-Dieu,	M. Horteloup id. id.
De Bicêtre,	M. Pelletan id. id.
De La Rochefoucauld,	M. Tardieu id. id.
De Sainte-Marguerite,	M. Legendre id. id.
De id.	M. Pidoux id. id.
De Saint-Antoine,	M. Bohier passe à Beaujon.
De id.	M. Bouley id. id.
Des Incurables (hommes),	M. Duplay passe à Bicêtre.
De Saint-Antoine,	M. Vernois passe à Necker.
De Sainte-Marguerite,	M. Barthez passe à Saint-Antoine.
De Sainte-Périne,	M. Becquerel id. id.
De la Teigne,	M. Bourdon id. id.
Des Nourrices,	M. Bouchut passe à Sainte-Marguerite.
Du Bureau central,	M. Aran id. id.
Du id.	M. Hérard id. id.
Du id.	M. Bernutz passe à Lourcine.
Du id.	M. Gubler passe aux Nourrices.
Du id.	M. Oulmont passe à La Rochefoucauld.
Du id.	M. Hillairet passe aux Incurables (hommes)

— Nous complétons aujourd'hui la liste des prix des internes de troisième et quatrième années, que nous avons donnée dans le dernier numéro :

1ᵉʳ *prix*. Médaille d'or. M. Laboulbène (Joseph-Alexandre).

2ᵉ *prix*. Médaille d'argent. M. Blayn (Louis-Alexandre).

Mentions honorables. MM. Dumesoul (Louis-Stanislas), Bauch (Louis-Joseph).

PRIX DES INTERNES DE 1ʳᵉ ET 2ᵉ ANNÉES.

1ᵉʳ *prix*. Médaille d'argent. M. Marcé (Louis-Victor).

Accessit. Des livres. M. Titon (Auguste-Hubert).

Mentions honorables. MM. Dumont-Pallier, Maison.

PRIX DES EXTERNES.

1ᵉʳ *prix*. M. Baillon.

2ᵉ *prix*. M. Gabriac.

Mentions honorables. MM. Millard, Liégeois.

— Les *Annales cliniques de Montpellier* annoncent que le nombre total des élèves inscrits depuis la rentrée, à la Faculté de médecine de cette ville, s'élève à 280.

— Une cérémonie qui honore le corps médical dans la personne d'un de ses membres les plus illustres a eu lieu récemment à Tournay (Hautes-Pyrénées), ville natale de M. Lordat. Le buste du savant professeur de Montpellier a été inauguré dans la salle des archives de l'hôtel de ville, au milieu d'un grand concours d'autorités et de citoyens. M. Achille Jubinal, de l'Institut, donateur du buste, a présidé lui-même à l'inauguration.

— Dans notre numéro du 22 décembre, à l'article *Correspondance de l'Académie de médecine*, nous avons annoncé l'envoi d'un rapport sur une épidémie à Clamecy : c'est une erreur. L'épidémie de fièvre typhoïde dont il est question a régné dans la commune de Chancey (Haute-Saône), du 20 septembre jusqu'au 20 novembre dernier.

Le Gérant.

Paris. — Typographie de Plon frères, rue de Vaugirard, 36.

N° 154. — JEUDI 29 DÉCEMBRE 1853. (26e ANNÉE.) N° 154. — JEUDI 29 DÉCEMBRE 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes. Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs.

Nous prions nos abonnés des départements et de l'étranger de vouloir bien nous envoyer le montant de leur renouvellement avant le 1er janvier en mandats de poste ou en traites sur Paris.

*En ajoutant 3 francs au prix de l'abonnement, nos souscripteurs ont droit à un exemplaire de l'*ANNUAIRE MÉDICAL *pour 1854. Ceux qui voudraient le recevoir* franco *par la poste devraient envoyer 4 francs.*

SOMMAIRE. — PARIS. Sur les séances des Académies. — HÔPITAL MILITAIRE DU ROULE (M. Abeille). Des accidents produits par le chloroforme et de l'électropuncture comme moyen d'y remédier. — HÔPITAL SAINTE-CATHERINE DE MOSCOU (M. G. Gros). Tuberculose vertébrale. Déformation. Paraplégie. Guérison par l'électricité. — ACADÉMIE DE MÉDECINE (séance du 27). Epidémies. — Eaux minérales. — Ligature de l'iliaque externe. — Pneumatose du cerveau. — Préparation de la digitaline. — Etudes sur les aliments et les nutriments. Nouvelle méthode pour le traitement des malades dont l'estomac ne digère point. Usage des prises et des cuillerées nutrimentives. — Choléra de Londres. — Chronique et nouvelles.

PARIS, LE 28 DÉCEMBRE 1853.

Séances des Académies.

Nous arrivions à l'Académie de médecine avec des idées de disette; mais nous comptions sans l'hôte, ou plutôt sans les hôtes. MM. Lucien Corvisart et Mouriès étaient là, prêts à nous donner le plus éclatant démenti.

Ah ! vous attendiez une séance creuse, vous n'entrevoyiez que les flancs noirs et vides de nombreux scrutins, et vous croyiez n'emporter de la rue des Saints-Pères que des listes de noms plus ou moins éclatants, plus ou moins célèbres ! Attendez...

Pendant que le scrutin se promène et récolte les votes pour la recomposition des commissions des épidémies, des eaux minérales et de la vaccine, M. Lucien Corvisart a formé le projet de vous empêcher de perdre votre temps. Cet honorable confrère, connu par son activité, son zèle, son aptitude laborieuse et de précédents travaux de thérapeutique, a pensé avec raison qu'il devait, avant de traiter les maladies, traiter la santé : c'est-à-dire qu'il fallait nourrir avant de médicamenter; autrement dit encore, que le meilleur médicament était... l'aliment... Que dis-je, l'aliment ! L'aliment qui, je crois, vient du mot latin *alere*, que les dictionnaires traduisent généralement par *nourrir*, n'est réellement aliment que lorsqu'il devient *nutriment;* en d'autres termes, lorsqu'il nourrit.

Il est vrai que jusqu'ici on avait dit à peu près la même chose, et que la transformation de la pâte alimentaire buccale en pâte chymeuse, en pâte chyleuse, ne voulait pas dire autre chose, et que le pain et la viande avaient besoin de subir une première, une seconde transformation dans l'estomac et les intestins avant de devenir assimilables, avant de nourrir, avant de passer dans le rang des *nutriments.* Mais, outre que les mots *chyme* et *chyle* ont vieilli, ils ne frappent pas les oreilles au même degré, et la distinction de M. Corvisart nous paraît plus nette, plus tranchée, mieux sonnante. Si quelque dissident osait prétendre le contraire, nous le renverrions à M. ***, qui prépare les petits flacons précieux de poudre blanche, de nutriment, et qui en fournit tant qu'on veut..., moyennant un prix quelconque; et le dissident serait bientôt convaincu, surtout s'il avait le malheur d'avoir un estomac qui ne digère pas.

Quoi qu'il en soit, le mémoire de M. Corvisart est sérieux, très sérieux, consciencieux, très consciencieux, nous sommes loin d'en douter, et ce n'est certes pas lui que l'on oserait accuser de faire une réclame; aussi l'engageons-nous sérieusement, très sérieusement, à poursuivre ses recherches alimentaires, thérapeutiques, en se détachant autant que possible de toute personne que l'on pourrait, à tort ou à raison, soupçonner de spéculation, et nous applaudirons de grand cœur à toutes les communications que cet honorable lauréat voudra bien appuyer sur des expériences physiologiques, pathologiques ou thérapeutiques.

Après M. L. Corvisart, est venu M. Mouriès, autre travailleur consciencieux et habile, qui a découvert, lui, que l'*aliment* ou le *nutriment* était... le *phosphate de chaux,* et qui conseille sérieusement d'en faire avaler, dans l'intérêt des nourrissons, aux nourrices des villes et des campagnes dont les urines ou les excrétions en contiennent une quantité trop minime. Et cependant nous disons avec l'honorable et habile rapporteur, M. Bouchardat, que ces recherches peuvent être utiles, et nous engageons volontiers, comme l'Académie, l'auteur à les poursuivre, et le remercions de ses premiers travaux.

Mais à côté de cela, il est un danger dont on ne se douterait pas, auquel nous avons heureusement échappé, et dont nous nous sommes cru atteint à plusieurs reprises; toutes les fois qu'il était question d'albumine ou même d'albuminose (et ces malheureux mots sont assez souvent revenus dans la discussion), nous nous voyions poursuivis d'une, de deux, de trois lettres de réclamation de priorité, et cette idée troublait notre quiétude nutritive. C'est que l'albumine est si importante, surtout depuis qu'on a inventé l'albuminose, il est si glorieux de la retrouver quelque part, dans une maladie quelconque, fût-ce dans l'urine ou ailleurs, qu'il y aurait de la cruauté à ravir à qui que ce soit cet honneur immortel !

Enfin, après la lecture de M. Corvisart et l'adoption du rapport de M. Bouchardat, la séance de nutrition a été levée à cinq heures, et nous avons pu nous acheminer tous, académiciens et auditeurs, plus ou moins promptement, selon nos dispositions assimilatrices, vers nos plus ou moins modestes manufactures de... nutriment.

A l'Académie des sciences, tout ce qui regarde la médecine se borne à la présentation par M. Velpeau de son *Traité des maladies du sein,* et à l'analyse que cet honorable professeur a bien voulu en faire lui-même.

La décroissance de l'épidémie a été plus sensible encore et plus rapide dans les trois derniers jours que dans les jours précédents.

Ainsi, pour la journée du 23 décembre, le nombre total des cas nouveaux dans les hôpitaux a été de. 21

Le 24 il a été de. 13

Et le 25 de. 7

Sur les 21 cas du 23, 14 étaient venus du dehors, 7 déclarés dans les salles.

Sur les 13 cas du 24, le nombre des admissions du dehors était de 8, et celui des invasions dans les salles de 5. Enfin, sur les 7 cas du 25, 5 étaient du dehors et 2 dans les salles.

On voit, ainsi que nous l'avons signalé dès le début de l'épidémie, qu'à mesure que le chiffre total s'abaisse, c'est-à-dire que l'influence épidémique s'affaiblit, la maladie frappe dans une proportion relativement plus considérable sur des sujets déjà malades.

Le chiffre des décès dans les hôpitaux a été de 14 pour les deux journées réunies du 23 et du 24.

Le 24 inclusivement, le nombre total des cholériques dans les hôpitaux et hospices était de 904; décès, 397.

HOPITAL MILITAIRE DU ROULE — M. ABEILLE.

Des accidents produits par le chloroforme et de l'électropuncture comme moyen d'y remédier.

Quelque grande que soit l'estime que nous avons pour la personne et le talent de M. Robert, auteur du *Résumé de la discussion sur le chloroforme* à la Société de chirurgie, nous ne pouvons cependant laisser passer sans réponse la quasi condamnation qu'il porte sur l'électricité appliquée à remédier aux accidents qui succèdent parfois aux inhalations chloroformiques.

Si le savant rapporteur avait été amené, soit par le résultat de ses expériences, soit par l'explication raisonnée du mécanisme qui préside à ces accidents, à formuler un pareil jugement, nous aurions été le premier convaincu et nous nous serions empressé d'accepter ses conclusions.

Il n'en est point ainsi malheureusement; c'est contre ses propres expériences et les nôtres, c'est à l'encontre même de sa manière de voir et de raisonner que M. Robert s'est laissé aller à émettre, au sujet de l'électricité, ce doute qui équivaut à une négation.

« Il est donc permis de douter, dit-il page 53, qu'on puisse compter sur cet agent dans les accidents produits chez l'homme, etc. » Et plus loin, il ajoute : « Du reste, l'expérience a parlé. »

Il nous sera facile de démontrer l'erreur profonde dans laquelle s'est laissé entraîner le savant rapporteur; prenons les choses d'un peu haut.

Dans la discussion qui eut lieu, il y a cinq ans, à l'Académie de médecine, sur la mort par le chloroforme, M. Malgaigne, on se le rappelle, attribuait cette mort à l'asphyxie. M. Guérin fut le premier qui, jugeant les faits sous un autre point de vue, fit intervenir comme cause de la mort une intoxication spéciale du système nerveux.

Ceci posé, voyons comment M. Robert a cherché à expliquer les mêmes accidents, la mort; car un remède ne peut avoir de la valeur que quand on connaît la nature du mal et quand l'expérience a été appelée à le juger.

L'asphyxie à la suite des inhalations chloroformiques compte aujourd'hui de bien rares partisans. Notre éminent confrère de Strasbourg, M. le professeur Sédillot, admet un mélange d'asphyxie et d'empoisonnement; mais c'est une impasse dans laquelle il a été entraîné par ses croyances sur l'innocuité absolue du chloroforme bien pur et bien manié. M. Sédillot est un de ces esprits à qui la lumière échappe rarement, et nous ne doutons pas qu'à l'heure qu'il est la lumière ne se soit faite pour lui. M. Broca a admis aussi l'asphyxie dans un récent article publié dans le journal de M. Dechambre; à la Société de chirurgie, M. Maisonneuve s'est prêté à la défense de ce système.

M. Robert a puisé dans les faits publiés et dans les expériences sur les animaux des arguments sans réplique pour le réfuter, et il l'a fait d'une manière victorieuse; on peut s'en assurer aux pages 4 et 5 de son Résumé.

Donc M. Robert n'attribue pas les accidents chloroformiques à l'asphyxie. Il ne reconnaît qu'une sorte d'asphyxie possible, celle signalée par M. le professeur Bouisson (de Montpellier), et qui serait produite par l'écume bronchique accumulée dans la bouche ou la trachée et que l'anesthésie empêche les malades d'expulser; mais il ne sache pas qu'on ait observé la mort à la suite de cet accident, dont il lui paraît toujours possible de prévenir les effets (page 6). Ceci est très explicite.

M. Robert n'adopte pas davantage les idées de M. Guérin, dont il se défend d'être le plagiaire, ainsi qu'aurait voulu le laisser croire l'éminent journaliste. Ame qui vive ne pourra soupçonner le savant rapporteur de plagiat; avec un nom comme le sien, on ne vit pas des idées des autres; mais il arrive parfois que, sans s'en douter, on entre dans les eaux d'autrui par une nouvelle voie qu'on se crée, et l'on croit être bien légitimement dans sa propriété.

Examinons ce point culminant, non pour faire la critique des vues émises par M. Robert, mais pour bien déterminer les faits et en tirer les conséquences.

M. Guérin nie l'asphyxie qu'il appelle passive ou par insuffisance d'air. Quoique M. Robert ait dit à la page 14, et pour se séparer de M. Guérin, qu'il admet cette asphyxie, nous venons de montrer qu'il ne la regarde pas comme un accident pouvant déterminer la mort.

M. Guérin prétend que la mort peut arriver de deux façons : tantôt par une succession régulière et progressive des effets de l'anesthésie, par une sorte d'asphyxie toxique; tantôt presque subitement et par une sorte de sidération. M. Guérin pense, en outre, qu'à une certaine dose le chloroforme tue toujours, et qu'à la dose où il est sans danger pour le plus grand nombre il devient mortel pour certaines personnes, en vertu de prédispositions particulières. Sur ce dernier point, M. Robert est complétement d'accord avec le rédacteur en chef de la *Gazette médicale.*

Voyons s'il se sépare de lui sur les deux premiers, ou s'il n'y a entre eux que l'épaisseur d'un cheveu.

L'asphyxie toxique de M. Guérin par action progressive du chloroforme est niée par M. Robert. De fait, d'après les observations rapportées, la mort ne serait jamais arrivée par action progressive du chloroforme; d'autre part, nous avons, avec le rapporteur, sacrifié plusieurs chiens en les saturant pendant une heure et une heure et demie de vapeurs chloroformiques, et nous n'avons jamais trouvé à l'autopsie le moindre signe anatomique de l'asphyxie.

Mais si l'on veut bien réfléchir à la manière dont M. Guérin comprend cette asphyxie, on verra qu'il n'y a pas grande distance qui sépare les deux adversaires.

M. Guérin fait porter l'action du chloroforme sur le système nerveux, et c'est par suite de l'influence subie par ce système que la respiration finirait par ne plus s'exécuter. Le mot asphyxie est

cependant de trop, car ici ce sont non-seulement les organes respiratoires qui cessent de fonctionner, mais encore l'organe central de la circulation, et presque en même temps.

M. Robert regarde le chloroforme comme exerçant une action hyposthénisante sur le cœur, disposant ainsi à la lipothymie, à la syncope, et produisant même parfois la sidération, en paralysant subitement les contractions de cet organe (page 16). C'est, du reste, toute sa théorie pour les accidents chloroformiques; il la reproduit à plus d'un endroit, comme on peut s'en convaincre aux pages 6, 9, 14 entre autres. C'est par cette théorie qu'il prétend différer complétement d'opinion avec M. Guérin.

D'après cet énoncé, on pourrait supposer que le rapporteur admet une action directe du chloroforme sur le cœur, c'est-à-dire que cet agent, porté par voie d'absorption au contact de l'organe central, en paralyse les mouvements. Eh bien! il n'en est rien. Pour arriver à expliquer la paralysie du cœur, il est obligé de faire suivre au chloroforme absolument la même route qu'indique M. Guérin, c'est-à-dire le système nerveux. En effet, plus bas, à la même page 16, il ajoute: « Car, employé comme il l'est chez » l'homme, par inhalation, ce n'est guère par son contact avec le » cœur que cet anesthésique peut en paralyser les mouvements, » mais bien plutôt par l'intermédiaire du système nerveux. » L'aveu est complet.

Puisque, d'après l'aveu de M. Robert, le chloroforme n'agit sur le cœur que par l'intermédiaire du système nerveux, qui lui a prouvé que le cœur est plus tôt paralysé que les organes respiratoires, puisque le même système régit les deux sortes d'organes? qu'est-ce qui l'autorise à admettre d'emblée la syncope? Aucun motif sérieux, plausible, aucune preuve directe, nous supposons, car les vivisections sont contraires à sa doctrine. Nous avons toujours vu dans ces cas, et il le sait bien, le cœur osciller encore quand la respiration ne s'exécutait plus, même chez les animaux que nous avons sidérés.

Ce qui a sans doute contribué le plus à confirmer M. Robert dans sa croyance, ce sont les cinq observations qu'il emprunte au *Monthly journal* et au *Medical times*, et qu'il rapporte aux pages 12 et 13.

Dans trois de ces observations (1re et 3e, et une du *Medical times*), le pouls s'est suspendu pendant quelques secondes au moment où le couteau était enfoncé dans les chairs et sans que la respiration eût changé, ou à peu près, est-il dit. Dans la 2e et la dernière il n'est pas fait mention de l'état de la respiration.

Mais que conclure de ces faits où, l'action du chloroforme étant produite et se continuant, il ne survient de suspension momentanée du pouls qu'au moment où on commence l'opération? C'est qu'évidemment, comme l'a soutenu M. Bickersteth, l'opération ou le premier coup de l'instrument a été pour quelque chose dans ce phénomène subit. Quand un effet se produit cinq fois dans la même circonstance, il est clair que cette circonstance concourt à sa production, en admettant toutefois une prédisposition, et cette prédisposition est pour nous l'intoxication du système nerveux par le chloroforme.

Mais cela prouve-t-il que le chloroforme, qu'il agisse progressivement ou par sidération, tue par syncope? Nullement. Pour l'admettre, il faudrait que l'action du chloroforme fût bien dégagée de toute autre action, telle qu'une opération. Sur les animaux où il n'y a eu qu'intoxication chloroformique, nous avons eu la preuve matérielle que le cœur cesse de battre après que la respiration ne se fait plus. M. Robert l'a reconnu lui-même, quand il dit (p. 25): « M. Bickersteth a cherché à établir que la respiration cesse bien » avant la circulation; nos expériences nous ont conduit au même » résultat, mais d'une manière moins absolue, etc. »

Finalement, nous pouvons objecter à M. Robert que le pouls peut n'être plus apprécié sans que la circulation ait cessé, témoin quatre des cinq observations qu'il a citées. La cessation de la respiration est plus facile à constater, les mouvements inspirateurs étant parfaitement visibles.

M. Robert est donc d'accord avec M. Guérin, puisqu'il fait porter d'abord l'action du chloroforme sur le système nerveux. Il s'en écarte seulement quand il veut établir une action directe sur le cœur, une syncope par paralysie de l'organe. Mais, comme nous le disions, il n'y a que l'épaisseur d'un cheveu qui les sépare, puisque, au lieu d'une action directe, il est obligé de faire intervenir le système nerveux. Ce n'est qu'une explication différente sur un point; rien de plus.

Enfin, c'est bien le système nerveux qui est influencé; les organes qu'il gouverne cessent de fonctionner en même temps ou à peu près quand il y a sidération, ou successivement et graduellement, et la circulation cesse la dernière, quand l'intoxication est graduée. Les mots de syncope ou d'asphyxie toxique entremêlés à cette intoxication du système nerveux pour expliquer la mort n'ont pas plus de valeur que si on voulait les appliquer à l'empoisonnement par les vapeurs de l'acide hydrocyanique pour donner le mécanisme de la même terminaison. Ceci posé, et admettant même la syncope telle que l'entend M. Robert, prouvons une fois pour toutes au savant rapporteur que nous avions eu le droit de le croire pleinement convaincu que, de tous les moyens mis ou à mettre en usage, l'électro-puncture est le plus puissant, le seul immédiatement applicable contre l'intoxication chloroformique.

Du moment que la mort par asphyxie reste écartée, du moment que M. Robert lui-même convient que l'intoxication chloroformique s'adresse au système nerveux, dont il neutralise l'action sur les organes, et que la syncope ne survient que par cette neutralisation, il paraîtra évident à tout esprit dégagé de préoccupation que le remède rationnel, applicable en cette circonstance est celui qui aura la propriété de réveiller l'action nerveuse engourdie ou sur le point de s'éteindre. Chercher à agir sur le cœur par toute autre voie serait illogique, irrationnel.

Y a-t-il en dehors de l'électricité un agent capable de réveiller avec une certaine rapidité l'action du système nerveux engourdi ou paralysé par les inhalations chloroformiques, et itérativement celle des organes qu'il gouverne?

M. Robert lui-même sera tout le premier à répondre par la négative, parce que les expériences auxquelles il s'est livré le lui ont pleinement démontré.

Nous faisons réserve toutefois pour le procédé de M. Guérin; qui n'a donné que des effets nuls entre les mains du savant rapporteur, mais qui, au dire du rédacteur en chef de la *Gazette médicale*, aurait été mis en pratique contrairement aux règles qu'il pose. Ce moyen est donc à expérimenter de nouveau, et nous sommes des premiers à souhaiter qu'il donne les résultats promis par son auteur. Ce ne serait point trop que la science pût compter sur deux moyens énergiques et puissants.

Les animaux comme les hommes qui sont soumis profondément à l'action du chloroforme, qui sont plongés dans l'insensibilité complète, ne réagissent point, quels que soient les excitants et stimulants qu'on emploie à leur égard; les mutilations de toute espèce, l'application du feu et du froid les laissent également dans cet état d'insensibilité. L'électricité par voie d'électro-puncture, au contraire, excite non-seulement l'action contractile musculaire en excitant les nerfs qui président à cette action, mais elle réveille encore la sensibilité et l'intelligence; elle agit en un mot sur les deux ordres de nerfs. M. Robert ne l'ignore point, et il l'avoue même, quand il dit page 53: « Et telle était alors la puissance de » l'électricité, qu'à chaque secousse, quoique l'insensibilité aux » autres moyens d'excitation fût encore profonde, il (l'animal) » poussait des cris aigus et s'agitait violemment. » Pour pousser des cris il faut qu'il y ait perception de la douleur par le cerveau, pour qu'il y ait perception par le cerveau, il faut qu'il y ait réveil de ses fonctions. L'action de l'électricité ne saurait être plus complétement démontrée. Et qu'on ne nous dise pas qu'il n'en est point ainsi chez l'homme! nous défions qui que ce soit d'employer l'électro-puncture sur un homme soumis au sommeil chloroformique sans qu'il s'agite immédiatement sous les secousses, se plaigne bien vite de la douleur, tandis qu'il restera sourd aux mutilations de toute espèce.

On a voulu faire comprendre que ce n'est qu'en agissant sur les masses musculaires que l'électricité peut rétablir la respiration, mais qu'elle n'a pas le pouvoir d'agir sur le cœur, de réveiller son action. C'est au moins ce que dit M. Robert à la page 53. C'est là une phrase qui a échappé au sens exquis du rapporteur, et qui est en opposition complète avec la phrase que nous avons citée plus haut, et où il est question de la perception de la douleur par les animaux. Si l'électricité agit sur les nerfs des deux ordres, de la motilité et de la sensibilité, et c'est avoué par le rapporteur lui-même, elle a action non-seulement pour rappeler la respiration, mais pour remonter aussi la circulation quand elle n'est pas complétement éteinte; nous dirons même plus, pour ramener à la perception des sensations.

Voulons-nous voir M. Robert se réfuter lui-même, quand il soutient que l'électricité n'agit pas directement sur le cœur et n'a pas le pouvoir de réveiller son action, la chose est des plus faciles.

Qu'a-t-il dit (page 52) en parlant de ses expériences en contrôle des nôtres et de celles de M. Jobert de Lamballe?

Il a fait un oubli d'abord, oubli involontaire sans doute, puis il a consacré le principe qu'il dénie plus tard.

« Ainsi que l'avaient déjà signalé MM. Abeille et Jobert de Lamballe, j'ai constamment observé, dit-il, que lorsqu'on sidérait » l'animal en lui faisant respirer à la fois une grande quantité de » chloroforme, les mouvements du cœur et ceux de la respiration » cessaient presque en même temps; l'électricité ne produisait » d'autre résultat que de provoquer des secousses dans les muscles » sans réveiller l'action du cœur. » Nous sommes obligés de demander pardon au savant rapporteur pour le léger oubli qu'il commet. Qu'il veuille bien se rappeler ce jeune chien, sujet de nos deux dernières expériences, que nous avons sidéré avec le chloroforme en une minute et demie après avoir cherché vainement à le sidérer dans les mêmes conditions avec l'éther, la liqueur hollandaise, le chloroforme d'Amérique rapporté par M. Brown Séquart! Il lui reviendra à l'esprit que chez ce jeune chien sidéré les mouvements inspirateurs ralentis avaient complétement cessé, et qu'on percevait encore quelques oscillations du cœur, le pouls étant insensible ou à peu près. Il se rappellera également que l'animal fut rappelé à la vie par l'électro-puncture, si bien que deux jours après nous pouvions encore expérimenter sur lui pour la dernière fois.

Voilà un fait qui prouvera à M. Robert que l'électricité n'est point inutile quand il y a mort apparente par sidération; qu'elle n'est inutile et ne peut rien que quand le cœur a complétement cessé de battre, c'est-à-dire que la mort est certaine.

Plus loin M. Robert ajoute: « Lorsqu'au contraire on ménageait les inhalations de manière à les prolonger jusqu'à ce que la » respiration parût s'éteindre, les mouvements du cœur, toutefois, » persistants quoique à un faible degré, il m'a toujours été possible de ramener l'animal à la vie. » C'est ici que se trouve une contradiction flagrante. Eh, quoi! lorsque la respiration paraît s'éteindre, les mouvements du cœur persistants quoique à un faible degré, et à un degré tellement faible qu'il a fallu quelquefois l'at tention soutenue de plusieurs spectateurs successifs pour pouvo constater au moyen du stétoscope qu'ils existaient encore, vo parvenez toujours ou à peu près à ramener l'animal à la vie; e vous niez ensuite que l'électricité ait de l'action sur le cœur! Ma comment ramèneriez-vous l'animal à la vie si elle n'avait pas d'a tion sur lui? Nous savons bien que l'électricité n'agit pas ici directe ment sur le cœur, qu'elle n'agit que sur le système nerveux q l'anime. Mais si ce cœur, dont les impulsions sont tellement faibl qu'on peut à peine les constater à l'aide du stétoscope, si ce cœu dis-je, rebondit, reprend progressivement de l'activité sous l'i pulsion des secousses électriques, pouvez-vous nier que celle-ci so impuissante à le réveiller?

Nous comprendrions le raisonnement de M. Robert s'il admett la paralysie du cœur par action directe du chloroforme; mais ne cette paralysie, il l'avoue, n'arrive que par l'intoxication du s tème nerveux; l'électricité dissipe cette intoxication, rappelle fonctions nerveuses et avec elles les fonctions des organes que système gouverne, et M. Robert nie l'action de l'électricité sur cœur! à coup sûr nous ne comprenons plus rien à ce raisonnemen

Toutes les fois que le cœur a complétement cessé de battre, l' lectricité ne peut plus rien sur lui, voilà ce qu'aurait dû dire savant rapporteur, voilà quel est le résultat des expériences de no tous. Mais quand le cœur a complétement cessé de battre, c'est mort, et nulle puissance au monde, excepté celle du Très-Haut, pourrait alors redonner la vie; seulement, il n'est pas toujours p sible d'apprécier cette cessation complète, et en cas de doute, devoir veut qu'on agisse.

Il est tellement vrai que quand le cœur a cessé de battre c' la mort réelle sans espoir aucun, que, tandis que tous les aut muscles de l'organisme se contractent encore un certain tem après la mort sous l'influence de l'électricité, voire même la musc leuse intestinale, le cœur reste inerte quelle que soit la mani dont on dirige l'électricité sur lui.

Nous croyons avoir surabondamment prouvé que l'électro-punc ture agit sur le cœur, a le pouvoir de réveiller son action quand n'a pas complétement cessé de battre; essayons maintenant prouver que le très honorable et savant rapporteur s'est lai abuser quand, s'appuyant sur les trois derniers cas de mort par chloroforme où on a essayé de l'électro-puncture sans succè il s'écrie (page 53); « Du reste l'expérience a parlé. »

Nous disons qu'il s'est laissé abuser, car son jugement n'a p ici ce cachet de sévérité que nous lui avons reconnu en tant d'a tres circonstances et qui révèle habituellement en lui un esprit s périeur. Les observations dans lesquelles le galvanisme a été n en œuvre sont celles de MM. Paget, Quain, Dunsmure et la nôtr Qu'a-t-il été fait dans les trois premiers cas? On a d'abord emplo les moyens propres à combattre l'asphyxie; or, de l'avis de M. R bert lui-même, la mort n'a pas lieu par asphyxie, et, non-seul ment on a employé les moyens propres à combattre l'asphyxie, m on a pratiqué une opération, la trachéotomie, on a plongé le m lade dans un bain, toutes circonstances propres à anéantir l'acti nerveuse déjà si fortement déprimée. Ce n'est qu'après toutes c manœuvres, qui ont duré probablement un temps très long, qu' a eu recours au galvanisme. Or, nous le demandons, si le galvanis a chance de retirer les malades du danger, n'est-ce pas quand reste encore quelques ressources, avant que, par des manœuvr irrationnelles, on ait précipité la dépression nerveuse?

Dans l'observation de M. Paget, par exemple, il est bien dit qu pendant tout le temps employé à l'insufflation, à la trachéotomi au bain, au lavement, on sentait de temps en temps battre le po à l'artère radiale; mais il n'est pas dit qu'on le sentit encore qua on recourut au galvanisme. L'insensibilité ne se dissipant pas, est-il dit, on eut recours au galvanisme; les commotions produis rent des contractions musculaires énergiques, mais aucune ins ration. Cette seule et dernière circonstance, d'absence d'inspir tion sous les secousses électriques, nous autorise à penser que pouls avait cessé de battre quand le galvanisme a été employé, que de ce moment la mort était bien réelle.

Et dans l'observation de M. Dunsmure a-t-on employé le galv nisme avant que le pouls ait cessé de battre? l'a-t-on même en ployé aussitôt qu'on s'est aperçu de sa cessation et de celle de respiration? Point.

Voici ce qui est rapporté:

« Ausitôt que le malade fut tranquille, on le plaça dans la pos » tion usitée pour la taille. Précisément à l'instant où on fit au p » rinée la première incision, un des assistants dit que le pou » s'affaiblissait. M. Spence fit alors remarquer qu'il était enco » bon à la tibiale postérieure. Mais, au bout d'une à deux seconde » ces deux messieurs s'écrièrent que le pouls avait disparu. I » chirurgien se précipita à la tête du malade et vit que la respir » tion avait cessé. »

S'il est un instant où on eût pu recourir avec succès à l'électr puncture, c'est celui où pour la première fois le pouls cessait à la r diale et existait encore à la tibiale postérieure. Il aurait fallu avoir l'a pareil tout prêt et le faire fonctionner immédiatement: on n'en av pas; il fallait en envoyer chercher un. Pendant ce temps, on ouvr la bouche par force, et on tira la langue hors de la bouche à l'ai de pinces. On eut recours à la respiration artificielle. Il s'ensui bientôt une inspiration; celle-ci fut bientôt accompagnée d'une s conde, puis d'une troisième et d'une quatrième à des intervall plus longs. Après la cinquième, tout effort de respiration naturel cessa. Aucune pulsation ne pouvait être sentie à l'artère radial

pareil électrique arriva enfin ; au lieu de le faire fonctionner
édiatement, on pratiqua la trachéotomie ; on ouvrit la jugu-
externe, et ce ne fut qu'après un très long temps inutilement
u qu'on usa du galvanisme. La mort était réelle depuis quel-
temps déjà sans doute. Mais ce n'est pas tout : comme pour
rver au galvanisme une part tout à fait ridicule, il fut appliqué
chaque côté du diaphragme, manœuvre qui ne peut s'allier
vec l'opinion de ceux qui croient à l'asphyxie et qui pensent
u rappelle la respiration en excitant des contractions diaphrag-
ques.

c'est avec trois pareilles observations que M. Robert vient
rer que l'électricité a été jugée par l'expérience ! Tout ce que
ns droit du rapporteur et sa lumineuse raison devaient lui per-
re de conclure, c'est que l'électricité, appliquée après tous les
es moyens et après un temps très éloigné de l'apparition des
lents, était restée sans résultat comme eux, mais après eux.
ugement ne préjugeait rien et laissait à chaque lecteur le soin
précier la valeur du galvanisme ; en outre, il laissait une en-
liberté pour déterminer si on avait agi convenablement et
tifiquement en réservant ce moyen le dernier et alors qu'il n'y
plus de vie ni d'espoir de la rappeler.

nant à notre propre observation, où l'électro-puncture a donné
beau et si plein succès, M. Robert ne l'a pas trouvée con-
ite, et voici pourquoi ; parce que chez notre malade la respi-
n persistait, quoique stertoreuse, râlante, et que le cœur bat-
encore, quoique le pouls fût très faible, fuyant.

t état nous parut très alarmant ; nous persistons à croire qu'il
très voisin de la mort. Ce n'est pas l'opinion du rapporteur.
Toutefois, nous devons déclarer que, s'il ne veut comme con-
ntes que les observations de malades rappelés à la vie par l'é-
o-puncture quand le cœur a cessé de battre, il n'en trouvera
is, parce que, quand le cœur a cessé de battre, c'est la mort.
I. Robert oserait-il nier que notre malade fût en danger ? Non.
seulement que ce cas lui semble rentrer dans la catégorie des
s *ordinaires* où les accidents, quoique graves, cèdent en général
moyens moins actifs et bien dirigés.

ais ces moyens moins actifs, nous les avions inutilement em-
s. Il ne reste d'autre ressource au savant rapporteur pour
tenir cette observation dans cette catégorie ordinaire que de
er que ces moyens moins actifs avaient été mal dirigés par
, puisque le danger ne s'était pas dissipé. Nous ne supposons
ue rien ait pu justifier une pareille opinion de sa part, du
s nous ne lui en avons jamais donné le droit. Une telle argu-
ation nous a quelque peu surpris dans la bouche d'un chirur-
ordinairement si perspicace. La longueur et la stérilité de ce
il élaboré au milieu de tant d'autres qui l'accablent sont, sans
a doute, les seules causes qui ont fait fléchir l'éminent rap-
ur vers la fin.

us voulons nous résumer nettement et catégoriquement ; nous
drons avec confiance ensuite le jugement des lecteurs et des
iens pour relever ce que peut avoir d'exagéré celui que
obert vient de formuler contre l'électricité appliquée à re-
er aux accidents causés par les inhalations du chloroforme.

us nous associons aux treize premières conclusions qui termi-
t le travail de M. Robert, parce que, à quelques exceptions
elles posent les conditions prévues ou à prévoir dans lesquel-
chloroforme peut déterminer des accidents. Quant aux six
ières, toutes relatives aux moyens de combattre ces accidents,
ant rapporteur nous permettra d'en considérer quelques-unes
e tout à fait en opposition avec la doctrine qu'il professe sur
ure des accidents, et par conséquent comme intempestives,
'il n'a pas daigné mettre sur la ligne des moyens à employer
le même but l'électro-puncture, dont la valeur lui a été dé-
rée irrévocablement par les expériences et qui est la seule qui
te à ses théories.

ns les cas de syncope grave ou de sidération, dit-il à la qua-
me conclusion, p. 56, il convient de recourir aux moyens
ts :

Exposer le malade à un air frais ;
Donner au corps une position telle que la tête soit déclive ;
Ouvrir la bouche et attirer la langue en avant.

que-là ces préceptes s'adaptent bien avec l'idée de la syncope,
mme leur exécution ne fait pas perdre grand temps et peut
te être éminemment utile, en raisonnant toujours d'après
thèse de M. Robert, nous sommes des premiers à féliciter le
rapporteur sur leur opportunité.

en est plus de même pour celui qui suit :

Pratiquer la respiration artificielle par des pressions caden-
ur le thorax et l'abdomen.

i ! M. Robert n'admet pas la mort par asphyxie ; il admet la
ar syncope, mais syncope de nature bien connue, car, il le
même, ce n'est pas sur le cœur que le chloroforme agit di-
ent, mais bien par l'intermédiaire du système nerveux, et
n cas pareil il conseille comme l'un des plus héroïques
s la respiration artificielle par pressions cadencées sur l'ab-
et le thorax ! Mais qu'aurait-il conseillé autre s'il s'agissait
phyxie, d'autant que plus bas il donne comme auxiliaires utiles
citants de la peau, les frictions, les rubéfiants, etc. ?

ns que tout son plaidoyer a été contre l'asphyxie, de quelque
que ce soit, et en faveur de la syncope par intervention ner-
, et que le traitement qu'il préconise s'adresse à l'as-
: que les lecteurs jugent ! Au point où en est aujourd'hui
la science, il demeure prouvé que le chloroforme exerce
une véritable intoxication sur le système nerveux, intoxication qui, suivant le degré, les prédispositions et une foule de conditions, peut devenir promptement mortelle.

Cette intoxication se traduit par l'affaissement du système nerveux et subsidiairement des fonctions organiques que celui-ci régit.

Le seul agent qui ait pouvoir de dissiper cette prostration nerveuse est l'électricité par voie d'électro-puncture ; c'est un fait irrévocablement introduit dans la science par nos expériences, qui ont été contrôlées par M. le rapporteur lui-même.

Une rigoureuse logique veut donc que, quand l'intoxication chloroformique aura mis un malade en danger, on lui applique son antidote, l'électricité, et cela sans perdre un instant, car la perte du temps peut être irréparable, comme nous craignons qu'elle ne l'ait été malheureusement pour les trois observations qui ont servi de base au jugement formulé par M. Robert.

L'électro-puncture, pas plus que les autres moyens, ne sera avantageuse quand le cœur aura cessé de battre, parce qu'alors la mort est bien réelle ; mais, comme on ne peut savoir au juste le moment où cette cessation a lieu, la prudence veut qu'on agisse alors même.

Recourir à d'autres moyens qui font perdre du temps avant d'employer l'électro-puncture, c'est, suivant nous, s'exposer, peut-être sans motif bien fondé, à un mécompte.

Les aiguilles, parfaitement isolantes pour transmettre tout le fluide, doivent être implantées le long de l'épine, l'une à la région cervicale, l'autre à la région lombaire. De cette façon, les secousses portent sur la totalité du corps, car il est incontestable que l'électricité se transmet de la périphérie au centre, du système cérébro-rachidien au système ganglionaire par la voie des anastomoses.

Les secousses doivent être assez éloignées, au moins vingt à trente secondes. Il est un fait acquis à la science, c'est que les secousses électriques rapprochées détruisent l'excitabilité, et que dans le cas où il y a affaissement de cette propriété nerveuse on doit redouter d'arriver à ce résultat, qui serait nécessairement funeste.

L'objection faite de la difficulté d'avoir un appareil électrique à sa disposition quand on chloroformise un malade n'en serait plus une du moment que la théorie, les expériences sur les animaux et les faits cliniques auraient démontré que cet agent est le seul capable de retirer promptement les malades du danger.

La théorie et les expériences sur les animaux s'accordent à sanctionner sa haute valeur. Nous croyons que les praticiens auront parfaitement compris qu'il n'est plus en leur pouvoir de négliger de l'employer, et que, tout en obéissant aux préceptes formulés par M. Robert lui-même pour remédier aux accidents du chloroforme, ils pourront préalablement ou en même temps mettre l'électricité à profit. Nous ne doutons pas dès lors que d'ici à quelque temps les faits cliniques ne s'accumulent pour prononcer en dernier ressort.

HOPITAL Ste-CATHERINE DE MOSCOU.

M. G. Gros.

Tuberculose vertébrale. — Déformation. — Paraplégie. Guérison par l'électricité.

Iwan Alekcéeff, Moscovite, est âgé de quarante-quatre ans, le 12 septembre 1852, lorsqu'il entre à l'hôpital Sainte-Catherine. Il accuse des douleurs dans la région lombaire, et depuis un an il ne peut plus se tenir debout. Il dit avoir eu la syphilis à l'âge de vingt ans, une blennorrhagie à vingt-trois ans, des congestions et des accidents apoplectiques à vingt-quatre ans, accidents qui se seraient renouvelés trois ans plus tard. Depuis lors il a joui d'une belle santé, avec une constitution robuste.

Il y a quatre ans qu'il vit se former sur le cordon testiculaire droit une tumeur de la grosseur d'un œuf de pigeon, qui s'abcéda et lui laissa une fistule que le malade porte encore au moment de son entrée.

On voit une déformation vertébrale à la hauteur de la 9e et de la 10e vertèbre dorsale, déformation qu'il semble ignorer, et qu'il rapporte à un coup reçu à l'âge de vingt ans. Il n'est guère possible d'avoir autre chose que des conjectures sur les rapports de la fistule scrotale avec l'affection vertébrale antérieure. Quoi qu'il en soit de ces commémoratifs obscurs, on constate que le malade porte une fistule scrotale, qu'il a des douleurs lombaires exaspérées par le mouvement, que le membre droit est atrophique depuis un an et privé de mouvement.

On lui met des fontanelles et on le tient en observation sans autre médication active.

Pendant les mois d'octobre et de novembre, l'œdème des pieds augmente avec la paralysie du membre gauche, si bien qu'au commencement de décembre il n'a plus de mouvements volontaires. On fait quelques essais thérapeutiques et l'on emploie les préparations strychniques, qui paraissent agir sur les extenseurs de la cuisse et produire une roideur tétanique douloureuse.

L'état général avait offert des complications variables assez insignifiantes.

Le 3 décembre, ce malade nous est confié, et nous en venons à l'examen électrique. Nous constatons que la sensibilité cutanée est obtenue ou abolie, et que les muscles jouissent d'une excitabilité diverse. Les extenseurs de la cuisse ont une faible irritabilité électrique ; les adducteurs n'en ont point ; les fléchisseurs, insensibles, sont pris à gauche d'une roideur tétanique douloureuse. Le décubitus dorsal est impossible ; les jambes sont tenues à demi fléchies. Les grands et moyens fessiers ne sont pas contractiles, et ne se réveilleront que tard. La sensibilité cutanée des fesses est si obtuse que le malade sent à peine les intermittences fortes et rapides, se croit assis sur des coussins, et supporte les épingles à travers la peau et les muscles. Les jambiers antérieurs et postérieurs sont tout à fait paralysés, mais se contractent légèrement par les courants intenses dirigés sur le nerf poplité et sur le péronier. Les plantaires restent entièrement insensibles. La vessie, le rectum, le périnée sont aussi affectés dans leur innervation.

La ligne paraplégique semble assez nettement tracée au-dessus de l'origine du fémoral et de l'iléo-inguinal.

Le malade est électrisé tous les jours et prend de l'iodure de fer. On lui fait des frictions iodées et des bains ; on lui applique aussi une bande roulée, pour combattre l'œdème des pieds. Il a besoin de quelqu'un pour lui déplacer les jambes ; il s'assied en se soutenant sur les bras. La faiblesse lombaire, qui ne peut supporter le poids du tronc, persistera fort longtemps.

Les muscles sont électrisés directement ou par leurs cordons nerveux.

Vers le 10 décembre, le paraplégique peut remuer le membre gauche, au point qu'il amène le talon jusqu'à la demi-flexion de la jambe ; le membre droit, plus atrophié, reste encore sans mouvement.

Dans le courant du mois, on voit les muscles se réveiller successivement ; les mouvements, longtemps très faibles dans les extenseurs et les fléchisseurs des orteils, devenir plus libres, si bien que le 26 décembre le malade peut soulever son membre gauche, ce qui ne se fait que le 9 janvier 1853 pour le membre droit, dont les muscles atrophiques avaient plus de chemin à faire pour regagner leur tonicité.

La sensibilité cutanée, d'abord obtuse ou abolie, revient peu à peu ; mais ce n'est que le 25 janvier que les sensations du pied droit sont nettes, et dans le courant de février celles de la plante gauche le deviennent aussi.

La sensibilité et la motilité s'étaient réveillées depuis plusieurs semaines sur le trajet du saphène, du péronier et du tibial antérieur, tandis que le domaine du tibial postérieur ne donnait encore que des sensations obtuses ou des mouvements restreints.

Dans le courant de janvier, notre paraplégique est pris de douleurs sourdes et profondes dans la fosse iliaque droite, en même temps que le cordon spermatique du même côté se prend de nodosités qui ont d'abord le caractère d'une tuberculisation.

L'électricité était continuée et faisait faire des progrès malgré ces complications fâcheuses. Il n'y avait plus de doute en février, le malade était pris d'une suppuration osseuse vertébrale, et il se préparait des abcès multiples par congestion. Aussi, fièvre variable, sueurs nocturnes, horripilations, douleurs lombaires, sensibilité abdominale, diarrhée variable, respiration bronchique suspecte pour quelques confrères, tout cela devait aboutir vers la mi-mars à des abcès qui s'ouvrirent presque spontanément au-dessus et au-dessous du ligament crural et par l'ancien trajet fistuleux du scrotum. On soutint le malade par un bon régime et une médecine symptomatique.

Malgré sa grande émaciation, le malade n'avait pas perdu la motilité et la sensibilité des jambes et des pieds.

Dans le courant d'avril, cependant, le décubitus et l'inaction avaient fait perdre au malade de sa motilité, ce qui nous invita à reprendre l'électricité environ deux fois par semaine. On lui donna du vin, de l'huile de foie de morue et des aliments.

Dans les premiers jours de mai, les trajets fistuleux sécrètent toujours quelques gouttes ; le malade peut se tenir sur ses pieds et se traîner d'un lit à l'autre en s'aidant de ses deux mains.

Le 2 juillet, il essaie des béquilles ; à la fin d'août, il les échange contre deux bâtons ; en septembre, il jette béquilles et bâtons ; en novembre et décembre, il va soutenir d'autres paralytiques qui chancèlent encore.

Pendant le cours de l'été, il a repris son embonpoint ; ses membres, émaciés, sont devenus vigoureux, son visage est plein, sa poitrine n'inspire plus d'inquiétude, ses fistules sont fermées ou à peine humides, sa gibbosité est la même, les muscles lombaires sont normaux ; il est, en un mot, en pleine voie de guérison.

L'histoire de cette paraplégie, esquissée à grands traits, pourrait être l'objet de plusieurs réflexions touchant l'innervation normale et pathologique, réflexions que nous nous réservons de faire connaître dans le cours de nos prochaines publications. Rien n'est plus faux que le fameux : *Remota causa, tollitur effectus*. Rien n'est plus commun, au contraire, dans l'espèce que de voir les paralysies symptomatiques d'une lésion cérébrale ou spinale persister après la guérison apparente de cette lésion. Les faits n'étant pas toujours d'accord avec nos idées théoriques, il faut cependant les admettre avec leur air de brutalité. De même que des lésions locales peuvent être attaquées et guéries par des médications locales, de même aussi les lésions locales de nutrition, d'innervation causées par des maladies centrales et persistant après la guérison de ces dernières doivent être traitées localement de préférence, quand on dispose d'un agent aussi puissant, aussi précis, aussi maniable que l'électricité, et que des faits nombreux et évidents viennent montrer aux observateurs la possibilité d'une innervation collatérale ou par conjugaison, comme nous le rapporterons, surtout à propos des paralysies faciales et traumatiques.

Au milieu des complications de maladies des os et des viscères chez notre paralytique, on peut, je crois, cependant reconnaître la part qui revient au traitement électrique. A la vérité, le *post hoc*,

ergo.... est toujours un retranchement pour notre scepticisme. Sans l'intervention de l'électricité, ce qu'il serait? Je n'en sais rien; mais ce qu'il est en ce moment, nous l'avons vu.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 27 décembre 1853. — Présidence de M. Bérard.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Epidémies. — M. le ministre du commerce transmet :

1° Un rapport sur une épidémie de variole qui règne depuis le mois d'octobre dernier dans l'asile des aliénés de Fains (Meuse);

2° Un rapport de M. le docteur Rousset sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans treize communes de l'arrondissement de Sarreguemines (Moselle);

3° Un rapport de M. le docteur Chapel, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Saint-Malo (Côtes-du-Nord), sur une épidémie de fièvre scarlatine qui a régné dans cet arrondissement depuis le mois de mars 1852 jusqu'au mois de février 1853.

Eaux minérales. — Le même ministre transmet plusieurs documents qui lui ont été adressés sur les eaux minérales des Pyrénées-Orientales, et une demande d'analyse de l'eau provenant de la source du plan de Phasy (Hautes-Alpes).

Ligature de l'iliaque externe. — M. Laurencin, chirurgien en chef de la marine à Rochefort, adresse une observation relative à un anévrisme de l'artère crurale traité par la ligature de l'artère iliaque externe. (Commissaires: MM. Velpeau, Laugier et Roux.)

Pneumatose du cerveau. — M. Pitancier de Montigny (de Madon) adresse une note dont l'objet est de démontrer que les apoplexies sans lésion sont dues à un gaz développé dans le cerveau.

Préparation de la digitaline. — M. Lepage, pharmacien à Gisors, communique une observation relative à la préparation de la digitaline et à la cause de l'impureté de cet agent thérapeutique. (Commissaire : M. Bouchardat.)

— M. le président annonce à l'Académie que M. Chélius est présent à la séance.

— L'ordre du jour appelle le scrutin pour le renouvellement partiel des commissions permanentes pour l'année 1854.

Pendant le scrutin, la parole est donnée à M. Robinet, pour lire une série de rapports sur des remèdes secrets.

Etudes sur les aliments et les nutriments. — Nouvelle méthode pour le traitement des malades dont l'estomac ne digère point.— Usage des prises et des cuillerées nutrimentives, etc. — M. Lucien Corvisart lit sous ce titre les conclusions d'un volumineux mémoire qu'il dépose sur le bureau.

L'aliment n'est qu'une substance brute qui laisse périr d'inanition celui qui ne digère point; de même que l'œuf brut reçoit tout à coup par la fécondation l'aptitude à faire un nouvel être, l'aliment brut, par la digestion, acquiert tout à coup une aptitude à nourrir ou, si l'on veut, à faire vivre.

Lorsqu'il a acquis cette propriété élevée, je l'appelle *nutriment*.

Le nutriment a par lui-même la propriété de nourrir même celui qui ne digère pas.

L'albuminose est un nutriment; mais il est loin d'être le seul.

Il y a plusieurs nutriments azotés; il y a plusieurs manières de faire des nutriments azotés; plusieurs sortes de nutriments azotés sont aussi nécessaires pour faire vivre que plusieurs aliments azotés, et par la même raison.

On reconnaît un nutriment à ce qu'il agit à la manière des substances digérées quand on l'introduit dans la profondeur des tissus, quoiqu'on ne lui permette pas de toucher les organes digestifs.

Toute substance soluble qui n'est pas utilisable par l'économie et qui y pénètre est rejetée par les sécrétions (surtout l'urinaire) : ainsi des poisons, des médicaments; ainsi des aliments bruts.

Toute substance utilisable, comme est le nutriment, est retenue, utilisée et n'est pas rejetée par les urines.

L'injection dans les veines d'un animal, pourvu qu'on observe nombre de précautions opératoires, permet de reconnaître à l'instant un aliment d'un nutriment.

Ni les caractères physiques, comme croyait Spallanzani; ni les caractères chimiques, comme il résulterait des travaux de M. Mialhe, ne peuvent faire reconnaître un nutriment: le caractère physiologique ou organoleptique seul est irréfragable.

On a prouvé qu'un seul aliment ne peut suffire à l'entretien de la vie, c'est parce qu'il ne fournit qu'un seul nutriment.

De même qu'il faut associer les aliments dans l'alimentation, il faut associer les nutriments dans la nutrimentation des malades dont l'estomac ne digère point.

La méthode nutritive paraît à M. Corvisart utile dans les vomissements, la diarrhée, l'anorexie, etc.; une de ses prises nutrimentives suffit pour opérer la digestion des aliments et ranimer l'appétit.

D'ailleurs, l'auteur indique un excellent moyen d'appréciation de sa méthode, c'est d'habituer sans fatigue l'estomac à agir sans secours et naturellement, de faire un repas sans prise ou cuillerée nutrimentive, et l'autre avec sa méthode, cas où l'on s'éclaire bien vite sur la valeur de celle-ci.

De l'alimentation insuffisante. — M. Bouchardat lit un rapport sur un mémoire de M. Mouriès, ayant pour titre : *Note pour servir à l'histoire de l'alimentation insuffisante.*

L'auteur aborde, dans ce mémoire, les questions les plus diverses et les plus intéressantes qui se rapportent au rôle du phosphate de chaux dans la nutrition des animaux, et à l'influence que l'emploi bien entendu de ce sel peut exercer pour diminuer la fréquence des maladies et la mortalité des enfants dans les villes.

M. Mouriès, partant de ce principe, démontré par Chossat, vérifié et formulé par M. Boussingault, développé par M. Bérard, et aujourd'hui admis par tous les physiologistes, que l'alimentation est insuffisante quand les aliments ne contiennent pas assez de phosphate de chaux pour restituer à l'économie celui qui en est continuellement expulsé, a cherché à établir que l'alimentation communément en usage dans les villes ne contient pas une proportion suffisante de phosphate de chaux, surtout lorsqu'il s'agit d'une femme enceinte et d'une nourrice. Il est arrivé indirectement, par l'examen des *excreta*, à fixer la quantité de phosphate de chaux qui doit être ingérée dans les 24 heures. En prenant le chiffre de 6 grammes par jour comme la dose nécessaire à l'entretien de la santé, il est arrivé à prouver que dans bien des circonstances cette quantité ne se trouve pas dans les aliments des nourrices des villes. Il a constaté que les urines des femmes à la campagne donnent 5 grammes de phosphate par jour, tandis qu'elle oscille de 1 gramme à 5 dans les villes. Il a cherché enfin si la ration journalière de la femme des villes renfermait les 6 grammes de phosphate de chaux qu'il croit nécessaires à la santé, et il est arrivé à formuler une insuffisance journalière de moitié environ.

Voici les conclusions qu'il déduit des expériences qu'il a exécutées et de la comparaison des faits que la science possède :

1° Le phosphate de chaux joue chez les animaux un rôle plus important qu'on ne le pensait jusqu'à ce jour. Indépendamment de son influence sur la production du système osseux, ce sel agit en entretenant l'irritabilité, sans laquelle il n'y a ni assimilation, ni conséquemment nutrition; aussi son insuffisance très accusée produit-elle la mort avec tous les symptômes de l'inanition, tandis qu'une insuffisance moins marquée fait naître la série des maladies lymphatiques.

2° L'alimentation des villes est insuffisante sous ce rapport. Le lait des femmes a conséquemment le même défaut, et l'enfant comme le fœtus souffrent de l'absence de cet élément indispensable à leur vie et à leur développement. De là une des principales causes de l'énorme accroissement du chiffre des morts-nés et de celui de la mortalité des enfants dans les villes.

3° L'addition de ce sel uni à une matière animale complète les aliments, et prévient les maladies et la mort qui suivent toujours l'absence ou l'insuffisance du phosphate des os.

M. le rapporteur, tout en considérant ces résultats comme insuffisants pour juger une question aussi grave, pense néanmoins qu'ils méritent de fixer l'attention. Il propose, en conséquence, de remercier l'auteur de son intéressante communication et de l'engager à poursuivre des recherches auxquelles l'Académie prend un grand intérêt.

M. Londe considère comme un peu absolue la détermination de 6 grammes de phosphate de chaux considérés comme nécessaires pour l'entretien de la vie. D'après les expériences faites sur de jeunes animaux, il paraîtrait d'ailleurs que les aliments phosphatés seraient beaucoup plus utiles dans l'enfance que dans l'âge adulte et la vieillesse.

M. Bouchardat fait remarquer que la quantité de phosphate de chaux évaluée à 6 grammes est relative à l'âge adulte, aux nourrices, et non aux enfants. Ce chiffre est du reste un peu arbitraire; les observations ne sont pas encore suffisantes pour le fixer d'une manière définitive.

M. Moreau. M. Bouchardat a énoncé d'une manière générale que le lait des nourrices de la campagne contient plus de phosphate de chaux que celui des nourrices des villes; mais il n'est pas dit sur quelle classe de nourrices ont porté ces recherches. Il y a à Paris des nourrices placées dans des conditions d'hygiène et de bien-être bien différentes. Si c'est sur des nourrices de la classe pauvre, par exemple, qu'ont été faites les expériences, il est évident qu'on a eu affaire à des nourrices qui ne sont pas dans les conditions de santé ordinaires. Il doit en être tout autrement des nourrices de la classe aisée. Enfin, on n'a pas tenu compte non plus des changements qui doivent survenir chez les nourrices de la campagne qui viennent à Paris nourrices sur lieu, et qui sont soumises à un changement complet de régime et d'alimentation.

M. Bouchardat. M. Moreau sait combien est difficile le rôle de rapporteur. Pour résoudre toutes les questions qu'il vient de poser, il aurait fallu faire des expériences qui auraient demandé plusieurs années. Le rapporteur a dû se borner ici à contrôler les faits énoncés par M. Mouriès, sans aller au delà. Or, les expériences de M. Mouriès reposent sur trois ordres de preuves : sur l'analyse du lait, sur l'analyse des urines et sur l'observation clinique. Envisagées d'une manière générale, ses propositions sont vraies. Il y a plus de sels de chaux dans les substances dont se compose l'alimentation des femmes de la campagne que dans celles qui entrent dans l'alimentation des femmes des villes.

M. Depaul ne conteste pas la valeur des analyses chimiques, il les accepte; mais il ne croit pas qu'on puisse accepter aussi facilement les résultats de l'expérience clinique. Quelles sont les preuves de l'efficacité du traitement par le phosphate de chaux appliqué aux nourrices de Paris? L'auteur rapporte quelques observations; mais quelles sont les nourrices sur lesquelles ces expériences ont été faites? C'est ce que l'on ne dit ni dans le mémoire, ni dans le rapport. Je suis porté à croire, avec M. Moreau, que les nourrices sur lieu, à Paris, sont dans des conditions meilleures que les nourrices de la campagne. Il y a là des conditions particulières qui échappent à l'analyse chimique, et que tous les praticiens savent très bien apprécier. Il y aurait, par conséquent, des réserves à faire sur les conséquences pratiques à déduire des recherches de M. Mouriès.

M. Bouchardat accepte parfaitement les observations de MM. Moreau et Depaul. Sans doute, il faut tenir compte des données de l'expérience, et pour son compte, s'il avait à choisir une nourrice, il s'informerait des antécédents et des conditions générales de santé et d'existence. Mais est-ce une raison pour rejeter la lumière que peut fournir la chimie? Il y a là une voie nouvelle d'expérimentation qui mérite d'être encouragée, et, bien que les expériences de M. Mouriès ne soient pas encore suffisantes pour justifier les conclusions, elles n'en méritent pas moins les encouragements de l'Académie.

M. Caventou approuve beaucoup les réserves du rapporteur. Les résultats des expériences ne sont pas suffisants encore pour légitimer des conclusions. On n'a considéré d'ailleurs dans ces expériences que ce qui peut résulter de l'ingestion du phosphate de chaux sur la composition des os, mais on n'a pas tenu compte des autres éléments, et, sans parler des éléments organiques, on ne s'est nullement occupé, par exemple, du carbonate de chaux. Il regrette cette lacune dans les expériences de M. Mouriès.

M. Gibert n'accepte pas l'intervention de la chimie dans les questions de cette nature. Il y a un véritable danger à résoudre des questions aussi complexes par la chimie seulement. L'expérience journalière dépose contre les conclusions des expériences chimiques. Les meilleures nourrices sont celles qui nourrissent sur lieu; or on ne leur donne pas de phosphate de chaux. On ne trouve ni dans le mémoire de M. Mouriès, ni dans le rapport de M. Bouchardat aucune preuve à l'appui des propositions qui y sont avancées. M. Gibert demande que les conclusions du rapport soient modifiées en ce sens qu'il faudrait engager M. Mouriès à tenir compte à l'avenir dans ses expériences de tous les éléments complexes de la question.

M. Bouchardat ne voit de danger que dans l'ignorance. (M. Gibert. Et plus encore dans la fausse science.) Quant aux preuves que M. Gibert se plaint de ne point trouver dans le travail de M. Mouriès, elles s'y trouvent en réalité, et elles sont très positives.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

— Voici le résultat du scrutin pour le renouvellement partiel des commissions permanentes :

Commission des épidémies.

MEMBRES SORTANTS.	MEMBRES ENTRANTS.
MM. Rostan,	MM. Bégin,
Michel Lévy.	Collineau.

Commission des eaux minérales.

MM. Jolly,	MM. Patissier,
Patissier.	Nacquart.

Commission de vaccine.

MM. Girardin,	MM. Depaul,
Danyau,	Jolly,
Devilliers, décédé.	Emery.

Commission des remèdes secrets.

MM. Adelon,	MM. Girardin,
Bouchardat,	Chatin,
Orfila, décédé.	Renauldin.

Commission de publication.

MM. Bousquet,	MM. Bouillaud,
Bégin,	Laugier,
Chomel,	Requin,
Bussy,	Boutron,
Bouley jeune,	Leblanc.

— La séance est levée à cinq heures.

CHOLÉRA DE LONDRES.

Semaine du 10 au 17 décembre 1853.

Mortalité générale.	1,358
— due au choléra.	11
— à la diarrhée.	27

La mortalité cholérique est répartie ainsi qu'il suit :

Sous le rapport des sexes, 5 hommes et 6 femmes ont succombé.

Sous le rapport des âges : au-dessous de 5 ans, 3; de 5 à 15 ans, 0; de 15 à 30 ans, 2; de 30 à 50 ans, 2; de 50 à 70 ans, 3; à 85 ans, 1.

Sur ces 11 cas, 3 ont été observés dans le quartier de l'ouest; du nord, 1; de l'est, 5; du midi, 2.

Observations météorologiques.

Le baromètre s'est tenu à une hauteur moyenne de 29 p. 1/2. = 74°,9 centim.

Le thermomètre à 32°,7 Fahr. = 0°,1/4 centigr.

Vents du nord-est.

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Voici la liste des élèves appelés pour concourir à faire le service d'élèves externes dans les hôpitaux et hospices civils :

Second, dit Féréol, Duhomme, Dupuiset, Borde, Fournier, Lucas, Soulié, Berneaudeaux, Mercier (Edmond), Feron, Lenac, Gerin-Roze, Destez, Campardon, Bals, Royer (Anatole), Alla-Margot, Métivié, Dumont, Fayel, Deslongrais, Gibert, Brûlé, Colon, Garnier, Lebrun, Lenormant, Roux, Londe, Dourlens, Broquier, de Buman, Germain, Legros, Peter, Populus, Raux, Hulin, Genouville, Schloss, Blot, Manoury, Meunier, Picard, Vissaguet, Tessier, Moricand, Jaulot, Bonassies, Duval, Foubert, Salomon, Bonifas, Berger, Renault, Judée, Landry, Geoffroy, Bouquerot, Couttin, Dupuis (Auguste), Durante, Feyfaut, Chatellin, Dance, Fleury, Bourgeaiserie, Gressy, Guignard, Helle, Lebeau (Louis), Marchandon, Paris (Adolphe), Péan, Poreau Vigouroux, Durieu, Langiatin, Pasteur, Mosmant, Cabours, Delorger, Landrot, Lala, Thomeuf, Dumesnil, Rousseau, Maugras, Sautier, Fredet, Baudry, Bonnemaison, Bosc, Goux, Lafont, Marron, Michel, Patin, Royer (Henri), Tardif, Tailhardat, Cortès, Dupont (Emile), Letailleur, Alcantara, Brunet, Dupré (Frédéric), Ferrey, Guichemerre, Houzé, Lambert, Petel, Silve, Cezilly, Lintilhac, Gros, Bouteilloux, Guibourd, Alliaux, Garrigou, Jousseaume, Hardy, Maillard, Meynier, Monot, Paul, Truchetet, Beaucher, Bourgeois, Bouts, Clausse, Démoulin, de Surosne, Dupré (Achille), Gachet, Guérin (Girard), Guérineau, Havet, Lansiaux, Lavergne, Leker, Pouthier, Roby, Tondut, Paupert, Bois, Billout, Coillot, Crouzat, Gillotin, Gérard, Henry, Lesséré, Ladreit de la Charrière, Basset, Donnet, Doucet, Godquin, Jatros, Lamy, Martin, Paley, Milon, Boitard, Fougère, Bougard, Brou, Collardot, Desmonts, Desplanques, Dupuis, Fleury (Emile), Gaube, Gauvin, Menard, Reculez, Mothe, Pouzet, Rivière, Royer (Louis), Batut, Benoit, Bissieu, Cahuzac, Deloire, Lesure, Claverie, Ozenne, Rodier, Guérin (Benjamin), Baldy, Bert, Bulard, Frette d'Amicourt, Mazerg, Moity, Moraud, Tuilaut, Vauclin.

Le Gérant,

Paris. — Typographie de Plon frères, imprimeurs de l'Empereur, 36, rue de Vaugirard.

N° 155. — SAMEDI 31 DÉCEMBRE 1853. (26e ANNÉE.) N° 155. — SAMEDI 31 DÉCEMBRE 1853.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

A NOS LECTEURS.

L'acte de donation du 10 octobre 1853, qui institue un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans la *Gazette*, et un autre de 7,000 fr. pour parfaire l'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier de ce journal, sera envoyé à toute personne qui en fera la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. 30 »

Pour les autres pays d'Europe, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes. Abonnements expédiés par la voie d'Angleterre : 45 francs.

PARIS, LE 30 DÉCEMBRE 1853.

L'épidémie semble suivre la progression décroissante de la température. Sans attacher une grande valeur à ce rapport, qui pourrait bien n'être qu'une simple coïncidence, il est certain que depuis le 18 décembre, époque où la température a été presque constamment au-dessous de zéro, l'épidémie, après une légère augmentation momentanée, a recommencé à décroître de jour en jour d'une manière continue et presque régulière. Ainsi, pour la journée du 27, la dernière dont nous ayons pu connaître le chiffre, il n'y a eu que 4 admissions seulement.

Quoi qu'il en soit de ce rapport, que nous nous bornons à constater sans lui accorder plus d'importance qu'il n'en mérite, il est permis d'espérer, d'après cette décroissance rapide et soutenue, que nous aurons à annoncer prochainement la cessation complète de l'épidémie.

Voici, d'après les derniers relevés, le chiffre total des cas de choléra admis ou développés dans les hôpitaux jusqu'au 27 décembre inclusivement, et le chiffre total des décès, tant pour les hôpitaux que pour la ville et la banlieue :

Malades traités dans les hôpitaux, 923, dont 675 venus du dehors, et 248 atteints dans les salles.

Décès dans les hôpitaux.	414
— à domicile (en ville).	293
— dans la banlieue.	94
Total.	801
Décès militaires.	49
Total général.	850

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Choléra. — Description.

Nous continuons à présenter aujourd'hui, d'après M. le professeur Rostan, les principaux traits caractéristiques de l'épidémie actuelle, tant dans ce qu'elle a de général et commun avec les épidémies précédentes que dans ce qu'elle peut offrir de particulier.

Nous en étions resté aux symptômes fournis par les divers appareils et les diverses fonctions organiques pendant la période algide; il nous reste à dire quels sont les symptômes fournis par les fonctions de la vie extérieure ou de relation.

Etat extérieur. Système cutané. — On se rappelle ce qui a été dit précédemment de l'état de la circulation et de la calorification générale.

L'état de la peau, ainsi que tout l'aspect extérieur du malade, n'est que la conséquence de la modification profonde imprimée à ces deux grandes fonctions; il traduit en quelque sorte le trouble et l'arrêt de la circulation. Mais il est extrêmement difficile de rendre cet état; les expressions manquent pour cela. C'est le cas de rappeler ces paroles de Condillac : « Nous sommes bien plus riches » en impressions qu'en expressions. » Les malades présentent une teinte violacée, bleuâtre sur quelques parties du corps, notamment sur la face, les pieds et les mains; parfois même sur la totalité du corps. Il y a du reste, à cet égard, une assez grande différence entre l'épidémie actuelle et celle de 1832.

En 1832, on voyait des malades chez lesquels la cyanose était portée à un tel point, qu'ils étaient littéralement bleus ou même noirs; on les eût pris aisément pour des hommes de couleur. Cette teinte cyanique était, en général, déjà moins prononcée en 1849 ; elle l'est moins encore cette année; les malades offrent une couleur plutôt grisâtre que bleue. Mais, il ne faut pas s'y tromper : pour présenter ces symptômes, moins graves en apparence, les malades n'en meurent pas moins. En même temps que la peau a pris cette teinte caractéristique, elle a perdu plus ou moins complétement sa contractilité. Lorsqu'on la pince, elle garde longtemps le pli, et ne revient que très lentement et incomplétement sur elle-même.

L'un des phénomènes extérieurs les plus frappants, après la coloration et l'aspect de la peau, c'est cet amaigrissement rapide, effrayant, qui en quelques heures réduit les sujets les plus robustes et le mieux pourvus d'embonpoint à un état squelettique.

Il résulte de ce concours de phénomènes une apparence extérieure générale qui a été heureusement esquissée d'un trait par M. Magendie en 1832 : « Ces malades, dit-il, sont cadavérisés. »

On a dit avoir observé dans quelques cas la gangrène des extrémités. M. Rostan n'a jamais eu l'occasion de la voir. (Il s'en est présenté tout récemment un cas à l'hôpital de la Pitié chez un malade atteint de fièvre typhoïde et pris de choléra dans les salles. Ce malade a succombé à la suite d'accidents déterminés par la gangrène, qui a envahi la presque totalité des membres inférieurs. Nous aurons occasion de revenir sur ce fait.)

L'état de l'encéphale présente quelques circonstances intéressantes à signaler. Il n'y a point, en général, de céphalalgie vive, intense et circonscrite dans une région de la tête; il y a une céphalalgie générale, sourde. L'intelligence n'est point altérée, mais elle est comme engourdie et affaissée. Le malade est taciturne, et si on l'interroge il sort de son état de torpeur et répond justement. Il n'y a point de délire, il n'y a qu'affaiblissement de l'intelligence. Cet affaiblissement de l'intelligence est surtout remarquable dans la période de réaction. On voit souvent, à cette période de la maladie, un état comateux tel que le présente en ce moment le malade couché au n° 9 de la salle Sainte-Jeanne (Hôtel-Dieu). Ce malade est dans un état continuel de somnolence d'où on le tire par instants en le questionnant ou en le secouant légèrement, mais pour y retomber aussitôt.

Les sens sont, en général, d'une grande faiblesse. Les yeux sont souvent convulsés en haut. La vue est modifiée; quelques malades ont la vue trouble. Mais un phénomène particulier, et qui a été observé chez un certain nombre de cholériques, est ce phénomène connu sous le nom de daltonisme, et qui consiste à voir tous les objets de la même couleur, ou bien à voir les couleurs dans un ordre inverse à leur ordre naturel. Ce phénomène a été observé sur quelques sujets à un point extrême.

La plupart des malades ont des bourdonnements d'oreilles.

La voix est d'abord affaiblie, rauque, puis elle finit par être entièrement perdue. Les malades deviennent complétement aphones.

Quelques sujets sont en proie à une extrême agitation, comme on peut le voir chez les malades des nos 2 et 3 de la salle des femmes. La sensibilité est quelquefois exaltée, mais plus souvent elle est plus ou moins diminuée, et même entièrement abolie.

Le phénomène nerveux le plus saillant et le plus constant consiste dans des crampes extrêmement douloureuses. Les muscles, en proie à de violentes contractions, deviennent noueux, durs et comme ligneux. Lorsque ces crampes affectent les muscles des parois thoraciques, les malades sont à chaque instant menacés de suffocation. Dans quelques cas on a vu les contractions spasmodiques gagner jusqu'aux muscles du cou.

Enfin, dans quelques circonstances (ce phénomène a été observé en particulier chez un médecin qui en a rendu exactement compte) les malades éprouvent comme une sensation d'étincelle électrique qui traverserait leur corps des pieds à la tête.

En résumé, le changement dans le timbre de la voix et la perte de contractilité de la peau forment, avec la cyanose, la teinte bleue de la peau, la perte du pouls et l'absence des urines, l'ensemble des caractères pathognomoniques de la période algide du choléra.

Période de réaction. — Lorsque par des moyens thérapeutiques, quels que soient d'ailleurs ceux qui aient été mis en usage, on est parvenu à provoquer la réaction, voici ce qu'on observe : la face, qui était bleue, cyanosée, amaigrie, change tout à coup de couleur; elle ne reprend pas immédiatement sa coloration rosée habituelle; elle devient rouge, d'un rouge-cuivré plus ou moins animé. Cette coloration n'est pas uniquement le résultat de l'injection des capillaires de la face sous l'influence du retour de la circulation, elle semble tenir au derme même. En effet, elle ne s'efface pas par la pression des doigts; il reste toujours au-dessous un fond rouge-cuivré. Les oreilles, de violettes et froides qu'elles étaient, deviennent chaudes et rouges, ainsi que le nez. Un changement profond et rapide s'était opéré dans la nutrition; un changement s'opère en sens inverse d'une manière presque aussi rapide. En vingt-quatre ou quarante-huit heures le malade, qui avait tout à coup subi un amaigrissement qui le rendait méconnaissable, a repris déjà une partie de son

---

FEUILLETON.

REVUE MÉDICO-LÉGALE.

EMPOISONNEMENT PAR DIVERSES SUBSTANCES.

Nous empruntons au dernier numéro du *Journal de chimie médicale* de M. Chevallier les quatre faits suivants d'empoisonnement par diverses substances. On y trouvera de l'intérêt non-seulement sous le rapport médico-légal, mais sous celui de la médecine pratique.

1° Tentative d'empoisonnement à l'aide de haricots contenant du vert-de-gris.

Un sieur B... conçut l'idée d'empoisonner sa femme à l'aide de haricots dans lesquels il avait jeté un sel cuivreux, du vert-de-gris. La saveur de ces haricots empêcha cette tentative de réussir. Le sieur B... jeta les haricots dans son jardin et les recouvrit de terre.

L'autorité, avertie par le bruit public, fit une enquête, et B... fut arrêté. Des recherches furent faites : 1° par MM. Brucy et Gollier, pharmaciens chimistes, demeurant à Montargis; 2° par MM. Chevallier et Lassaigne, sur des haricots retrouvés dans la terre et sur la terre dans laquelle avait eu lieu l'enfouissement de ces haricots. Toutes les expériences démontrèrent que les haricots et la terre contenaient du cuivre. On constata aussi : 1° qu'un essuie-mains avait été taché par un sel de cuivre; 2° que de ce sel de cuivre était tombé sur un carreau du local où B... avait couché. B... ne niait pas la tentative d'empoisonnement sur sa femme, mais il prétendait qu'il n'avait pas fait usage d'un sel de cuivre, mais de la pâte qu'il aurait détachée de 1 kilogramme d'allumettes phosphoriques, déclaration qui fut trouvée fausse.

Traduit devant les assises du Loiret, les experts firent connaître les expériences qu'ils avaient faites, présentèrent le cuivre qu'ils avaient extrait de la terre, des haricots, de l'essuie-mains et du carreau. B... a été condamné aux travaux forcés à perpétuité.

2° Empoisonnement d'une fontaine par l'arsenic.

Un sieur B..., habitant la commune de Marchaix (Deux-Sèvres), a été traduit devant la cour d'assises de Niort, sous l'inculpation d'avoir empoisonné avec de l'arsenic une fontaine qui fournissait de l'eau servant à la boisson à des habitants voisins de B...

L'acide arsénieux employé, étant heureusement à l'état de poudre ténue, donna à l'eau une couleur blanche qui empêcha les voisins d'en faire usage, à l'exception d'une femme Pacreau qui, avertie par son mari de l'état dans lequel se trouvait la fontaine, s'y rendit le lendemain, et, par curiosité, remplit un verre de l'eau qu'elle y trouva. Rentrée chez elle, elle recueillit avec la pointe d'un couteau un des globules qui surnageaient et le mit sur sa langue. Aussitôt elle ressentit une espèce de esserrement douloureux qui lui contracta la gorge et l'empêcha d'avaler sa salive : elle comprit dès lors que la substance jetée dans la fontaine était du poison, et se rendit aussitôt chez M. le maire de Saint-Jouin-sous-Châtillon, à qui elle fit part de ce fait.

La déclaration de cette femme fut la cause de recherches qui indiquèrent que la matière blanche perçue dans l'eau était de l'arsenic blanc. En effet, la gendarmerie s'étant rendue sur les lieux, accompagnée de M. Gasnier, pharmacien dans la même ville, celui-ci constata qu'à la surface de l'eau surnageaient une assez grande quantité de globules blancs et quelques plaques blanches formées d'une poudre fine et rugueuse, et qu'au fond se voyaient aussi une notable quantité de globules semblables à une poudre blanche que tapissait la vase.

M. Gasnier recueillit dans des vases séparés une certaine quantité de globules surnageants et de la substance qui tapissait le fond. Ces matières, soumises à des expériences chimiques et traitées par divers réactifs, donnèrent des résultats qui portèrent l'expert à conclure que la substance prise soit à la surface, soit au fond de la fontaine était de l'acide arsénieux, ou l'*arsenic blanc du commerce*.

Cette découverte, des traces de pas observées par Pacreau, le caractère haineux et vindicatif de B..., son animosité bien connue contre ce dernier, avec lequel il avait en ce moment-là même un procès correctionnel dans lequel il devait infailliblement succomber, désignaient naturellement B... aux soupçons de tous. Ces soupçons étaient d'autant mieux fondés que dans ce hameau, composé seulement de trois feux, lui seul ne puisait pas à cette fontaine.

La gendarmerie, après avoir scellé la fontaine de manière que toutes choses restassent dans l'état où elles étaient, s'empressa d'informer la justice, qui se rendit sur les lieux le 27 janvier.

Les globules flottants à la surface de l'eau avaient été, ainsi qu'on l'a dit, enlevés en grande partie par M. Gasnier; le reste s'était presque entièrement dissous dans l'eau; il ne restait donc plus sur cette surface que quelques globules; ils furent recueillis avec soin; puis, après épuisement de la fontaine, on emplit un grand vase d'une notable quantité de la boue qui en garnissait le fond. Le tout, joint à une

embonpoint primitif. Les yeux, qui étaient ternes, mourants, reprennent leur vivacité et leur animation habituelles.

Pendant que ces changements s'opèrent dans l'état général de la physionomie, des changements non moins importants ont lieu dans les fonctions organiques. Les vomissements cessent; la langue, qui était froide, recouverte d'un enduit sale et grisâtre, se nettoie sur les bords et reprend sa température, sa consistance et sa coloration normales. Les crampes, l'anxiété précordiale et thoracique cessent; les selles cholériques s'arrêtent. Il est même des malades qui dès le lendemain commencent à avoir des selles naturelles. L'urine reparaît. L'albumine diminue dans les urines. Cette diminution graduelle de la proportion de l'albumine dans les urines peut être considérée comme un signe favorable. M. Rostan a constamment vu la quantité d'albumine des urines diminuer à mesure que le malade marchait vers la convalescence. Bien qu'on ait contesté ce fait, une courte explication à cet égard est nécessaire. Il ne faut pas oublier ceci : c'est que l'albumine est loin de se montrer avec la même abondance chez tous les malades; quelques-uns en ont beaucoup, d'autres moins, d'autres très peu, et chez quelques-uns enfin elle est à peine appréciable, de sorte qu'on pourrait en quelque sorte établir une échelle graduée représentant les divers degrés d'albuminurie cholérique. Or, il serait bien possible, et il est même probable que les médecins qui ont contesté cette albuminurie soient tombés sur une série de cas qui auraient présenté ce phénomène à son minimum d'intensité. Quoi qu'il en soit, l'albuminurie s'est montrée d'une manière constante à l'observation de M. Rostan, ainsi que le rapport qui existe entre les proportions d'albumine et les divers degrés d'intensité de la maladie. Continuons :

La respiration devient moins fréquente, les bruits de crépitation que l'on entendait parfois çà et là sur quelques points de la poitrine disparaissent. La circulation a repris toute son activité habituelle, et souvent même une activité exagérée. Le sang artériel, violacé et d'apparence veineuse, redevient rouge et reprend son cours facile dans les vaisseaux ; le pouls se relève. C'est en grande partie au retour de la circulation et à la plénitude des vaisseaux qu'est due cette apparence d'embonpoint qui reparaît d'un jour à l'autre. Enfin, la calorification se rétablit. L'haleine cesse d'être froide; elle contient un peu plus d'acide carbonique, ce qui est l'indice d'une plus grande activité de la respiration. La température du corps, qui était descendue à 20°, et même au-dessous, remonte, et revient rapidement à son type normal.

Toutefois, bien que toutes les fonctions tendent ainsi à se rétablir graduellement et souvent d'une manière simultanée et rapide, il est quelques symptômes qui persistent encore plus ou moins longtemps avec une certaine intensité. La céphalalgie, par exemple, persiste habituellement quelque temps, surtout dans la forme comateuse et typhoïde du choléra. Il en est de même de la diplopie, du daltonisme, de la disposition aux vertiges, à la syncope et de quelques autres phénomènes nerveux propres à cette affection, tels que la sensation d'étincelle électrique, par exemple.

La réaction, toutefois, ne se présente pas toujours avec cette simplicité et cette régularité. C'est là le type de la réaction franche, modérée, celle qui constitue le passage prompt et complet de la maladie à la guérison. Mais il s'en faut qu'elle ait toujours ce caractère de bénignité et de modération. Tantôt elle dépasse les limites de cette réaction normale, qui n'est en quelque sorte que la cessation des symptômes morbides et le retour graduel à la santé, et constitue alors une réaction trop forte, la réaction au type phlogistique ou inflammatoire. La circulation est trop énergique; le pouls est fort, plein, rebondissant; les yeux sont brillants, la face vultueuse; le malade présente, en un mot, tous les caractères généraux d'un état inflammatoire. Quelquefois, au bout de deux ou trois jours de cette réaction, il faut recourir à un traitement antiphlogistique, circonstance qui ne s'est pas présentée encore cette année.

D'autres fois, au contraire, la réaction est incomplète; elle est trop faible, elle reste au-dessous du degré nécessaire pour le rétablissement complet des fonctions. La température ne se rétablit qu'imparfaitement; le malade reste un peu froid; la circulation est toujours ralentie, et, partant, toutes les fonctions qui en dépendent restent dans un état d'alanguissement. Et ce n'est pas seulement dans la première période de la réaction que les choses se passent ainsi; cet état de retour incomplet au rétablissement de la chaleur dure quelquefois deux, trois, quatre jours et plus. Il y a actuellement une malade dans la salle des femmes (le n° 16) qui est dans ce cas; il y a près de huit jours qu'elle a eu une attaque de choléra, et l'on n'est pas parvenu encore à la réchauffer. On peut donc assigner trois types à la réaction et admettre une réaction moyenne, une réaction trop forte, une réaction trop faible.

Mais ce n'est pas tout que d'avoir atteint à la période de réaction; outre qu'elle peut, ainsi qu'on vient de le voir, être trop forte ou trop faible, il s'en faut, alors même qu'elle s'annonce avec les meilleures apparences et à ce degré moyen qui semble être d'un si bon augure, il s'en faut encore que le malade soit toujours guéri. Le malade semble tendre manifestement à la guérison; la convalescence s'établit, les symptômes s'amendent de jour en jour, l'appétit reparaît, toutes les fonctions tendent à reprendre plus ou moins rapidement leur type normal, et cependant tout n'est pas fini encore. Il meurt presque autant de malades pendant la période de réaction que pendant la période algide. C'est assez dire combien cette période de réaction exige encore de soins et de surveillance de la part du médecin.

Choléra intense développé sur une femme atteinte d'une affection chirurgicale. — Traitement par le camphre et le calomel. — Convalescence.

Nous avons signalé déjà plusieurs cas de choléra graves déclarés dans le service de M. Nélaton à la Clinique, et dont plusieurs ont été mortels. Quelques cas nouveaux se sont déclarés encore depuis avec le même caractère de gravité. Nous n'aurions aucun motif de les rappeler si nous n'avions vu dans l'un de ces cas un exemple de succès presque inespéré d'une médication plus empirique que rationnelle, et dont les médecins du Nord ont beaucoup vanté les bons résultats.

Une jeune femme venait d'être prise depuis la veille d'une attaque de choléra des plus graves : cyanose, refroidissement, physionomie cholérique type, yeux excavés, absence de pouls radial. On avait prescrit d'abord à cette malade le traitement en usage dans le service de M. Nélaton (potion éthérée, eau de Seltz, sinapismes, etc.); mais l'état ayant rapidement empiré malgré l'emploi de ces moyens, M. Nélaton, à l'instigation d'un médecin présent à la visite, prescrivit la formule suivante :

Calomel. . . . . 5 centigrammes.
Camphre. . . . . 40 —

Faire prendre cette dose de poudre tous les quarts d'heure, ce qui fut fait exactement.

On s'attendait à trouver cette malade morte le lendemain, tant on l'avait laissée dans une situation grave. Grande fut la surprise des assistants à la visite, et de M. Nélaton lui-même, de la retrouver encore vivante et, mieux encore, dans un état d'amélioration des plus sensibles, c'est-à-dire en voie de réaction et donnant les meilleures espérances.

La convalescence ira-t-elle à bonne fin? On sait combien de réserve demande le pronostic en pareil cas. Il faut donc attendre la fin de l'événement pour se prononcer sur ce fait. Mais ce premier effet est déjà assez remarquable en lui-même.

Ophthalmoscope de M. le docteur Anagnostakis.

Les instruments qu'on avait employés jusqu'à ce jour pour examiner les profondeurs de l'œil avaient tous un défaut capital, celui d'être plus ou moins compliqués et d'une application toujours difficile. C'est ce qui a fait que ce moyen d'exploration est resté dans le domaine d'un petit nombre de spécialistes, qui seuls avaient l'occasion et le loisir de s'exercer de longue main à l'emploi de ces appareils.

Ces considérations, dont j'ai pu apprécier toute la valeur dans un grand nombre d'expériences auxquelles je me suis livré depuis longtemps avec M. le professeur Desmarres, m'ont engagé à chercher s'il n'y avait pas moyen de rendre à ce genre d'appareil la simplicité indispensable à tout instrument d'un usage journalier. Le succès a légitimé mes espérances.

L'instrument dont je me sers depuis plus d'un mois consiste tout simplement en un petit miroir concave, du diamètre de 5 centimètres et d'une distance focale de 4 à 5 pouces. La surface étamée est recouverte par une plaque en cuivre noirci. L'instrument est percé à son centre d'une ouverture infundibuliforme à base antérieure. Un petit manche qui se visse à la circonférence de l'instrument en permet le maniement. Voici comment je procède à son emploi :

Le malade, dont les pupilles ont été préalablement dilatées par une solution de sulfate neutre d'atropine, est assis dans une chambre obscure, à côté d'une table. Une lampe à huile est placée aussi près que possible et au niveau de son œil. Assis devant le malade et à la même hauteur que lui, le chirurgien tient l'instrument la surface miroitante tournée vers le malade; la surface postérieure est appliquée contre l'œil de l'observateur de manière qu'il puisse regarder à travers le trou central de l'instrument. Ceci fait, il tourne l'instrument un peu en dehors, de telle façon que la surface brillante du miroir regarde obliquement la flamme de la lampe et projette ainsi sur la pupille de l'œil observé un reflet lumineux. Ce reflet, pour être convenable, doit être oblong, étroit et très brillant, ce que l'on obtient facilement en s'écartant ou en se rapprochant un peu du malade. Maintenant, il ne reste qu'à plonger son regard un peu obliquement à travers le trou du miroir dans la pupille du malade.

Dans l'examen de la rétine, on est souvent obligé de se mettre à une distance un peu plus grande. Dans ces cas, il suffit de rapprocher la lampe du miroir pour en allonger le foyer. Si l'on veut grossir l'image perçue, on n'a qu'à promener devant l'œil examiné une lentille grossissante.

Cet instrument, qui réunit tous les avantages des ophthalmoscopes connus, me paraît représenter cet appareil réduit à son expression la plus simple; il est en outre si portatif, que, pour me servir de l'expression de M. Desmarres, il peut trouver place dans la première trousse venue.

Pour découvrir les opacités du cristallin et de l'humeur vitrée, je me sers aussi d'un simple miroir plane, *désétamé* à son centre dans un petit espace rond, que l'on peut facilement improviser partout où l'on se trouve et avec le premier morceau de miroir venu. A l'aide de ce dernier moyen, j'ai souvent découvert avec M. Desmarres des opacités cristalliniennes qui avaient échappé à tout autre moyen d'investigation. On peut à la rigueur avec ce miroir distinguer la rétine elle-même.

Les résultats que nous avons obtenus de l'application de cet instrument sur l'œil normal aussi bien que sur l'œil malade sont extrêmement intéressants; ils font l'objet d'un mémoire détaillé qui sera publié très prochainement.

Quelques expériences m'ont aussi persuadé que cet instrument est le meilleur moyen d'éclairer le méat auditif externe pour examiner la membrane du tympan.

---

portion de la même substance recueillie par M. Gasnier et réservée par lui, fut envoyé à Poitiers et soumis à une contre-expertise, qui fut pratiquée par MM. Malapert et Henard. Ces deux chimistes constatèrent :

1° Que la boue renfermée dans le pot de grès n° 3 contient une quantité énorme d'arsenic;

2° Que la poudre contenue dans le paquet n° 3 est de l'acide arsénieux mélangé avec une matière colorée;

3° Que le petit fragment contenu dans le paquet n° 2 est de l'acide arsénieux;

4° Qu'il est impossible d'admettre que l'arsenic trouvé dans la boue y existe naturellement.

Les débats terminés, le jury déclare B... coupable d'avoir empoisonné la fontaine. Tout en admettant des circonstances atténuantes, B... fut condamné à vingt ans de travaux forcés.

3° Tentative d'empoisonnement par l'ammoniaque.

Une fille, M... B..., qui avait des relations avec M. C..., officier en retraite, essaya, ce dernier ne continuant plus ses relations, de l'empoisonner avec l'alcali volatil.

A cet effet, elle donna rendez-vous à cet officier, et dans une entrevue elle essaya dans un moment opportun de lui ingérer par la bouche de l'ammoniaque. Une partie du liquide donna lieu à des accidents qui furent appréciés par un médecin (M. le docteur Cassius). Ce médecin, ayant été mandé, accourut immédiatement, et M. C... lui remit un flacon qu'il avait arraché des mains de M... B..., et qui avait contenu le liquide à l'aide duquel celle-ci avait attenté à ses jours.

M. Cassius constata que sur le bord libre des deux lèvres, au niveau de la surface muqueuse, il existait une brûlure au deuxième degré avec phlyctènes; la langue était tuméfiée, d'un rouge vif intense, brûlée et dépouillée de son épithélium; la face interne des lèvres, les parois latérales de la bouche, le palais présentaient des brûlures semblables à celles de la langue; le blessé accusait une vive douleur de la gorge qui l'empêchait d'avaler et paraissait s'étendre dans la direction de l'œsophage; le gonflement de la langue et la douleur déterminée par la moindre pression sur cet organe ne permirent pas de constater l'état de la gorge; mais, d'après les symptômes observés, elle devait présenter les mêmes lésions que celles de l'intérieur de la bouche.

De ces observations M. Cassius conclut :

1° Qu'une tentative d'empoisonnement avait été commise sur la personne de M. C...;

2° Que les lésions observées étaient le résultat d'un caustique violent;

3° Que l'on pouvait, d'après la nature des lésions et surtout d'après l'odeur caractéristique qu'exhalait le flacon saisi dans les mains de l'accusée, attribuer ces lésions à l'ammoniaque;

4° Que ce corps était un poison, un caustique violent, et que le contenu du flacon, s'il eût été avalé, était plus que suffisant pour déterminer la mort;

5° Qu'il était impossible de dire si ces lésions produiraient une incapacité personnelle de travail de plus de vingt jours.

M. C... reçut immédiatement les soins que réclamait son état; un contre-poison lui fut administré, et dès ce moment il fut certain que sa vie n'était plus en danger, le liquide n'ayant pas pénétré dans l'œsophage; il n'avait pas dépendu cependant de M... B... que M. C... n'eût succombé aux effets du poison qu'elle lui avait perfidement versé dans la bouche.

Traduite devant les assises du Lot-et-Garonne, la fille B..., après les plaidoiries, a été déclarée non coupable sur la question d'empoisonnement, et coupable de blessures ayant entraîné une incapacité de travail de plus de vingt jours; le jury ayant en outre admis des circonstances atténuantes, l'accusée n'a été condamnée par la cour qu'à deux années d'emprisonnement.

4° Empoisonnement par une omelette aux champignons.

Nous avons souvent fait connaître les accidents déterminés par les champignons. Voici encore un exemple des dangers que courent ceux qui font usage de ce mets :

Premier fait. — Une famille italienne, composée de cinq personnes, savoir : le mari, la femme et trois enfants, descendait dans une modeste auberge de Châteauneuf. Accablé de fatigue, le mari demanda qu'on lui servît immédiatement une omelette dans laquelle on mélangerait des champignons qu'il avait ramassés; l'aubergiste s'empressa de répondre au désir qui venait de lui être exprimé : elle fit l'omelette aux champignons, et, comme ce tubercule répandait une odeur des plus appétissantes, l'Italien engagea la maîtresse de l'auberge à prendre sa part du repas commun; celle-ci refusa; mais, une partie de l'omelette s'étant détachée de la poêle, elle la ramassa et la mit de côté pour la manger.

Le déjeuner préparé, la famille se disposa à faire honneur au repas; l'omelette fut immédiatement mangée. Le déjeuner était à peine terminé, que deux chiens, auxquels on avait jeté les restes, tombaient et mouraient au milieu de convulsions atroces.

Ces symptômes impressionnèrent vivement l'Italien et l'aubergiste; l'un et l'autre crurent avoir mangé des champignons vénéneux. Malheureusement ils ne se trompaient pas, car le dimanche soir la femme

Vaste abcès de la jambe compliqué d'érysipèle et d'angioleucite. Un mot sur les divers moyens proposés pour enrayer la marche envahissante de l'érysipèle. — Inefficacité des vésicatoires. — Nouvelles complications.

Il n'importe pas moins de faire connaître aux praticiens les échecs que les succès des moyens thérapeutiques sur lesquels l'expérience ne s'est pas encore prononcée d'une manière définitive, afin de leur fournir les occasions de rechercher, soit dans les conditions particulières du fait qui leur a fourni l'exemple de cet échec ou de ce succès, soit dans les complications et les concomitences qu'il peut présenter, les causes d'une différence aussi grande dans les résultats obtenus. On a beaucoup vanté l'usage des vésicatoires appliqués au centre des érysipèles pour en arrêter la marche envahissante. Des succès nombreux ont justifié l'adoption de cette méthode, et cependant il ne faut pas s'attendre à la voir réussir toujours; témoin, en particulier, le fait que nous allons rapporter d'après la clinique de M. le professeur Nélaton, fait qui présente d'ailleurs assez d'intérêt par lui-même et par les nombreuses et graves complications dont il offre un exemple pour que nous devions en rappeler avec quelques détails les principales particularités.

Un homme, couché au n° 10 de la salle des hommes de la Clinique, entré pour un vaste abcès profond de la jambe, qui a été ouvert et qui semblait marcher rapidement vers la cicatrisation, a été pris tout à coup d'un frisson violent et très prolongé, qui ne fut suivi de la réaction fébrile qu'après une nuit entière de froid intense avec tremblement de tous les membres. Dès le lendemain, la plaie avait perdu son bon aspect; elle était devenue douloureuse, grisâtre, parsemée çà et là de taches sanguinolentes et recouverte d'un pus séreux de mauvaise nature.

En explorant les parties voisines, on reconnut l'existence d'une inflammation des faisceaux lymphatiques de la face interne de la cuisse caractérisée par une tuméfaction sous forme de cordon noueux sur le trajet de ces vaisseaux, avec une légère coloration rosée et une vive sensibilité au toucher, et l'engorgement des ganglions cruraux correspondants. Cette complication n'était pas très grave par elle-même; on sait que le plus souvent ces angioleucites se terminent par de petits abcès dont on obtient assez promptement la guérison. Mais il n'en était pas de même d'une autre complication dont le pronostic est toujours beaucoup plus grave : nous voulons parler d'un érysipèle, qui avait pour point de départ la plaie elle-même et qui s'étendit rapidement sur une grande surface du membre.

Il y avait urgence à arrêter l'envahissement de cet érysipèle. N'ayant qu'une médiocre confiance dans la plupart des moyens successivement préconisés, tels que les onctions mercurielles, la pommade au sulfate de fer, l'axonge, le collodion, bien que par ce dernier moyen il ait vu quelquefois des érysipèles heureusement modifiés, M. Nélaton s'arrêta au vésicatoire, moyen auquel Dupuytren s'était arrêté vers la fin de sa carrière comme le plus digne de sa confiance. En conséquence, un large vésicatoire fut appliqué sur le centre de l'érysipèle.

Le lendemain, loin que l'érysipèle eût été arrêté, il avait envahi les parties saines voisines; application d'un second vésicatoire; nouvel envahissement le jour suivant. Un troisième vésicatoire est appliqué, et le jour suivant encore l'érysipèle continue à faire des progrès et à s'étendre vers les parties supérieures du membre.

Voilà donc un cas d'insuccès complet du vésicatoire. Est-ce à dire que la méthode doive être considérée comme jugée par ce fait et qu'il faille renoncer désormais à l'emploi de ce moyen? Telle n'est pas l'opinion de M. Nélaton. Trop de faits déposeraient contre un pareil jugement. Il faut donc qu'il y ait dans ce cas une circonstance particulière qui ait neutralisé l'action du vésicatoire; est-ce la complication de l'angioleucite ou une disposition générale difficile à apprécier? C'est une question trop délicate pour prétendre la résoudre par un seul fait.

Nous avons dit que ce cas était remarquable par les diverses complications dont il nous avait donné l'exemple. On vient de voir déjà la complication d'un vaste abcès par une angioleucite et un érysipèle. Dans l'une des dernières visites, on en a constaté une nouvelle, ou plutôt une affection concomitante dont la gravité domine celle déjà si grande des états pathologiques dont nous venons de parler. Cette dernière affection est une infiltration urineuse des bourses et du périnée, suite d'un rétrécissement urétral méconnu, infiltration dont M. Nélaton a reconnu l'existence à une tuméfaction insolite des bourses et du périnée jusqu'à l'anus. Une large incision du périnée a donné issue à une grande quantité d'urine. L'état de ce malade est, comme on le voit, trop grave pour qu'il y ait lieu d'espérer qu'il échappe à un pareil concours d'accidents.

HOPITAL ST-ANDRÉ DE BORDEAUX. — M. E. SOULÉ.

Quelques mots sur le diagnostic de deux tumeurs du scrotum.

Malgré tout ce qu'on a écrit sur le diagnostic et les divers moyens d'exploration que nous possédons pour arriver à l'établir, le praticien, il faut bien le reconnaître, est à chaque instant obligé de s'abandonner à des probabilités dont il reconnaît plus tard l'inanité. Des circonstances si complexes peuvent masquer, transformer même quelquefois les signes perçus antérieurement, qu'il convient d'être toujours sur ses gardes, de multiplier même autant que le permet la prudence, les moyens d'exploration, afin de pouvoir les contrôler réciproquement.

Au nombre des régions renfermant souvent de ces tumeurs de difficile classement, il convient, je crois, de signaler le scrotum. Cette vérité est démontrée par les travaux consciencieux auxquels a donné lieu l'appréciation de leur diagnostic différentiel, par les leçons savantes auxquelles elles ont servi de texte. Nonobstant tout ce qu'on a écrit ou dit sur ce sujet, il n'y a qu'avantage à signaler les cas particuliers, lorsqu'ils ont offert à l'opération des circonstances spéciales.

Il y a en effet dans le scrotum des éléments anatomiques si variés que leur état pathologique et souvent leur fonction, comme entités morbides, doivent donner naissance à des productions très multipliées. Sans faire intervenir les tumeurs qui se forment par suite de la migration des organes abdominaux, les hernies, n'avons-nous pas dans les transformations morbides du testicule ou ses enveloppes, dans les produits d'ordres si divers qui peuvent s'accumuler dans des poches normales ou accidentelles, de quoi former des tumeurs solides ou liquides, et souvent mixtes, dont le diagnostic peut offrir de sérieuses difficultés?

C'est dans la ferme persuasion où je suis qu'ici la connaissance des cas particuliers curieux et des perplexités dans lesquelles se trouve le chirurgien avant d'opérer peut être très utile, en avertissant de ne pas trop compter sur les lois générales du diagnostic et sur les moyens d'exploration, que je livre à l'appréciation de mes confrères les deux observations suivantes remarquables à plus d'un titre.

Obs. I. — *Vaste hématocèle compliquée d'épaississement considérable de la vaginale. — Circonstances pratiques à noter dans le diagnostic. — Excision. — Guérison.*

Le nommé Grangou, de Saint-Laurent-de-Combes (Gironde), m'est adressé le 30 juin dernier par mon excellent confrère et ami M. le docteur Musset fils pour être traité d'un vaste ulcère calleux situé à la jambe gauche. Cet homme, âgé de soixante-cinq ans, exerce la profession de vigneron. Il n'a rien dans ses antécédents qui se rapporte à sa maladie actuelle; seulement sa constitution est affaiblie, son teint est jaune et hâlé.

Après quelques jours de séjour dans mon service, je m'aperçus, lorsqu'on le découvrait, qu'il me cachait à grand'peine une tumeur volumineuse des bourses, dont il n'avait point parlé à M. Musset; c'était, dit-il, par crainte d'une opération à laquelle il ne voulait pas se soumettre, n'éprouvant aucune gêne, aucune douleur dans cette région.

Interrogé au point de vue de cette seconde maladie, Grangou nous répondit qu'il n'avait jamais éprouvé de violence dans ce point; il ne se souvenait d'aucune cause plausible à laquelle il fût légitime de la rattacher. Il en fait remonter l'origine à vingt ans; pour donner, du reste, une preuve de son indolence absolue, il nous dit que souvent il lui est arrivé de s'asseoir dessus sans aucune douleur. Sa forme est celle des hydrocèles volumineuses, ses dimensions considérables, car elle offre 28 centimètres de hauteur sur 44 de circonférence; la transparence y manque tout à fait, la fluctuation y est au contraire des plus évidentes.

Le 6 juillet, le malade s'étant rendu à mes raisons, je pratiquai une ponction exploratrice, qui donna issue à une cuillerée environ d'une matière semi-liquide, noirâtre et analogue à du chocolat très épais. L'ouverture pratiquée par le trocart fut immédiatement recouverte d'un morceau de toile-Dieu. — Cataplasme sur la tumeur.

Dès le soir, phénomènes inflammatoires; la tumeur devient douloureuse, le pouls large et fréquent. Ces symptômes n'ayant fait que s'aggraver jusqu'au 8, je me décidai à opérer. A cette époque, les symptômes s'étaient transformés par le fait même de l'inflammation qui avait surgi dans la tumeur; c'est ainsi que la fluctuation y avait complétement disparu. La percussion donnait un son clair et tympanique qui accusait la présence des gaz; un léger emphysème existait même en quelques points du scrotum et de la base de la verge.

Je procédai à l'opération, qui m'offrit les particularités suivantes :

Les couches du scrotum furent successivement incisées, et me parurent d'une épaisseur plus considérable. A peine le bistouri eut-il pénétré dans la vaginale, qu'il s'échappa avec bruit des gaz de cette cavité; toute la partie antérieure du scrotum fut alors incisée sur mon doigt me servant de conducteur. Il me fut dès lors possible d'évacuer son contenu, qui consistait en une masse homogène comparable, pour la densité et la couleur, à de la crème au chocolat très épaisse. Pour la détacher, il fut utile d'user d'une curette, tant son adhérence était intime. La totalité de cette substance, recueillie avec soin, a donné un poids de 1,500 grammes.

Ce premier temps effectué, je procédai à l'excision de la plus grande partie de la tunique vaginale qui avait subi la transformation fibro-cartilagineuse, et dont l'épaisseur égalait plusieurs millimètres. Quelques points de sphacèle existaient çà et là, et cette circonstance ne fut même point défavorable, car elle nous permit de détacher avec une grande facilité la vaginale des couches ambiantes, et de ménager ces dernières dans notre excision. Je noterai enfin une particularité importante, c'est que le testicule occupait la face antérieure de la tumeur. Une différence très légère dans l'incision primitive me l'eût très probablement fait diviser. Atrophié par la compression, il se trouvait confondu avec les parois de la vaginale hypertrophiée. La difficulté de la constatation était encore augmentée par la nature du contenu de cette dernière.

Le pansement fut très simple. Je bourrai de charpie la vaste cavité qui succéda à cette excision, et maintins quelques compresses à l'aide d'un bandage en T. Potion avec 0,06 centigrammes d'extrait thébaïque.

Je ne noterai pas jour par jour les différentes péripéties de cette vaste plaie; qu'il me suffise de dire que la cure a été aussi prompte qu'il était permis de l'espérer, vu la nature et l'étendue des lésions. Ce qui restait de la tunique vaginale a été peu à peu éliminé, et dès lors une plaie rosée d'un excellent aspect a succédé, et marché avec régularité vers la cicatrisation complète.

Pendant plus d'un mois qu'a duré ce travail, j'ai eu soin de tonifier le malade, tout en combattant une tendance fâcheuse à la diarrhée, qui devenait chez lui une complication.

Plusieurs points me paraissent devoir être notés dans cette observation. D'abord, je crois avoir eu affaire ici à une hématocèle, la substance que j'ai extraite n'étant, à mon avis, qu'une de ces transformations si variées que subissent dans les cavités closes les épanchements sanguins. Nous avons cependant dans les antécédents du malade une absence absolue de circonstances pouvant expliquer un pareil résultat : point de coup, point de contusion. D'un autre côté, l'indolence absolue de la tumeur rendait le malade peu soigneux; il lui est arrivé souvent, pour s'en convaincre, de s'asseoir dessus. Ne devons-nous pas chercher dans cette dernière cause la production, ou tout au moins la transformation en tumeur sanguine, en même temps que de l'épaisseur extrême qu'avait acquise dans tous ses points la tunique vaginale?

Mais c'est sans contredit au point de vue du diagnostic qu'il convient de réfléchir aux diverses circonstances que j'ai émises. Avec les signes que j'ai indiqués, il n'était pas possible d'établir une opinion positive sur la nature de cette tumeur. La transparence manquait; mais cela n'indique, comme on le sait, qu'une hydrocèle simple. La ponction exploratrice pouvait seule fournir d'autres renseignements.

La nécessité de recourir à ce moyen précieux de diagnostic est généralement sentie par les chirurgiens; on en fait largement usage. Maintenant, en tire-t-on toujours l'enseignement qu'on attend? Non; les erreurs sont au contraire fréquentes. Elles le seraient moins, je crois, si, au lieu de faire choix exclusif d'un moyen d'exploration, le chirurgien variait un peu.

Ne peut-on pas en effet se servir, pour explorer les tumeurs, de la simple aiguille, de celle à cataracte, du trocart? Et ce dernier ne présente-t-il pas des différences notables? Quelles dimensions devra avoir le trocart explorateur? Celui que renferment nos trousses en présente-t-il de suffisantes?

L'aiguille, celle à cataracte même, me paraît, par exemple, par-

---

et les deux jeunes enfants de cet Italien sentaient des douleurs tellement violentes que, malgré tous les soins du médecin, l'art fut impuissant pour les soustraire à une mort devenue certaine; seuls l'Italien et la maîtresse de la maison ont résisté jusqu'à cette heure à l'action vénéneuse des champignons; mais on désespère de les sauver malgré les secours qui leur sont prodigués.

Deuxième fait. — Un malheureux terrassier, le nommé Pierre Chano, âgé de soixante ans, originaire des Basses-Pyrénées, s'est empoisonné au moyen de champignons.

Dans la journée du 27 septembre, cet infortuné s'était rendu dans un bois voisin et avait fait provision de ces plantes vénéneuses qu'il mangea, malgré de sages conseils, sans pain, sans assaisonnement d'aucune sorte, après les avoir fait cuire sur le gril. Vers le soir, des douleurs aiguës se manifestèrent et furent suivies d'abondants vomissements; cependant les soins que reçut le malade semblèrent apaiser ses souffrances, qui se réveillèrent plus cruelles, plus intolérables le lendemain.

Enfin, après trois jours de cruelles tortures, le patient rendit le dernier soupir au milieu des plus horribles convulsions.

5° *Empoisonnement par les fruits de la belladone.*

Les parents ne sauraient prendre trop de précautions dans la surveillance de leurs enfants. Voici encore un exemple qui démontre que des enfants, qui avaient trouvé dans un bois des fruits qui leur étaient inconnus, auraient succombé si un praticien n'était venu annihiler les effets du poison.

Voici le fait signalé par M. Vaillandet :

« Il y a quelques jours, je fus appelé dans la matinée au village de Vregille, auprès de deux enfants de sept et neuf ans, qui, s'étant couchés la veille bien portants, après avoir soupé comme à l'ordinaire, s'étaient tout à coup réveillés au milieu de la nuit dans un délire violent, accompagné de symptômes assez extraordinaires pour faire croire tout d'abord à un accès de folie. Ces accidents avaient continué sans interruption jusqu'au matin et semblaient même s'aggraver.

» Interrogeant les parents sur ces deux enfants, j'appris que la veille, un instant avant leur souper, ils avaient mangé une certaine quantité de fruits provenant d'une plante inconnue trouvée au bois, et dont on avait conservé par hasard quelques tiges. C'étaient des baies de belladone. J'appris en même temps que deux autres personnes du même village, un homme et une femme, qui avaient voulu goûter aussi, par curiosité, de ces fruits, s'en étaient trouvées incommodées. Le premier en avait mangé environ une douzaine, et n'avait pas tardé à ressentir une sorte d'ivresse avec défaillances et étourdissements bientôt suivis de vomissements vopieux; la femme n'en avait mangé que trois, et en avait été quitte pour quelques vertiges.

» Plus de doute dès lors sur la nature des accidents, qu'expliquait suffisamment, du reste, le caractère tout spécial des symptômes existants. On avait affaire à un empoisonnement par la belladone, dont l'action délétère avait pu être quelque peu mitigée par la quantité des aliments ingérés peu de temps après le poison. Un traitement approprié fut à l'instant même mis en usage et continué avec persévérance; peu à peu l'état des petits malades s'améliora, et vingt-quatre heures après il ne leur restait plus de l'accident qu'un souvenir très confus des événements de la veille, un peu de trouble dans la vue et d'hésitation dans les mouvements, et, par-dessus tout, une horreur profonde pour le fruit perfide, qu'ils n'hésitaient pas à qualifier du nom de poison. »

sible de divers reproches. Une ponction pratiquée dans un but d'exploration présente en effet deux ordres de notions :

1° Celles qui sont tirées de l'issue du liquide;

2° Celles, au contraire, qui ressortent de la possibilité où se trouve l'instrument de jouer librement, de décrire des arcs de cercle.

Or, l'aiguille satisfera-t-elle toujours à ces deux conditions? Evidemment non. La position d'un kyste, sa profondeur, la nature même de son contenu peuvent s'opposer à son issue. Je suis bien persuadé que dans l'observation que je viens de rapporter l'aiguille eût donné un résultat négatif ; elle eût même fourni des données inexactes sous le second chef, plongée au milieu d'un magma d'une épaisseur extrême, et après avoir traversé une tunique vaginale; elle aurait en effet joui de bien peu de mobilité. N'eût-il pas été dans ce cas légitime de songer à l'existence d'une tumeur encéphaloïde?

En somme, le trocart jouit de toutes les propriétés de l'aiguille, et y joint l'avantage de fournir plus sûrement une issue aux produits contenus dans la tumeur qu'on examine. C'est pour cela que je le préfère. Maintenant, les dimensions que présente notre trocart explorateur sont quelquefois trop minimes pour satisfaire à cette dernière condition, et il convient, je crois, pour retirer des notions plus positives dans les cas analogues à notre observation, de se servir d'un instrument plus gros. Les diverses tumeurs qu'on explore n'offrent point des conditions identiques, et s'il importe, par exemple, d'ouvrir avec un trocart d'une finesse extrême une tumeur située près d'un vaisseau important, ou qu'on suppose communiquer avec lui, il n'y a pas grand inconvénient, lorsqu'on explore une tumeur moins dangereusement placée, d'user d'un trocart de dimension plus considérable. On parviendra ainsi à obtenir, dans certains cas de tumeurs hématiques à contenu concret ou gélatiniforme des notions précieuses, qui empêcheront de les confondre avec d'autres productions dont il convient de les séparer.

Obs. II. — *Tumeur complexe des bourses offrant tous les symptômes du sarcocèle. — Castration après divers moyens infructueux. — Le testicule sain est englobé et compris dans la tumeur. — Mort par suite d'accidents généraux à une époque voisine de la guérison.*

Jean Laforgue, âgé de dix-neuf ans, de Clairac (Lot-et-Garonne), est dirigé du pénitencier, où il est détenu depuis dix-huit mois, sur mon service le 19 mai 1853. D'un tempérament lymphatique prononcé, ce sujet n'offre rien à noter comme maladie antérieure. Son père est mort, dit-il, à l'âge de quatre-vingt-douze ans et portant depuis longtemps une volumineuse tumeur des bourses.

Il y a un an environ qu'il s'aperçut de l'existence d'une petite tumeur, qui était adhérente au testicule et lui paraissait surajoutée. Les douleurs étaient à cette époque assez intenses, et le malade était obligé d'interrompre de temps en temps son travail. Depuis, elles se sont calmées, mais la tumeur a progressivement pris un accroissement considérable et le gêne beaucoup par son poids.

Son étendue est depuis l'anneau inguinal jusqu'au tiers inférieur de la cuisse environ. De forme allongée, elle offre un léger rétrécissement qui paraît la diviser en deux tumeurs secondaires, dépendant cependant de la principale, mais dont les caractères physiques sont sensiblement différents. La portion supérieure, en effet, présente une fluctuation non douteuse, sans transparence cependant; l'inférieure au contraire, solide, offre quelques bosselures, sans signes de ramollissement toutefois. C'est la dureté des tumeurs fibro-plastiques et leur élasticité.

La mensuration donne 0,32 centimètres de circonférence sur 0,13 de longueur. Cette tumeur est fortement appliquée contre l'anneau inguinal externe ; elle contourne le périnée et le canal de l'urètre, avec lequel elle ne faisait cependant pas d'adhérences.

Le 24 mai, je pratique dans la tumeur supérieure une ponction exploratrice, qui fournit 80 grammes de sérosité parfaitement analogue à celle de l'hydrocèle la plus pure. Il m'est dès lors possible d'apprécier le cordon, dont la grosseur et la densité sont de beaucoup augmentées. Cette manœuvre n'exerça aucune modification sur la tumeur inférieure. Dès lors je mis en usage un traitement ioduré à dose croissante; l'iodure de potassium fut successivement élevé jusqu'à la dose de 1,75 et 2 grammes. Je faisais en même temps pratiquer des frictions avec une pommade à l'iodure de plomb.

Ce traitement fut continué jusqu'au 27 juin. A cette époque, je me décidai à tenter une injection iodée au quart, dont les résultats furent une très vive inflammation; la tumeur solide ne subit aucune modification. Il me fut dès lors démontré que je devais songer à l'ablation. J'y préparai le malade, et y procédai le 9 juillet; elle offrit les particularités suivantes :

Je pratiquai une incision d'un pouce de profondeur environ comprenant toute la partie antérieure de la tumeur. Ce temps préparatoire eut le double avantage de me permettre d'évacuer le contenu de la poche dans laquelle j'avais fait l'injection et en même temps de m'assurer de la nature de la tumeur solide.

Je terminai alors l'opération, dont les difficultés furent un peu augmentées par les adhérences qui s'étaient établies par le fait de l'injection; le cordon, lié en masse, fut coupé très haut. Certaines précautions furent nécessaires pour ne point intéresser l'urètre, qui fut dénudé dans l'étendue de 4 centimètres environ.

Examen de la pièce anatomique. — Une coupe verticale, qui n'est que la continuation de celle que j'avais pratiquée avant l'opération pour explorer la tumeur, divise celle-ci en deux parties égales. Les éléments complexes qui la constituaient peuvent être classés ainsi qu'il suit : à la partie supérieure, se trouvait une cavité oblongue envoyant un prolongement en cul-de-sac dans la tumeur inférieure ; elle était remplie de brides et de fausses membranes produites par l'injection iodée. Le testicule, entièrement sain, était logé dans une dépression creusée dans la tumeur solide, laquelle était homogène, dure, d'un blanc mat et criait sous le scalpel.

L'examen anatomique, fait avec le plus grand soin par notre collègue M. Reimonencq, a démontré l'absence de la cellule cancéreuse. Cette production lui a semblé devoir être classée parmi les tumeurs fibro-plastiques.

L'état de ce jeune malade, après avoir été des plus satisfaisants sous tous les rapports, s'est subitement compromis, et j'ai eu le déplaisir de le voir succomber le vingt-cinquième jour, alors que sa plaie était presque entièrement cicatrisée et que la ligature était déjà tombée depuis plusieurs jours. La nécropsie n'a rien révélé sur la nature des accidents qui ont fait succomber ce malheureux ; elle nous a seulement permis de constater dans l'abdomen deux tumeurs ganglionaires, dont l'identité avec la tumeur des bourses a été révélée par le microscope.

Je crois devoir faire observer que rien ne pouvait ici faire reconnaître l'intégrité du testicule au centre de cette tumeur morbide, et cette circonstance aurait-elle été révélée par le diagnostic, que la thérapeutique demeurait la même, les connexions de cet organe étant beaucoup trop intimes pour qu'il fût permis d'en effectuer l'énucléation.

La coïncidence de l'hydrocèle est encore à noter. Elle avait fait penser à quelques médecins que ce malade était affecté de tubercules du testicule. Je crois avoir rempli une première indication en cherchant à modifier les parois du kyste par une injection iodée. Nombre de fois, en effet, j'ai vu des engorgements testiculaires coïncidant avec une hydro-orchite être favorablement modifiés par cet agent. Je ne faisais du reste ici que venir en aide à la médication iodée, que j'avais déjà employée à l'intérieur et en pommades. En présence de l'inefficacité de tous ces moyens, je devais opérer ; telle fut l'opinion de plusieurs confrères, et, entre autres, d'un des chirurgiens les plus distingués des hôpitaux de Paris, M. Jarjavay, qui, à ma sollicitation, voulut bien examiner le malade lors de son passage à Bordeaux.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 19 décembre 1853. — Présidence de M. Combes.

M. Velpeau, en faisant hommage à l'Académie de l'ouvrage qu'il vient de publier sous le titre de *Traité des maladies du sein et de la région mammaire*, s'exprime en ces termes :

« A l'aide de recherches multipliées et d'environ deux mille observations, fruit d'une pratique de trente années, j'ai cru pouvoir reprendre par ses bases toute la pathologie de la mamelle. Guidé par l'anatomie chirurgicale, j'ai donné dans cette monographie une description nouvelle, et d'après nature, des inflammations du sein.

» Un chapitre, le chapitre des tumeurs, m'a ensuite et surtout occupé. On sait combien ces sortes de tumeurs sont nombreuses et variées; on sait aussi que la plupart d'entre elles sont de nature cancéreuse; on sait enfin qu'après avoir été enlevées par la chirurgie il en est qui reviennent avec une opiniâtreté désespérante, tandis que d'autres ne repullulent point; mais on manquait de caractères suffisants pour en faire la distinction avec quelque certitude au lit des malades.

» Je crois être parvenu à dissiper en partie, sous ce rapport, l'obscurité et la confusion dont l'humanité avait droit de se plaindre. Sans parler des kystes, des hypertrophies, des engorgements, des lipomes, des indurations, qui ont toujours été et qui restent de nature bénigne pour tout le monde, j'ai décrit sous le nom d'adénoïdes une classe entière de tumeurs qu'il sera facile dorénavant de ne plus confondre avec le cancer. Or, ces tumeurs, qui guérissent radicalement par l'opération, qui disparaissent parfois d'elles-mêmes, et que beaucoup de femmes peuvent assez souvent garder sans danger sérieux, entrent à peu près pour un quart dans le total des tumeurs rangées jusqu'ici sous le titre de cancers.

» A côté de ce premier résultat, j'en puis indiquer un autre.

» Les médecins ont de tout temps été divisés sur la question de savoir si le cancer véritable est incurable ou non, par l'opération ou de toute autre façon. Une étude attentive de la question, des faits nouveaux et une longue expérience m'ont démontré qu'ici le désaccord tient à ce que les différentes formes de cancer n'ont pas toutes la même force ou la même puissance de reproduction. Partant de là, j'ai établi une sorte d'échelle qui indique le degré de malignité, la tendance à la récidive, propres à chacune des formes du mal. On arrive ainsi à pouvoir dire au praticien : avec telle forme, la récidive n'est pas fréquente, quoique possible; il faut opérer; avec telle autre forme, la récidive est fort à craindre, sans être constante; opérez encore. Avec cette autre forme, au contraire, la récidive est presque inévitable ; n'opérez pas!

» Sans me flatter d'avoir complétement élucidé la question des cancers et des autres tumeurs de la région mammaire, j'espère au moins avoir fourni aux chirurgiens le moyen de mettre les secours de l'art d'accord avec la nature du mal, et de prescrire aux malades, mieux que par le passé, ce qui convient à chaque espèce de tumeur en particulier.

» Les données fournies par le microscope dans la question des tumeurs en général, et spécialement des cancers, ont dû être soumises aussi par moi au contrôle de la clinique; je les discute longuement dans ce volume; mais il est inutile d'en parler en ce moment, attendu que je compte bientôt demander à l'Académie la permission de lui présenter un travail distinct sur ce sujet. »

JURISPRUDENCE MÉDICALE ET PHARMACEUTIQUE.

Un de nos abonnés nous a prié de résoudre la question suivante : « *Un docteur en médecine et maître en pharmacie pourrait-il donner* » *des consultations en même temps qu'il gérerait une pharmacie?* »

Nous avons soumis cette question à un avocat distingué de la Cour de Paris, et voici sa réponse :

« Les auteurs des *Pandectes pharmaceutiques* pensent qu'il existe une incompatibilité absolue entre les professions de médecin pharmacien, et ils se fondent, pour le décider, sur les disposition articles 27 et 32 de la loi du 21 germinal an XI sur la police pharmacie. L'article 27 autorise les officiers de santé à fournir de dicaments simples aux malades qu'ils soignent, mais seulement les communes où il n'y a pas de pharmaciens; on tire de cet arti conséquence que, partout où des officines de pharmacie sont étal les médecins ne peuvent en aucune circonstance fournir des mé ments à leurs malades. L'article 32 interdit aux pharmaciens de les préparations médicinales autrement que sur ordonnance d'un teur en médecine ou d'un officier de santé; cette disposition reste dit-on, sans application si la même personne pouvait faire l'o nance et préparer le médicament.

» La Cour de cassation a décidé, au contraire, par un arrêt août 1841, que les officiers de santé peuvent être en même pharmaciens. La Cour suprême, tout en reconnaissant qu'il exist tre les professions de médecin et de pharmacien une incompati naturelle, fonde sa décision sur ce motif, que l'incompatibilité prononcée par aucune loi et qu'il n'appartient qu'au législateur formuler en une prohibition sanctionnée par une disposition péna

» Nous ajouterons à cet argument décisif de la Cour de cassa dont la doctrine ne saurait être sérieusement contestée, que c'e vain que l'on essaie d'invoquer à l'appui de l'opinion contraire le ticles 27 et 32 de la loi du 21 germinal an XI. Le premier d articles ne parle que des officiers de santé qui ne sont pas tout fois pharmaciens, et ne prévoit pas le cas où les diplômes de mé et de pharmacien auraient été obtenus par une personne qui vou exercer l'une et l'autre profession concurremment. Quant à la dis tion de l'article 32, qui prescrit aux pharmaciens de ne délivre médicaments que sur le vu de l'ordonnance d'un médecin, elle a quement pour but de prévenir les conséquences que pourrait en ner l'ignorance ou l'imprudence d'un pharmacien, qui de lui-mêm sur la demande du premier venu fournirait les médicaments qui vent être nuisibles ; mais le danger qu'elle veut prévenir est éca le pharmacien, par l'obtention du diplôme de docteur en méde ou du brevet d'officier de santé, présente des garanties de scienc est donc impossible de faire ressortir d'aucun article de la loi u gument par analogie à l'aide duquel on puisse suppléer à son sil que nous devons respecter, car les prohibitions sont de droit étro

» Par ces motifs, nous pensons que, jusqu'à ce qu'une nouvell sur la police de la pharmacie ait tranché législativement la ques il faut bien décider que, malgré l'incompatibilité naturelle qui e entre les professions de médecin et de pharmacien, le cumul, n'en pas interdit, est parfaitement licite, et que nulle autorité ne sa s'y opposer.

» Les tribunaux ne seraient pourtant pas désarmés vis-à-vi pharmacien-médecin qui, pour exercer la médecine, soit dans son binet, soit au dehors, négligerait d'apporter à la préparation des dicaments et à la surveillance de son officine tous les soins que l lui impose; ils pourraient même en certains cas ordonner la ferme de la pharmacie, ainsi qu'une jurisprudence constante leur reco le droit de le faire. » R. Magnier,

» avocat à la Cour impériale de Paris

CHRONIQUE ET NOUVELLES.

Société d'hydrologie médicale de Paris. — Suivant l'exe donné par la Société hydrologique du Midi, une Société analogue de se constituer à Paris. Une première séance a eu lieu dans l'am théâtre de la Faculté de médecine mercredi dernier 21 décembre cette séance assistaient les membres fondateurs de la Société, professeurs de la Faculté, des membres de l'Académie de médec des chimistes, des médecins, etc.

M. le docteur Durand-Fardel a prononcé un discours d'ouvertur exposé le but de la Société. M. Lebret a lu un projet de règlement a été adopté. Les élections ont eu lieu ensuite. M. Nacquart prés cette première séance.

Ont été nommés membres du bureau :

MM. Mélier, président;
Patissier, vice-président ;
Durand-Fardel, secrétaire général ;
Lebret, secrétaire archiviste ;
de Laurès, trésorier.

M. Durand-Fardel a fait connaître ensuite l'ordre du jour de la mière séance, qui aura lieu le mercredi 18 janvier prochain.

Le sujet de discussion sera : « Des piscines et des ressources qu' peuvent offrir dans les établissements thermaux » ; proposition projet de loi relatif à une organisation générale des eaux minérales.

Comme le gouvernement a chargé le comité d'hygiène de l'élab tion de ce projet de loi, M. Magendie, président du comité d'hygiè et M. Mélier, président de la Société d'hydrologie, ont pensé que c ci ne pourrait mieux inaugurer ses travaux qu'en cherchant à écla cette question difficile et importante.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés se trouvent à Bruxelles, à la librairie polytechn d'Aug. Decq. — Les abonnements à la Gazette des Hôpitaux sont reçus à librairie au même prix qu'à Paris.

Nouvelle doctrine médicale ou **Doctrine biologique**, par M. Lep letier (de la Sarthe), membre correspondant de l'Académie im riale de médecine, etc. (Ouvrage couronné par l'Académie de Ca — 1 vol. grand in-8° de 504 pages. Prix : 7 fr.

Traité complet des maladies syphilitiques, ou Etude comparée toutes les méthodes qui ont été mises en usage pour guérir affections. Un vol. de 800 pages, avec 25 gravures coloriées. 2e é Prix : 6 fr. Par Giraudeau de Saint-Gervais, chevalier de la Lég d'honneur, docteur en médecine, etc.

Etude et traitement des maladies de la peau, par le même aute Un vol. de 700 pages avec gravures. Prix : 6 fr.

Ces ouvrages se trouvent chez Germer Baillière, éditeur, 17, rue l'Ecole-de-Médecine, à Paris.

Le Gérant, [illegible]

Paris. — Typographie de Plon frères, rue de Vaugirard, 36.